

4 Gesprächsstrategien

Kommunikation und Gesprächsführung

Stephan Kutscher Zuerst bedanke ich mich bei Ihnen! Ich finde es sehr gut, dass Sie sich mit dem Thema Schmerz und Kommunikation auseinandersetzen. Die Kommunikation bzw. Gesprächsführung hat einen großen Einfluss auf das Schmerzempfinden des Patienten und sein allgemeines Wohlbefinden. Darüber hinaus ist die Kommunikationskompetenz der wichtigste Teil der Sozialkompetenzen, da wir im privaten und beruflichen Alltag ständig Informationen austauschen. Wenn Sie sich auf den Weg machen, werden Sie an vielen Punkten davon profitieren!



Was ist Kommunikation und Gesprächsführung?

Wenn Menschen kommunizieren, tauschen sie Informationen miteinander aus. Dies geschieht über Sprache und nicht-sprachliche Ausdrucksweisen, z. B. Mimik und Gestik. Zum Beispiel teilt ein Patient mit, dass er „starke Schmerzen im Bein hat“, dabei verzerrt er das Gesicht und stöhnt.

Wir kommunizieren, wenn wir in Reichweite anderer Menschen sind, dies kann in einem Gespräch, in einem Telefonat und auch in elektronischer Form (z. B. E-Mail, WhatsApp) sein. Ein Teil unserer Kommunikation ist bewusst, d. h. wir haben uns überlegt, was wir sagen oder wie wir uns geben. Der überwiegende Teil der Kommunikation, v. a. die körpersprachlichen Elemente, sind unbewusst, z. B. lächeln wir, wenn wir ein süßes

Baby sehen. Kommunikation ist erlernt, sie entwickelt sich stetig weiter und sie läuft in Mustern ab.

Im Beruf haben wir viele Aufgaben zu erledigen, bei denen wir konzentriert und zielgerichtet mit anderen Informationen austauschen müssen. Manchmal müssen wir Dinge in Erfahrung bringen, manchmal Informationen vermitteln und manchmal menschlichen Beistand leisten. Unser bewusstes Vorgehen dabei nennt man Gesprächsführung. Als Profis führen wir das Gespräch, d. h. wir setzen klare Aufträge um und verfolgen dabei spezifische Ziele, z. B. befragen wir einen Patienten nach der Stärke der Schmerzen, damit die Behandlung optimal erfolgen kann, oder wir informieren einen Kollegen über den Zustand eines Patienten.

Bedeutung der Kommunikation bei der Behandlung von Schmerzpatienten

Kommunikation ist ein Grundbedürfnis des Menschen, da wir soziale Wesen und auf Gemeinschaft angewiesen sind. Leider gibt es in der Medizin eine weit verbreitete Auffassung, dass Gesprächsführung nicht so wichtig sei, schließlich ginge es ja vorwiegend um körperliche Therapien. In vielen Fällen beschäftigt man sich nicht mit der Gesprächsführung. So gibt es erst in jüngerer Zeit intensivere Kommunikationsthemen in der Ausbildung von Pflegekräften und Ärzten. Dabei ist es offensichtlich, dass ein ganzheitliches Gesundheitsbild (körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden, WHO) stark durch die Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Patient bedingt ist. Durch gelungene Kommunikation werden beeinflusst:

- ein positives Klima: es ist die Grundlage für vertrauensvolle Gespräche
- Gefühle, Gedanken und Einstellungen: sie sind stark in Bewegung bei Erkrankung
- Verhalten des Patienten: er kann selbst viel zur Verbesserung seines Befindens beitragen
- subjektive Krankheitstheorien: sie haben Einfluss auf die Bewältigung der Situation
- Motivation des Patienten: sie trägt zur Genesung bei
- Compliance: sie bedingt den Behandlungserfolg
- Aktivierung sozialer Unterstützung: sie entlastet den Patienten und gibt ihm Sicherheit
- Unterstützung der Krankheitsverarbeitung: um eine neue Orientierung im Leben zu bekommen

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass zielgerichtete und bewusste Kommunikation mit dem Patienten ein wichtiger Faktor in der Behandlung ist und immer weiter trainiert werden sollte. Nehmen Sie auf diesem Weg auch Ihre Kollegen mit, es lohnt sich!

Kommunikation verstehen

In diesem Kapitel stelle ich Ihnen Modelle vor, die Ihnen helfen können, Antworten auf diese klassischen Fragen der Kommunikation zu finden:



Abb. 4.1 Gespräche zusammen mit Behandlung führen zu mehr Wohlbefinden beim Patienten.

- Was will mir der Patient sagen? Was bewegt ihn?
- Wieso gelingt es mir nicht, dass der Patient das macht, was ich möchte bzw. was gut für seine Gesundheit wäre?
- Welchen Anteil habe ich an gelungener Kommunikation?
- Welche Anteile sind durch den Patienten bestimmt?

100 % Verstehen gibt es nicht!

Viele Menschen glauben, dass die anderen Menschen sie verstehen, wenn sie sprechen. Tatsächlich ist es aber so, dass 100% Verstehen nicht erreicht werden kann. Warum ist das so?

Für die Beantwortung der Frage ist es hilfreich, das Sender-Empfänger-Modell von Claude Shannon und Warren Weaver aus den 1940er Jahren zu betrachten (► Abb. 4.2). Wenn wir dabei ein Gespräch zwischen Pflegekraft und Patient betrachten, sendet die Pflegekraft (Sender) eine Nachricht, z. B. „Guten Morgen Frau Müller, wie geht es Ihnen heute Morgen?“ Die Nachricht wird über den akustischen Kanal durch den Raum gesendet. Die Pflegekraft hat dabei ihre Wortwahl, ihren Dialekt und ihren Tonfall (Kodierung) verwendet. Die Patientin empfängt diese Nachricht. Je nach Verfassung und Verständnis nimmt sie die Nachricht unterschiedlich auf und interpretiert sie.

Gleichsam bedeutet dies, dass auf drei Ebenen Störungen auftreten können, welche die gesendete bzw. empfangene Nachricht beeinflussen können:

- Sender, z. B. undeutliche Aussprache, Fachsprache, provozierender Tonfall
- Kanal, z. B. Störgeräusche, zu großer Abstand, technische Probleme
- Empfänger, z. B. Ablenkung, andere Sprache als der Sender, Stress

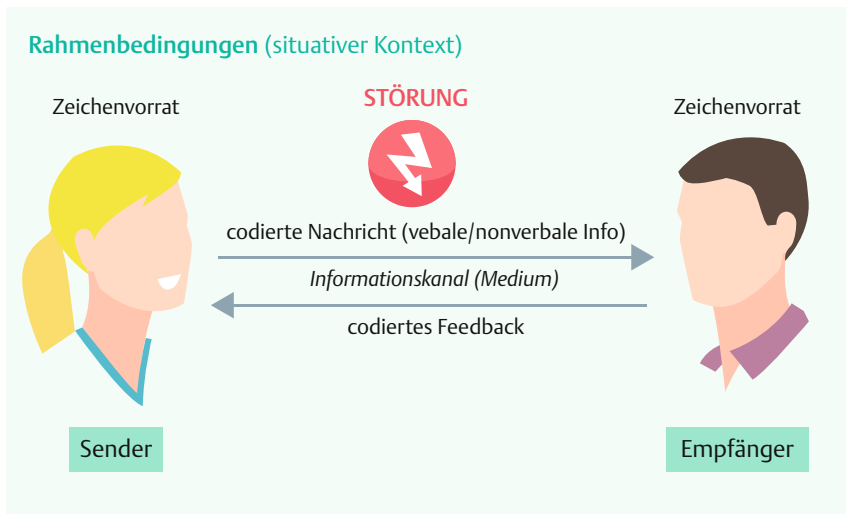


Abb. 4.2 Das Sender-Empfänger-Modell.

In der Konsequenz müssen wir daher v.a. bei komplexeren Gesprächen davon ausgehen, dass die beiden Gesprächspartner sich nicht 100%ig verstehen können, da immer Verluste auf den o. g. drei Ebenen auftreten können! Dies gilt bei beiden Kommunikationsrichtungen. Damit die Pflegekraft nicht irrtümlich mit unvollständigen Informationen weiterarbeitet, z. B. falsche Notizen über das Befinden des Patienten in das Dokumentationssystem einträgt, sollte Kommunikation bewusst und aufmerksam durchgeführt werden. Zudem sollten Sicherungsmaßnahmen eingebaut werden. Hierzu eignet sich v.a. das gelegentliche Rückformulieren (Kap. Rückformulieren).



Merke

Gegenseitiges Verstehen

Seien sie sich bewusst, dass Sie in einem Gespräch nicht alles so verstehen, wie es der Patient gemeint hat. Und anders herum: Der Patient wird nie alles so verstehen, wie Sie es gemeint haben.

Die Beziehung muss stimmen

Paul Watzlawick formulierte grundlegende Axiome (Grundannahmen), welche die Kommunikation beeinflussen. Sie klingen zwar erst einmal etwas sperrig und theoretisch. Bei der Beschäftigung mit ihnen können Sie jedoch viele Probleme in der Praxis besser erkennen und verstehen.

Die erste Grundannahme lautet: „Nicht kommunizieren ist nicht möglich“. An einem Beispiel erklärt: Die Pflegekraft betritt das Patientenzimmer und schweigt. Obwohl sie verbal nichts sagt, kommt eine Information beim Patienten an, z. B.: „sie kümmert sich gerade nicht um mich“ oder „ich bin ihr egal“. Sobald wir im Wahrnehmungsfeld anderer Personen sind, senden wir unwillkürlich Informationen aus und die andere(n) Personen nehmen unweigerlich Informationen vom Sender auf.

Eine weitere Grundannahme, die Watzlawick formulierte, bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen der Beziehung von



Abb. 4.3 Beziehungsebenen nach Paul Watzlawick.

Sender und Empfänger und der Qualität des Austauschs der Informationen (► Abb. 4.3). Mit dem Eisbergmodell wird verdeutlicht, dass die Qualität dieser Beziehung einen großen Einfluss auf den Erfolg des Gesprächs hat. Das hat zur Folge, dass wir eine tragfähige Beziehung zum Patienten brauchen, um sachliche Informationen ohne Störung auszutauschen. Deutlich wird dies z. B., wenn Sie gerade einen Konflikt mit dem Patienten haben, dann finden sie kaum eine gute Möglichkeit, eine umfassende Schmerzerhebung durchzuführen. Immer wieder wird es zu

Störungen im Gespräch kommen, die aus dem Konflikt hervorgehen. Sinnvoll wird es sein, den Konflikt zu klären oder eine Kollegin zu bitten, die Schmerzerhebung bei diesem Patienten zu übernehmen. Damit wird deutlich, dass Pflege auch immer Beziehungspflege ist. Gleiches gilt auch für die Kommunikation mit Arbeitskollegen. In einer belasteten Kollegenbeziehung lassen sich sachliche Gespräche schlechter führen als in einer positiven Arbeitsbeziehung. Ein gutes Team ist kein Zufall! Die Beziehungen untereinander benötigen immer wieder Aufmerksamkeit und Pflege. Eine positive Kollegenbeziehung ist die Grundlage für gelungenen Austausch von Sachinformationen.

Noch differenzierter können wir Gespräche mit dem Modell „Vier Seiten einer Nachricht“ beleuchten und verstehen (► Abb. 4.4). Friedemann Schulz von Thun betrachtet hier – neben der schon im Sender-Empfänger-Modell beschriebenen Ebenen Sach- und Beziehungsebene – weitere zwei Ebenen: die Selbstkundgabe und die Appellebene (Aufforderung). In Gesprächen senden und empfangen Menschen Informationen auf allen vier Ebenen.

Auf der Appellebene sendet der Sender dem Empfänger direkte oder verschlüsselte Aufforderungen, d.h. er will ihn zu einer bestimmten Handlung bringen. Zum Beispiel sagt ein Patient: „Puh, die Luft hier ist ganz schön verbraucht.“

Auf der Sachebene ist diese Aussage eine reine Feststellung. Häufig ist es aber als Aufforderung gedacht, dass der Empfänger das Fenster zum Lüften öffnen soll. Leider werden Appelle oft derart verschlüsselt ausgedrückt, aus Höflichkeit heraus: „Man will dem anderen nicht zu nahe kommen“. Das führt oft zu Missverständnissen. Hilfreicher wäre es, wenn der Sender seine Appelle offen kommuniziert, z.B.: „Puh, die Luft hier ist ganz schön verbraucht. Könnten Sie bitte das Fenster zum Lüften öffnen?“. Appelle werden oft aus Angst, den anderen zu verletzen, verschlüsselt kommuniziert. Umgangssprachlich sagen wir „ich habe das in den falschen Hals bekommen“, was bedeutet, dass der Empfänger den Appell anders verstanden hat, als dieser vom Sender gemeint war.

Das Beispiel in ► Tab. 4.1 zeigt, wie auf den vier Ebenen unterschiedliche Aspekte vorhanden sein können. Dies ist ein Beispiel, die Nachricht könnte jeweils auch anders verstanden werden.

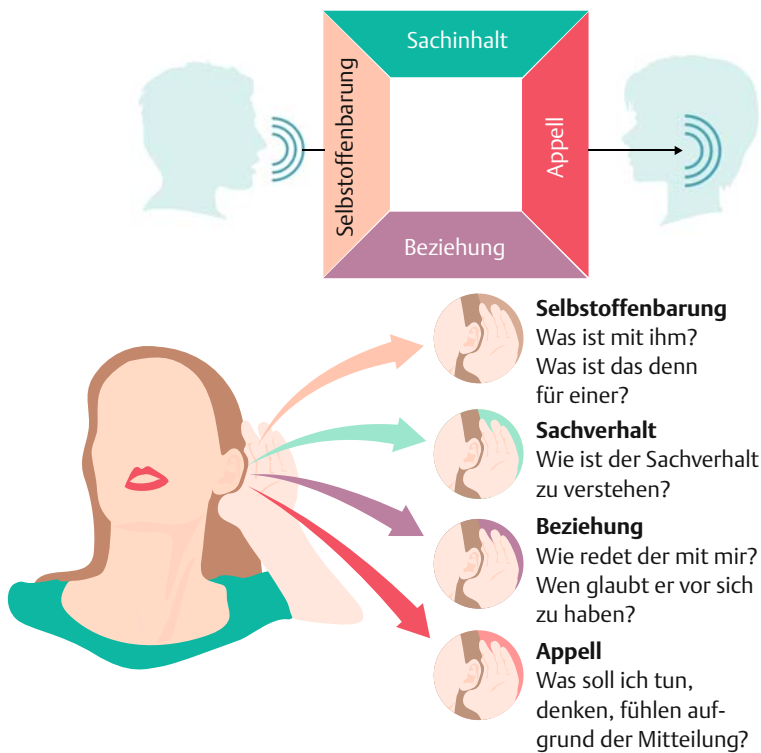


Abb. 4.4 Die vier Seiten einer Nachricht.

Tab. 4.1 Pflegekraft zu Patient: „Herr Huber, wo kommen Sie denn her?“

Ebenen	Sender	Empfänger
Sachebene	Frage nach Herkunft.	Frage nach Herkunft.
Appellebene	Gib mir die Auskunft! Arbeite mit! Nimm mein Gesprächsangebot an.	Gebe deine Privatsphäre frei.
Beziehungsebene	Ich biete Dir einen Schritt Nähe an.	Die Pflegekraft kommt mir nahe.
Selbstkundgabe	Ich interessiere mich für Dich.	Ganz schön neugierig.



Merke

Rückformulierung

Seien Sie sich der vier Ebenen im Gespräch bewusst! Wenn Sie eine Seite besonders anspricht, klären Sie dies mit der Technik der Rückformulierung (Kap. Rückformulieren).

Stress schädigt produktive Gespräche

In unserer Gesellschaft wird viel über Stress gesprochen, jedoch wird das Phänomen oft mit Hektik oder viel Arbeit verwechselt. Für Gespräche im Allgemeinen und insbesondere mit Patienten ist es wichtig, zu wissen, welchen Einfluss Stress für das Gelingen von Gesprächen hat.

Der Vater der Stresslehre Hans Selye sagte: „Stress ist die Würze des Lebens!“ Damit meinte er nicht, dass wir ständig Stress brauchen, um erfolgreich zu leben, sondern dass wir diese Würze brauchen, um in Fahrt zu kommen und gute Leistung liefern zu können. Gleichzeitig kann jedes Essen und jedes Leben überwürzt sein und schmeckt dann nicht mehr.

Aus der Yerkes-Dodson-Kurve können wir ablesen, dass wir eine mittlere Dosis an Stress brauchen, um optimal zu funktionieren (► Abb. 4.5). Wenn die Stressmenge geringer ist, kommen wir nicht in Fahrt. Und wenn der Stress über das mittlere Maß hinausgeht, bekommen wir Stress-Symptome, wie z.B. Unkonzentriertheit, Unruhe, Vergesslichkeit. Im Extremfall erleiden wir

bei sehr hohen Stresspegeln einen „Blackout“, d. h. unsere kognitiven Fähigkeiten sind völlig blockiert.

Ein Zuwenig an Stress ist in unserer Gesellschaft kaum das Problem. Leider ist es oft so, dass in den Pflegeberufen Dauerstress regiert. Dies führt automatisch zur Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit. Das zeigt sich an Unkonzentriertheit, Vergesslichkeit, Fahrigkeit oder auch Dünnhäutigkeit oder Gernervtheit. Dies ist eine ungünstige Voraussetzung für konzentrierte und herausfordernde Patientengespräche. Für die Gesprächsführung mit Schmerzpatienten bedeutet dies, dass Pflegekräfte idealerweise ein mittleres Stressniveau brauchen, um die Konzentration und Wahrnehmung optimal auf den Patienten zu lenken. Auch für Patienten gilt dies. Patienten sind in einer Ausnahmesituation, die sie belasten kann, und damit schnell in hohen Stresspegeln. Patienten sind daher oft gar nicht in der Lage, sich auf komplexe Gespräche einzulassen. Sie nehmen häufig nur wenig Inhalte nachhaltig auf, sind dünnhäutig und schnell gereizt, ihre Sichtweisen sind oft fixiert, die Bandbreite ihrer Handlungsoptionen ist eingeschränkt.

Die Stressreaktion (Belastung) entsteht durch das Zusammenwirken des Stressors (Auslöser), z.B. Schmerz und der Bewertung, die dem Stressor bewusst und unbewusst zugemessen wird. Die Stressreaktion ist eine Folge dieser beiden Faktoren. Für die Praxis bedeutet dies, dass Stress beeinflusst werden kann durch Veränderung der Stressoren, z.B. Schmerztherapie, und der Beeinflussung der Bewertung durch gelungene Gesprächsführung und Begleitung des Patienten.

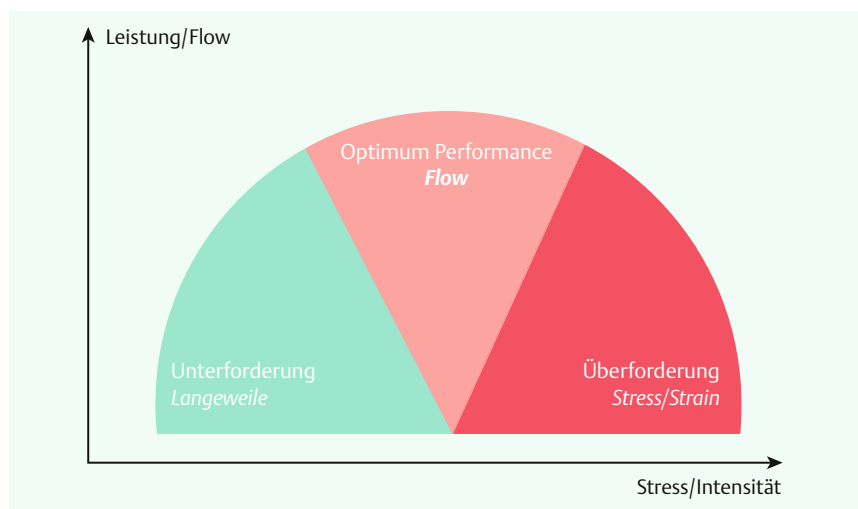


Abb. 4.5 Yerkes-Dodson-Kurve.

Tab. 4.2 Stressentstehung.

Stressor	Bewertung	Stressreaktion
Ich gerate in Stress bei ...	Ich setze mich selbst unter Druck durch ...	Wenn ich im Stress bin, reagiere ich mit ...
<ul style="list-style-type: none"> – Schmerz – Krankenhausaufenthalt – Funktionseinschränkung – Lärm – Streit – ... 	<ul style="list-style-type: none"> – Ungeduld – Perfektionismus – Pessimismus – ... 	<ul style="list-style-type: none"> – Angst – Wut – Unsicherheit – Gereiztheit – ...

**Merke****Verständnis**

Haben Sie Verständnis für die Situation des Patienten. Gereiztheit des Patienten liegt häufig nicht in der Person der Pflegekraft begründet. Sie ist ein Ergebnis der Belastungssituation auf beiden Seiten.

Wie kann Stress reguliert werden?

Stress kann auf allen drei Ebenen (Stressor, Bewertung und Stressreaktion) beeinflusst werden.

Auf der Ebene der **Stressoren** (Auslöser) können Stressoren abgestellt oder verringert werden. Diese Ebene ist sehr wirksam und nachhaltig, da sie ganz am Anfang der Stresskette ansetzt. Allerdings ist darauf zu achten, dass es nicht zu einem Vermeidungsverhalten führt, welches an anderer Stelle zu neuen Belastungen führt, z. B.: Für den Patienten ist es unangenehm, ein Gespräch mit seinen Angehörigen zu führen; er vermeidet es; daraus ergeben sich neue Belastungen durch Unsicherheit der Angehörigen. Hier wäre es hilfreich, wenn die Pflegekraft zu einem Gespräch mit den Angehörigen ermutigt. Bei Belastungen, die aus Schmerzen entstehen, reduziert eine angepasste Schmerztherapie den Stressor.

Auf der Ebene der **Bewertung** kann Stress durch die Veränderung der Bewertungen modifiziert werden. Diese Vorgehensweise ist aufwändiger und braucht oft länger Zeit als das Beeinflussen der Stressoren, denn die Bewertungssysteme sind über viele Jahre gewachsen. Sie sind zu einem großen Teil bis in die Kindheit zurückreichend. Sie zu verändern, ist jedoch sehr nachhaltig, weil sich belastende Bewertungen in vielen Lebensbereichen spiegeln und auch dort zu Belastungen führen. Belastende Bewertungen sind häufig auf erhöhte bzw. fixierte Erwartungshaltungen zurückzuführen, z. B. Erwartungen an die eigene Rolle als Mutter, immer für alle anderen da sein zu müssen.

Im Gespräch können wir v. a. mittels Fragetechniken den Patienten bei der Veränderung der Bewertung unterstützen. Dazu bieten sich diese Fragen an:

- Was ist das Belastende für Sie an dieser Situation?
- Was setzt Sie gerade unter Druck?
- Warum ist die Situation so wichtig für Sie?
- Müssen Sie die Entscheidung jetzt treffen, oder können Sie sich damit noch etwas Zeit lassen?
- Welche Erfahrungen haben Sie in ähnlichen Situationen gemacht?

Tab. 4.3 Ebenen der Stressregulation.

Ebene	Einfluss	Beispiel
Stressor	Reduktion der Auslöser	Schmerzbehandlung Privatsphäre schützen
Bewertung	Veränderung der Bewertung	Gesprächstechniken
Stressreaktion	Lindernde Interventionen	Entspannungstechniken Psychopharmaka

- Was können Sie selbst tun, um die Situation positiv zu beeinflussen?
- Wie haben andere für Sie bedeutsame Menschen in solchen Situationen gehandelt?
- Mit welchen Freunden könnten Sie über die Situation sprechen bzw. Unterstützung bekommen?
- Welche positiven Aspekte hat die Situation gerade?
- Wie können Sie für Ausgleich sorgen?

Auch gezielte Informationsgespräche können die Bewertungsebene positiv beeinflussen, z. B. Informationen über die Möglichkeiten der häuslichen Versorgung, wenn die Sorge des Patienten ist, wie er nach dem Klinikaufenthalt schmerztherapeutisch versorgt werden kann. Auch die gezielte Kontaktvermittlung zu weiterführenden Diensten, wie z. B. SAPV, kann hilfreich sein.

Die Ebene der **Stressreaktion** ist ebenfalls beeinflussbar. Diese Ebene wird auch palliative Stressbehandlung genannt. Sie hat das Ziel, die aufgetretenen Stresssymptome zu lindern. Sehr bewährt haben sich Entspannungstechniken, wie z. B. Progressive Muskelentspannung, Ablenkung durch Spiele oder kreatives Gestalten. Zum Einsatz können auch Psychopharmaka kommen.

**Info****Zentrieren**

Vor schwierigen Gesprächen eine kleine Pause einlegen, ein Glas Wasser trinken, zu sich selbst kommen, zentriert werden. Dauerhaft den eigenen Stresspegel im Auge behalten.

Unsere Wahrnehmung spielt uns Streiche

Haben Sie sich schon einmal ein silbernes Auto gekauft? Ist es Ihnen so ergangen, dass sie auf einmal viel mehr silberne Autos gesehen haben? Schwangere Frauen berichten, dass sie deutlich mehr schwangere Frauen sehen! Richtig! Das, was sie von der Welt wahrnehmen, ist nicht die Realität, sondern ein Schauspiel, was ihr Gehirn daraus konstruiert. Ihr Gehirn filtert fleißig aus, verstärkt oder dichtet sogar Dinge dazu.

Stellen Sie sich vor, dass ein Angehöriger einen Herzinfarkt erlitten hat. Heute berichtet Ihnen ein Patient von Schmerzen im Arm. Wie wird es sich auf Ihre Wahrnehmung auswirken?

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass unsere Wahrnehmung nicht die komplette Wirklichkeit widerspiegelt. Daher ist es wichtig, dass wir schnelle Schlussfolgerungen vermeiden, besser ein zweites Mal hinsehen und uns mit anderen austauschen, wie sie es wahrnehmen. Typische Wahrnehmungsfehler sind in ► Tab. 4.4 dargestellt.

**Merke****Reflexion**

Besonders, wenn Sie heftige Gefühle und Gedanken im Gespräch erleben, reflektieren Sie, welchen Anteil ihr Gehirn beisteuern könnte bzw. ob es auch anders sein könnte.

Tab. 4.4 Beispiele für klassische Wahrnehmungsfehler

Effekt	Erklärung	Beispiel
Primacy-Effekt	Bezeichnet den Eindruck, den man von einer Person gewinnt, wenn man sie zum ersten Mal sieht. Eine Person erscheint z. B. sympathisch oder unsympathisch. Der erste Eindruck wirkt sehr stark und kann im Laufe der Zeit Stück für Stück verändert werden.	Sie nehmen einen neuen Schmerzpatienten auf, der stark nach kaltem Rauch riecht. Sie empfinden die Person sofort unangenehm.
Halo-Effekt	Einzelne Eigenschaften einer Person erzeugen einen Gesamteindruck, der die Wahrnehmung weiterer Eigenschaften „überstrahlt“.	Sie behandeln einen Patienten, der sehr kooperativ und freundlich ist. Dass er sich nicht an die Stationsregeln hält wird nicht (mehr) wahrgenommen.
Recency-Effekt	Die Wahrnehmung am Ende der Beobachtungszeit wird stellvertretend für die gesamte Beobachtungszeit verwendet.	Bei der Übergabe an den Folgedienst berichten Sie vom Schmerzzustand eines Patienten. Präsent ist Ihnen der letzte Eindruck und Sie schließen daraus, dass es den ganzen Tag so war.

Nonverbal wird viel übertragen

Kommunikation beschränkt sich nicht auf den Austausch gesprochener Worte. Auch die nonverbale Ebene mit Mimik und Gestik gehören dazu. Einerseits sendet die Pflegekraft unbewusst nonverbale Informationen mit, andererseits empfängt sie wiederum vom Patienten solche. Da diese Signale überwiegend unbewusst sind, können sie zusätzlich wertvolle Informationen vom Patienten liefern, sie geben aber auch die innere Einstellung der Pflegekraft preis. Wichtig ist, diese Signale als Indizien zu sehen, sie mit aufzugreifen, aber nicht überzuinterpretieren. Unsere Sprache hat für innere Zustände auch Ausdrücke, z. B.:

- „den Kopf hängen lassen“ für Niedergeschlagenheit
- „den Kopf einziehen“ für Angst

Bei der Beobachtung der Körpersprache des Patienten können Aufschluss geben:

- Gesichtsausdruck (Mimik)
- Gestik (Kopf-, Arm- und Handhaltung)
- Bewegungen des Oberkörpers (zugewandt/abgewandt)
- Bein- und Fußstellungen
- Die Stimmigkeit zwischen Körpersprache und verbalem Inhalt

Neben der reinen Körpersprache kommunizieren Menschen auch über den Abstand, den sie zueinander halten. Die soziale Distanz wird durch die Pflegetätigkeit zwangsweise anders gestaltet als wir uns in Wirklichkeit begegnen würden. Daher sollen Pflegende damit sensibel umgehen.

Intime Distanz. Sie reicht vom direkten körperlichen Kontakt bis zu einer Entfernung von ca. 60 cm. In diese Zone dürfen nur Personen mit einer besonderen Erlaubnis eindringen. Häufig begegnet man Personen, die diese unsichtbare Grenze im Gespräch immer wieder überschreiten. Im Normalfall werden nur sehr enge Vertraute in diese Intimzone gelassen, also Intimpartner oder enge Verwandte. Wird die Intimzone verletzt, löst dies Stress aus, eventuell werden Kampfhormone ausgeschüttet: der Körper stellt sich auf Kampf oder Flucht ein.

Persönliche Distanz. Sie umfasst die Zone von ca. 60 bis 150 cm, das ist die normale Gesprächsdistanz. Annäherung innerhalb dieser Grenzen sagt etwas über Bekanntheits- oder Sympathiegrad zwischen den Beteiligten aus. Diese Zone ist für gute Freunde, Verwandte, eventuell auch enge Kollegen reserviert. Lässt es sich jedoch nicht vermeiden (z. B. in einem überfüllten Bus), dass auch Fremde in die persönliche Zone eindringen, löst dies ein merkwürdiges Phänomen aus: wir behandeln den anderen als „Non-Person“. Der einfache Grund: Wir müssen Abwehrmaßnahmen ergreifen, um unserem Unwohlsein Herr zu werden. Man ist unbewegt, spannt die Muskeln an, fixiert irgendeinen fernen Punkt, um Blickkontakt zu vermeiden.

Gesellschaftliche oder soziale Distanz. Sie schließt aus, dass man sich berührt. In dieser Distanz (1,5 bis 4 m) werden unpersönliche Angelegenheiten erledigt; Unterhaltungen mit Geschäftsleuten, Handwerkern, Chef hinter dem Schreibtisch, Publikum (breiter Tresen in Behördenzimmern schafft Distanz). Diese Distanz hat Schutzfunktion. Andere Menschen können sich bis auf diese Distanz nähern, ohne dass man sie beachtet.

Öffentliche Distanz. Sie beginnt bei etwa 4 m Abstand. Jede persönliche Beziehung hat aufgehört, man agiert als Einzelner. Dieser Abstand ist etwa jener von Lehrern zur Klasse oder von Rednern zum Publikum.

Merke

Zugewandte Haltung

Achten Sie im Gespräch auf eine zugewandte und offene Haltung gegenüber dem Patienten. Unterstreichen Sie das Gesagte mit eindeutigen, stimmigen Gesten. Damit signalisieren Sie Interesse und Wichtigkeit. Halten Sie soziale Distanzen ein.

Tab. 4.5 Übersicht über die drei Ich-Ebenen (nach Willig u. Kommerell) [7].

Ich-Ebene	Eltern-Ich	Stützend	Erwachsenen-Ich	Kind-Ich
Typische Aussagen	Kritisch Halt! Nein! Man sollte ...	Du Armer! Kopf hoch!	Vernünftig, sachlich, neutral W-Fragen, klare sachliche Sprache	Angepasst Tut mir leid ... Ich weiß ja, ...
Typische Gesten	Erhobener Zeigefinger Kopfschütteln	Auf die Schulter klopfen	Offene Körperhaltung	Sich ducken Alle Gesten möglich
Verhalten	Kontrolliert, kritisiert, moralisiert, befiehlt, bestraft, sorgt für Ordnung, wertert, schreit	Lobt, nimmt in den Arm, streichelt, pflegt, tröstet, hat Verständnis, unterstützt, hilft	Beobachtet objektiv, sammelt Informationen, leidenschaftslos, hört zu, wertet Informationen aus, zieht Schlüsse	Ohne eigene Meinung, richtet sich nach den anderen, fühlt sich schuldig, fürchtet sich, gehorcht, zieht sich zurück, zögert
Eigenschaften	Kritisch, streng, unnachichtig	Einführend, hilfsbereit, verständnisvoll	Nüchtern, gefühlos, sachlich	Höflich, unsicher Spontan, hemmungslos

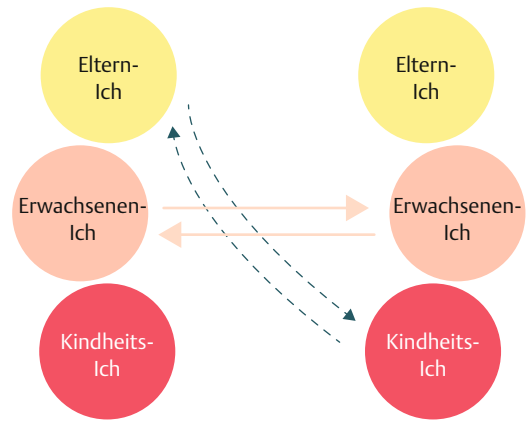


Abb. 4.6 Modell der Transaktionsanalyse nach Berne (1961).

Auf welcher Ebene kommunizieren wir?

Das Modell des amerikanischen Psychologen Eric Berne untersucht mehr als die anderen Modelle die gegenseitige Beeinflussung der Gesprächspartner. Im Modell der Transaktionsanalyse kann jeder Mensch auf drei Ich-Ebenen kommunizieren:

- Erwachsenen-Ich
- Eltern-Ich
- Kind-Ich

Aus einer dieser Ebenen heraus kommuniziert er mit dem Partner und spricht einen Ich-Zustand von diesem an (► Abb. 4.6). Der Angesprochene reagiert aus einer Ich-Ebene heraus. Die Nachricht plus die Antwort nennt man Transaktion. Eine Transaktion ist stimmig, wenn Nachricht und Antwort parallel zueinander verlaufen (Paralleltransaktion). Eine Transaktion ist nicht stimmig, wenn Nachricht und Antwort sich kreuzen.

Besonders kritisch sind in der Praxis Gespräche, die aus dem kritischen Eltern-Ich an das Kind adressiert sind. Der Gesprächspartner fühlt sich schnell unterlegen und reagiert mit Widerstand. Es ist wichtig, dass wir als Profis im Gespräch auf der Erwachsenebene bleiben.



Merke

Erwachsenen-Ich!

Achten Sie in einem Gespräch darauf, im Erwachsenen-Ich zu bleiben.

Tab. 4.6 Beispiel aus der Schmerzbehandlung.

Patient	Reaktionsebene	Variationen der Pflegekraft
„Ich warte schon seit einer Stunde, dass Sie endlich kommen! Ich habe starke Schmerzen im Bein!“	Reaktion auf der Elternebene	„Jetzt seien Sie mal etwas geduldiger. Sie sind nicht der einzige, den wir hier zu versorgen haben.“
	Reaktion auf der Erwachsenenenebene	„Jetzt bin ich bei Ihnen und wir können beginnen. Wie sieht der Schmerz konkret aus?“
	Reaktion auf der Kindebene	„Entschuldigen Sie, wir bekommen hier heute irgendwie gar nichts gebacken“

Tab. 4.7 Klassische Negativbeispiele in der Gesprächsführung.

Negatives Vorgehen	Beispiel
Verharmlosen	„So schlimm ist es doch gar nicht.“
Verallgemeinern	„Sie klingeln ständig.“
Moralisieren	„Sie sollten sich zusammenreißen.“
Besserwissen	„Ich habe es Ihnen doch gleich gesagt.“
Allgemeinplätze	„Es hat halt jeder so seine Probleme.“
Gedankenlesen	„Ich weiß schon, was Sie jetzt denken.“
Abwerten	„Sie kapieren das nicht.“
Nicht zu Wort kommen lassen	

Klassische No-Gos

Auch wenn ich mich in diesem Beitrag auf die positive Gesprächsführung konzentrieren will, führe ich an dieser Stelle klassische Negativbeispiele an, die in der Praxis öfters vorkommen [1].



Merke

Sensibilität schulen

Werden Sie sensibel für solche Formulierungen. Beobachten Sie Gespräche anderer in der Praxis und geben Sie ihnen Feedback.

Von oben sehen wir mehr: Metakommunikation

Im Rahmen der Kommunikation werden immer wieder Missverständnisse auftauchen, die zu Störungen führen können. Eine effektive Methode zum Beheben solcher Kommunikationsstörungen ist die sogenannte Metakommunikation, also die Kommunikation über die Kommunikation. Dabei tritt man aus der gerade laufenden Kommunikation heraus und betrachtet sie aus der Distanz (Vogelperspektive). Aus der Metaebene herab wird die Kommunikationsstörung direkt angesprochen und eine Klärung der Beziehung (siehe Eisbergmodell, ► Abb. 4.3) gesucht. Damit können störende Verhaltensweisen unterbrochen werden (Muster), um die Art des Miteinander-Umgehens zu besprechen.



Merke

Störungen

Suchen Sie die Vogelperspektive auf, um den Umgang zu klären, wenn das Gespräch gestört ist. Fahren Sie nicht im Gespräch fort, wenn es zu einer Störung gekommen ist.

Kommunikationswerkzeuge

Für die gelungene Gesprächsführung hat sich eine Reihe von Techniken als nützlich erwiesen. Zusammen stellen sie einen Werkzeugkoffer dar, aus dem Sie immer wieder schöpfen können. Reichern Sie Ihren Werkzeugkoffer an!

Rückformulieren

Ziele:

- Sie klären, ob Sie den Patienten richtig verstanden haben.
- Sie signalisieren Ihr Interesse und Ihren Wunsch, den anderen zu verstehen
- Sie helfen dem Patienten schneller auf den Punkt zu kommen.
- Sie unterstützen den Patienten neue Gedanken zu entwickeln.

Vorgehen:

Sie geben von Zeit zu Zeit in eigenen Worten wieder, was Sie verstanden haben. Dabei verzichten Sie auf eigene Wertungen. Günstige Satzanfänge sind:

- „Habe ich Sie richtig verstanden, ...“
- „Sie meinen also, ...“
- „Bei mir kommt an, ...“
- „In meinen Worten ausgedrückt, ...“

Das Heben der Stimme am Satzende verdeutlicht, dass es sich um eine Rückfrage handelt und ermutigt das Gegenüber weiterzusprechen.

Beispiel:

„Herr Bauer, habe ich Sie richtig verstanden, dass Sie selbst schon einiges ausprobiert haben, um den Schmerz zu verringern?“



Merke

Eigene Worte

Achten Sie auf eigene Worte, damit nicht der Eindruck entsteht, sie würden wie ein Papagei, nachplappern. Sonst besteht Gefahr, dass Sie der Patient nicht ernst nimmt.

Aktives Zuhören

Ziele:

- Der Patient fühlt sich nicht nur in der Sache verstanden, sondern auch in der Bedeutung, die das Gesagte hat.
- Das Ausdrücken der Gefühle kann eine Entlastung für den Patienten bedeuten.
- Die Klärung und Vertiefung von Gedanken und Gefühlen wird möglich, die bislang noch nicht in Worte zu fassen waren (s. a. Selbsterkundung bei C. Rogers [4]).

Vorgehen:

Das aktive Zuhören baut auf dem Rückformulieren auf. Zusätzlich zum sachlichen Inhalt nehmen Sie die Gefühlslage des Gegenübers auf, erfassen diese und benennen sie in Worten. Wichtig sind v. a. die Gefühle im Hier-und-Jetzt. Benennen Sie die vermutete Gefühlslage möglichst direkt und wählen Sie kurze und konkrete Formulierungen. Denken Sie daran, dass dieses Benennen eine Vermutung oder eine Annäherung sein kann, es ist nicht die Wahrheit. Wie beim Rückformulieren kann es daher sinnvoll sein, am Ende des Satzes fragend die Stimme anzuheben oder ein „oder?“ anzuhängen.

Wenn Sie mit der Verbalisierung der Gefühle nicht genau ins Schwarze treffen, macht das nichts. Entscheidend ist, dass Sie das Gegenüber durch Ihre Rückmeldung motivieren, seine eigenen Gefühle zu erkunden. Dieses Vorgehen kann zu erheblicher Entlastung und Klärung beim Patienten führen. Für diese Technik ist es wichtig, dass Sie mit der entsprechenden Grundhaltung (Kap. Innere Haltung im Umgang mit Schmerzpatienten) kombiniert ist: ehrliches Interesse, die Innenwelt des Gegenübers verstehen zu wollen und sie bei der Erkundung ihrer Innenwelt unterstützen zu wollen.

Tab. 4.8 Fragearten und ihre Wirkung.

Art	Wirkung	Beispiel
offene Frage	<ul style="list-style-type: none"> – bringt Gespräch in Gang – fördert Gesprächsanteil des Patienten – sammelt Informationen 	Wie kann ich mir die Schmerzen vorstellen, die Sie haben?
geschlossene Frage	<ul style="list-style-type: none"> – Entscheidungen werden herbeigeführt – Konkretisierung 	Sind Sie damit einverstanden, dass wir die Entspannungsübung jetzt ausprobieren?
Alternativfrage	<ul style="list-style-type: none"> – bewirkt Entscheidung – motivationsfördernd 	Möchten Sie erst ins Bad gehen oder erst die Medikamente nehmen?
zirkuläre Frage	<ul style="list-style-type: none"> – Umfeld wird miteinbezogen – Zusammenhänge werden deutlich 	Was meinen Sie, wie es Ihrer Frau geht, wenn Sie am Montag nach Hause kommen?
skalierende Frage		Wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala von 1 bis 10?

Beispiel:

Pflegekraft zu Patient: „Es macht Sie ärgerlich, dass Ihr Sohn Sie noch nicht besucht hat, oder?“

Patient zu Pflegekraft: „Nein, ärgerlich eigentlich nicht ..., eher traurig ...“

In der Praxis ist es oft hilfreich, dem verbalisierten Gefühl noch ein wenig Raum zu geben, z. B. mit der Frage: „Was stimmt Sie dabei traurig?“ Nach einer solchen Gesprächssequenz kann es sich gut anbieten, mit einer weiteren Fragetechnik das Gespräch weiter zu lenken, z. B. „Wie könnten Sie mit dieser Situation jetzt umgehen?“

Üben Sie diese Technik immer wieder. Am Anfang v. a. in weniger emotional intensiven Situationen. Hilfreich ist es auch, die eigene Gefühlswelt immer wieder in Worte zu fassen.

Wer fragt, der führt

In der Sesamstraße heißt es: „Wer nicht fragt, bleibt dumm!“. Das gilt nicht nur für Kinder, sondern ist auch für Erwachsene und insbesondere im Berufsleben eine goldene Regel. So sagt Erich Kästner dazu: „Die Fragen sind es, aus denen das, was bleibt, entsteht.“

Indem wir Fragen stellen, versuchen wir Zusammenhänge zu verstehen und uns Wissen anzueignen. Fragen bezeugen Interesse am Gesprächspartner. Er kann entscheiden wie er antwortet. Durch das Fragen können wir auch immer wieder die Richtung im Gespräch justieren.

Um Unklarheiten zu vermeiden, sollten wir viel fragen. Manchen Menschen fällt das schwer, weil sie sich dabei dumm vorkommen oder weil ihnen als Kind beigebracht wurde, nicht so viel zu fragen. Zu wenig Klärung durch Fragen führt leicht zu Vermutungen, unabgestimmten Handlungen und zu Konflikten. Allerdings können ungeschickte Fragen auch zu Unsicherheit und Widerstand führen.

Ziel der Fragetechnik:

- gewünschte Informationen erhalten
- Beginn und Fortführung eines Gesprächs
- Lenkung des Gesprächs
- Interesse zeigen
- Zeit gewinnen zum Überlegen