

# Gesprächsführung mit Patienten

## Anspruch und Wirklichkeit

von Agnes Koß

Eine Auseinandersetzung mit den Widersprüchen zwischen „Soll“ und „Ist“ der Gesprächsführung in der Pflege, bei der Ähnlichkeiten zu anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen rein zufällig und von der Autorin voll beabsichtigt sind ...

**G**espräche mit Patienten und ihren Angehörigen in besonders schwierigen, belastenden Lebenslagen oder gar Grenzsituationen wie dem Sterben zu führen, wurde und wird als besonders wichtiges Merkmal hoher Pflegequalität gesehen. Das Sprechen mit Patienten erachten wir als fundamental bedeutsam für deren Wohlbefinden, zum Teil sogar für ihren Genesungsprozeß, für die Mobilisierung körperlicher und seelischer Ressourcen, für ein friedliches, würdevolles Sterben und für vieles mehr.

In der neueren berufspolitischen Diskussion erhält die Bedeutung der Gesprächsführung noch weitere Dimensionen. Immer stärker setzen wir auf kooperative und kommunikative Fähigkeiten, mit deren Hilfe der Professionalisierungsprozeß vorangetrieben werden soll. Pflegequalität soll laufend angepaßt bzw. erhöht werden, wobei „individuelle Pflege“, also ein auf den einzelnen Patienten möglichst adäquat zugeschnittenes Maßnahmenangebot als zentraler Aspekt einer solchen hohen Pflegequalität beinahe unwidersprochen akzeptiert ist. Die individuelle pflegerische Versorgung der Patienten setzt Gesprächsführungsfähigkeit als berufliche Kompetenz zwingend voraus, um Patientenbedürfnisse zu ermitteln und Absprachen über Maßnahmen zu treffen. Auch die sich hinter dem Begriff „Brückenpflege“ verborgene immer breiter diskutierte Forderung nach institutionsübergreifender Gewährleistung einer kontinuierlich hohen Qualität der Pflege ist ohne kommunikative Kompetenzen der Pflegenden untereinander nicht zu erzielen. Gesprächsführungskompetenz ist ebenso Grundbedingung für die unter dem Schlagwort „Vernetzung“ geführte Diskussion um ganzheitliche, berufsgruppen- und institutionsübergreifend organisierte und effektive Patientenversorgung, die ein möglicher Schlüssel zur Verbindung hoher Versorgungsqualität einerseits und knapper werdender finanzieller Ressourcen andererseits sein könnte. Für die gemeinsame Erstellung und Umsetzung eines patientenbezogenen Versor-

gungskonzeptes müssen die verschiedenen Berufsgruppen dabei sehr dicht und gut funktionierend kooperieren. Es müssen gemeinsame Ziele festgelegt werden; Absprachen darüber erfolgen, wer wann welche Art von Maßnahmen mit bzw. an dem Patienten durchführt; die Versorgungsleistungen müssen sinnvoll miteinander koordiniert werden etc. Die Bedeutung der Kommunikation und speziell der Gesprächsführung für die Pflege habe ich an dieser Stelle nur in einigen, besonders wichtig erscheinenden Punkten verdeutlicht, um ihre grundlegende und aktuelle Wichtigkeit sichtbar zu machen.

### Ideal mit wenig Inhalt

In berufspolitischen Diskussionen und anderen Gesprächen zwischen Pflegenden entsteht häufig der Eindruck, daß wir Pflegenden die Kompetenz zur Gesprächsführung nicht nur in besonderem Maße als unser ganz spezielles Anliegen, sondern auch als eine besondere Fähigkeit unserer Berufsgruppe betrachten. Dies zumindest in Abgrenzung und Unterscheidung zu Ärzten, die kommunikativ häufig als wenig kompetent erlebt werden. Die Berufsgruppe vermittelt ein Bild, in dem sie den hilfreichen Umgang mit Patienten in Gesprächen etwas überspitzt formuliert „für sich gepachtet“ hat. Im scheinbaren Widerspruch hierzu werden allerdings problematische Gespräche mit Patienten gerne an Seelsorger abgegeben, denn häufig empfinden sich Pflegekräfte der als so wichtig erachteten Aufgabe nicht ganz gewachsen. Die professionelle Identität der Pflegenden ist demnach zwar sehr stark daran gebunden, daß wir in besonderem Maße zu anspruchsvoller Kommunikation in der Lage sind. Es taucht aber die Frage auf, ob wir Pflegenden nun diesen von uns selbst postulierten Anspruch wirklich so selbstverständlich erfüllen, oder ob unser Selbstverständnis hier eher nicht mit der Wirklichkeit übereinstimmt. Ist dieser Anspruch nicht vielleicht sogar diskussionswürdig, zumindest aber konkretisierungsbedürftig?

Ich wage die These aufzustellen, daß wir das Ideal intensiver und helfender zwischenmenschlicher Kommunikation, gemessen an der Selbstverständlichkeit, mit der wir es als Berufsgruppe innerhalb des Gesundheitswesens zu besetzen wünschen, bisher erstaunlich wenig mit Inhalten gefüllt haben.

Allerdings muß hier sicher differenziert werden zwischen verbaler und nonverbaler Kommunikation. Was die nonverbale Kommunikation und Interaktion betrifft, so liegen vor allem über die „basale Stimulation“ und die „Kinästhetik“ seit einiger Zeit Konzepte vor, die nicht nur veröffentlicht wurden, sondern ihren Niederschlag in den verschiedensten Bereichen der Pflege gefunden haben und sowohl in Aus-, Fort-, und Weiterbildung verbreitet thematisiert als auch inzwischen zunehmend in der Praxis anerkannt und umgesetzt werden. Dies ist insbesondere auf dem Hintergrund der Tatsache, daß viele unserer Patienten Einschränkungen unterschiedlicher Art in der verbalen Kommunikation haben, von besonderer Bedeutung.

Anders sieht es jedoch für den Bereich der verbalen Kommunikation, also der Gesprächsführung aus. Es gibt insgesamt sehr wenig, zum Teil veraltete Literatur, die sich stellenweise mehr mit formalen als mit inhaltlichen Aspekten der Gesprächsführung befaßt. Eine breite Diskussion um die Frage, welche möglichen Ansätze aus Psychologie und Psychotherapie für die Pflege interessant und damit rezeptionswürdig sind und welche vielleicht unserem Pflegeverständnis eher widersprechen, wird nicht geführt. Gesprächsführung hat noch immer einen eher unbedeutenden Platz in Aus-, Fort-, und Weiterbildung. Die Vermittlung der Inhalte wird in der Grundausbildung oft „nichtpflegenden“ Fremdozenten überlassen. Diese, meist Psychologen, verfügen häufig aber über keinerlei Vorerfahrung im Bereich Pflege und schaffen es dementsprechend sehr selten, eine dichte Verknüpfung zwischen psychologischen Theorien und psychotherapeutischen Konzepten einerseits und dem Pflegeberuf andererseits herzustellen. Integration des Themas in Unterrichte, außer der expliziten Unterrichtseinheit zum Thema Gesprächsführung, wird selten geplant und durchgeführt.

So fehlen den Auszubildenden trotz hoher Unterrichtsstundenzahlen im Fach Psychologie theoretisch begründete, reflektierte und auf ihr Berufsfeld bezogene, handlungsweisende Konzepte für die Interaktion bzw. Kom-

munikation mit Patienten in verschiedenen pflegerischen Situationen. Es mangelt daher auch an Hilfe bzw. kontinuierlicher Anleitung für einen besonders bewußten, sich selbst beachtenden Umgang mit der eigenen Person, was auf dem Hintergrund einer hohen potentiellen Burnout-Gefahr in pflegerischen Berufen dringend erforderlich wäre. Zumal diese Mängel auf der Theorieseite nicht durch genügend gute Vorbilder in der pflegerischen und ärztlichen Praxis in den Einsatzbereichen kompensiert werden, hat dies zur Folge, daß das nicht zu beseitigende Maß an Hilflosigkeit gegenüber schwierigen Pflegesituationen durch vermeidbare Unsicherheiten vergrößert wird. SchülerInnen reagieren darauf häufig mit Unzufriedenheiten, Schuldgefühlen, Ängsten oder einer bereits früh in der Ausbildung einsetzenden Berufsunzufriedenheit.

In vielen Einzelgesprächen mit Auszubildenden habe ich die erschreckende Erfahrung gemacht, daß die oft massiv erlebte Diskrepanz zwischen einerseits hohen pflegerischen / psychosozialen Idealen im Umgang mit Patienten und andererseits der Realität auf den Stationen schon nach wenigen Wochen in der Praxis bereits massivste Frustrationen bewirkt hat. In diesem Zusammenhang werden oftmals deutlich Verzweiflung, Unerträglichkeit der Situation, Gereiztheit, Aggressionen, Enttäuschung etc. zum Ausdruck gebracht. Stimmungstiefs und Motivationslosigkeit sind nur zwei von den ersten Anzeichen eines Ausgebranntseins, das sich häufig anschließt. So entsteht die frapierende Situation, daß viele Pflegekräfte schon keine rechte Lust mehr auf ihren Beruf haben, wenn sie gerade ein paar Wochen auf Station eingesetzt waren. Die hervorragende Bedeutung einer fachkompetenten Begleitung der Auszubildenden in ihrer

professionellen Entwicklung, verstanden als Hilfe zur „Selbstpflege“, die wiederum integrierter Bestandteil der Vermittlung von Kompetenzen im Bereich Gesprächsführung ist, ist somit eindrücklich belegt.

Eine differenzierte Bewertung der entsprechenden Situation für die PflegestudentInnen an Fachhochschulen und Universitäten kann an dieser Stelle nicht geleistet werden. Die meisten Curricula auch unterschiedlicher Studienzeige werden sicherlich das Thema Kommunikation in irgendeiner Weise vorsehen. Es ist jedoch anzunehmen, daß die praxisrelevante Vermittlung des Themas Gesprächsführung und die Begleitung der StudentInnen in ihrer professionellen persönlichen Entwicklung, die aus meiner Sicht Voraussetzung für eine Erweiterung der Kommunikationsfähigkeiten ist, sich je nach Hochschule unterschiedlich darstellt. Gerade für die PflegestudentInnen scheint mir das Thema Kommunikation jedoch von großer Wichtigkeit zu sein. Nach ihrer Diplomierung steigen sie oftmals unter schwierigen Bedingungen wie unklar abgegrenzten Aufgabenbereichen, kritischer Begutachtung durch nichtstudierte KollegInnen, von denen sie zunächst oft als starke Konkurrenz erlebt werden, ins Berufsleben ein. Zusätzlich besetzen sie häufig Positionen, in denen sie hohen Erwartungen an ihre fachliche und vor allem kommunikative Kompetenz ausgesetzt sind. Innovative Veränderung von Arbeitsorganisation und -strukturen, Verbesserung der Pflegequalität, Projektleitungen u. ä. zählen häufig zu ihren expliziten Aufgaben. Für PflegestudentInnen, wie auch für alle WeiterbildungsabsolventInnen, die durchwegs Schlüsselpositionen im Berufsfeld besetzen werden, ist daher eine gute Qualifikation im Bereich Gesprächsführung mitentscheidend

über ihren späteren beruflichen Erfolg. Dies gilt für zukünftige Führungskräfte genauso wie für LehrerInnen, PflegewissenschaftlerInnen oder PraxisanleiterInnen.

## Gespräche spontan und nebenbei

Den Blick auf die Pflegepraxis gerichtet, ist festzustellen, daß im pflegerischen Alltag auf den Stationen Gespräche mit Patienten selten geplant stattfinden und meist spontan geführt werden. Dies resultiert in hohem Maße aus den Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit. Gespräche entstehen beispielsweise während der Durchführung der Körperpflege, dem Bettenmachen usw., „ergeben“ sich also aus Kontakten, die meist ganz anderen Zielen als der Gesprächsführung dienen sollen. Es entsteht somit leicht ein Zielkonflikt, bei dem Gespräche als Verhinderung oder Verzögerung des vorgesehenen Arbeitsablaufes empfunden und dementsprechend knapp geführt werden. Hinzu kommt, daß der Begegnungsrahmen für intensive persönliche Gespräche in diesen Situationen sehr ungünstig ist und sowohl Pflegekraft als auch die PatientIn häufig auf andere Dinge als aufs Reden konzentriert sind. Es werden selten Situationen geschaffen, in denen ausführliche Gespräche zur individuell angemessenen Aufklärung, Entlastung oder zum Einholen von Informationen in einem klaren ungestörten und geschützteren Rahmen geplant, professionell und hilfreich geführt werden können. Ist einmal ein Gespräch durchgeführt worden, so wird die Qualität oftmals nicht oder ausschließlich nach individuell sehr verschiedenen Kriterien reflektiert. Es wird also quantitativ und qualitativ nach individuellen Maßstäben gestaltet und bewertet; oftmals vermutlich ohne akti-

Foto: Irmi Long, Frankfurt am Main



ven Prozeß der Auseinandersetzung, sondern mehr „aus dem Bauch heraus“.

Neben den schon beschriebenen Mängeln in der Ausbildung der Pflegenden sind als weitere wesentliche Ursachen dafür die meist ungünstigen räumlichen Bedingungen auf den Stationen und die knapp bemessene Ausstattung vieler Stationen mit qualifiziertem Personal zu nennen. Die aus der Kostendeckelung der Krankenhäuser und der Einführung der Fallpauschalen resultierende Zunahme der Patientenfluktuation auf den Stationen vergrößert diese Knappheit eher noch. In immer kürzerer Zeit sollen Pflegekräfte immer mehr Patienten möglichst zu deren Zufriedenheit versorgen, denn der Verteilungskampf um die Patienten wächst zwischen den Einrichtungen im Gesundheitswesen. Die rasant entstandene Konkurrenz um Arbeitsplätze im Bereich Pflege, die an vielen Häusern dazu geführt hat, daß an neu eingestellte KollegInnen nur noch auf Zeit befristete Verträge vergeben werden, vergrößert den Druck, der auf ihnen lastet, weiter. Psychische Voraussetzungen zur Kommunikationsfähigkeit wie Entspannung und innerer Freiraum zum Einlassen auf andere Menschen werden somit negativ beeinflusst. Es bleibt noch abzuwarten, wie sich die solcherart geänderten Bedingungen auf den Umgang von Pflegekräften mit ihren Patienten konkret auswirken. Durch die verstärkte Kundenorientierung könnte die Kommunikation mit Patienten theoretisch an Bedeutung gewinnen, denn „nett“ behandelte Patienten sind zufriedener, kommen wieder und verbessern das Image des Hauses. Aber genau hier liegt auch die zu vermutende Tücke des Objekts. Nettigkeit und professionell hilfreiche Gesprächsführung sind eben nicht unbedingt deckungsgleich und stehen nicht selten sogar im Widerspruch zueinander. Hilfreiche Begleitung im Umgang mit Patienten ist mehr als ein höfliches oder bedauerndes Wort an den Patienten und heißt manchmal vielleicht auch Aus- oder Ansprechen unangenehmer Wahrheiten und das Ertragen ärgerlicher oder enttäuschter Reaktionen des Patienten.

Einstweilen führt Zeitdruck auf den Stationen meist zu einer Prioritätensetzung in der Arbeit, die eher bei medizinischen, somatisch-pflegerischen und organisatorischen Elementen liegt denn bei psychosozialen, was den institutionellen Anforderungen und denen anderer Berufsgruppen im Krankenhaus entspricht. Diejenigen Pflegekräfte, die unter widrigen Bedingungen dennoch der Kommunikation mit Patienten eine große Bedeutung beimessen, sind dementsprechend oft frustriert und leiden nicht selten unter Schuldgefühlen, da sie nicht in der Lage sind, eine gute psychosoziale Begleitung der Patienten „im Alleingang“ sicherzustellen. In Verbindung mit der oben beschriebenen unzureichenden Ausbildung und Begleitung, die eine, bei sehr idealistischen Pflegekräften häufig vorhandene, überzogene bzw. unrealistische Erwartungshaltung an die eigene Person perpetuiert, führt diese Situation

leicht zu Erschöpfung, Ausgebranntheit und der Aufgabe von Ansprüchen an die eigene Arbeitsweise.

### **Sind Pflegenden genetisch bedingt kommunikativ?**

Die beschriebene „individuelle Handhabung“ des Themas Kommunikation mit Patienten hat seine Entsprechung und eine wichtige Wurzel im Mangel an einer gemeinsamen, breiten theoretischen Basis zur Gesprächsführung innerhalb der Pflege. Die aus meiner Sicht frappierende Diskrepanz zwischen dem Anspruch an Gesprächsführungskompetenz der Pflegekräfte und den beschriebenen inhaltlichen Defiziten in den unterschiedlichen pflegerischen Bereichen scheint mir auf dem Hintergrund der Geschichte der Pflege verstehbarer zu werden. Die Konstituierung der Pflege als weiblicher, bürgerlicher Beruf führte zu deren vielfach beschriebener Bindung an typische Werte und Eigenschaften wie Aufopferung, Fürsorglichkeit, Ermüdung, Zurücknahme der eigenen Person, die sich erst in jüngster Zeit langsam auflösen. Der Kontrast zwischen Anspruch und Wirklichkeit in der Gesprächsführung der Pflegenden spiegelt so auch die Selbstverständlichkeit, mit der Frauen qua Geschlecht heute noch die Beziehungsarbeit in der Familie einerseits zugewiesen wird und sie andererseits sozusagen „genetisch bedingt“ von Natur aus grundsätzlich dazu für besonders qualifiziert erachtet werden. Diese Zuschreibung beeinflusst sowohl das Selbstkonzept von Frauen als auch die Erwartungshaltung der Männer an sie. Betrachten wir die Institution Krankenhaus als Abbild des Geschlechterverhältnisses in den Familien, so wird die Beziehungsarbeit mit den Patienten folgerichtig zur genauso selbstverständlichen wie wenig anerkannten Aufgabe der Pflegekräfte. Schlüssigerweise resultiert daraus eine faktisch extreme Unterbewertung des Themas Gesprächsführung, die im krassen Gegensatz zum „offiziellen“ Anspruch steht und sehr problematische Konsequenzen hat. Gespräche mit Patienten zu führen ist sozusagen das krönende „Sahnehäubchen“, das die Arbeit zielt, aber selbst eigentlich gar keine Arbeit ist. Das Erlernen umfassenderer Gesprächsführungskompetenzen erübrigt sich für Pflegenden deshalb von selbst und ihre Entlastung im Sinne von Supervision, Freistellung von anderen Aufgaben für das Führen von Gesprächen, großzügiger Einbeziehung kommunikativer Aufgaben bei der Ausstattung der Stellenpläne etc. erfolgt nicht.

### **Kuration geht vor Kommunikation**

Eine weitere Wurzel für die geringe Bewertung der Gesprächsführung ist die nach wie vor eher medizinorientierte und damit kurative Ausrichtung der Pflege. Sich über Kommunikation mit Patienten differenziert auseinanderzusetzen wird außer in der Psychiatrie oft nur bei Vorliegen einer Kommunikationseinschrän-

kung des Patienten als professionelle Aufgabe betrachtet. Dies deckt sich mit der bereits erwähnten Tatsache, daß für die eingeschränkten Patientengruppen mehr anerkannte Konzepte vorhanden sind als für den von seinen Kommunikationsfähigkeiten her betrachtet „ganz normalen“ Patienten. Da sich die naturwissenschaftlich-medizinische Sicht von Krankheit nicht nur bei den Berufsgruppen im Krankenhaus findet, sondern auch Ausdruck unserer von Machbarkeitsphantasien geprägten „Zivilisationsgesellschaft“ und damit internalisierter Teil des „modernen“ Menschen der westlichen Welt ist, schlägt sich dies natürlich auch im Verhalten der Patienten nieder. Entlastende und aufklärende Gespräche oder gar Beratungen, die dem Patienten helfen, seinen eigenen Weg im Umgang mit einer Krankheit zu finden, eigene Entscheidungen zu möglicher Diagnostik oder Therapie zu treffen oder gar persönliche Anteile bei der Entstehung von Krankheit zu reflektieren, sind oftmals nicht so sehr erwünscht wie die Pflegekraft oder der Arzt, der zwar direkte Anweisungen gibt, dafür aber auch im Gegenzug die Verantwortung übernimmt und Heilung oder zumindest Schutz vor einer Verschlechterung der Situation verspricht. So sind mir bei zunehmender Klagefreudigkeit zwar viele Fälle bekannt, in denen Patienten Schadenersatz für falsch oder nicht durchgeführte medizinische oder somatisch-pflegerische Leistungen einfordern, aber nur wenige, in denen wegen unzureichender seelischer Begleitung oder explizit wegen mangelnder fachlicher Beratung (ohne daß medizinische Folgen entstanden sind) geklagt wurde.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, daß Kompetenzen im Bereich Gesprächsführung für eine individuelle Versorgung der Patienten und für neue Anforderungen, die an den Beruf gestellt werden, für Pflegekräfte in den verschiedensten Bereichen wichtiger denn je sind. Gesellschaftliche und institutionelle Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen, die Geschichte der Entwicklung des Berufes Pflege und die aktuelle Situation in der Berufsgruppe haben aber dazu geführt, daß der als pflegespezifisch hochgehaltene Anspruch an kommunikative Fähigkeiten vergleichsweise wenig Niederschlag in der Realität von Ausbildung und Praxis der Pflege hat. Dies geschieht sowohl zu Lasten der Patienten als auch der Pflegekräfte selber, deren Berufszufriedenheit oftmals sehr frühzeitig zu wünschen übrig läßt.

Wo und wie nun Verbesserungen ansetzen müßten und welches Konzept der Gesprächsführung in der Pflege angewendet werden könnte, soll später in einem weiteren Artikel in *Dr. med. Mabuse* dargestellt werden.

*Agnes Koß, Lehrerin für Pflegeberufe, zweijährige Ausbildung in klientenzentrierter Gesprächsführung – GWG –, zur Zeit in berufsbegleitender Ausbildung zur klientenzentrierten Beraterin*