

Andrea Grünsteidl

„Reden ist nicht so mein Ding“  
Gefühlsassoziierte Gesprächssituationen  
mit Eltern

"Talking is not my thing"  
Feeling-oriented conversation situations  
with parents

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades  
eines Master of Science  
im Rahmen des Universitätslehrganges  
für Lehrer und Lehrerinnen der Gesundheits- und Krankenpflege

Mag. Dr. Ulrike Sixt

Karl-Franzens-Universität Graz  
und UNI for LIFE

Linz, November 2018

## Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

17. November 2018

Andrea Grünsteidl e.h.

## **Vorwort**

Zu meinen ersten Unterrichtsfächern, die ich 1994 in der Ausbildung für Kinderkrankenpflegepersonen übernommen habe, gehörte die Kommunikation im Umgang mit Eltern. Zu der Zeit begann die Sensibilisierung des Pflegepersonals in der Kinder- und Jugendlichenpflege für die Zusammenarbeit mit den Eltern kranker Kinder. Die elementare Bedeutung der Eltern für das kranke Kind war dem Pflegepersonal damals bewusst. Was neu war, waren die ersten Schritte der Umsetzung in der Institution Kinderkrankenhaus. Die starren Besuchszeiten wurden ausgedehnt und die Mitaufnahme der Mutter ermöglicht. Damit änderten sich die Anforderungen an das Personal. Es ergaben sich mehr Fragen, es wurden mehr Gespräche geführt und die Beziehung zu den Eltern bekam Gestaltungsspielraum. Für die Generation der älteren Kolleginnen veränderte sich das Aufgabenfeld dahingehend, dass Reden mit den Eltern wichtig und Teil der Pflegeaufgaben wurde und nicht mehr wie bisher als zeitraubendes Tratschen galt. In einem nächsten Schritt erhielten die Gespräche, die mit Eltern geführt wurden, neue Bezeichnungen.

Professionelle Gespräche, die mit ausgewählten Rahmenvorgaben und mit einem definierten Ziel geführt werden, gehören mittlerweile zum Handlungsfeld der Kinderkrankenpflegeperson. Unabhängig davon, ob ein Beratungsgespräch, ein Pflegeanamnesegespräch, ein Entlassungsgespräch oder ein Standortgespräch mit den Eltern geführt wird, immer geht es auch darum das Gegenüber wahrzunehmen. Es geht darum zuzuhören und dabei der Verlockung der eigenen Gedanken zu widerstehen, es geht darum sich als Expertin und als Experte zurückzunehmen und nicht sofort den nächsten inhaltlichen oder persönlichen Impuls einbringen zu wollen. Es geht um Offenheit und Bereitschaft die Gefühle, die beim Reden entstehen können, entdecken zu wollen. In dem Buch »Das ABC der Gefühle« von Baer Udo und Frick-Baer Gabriele hat mich die Regel drei: Gefühle haben mehrdimensionale Wirkungen angesprochen. Die Autorin und der Autor merken an, dass Gefühle keine logisch erfassbaren Wirkungen haben, sehr wohl aber immer viele direkte und indirekte, offenkundige und versteckte, kurz- und langfristige, gerade und verschlungene Wirkungen auf das Verhalten, auf das Selbstbild und auf die Kommunikation und ergänzen, dass diese Wirkungen Beachtung im Alltag verdienen.

Ich habe Freude am Zuhören und am Miteinanderreden in allen meinen Lebensbereichen. Meine innere Dankbarkeit für diese Freude gilt meinen »Impulsmenschen«.

## **Kurzfassung**

Beziehungsarbeit in der Gesundheits- und Krankenpflege von Kindern- und Jugendlichen ist geprägt durch Kommunikation und Interaktion mit dem kranken Kind, der und dem Jugendlichen und deren familiär-sozialem Umfeld. Pflegepersonen berichten zunehmend von unangenehmen und herausfordernden Gesprächssituationen mit Eltern bzw. An- und Zugehörigen. Diese Gesprächssituationen im pflegerischen Alltag sind beeinflusst von Gefühlen beider Interaktionspartner und es leitet sich die Frage ab, welche sozialkommunikativen Fähigkeiten sind in emotionalen Gesprächssituationen verfügbar? Zentrales Anliegen der vorliegenden Arbeit ist es zu erheben, wie Kinderkrankenpflegepersonen belastende und herausfordernde Gesprächssituationen mit Eltern wahrnehmen und rückblickend darstellen. Ein weiterführendes Ziel ist die Erfassung fördernder und hemmender Faktoren, um Rückschlüsse und Handlungsstrategien für die erfolgreiche Bewältigung schwieriger Gesprächssituationen ableiten zu können.

Grundlage der vorliegenden Arbeit ist ein qualitativer Forschungsansatz. Die Daten leiten sich aus fünf leitfadengestützten Einzelinterviews mit diplomierten Kinderkrankenpflegepersonen ab. Die Datenauswertung folgt der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring. Die Befragten beschreiben neben emotionalen Faktoren wie Angst um das Kind haben auch persönliche Faktoren wie Erfahrungen aus der eigenen Mutterrolle als einflussnehmend auf Gesprächssituationen. Weiters gelten kritische Eltern mit aufbrausendem Verhalten neben Beleidigungen als Störelemente in Gesprächen. Als Strategien zur Gesprächsbewältigung geben die Befragten Offenheit, positive Rückmeldungen, Humor und das Reden über Alltägliches an. Das private Umfeld und die eigenen Resilienzfaktoren sowie das Reden im beruflichen Team stellen sich als Tools zur Bewältigung von herausfordernden Gesprächssituationen dar. Weitere Tools, die als persönliche Stärken gelten, sind Ehrlichkeit im Gespräch mit den Eltern und eine respektvolle Einstellung.

## **Abstract**

Building a relationship in the field of pediatric care is characterized by communications and interactions with the sick child, the young person and the child's family social environment. Caregivers are increasingly reporting unpleasant and challenging discussions with parents and relatives. These conversational situations in the daily life of a nurse are influenced by feelings of both interacting parties and the question arises as to which social communication skills are available in emotional conversations.

The central concern of the present work is to deduce how pediatric nurses perceive stressful and challenging conversational situations with parents and present those situations in retrospect. A further goal is the collection of promoting and inhibiting factors, in order to be able to derive conclusions and action strategies for the successful handling of difficult discussion situations. The basis of the present work is a qualitative research approach. The data are derived from five individual interviews with certified pediatric nurses. The data analysis follows the summary content analysis according to Mr. Philipp Mayring. In addition to emotional factors such as anxiety about the child, interviewees also describe personal factors such as experiences from their own roles as mothers as an influence on the conversations. Furthermore, critical and insulting parents with hostile behavior are considered a disruptive element in conversations. As strategies for coping with these conversations, the respondents use openness, positive feedback, humor and talk about everyday life. The private environment and the nurses own resilience factors as well as the discussions amongst the professional team are presented as tools for coping with challenging conversational situations. Other tools that are considered as personal strengths are honesty in conversation with the parents and a respectful attitude.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>1</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>3</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>4</b>
<b>A Theoretischer Teil.....</b>	<b>9</b>
<b>2 Kommunikation: allgemeine Darstellung.....</b>	<b>9</b>
2.1 Kommunikationstheorien aus dem deutschsprachigen Raum .....	9
2.1.1 Die Grundsätze der Kommunikation nach Watzlawick.....	10
2.1.2 Das Kommunikationsmodell von Friedemann Schulz von Thun .	14
2.2 Merkmale der klientenzentrierten Gesprächsführung .....	16
2.3 Wirkungsbereich verbale und nonverbale Kommunikation .....	18
2.4 Status .....	20
2.4.1 Statuspositionen und Statusverhalten.....	21
2.4.2 Das Status-Modell.....	23
2.5 Beziehung – Interaktion.....	24
2.6 Selbstwahrnehmung.....	26
<b>3 Gefühle und Emotionen.....</b>	<b>28</b>
3.1 Klärung der Begriffe Gefühl und Emotion .....	28
3.2 Bedeutung von Emotion und Stimmung .....	29
3.2.1 Einfluss von Affekten auf Kommunikation .....	31
3.2.2 Reflektieren von Gefühlen.....	32
3.2.3 Gefühle in der gewaltfreien Kommunikation.....	33
<b>4 Kommunikation im pflegeberuflichen Kontext.....</b>	<b>35</b>
4.1 Familienzentrierte Pflege.....	35
4.2 Gespräche mit Eltern, An- und Zugehörigen .....	37
4.2.1 Gespräche im Betreuungsfeld Neonatologie.....	38
4.2.2 Gespräche im Betreuungsfeld Intensivstation .....	39
4.2.3 Gespräche in exemplarischen Betreuungssituationen .....	40
4.3 Effektive Kommunikationsstrategien.....	41
4.3.1 Kommunikative Grundhaltung - vom Ratschlag zur Beratung.....	42

---

4.3.2	Kommunikative Grundhaltung - zentrale Strategien.....	42
4.4	Beeinflussung in Gesprächssituationen.....	44
4.4.1	Humor als Gesprächsauslöser.....	45
4.4.2	Trauer und Angst.....	45
4.4.3	Vertrauen in emotionalen Gesprächssituationen.....	46
<b>B</b>	<b>Empirischer Teil.....</b>	<b>47</b>
<b>5</b>	<b>Beschreibung des Forschungsansatzes.....</b>	<b>47</b>
5.1	Erhebungsmethode.....	48
5.2	Auswahlmethoden.....	49
5.3	Entwicklung des Interviewleitfadens.....	50
5.4	Ablauf der Datenerhebung.....	52
5.5	Datenaufbereitung und Auswertung.....	55
5.5.1	Transkription.....	56
5.5.2	Analysemethode.....	56
<b>6</b>	<b>Ergebnisse, Diskussion und Interpretation.....</b>	<b>57</b>
6.1	Das Kategoriensystem.....	57
6.2	Pflegepersonen in Gesprächssituationen.....	58
6.2.1	Faktoren die auf Gesprächssituationen einwirken.....	58
6.2.2	Störelemente in Gesprächen mit Eltern.....	63
6.3	Strategien zur Gesprächsbewältigung.....	66
6.4	Tool zur Bewältigung von Gesprächssituationen.....	70
6.4.1	Support - es gelingt gemeinsam.....	70
6.4.2	Gesprächsverhalten beleuchten.....	72
<b>7</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>75</b>
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>81</b>
	<b>Anhang.....</b>	<b>86</b>

---

## Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Kategorien und Subkategorien der zusammenfassenden Inhaltsanalyse	58
--	----



# 1 Einleitung

Diese Arbeit möchte Kommunikation und Interaktion als Handlungsfeld in der Kinder- und Jugendlichenpflege darstellen und dabei auf Herausforderungen und Bewältigungsstrategien Pflegender in Gesprächssituationen mit Eltern sowie An- und Zugehörigen eingehen.

Die Autorin vorliegender Arbeit befasst sich seit mehr als 30 Jahren mit dem Handlungsfeld der Kinder- und Jugendlichenpflege. Selbst im Rückblick auf die Kinderkrankenpflege der 80er-Jahre kann festgestellt werden, dass die pflegerische Betreuung kranker Kinder und Jugendlicher in Zusammenarbeit mit den Eltern und Angehörigen alltägliche Normalität ist. Nur in Einzel- oder Krisenfällen wird ein krankes Kind, ein kranker Jugendlicher ohne Kontakt zu seiner Familie im Krankenhaus versorgt. Die EACH-Charta beschreibt die Rechte aller Kinder vor, während und nach einem Krankenhausaufenthalt. Unter anderem ist darin, das Recht des Kindes, seine Eltern oder eine andere Bezugsperson jederzeit bei sich im Krankenhaus zu haben, angeführt (vgl. KiB children care 2016, S.12). Unabhängig davon, dass dieses Recht nur mit Einschränkungen in der Form umgesetzt wird, leitet sich damit ab, dass Kinderkrankenpflegepersonen das Kind und seine Familie betreuen. Eltern ambulant versorgter oder stationär betreuter Kinder und Jugendlicher befinden sich in einer Ausnahmesituation. Diese Situation ist beeinflusst, durch die aktuelle Lebenslage, in der sich die Familie befindet und durch das akute Geschehen.

Für den Bereich der Intensivpflege von frühgeborenen und kranken Kindern gilt die Einbindung der Eltern in die stationäre Pflege als elementar. Diese Eltern befinden sich in einer außergewöhnlichen Belastungssituation und stellen für die Pflegepersonen unterschiedlichste Herausforderungen dar. Nach Jotzo und Reichert kann das Verhalten dieser »frühgeborenen« Eltern von ängstlicher Starrheit bis hin zu enormem Wissensdrang reichen und die Ausprägung des Verhaltens kann aggressiv eingefärbt sein und als laut und fordernd vom helfenden Personal erlebt werden (vgl. Reichert/Rüdiger 2013, S.269).

Aus dieser Tatsache ergibt sich die enorme Bedeutung der Kommunikation und der darauf einwirkenden Faktoren in der Gesundheits- und Krankenpflege, welche in der wissenschaftlichen Theorie ausführlich belegt ist: So beschreibt Schefcik (vgl. ebd. 2012, S.114f.), dass es während des stationären Aufenthaltes von Kindern auf einer pädiatrischen Neurorehabilitationsstation zur Befriedigung der elterlichen Bedürfnisse zweier Komponenten bedarf. Neben der Infrastruktur ist die Kommunikation zwischen Eltern und behandelndem Personal als wesentliche Komponente angeführt. In dieser Untersuchung ist festgehalten, dass die Bedürfnisse im zwischenmenschlichen und emotionalen Bereich stark kommunikationsabhängig sind. Für eine gelungene Kommunikation wiederum ist das Aushandeln und Festlegen der elterlichen und pflegerischen Rollen im Behandlungsprozess durch Kommunikation notwendig (vgl. Metzinger/Nagl-Cupal 2014, S.84f.), und Kuhlmann schließlich verweist auf die Bedeutung der Angehörigen für den Heilungsprozess und somit auch auf die Bedeutung der Unterstützung dieser Angehörigen (vgl. Kuhlmann 2004, S.146).

Gespräche in der Gesundheits- und Krankenpflege können die Beziehung zwischen Patientinnen und Patienten, deren Familien und dem Pflegepersonal stärken und verbessern. Gespräche geben Sicherheit, indem sie handlungsbegleitend sind und pflegerische Interventionen damit für die Patienten nachvollziehbar werden. Pflegepersonen geben in beratender Funktion Informationen weiter und sie hören zu. Die Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen bekommen im Gespräch den Freiraum Gefühle, Sorgen und Anliegen zu äußern, diese Gespräche können zur emotionalen Entlastung beitragen (Hausmann 2009, S.180f.).

Vor dem Hintergrund dieser wissenschaftlich belegten Bedeutung von Kommunikation in der Pflege liegt das grundlegende Erkenntnisinteresse der Autorin vorliegender Arbeit im Bereich der sozialkommunikativen Kompetenzen, die im beruflichen Setting der Gesundheits- und Krankenpflege von Kindern- und Jugendlichen relevant sind. Hinzu kommt, dass unter anderen Alltagsbeobachtungen aus dem entsprechenden beruflichen Setting der Autorin gesagt werden kann, dass

Pflegepersonen vermehrt über unangenehme Situationen im Umgang mit Eltern bzw. An- und Zugehörigen der Patientinnen und Patienten sprechen. In diesen Situationen kommen unterschiedliche Gefühle bei den Pflegenden auf. Als exemplarisches Beispiel Gefühle wie Wut gefolgt von Frustration abgeleitet aus nachfolgender Aussage: „Das interessiert mich nicht mehr, mit denen rede ich nicht mehr, das soll wer anderer übernehmen“ (Pflegerin am 19.12.2017).

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Ausgangslage stellt sich die Autorin die Frage, welches die Auslöser für das Verhalten der Pflegenden sein können. Möglicherweise haben Pflegende ein großes Harmoniebedürfnis und wählen daher den Rückzug aus unangenehmen Gesprächssituationen. Es könnte auch durchaus sein, dass Pflegende unangenehme Gesprächssituationen als bedrohlich und Angst auslösend empfinden. Angstverstärkend wirkt die Körperhaltung, wenn das Gegenüber sich im Gespräch nonverbal viel Raum nimmt. Pflegende spüren in unangenehmen Gesprächssituationen vermutlich eigene Grenzen und interpretieren das als Schwäche. Pflegende haben, geprägt durch persönliche Sichtweisen, Vorurteile und damit Vorbehalte gegenüber divergierenden Lebenseinstellungen und -haltungen und geben unangenehme Gespräche ab. Pflegende betrachten das Führen von unangenehmen Gesprächen möglicherweise auch nicht als zentrale Aufgabe im Handlungsfeld der Pflege.

Angesichts der beschriebenen Ausgangslage ist das Ziel der Arbeit, abzuleiten, wie Kinderkrankenpflegerinnen und Kinderkrankenpfleger belastende und herausfordernde Gesprächssituationen wahrnehmen und rückblickend darstellen, sowie welche kommunikativen Kompetenzen diese Pflegenden in emotionalen Gesprächen anwenden. Ein weiterführendes Ziel ist die Erfassung fördernder Faktoren, die zu einer erfolgreichen Bewältigung schwieriger Gesprächssituationen führen. Durch die Erfassung hemmender Faktoren sind Rückschlüsse möglich, dahingehend wie weit diese Faktoren systemabhängig oder personenabhängig sind und sich Handlungsstrategien ableiten lassen. Die gewonnenen Erkenntnisse und die Ergebnisse der Untersuchung können Themen für den inhaltlichen Aufbau des

Unterrichtsfaches Kommunikation und Konfliktbewältigung in der Sonderausbildung Kinder- und Jugendlichenpflege bilden.

Zu diesem Zweck wird im Theorieteil der vorliegenden Arbeit auf die allgemeinen Grundlagen der Kommunikation basierend auf deutschsprachigen Kommunikationstheorien nach Watzlawick und Schulz von Thun eingegangen. Mit dem Hintergrund der Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpflege sind dazu die fünf pragmatischen Axiome und das Kommunikationsquadrat dargestellt. Die theoretischen Ausführungen werden bezogen auf Beratungsbeziehungen durch die drei Basisvariablen der Gesprächsführung nach Rogers ergänzt. In der allgemeinen Darstellung der Kommunikation wird dem Zusammenhang der körpersprachlichen Phänomene mit ausgewählten Basisemotionen nachgegangen und die wechselseitige Wirkung von Körperhaltung auf Gefühle aufgezeigt. Weitere theoretische Bezugspunkte sind den Bereichen Status, Interaktion und der Bedeutung von Gefühlen in Gesprächssituationen zugeordnet. Im Kapitel Gefühle und Emotionen folgt eine Begriffsklärung und eine Betrachtung dahingehend, wieweit das Reflektieren von Gefühlen und die Identifikation eigener Gefühlsreaktionen die zwischenmenschliche Kommunikation verbessern können. Beispielgebend wird der Ansatz der gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg angeführt. Im Kapitel Kommunikation im pflegeberuflichen Kontext ist dargestellt welchen zentralen Wirkungsbereich die Kommunikation im Berufsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege hat und wodurch in diesem Bereich Gesprächssituation beeinflusst sind. Ein besonderes Augenmerk liegt auch im theoretischen Teil auf der Verbindung zum Pflegeberuf und die darin vorherrschenden Kommunikationssituationen. Es wird auf ausgewählte Betreuungsfelder Neonatologie und pädiatrische Intensivstation und auf die exemplarische Betreuungssituation des hörbeeinträchtigten Kindes im Krankenhaus eingegangen.

Aus diesen theoretischen Überlegungen sowie Alltagsbeobachtungen im beruflichen Feld der Gesundheits- und Krankenpflege von Kindern- und Jugendlichen leiten sich die nachfolgenden Forschungsfragen ab. Wie erleben

Kinderkrankenpflegepersonen Gesprächssituationen mit Eltern, An- und Zugehörigen? Welche Erfahrungen haben Kinderkrankenpflegepersonen in belastenden und herausfordernden Gesprächssituation mit Eltern, An- und Zugehörigen bisher gemacht? Welche Gesprächssituation erleben Pflegepersonen als emotional herausfordernd und belastend? Was lösen diese Gesprächssituationen bei Pflegepersonen aus? Wie verhalten sich Pflegepersonen in „schwierigen“ Gesprächssituationen mit Eltern, An- und Zugehörigen? Welche Strategien wählen Pflegepersonen um herausfordernde, belastende Gesprächssituationen zu vermeiden? Wie gelingt es Pflegepersonen in herausfordernden, belastenden Gesprächssituationen sicher handeln zu können? Welche Tools (sozial und technisch) brauchen Pflegepersonen um in herausfordernden Gesprächssituationen sicher zu sein? Die Forschungsfragen dringen in die subjektive Erfahrungswelt der Pflegepersonen ein und berühren einen Bereich über den nicht alltäglich gesprochen wird und dem viele Menschen vermutlich eher ausweichen.

Den angeführten Fragestellungen wird im empirischen Teil nachgegangen. Gearbeitet wurde hier mit Einzelinterviews, dazu wurden fünf Kinderkrankenpflegerinnen und Kinderkrankenpfleger aus fünf unterschiedlichen beruflichen Einsatzfeldern mit verschieden langer Berufserfahrung anhand eines Interviewleitfadens befragt. Die Interviews wurden anschließend transkribiert, analysiert und qualitativ ausgewertet. Im empirischen Teil wird zunächst detailliert auf die Auswahl der Forschungsmethode und die Ausarbeitung des zugrundeliegenden Fragebogens sowie die angewandten Prinzipien der Forschung eingegangen. Einer kurzen Beschreibung der Analysemethoden und der tabellarischen Auflistung der Haupt- und Subkategorien, abgeleitet aus den Ergebnissen, im Kategoriensystem folgt schließlich die Darstellung der Ergebnisse der Interviews kategorisiert und anhand konkreter Einzelbeispiele dargelegt, immer mit dem Ziel, konkrete Handlungsempfehlungen abzuleiten.

## **A Theoretischer Teil**

In diesem Teil sind die theoretischen Grundlagen dargestellt, auf denen die vorliegende Arbeit basiert. Die Ausführungen stützen sich auf ausgewählte Fachliteratur zum Themenfeld Kommunikation und dabei gezielter auf theoretische Grundlagen für den Bereich Gesundheits- und Pflegeberufe. Mit dem Fokus auf die familienorientierte Pflege erfolgt erweiternd dazu, die Auseinandersetzung mit aktuellen wissenschaftlichen Publikationen, die zur Beantwortung der Fragestellung und zur Zielerreichung beitragen.

## **2 Kommunikation: allgemeine Darstellung**

Kommunikation ist der Austausch von subjektiven Bildern über die im Moment wahrgenommene Wirklichkeit. Kommunikation wird als effizient erlebt, wenn es den Beteiligten gelingt, ihr eigenes Bild der Wirklichkeit mitzuteilen und ergänzend dazu das Bild der Wirklichkeit des Gegenübers zu erfahren. Wenn in weiterer Folge die Übereinstimmungen bzw. die Unterschiede zwischen den subjektiven Bildern und Theorien und der Wirklichkeiten erfasst werden, gilt Kommunikation als gelungen (vgl. Wimmer/Wimmer/Buchacher/Kamp 2012, S.40).

Nachfolgend werden ausgewählte theoretische Grundlagen der Kommunikation vorgestellt.

### **2.1 Kommunikationstheorien aus dem deutschsprachigen Raum**

Kommunikationstheorien sind geeignete Instrumente um verwirrende Situationen einschätzen zu können, um Meinungsverschiedenheiten auf den Grund zu gehen, um Streitereien rückblickend besser zu verstehen oder um Konflikte zu deeskalieren. Das Handlungsfeld der Pflege in den Gesundheits- und Krankeneinrichtungen wird zunehmend zu einem Spielfeld für spannungsgeladene Situationen und die Befähigung des Personals in diesen Einrichtungen gilt als wertvolle Investition zur Sicherung eines beziehungsfreundlichen Klimas. Basis für einen offenen Umgang in Gesprächssituationen bilden aus Sicht der Autorin die allgemein theoretischen Grundlagen der Kommunikation. Es folgt die Beschreibung der Grundsätze zur

konstruktivistischen Kommunikationstheorie anhand von zwei Vertretern im deutschsprachigen Raum.

### **2.1.1 Die Grundsätze der Kommunikation nach Watzlawick**

Paul Watzlawick begründete gemeinsam mit anderen Forschern Grundsätze für die Kommunikation. In den Kommunikationswissenschaften sind diese Grundsätze als die fünf »pragmatischen« Axiome geführt. Dort wo Menschen miteinander in Beziehung treten und sich in irgendeiner Form zu einander verhalten läuft das, in den Grundsätzen dargelegt ab (vgl. Matolycz 2009, S.10).

Nach Watzlawick gilt als Interaktion der wechselseitige Ablauf von Mitteilungen zwischen zwei oder mehreren Personen. Die Unmöglichkeit, nicht zu kommunizieren begründet er darauf, dass das Material jeglicher Kommunikation nicht nur Worte sind. „...sondern auch alle paralinguistischen 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 2011, S.13). Mit dieser Aussage bezieht sich Watzlawick auf das Verhalten und erklärt weiterführend, dass Verhalten kein Gegenteil hat. Demzufolge führt er an „Man kann sich nicht *nicht* verhalten“ (Watzlawick 2011, S.13).

Vor dem Hintergrund wie Kinderkrankenpflegepersonen schwierige Gesprächssituationen mit Eltern erleben kann diese Aussage wie folgt übertragen werden. Es kann angenommen werden, dass Pflegepersonen über das Verhalten der Eltern ableiten, wie ein Gespräch läuft bzw. sich entwickeln kann. Ein Elternteil kann in einer Gesprächssituation als abweisend wahrgenommen werden, weil er schweigt, damit stellt sich das metakommunikative Axiom: „Man kann nicht *nicht* kommunizieren“ dar. Nach Watzlawick hat Schweigen Mitteilungscharakter in dem Sinn, dass es genauso wie Worte die anderen beeinflusst und die anderen können nicht *nicht* auf die Kommunikation, in dem Fall auf das Schweigen, reagieren und kommunizieren wiederum durch ihr Verhalten (vgl. Watzlawick 2011, S.14).

Selbst die bewusste Steuerung durch Schweigen und Abwenden, um mit anderen Menschen nicht reden zu müssen, hat Mitteilungscharakter und ist Kommunikation (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S.107).

Zur angeführten Situation ist beispielhaft folgendes Verhalten denkbar: Die Kinderkrankenpflegeperson wiederholt noch einmal betont langsamer und lauter das bereits Gesagte und erklärt, wenn der Elternteil weiterhin schweigt, ihrerseits durch körpersprachliches Abwenden den Ausstieg aus dem Gespräch. Eine mögliche weitere Strategie kann sein: Die Kinderkrankenpflegeperson geht wortlos und wendet sich rasch ihrer nächsten Pflegeaufgabe zu oder sie gibt das Gespräch an jemand anderen ab. Unabhängig davon, welche Variante die Kinderkrankenpflegeperson wählt, sie verhält sich entsprechend ihrer Möglichkeiten und ihr Verhalten hat Mitteilungscharakter.

Ein weiteres Axiom stellt fest, dass der Inhaltsaspekt in der menschlichen Kommunikation die Daten vermittelt und dazu der Beziehungsaspekt anweist, wie diese Daten aufzufassen sind (vgl. Watzlawick 2011, S.18). Nach Watzlawick, Beavin und Jackson erscheinen Kommunikationsabläufe von außen betrachtet eine fortwährende Abfolge von Mitteilungen zu sein. Jede teilnehmende Person ordnet dieser Interaktion eine Struktur zu, indem sie Interpunktionen setzt. Diskrepanzen in der Ereignisfolge von Interpunktionen können der Beginn eines Beziehungskonfliktes sein. Das dritte metakommunikative Axiom stellt fest: „Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt“ (Watzlawick 2011, S.24).

Watzlawick, Beavin und Jackson merken an, dass sich Objekte grundsätzlich auf zwei verschiedene Arten zum Gegenstand von Kommunikation machen lassen (vgl. Matolycz 2009, S.29): Sie lassen sich durch eine Analogie oder durch einen Namen ausdrücken. Mit der sprachlichen Zuordnung eines Namens für ein Objekt, bleibt der Name ein Wort. Diese Kommunikationsform, bei der ein Objekt eine bestimmte sprachliche Zuteilung erfährt, wird digital genannt. Nach Watzlawick ist dieses



Mitteilungsmaterial komplexer, vielseitiger und abstrakter als das analoge. Als analog wird nach Watzlawick jene Kommunikation bezeichnet, die im zur Kennzeichnung eines Dinges verwendeten Ausdruck liegt und sich über Ausdrucksgebärden wie Gestik, Mimik, Lautstärke und Modulation zeigt (vgl. Matolycz 2009, S.30).

Die analoge Kommunikation hat ihre Wurzeln vermutlich in archaischeren Entwicklungsperioden und erfährt damit eine weitreichendere allgemeinere Gültigkeit als die abstraktere digitale Form der Kommunikation. In der folgenden Ausführung von Watzlawick bestätigt sich, dass beide Formen eine bestimmte und berechtigte Funktion übernehmen: „Wenn wir uns nun erinnern, dass jede Kommunikation einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt hat, so wird deutlich, dass die digitalen und die analogen Kommunikationsweisen nicht nur nebeneinander bestehen, sondern sich in jeder Mitteilung gegenseitig ergänzen. Wir dürfen ferner vermuten, dass der Inhaltsaspekt digital übermittelt wird, der Beziehungsaspekt dagegen vorwiegend analoger Natur ist“ (Watzlawick 2011, S.29). Mit dieser Erklärung wird über die digitale Kommunikationsform der Inhalt einer Nachricht weitergegeben und durch die analoge Form, durch das Wie, wird etwas über die Beziehung der Kommunikationspartner dargestellt.

In der Übertragung auf ein Kommunikationsbeispiel aus dem Berufsalltag der Kinder- und Jugendlichenpflege könnte dies beispielhaft bedeuten: Der Dialog läuft zwischen der Mutter eines neugeborenen stationär aufgenommenen Kindes, einer Auszubildenden, einer Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege und einer Kinderkrankenpflegeperson. Die Mutter ist im Alter von Anfang 20 und hat ihr erstes Kind geboren, während der Schwangerschaft hat sie an einem Drogensersatzprogramm teilgenommen. Die Auszubildende übernimmt, im Auftrag der Stationsleitung, die Aufgabe, die Mutter erneut zu fragen, ab wann sie bei ihrem Kind im Krankenhaus bleibt und damit die Schulung für die Entlassung in häusliche Pflege beginnen kann. Der Dialog beginnt zwischen der Auszubildenden und der Mutter. Die Lehrerin befindet sich in einer beobachtenden Position, um Feedback an die Auszubildende geben zu können bzw. um situativ ins Gespräch einzusteigen zu

können, falls etwas offenbleibt oder sich eine Frage ergibt. Im nächsten Schritt wird von der Auszubildenden die sachliche Information digital an die Mutter weitergegeben. Noch während der Kommunikation zwischen der Mutter und der Auszubildenden bringt sich die Kinderkrankenpflegeperson mit dem Satz „Wir haben sie jetzt schon so oft gefragt, sie müssen jetzt bei ihrem Kind bleiben sonst wird das mit dem Nachhause gehen nichts“ ein. Die Mutter wendet sich ab und geht ohne verbale Reaktion aus dem Raum. Die analoge Kommunikation, also wie der Satz der Kinderkrankenpflegeperson bei der Mutter als Kommunikationspartnerin ankommt, bildet dabei den Beziehungsaspekt. Die Antwort der Mutter über ihre Körpersprache, das Abwenden aus der Gesprächssituation, ist der analogen Kommunikation zugeordnet.

Es kann angenommen werden, dass die Zeichensprache und Körpersprache übertragen auf Beziehungen eine starke Aussagekraft hat. Mimik, Gestik und Körperhaltung sagen demnach mehr darüber aus wie eine Person zur Anderen steht und was diese im Moment von dem Menschen hält (vgl. Rogall-Adam/Josuks/Adam/Schleinitz 2018, S.21).

Im fünften Grundsatz sind die zwischenmenschlichen Kommunikationsabläufe als entweder symmetrisch oder komplementär dargestellt. Die allgemein als symmetrische und komplementäre bezeichnete Interaktion steht dabei für Beziehungen, die auf Gleichheit oder auf Unterschiedlichkeit beruhen (vgl. Watzlawick 2011, S.33).

Ein komplementäres Rollenverhalten zeichnet sich dadurch aus, dass eine Person tonangebend ist. Die beteiligten Personen stehen in verschiedenen Positionen zueinander und können durch Status, Funktion, Rolle beeinflusst sein. Als Beispiel können die Praxisanleiterin und die Auszubildende oder die Kinderkrankenpflegeperson und die Mutter genannt werden. Komplementäre Interaktionen basieren auf Unterschiedlichkeiten, können sich gegenseitig ergänzen (vgl. Rogall-Adam/Josuks/Adam/Schleinitz 2018, S.22f.). Beruht die Beziehung zwischen zwei Menschen auf »Gleichheit« kann das Verhalten spiegelbildlich sein. Dabei ist es

nachrangig welches Verhalten gezeigt wird, ob Stärke oder Schwäche, Härte oder Güte; wenn das Verhalten ebenbürtig ist wird die Interaktion als symmetrisch bezeichnet. Das Bestreben in der Kommunikation liegt dabei darin Unterschiede zu vermindern und annähernd gleichwertig und gleichbedeutend in der Darstellung zu sein (vgl. Matolycz 2009, S.35).

### **2.1.2 Das Kommunikationsmodell von Friedemann Schulz von Thun**

Das Kommunikationsquadrat nach Schulz von Thun ist ein Modell zur Analyse der zwischenmenschlichen Kommunikation. Grundlegend ist dabei die Annahme, dass jede Nachricht bzw. Äußerung vier Aspekte hat (vgl. Schulz von Thun/Zach/Zoller 2012, S.114). Schulz von Thun hat die Sichtweisen von Watzlawick und Bühler in kombinierter Form über ein Quadrat dargestellt und spricht von den vier Seiten der Nachricht. Das Quadrat eignet sich zum Entdecken von Kommunikationsstörungen und zur Analyse konkreter Mitteilungen (vgl. Schulz von Thun 2011, S.15).

Der Vorteil des Kommunikationsquadrates im deutschsprachigen Raum liegt im Bekanntheitsgrad der vier Ebenen zwischenmenschlicher Kommunikation, die wie folgt benannt sind: als Sachinhalt, mit dem der Sender mitteilt worüber er informiert, als Beziehungshinweis, über den angegeben wird, wie der Sender zum Gegenüber steht bzw. was er von ihm hält, mit einer Selbstkundgabe, über die der Sender etwas von sich zeigt und mit einem Appell, über den ausgedrückt wird, was der Sender beim anderen erreichen möchte (vgl. Schulz von Thun/Zach/Zoller 2012, S.114f.).

Aus dem Quadrat der Nachricht leiten sich nach Schulz von Thun (vgl. ebd. 2011, S.16ff.) drei Dinge ab. Erstens, Klarheit in der Kommunikation ist eine vier-dimensionale Angelegenheit. So kann der Sachverhalt klar und verständlich sein. Allerdings kann unklar bleiben, was der Sender vom Empfänger hält. Oder dem Empfänger bleibt unklar was der Sender von sich mitteilen will. Die Empfänger eine Nachricht zeigen die Tendenz, in die unklar gebliebenen Seiten einer Nachricht etwas hineinzuhören. Einflussnehmend sind dabei die Erwartungen, Befürchtungen und die Phantasien des Empfängers. Zweitens, so merkt Schulz von Thun an, enthält ein

und dieselbe Nachricht gleichzeitig viele Botschaften, was für den Empfänger bedeuten kann, dass er auf alle Botschaften reagiert und dabei durcheinandergeraten kann. Die Herausforderung liegt darin, dass der Empfänger erkennt, welche unterschiedlichen inneren Reaktionen bei ihm als Folge auf eine gehörte Nachricht ablaufen. Verfehlt der Empfänger es, diese Reaktionen klar zu erfassen, wird er nach Schulz von Thun auch nicht klar nach außen reagieren können. Es folgt zwischen Sender und Empfänger ein Durcheinander, welches einem klassischen Missverstehen gleichbedeutend ist. Drittens wird über die gleich langen vier Seiten des Quadrates die These verbunden, dass die vier Aspekte als prinzipiell gleichrangig zu sehen sind. Schulz von Thun führt in dieser Darstellung die Überbetonung des Sachaspektes im edukativen und beruflichen Bereich an und zeigt auf, dass aktuell in den Schulen zu «kopflastig» agiert wird und die Betonung zu stark auf der Wissensvermittlung liegt und die sozialen Aspekte im Lernen nachrangig behandelt werden. Die eindimensionale Sach-Kommunikation kann in Trainings- und Selbsterfahrungsgruppen, durch den gezielten Fokus auf die weiteren drei Ebenen, in der Bedeutung angeglichen werden (vgl. Schulz von Thun 2011, S.16ff.).

Wie bereits angeführt eignet sich das Kommunikationsquadrat dazu zwischenmenschliche Kommunikation zu analysieren. Selbst in kurzen Begegnungen treten Menschen miteinander in Beziehung. Ein Beispiel: Eine Mutter bei der Sprechstundenhilfe sucht in ihrer Handtasche nach dem Impfpass ihres Kindes, aus Sicht der Sprechstundenhilfe nicht schnell genug. Die Sprechstundenhilfe kommentiert mit hochgezogenen Augenbrauen und begleitet von einem tiefen lauten Atemzug, «Stunden später, ...», so können in dieser kurzen Aussage begleitet von nonverbaler Kommunikation die vier Seiten des Kommunikationsquadrates folgendermaßen dargestellt werden: im Sachinhalt, »Es dauert lange!«, im Beziehungshinweis, »Sie halten den gesamten Laden auf!«, in der Selbstkundgabe, »Ich bin genervt!« und im Appell, »Beeilen Sie sich, es warten noch mehr Patienten!«. In der Reflexion dieses Beispiels wird deutlich, wie rasch die sprachlichen und nichtsprachlichen Signale den Umgang miteinander lenken. Selbst im Beispiel wird deutlich, wie

wirksam die nichtsprachlichen Signale sein können und damit die sprachlichen Signale möglicherweise überlagern (vgl. Zoller 2016, S.88).

## **2.2 Merkmale der klientenzentrierten Gesprächsführung**

Als Grundlage für Beratungskonzepte können drei zentrale Beziehungsvariablen hilfreich sein. Nach Carl R. Rogers nimmt die Beraterin und der Berater eine Grundhaltung ein, die auf drei Basisvariablen beruht. Die Klientin und der Klient gehen mit der beratenden Person im Zeitraum der Beratung eine Beziehung ein und die Begegnung erfolgt auf einer partnerschaftlichen Ebene. Die drei Basisvariablen sind erstens positive Wertschätzung und emotionale Wärme, zweitens Echtheit und drittens einführendes Verstehen (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S.84).

Die unbedingte Wertschätzung wird mit den Begriffen Wärme und Akzeptanz umschrieben und gilt als Haltung, die von der beratenden Person eingenommen wird. In der Beratungsbeziehung werden Gedanken, Gefühle, Handlungen, Schwächen und Probleme des Gegenübers akzeptiert (vgl. Christ-Steckhan 2005 S.41). Wertschätzung zeigt sich in der vorurteilsfreien Akzeptanz des Gegenübers und der eigenen Person. Die Sichtweise der Partnerin und des Partners wird respektiert auch wenn sie von der eigenen abweicht (vgl. Bükler 2013 S.120). Wertschätzung und emotionale Wärme bauen die Angst davor ab, abgelehnt oder kritisiert zu werden. Wesentlich erscheint der Ansatz, dass mit Wertschätzung nicht gleichbedeutend verbunden ist, dass die Handlungen bewertet oder die Einstellungen geteilt werden. Anteilnahme und Wertschätzung ermöglichen vielmehr einen Spielraum für Veränderungen (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S.84).

Das einführende Verstehen oder Empathie bedeuten das Einfühlen in die subjektiven Empfindungen und in die Erlebniswelt der Klientin und des Klienten. Dieses Einfühlen erfolgt als Perspektivenübernahme und grenzt sich klar von der Identifikation mit der Klientin und dem Klienten ab (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S.84). Über eine empathische Haltung kann ein Verständnis für das Denken, Handeln und Fühlen des Gegenübers entwickelt werden. Durch eine wertfreie und einführende

Haltung der beratenden Person entsteht eine Atmosphäre, in der es möglich ist, ohne Abwehrmechanismen über Gefühle und Ängste zu sprechen (vgl. Christ-Steckhan 2005, S.41). Kennzeichnend für Empathie in der Gesprächsführung ist das aktive Zuhören, bei dem vorschnelles Unterbrechen und Interpretieren vermieden wird. Durch sensible, angepasste Fragetechniken wird die Klientin und der Klient dahingehend begleitet, die eigenen Gefühle bewusst wahrzunehmen (vgl. Bükler 2013, S.119). Das einführende Verstehen kann durch Worte, durch Schweigen und mit einem sensiblen Annähern durch Körperkontakt mitgeteilt werden (vgl. Christ-Steckhan 2005, S.41).

Echtheit oder Kongruenz bedeutet Übereinstimmung mit sich selbst und steht für Unverfälschtheit. Nach Carl R. Rogers gilt Kongruenz als die wichtigste Grundlage für einen positiven Beratungsverlauf. Eine authentische Grundhaltung und die Förderung eines offenen Beratungsklimas regt die Klientin und den Klienten dazu an, Gefühle und Gedanken zum Ausdruck zu bringen (vgl. Christ-Steckhan 2005, S.42). Echtheit der beratenden Person in Form von authentischem Agieren hat das Ziel, Vertrauen bei der Klientin und dem Klienten hervorzurufen. Mit dem Begriff Transparenz wird eine genaue Übereinstimmung zwischen dem körperlichen Empfinden und den Äußerungen gegenüber der zu beratenden Person bezeichnet (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S.84).

Friedemann Schulz von Thun (vgl. ebd. 2011, S.131) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Authentizität durch den Wegweiser »Sei du selbst, gib dich nach außen hin so, wie dir innerlich zumute ist«, gelingen kann, wenn ergänzend dazu bewusst versucht wird zu erfassen, wie einem innerlich zumute ist.

Diese Aussage impliziert, dass der Mensch, um authentisch sein zu können, die Bereitschaft braucht, sich mit eigenen Empfindungen oder Gefühlen zu beschäftigen.

## **2.3 Wirkungsbereich verbale und nonverbale Kommunikation**

Kommunikation lässt sich in einen verbalen und nonverbalen Wirkungsbereich einteilen. Die eigentliche Sprache und die Paralinguistik sind dem verbalen Aspekt der Kommunikation zugeordnet und die Körpersprache und die Lokalisation im Sinne der räumlichen Begrenzung dem nonverbalen Aspekt. Für die verbalen Anteile läuft die kommunikative Wahrnehmung über das Hören der gesprochenen Wörter. Für die nonverbalen Anteile werden neben dem Hören ergänzend alle weiteren Sinne genutzt, die Wahrnehmung reicht vom Sehen über Tasten, Riechen, Schmecken und den Lagesinn. In der Zwei-Personen-Interaktion gilt seit mehr als 50 Jahren als experimentell belegt, dass der Inhalt stärker über nonverbale Kommunikation als über die verbale Kommunikation vermittelt wird. Das nonverbale Wahrnehmungsverhalten und der nonverbale Ausdruck wird von emotionalen und teils unbewussten Motiven beeinflusst (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S.39).

Im Alltag nimmt die Mimik Einfluss auf den Menschen; nach Charles Darwin dahingehend, dass der mimische Ausdruck das Ziel hat, die Mitmenschen darüber zu informieren, wie es uns emotional geht. Seiner Hypothese folgend sind bestimmte elementare Emotionen genetisch programmiert und nicht erlernt. Dem gegenüber steht die Annahme, dass Mimik sozial erlernt ist und sich kulturell unterscheidet. In den 1960-er Jahren begann Paul Ekman initiiert durch die Affekttheorie von Silvan Tomkins seine Forschung. Nach Ekman können sieben Basisemotionen universell über Mimik identifiziert werden. Angst, Überraschung, Ärger, Ekel, Verachtung, Trauer und Freude (vgl. Eilert 2013, S.35f.).

Die Emotion Angst drückt sich über die Körpersprache deutlich durch die Aktivierung der Beugemuskulatur aus. Dabei werden Arme und Beine an den Körper herangezogen, der Rumpf wird gebeugt, die Wirbelsäule und der Kopf beugen sich in einem Bogen nach vorne. Diese Körperhaltung richtet sich gegen die Schwerkraft aus, ist mit einem hohen Energieaufwand verbunden und ist dabei nützlich, weil sie Schutz bietet. Diese Haltung verrät mehr als viele andere körpersprachlichen Signale (vgl. Verra 2015, S.109ff.). Eine Reihe von Studien, exemplarisch von Cuddy

und Carney, befassen sich damit, in welchem Ausmaß die Aktivierung der Beugemuskulatur auf die innere Befindlichkeit des Menschen wirkt. Die beiden amerikanischen Forscherinnen untersuchten, wie stark die Körperhaltung auf die Gefühlswelt rückwirkt. Über die Veränderung des Stresshormons Cortisol und des Hormons Testosteron im Zusammenhang mit den klassischen Körperhaltungen Winner-Position und Verliererhaltung konnten messbare Unterschiede festgehalten werden. Die Ergebnisse zeigten dabei keine geschlechtsspezifischen Abweichungen. In der Gruppe „Verliererhaltung“ stieg das Stresshormon Cortisol, das in Paniksituationen erhöht ist, um 15 Prozent, während es in der Probandengruppe in der „Winner-Position“ um 20 Prozent sank. Das Hormon Testosteron, welches ein Überlegenheitsgefühl verleiht, sank in der Gruppe „Verliererhaltung“ um 10 Prozent und stieg bei den Probanden in der „Winner-Position“ um 20 Prozent. Obwohl die Körperhaltung in beiden Gruppen von den Probanden bewusst eingenommen wurde und zu Testbeginn nicht unmittelbar entsprechend gefühlt wurde, hatte sich der Hormonhaushalt nach nur zwei Minuten angepasst (vgl. Verra 2015, S.116ff.).

Die Körperhaltung vieler Angehörigen, die in Wartezonen vor Intensivstationen sitzen, signalisiert Angst; diese wird durch die Aktivierung der Beugemuskulatur und mit gesenkter Kopfhaltung körpersprachlich ausgedrückt bzw. gedeutet. In vielen dieser Wartezonen stehen Wasserspender mit Bechern oder ein Tisch mit Wassergläsern. Beim Trinken aus einem Glas verändert die Person ihre Körperhaltung. Der Oberkörper wird aufgerichtet und geht dabei aus der Beugung in eine aufrechte gestreckte Haltung über. Das Anbieten eines Wasserglases kann in sensiblen Situationen auch ein Ritual sein, um ein Gespräch beginnen zu können.

Über die nonverbalen Anteile Mimik und Gestik und die verbale Kommunikation versucht der Mensch im Gespräch automatisch festzustellen, wie das Gegenüber auf ihn reagiert und ob er verstanden wurde (vgl. Walter/Nau/Oud 2012, S.76f.).

Ergänzend dazu gilt, dass sich bezogen auf Mimik und Gestik kulturelle und individuelle Prägungen zeigen und in der Interpretation dieser nonverbalen Anteile davon auszugehen ist, dass der Mensch durch die eigene Sozialisation beeinflusst ist.



Gegenseitigen Missverständnissen kann vorgebeugt werden, indem bekannt ist bzw. Offenheit dafür besteht, dass bestimmte nonverbal/analog gesendete Botschaften für Angehörige anderer Kulturen, Ethnien oder Nationalitäten grundlegend eine, von der persönlichen Bedeutung abweichende haben können (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S.194).

Subtile körpersprachliche Phänomene können aversiv stimulieren. Dabei kann nicht nur eine bestimmte Gestik oder Mimik vom Verhalten, das erwartet wird, abweichen, sondern auch die Tonhöhe oder die Lautstärke können eine Gegenreaktion des Beobachters bzw. bei der gesprächsbeteiligten Person auslösen (vgl. Walter/Nau/Oud 2012, S.73). Als Beispiel: Die Basisemotion Ärger zeigt sich über den mimischen Ausdruck durch nach unten und zusammengezogene Augenbrauen. Die oberen Augenlider sind hochgezogen und das untere Augenlid ist angespannt. Dadurch ergibt sich der für Ärger typische stechende Blick. Die Stimme wird lauter und höher und das Sprechtempo meist schneller, der Tonfall schärfer. Trigger für die Basisemotion Ärger kann eine Wertverletzung sein, eine Person verhält sich unangemessen und handelt unrecht, es kann ein Ziel, das wichtig ist, nicht erreicht werden oder etwas Angenehmes wird unterbrochen (vgl. Eilert 2013, S.70f.).

## **2.4 Status**

In diesem Kapitel wird der Begriff Status als Phänomen angenommen, das unmittelbar und unvermeidbar in Situationen auftritt, in denen Menschen aufeinandertreffen (vgl. Eberhardt 2013, S.219). Der Begriff Status beschreibt die Position, die eine Person in einem sozialen Gefüge einnimmt. Diese Position kann auch durch sogenannte äußerliche Statussymbole zum Ausdruck kommen (vgl. Zoller 2016, S.96). Status kann als sozialer Status gesellschaftlich festgelegt sein oder kann von anderen Menschen verliehen werden. Durch entsprechendes Verhalten kann sich der Mensch einen bestimmten Status selbst zuordnen. Status ist nicht starr vorgegeben, sondern kann wechseln und ist abhängig von der Umgebung, der Situation oder der

jeweiligen Rolle. Die Statuspositionen hoher und niedriger Status sind nicht gleichbedeutend mit sympathisch und unsympathisch (vgl. Eberhardt 2013, S.219).

Treffen Menschen im sozialen Gefüge aufeinander, dient jede Form der Kommunikation unter anderem, auch der Bestimmung von Status-Positionen (vgl. Schmitt/Es-ser 2016, S.10).

#### **2.4.1 Statuspositionen und Statusverhalten**

In zwischenmenschlichen Begegnungen wird spontan eingeschätzt, wie sich das Gegenüber verhält. Es kann erfasst werden, ob sich jemand dominant oder unterwürfig verhält. Diese Einschätzung wird über entsprechende Handlungen, Äußerungen, über den Tonfall, die Mimik und die Gestik abgeleitet. Dabei bestimmt die Verhaltensweise eines Menschen seinen Status. Der Statusbegriff geht auf Keith Johnstone, einen britischen Dramaturgen und Begründer des modernen Improvisationstheaters, zurück (vgl. Zoller 2016, S.97). Im Schauspiel wird bewusst mit Statusunterschieden gearbeitet, um damit eine Szene authentischer darzustellen. Statuspositionen können durch eine Reihe von physischen Kennzeichen signalisiert werden (vgl. Eberhardt 2013, S.220). Nach Johnstone werden Signale, die dem Hochstatus und dem Tiefstatus zugeordnet werden, unterschieden. Verhaltensweisen, die dem Hochstatus zugeordnet sind, zielen darauf ab, sich Respekt zu verschaffen, die eigene Souveränität zu betonen, Überlegenheit zu demonstrieren, den eigenen Raum physisch und »energetisch« zu vergrößern und die Kontrolle über eine Situation auszuüben. Typische Verhaltensweisen die dem Tiefstatus zugeordnet werden können sind demnach das Signalisieren von Anpassung und Unterordnung, das Bestätigen der Überlegenheit des Gegenübers, das Verkleinern des eigenen Raumes. Menschen im Tiefstatus mindern die eigene Kontrolle über eine Situation und zeigen Verhalten, dass sich zum Hochstatus komplementär darstellt. Diese Menschen zielen darauf ab, sympathisch gefunden zu werden und verhalten sich harmonisierend (vgl. Zoller 2016, S.97f.). Im Statusverhalten neigen die Menschen häufig dazu, entweder respektiert oder sympathisch gefunden werden zu wollen (vgl. Schmitt/Es-ser 2016, S.47).

Ausgehend von der Annahme, dass Gesprächssituationen durch den Wirkungsbereich der nonverbalen Kommunikation beeinflusst sind, bietet das Phänomen Status einen ergänzenden Spielraum, die Richtung eines Gespräches zu lenken (vgl. Schmitt/Esser 2016, S.47). Als Basis für eine gelungene Kommunikation wird die Fähigkeit der Gesprächspartner, sich auf einen ständigen Statuswechsel einlassen zu können, angenommen. Innerhalb einer positiv verlaufenden Interaktion wird der Status wechselseitig wahrgenommen und bei einer Statusdifferenz erfolgt ein angemessener Ausgleich (vgl. Eberhardt 2013, S.219). Es gilt damit das Prinzip der Wechselseitigkeit, was so viel bedeutet, dass, sobald eine Person in den Hochstatus geht, sie die andere Person in den Tiefstatus verweist und umgekehrt. Der Empfänger muss das Status-Angebot nicht akzeptieren, aber in jedem Fall bedeutet es für den Empfänger, sich mit dem Status-Angebot auseinandersetzen zu müssen. Schwierige Mitmenschen handeln häufig in starker Ausprägung aus einem der Statuspole heraus. Aus einem hohen Status zeigen diese Menschen z. B. arrogantes, dominantes oder geringschätziges Verhalten und aus einem tiefen Status z. B. devotes, anbiederndes oder selbstunsicheres Verhalten (vgl. Zoller 2016, S.100ff.).

Die Tatsache, dass sich innere und äußere Haltung wechselseitig beeinflussen, kann zur effektiven Gestaltung des Statusverhaltens genutzt werden. Gefühle und geistige Verfassung können den Körperausdruck bestimmen und umgekehrt bestimmt die Körperhaltung bzw. der Körperausdruck die Kognition und Emotion (vgl. Storch/Cantieni/Hüther/Tschacher 2010 zit. n. Eberhardt 2013, S.220). Wenn die Körpersprache und das Verhalten eines Gesprächspartners zueinanderpassen wird dieser als glaubwürdig bezeichnet. Die innere Einstellung und Haltung drücken sich über die Körpersprache aus. Wenn eine Person überzeugend auftreten und sich positionieren will, muss nicht nur das Verhalten modifiziert werden, sondern die Person muss sich mit ihrer inneren Haltung auseinandersetzen (vgl. Zoller 2016, S.110).

Kongruenz oder Authentizität können als Tools zur effektiven Gestaltung des Statusverhaltens gesehen werden. Mit dem Begriff Kongruenz nach Carl R. Rogers ist

die Übereinstimmung zwischen drei von Rogers definierten Bereichen der Persönlichkeit gemeint. Dazu gehört »das innere Erleben«, das steht für, dass was die Person fühlt, »das Bewusstsein« für, das was die Person davon bewusst mitkriegt und »die Kommunikation« dafür, was die Person nach außen hin sichtbar werden lassen möchte bzw. was davon die Person mitteilt (vgl. Schulz von Thun 2011, S.131f.).

#### **2.4.2 Das Status-Modell**

Das Status-Modell erklärt sich über zwei Achsen, über die Beziehungsachse mit den Polen Ablehnung und Sympathie und die Machtachse mit den Ausprägungen Durchsetzungsvermögen und Nachgiebigkeit. Ergänzend dazu erfolgt eine Trennung in die Bereiche tieferer und höherer Status. Die Differenzierung hoher Status und tiefer Status erfolgt durch die zusätzlichen Komponenten innerer und äußerer Status. Über die Frage: „Wie fühle ich innen, und wie stelle ich das nach außen für mein Gegenüber dar?“ lassen sich vier unterschiedliche Haltungen wie folgt beschreiben: »der Teamplayer« fühlt innen tief und spielt außen tief; »der Macher« fühlt innen hoch und spielt außen hoch. Ergänzend dazu »der Charismatiker« fühlt innen hoch und spielt außen tief und »der Arrogante« fühlt innen tief und spielt außen hoch. Zusammengefasst sind für das Status-Modell vier Komponenten, hoher und tiefer Status, innerer und äußerer Status kennzeichnend. Es hat jede Kombination dieser Komponenten eine eigene Ausprägung. Es wird angenommen, dass in einer Person alle vier Status-Typen wirken, allerdings mit einer Tendenz zu einem bevorzugten Status (vgl. Schmitt/Esser 2016, S.22f.). Generell werden Statuspositionen in Gesprächssituationen unbewusst verhandelt. Nimmt der Gesprächspartner Hochstatus ein ist in der Regel das Gegenüber versucht, Tiefstatus einzunehmen (vgl. Eberhardt 2013, S.219).

Unter den vier Varianten ergeben sich Unterschiede, die wie folgt beschrieben werden: als ein Zustand, mit dem es gelingt, respektiert zu werden und gleichzeitig sympathisch zu sein [Status innen hoch und außen tief], als ein weiterer Zustand, der vor allem hohen Respekt garantiert [Status innen hoch und außen hoch], als einen dritten, mit dem sich weder Respekt noch Sympathie erringen lassen [Status

innen tief und außen hoch], und einem vierten Zustand, der hohe Sympathiewerte erzeugt, jedoch wenig Respekt einbringt [Status innen tief und außen tief] (vgl. Schmitt/Esser 2016, S.24).

Über klare Handlungen und Verhaltensweisen, kann der Eindruck von Hoch- bzw. Tiefstatus erzeugt werden. Die Gesprächsdauer zu bestimmen oder Entscheidungen zu treffen sind Beispiele für Verhaltensweisen, die Hochstatus signalisieren, während sich rechtfertigen und übermäßiges entschuldigen Muster sind die Tiefstatus zeigen. Auch der Abstand zur anderen Person drückt Status aus, nicht ausweichen und das Eindringen in die persönliche Zone der Anderen deutet Hochstatus an. Ein Ausweichen, Zurücktreten und wenig Platz für sich beanspruchen ist ein Verhalten, das auf Tiefstatus hinweist. Nonverbale kommunikative Anteile wie Körperhaltung, Gestik und Blickkontakt sowie der Einsatz der Stimme nehmen Einfluss auf Hoch- bzw. Tiefstatus (vgl. Eberhardt 2013, S.220).

## **2.5 Beziehung – Interaktion**

Der Begriff Interaktion ist dem Begriff Kommunikation übergeordnet. Interaktion gilt als eine Wechselwirkung zwischen Akteuren, die in einer Handlung aufeinander einwirken oder systemisch mit einander verbunden sind. Diese Wechselwirkung in Form von Aktion und Reaktion kann auf bewusster und unbewusster Ebene ablaufen und zeigt verbale und nonverbale Anteile (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S.35).

Im Umgang miteinander setzen Menschen unterschiedliche Kommunikationsstile ein. Die unterschiedlichen Erklärungsmodelle zur Kommunikation gehen von einer gemeinsamen Grundlage aus und zwar, dass das menschliche Verhalten durch wiederkehrende Muster gekennzeichnet ist. Diese Muster sind für die anderen Interaktionspartnerinnen und Interaktionspartner klar zu erkennen (vgl. Hargie 2013, S.196f.).

Die Interaktion der Partnerinnen und Partner ist symmetrisch, wenn sich diese spiegelbildlich verhalten bzw. im Verhalten ähnlich sind. Symmetrische Beziehungen streben nach Gleichheit und Verminderung von Unterschieden zwischen den

Interaktionspartnerinnen und Interaktionspartnern. Eine symmetrische Beziehung oder Kommunikation ist gekennzeichnet durch die gleiche Meinung der Beteiligten und dadurch, dass Beide das Gleiche erreichen wollen, allerdings in Konkurrenz zu einander stehen. Komplementäre Interaktionen basieren auf sich gegenseitig ergänzenden Unterschiedlichkeiten. Die komplementäre Beziehung oder der Kommunikationsablauf sind ungleich, unterscheiden sich und können sich dabei aber auch ergänzen. Als Beispiel sei ein Elternpaar genannt, bei dem die Mutter gegenüber dem chronisch kranken Kind behütend und überfürsorglich ist und der Vater das Mitwirken und die Aktivität des Kindes fordert. Die Rollen und das Verhalten sind unterschiedlich und dabei klar verteilt. Läuft Kommunikation vorwiegend auf Komplementarität ab, kann eine Erstarrung der Beziehung resultieren, weil die Rollen festgelegt sind und sich die Beteiligten vielleicht nichts mehr zu sagen haben. Wenn die Kommunikation überwiegend auf Symmetrie beruht und beide Interaktionspartnerinnen und Interaktionspartner um die gleiche Position konkurrieren, kann die Beziehung in eine Eskalation führen (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S.113f.). Interaktion und Kommunikation im pflegerischen Handlungsfeld ist intentional motiviert mit dem Hintergrund der direktiven Einflussnahme durch Instruktion und Edukation. Neben der direktiven Einflussnahme verfolgen Interaktion und Kommunikation ein gemeinsames Aushandeln über Konsens, Dialog und Partizipation (vgl. Elzer/Sciborski 2007, S.38).

In dem von Hargie (vgl. ebd. 2013, S.42f.) dargestellten Fertigkeitenmodell der interpersonellen Kommunikation wird von drei Grundannahmen ausgegangen: einerseits davon, dass Menschen absichtsvoll handeln, weiterführend davon, dass sie für die Wirkungen ihrer Handlungen sensibel sind und schließlich, dass sie Maßnahmen ergreifen um ihre späteren Handlungen den gewonnenen Informationen anzupassen.

## 2.6 Selbstwahrnehmung

In seiner Theorie vom altruistischen Gehirn erklärt Pfaff (vgl. ebd. 2016, S.172) die prosozialen Merkmale des menschlichen Sozialverhalten. Pfaff geht davon aus, dass über die veröffentlichten Erkenntnisse zur Theorie vom altruistischen Gehirn Bestrebungen in Gang kommen, die das Selbstbild und das kooperative Verhalten eines Menschen verbessern können. Er stellt die Frage wie wir das Wissen, dass unser Gehirn auf prosoziales Verhalten eingestellt ist, nutzen können, um mit diesem Wissen unsere persönlichen Interaktionen zu organisieren und in weitere Folge mit diesen Interaktionen schrittweise soziale Verbesserung herbeiführen zu können. Wenn wir als Menschen davon ausgehen können, dass wir von Natur aus empathisch sind, wie gelingt es diese Erkenntnis in der Gesprächsführung nutzen? Die Art und Weise, wie wir uns selbst und andere wahrnehmen, ist entscheidend für unsere sozialen Interaktionen. Basierend auf den Studienergebnissen von Carol Dweck geht Pfaff der Annahme nach, dass Menschen, die ihre altruistische Veranlagung akzeptieren, auch mehr Altruismus und Vertrauen zeigen (vgl. Pfaff 2016, S.173).

Dweck hat in ihren Untersuchungen demonstriert, dass über ein positives Selbstbild nicht nur das Sozialverhalten eines Menschen beeinflusst wird, sondern auch die intellektuelle Leistung steigt. In einer ihrer Studien wurde Schulkindern vermittelt, dass durch kontinuierliche Anstrengung ihre Intelligenz veränderbar ist und somit positiv beeinflusst werden kann. Über einen Zeitraum von zwei Jahren zeigten diese Schulkinder einen deutlichen Anstieg ihrer Leistungen. Im Vergleich dazu blieb, bei denjenigen, die davon ausgingen, dass Intelligenz angeboren und nicht veränderbar ist, der Entwicklungsverlauf unverändert. Die Schlussfolgerung von Dweck lautet, dass eine verringerte Selbstkontrolle in einer stressigen Phase oder nach einer anstrengenden Aufgabe möglicherweise mit der Überzeugung zu tun hat, dass man nicht die nötige Willenskraft hat, um das eigene Verhalten ändern zu können. Demnach hat die Form, wie der Mensch seine intellektuellen Fähigkeiten beurteilt, Einfluss auf die Leistungen (vgl. Pfaff 2016, S.174f.).

Die Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstwahrnehmung und Selbstregulation können im Begriff Selbstmanagement zusammengefasst werden. Damit ist der kompetente Umgang mit sich selbst gemeint, konkret der bewusste Umgang mit Einstellungen und eigenen Vorurteilen. Diese Kenntnis der eigenen Möglichkeiten und Grenzen im Zusammenhang mit stressauslösenden Ereignissen und die Fähigkeit der Stressregulation sind entscheidende Faktoren in der Deeskalation und Krisenkommunikation (vgl. Walter/Nau/Oud 2012, S.76f.).



### **3 Gefühle und Emotionen**

Gefühle und Emotionen sind an die Informationsverarbeitung eines Menschen in einer konkreten Situation gebunden und steuern und regulieren Handlungen. Durch die Darstellungs- bzw. Signalfunktion wird Gefühlen und Emotionen ein kommunikativer Zweck zugeordnet (vgl. Neumann-Ponesch/Höllner 2011, S.16). Die neuronale Grundlage für Gefühle und emotionale Reaktionen beruht überwiegend auf dem limbischen System. In diesem System werden die Signale, die von den Sinnesorganen kommen, in emotionale und hormonelle Signale umgewandelt (vgl. Hausmann 2009, S.21).

Aufgrund der Bedeutung dieser Elemente werden in diesem Kapitel die Begriffe Gefühle und Emotion erklärt und es wird der Bedeutung dieser für zwischenmenschliche Kommunikation nachgegangen.

#### **3.1 Klärung der Begriffe Gefühl und Emotion**

Bei der Suche nach den Begriffen Gefühle und Emotionen zeigt sich eine häufig gleichbedeutende Darstellung der Begriffe. In der Fachliteratur werden die Begriffe abhängig von der Disziplin divergierend verwendet. Die wissenschaftlichen Abhandlungen zur Begriffserklärung, zu Entstehung und Wirkung von Gefühlen und Emotionen kommen aus verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen.

Der verhaltenswissenschaftlich-behavioristische Ansatz sieht Gefühl und Emotion als passive Reaktion auf einen Reiz und es wird davon ausgegangen, dass Gefühle durch einen körperlichen Reiz ausgelöst werden. Damit wird eine kausale Priorität der physiologischen vor den emotionalen Reaktionen angenommen. Nach dieser Theorie folgt einem Reiz nicht zuerst das Gefühl, sondern auf den Reiz tritt eine spezifische physiologische Reaktion noch vor dem Gefühl ein (vgl. Neumann-Ponesch/Höllner 2011, S.8ff.). Zum Verständnis von Gefühl nach dem Behaviorismus ergänzend ein Beispiel: die Nadel für die Blutabnahme stellt den Reiz dar, auf den Reiz tritt eine physiologische Reaktion mit Erstarren in Form von erhöhter

Muskelspannung ein und erst dann folgt das Gefühl Angst. Mit dem Alltagsverständnis betrachtet wird das Beispiel wie folgt angenommen: Die Nadel für die Blutabnahme als Reiz löst das Gefühl Angst aus und darauf folgt eine spezifische physiologische Reaktion als Anspannung der Muskulatur.

Nach den älteren kognitivistischen Theorien werden Emotionen und Gefühle als Resultate von Informationen und deren Verarbeitung erklärt. Dieser Ansatz geht davon aus, dass der Mensch dann Gefühle zeigt, wenn ein Sachverhalt oder ein Phänomen mit Wertungen verknüpft wird. Gefühle und Emotionen werden mit Kognitionen wie Erinnern, Denken, Bewerten oder Sprechen in Zusammenhang gebracht und unterliegen damit einer Rationalisierung. Ansätze, in denen kognitionswissenschaftliche sowie neurobiologischen Erkenntnisse miteinander verknüpft werden, liefern die Beweise dafür, dass Denken und Fühlen untrennbar zusammengehören. In den neurobiologischen Theorien wird ausgeführt, dass das, was den Menschen emotional anspricht, in ein breiteres Nervenzellen-Netzwerk eingebunden wird und in ein Wissenssystem im Gedächtnis gespeichert wird. Das bedeutet, dass die Erfahrung, positive Emotionen zu erleben, im Menschen verankert ist und diese Erfahrung auch durch aktive Unterstützung hervorgerufen werden kann (vgl. Neumann-Ponesch/Höller 2011, S.13f.).

Emotionen und Gefühle erfüllen gemeinschaftliche Zwecke und können als Produkte einer sozial-kulturellen Ausformung gesehen werden. So prägen verschiedene Kulturen unterschiedliche Qualitäten und Ausdrucksmuster von Emotionen. Am Beispiel der Geburt eines Kindes oder am Tod eines nahestehenden Menschen zeigen sich kulturelle Abweichungen im Ausdruck der Gefühle. (vgl. Neumann-Ponesch/Höller 2011, S.16f.).

### **3.2 Bedeutung von Emotion und Stimmung**

Eilert (vgl. ebd. 2013, S.159) verwendet beide Wörter Gefühle und Emotionen gleichbedeutend und wählt für die Definition einen pragmatischen und

anwendungsfreundlichen Zugang. Emotionen werden dabei als zentraler Antrieb hinter dem menschlichen Denken und Verhalten beschrieben. Um den Menschen verstehen zu können, müssen die menschlichen Emotionen verstanden werden. Dabei sind Emotionen nach einer Definition des amerikanischen Psychologen David Matsumoto. „...kurze, bio-psycho-soziale Reaktionen auf spezifische Ereignisse, die Konsequenzen haben für unser Wohlbefinden und meist eine sofortige Handlung erfordern.“ Ausgehend davon, dass Emotionen kurze Reaktionen sind, beschreibt Eilert (vgl. ebd. 2013, S.160) Emotionen als sehr schnelle Informationsverarbeitungs-Systeme, die nur von relativ kurzer Dauer sind. Die Zeitdimension reicht von wenigen Millisekunden bis zu mehreren Minuten und dehnt sich nicht über Stunden aus.

Unter anderem in der Dauer liegt die Differenzierung zwischen Emotion und Stimmung. Eine Stimmung kann für mehrere Stunden und Tage bestehen. Die Stimmung gilt als Zustand, in dem der Mensch empfänglicher ist für Emotionen. Der Auslöser einer Stimmung steht grundsätzlich nicht in unmittelbarer zeitlicher Nähe zur Stimmung, während der Auslöser einer Emotion immer in direkter zeitlicher Nähe zur finden ist. Mit Bezug auf die Dauer wird zwischen Stimmung und Eigenschaft unterschieden. Es wird davon ausgegangen, dass eine Eigenschaft langzeitlicher wirkt als eine Stimmung, begründet damit, dass die Eigenschaft eng mit der Persönlichkeit des Menschen verbunden ist (vgl. Eilert 2013, S.159ff.).

Auch wenn die Begriffe Gefühle und Emotionen synonym verwendet werden, beziehen sich Gefühle intensiver auf subtilere emotionale und einstellungsbedingte Zustände. Daraus folgt, dass es schwierig ist Gefühle, zu benennen und häufig zudem mit einem beschränkt verfügbaren Emotionsvokabular begründet ist. Befinden sich die an einem Gespräch beteiligten Personen auf einer Wellenlänge, können die zum Ausdruck gebrachten Gefühle auf der richtigen Intensitätsstufe zurückgespiegelt werden. Subtile Gefühle werden leichter entschlüsselt und reflektiert, wenn sie zunächst über grobe Kategorien und Intensitätsstufen bestimmt werden. Als Beispiel für ein Emotionskontinuum kann für eine Person, die starke Angst empfindet, der Ausdruck «wie gelähmt» angemessen sein und für mäßige Angst der Ausdruck

«beunruhigt». Für das Gefühl Wut kann das Kontinuum von verärgert bei geringer Intensität, über wütend bei mäßiger bis hin zu aufgebracht bei starker Intensität reichen (vgl. Hargie 2013, S.206).

Paul Ekman (vgl. ebd. 2010, S.18) konnte über 10 000 Ausdrücke, die ein Gesicht annehmen kann, entdecken und veröffentlichte die, die aus seiner Sicht am wichtigsten sind um Gefühle auszudrücken. Seine Kritiker merkten unter anderem an, dass Emotionen nur Begriffe sind. Laut Ekman ist eine Emotion ein Prozess und damit eine Art, mit der der Mensch automatisch eine Lage bewertet. Diese Art ist von der evolutionären und persönlichen Vergangenheit des Menschen beeinflusst und hilft Ereignisse, die Einfluss auf das Wohlbefinden nehmen, zu erkennen. Ekman merkt an, dass Begriffe eine Möglichkeit sind um mit Emotionen umgehen zu können, ist dabei allerdings der Ansicht, dass der Mensch Gefühle nicht auf Wörter reduzieren kann.

### **3.2.1 Einfluss von Affekten auf Kommunikation**

Das Wort Affekte wird mit dem Wort Emotionen gleichgesetzt. Es wird davon ausgegangen, dass für zwischenmenschliche Beziehungen Affekte eine zentrale Bedeutung haben. Wie Emotionen funktionieren und welchen Beitrag dazu psychologische Komponenten neben sozialen und moralischen leisten und wie weit kulturelle Einflussfaktoren wirken ist nicht eindeutig. Die Art der Informationsverarbeitung und die Beurteilungsprozesse als Folge von Enkodieren, Speichern und Abrufen sind durch affektive Zustände beeinflusst. Emotionen können nach Dillard über drei Formen am Kommunikationsprozess beteiligt sei: Die Form der emotionsmotivierten Kommunikation, als ein Verhalten, das durch die zugrundeliegende Emotion hervorgerufen wird, die emotionsmanifestierende Kommunikation, die Einblicke in die grundlegende emotionale Situation eines Menschen gewährt und schließlich als dritte Form die emotionsinduzierte Kommunikation, die Worte und Handlungen beinhaltet, welche bei anderen Menschen Emotionen auslösen (vgl. Hargie 2013, S.48f.).

In der Übertragung auf die Arbeit mit Eltern kranker Kinder können die drei Formen mit Beispielen deutlich gemacht werden. Ein aufgebrachter, wütender Angehöriger beschimpft die Pflegeperson und hindert sie durch seine drohende Körperhaltung an der Durchführung weiterer Pflegehandlungen als Beispiel für emotionsmotivierte Kommunikation. In der beispielhaft beschriebenen Situation stellt sich die Frage nach der dem Verhalten zugrundeliegenden Emotion. Beispielgebend für die emotionsmanifestierende Kommunikation, die Pflegeperson kann am gesenkten Blick und den hängenden Schultern eines Patienten dessen momentane Stimmungslage einschätzen. Für die emotionsinduzierte Kommunikation als Beispiel, dass beim Hören eines traurigen Ereignisses, wenn ein Ehepaar beschreibt, wie ihr erstes Kind unmittelbar nach der Geburt gestorben ist, die gesprächsbeteiligte Pflegeperson Tränen in den Augen hat.

Als allgemein anerkannt gilt die Annahme, dass wir das, was wir fühlen (Affekt) und dass das, was wir denken (Kognition), nicht vollkommen voneinander trennen können (vgl. Hargie 2013, S.48).

### **3.2.2 Reflektieren von Gefühlen**

Der Mensch bildet im Laufe seines Lebens feste Überzeugungen. Diese Überzeugungen sind nicht angeboren, sondern ausgehend von den Erfahrungen, die jeder Mensch irgendwann macht, erworben. Laut Hüther (vgl. ebd. 2016, S.136f.) sind diese Überzeugungen tief im Gehirn verankert, weil sie an Gefühle gekoppelt sind und lassen sich durch Erklärungen nicht verändern. Innere Einstellungen, Haltungen und Überzeugungen bestimmen, was wir als Menschen von der Welt wahrnehmen und wie sich in weiterer Folge das Gehirn ausbildet. Innere Überzeugungen und Einstellungen entstehen durch einen Prozess der Sensibilisierung. Eine eigene Erfahrung läuft durch die gleichzeitige Aktivierung von zwei Netzwerken im Gehirn ab. Das kognitive Netzwerk wird eingesetzt, wenn der Mensch anschließend unmittelbar jemandem erzählt, was er erlebt hat; das emotionale Netzwerk hingegen, wenn der Mensch rückblickend das Erlebte abrufft, weil er jemandem erzählen will,

wie es ihm dabei ergangen ist. Da die beiden Netzwerke gleichzeitig aktiviert werden verkoppeln sie sich.

Wenn diese Erfahrungen in einem ähnlichen Zusammenhang wieder gemacht werden, verdichten sie sich zu Meta-Erfahrungen und diese werden als innere Einstellung und innere Haltung benannt (vgl. Hüther 2016, S.137).

Reflektieren meint das Reagieren auf den anderen in nondirektiver Form. Durch Reflektieren wird Interesse, Verständnis und Engagement in einem Prozess vermittelt. Neben dem Reflektieren von sachlichen Inhalten über den Vorgang des Paraphrasierens erfolgt die Rückspiegelung von affektiven oder Gefühlskomponenten. Die rein affektive Rückspiegelung kann als Gefühlsreflexion bezeichnet werden. Sind sowohl Fakten als auch Gefühle beteiligt so wird der Prozess Reflexion genannt. (vgl. Hargie 2013, S.195f.).

### **3.2.3 Gefühle in der gewaltfreien Kommunikation**

Der Ansatz der gewaltfreien Kommunikation nach Marshall Rosenberg orientiert sich an den Bedürfnissen der interagierenden Personen (vgl. Walter/Nau/Oud 2012, S.152). In der gewaltfreien Kommunikation wird betont, dass durch einen angemessenen Wortschatz ermöglicht wird die eigenen Gefühle klar und deutlich zu beschreiben. Weiterführend wird davon ausgegangen, dass durch das Mitteilen der Gefühle ein Miteinander-in-Kontakt-Treten einfacher wird. Ergänzend dazu zeigen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner in der gewaltfreien Kommunikation durch das offene Ausdrücken der Gefühle ihre Verletzlichkeit (vgl. Rosenberg 2016, S.53ff.).

Grundsätzlich geht es in der gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg darum, durch die Differenzierung zwischen Wahrnehmung und Bewertung des Verhaltens der Anderen und durch die Identifikation der eigenen Gefühlsreaktionen und dem Erkennen und Aussprechen der eigenen Bedürfnisse die zwischenmenschliche Kommunikation zu verbessern. Die nach Rosenberg benannten vier Schritte der gewaltfreien Kommunikation werden im folgenden exemplarischen Beispiel aus

dem Gesundheits- und Krankenpflegebereich, einer eskalierenden Situation im Krankenhaus, dargestellt. Ein aufgebrachter Vater, der mit seinem fiebernden Kind seit einer Stunde in der Wartezone der Kinderambulanz auf die kinderärztliche Untersuchung wartet, stellt sich der vorbeigehenden Pflegeperson unmittelbar in den Weg und fragt laut schreiend »was das soll und wie lange er noch warten muss«. Die Antwort der Pflegeperson »Wenn Sie so nahe, ohne Abstand vor mir stehen und mich mit lauter Stimme ansprechen, fühle ich mich bedrängt. Ich brauche Abstand und ein wenig mehr Ruhe, um mich sicher zu fühlen und um Ihnen zuhören zu können. Meine Bitte an Sie treten Sie einen Schritt zurück und reden Sie bitte leiser mit mir...« (vgl. Walter/Nau/Oud 2012, S.152f.). In diesem Beispiel ist die Angst, durch die Umschreibung »ich fühle mich bedrängt« ausgedrückt, damit kann in der Situation das Bedürfnis der interagierenden Pflegeperson klar und eindeutig für den Vater formuliert werden.

## **4 Kommunikation im pflegeberuflichen Kontext**

Kommunikation ist als ein zentrales Element im Handlungsfeld der Gesundheit- und Krankenpflege integriert. Fachlich kompetentes Pflegehandeln ist begleitet von kommunikativem Handeln. Nach Hausmann (vgl. eda. 2009, S.171) gibt es keine Pflegehandlung, die nicht zugleich eine kommunikative Handlung wäre.

Kommunikative Handlungen in der Beratung bzw. in der Patienten- und Familiene-dukation sind typische Interaktionen in der Gesundheits- und Krankenpflege. Im praktischen Alltag laufen Beratungen durch Pflegende teilweise ungeplant und handlungsbegleitend ab, werden von der eigenen Berufsgruppe unterbewertet und nicht als Pflegehandlung wahrgenommen (vgl. Kocks/Segmüller 2017, S.74).

Einleitend wird in einer kurzen Erklärung auf die Bedeutung der familienzentrierten Pflege eingegangen. Nachfolgend werden die Anforderungen in der Gesprächsführung mit Angehörigen kranker Kinder und Jugendlicher zusammengefasst und mit dem theoretischen Hintergrund von effektiven Kommunikations- und Interaktionsformen für diesen Bereich ergänzt.

### **4.1 Familienzentrierte Pflege**

Das Calgary Familien-Assessment-Modell (CFAM) gilt als multidimensionales Konzept, dessen theoretische Grundlagen aus der Systemtheorie, der Kybernetik, der Kommunikationswissenschaft und der Veränderungstheorie kommen. Das Konzept ist beeinflusst durch die Postmoderne, den Feminismus und die biologisch begründete Erkenntnistheorie. Als innovativ gilt das Konzept durch die Berücksichtigung von Fragen der kulturellen Diversität (vgl. Wright/Leahey 2009, S.32). Familie wird als eine Gruppe von Individuen definiert. Diese Gruppe von Individuen zeichnet sich dadurch aus, dass der Zusammenhalt über ein starkes emotionales Band, ein Zugehörigkeitsgefühl und die gegenseitige emotionale Anteilnahme an ihrem Leben bestimmt ist. Pflegende erweitern, ihre Sicht von Familie dahingehend, dass die traditionellen Grenzen überschritten werden und über die Blutsverwandtschaft und



Heirat reichen. Für die klinische Arbeit nach CFAM gilt, dass die Familie festlegt, wer zur Familie gehört (vgl. Watson/Bell 1996 zit. n. Wright/Leahey 2009, S.71f.).

Es geht im funktionalen Assessment der CFAM für Pflegende darum, zu einem bestimmten Zeitpunkt das Verhalten von Individuen untereinander in einer Familie zu registrieren. Beim Familien-Assessment richtet sich der Fokus nicht auf das einzelne Individuum, sondern es geht um die Interaktion zwischen den Mitgliedern der Familie. Die Familie wird als ein System, interagierender Mitglieder betrachtet. Pflegenden gehen davon aus, dass das Individuum am besten verstanden werden kann, wenn es sich im natürlichen sozialen Kontext befinden. Berücksichtigt wird zudem, dass das Individuum den Kontext prägt und der Kontext wiederum das Individuum beeinflusst (vgl. Wright/Leahey 2009, S.130f.).

Kuhlman geht in ihrer Untersuchung zur Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegenden auf Intensivstationen von zwei theoretischen Ansätzen aus: Sie führt nach Friedemann an, dass Angehörige zur Umgebung der Patientin und des Patienten gehören und deren Gesundheit beeinflussen, mit dem Ziel der Genesung wird in die pflegerische Patientenbetreuung, die Betreuung der Angehörigen subsummiert; im zweiten Ansatz nimmt sie Bezug zum »Caring«-Konzept nach Benner und Wrubel, in dem als einer der wichtigen Bestandteil der Pflege die Sorge um den anderen Menschen gesehen wird und spannt dabei diese Sichtweise nicht nur über die Intensivpatientin und den Intensivpatienten, sondern schließt die Unterstützung und Betreuung der Angehörigen mit ein (vgl. Kuhlmann 2004, S.146).

Im Konzept der familien- und umweltbezogenen Pflege wird auf der Grundlage des systemischen Ansatzes davon ausgegangen, dass die Familie, die Umwelt und das Individuum mit einander verbunden sind und als Teil vom anderen betrachtet werden kann. Im Zusammenhang mit systemischer Pflege der Familie wird angenommen, dass die Familie für den Betroffenen die wichtigste Vernetzung ist. (vgl. Friedemann/Köhlen 2003, S.23f.).

Der familientheoretische Ansatz in der Kinderkrankenpflege geht von einer Partnerschaft zwischen der Familie und dem Fachpersonal aus und sieht in der Zusammenarbeit die Möglichkeit, die Bedürfnisse des Kindes und der Familie zu erfüllen. Der gegenseitige Respekt und die Anerkennung der Fähigkeiten, die beide Seiten in die Partnerschaft einbringen, gelten als wesentlich. Als entscheidend für den Beziehungsaufbau und die Aufrechterhaltung der Partnerschaft mit den Familienmitgliedern wird eine effektive Kommunikationsstrategie gesehen (vandenBerg/Hanson 2015, S.142f.).

## **4.2 Gespräche mit Eltern, An- und Zugehörigen**

Pflegepersonen in der Kinder- und Jugendlichenpflege entwickeln im Laufe ihrer Ausbildung durch die in der Ausbildungsverordnung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes verankerten Vorgaben zur praktischen Ausbildung soziale und kommunikative Fertigkeiten. Diese Fertigkeiten können als spartenreich bezeichnet werden, weil kranke Kinder und Jugendliche mit ihren Familien in unterschiedlichen Entwicklungsstufen begleitet werden. Die Anpassung der sozialkommunikativen Fähigkeit reicht von der emotionalen und beratenden Gesprächsführung mit Eltern auf einer neonatologischen Intensivstation bis zur stabilisierenden und vermittelnden Gesprächsführung mit Eltern eines Jugendlichen auf der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Basisgebend für eine professionelle Interaktion, um in der Kommunikation und Beratung zielgerichtet agieren zu können, sind methodische und persönliche Voraussetzungen. Selbst spontane oder sogenannte Tür- und Angel- Beratungsangebote erfordern methodische und intrapersonelle Kompetenzen um gelingen zu können (vgl. Rohde 2017, S.112).

Die Autorin wählt beispielhaft praktische Einsatzbereiche, mit denen die Dimension der Anforderungen an Pflegende in Gesprächssituationen mit Eltern, An- und Zugehörigen dargestellt werden kann. Über die Beschreibung der Elternsicht und

Elternbedürfnisse wird ein Zusammenhang mit den kommunikativen Anforderungen ermöglicht.

#### **4.2.1 Gespräche im Betreuungsfeld Neonatologie**

VandenBerg und Hanson merken an, dass mit der Entwicklung der Neonatologie und der Implementierung der familienzentrierten Pflege auf Neugeborenen-Intensivstationen gegenwärtig mehr Raum für Familien zur Verfügung gestellt wird. Die Pflege und medizinische Versorgung eines zu früh geborenen Kindes läuft in einer kontinuierlichen Interaktion zwischen dem Kind und seiner Familie und dem betreuenden Umfeld ab (vgl. VandenBerg/Hanson 2015, S.46). Mindestens 50 Prozent der Arbeit auf einer neonatologischen Intensivstation ist von Gesprächen mit den Eltern begleitet. Pflegende führe an, dass ausreichendes Know-how erworben werden sollte, damit Gesprächsarbeit auf hohem Qualitätsniveau erbracht werden kann (vgl. Christ-Steckhan 2005, S.35).

Eltern frühgeborener Kinder sind auf neonatologischen Intensivstationen enormen Belastungen ausgesetzt. Pflegenden ist bekannt, dass Eltern nach dem Verlust eines frühgeborenen Kindes mit einer Phase der Trauer reagieren. Neben anderen Reaktionen wird die Angst als Gefühl benannt. In einer Untersuchung, in der Eltern verstorbener, frühgeborener Kinder zwei bis sechs Jahre nach dem Tod ihres Kindes dahingehend befragt wurden, wer oder was ihnen am meisten geholfen hat, um diese Belastung zu verarbeiten, zeigte sich, dass die soziale Unterstützung der subjektiv bedeutungsvollste Faktor für die Eltern ist. In den Angaben zu den professionellen Helfern werden Glaubwürdigkeit, Anteilnahme, Empathie und ausreichend Gesprächszeit als zentrale Punkte von den befragten Eltern zugeordnet. Aus den Schlussfolgerungen kann abgeleitet werden, dass, ergänzt durch Aussagen weiterer Untersuchungen, die kommunikationsassoziierten Kriterien aus Sicht der Eltern möglicherweise eine bedeutsamere Rolle einnehme, als die Fachinformation (vgl. Schweizer/Büchi/Fauchère/Mörgeli/Jenewein 2007, S.1345ff.).

#### **4.2.2 Gespräche im Betreuungsfeld Intensivstation**

Eltern befinden sich während der Behandlung ihres Kindes auf einer pädiatrischen Intensivstation in einer unbekanntem und belastenden Situation. In dieser Zeit befindet sich das Kind in einer lebensbedrohlichen Phase und die Eltern sind verschiedensten Gefühlen ausgesetzt. Die beschriebenen Gefühle reichen dabei von Angst, Bestürzung, Schuld, Zweifel, Wut bis hin zur Hilflosigkeit. Diese Gefühlszustände können zu einer starken psychischen Belastung werden und begleitet sein von körperlichen Symptomen wie Erschöpfung, Schlafmangel oder Spannungskopfschmerz (vgl. Spitz-Köberich/Barth/Spirig 2010, S.299).

Aus dem Erleben von Eltern, deren Kind schwer krank ist, kann als emotionaler Einflussfaktor auf die Gesprächsführung entnommen werden, dass sich Eltern geschockt, geängstigt, beunruhigt, gestresst und leidend fühlen. Eltern geben an, ganz nahe beim Kind sein zu wollen. Dabei suchen die Eltern nach einer Erklärung, sie fühlen sich unerfahren und unsicher, sind zugleich aufmerksam und wachsam. Eltern wollen klar informiert werden und geben sich mit vagen Erklärungen nicht zufrieden. In dieser Situation keine Kontaktperson zu haben, bedeutet für die Eltern, dass sie viele unterschiedliche Informationen von verschiedenen Personen erhalten. Wenn ein Kind auf die Intensivstation kommt, kollabiert für die Eltern zum Teil die Welt. Während der Wartezeit in einem anderen Raum bereiten sich die Eltern auf das Schlimmste vor (vgl. Ihle 2008, S.73f.).

Geprägt von diesem Erleben ist für die Eltern in den meisten Begegnungen die Pflegeperson eine unmittelbare, gut zu erreichende Gesprächspartnerin. Das bedeutet ergänzend, dass die Gesprächssituationen vom aktuellen Erleben und der Wahrnehmung der Eltern beeinflusst sind.

Die Basis für eine Gesprächsführung liegt in einer vertrauensvollen Haltung. In der Regel kann nicht bei der ersten Begegnung unmittelbar dieses Vertrauen bestehen. Eine vertrauensbildende Maßnahme ist die Zusage, in Offenheit miteinander zu

reden, dabei werden die Eltern ermutigt, Unsicherheiten, Fragen und Anliegen frühzeitig anzusprechen (vgl. Niethammer 2010, S.114).

Schwerkranke Jugendliche befinden sich in einer Lebensphase, in der junge Menschen damit befasst sind, ihre eigene Identität zu finden und sich die notwendige Unabhängigkeit von den Erwachsenen einzufordern. Jugendlichen fällt es schwer, sich durch die Krankheit neuerlich in Abhängigkeit zu begeben. Einzelne revoltieren und verhalten sich nicht nur gegenüber den Eltern, sondern auch den Ärzten und Pflegenden gegenüber aggressiv. Manche Eltern entwickeln unter der enormen Belastung selbst Aggressionen (vgl. Niethammer 2010, S.199f.).

#### **4.2.3 Gespräche in exemplarischen Betreuungssituationen**

In der qualitativen Studie von Brooks, Eckerli-Wäspi, Händler Schuster (vgl. ebd. 2018, S.63ff.) wurde der Frage nachgegangen, wie Eltern als Bezugspersonen und Experten die Kommunikation zwischen den Pflegepersonen und ihrem hörbeeinträchtigten Kind erleben. Aus dem Phänomen »Zwischen der Pflegenden und dem Kind vermitteln« kann abgeleitet werden, dass Eltern anstelle des Kindes angesprochen wurden und daher häufig stellvertretend für das Kind antworteten und sich als Vermittler fühlten. Die stellvertretende Rolle in der Kommunikation war für die Eltern selbstverständlich. Die Eltern merkten an, dass sie in der Kommunikation für das Kind immer wieder von Gefühlen der Unsicherheit und Hilflosigkeit begleitet waren. In diesem Zusammenhang gaben Eltern an, dass neben der Kommunikation auch pflegerische Aufgaben auf sie übertragen wurden, die zu einer Überforderung führten und das Gefühl des Alleinseins hinterließ.

Eine fürsorgliche Haltung und Betreuung durch die Pflegepersonen fördert die Vertrauensentwicklung und trägt dazu bei, Gefühle der Angst und des Misstrauens zu vermeiden und damit auch die Kooperation mit dem Kind als Patienten zu verbessern. Kontinuität in der Betreuung fördert das Vertrauen zu den Pflegepersonen und ermöglicht ein gegenseitiges Kennenlernen, dabei kann eine offene Gesprächshaltung der Pflegeperson unterstützend wirken. Demgegenüber signalisieren abgeklärt

wirkende Pflegende, die nur ihre Arbeit machen, die vertrauensvolle Zuwendung nicht (vgl. Brooks/Eckerli-Wäspi/Händler-Schuster 2018, S.69).

Unabhängig von einer Hörbeeinträchtigung gestaltet sich Kommunikation im Kinderkrankenhaus als Interaktion zwischen drei Personen. Eltern nehmen eine schützende und unterstützende Funktion gegenüber ihrem Kind, beeinflusst von der kindlichen Entwicklungsstufe oder der Situation ein.

In der Gesprächsführung mit Eltern, die ein Kind mit einer lebensbegrenzenden Erkrankung erwarten, ergibt sich eine Nahtstelle in der Zusammenarbeit mit dem Team einer pränatalen Abteilung und dem Team einer Neonatologie. In diesem Betreuungsfeld ist neben einer positiven Haltung zum Thema palliative Pflege und Begleitung, die persönliche Authentizität, fachliche Kompetenz und Teamfähigkeit eine wertvolle Grundlage und Hilfe. Als elementare Fertigkeiten für diesen Beratungsbe- reich gelten Sensibilität, Respekt und Achtsamkeit und die Fähigkeit mit allen kultu- rellen und weltanschaulichen Ausrichtungen offen bzw. wertneutral umgehen zu können. Die Bereitschaft zur Gesprächsführung mit belastenden und schwierigen Inhalten und mehrjährige Erfahrung in der Pflegepraxis mit kranken Früh- und Neu- geborenen gilt als Voraussetzung. Ein pränatales Elterngespräch setzt voraus, dass sich die Pflegenden in die Situation der Familie einfühlen können, mit dem Wissen das Empathie, als einführendes Verstehen in der Beratung gilt (vgl. Rathgeb-Maisch 2013, S.175).

### **4.3 Effektive Kommunikationsstrategien**

Auf der Grundlage des familienzentrierten Ansatzes erfolgt die Zusammenarbeit zwischen den Familien und dem pflegerischen und therapeutischem Fachpersonal auf einem partnerschaftlichen Niveau, mit dem Anliegen die Bedürfnisse des kranken Kindes und des kranken Jugendlichen und der Familie zu berücksichtigen. Die Partnerschaft beruht demnach auf gegenseitigem Respekt. Es wird Rücksicht da- rauf genommen, mit welchen Kompetenzen sich die Beteiligten beider Seiten in die Interaktion einbringen können. Für die Gestaltung und Aufrechterhaltung dieser

Partnerschaft mit den Familienmitgliedern gelten effektive Kommunikationsstrategien als entscheidend (vgl. vandenBerg/Hanson 2015, S.142).

#### **4.3.1 Kommunikative Grundhaltung - vom Ratschlag zur Beratung**

Sears geht davon aus, dass ein Großteil der Pflegepersonen vorrangig helfen will und dabei Kommunikationsstrategien einsetzt, die verhindern, dass den emotionalen Bedürfnissen der Patientinnen und der Patienten damit begegnet werden kann. Als Beispiel führt Sears an, dass Pflegepersonen an gewohnten Kommunikationsmustern festhalten und Ratschläge erteilen und damit nicht die richtige Sprache finden um zu verstehen, was die Menschen bewegt. Weiterführend stellt Sears fest, dass durch das Erteilen von Ratschlägen die Fähigkeit der Patientinnen und des Patienten missachtet wird, eigene Antworten zu finden. Ratschläge können die Kommunikation blockieren, in der Regel wird mit Ratschlägen versucht, ein Problem zu lösen, noch bevor der betroffene Mensch dessen Ursache erkannt hat (vgl. Sears 2012, S.62).

In der Kinder- und Jugendlichenpflege ergeben sich Gesprächssituationen, in denen ein einfacher Ratschlag erteilt wird. Diesem alltäglichen Kommunikationsmuster gegenüber steht die geplante Beratung von Eltern. Nach Schwarzer und Posse ist Beratung ein Interaktionsprozess, der die Entscheidungsfindung der Ratsuchenden würdigt und das Ziel verfolgt Handlungssicherheit zu schaffen. In der Beratung von Eltern frühgeborener Kinder wird die Ressourcenorientierung berücksichtigt. Mit sozialen Ressourcen sind Familie, Freunde und weitere Beteiligte zu sehen, die unterstützend wirken; mit personalen Ressourcen der Eltern ist das Kohärenzgefühl, die eigene Kontrollüberzeugung und das Gefühl der Selbstwirksamkeit gemeint (vgl. Reichert/Rüdiger 2013, S.144f.).

#### **4.3.2 Kommunikative Grundhaltung - zentrale Strategien**

Im aktiven Zuhören zeigt die Pflegeperson eine kommunikative Grundhaltung, mit der ausgesprochene und unausgesprochene Gefühle wahrgenommen werden können. Der Fokus liegt zu Beginn bei der Übermittlung von Informationen.

Weiterführend im Gespräch gestaltet die Pflegeperson die Gesprächssituation dahingehend, dass Eltern die Gelegenheit bekommen, ihre Sorgen und Gefühle zu äußern. Die Pflegeperson ist sich dabei dessen bewusst, dass Unausgesprochenes ebenso wichtig ist wie offen Ausgesprochenes und kulturelle und subjektive Unterschiede einen Einfluss darauf nehmen, wie weit Gefühle offen nach außen kommuniziert werden. Im Gespräch mit Familienmitgliedern setzen Pflegepersonen die Technik des Paraphrasierens ein und stellen damit sicher, dass der sachliche Inhalt und die emotionalen Gesprächsanteile richtig verstanden wurden. Die Fähigkeit auf Ausdrucks- und Sprachfähigkeit, die Bildung oder die Erfahrungen und Kenntnisse der Familien Rücksicht zu nehmen, kann als grundlegende Haltung in der Kommunikation gesehen werden (vgl. vandenBerg/Hanson 2015, S.142f.).

Strategien einer guten Kommunikation, die für soziale Beziehungen förderlich sind, können über Kommunikationsregeln vereinbart werden. Exemplarisch eignet sich in der Gesprächsführung mit Eltern die Strategie, über konkrete Situationen zu sprechen und Verallgemeinerungen und Phrasen wie »immer« und »nie« zu vermeiden. Verallgemeinerungen lösen verstärkt Widerspruch aus und lenken vom eigentlichen Inhalt der konkreten Situation ab. Das zeitnahe Ansprechen von konkretem Verhalten in bestimmten Situationen macht Aussagen nachvollziehbar und bietet eine gute Grundlage für den weiteren Verlauf eines Gespräches. Damit ist die Regel Konkret und beim Thema bleiben vorgestellt. Werden Gefühle und Bedürfnisse direkt ausgesprochen, können Vermutungen vermieden werden; diese Strategie folgt der Regel sich öffnen. Im Zusammenhang mit Offenheit fügt sich die Regel Ich-Gebrauch an, damit ist gemeint, dass die Gesprächsbeteiligten bei der Darstellung der eigenen Gedanken und Gefühle bleiben und die Aussagen damit persönlich gewichtet sind. Der Vorteil dieser Strategie liegt in der Vermeidung der anklagenden „Du bist - Sätze“. Als hilfreich in Gesprächssituationen gilt das aufnehmende Zuhören bzw. aktive Zuhören. Mit einer zugewandten Körperhaltung, durch Blickkontakt und Nicken wird nonverbal Interesse an den Aussagen vermittelt, das Interesse wird ergänzend dazu verbal verstärkt. Durch das Zusammenfassen oder Paraphrasieren der wesentlichen Aussagen ergibt sich für den Zuhörer die Gelegenheit mit eigenen



Worten zurückzumelden wie die Äußerungen verstanden wurden, damit können unmittelbar Missverständnisse aufgedeckt werden und das Gespräch wird zusätzlich strukturiert. Mit der Strategie offene Fragen wird einerseits erneut Interesse vermittelt und es werden fehlerhafte Interpretationen vermieden. Die offene Fragestellung ermutigt Gesprächsbeteiligte sich intensiver auf ein Thema einzulassen (vgl. Zimmermann 2016, S.565ff.).

#### **4.4 Beeinflussung in Gesprächssituationen**

Der Begriff Chamäleoneneffekt aus der sozialpsychologischen Forschung steht für das Phänomen, dass, wenn ein Kommunikationspartner eine Verhaltensweise seines Gegenübers genau beobachtet, unwillkürlich die Wahrscheinlichkeit steigt, ein entsprechendes Verhalten selber anzunehmen bzw. zu zeigen. Dabei ist der Effekt bei Sympathie ausgeprägter. Synchronie in der Kommunikation zeigt sich durch soziale Ansteckung in der Form, dass Emotionen andere Menschen anstecken können. Es wird angenommen, dass es einen Zusammenhang von Synchronie mit der Qualität der Beziehung gibt (vgl. Storch/Tschacher 2016, S.62ff.).

Joachim Bauer (vgl. ebd. 2016 S.15ff.) beschreibt, dass sich Menschen emotional auf Stimmungen und Situationen einlassen, wenn diese über die Körpersprache sichtbar werden. Dabei werden die zu einem Gefühl gehörenden Verhaltensweisen unbewusst imitiert. In der Fachsprache wird die Übertragung von einer Person auf die andere als »emotional contagion« bezeichnet. Resonanz- und Spiegelphänomene zeigen sich wenn beispielsweise während eines einvernehmlichen Gespräches die Beteiligten unwillkürlich dieselbe Körperhaltung einnehmen. Neben der emotionalen Resonanz haben Mimik, Blicke, Gesten und Verhaltensweisen einen weiteren Effekt. Menschen nutzen intuitives Wissen um aus den beobachteten Verhaltensweisen den weiteren Verlauf einer Situation abzuleiten.

In der Reflexion von Gesprächssituationen erkennen Pflegepersonen einflussnehmende Elemente und können Techniken für die Gesprächsführung ableiten. In den

nachfolgenden Unterkapiteln folgt eine ausgewählte, exemplarische Darstellung von beeinflussenden Elementen in Gesprächssituationen.

#### **4.4.1 Humor als Gesprächsauslöser**

Im Gesundheitswesen gilt der Einsatz von Humor als wirkungsvoll in Bereichen wie Onkologie- und Palliativstationen, auf denen Trauer als Gefühl ein zentrales Thema ist.

Wenn Eltern das erste Mal mit ihrem kranken Kind auf eine Krankenabteilung kommen ist die Situation neu und angespannt. Eltern befinden sich in einer wartenden Position mit vielen Fragen und Unsicherheiten. Das Angebot Humor braucht daher eine dezente Annäherung und kann nicht unüberlegt eingesetzt werden. Die Wahrnehmung, wie weit Humor ankommen kann, beruht auf dem Prinzip jemanden kennenlernen bzw. sich auf jemanden einlassen zu wollen. Humor hat das Potential verzwickte Situationen aufzulockern und zu entschärfen (vgl. Bischofberger 2008, S.136ff.).

Voraussetzung für den Einsatz von Humor ist laut Benner und Wrubel (vgl. ebd. 1997, S.38f.) Berufserfahrung und ein klares Bewusstsein über den eigenen Umgang mit Humor. Weiterführend wird angemerkt, dass Humor von Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten umsichtig eingesetzt dazu führen kann, eine vertrauensvolle Beziehung zu ermöglichen und zu fördern. Humor wird dabei als Mittel der Kommunikation gesehen, das von Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten situationsspezifisch angewandt wird. Der wirksame Einsatz von Humor erfordert ein vertieftes Verstehen der Hintergründe einer Situation, eine vertrauensvolle Gesprächsbasis und Respekt.

#### **4.4.2 Trauer und Angst**

In der von Rehfeldt, Doll, Thierfelder und Tegethoff (vgl. ebd. 2016, S.66f.) dargestellten Untersuchung kann aus den Erfahrungen der Elternberaterinnen abgeleitet werden, dass Eltern nach dem Tod ihres frühgeborenen Kindes Raum für Emotionen brauchen und unterschiedliche Formen für Gefühlsäußerungen finden wie

beispielsweise Weinen und Schreien. Diese Eltern beschreiben Schuldgefühle und fühlen sich als Versager und gehen auch von der Annahme aus, alles falsch gemacht zu haben. Die Ausdrucksweise von Trauer zeigt sich bei einigen durch Wehklagen und weinen, andere sind wütend.

Ein unbedachtes Wort ausgesprochen in einer sensiblen Situation löst ein schlechtes Gewissen aus und nimmt Einfluss auf das nachfolgende Verhalten. Eine Frage, die nicht beantwortet wird oder Sorgen von Angehörigen, die nicht gehört werden erzeugen moralischen Stress (Eisele 2017, S.11).

#### **4.4.3 Vertrauen in emotionalen Gesprächssituationen**

Es kann davon ausgegangen werden, dass eine vertrauensschaffende Gesprächsatmosphäre beeinflusst werden kann durch eine empathische Haltung zwischen den Beteiligten. Vertrauen gilt unter anderen als Merkmal einer Beziehung, in der zwischen Mitteilenden und Empfängern das Ausmaß der Selbsteinbringung beeinflusst wird. Das bedeutet die Gesprächsbeteiligten müssen einander vertrauen, bevor sie sich einander öffnen bzw. in Offenheit begegnen. Aus dieser Darstellung ergibt sich insofern eine paradoxe Situation als die Selbsteinbringung nicht nur Vertrauen voraussetzt, sondern dieses Vertrauen auch schafft (vgl. Hargie 2013, S.326f.). Vertrauen wird von Marshall Rosenberg (vgl. ebd. 2016, S.212f.) den grundlegenden Bedürfnissen, die alle Menschen haben, zugeordnet.

## **B Empirischer Teil**

Im nachfolgenden Teil wird die Struktur des forschungsrelevanten Teiles der Masterthesis dargestellt. Es wird die Ausgangslage beschrieben und die Wahl der qualitativen Forschungsmethode begründet. Die Auswahl der Untersuchungsteilnehmerinnen und des Untersuchungsteilnehmers und die Größe der Stichprobe wird erörtert. Zur Datenerhebung wird das methodische Vorgehen mit der Erstellung des Interviewleitfadens und die Strategie beim Führen der Interviews aufgezeigt. Ergänzend wird auf die ethischen Aspekte in der qualitativen Forschung eingegangen. Weiterführend wird die Datenanalyse nachvollziehbar durch die Darstellung des Vorgehens bei der inhaltlichen Analyse nach Mayring. Es folgt die Beschreibung der Auswertung, die durch ein Programm zur computergestützten qualitativen Textanalyse gesichert ist. Anschließend sind die ermittelten Ergebnisse dargestellt und zusammengefasst.

### **5 Beschreibung des Forschungsansatzes**

Das Berufsfeld Pflege gilt als handlungsorientierter Bereich, demnach erwarten Pflegepersonen von Forschungsarbeiten in der Pflege praxisbezogene Erkenntnisse und Lösungen. Richtungsgebend für die Autorin ist der Erkenntnisgewinn und die Wissenserweiterung zu Gesprächssituationen aus dem Pflegealltag.

In Anlehnung an den Realitätsbegriff der qualitativen Sozialforschung bildet sich Wirklichkeit nicht unabhängig vom Menschen ab, sondern ist das Ergebnis von Bedeutungen und Zusammenhängen, die im Ablauf sozialer Interaktionen von allen gemeinsam gebildet wird (vgl. Mayer 2015, S.97). Forschende kommen basierend auf den Ergebnissen der Datenerhebung, durch Techniken der Interpretation zu typisierenden Aussagen. Erst in weiterer Folge entstehen aus diesen Aussagen theoretische Konzepte über Zusammenhänge der sozialen Wirklichkeit (vgl. Lamnek 2010, S.329). Ein zentrales Grundprinzip der qualitativen Forschung ist Offenheit im gesamten Forschungsprozess. Es wird auf eine Hypothesenbildung verzichtet und der Anspruch erhoben, sich von den Vorerfahrungen bewusst zu lösen, um den

Blick zu öffnen für das, was sich aus dem Forschungsgegenstand an sich heraus erschließt. Qualitative Forschung ist theoriebildend und hypothesenbildend und folgt einer induktiven Denklogik. Die Theoriebildung ist über ein Schließen vom Besonderen auf das Allgemeine dargestellt (vgl. Mayer 2015, S.98). Über qualitative Methoden werden soziale Sachverhalte durch verbale Beschreibungen dargestellt. Die Vielschichtigkeit sozialer Sachverhalte wird während der Datenerhebung kaum reduziert. Erst im Prozess der Auswertung folgt eine schrittweise Reduzierung. Im Wesentlichen bildet die Interpretation von sozialen Sachverhalten die Basis qualitativer Methoden (vgl. Gläser/Laudel 2010, S.27).

## **5.1 Erhebungsmethode**

Eine grundlegende Entscheidung im Forschungsvorhaben liegt in der Auswahl der Methode zur Datenerhebung (vgl. Gläser/Laudel 2010, S.29).

Mit der Frage, wie Pflegepersonen Gesprächssituationen mit Eltern, An- und Zugehörigen erleben und welche Erfahrungen diese beim Führen von Gesprächen bisher gemacht haben, liegt das Erkenntnisinteresse der Autorin, im Bereich der subjektiven Sichtweise einzelner Personen. Ausgehend vom Interesse an der subjektiven Wahrnehmung von Kinderkrankenpflegepersonen, in belastenden und herausfordernden Gesprächssituationen mit Eltern und Angehörigen, eignet sich für die Datenerhebung eine mündliche Befragung. Für die vorliegende Arbeit wurde zur Datenerhebung ein leitfadengestütztes qualitatives Interview gewählt.

Die Voraussetzung für die Entwicklung des Interviewleitfadens bilden die genaue Formulierung des Erkenntnisinteresses und weiterführend die Forschungsfragen (vgl. Gläser/Laudel 2010, S.143).

Für eine Anknüpfung an den Alltag der befragten Kinderkrankenpflegepersonen stellt die Autorin vorliegender Arbeit das Interesse an den Erfahrungen mit Elterngesprächen und den Einstellungen, mit denen Pflegende in diese Gespräche gehen, voran. Der eingesetzte Interviewleitfaden führt über formale einleitende

Hinweise und ausgewählte Sozialdaten zum zentralen Element der Befragung. Dabei leiten sich die Themen für den Interviewleitfaden, von den Forschungsfragen ab. Definierte Themen sind dabei die bisherigen Erfahrungen beim Führen von Elterngesprächen; die subjektive Einschätzung dazu was in einem Gespräch mit Eltern als fordernd gilt, das eigene Empfinden im Zusammenhang mit unangenehmen bzw. belastenden Elterngesprächen und die persönlichen Fähigkeiten und Strategien zur Bewältigung dieser.

Im Leitfaden sind die zielführenden Fragen ausgewiesen, wann diese Fragen gestellt werden ergibt sich im Verlauf jedes einzelnen Gespräches (vgl. Lamnek/Krell 2016, S.333).

## **5.2 Auswahlmethoden**

Der Anspruch bei qualitativen Untersuchungen liegt unter anderem im Erfassen der persönlichen Wirklichkeit befragter Personen, mit dem Ziel, typische Handlungen und Sichtweisen im Kontext mit definierten Situationen zu erfassen und zu filtern. Die Auswahl der Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer liegt im Entscheidungsermessen der Forscherin. Diese wählt nach ihrem Wissenstand und nach definierten Kriterien typische Probanden für die Befragung aus. Bei der Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer muss auf die Nützlichkeit und Angemessenheit der Kriterien geachtet werden. Nützlichkeit ist gegeben, wenn bei einer kleinen Stichprobengröße nicht zufällig ausgewählt, sondern erfasst wird, welche Personen voraussichtlich gewünschte Informationen bringen können. Angemessenheit heißt die gewonnen Informationen sind ausreichend, um das Phänomen detailliert beschreiben zu können (vgl. Mayer 2015, S.331).

In der vorliegenden Arbeit ist die Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zweckgebunden und bezieht sich auf diplomierte Pflegepersonen in der Gesundheits- und Krankenpflege von Kindern- und Jugendlichen im Kepleruniklinikum Linz am Medizinischen Campus IV. Zweckgebunden bedeutet, dass die Auswahl der Personen von ausgewählten Kriterien abhängig ist, Kriterien können dabei sein: ein

vergleichbares Erlebnis, eine bestimmte Verortung oder eine gemeinsame Kultur (vgl. Mayer 2015, S.331).

Die Auswahlkriterien für die befragten Personen in der vorliegenden Arbeit sind festgelegt durch die Berufserfahrung anhand der Berufsjahre nach Abschluss der Grundausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege. Die festgelegten Intervalle, die Anzahl der befragten Personen und deren berufliches Einsatzfeld sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

Anzahl befragter Personen	Berufsjahre nach Abschluss
2	03 bis 05
1	06 bis 15
1	16 bis 25
1	26 bis 35

Tabelle 1: Auswahlkriterium, Anzahl und Berufsjahre der Befragten

Es wurde eine Stichprobe mit maximaler Variation zusammengestellt, um möglichst viele unterschiedliche Sichtweisen zum Thema zu erhalten. Daher wurden Männer wie auch Frauen befragt. Die beruflichen Einsatzfelder der befragten Personen entsprechen dem Versorgungsangebot einer österreichischen Schwerpunktkrankenanstalt und sind wie folgt definiert: Kinder- und Jugendchirurgie mit stationärem Bereich und interdisziplinärer Intensivstation, Kinder- und Jugendheilkunde mit stationärem, ambulantem und Aufnahmebereich und Neonatologie mit der Neugeborenenintensivüberwachung.

### **5.3 Entwicklung des Interviewleitfadens**

Die Operationalisierung besteht darin, die Leitfragen in Fragen zu übersetzen, die sich an den Alltag der zu Interviewenden anschließen (vgl. Gläser/Laudel 2010, S.143).

Für eine offene Herangehensweise an ein Thema beschreibt Helfferich einen praktischen Weg. Im ersten Schritt werden alle Fragen, die im Zusammenhang mit dem Forschungsinteresse stehen, gesammelt, ohne dabei auf inhaltliche Relevanz zu achten. Anschließend werden die Fragen geprüft auf theoretische Vorannahmen und wie stark sie das Forschungsvorhaben spiegeln. Im dritten Schritt werden die verbleibenden Fragen unter Beachtung der inhaltlichen Logik des Themas gebündelt. Beim Subsummieren im letzten Schritt empfiehlt Helfferich, für jedes gebündelte Thema einen guten Einstieg zu finden. In einer Tabelle wird in die erste Spalte die Frage zum Einstieg eingetragen, in die zweite Spalte kommt die reduzierte Frageliste, in Stichworten oder ganzen Sätzen. Diese Fragen können als Memos genutzt werden, falls ein Thema nicht angesprochen wird. In den zwei weiteren Spalten werden Fragen, die helfen, den Erzählfluss aufrechtzuerhalten sowie obligatorische Fragen eingetragen (vgl. Mayer 2015, S.219f.).

Für den eingesetzten Interviewleitfaden (vgl. Anhang) wurden ausgehend von der Forschungsfrage fünf Themenfelder abgeleitet. Die Themenfelder befassen sich mit den Erfahrungen Pflegender beim Führen von Gesprächen mit Eltern, weiters mit dem Empfinden in herausfordernden und belastenden Gesprächssituationen und den Belastungsfaktoren und Bewältigungsstrategien. Die Themenfelder werden über Forschungsfragen abgebildet.

Eine Einstiegsfrage, vier Leitfragen mit Unterfragen und eine abschließende Frage bilden den Leitfaden. Die nachfolgend dargestellten Forschungsfragen bilden die Grundlage für den Interviewleitfaden. Wie erleben Kinderkrankenpflegepersonen Gesprächssituationen mit Eltern, An- und Zugehörigen? Welche Erfahrungen haben Kinderkrankenpflegepersonen in belastenden und herausfordernden Gesprächssituation mit Eltern, An- und Zugehörigen bisher gemacht? Welche Gesprächssituation erleben Pflegepersonen als emotional herausfordernd und belastend? Was lösen diese Gesprächssituationen bei Pflegepersonen aus? Wie verhalten sich Pflegepersonen in „schwierigen“ Gesprächssituationen mit Eltern, An- und Zugehörigen? Welche Strategien wählen Pflegepersonen um herausfordernde, belastende



Gesprächssituationen zu vermeiden? Wie gelingt es Pflegepersonen in herausfordernden, belastenden Gesprächssituationen sicher handeln zu können? Welche Tools (sozial und technisch) brauchen Pflegepersonen um in herausfordernden Gesprächssituationen sicher zu sein?

Formal gliedert sich das Interview in drei Phasen. Die Einstiegsphase mit einer Begrüßung und der Erklärung, dass die Ergebnisse der mündlichen Befragung Teil einer Masterarbeit sind, die von der Autorin im Rahmen des Masterupgrades für Lehrerinnen und Lehrer in der Gesundheits- und Krankenpflege erstellt wird. In die Einstiegsphase eingebunden wurden die Angaben zu Person erfasst. Die zweite Phase gilt formal als Hauptphase und stellte den zentralen Interviewteil dar. In der dritten Phase der Abschlussphase stand der persönliche Dank für die Interviewbereitschaft.

Es wird empfohlen, den Leitfaden in einem Probeinterview zu testen, dabei können nicht eindeutige und komplizierte Fragestellungen erkannt werden. Ein weiterer Vorteil ist, dass sich zu wenig ausführlich dargestellte Themenbereiche zeigen (vgl. Mayer 2013, S.45f.). Die Autorin vorliegender Arbeit hat ein Probeinterview durchgeführt. Im Interviewleitfaden wurde eine Frage formal angeglichen und eine abschließende Frage zugefügt.

#### **5.4 Ablauf der Datenerhebung**

Die Leitfadeninterviews wurden nach Genehmigung zur Durchführung an einer Schwerpunktkrankenanstalt in Linz im Zeitraum 05. Mai bis 31. Mai 2018 geführt. Die Stationsleitungen der Fachbereiche erhielten eine schriftliche Information einschließlich Befürwortung von der Pflegedirektorin. Die Autorin nahm anschließend Kontakt mit fünf ausgewählten Personen auf. In einem Gespräch erhielten die Pflegenden, detaillierte Informationen und konnten Fragen zur Probandinnen- und Probandenrolle stellen. Die Teilnahme an den Interviews erfolgt von allen fünf Personen

freiwillig. Die schriftlichen Einwilligungserklärungen der Interviewten liegen bei der Autorin auf.

Die Terminwahl für die Interviews lag bei den Teilnehmenden. Ein Termin wurde kurzfristig aus dienstlichen Gründen abgesagt, der Ersatztermin konnte eingehalten werden. Für die Durchführung der Interviews erfolgte face-to-face. Es stand zu jedem Termin ein geeigneter Raum zu Verfügung und es ergaben sich während der Interviews keine Störungen durch Dritte. Der zeitliche Aufwand für die teilnehmenden Personen war mit einer Stunde geplant und im Vorfeld angekündigt. Die Laufzeit der durchgeführten Interviews liegt in einer Spanne von 37 bis 54 Minuten. Vor Beginn des Interviews erhielten die Probandinnen und Probanden Zeit um das Informationsblatt zu lesen und gegebenenfalls Fragen zu stellen. Neben bereits angeführten Inhalten wird im Informationsblatt angeführt, dass Fragen jederzeit abgelehnt und laufende Interviews unterbrochen und auch abgebrochen werden können. Es wurde auf die Aufzeichnung des Interviews mit einem Tonträger hingewiesen und darauf, dass das Audiomaterial Wort wörtlich verschriftlicht wird. Ergänzend dazu wird angemerkt, das Audiomaterial und Transkript codiert gespeichert werden. Die unterschriebene Einwilligungserklärung wird gesondert aufbewahrt und ist nur der Autorin zugänglich.

Für die Interviewführung in der vorliegenden Arbeit erschien ein weicher Kommunikationsstil geeignet. In einer vertrauensvollen Interviewsituation, in der den Befragten, Sympathie und eine respektvolle Haltung entgegengebracht wird, ergibt sich die nötige Offenheit für das Themenfeld belastende und herausfordernde Gesprächssituationen mit Eltern kranker Kinder und Jugendlicher (vgl. Mayer 2015, S.207). Der Interviewleitfaden enthält Fragen zur Person und den Auswahlkriterien (darauf wird im Kapitel 5.2 eingegangen) und offene Fragen mit Themenrelevanz.

Grundlegend in der Pflegeforschung ist die Einhaltung ethisch relevanter Prinzipien, mit denen die Rechte von Menschen, die an Forschungsprojekten teilnehmen geschützt werden. Die Entwicklung ethischer Grundsätze in der Pflegeforschung ist

begründet in einem Bedürfnis nach allgemeingültigen Richtlinien. Richtlinien sind als Orientierung hilfreich.

Es ist anzumerken, dass jede Forscherin und jeder Forscher im Lauf des gesamten Forschungsprojektes die Verantwortung dafür übernimmt, die festgelegten Regeln zu prüfen. Ethische Verantwortung liegt in der angemessenen Anwendung der Forschungsmethoden und in der wahrheitsgemäßen Ergebnisdarstellung. Der Nürnberger Kodex gilt als basisgebende Zusammenstellung ethischer Standards in der medizinischen Forschung. Darin sind nachfolgende abstrakte Prinzipien festgelegt: Autonomie, Benefizienz, Non-Malefizienz und Gerechtigkeit. Für Forschende leiten sich die drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes wie folgt ab: umfassende Information und freiwillige Zustimmung aller Teilnehmenden, die Anonymität und der Schutz Einzelner vor möglichen psychischen und physischen Schäden. Zur Sicherung der freiwilligen Teilnahme an einer Untersuchung müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Als Voraussetzung gilt eine umfassende Information um die Entscheidung zu Teilnahme treffen zu können (vgl. Mayer 2015, S.62f.). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden in einem direkten Gespräch über Anlass und Ziel, über das geplante Vorgehen und ihre Rolle im Interview sowie den zeitlichen Aufwand informiert. Die erste mündliche Information wurde schriftlichen ergänzt mit dem Hinweis, dass die zuständige Pflegedirektorin über die Durchführung der Befragung informiert ist und die Zustimmung vorliegt, die Interviews in der Dienstzeit zu führen.

Für die zu untersuchenden Personen ist sicherzustellen, dass sie über die Teilnahme frei entscheiden können. Mit einer Bedenkzeit kann Freiraum geschaffen werden, die Teilnahme zu verweigern und es muss die Möglichkeit geben sein, aus einer laufenden Untersuchung aussteigen zu können. Stehen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Studie in einem Abhängigkeitsverhältnis zur Forscherin und zum Forscher ist, explizit darauf hinzuweisen, dass kein Nachteil aus einer Nichtteilnahme resultiert (vgl. Mayer 2015, S.63ff.). In der durchgeführten Untersuchung liegt kein direktes Abhängigkeitsverhältnis vor. Eine Gemeinsamkeit zwischen den

Teilnehmerinnen und den Teilnehmern mit der Autorin vorliegender Arbeit liegt darin, im gleichen Unternehmen tätig zu sein, allerdings unterscheiden sich die Einsatzbereiche. Die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner sind ehemalige Auszubildende und Kolleginnen aus der Gesundheits- und Krankenpflege für Kinder- und Jugendliche. Alle haben unmittelbar ihre Teilnahme zugesagt und eingehalten.

Eine kleine Stichprobe ist kennzeichnend für qualitative Arbeiten und verlangt eine verlässliche Einhaltung der Anonymität. Beim Umgang mit dem Datenmaterial und der Aufbewahrung wird auf Geheimhaltung geachtet (vgl. Mayer 2015, S.68). Die teilnehmenden Personen erhielten die Information, dass ausgewählte, inhaltlich bedeutungstragende Elemente aus den Gesprächen in der schriftlichen Arbeit eingebunden werden. In diesem Zusammenhang wurde auf das Prinzip der Anonymität hingewiesen und zugesichert, dass die Aussagen so verwendet werden, dass niemand Rückschlüsse auf die befragte Person ziehen kann.

Das Grundprinzip zum Schutz der Person vor physischem und psychischem Schaden im Rahmen der Forschung ist zu berücksichtigen. Es gilt eine Untersuchung dahingehend zu planen, dass die Risiken eingeschätzt und möglichst geringgehalten sind (vgl. Mayer 2015, S.69f.). Im Laufe der Planung der Arbeit und während der Durchführung der Interviews zeigten sich keine risikobehafteten Anhaltspunkte. Der Einsatz einer Ethikkommission war vor dem Hintergrund, dass keine vulnerable Menschengruppe an der Untersuchung teilnahm und kein experimentelles Design gewählt wurde, nicht angedacht. Im Zusammenhang mit der Darstellung der Ergebnisse und dem Umgang mit Daten kommt das Prinzip der Wahrhaftigkeit zum Tragen. Werden Daten weggelassen oder ganze Interviewabschnitte nicht bearbeitet besteht der Verdacht der Manipulation (vgl. Mayer 2015, S.71f.).

### **5.5 Datenaufbereitung und Auswertung**

Die bei der Datenerhebung gewonnenen Interviews werden möglichst vollständig transkribiert. Anzumerken ist, dass auch ein wörtliches Transkript nur eine

unvollständige Wiedergabe der Wirklichkeit darstellt. Für die Transkription wird empfohlen Regeln festzulegen, die dokumentiert und in der Untersuchung konsequent eingehalten werden (vgl. Gläser/Laudel 2010, S.193).

### **5.5.1 Transkription**

Die fünf Interviews wurden im oberösterreichischen Dialekt in üblicher Alltagssprache geführt. Eine Teilnehmerin hat zu Beginn des Interviews sehr rasch gesprochen und sich nach einigen Minuten in ein gutes Sprechtempo eingefunden. Der Dialekt wurde ins Schriftdeutsch übertragen. Eine Anpassung der Grammatik war für die Auswertung nicht zwingend notwendig, es erfolgte eine Glättung von Sprache und Interpunktion. Weitere Transkriptionsregeln wurden nicht angewendet, da die inhaltlichen Aussagen tragend sind. Vereinzelt wurden Passagen nachgehört um Lautäußerungen und Intonationen erfassen zu können. Damit bestimmte Textstellen einfacher aufzufinden sind wurden die Zeilen aller Transkripte nummeriert. Die Transkripte sind codiert und liegen bei der Autorin auf.

### **5.5.2 Analysemethode**

In der vorliegenden Arbeit wird die Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Die Kategorienbildung geschah in einem induktiv-deduktiven Wechselspiel (vgl. Mayring 2016, S.85f.). Dabei werden die Hauptkategorien theoriegeleitet gebildet und Subkategorien aus dem Textmaterial herausgearbeitet.

Gearbeitet wurde mit der Software MAXQDA 2018. Den abschließenden Schritt in der Analyse stellt die Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial dar. Dabei wird das Kategoriensystem mit den am Ausgangsmaterial abgeleiteten ursprünglichen Paraphrasen abgeglichen. Mit diesem Vorgehen kann eingeschätzt werden wie zuverlässig der Inhalt des Ausgangsmaterials durch das Kategoriensystem abgebildet wird (vgl. Mayer 2015, S.282) (vgl. Mayring 2015, S. 71).

## 6 Ergebnisse, Diskussion und Interpretation

In diesem Kapitel sind die Ergebnisse abgeleitet aus den durchgeführten Befragungen dargestellt. Ausgewählte bedeutungstragende Aussagen der befragten Personen unterstützen die Ergebnisdarstellung. Im Anschluss folgen Diskussion und Interpretation der Ergebnisse unter Bezugnahme auf die theoretischen Ausführungen.

### 6.1 Das Kategoriensystem

Aus den bisherigen Erfahrungen der befragten Pflegepersonen in der Kinder- und Jugendlichenpflege zu belastenden Gesprächssituationen mit Eltern können nachfolgende Ergebnisse abgeleitet werden. Die Ergebnisdarstellung erfolgt orientiert an den fünf gewonnenen Hauptkategorien und wird ergänzt durch die Subkategorien. Um die Nachvollziehbarkeit zu erhöhen werden inhaltlich aussagekräftige Originaltexte in die Darstellung eingebunden.

Nr.	Hauptkategorie	Subkategorie
	<b>Pflegepersonen in Gesprächssituationen</b>	
1	Faktoren die auf Gesprächssituationen einwirken	emotionale Faktoren
		situative Faktoren
		institutionelle Faktoren
		persönliche Faktoren
2	Störelemente in Gesprächen mit Eltern	nicht klarkommen können
		verletzende Gesprächshaltung
	<b>Strategien zur Gesprächsbewältigung</b>	
3	Dialogerfolg beim Führen von Elterngesprächen	Beratung - Gesagtes kommt an
		Rückmeldung erhalten
		Humor...wirkt
		Status - Distanz halten
		Alltagsgespräche - Smalltalk
		Offenheit - authentisch sein
	<b>Tools zur Bewältigung von Gesprächssituationen</b>	
4	Support - es gelingt gemeinsam	Stärkung im privaten Umfeld

		Stärkung durch das Team
5	Gesprächsverhalten beleuchten	persönliche Strategien die voranbringen
		offen für Neues
		innere Einstellung

Tabelle 1: Kategorien und Subkategorien der zusammenfassenden Inhaltsanalyse

## 6.2 Pflegepersonen in Gesprächssituationen

Die befragten Pflegepersonen befassen sich mit der Aussage, dass Pflege Kommunikation ist und sich im beruflichen Setting u.a. als ein, Mit-den-Eltern-ins-Gespräch kommen zeigt. In der Kindern- und Jugendlichenpflege ist die Gesprächsführung beeinflusst durch die Bedeutung, die ein Kind für das Familiensystem hat. Die Haltung der Eltern ist in der Regel protektiv, d. h. die Eltern nehmen eine Beschützerrolle ein. Ausgehend von dieser Haltung lösen Gesprächssituationen unterschiedliche Reaktionen aus und können von Gefühlen begleitet sein.

### 6.2.1 Faktoren die auf Gesprächssituationen einwirken

In diesem Bereich beschreiben die Pflegepersonen Auslöser, die Einfluss nehmen auf Gesprächssituation mit Eltern. Die Pflegepersonen leiten diese Auslöser aus bisherigen Erfahrungen mit unangenehmen und belastenden Gesprächen ab und nennen Gefühle, Situationen und Einstellungen, die Einfluss auf die Gesprächshaltung und -führung mit Eltern nehmen. *Anzumerken ist, dass sich im Interviewverlauf gezeigt hat, dass die Pflegepersonen den Fokus ausnahmslos auf Eltern als Gesprächspartner legten und der ursprünglichen Aufforderung, auch Gespräche mit An- und Zugehörigen zu betrachten, nicht gefolgt sind.*

Als **emotionale Faktoren**, die Einfluss auf Gesprächssituation nehmen, nennen Pflegepersonen exemplarisch Beispiele. Die Gefühle, die den Beispielen zugeordnet werden, spannen sich von Angst der Eltern und der Pflegeperson über Trauer, Wut und Zorn, Schuldgefühl, Freude und Bewunderung. Die Angst der Eltern um ihr Kind in Situationen, in denen beim Kind eine schlimme Diagnose gestellt wird, ist aus Sicht der Pflegepersonen immer präsent und beeinflusst die

Gesprächssituationen. Angst ist unabhängig von den beruflichen Einsatzfeldern als Einflussfaktor genannt worden.

*„Also diese Angst am Anfang beeinflusst schon auch das Gespräch. Also da versuche ich halt mal, die Eltern auch erzählen zu lassen oder reden zu lassen.“* (Interview\_D\_24: 8 – 8)

*„...es ist halt einfach so, wenn es jetzt wirklich eine belastende Situation für die Eltern ist, weil mit dem Kind irgendwas ist, irgendeine schlimme Diagnose;“* (Interview\_E\_04: 16 - 16)

*„...wo halt natürlich auch die Angst ums Kind immer mitspielt...“* (Interview\_E\_04: 28 - 28)

Gesprächssituationen nach einem Unfall, die mit einer Lebensbedrohung für das Kind in Zusammenhang stehen und in denen die Pflegepersonen die Nähe zur eigenen Rolle als Mutter erkennen, werden als die schwierigsten und rückblickend auch als sehr belastend angegeben.

*„Das sind so eher für mich so eher die schwierigsten. So weil ich eher als Mutter empfunden habe [...] denke ich mir, ja, ich habe ein Glück gehabt, mein Kind war halt gesund. [...] Wo du dir denkst, das sind so Dinge, die könnten, morgen könnte das ganz anders sein. [...] Das war eigentlich das schon, wo ich sage, das war sehr belastend.“* (Interview\_A\_31: 118 – 126)

Freude und Trauer als gegenpolige Gefühle sind aus Sicht der Pflegepersonen richtungsgebend in Gesprächen und werden als Gefühle genannt, die auch mitempfunden werden.

*„Also Freude auf jeden Fall und man trauert natürlich auch mit den Eltern mit, wenn irgendwelche Diagnosen kommen, die halt nicht gut sind.“* (Interview\_D\_24: 54 - 54)

Als einflussnehmend stellen Pflegepersonen die eigene Traurigkeit dar. Wenn sie durch die Nähe zur Familie in Gesprächssituationen mitfühlen und selber traurig sind, macht das sprachlos.

*„Wenn dann die Eltern die Diagnose kriegen, dass sie jetzt wieder rezidiv oder und gleich dableiben muss und sie haben eigentlich geglaubt sie kommen nur zur wöchentlichen Kontrolle und aus. Und ja und wenn die dann*



*ganz aufgelöst sind und so. Aber [...] Ich bin traurig. [...] Ja, ich bin traurig. Und das [Interview wird unterbrochen] (Interview\_C\_22: 136 - 144)*

Im Zusammenhang mit bisher gemachten Gesprächserfahrungen zeigen Pflegepersonen auch in der Bewunderung für die Eltern, eine vergleichende Sichtweise zur eigenen Elternrolle auf.

*„... Die Stärke, die die Eltern oft mitbringen, also da haben sie schon eine große Bewunderung von mir, dass sie das, da wüsste ich nicht. Da fragt man sich oft natürlich, man hat selber jetzt zwei Kinder daheim, wie würde ich damit umgehen.“ (Interview\_D\_24: 54 - 54)*

Gefühle wie Wut und Zorn der Eltern werden angeführt als emotionale Teile, die im Gespräch spürbar sind und Einfluss nehmen können.

*„Also natürlich so Wut oder irgendwie Zorn oder jetzt irgendwie angefressen sein, das spürt man schon,“ (Interview\_E\_04: 40 - 40)*

**Situative Faktoren** sind Reize aus der jeweiligen aktuellen Umgebung. Ausgehend von **situativen Faktoren** zeigen Pflegepersonen auf, mit welchen Techniken sie in Gesprächssituationen mit Eltern ihr Gesprächsverhalten anpassen, einlenken oder abstimmen. Nehmen Eltern eine fordernde Haltung ein, beginnen die Pflegepersonen eine beratende oder belehrende Haltung im Gespräch einzunehmen und bringen ihre Erfahrung ein.

*„...fordern das dann oft ein, dass sie sagen, und jetzt bin ich da und jetzt möchte ich gern und da halt dann das Gespräch finden, dass man halt sagt, das Kind, selbst wenn man es wickelt, wird es wahrscheinlich nicht so munter werden, dass es jetzt das Fläschchen trinkt, weil es noch so jung ist oder halt noch die Ruhe braucht.“ (Interview\_D\_24: 28 - 28)*

*„bei gefährlichen Sachen, da mische ich mich schon ein. Und sage Bescheid, dass sie das Kind anhängen müssen im Maxi-Cosi [...], wenn sie das Kind liegen lassen offen und auf die Seite gehen, ohne dass wer danebensteht oder so, da mische ich mich schon immer gleich ein [...] Und sage ich ihnen, wie wichtig das daheim wäre.“ (Interview\_C\_22: 43 - 47)*

Wenn Eltern den Pflegepersonen gegenüber erwähnen, dass sie die vom Arzt verwendeten Begriffe nicht verstehen übernimmt die Pflegeperson und löst Unklarheiten durch ein Gespräch auf.

*„Vor allem, weil halt oft auch von den Ärzten Fachbegriffe verwendet werden, die die Eltern nicht verstehen...“* (Interview\_E\_04: 16 - 16)

*„Das sind auch oft so Sachen, die bei der Visite untergehen, so Informationen, die die Eltern brauchen, dass sie sich jetzt ein klares Bild machen können, wie es halt dann die nächste Zeit so weitergeht.“* (Interview\_E\_04: 16 - 16)

Pflegepersonen beschreiben **institutionelle Faktoren**, bezogen auf Systeme, die Einfluss auf ihr Gesprächsverhalten nehmen. Dabei kann die Familie als System gemeint sein. Sind viele Familienangehörige zu Besuch, erleben die Pflegepersonen das als hemmend im Gespräch; selbiges gilt wenn die Eltern unabhängig voneinander nachfragen und das Verhältnis der Eltern zu einander unklar ist.

*„Das Hemmende ist oft für mich, wenn dann nicht nur die Eltern auf einen eingehen oder dich überfallen [...] Mit manchen Fragen, sondern wenn dann ein ganzer Schweif von Verwandtschaft dann irgendwie [...] und ein jeder will etwas wissen.“* (Interview\_B\_21: 292 - 294)

*„Was noch ganz störend ist, wenn irgendwie viel Verwandtschaft gerade im Zimmer ist, wo dann auf einmal 12 Augenpaare mehr da sind, die einen anstarren. Da vermeide ich solche Gespräche.“* (Interview\_E\_04: 70 - 70)

*„... oder wenn ich oft nicht weiß, die Eltern, wie haben die, Mama und Papa, was für eine Beziehung miteinander [...] oft wo ich mir denke, mah jetzt habe ich der Mama, jetzt habe ich mit der Mama lange geredet und dann kommt der Papa, wo ich mir denke, reden die nicht miteinander irgendwie. Das ist oft, wo ich mir dann auch ganz schwertue.“* (Interview\_B\_21: 292 - 298)

Zu den institutionellen Faktoren zählt neben der Familie die Krankenanstalt als System inklusive Personaleinsatz und im erweiterten Sinn das Modell der familienorientierten Pflege. Dazu erwähnen Pflegepersonen, dass lange Wartezeiten und die

Reihenfolge, in der die kranken Kinder versorgt werden, zu Diskussionen mit Eltern führen.

*„...die meisten also unsere schwierigen Diskussionen mit den Eltern sind schwierige Situationen die Wartezeit betreffend.“ (Interview\_C\_22: 272 – 272)*

*„...fünf Kinder sitzen draußen und alle haben sie 38 Fieber, warum sollte man jetzt das fünfte als erstes drannehmen, wo alle anderen dasselbe haben. Aber für die Mama oder den Papa ist halt trotzdem das der ärgste Notfall.“ (Interview\_C\_22: 292 - 292)*

Eine Pflegeperson sieht in der knappen Zeit und den vielen Aufgaben, an die man zu denken hat, den Grund dafür, dass man sich keine Gedanken dazu machen kann, wie es dem Gegenüber wirklich geht.

*„...wenn es stressig ist, hat man eigentlich fast keine Zeit, dass man sich jetzt irgendwie Gedanken darüber macht, wie geht es dem anderen wirklich, weil man halt selber noch so viele andere Sachen im Kopf hat.“ (Interview\_E\_04: 52 - 52)*

**Persönliche** Faktoren, die sich auf die Persönlichkeit der Eltern und der Pflegeperson beziehen, sind weitere Faktoren, die Einfluss auf Gesprächssituationen nehmen können. Exemplarisch können aus den Interviews die Erfahrung und das Alter, die Kultur und Einstellungen wie Empathie, Ablehnung und Zurückhaltung damit gemeint sein.

Die Befragten stellen fest, dass es leichter ist, mit den Eltern ins Gespräch zu kommen, wenn sie erwähnen, dass sie selber Kinder haben und wenn sie als Pflegepersonen Erfahrung und mehr Dienstjahre mitbringen.

*„...können sich leichter öffnen. Ich komme mit Eltern oft ins Gespräch und denke mir, wir haben total nett geplaudert, wo eine Jungschwester vielleicht sagt, nein da komme ich nicht ran.“ (Interview\_D\_24: 22 - 22)*

*„Also, wenn dann eher mit Erfahrungen, weil ich schon so viele Kinder betreut habe, [...] also jetzt nicht, dass ich richtig Fachwissen, schon auch natürlich,*

*aber ab und zu erwähne ich dann auch, dass ich auf der [...] gearbeitet habe, um einfach noch kompetenter zu wirken.“ (Interview\_D\_24: 110 - 110)*

*„wenn sie wissen, maah da sitzt auch eine Mama und die erklärt mir etwas und ja. Ich mache es nicht immer, also das muss oft passen mit der Person, wo ich mir denke, ich glaube das tut jetzt gut, wenn sie weiß [...] dann bringe ich das auch mit ein und sage ihnen das auch, dass ich genau auch zwei Kinder habe [...] und das hilft ihnen total gut.“ (Interview\_B\_21: 56 - 60)*

Das Sich-Einfühlen und In-der-Rolle-als-Mutter-Fühlen kann in Gesprächen mit Eltern allerdings auch als belastend bzw. schwierig erlebt werden.

*„Das waren die schwierigen. [...] Das ist nach wie vor noch, wo es mir nicht so gut geht dann auch in der Gesprächsführung, weil ich mir denke, das könnte mir jederzeit selber auch passieren. Mein Sohn ist [...] So Unfälle und so dramatische Sachen. [...] Da tue ich mir ein bisschen schwerer. Da werde ich mich auch nicht so öffnen. Ja. Da ist es eben...“ (Interview\_A\_31: 140 - 146)*

Als persönlicher Faktor, der auf die Gesprächsführung einwirkt wird Das-nicht-oder-nur-eingeschränkt-Deutsch-Sprechen angeführt; hinzu kommt die Art, wie in anderen Kulturen miteinander geredet wird.

*„...einfach was natürlich ganz ganz schwer ist, ist wenn der andere Gesprächspartner nicht gut deutsch redet. [...] Da muss man sich halt irgendwie ja mit Händen und Füßen irgendwie durch und langsam reden und so, wirklich nachfragen, ob der das auch verstanden hat. Das sind schwere Sachen und das sind auch so Sachen, wo auch die Kultur anders ist und die auch anders miteinander rede oder anders aufbrausend sind oder so, das macht es oft ein bisschen schwer. Aber das lernt man mit der Zeit.“ (Interview\_E\_04: 70 - 70)*

### **6.2.2 Störelemente in Gesprächen mit Eltern**

Hinsichtlich der Elemente, die auf Gesprächssituation mit Eltern hemmend einwirken, haben Pflegepersonen teilweise uneindeutige Angaben gemacht. Es gibt

Aussagen, die als kränkend beschrieben werden und kurz darauf wieder entschuldigt werden durch die Situation, in der sich die Eltern befinden.

Pflegepersonen nennen Arten eines unangemessenen Verhaltens, mit denen sie **nicht klarkommen können** und die hemmend wirken in Gesprächssituationen. Gespräche, die den Eindruck hinterlassen, dass man sich missverstanden hat, werden als belastend oder komplett unbefriedigend bezeichnet.

*„, dass ein belastendes Gespräch vielleicht ist, wenn man sich gegenseitig missversteht.“ (Interview\_D\_24: 64 - 64)*

*„wenn man ein Gespräch führt, was so aneinander vorbei geht und es kommt dabei eigentlich nichts heraus, das ist halt ein komplett unbefriedigendes Gespräch, finde ich.“ (Interview\_E\_04: 96 - 96)*

Teilweise kann auch der Eindruck von kritischen Eltern, der durch Kolleginnen weitergegeben wurde und sich im Gespräch bestätigt durch ein aufbrausendes Verhalten und laut werden, die Pflegepersonen stören und hemmen.

*„Wenn ich schon weiß, dass die Eltern sehr kritisch sind, wenn ich schon von den Kolleginnen erfahren habe, dass die Eltern das alles kritisch betrachten, vielleicht schneller aufbrausend sind, nicht so ganz einverstanden sind mit dem oder schnell einmal lauter werden oder so, dann bin ich schon auch gehemmt.“ (Interview\_D\_24: 106 - 106)*

Pflegepersonen geben an, dass eine ablehnende Art, die sich als Abblocken zeigt, durch eine Überforderung der Eltern mit der Situation erklärt werden kann. Was trotz Relativierung zurück bleibt ist, dass ihnen die Wortwahl der Eltern (es wurde kein Beispiel angeführt) zu denken gibt.

*„wenn so das Harte, so das Ablehnende, so auf die Art, sie können jetzt gleich gehen, weil sie können das eh nicht. [...] Aber so wirklich gleich, die gleich so abblocken, weil sie einfach schon irgendwie mit der ganzen Situation überfordert sind. [...] Und dann, ja wirklich Worte wählen, da wo ich mir denke, ja [...], das kann es jetzt aber nicht sein.“ (Interview\_B\_21: 376 - 378)*

Vereinzelt kann es, nach Aussage einer Pflegeperson im Zusammenhang mit langen Wartezeiten, auch sein, dass ein Gespräch laut und bedrohlich wird.

*„...da sind solche Gespräche dann oft schon richtig bedrohlich und laut, seitens der Eltern.“ (Interview\_C\_22: 312 - 312)*

Unter **verletzender Gesprächshaltung** ordnen Pflegepersonen eine Haltung zu, die sie als unangemessen erlebt und verletzend empfunden haben. Damit meinen Pflegepersonen Verhalten, das die Gesprächssituation zum Stillstand bringen kann oder einseitig werden lässt. Wenn im Vorfeld eine Situation die Eltern aufgebracht hat erschwert das die Gesprächsführung und es wird schwer, die richtigen Worte zu finden.

*„Nun ja, wenn es dann, wenn die Eltern teilweise beleidigend werden, [...] Das gibt es genauso. Da habe ich oft noch Schwierigkeiten. [...] Ich meine, ich bin immer freundlich, also ich habe mich noch nie mit irgendwem angelegt, aber wenn dann die Eltern irgendwie so beleidigend zu einem sind, da tue ich mir ganz schwer. Also da muss ich schon schauen, dass ich das nicht persönlich nehme. Also wenn es irgendwie oft vorher irgendeine Situation mit irgendwem anders gegeben hat und sie sind schon so aufgebracht und man bringt sie nicht mehr herunter irgendwo, dann tue ich mir ganz schwer auch. Das ist auch so eine Hemmschwelle wo ich mir denke, pah das, [...] da finde ich mir oft auch nicht die richtigen Worte.“ (Interview\_B\_21: 312 – 320)*

Pflegepersonen zählen Beleidigungen, obwohl man viel getan und geredet hat zu verletzendem Gesprächsverhalten und erwähnen, dass Situationen, in denen Eltern ungerechtfertigt anschuldigend sind und verbal Druck ausüben, sie über längere Zeit beschäftigt.

*„So beleidigende Worte da, wenn man eh schon viel tut, schon viel redet, [...] dann ist es noch immer nicht recht.“ (Interview\_B\_21: 326 - 328)*

*„Es ist eigentlich so, dass ich ganz selten irgendwelche Probleme mit Eltern auf der Station habe. Aber einmal ist mir halt eine Mutter relativ ungerechtfertigt ziemlich drübergefahren und das hat mich schon lange beschäftigt.“ (Interview\_E\_04: 56 - 56)*

Selbst in den rückblickenden Beschreibungen zu Gesprächssituation, die hemmend wirken, zeigen Pflegepersonen in den eigenen Beschreibungen ein Stocken im

Reden. Selbst mit Abstand betrachtet sind die Aussagen, dass man nicht fähig ist oder etwas nicht kann, kränkend. Auch der Ansatz, die Aussagen nicht persönlich nehmen zu dürfen, ändert daran nicht viel.

*„Das einfach wer sagt, sie sind nicht fähig, dass sie das jetzt machen. [...], Dass man so in die Fähigkeit von der Arbeit irgendwie, dass die von vorne herein sagen, sie können das jetzt eh nicht. [...] Das finde ich oft, wo ich mir denke, ich habe das gelernt, ich mache das gut, [...] Ich bemühe mich, [...] Und dann kommen so Aussagen, sie sind ja nicht fähig für das. [...] Das ist [...] Das kränkt mich dann schon. Wo ich mir denke, nein das darfst du jetzt nicht persönlich nehmen. [...] Das ist dann ganz schwierig, ja. Ja dass man so in die eigenen Fähigkeiten irgendwie so, [...], Dass wer meint, das kann man nicht.“ (Interview\_B\_21: 344 - 360)*

### 6.3 Strategien zur Gesprächsbewältigung

Pflegepersonen betrachten Gespräche als ein Instrument um mit dem kranken Kind, dem kranken Jugendlichen und deren Familie in Kontakt kommen zu können. Wie weit ein Beziehungsaufbau gelingen kann ist beeinflusst von der persönlichen Einstellung und den kommunikativen Kompetenzen der Gesprächsbeteiligten.

Pflegepersonen geben in der Unterkategorie **Dialogerfolg beim Führen von Elterngesprächen** an, warum aus ihrer Sicht das Führen von Elterngesprächen bisher gelungen ist und versuchen Tipps abzuleiten, mit denen die Gesprächsführung zukünftig gut laufen kann. Die Hinweise, die sich aus der Ergebnisdarstellung zu den persönlichen Faktoren ebenfalls als gesprächsförderlich dargestellt haben, sind dabei nicht neuerlich erwähnt.

Unter **Beratung Gesagtes kommt an** beschreiben Pflegepersonen, wie sie im Laufe eines Beratungsgesprächs durch viele Fragen der Eltern oder durch das Zeigen einer Pflegehandlung den Eindruck erhalten ihr fachlicher Rat ist wichtig und sie konnten durch Vereinbarungen im Gespräch etwas bewirken.

*„... , wenn ich einfach merke, dass die Eltern mir viele Fragen stellen, dass ich einfach das Gefühl habe, sie wollen jetzt wirklich meinen Rat dazu wissen.“ (Interview\_D\_24: 126 - 126)*

*„Aber wenn man sich dann wirklich irgendwelche Vereinbarungen und so macht oder irgendwelche Richtlinien festsetzt, dann finde ich hat man irgendwas bewirkt oder man hat irgendwas gemacht bei einem Gespräch.“ (Interview\_E\_04: 96 - 96)*

In Situationen, in denen sich die Eltern hilflos und erschöpft fühlen, erkennen Pflegepersonen, dass sie mit dem Übernehmen einer Pflegehandlung und einer Beratung Neugierde wecken und im Gespräch bleiben können.

*„...wenn da die Mama erschöpft schon ist, weil das Kind schon fünf Nächte durchschreit und dann ist sie bei uns und hat gerade Stuhl, dann wickle ich das schon für die Mama oder frage, wenn es in Ordnung ist, dass ich das wickle und wenn sie mir dann zuschaut und recht neugierig zuschaut oder so, dann erkläre ich ihr das schon, warum ich jetzt wie, was tue oder wie es einfacher ginge oder so.“ (Interview\_C\_22: 85 - 85)*

In der Subkategorie **Rückmeldung erhalten** leiten Pflegepersonen den Erfolg eines Gesprächsverlaufes über die verbalen und nonverbalen Reaktionen der Eltern ab. Vor allem wenn viele Gespräche gelaufen sind und auch mit dem Hintergrund, dass das grundsätzlich die Arbeit der Pflegenden ist, freuen sie sich über einen Dank der Eltern.

*„Und wenn man 12 Stunden zusammenarbeitet. Und dann bedanken sich, die Eltern, für den Tag [...] Wo auch viele Gespräche oft laufen, ja, das ist schon sehr befriedigend. [...] und sie gehen nach Hause. Und bedanken sich...“ (Interview\_A\_31: 415 - 419)*

*„Es ist ja meine Arbeit. Aber wenn einmal wer danke sagt und das hat mir gefallen und das hat für mich gepasst, wenn wer so etwas sagt, dann freut mich das auch.“ (Interview\_B\_21: 526 - 526)*

Auch wenn für das Gespräch nur wenig Zeit erübrigt wird erleben die Pflegepersonen, dass Eltern darüber glücklich sind, wenn man ihnen zuhört.



*„...gut gegangen, weil die Eltern so froh sind und so glücklich sind, dass sie wen gefunden haben, der sich Zeit nimmt und der ein offenes Ohr hat. Und auch wenn es nur drei Minuten sind, die fühlen sich dann, die sind oft so dankbar für die drei Minuten, die man für sie erübrigt.“ (Interview\_C\_22: 35 - 35)*

Als eine nonverbale Rückmeldung, kann ein Lächeln der Eltern das viele Reden der Pflegeperson als für beide Seiten passend bestätigen.

*„...ja natürlich ein Lächeln der Eltern, wenn sie mich einfach anlächeln [...], wenn ich dann merke, ich habe den ganzen Tag viel geredet mit den Eltern, dann denke ich, dass das gut passt für beide Seiten.“ (Interview\_D\_24: 126 - 126)*

Pflegepersonen gehen mit Zielerwartungen in ein Gespräch und dabei gibt das Feedback der Eltern zu verstehen, dass die vielen Informationen angekommen sind und soweit verstanden wurden, dass sie umgesetzt werden können.

*„Ja, da ist es glaube ich ganz wichtig, dass man das Gefühl hat oder auch das Feedback von den Eltern kriegt, dass sie es jetzt verstanden haben und dass sie sich das auch daheim alleine zutrauen. Das ist halt das, was man da irgendwie erreichen will, weil Informationen kann man ihnen viel geben, aber dass sie es auch verstehen, dass es ankommt, dass sie es alleine umsetzen können.“ (Interview\_E\_04: 102 - 102)*

Pflegepersonen beschreiben, dass **Humor...wirkt**. Sie führen Gelassenheit und Humor als Möglichkeiten an, um mit den Eltern in eine gute Gesprächsatmosphäre kommen zu können. Die Pflegepersonen sehen darin auch eine Form das Bedrückende abzuschwächen.

*„ein lockeres Arbeitsumfeld ist auch oft wichtig, dass man einfach eine Leichtigkeit hereinbringt. Dass nicht alles so bedrückend ist. Also ich habe oft einmal so, dann sind drei verschiedene Eltern da und jeder hat sein Kind her-aussen, dann kann es schon passieren, dass wir zu dritt, also zu viert im Zimmer lustige Dinge erzählt. Wenn man bisschen einen Schmah macht, dass es einfach ein bisschen witzig ist.“ (Interview\_D\_24: 100 - 100)*

Mit der Strategie **Distanz halten** zur Situation oder zu den Dialogpartnern sehen die Pflegepersonen eine Möglichkeit, im Gespräch den Verlauf zu beeinflussen. Die Pflegeperson ändert ihren **Status** und nimmt so Einfluss auf den Gesprächsverlauf. Als private Person Distanz zu halten und in Situationen, in denen Eltern Unzufriedenheit zeigen, auf einer fachlichen Ebene im Gespräch zu bleiben, wird als förderliche Strategie angeführt.

*„..., dass ich es nicht persönlich nehme, weil das sind so Situationen, die halt jetzt nicht auf mich gerichtet sind, sondern sie sind halt mit der Gesamtsituation unzufrieden. Und ich schaue aber trotzdem, dass ich es auf einer professionellen Ebene halte. Also ich lasse es nicht zukommen auf mich und schaue halt trotzdem, dass da nicht irgendwelche Sachen vorgeworfen werden, die nicht stimmen und probiere halt, dass ich das wirklich auf einer fachlichen Ebene halte und auch wirklich mit richtigen Fakten das rede, was halt auch wirklich stimmt.“ (Interview\_E\_04: 28 - 28)*

Reden in Form von **Alltagsgesprächen und Smalltalk** hat das Potential, Normalität in die aktuelle Situation mit dem kranken Kind zu bringen. Das informelle Reden miteinander kann Beziehungen positiv beeinflussen. Pflegepersonen berichten, dass sich die Kolleginnen im Team gegenseitig unterstützen und über die Frage ob noch was zu tun ist ergeben sich schöne Alltagsgespräche.

*„Aber ja, und schön finde ich es auch, es gehen die Schwestern, die nichts mehr zu tun haben, gehen bei den anderen Zimmern fragen, ob noch was zu tun ist und verweilen dann auch oft in dem Zimmer. Und wenn da gerade Eltern da sind, die kuscheln [mit dem Kind], dann stellt man halt kurz die Frage und redet auch mit den Eltern, die da sind. Dann ist das so ein Dreiergespräch, also zwei Pflegepersonen und eine Mama. Also wo ich einfach merke, ich glaube, die Eltern fühlen sich da auch wohl, dass wir ein großes Team sind und eine jede den anderen unterstützt.“*

(Interview\_D\_24: 90 - 90)

Über **Offenheit und authentisch sein** können Pflegepersonen Gespräche mit Eltern in eine gute Richtung lenken. Pflegepersonen geben an, dass sie gute Erfahrungen damit gemacht haben, unpassendes Verhalten anzusprechen. Es ist damit

gemeint, dass es für die Gesprächsbeziehung förderlich ist, wenn die Pflegeperson klar und eindeutig sagt was sie denkt und welche Haltung sie einnimmt.

*„ich sage ihnen das dann schon, dass ich das Verhalten nicht angebracht finde.“ (Interview\_C\_22: 348 - 348)*

*„Offen auf die Eltern zugehen. Vielleicht ist es auch das. Das ist so schwer zu sagen oder zu beschreiben.“ (Interview\_A\_31: 449 - 449)*

## 6.4 Tool zur Bewältigung von Gesprächssituationen

Gesprächssituationen sind facettenreich und stellen Pflegepersonen vor unterschiedliche Anforderungen. Pflegepersonen leiten ab, mit welchen Techniken sie gute Erfahrungen gemacht haben. Dabei wird Bezug genommen auf das persönliche Gesprächsverhalten, auf persönliche Resilienzfaktoren und auf Beispiele aus dem Bereich der kollegialen Unterstützung.

### 6.4.1 Support - es gelingt gemeinsam

Damit sind unterstützende Maßnahmen gemeint, die Pflegepersonen in oder nach unangenehmen und belastenden Gesprächssituationen einsetzen. Der Fokus der Maßnahmen liegt dabei auf der Selbsthilfe und auf der Hilfe durch Andere, mit dem Hintergrund weiterhin gut mit den Eltern zusammenarbeiten zu können bzw. grundsätzlich gut weiterarbeiten zu können.

Strategien die Pflegepersonen außerhalb des beruflichen Umfeldes entwickeln und nutzen um Abstand zu schaffen, sind der Kategorie **Stärkung im privaten Umfeld** zugeordnet und gelten als eigene Resilienzfaktoren.

Dabei reichen die Strategien der Pflegepersonen von einem Abschalten-Können auf dem Heimweg, über eine halbe Stunde Zeit bei einem Espresso um die Gedanken durch den Kopf ziehen zulassen bis zum Ritual beim nächtlichen Gassigehen mit dem Hund im Gespräch mit der Partnerin/dem Partner, die/der im selben Beruf tätig ist über Erlebtes kurz zu sprechen, um es dann gut sein lassen zu können.

*„Da mache ich mir meinen Espresso und ziehe mich für eine halbe Stunde zurück und lasse dann einmal so den Gedanken durch den Kopf gehen. Das hilft mir total gut.“ (Interview\_A\_31: 257 - 257)*

*„Also für mich ganz wichtig ist immer der Heimweg. Auf dem Heimweg kann man nochmal abschalten und dann wird man zuhause eh mit dem Alltag dort überrannt“ (Interview\_D\_24: 70 - 70)*

*„Strategien, durch das, dass [...] halt auch in dem Bereich arbeitet und wir einen Hund haben, ist das so ein bisschen ein Ritual, dass wir in der Nacht nochmal mit dem Hund gehen und da reden wir kurz noch über den Tag. Aber wir schauen halt, dass wir das jetzt nicht Hauptthema werden lassen,“ (Interview\_E\_04: 62 - 62)*

Mit **Stärkung durch das Team** sind Strategien gemeint, die im beruflichen Setting zeitnah genutzt werden zu können, um Abstand zu belastenden und herausfordernden Gesprächssituationen mit Eltern gewinnen zu können.

Das Gespräch mit Kolleginnen oder Ärzten, die ein offenes Ohr haben, wird als enorme Hilfe dargestellt und als Etwas, das auf der Station ganz gut funktioniert. Dabei geben Pflegepersonen an, dass sie auch nach dem Dienst noch Zeit dafür aufwenden, um über das Erlebte zu sprechen.

*„das Gespräch mit den Kolleginnen. [...] In der Hoffnung, dass Zeit ist. [...] Aber irgendwie findet sich ein Moment. Und wenn man nach dem Dienst noch ein bisschen dranhängt eine Viertelstunde, 20 Minuten. Und über das spricht. Und das funktioniert ganz gut bei uns. Ja. Oder auch ein Gespräch mit dem Arzt, der halt da irgendwie da ein Ohr hat. Und das hilft enorm.“ (Interview\_A\_31: 202 - 206)*

Wenn die Pflegepersonen erkennen, dass sie im Gespräch mit den Eltern nicht gut zusammenkommen, dann bestehen die Strategien darin, sich Hilfe zu holen, z. B. Hilfe durch eine Arbeitskollegin, von der man annimmt, dass sie das besser kann. Das-Sich-Rat-Einholen wird als Hilfe durch Andere angegeben.

*„Also die Arbeitskolleginnen, und wenn jetzt direkt ein Gespräch wäre, wo ich glaube, dass ich mit den Eltern gerade nicht so gut zusammenkomme oder gerade, ich hole mir auch immer Hilfe, wenn ich weiß, die Person, die kann*

*das jetzt besser oder besser erklären. Selbst wenn ich noch so lange im Beruf bin, da hole ich mir wen oder ich frage wen. Ich habe das jetzt den Eltern so gesagt und so entschieden oder so vorgeschlagen, was glaubt ihr. Also ich hole mir immer noch Rat.“ (Interview\_D\_24: 76 - 76)*

Die Pflegepersonen brauchen keine anderen Hilfen, womit professionelle Hilfe in Form einer Supervision gemeint ist. Es reicht aus, wenn sie mit jemandem vom Fach (aus der eigenen Berufsgruppe) reden können, weil das einfach gut hilft.

*„Ich brauche keine andere Hilfe. [...] Also, ich brauche keine Supervision.“ (Interview\_A\_31: 253 - 255)*

*„Ich finde, das hilft einfach total gut. Ich finde, Reden hilft einfach total gut. [...] Da musst du nicht unbedingt professionell sein. Dass ich sage, ich brauche eine Supervision oder ich brauche Psychologie-Hilfe. [...] Nein, das passt mit dem zwischenmenschlichen Reden einfach. Natürlich schon mit jemandem vom Fach. (Interview\_A\_31: 269 - 273)*

#### **6.4.2 Gesprächsverhalten beleuchten**

Über eine retrospektive Sichtweise gelingt es Pflegepersonen, bisherige Gesprächssituationen zu reflektieren und sie leiten für ihr eigenes Verhalten in Gesprächsführung Strategien ab bzw. entwickeln sie neue Strategien.

Unter **persönliche Strategien, die voranbringen** führen Pflegepersonen persönliche Stärken und Fertigkeiten in der Gesprächsführung an. Pflegepersonen betonen, wie wichtig Ehrlichkeit im Gespräch ist und dass etwas vorzulügen keiner Gesprächsseite etwas bringt.

*„da schaue ich immer, dass ich ehrlich antworte, weil ich glaube, dass die Eltern oder dass eigentlich jeder immer merkt, wenn man unehrlich antwortet. Und es bringt mir persönlich auch nichts, wenn ich den Eltern da jetzt irgendwas vorlüge;“ (Interview\_E\_04: 22 - 22)*

Eine Pflegeperson merkt an, dass durch das Sich-Gedanken-Machen über eine erlebte Situation und durch den Austausch mit anderen Pflegepersonen die eigene Sichtweise überdacht wird und bezeichnet diesen Vorgang als konstruktiv.

*„Aber anders, wenn der sagt, ja okay probiere mal, dass du es so siehst und du dann denkst, ach ja stimmt eigentlich. Das ist für mich irgendwie konstruktiv.“ (Interview\_E\_04: 52 - 52)*

Eine weitere Strategie, die von Pflegepersonen angeführt wird, ist, dass sie Geschichten, die über Eltern bei der Dienstübergabe erzählt werden, einfach nicht hören im Sinne von nicht ernst nehmen und sich ein eigenes Bild von der Familie machen.

*„...oder wenn irgendwer, das ist so oft bei den Dienstübergaben, wenn dann über die Mama schon, das höre ich oft dann schon gar nicht, wenn dann eher nicht vom Kind geredet wird, sondern eher nur von der Mama, dann denke ich mir, ich mache mir jetzt selber einmal mein Bild.“ (Interview\_B\_21: 224 - 228)*

Das Bewusstsein, das Lernen ein lebensbegleitender Prozess ist, führt Pflegepersonen dazu, **offen für Neues** zu sein und diese Strategie zu nutzen, um das eigene Verhalten in Gesprächssituation zu erweitern bzw. zu bereichern.

Hierzu führt eine Pflegeperson an, dass sie in einer Fortbildung erfahren hat, worin der Wert von Gesprächspausen liegen kann. Diese hat sich nun, trotz dem eigenen Empfinden, das diese Pausen unangenehm sind vorgenommen, diese gute Pausenzeit zu nutzen um das Gehörte und Gesagte zu reflektieren. Es tut sich dabei noch die Frage auf, wie gut das wirklich zu schaffen ist.

*„...da ist es ein bisschen um die Gesprächspausen gegangen. Und das habe ich mir da jetzt ein bisschen mitgenommen, weil ich habe die oft für ungut erachtet, wenn es irgendwie so ruhig ist. Und da haben wir halt gelernt, dass das eigentlich eine gute Zeit ist, wo man ein bisschen über das Gesagte nachdenkt und für beide Seiten sinnvoll. [...] wo ich mir mitgenommen habe, so okay, wenn jetzt so eine Situation dann da ist, dass ich kurz mal ruhig werde und reflektiere jetzt einfach das Gesagte, wie wenn man gleich irgendeinen Konter gibt oder irgendwie, aber ich weiß nicht, ob ich es dann in der Situation auch wirklich so schaffe.“ (Interview\_E\_04: 92 - 92)*

Pflegepersonen beschreiben, mit welcher Haltung sie, im Sinne der **inneren Einstellung**, in Gesprächen bisher gute Erfahrungen gemacht haben. Das damit

verbundenen Verhalten besteht darin dem Gegenüber Zeit zum Reden zu lassen und eine respektvolle Einstellung zu wählen. Die Pflegeperson versucht in den ersten Worten der Eltern zu erfassen, was diese im Moment brauchen, dabei kann es sein, dass nicht gesprochen wird, sondern eine Berührung angeboten wird. Bei diesem nonverbalen Angebot achtet die Pflegeperson darauf ob es sein darf oder nicht.

*„Man hört da in den ersten Worten schon sehr viel heraus, wie weit sind die Eltern? Was braucht es und so? [...] Und oft hilft es einfach nur, wenn man sich einfach die Zeit nimmt und hinsetzt und gar nicht viel spricht. [...] Weil Schultern nur berühren. Man merkt eh gleich, ob man was darf oder was nicht darf. [...] Weil da bin ich auch sehr zurückhaltend, weil, das mag nicht jeder, dass man ihn berührt.“* (Interview\_A\_31: 158 - 164)

Eine Pflegeperson führt an, dass sie über ein Gespräch mit Eltern, das unangenehm war, mit Arbeitskolleginnen gesprochen und dabei auch die Rückmeldung erhalten hat, dass so etwas passieren kann und es jeder und jedem einmal so gehen kann. Die Kolleginnen bringen ein Beispiel, wie beim nächsten Mal geantwortet werden kann.

*„mit Arbeitskolleginnen habe ich dann geredet und da war es halt wirklich auch so, dass die gesagt haben, naja ich meine, das kann mal passieren und ja jedem geht es einmal so. Aber vielleicht nächstes Mal so antworten und ja, das fällt mir jetzt schnell ein. Aber es gäbe sicher andere Beispiele auch noch.“* (Interview\_E\_04: 56 - 56)

## 7 Zusammenfassung

Die Interaktion zwischen Pflegepersonen und den Eltern kranker Kinder und Jugendlicher ist durch sozial-kommunikative Fähigkeiten und Persönlichkeitseigenschaften der agierenden Personen sowie situativen Faktoren beeinflusst. Ausgehend von persönlichen Erfahrungen, der Einstellung und dem Rollenverständnis der Beteiligten kann es in Gesprächssituationen zu unterschiedlichen Reaktionen kommen. Anzumerken ist, dass diese Reaktionen in der Regel von Emotionen beider Interaktionspartner begleitet sein können. Durch die Bedeutung, die ein Kind für das System Familie hat und durch die in der Regel protektive Haltung der Eltern ergeben sich zunehmend emotionale Gesprächssituationen für Pflegepersonen in der Kinder- und Jugendlichenpflege.

In diesem Abschnitt ist die Beantwortung der Forschungsfragen dargestellt. Die Fragen werden anhand von Interviews beantwortet. Die Grundlage der Beantwortung leitet sich aus den Ergebnissen der Leitfadeninterviews mit den Expertinnen und Experten aus der Kinder- und Jugendlichenpflege ab.

Auf die Frage, wie Pflegepersonen Gesprächssituationen mit Eltern, An- und Zugehörigen erleben, lässt sich sagen, dass Angst als Basisgefühl stark einflussnehmend angenommen wird. Die befragten Pflegepersonen empfinden Gesprächssituationen mit Eltern, dann als belastend, wenn nach einem Unfall oder aufgrund einer schlimmen Diagnose das Leben des Kindes bedroht ist. Angst wird dabei als das Gefühl genannt, welches von Beginn an ein Gespräch beeinflusst. Die Angst kann dabei direkt ausgesprochen sein oder wird deutlich über die nonverbale Kommunikation durch die Körperhaltung und die Mimik. Situationen die Pflegepersonen als, die am schwierigsten bezeichnen sind diejenigen in den sie sich stark in die Rolle der Mutter einfühlen. Die Empathie im Zusammenhang mit der lebensbedrohlichen Situation und das Vergleichen mit der eigenen Mutterrolle werden als sehr belastend beschrieben und beeinflussen das Gesprächsverhalten. Nach Bauer (vgl. ebd. 2016, S.15ff.) können sich Menschen emotional auf Situationen einlassen, wenn die



Gefühle über die Körpersprache sichtbar werden. Gefühle wirken dabei ansteckend. Ergänzend dazu kann über eine empathische Haltung ein Verständnis für das Denken, Empfinden und Handeln der Gesprächsbeteiligten entwickelt werden.

Pflegepersonen führen Trauer als einflussnehmend auf das eigene Gesprächsverhalten an. Wenn die Eltern die Nachricht eines Rezidivs bekommen und bereits Vertrautheit und emotionale Nähe zwischen den Eltern und der Pflegeperson besteht sind Pflegepersonen befangen. [Selbst im Interview zeigte sich, trotz zeitlicher Distanz zum geschilderten Erlebnis, die unmittelbare Betroffenheit der befragten Pflegeperson, das Interview wurde für ein paar Minuten unterbrochen].

Erschwerend in der Kommunikation mit Eltern sehen die Befragten Situationen, in denen viele Familienangehörige anwesend sind und nicht klar erkennbar wird, wer die Eltern sind und ergänzend eine fremde Sprache und Kultur als Barriere wirken. Belastend in Elterngespräche beschreiben die befragten Pflegepersonen Situationen, in denen es zu Missverständnissen kommt und der Eindruck bleibt es kommt aufgrund der unterschiedlichen Sichtweisen zu keiner Annäherung.

Vorannahmen und Vorurteile, die weitergegeben werden führen dazu, dass die befragten Pflegepersonen im Gespräch mit „kritischen“ Eltern gehemmt sind bzw. sich durch eine Erwartungshaltung selber blockieren. Die Befragung hat gezeigt, dass durch insbesondere verletzendes Gesprächsverhalten, dann wenn Eltern als beleidigend erlebt werden, die weitere Gesprächsführung stark beeinflusst und erschwert ist. Beleidigende Worte und ein ungerechtfertigtes Verhalten wirken in der rückblickenden Betrachtung während des Interviews immer noch emotional nach. Laut Elzer und Scriborski (vgl. ebd. 2017, S.156) nehmen psychische Eigenschaften Einfluss auf die menschliche Kommunikation. Die Dynamik in einem Gespräch wird inhaltlich und formal durch die Persönlichkeitseigenschaften der beteiligten Personen beeinflusst.

Lange Wartezeiten können bei den betroffenen Angehörigen zu verbalen Aussagen führen, die einer Drohung nahekommen. Exemplarisch aus einem Interview die

Androhung »eine Bombe zu legen« oder »mit der Polizei zu kommen«. Diesen Aussagen wird von der Pflegeperson mit einer relativierenden Sichtweise begegnet und mit der Ausnahmesituation, »in Sorge sein um das kranke Kind« begründet.

Bezogen auf die Frage, wie sich Pflegepersonen in „schwierigen“ Gesprächssituationen mit Eltern, An- und Zugehörigen verhalten, kann gesagt werden, dass in beratenden Situationen, in denen Fragen beantwortet werden und die eigene fachliche Expertise eingebracht werden kann, Pflegepersonen Beratung als gesprächsfördernd erachten. Dabei wird Interesse und Neugierde als zusätzlicher förderlicher Faktor genannt. Damit kann der Aussage von Kocks und Segmüller (vgl. ebd. Kocks/Segmüller 2017, S.74), dass die Berufsgruppe der Pflegenden Beratung teilweise unterbewertet und nicht als Pflegehandlung wahrnimmt entgegengewirkt werden.

Die Untersuchung zeigt, dass Pflegepersonen über nonverbale Hinweise der Eltern, wie beispielsweise ein Lächeln ableiten, wie gut sie mit ihren kommunikativen Fähigkeiten ankommen. Generell zeigt sich, dass über die Rückmeldungen der Eltern bei den Pflegepersonen, die elementare Bedeutung der Gesprächsführung in ihrem Berufsbereich klar wird. Die befragten Pflegepersonen merken in den Interviews an, dass Alltagsgespräche, die Beziehung zu den Eltern vorwiegend positiv beeinflussen. Damit gelingt es den Pflegepersonen eine vertrauensvolle Gesprächsumgebung zu schaffen. Der Vorteil einer vertrauensvollen Gesprächsumgebung wird in der Literatur wie folgt dargestellt: indem die beratende Person eine wertfreie und einführende Haltung einnimmt entsteht eine Atmosphäre, in der es möglich ist ohne Abwehrmechanismen über Gefühle und Ängste zu sprechen (vgl. Christ-Steckhan 2005 S.41).

Den subjektiven Darstellungen der befragten Pflegepersonen kann entnommen werden, dass ein Distanzhalten zu einer Situation oder einer Person, förderlich auf den weiteren Gesprächsverlauf und die Interaktion wirken kann. Dabei wird das Abstrahieren der privaten Person von der beruflichen Person oder Rolle angeführt.

In den Ausführungen zu den Statusposition ist erkennbar, dass die Position in einer Beziehung durch ein äußerliches Statussymbol zum Ausdruck kommen kann (vgl. Zoller 2016, S.96). Aber auch durch ein entsprechendes Verhalten kann sich der Mensch in eine Statusposition begeben. Ein äußerliches Statussymbol kann die Dienstkleidung sein, damit kann sich die Pflegeperson klar deklarieren und eine Abgrenzung zur privaten Person nutzen.

Bezogen auf die Frage der Autorin wie es gelingt in herausfordernden Gesprächssituationen sicher handeln zu können, kann abgeleitet werden, dass die befragten Pflegepersonen gute Erfahrungen damit gemacht haben unangemessenes Verhalten anzusprechen. Diese Strategie kann durch den theoretischen Ansatz der gewaltfreien Kommunikation nach Marshall Rosenberg, der sich unter anderem an den Bedürfnissen der gesprächsbeteiligten Personen orientiert, verstärkt werden (vgl. Walter/Nau/Oud 2012, S.152). Auch wenn die Beteiligten in der gewaltfreien Kommunikation durch das offene Ausdrücken der Gefühle ihre Verletzlichkeit zeigen, überwiegt der Vorteil über die formulierte Bitte, das Denken und Agieren des Gegenübers beeinflussen zu können (vgl. Rosenberg 2016, S.53ff.)

Auf die Frage, welche Tools Pflegepersonen brauchen um in herausfordernden Gesprächssituationen sicher zu sein, lässt sich sagen, dass Gesprächssituation gut bewältigt werden können, sobald es gelingt in irgendeiner Form Abstand zu gewinnen. Die in der Befragung angeführten Formen mit denen Abstand gewonnen werden kann, reichen von Gesprächen mit der Partnerin und dem Partner, über persönliche Rituale bis zu Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen. Die Gespräche mit den Kolleginnen und Kollegen schaffen dabei den Vorteil, dass sie zeitnahe in unmittelbarer Nähe zur belastenden Gesprächssituation geführt werden können und damit entlastend wirken.

Die Fertigkeit in einer Situation zu erkennen, dass man mit den momentan verfügbaren Ressourcen im Gespräch nicht vorankommt, basiert auf einer guten Selbsteinschätzung. Dazu wird von den Pflegepersonen angegeben, sich Hilfe oder einen

Rat aus dem eigenen Team zu holen. Nach Walter/Nau/Oud (vgl. ebd. 2012, S.76f.) zählt das Selbstmanagement und die Kenntnis der eigenen Möglichkeiten und Grenzen in stressauslösenden Situationen zu den entscheidenden Faktoren in der Deeskalation und Krisenkommunikation. Die befragten Pflegepersonen nennen das Reflektieren von Gesprächssituationen als eine Strategie, mit der sie eigenes Verhalten in der Interaktion und Kommunikation mit Eltern rückblickend betrachten. Dazu nutzen die Pflegenden erneut den Austausch mit Kolleginnen und Kollegen um über deren Perspektive die eigene Sichtweise überdenken zu können und bezeichnen dieses Vorgehen als konstruktiv.

In der Befragung wird Ehrlichkeit und eine unvoreingenommene, wertfreie Haltung als wichtiges Instrument in der Führung von Elterngesprächen angegeben. Die Literatur zeigt eine Bestätigung dieses Tools dahingehend, dass sich nach Büker (vgl. ebd. 2013 S.120) Wertschätzung in der vorurteilsfreien Akzeptanz des Gegenübers und der eigenen Person zeigt und die Sichtweise Anderer respektiert wird, auch wenn sie von der eigenen abweicht. Aus Sicht der Pflegenden wird diese Haltung dadurch unterstützt, dass man einen eigenen Eindruck von der Familie gewinnen möchte um dieser ohne Vorurteile begegnen zu können. Diese Position der Pflegenden findet Bestätigung in der Theorie, dass Kommunikation eine vier-dimensionale Angelegenheit ist und die Empfänger einer Nachricht die Tendenz zeigen bei Unklarheit etwas Sinnstiftendes in eine Nachricht hineinzuhören, wobei einflussnehmend dabei die Erwartungen, Befürchtungen und Phantasien des Empfängers sind (vgl. Schulz von Thun 2011, S.16ff.).

Die Untersuchung zeigt, dass Pflegepersonen gute Erfahrungen in der Gesprächsführung mit einer respektvollen Einstellung und dem Einräumen von ausreichend Zeit zum Reden machen. Im familientheoretischen Ansatz übertragen auf die Kinderkrankenpflege wird von einer Partnerschaft zwischen der Familie und dem Fachpersonal ausgegangen, der gegenseitige Respekt wird unter anderem als wesentlich bewertet. Effektive Kommunikationsstrategien bilden die Basis für den Beziehungsaufbau und die Aufrechterhaltung der Partnerschaft mit den

Familienmitgliedern (vgl. vandenBerg/Hanson 2015, S.142f.). Dieses Tool erscheint gut umsetzbar in der Zusammenarbeit mit Eltern chronisch kranker und schwerkranker Kinder und Jugendlicher.

Aus den Aussagen der befragten Pflegepersonen lassen sich keine eindeutigen genderspezifischen Unterschiede zwischen Befragten ableiten. Lediglich die Aussage „in der Rolle als Mutter mitzufühlen“ weicht ab. Die Differenzierung der befragten Pflegepersonen nach Berufsjahren lässt im Zusammenhang mit den Strategien in Gesprächssituationen keine eindeutig auf Erfahrung zurückführende Aussage ableiten. Die unterschiedlichen Einsatzfelder der interviewten Pflegepersonen brachten einen erweiterten Einblick durch exemplarisch dargestellte Situationen.

Bei einer befragten Pflegeperson zeigte sich in einer Antwort ein klarer Zusammenhang mit einer unmittelbar vor dem Interview besuchten Kommunikationsfortbildung dahingehend, dass die Pflegeperson anmerkte die Wirkung von Pausen in Gesprächen bewusster zu nutzen und nicht mehr als unangenehm zu empfinden. In der Erkenntnisübertragung kann aus dieser Aussage abgeleitet werden, dass Inhalte einer Fortbildung zur Kommunikation umsetzbare Tools für die berufliche Praxis bilden.

## Literaturverzeichnis

**Bauer**, Joachim (2016): Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneuronen. 24. Auflage. München: Wilhelm Heyne Verlag.

**Benner**, Patricia/**Wrubel**, Judith (1997): Pflege, Streß und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber.

**Bischofberger**, Iren (Hrsg.) (2008): Das kann ja heiter werden. Humor und Lachen in der Pflege. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

**Brooks**, Seraina/**Eckerli-Wäspi**, Irene/**Händler-Schuster**, Daniela (2018): Das Kind mit einer Hörbeeinträchtigung im Spital. Wie Eltern die Kommunikation zwischen Pflegende und ihrem Kind erleben. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Jhg. 31 (2): 63-73. Bern: Hogrefe AG.

**Bücker**, Christa (2013): Welche Kompetenzen sind für gute Beratung nötig? In: Ju-KiP - Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. 2013; 2: 119-120. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

**Christ-Steckhan**, Claudia (2005): Elternberatung in der Neonatologie. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG.

**Eberhardt**, Doris (2005): Theaterpädagogik in der Pflege: Pflegekompetenz durch Theaterarbeit entwickeln. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

**Eberhardt**, Doris (2013): Körper + Sprache = Status? Statusverhalten effektiv gestalten und einsetzen. In: PADUA. Die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik. 8. Jhg. (4), 219 – 226. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

**Eilert**, Dirk W. (2013): Mimikresonanz. Gefühle sehen. Menschen verstehen. Paderborn: Junfermann Verlag.

**Eisele**, Colombine (Hg.) (2017): Moralischer Stress in der Pflege. Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmasituationen. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

- Ekman, Paul** (2017): Gefühle lesen. Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren. 2. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Elzer, Matthias/Sciborski, Claudia** (2007): Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Gläser, Jochen/Laudel, Grit** (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien GmbH.
- Hargie, Owen** (2013): Die Kunst der Kommunikation. Forschung – Theorie – Praxis. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Hausmann, Clemens** (2009): Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe. 2. überarbeitete und ergänzte Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Hüther, Gerald** (2016): Mit Freude lernen ein Leben lang. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Ihle, Jutta** (2008): Pflegerische Krisenintervention. Forschungsergebnisse - Unterrichtskonzepte - Bearbeitung von Fallbeispielen. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- KiB children care** (2016): Die EACH Charta mit Erläuterungen. Deutsche Ausgabe für Österreich. [www.kib.or.at](http://www.kib.or.at) [https://www.kib.or.at/fileadmin/user\\_upload/2018/PDF/EACH\\_Charta\\_2018.pdf](https://www.kib.or.at/fileadmin/user_upload/2018/PDF/EACH_Charta_2018.pdf) [26.10.2018]
- Kocks, Andreas/Segmüller, Tanja** (2017): Ein Kernstück der Pflege. In: JuKiP - Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. 2017; 2: 71-75. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Kuhlmann, Barbara** (2004): Die Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegenden auf Intensivstationen. Eine qualitative Untersuchung. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Jhg. 17 (3):145–154. Bern: Hogrefe AG.
- Lamnek, Siegfried/Krell, Claudia** (2016): Qualitative Sozialforschung. 6. Auflage. Basel: Beltz Verlag.
- Mayer, Hanna** (2015): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium. 4. Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

- Mayer**, Horst Otto (2013): Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. 6. Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Mayring**, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Metzing**, Sabine/**Nagl-Cupal**, Martin (Hg.) (2014): Familienorientierte Pflegeforschung. Kinder und Jugendliche im Brennpunkt. 1. Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Naar-King**, Sylvie/**Suarez**, Mariann (Hrsg.) (2012): Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. 1. Auflage. Basel: Beltz Verlag.
- Niethammer**, Dietrich (2010): Wenn ein Kind schwer krank ist. Über den Umgang mit der Wahrheit. Berlin: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Pfaff**, Donald W. (2016): Das altruistische Hirn. Sind wir von Natur aus gut? 1. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.
- Rathgeb-Maisch**, Rosi (2013): Wir wollen Trittsteine legen... In: JuKiP - Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. 2013; 2: 174-177. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Rehfeldt**, Ingrid/**Doll**, Axel/**Thierfelder**, Ina/**Tegethoff**, Dorothea (2016): Unterstützungsbedarf von Eltern in der Trauerbegleitung nach dem Tod ihres frühgeborenen Kindes. Eine qualitative Untersuchung der Sichtweisen Pflegender in der Elternberatung. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Jhg. 29 (2): 63-71. Bern: Hogrefe AG.
- Reichert**, Jörg/**Rüdiger**, Mario (Hrsg.) (2013): Psychologie in der Neonatologie. Psychologisch-sozialmedizinische Versorgung von Familien Frühgeborener. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Rogall-Adam**, Renate/**Josuks**, Hannelore/**Adam**, Gottfried/**Schleinitz**, Gottfried (2018): Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Ein praxisnaher Leitfaden. 3. Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG.
- Rohde**, Katrin S. (2017): Familienintegration braucht gemeinsames Verstehen und Kommunikation. In: JuKiP - Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. 2017; 3: 110-112. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.



**Schefcik**, Annett (2012): Sich wohlfühlen trotz Ausnahmesituation – Elterlicher Bedürfnisse während des stationären Aufenthaltes auf einer Kinderfrührehabilitationsstation. Diplomarbeit. Universität Wien. <https://core.ac.uk/download/pdf/11599662.pdf> [20.10.2018]

**Schmitt**, Tom/**Esser**, Michael (2016): Statusspiele. Wie ich in jeder Situation die Oberhand behalte. 9. Auflage. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag GmbH.

**Schulz von Thun**, Friedemann (2011): Miteinander reden: 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. 49. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.

**Schweizer**, Ruedi/**Büchi**, Stefan/**Fauchère**, Jean-Claude/**Mörgeli**, Hans Peter/**Jenewein**, Josef (2007): Was hilft Eltern bei der Bewältigung des Todes ihres extrem frühgeborenen Kindes? Eine qualitative Untersuchung. In: [http://www.neonatalogie.usz.ch/fachwissen/Documents/Bew%C3%A4ltigung\\_Eltern.pdf](http://www.neonatalogie.usz.ch/fachwissen/Documents/Bew%C3%A4ltigung_Eltern.pdf) [18.08.2018].

**Sears**, Melanie (2012): Gewaltfreie Kommunikation im Gesundheitswesen. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.

**Spitz-Köberich**, Christine/**Barth**, Michael/**Spirig**, Rebecca (2010): Eltern eines kritisch kranken Kindes - Welche Erwartungen und Wünsche haben sie an das Team der pädiatrischen Intensivstation. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Jhg. 23 (5): 299-307. Bern: Hogrefe AG.

**Storch**, Maja/**Tschacher**, Wolfgang (2016): Embodied Communication. Kommunikation beginnt im Körper, nicht im Kopf. 2. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.

**VandenBerg**, Kathleen A./**Hanson**, Marci J. (2015): Frühgeborene pflegen – Eltern beraten und begleiten. Praxishandbuch zur Elternberatung und Entlassungsplanung von Früh- und Neugeborenen. Bern: Hogrefe AG.

**Verra**, Stefan (2015): Hey, dein Körper spricht! Worum es bei Körpersprache wirklich geht. 3. Auflage. Hamburg: Edel Germany GmbH.

**Walter**, Gernot/**Nau**, Johannes/**Oud**, Nico (2012): Aggression und Aggressionsmanagement. Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe, AG.

**Watzlawick**, Paul (2011): Man kann nicht nicht kommunizieren. Das Lesebuch. Herausgegeben von Trude Trunk. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

**Wimmer**, Adelheid/**Wimmer**, Josef/**Buchacher**, Walter/**Kamp**, Gerhard (2012): Das Beratungsgespräch. Skills und Tools für die Fach-Beratung. Wien: Linde Verlag Wien Ges.m.b.H.

**Wright**, Lorraine M./**Leahey**, Maureen/**Preusse-Bleuler**, Barbara (Hrsg.) (2009): Familienzentrierte Pflege. Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

**Zimmermann**, Tanja (2016): Kommunikation in der Familie. Beratungskonzepte für die Pädiatrie. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 164:565-573. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

**Zoller**, Karen (2016): Schwierige Mitmenschen. So gehen Sie souverän mit ihnen um. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.

## **Anhang**

- Anhang 1 Informationsschreiben für die Interviewprobanden
- Anhang 2 Einwilligungserklärung der Interviewten
- Anhang 3 Datenerhebungsinstrument Interviewleitfaden
- Anhang 4 Codebaum: MAXQDA 2018
- Anhang 5 Codebuch: MAXQDA 2018

## Anhang 1

**Information**

Im Verlauf meiner Ausbildung (Masterupgrade) beschäftige ich mich mit dem Themenbereich Kommunikation. Die Beziehungsarbeit in der Gesundheits- und Krankenpflege von Kindern- und Jugendlichen ist geprägt durch die Interaktion mit dem kranken Kind, der Jugendlichen und dem Jugendlichen und deren familiär sozialem Umfeld. Pflegende in diesem Beziehungsfeld sind alltäglich mit Fragen, Anliegen und Gesprächen befasst. In dieser Untersuchung interessieren mich Einstellungen, mit denen Pflegende in ein Gespräch gehen und Strategien die Pflegende in herausfordernden Gesprächssituationen anwenden. Im nachfolgenden Interview geht es darum, Deine Erfahrung und Deine Einstellung dazu zu hören.

Ich bedanke mich für die mündliche Zusage und Deine Bereitschaft für ein etwa einstündiges Interview zu dieser Thematik. Das Interview wird von mir geführt und mit einem Tonträger aufgezeichnet. Die Transkription erfolgt durch eine professionelle Firma. Um sicherzustellen, dass die Angaben nicht mit der interviewten Person in Verbindung gebracht werden können, wird sowohl das Audioprotokoll, als auch der verschriftlichte Inhalte zu diesem Interview sicher aufbewahrt und mittels Passwortschutz vor unbefugtem Zugriff geschützt. Die persönlichen Daten sind anonymisiert, indem für jedes Interview ein zufälliger Buchstabe als Interviewcode zugeordnet wird. Auf Wunsch wird eine Abschrift des eigenen Interviews ausgehändigt.

In der Abschlussarbeit werden einzelne, inhaltlich bedeutungstragende Aussagen aus dem Interview verwendet. Personenbezogene Daten werden in der Arbeit nicht verwendet.

Um die erhobenen anonymisierten Daten aus der Auswertung des Interviews für die Beantwortung der Forschungsfragen verwenden zu können benötige ich eine Zustimmung, welche durch eine unterschriebene Einwilligungserklärung erteilt wird. Die unterschriebene Einwilligungserklärung wird gesondert aufbewahrt und ist nur mir zugänglich. Die Teilnahme am Interview beruht auf Freiwilligkeit, bei einer Nichtteilnahme entstehen selbstverständlich keinerlei Nachteile. Aussagen zu Fragen können auf

jeden Fall abgelehnt werden, es besteht die Möglichkeit die Zustimmung zurückzuziehen, auch während des Interviewverlaufs.

Für Deine Zeit und die persönliche Bereitschaft, mir im Rahmen des Interviews zur Verfügung zu stehen bedanke ich mich sehr herzlich. Dieses Entgegenkommen ist ein wertvoller Beitrag für meine Arbeit.

Anhang 2

**Einwilligungserklärung der Interviewten**

Forschungsarbeit mit empirischem Teil: Master-Thesis im Rahmen des Masterupgrades für Lehrer und Lehrerinnen für Gesundheits- und Krankenpflege:

„Reden ist nicht so mein Ding“

Gefühlsassoziierte Gesprächssituationen mit Eltern

*(zu emotionalen Gesprächssituationen mit Eltern im Handlungsfeld der Kinder- und Jugendlichenpflege)*

Ich, \_\_\_\_\_  
bin über das Vorgehen bei der Datenauswertung des persönlichen Interviews schriftlich informiert worden. Hiermit versichere ich, dass einzelne Passagen meines Interviews, unter Wahrung der Anonymität als Material für wissenschaftliche Zwecke und im Rahmen des oben genannten Forschungsprojektes, sowie damit verbundenen Publikationen und Vorträgen genutzt werden können.

Ich erkläre mich bereit, das Interview unter den genannten Bedingungen zu geben und bin damit einverstanden, dass dieses auf Tonband aufgenommen, transkribiert sowie anonymisiert ausgewertet wird.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der interviewten Person)

Linz, am \_\_\_\_\_

## Anhang 3

**Datenerhebungsinstrument Interviewleitfaden**

Information/Einleitung:

Liebe Kollegin/Lieber Kollege; Hallo [Name] schön, dass **Du** Dir Zeit für meine Fragen nimmst. Wir haben uns für das Interview eine Stunde Zeit vereinbart. Das Interview wird in etwa 40-60 min dauern. Wie wir bereits im Vorfeld vereinbart haben, werde ich das Interview auf Tonband aufnehmen. Es wird anschließend wortwörtlich niedergeschrieben. Wichtig ist mir darauf hinzuweisen, dass ich die Antworten unter Wahrung der Anonymität verwende, d. h. niemand kann Rückschlüsse darauf ziehen, wer die befragte Person ist.

Im Verlauf des Gespräches kann es sein, dass ich, vereinzelt das von **Dir** Gesagte mit meinen eigenen Worten zusammenzufassen. Das dient dazu, dass ich sicher gehen kann, dass ich **Dich** richtig verstanden habe. Ich ersuche **Dich** deshalb, Ergänzungen oder Korrekturen vorzunehmen, sobald **Du** merkst, dass **Du** etwas anders gemeint hast, als ich es wiederhole bzw., dass ich etwas ausgelassen habe.

Falls etwas unklar ist, fragst **Du** bitte jederzeit einfach nach!

Die Ergebnisse der mündlichen Befragung bilden einen Teil der Masterarbeit, die ich im Rahmen des Masterupgrades für Lehrerinnen und Lehrer in der Gesundheits- und Krankenpflege erstelle.

Die Durchführung ist mit der Unternehmensleitung und der Pflegedirektorin des [Name der oberösterreichischen Krankenanstalt] abgesprochen und ist genehmigt.

Hast **Du** noch eine Frage an mich?

Zu Beginn möchte ich die Sozialdaten notieren:

- Jahr der Diplomierung in der KJP: .....
- Berufsjahre:  3 bis 5 Jahre (im Anschluss an die Ausbildung)
- 6 bis 15 Jahre                       16 bis 25 Jahre                       26 bis 35 Jahre
- Geschlecht:  männlich                                       weiblich
  
- berufliches Einsatzfeld:  Neonatologie                                       Kinderchirurgie
- Kinderkardiologie                       interdisziplinäre Intensivstation                       Interne

Pflegende in der Kinder- und Jugendlichenpflege sind alltäglich mit Fragen, Anliegen und Gesprächen befasst. In dieser Untersuchung interessieren mich jene

- Einstellungen, mit denen Pflegende in ein Gespräch gehen und
- Strategien die Pflegende in herausfordernden Gesprächssituationen anwenden.

**Hauptfragestellung: Welche Erfahrungen hast Du beim Führen von Gesprächen mit Eltern (mit Angehörigen) bisher gemacht?**

Wie ging es Dir bisher in diesen Gesprächssituationen mit Eltern?

*(nur falls das Wort „schwierige“ Eltern kommt – erklären lassen was unter schwierig gemeint ist)*

Wenn Du an diese Gesprächssituationen bisher denkst – welche Gefühle verbindest Du damit?

**Hauptfragestellung: Was empfindest Du persönlich als eine herausfordernde bzw. belastende Gesprächssituation?**

Wenn Du ein Gespräch mit Eltern führst, was fordert Dich dabei?

**Hauptfragestellung: Welche Deiner Fähigkeiten helfen Dir besonders, unangenehme bzw. belastende Gesprächssituationen zu bewältigen?**

Welche Strategien wählst Du, um belastende bzw. herausfordernde Gesprächssituationen bewältigen zu können?

Was machst Du um auch die nächste Aufgabe (nach einem belastenden Gespräch) gut bewältigen zu können? *(Welche Maßnahmen wendest Du an?)*

**Hauptfragestellung: Was empfindest Du persönlich in unangenehmen bzw. belastenden Gesprächen als Hilfe?**

Was sind für Dich Faktoren, die Dir eine gute Bewältigung einer herausfordernden/belastenden Gesprächssituation ermöglichen?



**Hauptfragestellung: Was empfindest Du persönlich in unangenehmen bzw. belastenden Gesprächen als hinderlich/hemmend?**

*Was sind für Dich Faktoren, die Dich hemmen in einer herausfordernde/belastende Gesprächssituation?*

*Was sind für Dich Faktoren, die Dich stören in einer herausfordernde/belastende Gesprächssituation?*

*Was macht herausfordernde bzw. belastende Gesprächssituation noch schwieriger für Dich?*

Was sind für Dich persönlich Faktoren, die Dich daran hindern, eine herausfordernde/belastende Gesprächssituation gut zu bewältigen?

**Fragestellung:** Wann bist Du zufrieden mit dem Verlauf eines Elterngesprächs?

**Danke für Deine Zeit und die Offenheit im Interview.**

## Anhang 4

Codebaum: MAXQDA 2018

Codesystem	Count
<b>Codesystem</b>	<b>261</b>
Pflegerpersonen in Gesprächssituationen	0
Faktoren die auf Gesprächssituationen einwirken	0
emotionale Faktoren	33
situative Faktoren	17
institutionelle Faktoren	28
persönliche Faktoren	37
Störelemente in Gesprächen mit Eltern	0
nicht klar kommen können	13
verletzende Gesprächshaltung	7
Strategien zur Gesprächsbewältigung	0
Dialogerfolg beim Führen von Elterngesprächen	0
Beratung Gesagtes kommt an	12
Rückmeldung erhalten	11
Humor...wirkt	2
Status - Distanz halten	17
Alltagsgespräche_Smalltalk	6
Offenheit - authentisch sein	6
Tools zur Bewältigung von Gesprächssituationen	0
Support - es gelingt gemeinsam	1
Stärkung im privaten Umfeld	12
Stärkung durch das Team	23
Gesprächsverhalten beleuchten	0
persönliche Strategien die voranbringen	18
offen für Neues	2
innere Einstellung	16
Sets	0

Anhang 5

Codebuch: MAXQDA 2018

# Codebuch

01Reden\_ist\_nicht\_so\_mein\_Ding.mx18

21.09.2018

## Codesystem

1 Pflegepersonen in Gesprächssituationen	0
1.1 Faktoren die auf Gesprächssituationen einwirken	0
1.1.1 emotionale Faktoren	33
1.1.2 situative Faktoren	17
1.1.3 institutionelle Faktoren	28
1.1.4 persönliche Faktoren	37
1.2 Störelemente in Gesprächen mit Eltern	4
1.2.1 nicht klar kommen können	13
1.2.2 verletzende Gesprächshaltung	5
2 Strategien zur Gesprächsbewältigung	0
2.1 Dialogerfolg beim Führen von Elterngesprächen	0
2.1.1 Beratung Gesagtes kommt an	12
2.1.2 Rückmeldung erhalten	11
2.1.3 Humor...wirkt	2
2.1.4 Status - Distanz halten	17
2.1.5 Alltagsgespräche Smalltalk	6
2.1.6 Offenheit - authentisch sein	6
3 Tools zur Bewältigung von Gesprächssituationen	0
3.1 Support - es gelingt gemeinsam	1
3.1.1 Stärkung im privaten Umfeld	12
3.1.2 Stärkung durch das Team	23
3.2 Gesprächsverhalten beleuchten	3
3.2.1 persönliche Strategien die voranbringen	18
3.2.2 offen für Neues	2
3.2.3 innere Einstellung	15

## 1 Pflegepersonen in Gesprächssituationen

Pflegepersonen befassen sich mit der Aussage, dass Pflege Kommunikation ist und sich in der täglichen Umsetzung u.a. als ein miteinander ins Gespräch kommen zeigt. In der Kindern- und Jugendlichenpflege ist die Gesprächsführung beeinflusst durch die Bedeutung, die ein Kind für das Familiensystem hat. Die Haltung der Eltern ist in der Regel protektiv d.h. die Eltern nehmen eine Beschützerrolle ein. Ausgehend von dieser Haltung lösen Gesprächssituationen unterschiedliche Reaktionen aus und können von Gefühlen begleitet sein.

### 1.1 Faktoren die auf Gesprächssituationen einwirken

damit sind Auslöser gemeint, die Einfluss nehmen auf die Gesprächssituation mit Eltern;

Pflegende leiten Auslöser aus bisherigen Erfahrungen mit unangenehmen Gesprächen ab und nennen Gefühle, Situationen und Einstellungen, die Einfluss auf die Gesprächshaltung und -führung mit Eltern nehmen;

#### 1.1.1 emotionale Faktoren

Einfluss auf Gesprächssituation nehmen exemplarisch nachfolgend angeführte Faktoren, die von den Pflegepersonen dem Bereich Gefühle zugeordnet werden: die Angst der Eltern; die Angst der Pflegeperson; Freude; Bewunderung; Trauer; Wut und Zorn; Schuldgefühl;

#### 1.1.2 situative Faktoren

sind Reize aus der jeweiligen aktuellen Umgebung. Ausgehend von **situativen Faktoren** zeigen Pflegepersonen auf, mit welchen Techniken sie in Gesprächssituationen mit Eltern ihr Gesprächsverhalten anpassen, einlenken oder abstimmen.

#### 1.1.3 institutionelle Faktoren

Pflegepersonen beschreiben Faktoren, die Einfluss auf ihr Gesprächsverhalten nehmen bezogen auf Systeme;

dabei kann die Familie als System gemeint sein; z.B. viele Besucher

oder die Krankenanstalt als System mit dem Personal; den Mitpatienten oder z. B. einer kurzen Aufenthaltsdauer,

unter institutionell wird auch das Pflegemodell im Sinne einer familienorientierten Pflege verstanden;

#### 1.1.4 persönliche Faktoren

können Faktoren sein, die mit der Persönlichkeit der Pflegeperson oder der Eltern etwas zu tun haben; exemplarisch dafür werden genannt die Erfahrung und die Kultur; das Alter und es können auch Empathie/Ablehnung und Zurückhaltung damit gemeint sein;

## **1.2 Störelemente in Gesprächen mit Eltern**

damit sind Elemente gemeint die auf die Gesprächssituation mit Eltern hemmend einwirken  
z.B.: eine Aussage die kränkt

### **1.2.1 nicht klar kommen können**

Pflegepersonen nennen Arten eines unangemessenen Verhaltens, das hemmend wirken kann in Gesprächssituationen (kann die Gesprächssituation zum Stillstand bringen)

### **1.2.2 verletzende Gesprächshaltung**

von den Pflegepersonen werden bestimmte Haltungen als unangemessen erlebt und verletzend empfunden, bzw. haben diese einen störenden Einfluss auf ein Gespräch; (zum Teil relativierend mit dem Bewusstsein in welcher Situation sich die Eltern befinden)

## **2 Strategien zur Gesprächsbewältigung**

Pflegepersonen betrachten Gespräche als ein Instrument um mit dem kranken Kind und seiner Familie in Kontakt kommen zu können. Wie weit ein Beziehungsaufbau gelingen kann hängt vom Gesprächsverlauf und -erfolg ab.

### **2.1 Dialogerfolg beim Führen von Elterngesprächen**

Pflegepersonen geben Merkmale an, warum aus ihrer Sicht, das Führen von Elterngesprächen gelungen ist bzw. zukünftig gut läuft;

#### **2.1.1 Beratung Gesagtes kommt an**

Pflegepersonen beschreiben, wie sie im Laufe eines Beratungsgesprächs durch viele Fragen der Eltern oder durch das Zeigen einer Pflegehandlung den Eindruck erhalten ihr fachlicher Rat ist wichtig und beschreiben, dass sie über diese Aktivitäten, im Gespräch mit den Eltern vorankommen und im Dialog bleiben können;

#### **2.1.2 Rückmeldung erhalten**

Pflegepersonen leiten den Erfolg eines Gesprächsverlaufes über die verbalen und nonverbalen Reaktionen der Eltern ab.

#### **2.1.3 Humor...wirkt**

Pflegepersonen führen Gelassenheit und Humor als Möglichkeit an, um mit den Eltern in eine gute Gesprächssituation kommen zu können;

#### 2.1.4 Status - Distanz halten

Mit der Strategie Abstand halten zur Situation oder zu den Dialogpartnern, sehen die Pflegepersonen eine Möglichkeit im Gespräch den Verlauf zu beeinflussen; die Pflegeperson ändert ihren Status und nimmt Einfluss auf den Gesprächsverlauf;

#### 2.1.5 Alltagsgespräche Smalltalk

Pflegepersonen merken an, dass Gesprächsinhalte die Normalität und Leichtigkeit in die aktuelle Situation mit dem kranken Kind bringen die Beziehung positiv beeinflussen aber auch die gegenseitige Wertschätzung und damit das Reden miteinander beeinflussen können;

#### 2.1.6 Offenheit - authentisch sein

Damit beschreiben Pflegepersonen, dass sie gute Erfahrungen damit gemacht haben unpassendes Verhalten anzusprechen und es ist auch damit gemeint, dass es für die Gesprächsbeziehung förderlich ist, wenn die Pflegeperson klar und eindeutig sagt was sie denkt, welche Haltung sie einnimmt;

### 3 Tools zur Bewältigung von Gesprächssituationen

Gesprächssituationen sind facettenreich und stellen Pflegepersonen vor unterschiedliche Anforderungen. Rückblickend betrachtet leiten Pflegepersonen ab, mit welchen Techniken sie gute Erfahrungen gemacht haben. Dabei wird Bezug genommen auf das persönliche Gesprächsverhalten, auf persönliche Resilienzfaktoren und auf Beispiele der kollegialen Unterstützung.

#### 3.1 Support - es gelingt gemeinsam

damit sind die Strategien beschrieben, die Pflegepersonen in bzw. nach unangenehmen und belastenden Gesprächssituationen unterstützend einsetzen;  
in den Interviews: Pflegepersonen beschreiben, welche Strategien sie anwenden um **nach** belastenden und herausfordernden Gesprächssituationen gut mit Eltern bzw. **grundsätzlich weiterarbeiten zu können**;

##### 3.1.1 Stärkung im privaten Umfeld

gemeint sind Strategien die Pflegepersonen außerhalb des beruflichen Umfeldes entwickeln und nutzen um Abstand zu schaffen, mehr mit dem Hintergrund der eigenen Resilienzfaktoren;

##### 3.1.2 Stärkung durch das Team

gemeint sind Strategien, die im beruflichen Setting zeitnah genutzt werden können um Abstand zu bekommen; z.B. Gespräch abgeben an eine Kollegin und Gespräche mit Kolleginnen über die erlebten Situationen und Gespräche mit den Eltern

### 3.2 Gesprächsverhalten beleuchten

meint die retrospektiven Sichtweisen der Pflegepersonen zu bisherigen Gesprächssituationen die Pflegeperson reflektiert ihr eigenes Verhalten in Gesprächssituationen und leitet bzw. entwickelt neue Strategien

#### 3.2.1 persönliche Strategien die voranbringen

beinhaltet persönliche Stärken und Fertigkeiten in der Gesprächsführung, die zum Teil aus Reflexion von erlebten Situationen abgeleitet werden

#### 3.2.2 offen für Neues

Das Bewusstsein, das Lernen ein lebensbegleitender Prozess ist führt Pflegepersonen dazu **offen für Neues** zu sein und diese Strategie zu nutzen um das eigene Verhalten in Gesprächssituation zu erweitern beziehungsweise zu bereichern.

*als Strategie um das eigene Verhalten in Gesprächssituation zu erweitern bzw. zu bereichern; das Bewusstsein das Lernen ein lebensbegleitender Prozess ist*

#### 3.2.3 innere Einstellung

Pflegepersonen beschreiben mit welcher Haltung und mit welchem damit verbundenen Verhalten sie in Gesprächen bisher gute Erfahrungen gemacht haben; bedeutsam sind dabei dem Gegenüber Zeit zum Reden lassen; eine bewusst gewählte Einstellung und Respekt für den Gesprächspartner;