

## Redaktion

A. Gries, Leipzig  
 V. Wenzel, Innsbruck

M. Weinert<sup>1</sup> · H. Mayer<sup>2</sup> · E. Zojer<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Klinik für Anästhesiologie, Krankenhaus München Pasing, Helios Klinikum München West, München

<sup>2</sup> Institut für Pflegewissenschaften, Universität Wien

# Geschulte Kommunikation als „Intervention“

## Modelle zur systematischen Kommunikation im Gesundheitswesen

**Trotz des Bewusstseins über die Folgen von Misskommunikation und deren negative Auswirkungen blieb die strukturierte Auseinandersetzung mit „professioneller Kommunikation“ in der medizinischen Fort- und Weiterbildung bislang weitgehend aus. Allerdings sind die Vorteile gezielter bzw. geschulter Kommunikation grundsätzlich bekannt. Diese Erkenntnisse begründen die Forderungen, Kommunikationstrainings und Schulungen in den Bereichen der „menschlichen Faktoren“ (Kommunikation als wichtigstes Element) zu forcieren und in der medizinischen Ausbildung zu verankern.**

### Kommunikation als Schlüsselfaktor im Bereich der medizinischen Versorgung

Zwischenmenschliche Kommunikation findet überall und jederzeit statt. Der Aussage des Kommunikationswissenschaftlers Paul Watzlawick zufolge ist es unmöglich, nicht zu kommunizieren [36]. Im Gesundheitswesen zählt Kommunikation zur Grundlage professionellen Handelns und wird als notwendige Schlüsselqualifikation für eine erfolgreiche Zusammenarbeit betrachtet. Die Qualität der Kommunikation ist nicht nur entscheidend für die Arzt-Patient-Beziehung [32] und deren Kooperation [10], sondern trägt auch zu einer verbesserten Therapieadhärenz [27], zur Zufriedenheit von Pa-

tienten [6] und zur Patientensicherheit [24] bei. Dennoch ist das Auftreten von Misskommunikation im Gesundheitswesen häufig und beeinträchtigt in erheblichem Maß die Zusammenarbeit und Zufriedenheit innerhalb des Teams, übt negativen Einfluss auf die Zufriedenheit und Sicherheit der Patienten aus und steht in engem Zusammenhang mit einem erhöhten Burn-out-Risiko des medizinischen Fachpersonals [24, 34]. Eine Umfrage der Fachhochschule Münster zur Arbeitsplatzzufriedenheit von Fachpersonal (n=3885) in Krankenhäusern zeigte, dass mangelnde Wertschätzung (62%) und Stress (56%) von Mitarbeitern maßgeblich zur Unzufriedenheit am Arbeitsplatz beitragen. Dieses hat in weiterer Folge negativen Einfluss auf die Kommunikation mit und die Beziehung zu den Patienten [9].

Besonders bei Behandlungsfehlern kommt Kommunikation eine hohe Bedeutung zu. So zeigte sich, dass sich die Einleitung rechtlicher Schritte vonseiten der Patienten gegen Krankenhäuser oder Ärzte nicht alleinig auf Behandlungsfehler zurückführen lässt, sondern eine unsensible Abhandlung und schlechte Kommunikation (Misskommunikation) zum größten Teil dafür verantwortlich sind [1]. Auch bei Notfällen nimmt Kommunikation einen besonderen Stellenwert ein; es lassen sich 80–90% der Behandlungsfehler auf menschliche Faktoren zurückführen. Jeder dritte Fehler ist durch mangelhafte Kommunikation bedingt, und 25%

aller tödlichen Behandlungsfehler lassen sich auf Misskommunikation zurückführen [33]. Wie folgenreich die Auswirkungen von Misskommunikation sein können, verdeutlicht das nachstehende exemplarische Fallbeispiel aus dem OP-Bereich:

*Elaine Bromiley war eine ASA-I<sup>1</sup>-Patientin, die bei einer Routineoperation eine Situation des „can not ventilate – can not intubate“ aufwies und nachfolgend am hypoxischen Hirnschaden verstarb [20]. Fachlich kompetente Ärzte gingen den notwendigen Schritt zur Tracheotomie nicht, obwohl ein Set extra dafür offenkundig zur Verfügung stand. Ursächlich für den letalen Ausgang waren die „menschlichen Faktoren“ und das mangelhafte „crisis resource management“ (CRM). Neben einem Fixationsfehler („wir müssen intubieren“ anstatt „wir müssen oxygenieren“) war speziell die mangelhafte Kommunikation als Bindeglied des CRM zwischen den Beteiligten ausschlaggebend [24]. Eine der anwesenden OP-Schwester hatte erkannt, was notwendig wäre („Das Tracheotomie-Set ist jetzt da!“). Sie wurde aber nicht gehört und insistierte auch nicht weiter.*

Trotz des Bewusstseins über die Folgen von Misskommunikation und deren negative Auswirkungen blieb die strukturierte Auseinandersetzung mit „profes-

<sup>1</sup> Grad 1 in der Klassifikation der American Society of Anesthesiologists.

sioneller Kommunikation“ in der medizinischen Fort- und Weiterbildung bislang weitgehend aus [17]. Die Vorteile gezielter bzw. geschulter Kommunikation sind grundsätzlich bekannt und zeigen positiven Einfluss auf die Prävention medizinischer Fehler [23] und Schadenersatzforderungen [31], die Erhöhung der Patientenzufriedenheit [6] und Compliance [19, 27] sowie die Verminderung von Burnout-Symptomen bei Ärzten [34]. Ersten Fallanalysen zufolge zeigt sich auch ein kostensenkender Effekt [22]. Zudem weisen Interventionsstudien darauf hin, dass die Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten zu besseren medizinischen Ergebnissen [7, 16] der Patienten in den Bereichen der medizinischen Behandlung, Symptomklärung, Schmerzbekämpfung und Adjustierung der Erkrankung beitragen. Diese Erkenntnisse begründen die Forderungen, Kommunikationstrainings und Schulungen in den Bereichen der „menschlichen Faktoren“ (Kommunikation als wichtigstes Element) zu forcieren und in der medizinischen Ausbildung zu verankern [24].

## Systematische Kommunikation

### Grundlegende Kommunikationsmodelle

Befasst man sich mit dem Aspekt der Kommunikation auf einer theoretischen Ebene, zeigt sich, dass es zahlreiche Theorien, Modelle und Ansätze gibt, die sich auf einer strukturierten Ebene mit dem Wesen von Kommunikation beschäftigen und diese unterschiedlich konzeptualisieren. Dies liegt daran, dass es sich bei Kommunikation um ein äußerst komplexes, umfangreiches und schwer fassbares Phänomen handelt [29]. Bekannte Kommunikationsmodelle/-theorien, die maßgeblich zur Forschungsentwicklung beigetragen haben, lassen sich auf Shannon und Weaver ([30], „mathematische Kommunikationsmodell“, 1969), Paul Watzlawick ([36], „Fünf Axiome der menschlichen Kommunikation“, 1987) und Schulz von Thun ([28], „Vier-Seiten-Modell“, 1981) zurückführen. Zunächst erfolgt eine theoretische Auseinandersetzung mit den genannten klassischen Kommunikationsmodellen. Zudem wird ein weiteres inno-

vatives Kommunikations- und Persönlichkeitsmodell („Process Communication Model“, PCM) vor- und der theoretische Bezug mit den klassischen Modellen hergestellt.

Das erste und bedeutende „mathematische Kommunikationsmodell“ wurde in den 1940er Jahren von dem amerikanischen Mathematiker Shannon und dem Telekommunikationsspezialisten Weaver entwickelt. Es basiert auf einer mathematischen Theorie von Kommunikation und wurde eigentlich zum Verständnis von Kommunikationsprozessen in der Technik entwickelt. Folglich enthält es rein physikalische Größen und zielt auf eine Trennung von Informationssignalen und Rauschen ab. In der theoretischen Betrachtung des Modells wird davon ausgegangen, dass jeder Kommunikationsprozess einen Sender und Empfänger sowie ein vom Sender zum Empfänger übertragenes Signal (Nachricht) beinhaltet. Findet Kommunikation statt, wird die Nachricht vom Sender codiert und anschließend vom Empfänger erneut decodiert. Aufgrund der Codierung der Nachricht durch Sender und Empfänger können Störungen in der Kommunikation auftreten [30]. Trotz der Hinweise der Autoren, dass sich das Modell rein mit technischen Problemen der Kommunikation befasst, nicht für die zwischenmenschliche Kommunikation konzipiert wurde und daher menschliche Faktoren in Kommunikationsprozessen nicht berücksichtigt, wird es häufig von Medienwissenschaftlern aufgegriffen und als grundlegendes Gesamtmodell für Kommunikation betrachtet [25].

Demgegenüber berücksichtigt der Sozialpsychologe Paul Watzlawick in seiner Kommunikationstheorie den Beziehungsaspekt (Sender-Empfänger-Beziehung) in Kommunikationsprozessen und leistete damit einen wesentlichen Beitrag zur Erklärung und Beschreibung zwischenmenschlicher Kommunikation. Basierend auf Gedanken der Systemtheorie beschränkt sich Watzlawick in seinem Verständnis von Kommunikation auf kein reines Sender-Empfänger-Modell, sondern versteht Kommunikation als ein offenes System, das er anhand von 5 Axiomen (Grundsätzen, [36]) menschlicher Kommunikation beschreibt:

1. *Man kann nicht nicht kommunizieren.*

Gemäß Watzlawick findet Kommunikation immer statt, denn nicht nur Worte, sondern auch paralinguistische Phänomene (Tonfall, Lachen, Seufzen) und jegliches nonverbale Verhalten (Körperhaltung, Körpersprache, Schweigen etc.) können als Kommunikation verstanden werden.

2. *Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und Beziehungsaspekt.*

Im Gespräch und in der Weitergabe von Informationen und Sachverhalten (Inhaltsaspekt) wird gleichzeitig auch die Beziehung zum Gegenüber (Beziehungsaspekt) definiert, die letztlich auch das Gespräch bestimmt.

3. *Die Interpunktion der Ereignisfolgen bestimmt die Beziehung.*

Der Kommunikationsablauf zwischen Sender und Empfänger wird in verschiedene Ereignisfolgen und Verhaltenssequenzen strukturiert, und eigenes Verhalten wird jeweils als Reaktion auf das des Gegenübers interpretiert. Die Gesprächspartner bringen eigene Interessen und Sichtweisen in die Kommunikation ein – diese Unterschiede können zu Störungen in der Kommunikation führen.

4. *Menschliche Kommunikation geschieht auf digitale oder analoge Art und Weise.*

Menschliche Kommunikation basiert sowohl auf digitalen als auch auf analogen Aspekten. Besteht zwischen den Gesprächspartnern eine Ähnlichkeitsbeziehung, spricht man von einer analogen Kommunikation (z. B. nonverbale Kommunikation). Hingegen wird bei digitaler Kommunikation von verbaler Kommunikation gesprochen. Demzufolge werden der Inhaltsaspekt überwiegend digital und der Beziehungsaspekt analog übermittelt.

M. Weinert · H. Mayer · E. Zojer

## Geschulte Kommunikation als „Intervention“. Modelle zur systematischen Kommunikation im Gesundheitswesen

### Zusammenfassung

Das gezielte Training von Kommunikation in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung blieb bislang nahezu aus. Im Gesundheitswesen ist gute Kommunikationsfähigkeit eine notwendige und wichtige Schlüsselqualifikation, die maßgeblich zu einer erfolgreichen Zusammenarbeit und einer gelungenen Arzt-Patient-Beziehung beiträgt. Sie ist entscheidend beim Management von Zwischenfällen und bei der Vermeidung oder Reduzierung von juristischen Konsequenzen. Deshalb sollte eine gezielte Auseinandersetzung mit dem Thema „Kommunikation“ angestrebt werden. In anderen Risikobranchen werden hierzu seit Langem spezifische Kommunikationstrainings durchgeführt. In der Medizin gibt es erste Ansätze, „weiche Faktoren“, beispielsweise im Stimulationstraining zu lehren und zu üben. Systematisches Kommunikationstraining gibt es hierzu so gut wie nicht. Es ist unmöglich, nicht zu kom-

munizieren; hierbei spielen nonverbale Hinweise wie Gesten, Mimik, Haltung und Tonfall eine wichtige Rolle. Misskommunikation, die in der Folge zu unproduktivem Verhalten führt, ist hingegen häufig und die Ursache dafür nicht immer auf den ersten Blick erfassbar. Der Beitrag gibt einen Überblick über die Kommunikationsmodelle von Shannon und Weaver, Watzlawick und Schulz von Thun. Er zeigt deren Grenzen auf, um dann das Kommunikationsmodell „Process Communication Model®“ (PCM) vorzustellen. Anhand von realen Beispielen wird gezeigt, wie mit diesem „Werkzeug“ alltägliche klinische Kommunikationsprozesse aus einem systematischen Blickwinkel betrachtet und analysiert werden können. Menschen haben unterschiedliche psychische Bedürfnisse – werden diese nicht erfüllt, äußert sich das in individuellem Stressverhalten, das sich in 3 Schweregrade (Antreiberverhalten, Maskenverhalten und

Verzweiflung) unterteilen lässt und in einer vorhersagbaren Sequenz abläuft. Darüber hinaus wird gezeigt, wie (auf Basis des Modells) erfolgreiche Kommunikation hergestellt und unproduktivem Verhalten in Stresssituationen adäquat begegnet werden kann. Aufgrund der Bedeutung von Kommunikation in allen Bereichen der medizinischen Arbeitswelt sollte der Fokus auf weiteren Studien liegen, die den Einfluss von geschulter Kommunikation bzw. die Wirkungsweise von Kommunikation als „Intervention“ auf Patienten-Outcome, Komplikationen und das erfolgreiche Management von Notfällen zeigen.

### Schlüsselwörter

Stress · Meinungsverschiedenheiten und Streitigkeiten · Medizin · Anästhesie · Medizinische Fehler

## Skilled communication as “intervention”. Models for systematic communication in the healthcare system

### Abstract

Specific communication training is currently not integrated into anesthesiology curricula. At the same time communication is an important key factor when working with colleagues, in the physician-patient relationship, during management of emergencies and in avoiding or reducing the legal consequences of adverse medical events. Therefore, focused attention should be brought to this area. In other high risk industries, specific communication training has been standard for a long time and in medicine there is an approach to teach and train these soft skills by simulation. Systematic communication training, however, is rarely an established component of specialist training. It is impossible not to communicate whereby nonverbal indications, such

as gestures, mimic expression, posture and tone play an important part. Miscommunication, however, is common and leads to unproductive behavior. The cause of this is not always obvious. This article provides an overview of the communication models of Shannon, Watzlawick et al. and Schulz von Thun et al. and describes their limitations. The “Process Communication Model®” (PCM) is also introduced. An overview is provided with examples of how this tool can be used to look at the communication process from a systematic point of view. People have different psychological needs. Not taking care of these needs will result in individual stress behavior, which can be graded into first, second and third degrees of severity (driver behavior,

mask behavior and desperation). These behavior patterns become exposed in predictable sequences. Furthermore, on the basis of this model, successful communication can be established while unproductive behavior that occurs during stress can be dealt with appropriately. Because of the importance of communication in all areas of medical care, opportunities exist to focus research on the influence of targeted communication on patient outcome, complications and management of emergencies.

### Keywords

Stress · Dissent and disputes · Medicine · Anesthesia · Medical errors

### 5. Zwischenmenschliche Kommunikation verläuft entweder symmetrisch oder komplementär.

Während bei der symmetrischen Kommunikation zwei Gesprächspartner auf gleicher Ebene kommunizieren (z. B. Arzt → Arzt), spricht man bei komplementärer Kommunikation von Unterschieden der Personen nach Status, Rollen, Diszipli-

nen etc. (z. B. Arzt → Patient). Kommunikationsprobleme können als Folge einer starren Gesprächsform und eines fehlenden flexiblen Wechselspiels zwischen den beiden Formen auftreten.

Die 5 Axiome der zwischenmenschlichen Kommunikation nach Watzlawick vermitteln primär nicht nur grundlegendes Wissen über soziales Handeln,

sondern ermöglichen den Betroffenen, strukturiert an Gesprächssituationen heranzugehen und Kommunikationsverhalten zu analysieren. Weiter können anhand der 5 Axiome Störungen innerhalb eines Kommunikationsprozesses analysiert, eingeordnet und benannt werden. Der deutsche Psychologe und Kommunikationswissenschaftler Schulz von Thun widmet sich in seinem Kommunikations-

modell dem Wesen und der Verbesserung von zwischenmenschlicher Kommunikation und der damit verbundenen Analyse von Störungen. Sein auf Beobachtungen beruhendes „Vier-Seiten-Modell“ leistet einen umfassenden Gesamtrahmen zum Verständnis sowie zur Wahrnehmung zwischenmenschlicher Kommunikationsprozesse und ermöglicht, Techniken zur Entwicklung kommunikativer Kompetenz zu erkennen. Seinem Modell zufolge beinhaltet jede Äußerung oder Nachricht eines Senders 4 gleichzeitig wirksame Aspekte („Quadrat der Nachrichten“, [36]):

- Sachinhalt (worüber ich informiere – Daten, Fakten etc.),
- Beziehung (wie ich zum Gegenüber stehe – Verhältnis),
- Selbstoffenbarung (was ich von meiner Person preisgebe – Motive, Einstellungen etc.),
- Appell (was ich von meinem Gegenüber erwarte – Ziel der Kommunikation und Handlungsaufforderung).

Im Gegensatz zu dem „Quadrat der Nachrichten“ stehen aufseiten des Hörers die „4 Ohren“, mit denen die Nachrichten aufgenommen werden:

- Sachohr (Wie ist der Sachverhalt zu verstehen?),
- Beziehungsohr (Wie redet die Person mit mir?),
- Selbstoffenbarungsohr (Was ist das für eine Person?),
- Appellohr (Was soll ich tun, denken, fühlen aufgrund der Mitteilung?).

Zur Vermeidung von Kommunikationsstörungen innerhalb eines Gesprächs ist es notwendig, dass der Sender alle 4 Seiten berücksichtigt. Ebenso sind die Reaktion des Empfängers und der Verlauf des Gesprächs von Auswahl des jeweiligen Ohrs, mit dem die Nachricht primär aufgenommen wird, abhängig. Die unterschiedlichen Ansätze des Senders und Empfängers weisen auf die Komplexität der zwischenmenschlichen Kommunikation bzw. Interaktion und auf viele Möglichkeiten der Störung in der Kommunikation hin [25]. Mithilfe des Modells können Störungen in der Kommunikation sowohl aufseiten des Senders als auch aufseiten des Empfängers analysiert sowie

Rückschlüsse auf die unterschiedlichen Kommunikationsebenen der Teilnehmer gemacht und ursächliche Konflikte erkannt werden.

Zusammenfassend und die einzelnen angeführten Modelle resümierend ist das Modell nach Shannon und Weaver aufgrund der technischen Auffassung von Kommunikation, das rein sachliche Informationen berücksichtigt und humane Vorgänge außen vor lässt, als Gesamtmodell für die Anwendung bei zwischenmenschlichen Kommunikationsprozessen unzureichend. Im Gegensatz dazu bieten Watzlawicks Theorie der „5 Axiome menschlicher Kommunikation“ sowie das „Vier-Seiten-Modell“ von Schulz von Thun grundlegendes Wissen, systematische Aufklärungen und Gestaltungsmöglichkeiten zur strukturierten zwischenmenschlichen Kommunikation, berücksichtigen dabei auch den Beziehungsaspekt in Kommunikationsprozessen [26] mit dem Ziel, Kommunikationsstörungen vorzubeugen bzw. zu verringern [25].

Allerdings werden bei den beiden vorgestellten klassischen zwischenmenschlichen Kommunikationsmodellen die individuelle Persönlichkeitsstruktur des Gegenübers und konkrete Interventionen zur Auflösung von bereits bestehenden Störungen in der Kommunikation (Misskommunikation) innerhalb eines Kommunikationsprozesses kaum berücksichtigt bzw. geboten. Ein mögliches und ganzheitliches Modell zu Prävention und Auflösung von Misskommunikation mit entsprechenden Empfehlungen für konkrete Handlungen könnte hier die Prozesskommunikation basierend auf dem PCM sein [13]. Das in den 1970er Jahren entwickelte Kommunikationsmodell berücksichtigt nicht nur die individuelle Persönlichkeitsstruktur des Gegenübers, sondern ermöglicht auch, beobachtetes (verbales und nonverbales) Verhalten zu entschlüsseln, zu verstehen und darüber hinaus Hilfestellung zu geben, wie auf typische Stressmuster produktiv reagiert werden kann. Der bedeutende Vorteil des Modells liegt darin, dass Kenntnisse des PCM relativ einfach umgesetzt werden können und sich rasch positive Ergebnisse in Kommunikationsprozessen beobachten lassen. Zur vertieften Auseinandersetzung werden zunächst die theo-

retischen Grundlagen des PCM dargestellt und zentrale Inhalte wie Persönlichkeitstypen, Wahrnehmungsarten, Kommunikationskanäle, psychische Bedürfnisse und Distressmuster beschrieben. (Während man bei gesundheitserhaltenden und positiven Herausforderungen von Eustress spricht, versteht man unter Distress eine krankmachende Überschreitung der persönlichen Bewältigungskompetenz [3].) Weiter wird die Anwendung des PCM anhand eines Beispiels aus dem OP-Bereich dargestellt.

### Process Communication Model®

Der amerikanische Psychologe Dr. Taibi Kahler stellte im Zuge seiner Forschungen fest, dass Menschen während des Kommunikationsprozesses bestimmten Mustern folgen und diese entweder zu produktiver Kommunikation oder zu Misskommunikation führen. Es gelang ihm, dieses Kommunikationsverhalten objektiv zu identifizieren und in weiterer Folge messbar sowie voraussagbar zu machen. Basierend auf diesen Erkenntnissen entwickelte er in den 1970er Jahren das „Process Communication Model®“. Dieses Modell ermöglicht es, den Kommunikationspartner einzuschätzen und dessen Kommunikationsverhalten in einer gewissen Art und Weise vorauszusagen. Darüber hinaus vermittelt das Modell Strategien, um mit Stresssituationen nicht nur „umgehen“ zu können, sondern diese auch aktiv zu steuern, indem auf die psychischen Bedürfnisse des Gegenübers durch einfache Kommunikationsstrategien eingegangen werden kann [2]. Im PCM geht Kahler davon aus, dass jeder Mensch 6 unterschiedliche Persönlichkeitstypen in sich trägt und spricht dabei von den Persönlichkeitstypen „Empathiker“, „Logiker“, „Beharrer“, „Träumer“, „Rebell“ und „Macher“ [14]. Die Ausprägung der 6 unterschiedlichen Persönlichkeitstypen wird in der frühen Kindheit geprägt, und es entwickelt sich ein vorherrschender Persönlichkeitstyp (Basispersönlichkeitstyp). Dieser Basispersönlichkeitstyp ist in der Persönlichkeitsarchitektur am stärksten vorhanden und bestimmt die zentralen Charakteristika und Verhaltensweisen. Unter bestimmten Umständen können sich Stressver-

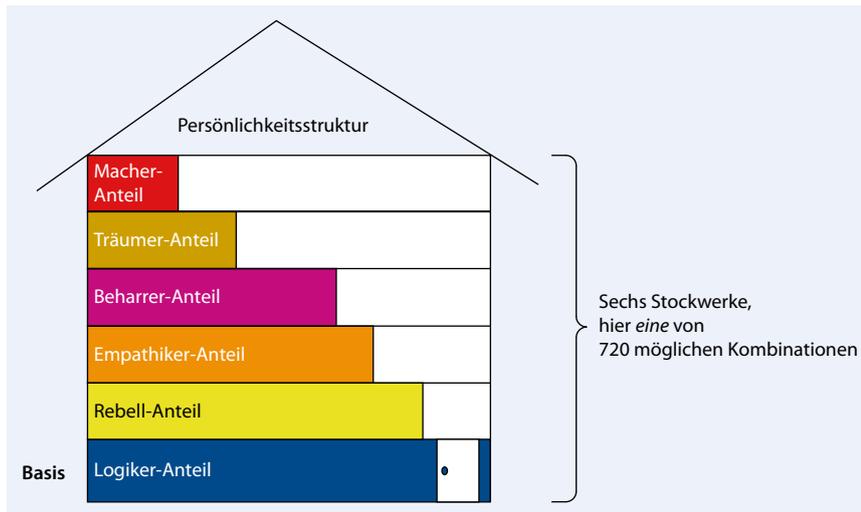


Abb. 1 ▲ Modell der Persönlichkeit. (Nach [15])

halten und Motivation im Laufe des Lebens ändern. Dies wird Phasenwechsel genannt. Auf eine genauere Ausführung wird im Rahmen dieses Beitrags verzichtet. Die anderen 5 Persönlichkeitstypen bauen auf dem Basispersönlichkeitstyp in abnehmend starker Ausprägung auf [15].

In **Tab. 1** ist das Modell der Persönlichkeit, bei der die 6 Basispersönlichkeiten wie in einem 6-stöckigen Haus angeordnet sind. Hier eine Anordnung von 720 möglichen Kombinationen ( $1 \cdot 2 \cdot 3 \cdot 4 \cdot 5 \cdot 6$ ) der unterschiedlichen Basispersönlichkeiten. Das Erdgeschoss stellt die Basis da, durch die bevorzugt kommuniziert wird. Die ersten 3 Stockwerke sind für die meisten Menschen leicht zu erreichen, und damit sind ihnen auch deren positive Eigenschaften leicht zugänglich. Das Dachgeschoss stellt häufig den persönlichen „blinden Fleck“ dar. Menschen, die als Basis haben, was bei anderen unter dem Dach ist, können Letztere oft nur schwer verstehen und erreichen. Um Strategien zur Selbstfürsorge zu erlangen und zur Vermeidung von eigenem Distress-Verhalten, entwickelte Kahler zusätzlich einen psychologischen Test, der über die Ausprägung der 6 Persönlichkeitstypen in der eigenen Persönlichkeitsarchitektur Auskunft gibt [15].

Jeder dieser 6 Persönlichkeitstypen hat seine spezielle Art und Weise, die Welt wahrzunehmen, einen eigenen Kommunikationskanal, individuelle psychische Bedürfnisse und ein einzigartiges Verhalten, das bei Distress auftritt. Aus-

gehend davon und aufbauend auf den Arbeiten von Ware [35] erkannte Kahler, dass jeder Mensch die Welt auf 6 verschiedene Weisen wahrnimmt – über *Gefühle, Gedanken, Meinungen, Aktion, Reaktion (mögen/nicht mögen) und Reflexion*. Kommunikation kann nur dann stattfinden, wenn Angebot und Annahme im gleichen *Kommunikationskanal* stattfinden. Finden Angebot bzw. Annahme nicht im gleichen Kommunikationskanal statt, kann Misskommunikation entstehen. Jeder der 6 Persönlichkeitstypen bevorzugt seinen individuellen Kommunikationskanal. Das PCM unterscheidet dabei den *fürsorglichen, direktiven, informativen* und *spielerischen Kommunikationskanal*. Zudem besitzt jeder der 6 Persönlichkeitstypen sein individuelles *psychisches Bedürfnis*, das Motivator für produktives Verhalten und Zufriedenheit ist. Produktives Verhalten kann nur dann gewährleistet werden, wenn die Befriedigung des individuellen psychischen Bedürfnisses durchgeführt wird. Wird das spezifische Bedürfnis nicht auf positive Art befriedigt, erfolgt die Bedürfnisbefriedigung auf eine negative Weise. Das beobachtbare Verhalten kann als Distressverhalten bezeichnet werden. Jeder der 6 Persönlichkeitstypen hat sein individuelles *Distress-Muster*. Dieses drückt sich, je nach Persönlichkeitstyp, in anderem Verhalten und in einer bestimmten Art zu kommunizieren aus (*Wortwahl, Tonfall, Gesten, Körperhaltung und Gesichtsausdruck*). Es lässt sich in die 3 im

Folgenden beschriebenen Schweregrade unterteilen und läuft in einer vorhersagbaren Sequenz ab [4].

## Schweregrade

**Antreiberverhalten.** Wenn die bevorzugte Wahrnehmung und/oder der bevorzugte Kommunikationskanal nicht benutzt werden, zeigt sich Distress-Verhalten 1. Grades – auch Antreiberverhalten genannt. Dieses mehrmals täglich und oftmals nur wenige Sekunden geäußerte Verhalten kann als eine Art Verteidigungsverhalten gedeutet werden und lässt sich anhand von beobachtbaren Warnsignalen wie einer veränderten Sprache, Gestik und Mimik erkennen. Das Antreiberverhalten repräsentiert eine momentane Lebensposition, die außerhalb der Position „Ich bin ok, Du bist ok“ steht. In dieser Situation ist das „Okay“ des Selbst bzw. Gegenübers an eine Bedingung geknüpft (**Tab. 1**). Wird auf das individuelle Antreiberverhalten nicht mithilfe typenspezifischer Kommunikation reagiert, kommt es zur verstärkten Äußerung von Distress-Verhalten, und der Betroffene gerät in den 2. Grad seines individuellen Distress-Musters (Maskenverhalten).

**Maskenverhalten.** Zum 2. Grad Distress, auch Maskenverhalten genannt, kommt es, wenn das vorrangige psychische Bedürfnis (entweder selbstständig oder durch das Gegenüber) nicht befriedigt wird. Dann versucht der Betroffene, sein unbefriedigtes psychisches Bedürfnis erneut auf eine negative Art und Weise zu befriedigen. Das PCM unterscheidet je nach Persönlichkeitstyp 3 Maskenverhalten (Angreifer, Schuldzuweiser und Jämmerer), die unterschiedliches unproduktives Verhalten inkludieren (**Tab. 1**). Dieses Verhalten äußert sich typenspezifisch und lässt sich ebenso an entsprechenden Verhaltensmustern beobachten. Hierbei wird im Gegensatz zum Antreiberverhalten, wobei das Okay an eine Bedingung geknüpft ist (Ich bin ok, wenn ... bzw. Du bist ok, wenn ...), nun eine Position bezogen: „Ich bin *nicht* ok oder du bist *nicht* ok“, die sich im Maskenverhalten ausdrückt: „Du bist schuld“; „Du bist zu dumm zum Denken/nicht engagiert genug“; „Es ist wieder alles meine Schuld“)

**Tab. 1** Sechs Persönlichkeitstypen und deren Merkmale. (Nach [15])

Persönlichkeitstyp	Wahrnehmungsart	Kommunikationskanal	Psychisches Bedürfnis	Distress-Verhalten
Emphatiker	Gefühl	Fürsorglich	Anerkennung als Mensch und sinnliche Anregung	1. Nur, wenn ich es anderen Recht mache, bin ich ok 2. Jammer (macht dumme Fehler) 3. Wird abgelehnt
Logiker	Gedanken	Informativ	Anerkennung der Leistung und Zielstruktur	1. Nur, wenn ich perfekt bin, bin ich ok 2. Angreifer (Überkontrolle) 3. Lehnt andere ab
Beharrer	Meinungen	Informativ	Anerkennung der Leistung und Überzeugungen	1. Nur, wenn du perfekt bist, bis du ok 2. Angreifer (predigt Überzeugungen) 3. Verlässt andere
Macher	Aktion	Direktiv	Aufregung	1. Nur, wenn ich mich anstrengte, bin ich ok 2. Schuldzuweiser (manipuliert, provoziert) 3. Wird abgeurteilt
Rebell	Reaktion	Spielerisch	Kontakt	1. Nur, wenn ich mich anstrengte, bin ich ok 2. Schuldzuweiser (gibt anderen die Schuld und ist negativ) 3. Wird abgeurteilt
Träumer	Reflexion	Direktiv	Alleinsein	1. Nur, wenn ich stark bin, bin ich ok 2. Jammerer (zieht sich zurück) 3. Wird allein gelassen

Auch dieser Grad umfasst je nach Persönlichkeitstyp unterschiedliche unproduktive Verhaltensmuster (■ **Tab. 1**).

**Verzweiflung.** Wurde das typenspezifische psychische Bedürfnis auch im Distress-Grad 2 nicht durch einen anderen oder das Selbst befriedigt, äußert der Betroffene Distress-Verhalten 3. Grades und gerät in „die Verzweiflung“. In dieser Position ist es den Betroffenen kaum mehr möglich, klar zu denken, zu fühlen und zu handeln. Dies führt dazu, dass die eigene Person unter Beweis gestellt wird (meist unbewusst), sodass die Person verlassen wird. Kurzfristig in Gesprächen, langfristig in privaten oder beruflichen Beziehungen. Langfristige Folgen erwachsen dann, wenn die Person immer wieder und über längere Zeit im 3. Grad bleibt. Kurzzeitig können wir alle 3 Distress-Grade innerhalb von wenigen Sekunden durchlaufen, ohne langfristige Konsequenzen. Wie sich die spezielle Art und Weise die Welt wahrzunehmen, die bevorzugte Sprache (der Kommunikationskanal), die individuellen psychischen Bedürfnisse und das Distress-Verhalten bei den unterschiedlichen Persönlichkeitstypen im Detail zeigen, ist in ■ **Tab. 1** veranschaulicht.

**Anwendungsbereiche und Wirkungsweise**

Das PCM kommt vorwiegend in den Bereichen Psychologie, Pädagogik und Be-

ratung, Training und Führung zum Einsatz [5, 8, 11]. Im Gesundheitswesen findet PCM bis dato hauptsächlich in den USA, Australien und Neuseeland Anwendung. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung in diesem Bereich erfolgt bisher auf der Ebene der Wirkungsweise von PCM und beruht dabei vorwiegend auf Fallbeschreibungen und Erfahrungsberichten [21, 22]. Dabei zeigen Remsberg und Regier anhand von Analysen ihrer Erfahrungsberichte die Wirkungsweise von PCM im Akutbereich auf und stellen fest, dass das Wissen um und die Anwendung von PCM bei Personal im Gesundheitswesen positive Auswirkungen auf die Bereiche Selbstwirksamkeit (Offenheit, Kreativität und Kontinuität), Teamentwicklung (Vertrauen, Engagement, Übernahme von Verantwortung) und Häufigkeit von auftretendem unproduktiven Verhalten hat [21]. In der größten Nonprofit-Gesundheits-einrichtung in den USA (St. Louis) zeigte die Anwendung von PCM eine positive Beeinflussung bei der Verminderung von Todesfällen, von Patientenschäden und medizinischen Fehlern [23]. Weitere Fallstudien weisen darauf hin, dass eine Schulung der im Gesundheitswesen tätigen Personen auf PCM nicht nur zu einer Verbesserung in der Kommunikation mit den Patienten und in der Teamarbeit führt, sondern auch positive Auswirkungen auf die Produktivität des Pfle-

gepersonals hat und zu einer Kostensenkung beiträgt [22].

In einer in Österreich durchgeführten Studie im Langzeitpflegebereich konnte festgestellt werden, dass es durch das Wissen um und den Einsatz von PCM zu einer Verbesserung und Professionalisierung der Beziehungsgestaltung mit den Bewohnern und den Angehörigen sowie weiterhin zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit im Team kommt. Mit PCM wurde den Pflegenden ein Instrument zur Verfügung gestellt, das sie unterstützt, in ihrer professionellen Rolle auf individuelle Kommunikations- und Interaktionsbedürfnisse gezielt einzugehen sowie implizitem Wissen eine Grundlage zu geben und Handlungen, die früher intuitiv gesetzt wurden, jetzt zu begründen und gezielt einsetzen zu können [18]. Basierend auf Praxisbeobachtungen und einer anschließenden Analyse konnte der nützliche Einsatz des PCM auch in der Intensivmedizin verzeichnet werden. Das folgende Fallbeispiel zeigt eine sich zutragene Situation im OP-Bereich, die durch ein PCM-gestütztes Kommunizieren entschärft werden konnte:

*Mit einem erfahrenen Oberarzt der Gefäßchirurgie einer großen Universitätsklinik kommt es im OP-Bereich häufig zu negativen Spannungen. Trotz seines hohen operativen Geschicks und seiner grundsätzlich charmanten und höflichen Art zeigt*

er sich im Stress gegenüber Kollegen negativ und äußert sich durchaus diskreditierend. Durch sein als „unberechenbar“ bezeichnetes Verhalten, seine Art, andere unter Druck zu setzen, und die abwertenden Äußerungen ist er beim übrigen Personal gefürchtet, und alle (auch die Kollegen) meiden – soweit es möglich ist – die Zusammenarbeit mit ihm. Meist kommt es zu Problemen, wenn er auf etwas warten muss oder wenn jemand nicht schnell genug agiert. Mit Phrasen wie „Tu's einfach!“, „Das muss schneller gehen!“, „Das kann nicht warten!“ setzt er andere unter Druck, bricht Regeln und übernimmt darüber hinaus bei etwaigen Fehlern nicht die Verantwortung. Gerade im OP, wo es durch Notfallsituationen zum Aufbau von großem Stress kommt, ist dieser zusätzliche Stressfaktor in Person des Oberarztes kontraproduktiv und verstärkt bei anderen Personen wiederum den Distress. Eine erfahrene Pflegeperson äußert dies z. B. folgendermaßen: „Oh mein Gott, der macht mich wieder so nervös, dass ich auf meinem Instrumententisch nichts mehr finde“.

**PCM-Analyse.** Aufgrund seines Verhaltens lässt sich erkennen, dass der Chirurg eine starke Ausprägung des PCM-Persönlichkeitstyps „Macher“ aufweist. Herausforderung und Risiko empfinden „Macher“ als motivierend, und ihr vorrangiges psychisches Bedürfnis ist es, aktiv zu sein und etwas zu bewegen. Im Stress vertreten sie die Position „Ich bin ok, du bist nicht ok“. Dabei halten sie sich nicht an Regeln, manipulieren und suchen die Schuld beim anderen. Die oben geschilderte Äußerung der Pflegeperson zeigt eine starke Ausprägung des „Empathiker“-Anteils. Hoher Distress führt bei diesen zu hoher Fehleranfälligkeit (die sie sonst nicht machen würde).

**PCM-Maßnahme.** Um nun Stressverhalten zu vermeiden bzw. dieses aufzulösen, fordern Personen mit einem hohen Anteil des „Macher“-Persönlichkeitstyps den direktiven Kommunikationskanal und die wertschätzende Befriedigung ihres psychischen Bedürfnisses nach Aufregung (Aktion). In diesem Fall hat dies in einer dieser Situationen folgendermaßen ausgesehen: Der Anästhesist begegnet dem Chirurgen in seinem Kommunikations-

kanal (direktiv) „Komm her, leg' Du die Arterie, wir müssen vorankommen!“, befriedigt mit seiner Aussage dessen psychisches Bedürfnis und fordert ihn zur Aktivität heraus. In der konkreten Situation lässt sich erkennen, dass der Chirurg sein Stressverhalten ablegen konnte.

### Schlussfolgerungen

Klassische Kommunikationsmodelle bieten grundlegendes Wissen über zwischenmenschliche Kommunikationsprozesse. Das aus klinischer Forschung hervorgegangene PCM berücksichtigt darüber hinaus nicht nur die einzigartige Persönlichkeitsstruktur des Gegenübers und dessen individuelle Distress-Muster, sondern ermöglicht, Verhalten im Stress vorherzusagen [12, 13] sowie zu decodieren, und liefert Möglichkeiten der Intervention und Motivation. Außerhalb der klassischen Führungsverantwortung ist es für medizinisches und pflegerisches Personal hilfreiches Wissen und ein gutes Werkzeug im professionellen, wertschätzenden Umgang mit Patienten, deren Angehörigen und Kollegen. Darüber hinaus ermöglicht das Instrument, eigenes Verhalten zu reflektieren, Bedürfnisse selbstständig zu befriedigen und schafft so die Voraussetzung für die Äußerung produktiver Verhaltensmuster. Erfolgreiche Kommunikation im beruflichen Kontext ist nicht etwas, das man „kann“ oder nicht, oder das rein auf Intuition aufbaut. Gerade in Ausbildungen zum Mediziner und Pflegenden sollte Kommunikation ein unverzichtbarer Bestandteil sein. Am Beispiel des PCM wird deutlich, dass hier breites Wissen über die theoretischen Grundlagen und Erfahrung in der praktischen Anwendung notwendig sind. Schulungskonzepte, die beide Ansätze integrieren sowie praktische Begleitung und Reflexion anbieten, haben hier zu guten Erfolgen geführt [18].

### Fazit für die Praxis

**Schwierige und kritische Situationen führen oft zu Misskommunikation, denn, was das Gegenüber braucht, kann oftmals sehr konträr zu dem sein, was man in der gleichen Situation selbst benötigt. Die gezielte Anwendung von PCM-basierter Kommunikation führt, lang-**

**fristig betrachtet, zu einem verbesserten Arbeitsklima und zu einer produktiveren Zusammenarbeit aller Beteiligten. Das gelingt jedoch nur, wenn man den Umgang mit PCM beherrscht und das Verhalten der Personen richtig einschätzen kann, den richtigen „Kommunikationskanal“ des Gegenübers trifft und zusätzlich seine „Bedürfnisse“ entsprechend motiviert. Nicht nur in der Ausbildung sollte Kommunikation mehr Stellenwert bekommen, auch die Forschung um die Wirkungsweise von Kommunikation als „Intervention“ sollte mehr Gewicht erhalten.**

### Korrespondenzadresse



**Dr. M. Weinert**  
Klinik für Anästhesiologie,  
Krankenhaus München Pasing,  
Helios Klinikum München West  
Steinerweg 5, 81241 München  
mark.weinert@gmx.de ;  
mark.weinert@krankenhaus-  
pasing.de

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** M. Weinert ist selbst Trainer des „Process Communication Models“<sup>®</sup> und führt nebenberuflich kommerziell Kurse durch. H. Mayer und E. Zojer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

### Literatur

1. Aoki N, Uda K et al (2007) Impact of miscommunication in medical dispute cases in Japan. *Int J Qual Health Care* 20(5):358–362
2. Feuersenger E (2011) Prozesskommunikation. Der Schlüssel für konstruktive Kommunikation; Chancen nutzen, Risiken erkennen, Barrieren überwinden. Kahler, Weilheim
3. Frischenschlager O (2002) Medizinische Psychologie. Ein Leitfaden für Studium und Praxis mit Prüfungsfragen, 7. Aufl. Facultas-Studienbücher. Medizin, Bd 4. Facultas, Wien
4. Collignon G, Legrand P, Parr J (2012) Parlez-vous personality? Process communication for coaches. Kahler Communication Europe, Paris
5. Gilbert MB (1999) Why educators have problems with some students: understanding frames of preference. *J Educ Admin* 37(3):243–256
6. Goedhuys J, Rethans JJ (2001) On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. A validity study. *Fam Pract* 18(6):592–596
7. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE Jr (1985) Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 102:520–528

8. Hawking N (1995) A study of the impact on student achievement by teachers training in process communication. Unpublished thesis. University of Arkansas, Little Rock
9. Holger B (2011) Was Pflegekräfte unzufrieden macht. Wenig Zeit für die Patienten, keine Wertschätzung der Arbeit: Viele Schwestern und Pfleger sind frustriert. Wollen Krankenhäuser Fachpersonal gewinnen und binden, müssen sie die Arbeitsbedingungen attraktiver gestalten. Dtsch Arztebl 17:946–948
10. Jenkins V, Followfield L, Saul J (2001) Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. Br J Cancer 84:48–51
11. Johnson R (1997) The value of the process communication mode to a mediator. Thesis, McGreggor School of Antioch University, Yellow Springs
12. Kahler T, Capers H (1974) The miniscript. Transact Anal J 4(1):26–42
13. Kahler T (1975) Drivers: the key to the process of scripts. Transact Anal J 5(3):280–284
14. Kahler T (1979) Process therapy in brief. The clinical application of miniscript, 3. Aufl. Human Development Publications, Little Rock
15. Kahler T (2008) Process therapy model. Die sechs Persönlichkeitstypen und ihre Anpassungsformen. Kahler, Weilheim
16. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr (1989) Impact of the doctor-patient relationship on the outcomes of chronic disease. In: Stewart M, Roter D (Hrsg) Communicating with medical patients. Sage, Newbury Park, S 228–245
17. Krüger A, Gillmann B, Hardt C et al (2009) Vermittlung von „soft skills“ für Belastungssituationen. Anaesthesist 58:582–588
18. Mayer H, Zoyer E (2013) Das Process Communication Model. Ein Pilotprojekt zum Einsatz von PCM im Langzeitpflegebereich. Universität Wien, Wien
19. Meichenbaum D, Turk DC (1987) Facilitating treatment adherence. A practitioner's guidebook. Plenum, New York
20. Harmer M (2005) Elaine Bromiley anonymous report. <http://www.chfg.org/wp-content/uploads/2012/02/ElaineBromileyAnonymousReport.pdf>
21. Regier N (2011) Service impact report 2008–2011. Next Element Publishing, Newton
22. Pauley JA, Pauley JF (2011) Establishing a culture of patient safety. Improving communication, building relationships, and using quality tools. ASQ Quality Press, Milwaukee
23. Pryor D, Hendrich A, Henkel RJ et al (2011) The quality „journey“ at Ascension Health: how we've prevented at least 1,500 avoidable deaths a year – and aim to do even better. Health Aff (Millwood) 30(4):604–611. DOI 10.1377/hlthaff.2010.1276
24. Rall M (2010) Crisis Resource Management (CRM). Der Faktor Mensch in der Akutmedizin. Notfall Rettungsmed 13:349–356
25. Rogall R, Josuks H, Adam G, Schleinitz G (2005) Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Schlütersche, Hannover
26. Röhner J SA (2012) Psychologie der Kommunikation. Basiswissen Psychologie. Springer VS, Wiesbaden
27. Schneider J, Kaplan SH, Greenfield S et al (2004) Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. J Gen Intern Med 19(11):1096–1103
28. Schulz von Thun F, Zach K, Zoller K (2012) Miteinander reden von A bis Z. Lexikon der Kommunikationspsychologie. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
29. Schützeichel R (2004) Soziologische Kommunikationstheorien. UVK, Konstanz
30. Shannon CE (1948) A mathematical theory of communication. Bell Syst Tech J 27:379–423
31. Shapiro RS, Simpson DE, Lawrence SL et al (1989) A survey of sued and nonsued physicians and suing patients. Arch Intern Med 10(149):2190–2196
32. Shields CG (2005) Emotion language in primary care encounters: reliability and validity of an emotion word count coding system. Patient Educ Couns 57(57):232–238
33. St. Pierre M, Hofinger G, Buerschaper C (2011) Notfallmanagement. Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 6–12
34. Travado L (2005) Physician-patient communication training among southern European cancer physicians: the influence of psychosocial orientation and burnout. Psychooncology 14(8):661–670
35. Ware P (1983) Personality adaptations. Doors to therapy. Transact Anal J 13(1):11–19
36. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (2007) Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien, 11. Aufl. Huber, Bern

## Medizinstudium muss wissenschaftliches Arbeiten stärker betonen

Nur noch rund die Hälfte der angehenden Ärzte in Deutschland erwirbt einen Dokortitel. Damit geht der Medizin seit rund zehn Jahren der Forschungsnachwuchs kontinuierlich verloren. Die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) fordert in einer aktuellen Stellungnahme, wissenschaftliches Arbeiten umgehend als Wahlpflichtfach in den Lehrplan des Medizinstudiums aufzunehmen. Im Gegensatz zu anderen akademischen Fächern fehlt in der Medizin eine Grundausbildung in den wissenschaftlichen Arbeitstechniken, betont die AWMF. Dadurch bringe sich das Fach nicht nur um die Chance, die wissenschaftliche Neugier der Studierenden zu wecken. „Die forschende Medizin geht damit auch das Risiko ein, sich zunehmend abhängig zu machen vom Import von Nachwuchswissenschaftlern aus anderen akademischen Fächern“. Die Grundlagen ließen sich durch einen individuellen, standortspezifischen Schwerpunkt ergänzen. Ausdrücklich begrüßt die AWMF auch die Position des Wissenschaftsrats, dass das Medizinstudium auf mindestens sechs Jahre angelegt sein sollte, und dass die Zwischenprüfung („M1-Examen“) wieder bundeseinheitlich abgenommen werden sollte. Die AWMF empfiehlt zudem, wissenschaftliche Methodenurse von der Grundlagenforschung über klinische Studien bis zur Versorgungsforschung anzubieten. Denn der Nachwuchsmangel in den theoretischen und klinisch-theoretischen Fächern der Medizin veranschauliche dieses Defizit der derzeitigen Ausbildungsordnung ebenso wie das fehlende Interesse an klinischer Forschung. Auch für Versorgungsforschung und translationale Forschung müsse das Studium Interesse wecken. Zumindest in Teilen könnten die Fakultäten diese Ideen und Forderungen sofort in die Tat umsetzen, für andere Teile ist eine Änderung der Approbationsordnung nötig.

*Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), [www.awmf.org](http://www.awmf.org)*