

Matthias Elzer

# Angewandte Kommunikation in der Physiotherapie

Ein Kurzlehrbuch mit Praxisbeispielen

# Inhalt

Vorwort . . . . .	1
<b>1 Sprache, Qualifizierung und Macht . . . . .</b>	<b>3</b>
1.1 Die historische Sprachlosigkeit der Physiotherapie . . . . .	4
1.2 Widerstände gegen die Akademisierung der Physiotherapie in Deutschland . . . . .	6
<b>2 Kommunikation . . . . .</b>	<b>9</b>
2.1 Definition von Kommunikation und der Bezug zur Physiotherapie . . .	10
2.2 Drei Niveaus der Kommunikation . . . . .	14
2.3 Verbale und nonverbale Kommunikation . . . . .	15
2.4 Körperkontakt und Distanzzonen in der Physiotherapie . . . . .	16
2.5 Sender-Empfänger-Modelle der Kommunikation . . . . .	17
2.6 Störungen der Kommunikation . . . . .	19
<b>3 Kompetenzen . . . . .</b>	<b>23</b>
3.1 Fünf professionelle Handlungskompetenzen . . . . .	24
3.2 Ethische Aspekte . . . . .	27
<b>4 Theoretische Grundlagen der Kommunikation . . . . .</b>	<b>29</b>
4.1 Konzepte der therapeutischen Gesprächsführung . . . . .	30
4.2 Beitrag der Psychoanalyse zur Kommunikation . . . . .	31
4.2.1 Phänomen des Unbewussten . . . . .	31
4.2.2 Phänomen der Regression . . . . .	32
4.2.3 Phänomen der Übertragung . . . . .	34
4.2.4 Phänomen der Gegenübertragung . . . . .	35
4.2.5 Psychoanalytisches Kommunikationsmodell . . . . .	38

4.2.6	Stellenwert der psychoanalytischen Aspekte für die therapeutische Kommunikation . . . . .	38
4.3	Beitrag der Lerntheorie zur Kommunikation . . . . .	39
4.3.1	Lernen und Kommunizieren . . . . .	39
4.4	Beitrag der Humanistischen Psychologie zur Kommunikation . . . . .	43
4.4.1	Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers . . . . .	44
4.5	Beitrag der Systemtheorie zur Kommunikation . . . . .	47
4.5.1	Anmerkungen zur Systemtheorie . . . . .	47
4.5.2	Anmerkungen zum Konstruktivismus . . . . .	48
4.5.3	Menschliche Kommunikation und ihre Paradoxien . . . . .	48
4.6	Angewandte Kommunikationstheorie . . . . .	51
4.6.1	Die vier Seiten einer gesendeten Nachricht und die vier Ohren des Empfängers . . . . .	52
4.7	„Entstörung“ durch Metakommunikation . . . . .	53
4.8	Bedeutung der Theorien über Kommunikation für die Physiotherapie . . . . .	55
<b>5</b>	<b>Professionelle therapeutische Beziehung . . . . .</b>	<b>57</b>
5.1	Beziehung . . . . .	58
5.2	Therapeutische Beziehung . . . . .	59
5.3	Professionelle Beziehung . . . . .	60
5.4	Ethische Aspekte . . . . .	61
5.5	Personen- bzw. Patientenorientierung . . . . .	62
5.6	Bedeutung der therapeutischen Beziehung . . . . .	63
5.6.1	Körpernahe Beziehung in der Physiotherapie . . . . .	64
5.6.2	Asymmetrie und Abstinenz der therapeutischen Beziehung . . . . .	65
5.7	Patient, Klient, Kunde . . . . .	65
<b>6</b>	<b>Setting und Struktur . . . . .</b>	<b>67</b>
6.1	Setting . . . . .	68
6.2	Immanente Gesprächsstruktur . . . . .	69
<b>7</b>	<b>Therapieziele . . . . .</b>	<b>71</b>
7.1	Selbstreflexivität des Therapeuten zur Diagnose und Therapie . . . . .	73
7.2	Therapieziel durch partizipative Entscheidungsfindung . . . . .	74
<b>8</b>	<b>Techniken der Gesprächsführung . . . . .</b>	<b>77</b>
8.1	Begriffsklärungen . . . . .	78
8.2	Zwölf Gesprächstechniken . . . . .	80
8.2.1	Befragung versus offenes Gespräch . . . . .	80

8.2.2	Aktives Zuhören . . . . .	85
8.2.3	Pausen und Schweigen . . . . .	85
8.2.4	Paraphrasieren oder Spiegeln . . . . .	86
8.2.5	Sondieren . . . . .	86
8.2.6	Konfrontieren . . . . .	86
8.2.7	Klarifizieren . . . . .	87
8.2.8	Kognitive oder emotionale Inhalte ansprechen . . . . .	87
8.2.9	Nonverbales Verhalten ansprechen . . . . .	88
8.2.10	Deuten . . . . .	88
8.2.11	Resümieren . . . . .	89
8.2.12	Auffordern zum Feedback . . . . .	89
<b>9</b>	<b>Therapeutische Gespräche . . . . .</b>	<b>93</b>
9.1	Small Talk und „Frisörgespräche“ . . . . .	94
9.2	Gespräche mit therapeutischem Charakter . . . . .	94
<b>10</b>	<b>Beratung . . . . .</b>	<b>97</b>
10.1	Semiprofessionelle und professionelle Beratung. . . . .	99
10.2	Patientenberatung in der Physiotherapie . . . . .	101
10.3	Mitarbeiterberatung . . . . .	103
10.3.1	Coaching von Führungskräften . . . . .	103
10.3.2	Beratung in Gruppen . . . . .	104
<b>11</b>	<b>Kommunikation in der Gruppe . . . . .</b>	<b>105</b>
11.1	Exkurs in die Gruppendynamik . . . . .	106
11.2	Verhältnis von Individuum und Gruppe . . . . .	107
11.3	Gruppengrößen . . . . .	107
11.4	Gruppenrollen . . . . .	108
11.5	Gruppenentstehung . . . . .	109
11.6	Gruppenmatrix . . . . .	110
11.7	Gruppeneffekte für therapeutische Teams . . . . .	110
11.8	Informationsaustausch in therapeutischen Teams . . . . .	111
<b>12</b>	<b>Interkulturelle Kommunikation . . . . .</b>	<b>113</b>
12.1	Kommunikationsbarrieren und Gesundheitsrisiken . . . . .	115
12.2	Interkulturelle Kompetenzen . . . . .	116
12.3	Kommunikation mit Menschen fremder Kulturen . . . . .	117
<b>13</b>	<b>Schwierige Kommunikation . . . . .</b>	<b>119</b>
13.1	Schwierigkeitsebene: Patient . . . . .	120

13.1.1	Kranksein und Kränkung . . . . .	120
13.1.2	Persönlichkeit des Patienten . . . . .	121
13.1.3	Komorbidität . . . . .	121
13.1.4	Motivation . . . . .	122
13.1.5	Krankheitsgewinn . . . . .	123
13.2	Schwierigkeitsebene: Krankheit . . . . .	124
13.3	Schwierigkeitsebene: Physiotherapeut . . . . .	125
13.4	Schwierigkeitsebene: Institution . . . . .	126
13.5	Schwierigkeitsebene: überweisender Arzt . . . . .	127
13.6	Schwierigkeitsebene: Gesundheitswesen . . . . .	128
<b>14</b>	<b>Besonderheiten in der Kommunikation – klinische Beispiele . . . . .</b>	<b>129</b>
14.1	Altersabhängige Kommunikation . . . . .	130
14.1.1	Kinder und Jugendlichen . . . . .	130
14.1.2	Alte Menschen und demenziell Erkrankte . . . . .	133
14.2	Störungsabhängige Kommunikation . . . . .	137
14.2.1	Kommunikation und Interaktion mit behinderten Menschen . . . . .	137
14.2.2	Kommunikation und Interaktion mit Menschen mit neurologischem Defizit . . . . .	140
14.2.3	Kommunikation und Interaktion mit seelisch kranken Menschen . . .	141
<b>15</b>	<b>Erwerb und Reflexion kommunikativer Kompetenzen . . . . .</b>	<b>147</b>
15.1	Reflektion kommunikativer Kompetenzen . . . . .	149
15.2	Beratung im Team . . . . .	149
15.3	Supervision . . . . .	150
15.4	Kollegiale Beratung, Intervision . . . . .	151
15.5	Leitung in Intervisionsgruppen . . . . .	152
<b>16</b>	<b>Management und Kommunikation . . . . .</b>	<b>155</b>
16.1	Mitarbeitergespräche . . . . .	156
16.1.1	Charakteristika und Ziele von Mitarbeitergesprächen . . . . .	157
16.1.2	Anlassbezogene Mitarbeitergespräche . . . . .	159
16.2	Management im Alltag . . . . .	163
	Nachwort . . . . .	167
	Literatur . . . . .	171
	Sachverzeichnis . . . . .	175
	Impressum . . . . .	179



# 1 Sprache, Qualifizierung und Macht

- 1.1 Die historische Sprachlosigkeit  
der Physiotherapie **4**
- 1.2 Widerstände gegen die Akademisierung  
der Physiotherapie in Deutschland **6**

Die Möglichkeiten zur Kommunikation hängen vom gesellschaftlichen Rollenverständnis, dem Status und auch der ökonomischen Macht ab. Je sprachloser, desto machtloser – und umgekehrt. So müssen niedergelassene Physiotherapeuten heute leider immer noch die Erfahrung machen, dass eine Rückfrage an den Orthopäden zur Heilmittelverordnung des Patienten in die Nähe einer Majestätsbeleidigung reichen kann. Es gibt aber auch zahlreiche Beispiele von Ärzten verschiedener Disziplinen, die frei von Standesdünkel sind und mit verschiedenen Therapeuten zum Wohle ihrer Patienten kooperieren und kommunizieren.

## 1.1 Die historische Sprachlosigkeit der Physiotherapie

Die Physiotherapie, die bis 1994 in Deutschland Krankengymnastik und davor Heilgymnastik hieß, ist eine Berufstätigkeit im Gesundheitswesen, die ähnlich wie die Pflege in Abhängigkeit von der Ärzteschaft stand und steht. Die Behandlung des Patienten erfolgt auf ärztliche Verordnung; die Indikation, Diagnose, Therapieform und Dauer legt der Arzt im Rahmen der Heilmittelverordnung fest, der Physiotherapeut führt die Verordnung aus.

Bezeichnend ist, dass die Tätigkeit der Physiotherapie oder Krankengymnastik bzw. die Berufsgruppe selbst im Sozialgesetzbuch (SGB) als Terminus nicht existiert. Sie ist subsummiert unter dem Begriff „Heilmittel“, zu dem früher auch die Medikamente gehörten; heute zählen die Ergo- und Logotherapie sowie die Podologie dazu. „Hilfsmittel“ dagegen sind Rollstuhl oder Brille usw. Physiotherapeuten rangieren als „Heilmittelerbringer“ auf der Ebene wie Hilfsmittel.

Im SGB V (gesetzlichen Krankenversicherung) ist in § 32 der Anspruch der Versicherten auf Heilmittel geregelt, in SGB VII (Unfallversicherung) steht im § 30: „Heilmittel sind alle ärztlich verordneten Dienstleistungen, die einem Heilzweck dienen oder einen Heilerfolg sichern und nur von entsprechend ausgebildeten Personen erbracht werden dürfen. Hierzu gehören insbesondere Maßnahmen der physikalischen Therapie sowie der Sprach- und Beschäftigungstherapie.“ Physiotherapeuten sind „Heilmittelerbringer“, gelegentlich werden sie noch mit dem veralteten Begriff „Heilhilfsberuf“ bezeichnet.

Claudia Sciborski schreibt: „Dieses rechtliche Abhängigkeitsverhältnis vom Arzt hat ganz ohne Zweifel – gerade in der Vergangen-

heit – dazu geführt, dass Physiotherapeuten in der Kommunikation, Gesprächsführung, Beratung und Information ihren Klienten gegenüber nicht den Schwerpunkt ihrer Arbeit sahen, sie sogar als fast sprachlose, stumme Helferinnen des Arztes dargestellt wurden.“ (Sciborski 2009: 23f) Diese Sprachlosigkeit zeigt sich bereits in den Ausbildungscurricula der Physiotherapie: „Schaut man auf die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von 1994, gibt es nur einen sehr geringen und nicht expliziten Ausbildungsanteil, in dem die Themen Beziehung, Interaktion, Kommunikation in der Physiotherapie möglicherweise behandelt werden können. Diese Kompetenzen können, müssen aber nicht im Rahmen der Fächer Psychologie, Soziologie, Pädagogik unterrichtet werden. Für diese Fächer stehen 60 von 2.900 Stunden Theorie zur Verfügung. Hier besteht auf alle Fälle ein Bedarf an mehr Unterricht. Die dreijährige Physiotherapieausbildung umfasst insgesamt 2.900 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht sowie 1.600 Stunden praktische Ausbildung in Krankenhäusern oder anderen geeigneten medizinischen Einrichtungen in den medizinischen Fachgebieten Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Pädiatrie, Psychiatrie, Gynäkologie (PhysTh-APrV, Anlage 1 zu § 1 Abs. 1).“ (Sciborski 2009: 23f)

Dahinter steht die Vorstellung: Der Physiotherapeut wendet die ärztliche Verordnung an und beginnt mit der Behandlung des Patienten ohne Anamnese und eigene Befunderhebung. In den aktuellen Heilmittellinien sind die Behandlungseinheiten auf minimal 15 und maximal 25 Minuten festgelegt, was auf eine beziehungslose Fließbandarbeit am Patienten hinausläuft; also arbeiten die meisten Physiotherapeuten im 20- bis 30-Minuten-Takt bei einer relativ geringen Bezahlung (AOK zahlt 17,55 € für Krankengymnastik, Stand Feb. 2018), wobei der gesetzlich versicherte Patient 10 % und eine Rezeptgebühr hinzuzahlen muss.

Die Physiotherapie muss sich – genauso wie andere Gesundheitsberufe, z. B. Pflege – mit einer Abhängigkeit von der Medizin herumschlagen; solange sie sprachlos bleibt, wird sie sich daraus nicht befreien können.

## 1.2 Widerstände gegen die Akademisierung der Physiotherapie in Deutschland

In Deutschland stehen die Physiotherapeuten und andere Gesundheitsberufe – wie bereits beschrieben – in einem juristischen Abhängigkeitsverhältnis von der Ärzteschaft. In vielen anderen Ländern Europas ist die Berufsgruppe der Physiotherapie unabhängiger: So gibt es einen Direktzugang der Patienten zur „Physical Therapy“. Der Hauptgrund liegt in den Versorgungsstrukturen des jeweiligen Gesundheitswesens und insbesondere darin, dass die Physiotherapeuten dort akademisch qualifiziert sind (Diplom, Bachelor, Master), im Wissenschaftsdiskurs mit eigenen Forschungsergebnissen mitreden und dadurch deutlich machen, was und warum sie etwas therapeutisch tun.

Seit etwa 20 Jahren kann in Deutschland neben der praxisnahen Ausbildung an Fachschulen Physiotherapie auch an Fachhochschulen studiert werden. In den allermeisten europäischen Ländern gibt es nur noch die akademische Ausbildung an Hochschulen. In Deutschland sind die Widerstände gegen eine Anerkennung akademischer Qualifikationen für die berufsrechtliche Ausübung der Physiotherapie politisch und ökonomisch motiviert, es wird an der Ausbildung der „geregelten“ Gesundheitsberufe wie die Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Pflege, Hebammenwesen an Fachschulen festgehalten. Absolventen von Ausbildungen an Hochschulen, die die theoretischen und praktischen Kriterien der Ausbildung erfüllen und oft übererfüllen, müssen neben den akademischen Modulprüfungen ebenfalls ein staatliches Examen ablegen, wenn sie die Berufsankennung erhalten wollen. Der „Bologna-Prozess“ von 1999, der die Vereinheitlichung der akademischen Qualifikationen des dritten Bildungsbereichs in Europa anstrebte, sollte mit dem „Kopenhagen-Prozess“ von 2002, der die berufliche Bildung (zweiter Bildungsbereich) vereinheitlichen und transparent machen sollte, durchlässig verbunden werden. In Deutschland wird diese Durchlässigkeit zwischen den Bildungsbereichen insbesondere in den geregelten Gesundheitsberufen verhindert, bei denen der Staat über die Gesundheits- und Sozialministerien durch die Regierungspräsidien bei den Prüfungsordnungen und den Abschlussprüfungen (Staatsexamen) die Kontrolle ausübt. Der Abschluss mit der Erlaubnis der Berufsausübung ist eine staatliche Prüfung; die akademische Abschlussprüfung wird nicht anerkannt. In der Medizin

sind die Prüfungen teils zentrale, durch ein staatliches Prüfungsamt und teils durch die Universität durchgeführte, schriftliche bzw. mündliche Prüfungen. Durch den aktuellen Pflegenotstand wird Ausbildung in der Pflege neu organisiert und neben der Fachschule auch eine akademische Ausbildung an der Hochschule anerkannt.

Die Physiotherapie ist dabei sich zu professionalisieren. Sie benötigt dazu auf den verschiedenen Ebenen kommunikative Kompetenzen, um ihre Patienten fundiert zu behandeln sowie Angehörigen, anderen Berufsgruppen und im wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskurs deutlich zu machen, was physiotherapeutisches Handeln ist und was es therapeutisch leisten kann.

Dazu zählt, dass Physiotherapie nicht nur im Auftrag einer ärztlichen Verordnung angewendet wird, sondern zur Behandlung eine Anamnese- und Befunderhebung durchgeführt wird, die sich von der medizinischen Diagnostik im engeren Sinne unterscheidet. Erstrebenswert ist ein komplexeres Verständnis von Krankheit und Gesundheit gemäß der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF)“, die von der WHO vor Jahrzehnten in Ergänzung der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-10“ verabschiedet wurde. Die ICF geht von einem biopsychosozialen Krankheitsbegriff aus und ist besonders in der Rehabilitation von Bedeutung. Die ICF-Klassifikation hat in Deutschland bereits vor Jahrzehnten ihren Niederschlag im Sozialgesetzbuch V und IX gefunden, aber in der täglichen Praxis der Medizin und Physiotherapie ist sie noch nicht angekommen!

## 4.6 Angewandte Kommunikationstheorie

Im diesem Kapitel geht es um das bekannte Kommunikationsmodell von Schulz von Thun (1981, 2007). Er lehrte Psychologie an der Universität Hamburg und stand in der Tradition seines Lehrers R. Tausch, einem Vertreter der sog. Gesprächspsychotherapie nach C. Rogers. Sein Modell integriert Aspekte der systemischen Theorie (Watzlawick u. a.) und von mehreren Ansätzen der Humanistischen Psychologie (Rogers, Cohn, Berne). Ferner basiert es auf dem altbekannten Sender-Empfänger-Modell der Kybernetik.

### 4.6.1 Die vier Seiten einer gesendeten Nachricht und die vier Ohren des Empfängers

Schulz von Thun differenziert die Nachricht im Sender-Empfänger-Modell in vier Aspekte (**Abb. 4-3**).



**Abbildung 4-3** Das Nachrichtenquadrat nach Schulz von Thun (1981).

Die vier Seiten der Nachricht bedeuten:

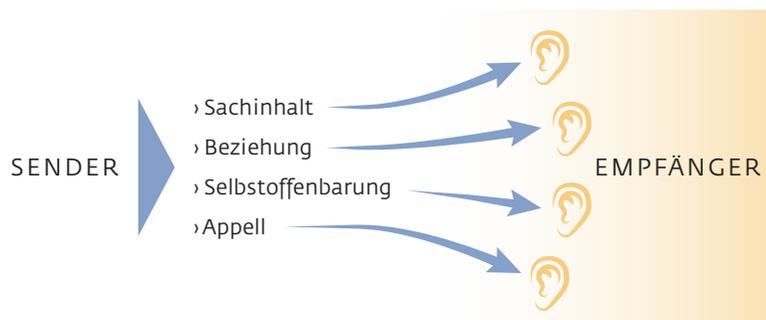
- ① den Sachinhalt: Worüber ich informiere.
- ② die Beziehung: Wie wir zueinander stehen.
- ③ die Selbstoffenbarung: Was ich von mir preisgebe.
- ④ den Appell: Wozu ich Dich veranlassen möchte.

In dem Nachrichtenquadrat finden sich das 2. Axiom von P. Watzlawick u. a. (Inhalts- und Beziehungsaspekt) sowie der Appell von K. Bühler (1934) wieder. Neu ist der Aspekt der Selbstoffenbarung. Es kann davon ausge-

gangen werden, dass diese vier Seiten bei jeder Kommunikation dabei sind, wenn auch in unterschiedlicher Gewichtung je nach sozialer Situation.

Und es wird noch komplizierter: Nicht nur das Senden einer Nachricht zum Empfänger hat verschiedene Seiten und damit Störquellen, sondern der Empfänger hört die verschiedenen Seiten einer Nachricht analog mit vier unterschiedlichen Ohren:

- ① den Sachinhalt: Um was geht es hier?
- ② die Beziehung: Wie steht er /sie zu mir?
- ③ die Selbstoffenbarung: Was gibt er /sie von sich preis?
- ④ den Appell: Wozu soll ich veranlasst werden?



**Abbildung 4-4** Die Nachricht und die vier Ohren des Empfängers nach Schulz von Thun (1981).

Schulz von Thun hat sein Modell bis 2007 mehrfach modifiziert und andere Metaphern angeboten: „Schnäbel“ des Senders, „Harfe mit vier Saiten“ statt vier Seiten des Quadrats, was nicht immer zur Verständlichkeit beigetragen hat.

## 4.7 „Entstörung“ durch Metakommunikation

Wie bereits oben bei Watzlawick u. a. ausgeführt, kann die Mitteilung des Sachinhalts nicht gelingen, wenn die Beziehungsseite gestört ist. Ebenso dürfte die Kommunikation nicht erfolgreich sein, wenn die Nachricht sehr stark die Appellseite betont, dass der Empfänger etwas Bestimmtes tun soll oder dass sich darin Vorwürfe verstecken. Erfah-

rungsgemäß wird der Empfänger einen vorwurfsvollen Appell zurückweisen. Schulz von Thun spricht von „Du-Botschaften“, die erfahrungsgemäß wenig bewirken, meist den Widerstand erhöhen. Es ist viel effektiver, eine Kommunikation in einer konfliktbesetzten Angelegenheit mit einer Selbstoffenbarung oder „Ich-Botschaft“ zu beginnen, da diese die Abwehr des Empfängers weniger provoziert.

**Beispiel:** Physiotherapeut zum Patienten mit Appell: „Sie sollten zuhause Ihre Übungen machen, sonst wird es nicht besser.“ Das Ganze nun mit Selbstoffenbarung: „Ich habe den Eindruck, Sie haben zuhause nicht viel üben können.“

R. Cohn (1975) hat den bekannten Satz formuliert: „Störungen haben Vorrang!“ Sie meint damit, dass in einem Gespräch, auch in Gruppengesprächen, eine Störung, die in der Regel auf der Beziehungsebene liegt, in Form einer Metakommunikation geklärt werden muss, damit der Sachinhalt weiter kommuniziert werden kann.

**Beispiel:** Der Physiotherapeut verspürt leichten Ärger in der Behandlung und erkennt einen Widerstand und mangelnde Kooperationsbereitschaft beim Patienten. Er könnte nun an den Patienten appellieren: „Sie machen nicht richtig mit!“ oder besser mit Selbstoffenbarung und weicher: „Ich merke, Sie machen nicht so gerne richtig mit.“ Die Gründe für diese Störung sind noch nicht klar. Sinngemäß könnte der Therapeut den Patienten fragen: „Warum fällt es Ihnen so schwer, bei der Behandlung mitzuarbeiten?“ Damit käme er auf die Beziehungsebene und es könnte aus bisher unbewusstem Grund herauskommen, dass der Patient von dem Sinn der angewandten Therapiemethode nicht überzeugt ist oder den Therapeuten nicht für kompetent hält.

Das Modell des Nachrichtenquadrats behandelt die normale Struktur der Kommunikation zwischen Sender und Empfänger. In seinem 2. Band beleuchtet Schulz von Thun (1993) die Kommunikationsabläufe zwischen Personen, die bestimmte Persönlichkeitszüge, vielleicht auch Persönlichkeitsstörungen, aufweisen. Aus der Epidemiologie seelischer Störungen wissen wir, dass etwa ein Drittel aller Menschen in Deutschland behandlungsbedürftige seelische Störungen haben, die die Kommunikation beeinflussen und erschweren (vgl. Kap. 13). Wenn beispielsweise ein Patient mit „bedürftig-abhängigen“ Persönlichkeitszügen und Kommunikationsstil auf einen Therapeuten trifft, dessen Persönlichkeit durch

ein „Helfersyndrom“ geprägt ist, dürfte eine signifikant andere Dynamik ablaufen, als wenn ein Patient mit einer „aggressiv-entwertenden“ Persönlichkeit auf einen Therapeuten mit „kontrollierend-zwanghaften“ Persönlichkeitszügen trifft. Dann entsteht eine typische Dynamik, die automatisch zu Kommunikationsstörungen und Sackgassen führt. Schulz von Thun spricht vom „Teufelskreis“, aus dem nur mit einer Reflexion auf der Metaebene herausgefunden werden kann.

## 4.8 Bedeutung der Theorien über Kommunikation für die Physiotherapie

Kommunizieren kann jeder, aber ob die Kommunikation eine professionelle Handlungskompetenz aufweist, ist eine andere Sache. Diese muss gelernt und reflektiert werden. Da es keine einheitliche und geschlossene Theorie der Patientenkommunikation gibt, wird auf Ansätze verschiedener Schulen der Psychotherapie und Beratung zurückgegriffen. Die vorgestellten vier Theorieansätze beleuchten das Phänomen der Kommunikation und Gesprächsführung von gänzlich verschiedenen Perspektiven. Beispielsweise fokussiert die Lerntheorie die kognitiven, d. h. verstandesmäßigen Funktionen, sie möchte etwas beibringen und verändern. Der psychoanalytische Ansatz fokussiert die unbewussten Beziehungsanteile und berücksichtigt mehr die emotionale Seite. Humanistische Konzepte, wie von Rogers, setzen an der zwischenmenschlichen Beziehung an. Die Systemtheorie beschreibt strukturelle Phänomene und Störungspotenziale.

Die verschiedenen Theorieansätze fokussieren unterschiedliche kommunikationsrelevante Faktoren. Zu einer Theorie der Patientenkommunikation lassen sie sich nicht integrieren, dazu sind sie zu divergent.

Jeder Therapeut wird sich entscheiden müssen, welche Theorie er in seiner professionellen Kommunikation mit dem Patienten anwendet. Die Auswahl der Kommunikation und Methoden richten sich nicht nur nach der Affinität und Haltung des Therapeuten, sondern auch nach dem Patienten und seinem Gesundheitsproblem. Die **Tabelle 4-2** fasst die unterschiedlichen Theorien und ihre für die Gesprächsführung relevanten Faktoren zusammen.

zur Verfügung stehende Zeit sollte vorher mitgeteilt werden. Auch ist es sinnvoll, dem Patienten den Ablauf mitzuteilen, dass der Therapeut zunächst mit ihm ein Gespräch führen und dann die Untersuchung oder Behandlung durchführen möchte; häufig wechseln sich Gesprächsan-teile und Behandlung alternierend ab.

## 8.2 Zwölf Gesprächstechniken

Es folgt eine Übersicht über die wichtigsten Techniken der Gesprächsführung. In der Psychotherapie, der „sprechenden Medizin“, ist das Wort das wichtigste Instrument der Behandlung, um – je nach Therapierichtung – das Verständnis des Therapeuten dem Patienten mitzuteilen und auf die Störung symptomatisch und kausal einzuwirken.

Gesprächstechniken sind Fertigkeiten zur Förderung der verbalen Kommunikation und von Erkenntnisprozessen bei Therapeut und Patient. Der Einsatz von speziellen Techniken beeinflusst den Gesprächsverlauf, mit ihm kann ein Gespräch gesteuert werden und eine ganz andere Richtung nehmen. Daher ist es für eine kompetente Gesprächsführung wichtig, die Wirkung und die unerwünschte Nebenwirkung der einzelnen Technik zu kennen und zu reflektieren. Die **Tabelle 8-1** gibt einen Überblick über die wichtigsten Gesprächstechniken, ihre Anwendung und Effekte.

Generell sollte der Therapeut seine Aussagen oder Fragen kurz, klar und aussagekräftig (prägnant) formulieren; weitschweifige, wolkige Formulierungen sind eher hinderlich. Ein Gespräch besteht aus vielen kleinen, ruhigen Schritten und ist eine Art Lernprozess für Therapeut und Patient. Das sprachliche Niveau richtet sich nach dem des Patienten. Wenn Fachtermini („Medizinerlatein“, auch in Englisch!) fallen, sollten sie in ihrer konkreten Bedeutung erläutert werden. Die Mitteilung „Sie haben ein Impingement-Syndrom“ ist von der diagnostischen Bezeichnung richtig, sagt aber dem Patienten nichts. Dabei sollte überprüft werden, ob der Patient die Erläuterung wirklich verstanden hat.

### 8.2.1 Befragung versus offenes Gespräch

Der Ablauf eines Gesprächs und die angewandten Techniken hängen von seinem Ziel und Zweck, den Erwartungen der Beteiligten und dem sozialen Kontext ab. So hat ein Gespräch während einer Reise im Zug ein

anderes Ziel und einen anderen Kontext als ein Gespräch auf einer Party oder als ein diagnostisches oder therapeutisches Gespräch beim Arzt, Psychotherapeuten oder Physiotherapeuten.

Eine Befragung (oder ein strukturiertes Interview) läuft nach einem Katalog von Fragen ab, die ein Untersucher an einen Probanden richtet. Der Fachmann fragt, der Patient antwortet. Der Fragende ist der Aktive, er bestimmt die Themen, der Antwortende ist eher der Passive. In der Medizin wird die Befragung auch „Exploration“ (Erforschung, Untersuchung, Anamneseerhebung) genannt. Eine Befragung könnte auch schriftlich per Fragebogen erfolgen, in dem die Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind.

Dagegen ist das offene Gespräch nicht strukturiert; es ist eben offen, was herauskommt. Es beginnt mit einer allgemein formulierten Initialfrage wie „Was führt Sie zu mir?“. Der Patient bestimmt den Inhalt.

## Exkurs zum ärztlichen Verhalten bei der Anamnese

Es gibt eine Reihe von Untersuchungen zum Verhalten von Ärzten während der initialen Beschwerdeschilderung ihrer Patienten. Fast alle Studien zeigen, dass der Arzt seinen Patienten bereits nach 18 bis 27 Sekunden unterbricht und dann gezielt nachfragt. Dadurch geht viel spontane Information verloren, die mühsam erfragt werden muss. Eine israelische Studie unter Hausärzten zeigte auf, dass das Aussprechenlassen der Patienten die Behandlung effektiver macht und die Gesamtzeit nicht verlängert (Rabinowitz et al. 2004). Der berühmte US-Kardiologe B. Lown (\*1921) beklagt, dass die Mediziner bei ihren Patienten die „Kunst des Heilens“ verloren haben, in dem sie keine Anamnese mehr erheben und ihren Patienten nicht mehr zuhören können (1996); er verweist auf die bereits zitierte, ältere Studie von Hampton (1975) (vgl. Kap. 7.1).

Das offene Gespräch und die Befragung stellen die beiden gegensätzlichsten Gesprächstypen dar. Beide Typen können aber durchaus wechselseitig in einem diagnostischen oder therapeutischen Gespräch in der Physiotherapie zur Anwendung kommen. Gespräche haben also offene

und durch Fragen geschlossene Gesprächsanteile, wobei die offenen am Anfang verwendet und im Gesprächsverlauf einzelne Themen direkter fokussiert werden.

## Frageformen der Patientenbefragung

Fragen sind unvermeidlich – die Frage ist nur, wie gefragt wird. Zu unterscheiden sind drei verschiedene Formen von Fragen.

### Geschlossene Frage

Eine geschlossene Frage erlaubt nur die Antwort „Ja“ oder „Nein“. Es sind „Entscheidungsfragen“. Ein sinnvolles Beispiel für eine Befragung mit geschlossenen Fragen wäre eine medizinische Not-situation, in der in möglichst kurzer Zeit Informationen gewonnen werden müssen, um eine angemessene Handlung einzuleiten.

**Beispiele:** Direkte Frage an einen kaltschweißige, unruhigen und etwas verwirrten Patienten: „Sind Sie Diabetiker?“ Der Patient bejaht, somit liegt bei ihm eine Hypoglykämie vor, die sofort eine Glukosezufuhr erforderlich macht. Auch in einem offenen Gespräch sind manchmal geschlossene Fragen zur Klärung sinnvoll wie z. B.: „Hatten Sie schon einmal einen Bandscheibenvorfall?“ Aber sie unterbrechen die freie Schilderung des Patienten und verlangen oft nach weiteren geschlossenen Fragen mit dem Ergebnis, dass der Gesprächsfluss versiegt und ein Nachbohren oder ein Frage-Antwort-Spiel entsteht.

### Halboffene, halbstrukturierte Frage; die „W-Fragen“

Häufig werden die Fragen mit einem Fragewort (fragendes Fürwort, Interrogativpronomen) eingeleitet: Wann? Was? Wie? Wo? Wer? Aber auch: Warum? Weshalb? Das sind die „W-Fragen“. Der Befragte kann mehr als nur „Ja“ oder „Nein“ sagen, er gibt als Antwort auf die Frage begrenzte Informationen.

Beim Arzt steht dieser Fragetyp in der Regel am Anfang eines Gesprächs: „Wie geht es Ihnen?“ oder „Welche Beschwerden haben Sie?“ Psychotherapeuten verwenden am Anfang eines Erstinterviews eine einzige, allgemeine Frage (Initialfrage): „Was führt Sie

zu mir?“ Dadurch wird der Patient angeregt, seine Beschwerden und weitere Umstände zu schildern.

Fragen, die mit „Warum“ beginnen, also nach dem Grund für etwas fragen, sind oft schwer zu beantworten; daher sollte mit „Warum-Fragen“ sparsam umgegangen werden. Die Frage „Warum essen Sie so viel?“ oder „Warum haben Sie damals den Bandscheibenvorfall bekommen?“ überfordert den Patienten wahrscheinlich und liefert Pseudoerklärungen, wenngleich sich Gedanken um die Ursache zu machen, durchaus sinnvoll sein kann – vielleicht war der Stress vor Weihnachten die Spitze einer längeren Entwicklung, und durch die Krankheit konnte sich der Patient vielleicht einem familiären Konflikt entziehen (Krankheitsgewinn durch den Bandscheibenvorfall).

### Offene Frage

Offene Fragen sind weder durch die mögliche Ja-/Nein-Antwort noch durch eine W-Frage vorstrukturiert. Die Antwortmöglichkeiten sind offen und können vom Patienten gestaltet werden. Normale Aussagesätze, die in der Schriftform kein Fragezeichen aufweisen, können bei entsprechender Hebung der Stimme am Ende des Satzes auch zur Frage werden und ein Fragezeichen bekommen (phonetische Frage). **Beispiele:** „Sie haben kurz vor Weihnachten einen Bandscheibenvorfall bekommen?“ Patient: „Ja, genau. Da war Weihnachten für mich gelaufen.“

Offene Fragen sind bewusst etwas vage gehalten und regen die Mitteilung des Patienten an: „Können Sie mir erzählen, wie es zu dem Bandscheibenvorfall so kurz vor Weihnachten kam?“ Ähnlichen Aufforderungscharakter hat der Aussagesatz: „Erzählen Sie, wie es zu dem Bandscheibenvorfall kam.“

Durch das „mir ... erzählen“ signalisiert der Therapeut, dass er etwas Näheres erfahren möchte; hier wird die therapeutische Beziehung angesprochen. Oder noch persönlicher: „Ich möchte es genauer wissen: Schildern Sie mir bitte, wie es zu dem Bandscheibenvorfall so kurz vor Weihnachten kam.“

Ufert die Antwort des Patienten auf die offene Frage zu sehr aus, kann der Redefluss durch eine halboffene oder geschlossene Frage wieder etwas eingedämmt und das Gespräch gesteuert werden.

Zweifelsohne gibt es Patienten, die „schwierig“ sind oder bei denen die Behandlung irgendwie schwierig läuft. Nicht selten haben diese Schwierigkeiten aber nichts mit dem Patienten zu tun, sondern mit anderen Faktoren. Mögliche Ebenen von Schwierigkeiten beleuchtet dieses Kapitel.

Das Wort schwierig kommt nicht von „schwer“ versus „leicht“, sondern aus dem Mittelhochdeutschen „schwärig“, das „schwürig, eitrig“ bedeutet. Einen Menschen mit eiternder Haut mag man nicht gerne anfassen. Fraglos ist eine schwierige Behandlung belastend, kostet Kraft und mehr Arbeit. Die Kommunikation ist nicht einfach, schwierig gestaltet sich vielleicht schon die Terminfindung am Telefon.

Die Schwierigkeiten können auf sechs Ebenen beschrieben werden: 1. Patient, 2. Krankheit, 3. Physiotherapeut, 4. Institution, 5. überweisender Arzt und 6. Gesundheitswesen.

## 13.1 Schwierigkeitsebene: Patient

Schnell sehen wir die Gründe einer schwierigen Behandlung auf Seite des Patienten. Wenn dem so ist, sollten wir sie differenzierter verstehen und in der Kommunikation spezifischer darauf eingehen: Das Verständnis der Therapie sollte patienten- oder personenorientiert und nicht an Krankheitsbildern orientiert sein (vgl. Kap. 5). Die Person des Patienten hat erheblichen Einfluss auf die Behandlung und Kommunikation.

### 13.1.1 Kranksein und Kränkung

Erkrankt zu sein, bedeutet für die meisten Menschen eine Einschränkung und Kränkung ihres Selbstwertgefühls. Wie in Kapitel 4 beschrieben, ist Krankheit mit einer körperlichen, psychischen und sozialen Regression verbunden, die u. U. mit Gefühlen des Ausgeschlossen-seins (Krankenrolle, Bettlägerigkeit) und Abhängigkeiten von anderen Menschen verbunden ist. Regression belebt Erfahrungen aus der Kindheit wieder. So kann es je nach Persönlichkeit sein, dass ein Patient sich passiv versorgen und behandeln lassen möchte, ein anderer aber wehrt sich dagegen und kann die Hilfe und verordnete Ruhe nicht annehmen (Abhängigkeit versus Autonomie). Allgemein sollte der Umgang mit

Patienten eine gewisse Empathie, ein Einfühlen, aber kein Mitleid aufweisen. Sehr schnell vergessen Therapeuten und Ärzte, was es für einen Menschen bedeutet, krank zu sein und nicht sein gewohntes Leben leben zu können. Wenn diese selbst an einer Erkrankung leiden, wird das Kränkende am eigenen Leib erfahrbar.

### 13.1.2 Persönlichkeit des Patienten

In der Psychopathologie kennen wir eine Reihe von Persönlichkeitsstörungen mit Krankheitswert: z. B. depressive, zwanghafte, antisoziale, narzisstische oder Borderline-Persönlichkeitsstörung. Nun ist nicht jede ausgeprägte Eigenschaft oder jeder Charakterzug einer Person gleich eine Störung der Persönlichkeit, die Übergänge allerdings sind fließend. So kann eine pedantische Person mit einem Kontrollbedürfnis in Belastungssituationen Züge einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung oder gar einer Zwangsneurose entwickeln, unter der ihre Umgebung und irgendwann sie selbst zu leiden beginnt.

### 13.1.3 Komorbidität

Patienten in der Physiotherapie haben häufig noch weitere Krankheiten, die nichts mit dem Behandlungsgrund zu tun haben, z. B. Diabetes, Hypertonie, seelische Störungen. Für die therapeutische Beziehung und die Kommunikation sind besonders die seelischen Krankheiten von Bedeutung. So ist es wichtig zu wissen und zu erkennen, ob eine seelische Störung beim Patienten vorliegt. Die Atmosphäre und der Behandlungsverlauf dürften bei einem Patienten mit einem Bandscheibenvorfall anders ablaufen, wenn dieser auch noch an einer hysterischen/histrionischen Neurose erkrankt ist, – im Gegensatz zum Patienten, der zum Prolaps eine paranoide Psychose hat. Im ersten Fall ist die Behandlung bunt, unterhaltsam und wegen der Dramatik letztlich nervig, im zweiten ist der Kontakt ängstlich angespannt und kompliziert.

Epidemiologische Untersuchungen ergaben, dass knapp ein Drittel der Bevölkerung an behandlungsbedürftigen seelischen Störungen erkrankt ist. Ein weiteres Drittel der Bevölkerung leidet zwar ebenfalls darunter, hier ist aber keine Therapie indiziert.

**Tabelle 13-1** Epidemiologie behandlungsbedürftiger seelischer Störungen (Elzer 2009: 229).

<b>Seelische Störung</b>	<b>Bevölkerungsanteil (%)</b>
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	12,5 %
Psychosomatische Störungen	11,6 %
Schizophrene Psychosen	0,4 %
Affektive Psychosen (Depression, Manie)	1,3 %
Suchtkrankheiten (Alkohol, Drogen)	1,8 %
Hirnorganische Störungen (Demenz)	1,4 %
Sonstige Hirnschädigungen	0,6 %
Oligophrenie (geistige Behinderung)	1,0 %
<b>Insgesamt</b>	<b>30,6 %</b>

Die Zahlen zeigen, dass statistisch jeder dritte Patient in der Physiotherapie an einer seelischen Störung leidet, die psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandlungsbedürftig ist. Dadurch können sich die Behandlung und die Kommunikation schwierig gestalten. Die seelischen Probleme können auch kausal mit den Ursachen der Beschwerden, die den Patienten in physiotherapeutische Behandlung gebracht haben, stehen. Dies ist besonders bei nicht erkannten psychosomatischen Störungen (Schmerzsyndrome) oder bei einer Somatisierung von Depression der Fall.

### 13.1.4 Motivation

Von der Persönlichkeitsstruktur des Patienten kann auch eine unzureichende Motivation ausgehen, sodass er zwar unter den Beschwerden leidet, aber wenig aktiv beiträgt; er möchte eher passiv behandelt werden. Auch Motivation leitet sich vom lateinischen *movere* (bewegen) ab. Der Patient ist nicht zu bewegen, wie kann er seinen „inneren Schweinehund“ überwinden? Die Einschätzung der Motivation des Patienten ist ein wichtiger Punkt in der Anamnese, Therapieplanung und Zielsetzung. Der Leidensdruck allein reicht als Kriterium nicht aus. Die innere, intrinsische Motivation kann schwach ausgeprägt sein, es

bestehen psychische Widerstände gegen eine Genesung, vielleicht ist der Leidensdruck noch zu gering und der Krankheitsgewinn zu groß. Vielleicht kann eine äußere, extrinsische Motivation ein Ziel sein in der Hoffnung, dass sich daraus eine intrinsische entwickelt. Nur dem Therapeuten oder den Angehörigen zuliebe etwas zu tun, ist zu wenig. Persönlich erreichte Erfolgserlebnisse – das Gefühl, selbst etwas bewirkt zu haben – und dafür Anerkennung zu erhalten, wirken lerntheoretisch wie eine positive Verstärkung.

Die Kommunikation mit einem offensichtlich nicht ausreichend motivierten Patienten ist zäh und frustrierend. Ein Versuch wäre zu erfahren, wie er sich einen Ausweg aus den Beschwerden vorstellt. Wenn sich nach einer Reihe von Versuchen nichts bewegt und Resignation und Gleichgültigkeit beim Therapeuten auftreten, sollte die Behandlung beendet oder abgebrochen werden. Vielleicht ist der Therapeut nicht der richtige. Oder der Patient kann wiederkommen, wenn er bereit ist, das Therapieangebot aktiv anzunehmen.

In diese Kategorie gehört auch der „geschickte Patient“: Er wird vom Arzt überwiesen, hat aber keine eigene Vorstellung von der Therapieerwartung. Oft zeigt sich dies in den initialen Sätzen wie: „Mein Hausarzt ist der Meinung, ich sollte mich bei Ihnen behandeln lassen.“ Da wäre reflektorisch die Gegenfrage angebracht: „Und was meinen Sie selbst?“

### 13.1.5 Krankheitsgewinn

Trotz eines Behandlungswunsches wegen eines Leidens gibt es bewusste oder unbewusste Tendenzen, die Erkrankung nicht aufgeben zu können und an ihr festzuhalten. Wie sprechen von einem Krankheitsgewinn und unterscheiden einen primären und einen sekundären; er beeinflusst sehr die Motivation des Patienten. Der primäre Gewinn ist, dass der Patient durch Erkrankung in eine Rolle kommt, die ihm Rücksichtnahme und Zuwendung gewährt sowie freisetzt von Arbeit. Aus einer psychosomatischen Perspektive haben Beschwerden auch die Funktion und Bedeutung, einen psychischen oder sozialen Konflikt durch somatische Symptome auszudrücken. Der Klassiker ist der Migräneanfall, um sich sexuellen Erwartungen anderer zu entziehen. Von therapeutischer Seite könnte gefragt werden, wozu die Beschwerden oder Erkrankung gut für den Patienten sind. Damit ist dann der sekundäre Krankheitsgewinn angesprochen: Es geht um eine materielle Zuwendung, Geldleistung durch eine Versicherung oder Rententräger. Kann ein 61-jähriger Patient, der

wegen multipler degenerativer Schmerzsyndrome arbeitslos geworden ist, objektiv motiviert sein, wieder gesund zu werden? Oder „arbeitet“ er bewusst oder unbewusst auf eine frühzeitige Berentung hin.

Beide Patienten, die mit der Migräne und der mit dem Schmerzsyndrom, brauchen letztlich ihre Erkrankung. Sie wissen oft nicht, dass sie so gesehen die Beschwerden nicht aufgeben können, es sei denn, der zugrundeliegende Konflikt und das Dilemma werden klar benannt und damit bewusst. Der Arzt oder Therapeut sollte sich nicht scheuen, das Dilemma des Patienten zu benennen und zu fragen, ob es andere Auswege und Kompromisse gibt.

## 13.2 Schwierigkeitsebene: Krankheit

Eine weitere Ebene, die eine Quelle von Kommunikationsschwierigkeiten sein könnte, ist neben der Person das Krankheitsbild selbst. Die Art der Erkrankung beeinflusst und verändert die Persönlichkeit des Patienten und damit die Behandlung. Die Schwierigkeit gehört quasi zum Krankheitsbild. Diese zu kennen, zu antizipieren und nicht mit persönlicher Enttäuschung zu reagieren, gehört zum professionellen Umgang.

**Beispiele:** Patienten mit Multipler Sklerose sind im Laufe ihrer Erkrankung wesensverändert, dysphorisch verstimmt. Ähnliches gilt für Patienten mit Morbus Parkinson, die sich nicht nur körperlich hypo- und akinetisch sind, sondern auch mental verlangsamt, schnell blockiert und reizbar, weil sie ungeduldig mit sich selbst sind. Oft sind depressive Patienten wegen ihres Negativismus, ihrer Freud- und Interessenlosigkeit (Anhedonie), Antriebsstörung, Klagen oder Autoaggressivität bei latenter Feindseligkeit über längere Zeit von therapeutischer Seite her schwer auszuhalten, da nach anfänglichem Mitgefühl die Aggressivität des Patienten in der Gegenübertragung des Therapeuten erscheint und gegen den Patienten und die Behandlung gerichtet sein kann. Wieder anders ist der Kontakt mit einem Patienten mit Polyneuropathie bei bestehender Alkoholkrankheit. Suchtpatienten haben ein labiles, wechselndes Selbstwertgefühl, neigen zu distanzlosem Verhalten und Verleugnung auch Therapeuten gegenüber. Von einer Magersüchtigen ist krankheitsbedingt nicht zu erwarten, dass sie ihr Gewicht realistisch angibt, sondern sich und andere belügen muss.

Ein weiterer wichtiger Punkt für eine schwierige Beziehung und Kommunikation stellt die Prognose einer Erkrankung dar. Liegt eine akute Erkrankung mit gutem Heilungsverlauf vor oder handelt es sich um einen chronischen Verlauf ohne Besserungstendenz oder gar Verschlechterung? Hierunter fallen z. B. Krebserkrankungen, neurologische Störungen und traumatische Erkrankungen.

Die Kenntnis der typischen Auswirkungen bestimmter Erkrankungen auf die Persönlichkeit, Interaktion und Kommunikation helfen, die Schwierigkeiten im Behandlungsverlauf und in der Kommunikation zu erkennen und als ein zum Krankheitsbild zugehöriges Symptom zu verstehen.

### 13.3 Schwierigkeitsebene: Physiotherapeut

Bekanntlich sind Physiotherapeuten auch Menschen. Vielleicht gehört der einzelne auch zu den 30 Prozent der Bevölkerung, die behandlungsbedürftige seelische Störungen aufweisen. Tätige im Gesundheitswesen sind selbst oft „schlechte“ und schwierige Patienten.

Zeigen sich im Umgang mit den Patienten immer wieder ähnliche Konflikte, so handelt es sich um ein Übertragungsphänomen des Therapeuten auf den Patienten. Besteht ein Leidensdruck, vielleicht auch im privaten Bereich, wäre eine psychotherapeutische Bearbeitung angezeigt.

**Beispiele:** Eine Physiotherapeutin macht die Erfahrung, dass sie mit älteren Männern nicht klarkommt, sich in ihrer Berufsrolle verunsichert fühlt, gereizt reagiert, sobald ihr deutlich wird, dass beim Patienten ein Alkoholmissbrauch oder gar eine Abhängigkeit besteht. In einer Supervision erfuhr sie diesen Zusammenhang, den sie kognitiv eigentlich immer schon wusste („ich mag keine Alkoholiker“), auch sehr emotional und war von ihren Affekten selbst erschrocken. Hintergrund war, dass ihr Vater und einer ihrer Brüder alkoholkrank waren.

Ein Physiotherapeut behandelte gerne an Multipler Sklerose erkrankte Patienten und engagierte sich therapeutisch sehr; dabei überschritt er das therapeutische Setting und versuchte auch, den Patientinnen privat zu helfen. Er wollte nicht akzeptieren, dass die medizinische Therapie und die physiotherapeutischen Maßnahmen Grenzen hatten und keine Wunder bewirken können. In einem psychotherapeutischen Gespräch kam heraus, dass er als Jugendlicher eine Freundin hatte, die an MS

Es lassen sich Parallelen zu Peergroups (engl. *Peers*: Gleichrangige) oder zu Selbsthilfegruppen ziehen; hier kommunizieren Betroffene und „Gleiche“ ohne Therapeuten oder Experten. Kollegiale Beratung wird daher auch als Peer-Supervision, Selbsthilfeberatung oder kollegiale Supervision bezeichnet. Bei der Supervision schaut ein Experte auf die Arbeit eines Ausbildungskandidaten, er kontrolliert ihn; bei der Intervention geschieht das durch die Arbeit der Gruppenmitglieder (lat. *inter*: dazwischen). In Intervisionsgruppen spielt die berufliche Hierarchie oder die Qualifikation der Teilnehmer keine Rolle.

Der Grundgedanke und die Praxis der kollegialen Beratung ist nicht neu und wird eigentlich schon seit Jahrzehnten und Jahrhunderten gepflegt, z. B. bei Ärzten, die in einem wissenschaftlichen Kollegium medizinische Fragen und „Fälle“ diskutieren. Neu ist sicherlich, dass andere Berufsgruppen wie in der Sozialarbeit, Pflege, Verwaltung, im Management, in Projektleitungen den Wert regelmäßigen kollegialen Austauschs nutzen.

Merkmale der kollegialen Beratung/Intervention sind:

- ◆ Klares Setting
- ◆ Transparenz der Methode
- ◆ Gleichberechtigung aller Gruppenmitglieder
- ◆ Wechselnde Rollenverteilung
- ◆ Wertschätzende Grundhaltung des Einzelnen gegenüber den anderen Gruppenmitgliedern (Roddewig 2014: 74)

## 15.5 Leitung in Intervisionsgruppen

Sehr „reife“ Teams und Gruppen könnten ohne einen Leiter auskommen. Dies setzt kommunikative Kompetenzen, Fähigkeiten zur Kooperation und Arbeiten in einem Team, Disziplin und Verzicht auf individuelle Profilierung und Dominanzbedürfnisse voraus. Besteht eine Gruppe z. B. aus lauter Alphas und Führungspersönlichkeiten, könnte das gelingen, solange die Gruppe klein (bis fünf Teilnehmer) ist, eine von allen akzeptierte Struktur und Tagesordnung vorliegt und die Gruppenmitglieder die Fähigkeit zum gegenseitigen Zuhören, sachorientierten Problemlösen und Kompromissfähigkeit mitbringen. Diese homogene Gruppe könnte theoretisch funktionieren. Seit den Axiomen zur menschlichen Kommunikation von Watzlawick u. a. (1969) wissen wir aber, dass Kommu-

nikation immer einen Sach- und Beziehungsaspekt hat, wobei die Beziehungsebene der Teilnehmer die Sachebene – auch durch unbewusste Faktoren - stark beeinflussen kann. Beschlüsse können konsensuell, d. h. einvernehmlich oder durch Mehrheitsentscheidungen gefällt werden.

In der Praxis funktioniert eine Gruppe ohne eine Leitungsfunktion aber nicht wirklich. Es bedarf eines Sitzungsleiters, der zumindest die Tagesordnung und Rednerliste führt, der die Gruppe moderiert. Ein Moderator ist eine Person, die den Gruppenprozess organisiert, sich selbst aber inhaltlich zurückhält und neutral und mäßigend (moderat) verhält. Das ist nicht immer ganz einfach, denn irgendwann möchte er sich auch einbringen. In Diskussionsveranstaltungen nimmt man daher einen Moderator, der kein Fachmann für den Inhalt, sondern einer für den formalen Diskussionsprozess ist.

Der Unterschied zu einer von einem externen Supervisor geleiteten Gruppe ist, dass in der kollegialen Beratung ein Gruppenmitglied wahlweise diese Leitungsfunktion übernimmt. Dieses ist dann ein *Primus inter pares* (lat. Erster unter Gleichen). Seine Schwierigkeit ist, ob diese Person ein neutraler Moderator und Diskussionsleiter bleibt oder wie ein Gruppenmitglied auch inhaltlich mitmischen möchte.

Denkbar wäre auch, auf die Rolle des Leiters zu verzichten, wenn der Ablauf der kollegialen Beratung/Intervision durch eine transparente Struktur von allen Mitgliedern akzeptiert und verinnerlicht wird. Das Setting und der klare Ablauf ersetzt die personale Leitung. Dies setzt die o. g. Reife und Disziplin einer Gruppe voraus, die in größeren Gruppen wegen der gruppenspezifischen Prozesse selten gegeben ist.

Neben der Leitungsrolle gibt es noch weitere Rollen: Der Referent, der einen Fall oder eine Fragestellung vorträgt, sowie die Gruppenmitglieder, die ihre Erfahrungen und Einfälle einbringen.

Eine Gruppe, die gut arbeitet, braucht gegenseitiges Vertrauen der Mitglieder, Konstanz und möglichst wenig Fluktuation der Teilnehmer sowie einige Sitzungen, um in einen Arbeitsmodus zu kommen. Zeit und Kontinuität sind wichtige Faktoren.

Intervisionsgruppen sind Arbeitsgruppen und keine psychotherapeutische Selbsterfahrungsgruppen. In der Gruppenpsychotherapie spricht man von einer halbgeschlossenen Gruppe (Slow-open Group) im Gegensatz zu einer geschlossenen Gruppe (Closed Group). Besteht die Gruppe überwiegend aus wechselnden Mitgliedern, kann kein Gruppenprozess entstehen, die Gruppe fängt dann ständig von vorne an und demotiviert die Teilnehmer.