

1.4 Kommunikation im Team

1.4.1 Teamarbeit in der Palliativmedizin

Monika Müller und Martina Kern

Inhaltsübersicht

Definition und Bedeutung von Team
 Leitsätze für Kommunikation im Team
 Kommunikation als Ausdruck der inneren Haltung
 Offenheit im Team
 Intraindividuelle Kommunikation
 Problem der unterschiedlichen Wirklichkeiten

Definition und Bedeutung von Team

Nach dem Etymologischen Wörterbuch des Deutschen meint der Begriff *Team* nichts anderes als Arbeitsgemeinschaft und Mannschaft, eine »Gruppe von Leuten, die in enger Zusammenarbeit an einer Aufgabe tätig sind« [1]. Interessant ist der Hinweis an gleicher Stelle auf die sprachliche Verwandtschaft mit *Zaum(zeug)*, mhd., und nl. *zom/tom*, was soviel wie Lenkriemen und Zugseil heißt und auf die Bedeutung eines einheitlichen Ausgerichtetseins und auf Kraft und Ausdauer im Sinne gemeinsamer Schubkraft hinweist.

Beispielhaft für eine Form des Teams in den vielen Umsetzungsmöglichkeiten von ambulanter und stationärer Hospizarbeit und Palliativmedizin ist hier das Team auf einer Palliativstation herausgegriffen. Trotz der Verschiedenartigkeit von Teams gelten die angesprochenen Kriterien für Anforderungen und für die Kommunikation auch in anderen Teams.

Hospizidee und Palliativmedizin sind mit dem Ziel angetreten, schwerstkranken und sterbenden Menschen unter dem Aspekt der Lebensqualität ganzheitlich zu betreuen. Um diesem Anspruch gerecht werden zu können, wird inter- und multidisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich, denn kein Mensch kann die vielfältigen und anspruchsvollen Aufgaben allein bewältigen.

Um dies erkennen zu können, ist es notwendig zu begreifen, in welchem Kontext Teams in der Palliativmedizin und Hospizarbeit stehen. Als Hilfe kann dazu Abbildung 1-9 dienen.

Im inneren Kreis der Abbildung 1-9, dem Zentrum, stehen der schwerstkranken Patient (P) und seine Angehörigen, denen die Unterstützung gilt. In der Mitte befindet sich das multidisziplinäre Palliativteam aus Krankenpflegepersonal, Ärzten, Seelsorgern, Physiotherapeuten usw. Darüber hinaus gibt es einen Außenkreis, z. B. bestehend aus dem Hausarzt, der Öffentlichkeit, den Krankenkassen, anderen Krankenhausstationen und ambulanten Diensten, um nur einige zu nennen. Jeder hat seinen jeweils eigenen Bezug zum Patienten und alle sind irgendwie – mal mehr, mal weniger – miteinander und mit dem Team in Verbindung.

Der Auftrag des Palliativteams ist es nun, sowohl nach innen als auch nach außen zu wirken: In Richtung Patient und Angehörige sind die Aufträge die Schmerztherapie und Symptomkontrolle, das Schaffen von Geborgenheit und Sicherheit. In Richtung Außenkreis ist es oftmals die Entkräftung von Mythen (Schmerzen müssen nicht sein), eine Vermittlerfunktion (es gibt Lebensqualität in der letzten Lebensphase) sowie die Überzeugungsfunktion (Palliativmedizin und Hospizarbeit sind eine Alternative zur aktiven Sterbehilfe). Dafür braucht es das Team.

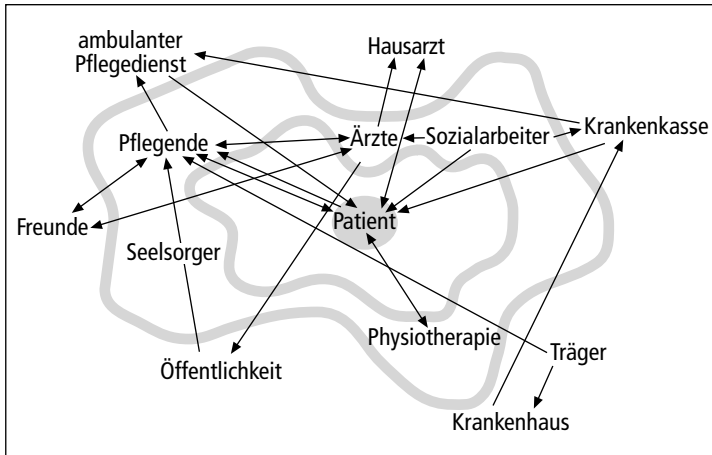


Abb. 1-9 Der Kontext von Teamarbeit in der Palliativmedizin

Unter der idealisierten Vorstellung der Einigkeit des gemeinsamen Ziels wurde zu Beginn von Palliativmedizin und Hospizarbeit oftmals ein Teamverständnis vorausgesetzt, das da hieß: Teamarbeit ist, wenn alle das Gleiche wollen (wie die Leitung und die übergeordnete Idee und Ideologie). Unter dem Aspekt der ausschließlichen Konzentration auf die Lebensqualität des anvertrauten Patienten schien es, dass die Behandlungs- und Therapieziele sowie deren Umsetzung innerhalb eines Teams endlich einmal kongruent waren und man nur patienten- und an dessen Bedürfnissen orientiert arbeitet, die langen, vielfach unerquicklichen Diskussionen über Therapieoptionen, unterschiedliche Auffassungen zwischen Ärzten und Pflegenden und Hierarchieprobleme hinter sich lassen und klar, in Ruhe, friedvoll und in großer Einmütigkeit miteinander arbeiten könnte.

Die Wirklichkeit aber sieht in diesem ethisch und fachlich so anspruchsvollen Arbeitsfeld viel nüchterner und »menschlich unzulänglicher« aus, weil eben Menschen in ihm tätig sind. Teams sind häufig nach dem Zufallsprinzip zusammengewürfelt, historisch begründet, nicht gewachsen. Seine Mitglieder haben unterschiedlichste persönliche und fachliche Voraussetzungen und Qualifikationen, verschiedene Motivationen und Verständnisse sowie eine hohe Komplexität von Aufgaben. Dies macht die Arbeit im Team noch

einmal sensibler und die notwendige Kommunikation miteinander heikler.

In der Palliativmedizin und Hospizarbeit, wo oftmals hierarchische Strukturen negiert wurden (und vielleicht manchmal auch noch werden) und Teammitglieder Gefahr laufen, inmitten eines großen ideologisierten »Wir« zu verschwimmen, treten zwangsläufig Probleme auf: Dann wird der Patient manchmal zum Medium der Klärung der Rollen und Hierarchien im Team. Jeder wird versuchen, die eigene Wichtigkeit und das eigene Anliegen – gerade weil es ein so hehres und altruistisches ist – in den Vordergrund zu stellen, vielleicht aber auch, um dadurch Anerkennung zu bekommen und sich zu behaupten. Das kann im Extremfall so viel Energie binden, dass kaum Platz für die Belange bleiben, für die eigentlich alle angetreten sind, nämlich Patienten und Angehörige mit ihren Symptomen und Nöten wirklich in den Mittelpunkt der Bemühungen zu stellen.

Beispielhaft genannt sei hier die leider allzu bekannte langatmige Übergabe, in der jeder noch einmal einen Kommentar abgibt, obwohl eigentlich schon alles gesagt ist, nur um gesehen zu werden. Durch ein gesundes Bewusstsein der eigenen Person und der eigenen Profession muss dieser Beweis nicht mehr vor den anderen erfolgen. Jeder kennt dann seinen Platz im Team und kann sich darauf konzentrieren, ob die eigene Einbin-

dung für den Prozess hilfreich ist oder nicht und sich auch einmal bescheiden zurückziehen.

Ein Team kann nur dann zu einem tragfähigen, **zugkräftigen** (um im Bild zu bleiben) System werden, wenn jeder seinen Auftrag, seine Stärken und Schwächen kennt, aber auch weiß, wo er Entlastung und Hilfe bekommen kann.

Leitsätze für Kommunikation im Team

Kommunikation als gelebter Ausdruck einer inneren Haltung

Erster Leitsatz für die Kommunikation mit und in dem Team ist, dass alle Grundsätze, die in der Beziehung zu Patient und Angehörigen gelten, genauso im Team zum Tragen kommen müssen. Wenn es richtig ist, dass Kommunikation nicht als Technik erlernt werden kann, sondern die Auswirkung einer inneren Haltung ist, aus der sich Handlungsfähigkeit, Flexibilität und Kreativität im Umgang mit dem Patienten ergeben (s. Kap. 4 Pflege), so kann und darf diese innere Haltung im Kontakt mit den Kollegen nicht zum Ende oder zum Verstummen kommen.

Fallbeispiel

In einem Rollenspiel während einer Fortbildungsveranstaltung über Psychohygiene analysiert eine Pflegekraft eine Seminarkollegin und wirft ihr vor, diese müsse sich nun endlich den Härten des Berufs stellen und nicht immer so wehleidig sein. Davon ginge es schließlich keinem der Patienten besser, dass sie mit ihnen traurig sei und am Ende gar noch Raum für die Verabschiedung von einem Verstorbenen erbitte.

Es war der gesamten auswertenden Gruppe schwer vorstellbar, dass besagte so heftig kritisierende Pflegenden Sensibilität für den subjektiven Verarbeitungsprozess einer Erkrankung bei Patienten haben oder so genannte »schlechte« Gefühle wie Wut und Ärger respektieren könne.

Nur wenn die Haltung in der Rolle als Pflegend mit der Rolle als Kollegin übereinstimmt, ist diese Haltung glaubwürdig und wirksam. Eine Haltung kann nicht wie ein Kittel und in verschiedenen Kontexten an- und abgelegt werden.

Wenn der Austausch mit dem Patienten auch und manchmal vorwiegend auf der Beziehungsebene stattfindet, muss auch dieser Ebene im Team Rechnung getragen werden. Eine Gruppe, die ihr Ziel erreichen will, sollte eigentlich immer auf zwei verschiedenen Ebenen, der Aufgaben- und der Beziehungsebene, aktiv sein, vor allem um eine längere Zusammenarbeit zu ermöglichen.

Fallbeispiel

Eine Schwester aus Unterfranken ist neu in dem Team des rheinischen Hospizes. Sie kann sich noch nicht so gut in der Stadt eingewöhnen und wird wegen ihrer Mundart ein wenig geneckt. Während einer Übergabe berichtet sie von mehreren ausführlichen Gesprächen mit einem Patienten, der extrem niedergeschlagen sei und sie in seine großen Probleme mit Krankheit und Familie eingeweiht habe.

Das Team kann sich keinen Reim darauf machen, erlebt es den Patienten doch völlig anders. Es folgt eine lange Diskussion über den »wahren« Zustand des Patienten.

Eine Kommunikation kann sich scheinbar auf der Inhaltsebene (Zustand des Patienten) abspielen und um Fakten drehen (Schmerzen, Familienangelegenheit), aber eigentlich der Definition von Beziehungen dienen (in unserem Beispiel der Anerkennung im Team). Über Beziehungen wird meistens nicht direkt mit Worten gesprochen (etwa: »Ich möchte zu euch gehören, von euch akzeptiert sein«), sondern durch Handlungen, Gesten, Gesichtsausdruck, Klang der Stimme. Das stellt ein Team vor die schwierige Aufgabe, im komplizierten Geflecht von nonverbalen und verbalen Mitteilungen nach den Störungen zu suchen. Zu wissen, dass beide Ebenen oft ineinander übergehen oder einander verdecken, kann hilfreich sein und Verständnis für die eigentliche Aussage wecken bzw. den Sprechenden unterstützen, direkter auszudrücken, was er meint und will. Oft ist dies erst in Praxisbegleitung

und Supervision zu entdecken und geschützt zu lernen (s. Kap. 1.4.2, Abschn. Supervision).

Wie viel Offenheit braucht und verträgt Kommunikation im Team?

Ein zweiter Leitsatz der Kommunikation im Team ist der der Offenheit. Kommunikative Offenheit bedeutet freier und ungezwungener Austausch von Information zwischen Kommunikationspartnern. Im Einzelnen heißt das: persönliche Reaktionen, Gefühle und Auffassungen frei zum Ausdruck zu bringen und Informationen rückhaltlos und verständlich weiterzugeben. Sowie die Kommunikationspartner herausfinden, dass sie offen miteinander kommunizieren können, ohne verletzt zu werden, entwickelt sich zwischen ihnen gegenseitiges Vertrauen. Als Minimalforderung ist deshalb die Bereitschaft von adäquaten Kommunikationskanälen in der Gruppe zu sehen. Offenheit in der Gruppe beginnt mit dem guten Beispiel, offene Kommunikation vorleben ist wirksam.

Es erfordert eine reife Persönlichkeit, um frei und offen mit anderen zu kommunizieren und sich dabei nicht unterlegen und in der Autonomie bedroht zu fühlen. Offenheit der Kommunikation begünstigt das Zusammenwachsen und die Einheit von Gruppen und fördert die Kreativität.

Jeder Vorgang sollte für das Gruppenmitglied einsichtig sein. Damit ist aber nicht gemeint: unkontrolliert offen gelegt werden. Es gibt immer Informationen, die nicht für alle Partner oder nicht für die bestehende Aufgabe relevant sind. Offene Kommunikation verlangt auch, die Sicherheitsbedürfnisse anderer Gruppenmitglieder zu respektieren.

Im Teamgespräch einer multidisziplinären Gruppe bieten die verschiedenen vertretenen Fachkompetenzen ausgezeichnete Möglichkeiten, einen Patienten ganzheitlich zu betrachten. Ein einzelner kann unmöglich alle Facetten sehen,

die es beim Pflege- und Betreuungsprofil zu bedenken gibt. Allerdings liegen auch genau hier die Grenzen der Kommunikation.

In der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen erhalten Teammitglieder oft in sehr kurzer Zeit einen sehr intensiven und tiefen Einblick in das Leben und die Gedankenwelt eines Patienten und seiner Angehörigen. Ein Patient auf einer Palliativstation sagte einmal dankbar: »Das Schöne an dieser Station ist, dass hier jeder weiß, was mit mir ist.« Diese Aussage ist von zentraler Bedeutung; wichtig dabei ist aber, dass das nicht zwangsläufig heißt: Jeder bekommt alle Informationen, die der Patient einem ihm »besonderen« Mitarbeiter im Gespräch gegeben hat. Deshalb hängen Vertrauen und Vertraulichkeit eng zusammen.

Fallbeispiel

Eine junge Patientin auf einer Palliativstation vertraut der Krankenschwester an, dass sie missbraucht worden sei, bittet aber gleichzeitig darum, dass diese Mitteilung »im Krankenzimmer bleiben« möge. Die Schwester ist von der Nachricht sehr beeindruckt, sieht Zusammenhänge mit den Krankheitssymptomen und erwägt, die Information wegen ihrer Bedeutsamkeit doch an das Team weiterzugeben. Nach reichlichem Abwägen verzichtet sie darauf.

Wer ein gutes Gespür für Vertraulichkeit entwickelt, wird mit dem Vertrauen des Patienten gut umgehen können. Wenn Zweifel auftreten, ist es hilfreich, den Patienten zu fragen, ob diese Information ins Team weitergegeben werden darf.

In der offenen und gleichzeitig verschwiegenen Kommunikation sind beim Austausch von Informationen folgende Überlegungen im Vorhinein von Bedeutung:

- Was ist wichtig?
- Was ist für wen sinnvoll, relevant und erlaubt zu wissen?
- Wo sind Grenzen zu beachten, wo werden möglicherweise der Schutzraum, die Intimität und die Autonomie des Patienten und/oder Kollegen gefährdet?

In der Kommunikation über den Patienten sind folgende Regeln zu bedenken:

- Teile nicht alles mit, was Du über den Patienten weißt, sondern nur das, was für die Betreuung wirklich relevant ist.
- Sprich immer so über den Patienten, als säße er mit im Team (statt »Der K. stellt sich ziemlich an«, besser: »Herr K. äußert große Angst«).
- Spekuliere und interpretiere nicht, sondern benenne nur, was ist (statt »Er hat sicher große Angst vor der Diagnose« besser: »Er hat dreimal nach der Uhrzeit der morgigen Untersuchung gefragt«).

Auseinandersetzung mit sich selbst als Voraussetzung für Kommunikation im Team

Ein dritter Leitsatz ist, dass die Kommunikation mit anderen die Kommunikation mit sich selbst als Voraussetzung hat. Kommunikation beginnt im Innern des Menschen. Die interindividuelle oder soziale Kommunikation setzt den Prozess der intraindividuellen Kommunikation fort. In der intraindividuellen Kommunikation wird der Kommunikator sich selbst zum Gesprächspartner, in der interindividuellen Kommunikation bezieht er sich auf andere. Für beide Kommunikationsarten wird das Selbstsystem aktiviert.

Indem sich der Mensch seiner selbst bewusst wird, ist es ihm möglich, eine Position außerhalb seiner selbst einzunehmen und von dort aus zu reflektieren. Sich von außen zu sehen heißt, sich mit den Reaktionen anderer auf sich selbst und den eigenen Reaktionen auf andere zu beschäftigen. Auf diese Weise kommt der Mensch zu einer Selbstdefinition oder zu einem Selbstverständnis, an dem er seine Handlungen, auch die kommunikativen, orientiert. Das Kommunikationsverhalten eines Menschen wird von seiner Selbstdefinition und seinem Selbstverständnis entscheidend geprägt. Seine Kommunikationen sind nachweisbar entsprechend der Art, wie er sich selbst versteht.

Dies ist nicht als statische Größe zu verstehen. Hier sind der Kollegenkreis und das Team von großer Bedeutung. Die interpretierenden Kommunikationen anderer bleiben nicht ohne Einfluss auf die innerlich eingenommene Haltung des Kommunikators, auf sein Selbstverständnis. In der Kommunikation wird nicht nur Selbstverständliches befolgt, sondern es werden auch Meinungen und Erwartungen von anderen einbezogen, die für das Selbstverständnis relevant sind.

Auseinandersetzung mit Leid

Gerade die Arbeit mit sterbenden Menschen, der Umgang mit Leid und unausweichlicher Endlichkeit erfordert eine intensive Auseinandersetzung und stellt intraindividuell die Frage an den Helfer: »Wie steht es mit dem eigenen Leid?«, also die Frage nach der eigenen Leidensfähigkeit.

Es scheint der moderne Mensch, und hier besonders die Mitarbeiter des Gesundheitssystems, von einer besonderen Krankheit befallen zu sein: er kann (und will) nicht mehr Leiden mit ansehen und zulassen [5]. Zur Geschöpflichkeit des Menschen – und des Arztes, der Pflegekraft, der anderen Berufsgruppenzugehörigen – gehören auch in der Palliativmedizin bei allen Fortschritten in Schmerztherapie und Symptomkontrolle Enttäuschungen, Verzichte, Frustrationen, Hilflosigkeit, schmerzliche Abschiede und angsterzeugende Neuanfänge. Sich mit diesen Leidspuren im eigenen Leben auseinander zu setzen und sich ihnen in Wahrheit zu stellen, muss geleistet werden, damit man sich auch den sterbenden Patienten und ihrer Wirklichkeit in Wahrheit stellen kann. Das wird dann mittel- oder längerfristig dazu führen, diese Wirklichkeit kommunizieren zu können.

Fallbeispiel

In einer Supervisionsgruppe berichtet der Oberarzt einer internistischen Station von einer 55-jährigen Patientin, die vom gesamten Team als eine Frau beschrieben wird, die nach Stadien von Verzweiflung, Auflehnung und Resignation nun ihrem nahen Tode einigermaßen gefasst entgegensehe und nur noch den Wunsch habe, für die letzte Zeit auf die Palliativstation des gleichen Hauses verlegt zu werden. Als der betreffende Arzt dies mit

ihr bei der Visite besprochen habe, habe sie seine Hand genommen, sekundenlang festgehalten und Tränen in den Augen gehabt. Darauf habe er mit seinem Team abrupt das Zimmer verlassen, auf dem Flur seine Mitarbeiter nur barsch auf die »desolante Situation« der Patientin hingewiesen und geäußert, dass man diesen Zustand doch nicht einfach so lassen könne. Weil er selbst »so etwas nicht aushalten könne«, habe er angeblich zum Wohl der Patientin eine weitere Chemotherapie angeordnet.

In der Supervision entspann sich eine lebhaftere Diskussion, zu wessen Wohl er diese Anordnung tatsächlich getroffen habe.

Sich der Wahrheit zum eigenen Leiden und eigenen Tod zu stellen, meint das Hereinnehmen des Todes in die eigene Existenz. In eine solche Haltung wird man nicht hineingeboren, man kann in sie nur allmählich hineinwachsen. Man kann sie auch verfehlen, und es gibt mehr Beispiele für die letztere Haltung als für erstere. Aber dadurch wird nicht widerlegt, dass »Wert und Wirkung helfenden Beistandes beim fremden Tod eine ... Echtheit gegenüber der Tatsächlichkeit des Todes voraussetzen, die nur im Vorbewusstsein des eigenen Todes und durch innere Reifung zu ihm gewonnen werden kann« [4].

Wir möchten damit nicht nur den Äußerungen zustimmen, die auf den Zusammenhang von eigenem Todesverständnis des Behandlungsteams und Begleitung des sterbenden Patienten zu seinem Tod aufmerksam machen. Wir möchten noch darüber hinausgehen und betonen: Es kommt nicht nur auf das Todesverständnis an, also auf die intellektuelle Akzeptierung einer Lehre vom Tod, sondern auf die Todesaneignung, also auf das existenzielle Annehmen einer über uns verhängten Bestimmung, die doch in Freiheit von uns beantwortet werden will.

In der Wahrheit zum eigenen Leid und Tod stehen bedeutet, sich selbst auch als wesensmäßig Leidender und Sterbender zu erkennen und daraus die Folgerung zu ziehen, sein Leben darauf hin zu gestalten.

Das heißt für jedes Teammitglied zu lernen, die vielen kleinen Tode mitten im Leben zu erkennen, zu bestehen und gegebenenfalls sogar zu gestalten. Auf dieser Ebene wird Leiden nicht nur als unvermeidlicher Konflikt blind ausgehalten, sondern Leidensfähigkeit in Leistung verwandelt [2].

Mit diesem in Verbindung, in Austausch sein, bedeutet Kommunikation mit sich selbst. Auf das eben genannte Beispiel bezogen heißt dies: in dem Leiden der Patientin, die sich ganz konkret und kaum erträglich mit der Entscheidung zur Ansicht ihrer Endlichkeit konfrontiert sieht, auch das eigene Leiden zu erkennen und auszuhalten.

Auseinandersetzung mit der beruflichen Rolle

Rollenverhalten resultiert aus den Rollenerwartungen anderer. Wie weit ein Rollenträger seine Rolle persönlich ausgestalten kann, hängt einerseits vom situativen (vom sozialen System zugelassenen) Spielraum, andererseits von Persönlichkeitsfaktoren, eben vom Selbstverständnis des Rollenträgers ab. Neben dem »Rollenübernehmen« findet immer auch »Rollenmachen« statt, denn Rollenerwartungen sind kaum jemals eindeutig und stets in der Interpretation bedürftig und müssen in jeder Kommunikationssituation neu ausformuliert werden [6]. Der aktive Umgang mit Rollenerwartungen aus einem bestimmten Selbstverständnis heraus steht im Dienst der flexiblen Gestaltung der eigenen Rolle. Die Gestaltung des eigenen Rollenverhaltens ist an die Frage gebunden: »Wie finde ich angesichts der Erwartungen von verschiedenen Seiten zu einem bestimmten Selbstverständnis und daraus meine eigene Rolle?«

Das Selbstverständnis des Menschen ist seine Einstellung zu sich. Wie eine Person zu sich selber eingestellt ist, sich selber in einer Rolle versteht, bedingt mit, wie die anderen sich zu ihr einstellen und welchen Einfluss die Person gewinnt.

Voraussetzung für eine gelingende, vollständige Kommunikation in diesem Zusammenhang bedeutet, dass alle Partner sich über ihre Rollenbeziehungen einig sein müssen – wenn einer der Verkäufer ist, muss der andere der Kunde sein, ist der eine der Lehrer, dann ist der andere der Schüler etc. Es muss also Einigkeit über die Art der Situation bestehen, in der die Kommunikationsteilnehmer sich befinden, und sie müssen bereit sein, den Erwartungen zu entsprechen, die an eine sozial definierte Rolle gestellt werden. Genau in diesem Zusammenhang entstehen gerade im Team, in den Einrichtungen, den interdisziplinären Kontakten, aber auch im Patienten-Arzt-Gespräch Störungen, weil Missverständnisse entstehen oder Verweigerungen in Bezug auf bestimmte Aspekte fremder Rollenerwartungen.

Der psychologische Kontrakt über die Rollenbeziehungen stellt eine Realität mit bedeutenden Konsequenzen dar. Nicht wahrgenommene Erwartungen der Gegenseite oder die Weigerung, Rollenbeziehungen zu akzeptieren, wie es bei Mitgliedern von Teams immer wieder beobachtet wird, führen zu Konflikten (Rollenkonflikte).

Wo die angebotene Rollenbeziehung missverstanden oder lächerlich gemacht wird, kann keine gültige Kommunikation stattfinden.

Ungültige oder unvollständige Kommunikation kann auch aus einer Rollenambiguität entstehen. Der Sender oder der Empfänger erlebt seine oder die Rolle des anderen als mehrdeutig, unklar oder unbestimmt. Es fehlt der klare Konsens bezüglich der Rollenerwartungen – eine mögliche Quelle der Unsicherheit. Derjenige weiß dann nicht, was er tun soll und wie andere sich ihm gegenüber verhalten werden.

Vielleicht lässt sich das Gesagte am Beispiel von symmetrischer und komplementärer Kommunikation erläutern: Symmetrische Kommunikation liegt vor, wenn beide Partner einander als gleichwertig oder ebenbürtig erachten, sei es nun aufgrund zugeschriebener oder erworbener Fähigkeiten. Die komplementäre Beziehungsform bezeichnet hingegen ein Über- und Unterordnungsverhältnis, wie es zwischen Eltern und

Kindern, Arzt und Patient, Lehrer und Schüler besteht.

Ein Großteil des institutionellen Lernens vollzieht sich innerhalb von Komplementarität. So sind nach traditioneller Auffassung Status und Rolle von Patient, Angehörigen, Schwestern und Ärzten komplementär ergänzend aufeinander bezogen. Der Patient und seine Angehörigen erleben den Arzt und die Krankenschwester, den Seelsorger und den Sozialarbeiter aus ihrer Sicht als den aktiven, dominierenden Partner. Sie glauben nicht nur, dass der Arzt und die anderen oben Genannten Macht über sie habe, sondern erwarten insgeheim diese Macht, wenn nicht Allmacht.

Das soziale System konditioniert den Menschen dazu, dass er im Titel, im Kittel und in allen anderen vom System getragenen Symbolen den Beweis sieht, dass der Träger oder Besitzer kompetent ist. Rollen und die aus ihnen entstehenden Kommunikationen werden nicht durch persönliche Motive, sondern durch Erwartungen definiert; dazu gehört auch die Erwartung des Patienten.

Die Rolle, die der Patient einnimmt, bestimmt zu einem Teil – vor allem in den informellen Aspekten, die nicht durch Rechte und Pflichten geregelt sind – die Komplementärrolle des Gegenübers und damit dessen Verhalten auch an anderen Orten und in anderen Kontexten. Dies ist eine Kommunikationsregel von größter praktischer Bedeutung.

Das bedeutet z. B. für die oft beschworene Partnerschaftlichkeit zwischen den Teammitgliedern, dass zwischen ihnen allen zunächst eine Rollenklärung stattfinden muss.

Fallbeispiel

Eine Sozialarbeiterin wird zu einem Patienten gerufen, der sehr verzweifelt ist und eine große Verweigerung gegenüber dem Fortschreiten seiner Erkrankung zeigt. Im Gespräch mit ihr äußert er seine Befürchtungen, seiner Frau und seinen Kindern nur Schulden zu hinterlassen, weil er noch nichts geregelt habe. Erst müsse unbedingt noch das Haus fertig gebaut sein, vorher könne er nicht sterben. Nach eingehender sozialrechtlicher Beratung ist der Patient sehr erleichtert und dankbar.