

Universität Regensburg
Zentrum für Sprache und Kommunikation
Mündliche Kommunikation und Sprecherziehung
M.A. Speech Communication and Rhetoric

Das Beratungsgespräch mit Patienten und Angehörigen im Klinikalltag

Aufzeigen der Wichtigkeit der Gesprächskompetenzen von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten in Bezug auf Beratungsgespräche mit Patienten und Angehörigen im neurologischen Klinikalltag

Abschlussarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Arts in Speech Communication and Rhetoric

28.08.2022

Erstgutachterin: Dr. Brigitte Teuchert

Zweitgutachter: PD Dr. habil. Wieland Kranich

Zusammenfassung

In der Medizin besitzen Sprache und Kommunikation einen wichtigen Stellenwert. Täglich führen Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten mit Patienten und Angehörigen Gespräche über die weitere medizinische Versorgung, z.B. Beratungsgespräche. Doch wie laufen Beratungsgespräche im beruflichen Klinikalltag ab?

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde eine Befragung zum Thema „Beratungsgespräche mit Patienten und Angehörigen“ auf einer neurologischen Station eines Universitätsklinikums durchgeführt. Es nahmen insgesamt 81 Personen an der Befragung teil: 25 Ärzte, 37 Pflegekräfte und 19 Therapeuten.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Mehrzahl des medizinischen Fachpersonals Kommunikation auf Augenhöhe unter Einbezug der Mitbestimmung der Patienten und Angehörigen wichtig ist. Die Kommunikationsinstrumente „klar und verständlich informieren“, „aktives Zuhören“ und „begründen und argumentieren“ werden als besonders wichtig eingestuft. Insgesamt zeigt sich, dass dennoch bei vielen Patientengruppen in der gegenseitigen Kommunikation „große Probleme“ auftreten. Das langfristige Ziel muss sein, die kommunikativen Kompetenzen des medizinischen Fachpersonals nachhaltig zu schulen, dass sie im Alltag die verschiedensten Gesprächssituationen bestmöglichst und zufriedenstellend meistern können.

Abstract

Language and communication are important in medicine. Every day, doctors, nurses and therapists talk to patients and relatives about further medical care, e.g. counseling sessions. But how do counseling interviews work in everyday clinical practice?

As part of this master's thesis, a survey on the subject of "counseling sessions with patients and relatives" was carried out in a neurological ward of an university hospital. 81 people took part in the survey: 25 doctors, 37 nurses and 19 therapists.

The results show that communication at eye level, including the co-determination of patients and relatives, is important to the majority of medical professionals. The communication tools "provide clear and understandable information", "active listening" and "substantiate and argue" are rated as particularly important. Overall, it can be seen that in many patient groups still "big problems" in mutual communication exist. The long-term target must be to sustainably train the communicative skills of medical professionals so that they can master the most diverse conversational situations in everyday life as best as possible and satisfactorily.

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG.....	1
2. THEORIETEIL.....	3
2.1. Das Beratungsgespräch.....	5
2.1.1. Definition Beratungsgespräch.....	5
2.1.2. Beratungsgespräche im medizinischen Kontext	6
2.2. Kommunikation im Gesundheitswesen	11
2.2.1. Kommunikation zwischen Arzt und Patient bzw. Angehörigen	22
2.2.2. Kommunikation zwischen Pflegekraft und Patient bzw. Angehörigen	25
2.2.3. Kommunikation zwischen Therapeut und Patient bzw. Angehörigen	27
2.2.4. Grundlagen der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Kommunikation	28
2.3. Beratungsgespräche im Klinikalltag	31
2.3.1. Ablauf der Beratungsgespräche	32
2.3.2. Rolle von Arzt/Pflegekraft/Therapeut.....	34
2.3.3. Allgemeine Gesprächsförderer	36
2.4. Aktuelle Studienlage zu den Themen „Beratungsgespräche“ und „Kommunikationstraining im medizinischen Kontext“	37
2.5. Wichtige Kommunikationsinstrumente in den Beratungsgesprächen...	42
2.5.1. Aktives Zuhören.....	42
2.5.2. Fragetechniken	44
2.5.3. Konstruktiv argumentieren und begründen.....	46
2.5.4. Perspektivenwechsel.....	47
2.5.5. Klares und verständliches Informieren und Beraten	48
2.5.6. Metakommunikation.....	50
2.5.7. Einbezug nonverbaler Kommunikation	50

2.5.8.	Anpassung von Stimme und Sprechweise an die jeweilige Situation	54
2.6.	Anpassung der Gespräche an verschiedenes Patientenklientel	57
2.7.	Exkurs zum Thema interne Kommunikation	58
2.8.	Fragestellung	59
3.	METHODIK	60
3.1.	Studiendesign	60
3.2.	Beschreibung des Fragebogens	61
3.3.	Ablauf der Umfrage	62
4.	ERGEBNISSE	62
4.1.	Darstellung der Ergebnisse	62
4.1.	Diskussion der Ergebnisse	72
5.	FAZIT UND AUSBLICK	81
	Abbildungsverzeichnis	85
	Tabellenverzeichnis	87
	Abkürzungsverzeichnis	88
	Literaturverzeichnis	89
	Anhang	100
	Danksagung	133
	Eidesstattliche Erklärung	134

1. EINLEITUNG

Laut Jacobi (2020) ist Sprache das wichtigste Medium zur Kommunikation.

Sobald Menschen mit Anderen eine Situation teilen, kommunizieren sie miteinander. Sie tun das verbal und nonverbal, also mit Worten, Mimik, Gestik und durch ihre Körperhaltung. (Jacobi, 2020, S. 1)

Durch unsere Sprache drücken wir aus, was wir denken und fühlen, welche Normen und Werte wir teilen, welcher Kultur wir angehörig sind und welche Vorstellungen wir über uns selbst, über andere und unsere Gesellschaft haben (Jacobi, 2020, S. 1). Sprache ist im Kontakt mit Menschen allgegenwärtig: „Man kann nicht nicht kommunizieren“ ist eines der berühmten Axiome von Paul Watzlawick (Watzlawick, Beavin & Jackson, 2017, S. 60). Zu seinen Grundsätzen gehört auch, dass es bei der Kommunikation nicht nur um den Austausch von Inhalten, sondern gleichzeitig um die Gestaltung einer Beziehung zueinander geht (Watzlawick, Beavin & Jackson, 2017, S. 61).

Diese Aspekte lassen sich auch im Bereich des Gesundheitswesens ansiedeln. In der Medizin besitzen Sprache und Kommunikation einen wichtigen Stellenwert, denn beides ist für das Gelingen der Interaktion zwischen Ärzten¹, Pflegekräften² und Therapeuten³ mit Patienten⁴ von großer Bedeutung (Schröder, 2019, S. 56-62). Laut Schweickhardt und Fritzsche (2016, IX) verbringen medizinische und therapeutische Fachkräfte mindestens 1/3 ihrer Arbeitszeit bei Gesprächen mit Patienten, Angehörigen und Begleitpersonen. Studien zur Patientenzufriedenheit zeigen, dass Gespräche zwischen medizinischen und therapeutischen Fachkräften und Patienten für kranke Menschen besonders wichtig sind. Den Studienergebnissen nach haben allerdings viele Patienten das Gefühl dabei nicht genügend gesundheitsrelevante Informationen zu erhalten und wollen zunehmend stärker in die Entscheidungen mit einbezogen werden (Coulter & Magee, 2003 und Körner, 2013, S. 48-55). Die Ausbildung und der Wissensstand deutscher Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten sind hervorragend, aber aus Schilderungen von Mitarbeitern medizinischer

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Text der Begriff Arzt stellvertretend für Ärztin und Arzt verwendet

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Text der Begriff Pflegekraft stellvertretend für Pflegerin und Pfleger verwendet

³ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Text der Begriff Therapeut stellvertretend für Therapeutin und Therapeut verwendet

⁴ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Text der Begriff Patient stellvertretend für Patientin und Patient verwendet

Einrichtungen wird der Hilferuf nach Unterstützung im Bereich Kommunikation immer lauter (Kutscher & Seßler, 2017, XI). Besonders im Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation gibt es Befragungen, die zeigen, dass auch Ärzte unter ihren mangelnden kommunikativen Fähigkeiten leiden. In einer Befragung von Gebuhr (2002) geben 61% Belastungen durch Patientenschicksale an, 83% fühlen sich durch die Erwartungshaltung der Patienten belastet, 36% haben Schwierigkeiten mit aktiven Patienten, die andere Therapievorstellungen einbringen. Die genannten Bereiche können gut durch kommunikative Fähigkeiten beeinflusst werden (Schweickhardt & Fritzsche, IX). 40% der Befragten geben bei der Befragung von Gebuhr (2002) Defizite in der Kommunikation an. Diese Studienergebnisse zur Arzt-Patienten-Kommunikation lassen sich nicht auf Pflegekräfte und Therapeuten übertragen. Da das Arbeitsfeld jedoch sehr ähnlich ist, besteht die Vermutung, dass auch bei den zwei anderen Berufsgruppen Defizite im Bereich der Kommunikation bestehen und sich diese auf die Arbeitszufriedenheit auswirken können.

Ziel muss es sein, eine Verbesserung des medizinischen Gesprächsverhalten anzustreben. Dies gelingt, wenn dieser Thematik mehr Raum in den betreffenden Ausbildungen und Studiengängen gegeben wird. Ferner sollte im Berufsleben ein ausreichendes Angebot an passenden Weiterbildungen zur Verfügung stehen, sodass die medizinischen Fachkräfte ihre alltäglichen Herausforderungen bestmöglichst meistern können. (Lippke, Ansman & Brütt, 2022, S. 1)

Um das Kommunikationsverhalten von praktizierenden Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten im beruflichen Alltag besser einschätzen zu können, wurde folgende Forschungsfrage aufgestellt: „Beeinflussen bestimmte Parameter im Kommunikationsverhalten von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten den Erfolg von Beratungsgesprächen mit Patienten und Angehörigen im neurologischen Klinikalltag?“. Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage wurden im Rahmen dieser Masterarbeit Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten der neurologischen Station eines Universitätsklinikums befragt. Sie sollten anhand eines Fragebogens ihr Kommunikationsverhalten in Bezug auf Beratungsgespräche mit Patienten und Angehörigen in ihrem beruflichen Alltag einschätzen. Bevor auf die Durchführung und die Ergebnisse der Umfrage eingegangen wird, beginnt die vorliegende Arbeit mit einem ausführlichen Theorieteil, der verschiedene Aspekte in Bezug auf die Kommunikation im

Gesundheitswesen und insbesondere Beratungsgespräche im medizinischen Kontext beleuchtet.

2. THEORIETEIL

Das Gespräch tritt immer mehr in den Fokus des Klinikalltags. Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten müssen täglich Gespräche mit verschiedenen Gruppen von Menschen, wie z.B. Patienten, Angehörigen und Arbeitskollegen, führen. Bestandteil ihres Berufs sind die verschiedensten Arten von Gesprächen: das Aufnahmegespräch, das Anamnesegespräch, das Aufklärungsgespräch, das Visitingespräch, das Beratungsgespräch und das Entlassungsgespräch.

„So verschieden die Gespräche, so verschieden die richtige Gesprächsführung.“ (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 147). Allen Gesprächen liegt aber der gleiche Gedanke zugrunde: „im kooperativen Miteinandersprechen die für alle akzeptabelste Lösung zu finden.“ (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 147). Der Sprechwissenschaftler Klaus Pawlowski (2005, S. 8) definiert ein Gespräch als einen Prozess, in dem wir versuchen, uns mit einem (oder mehreren) Partner⁵(n) über etwas zu verständigen.

Die Äußerung des einen bekommt ihre Bedeutung für das Gespräch erst durch die Reaktion des anderen. Deshalb können wir niemals mit Gewissheit vorhersagen, wie eine taktische Variante, eine bestimmte Art zu fragen oder zu argumentieren wirkt. (Pawlowski, 2005, S. 8)

Das Gespräch als Prototyp der Kommunikation ist als mündliche Kommunikation die intentionale, wechselseitige Verständigungshandlung mit dem Ziel, etwas zur gemeinsamen Sache zu machen bzw. etwas gemeinsam zur Sache zu machen (Geißner, 1981, S. 45). Ziel eines jeden Gesprächs, ist eine konstruktive Gesprächsführung, wobei konstruktiv bedeutet, dass beide Gesprächspartner etwas davon haben. Ein solches Gespräch ist folglich in hohem Maße ökonomisch und damit erfolgreich (Pawlowski, 2005, S. 8).

Meißner und Pietschmann (2012) entwickelten ein Modell von Qualitätsfaktoren, das auch für Face-to-Face-Gespräche von grundsätzlicher Bedeutung ist (Bose et al., 2013, S. 119). Es gibt eine Vielzahl von Faktoren, die ein Gespräch beeinflussen. Diese sind in der folgenden Abbildung dargestellt:

⁵ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Text der Begriff Partner stellvertretend für Partnerin und Partner verwendet

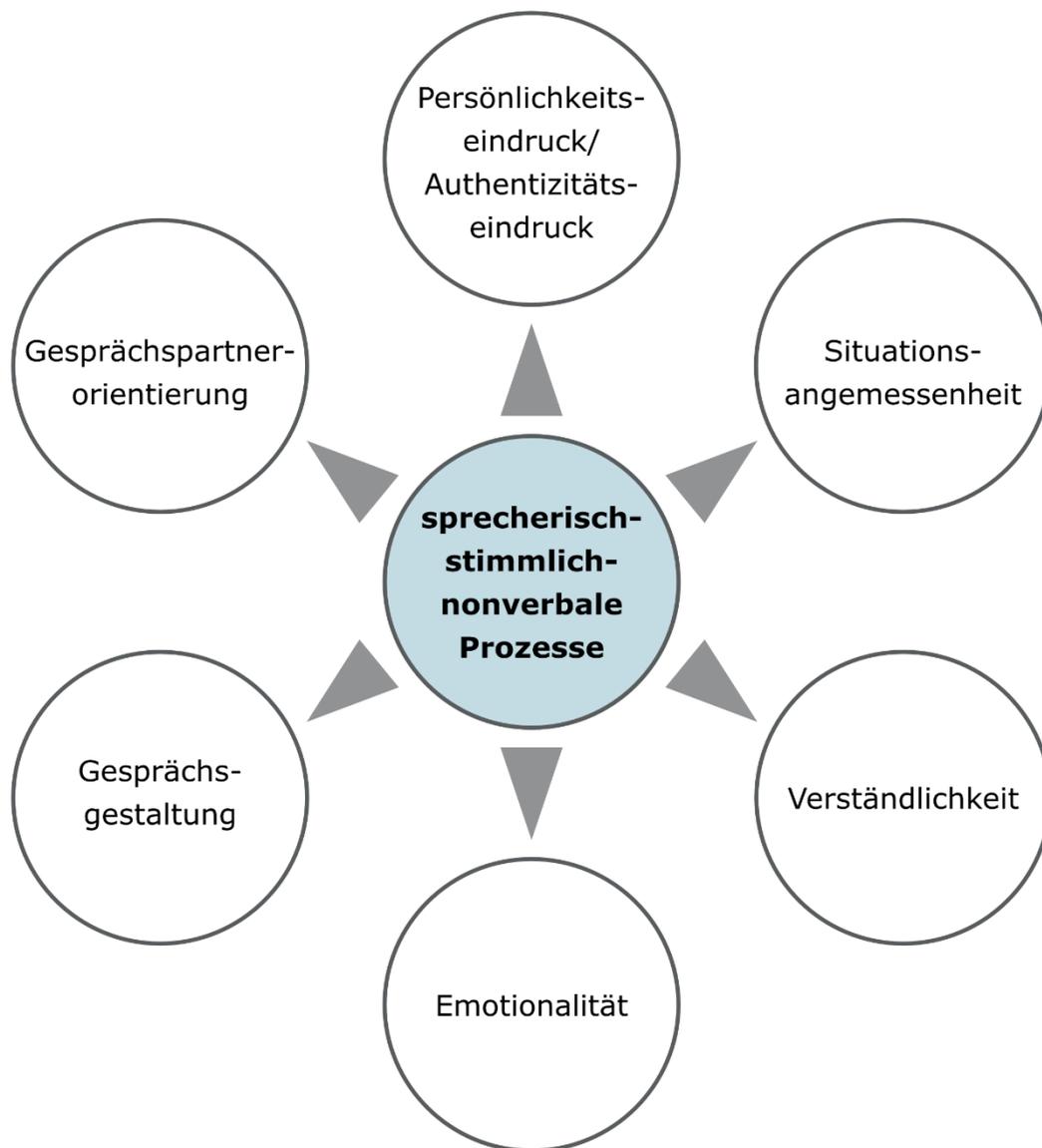


Abbildung 1: Gesprächsqualitätsfaktoren nach Meißner und Pietschmann (2012, S. 218) in Anlehnung an Bose et al., 2013, S. 119

Mittelpunkt ist die sprecherisch-stimmliche Gestaltung des Gesprächs. Bei Face-to-Face-Gesprächen kommen die nonverbalen Gestaltungsanteile (d.h. die visuellen, taktilen und olfaktorischen) Signalanteile hinzu, die ggf. Berücksichtigung finden müssen. Maßgeblich für die Gesprächsqualität sind die in der Abbildung dargestellten Faktoren, für deren Analyse und Optimierung sich die folgenden Leitfragen anbieten (Bose et al., 2013, S. 120):

- Persönlichkeitseindruck: z.B. Kompetenz, Glaubwürdigkeit, Sicherheit
- Situationsangemessenheit: Welche Auswirkungen haben alle Merkmale des Modells auf die Wahrnehmung der Situationsangemessenheit?

- Verständlichkeit: Gibt es Indizien für die Beeinträchtigung bzw. das Gelingen in den/von Sprechplanungs- und Hörverstehensprozessen?
- Emotionalität
- Gesprächsgestaltung: z.B. Syntax, Lexik, Turnlängen, Sprechanteile.
- Gesprächspartnerorientierung: z.B. Kooperativität, Höflichkeit, Aufdringlichkeit, Empathie.

Diese Kriterien verdeutlichen die Komplexität der mündlichen Kommunikation und somit die eines Gesprächs (Bose et al., 2013, S. 120).

2.1. Das Beratungsgespräch

Diese Arbeit fokussiert sich auf die Gesprächsform des Beratungsgesprächs. Es ist ein Gespräch, welches Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten täglich im Berufsalltag führen. Es findet in Hinblick auf das weitere medizinische, pflegerische und therapeutische Vorgehen mit dem Patienten und/oder den Angehörigen statt. Es wird zu den strukturierten Gesprächen gezählt, in denen es um die Klärung von Sachfragen, um den Austausch von Informationen und Meinungen und um das Lösen von Sachproblemen etc. geht (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 149).

2.1.1. Definition Beratungsgespräch

Im Beratungsgespräch geht es um die Fachberatung durch einen Experten.

Fachberatung ist eine Form von Hilfestellung und kreativer Lösungssuche. Sie wird dann gesucht, wenn Unsicherheit infolge Nichtwissens, Nicht-Verstehens, Komplexität, Widersprüchlichkeit oder Neuerungen entsteht. Durch Informationen, fachliches und prozedurales Wissen sollen Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeit, Planbarkeit und Sicherheit (wieder-)hergestellt werden. Psychologische und kommunikative Kompetenz entscheidet, ob der Beratungsinhalt auch ankommt und integriert werden kann. (Wimmer et al., 2020, S. 9)

Die Fachberatung ist somit ein gewollter und gesteuerter Kommunikationsprozess zwischen einem oder mehreren Beratern⁶ und einem oder mehreren Klienten⁷ mit dem Ziel: Durch Vermitteln von sachlichen Informationen und fachlichem Wissen den Klienten Grundlagen für Entscheidungen und Handlungsmöglichkeiten zu

⁶ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Text der Begriff Berater stellvertretend für Beraterin und Berater verwendet

⁷ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Text der Begriff Klient stellvertretend für Klientin und Klient verwendet

geben, um ihre Situation, ihre Anliegen und ihre Probleme verändern, lösen oder bewältigen zu können. (Wimmer et al., 2020, S. 10)

Nach Wimmer et al. (2020, S. 12) lassen sich die vielen Formen der Beratung, die angeboten werden in drei Kategorien einteilen. Neben der oben beschriebenen Fachberatung, um die es in dieser Arbeit geht, lassen sich davon einerseits die Prozessberatung und andererseits die Psychosoziale Beratung abgrenzen. Der Prozessberater arbeitet mit der Expertise, den Ressourcen und dem Lösungswissen des Klienten. Die Fachberatung bietet zusätzlich Hilfe in Form von sachlich-fachlichem und prozeduralem Wissen an. Während sich die Fachberatung und die Prozessberatung in der Art der Beratung unterscheiden, liegt der Unterschied zwischen Fachberatung und Psychosozialer Beratung in Situationen und Befinden des Klienten. Psychosoziale Beratung richtet sich an Menschen, die sich in einer psychisch belastenden Lebenssituation befinden, in einer Krise stecken oder an einer psychischen Erkrankung leiden. (Wimmer et al., 2020, S. 12)

Zwischen diesen drei Beratungsfeldern lässt sich laut Wimmer et al. (2020, S. 13) keine trennscharfe Abgrenzung vornehmen. Fachberater, wie in diesem Fall Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten, sollten sich im Klaren sein, dass es in den Grenzbereichen zu den anderen Beratungsfeldern immer zu Überschneidungen kommt. Die Fachberater sind gefordert, Klienten auch in der Umsetzung der Lösung oder der Durchsetzung ihrer Interessen zu helfen. Häufig wird mit Klienten gearbeitet, welche durch ihre Situation emotional oder psychisch belastet sind. In diesen Fällen ist ein Grundwissen über Prozessberatung und Psychosozialer Beratung von Vorteil, um mit solchen Situationen umgehen oder die Grenzen als Fachberater besser erkennen zu können. (Wimmer et al., 2020, S. 13)

2.1.2. Beratungsgespräche im medizinischen Kontext

Im medizinischen Kontext fungieren Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten als Experten und Fachberater in den Beratungsgesprächen. Täglich führen sie Beratungsgespräche mit Patienten, um über Medikamenteneinnahme, diagnostische Maßnahmen, Ergebnisse von Untersuchungen und Erklärungen über die Ursachen der Beschwerden und das damit verbundene Risikoverhalten zu informieren (Schweickhardt & Fritzsche, 2016, S. 117). Vor besonders wichtigen Gesprächen sollten sich Arzt, Pflegekraft oder Therapeut vorher informieren, ob es noch Angehörige oder

Bezugspersonen gibt, deren Anwesenheit vom Patienten gewünscht wird. Besonders bei körperlich und geistig eingeschränkten Patienten, sollte auf jeden Fall eine Bezugsperson anwesend sein (Fritzsche & Schweickhardt, 2016, S. 160). Allgemein gilt, wenn die Einwilligungsfähigkeit des Patienten nicht mehr gegeben ist, müssen befugte Dritte in vorgeschlagene ärztliche Maßnahmen einwilligen (Praxmann, 2018, Deutsches Ärzteblatt).

Beratungsanlässe sind laut Schweickhardt und Fritzsche (2016, S. 116) unter anderem: Informationen über Erkrankungen und Risikofaktoren, Informationen über bestimmte Behandlungsmaßnahmen und Motivation für die Durchführung von vereinbarten Behandlungsmaßnahmen. Bei den Beratungsgesprächen geht es um die Vermittlung von Informationen. Ziel der adäquaten Vermittlung von Informationen ist, das Verständnis des Patienten zu verbessern, sein Erinnerungsvermögen zu stärken und damit langfristig seine Gesundheitskompetenz zu erhöhen (Schweickhardt & Fritzsche, 2016, S. 117).

Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten sind Experten mit einer hohen Fachkompetenz. Doch allein die Fachkompetenz reicht nicht aus, um erfolgreich Gespräche zu führen. Neben der Fachkompetenz bedarf es noch der Beratungskompetenz. Die Beratungskompetenz besteht aus vielen Fähigkeiten („human skills“) die auf Personen, das Zwischenmenschliche, auf Situation und Kontext bezogen sind und der Fachberatung zum Gelingen verhelfen. (Wimmer et al., 2020, S. 16f)

Die Beratungsfähigkeiten werden durch drei Bereiche erfasst:

- **Methodische Kompetenz:** Wie steuere ich Beratungsgespräche? Konkrete Werkzeuge, um geeignete Gesprächswege zu wählen
- **Soziale Kompetenz:** Andere verstehen und verständlich kommunizieren. Bsp.: Einfühlungsvermögen, kommunikative Techniken und lösungsorientierte Sprache.
- **Personale Kompetenz:** Sich selbst reflektieren und andere einschätzen können. Bsp.: Auftreten, Wirkung, Einstellung.

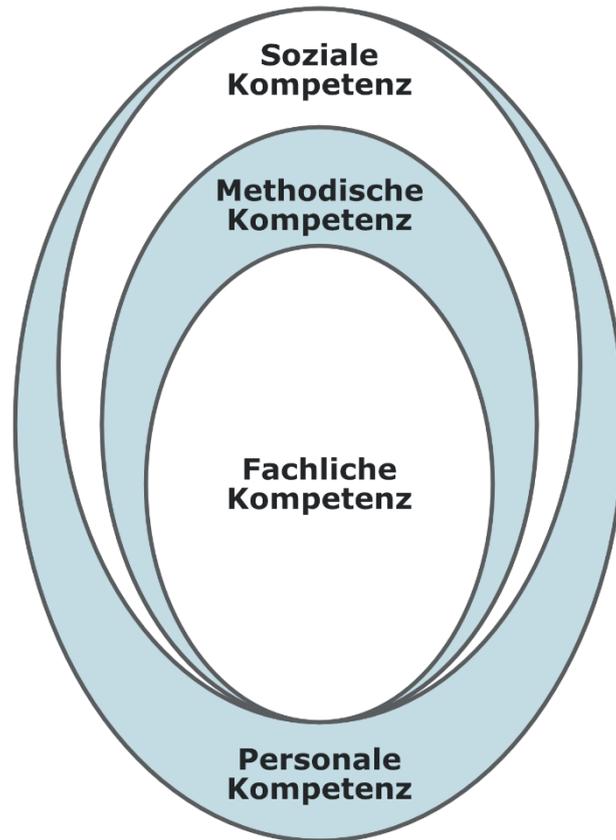


Abbildung 2: Kompetenzmodell für Fachberater in Anlehnung an Wimmer et al., 2020, S.17

In den Beratungsgesprächen geht es darum, die eigene Fachkompetenz und die oben beschriebenen Beratungsfähigkeiten intelligent einzusetzen, um konstruktiv und erfolgreich Gespräche mit den Patienten und Angehörigen zu führen (Wimmer et al., 2020, S. 16).

Die Professorin Mary Jo Kreitzer forscht an der University of Minnesota und stellt fest, dass die Patientenbedürfnisse sich in den letzten Jahren deutlich verändert haben. Die Patienten sind zunehmend konsumorientiert und wollen für ihr Geld eine angemessene Beratung und Versorgung. Sie wollen als eigenständige Persönlichkeit wahrgenommen werden und nicht wie unmündige Kranke behandelt werden. (Tewes, 2015, S. 65)

Auch im Krankenhaus nimmt der Beratungsanspruch von Patienten zu. Informierte und gut beratene Patienten verfügen über mehr Entscheidungsspielraum und damit mehr Selbstbestimmung, was für den Genesungsprozess maßgeblich ist. (Tewes, 2015, S. 66)

Jeder Tätige im Gesundheitswesen weiß, dass man nur noch schwer etwas erreichen kann, wenn ein Patient sich selbst aufgegeben hat. Durch gelungene

Beratungsgespräche wird die Motivation der Patienten und Angehörigen gesteigert, ihre Compliance⁸ in Bezug auf das weitere Vorgehen wird erhöht und somit entsteht die entscheidende Grundlage für den Genesungsprozess des Patienten. Besonders die Compliance seitens des Patienten ist hierbei von großer Bedeutung. Die zwei häufigsten Gründe für eine fehlende Compliance sehen Forscher zum einen in der Persönlichkeit des Patienten und zum anderen im Verhalten der Tätigen im Gesundheitswesen. Beim Patienten spielen die persönlichen Werte, das Krankheits- und Therapieverständnis eine ebenso große Rolle, wie die geistige Aufnahmefähigkeit und die Beziehung zur medizinischen Fachkraft (in diesem Fall Arzt, Pflegekraft oder Therapeut). Das Verhalten des medizinischen Fachpersonals fördert dann eine Non-Compliance wenn es z.B. von wenig Respekt, unverständlichen Formulierungen und wenig Einfühlbarkeit geprägt ist (Brucksch et al., 2005, S. 3-8). Daraus resultiert, dass sich der Patient im Anschluss an das Gespräch an 40 – 80 % der Informationen, die das Fachpersonal übermittelt, nicht mehr erinnert. Je größer der Informationsinput desto geringer die Erinnerungsfähigkeit des Patienten. Darüber hinaus wird etwa die Hälfte der Informationen falsch erinnert (Kessels, 2003, S. 219-222).

Was Tätige im Gesundheitswesen tun können, um die Einwilligung ihrer Patienten in die medizinischen Maßnahmen zu erhöhen sind laut Brucksch et al. (2005, S. 3-8) unter anderem folgende Punkte:

- Respekt vor dem Patienten
- Ausloten der Patientenbedürfnisse
- Einbeziehen des Patienten in den Entscheidungs- und Behandlungsprozess
- Patienten gut und verständlich informieren und ihnen Wahlmöglichkeiten aufzeigen
- Schriftliche Patientenleitlinien herausgeben, in denen die Maßnahmen einfach aber eindrücklich erklärt werden
- Therapiepläne aufstellen
- Verordnen von Kombinationspräparaten, statt mehrere Einzelpräparate
- Erinnerungsmaßnahmen, z.B. durch erneute Gespräche

⁸ Mit Compliance ist die Einwilligung des Patienten in den Behandlungsablauf gemeint.

Außerdem kann durch Heranziehen folgenden Modells die Wertschätzung und das Ermöglichen von Entscheidungsmöglichkeiten des Patienten transparent gemacht werden, um Gespräche mit dem richtigen Fokus zu führen (Tewes, 2015, S. 65).

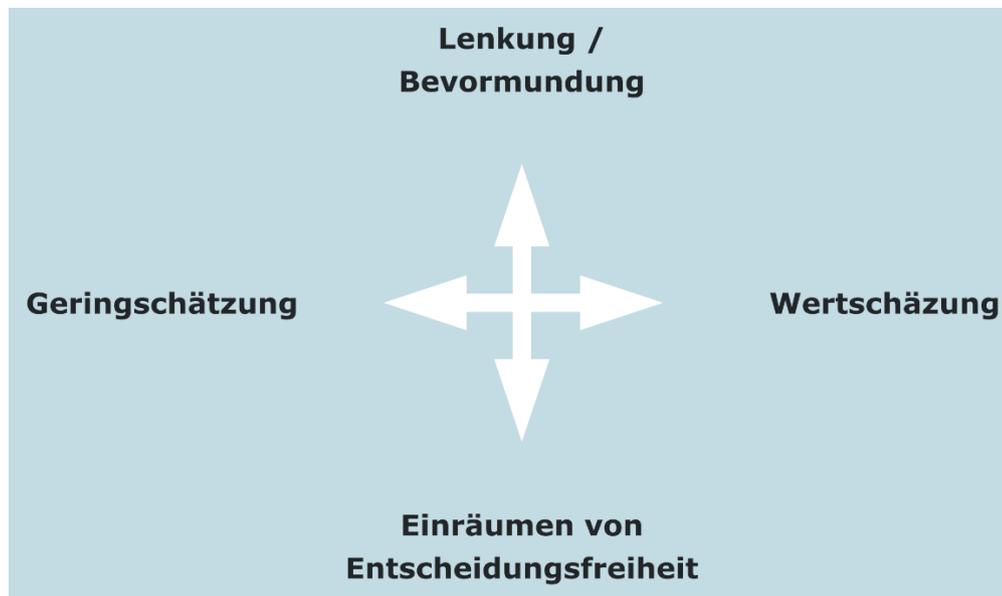


Abbildung 3: Modell von Wertschätzung und Entscheidungsfreiheit von Patienten in Anlehnung an Tewes, 2015, S. 66

Es empfiehlt sich, Gespräche nach diesem Modell zu reflektieren und sich selbst ehrlich zu fragen: „Mit welchem Fokus habe ich das Gespräch geführt?“ (Tewes, 2015, S. 65).

Beratungsgespräche im medizinischen Kontext unterscheiden sich von „normalen“ Beratungsgesprächen, siehe auch Kapitel 2.3.. Es finden geplante Beratungsgespräche statt, bei denen es z.B. um die langfristige Weiterversorgung eines Parkinsonpatienten zu Hause geht. Es gibt jedoch auch viele wichtige kurzfristige Beratungsgespräche, bei denen es um die akute und schnelle Behandlung von Patienten geht. Dementsprechend können die Gespräche von Arzt, Pflegekraft und Therapeut, je nach Situation, mehr oder weniger vorbereitet und geplant werden. Bei medizinischen Beratungsgesprächen geht es meist um lebenswichtige Entscheidungen seitens der Patienten und Angehörigen. Es ist wichtig eine wertschätzende und vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre zu verfolgen, um die Betroffenen möglichst gut über die bevorstehenden Möglichkeiten zu beraten, zu informieren und Ihnen dennoch im Beratungsprozess Platz für eigene Entscheidungen zu lassen.

2.2. Kommunikation im Gesundheitswesen

„Die Kommunikation ist eine der wichtigsten Grundlagen, auf denen das Gesundheitswesen basiert.“ (Tewes, 2020, S. 6)

Im Umgang mit dem Patienten werden Informationen gesammelt, Gespräche mit unterschiedlichsten Schwerpunkten geführt, in schweigender Anteilnahme wird Kummer, Schmerz und Leid getragen und geteilt, mit körperlicher Zuwendung wird gepflegt, umsorgt und begleitet, beim Wechsel auf eine andere Station oder in eine andere Institution wird übergeleitet und schließlich wird die Versorgung evaluiert. Im Umgang mit Kollegen⁹ und Mitarbeitern¹⁰ anderer Fachdisziplinen werden Informationen mitgeteilt, Befunde ausgetauscht, Diagnosen erstellt, Anordnungen getroffen, Fachfragen diskutiert, Untersuchungsergebnisse gebündelt, Beobachtungen notiert und Diagnosen hinterfragt. (Tewes, 2020, S. 6)

Doch wie gelingt dieser Informationsfluss problemlos und effizient? Den Einstieg bietet das Sender-Empfänger-Modell von Claude E. Shannon und Warren Weaver. Es wurde in den 1940er Jahren entwickelt und stammt aus der Nachrichtentechnik. Eine Person ist der Sender der Nachricht, die andere ist der Empfänger. Nach diesem Modell kommt es dann zu Kommunikationsproblemen, wenn es bei der Übertragung Schwierigkeiten gibt (Schweickhardt, 2016, S. 4).

⁹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Text der Begriff Kollege stellvertretend für Kollegin und Kollege verwendet

¹⁰ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Text der Begriff Mitarbeiter stellvertretend für Mitarbeiterin und Mitarbeiter verwendet

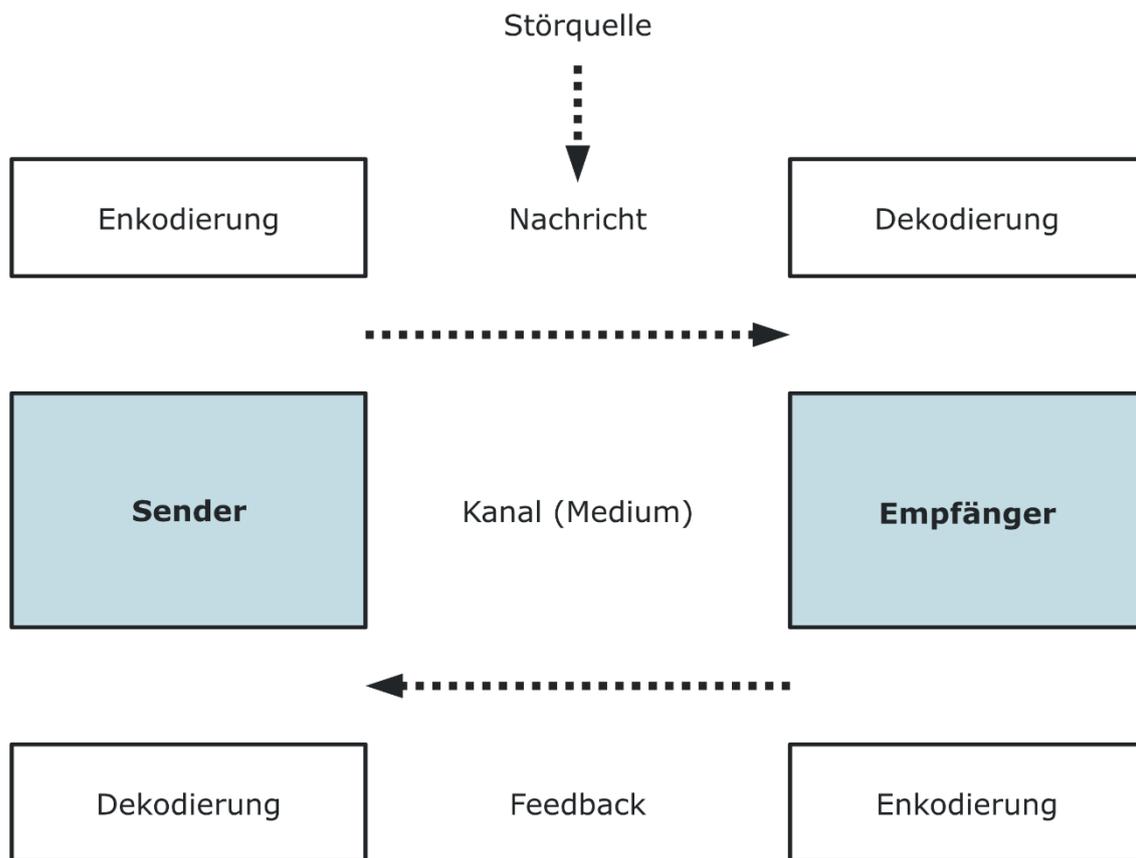


Abbildung 4: Sender-Empfänger-Modell (nach Shannon & Weaver) in Anlehnung an Bechmann, 2014, S. 80

Viele weitere Kommunikationsmodelle gründen auf diesem einfachen Informationsmodell, weshalb es hier vorgestellt wird. Nach dem Modell bedarf das erfolgreiche Beratungsgespräch zwischen Arzt, Pflegekraft oder Therapeut und Patient/Angehörigem einer klaren Signalübertragung, die durch bestimmte Gesprächsförderer begünstigt wird (Schweickhardt, 2016, S. 4). Diese Gesprächsförderer werden in Kapitel 2.3. genauer beschrieben und diskutiert. Ziel ist es, den Gesprächsbeitrag so verständlich wie möglich und so umfassend wie nötig zu machen. Sowohl ein Zuviel als auch ein Zuwenig an Signalen kann das Verständnis und somit die Beratung erheblich erschweren (Bechmann, 2014, S. 81). Durch das Beratungsgespräch soll medizinisches Fachpersonal mit Patienten und Angehörigen eine gemeinsame Entscheidung für die weitere medizinische Versorgung treffen. Dies gelingt nur, wenn die gesendeten Nachrichten angepasst an den Gesprächspartner verständlich und situationsangemessen formuliert werden. Grundlage eines jeden Beratungsgesprächs ist es laut Schweickhardt (2016, S. 5), die Position des anderen einzunehmen. Dieses Prinzip der Kommunikation wurde von Grice (1979) als

Relevanzkriterium beschrieben. Entsprechend diesem Kriterium werden die Inhalte und der Umfang des Gesprochenen gewählt. Einem Kind wird eine Krankheit anders erklärt als einem Erwachsenen, einem Kollegen anders als einem Handwerker (Schweickhardt, 2016, S. 5).

Betrachtet man nun die gesendete Nachricht genauer, kommt man zu den Vorstellungen verschiedener Kanäle und der unterschiedlichen Seiten einer Äußerung. Beim Sprechen werden drei Ausdruckskanäle oder auch Ebenen einer Nachricht unterschieden: verbal, paraverbal und nonverbal. (Büttner & Quindel, 2013, S. 13)

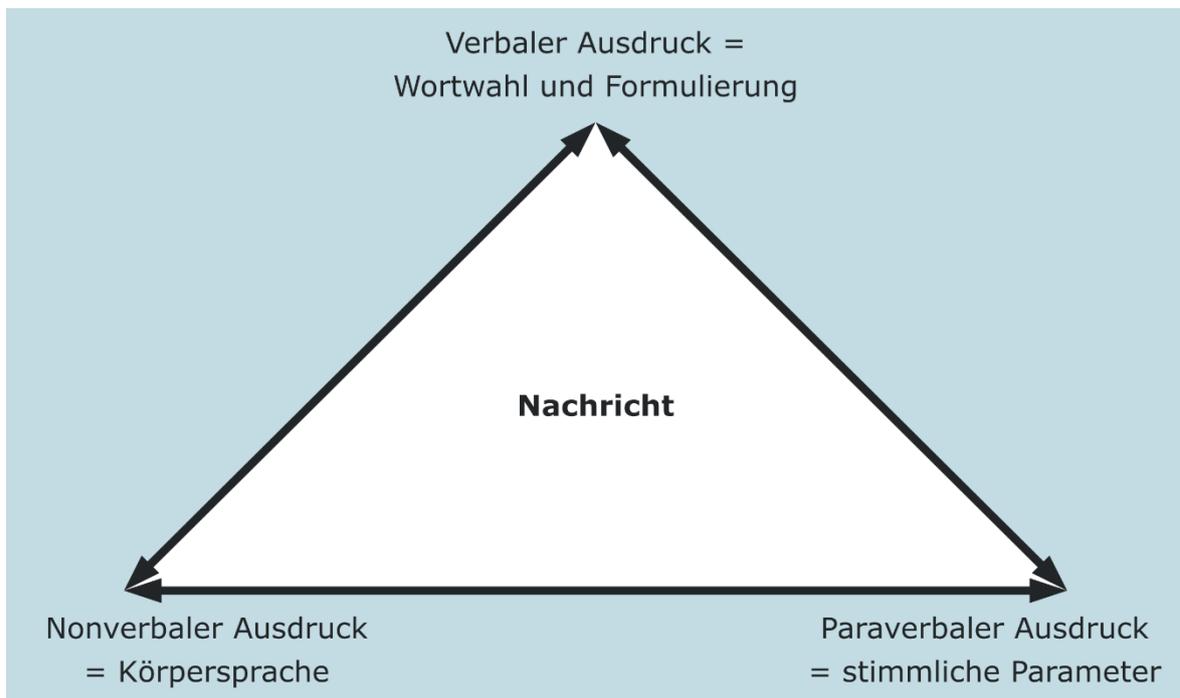


Abbildung 5: Drei Ausdruckskanäle in Anlehnung an Büttner und Quindel, 2013, S. 13

Im Allgemeinen findet die verbale Ebene die meiste Beachtung, obwohl die Kommunikation auf den beiden anderen Ebenen wesentlich schneller und intensiver abläuft. Auf der paraverbalen und nonverbalen Ebene ist die Kommunikation jedoch weniger bewusst (Pallasch & Kölln, 2011, S. 99). Doch besonders in Beratungsgesprächen, in denen es um die Gesundheit des Patienten und somit meist um lebenswichtige Entscheidungen geht, dürfen der nonverbale und der paraverbale Ausdruck nicht ausgeblendet werden. Sie beeinflussen die Nachricht maßgeblich und sind so besonders bei emotionalen Themen von Bedeutung. Auf den Einfluss der verschiedenen Ebenen auf die Gespräche zwischen Arzt/Pflegekraft/Therapeut und Patient wird im Kapitel 2.4.7 noch genauer eingegangen.

Doch das Sender-Empfänger-Modell lässt sich nicht ohne Schwierigkeiten zu einem Modell zwischenmenschlicher Kommunikation umbiegen (Krallmann & Ziemann, 2001, 21ff). Deshalb wurde es - besonders in der Kommunikationspsychologie - ständig und mit großem Erfolg weiterentwickelt. Es ist die Basis für weitere Modelle, die uns viel näher an die kommunikative Wirklichkeit führen (Bechmann, 2014, S. 81). Ein solches Modell ist das Vier-Seiten-Modell nach Friedemann Schulz von Thun (2011). Es ist nah an der kommunikativen Wirklichkeit und es gründet auf der Sprachtheorie des Arztes, Psychologen und Philosophen Karl Bühler (Bechmann, 2014, S. 81).

Wenn Menschen miteinander kommunizieren, werden nicht nur Informationen übertragen. Wir wollen mit jeder Botschaft viel mehr ausdrücken als das, was wir sagen. Der Sprachpsychologe Karl Bühler hat, aufbauend auf dem Informationsmodell sein Organon-Modell (1934) entwickelt. In ihm wird die kommunikative Funktion von Sprache in den Vordergrund gerückt. Das Organon-Modell geht ebenfalls von einer wechselseitigen Beziehung zwischen Sender und Empfänger aus. Hinzu kommt, dass es in diesem Modell eine Verbindung zu den materiellen Gegenständen selbst gibt. Es gibt somit eine Relation des Schallphänomens zum Sprecher (Sender), eine Relation des Schallphänomens zum Hörer¹¹ (Empfänger) und eine neu integrierte Relation des Schallphänomens zu den Dingen oder Sachverhalten der Welt. Das Schallphänomen ist für den Sprecher Ausdruck seines Erlebens und seiner Empfindung, für die Gegenstände und Sachverhalte in der Welt eine symbolhafte Darstellung und für den Hörer ein Signal oder ein Appell, sich in einer bestimmten Weise zu verhalten. Ausdruck, Darstellung und Appell sind folglich die drei Funktionen, die sich für Karl Bühler in jedem konkreten Sprechereignis zeigen. (Bechmann, 2014, S. 82f)

¹¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Text der Begriff Hörer stellvertretend für Hörerin und Hörer verwendet

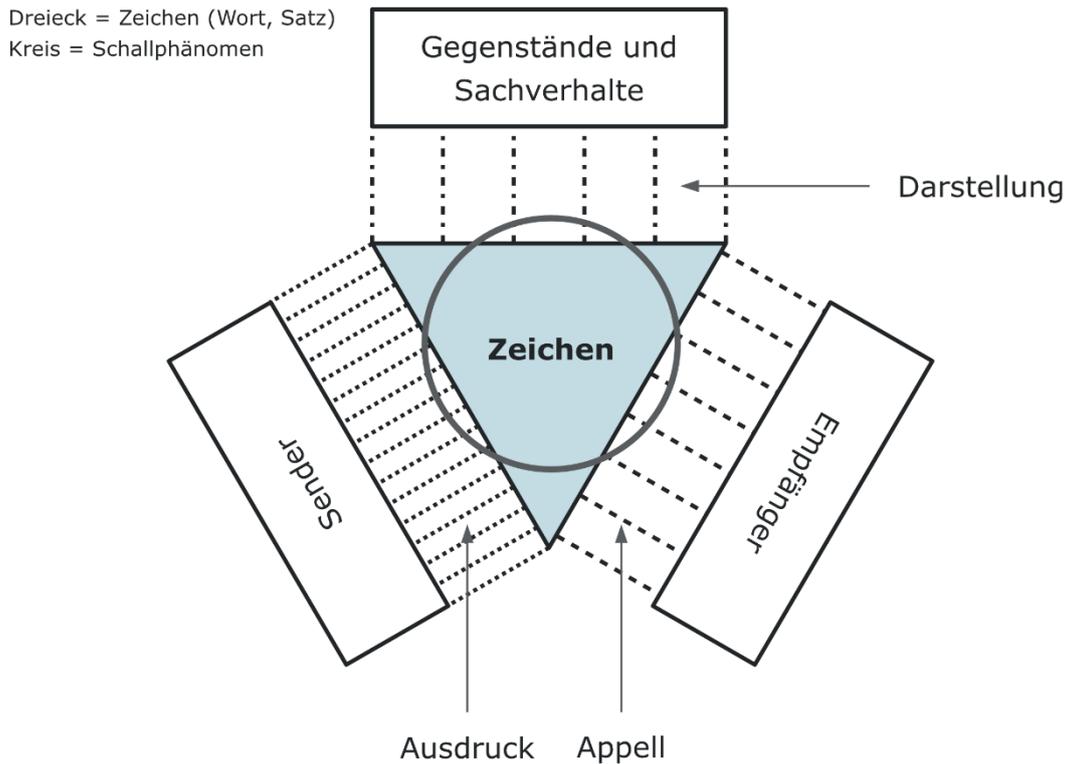


Abbildung 6: Organon-Modell der Sprache (nach Karl Bühler) in Anlehnung an Bechmann, 2014, S. 83

Hier ein Beispiel, um das Organon-Modell von Bühler besser im Kontext von Beratungsgesprächen zu platzieren und seine Bedeutsamkeit aufzuzeigen. Ein Arzt äußert gegenüber seinem Patienten, der einen zweiten Schlaganfall erlitten hat, folgenden Satz: „Ihre Leber ist kaputt.“ Weiter wird angenommen, dass der Arzt bereits beim letzten Krankenhausaufenthalt den übermäßigen Alkoholkonsum des Patienten angemahnt und kritisiert hat. Mit Blick auf das Organon-Modell lässt sich diese Äußerung laut Bechmann (2014, S. 83f) auf dreifache Weise verstehen:

1. In Hinblick auf die Darstellungsfunktion beschreibt die Äußerung nicht mehr und nicht weniger als einen Sachverhalt, der sich aus der Auswertung der medizinischen Befunde ergibt.
2. Wenn nun Parameter wie Stimme und Tonfall mitbetrachtet werden (und sich die Vorgeschichte vergegenwärtigt), dann kann die Äußerung als Ausdruck einer Haltung oder eines Gefühls interpretiert werden. Äußert der Arzt den Satz vorwurfsvoll und mit ärgerlicher Stimme, kann vermutet werden, dass der Satz nicht nur der Darstellung eines Sachverhaltes dient, sondern in erster Linie Ausdruck der Verärgerung und Enttäuschung ist. Spricht der Arzt

den Satz aber leise und ruhig, dann könnte die Äußerung ein Ausdruck von Traurigkeit, Mitleid oder Bedauern sein. Festzuhalten ist: Das *Wie* entscheidet über die Ausdrucksfunktion.

3. In Hinblick auf den Appell wirkt der Tonfall und die Vorgeschichte entweder als eine Bitte, das Trinken zu lassen oder als Aufforderung das ungesunde Trinkverhalten zu erklären. Oder die Äußerung ist ein Zeichen, das den Patienten dazu bringen soll, über seinen eigenen Lebenswandel nachzudenken. In jedem Fall soll die Äußerung etwas beim Hörer auslösen.

Das Organon-Modell beinhaltet bereits, was die wesentlichen Funktionen der Kommunikation sind: Mit der sprachlichen Handlung wird der Hörer folglich dazu gebracht, sich in einer bestimmten Weise zu verhalten. Dies kann der Hörer unmittelbar aus dem Ausdruck des Sprechers schließen. Sowohl die Befindlichkeit als auch das Erleben des Sprechers finden sich in seiner Äußerung wieder. Dies ist auch in Bezug auf Beratungsgespräche wichtig. Arzt, Pflegekraft und Therapeut wollen durch gezielte Beratungsgespräche den Patienten zu etwas bewegen, im besten Fall ihn von wichtigen obligatorischen Untersuchungen etc. zu überzeugen. Damit erweitert Bühler das Sender-Empfänger-Modell von Shannon und Weaver um psychologische Aspekte, die beim Kommunizieren immer eine Rolle spielen. Ein Sprachliches Zeichen kann also auf drei verschiedene Weisen verwendet werden. Somit geraten der Sprecher selbst, die Dinge außerhalb der Sprache und der Hörer in den Fokus des Kommunikationsprozesses. Im Organon-Modell spielen auch die Innerlichkeit des Sprechers und die Wirkung auf den Hörer eine Rolle. (Bechmann, 2014, S. 84)

Daraus resultiert der Gedanke, dass es beim Kommunizieren immer eine Sachebene und eine Beziehungsebene gibt. Diese Unterscheidung geht auf Paul Watzlawick zurück (1996). Auf der Inhaltsebene der Kommunikation wird über Sachen, Projekte, Termine, Organisationsprobleme und Leistungsziele gesprochen. Auf der Beziehungsebene geht es um das Verhältnis zwischen Personen, also vor allem um die Art und Weise, wie miteinander gesprochen wird. Die Beziehungsebene ist geprägt durch Emotionen, Erwartungen, Ängste, Sympathien und Antipathien (Watzlawick, Beavin & Jackson, 2017, S. 61). Dies bezieht sich auch auf jegliche Beratungssituation zwischen Fachpersonal des Gesundheitswesens und Patienten und Angehörigen. Bei neutraler oder kühler Beziehungsebene, wenn sich

Klienten nicht verstanden fühlen, können die dargebotenen Informationen im Beratungsgespräch nur schwer in Wissen umgesetzt werden. Bei einer gelungenen Beziehung zwischen zwei oder mehr Gesprächspartnern werden die Informationen zu hilfreichen Botschaften. Ein guter Rat überzeugt schließlich und führt zu richtigem Handeln der Patienten und Angehörigen. Wichtige Aspekte für die Inhaltsebene der Beratungsgespräche sind laut Wimmer et al. (2020, S. 42) z.B.: Arzt, Pflegekraft oder Therapeut sind pünktlich, vorbereitet und drücken sich verständlich aus. Es wird in angemessener Einfachheit erklärt, es werden Skizzen gemacht und der Patient wird auf dem Laufenden gehalten. Folgende Punkte fördern die Beziehungsebene in Beratungsgesprächen: Die Gesprächssituation ist angenehm, Arzt/Pflegekraft/Therapeut nehmen sich Zeit, das Gespräch verläuft ungestört, Arzt/Pflegekraft/Therapeut hält Blickkontakt, wahrt ein angemessenes Sprachniveau, nimmt die Befindlichkeit des Patienten wahr, versteht dessen Anliegen, ist geduldig und strahlt Zuversicht aus (Wimmer et al., 2020, S. 42f).

Friedemann Schulz von Thun erweiterte die Ideen von Bühler und entwirft mit dem Vier-Seiten-Modell oder Kommunikationsquadrat ein noch differenzierteres Kommunikationsmodell (Bechmann, 2014, S. 85). Auch dieses Modell hat im Bereich der Kommunikation im Gesundheitswesen große Bedeutung. Schulz von Thun geht davon aus, dass jede Botschaft auch immer etwas über die Beziehung zweier Menschen zueinander ausdrückt. Jede Kommunikationshandlung findet seiner Einschätzung nach gleichzeitig auf vier Ebenen statt: der Sachebene, der Beziehungsebene, der Selbstoffenbarungsebene und der Appellebene (Schulz von Thun, 2014, S. 27ff). Es beschreibt für jede Nachricht, die übermittelt wird, vier Ebenen, auf denen die Nachricht interpretiert werden kann (Schweickhardt, 2016, S. 8).

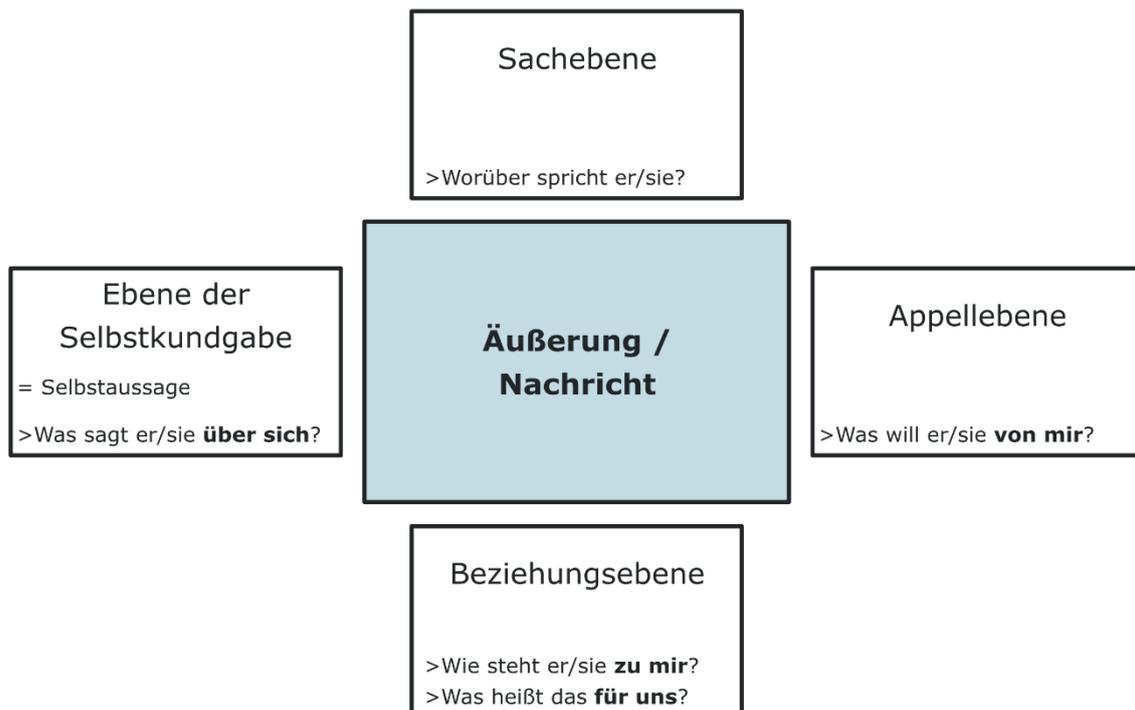


Abbildung 7: Das Kommunikationsquadrat mit den vier Seiten einer Nachricht (nach Friedemann Schulz von Thun) in Anlehnung an Bechmann, 2014, S. 85

Botschaften können auf unterschiedliche Weise gemeint und verstanden werden (vier Seiten einer Nachricht) (Bechmann, 2014, S. 98). Viele Missverständnisse und Kommunikationsprobleme in den Beratungsgesprächen entstehen laut Schweickhardt (2016, S. 8) dadurch, dass die Gesprächspartner nicht auf einer gemeinsamen Ebene sprechen bzw. zuhören. Kommunikative Schwierigkeiten, die in Beratungsgesprächen entstehen, können mit dem Modell aufgelöst werden. Die vier Ebenen können leichter herausgehört und unterschieden werden, wenn Arzt, Pflegekraft und Therapeut sie gezielt hinterfragen (Schweickhardt, 2016, S. 9):

- **Sachebene:** Was möchte der Patient/der Angehörige mir erzählen? Welche Aussage macht er dabei?
- **Appellebene:** Was möchte der Patient/der Angehörige von mir? Wo sieht er mich in der Pflicht?
- **Beziehungsebene:** Wie sieht sich der Patient/der Angehörige im Verhältnis zu mir? Wie sieht mich der Patient/der Angehörige im Verhältnis zu ihm? Wie müssen wir zueinanderstehen, damit ein Verhalten angemessen ist?

- **Selbstoffenbarungsebene:** Was erzählt der Patient/der Angehörige von sich? Was beschäftigt ihn? Welche Emotionen werden von ihm gezeigt?

Die vier Ebenen sind in jeder Nachricht existent, d.h. jede Äußerung kann auf jeder der Ebenen interpretiert werden. Daher wird das Modell auch als 4-Ohren-Modell bezeichnet: Entscheidend für unser Verständnis ist, mit welchem Ohr wir zuhören. Im Alltag von Arzt/Pflegekraft und Therapeut ist es weder sinnvoll noch notwendig jede Äußerung exakt so zu betonen, dass die Ebene auch dann noch verständlich bleibt, wenn man die Äußerung für sich allein betrachtet. Im Kontext wird vieles eindeutig. Es ist beim Gebrauch des Modells hilfreich, wenn der Wechsel von einer Ebene auf die andere herausgehoben wird, etwa, wenn ein emotionales Gespräch zurück auf die Sachebene geholt wird. Dabei handelt es sich um die Strukturierung von Gesprächen, die nicht nur die Kommunikation eindeutiger und verständlicher werden lässt, sondern die es zudem erlaubt, Zeit zu sparen (Schweickhardt, 2016, S. 10). Für eine gute Kommunikation in den stattfindenden Beratungsgesprächen ist wichtig, dass Probleme auf der Beziehungsebene frühzeitig erkannt und geklärt werden. Je nachdem auf welcher Ebene eine Nachricht einen Hörer erreicht, kann die Botschaft interpretiert werden. Für Arzt, Pflegekraft und Therapeut ist es hilfreich immer alle vier Seiten einer Botschaft im Blick zu haben und zu überprüfen, wie Patient und Angehörige das Gesagte aufnehmen bzw. aufnehmen könnten (Bechmann, 2014, S. 87). Ein souveräner Umgang mit den Ebenen erfordert ein schnelles Umschalten zwischen den verschiedenen „Ohren“, was wiederum einige Übung verlangt. Hilfreich ist es, sich in den Beratungsgesprächen gezielt auf ein weiteres Ohr neben dem Sachohr zu konzentrieren, um genauer hinzuhören. So wird systematisch ein Ohr nach dem anderen geschult. Mit der Zeit wird es immer selbstverständlicher, die anderen Ebenen neben der Sachebene herauszuhören (Schweickhardt, 2016, S. 11). In der Kommunikation zwischen medizinischem Fachpersonal und Patienten und Angehörigen ergeben sich durch gestörte Beziehungsebenen beispielsweise Compliance-Fehler oder Missachtungen medizinischer Ratschläge und damit verbunden auch therapeutische Probleme (Bechmann, 2014, S. 88).

Wie im vorangegangenen Abschnitt beschrieben wurde, ist Kommunikation immer an den Aspekt der Selbstkundgabe gekoppelt: Jede Äußerung und jedes Verhalten sagt auch immer etwas über uns selbst aus. Bestimmte Verhaltensweisen, Reaktionen oder unser Äußeres sind für das Gegenüber wahrnehmbar. Was man von sich

preisgeben möchte, kann man in der Regel selbst steuern und „Öffentlich“ machen. Weit mehr Informationen befinden sich auf der Ebene des „Privaten“. In der Beziehung von Arzt/Pflegekraft/Therapeut und Patient ist das Private von entscheidender Bedeutung. Zu dieser Ebene gehören Gefühle, Ängste, Wünsche und Bedürfnisse. Dort befinden sich intime und geheime Informationen. Jedes Beratungsgespräch von Arzt/Pflegekraft und Therapeut ist ein Versuch, unter die Oberfläche zu blicken und Informationen aus dem Raum des Patienten in den medizinischen Diskurs zu befördern. Je größer das Vertrauensverhältnis zwischen den Gesprächspartnern, desto besser wird das gelingen. Neben dem, was wir für alle erkennbar „Öffentlich“ machen und dem, was wir für uns geheim halten („Privates“), gibt es noch zwei weitere Bezugsebenen der Selbstkundgabe. Die Sozialpsychologen Joseph Luft und Harry Ingham (1955) haben dies in ihrem berühmten Johari-Fenster dargestellt. Sie nennen die beiden weiteren Bezugsebenen „blinder Fleck“ und „Unbekanntes“. Beide Ebenen sind für die Gesprächsführung im Gesundheitswesen, insbesondere für Beratungsgespräche, von großer Bedeutung.

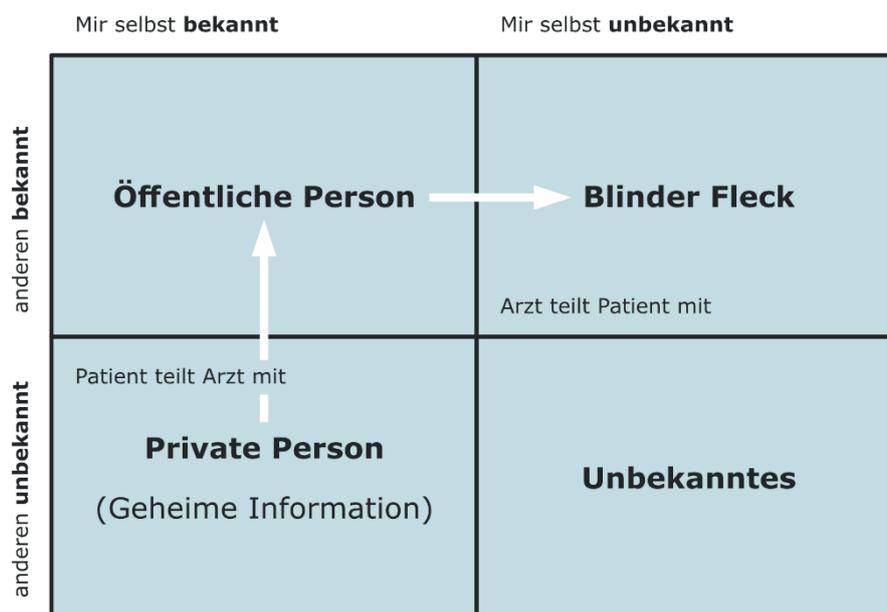


Abbildung 8: Johari-Fenster in der Arzt-Patienten-Kommunikation in Anlehnung an Bechmann, 2014, S. 96

Der „Blinde Fleck“ ist z.B. eine Information, die der Arzt über den Patienten weiß, dem Patienten dies jedoch noch unbekannt ist (Bsp.: Diagnose). Ziel bei Beratungsgesprächen zwischen Arzt, Pflegekraft und Therapeut ist es immer, dem Patienten

seinen blinden Fleck deutlich zu machen. Nur auf der Grundlage eines gemeinsamen Wissens über den Zustand des Patienten kann eine vertrauensvolle Zusammenarbeit – und damit eine erfolgreiche Behandlung – gesichert werden, auf der sich eine Therapie aufbauen lässt. Als viertes Element beinhaltet das Johari-Fenster das „Unbekannte“. Das Unbekannte spielt immer dann eine Rolle, wenn Sie selbst über sich sagen „Ich weiß nicht, wie ich in dieser oder jener Situation reagieren würde“ und wenn auch niemand sonst Ihr Verhalten richtig einschätzen kann, falls es tatsächlich zu diesem oder jenem kommt. In diesem Teil des Johari-Fensters ist im Prinzip alles möglich. In bestimmten Situationen kann völlig anders reagiert werden, wie gedacht. In der medizinischen Kommunikation kommt man oft mit dem Unbekannten in Berührung. Medizinisches Fachpersonal stößt vor allem in Situationen, die für Patienten einen Ausnahmezustand darstellen, auf z.T. paradoxe Reaktionen. Wenn ein Arzt jemandem im Beratungsgespräch die Mitteilung macht, dass er unheilbar an ALS (Amyotrophe Lateralsklerose) erkrankt ist, dann wissen weder der Patient noch der Arzt im Voraus, wie der Patient darauf reagieren wird. In besonderen Situationen (z.B. Aufklärung oder Beratung bzgl. der Diagnose) ist menschliches Verhalten nicht plan- oder einschätzbar. Man muss sich dessen immer bewusst sein und das Unbekannte immer als Teil der Persönlichkeit des Patienten betrachten. (Bechmann, 2014, S. 66f)

Das „Unbekannte“ birgt aber nicht nur Gefahren. Ganz im Gegenteil: In der Psychotherapie (Eisbergmodell nach Freud, siehe Kapitel 2.2.4.) geht es darum, das Unbekannte in Bekanntes und Bewusstes zu überführen. In der Medizin kann das Erkennen des Unbekannten bisweilen sehr hilfreich sein (Bechmann, 2014, S. 67).

Im Gesundheitswesen zählt die Kommunikation zu den Schlüsselfunktionen. Die Beziehung zwischen den Gesprächspartnern, Patienten oder Angehörigen und Ihnen, ist die Basis einer gelungenen Kommunikation. (Tewes, 2015, S. 75)

Um professionell kommunizieren zu können, muss folglich auch an der Beziehung gearbeitet werden. Es sollte immer bedacht werden, dass dem ersten Eindruck ein großer Stellenwert beigemessen werden muss, ebenso wie der Tatsache, dass auch die Würde des Patienten unantastbar ist. Gesprächstechniken wie aktives Zuhören, Paraphrasieren oder Spiegeln, führen zu einer verständnisvollen Gesprächsführung und sollten berufsübergreifend angewandt werden. Hierbei ist es egal ob

es sich um ein Anamnese-, Visiten- oder Beratungsgespräche handelt. (Tewes, 2015, S. 75)

Ein gutes Beziehungsmanagement unterliegt einfachen Grundregeln. Das Inter-Institut (Institut für Trainingsentwicklung und Methodenforschung) in Mannheim hat diese Grundregeln in zehn Regeln des Beziehungsmanagements entworfen (Kutscher & Seßler, 2017, S. 20):

- Schaffen Sie mit ihrem Gesprächspartner Gemeinsamkeiten
- Nutzen Sie die einmalige Chance des ersten Eindrucks
- Sprechen Sie Menschen mit ihrem Namen an
- Zeigen Sie ihrem Gesprächspartner ehrliches Interesse
- Haben Sie Mut, Ihre eigene Individualität zu entwickeln
- Fragen Sie gut, aber hören Sie noch besser zu
- Geben sie aufrichtig Lob und Anerkennung
- Achten Sie auf den Standpunkt des Anderen
- Wer Beziehungsnutzen bietet, gewinnt
- Mögen Sie Ihre Gesprächspartner

Die bisherigen Inhalte aus dem Kapitel 2.2. gelten allgemein für die Kommunikation im Gesundheitswesen und sind für alle Gesprächsbeteiligten von großer Bedeutung und unverzichtbar, um erfolgreich und konstruktiv Gespräche zu führen. In den nachfolgenden Unterkapiteln werden weitere wichtige Aspekte erörtert, die zu beachten sind, wenn Arzt, Pflegekraft und Therapeut mit Patienten und Angehörigen kommunizieren.

2.2.1. Kommunikation zwischen Arzt und Patient bzw. Angehörigen

Die Ärztliche Kommunikation ist ein wesentlicher Bestandteil der Patientenversorgung. Die Kommunikationskompetenz des Arztes ist von zentraler Bedeutung für die Entwicklung, die Qualität und den Erfolg der Behandlung. Sie trägt maßgeblich zur vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Arzt bei. (Rixen, Hax & Wachholz, 2015, Vorwort)

Die Arzt-Patienten-Beziehung unterliegt, aufgrund der Vielzahl und Vielfalt von Einflüssen, in den letzten Jahren einem schnellen Wandel, was in folgender Abbildung dargestellt ist (Schweickhardt & Fritzsche, 2016, S. 26):

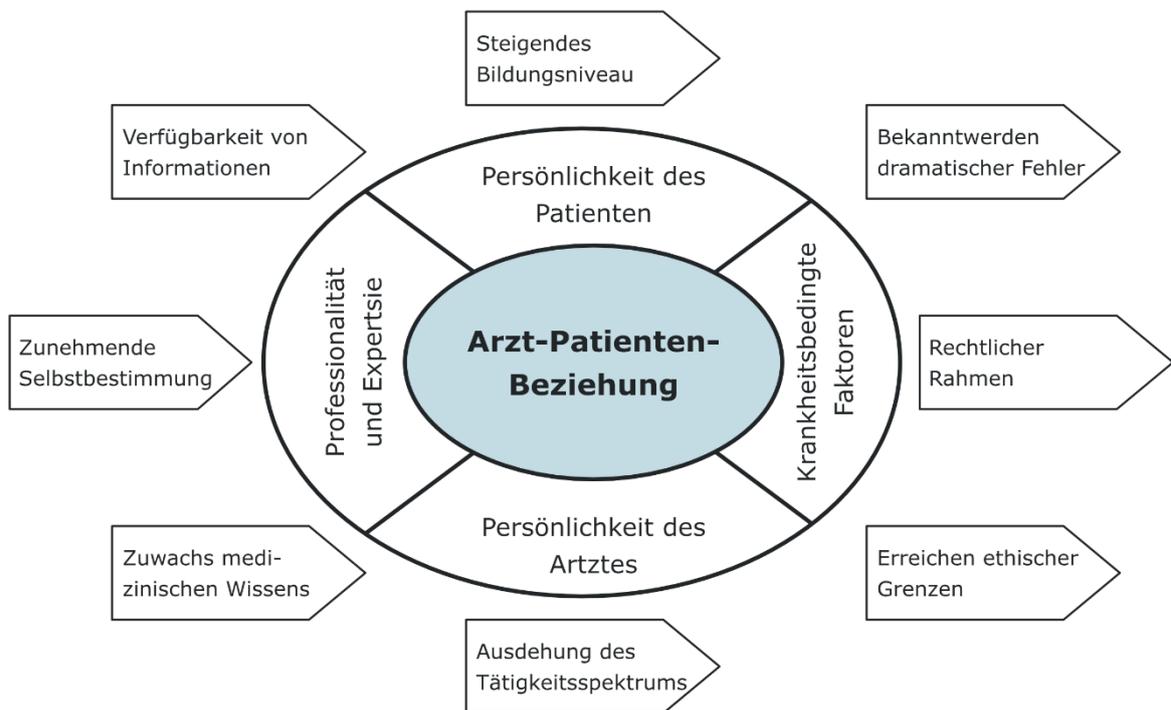


Abbildung 9: Einflüsse auf die Arzt-Patienten-Beziehung in Anlehnung an Schweickhardt und Fritzsche, 2016, S. 26

Direkt beeinflusst wird die Beziehung durch die Persönlichkeiten des Arztes und des Patienten, die Erkrankung inklusive der vorgegebenen Rahmenbedingungen sowie die Professionalität und Erfahrungen des Arztes. Diese Faktoren werden ihrerseits beeinflusst durch den Zeitgeist, die Neuerungen des Informationszeitalters, gesetzlichen Rahmenbedingungen und die steigende Vielfalt medizinischer Leistungen und Entwicklungen. (Schweickhardt & Fritzsche, 2016, S. 26)

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist und bleibt im Kern aufgrund eines grundlegenden Informations- und Kompetenzunterschiedes asymmetrisch. Aus diesem Spannungsfeld gibt es kein Entrinnen, denn die Arzt-Patienten-Beziehung zeigt sich in jeder Interaktion mit dem Patienten und prägt den weiteren Behandlungsverlauf. (Schweickhardt & Fritzsche, 2016, S. 26)

Im Folgenden werden kurz vier grundlegende Modelle skizziert, die sich mit der Arzt-Patienten-Beziehung beschäftigen (Emanuel & Emanuel, 1992, S. 2221-2226).

Das paternalistische Modell speist sich aus dem hippokratischen Modell. In diesem Modell weiß der Arzt als medizinischer Experte, was für den Patienten am besten ist. Der Arzt übergibt die Autonomiebedürfnisse des Patienten, aus der

Überzeugung heraus, dass sein Handeln zum Wohle des Patienten geschieht. (Schweickhardt & Fritzsche, 2016, S. 27)

Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil, ich werde sie bewahren vor Schaden und Willkürlichem. (Auszug aus dem hippokratischen Eid)

Durch dieses Modell wird das asymmetrische Verhältnis zum Patienten gefestigt. Er muss sich auf die fachliche Expertise des Arztes verlassen und alle möglicherweise der Behandlung entgegenstehenden Faktoren zurückstellen. Vertrauen seitens des Patienten wird vorausgesetzt, die Autonomie des Patienten ist gering.

Im zweiten Modell, dem Dienstleistungsmodell, steht der Arzt als Dienstleister und der Patient als Kunde. Der Arzt ist in diesem Modell der Fachmann, die volle Entscheidungskompetenz fällt jedoch dem Patienten zu. Der Arzt bleibt zwar der Experte, sein Expertenwissen vermittelt er aber dem Patienten, damit dieser entscheiden kann. Das Ziel bei diesem Modell ist ein zufriedener und eigenverantwortlicher Patient. Unliebsame, aber obligatorische Entscheidungen muss der Arzt (aus Haftungsgründen) mit Verhandlungsgeschick durchsetzen. (Schweickhardt & Fritzsche, 2016, S. 28f)

Im Partnerschaftlichen Modell ist die Ärztliche Behandlung als Kooperation zwischen Arzt und Patient zu sehen. Nur wenn beide Partner zusammenarbeiten und sich ergänzen, kann die bevorstehende Behandlung zum Erfolg führen. Der Arzt bleibt der Experte für medizinische Fragen. Allerdings wird der Patient als mündig betrachtet und Sorgen, Nachfragen und Werthaltungen werden ernst genommen und in der Behandlung so weit wie möglich berücksichtigt. (Schweickhardt & Fritzsche, 2016, S. 31)

Zu den drei beschriebenen Modellen wird meist noch das Patientenorientierte Modell ergänzt. Es handelt sich hierbei um eine grundlegende Haltung, eine Art Meta-Modell, das prinzipiell alle drei der genannten Beziehungen zulässt. Die patientenzentrierte Haltung lässt sich kennzeichnen durch das Bonmot „den Patienten dort abholen, wo er steht“. Je nach Patient kann dies zu einer paternalistischen, einer dienstleistungsorientierten oder einer partnerschaftlichen Beziehung führen. (Schweickhardt & Fritzsche, 2016, S. 33)

Jeder Arzt-Patienten-Kontakt ist durch eine bestimmte Beziehung gekennzeichnet. Die Beziehungsgestaltung spielt eine umso größere Rolle, je länger bzw. häufiger der Kontakt zwischen Arzt und Patient besteht. Doch auch bei kurzen Kontakten ist eine Haltung hilfreich, die die vier Eckpfeiler Arzt, Patient, Krankheit und Professionalität zusammenbringt. Es ist die Entscheidung eines jeden Arztes, welche der oben beschriebenen Modelle er in sein professionelles Selbstverständnis aufnimmt. Eine gelungene Gesprächsführung bedeutet, eine gute Balance zwischen den Erwartungen des Patienten bzw. den Angehörigen und des Arztes, sowie der Erkrankung und den Rahmenbedingungen herzustellen. (Schweickhardt & Fritzsche, 2016, S. 35)

Patienten wünschen sich von ihren Ärzten, dass sie sich für ihre Sorgen, Erwartungen sowie ihre Sicht der Beschwerden und der Behandlung interessieren. Sie wünschen sich Information über die Erkrankung und deren Behandlung, denn Information kann die Unsicherheit abmildern, die durch eine Erkrankung ausgelöst wird. Und sie erwarten – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß –, bei medizinischen Entscheidungen beteiligt zu werden. Sie fördern dadurch die Zufriedenheit ihrer Patienten und tragen möglicherweise auch zu besseren Behandlungsergebnissen bei. Die Arzt-Patient-Kommunikation ist nicht nur ein Kontextfaktor für die „eigentlichen“ medizinischen Interventionen, sondern sie stellt den Kern der Arzt-Patient-Beziehung dar. (Faller, 2012, S. 1111)

2.2.2. Kommunikation zwischen Pflegekraft und Patient bzw. Angehörigen

Die Altenpflege, die Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege werden durch das Grundgesetz den Heilberufen zugeordnet. Heilende Impulse zu geben, Heilung zu fördern und bedürftigen Menschen eine genesungsfördernde Begleitung zu bieten sind grundlegende Motivationsfaktoren der Pflegekräfte und spiegeln den ursprünglichen Sinn des gewählten Berufes. Die „großen Heiler“ unter Ihnen sind die, die nicht nur ihr „Handwerk“ am Körper des Menschen verstehen, sondern die, die Geist und Seele des Menschen gleichermaßen achten, den Nuancen pulsierender Emotionen Raum geben und in vielen (oft stillen und unbemerkten) Momenten die Kraft ihrer Gedanken und Worte in Handlungen einfließen lassen (Mantz, 2019, S. 7). Nach Hausmann (2009, S. 171) gibt es keine Pflegehandlung, die nicht zugleich auch eine kommunikative Handlung ist. Pflegerisches Handeln ist eine Interaktion zwischen Pflegekräften und Patienten, die ohne verbale und nonverbale Kommunikation undenkbar und undurchführbar ist.

In der Definition von Pflege des International Council of Nurses (ICN) ist auch ein wichtiger Punkt in Bezug auf die Kommunikation von Pflegekräften beschrieben:

Die Pflege schließt Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. *Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse, Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.* (ICN, 2014 (Übersetzung und Hervorhebung durch Mantz Sandra, 2015, S. 20))

Seit Jahrzehnten ist das Thema Kommunikation in der Pflege ein immer wiederkehrendes Thema und will nicht enden. Es kommt keine Pflegehandlung ohne verbale oder nonverbale Signale und Botschaften aus. Oft bekommen Worte und kurze Gespräche die Bedeutung einer eigenen Pflegehandlung. Gesprächskultur und Sprachkompetenz stellen heute ein grundlegendes Qualitätsmerkmal im Gesundheitswesen dar. Verschiedene Umgangsformen, Kommunikationsmuster und kompetente Aussagen werden von allen am Pflegeprozess Beteiligten stärker wahrgenommen und bewertet. Unbedacht geäußerte Worte werden auf die Goldwaage gelegt, wiegen oft schwer und kosten Patienten, Angehörigen und Pflegekräften Kraft, Freude, Zeit und Geld. Bei „netten und geduldigen“ Patienten gelingt eine souveräne und vertrauenswürdige Kommunikation relativ gut, nicht jedoch bei den gereizten, gestressten und erschöpften Patienten. Professionalität ist dann gefragt, wenn es „schwierig“ wird. (Mantz, 2019, S. 18)

Ashworth (1980, Zitiert nach Reynolds & Scott, 2000, S. 228) schlägt vier Hauptkomponenten der Pflege-Patient-Kommunikation vor:

- Entwicklung einer Beziehung, bei der der Patient die Pflegekraft als freundlich, kompetent, zuverlässig und hilfsbereit erlebt und die Individualität und den Wert des Patienten schützt
- Die Pflegekraft erfasst die Bedürfnisse, wie sich der Patient sieht
- Es gelingt ein Informationsaustausch, der dem Patienten hilft, seine Erwartungen zu strukturieren
- Die Pflegekraft hilft dem Patienten, seine Ressourcen zu nutzen

Diese vier Komponenten bilden für Ashworth eine Grundlage für die Pflege-Patient-Beziehung und machen eine konstruktive Gesprächsführung erst möglich

(Reynolds & Scott, 2000, S. 226-234). Sprachkompetenz schützt medizinisches Pflegepersonal und aktiviert Respekt und Klarheit im Umfeld (Mantz, 2019, S. 18).

2.2.3. Kommunikation zwischen Therapeut und Patient bzw. Angehörigen

Auch bei Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden steht die Kommunikation mit Patienten und ihren Angehörigen im Mittelpunkt des beruflichen Alltags. Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit Patienten ist das Gelingen der Kommunikation in den vielen verschiedenen Gesprächssituationen ganz entscheidend. Durch eine entspannte, verständnisvolle Atmosphäre und ein am Patienten orientiertes Gesprächsverhalten schaffen sie die Voraussetzungen, um relevante Informationen über die Erkrankung zu erhalten. Es geht aber nicht nur darum möglichst viele Informationen zu erhalten, sondern es besteht auch das Ziel, den Patienten über die Befundergebnisse und die Folgen der Erkrankung verständlich zu informieren und ihn zu beraten. Therapeut und Patient legen im Gespräch gemeinsam, basierend auf den Informationen aus der Anamnese, das weitere Vorgehen, mögliche Behandlungsziele und den Verlauf der Therapie fest. (Herter-Ehlers, 2021, S. 1)

Mit der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) wurde 2001 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Klassifikation von Krankheiten und deren Folgen verabschiedet, die von einem Paradigmenwechsel in der bis dahin gängigen Auffassung von Gesundheit und Krankheit gekennzeichnet ist (WHO, 2001). In dieser Klassifikation werden die Auswirkungen der Erkrankung auf die Teilhabe des Patienten an Aktivitäten des täglichen Lebens (Partizipation) explizit berücksichtigt. Eine klientenzentrierte und lösungsorientierte Grundhaltung lässt sich gut mit der „Philosophie“ der ICF vereinbaren. Die ICF als Klassifikationssystem beschreibt die Gesundheitsbedingungen im Rahmen von zwei Teilen:

1. **Funktionsfähigkeit/Behinderung:** dieser Teil wird in vier Komponenten gegliedert: Körperfunktion, Körperstrukturen, Aktivität und Partizipation.
2. **Kontextfaktoren:** Diese werden in die zwei Komponenten Umwelt- und personenbezogene Faktoren unterteilt.

Informationsvermittlung, Beratungsgespräche und Therapien finden auf der Basis der ICF und einer humanistisch sowie persönlich geprägten Haltung statt. Eine an der ICF orientierten Haltung führt zu einer Therapieplanung, die an einem - gemeinsam mit dem Patienten gestalteten und aus dessen individuellen Bedürfnissen

zugeschnitten - Optimum an Teilhabe ausgerichtet ist. Dies setzt eine gelungene Kommunikation zwischen Therapeut und Patient voraus. (Büttner & Quindel, 2013, S. 80)

Wehmeyer und Grötzbach (2012, S. 136) haben zwölf Grundhaltungen aufgestellt, die in der Arbeit mit Patienten wesentlich scheinen. Es handelt sich um theoretisch begründete und in der Praxis bewährte therapeutische Haltungen, durch die eine gute Therapeut-Patienten und Therapeut-Angehörigen Kommunikation und Therapie begünstigt wird: Patienten haben Familien, der Patient ist König, Empathie zeigen, nicht verwickeln lassen, Kooperation statt weißer Kittel, anregen statt vorgeben, subjektive Wirklichkeit statt objektive Wahrheit, zirkuläres statt lineares Denken, Berücksichtigung emotionaler „Turbulenzen“, Teamarbeit statt Einzelkämpfer und Blick nach vorne.

2.2.4. Grundlagen der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Kommunikation

Aus der Forschung ist bekannt, dass vertrauensvolle Kommunikation im Gesundheitswesen von großer Bedeutung für den Erfolg aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ist (Heister & Henke, 2017, S. 23-45). Erfolgreiches Kommunizieren in der medizinischen Gesprächsführung setzt wechselseitig die Bereitschaft zum Kommunizieren voraus. Medizinische Kommunikation ist die existenzielle Begegnung von Arzt/Pflegekraft/Therapeut und Patient und basiert auf Wertschätzung, Empathie und Authentizität (Bechmann, 2014, S. 112). Da medizinische Kommunikation zugleich medizinisches Handeln bedeutet, ist eine heilsame und entwicklungsfördernde Beziehung der Schlüssel zu einer erfolgreichen Therapie (Plate, 2013, S. 52).

Für Rogers ist die Beziehung zwischen Arzt/Pflegekraft/Therapeut und Patient dann heilsam, wenn drei Faktoren auf Seiten des Arztes, der Pflegekraft oder des Therapeuten vorliegen:

Faktoren/Grundhaltungen	Auswirkungen
Unbedingte Wertschätzung	Akzeptanz, Respekt und Achtung vor dem Gesprächspartner bewirken ein wertfreies Miteinander, das die Fehler des Anderen ausblendet und den Menschen als gleichberechtigten Interaktionspartner berücksichtigt.
Authentizität/Kongruenz	Echtheit auf Seiten von Arzt/Pflegekraft/Therapeut bewirkt, dass sich der andere ebenfalls öffnen kann, statt sich hinter einer Fassade zu verstecken.
Empathie	Einführendes Verstehen bewirkt, dass sich der Patient mit seinen Sorgen, Nöten und Wünschen ernst genommen fühlt. Dabei ist ein einführendes Verstehen immer wertfrei. Empathie erfordert auf Seiten des Arztes/der Pflegekraft/des Therapeuten die Fähigkeit, dieses Verständnis dem Patienten zu kommunizieren.

Tabelle 1: Elemente der heilsamen Beziehung (nach Carl Rogers) in Anlehnung an Bechmann, 2014, S. 113

Das sogenannte Eisbergmodell (von Freud übernommen, aber in der Bedeutung verändert) ist eines der am häufigsten zitierten Modelle, die zeigen, wie wichtig eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt, Pflegekraft, Therapeut und Patient und/oder Angehörigen ist (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 147).

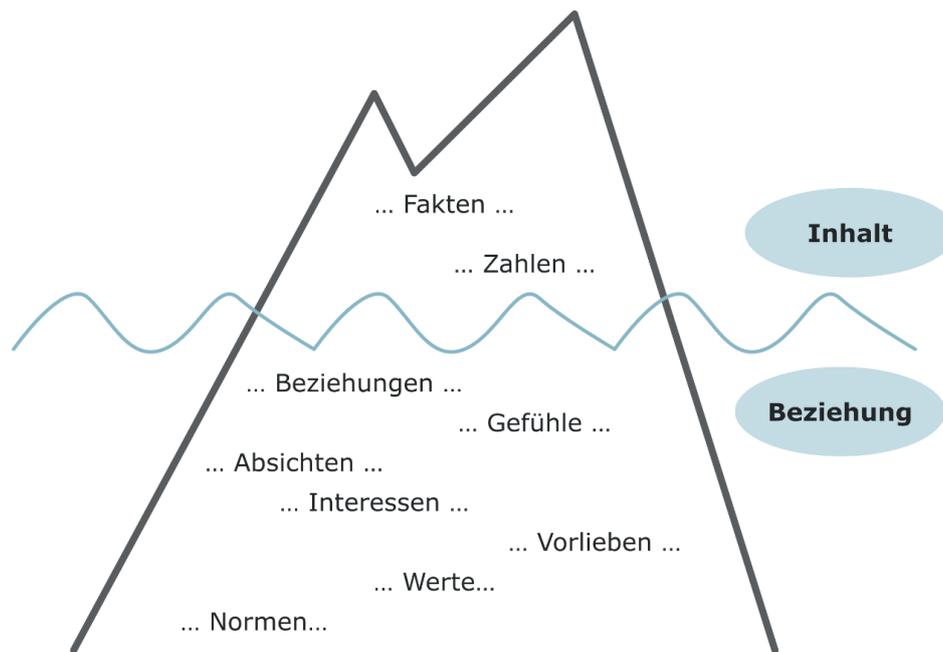


Abbildung 10: „Eisbergmodell“ des Verstehens und Verstandenwerdens in Anlehnung an Allhoff und Allhoff, 2014, S. 147

Die Bezeichnung „Eisbergmodell“ wird gewählt, weil der größte Teil der Informationen oft nicht sichtbar, nicht ausgesprochen wird. Aber gerade das, was sich „unter Wasser“ befindet, prägt das Verhalten des Gesprächspartners und damit das Gespräch selbst maßgeblich: Gefühle und Absichten, Befürchtungen, Erfahrungen, Beziehungen und Normen und Werte (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 147f). Auch in der Medizin kann das Erkennen des Unbekannten äußerst hilfreich sein. Aus dem Unbekannten können in den Beratungsgesprächen z.B., versteckte Ängste und Potenziale, die unter Umständen für die Therapie hilfreich sein können, in den Bereich des Bekannten befördert werden. Auch hier ist eine vertrauensvolle Basis zwingend notwendig (Bechmann, 2014, S. 67).

Kommunikative Kompetenzen sind für alle Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten ein entscheidender Faktor für den Erfolg im beruflichen Alltag. Sie gelten als Schlüsselkompetenzen und sind unverzichtbar für gelingende Gespräche mit Patienten und Angehörigen. Das Wissen über kommunikationstheoretische Grundlagen, über die Wirkung von Wertschätzung und Empathie in der Interaktion, sowie die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel sind wesentliche Voraussetzungen für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung mit Patienten und Angehörigen (Herter-Ehlers, 2021,

Vorwort). Diese genannten Punkte werden im nächsten Kapitel 2.3. genauer definiert und beschrieben.

2.3. Beratungsgespräche im Klinikalltag

Bei Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten zählen Beratungsgespräche in Bezug auf die weitere medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung zum beruflichen Alltag. Im Kontext des Gesundheitswesens dient die Kompetenz der Gesprächsführung der Begleitung, der Pflege und der Heilung kranker, hilfebedürftiger, sterbender Menschen und deren Angehörigen (Mantz, 2019, S. 107).

Ziel der eigenen Gesprächsführung ist es, dem Dialogpartner (in diesem Fall Patient und Angehörigen) einen gedanklichen, emotionalen und verbalen Raum zu geben, Klarheit und Orientierung zu finden, sich emotional zu entlasten, sich zu beruhigen, sich verstanden zu fühlen, Menschlichkeit zu erfahren, emotionalen Halt zu finden, durchzuatmen, aufzuatmen, sich gut aufgehoben zu fühlen und Vertrauen in sich selbst und das Umfeld zu finden (Mantz, 2019, S. 108). Diese Fähigkeiten sich anzueignen bzw. zu erwerben, erfordert von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten: hohes Verantwortungsbewusstsein, die Bereitschaft und die Fähigkeit zu selbstkritischer Reflexion, einen professionellen Umgang mit Nähe und Distanz, absoluten Verzicht von Machtmissbrauch, ein grundsätzlich positives Menschenbild bei Bedürftigkeit, gut verankerte ethische Werte und Grundsätze, Fähigkeit zu Mitgefühl und einfühelndem Verstehen, ein stark entwickeltes Bewusstsein für das eigene Sprechen und Verhalten und Rollenklarheit (Mantz, 2019, S. 107).

In den nächsten Unterkapiteln werden die wichtigsten Aspekte aufgeführt, die für die Durchführung von konstruktiven und erfolgreichen Beratungsgesprächen von größter Bedeutung sind. Zunächst wird der Ablauf von Beratungsgesprächen und die Rolle von Arzt, Pflegekraft und Therapeut im Gespräch genauer beschrieben. Es wird kurz auf allgemeine Gesprächsförderer wie z.B. „Ausreden lassen“ oder den „ungestörten Gesprächsrahmen“ eingegangen. Weiter werden sinnvolle Kommunikationsinstrumente in Hinblick auf die Beratungsgespräche genauer beleuchtet. Abschließend wird die Wichtigkeit betont, unterschiedliches Gesprächsverhalten bei verschiedenen Patientengruppen zu verfolgen.

2.3.1. Ablauf der Beratungsgespräche

Im Klinikalltag sehen die Beratungsgespräche der Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten sehr verschieden aus. Die Themen der Beratung variieren sehr stark. Vorliegende Befunde, die weitere medizinische Versorgung, die Medikamenteneinnahme oder die anschließende therapeutische Weiterversorgung können Themen der Gespräche sein. Manche Themen lassen sich sehr schnell, manche nicht so schnell klären. Die Gemeinsamkeit aller Gespräche ist, dass sie ein bestimmtes Gesprächsziel verfolgen, um zu einer gemeinsamen Lösung zu kommen.

Jedes intendierte Gespräch baut nach von Stockert (2016, S. 155-157) auf drei Säulen und fünf Phasen auf. Die drei Säulen sind: die Präsenz des Sprechers, die Klarheit der Botschaft und die Wertschätzung des Gesprächspartners (siehe Anhang 1). Außerdem charakterisieren fünf Phasen ein zielorientiertes Gespräch (Scheurl-Defersdorf & von Stockert, 2020, S. 99-103):

1. **Die Intention:** Welche Themen sollen besprochen werden? Welche Absicht steht hinter dem Gesprächsziel?

2. **Die wertschätzende Kontaktaufnahme:** Diese erfolgt durch eine deutlich gesprochene Begrüßung, möglichst unter Blickkontakt. Der Gesprächspartner wird mit Namen angesprochen. Dann folgt eine kurze Pause, dass sich der Andere auf den Sprecher einstellen kann.

3. **Der Rahmen:** Eine Feststellung oder Frage leitet das Thema ein. Dies erfolgt ohne Ausschmückungen oder langatmige Sätze.

4. **Der Diskurs:** Es kommt zur Darlegung des Anliegens seitens des Sprechers (in diesem Fall Arzt, Pflegekraft oder Therapeut). Die Möglichkeit eines wechselseitigen Gesprächs wird gegeben.

5. **Der Schluss:** wenn das Gesprächsziel erreicht wurde, wird eine Formulierung für den Schluss gefunden. So ist für beide Gesprächspartner das Ende des Gesprächs deutlich und sie verabschieden sich – mindestens mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse.

Die drei Säulen und fünf Phasen im zielorientierten Gespräch basieren auf dem Lingva-Eterna-Sprachkonzept. Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten sollten diese Aspekte in beruflichen Gesprächsanlässen anwenden, da sie somit für Klarheit und

Präsenz sorgen und den Konsens einer Interaktion fördern (Hoss-Leistner, 2020, S. 61).

Wimmer et al. (2020, S. 80) teilen das Beratungsgespräch in vier Phasen: Anfangsphase, Informations- und Klärungsphase, Befundphase und Endphase. Dies ist sehr ähnlich zu den beschriebenen Gesprächsphasen „Gespräch eröffnen“, „Gesprächsanlass nennen“, „Kerngespräch führen“ und „Gespräch abschließen“ nach Kutscher und Seßler (2017, S. 40).

Die Anfangsphase des Gesprächs ist entscheidend für die weitere Kommunikation. Es ist wichtig, sich eine genaue Einleitung/einen bewussten Einstieg zu überlegen, wie das Gespräch eingeleitet wird und wie der Gesprächspartner angesprochen wird. Besonders bei der Gesprächseröffnung spielt die emotionale Ebene eine große Rolle. Es ist wichtig einen positiven Zugang zu seinem Gegenüber zu finden, denn dadurch ergibt sich ein erfolgsversprechender Gesprächsverlauf. Kommt es jedoch schon bei der Eröffnung des Gesprächs zu einem Konflikt, wird dieser Konflikt die nachfolgende Kommunikation überlagern und zu erheblichen Missverständnissen führen. In der zweiten Phase (Informations- und Klärungsphase) geht es darum den Grund und den Inhalt des Gesprächs zu definieren, anstehende Therapien zu begründen und sich noch fehlende Informationen einzuholen. Es folgt die eigentliche Kernphase des Gesprächs, in der zusammen mit dem Patienten Handlungsoptionen und dazugehöriges konkretes Vorgehen besprochen werden und eine Zielfindung angestrebt wird. Es werden gemeinsam mit dem Patienten Lösungsstrategien herausgearbeitet und es werden gemeinsam mit dem Patienten die nächsten Schritte der Behandlung und Therapie festgelegt. In der Endphase des Gesprächs wird der Gesprächsverlauf nochmals zusammengefasst. Die Ergebnisse werden verbalisiert und es wird dafür gesorgt, dass das Gespräch in einer positiven Atmosphäre beendet wird. (Kutscher & Seßler, 2017, S. 40)

Gieltowski (2003) beschreibt in ihrem Buch, angelehnt an Gommlich und Tieftrunk (1999), eine mögliche Gesprächsstruktur, in der es folgende Punkte zu beachten gibt: gezielte „Eröffnung“ des Gesprächs, auf Körpersprache achten, sich aktiv ins Gespräch einbringen, den Gesprächspartner integrieren, auf die Grundlagen der Kommunikation achten, bewusst Fragetechniken einsetzen, das aktive Zuhören üben, auf Einwände eingehen, die eigenen Worte mit Bildern oder Notizen

untermauern und das Gespräch positiv abschließen (siehe Anhang 2). (Gieltowski, 2003, S. 39f)

Sind Patienten minderjährig oder nicht in der Lage das Gespräch zu führen, ist medizinisches Personal auf die Entscheidung und Kooperation der Angehörigen angewiesen. Ähnlich ist es, wenn die Patienten einen bestellten Betreuer haben. In diesen Situationen ist es wichtig, die nötigen Gespräche mit den Angehörigen oder Betreuern zu führen und über aktuelle und weiterführend anstehende Themen zu sprechen. (Hoss-Leistner, 2020, S. 63)

Im Klinikalltag kann diese Abfolge aufgrund verschiedener äußerer Umstände (Bsp.: Zeitdruck, Unterbrechung durch eine wichtige Untersuchung, etc..) nicht immer eingehalten werden. Wichtig ist es die verschiedenen Phasen zu kennen und sie möglichst oft in Erinnerung zu rufen und zu nutzen, um eine strukturierte Gesprächsführung in den Gesprächen zu verfolgen.

2.3.2. Rolle von Arzt/Pflegekraft/Therapeut

Arzt, Pflegekraft und Therapeut müssen sich ihrer Rolle bewusst sein. Um Missverständnissen und Enttäuschungen in den Gesprächen vorzubeugen, ist es wichtig sich selbst klar vor Augen zu haben, wofür man bezahlt wird, welche Fähigkeiten man hat, wo die Grenzen liegen und was realistisch unter den gegebenen Umständen angeboten werden kann. (Lippka, 2015, S. 39f)

Wichtig dabei ist, das Gespräch mit den Patienten und Angehörigen auf Augenhöhe zu führen und auf eine wertschätzende und vertrauensvolle Zusammenarbeit, nach Carl Rogers, Wert zu legen. Patient und Angehörige sollen von Arzt, Pflegekraft und Therapeut als gleichberechtigte Gesprächspartner erkannt und akzeptiert werden, sodass das Gespräch für beide Seiten fruchtbar ist. Diese bidirektionale Kommunikation ist sowohl kommunikationstheoretisch als auch medizinisch notwendig und sinnvoll (Bechmann, 2014, S. 130). In der amerikanischen Literatur hat sich das Akronym „NURSE“ nach Back et al. (2005, S. 167) für die Kommunikationstechniken, die beim Umgehen mit emotionalen Äußerungen mit Patienten und Angehörigen wesentlich sind, etabliert. Das Modell bietet ein Set von möglichen Reaktionen, die beim Umgang mit Emotionen hilfreich sind (Langewitz et al., SAMW, 2019, S. 25).

Naming	Emotionen benennen
Understanding	Wenn möglich Verständnis für die Emotionen ausdrücken
Respecting	Respekt oder Anerkennung für den Patienten artikulieren
Supporting	Dem Patienten Unterstützung anbieten
Exploring	Weitere Aspekte zur Emotion herausfinden

Tabelle 2: Die fünf Techniken des Akronymes „NURSE“ nach Back et al. (2005) in Anlehnung an Langewitz et al., SAMW, 2019, S. 25

Der Patient soll die Möglichkeit der Mitentscheidung haben und es soll Raum für die emotionalen Reaktionen des Patienten eingeräumt werden. Mit der Kommunikation auf Augenhöhe beschäftigt sich auch das Konzept Shared Decision Making (SDM). In Deutschland hat sich die Bezeichnung Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) durchgesetzt (Loh et al., 2007, S. 1483). Der Ansatz verfolgt das Ziel, dass Arzt und Patient gleichberechtigt auf Augenhöhe miteinander kommunizieren und auch so handeln. Gemeinsam legen sie z.B. in einem Beratungsgespräch eine Therapie fest, stehen hinter ihr und verantworten diese auch zusammen. Shared-decision-making stellt ein relativ junges Phänomen in der deutschen Versorgungslandschaft dar. Mittlerweile lassen sich viele positive Effekte dieses Ansatzes in zahlreichen Forschungsarbeiten nachweisen. Um diese positiven Effekte großflächig den Patienten und Professionellen zugute kommen zu lassen, bedarf es seiner Verbreitung und nachhaltigen Umsetzung (Scheibler et al., 2005, S. 23-31).

Die Rolle von Arzt, Pflegekraft und Therapeut wird durch die Umsetzung einer patientenorientierten Haltung im Gespräch gefestigt. Schweickhardt und Fritzsche (2016, S. 34) fassen darunter die folgenden wichtigsten Punkte zusammen: Zeit nehmen und zuhören, Patienten Raum zur freien Äußerung lassen, Informationsbedürfnis des Patienten befriedigen, klarer und verständlicher Ausdruck, Erfragen des Krankheitserleben des Patienten und Erfragen des Krankheitsverständnis des Patienten.

2.3.3. Allgemeine Gesprächsförderer

Nach dem Sender-Empfänger-Modell nach Shannon und Weaver bedarf das erfolgreiche Beratungsgespräch zwischen Arzt, Pflegekraft und Therapeut einer klaren Signalübertragung, die durch bestimmte Gesprächsförderer unterstützt wird. Schweickhardt (2016, S. 4) betont folgende Gesprächsförderer: Ausreden lassen, ungestörter Gesprächsrahmen, deutlich sprechen, verständliche Sprache verwenden, Sprache an das intellektuelle Niveau des Patienten anpassen, Bilder und Grafiken verwenden, Sichtbarrieren vermeiden, Körpersprache einsetzen und auf non-verbale Zeichen achten.

Eine der wichtigsten Aufgaben ist, den Patienten zu zeigen, dass man ihnen zuhört, sie verstehen möchte und ihnen Zeit gibt (Dugdale, Epstein & Pantilat, 1999, S. 34-40). „Reden zu dürfen“ ist eines der wichtigsten Elemente des Gesprächs (Whitcomb, 2000, S. 137-144; Robinson & Thomson, 2001, S. 34-38). Den Patienten ausreden zu lassen ist von großer Bedeutung und stiehlt dem Arzt, der Pflegekraft oder dem Therapeuten kaum Zeit: Im Schnitt reden Patienten, wenn man sie lässt, rund 90 Sekunden. Die wenigsten füllen drei Minuten. Allerdings unterbrechen Ärzte oft vorher, Studien zufolge sogar nach 20 – 30 Sekunden (Marvel et al., 1999, S. 283-287; Wilm et al., 2004, S. 53-57; Dyche & Swiderski, 2005, S. 267-270). Das „Ausreden lassen“ ist für die Patienten ein erhebender, beruhigender Moment, wenn er ungestört loswerden darf, was er auf dem Herzen hat. Es zeigt auch eine Wertschätzung, die die Atmosphäre des ganzen Gespräches positiv beeinflusst. Ein Arzt, eine Pflegekraft oder ein Therapeut, der seinem Patienten aufmerksam zuhört, nimmt ihn offenbar ernst, respektiert das, was der Patient sagt und findet es wichtig.

Ein ungestörter Gesprächsrahmen trägt auch zu einem erfolgreichen Gespräch bei (Schweickhardt, 2016, S. 4). Im Klinikalltag ist es jedoch nicht immer leicht, das Beratungsgespräch in einem separaten Raum ungestört durchzuführen. Ärzte und Therapeuten haben eher die Möglichkeit mit Patienten und Angehörigen für das Gespräch in ihre eigenen Räumlichkeiten zu gehen. Die Beratung bei pflegerischen Maßnahmen durch Pflegekräfte findet meist in den Patientenzimmern statt. Wenn es keine räumliche Ausweichmöglichkeit gibt oder der Zustand des Patienten keinen räumlichen Wechsel gestattet, ist es wichtig im Patientenzimmer mögliche Störquellen für die Zeit des Beratungsgesprächs zu reduzieren.

Des Weiteren ist eine deutliche Sprechweise ein wichtiger Gesprächsförderer. Erst durch die Sprechweise – Stimme, Aussprache und Betonung - wird sprachliche Information vollständig. Die Informationen werden bei einer zunehmenden Deutlichkeit der Aussprache, der jeweiligen Artikulationsschärfe, besser verstanden. Das hat nichts mit der Frage nach dem Dialekt zu tun: Man kann im Dialekt wie in der Standardaussprache deutlicher und undeutlicher sprechen. „Deutlich und weniger laut ist akustisch immer noch besser zu verstehen als undeutlich und laut.“ (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 45)

Wichtig ist es weiterhin, eine verständliche Sprache zu verwenden und die Sprache an das intellektuelle Niveau des Gesprächspartners anzupassen. Welche Kriterien eine verständliche Sprache beinhalten sollte, wird in Kapitel 2.5.8. genauer beschrieben.

Für viele Menschen ist es deutlich einfacher, komplexe Zusammenhänge bildlich zu begreifen. Der Einsatz von Zeichnungen oder Modellen im Rahmen von Beratungsgesprächen erleichtern es dem Patienten und den Angehörigen ungemein, sich eine Erkrankung oder einen Eingriff vorzustellen. Es kommt dabei weniger auf die Qualität der Zeichnung an, wichtiger ist, dass die grundlegenden Mechanismen verdeutlicht werden. Fehlen entsprechende Vorlagen, lohnt es sich selbst für zeichnerisch weniger Talentierte, zu Papier und Stift zu greifen. (Schweickhardt, 2016, S. 4)

Ein weiterer Gesprächsförderer ist das Einsetzen von Körpersprache und das Achten auf nonverbale Zeichen. Auch auf diesen Punkt wird genauer im Kapitel 2.5.7. eingegangen. Außerdem ist es wichtig Sichtbarrieren zwischen den Gesprächspartnern zu vermeiden.

Es lohnt sich diese Gesprächsförderer möglichst häufig einzusetzen, um einen positiven Gesprächsverlauf entwickeln zu können.

2.4. Aktuelle Studienlage zu den Themen „Beratungsgespräche“ und „Kommunikationstraining im medizinischen Kontext“

Im Jahr 1990 haben die beiden Wissenschaftler Bird und Cohen-Cole ein Modell vorgeschlagen, um die Ziele der Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu beschreiben. Dieses Modell umfasst folgende drei Ziele: 1. Daten gewinnen, 2. Patienten informieren und 3. auf die Gefühle von Patienten eingehen (Bird & Cohen-Cole, 1990, S. 65-88). Andere Modelle, wie z.B. das von Lazare, Putnam und Lipkin

(1995) fokussieren sich eher auf übergeordnete Ebenen. Entsprechend werden die Ziele wie folgt umformuliert: 1. Eine Beziehung entwickeln, beibehalten und abschließen, 2. Die Art des Problems identifizieren und im Verlauf überwachen und 3. Vermitteln von Informationen an den Patienten sowie Behandlungspläne implementieren (Lazare, Putnam & Lipkin, 1995, S. 3-19). Genau diese Ziele sollten in den Beratungsgesprächen mit Patienten und Angehörigen von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten verfolgt werden. Die zunächst einfach scheinenden Ziele erweisen sich laut Langewitz et al. (SAMW, 2019) bei näherem Hinschauen allerdings als komplexe Aufgaben, welche oft durch gezielte Trainings und Interventionen gefördert und stabilisiert werden müssen (SAMW, Kommunikation im medizinischen Alltag, 2019, S. 8-75). Durch die Steigerung der Kommunikationskompetenz von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten werden die Patienten und Angehörigen konstruktiver beraten und besser in den Behandlungsverlauf einbezogen. Patientenbefragungen zeigen immer öfter, dass Patienten bei Behandlungsentscheidungen im ärztlichen Gespräch explizit mehr miteinbezogen werden wollen (Coulter & Magee, 2003 und Körner, 2013, S. 48-55).

Das Patientengespräch hat trotz einer immer weiter expandierenden Vielfalt technischer Untersuchungsmethoden einen zentralen Stellenwert in der täglichen Arbeit von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten. Die kommunikative Kompetenz von Arzt, Pflegekraft und Therapeut hat großen Einfluss auf die Zufriedenheit des Patienten und den Behandlungserfolg. Eine gelungene Kommunikation zwischen den Gesprächspartnern ist lehr- und lernbar (Schweickhardt & Fritzsche, 2016, Vorwort). „Kommunikative Fähigkeiten können durch Trainingsprogramme nachweislich verbessert werden.“ (Schweickhardt & Fritzsche, 2016, Vorwort)

Während die Bedeutung der Gesundheitskompetenz von Patienten schon länger als wichtig eingeschätzt wird, ist über die Gesundheitskompetenz bei Gesundheitsfachkräften eher weniger bekannt (Schillinger et al., 2003, S. 83-90). Die Relevanz des Themas wird jedoch immer mehr erkannt und so argumentieren Kickbusch et al. (2016, S. 56-61), dass auch Gesundheitsfachkräfte eine gute Gesundheitskompetenz benötigen. Kickbusch et al. (2005, S. 4-22) definieren professionelle Gesundheitskompetenz als „gute Kommunikation und die Fähigkeit zuzuhören“. Hierbei geht es um alle Berufsgruppen, die Gesundheitsversorgung und

Dienstleistungen im direkten Kontakt mit Patienten erbringen (z.B. Pflegekräfte, Ärzte, Hebammen, Ergotherapeuten, Logopäden oder Physiotherapeuten).

Um dies zu erreichen, sollte die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften so ausgestaltet werden, dass alle Beteiligten eine professionelle Gesundheitskompetenz erwerben, aufrechterhalten und auch durch das Verstehen neuester Erkenntnisse weiterentwickeln. (Lippke, Ansmann & Brütt, 2022, S. 1)

Die Verbesserung der Gesundheitskompetenz kann mit Kommunikationskonzepten und -interventionen trainiert werden. Gesundheitsfachkräfte sollten in der jeweiligen Kommunikationssituation erkennen können, wenn die Gesundheitskompetenzen der Patienten nicht optimal ausgeprägt sind und sie entsprechend kompensatorisch aktiv werden müssen. Wenn es Patienten schwerfällt, ihre Erkrankung und Einflussfaktoren zu verstehen sowie Behandlungsempfehlungen einzuhalten, dann sind die Gesundheitsfachkräfte gefragt. Sie sollten mit Beratungen, Erklärungen, speziellen Methoden und maßgeschneiderten Empfehlungen darauf Rücksicht nehmen und entsprechend unterstützen (Lippke et al., 2022, S. 2).

Die professionelle Gesundheitskompetenz wird nach Helitzer et al. (2011) differenziert nach:

- I. Wissen (Grad, in dem Personen in der Lage sind, grundlegende Gesundheitsinformationen zu erhalten, zu verarbeiten und zu verstehen, um angemessene Gesundheitsentscheidungen zu treffen, inkl. Lesen, Schreiben, Rechnen – also dem Interpretieren und Analysieren von Zahlen und Daten)
- II. Dispositionen wie Einstellungen, Selbstwirksamkeit und soziale Normen sowie
- III. Kommunikationsfähigkeiten wie a) das Stellen von Fragen und b) die Fähigkeit zum aktiven Zuhören sowie c) das Verstehen und d) das korrekte Zusammenfassen

Gesundheitskompetenz ist verknüpft mit Bildung und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen in Bezug darauf, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, welche die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessert. (Weltgesundheitsorganisation, Gesundheitskompetenz, 2016, S. 6)

Leslie et al. (2019) haben beobachtet, dass Gesundheitsfachkräfte ein eher geringes Wissen über den Grad der Gesundheitskompetenz ihrer Patienten haben. Auch bei der eigenen professionellen Gesundheitskompetenz zeigten sich viele Defizite. Die Gesundheitsfachkräfte waren z.B. nicht immer in der Lage, die Kommunikation an die Bedürfnisse und Vorkenntnisse der Patienten anzupassen. Unterstützende Techniken wie das Verwenden einfacher Sprache wurden, trotz ihrer Wirksamkeit, selten angewandt (Lippke et al., 2022, S. 6f).

In ihrer Trainingsstudie in Australien haben Bird et al. (2020) die Effektivität von Lernmodulen zur Gesundheitskompetenz, die speziell für Physiotherapeuten in der Praxis entwickelt wurden, evaluiert. Teilnehmende waren Physiotherapeuten und andere Klinikmitarbeiter. Die Lernmodule wurden in einem dreistündigen individuellen Workshop vermittelt und in zwei einstündigen Videokonferenz-Workshops aufgefrischt. Das Wissen über die Gesundheitskompetenz und die Kommunikationsfähigkeiten wurden vor und nach den Workshops bewertet. Die Ergebnisse zeigten, dass sich beide Bereiche bei den Gesundheitsfachkräften deutlich verbesserten. Helitzer et al. (2011) untersuchten in ihrer randomisiert kontrollierten Studien (RCT) 28 Erstversorger in einem eintägigen Training entweder mit simulierten Patienteninteraktionen oder einer Kontrollgruppe ohne Intervention. Die Interventionsgruppe verbesserte sich signifikant in den Kommunikationsfähigkeiten unmittelbar nach dem Training und zu beiden Nachuntersuchungszeitpunkten, bis zu zwei Jahre nach der Intervention. In einer weiteren RCT trainierten Tavakoly Sany et al. (2018) 35 Gesundheitsfachkräfte in Kommunikationskompetenz und untersuchten die Effekte auf die Kommunikation mit Bluthochdruckpatienten. Die Gesundheitsfachkräfte wurden in einer Kurzintervention trainiert, mit ihren Patienten effektiver zu kommunizieren. Nach der Schulungsmaßnahme konnten bei Patienten der trainierten Gesundheitsfachkräfte im Vergleich zu den Patienten der Kontrollgruppe eine signifikante Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten, der Selbstwirksamkeit, der Medikamentenadhärenz und der Blutdruck-Ergebnisse festgestellt werden. Karper et al. (2019) trainierten in einem umfassenden Gesundheitskompetenz-Training medizinisches Fachpersonal. An der Studie nahmen 106 Gesundheitsfachkräfte aus Italien, den Niederlanden und Nordirland teil. Nach dem 8-stündigen Training hatte sich die selbst eingeschätzte Gesundheitskompetenz der Fachkräfte signifikant verbessert. Dieser Anstieg hielt auch noch nach sechs und 12 Wochen an.

Kang, Song und Noh (2020) untersuchten in einem systematischen Review 19 Studien und in einer anschließenden Meta-Analyse 12 der 19 Studien hinsichtlich der Verbesserung der Gesundheitskompetenz für Pflegekräfte und Krankenpflegeschüler/-studierende. Die Meta-Analyse zeigte, dass Programme zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz die Selbstwirksamkeit und die kulturelle Kompetenz stärken. Ein weiteres Ergebnis war, dass diese Faktoren wiederum wichtige Kriterien für andere Outcomes wie Patientensicherheit, Zufriedenheit und Gesundheits-/Krankheitskosten sein können (Lippke et al., 2022, S. 8).

Die beschriebenen Studien geben Hinweise darauf, dass Trainingsprogramme nicht nur einen Effekt auf die Gesundheitsfachkräfte zeigen können, sondern auch auf deren Patienten. Kommunikationskonzepte zur Verbesserung der professionellen Gesundheitskompetenz bringen nicht nur den direkten Trainingsteilnehmern etwas, sondern denjenigen, mit denen sie kommunizieren und die sie behandeln (Lippke et al., 2022, S. 9).

In den oben beschriebenen Studien sind die konkreten Trainingsinhalte oftmals zu wenig detailliert beschrieben oder nicht differenziert untersucht, als dass man konkrete Kommunikationsinstrumente einzeln hervorheben könnte (Buchberger et al., 2011 und Lippke et al. 2021, S. 2016).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es zahlreiche Kommunikationskonzepte zur Verbesserung der professionellen Gesundheitskompetenz gibt, die in Studien (erste) Effekte zeigten. Folgende Ansätze kommen in den Studien immer wieder vor und zeigen sich demnach als erfolgsversprechend: das Vier-Seiten-Modell nach Friedemann Schulz von Thun, die Interaktive Kommunikationsschleife, die Teach-Back-Methode, Shared Decision Making, Motivierende Gesprächsführung, Intentionsbildung und Verhaltensplanung inkl. Barriereplanung, Selbstwirksamkeitserwartung inkl. Rollenspielen und Modelllernen und Interkulturelle Kommunikation (Curtis, Tzannes & Rudge, 2011, S. 13-20 und Lippke et al., 2022, S. 8f). Einige der Ansätze werden im Kapitel 2.5. noch genauer beschrieben und diskutiert.

In den Studien wird meist die Kommunikationskompetenz im allgemeinen Berufsalltag von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten mit Patienten und Angehörigen beschrieben und nicht spezifisch auf bestimmte Gesprächsformen eingegangen. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird wieder spezifisch auf die Beratungsgespräche

Bezug genommen, da sie Hauptgegenstand dieser Arbeit sind. Ferner ist aus der Recherche zu erkennen, dass im Bereich der Arzt-Patienten Kommunikation viel mehr Literatur vorhanden ist als im Bereich der Pflege-Patienten und Therapeuten-Patienten Kommunikation. Das kann daran liegen, dass Ärzte im Alltag viel mehr Patientengespräche führen als Pflegekräfte und Therapeuten. Pflegende haben z.B. die Fachkompetenz „Sprache und Gespräch“ weiterhin nicht als eigene Pflegeleistung und Kompetenzanforderung erkannt und anerkannt (Mantz, 2019, S. 51).

2.5. Wichtige Kommunikationsinstrumente in den Beratungsgesprächen

In der Literatur tauchen bestimmte Kommunikationsinstrumente, wie z.B. „aktives Zuhören“, „Fragetechniken“ etc. immer wieder auf. Sie zu kennen und richtig einsetzen zu können ist für eine gute Kommunikationskompetenz obligatorisch. Im nachfolgenden Kapitel werden die wichtigsten Kommunikationsinstrumente im Detail beschrieben und in den Kontext der Beratungsgespräche von Arzt/Pflegekraft/Therapeut und Patient bzw. Angehörige gesetzt.

2.5.1. Aktives Zuhören

Das aktive Zuhören wurde erstmals von Carl Rogers (1902-1987) im Rahmen der von ihm entwickelten nicht-direktiven Beratung und dem damit verbundenen klientenzentrierten Ansatz beschrieben. Aktives Zuhören bedeutet ein bewusstes, verstehendes Zuhören, ohne den Anderen zu unterbrechen. Einerseits um die Sachhalte, die der Gesprächspartner mitteilt zu erfassen und um andererseits seine emotionale Befindlichkeit wahrzunehmen und nachvollziehen zu können (Rogers, 1987, S 83-107).

Diese Art des Zuhörens ist auch in der Kommunikation mit Patienten entscheidend, denn der Patient fühlt sich dabei angenommen und verstanden. Verbunden mit dem aktiven Zuhören sind das Paraphrasieren und das Verbalisieren, die beide der Verständnissicherung im Gespräch dienen. (Herter-Ehlers, 2021, S. 23)

Beim aktiven Zuhören sind Arzt, Pflegekraft und Therapeut bereit dem Patienten und Angehörigem zuzuhören. Während des Gesprächs versucht der Zuhörer¹² sich in die Welt des Anderen hineinzusetzen und sie mit seinen Augen zu sehen. Durch das bewusste und aufmerksame Zuhören wird das Interesse an der Situation

¹² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Text der Begriff Zuhörer stellvertretend für Zuhörerinnen und Zuhörer verwendet

und an den Problemen des Gegenübers deutlich. Er fühlt sich dadurch als Person wahrgenommen und wertgeschätzt. Die Aufmerksamkeit kann verbal durch zustimmende Äußerungen, wie z.B. „mhm“ oder „ja“ signalisiert werden oder nonverbal durch Kopfnicken, zustimmende Mimik und zugewandte Körperhaltung (Herter-Ehlers, 2021, S. 23). Das aktive Zuhören ist eines der wesentlichsten Instrumente für eine erfolgreiche Gesprächsführung. Notwendig sind dabei die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel und die Bereitschaft sich in die jeweilige Situation und Sichtweise des Gesprächspartners hineinzusetzen (Nünning & Zierold, 2008, S. 100).

Paraphrasieren bedeutet, den Inhalt des Gesagten mit den eigenen Worten wiederzugeben. Arzt, Pflegekraft oder Therapeut übernehmen die Perspektive des Patienten/Angehörigen und fokussieren mit der Paraphrase auf den Teil der Aussage mit dem größten Bedeutungsgehalt (Schweickhardt & Fritzsche, 2016, S. 45). Die Kernaussagen werden dabei zusammengefasst, um zu klären, ob der Zuhörer die Aussagen so verstanden hat, wie der Gesprächspartner sie gemeint hat. Der Gesprächspartner kann andererseits auf diese Weise feststellen, ob er richtig verstanden wurde und gleichzeitig überprüfen, ob seine Aussagen für ihn so stimmen oder ob sie noch anders formuliert werden müssen (Herter-Ehlers, 2021, S. 24). An dieser Stelle sei noch das Konzept der „Interaktiven Kommunikationsschleife“ oder auch „Close-the-Loop“ erwähnt (Schillinger et al., 2003, S. 83-90). Das Konzept kann zur Verbesserung der Effektivität der Kommunikation beitragen, indem der Hörer angeregt wird, Botschaften noch einmal zu wiederholen. Damit soll, wie beim Paraphrasieren, sichergestellt werden, dass die Botschaften richtig verstanden werden und im Gedächtnis bleiben. Die konkrete Umsetzung kann über die Teach-Back-Methode durchgeführt werden (Lippke et al., 2022, S. 4).

Neben dem Nachvollziehen von Sachinhalten, geht es im Beratungsgespräch auch darum, die Gefühle des Gesprächspartners zu erfassen und zu verstehen. Beim Verbalisieren werden die mit den Aussagen des Gesprächspartners verbundenen Gefühle und Wünsche aufgenommen und ebenfalls in eigenen Worten wiedergegeben. Es können auch Gefühle benannt werden, die nur indirekt durch die Körpersprache (z.B. eine zusammengesunkene Haltung) oder die Stimme (z.B. ein zitteriger Stimmklang) erkennbar werden. Der Gesprächspartner hat dadurch die Gelegenheit auch die emotionalen Inhalte seiner Aussagen nachzuspüren und selbst mehr Klarheit über seine Gefühle zu gewinnen. Beim Ansprechen dieser Gefühle ist

allerdings Sensibilität für die Grenzen des Gesprächspartners gefragt. (Herter-Ehlers, 2021, S. 24)

Das aktive Zuhören in Beratungsgesprächen mit Patienten und Angehörigen bewirkt folgende Aspekte (Herter-Ehlers, 2021, S. 24):

- Ein vertrauensvoller Kontakt zum Patienten und Angehörigen entsteht.
- Der Gesprächsfluss des Patienten/Angehörigen wird angeregt.
- Im Beratungsgespräch können sich neue Perspektiven für beide Seiten eröffnen.
- Missverständnisse im Beratungsgespräch werden durch das Paraphrasieren und Verbalisieren verringert.
- Komplexe Sachverhalte können anschaulicher strukturiert und damit besser verstanden werden.
- Die Zusammenfassung der Aussagen verhilft dem Patienten/Angehörigen, sowohl auf der Inhalts- als auch auf der Beziehungsebene zu mehr Klarheit.
- Das aktive Zuhören unterstützt im Beratungsgespräch das Klären von Beschwerden und das Lösen von Konflikten.

2.5.2. Fragetechniken

Das Stellen von Fragen erfordert nach Patrzek (2015, Vorwort) die Fähigkeit, eine geeignete Frage, mit der entsprechenden Fragetechnik so zu formulieren, dass das Frageziel möglichst erreicht wird. In der Zusammenarbeit mit Patienten und Angehörigen sind Fragen ein wesentliches Mittel der Gesprächsführung. Im Beratungsgespräch sind Fragen deshalb von besonderer Bedeutung, da sie die Analyse des Problems und einen Überblick über die Lebenssituationen und die Anliegen und Ziele des Patienten ermöglichen.

Laut Patrzek hat jede Frage drei Dimensionen (2015, S. 57):

1. Die Fragefunktion: Weshalb wird die Frage gestellt? (z.B. Entscheidungsfrage)
2. Die Frageform: Wie wird die Frage gestellt? (z.B. offene Frage)
3. Die Fragesituation: In welchem Kontext wird die Frage gestellt? (z.B. Abschlussfrage)

In der Interaktion mit Patienten/Angehörigen sollte Fragefunktion, Frageform und Fragesituation, immer gezielt ausgewählt werden. Wichtig ist das Bewusstsein, dass das Stellen von Fragen immer auch ein aktives Zuhören erfordert, um die Antworten entsprechend aufnehmen zu können. Fragen haben im Gespräch unterschiedliche Funktionen. Wer Fragen stellt, verfolgt dabei drei grundsätzliche Ziele (Pawlowski, 2005, S. 77): Eine Beziehung aufbauen oder sichern, Informationen gewinnen und das Gespräch aktiv gestalten.

Fragen können als geschlossene, offene oder lösungsorientierte Fragen formuliert werden, je nachdem, welches Ziel sie haben. Geschlossene Fragen dienen der Klärung. Es kann nur mit Ja/Nein geantwortet werden. Sie geben feste Antworten vor und können eingesetzt werden, um gezielte Informationen von Patienten und Angehörigen zu erhalten. Sie führen schnell zum Ziel, da der Befragte präzise und knapp darauf antworten kann. Es entsteht jedoch kein Gesprächsfluss, denn der Gesprächspartner erhält keinen Freiraum seine Meinung und seine Sicht der Situation zu äußern. Offene Fragen laden dazu ein, umfassend alles Relevante zum befragten Themenkomplex zu berichten. Es können neue Informationen und Fakten vom Gesprächspartner erhalten werden. Offene Fragen sind auch ein wichtiger Bestandteil des evidenzbasierten Kommunikationskonzeptes der Motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing; MI) nach Miller und Rollnick (1991), welche immer mehr auf verschiedene Gesundheitsbereiche angewandt wird (Lippke et al., 2022, S. 4). Der Patient /Angehörige kann durch offene Fragen allerdings den roten Faden verlieren und das Gespräch kann dadurch einen unerwarteten Verlauf nehmen. Lösungsorientierte Fragen unterstützen die Lösungsfindung. Sie ermöglichen, das Anliegen von Patienten und Angehörigen zu klären (Herter-Ehlers, 2021, S. 26). Sie können im Gespräch zur Lösungsfindung beitragen, da der Fokus auf den Ressourcen und Stärken des Gesprächspartners liegt. Im Gespräch mit dem Patienten und Angehörigen wird der Blick gezielt auf die Lösung des Problems gerichtet (Herter-Ehlers, 2021, S. 26).

Fragen sind ein geeignetes Mittel, um Gespräche zu steuern. Gerade wenn schwierige Gespräche in die Sackgasse zu geraten drohen, wenn Meinung gegen Meinung steht, wenn die Beteiligten aneinander vorbeireden, können Sie mit einer Frage das Gespräch wieder auf den geplanten Weg bringen. (Pawlowski, 2005, S. 88)

2.5.3. Konstruktiv argumentieren und begründen

Ärzte, Pflegepersonal und Therapeuten sind in ihrem Fach die Experten und wissen in Bezug auf die Erkrankung des Patienten am besten, welche nächsten Schritte die wichtigsten sind. In den Beratungsgesprächen stehen sie den Patienten mit ihrer Fachexpertise zur Seite und wollen sie bestmöglichst informieren und beraten. Sie müssen oft gut argumentieren und begründen, warum folgende Untersuchung oder Therapie für den Patienten am besten ist. Die Überzeugungskraft einer Argumentation erhöht sich, wenn sie an die Vorstellungen, das Bezugssystem und die Motive des Zuhörers anknüpft.

Hierfür kann das Pyramidale Prinzip, das von Barbara Minto (2005) entwickelt wurde, herangezogen werden. Kommunikation nach dem Pyramidalen Prinzip beginnt immer mit der Kernaussage, welche mit Details untermauert wird. Folglich steht das Ergebnis im Vordergrund. Das pyramidale Kommunikationskonzept kennt zwei Argumentationsprinzipien: Argumentationsgruppen und Argumentationsketten. Argumentationsgruppen bieten sich an, wenn zwischen Arzt/Pflegekraft/Therapeut und Patient/Angehörigem allgemeiner Konsens herrscht. Die Kernaussage wird durch parallele Aussagen detailliert und gestützt. Alle Aussagen auf einer Ebene müssen dabei das GÜTE-Siegel tragen. GÜTE steht hierbei für: Gleichartig, Überschneidungsfrei, Treffend und Erschöpfend. Argumentationsketten eignen sich hingegen dann, wenn über ein Thema Dissens herrscht oder allgemeine Skepsis überwiegt. Argumentationsketten begründen die dargelegten Kernaussagen. Nachdem die Kernaussage genannt wurde, wird die aktuelle Situation angesprochen, diese wird kommentiert und daraufhin die Lösung des Problems formuliert. (Baller & Schaller, 2017, S. 94f)

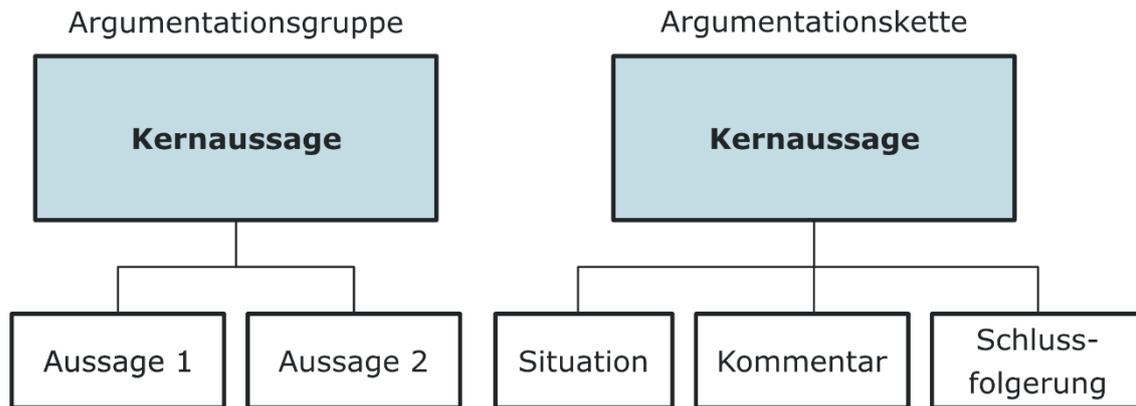


Abbildung 11: Argumentationsprinzipien (nach Minto) in Anlehnung an Baller und Schaller, 2017, S. 95

Es ist auch möglich, Gruppen und Ketten zu kombinieren. So können einzelne Elemente einer Argumentationsgruppe durch eine Argumentationskette erläutert oder einzelne Elemente einer Argumentationskette durch Argumentationsgruppen detailliert werden. (Baller & Schaller, 2017, S. 95)

2.5.4. Perspektivenwechsel

Sehr wichtig in den Beratungsgesprächen ist es den Perspektivenwechsel zu beherrschen. Ziel ist es, sich in den Gegenüber, in diesem Fall den Patienten oder Angehörigen, hineinversetzen zu können, um entsprechend verständnisvoll reagieren zu können. Die neue Sichtweise schärft den Blick und optimiert die Lösungskompetenz. Gelingt es, ist es für die Gesprächspartner ein großer Gewinn und kann zu einer entspannteren Gesprächsatmosphäre beitragen (Büttner & Quindel, 2013, S. 184). Arzt/Pflegekraft/Therapeut müssen sich bewusst werden, in welcher Welt der Patient lebt, wie er seine Umgebung, sein Gegenüber und vor allem seine Krankheit wahrnimmt. Patient und Angehörige spüren, dass man ihnen begegnen will und werden in aller Regel zugänglicher und fassen Vertrauen (Kutscher, 2008, S. 1469-1470). Hier beginnt die Kommunikation zwischen Arzt/Pflegekraft/Therapeut und Patient/Angehörigen. Die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel braucht Übung und Zeit, die sich jedoch lohnt. „Wer jene Fähigkeit erwirbt, öffnet das Tor zur Welt des Patienten.“ (Kutscher, 2008, Deutsches Ärzteblatt, S. 1470)

2.5.5. Klares und verständliches Informieren und Beraten

In Beratungsgesprächen mit Patienten und Angehörigen müssen insbesondere komplexe Sachverhalte verständlich und nachvollziehbar erklärt werden. Zur guten Verständlichkeit von Aussagen tragen die vier Verständlichkeitskriterien „Einfachheit“, „Gliederung/Ordnung“, „Kürze/Prägnanz“ sowie „zusätzliche Anregungen“ nach Langer, Schulz von Thun und Tausch (2019) bei. Sie sind in dem sogenannten Verständlichkeitsfenster systematisiert (Langer, Schulz von Thun & Tausch, 2019, S. 31):

Einfachheit	Gliederung / Ordnung
Kürze / Prägnanz	Anregende Zusätze

Abbildung 12: „Verständlichkeitsfenster“ in Anlehnung an Langer, Schulz von Thun und Tausch, 2019, S. 31

In erster Linie haben die Autoren diese Kriterien der Verständlichkeit für schriftliche Texte entwickelt. Schulz von Thun (1996) hat sehr anschaulich gezeigt, dass sie sich auch auf Erklärungen und Beschreibungen in Gesprächen anwenden lassen. In der folgenden Tabelle werden die Kriterien genauer beschrieben (Schulz von Thun, 1996, S. 140-155):

Einfachheit	Kurze Sätze, nachgeordnete Nebensätze, keine verschachtelten Sätze, für den Patienten/Angehörigen geläufige Wörter, Fachwörter (wenn nötig) erklären, konkret (mehr Verben statt Nomen), anschaulich durch Bilder und Vergleiche, eventuell graphische Hilfsmittel verwenden (Bsp.: Skizzen)
Gliederung/Ordnung	Folgerichtige Gliederung (sinnvolle Reihenfolge der Informationen, z.B. auch bei Informationsmaterial für Patienten), Aussagen folgerichtig verknüpfen, Unterscheiden von Wesentlichem und Unwesentlichem, sichtbarer roter Faden im Gespräch
Kürze/Prägnanz	Sachinhalte kurz erklären, auf das Wesentliche beschränken, auf das Informationsziel konzentriert, keine Abschweifungen
Zusätzliche Anregungen	Persönlich motivierend (auf den Patienten und dessen augenblickliche Situation abgestimmt), anregend, interessant, abwechslungsreich mit Verwendung von Bildern und Beispielen

Tabelle 3: Die vier Verständlichkeitskriterien in Bezug auf Erklärungen und Beschreibungen in Gesprächen nach Schulz von Thun (1996) in Anlehnung an Pawlowski, 2005, S. 112

Die Berücksichtigung dieser vier Kriterien in Beratungsgesprächen erleichtert Patienten und Angehörigen das Verstehen von Aussagen und Texten, verringert Missverständnisse und trägt damit zu erfolgreichen Gesprächen und Therapien bei (Herter-Ehlers, 2021, S. 28). Göpferich (2002, S. 163ff) hat dieses „Hamburger Modell“ noch präzisiert und um zwei wichtige Parameter erweitert. Einerseits um die Motivation, ob der Hörer die Informationen verstehen will oder muss. Andererseits um die Optimierung im nonverbalen Bereich: z.B. eine präzise Artikulation, sinngemäße Betonung und angemessene Lautstärke. Auf diesen zweiten Punkt wird im Kapitel 2.4.7. noch genauer Bezug genommen. Pawlowski hat ferner der Ebene der Verständlichkeit noch die Ebene der Wirksamkeit hinzugefügt (Pawlowski, 2005, S. 112). Eine verständliche Kommunikation bewirkt Nähe zu der Handlung und somit Nähe zu dem Patienten und dem Angehörigen. Durch die Anwendung dieser Verständlichkeitskriterien in den Beratungsgesprächen gelingen die Gespräche besser und das Gesprächsziel kann eher erreicht werden.

Verständlich sind Ihre Beschreibungen und Erklärungen dann, wenn Sie Ihren Partner „abholen“: Was braucht er, um handeln zu können, um welches Vorwissen verfügt er, in welche Richtung kann er am besten folgen? (Pawlowski, 2005, S. 11)

2.5.6. Metakommunikation

Jede Kommunikation im Beratungsgespräch hat einen Inhaltsaspekt, der vom Beziehungsaspekt bestimmt wird. Die Mitteilung enthält mit dem Inhaltsaspekt eine Information und zugleich mit dem Beziehungsaspekt einen Hinweis darauf, wie der Sender die Informationen vom Empfänger verstanden haben möchte (Watzlawick, Beavin & Jackson, 2011, S. 61). Watzlawick versteht den Beziehungsaspekt als Metakommunikation. Die Metakommunikation ermöglicht, dass beide Gesprächspartner ihre Gesprächssituation aus einer distanzierten Perspektive betrachten. Metakommunikation heißt, dass über die Kommunikation gesprochen wird, über das, was gerade im Gespräch läuft oder laufen soll (Herter-Ehlers, 2021, S. 16). Schulz von Thun definiert Metakommunikation wie folgt:

Gemeint ist eine Kommunikation über die Kommunikation, also eine Auseinandersetzung über die Art, wie wir miteinander umgehen, und über die Art, wie wir die gesendeten Nachrichten gemeint und die empfangenen Nachrichten entschlüsselt und darauf reagiert haben. (Schulz von Thun, 2014, S. 101)

Zur Metakommunikation begeben sich die Partner gleichsam auf einen „Feldherrenhügel“, um Abstand zu nehmen von dem „Getümmel“, in das sie sich verstrickt haben und in dem sie nicht mehr (oder nur zäh und schwierig) weiterkommen (Schulz von Thun, 2014, S. 101).

Metakommunikation ist besonders dann hilfreich, wenn deutlich wird, dass es Kommunikationsstörungen auf der Sachebene gibt, die auf Störungen auf der Beziehungsebene zurückgehen. Beim gemeinsamen Sprechen über die Kommunikation können Missverständnisse und Konflikte, die im Gespräch entstanden sind, geklärt werden. Für Ärzte/Pflegekräfte/Therapeuten ist es im Rahmen professioneller Kommunikation wichtig, Missverständnisse in der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen mithilfe der Metakommunikation zu klären und zu verringern, indem sie mit den Patienten und Angehörigen über die gerade stattgefundenene Kommunikation sprechen. (Herter-Ehlers, 2021, S. 16)

2.5.7. Einbezug nonverbaler Kommunikation

Jeder Sprecher sendet neben sprachlichen Zeichen verschiedene nicht-sprachliche Signale. Der Zuhörer bzw. Gesprächspartner empfängt diese Signale, wenn auch zumeist nicht bewusst, und wird in seinem Kommunikationsverhalten und seiner weiteren Einstellung zum Sprecher und zu dem, was er sagt, erheblich von diesen

nichtsprachlichen Signalen beeinflusst (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 19). Es gibt heute zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten, die die Bedeutung der sogenannten „nonverbalen“ Kommunikation bestätigt haben (vor allem Scherer 1984; Argyle 2013, Heilmann, 2009 und Goldin-Meadow & Wagner Cook, 2012, S. 631-649). Bei jedem Gespräch lassen sich außer dem gesprochenen Text verschiedene Kommunikationsanteile unterscheiden, die erst gemeinsam die menschliche Kommunikation ausmachen. Das gilt auch im Kontext von Beratungsgesprächen. In gängiger Terminologie wird zwischen „verbaler“ und „nonverbaler“ Kommunikation unterschieden. Der Bereich „nonverbaler Ausdruck“ umfasst verschiedene Äußerungsmöglichkeiten des Menschen, die nicht im engen Sinn sprachlich – verbal – sind (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 20):

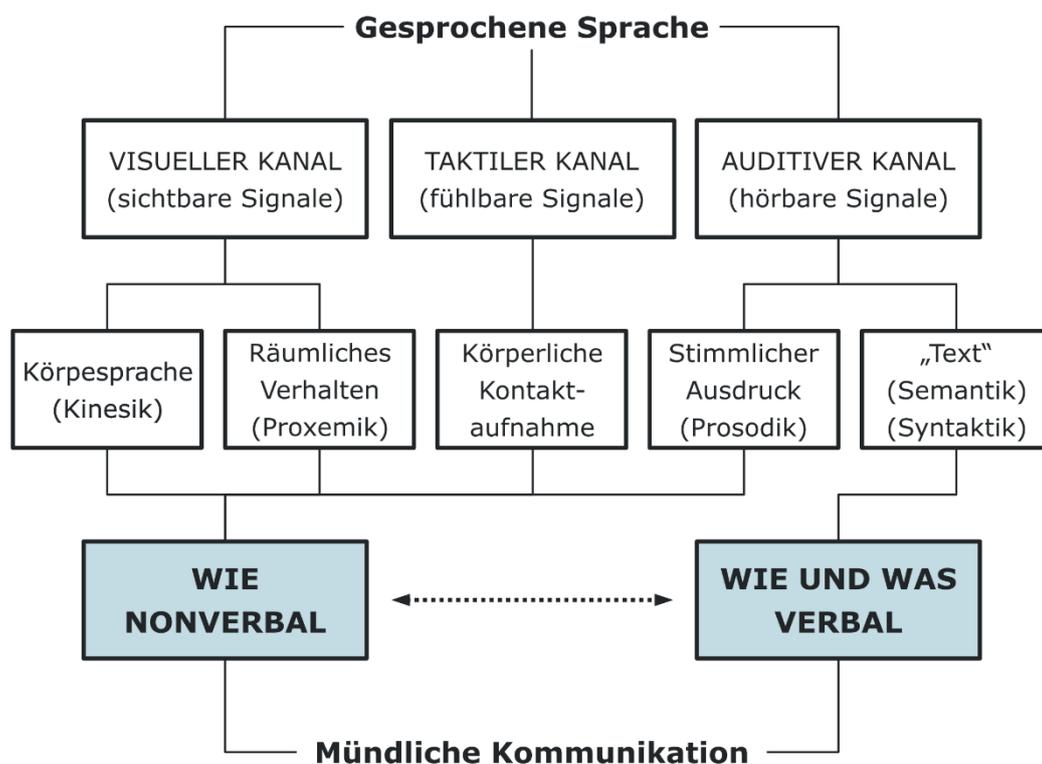


Abbildung 13: Verbale vs. nonverbale Kommunikation in Anlehnung an Allhoff & Allhoff, 2014, S. 21

Im Einzelnen beinhalten die oben beschriebenen Punkte verschiedene Inhalte: Körperhaltung und -bewegung, Gestik, Mimik und Blickkontakt, zusammengefasst unter den Begriffen Körpersprache oder Kinesik. Distanzverhalten, Körperorientierung und Bewegungen im Raum als Räumliches Verhalten oder Proxemik. Aktive und passive körperliche Kontaktaufnahme, hier eingeschränkt in mündliche Kommunikationssituationen, zusammengefasst unter dem Begriff taktile Kommunikation. Und

Stimme, Stimmklang, Aussprache, Dialekt, Betonung etc., häufig zusammengefasst unter den Begriffen Stimmlicher Ausdruck oder Prosodik (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 21f). Der visuelle, der taktile und der auditive Kanal haben Einfluss auf die Gesprächssituation, in diesem Fall auf das Beratungsgespräch zwischen Arzt/Pflegekraft/Therapeut und Patient/Angehörigem. Im Folgenden wird auf den visuellen und kurz auf den taktilen Kanal eingegangen. Der auditive Kanal wird im Unterkapitel 2.4.9. besprochen.

Der visuelle Eindruck ist laut Allhoff & Allhoff (2014, S. 29) entscheidend für das Bild, das der Hörer vom Sprecher bzw. der Gesprächspartner vom Partner gewinnt. Körperhaltung, Gestik und Mimik sagen dem Hörer etwas, sie drücken Entscheidendes aus, wie z.B.: Unsicherheit, Überlegenheit, Lässigkeit; Verspannung, Spannung, Gelöstheit; Gesprächsbereitschaft, Isolierung, Misstrauen, Zurückhaltung; Offenheit, Unehrlichkeit; engagiertes Zuhören, gespielte Aufmerksamkeit oder Desinteresse.

Die sichtbaren Aspekte des Verhaltens übermitteln neben dem gesprochenen Text wesentliche Zusatzinformationen; außerdem steuern sie den Ablauf von Kommunikationssituationen. (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 29)

Zu den sichtbaren Signalen werden Haltung und Auftreten, Gestik, Mimik, Blickkontakt und räumliches Verhalten (Proxemik) gezählt (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 29). Der Zeichentheoretiker und Schriftsteller Umberto Eco kennzeichnet die Körpersprache als „zweite Botschaft, die sich mit der normalen Botschaft verbindet und die sogar mit anderen Mitteln codiert wird.“ (1972, S. 218).

Körperhaltung zeigt die aktuelle Befindlichkeit und spiegelt die Stimmung der Gesprächsteilnehmer wider (Herter-Ehlers, 2021, S. 29). Eine zugewandte, aufrechte Körperhaltung in den Beratungsgesprächen unterstützt die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, da sie Offenheit und Interesse am Kontakt und am Gespräch vermittelt (Knapp, 1984, S. 324). Die Interaktion zwischen den verschiedenen Gesprächspartnern wird durch Mimik geregelt. Unser Gesichtsausdruck zeigt die Emotionen, z.B. Freude oder Trauer und begleitet unser Sprechen meist unwillkürlich. Sie lässt die innere Stellungnahme, z.B. Zustimmung, Ablehnung oder Kompromissbereitschaft, erkennen. Jeder hat für sich seinen persönlichen Gesichtsausdruck, der seine persönlichen Eigenschaften widerspiegelt (Herter-Ehlers, 2021, S. 29). Im Gespräch mit Patienten und Angehörigen ist es laut Herter-Ehlers (2021, S.

29) wichtig, die eigene Mimik situationsangemessen einzusetzen. Außerdem ist es hilfreich die Mimik des Patienten/Angehörigen wahrzunehmen, um seine Emotionen, seine Zustimmung oder auch sein Nichtverstehen zu erkennen. Aufgrund der Coronapandemie gilt in Kliniken Maskenpflicht. Durch das Tragen der Masken gehen im Gespräch mimische Elemente, also auch Emotionen, verloren, die im Gespräch wichtig sind. Davon gehen auch Wissenschaftler des Max-Planck-Institutes für Kognitions- und Neurowissenschaften aus (Schroeter et al, 2021, Artikel 640548) und betonen die Wichtigkeit der Mimik. Die „verlorenen Signale“ können durch den verstärkten Einsatz anderer sichtbarer Signale oder hörbarer Signale verdeutlicht werden. Auch die Gestik ist mit der Persönlichkeit eng verknüpft. Sie begleitet das Sprechen und unterstützt die Verständlichkeit für den Zuhörer. Auch Emotionen können mit Gestik ausgedrückt werden. Durch Gestik können Aussagen im Beratungsgespräch unterstrichen werden. Sie soll der Kommunikationssituation angemessen eingesetzt werden und der Persönlichkeit des Sprechers entsprechen (Herter-Ehler, 2021, S. 29). Mit Blickkontakt nimmt man Kontakt zu seinem Gesprächspartner auf. Eine Untersuchung von Kleck und Nuessle (1968, S. 241-246) ergab, dass Personen, die zu 80% der Zeit beim Sprechen ihren Partner anschauten, als „freundlich“, „selbstbewusst“ und „natürlich“ eingeschätzt wurden. Personen, die nur 15% der Zeit beim Sprechen ihren Gesprächspartner anschauten, wurden dagegen u.a. als „kalt“, „pessimistisch“, „ausweichend“ und „gleichgültig“ eingestuft. Durch Blickkontakt wird Interesse und Gesprächsbereitschaft signalisiert. Das Halten von Blickkontakt ermöglicht es die Reaktionen von Patienten und Angehörigen im Gespräch zu beobachten, um auch die nonverbalen Botschaften zu erkennen und darauf reagieren zu können. Durch den Blickkontakt fühlen sich Patienten und Angehörige angenommen und es kann im gemeinsamen Beratungsgespräch Vertrauen aufgebaut werden (Herter-Ehlers, 2021, S. 30). Das räumliche Verhalten drückt sich durch die interpersonale Nähe, durch das Maß gegenseitiger Zugewandtheit (sogenannte Körperorientierung) sowie durch Berührungen (sogenannte taktile Kommunikation) aus. Unter anderem hat Cook (1970, S. 61-76) festgestellt, dass die Über-eck-Position in nahezu allen Kommunikationssituationen vorteilhaft für eine offene und produktive Gesprächsführung ist. Diese Position bietet sich auch für Beratungsgespräche im Klinikalltag an, da sie sowohl im Sitzen als auch im Stehen (neben dem Patientenbett) umgesetzt werden kann.

Wichtig ist es, Körperhaltung und Körperbewegung, Mimik, Gestik und Blickkontakt des Patienten oder Angehörigen zunächst wahrzunehmen. Das Wahrgenommene sollte erst anschließend gedeutet werden und mit möglichen Schlussfolgerungen versehen werden. Erfolgt die Deutung und das Ziehen von Schlussfolgerungen direkt, kann es zu Fehlinterpretationen und dadurch zu Missverständnissen im Beratungsgespräch kommen (Heilmann, 2011, S. 42-52). Hierbei ist auch das Wissen um kulturelle Unterschiede bei Patienten und Angehörigen hilfreich, denn gerade interkulturell kann es bei Körpersprache und bei räumlichem Verhalten zu unterschiedlichen Wertungen kommen (Hoss-Leistner, 2020, S. 66).

Abschließend wird noch kurz auf den taktilen Kanal, die fühlbaren Signale, eingegangen. Jede Kultur hat eigene „Distanz-Gesetze“. In Beratungsgesprächen in unserem Kulturkreis ist ein „sozial-beratender“ Abstand von 2,5-3,5 m nach Hall et al. (1968, S. 83-108) empfehlenswert. Ein Nichtbeachten dieser Zonen löst meistens unangenehme Reaktionen aus. Ein zu naher Kontakt zu Patienten oder Angehörigen wird als störend empfunden. Allgemein ist jedoch zu sagen, dass das, was als störend empfunden wird, stark von Konventionen und Kulturen abhängig ist (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 39).

2.5.8. Anpassung von Stimme und Sprechweise an die jeweilige Situation

Der dritte Kanal der mündlichen Kommunikation beinhaltet die hörbaren Signale. Der Stimmklang und die Art und Weise wie wir sprechen, nehmen Einfluss auf die Gesprächsatmosphäre. „Denn erst durch die Sprechweise – Stimme, Aussprache und Betonung – wird sprachliche Information vollständig.“ (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 41). Vom auditiven Eindruck des Sprechers hängt laut Allhoff und Allhoff (2014, S. 41) wesentlich ab, wie verständlich der Sprecher ist, wie aufmerksam Hörer bzw. Gesprächspartner bleiben und wie glaubwürdig der Sprecher wirkt, das heißt auch, ob er überzeugt oder nicht.

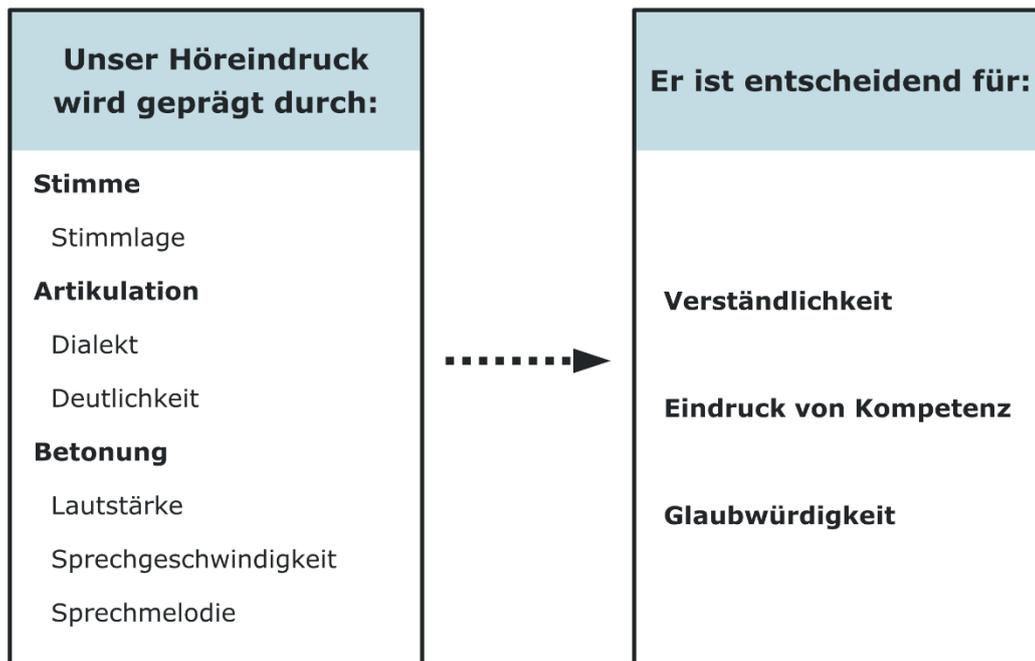


Abbildung 14: „Der Ton macht die Musik...“ in Anlehnung an Allhoff & Allhoff, 2014, S. 41

Eine gesunde Stimme ist laut Nawka und Wirth (2008, S. 116) „[...] frei von Nebengeräuschen, Druck, Dauer- Fehl- und Überspannungen. Ihre Dynamik ist in jeder Höhe beliebig kräftig oder leise, der Klang weit tragend, resonanzreich, weich und anstrengungslos“. Eine gesunde und funktionsfähige Stimme ist Voraussetzung für einwandfreies Sprechen. Im oberen Teil des unteren Drittels des Stimmumfangs liegt die Stimmhöhe, die wir den Hauptsprechtönenbereich (oder auch Indifferenzlage) nennen. Nur bei überwiegendem Einhalten des Hauptsprechtönenbereiches sprechen wir mühelos, ausdauernd und kräftig, die Stimme ist dann variabel und modulationsfähig (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 43). Die Stimme muss immer im Zusammenhang mit der Körperspannung, der Körperhaltung und der Atmung gesehen werden. Fehlbelastung in einem der Teilsysteme wirkt sich auch auf andere Körperteile und Funktionen aus (Hammer, 2017, S. 354f). Die Stimmen von Arzt/Pflegekraft/Therapeut werden täglich enorm gefordert, nicht nur in Beratungsgesprächen. Bei Anzeichen von Stimmbeschwerden oder -Veränderungen, auch bei längerer oder häufig wiederkehrender Heiserkeit sollte ein Phoniater¹³ oder ein HNO-Arzt aufgesucht werden. Bevor es zu anhaltenden Symptomen oder ähnlichem kommt, bietet sich die Teilnahme an prophylaktischer Stimmhygiene und Stimmtrainings an, die von

¹³ Facharzt für Stimm- und Sprachstörungen

qualifizierten Logopäden und Sprecherziehern¹⁴ angeboten werden. (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 42)

Eine deutliche und klare Artikulation (Aussprache) erhöht die Verständlichkeit für den Zuhörer enorm. Diese deutliche Aussprache lässt sich üben, z.B. durch eine weitere Kieferöffnung (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 45).

Eintöniges Sprechen setzt die Verständlichkeit herab, verringert die Glaubwürdigkeit des Sprechers¹⁵ und fördert frühzeitiges Abschalten (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 45). Noch wichtiger als die gerade genannten auditiven Merkmale wie Stimme und Aussprache ist die Variabilität der Betonung. Dies beinhaltet den Wechsel der Lautstärke, den Wechsel der Sprechgeschwindigkeit (mit Pausen) und den Wechsel der Sprechmelodie. Mehrabian (1977) stellte fest, dass Sprecher weit überzeugender wirken, wenn sie etwas schneller, etwas lauter und mit größerer Variabilität (Abwechslung) sprechen (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 46). Auch die Untersuchungen von Jakob, Petersen und Roessing (2008, S. 215-230) ergaben, dass sich Hörer von überzeugt wirkenden und in der Sache engagierten Sprechern leichter informieren, beeinflussen und überzeugen lassen. Engagiertes Sprechen ist hörergerichtet und charakterisiert durch variable Betonung, Blickkontakt und lebhaftes Körpersprache etc. (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 54). Dies ist auch in Hinblick auf die Beratungsgespräche wichtig und fördert eine erfolgreiche Patientenberatung. Ein angemessenes Sprechtempo motiviert den Patienten/Angehörigen zum Zuhören und erhöht die Verständlichkeit im Gespräch. Kurze Sprechpausen im Gespräch sind wichtig, weil sie dem Patienten/Angehörigen das Aufnehmen und die Verarbeitung der Aussagen erleichtern. Die Sprechlautstärke sollte der Situation, der Raumgröße und dem Patienten/Angehörigen angemessen sein. Eine adäquate Lautstärke im Beratungsgespräch sorgt für Aufmerksamkeit beim Patienten und Angehörigen (Herter-Ehlers, 2021, S. 31). Eine zu hohe Lautstärke kann die Kommunikation erschweren und zu leises Sprechen reduziert die Überzeugungskraft. Mit einem Wechsel zwischen laut und leise beim Sprechen kann Wichtiges im Gespräch hervorgehoben werden (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 46). Ein etwas schnelleres und lauterer Sprechen mit deutlichen Pausen und vielen Stimmensenkungen motiviert zum Zuhören und

¹⁴ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Text der Begriff Sprecherzieher stellvertretend für Sprecherzieherin und Sprecherzieher verwendet

¹⁵ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Text der Begriff Sprecher stellvertretend für Sprecherin und Sprecher verwendet

erhöht die inhaltliche Verständlichkeit, was in den Beratungsgesprächen von großer Bedeutung ist (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 48).

In der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen ist das Bewusstsein wichtig, dass die Stimme unsere Stimmung spiegelt und sich diese auf den Gesprächspartner überträgt. Die Befindlichkeit von Arzt/Pflegekraft/Therapeut, die Sprechweise und der Stimmklang wirken sich entweder fördernd auf den Kontakt und den Beziehungsaufbau mit Patienten und Angehörigen aus oder hinderlich, wenn aufgrund der störenden Sprechweise keine vertrauensvolle Zusammenarbeit entsteht. (Herter-Ehlers, 2021, S. 31)

Zusammenfassend lassen sich laut Allhoff und Allhoff (2014, S. 71ff) folgende wichtige Grundsätze verständlichen Sprechens festhalten, die bei der Durchführung von Beratungsgesprächen beachtet werden müssen: Viele Stimmensenkungen, keine erhöhte Stimmlage, Sinnvolle Betonung, angemessene Sprechgeschwindigkeit, deutliche Artikulation und abwechslungsreiches Sprechen.

2.6. Anpassung der Gespräche an verschiedenes Patienten Klientel

Im Mittelpunkt der Arbeit von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten steht der Patient. Die Patienten unterscheiden sich in ihrer Person, ihrem Verhalten und somit auch in ihrem Kommunikationsverhalten sehr. Es gibt viele Patienten, mit denen die Beratungsgespräche ohne Schwierigkeiten ablaufen und es zu keinen Störungen in der Kommunikation kommt. Es gibt jedoch auch Patienten, mit denen die Kommunikation nicht zwangsweise einfach ist. Es liegen äußere oder innere Faktoren, wie z.B. ausgeprägte Persönlichkeitsstile (z.B. fordernde, aggressive Patienten oder Patienten mit einer reduzierten Compliance) oder Erkrankungen unabhängig von der zu behandelnden Erkrankung (z.B. Depressive oder alkoholabhängige Patienten oder Patienten mit Persönlichkeitsstörungen) vor. Weitere Einflussfaktoren auf die Kommunikation wie Sprachschwierigkeiten aufgrund kultureller Unterschiede oder Sprach- und/oder Sprechstörungen durch die neurologische Erkrankung beeinflussen die Kommunikation und somit die Beratungsgespräche. Wichtig ist es, sich der Unterschiede bewusst zu sein oder bewusst zu werden und die Beratungsgespräche möglichst gut an die persönlichen Gegebenheiten und Möglichkeiten der Patienten anzupassen. Eine gute Hilfe ist es, sich vor dem Beratungsgespräch die vorhandene Patientenakte nochmals genau anhand der ICF Komponenten (vor

allem die der Körperstrukturen) durchzugehen. Somit erhalten Arzt, Pflegekraft und Therapeut schon im Vorhinein wichtige Hinweise über die medizinische(n) Diagnose(n) und die aktuelle Medikation, die Lokalisation der Hirnläsion (falls eine vorhanden), evtl. bestehende Paresen und Sensibilitätsstörungen, bekannte Risikofaktoren, die Soziale Situation (Familie, Beruf, Hobbies) und den bisherigen Krankheitsverlauf einschließlich bereits durchgeführter Therapien (Schneider, 2012, S. 103). Diese Informationen sind hilfreich für die Beratungsgespräche und lassen erste Rückschlüsse auf die Persönlichkeit des Patienten zu.

An dieser Stelle würde es den Rahmen sprengen, auf alle oben genannten Patientengruppen im Detail einzugehen. Wiederkehrende schwierige Gesprächssituationen mit bestimmten Patientengruppen können gut in einem Gesprächsführungsseminar besprochen, anhand von Rollenspielen simuliert und anschließend ausgewertet werden.

2.7. Exkurs zum Thema interne Kommunikation

Der Hauptthemenpunkt der Masterarbeit sind Beratungsgespräche mit Patienten und Angehörigen im Klinikalltag. Hier soll noch ein kurzer Exkurs zum Thema „interne Kommunikation“ gegeben werden, da dieser Bereich von großer Bedeutung im Gesundheitswesen ist.

Die Grundlage für eine professionelle Arbeit im Gesundheitswesen bildet die kollegiale Kommunikation. Nur im Zusammenspiel mit Kollegen und den Mitarbeitern anderer Berufsgruppen gelingt die Versorgung von Patienten. Unprofessionelle Interaktionen sind kostenintensiv. Sie verschlechtern das Arbeitsklima und können Mitarbeiter krank machen (Tewes, 2015, S. 77). Der Alltag in deutschen Kliniken wird durch Stress und Hektik bestimmt. Durch die zunehmende Technisierung der Arbeitsabläufe, den enormen Kostendruck im Gesundheitswesen und die immer weiter wachsenden Erwartungen der Patienten haben sich die Anforderungen an die Beschäftigten in Krankenhäusern nachhaltig verändert. Für einen ausführlichen fachlichen Austausch zwischen Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten fehlt oft die Zeit. Dabei erfordern schwierige Arbeitsbedingungen ein Höchstmaß an Kooperation und Kommunikation aller Beteiligten (Rabbata & Rühmkorf, 2003, S. A236).

In einer Studie von White et al. (2013) gaben alle Befragten unterschiedlicher Berufsgruppen an, dass Kommunikation der wichtigste Faktor zur Förderung der

Zusammenarbeit ist. Die Studie von Weller, Boyd und Cumin (2014) bestätigt den positiven Einfluss von täglichen interprofessionellen Teamtreffen auf die Kollaboration im Klinikalltag. Die Ergebnisse der Studie von Zwarenstein et al. (2013) bestätigen eine mangelnde Kommunikation zwischen ärztlichem Personal und anderen Professionen im Klinikalltag. Allgemein besteht seit langem ein Spannungsverhältnis zwischen Ärzten und Pflegekräften, welches nicht nur die Arbeitszufriedenheit, sondern auch die Patientensicherheit beeinflusst (Rosenstein, 2002). Ergebnisse des Picker Report 2014 bestätigen dies: 29 % der Ärzte und sogar 58 % der Pflegekräfte bemängeln die Kommunikation zwischen ihren Berufsgruppen und sehen diese als verbesserungswürdig an. Innerhalb der eigenen Berufsgruppe gelingt die Kommunikation besser, dennoch sehen auch hier noch 30 % der Pflegekräfte und 18 % der Ärzte Möglichkeiten zur Verbesserung (Picker, 2014, S. 18). Nancarrow et al. (2013) arbeiten in ihrer Übersichtsarbeit zehn wichtige Prinzipien für eine gute interdisziplinäre Teamarbeit heraus. Sie zählen darunter unter anderem geeignete Kommunikationsstrategien und -strukturen, ein unterstützendes Team-Klima und eine Rollenklarheit und Flexibilität aller Teammitglieder. Dies beschreibt auch Schweickhardt (2016, S. 305). Die Zusammenarbeit der verschiedenen medizinischen Professionen kann durch eine exakte Rollenklärung vor dem Hintergrund des gemeinsamen Behandlungsauftrages, einem engen Austausch bei Dienstübergaben und einer Berücksichtigung der gegenseitigen Motivation verbessert werden. Um diese Ziele zu erreichen, ist eine professionelle interdisziplinäre Kommunikation Voraussetzung.

Folglich ist nicht nur ein professionelles Kommunikationsverhalten in Bezug auf Patienten und Angehörige von großer Bedeutung, sondern auch die Steigerung eines professionellen interdisziplinären Kommunikationsverhaltens.

2.8. Fragestellung

In den vorangegangenen Kapiteln wurden viele Begrifflichkeiten in Bezug auf Beratungsgespräche von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten mit Patienten und Angehörigen im Klinikalltag erläutert. Es wurde auf einen in der Literatur aufgezeigten Ablauf von Beratungsgesprächen eingegangen, mögliche Gesprächsförderer beschrieben, die wichtigsten Kommunikationsinstrumente in Bezug auf Gespräche definiert und in den Kontext von Beratungsgesprächen eingeordnet und die Wichtigkeit der Anpassung des Gesprächsverhaltens an verschiedenes Patienten Klientel.

Abschließend wurde ein kurzer Exkurs zum Thema „interne Kommunikation“ gegeben, da dieser Themenbereich auch in Bezug auf die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen einen Einfluss hat.

Doch wie sieht die Durchführung von Beratungsgesprächen im Klinikalltag aus? Wie verhalten sich Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten im beruflichen Alltag in der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen? Um diese Fragen beantworten zu können, wurde eine Umfrage unter Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten in Bezug auf deren Kommunikationsverhalten in Beratungsgesprächen mit Patienten und Angehörigen durchgeführt. Die Methodik wird anschließend im dritten Kapitel beschrieben. Durch die gewonnenen Ergebnisse soll folgende Forschungsfrage beantwortet und diskutiert werden: „Beeinflussen bestimmte Parameter im Kommunikationsverhalten von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten den Erfolg von Beratungsgesprächen mit Patienten und Angehörigen im neurologischen Klinikalltag?“.

3. METHODIK

Wie im Kapitel 2.8. beschrieben, wurde in Bezug auf die Beantwortung der Forschungsfrage eine Umfrage durchgeführt. Im folgenden Kapitel wird das Design der Umfrage genauer vorgestellt, der Fragebogen dargelegt und der Ablauf der Umfrage beschrieben.

3.1. Studiendesign

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde als wissenschaftlich-empirische Methode eine Beobachtungsstudie in Form einer Umfrage mit der Thematik „Beratungsgespräche im Klinikalltag“ durchgeführt. Die Umfrage fand an einem Universitätsklinikum auf der neurologischen Station statt.

Um die Befragung durchführen zu können, wurde das Einverständnis des Chefarztes der Neurologischen Klinik, des Datenschutzbeauftragten und des Personalrates eingeholt. Zielgruppe der Umfrage waren Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten, die auf der neurologischen Station des Universitätsklinikums arbeiten. Bei der Befragung handelte es sich um einen handschriftlich auszuwertenden Fragebogen. Vor der Durchführung der Umfrage wurde ein Pretest mit Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten einer anderen Station durchgeführt, um Schwachstellen des Fragebogens aufzudecken und zu eliminieren. Die endgültigen Fragebögen wurden in Papierform über einen Zeitraum von drei Wochen auf der neurologischen Station

ausgelegt. Die bearbeiteten Fragebögen konnten von den Mitarbeitern in vorbereitete Boxen, ausstehend auf der Station, eingeworfen werden, wodurch die Anonymität der Umfrage gewahrt blieb. Um den Grund, das Ziel und den Zeitraum der Befragung zu erläutern, wurde mit den Fragebögen ein Anschreiben ausgegeben (siehe Anhang 3).

3.2. Beschreibung des Fragebogens

Im Folgenden wird der Aufbau des Fragebogens und die Fragen im Einzelnen genauer beschrieben. Der auszufüllende Fragebogen (siehe Anhang 4) besteht aus zwölf geschlossenen (meist Single-Choice und einmalig Multiple-Choice) Fragen mit oder ohne Skalierung.

Die ersten drei Fragen sind geschlossene Fragen und beziehen sich auf die Demografie des Befragten: Beruf (Arzt, Pflegekraft, Therapeut), Geschlecht (männlich, weiblich, divers) und Altersgruppe (bis 35, 35 -50, über 50). Die vierte und die fünfte Frage sind geschlossene Fragen und geben eine Einschätzung zu bisherigen Erfahrungen und zukünftigem Interesse an Fortbildungen oder Workshops im Bereich „Gesprächsführung im beruflichen Alltag“. Die Fragen 6 – 9 sind geschlossene Fragen mit eingeführten Skalierungen. Sie beziehen sich unmittelbar auf die Durchführung von Beratungsgesprächen mit Patienten und Angehörigen im Klinikalltag. In der sechsten Frage wird nach dem Ablauf der Beratungsgespräches gefragt. In der siebten Frage sollen die Befragten ihre Rolle in den Gesprächen einstufen. In der achten Frage sollen verschiedene kommunikative Instrumente nach ihrer Wichtigkeit („sehr wichtig“, „wichtig“, „nicht wichtig“ und „mir nicht bekannt“) eingestuft werden. Die neunte Frage bezieht sich auf die Verwendung verschiedener Gesprächsförderer in den Beratungsgesprächen. Bei der zehnten Frage handelt es sich um eine geschlossene Frage mit Skalierung. Hier sollen die Befragten einstufen, bei welchen Patientengruppen Kommunikationsprobleme auftreten und wenn ja wie häufig („große Probleme“, „selten Probleme“ und „keine Probleme“). Abschließend folgen noch zwei geschlossene Fragen (Frage 11 und 12), die in eine Single-Choice und eine Multiple-Choice Frage untergliedert sind. Sie beziehen sich beide auf den Themenbereich „interne Kommunikation“ und stellen einen kleinen Exkurs zum Thema Beratungsgespräche dar. Die Befragten sollen beantworten, ob Ihnen der fachliche Austausch mit ihren Fachkollegen und der interdisziplinäre Austausch

wichtig ist, ob er gelingt und ob es Verbesserungsmöglichkeit in Bezug auf Übergabegespräche oder Rollenverteilung gibt.

3.3. Ablauf der Umfrage

Im Zeitraum vom 16.03.2022 – 06.04.2022 wurden die ausgedruckten Fragebögen mit angeheftetem Anschreiben auf der neurologischen Station eines Universitätsklinikums in den Stationszimmern der Ärzte, der Pflegekräfte und im Aufenthaltsraum der Therapeuten ausgelegt. Jedem Fragebogen wurde ein Kuvert beigelegt, in welches der ausgefüllte Fragebogen gesteckt werden konnte. Die Rückläufe konnten in die zwei Rücklaufboxen, welche in den Aufenthaltsräumen der neurologischen Station aufgestellt waren, eingeworfen werden. Die Boxen wurden zwischendurch gelehrt, um eine Überfüllung zu vermeiden. Am 06.04.2022 wurden die letzten Fragebögen mitsamt den Boxen eingesammelt.

4. ERGEBNISSE

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Umfrage quantitativ ausgewertet und beschrieben. Anschließend wird in der Diskussion auf verschiedene Aspekte, in Hinblick auf die Forschungsfrage, genauer eingegangen. Von 100 ausgelegten Fragebögen wurden 81 ausgefüllt zurückgegeben. Das ergibt eine Rücklaufquote von 81%.

4.1. Darstellung der Ergebnisse

Insgesamt nahmen 81 Personen an der Umfrage teil, davon waren 41% männlich und 59% weiblich. Diese Personen lassen sich in die folgenden drei Gruppen teilen: 31% Ärzte (davon 72% männlich und 28% weiblich), 46% Pflegekräfte (davon 27% männlich und 73% weiblich) und 23% Therapeuten (davon 26% männlich und 74% weiblich). In allen drei Berufsgruppen haben sich die meisten Befragten der Altersgruppe „bis 35“ zugeteilt, gefolgt von „35-50“, die geringste Anzahl der Teilnehmer ist über 50 Jahre alt (siehe Anhang 5).

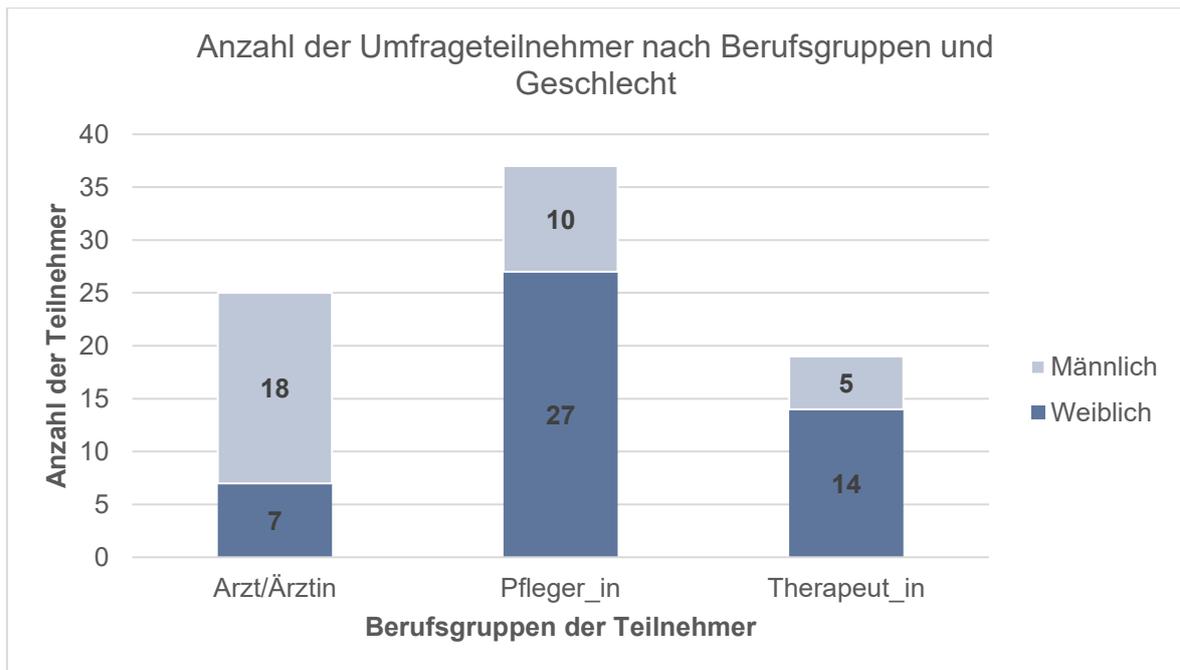


Abbildung 15: Teilnehmer der Umfrage eingeteilt nach Beruf und Geschlecht.

Bei der vierten Frage *„Haben Sie bereits an einer Fortbildung/Workshop zum Thema „Gesprächsführung im beruflichen Alltag“ teilgenommen?“* haben 25% mit ja (28% Ärzte, 24% Pflegekräfte und 21%Therapeuten) und 75% mit nein (72% Ärzte, 76% Pflegekräfte und 79% Therapeuten) geantwortet. Bei der fünften Frage *„Haben sie (erneut) Interesse eine Weiterbildung zu dem Thema „Gesprächsführung im beruflichen Alltag“ zu besuchen?“* haben 69% mit ja (76% Ärzte, 57% Pflegekräfte und 84% Therapeuten) und 31% mit nein (24% Ärzte, 43% Pflegekräfte und 16% Therapeuten) geantwortet. Von den 69% haben bereits 21% eine Fortbildung zu dem Thema gemacht und würden dies nochmals tun.

Bei der sechsten Frage zum Thema *„Ablauf des Beratungsgesprächs“* wurde eine Skalierung in *„trifft voll und ganz zu“*, *„trifft zu“*, *„trifft weniger zu“* und *„trifft nicht zu“* eingeführt. Die sieben Komponenten wurden wie folgt mit *„trifft voll und ganz zu“* beurteilt: 1.: 17% (24% Ärzte, 14% Pflegekräfte und 16% Therapeuten), 2.: 28% (40% Ärzte, 16% Pflegekräfte und 37% Therapeuten), 3.: 41% (60% Ärzte, 22% Pflegekräfte und 53% Therapeuten), 4.: 20% (16% Ärzte, 14% Pflegekräfte und 37% Therapeuten), 5.: 17% (20% Ärzte, 8% Pflegekräfte und 32% Therapeuten), 6.: 31% (36% Ärzte, 24% Pflegekräfte und 37% Therapeuten) und 7.: 23% (16% Ärzte, 24% Pflegekräfte und 32% Therapeuten).

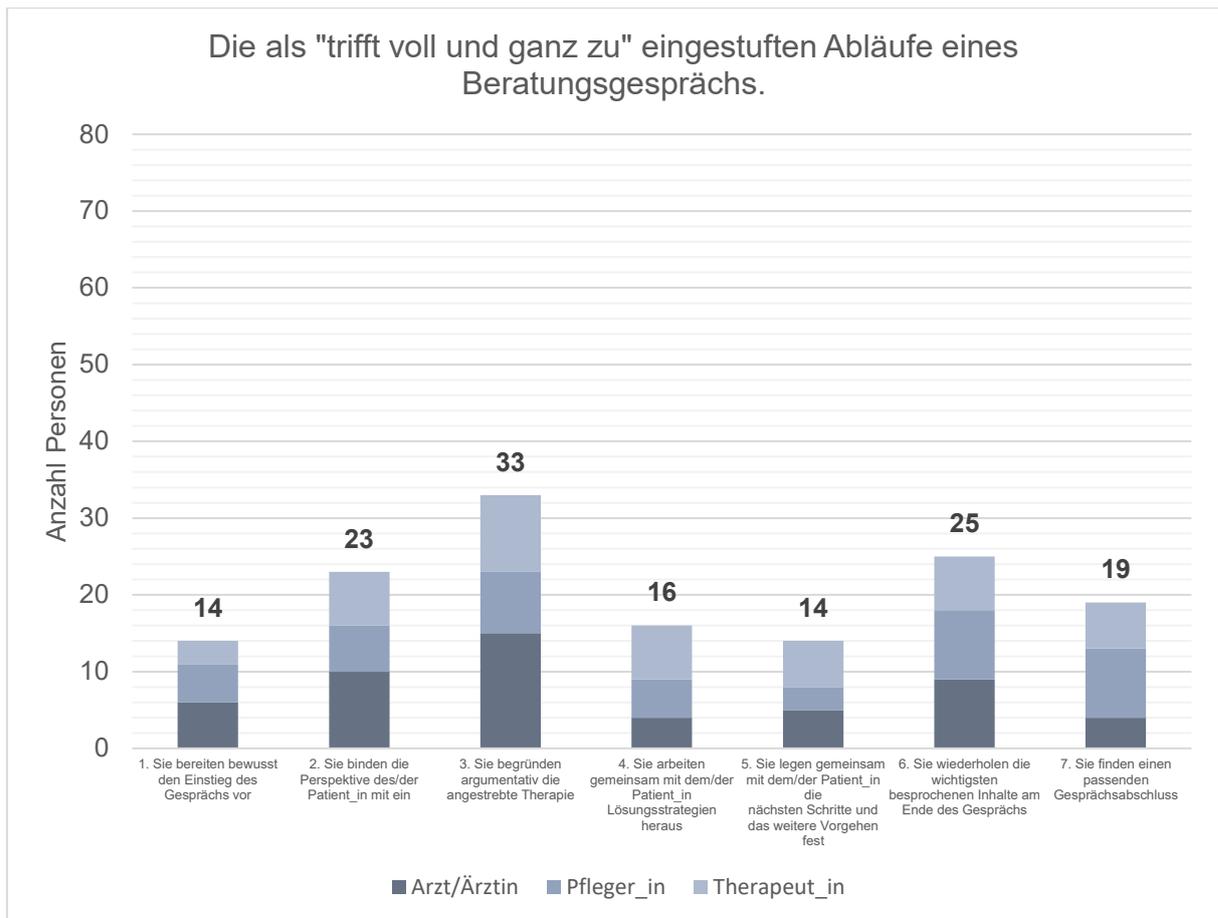


Abbildung 16: Antworten zu Frage 6, Ranking von den bewerteten Abläufen eines Beratungsgesprächs mit „trifft voll und ganz zu“.

Im Vergleich dazu wurden die Komponenten mit „trifft zu“ folgendermaßen bewertet: 1.: 60% (68% Ärzte, 57% Pflegekräfte und 58% Therapeuten), 2.: 67% (52% Ärzte, 81% Pflegekräfte und 58% Therapeuten), 3.: 57% (40% Ärzte, 73% Pflegekräfte und 47% Therapeuten), 4.: 56% (60% Ärzte, 54% Pflegekräfte und 53% Therapeuten), 5.: 65% (68% Ärzte, 70% Pflegekräfte und 53% Therapeuten), 6.: 53% (56% Ärzte, 49% Pflegekräfte und 58% Therapeuten) und 7.: 65% (72% Ärzte, 65% Pflegekräfte und 58% Therapeuten).

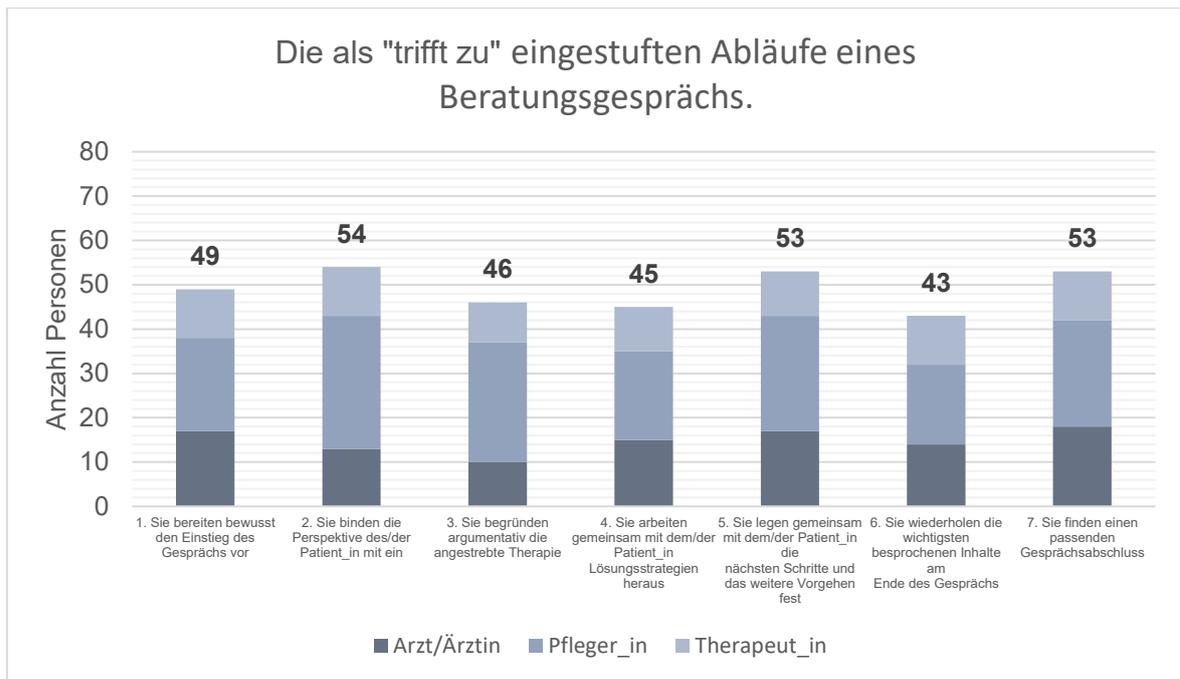


Abbildung 17: Antworten zu Frage 6, Ranking von den bewerteten Abläufen eines Beratungsgesprächs mit „trifft zu“.

Die als „trifft weniger zu“ und „trifft nicht zu“ eingestufteten Komponenten 1.-7. mit dazugehöriger Einstufung finden sie im Anhang 6.

Es folgt die Auswertung der siebten Frage: „*Welche Rolle versuchen Sie den Patient_innen und Angehörigen im Gespräch zu vermitteln?*“. Auch hier wurde eine Skalierung von „trifft voll und ganz zu“, „trifft zu“, „trifft weniger zu“ und „trifft nicht zu“ verwendet. Die verschiedenen Aspekte des Rollenverständnis wurden bei „trifft voll und ganz zu“ folgendermaßen eingestuft (siehe Abbildung 19): 1.: 48% (52% Ärzte, 46% Pflegekräfte und 47% Therapeuten), 2. 31% (40% Ärzte, 22% Pflegekräfte und 37% Therapeuten), 3. 31% (16% Ärzte, 38% Pflegekräfte und 37% Therapeuten), 4. 44% (52% Ärzte, 32% Pflegekräfte und 58% Therapeuten) und 5. 37% (48% Ärzte, 32% Pflegekräfte und 32% Therapeuten). Die Antworten bei „trifft zu“ waren wie folgt (siehe Abbildung 18): 1.: 48% (44% Ärzte, 49% Pflegekräfte und 53% Therapeuten), 2.: 67% (60% Ärzte, 76% Pflegekräfte und 58% Therapeuten), 3.: 65% (76% Ärzte, 59% Pflegekräfte und 63% Therapeuten), 4.: 54% (44% Ärzte, 68% Pflegekräfte und 42% Therapeuten) und 5.: 57% (52% Ärzte, 65% Pflegekräfte und 47% Therapeuten).

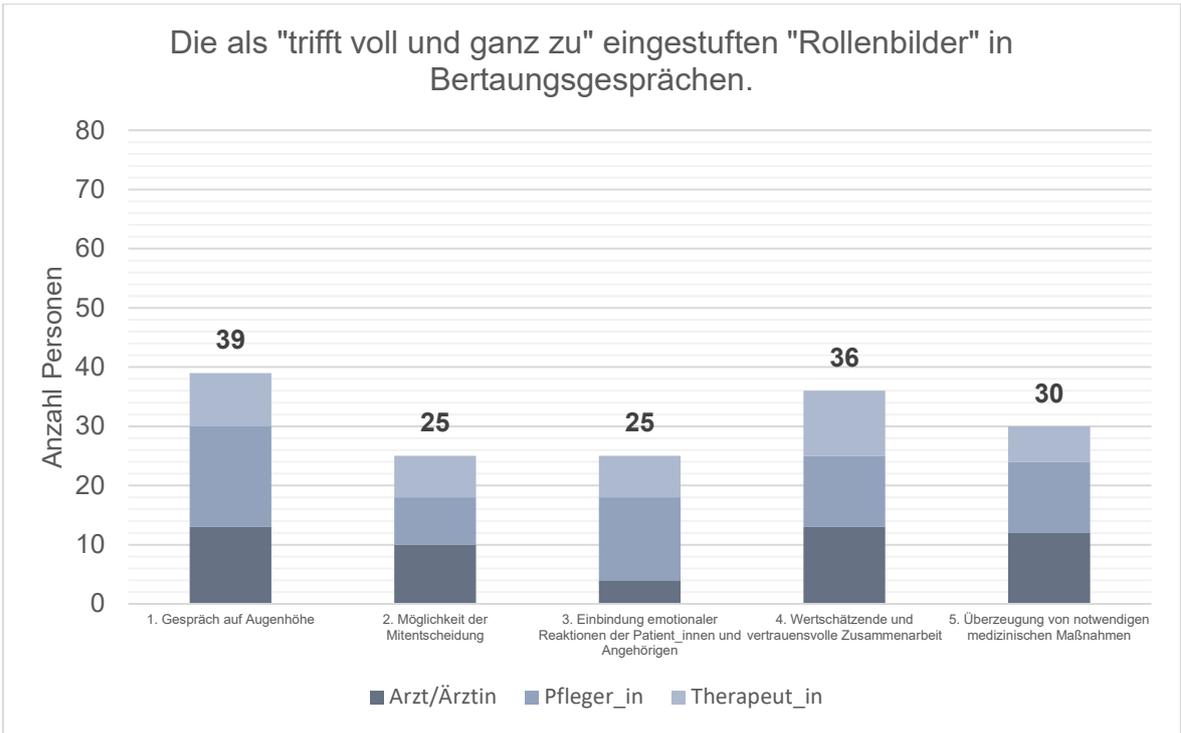


Abbildung 18: Antworten zu Frage 7, Ranking der als „trifft voll und ganz zu“ bewerteten Rollenbildern in Beratungsgesprächen.

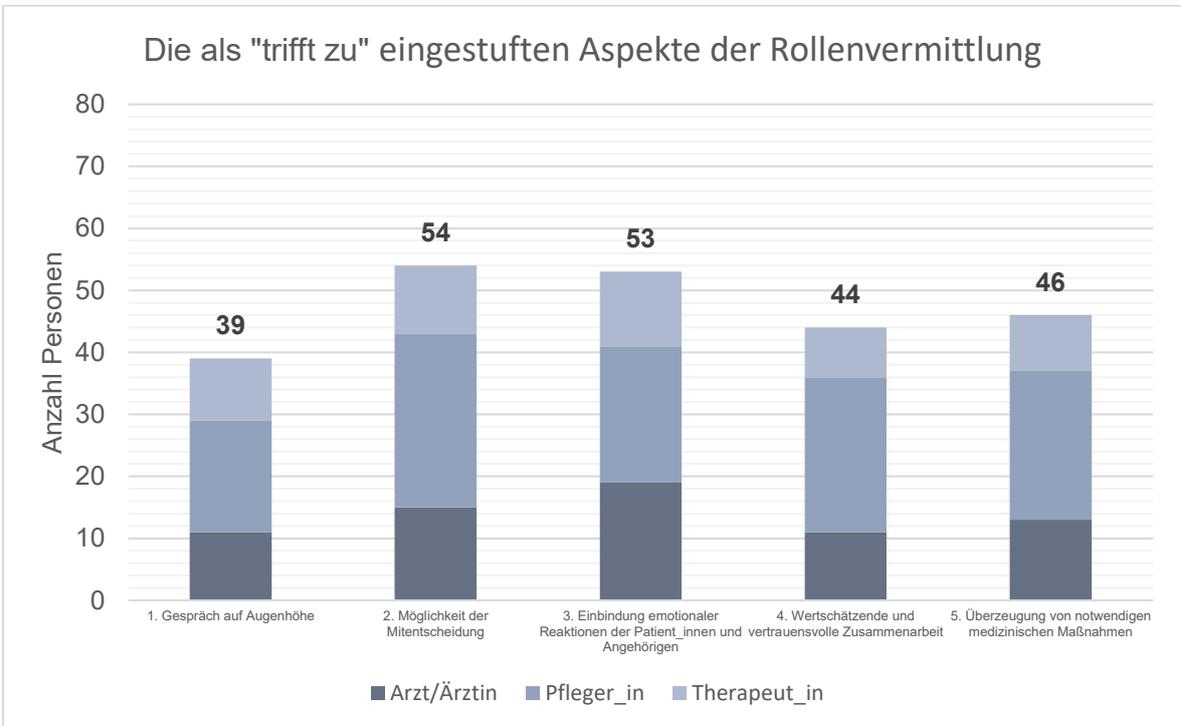


Abbildung 19: Antworten zu Frage 7, Ranking der als „trifft zu“ bewerteten Rollenbildern in Beratungsgesprächen.

Die „trifft weniger zu“ und „trifft nicht zu“ eingestuftem Aspekte finden Sie im Anhang 7. Außerdem sind im Anhang 7 noch die einzelnen Komponenten mit ihren jeweiligen Verteilungen aufgeführt.

Die achte Frage lautete: *„Wie wichtig stufen Sie folgende kommunikativen Instrumente in den Beratungsgesprächen ein?“*. In der folgenden Graphik sind die als „sehr wichtig“ eingestuftem kommunikativen Instrumente aufgeführt: Fragetechniken zu 28% (40% Ärzte, 22% Pflegekräfte, 26% Therapeuten), Aktives Zuhören zu 62% (60% Ärzte, 62% Pflegekräfte und 63% Therapeuten), Begründen/argumentieren zu 53% (48% Ärzte, 54% Pflegekräfte und 58% Therapeuten), Perspektivenwechsel zu 26% (20% Ärzte, 19% Pflegekräfte und 47% Therapeuten), klar und verständlich informieren zu 74% (80% Ärzte, 68% Pflegekräfte und 79% Therapeuten), Metakommunikation zu 17% (16% Ärzte, 19% Pflegekräfte und 16% Therapeuten), Einbezug nonverbaler Kommunikation zu 35% (32% Ärzte, 35% Pflegekräfte und 37% Therapeuten) und Anpassung von Stimme und Sprechweise 48% (44% Ärzte, 49% Pflegekräfte und 53% Therapeuten). Die Antworten bei „wichtig“ waren folgendermaßen (siehe Abbildung 20): Antworten in Prozent: 1.: 67% (56% Ärzte, 70% Pflegekräfte und 74% Therapeuten), 2.: 37% (40% Ärzte, 35% Pflegekräfte und 37% Therapeuten), 3.: 47% (52% Ärzte, 46% Pflegekräfte und 42% Therapeuten), 4.: 67% (72% Ärzte, 73% Pflegekräfte und 47% Therapeuten), 5.: 26% (20% Ärzte, 32% Pflegekräfte und 21% Therapeuten), 6.: 67% (72% Ärzte, 62% Pflegekräfte und 68% Therapeuten), 7.: 57% (60% Ärzte, 51% Pflegekräfte und 63% Therapeuten) und 8.: 48% (48% Ärzte, 49% Pflegekräfte und 47% Therapeuten).

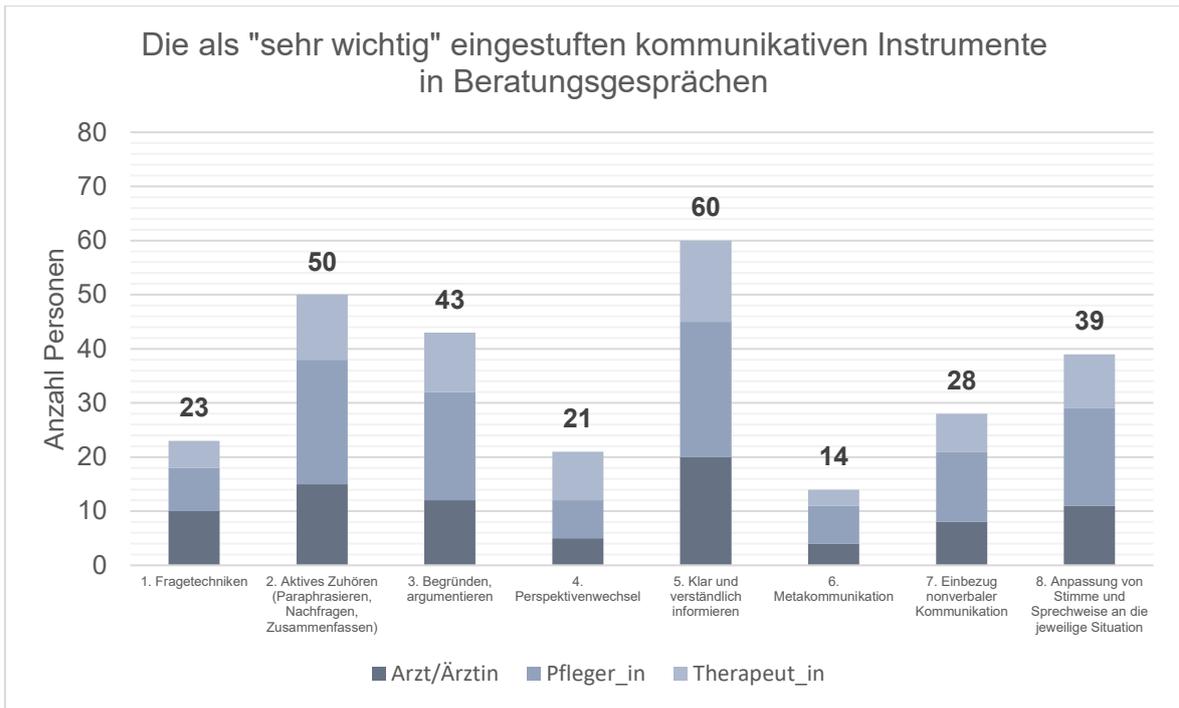


Abbildung 20: Antworten zu Frage 8, Ranking die als „sehr wichtig“ eingestufted kommunikativen Instrumente in Beratungsgesprächen.

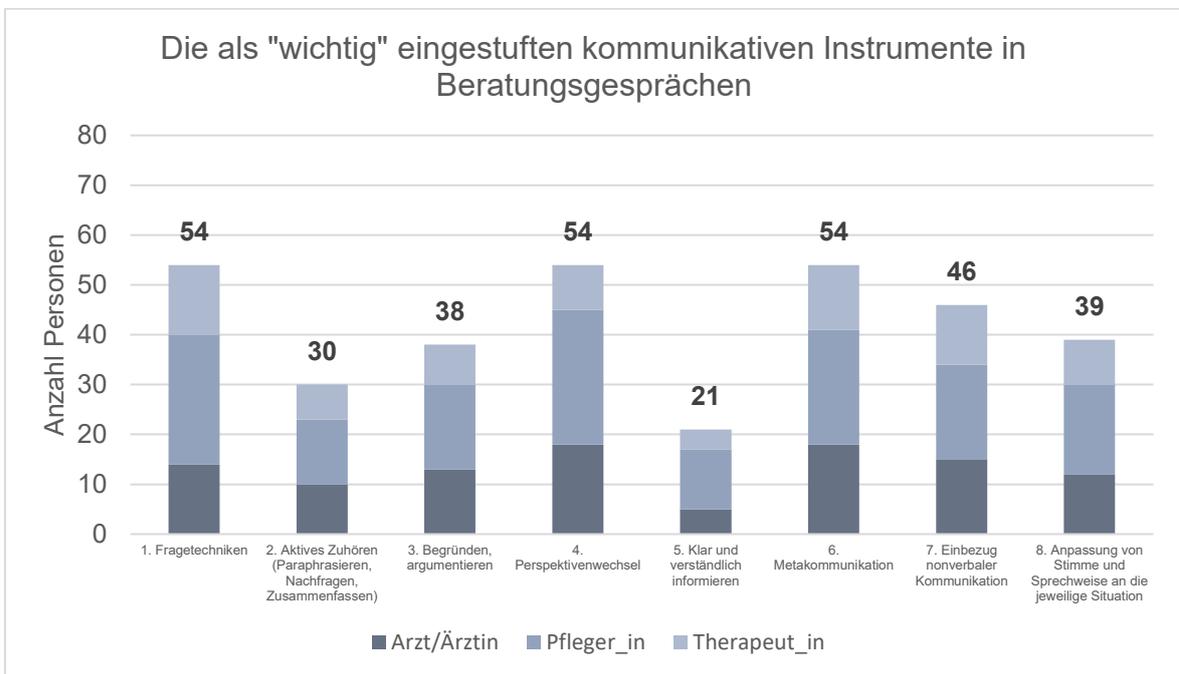


Abbildung 21: Antworten zu Frage 8, Ranking die als „wichtig“ eingestufted Instrumente in Beratungsgesprächen.

Das weitere Ranking „nicht wichtig“ und „mir nicht bekannt“ und die Auswertungen jedes einzelnen Kommunikationsinstrumentes finden Sie in Anhang 8.

Die neunte Frage bezieht sich auf die Gesprächsförderer: „*Welche Gesprächsförderer verwenden Sie im Gespräch mit Patient_innen und Angehörigen?*“. Die folgende Tabelle beschreibt die Gesprächsförderer, die mit „trifft voll und ganz zu“ bewertet wurden: 1.: 37% (24% Ärzte, 43% Pflegekräfte und 42% Therapeuten), 2.: 16% (16% Ärzte, 22% Pflegekräfte und 5% Therapeuten), 3.: 43% (44% Ärzte, 41% Pflegekräfte und 47% Therapeuten), 4.: 63% (80% Ärzte, 54% Pflegekräfte und 58% Therapeuten), 5.: 52% (80% Ärzte, 32% Pflegekräfte und 53% Therapeuten), 6.: 4% (4% Ärzte, 3% Pflegekräfte und 5% Therapeuten), 7.: 26% (40% Ärzte, 16% Pflegekräfte und 26% Therapeuten) und 8.: 31% (24% Ärzte, 32% Pflegekräfte und 37% Therapeuten). Mit „trifft zu“ wurden folgende Gesprächsförderer angekreuzt: Antworten in Prozent: 1.: 57% (60% Ärzte, 54% Pflegekräfte und 58% Therapeuten), 2.: 56% (60% Ärzte, 51% Pflegekräfte und 58% Therapeuten), 3.: 56% (52% Ärzte, 59% Pflegekräfte und 53% Therapeuten), 4.: 37% (20% Ärzte, 46% Pflegekräfte und 42% Therapeuten), 5.: 46% (20% Ärzte, 62% Pflegekräfte und 47% Therapeuten), 6.: 32% (40% Ärzte, 30% Pflegekräfte und 26% Therapeuten), 7.: 62% (52% Ärzte, 65% Pflegekräfte und 68% Therapeuten) und 8.: 57% (64% Ärzte, 54% Pflegekräfte und 53% Therapeuten).

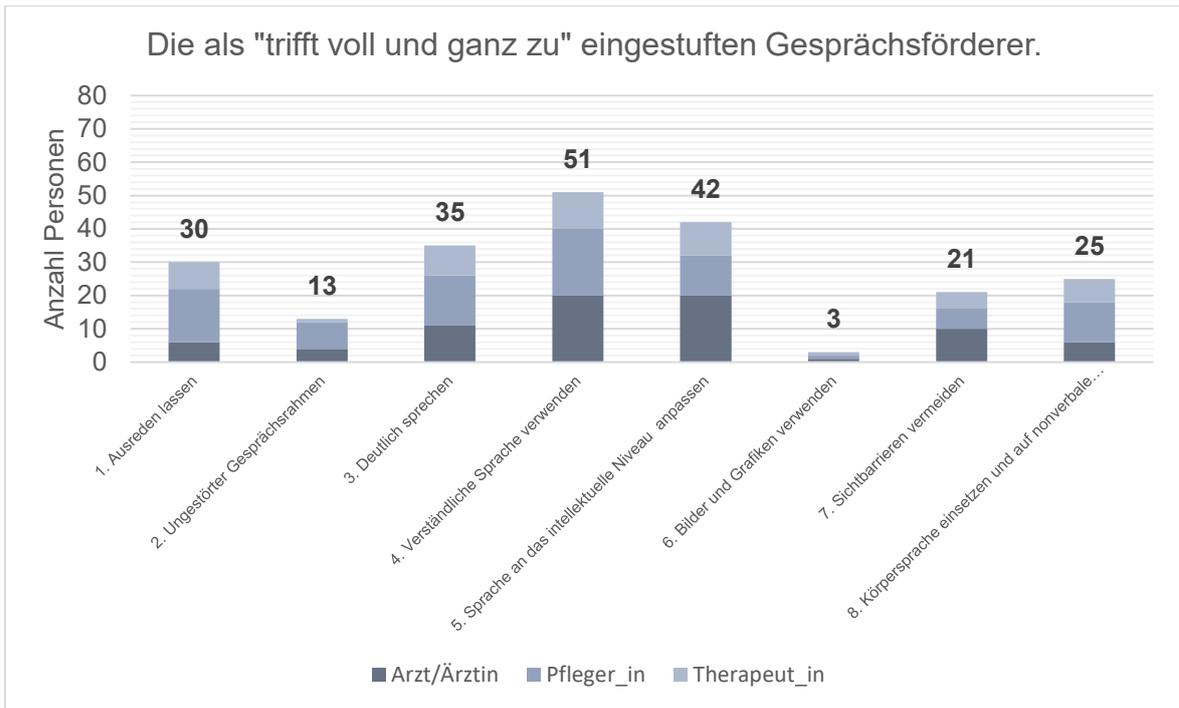


Abbildung 22: Antworten zu Frage 9, Ranking die als „trifft voll und ganz zu“ eingestufteten Gesprächsförderer.

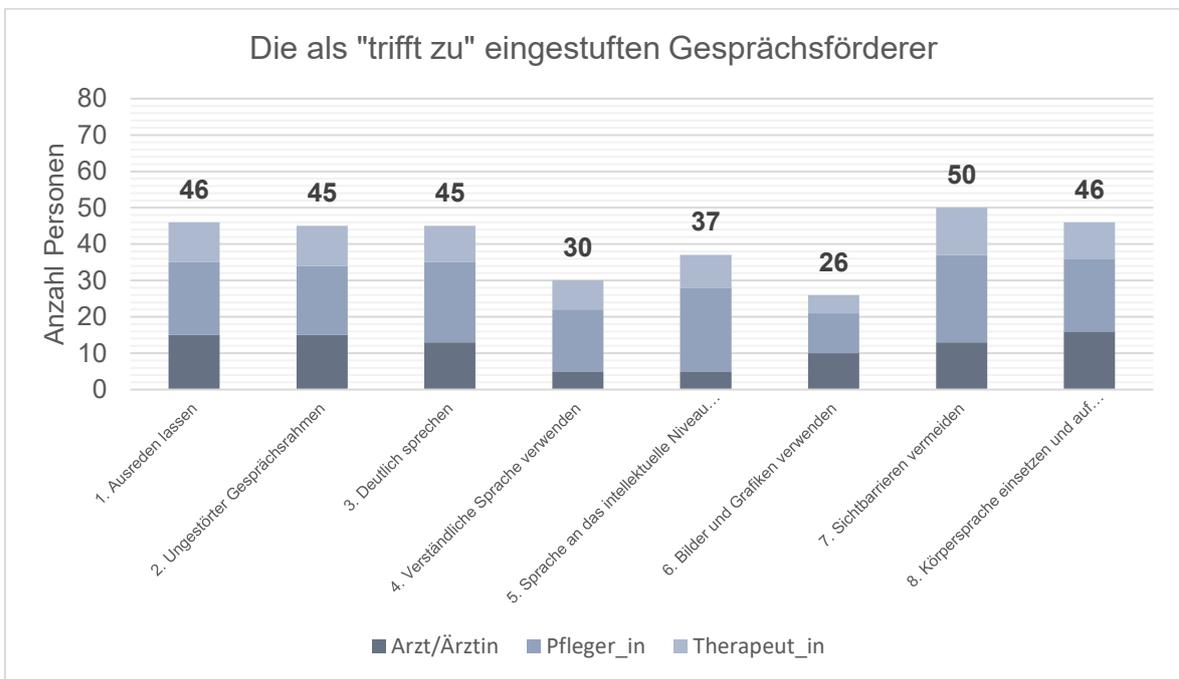


Abbildung 23: Antworten zu Frage 9, Ranking die als „trifft zu“ eingestufteten Gesprächsförderer.

Die Ergebnisse zu den Einstufungen „trifft weniger zu“, „trifft nicht zu“ und die Bewertungen jedes einzelnen Gesprächsförderers finden Sie im Anhang 9.

Die zehnte Frage bezieht sich auf die Arbeit mit verschiedenem Patientenklientel: „Sie führen täglich Beratungsgespräche. Bei welcher Patientengruppe bemerken Sie am häufigsten Kommunikationsprobleme?“ Es wurde unterschieden in „große Probleme“, „selten Probleme“ und „keine Probleme“. Es zeigte sich, dass eine Vielzahl an Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten mit den vorgeschlagenen Patientengruppen „große Probleme“ in der Kommunikation hat: 1.: 54% (72% Ärzte, 62% Pflegekräfte und 16% Therapeuten), 2.: 60% (60% Ärzte, 59% Pflegekräfte und 63% Therapeuten), 3.: 78% (84% Ärzte, 86% Pflegekräfte und 53% Therapeuten), 4.: 22% (20% Ärzte, 27% Pflegekräfte und 16% Therapeuten), 5.: 41% (60% Ärzte, 41% Pflegekräfte und 16% Therapeuten), 6.: 35% (32% Ärzte, 43% Pflegekräfte und 21% Therapeuten), 7.: 52% (72% Ärzte, 46% Pflegekräfte und 37% Therapeuten) und 8.: 47% (56% Ärzte, 46% Pflegekräfte und 37% Therapeuten).

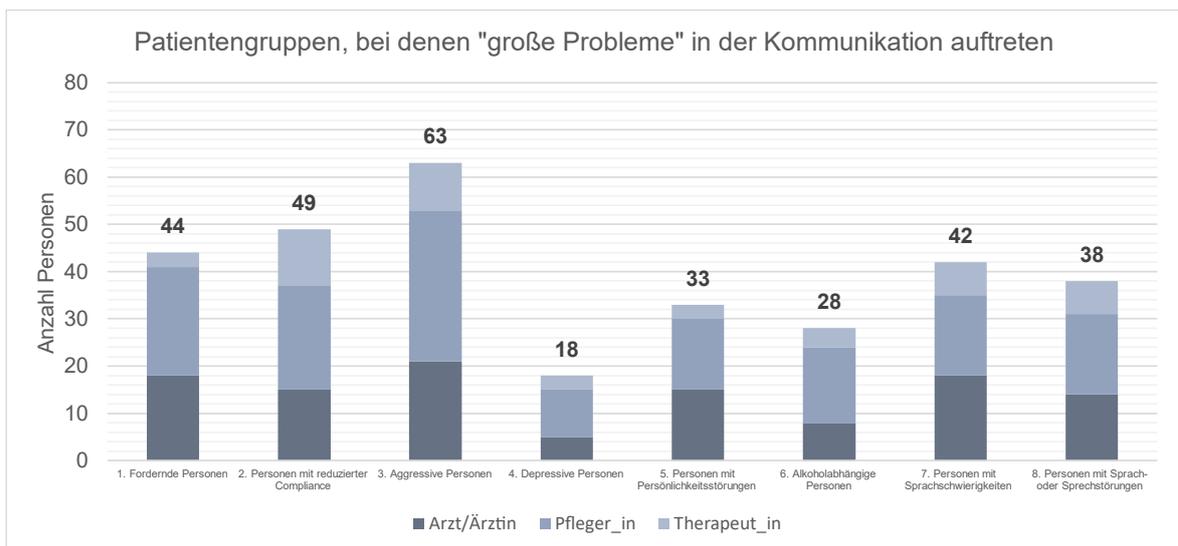


Abbildung 24: Antworten zu Frage 10, Darstellung wie häufig Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten „große Probleme“ mit den aufgeführten Patientengruppen haben.

Die Ergebnisse von der Einstufung „selten Probleme“, „keine Probleme“ und die Beurteilungen der einzelnen Patientengruppen finden Sie im Anhang 10.

Die elfte und zwölfte Frage des Fragebogens beschäftigen sich mit dem Thema „interne Kommunikation“. In der elften Frage geht es um die Zusammenarbeit mit der eigenen Fachdisziplin. 99% (100% Ärzte, 97% Pflegekräfte und 100% Therapeuten) geben an, dass ihnen der fachliche Austausch mit dem Fachkollegen wichtig ist. 1% (3% Pflegekräfte) ist der fachliche Austausch mit den Fachkollegen nicht wichtig. 42% (56% Ärzte, 27% Pflegekräfte und 53% Therapeuten) geben an, dass der Austausch „gut“ gelingt. 57% (40% Ärzte, 73% Pflegekräfte und 47%

Therapeuten) geben an, dass der Austausch „teilweise“ gelingt und 1% (4% Ärzte) kreuzt an, dass der Austausch „nicht“ gelingt. 36% (36% Ärzte, 30% Pflegekräfte und 47% Therapeuten) haben keine Verbesserungswünsche. 52% (52% Ärzte, 59% Pflegekräfte und 37% Therapeuten) haben Verbesserungswünsche in Bezug auf die „Übergabegespräche“ und 31% (32% Ärzte, 32% Pflegekräfte und 26% Therapeuten) in Bezug auf die „Rollenverteilung“. In der zwölften Frage geht es um die Kommunikation mit den anderen Fachdisziplinen. Der interdisziplinäre Austausch ist 99% (100% Ärzte, 97% Pflegekräfte und 100% Therapeuten) wichtig und 1% (3% Pflegekräfte) nicht wichtig. Der interdisziplinäre Austausch gelingt zu 26% (40% Ärzte, 11% Pflegekräfte und 37% Therapeuten) „gut“, zu 69% (60% Ärzte, 76% Pflegekräfte und 68% Therapeuten) „teilweise“ und zu 6% (14% Pflegekräfte) „nicht“. 17% (24% Ärzte, 5% Pflegekräfte und 32% Therapeuten) haben keine Verbesserungswünsche in Bezug auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation. 69% (52% Ärzte, 86% Pflegekräfte und 58% Therapeuten) haben Verbesserungswünsche in Bezug auf die „Übergabegespräche“ mit anderen Disziplinen und 44% (48% Ärzte, 43% Pflegekräfte und 42% Therapeuten) in Bezug auf die „Rollenverteilung“ mit anderen Disziplinen.

4.1. Diskussion der Ergebnisse

Bei einer Teilnehmerzahl von 81 Personen stellen die größte Gruppe mit 37 Personen (46%) die Pflegekräfte, die zweitgrößte Gruppe mit 25 Personen (31%) die Ärzte und die drittgrößte Gruppe mit 19 Personen (23%) die Therapeuten dar. Dabei entspricht die o.g. Beteiligungsquote ca. dem aktuellen Stellenplan der interviewten Abteilung. Bei den Ärzten sind es mehr männliche und bei den Pflegekräften und Therapeuten mehr weibliche Teilnehmer. Bei allen Professionen ist die Altersgruppe „bis 35“ am häufigsten vertreten, gefolgt von der Gruppe „35-50“. Nur 8 Teilnehmer sind älter als 50 Jahre. Es handelt sich somit um ein recht junges Team, in dem sich auch einige Berufsanfänger befinden.

Insgesamt haben 25% (20 Personen: 7 Ärzte, 9 Pflegekräfte und 4 Therapeuten) der Umfrageteilnehmer schon eine Fortbildung oder einen Workshop im Bereich „Gesprächsführung im beruflichen Alltag“ besucht. Diese 25% sind über alle Altersgruppen verteilt. Auf die Frage „*Haben sie (erneut) Interesse eine Weiterbildung zu dem Thema „Gesprächsführung im beruflichen Alltag“ zu besuchen?*“ haben 69% (56 Personen von 81) mit ja geantwortet. Dies zeigt, dass viele Umfrageteilnehmer

einen Bedarf sehen, sich mehr mit dem Thema zu beschäftigen. Besonders, dass 21% der Interessierten bereits eine Fortbildung zu dem Thema gemacht hat, zeigt, dass in Bezug auf das Thema Interesse besteht und auch bereits gelernte Inhalte wiederholt und vertieft werden sollen. Hierbei fällt auf, dass die Ärzte (76%, 19 Personen von 25) und Therapeuten (84%, 16 Personen von 19) mehr Interesse an einer Fortbildung haben als die Pflegekräfte (57%, 21 Personen von 37). Hier kann nochmals die Aussage von Mantz (2019, S. 51) herangezogen werden, dass viele Pflegekräfte die Fachkompetenz „Sprache und Gespräch“ weiterhin nicht als eigene Pflegeleistung und Kompetenzanforderung erkannt und anerkannt haben. Pflegende werten Telefonate, Gesprächsanforderungen aus dem Flur oder zwischen Tür und Angel sowie kurze Gesprächssequenzen als störend und als „nicht arbeiten“ ab (Mantz, 2019, S. 51). Auch von Jarett und Payne (1995, S. 73-77) wird die pflegerische Kommunikation hauptsächlich im Kontext von Eintrittsgesprächen, allgemeinen pflegerischen Tätigkeiten und spezifischen Aufgaben der Körperpflege erwähnt. Der Grund dafür könnte sein, dass ein Gespräch als isolierte Intervention unabhängig von pflegerischer Tätigkeit noch wenig akzeptiert und finanziert wird und sich im Gegensatz zum Arztgespräch als Intervention bis jetzt noch abgrenzt (Jarett & Payne, 1995, S. 73-77).

Nachfolgend wird dargelegt und diskutiert, wie sich die befragten Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten derzeit in Beratungsgesprächen verhalten, was ihnen besonders hilft erfolgreiche Gespräche zu führen und welche Aspekte ihnen bisher nicht oder noch nicht wichtig sind.

Beim Ablauf des Beratungsgesprächs werden die Punkte „Sie bereiten bewusst den Einstieg des Gesprächs vor“ (von 63 Personen), „Sie binden die Perspektive des/der Patient_in mit ein“ (von 77 Personen) und „Sie begründen argumentativ die angestrebte Therapie“ (von 79 Personen) mit „Trifft voll und ganz zu“ und „trifft zu“ beantwortet. Das zeigt, dass diese Punkte sowohl den Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften beim Führen von Beratungsgesprächen besonders wichtig sind. Bei allen drei Komponenten ist das Abstimmungsverhalten der Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten relativ ähnlich. Bei den anderen drei Themen wird auch „trifft weniger zu“ häufiger angekreuzt: „Sie arbeiten gemeinsam mit dem/der Patient_in Lösungsstrategien heraus“ (20 Personen: 6 Ärzte, 12 Pflegekräfte und 2 Therapeuten), „Sie legen gemeinsam mit dem/der Patient_in die nächsten Schritte und das weitere

Vorgehen fest“ (14 Personen: 3 Ärzte, 8 Pflegekräfte und 3 Therapeuten), „Sie wiederholen die wichtigsten besprochenen Inhalte am Ende des Gesprächs“ (12 Personen: 2 Ärzte, 9 Pflegekräfte und 1 Therapeut) und „Sie finden einen passenden Gesprächsabschluss“ (9 Personen: 3 Ärzte, 4 Pflegekräfte und 2 Therapeuten). Aber auch diese Punkte sind in Bezug auf Beratungsgespräche sehr wichtig. In den letzten Jahren ist der Bedarf an Informationen, Aufklärung und Wissen über die gesundheitliche Versorgung in der Bevölkerung deutlich gestiegen. Die Patientenrolle wandelt sich. Patienten begreifen sich zunehmend weniger als Objekt oder passiver Empfänger von Behandlungs- bzw. Vorsorgeleistungen, sondern möchten sich in ihrer Subjektivität respektiert wissen, sich aktiv an der Gestaltung ihrer Versorgung beteiligen und in die dabei zu fällenden Entscheidungen einbezogen werden (Schaeffer, 2006, S. 6). Durchgeführte Studien zeigen, dass Patienten mehrheitlich bei Behandlungsentscheidungen im ärztlichen Gespräch explizit beteiligt werden wollen (Coulter & Magee, 2003 und Körner, 2013, S. 48-55). Dies kann in Zukunft z.B. durch einen verstärkten Einsatz der Partizipativen Entscheidungsfindung (shared decision making) erreicht werden, da in diesem Ansatz Vereinbarungen gemeinsam mit dem Patienten getroffen werden, die den objektiven und subjektiven Bedarf des Patienten berücksichtigen (Schaefer & Klemperer, 2020, S. 23). Eine Wiederholung der wichtigsten besprochenen Inhalte des Gesprächs ist hilfreich für den Patienten, um diese am Ende des Gesprächs präsenter zu haben als beiläufig erwähnte Aspekte. Das Beratungsgespräch sollte einen passenden Gesprächsabschluss finden, in dem die nächsten Schritte dargestellt werden. Somit weiß der Patient genau, was weiter auf ihn zukommt und kann sich darauf besser einstellen.

Neben dem Ablauf des Beratungsgesprächs ist es sehr wichtig, welche Rolle Arzt, Pflegekraft und Therapeut im Gespräch einnehmen. Wie verhalten sie sich gegenüber den Patienten und Angehörigen? Die einzuschätzenden Bereiche wurden von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten in den meisten Fällen mit „trifft voll und ganz zu“ und „trifft zu“ angekreuzt: „Gespräch auf Augenhöhe“ (78 Personen: 24 Ärzte, 35 Pflegekräfte und 19 Therapeuten), „Möglichkeit der Mitentscheidung“ (79 Personen: 25 Ärzte, 36 Pflegekräfte und 18 Therapeuten), „Einbindung emotionaler Reaktionen der Patient_innen und Angehörigen“ (78 Personen: 23 Ärzte, 36 Pflegekräfte und 19 Therapeuten), „Wertschätzende und vertrauensvolle Zusammenarbeit“ (80 Personen: 24 Ärzte, 37 Pflegekräfte und 19 Therapeuten) und

„Überzeugung von notwendigen medizinischen Maßnahmen“ (76 Personen: 25 Ärzte, 36 Pflegekräfte und 15 Therapeuten). Auch hier können keine gravierenden Abstimmungsunterschiede zwischen Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten vermerkt werden. „Trifft weniger zu“ und „trifft nicht zu“ wurde selten angekreuzt. Diese fünf Aspekte der Rollenvermittlung sind essenziell für das Gelingen der Beratungsgespräche. Patienten wünschen sich nicht nur respektvolle Umgangsformen, sondern auch eine vertrauensvolle Beziehung zu ihnen. Tätige im Gesundheitswesen sollen den Patienten mit Interesse, Verständnis und Empathie begegnen und eine Beziehung herstellen, die durch Vertrauen und Glaubwürdigkeit geprägt ist (Larsson et al., 1998, S. 111-118 und Lövgren et al., 1996, S. 151-156). Damit Arzt, Pflegekraft und Therapeut in der Lage sind, die Probleme ihrer Patienten richtig erkennen und diese Informationen therapeutisch nutzen zu können, muss zwischen ihnen und dem Patienten eine vertrauensvolle Beziehung bestehen, die diese fünf beschriebenen Aspekte beinhaltet (Bechmann, 2014, S. 112). Die Kommunikation von Arzt, Therapeut und Pflegekraft erfordert weit mehr, als nur die Anwendung einer non-direktiven Gesprächsführung. Auf Seite von Arzt, Pflegekraft und Therapeut müssen die Faktoren „unbedingte Wertschätzung“, „Authentizität/Kongruenz“ und „Empathie“ als Grundvoraussetzung vorliegen, dass die Beziehung und somit das Beratungsgespräch zwischen Arzt/Pflegekraft/Therapeut und Patient erfolgreich sein kann (Allhoff & Allhoff, 2014, S. 207).

Um erfolgreich Beratungsgespräche zu führen, ist der Einsatz von verschiedenen Kommunikationsinstrumenten von großer Bedeutung. Folgende Tabelle stellt die Ergebnisse der achten Frage genauer dar:

Kommunikationsinstrument	„sehr wichtig“	„wichtig“	„nicht wichtig“	„mir nicht bekannt“
1. Klar und verständlich informieren	60	21	0	0
2. Aktives Zuhören	50	30	1	0
3. Begründen und argumentieren	43	38	0	0
4. Anpassung von Stimme und Sprechweise an Situation	39	39	3	0
5. Einbezug nonverbaler Kommunikation	28	46	7	0
6. Fragetechniken	23	54	4	0
7. Perspektivenwechsel	21	54	6	0
8. Metakommunikation	14	54	5	8

Tabelle 4: Kommunikationsinstrumente nach Wichtigkeit und Personenanzahl eingeteilt

Die Auflistung zeigt eine „grob“ eingeschätzte Wichtigkeit der Kommunikationsinstrumente. Die drei am häufigsten mit „sehr wichtig“ und „wichtig“ angegebenen Kommunikationsmittel sind „klar und verständlich informieren“, „aktives Zuhören“ und „begründen und argumentieren“. Diese drei Kommunikationsmittel sind allen Umfrageteilnehmern (Ausnahme einer Person beim aktiven Zuhören) „sehr wichtig“ und „wichtig“ beim Führen von Beratungsgesprächen. Manche der Kommunikationsinstrumente werden von mehreren Personen als „nicht wichtig“ eingestuft: „Anpassung von Stimme und Sprechweise an die jeweilige Situation“ von 3 Personen (2 Ärzte und 1 Pflegekraft), „Einbezug nonverbaler Kommunikation“ von 7 Personen (2 Ärzte und 5 Pflegekräfte), „Fragetechniken“ von 4 Personen (1 Arzt und 3 Pflegekräfte), „Perspektivenwechsel“ von 6 Personen (2 Ärzte, 3 Pflegekräfte und 1 Therapeut) und „Metakommunikation“ von 5 Personen (1 Arzt, 3 Pflegekräfte und 1 Therapeut). Als „nicht wichtig“ werden die betreffenden Kommunikationsinstrumente häufiger von Ärzten und Pflegekräften eingestuft, und seltener von Therapeuten, was nur eine Feststellung und keine Wertung ist. Insgesamt ist jedoch hervorzuheben, dass die Mehrzahl der Umfrageteilnehmer die Kommunikationsinstrumente als „sehr wichtig“ und „wichtig“ einstuft. Hiermit ist jedoch noch nicht gesagt, wie häufig die Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten sie tatsächlich in ihren Beratungsgesprächen verwenden und nutzen. Dies müsste noch durch eine weitere Frage erörtert werden. Weiter zu erwähnen ist, dass 8 Umfrageteilnehmern (2 Ärzte, 4 Pflegekräfte und 2 Therapeuten) der Begriff „Metakommunikation“ nicht bekannt

ist. Von diesen acht Personen haben 7 Personen bisher keine Fortbildung oder einen Workshop zu dem Thema „Gesprächsführung im beruflichen Alltag“ absolviert, was das Nichtwissen erklären könnte. Eine passende alltagsorientierte Fortbildung für Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten hätte unter anderem zum Ziel, dass alle Kommunikationsinstrumente als „sehr wichtig“ und „wichtig“ eingestuft werden würden.

Neben den Kommunikationsinstrumenten wurden noch Gesprächsförderer nach ihrer Verwendung beurteilt, siehe Tabelle 5:

Verwendung folgender Gesprächsförderer:	„trifft voll und ganz zu“	„trifft zu“	„trifft weniger zu“	„trifft nicht zu“
Verständliche Sprache verwenden	51	30	0	0
Sprache an das intellektuelle Niveau des/der Gesprächspartner_in anpassen	42	37	2	0
Deutlich sprechen	35	45	1	0
Ausreden lassen	30	46	5	0
Körpersprache einsetzen und auf nonverbale Zeichen achten	25	46	10	0
Sichtbarrieren vermeiden	21	50	9	1
Ungestörter Gesprächsrahmen	13	45	23	1
Bilder und Grafiken verwenden	3	26	37	15

Tabelle 5: Verwendung verschiedener Gesprächsförderer in den Beratungsgesprächen, Angaben in Personenzahlen

Die drei am häufigsten verwendeten Gesprächsförderer sind „verständliche Sprache verwenden“, „Sprache an das intellektuelle Niveau anpassen“ und „deutlich sprechen“. Ihre Verwendung ist von nahezu allen Umfrageteilnehmern (Ausnahmen siehe Tabelle 5) mit „trifft voll und ganz zu“ und „trifft zu“ beantwortet. Diese Ergebnisse decken sich gut, mit der als „sehr wichtigen“ und „wichtigen“ Einstufung des Kommunikationsinstruments „Klar und verständlich informieren“. Bei folgenden Gesprächsförderern haben mehrere Personen „trifft weniger zu“ angekreuzt: 5 Personen (4 Ärzte und 1 Pflegekraft) bei „Ausreden lassen“, 10 Personen (3 Ärzte, 5 Pflegekräfte und 2 Therapeuten) bei „Körpersprache einsetzen und auf nonverbale Zeichen achten“, 9 Personen (2 Ärzte, 6 Pflegekräfte und 1 Therapeuten) bei

„Sichtbarrieren vermeiden“, 23 Personen (6 Ärzte, 10 Pflegekräfte und 7 Therapeuten) bei „Ungestörter Gesprächsrahmen“ und 37 Personen (12 Ärzte, 14 Pflegekräfte und 11 Therapeuten) bei „Bilder und Grafiken verwenden“. Bei den letzten drei erwähnten Gesprächsförderern haben folgende Personenanzahlen auch „trifft nicht zu“ angekreuzt: 1 Pflegekraft bei „Sichtbarrieren vermeiden“, 1 Pflegekraft bei „ungestörter Gesprächsrahmen“ und 15 Personen (2 Ärzte, 11 Pflegekräfte und 2 Therapeuten) bei „Bilder und Grafiken verwenden“. Bei dem Punkt „Ungestörter Gesprächsrahmen“ waren im Fragebogen öfter schriftliche Bemerkungen, dass die räumlichen Gegebenheiten an der betreffenden Einrichtung nicht gut sind und somit oft kein ungestörter Gesprächsrahmen genutzt werden kann, auch wenn man ihn nutzen wollen würde. Im Allgemeinen haben Ärzte in dem betreffenden Klinikum tendenziell noch öfter ungestörte Räumlichkeiten zur Verfügung, in denen sie Beratungsgespräche führen können, im Vergleich zu Pflegekräften und Therapeuten. Allgemein handelt es sich oft um Beratungsgespräche mit eher immobilen Patienten und deren Angehörigen, die im Patientenzimmer stattfinden müssen, wo der Gesprächsrahmen aufgrund von Zimmernachbarn oder Ähnlichem nicht immer ungestört ist. Außerdem werden Beratungsgespräche auch auf der Stroke Unit¹⁶ durchgeführt, wo ein ungestörter Gesprächsrahmen aufgrund von Visiten, Therapien, Notfällen etc. nur schwer gegeben ist. Zusammenfassend ist zu sagen, dass es auf einer neurologischen Station im Akutkrankenhaus insgesamt schwierig ist einen passenden ungestörten Gesprächsrahmen, aufgrund weniger vorhandener Rückzugsmöglichkeiten und vieler beeinflussender Faktoren, anbieten zu können. Der Gesprächsförderer „Bilder und Grafiken verwenden“ wurde zu ca. 2/3 mit „trifft weniger zu“ und „trifft nicht zu“ angekreuzt. Natürlich ist es nicht in jedem Beratungsgespräch sinnvoll oder möglich Bilder und Grafiken einzusetzen. Wenn es sich anbietet, sollte zu Bildern, Grafiken oder einfachen schnell entworfenen Zeichnungen gegriffen werden. Das Sprichwort „Ein Bild sagt mehr als tausend Worte“ kann man auch im Kontext der medizinischen Kommunikation betrachten (Armstrong, 2012). Patienten Bilder oder Grafiken zu zeigen, kann deutlich die Compliance erhöhen. Durch das Zeigen von Grafiken wird das Verständnis des Patienten erhöht und die

¹⁶ Eine Stroke Unit (auch Stroke-Unit; dt. Schlaganfalleinheit, auch Schlaganfallstation) ist eine auf die schnelle Behandlung von Patienten mit Schlaganfall oder Verdacht auf Schlaganfall spezialisierte Abteilung eines Krankenhauses.

Wahrscheinlichkeit, dass der Patient sich besser an die Informationen erinnern kann (Heiland, 2018, S. 130).

Arzt, Pflegekraft und Therapeut versuchen Patienten und Angehörigen im Beratungsgespräch in Bezug auf die medizinische Weiterversorgung, Medikamentenumstellungen, Therapieansätze etc. bestmöglichst zu beraten. Gemeinsam mit Patient und Angehörigen soll der weitere Weg festgelegt werden. Dabei trifft das medizinische Fachpersonal auf die unterschiedlichsten Patienten, wo es zu unterschiedlichen Gesprächsverläufen kommen kann. Durch Persönlichkeitsveränderungen, Sprachbarrieren, Sprach- und Sprechstörungen im Rahmen von neurologischen Erkrankungen etc. hat jeder Patient sein eigenes Gesicht. Bei der zehnten Frage im Fragebogen *„Sie führen täglich Beratungsgespräche. Bei welcher Patientengruppe bemerken sie am häufigsten Kommunikationsprobleme?“* konnten Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten zwischen „große Probleme“, „selten Probleme“ und „keine Probleme“ auswählen. Die Auswertung zeigt, dass bei allen vorgegebenen Patientengruppen immer wieder Probleme in der Kommunikation auftreten. Insgesamt wurde sehr selten angekreuzt, dass es in der Kommunikation „keine Probleme“ gibt. Maximal 3 Teilnehmer haben bei bestimmten Patientengruppen „keine Probleme“ in der Kommunikation, was bei 81 Teilnehmern einen Anteil von nur 2,4% ausmacht. Bei „fordernden Personen“, „Personen mit reduzierter Compliance“, „aggressiven Personen“ und „Personen mit Sprachschwierigkeiten“ treten am häufigsten „große Probleme“ in der Kommunikation auf. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer hat mit „aggressiven Personen“ (63 Teilnehmer: 21 Ärzte, 32 Pflegekräfte und 10 Therapeuten), „Personen mit reduzierter Compliance“ (49 Teilnehmer: 15 Ärzte, 22 Pflegekräfte und 12 Therapeuten), „fordernden Personen“ (44 Teilnehmer: 18 Ärzte, 23 Pflegekräfte und 3 Therapeuten) und „Personen mit Sprachschwierigkeiten“ (42 Teilnehmer: 18 Ärzte, 17 Pflegekräfte und 7 Therapeuten) „große Probleme“ in der Kommunikation. Bei „depressiven Personen“, „Personen mit Persönlichkeitsstörungen“, „alkoholabhängigen Personen“ und „Personen mit Sprach- und Sprechstörungen“ bestehen auch „große Probleme“ in der Kommunikation. Bei diesen Personengruppen wurde jedoch häufiger „selten Probleme“ angekreuzt. In Bezug auf die Berufsgruppen finden sich keine relevanten Unterschiede in der Beantwortung. Dieses Ergebnis zeigt, dass es sehr wichtig ist, Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten passendes Werkzeug in Bezug auf die Kommunikation, mit verschiedenem

Patientenklientel an die Hand zu geben. Mit spezifischem Hintergrundwissen und Gesprächsführungstechniken lassen sich die Kommunikationsprobleme verringern. In manchen Fällen ist es sicher von Vorteil, andere Berufsgruppen (Bsp.: Psychiater, Psychologe, Suchtberater) um Hilfe zu bitten. Denn manche Kommunikationsprobleme lassen sich auch durch das beste Kommunikationsverhalten nicht beheben.

Abschließend wird noch auf die elfte und zwölfte Frage des Fragebogens eingegangen. Diese Fragen bilden einen kleinen Exkurs in die interne Kommunikation im Gesundheitswesen. Wie wichtig interne Kommunikation in einem Unternehmen sowie einem Universitätskrankenhaus ist, wurde bereits in Kapitel 2.7. gezeigt. Doch ist auch den Angestellten eines Universitätsklinikums der Austausch mit den eigenen Fachkollegen und der interdisziplinäre Austausch wichtig? 99%, also 80 Teilnehmern der Umfrage ist sowohl der fachliche Austausch mit den eigenen Fachkollegen als auch der interdisziplinäre Austausch wichtig. Nur einer Pflegekraft ist dieser Austausch nicht wichtig. 34 Teilnehmer (14 Ärzte, 10 Pflegekräfte und 10 Therapeuten) geben an, dass der Austausch mit der eigenen Disziplin „gut“ gelingt. 46 Teilnehmer (10 Ärzte, 27 Pflegekräfte und 9 Therapeuten) sagen der Austausch gelingt nur „teilweise“ gut. Nur ein Arzt gibt an, dass der Austausch mit seinen Fachkollegen nicht gut gelingt. 29 Teilnehmer (9 Ärzte, 11 Pflegekräfte und 9 Therapeuten) haben keine Verbesserungswünsche. 42 Teilnehmer (13 Ärzte, 22 Pflegekräfte und 7 Therapeuten) geben Verbesserungswünsche in Bezug auf Übergabegespräche und 25 Teilnehmer (8 Ärzte, 12 Pflegekräfte und 5 Therapeuten) in Bezug auf die Rollenverteilung an. Auf der anderen Seite geben 21 Teilnehmer (10 Ärzte, 4 Pflegekräfte und 7 Therapeuten) an, dass der interdisziplinäre Austausch „gut“ gelingt. 56 Teilnehmer (15 Ärzte, 28 Pflegekräfte und 13 Therapeuten) sagen, der interdisziplinäre Austausch gelingt „teilweise“ gut und 5 Pflegekräfte geben an, dass der Austausch mit der anderen Disziplin „nicht gut“ gelingt. 14 Teilnehmer (6 Ärzte, 2 Pflegekräfte und 6 Therapeuten) haben in Bezug auf den interdisziplinären Austausch keine Verbesserungswünsche. 56 Teilnehmer (13 Ärzte, 32 Pflegekräfte und 11 Therapeuten) haben Verbesserungswünsche in Bezug auf Übergabegespräche und 36 Teilnehmer (12 Ärzte, 16 Pflegekräfte und 8 Therapeuten) in Bezug auf die Rollenverteilung. Festzuhalten ist, dass die große Mehrheit der Umfrageteilnehmer (99%) der Austausch mit der eigenen Disziplin und der interdisziplinäre Austausch

wichtig ist. Der Austausch mit der eigenen Disziplin gelingt bei allen drei Berufsgruppen insgesamt besser als der interdisziplinäre Austausch. Sowohl beim Austausch mit der eigenen Disziplin, als auch beim interdisziplinären Austausch gibt es von vielen Teilnehmern Verbesserungswünsche in Bezug auf „Übergabegespräche“ und „Rollenverteilung“. Die Verbesserungsmöglichkeiten in Bezug auf „Übergabegespräche“ werden sowohl beim Austausch mit Fachkollegen, als auch beim interdisziplinären Austausch öfter angekreuzt, als die Verbesserungsmöglichkeiten in Bezug auf „Rollenverteilung“. Insgesamt sind die Wünsche nach Verbesserung der „Übergabegespräche“ und der „Rollenverteilung“ im interdisziplinären Austausch größer, als im Austausch mit Fachkollegen. Bei der zwölften Frage wurden die verschiedenen Berufsgruppen nicht einzeln aufgeführt. Somit ist nicht im Speziellen zu sagen, ob z.B. der Austausch zwischen Pflegekräften und Ärzten besser gelingt als zwischen Pflegekräften und Therapeuten. Über diese spezifischen Verbindungen können im Rahmen dieses Fragebogens keine Aussagen getroffen werden. Hierfür bräuchte es für die drei Berufsgruppen jeweils unterschiedliche Fragebögen, um genauer auf diese Beziehungen eingehen zu können. Hier bietet sich ein Seminar an, welches speziell auf die Kommunikation und Zusammenarbeit mit der eigenen Fachdisziplin und/oder mit anderen Disziplinen zum Thema hat.

5. FAZIT UND AUSBLICK

Durch die Ergebnisse der Umfrage zeigt sich, dass Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten in Bezug auf das erfolgreiche Führen von Beratungsgespräche mit Patienten und Angehörigen kommunikative Instrumente als wichtig erachten, nutzen und in ihren Arbeitsalltag integrieren. Sehr wichtig sind den Teilnehmern die Kommunikationsinstrumente „klar und verständlich informieren“, „aktives Zuhören“ und „begründen und argumentieren“. Die Verwendung der Gesprächsförderer „verständliche Sprache verwenden“, „Sprache an das intellektuelle Niveau des/der Gesprächspartner_in anpassen“ und „deutlich sprechen“ wurde am häufigsten mit „trifft voll und ganz zu“ beantwortet. Trotz eines guten eigenen Rollenverständnis, einem oft strukturierten Ablauf der Beratungsgespräche, des Einsatzes verschiedener kommunikativen Instrumente und Gesprächsförderer treten bei der Mehrzahl der Teilnehmer häufig „große Probleme“ in der Kommunikation mit bestimmten Patientengruppen auf. Allen Umfrageteilnehmern, bis auf Einem, ist der Austausch mit den Kollegen wichtig. Im Bereich der Kommunikation und Zusammenarbeit mit eigenen

Fachkollegen und mit Kollegen anderer Disziplinen gelingt die Kommunikation meist „gut“, stellenweise jedoch nur „teilweise gut“ und sehr selten „nicht gut“. Die Teilnehmer sehen häufig Verbesserungsmöglichkeiten in der Kommunikation und Zusammenarbeit von Fachkollegen und Kollegen anderer Disziplinen bei den Themen „Übergabegespräch“ und „Rollenverteilung“. Insgesamt haben bisher nur 25 % der Teilnehmer eine Fortbildung oder einen Workshop zum Thema „Gesprächsführung im beruflichen Alltag“ gemacht. Die Umfrage zeigt jedoch auch, dass 75% der Teilnehmer Interesse haben, an einer Fortbildung zu diesem Thema teilzunehmen. Das spiegelt wiederum ihr Interesse an einer Steigerung ihrer eigenen Kommunikationskompetenz in Bezug auf die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen und auf die interne Kommunikation mit Fachkollegen und Kollegen anderer Disziplinen wider.

Fachpersonen im Gesundheitswesen sollten geschult werden, wirksamer zu kommunizieren. Die Weiterbildungsangebote sollten sich zukünftig mehr auf die Verbesserung der Kommunikationsfertigkeiten von Fachpersonal konzentrieren (Weltgesundheitsorganisation, Gesundheitskompetenz, 2016). Ein wichtiger Bestandteil der Seminare sollten Rollenspiele sein. Diese sind nicht immer beliebt, aber haben den großen Vorteil, dass die Lernenden sich in die Rolle des Patienten hineinversetzen und am „eigenen Leib“ erfahren, wie ein Gesprächsverlauf variiert, wenn „der Arzt“ sein Kommunikationsverhalten anpasst (Langewitz et al., 2019, SAMW, 2019, S. 74). Langfristig sollte laut Lippke et al. (2022, S. 9) die Kommunikationskompetenz der Gesundheitsfachkräfte und ihre optimale Arbeitsleistung im Sinne der Patientensicherheit, der Gesundheit bzw. Behandlungserfolge sichergestellt werden. Hierbei ist zu beachten, unter welchen erschwerten Bedingungen wie Zeitdruck und Übermüdung die Kommunikation im Gesundheitswesen häufig stattfindet. Die heutige Informationsfülle und die inhaltlichen Stressfaktoren verlangen mehr und mehr besondere kommunikative Strategien, um möglichst effizient und ökonomisch Gespräche im Berufsalltag führen zu können (Schaller & Baller, 2008, S. 140). Durch gezieltes Training lässt sich die Kommunikationskompetenz von Gesundheitsfachpersonal beeinflussen und verbessern. Spezifisch konzipierte Fortbildungen/Workshops in Bezug auf bestimmte Gesprächsformen, in unserem Kontext „Beratungsgespräche“, bieten sich an, um auf konkrete Beispiele aus dem Berufsalltag mit

Theorie und Praxiswissen eingehen zu können und die Weiterbildung möglichst ansprechend und erfolgsversprechend für die Teilnehmer zu machen.

Betrachtet man vorliegende nationale und internationale Studien über die Erwartungen von Patienten und Nutzern an die stationäre Versorgung, lassen sich sechs große Themenbereiche identifizieren, die sich jeweils wie ein roter Faden durch die Literatur ziehen: Vertrauenswürdigkeit, Fachliche Expertise und Kompetenz, Verhältnis/Beziehung zum Patienten, Kommunikation/Information, Organisation/Management der Krankenhausversorgung und Umgebungsgestaltung/Atmosphäre (Scheaffer, 2006, S. 11). Einige dieser Punkte wurden im Rahmen dieser Arbeit genauer beschrieben. Es wurde verdeutlicht, wie wichtig die Bereiche Vertrauenswürdigkeit, Verhältnis/Beziehung zum Patienten und Kommunikation/Information in Bezug auf die Kommunikation zwischen Arzt/Pflegekraft/Therapeut und Patient/Angehörigen sind.

Gesundheitskompetenz muss zu einem maßgeblichen Kriterium werden, um die Qualität von Fachpersonen und Versorgungseinrichtungen zu beurteilen. „Generelle Maßnahmen“ zugunsten von Gesundheitskompetenz zu ergreifen bedeutet, dass sich alle Gesundheitsfachpersonen bei der Interaktion und Kommunikation mit Patienten und Angehörigen an bewährten Ansätzen für leicht verständliche Sprache orientieren. Es zielt darauf ab, dass sich Patienten und Angehörige nicht scheuen, um Hilfe zu bitten, dass sich Personen willkommen fühlen, ihnen Hilfe angeboten wird, klare Schilder und Hinweise es unproblematisch machen, sich zurechtzufinden, Materialien bereitgestellt werden und ihrem Verwendungszweck entsprechend gut gestaltet sind und Gespräche freundlich und frei von unverständlicher Fachsprache sind. (Weltgesundheitsorganisation, Gesundheitskompetenz, 2016, S. 60)

Gleichzeitig bietet die professionelle Gesundheitskompetenz viel Potential, auch Wohlbefinden, Gesundheit und Zufriedenheit der Gesundheitsfachkräfte zu verbessern. (Lippke et al., 2022, S. 9)

Abschließend ist auf den wichtigen Zusammenhang von Qualität, Kommunikation und Arbeitszufriedenheit hinzuweisen (Schaller & Baller, 2008, S. 142). Schaller und Baller (2008, S. 142) betonen:

Die Kommunikation ist ein entscheidender und direkter Einflussfaktor auf die Qualität im Krankenhaus, der in seiner Bedeutung bisher nicht überall erkannt wurde. Gerade heute, wo die Krankenhausunternehmen Fähigkeiten wie Dynamik, Innovation und Flexibilität der Mitarbeiter dringend brauchen, muss in der gesamten Ausbildung, aber auch in der Personalentwicklung von Ökonomen, Ärzten sowie administrativen und medizinischen Mitarbeitern die Stärkung kommunikativer Fähigkeiten einen angemessenen Platz erhalten.

Sowohl die interne als auch die externe Kommunikation braucht eine stärkere Präsenz in der Unternehmensstrategie, was zur Bildung einer entsprechenden Unternehmenskultur entscheidend beiträgt und hilft, die wachsenden Leistungs- und Qualitätsansprüche langfristig zu erfüllen (Schaller & Baller, 2008, S. 142).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesprächsqualitätsfaktoren nach Meißner und Pietschmann (2012, S. 218) in Anlehnung an Bose et al., 2013, S. 119.....	4
Abbildung 2: Kompetenzmodell für Fachberater in Anlehnung an Wimmer et al., 2020, S.17.....	8
Abbildung 3: Modell von Wertschätzung und Entscheidungsfreiheit von Patienten in Anlehnung an Tewes, 2015, S. 66.....	10
Abbildung 4: Sender-Empfänger-Model (nach Shannon & Weaver) in Anlehnung an Bechmann, 2014, S. 80.....	12
Abbildung 5: Drei Ausdruckskanäle in Anlehnung an Büttner und Quindel, 2013, S. 13.....	13
Abbildung 6: Organon-Modell der Sprache (nach Karl Bühler) in Anlehnung an Bechmann, 2014, S. 83.....	15
Abbildung 7: Das Kommunikationsquadrat mit den vier Seiten einer Nachricht (nach Friedemann Schulz von Thun) in Anlehnung an Bechmann, 2014, S. 85 ..	18
Abbildung 8: Johari-Fenster in der Arzt-Patienten-Kommunikation in Anlehnung an Bechmann, 2014, S. 96.....	20
Abbildung 9: Einflüsse auf die Arzt-Patienten-Beziehung in Anlehnung an Schweickhardt und Fritzsche, 2016, S. 26.....	23
Abbildung 10: „Eisbergmodell“ des Verstehens und Verstandenwerdens in Anlehnung an Allhoff und Allhoff, 2014, S. 147.....	30
Abbildung 11: Argumentationsprinzipien (nach Minto) in Anlehnung an Baller und Schaller, 2017, S. 95.....	47
Abbildung 12: „Verständlichkeitsfenster“ in Anlehnung an Langer, Schulz von Thun und Tausch, 2019, S. 31.....	48
Abbildung 13: Verbale vs. nonverbale Kommunikation in Anlehnung an Allhoff & Allhoff, 2014, S. 21.....	51
Abbildung 14: „Der Ton macht die Musik...“ in Anlehnung an Allhoff & Allhoff, 2014, S. 41.....	55
Abbildung 15: Teilnehmer der Umfrage eingeteilt nach Beruf und Geschlecht. ...	63
Abbildung 16: Antworten zu Frage 6, Ranking von den bewerteten Abläufen eines Beratungsgesprächs mit „trifft voll und ganz zu“.....	64

Abbildung 17: Antworten zu Frage 6, Ranking von den bewerteten Abläufen eines Beratungsgesprächs mit „trifft zu“.....	65
Abbildung 18: Antworten zu Frage 7, Ranking der als „trifft voll und ganz zu“ bewerteten Rollenbildern in Beratungsgesprächen.	66
Abbildung 19: Antworten zu Frage 7, Ranking der als „trifft zu“ bewerteten Rollenbildern in Beratungsgesprächen.....	66
Abbildung 20: Antworten zu Frage 8, Ranking die als „sehr wichtig“ eingestuften kommunikativen Instrumente in Beratungsgesprächen.....	68
Abbildung 21: Antworten zu Frage 8, Ranking die als „wichtig“ eingestuften Instrumente in Beratungsgesprächen.....	68
Abbildung 22: Antworten zu Frage 9, Ranking die als „trifft voll und ganz zu“ eingestuften Gesprächsförderer.....	70
Abbildung 23: Antworten zu Frage 9, Ranking die als „trifft zu“ eingestuften Gesprächsförderer.....	70
Abbildung 24: Antworten zu Frage 10, Darstellung wie häufig Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten „große Probleme“ mit den aufgeführten Patientengruppen haben.....	71

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Elemente der heilsamen Beziehung (nach Carl Rogers) in Anlehnung an Bechmann, 2014, S. 113	29
Tabelle 2: Die fünf Techniken des Akronyms „NURSE“ nach Back et al. (2005) in Anlehnung an Langewitz et al., SAMW, 2019, S. 25	35
Tabelle 3: Die vier Verständlichkeitskriterien in Bezug auf Erklärungen und Beschreibungen in Gesprächen nach Schulz von Thun (1996) in Anlehnung an Pawlowski, 2005, S. 112	49
Tabelle 4: Kommunikationsinstrumente nach Wichtigkeit und Personenanzahl eingeteilt	76
Tabelle 5: Verwendung verschiedener Gesprächsförderer in den Beratungsgesprächen, Angaben in Personenzahlen	77

Abkürzungsverzeichnis

ALS	Amyotrophe Lateralsklerose
GÜTE	G leichartig, Ü berschneidungsfrei, T reffend, E rschöpfend.
HNO	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICN	International Council of Nurses
MI	Motivational Interviewing
NURSE	N aming, U nderstanding, R especting, S upporting, E xploring
PEF	Partizipative Entscheidungsfindung
RCT	Randomisiert kontrollierte Studie
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SDM	Shared decision-making
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Literaturverzeichnis

Allhoff, Dieter-W. & Allhoff, Waltraud (2014): *Rhetorik & Kommunikation. Ein Lehr- und Übungsbuch*, 16. Auflage, München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Argyle, Michael (2013): *Körpersprache und Kommunikation – Nonverbaler Ausdruck und soziale Interaktion*, Junfermann: Paderborn.

Armstrong, Ursula (2012): „Ein Bild wirkt mehr als 1000 Worte“, in: *ÄrzteZeitung*.

Ashworth, Pat M. (1980): *Care to communicate: An Investigation into the problems of communication between patients and nurses in the intensive therapy units*, London: Churchill Livingstone.

Back, Anthony L.; Arnold, Robert; Baile, Walter F.; Tulsky, James A. & Fryer-Edwards, Kelly (2005). „Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology“, in: *CA: A Cancer Journal for Clinicians* / Volume 55, Issue 3, p. 164 – 177.

Baller, Gaby & Schaller, Bernhard (2017): *Kommunikation im Krankenhaus. Erfolgreich kommunizieren mit Patienten, Arztkollegen und Klinikpersonal*, Berlin Heidelberg: Springer Gabler.

Bechmann, Sascha (2014): *Medizinische Kommunikation. Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung*, Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag.

Bird, J. & Cohen-Cole, S.A. (1990): „The three-function model of the medical interview. An educational device“, in: *Advances in psychosomatic medicine*, 20: 65 – 88.

Bird, Marie-Louise; Elmer, Shandell; Osborne, Richard H., Flittner, Anna & O'Brien, Jane (2020): „Training physiotherapists to be responsive to their clients' health literacy needs“, in: *Physiotherapy Theory and Practice. An international Journal of Physical Therapy*, pp. 1 – 9.

Bose, Ines; Hirschfeld, Ursula; Neuber, Baldur & Stock, Eberhard (2013): *Einführung in die Sprechwissenschaft. Phonetik, Rhetorik, Sprechkunst*, 2. Auflage, Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag.

Buchberger, Barbara; Heymann, Romy; Huppertz, Hendrik; Friepörtner, Katharina; Pomorin, Natalie & Wasem, Jürgen (2011): „The effectiveness of interventions in

workplace health promotion as to maintain the working capacity of health care personal“, in: *GMS Health Technology Assessment*, 7: Doc06.

Bühler, Karl (1934): *Sprachtheorie. Die Darstellungsfunktion der Sprache*, Jena: Gustav Fischer.

Büttner, Claudia & Quindel, Ralf (2013): *Gesprächsführung und Beratung. Sicherheit und Kompetenz im Therapiegespräch*, 2. Auflage, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Brucksch, Michael M.; Teyke, Thomas; Lenz, Christian & Schurr, Marc. O. (2005): „Compliance bei Arzneimitteln: ein unterschätztes Problem“, in: *PharmacoEconomics German Research Articles*, 3, p. 3 – 8.

Cook, Mark (1970): „Experiments on Orientation and Proxemics“, in: *Human Relations*, Volume 23, Number 1, pp. 61 – 76.

Coulter, Angela & Magee, Helen (2003): *The European Patient of the Future*, Berkshire: Open University Press.

Curtis, K.; Tzannes, A. & Rudge, T. (2011): „How to talk to doctors – a guide for effective communication“, in: *International Nursing Review / Volume 58, Issue 1*, pp. 13 – 20.

Dugdale, David C.; Epstein, Ronald M. & Pantilat, Steven, Z. (1999): „Time and the Patient-physician relationship“, in: *Journal of General Internal Medicine* 14, S. 34 – 40.

Dyche, Lawrence & Swiderski, Deborah (2005): „The effect of physician solicitation approaches on ability to identify patient concerns“, in: *Journal of General Internal Medicine* 20, 267 – 270.

Eco, Umberto (1972): *Einführung in die Semiotik*, München: Fink.

Emanuel, Ezekiel J. & Emanuel, Linda. L. (1992): „Four Models of the Physician-Patient Relationship“, in: *JAMA The journal of the American Medical Association* 267 (16): 2221 – 2226.

Faller, Hermann (2012): „Patientenorientierte Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung“, in: *Bundesgesundheitsblatt*, 55:1106 – 1112.

Gebuhr, Klaus (2002): *Die vertragsärztliche Gegenwart im Lichte des Burn-out-Syndroms. Die wirtschaftliche Entwicklung und die ärztliche Selbstverwaltung in der vertragsärztlichen Meinung*, Berlin: Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV-Virchow-Bundes (Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.).

Geißner, Hellmut (1981): *Sprechwissenschaft: Theorie der mündlichen Kommunikation*, Königstein: Scriptor.

Gieltowski, Christina (2003): *Erfolgreiche Kommunikation*, Kissing: TURNUS Fachinformationsdienst.

Goldin-Meadow, Susan & Wagner Cook, Susan (2012): „Gesture in Thought“, in: Holyoak, Keith J. & Morrison, Robert G. (Hrsg.): *The Oxford Handbook of Thinking and Reasoning*, Oxford: Oxford University Press, pp. 631 – 649.

Gommlich, Florian & Tieftrunk, Andreas (1999): *Mut zur Auseinandersetzung – Konfliktgespräche*, München: Falken Verlag.

Göpferich, Susanne (2002): *Textproduktion im Zeitalter der Globalisierung: Entwicklung einer Didaktik des Wissenstransfers*, Tübingen: Stauffenburg-Verlag.

Hall, Edward T.; Birdwhistell, Ray L.; Bock, Bernhard; Bohannon, Paul; Diebold, Richard A.; Durbin, Marshall; Edmonson, Munro S.; Fischer, J. L.; Hymes, Dell; Kimball, Solon T.; La Barre, Weston; Lynch, Frank, S. J.; McClellan, J. E.; Marshall, Donald S.; Milner, G.B.; Sarles, Harvey B.; Trager, George L. & Vayda, Andrew P. (1968): „Proxemics“, in: *Current Anthropology*, Volume 9, Number 2/3, pp. 83 – 108.

Hammer, Sabine (2017), „Stimmstörungen“, in: Siegmüller, Julia & Bartels, Henrik (Hrsg.): *Leitfaden Sprache • Sprechen • Stimme • Schlucken*, 5. erweiterte und vollständig überarbeitete Auflage, München: Elsevier Verlag, S. 354 – 375.

Hausmann, Clemens (2009): *Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe*, 2. überarbeitete und ergänzte Auflage, Wien: Facultas.

Heiland, Regine (2018): *Weil Worte wirken. Wie Arzt-Patienten-Kommunikation gelingt*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Heilmann, Christa M. (2011): *Körpersprache richtig verstehen und einsetzen*, 2. durchgesehene Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag.

Heister, Heiner & Henke, Rudolf (2017), „Patient und Arzt im Gespräch: Patient-Arzt-Kommunikation und die Zukunft des ärztlichen Berufsbildes“, in: Bechmann, Sascha (Hrsg.): *Sprache und Medizin. Interdisziplinäre Beiträge zur medizinischen Sprache und Kommunikation*, Berlin: Franke & Timme, S. 23 – 45.

Herter-Ehlers, Ursula (2021): *Grundlagen der Kommunikation für Gesundheitsberufe. Leitfaden für Logopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Pflege*, Wiesbaden: Springer Fachmedizin.

Helitzer, Deborah L.; LaNoue, Marianna; Wilson, Bronwyn; de Hernandez, Brisa Urquieta; Warner, Teddy & Roter, Debra (2011): „A randomized controlled trial of communication training with primary care providers to improve patient-centeredness and health risk communication“, in: *Patient Education and Counseling*, Volume 82, Issue 1, pp. 21 – 29.

Hoos-Leistner, Heike (2020): *Kommunikation im Gesundheitswesen*, Stuttgart: Springer-Verlag.

International Council of Nurses (ICN) (2014): „*Definition of Nursing*“, in: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions> (14.05.2022)

Jackob, Nikolaus; Petersen, Thomas & Roessing, Thomas (2008): „Strukturen der Wirkung von Rhetorik. Ein Experiment zum Wirkungsverhältnis von Text, Betonung und Körpersprache“, in: *Publizistik*, Heft 2, 53. Jahrgang, S. 215 – 230.

Jacobi, Petra (2020): *Barrierefreie Kommunikation im Gesundheitswesen. Leichte Sprache und andere Methoden für mehr Gesundheitskompetenz*, Berlin: Springer Verlag.

Jarett, Nicola & Payne, Sheila (1995): „A selective review of the literature on nurse-patient communication: has the patient's contribution been neglected“, in: *Journal of Advanced Nursing*, Volume 22, Issue 1, S. 72 – 78.

Kang, Jiwon; Song, Jeongeun & Noh, Wonjung (2020): „A systematic review and meta-analysis of the effects of global health competency improvement programs on nurses and nursing students“, in: *Journal of Advanced Nursing*, Volume 76, Issue 7, pp. 1552 – 1566.

Karper, Marise S.; de Winter, Andrea F.; Bevilacqua, Roberta; Giammarchi, Cinzia; McCusker, Anne; Sixsmith, Jane; Koot, Jaap A.R. & Reijneveld, Sijmen A. (2019): „Positive Outcomes of a Comprehensive Health Literacy Communication Training for Health Professionals in Three European Countries: A Multicentre Pre-post Intervention Study“, in: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (20), 3923.

Kessels, Roy (2003): „Patients`memory for medical information“, in: *Journal of the Royal Society of Medicine*, Volume 96, p. 219 – 222.

Kickbusch, Ilona; Pelikan, Jürgen; Haslbeck, Jörg; Apfel, Franklin & Tsouros, Agis D. (2016): *Gesundheitskompetenz. Die Fakten*. World Health Organization.

Kleck, Robert E. & Nuessle, William (1968): „Congruence between the Indicative and Communicative Functions of Eye Contact in Interpersonal Relations“, in: *British Journal of Social and Clinical Psychology*, Volume 7, Issue 4, p. 241 – 246.

Knapp, Mark L. (1984), „Nonverbale Kommunikation im Klassenzimmer“, in: Scherer, Klaus R. & Wallbott, Harald G. (Hrsg.): *Nonverbale Kommunikation: Forschungsberichte zum Interaktionsverhalten*, Weinheim: Beltz, S. 320 – 331.

Körner, Mirjam (2013): „Patient-centered care through internal and external participation in medical rehabilitation“, in: *Health*, Volume 5, No.6A2, 48 – 55.

Krallmann, Dieter & Ziemann, Andreas (2001): *Grundkurs Kommunikationswissenschaft*, München: Wilhelm Fink Verlag.

Kutscher, Patric P. (2008): „Arzt-Patienten-Kommunikation: Den Perspektivenwechsel trainieren“, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 2008; 105(26): A-1469 / B-1269 / C-1237.

Kutscher, Patric. P. & Seßler, Helmut (2017): *Kommunikation – Erfolgsfaktor in der Medizin. Teamführung, Patientengespräch, Networking & Selbstmarketing*, 2. Auflage, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin.

Langer, Inghard; Schulz von Thun, Friedemann & Tausch, Reinhard (2019): *Sich verständlich ausdrücken*, 11. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag.

Larsson, Gerry; Larsson, Wilde Bodil & Munck, Ingrid M.E. (1998): „Refinement of the questionnaire `quality of care from the patient`s perspective` using structural

equation modelling“, in: *Scandinavian journal of caring sciences* 12, Nr. 2, p. 111 – 118.

Lazare, Aaraon; Putnam, Samuel M. & Lipkin, Mack (1995), „Three Functions of the Medical Interview“, in: Lazare, Aaron; Putnam, Samuel M. & Lipkin, Mack (Hrsg.: *The Medical Interview. Clinical care, Education and Research*, New York Heidelberg: Springer, pp. 3 – 19.

Leslie, Catherine J.; Smith, Diane & Nicholas, Patrice (2019): „Health Literacy understanding of early intervention providers: a scoping review“, in: *The Journal for Nurse Practitioners*, Issue 9, pp. 640 – 648.

Lippka, Michael-M. (2015): *Leitfaden. Kommunikation im therapeutischen Alltag. Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie*, München: Urban & Fischer Verlag.

Lippke, Sonia; Ansman, Lena & Levke Brütt, Anna (2022), „Kommunikationskonzepte zur Verbesserung der professionellen Gesundheitskompetenz.“, in: Rathmann, Katharina; Dadaczynski, Kevin; Okan, Orkan & Messer, Melanie (Hrsg.): *Gesundheitskompetenz*, Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit, S. 1 – 11.

Lippke, Sonia; Derksen, Christina; Keller, Franziska Maria; Kötting, Lukas; Schmiedhofer, Martina & Welp, Annalena (2021): „Effectiveness of Communication Interventions in Obstetrics – A Systematic Review“, in: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 2616.

Loh, Andreas; Simon, Daniela; Kriston, Levente & Härter, Martin (2007): „Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews“, in: *Deutsches Ärzteblatt* 2007; 104(21):A 1483 – 8. F.

Lövgren, Gunvor; Engström, Brigitta & Norberg, Astrid (1996): „Patients` Narratives Concerning Good and Bad Caring“, in: *Scandinavian Journal of Caring Sciences/ Volume 10, Issue 3*, pp. 151 – 156.

Mantz, Sandra (2019): *Kommunizieren in der Pflege. Kompetenz und Sensibilität im Gespräch*, 2. aktualisierte Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.

Marvel, Kim. M.; Epstein, Ronald M.; Flowers, Kristine & Beckman, Howard B. (1999): „Soliciting the patient`s agenda. Have we improved?“, in: *JAMA*, 281(3): 283 – 287.

Mehrabian, Albert (1977). *Nonverbal communication*, Chicago: Aldine-Atherton.

Meißner, Swetlana & Pietschmann, Judith (2012), „Zur Beurteilung der Gesprächsqualität im telefonischen Verkauf – Zwischenbericht über ein Forschungsprojekt.“, in: Hirschfeld, Ursula & Neuber, Baldur (Hrsg.): *Erforschung und Optimierung der Callcenterkommunikation*, Berlin, Frank & Timme, S. 215 – 248.

Miller, William R. & Rollnick, Stephen (1991): *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*, New York: Guilford Press.

Minto, Barbara (2005): *Das Prinzip der Pyramide: Ideen klar, verständlich und erfolgreich kommunizieren*, München: Pearson Studium.

Mutzeck, Wolfgang (2008): *Kooperative Beratung. Grundlagen, Methoden, Training, Effektivität*, 6. aktualisierte und erweiterte Auflage, Weinheim: Beltz Verlag.

Nancarrow, Susan A.; Booth, Andrew; Ariss, Steven; Smith, Tony; Enderby, Pam & Roots, Alison (2013): „Ten principles of good interdisciplinary team work“, in: *Human Resources of Health* 11:19.

Nawka, Tadeus & Wirth, Günter (2008): *Stimmstörungen. Für Ärzte, Logopäden, Sprachheilpädagogen und Sprechwissenschaftler*, 5. Auflage, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Nünning, Ansgar & Zierold, Martin (2008): *Kommunikationskompetenzen – Erfolgreich kommunizieren in Studium und Berufsleben*, Stuttgart: Klett Lerntraining.

Pallasch, Waldemar & Kölln, Detlef (2011): *Pädagogisches Gesprächstraining, Lern- und Trainingsprogramm zur Vermittlung pädagogisch-therapeutischer Gesprächs- und Beratungskompetenz*, Weinheim München: Juventa.

Patrzek, Andreas (2015): *Fragekompetenz für Führungskräfte: Handbuch für wirksame Gespräche*, 6. Auflage, Wiesbaden: Springer Gabler.

Pawlowski, Klaus (2005): *Konstruktiv Gespräche führen*, 4. aktualisierte Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag.

Picker Report (2014): *Neue Perspektiven. Wie die Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern Qualität und Sicherheit im Krankenhaus verbessern*, Hamburg: Picker Institut Deutschland.

Plate, Markus (2013): *Grundlagen der Kommunikation. Gespräche effektiv gestalten*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Pramann, Oliver (2018): „Betreuungsrecht: Worauf Ärzte im Alltag achten sollten“, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 115 (16): [2].

Rabbata, Samir & Rühmkorf, Daniel (2003): „InterKIK und Case Management: Schnittstelle Arzt-Pflege.“, in: *Deutsches Ärzteblatt 2003*; 100(5): A-236 / B-213 / C-205.

Reynolds, William J. & Scott, Brian (2000): „Do nurses and other professional helpers normally display much empathy?“, in: *Journal of advances nursing*, Jan; 31 (1): 226 – 234.

Rixen, Dieter; Hax, Peter-Michael & Wachholz, Michael (2015): *Das Arzt-Patienten-Gespräch. Ein Kommunikationstrainer für den klinischen Alltag*, Berlin/Boston: Walter de Gruyter.

Robinson, A. & Thomson R. (2001): „Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools“, in: *Quality in Health Care* 10; 34 – 38.

Rogers, Carl. R (1987): *Die nicht-direktive Beratung. Counseling and Psychotherapy*, 6. Auflage, Frankfurt: Fischer-Verlag.

Rogers, Carl R. (1973): *Entwicklung der Persönlichkeit*, Stuttgart: Ernst Klett Verlag.

Rosenstein, Alan (2002): „Nurse-Physician Relationship: Impact on Nurse Satisfaction and Retention“, in: *American Journal of Nursing*: June 2002 – Volume 102 – Issue 6 – pp. 26 – 34.

Schaefer, Corinna & Klemperer, David (2020): „Mit Leitlinien, Shared Decision Making und Choosing Wisely gegen Über-, Unter- und Fehlversorgung?“, in: *GGW 2020*, Heft 2 (April), 23 – 30.

Schaeffer, Doris (2006): *Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus. Eine Literaturanalyse*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Schaller, Bernhard & Baller, Gaby (2008): „Der Zusammenhang zwischen guter Kommunikation und Qualität, Konsequenzen für eine erfolgreiche Unternehmensstrategie“, in: *das Krankenhaus*, S. 140 – 142.

Scheibler, Fülöp; Schwantes, Ulrich; Kampmann, Margareta & Pfaff, Holger (2005): Shared decision-making, in: *GGW 1*, S. 23 – 31.

Scherer, Klaus R. (1984), „Kommunikation“, in: Scherer, Klaus R. & Wallbott, Harald G. (Hrsg.): *Nonverbale Kommunikation: Forschungsberichte zum Interaktionsverhalten*, Weinheim: Beltz.

Scheurl-Defersdorf, Mechthild R. & von Stockert Theodor (2020): „Jedes Wort wirkt – die Sprache in der Krankenhausapothek“, in: *Krankenhauspharmazie 2020*; 41:99 – 103.

Schillinger, Dean; Piette, John, Grumbach, Kevin; Frances, Wang; Clifford, Wilson; Daher, Carolyn; Leong-Grotz, Krishelle; Castro, Cear & Bindman, Andrew B. (2003): „Closing the Loop. Physician Communication with Diabetic patients who have low health literacy“, in: *Archives of Internal Medicine*; 163 (1): 83 – 90.

Schneider, Barbara (2012), „ICF-orientierte Anamnese“, in: Thiel, Monika Maria & Frauer, Caroline (Hrsg.): *Aphasie, Wege aus dem Sprachdschungel*, Berlin Heidelberg, Springer Verlag, S. 103 – 106.

Schroeter, Matthias I.; Kynast, Jana; Villringer, Arno & Baron-Cohen, Simon (2021): „Face Masks Protect From Infection but May Impair Social Cognition in Older Adults and People With Dementia“, in: *frontiers in Psychology Neuropsychology*, Volume 12, Article 640548.

Schröder, Hartmut (2019): „Sprache und Kommunikation in der Medizin – Probleme und Ressourcen“, in: *Erfahrungsheilkunde 2019*; 68(02): 56 – 62.

Schulz von Thun, Friedemann (1996): *Miteinander reden, Band 1*, Hamburg: Rowohlt Verlag.

Schulz von Thun, Friedemann (2014): *Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation*, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Schweickhardt, Axel & Fritsche, Kurt (2016): *Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis*, 3. erweiterte Auflage, Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Tavakoly Sany; Seyedeh Belin; Peyman, Nooshin; Behzhad, Fatemeh; Esmaeily, Habibollah; Taghipoor, Ali & Ferns, Gordon (2018): „Health providers` communication skills training effects hypertension outcomes“, in: *Medical Teacher*, Volume 40, Issue 2, pp. 154 – 163.

Tewes, Renate (2015): „Wie bitte?“ *Kommunikation in Gesundheitsberufen*, 2. Auflage, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin.

Von Stockert, Theodor (2016): *Meine Sprache und ich, mit Sprachstruktur Persönlichkeit entwickeln*, Erlangen: Lingva Eterna.

Watzlawick, Paul; Beavin, Janet H. & Jackson, Don D. (2017): *Menschliche Kommunikation. Formen Störungen Paradoxien*, 13. unveränderte Auflage, Bern: Huber Verlag.

Wehmeyer, Meike & Grötzbach, Holger (2012): „Wie begegne ich dem Patienten? – Von therapeutischen Grundannahmen und Haltungen“, in: Thiel, Monika Maria & Frauer, Caroline (Hrsg.): *Aphasie, Wege aus dem Sprachdschungel*, Berlin Heidelberg, Springer Verlag, S. 136 – 142.

Weller, Jennifer; Boyd, Matt & Cumin, David (2013): „Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcar“, in: *Postgraduate Medical Journal* 2014; 90: 149 – 154.

Whitcomb, Michael E. (2000): „Communication and professionalism“, in: *Patient Education and Counseling* 41 (2): 137 – 144.

White, Mary J.; Gutierrez, Ann; McLaughlin, Celeste; Eziakonwa, Chi; Newman, Lois Stephens; White, Margaret; Thayer, Becky; Davis, Kerry; Williams, Margaret & Asselin, Glennys (2013): „A pilot for understanding interdisciplinary teams in rehabilitation practice.“, in: *Rehabilitation Nurses*, 38(3): 142 – 52.

Wimmer, Adelheid; Buchacher, Walter; Kamp, Gerhard & Wimmer, Josef (2020): *Das Beratungsgespräch. Skills und Tools für die Fachberatung*, 2. Auflage, Wien: Linde Verlag.

Wilm, S.; Knauf, A.; Peters, T. & Barhs, O. (2004): „Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation?“, in: *ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 80, S. 53 – 57.

Zwarenstein, Merrick; Rice, Kathleen; Gotlib-Conn, Lesley; Kenaszchuk, Chris & Reeves, Scott (2013): „Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards“, in: *BMC Health Services Research* 13, Article Number: 494.

Anhang

Anhang 1: Die drei Säulen des Kommunikationsprozess in Anlehnung an von Stockert 2016, S. 155 – 157

Präsenz des Sprechers	Klarheit der Botschaft	Wertschätzung des Gesprächspartners
<ul style="list-style-type: none">- Die eigene Persönlichkeit wird bewusst dargestellt.- Talente und Fähigkeiten, Einschätzungen und Ängste dürfen mitschwingen.- Der Sprecher ist aktuell und bewusst in der Situation.- Er fokussiert auf die Situation und Person seiner Interaktion	<ul style="list-style-type: none">- Es wird klar übermittelt, was kommuniziert werden soll.- Es wird sinnkonformes Vokabular genutzt und eine widerspruchsfreie Grammatik- Der Satztypus, der die Botschaft transportiert, wird klar: Aussage, Aufforderung oder Frage.- Pro Satz sollte nur ein Bild transportiert werden.- Die Intonation ist dem Satztypus angepasst.	<ul style="list-style-type: none">- Der Sprecher hat eine wertschätzende Grundhaltung gegenüber seinem Interaktionspartner.- Er hat generell eine Wertschätzung gegenüber sozialen Gefühen.- Er antizipiert im Gespräch Positives am Gesprächspartner.

Anhang 2: Eine mögliche Struktur für den Gesprächsablauf nach Gielowski, 2003, S. 39f

Wie eröffnen Sie das Gespräch?

- ✓ Begrüßen Sie Ihren Kollegen/Vorgesetzten mit Namen.
- ✓ Reden Sie zum Warmwerden über belanglose Dinge (Smalltalk)
- ✓ Aufwärmphase je nach Anlass bestimmen. Bei sehr ernsten Themen bietet sich eher die Frage an: Wie geht's es Ihnen?
- ✓ Bieten Sie ein Getränk an, wenn möglich.

Achten Sie auf Ihre Körpersprache:

- ✓ Versuchen Sie, aufrecht zu sitzen und natürlich zu bleiben
- ✓ Halten Sie zu Ihrem Gegenüber Blickkontakt.
- ✓ Setzen Sie Gestik und Mimik ein (Vorsicht, Nichts erzwingen).
- ✓ Halten Sie ihre Arme offen (nicht verschränkt vor dem Körper).

Sich aktiv ins Gespräch einbringen:

- ✓ Zeigen Sie persönliches Interesse, Wertschätzung und Anteilnahme.
- ✓ Verwenden Sie Ich-Botschaften.
- ✓ Sprechen Sie die Sprache des Gegenübers.

Integrieren Sie Ihren Gesprächspartner

- ✓ Sprechen Sie ihren Partner mit Namen an
- ✓ Nehmen Sie ihn ernst.
- ✓ Fragen Sie ihn nach seinen Wünschen, Interessen und Zielen
- ✓ Bitten Sie ihn, Ihnen ausführlich sein Problem zu schildern.
- ✓ Sichern Sie ihm Vertraulichkeit zu und dass er sich ehrlich öffnen kann.

Achten Sie auf die Grundlagen der Kommunikation:

- ✓ Was möchte Ihnen ihr Partner sagen?
- ✓ Was können Sie zwischen den Zeilen heraushören (vier Seiten einer Nachricht)?
- ✓ Haben Sie den Partner richtig verstanden?

Setzen sie bewusst Fragetechniken ein:

- ✓ Wenden Sie offene Fragen an, um den Partner ins Gespräch zu integrieren.
- ✓ Geschlossene Fragen arbeiten stärker auf ein Ziel zu.

Üben Sie das aktive Zuhören:

- ✓ Was will Ihnen ihr Gesprächspartner sagen?
- ✓ Haben Sie den Kern seiner Aussage wirklich verstanden?
- ✓ Geben Sie Rückmeldung mit eigenen Worten und durch Mimik (Nicken).
- ✓ Wiederholen Sie die genannten Inhalte.
- ✓ Untermauern Sie das Gesagte

Gehen Sie auf Einwände ein:

- ✓ Jeder Einwand zeigt, dass ihr Gegenüber mitdenkt.
- ✓ Nehmen Sie jeden Einwand ernst.
- ✓ Gehen Sie auf Einwände ein.
- ✓ Nutzen Sie jeden Einwand als Chance.
- ✓ Ihr Gegenüber braucht vielleicht noch mehr Informationen.

Untermauern Sie ihre Worte mit Bildern und Notizen:

- ✓ Halten Sie alles Gesagte schriftlich fest.
- ✓ Verwenden Sie Bilder, um Inhalte anschaulicher darzustellen.
- ✓ Skizzen helfen, Inhalte zu verdeutlichen.

Schließen Sie das Gespräch positiv ab:

- ✓ Zu welchem Ergebnis sind Sie gekommen?
- ✓ Was sind die nächsten Schritte?
- ✓ Brauchen Sie noch einen weiteren Besprechungstermin?
- ✓ Gibt es noch offene Fragen?
- ✓ Danken Sie dem Gesprächspartner für seine Offenheit und sein konstruktives Mitarbeiten.
- ✓ Verabschieden Sie sich freundlich.

Anhang 3: Anschreiben des Fragebogens

Liebe Kolleginnen und Kollegen der NRO,

Im Rahmen meiner Masterarbeit an der Universität in Regensburg beschäftige ich mich mit dem Thema Gesprächsführung in Beratungsgesprächen. Hierzu möchte ich eine Umfrage starten.

In der Befragung geht es um das Thema „**Beratungsgespräche mit Patient_innen und/oder Angehörigen im beruflichen Alltag**“. Diese ist an Euch/Sie adressiert, da jeder von Euch/Ihnen immer wieder kürzere oder längere Beratungsgespräche z.B. in Bezug auf die weiterführende Behandlung, bevorstehende Untersuchungen, Medikamentenumstellungen oder Therapieinhalte führt.

Die Ergebnisse werden im Rahmen meiner Masterarbeit verwendet. Rückschlüsse auf Deine/Ihre Person sind nicht möglich.

Die Bearbeitung des Fragebogens sollte maximal 10 Minuten in Anspruch nehmen.

Den ausgefüllten Fragebogen bitte zeitnah (spätestens bis zum 06.04.) in die ausstehenden weißen Boxen in den Aufenthaltsräumen der Stationen 11.1 und 11.4. einwerfen.

Vielen Dank für Deine/Ihre kostbare Zeit und die Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen,

Meike Loitzsch-Plachta

Anhang 4: Fragebogen



Lehrgebiet
Mündliche Kommunikation
und Sprecherziehung
Universität Regensburg

1. Welchen Beruf üben Sie aus?

Arzt/Ärztin Pfleger_in Therapeut_in

2. Ihr Geschlecht:

Männlich Weiblich Divers

3. Welcher Altersgruppe sind Sie zugehörig?

bis 35 35 – 50 über 50

4. Haben Sie bereits an einer Fortbildung/Workshop zum Thema „Gesprächsführung im beruflichen Alltag“ teilgenommen?

Ja Nein

5. Haben Sie (erneut) Interesse eine Weiterbildung zu dem Thema „Gesprächsführung im beruflichen Alltag“ zu besuchen?

Ja Nein

6. Ablauf des Beratungsgespräch:

	Trifft voll und ganz zu	Trifft zu	Trifft weni- ger zu	Trifft nicht zu
Sie bereiten bewusst den Einstieg des Gesprächs vor.				
Sie binden die Perspektive des/der Patient_in mit ein.				
Sie begründen argumentativ die angestrebte Therapie.				
Sie arbeiten gemeinsam mit dem/der Patient_in Lösungsstrategien heraus.				
Sie legen gemeinsam mit dem/der Patient_in die nächsten Schritte und das weitere Vorgehen fest				
Sie wiederholen die wichtigsten besprochenen Inhalte am Ende des Gesprächs.				
Sie finden einen passenden Gesprächsabschluss.				

7. Welche Rolle versuchen Sie den Patient_innen und Angehörigen im Gespräch zu vermitteln?

	Trifft voll und ganz zu	Trifft zu	Trifft weniger zu	Trifft nicht zu
Gespräch auf Augenhöhe				
Möglichkeit der Mitentscheidung				
Einbindung emotionaler Reaktionen der Patient_innen und Angehörigen				
Wertschätzende und vertrauensvolle Zusammenarbeit				
Überzeugung von notwendigen medizinischen Maßnahmen				

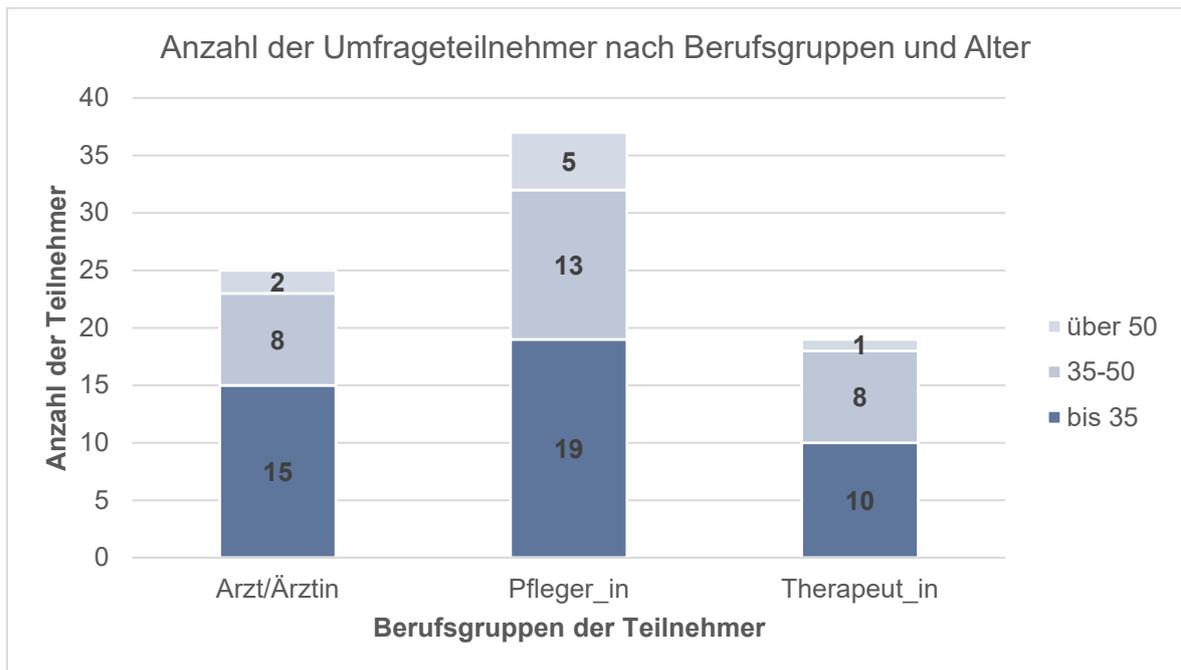
8. Wie wichtig stufen Sie folgende kommunikativen Instrumente in den Beratungsgesprächen ein?

	Sehr wichtig	Wichtig	Nicht wichtig	Mir nicht bekannt
Fragetechniken				
Aktives Zuhören (Paraphrasieren, Nachfragen, Zusammenfassen)				
Begründen, argumentieren				
Perspektivenwechsel				
Klar und verständlich informieren				
Metakommunikation				
Einbezug nonverbaler Kommunikation				
Anpassung von Stimme und Sprechweise an die jeweilige Situation				

9. Welche Gesprächsförderer verwenden Sie im Gespräch mit Patient_innen und Angehörigen?

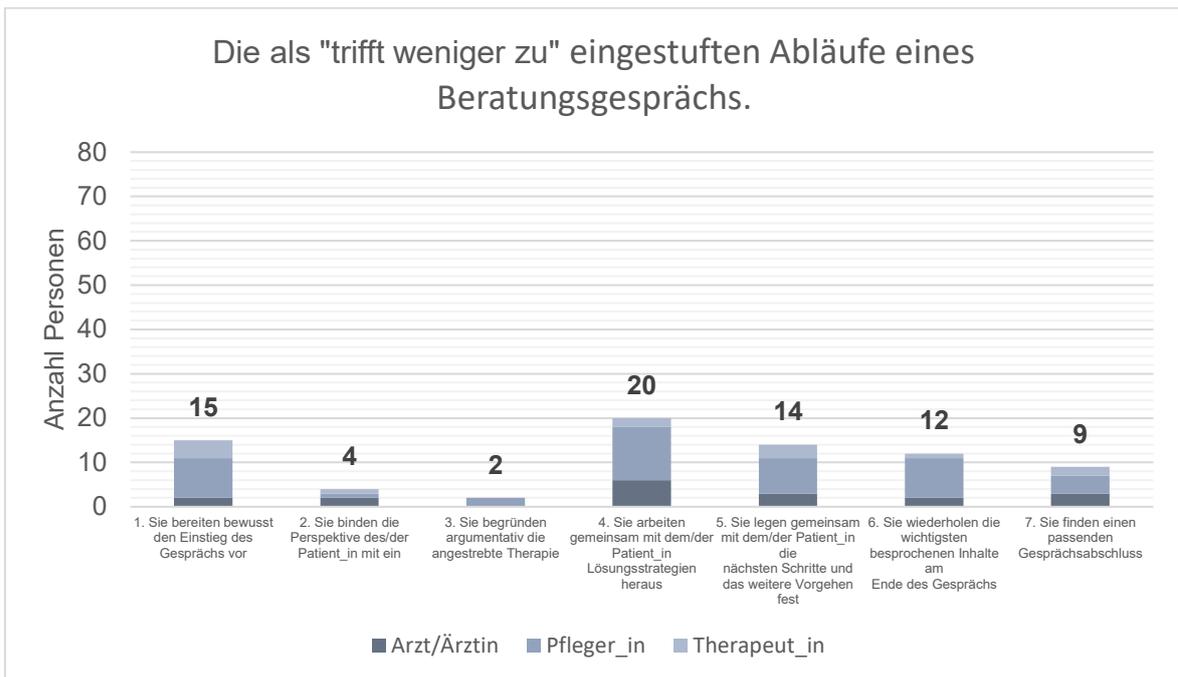
	Trifft voll und ganz zu	Trifft zu	Trifft weniger zu	Trifft nicht zu
Ausreden lassen				
Ungestörter Gesprächsrahmen				
Deutlich sprechen				
Verständliche Sprache verwenden				
Sprache an das intellektuelle Niveau des/der Gesprächspartner_in anpassen				
Bilder und Grafiken verwenden				
Sichtbarrieren vermeiden				
Körpersprache einsetzen und auf nonverbale Zeichen achten				

Anhang 5: Anzahl der Umfrageteilnehmer nach Berufsgruppen und Alter

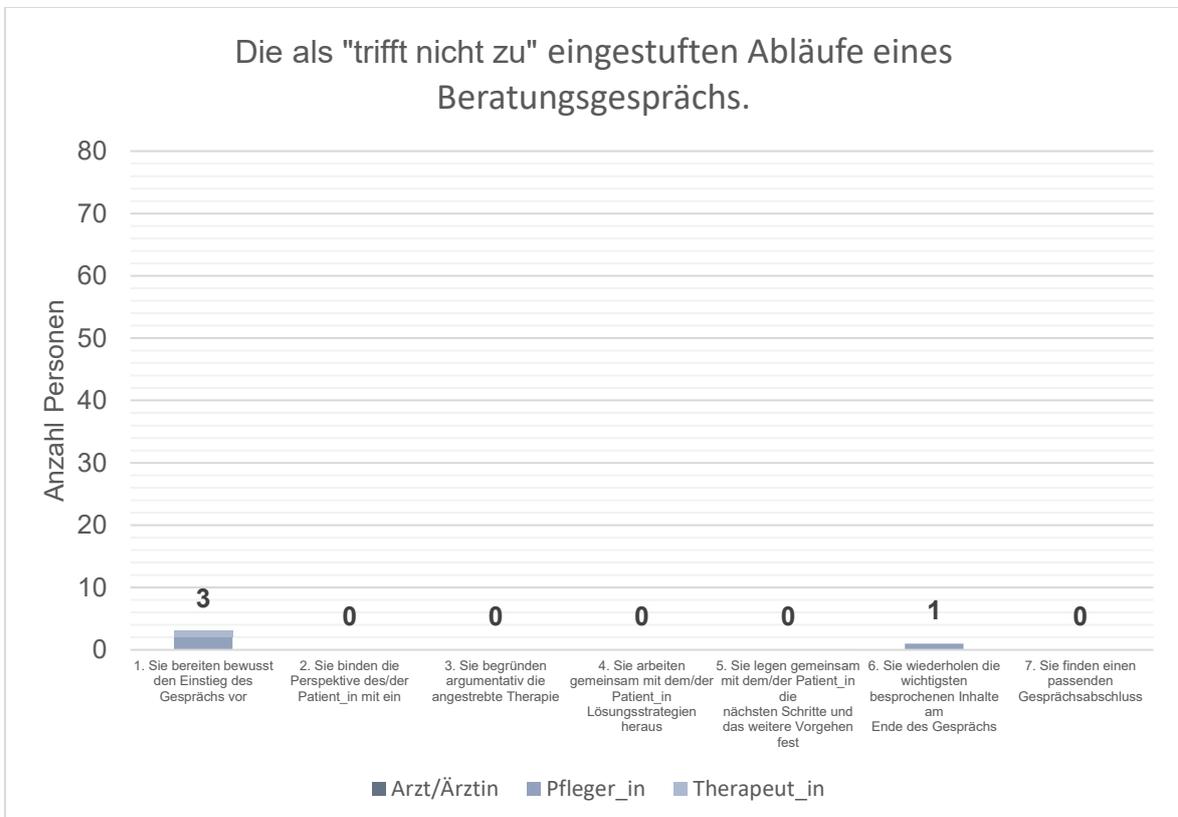


Teilnehmer in Prozentangaben: 31% Ärzte, 46% Pflegekräfte und 32% Therapeuten

Anhang 6: Ergebnisse Frage 6: „Ablauf des Beratungsgesprächs“

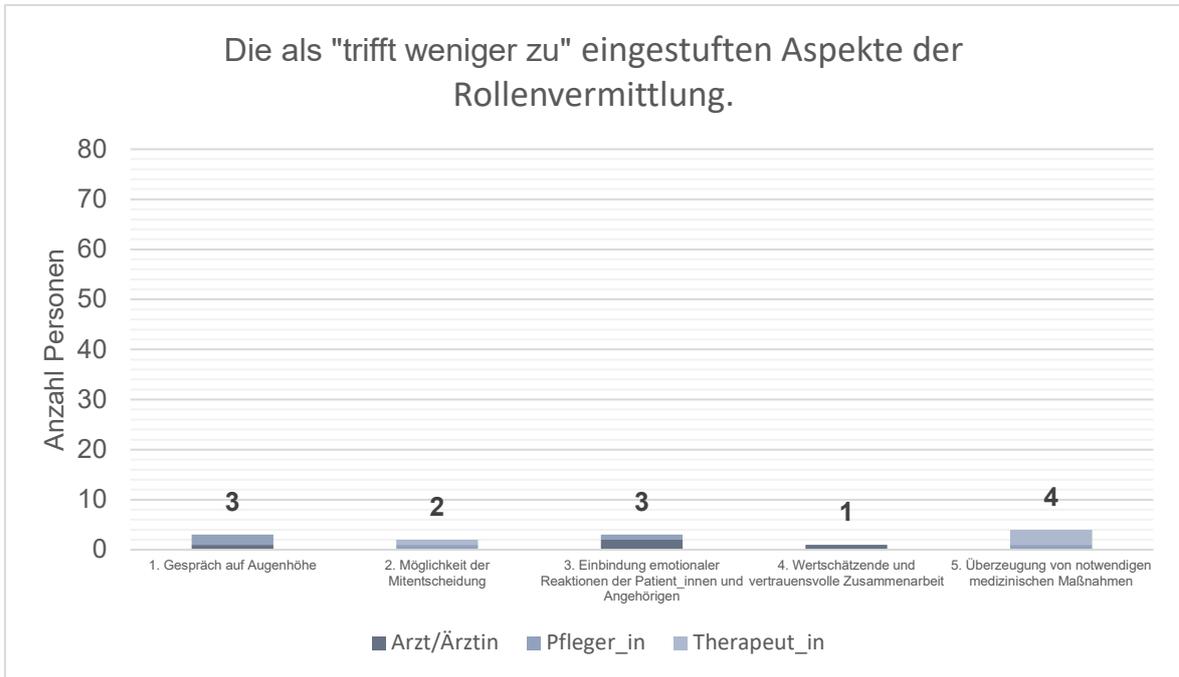


Antworten in Prozent: 1.: 19% (8% Ärzte, 24% Pflegekräfte und 21% Therapeuten), 2.: 5% (8% Ärzte, 3% Pflegekräfte und 5% Therapeuten), 3.: 2% (5% Pflegekräfte), 4.: 25% (24% Ärzte, 32% Pflegekräfte und 11% Therapeuten), 5.: 17% (12% Ärzte, 22% Pflegekräfte und 16% Therapeuten), 6.: 15% (8% Ärzte, 24% Pflegekräfte und 5% Therapeuten) und 7.: 11% (12% Ärzte, 11% Pflegekräfte und 11% Therapeuten)

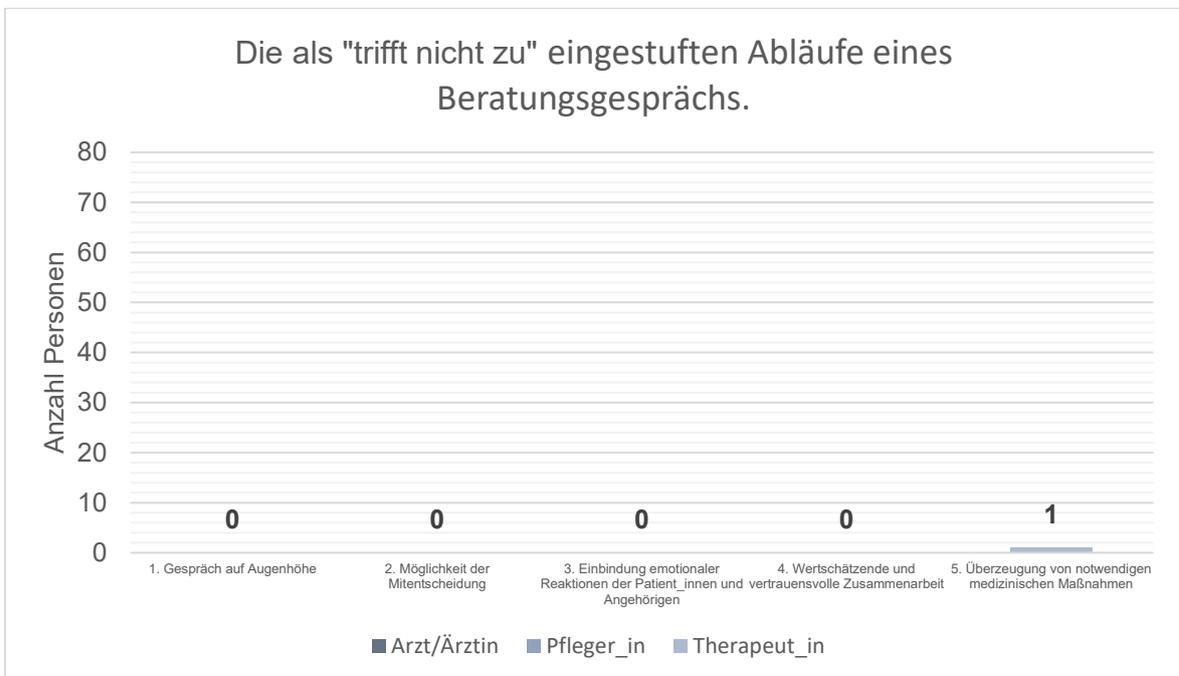


Antworten in Prozent: 1.: 4% (5% Pflegekräfte und 5% Therapeuten) und 6.: 1% (3% Pflegekräfte)

Anhang 7: Ergebnisse Frage 7: „Welche Rolle versuchen Sie den Patient_innen und Angehörigen im Gespräch zu vermitteln?“

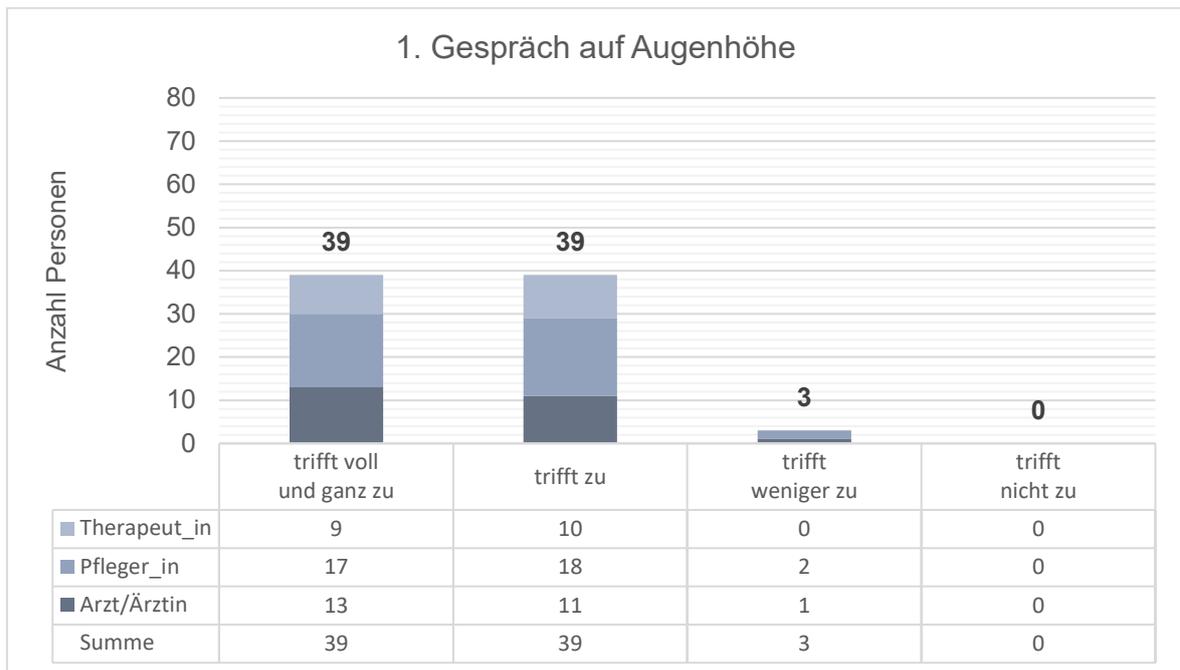


Antworten in Prozent: 1.: 4% (4% Ärzte und 5% Pflegekräfte), 2.: 2% (3% Pflegekräfte und 5% Therapeuten), 3.: 4% (8% Ärzte und 3% Pflegekräfte), 4.: 1% (4% Ärzte) und 5.: 5% (3% Pflegekräfte und 16% Therapeuten)

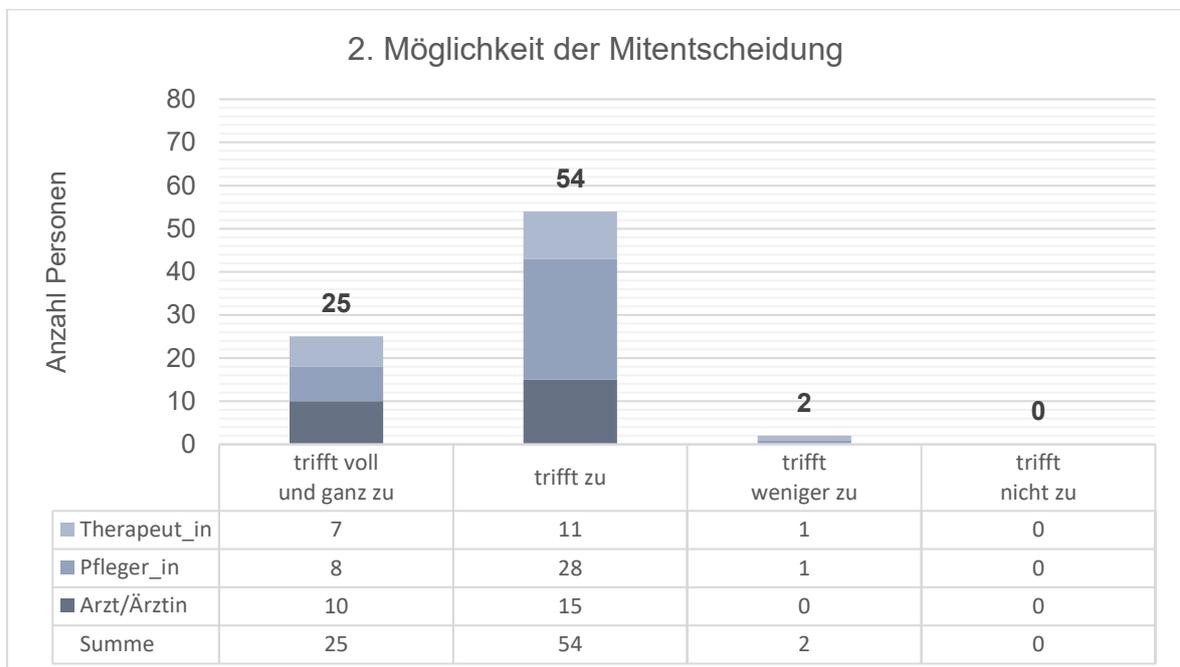


Antworten in Prozent: 5. 1% (5% Therapeuten)

Die Einzelauswertungen der Frage 7

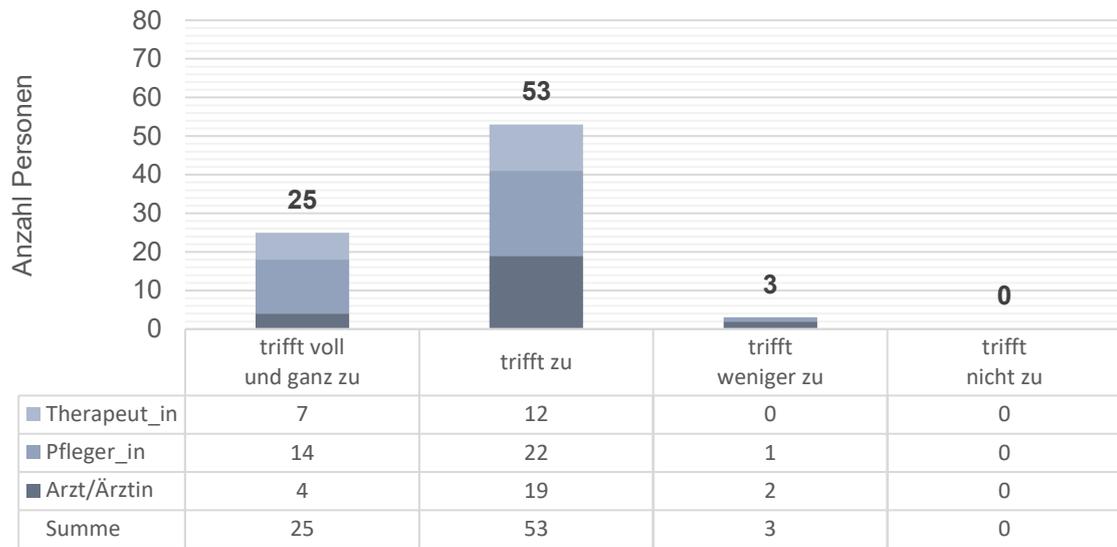


Antworten in Prozent: „trifft voll und ganz zu“: 48% (52% Ärzte, 46% Pflegekräfte und 47% Therapeuten), „trifft zu“: 48% (44% Ärzte, 49% Pflegekräfte und 53% Therapeuten) und „trifft weniger zu“: 4% (4% Ärzte und 5% Pflegekräfte)



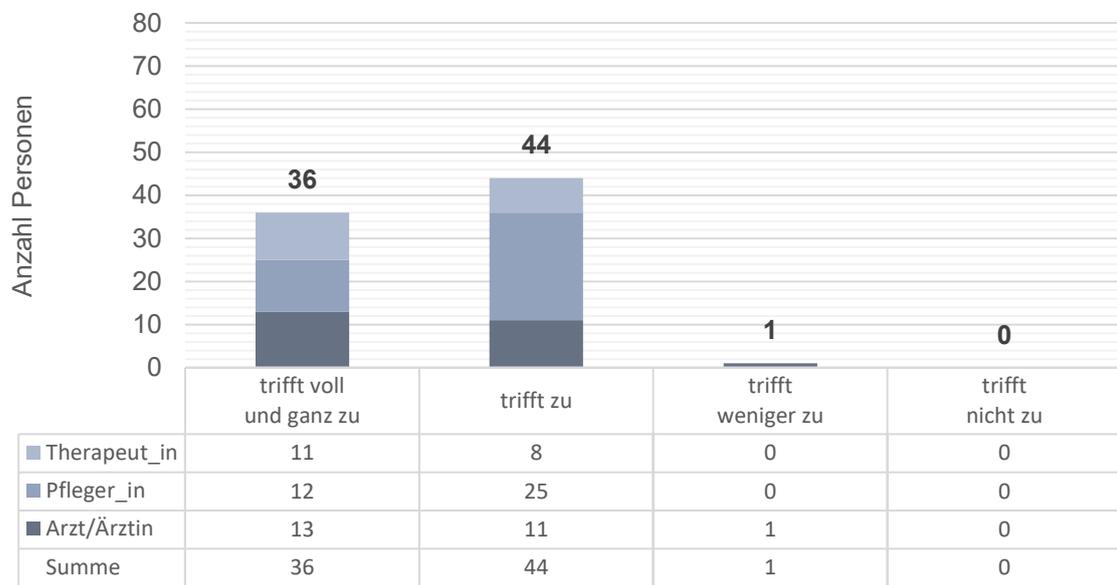
Antworten in Prozent: „trifft voll und ganz zu“: 31% (40% Ärzte, 22% Pflegekräfte und 37% Therapeuten), „trifft zu“: 67% (60% Ärzte, 76% Pflegekräfte und 58% Therapeuten) und „trifft weniger zu“: 2% (3% Pflegekräfte und 5% Therapeuten)

3. Einbindung emotionaler Reaktionen der Patient_innen und Angehörigen



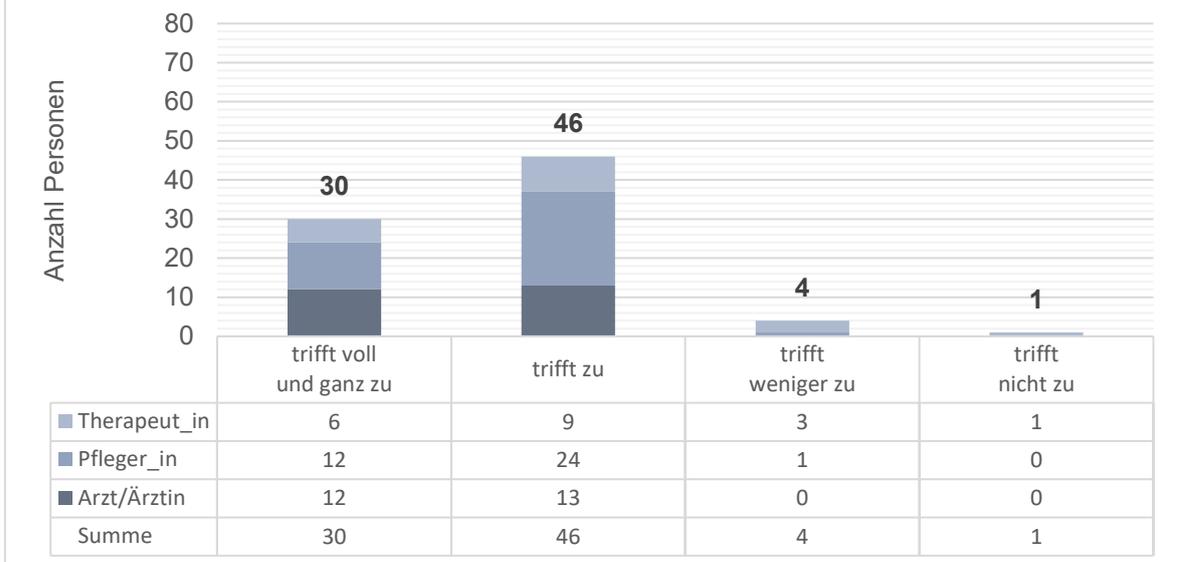
Antworten in Prozent: „trifft voll und ganz zu“: 31% (16% Ärzte, 38% Pflegekräfte und 37% Therapeuten), „trifft zu“: 65% (76% Ärzte, 59% Pflegekräfte und 63% Therapeuten) und „trifft weniger zu“: 4% (8% Ärzte und 3% Pflegekräfte)

4. Wertschätzende und vertrauensvolle Zusammenarbeit



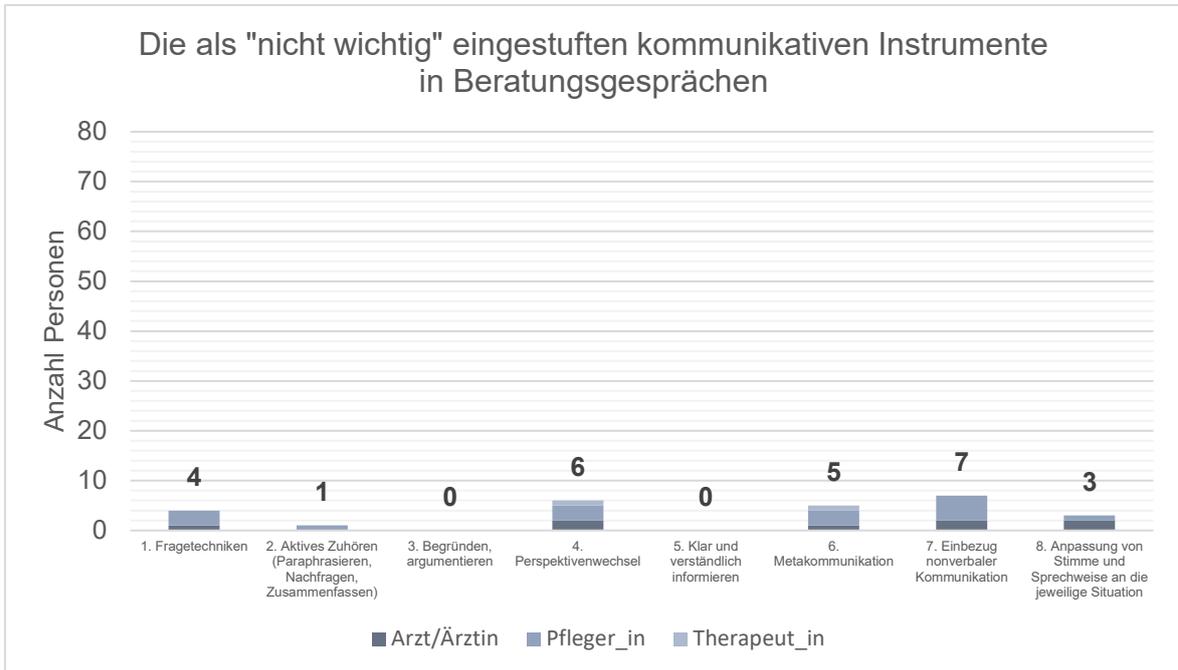
Antworten in Prozent: „trifft voll und ganz zu“: 44% (52% Ärzte, 32% Pflegekräfte und 58% Therapeuten) und „trifft zu“: 54% (44% Ärzte, 68% Pflegekräfte und 42% Therapeuten)

5. Überzeugung von notwendigen medizinischen Maßnahmen

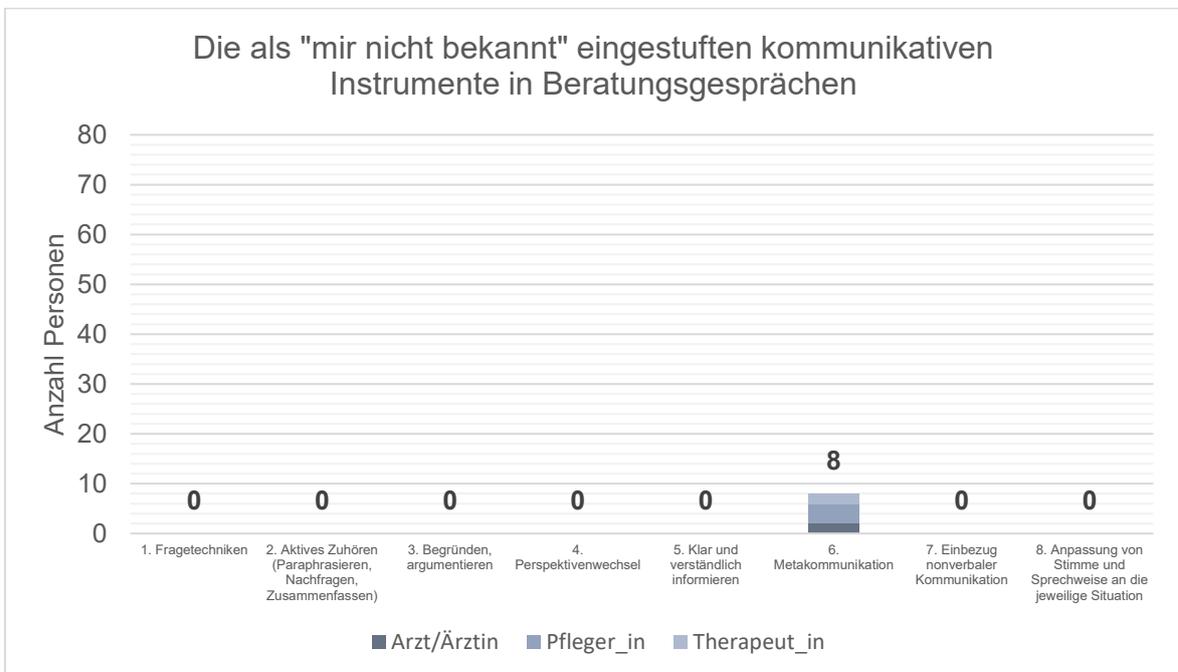


Antworten in Prozent: „trifft voll und ganz zu“: 37% (48% Ärzte, 32% Pflegekräfte und 32% Therapeuten), „trifft zu“: 57% (52% Ärzte, 65% Pflegekräfte und 47% Therapeuten), „trifft weniger zu“: 5% (3% Pflegekräfte und 16% Therapeuten) und „trifft nicht zu“: 1% (5% Therapeuten)

Anhang 8: Ergebnisse Frage 8: „Wie wichtig stufen Sie folgende kommunikativen Instrumente in den Beratungsgesprächen ein?“

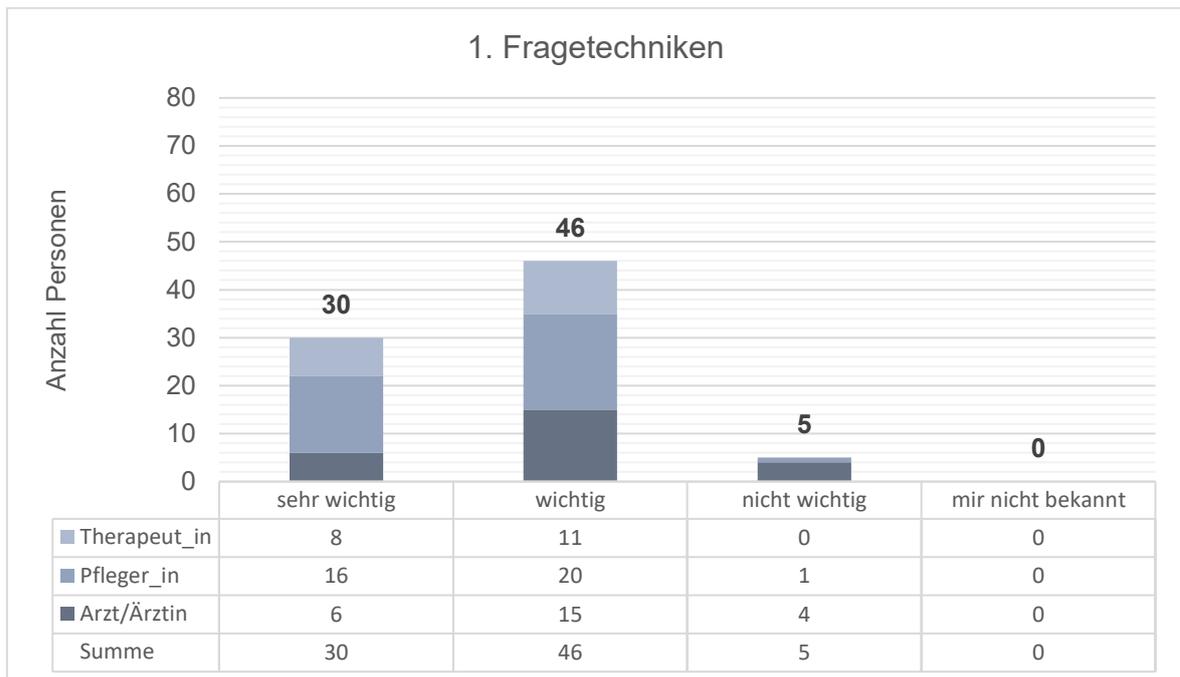


Antworten in Prozent: 1.: 5% (4% Ärzte und 8% Pflegekräfte), 2.: 1% (3% Pflegekräfte), 4.: 7% (8% Ärzte, 8% Pflegekräfte und 5% Therapeuten), 6.: 6% (4% Ärzte, 8% Pflegekräfte und 5% Therapeuten), 7.: 9% (8% Ärzte und 14% Pflegekräfte) und 8.: 4% (8% Ärzte und 3% Pflegekräfte)

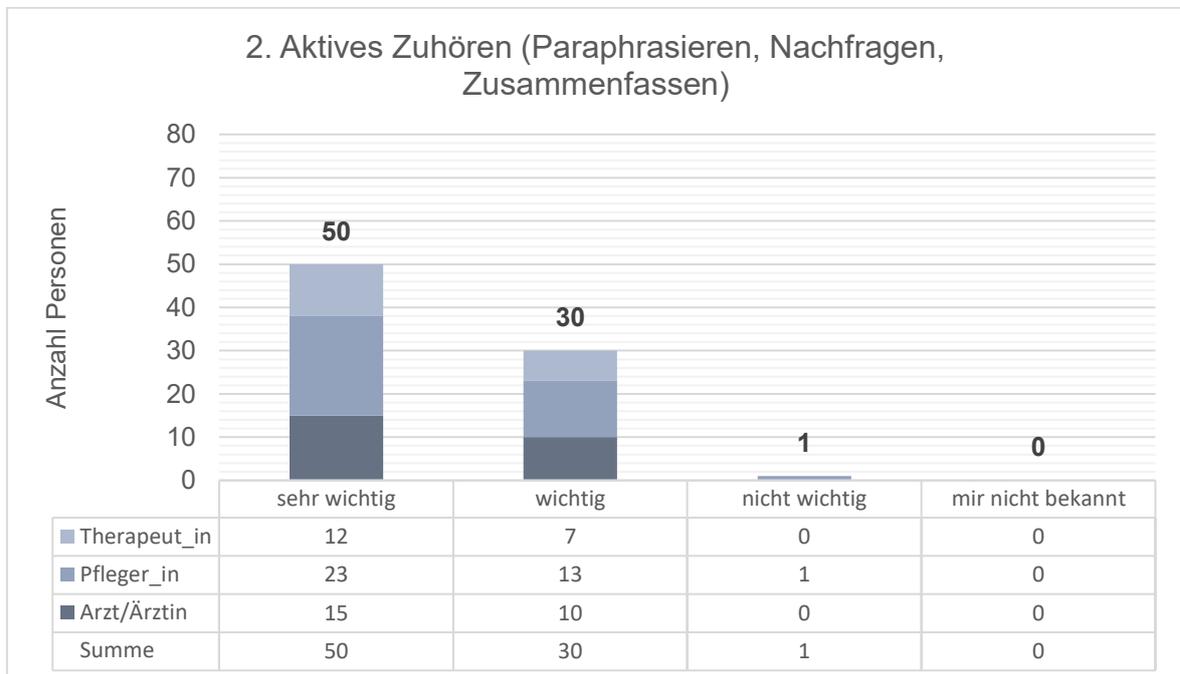


Antworten in Prozent: 6.: 10% (8% Ärzte, 11% Pflegekräfte und 11% Therapeuten)

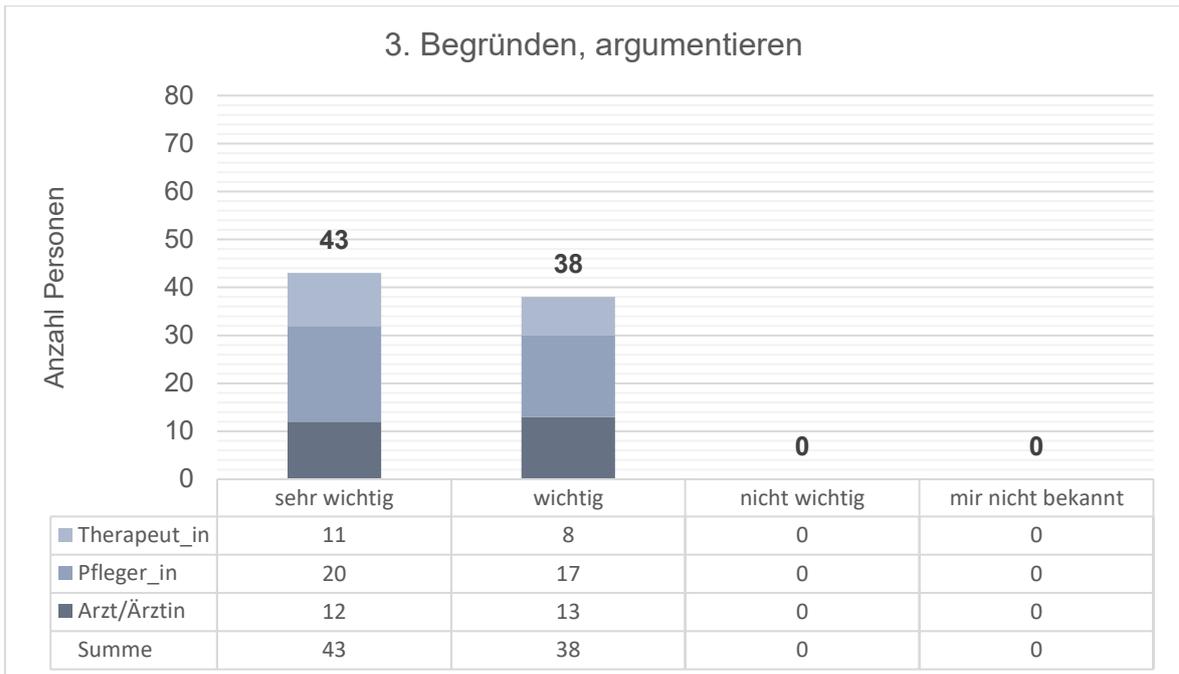
Einzelauswertungen der Frage 8



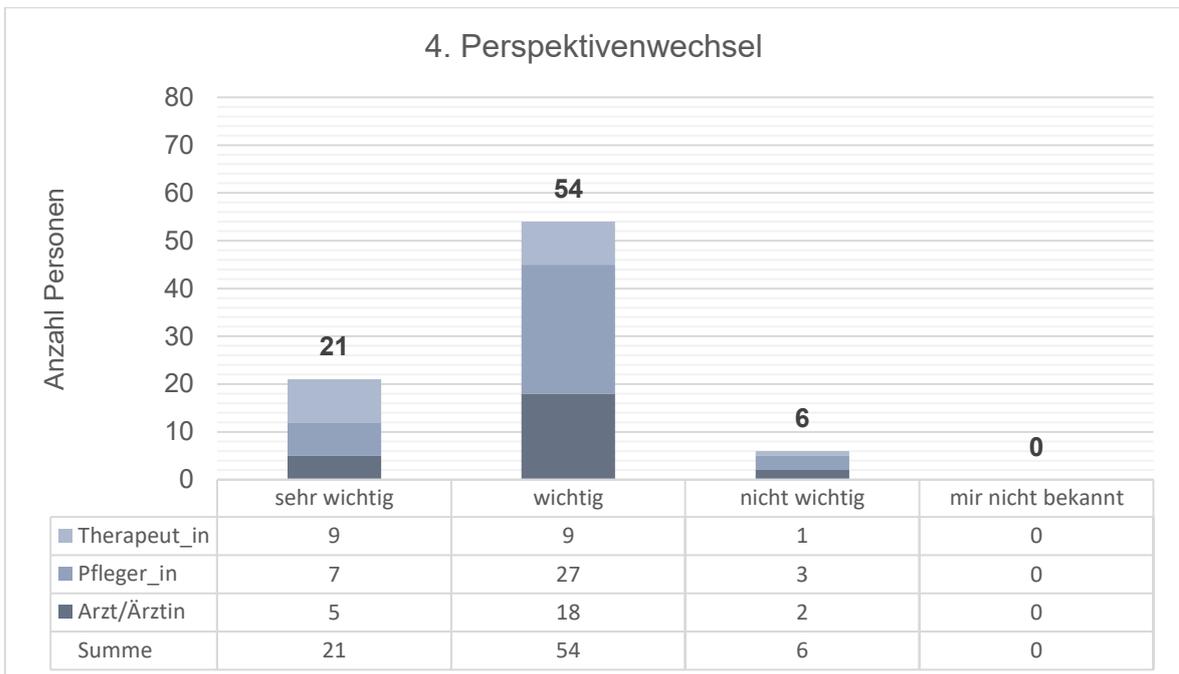
Antworten in Prozent: „sehr wichtig“: 28% (40% Ärzte, 22% Pflegekräfte und 26% Therapeuten), „wichtig“: 67% (56% Ärzte, 70% Pflegekräfte und 74% Therapeuten) und „nicht wichtig“: 5% (4% Ärzte und 8% Pflegekräfte)



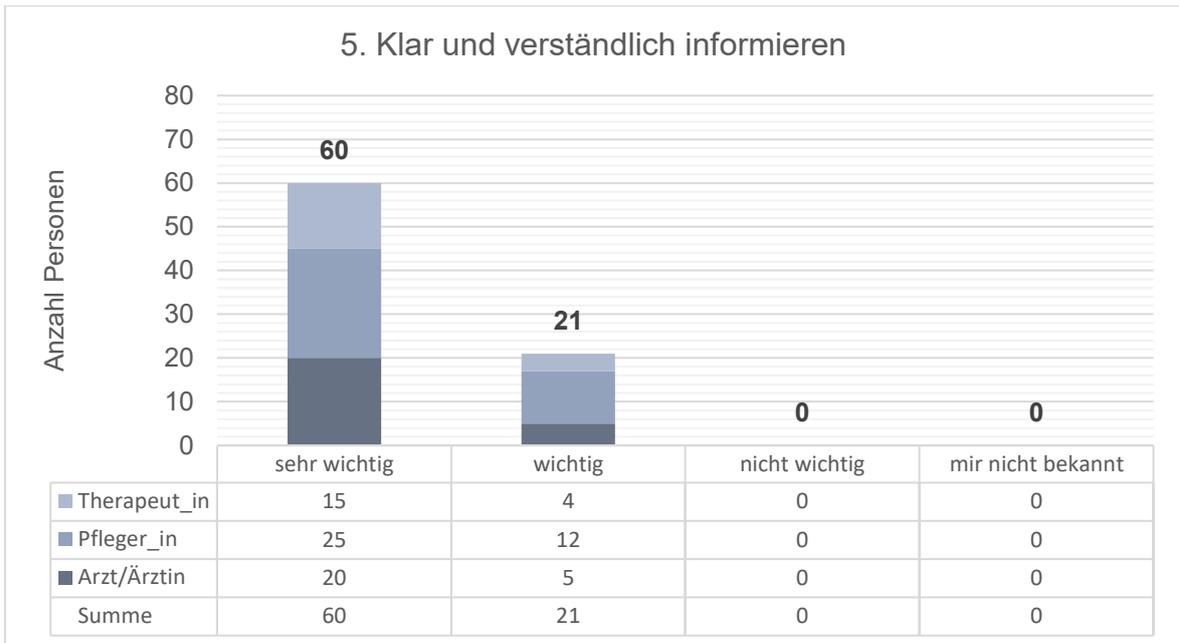
Antworten in Prozent: „sehr wichtig“: 62% (60% Ärzte, 62% Pflegekräfte und 63% Therapeuten), „wichtig“: 37% (40% Ärzte, 35% Pflegekräfte, 37% Therapeuten) und „nicht wichtig“: 1% (3% Pflegekräfte)



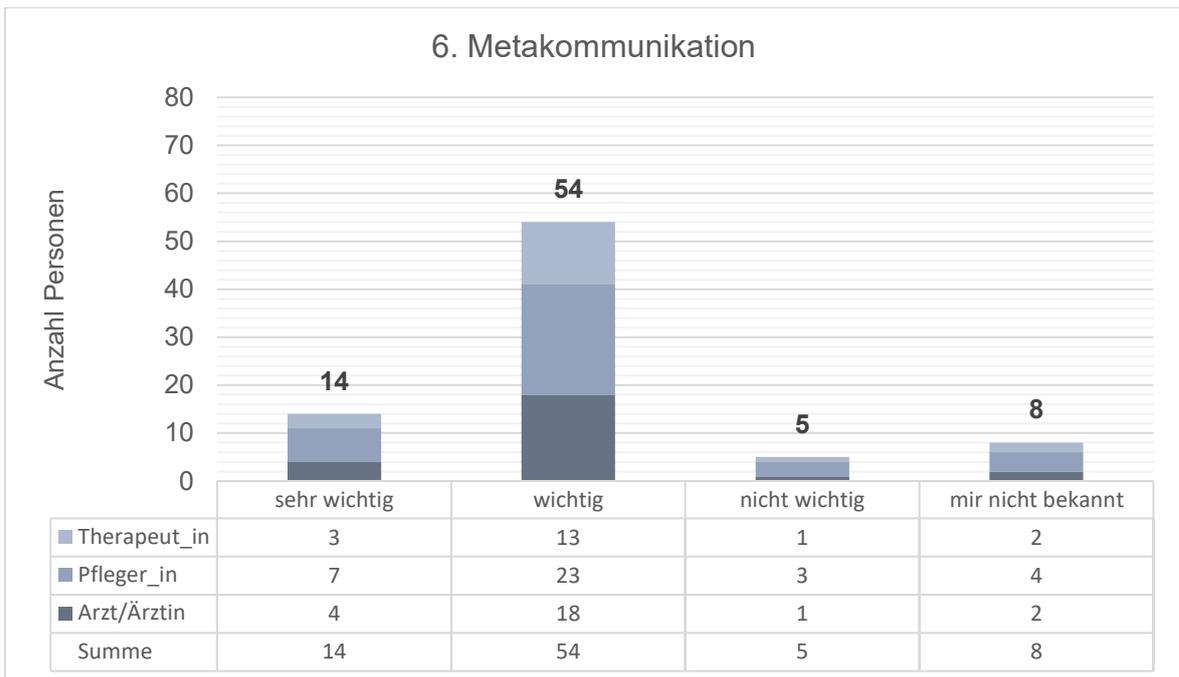
Antworten in Prozent: „sehr wichtig“: 53% (48% Ärzte, 54% Pflegekräfte und 58% Therapeuten) und „wichtig“: 47% (52% Ärzte, 46% Pflegekräfte und 42% Therapeuten)



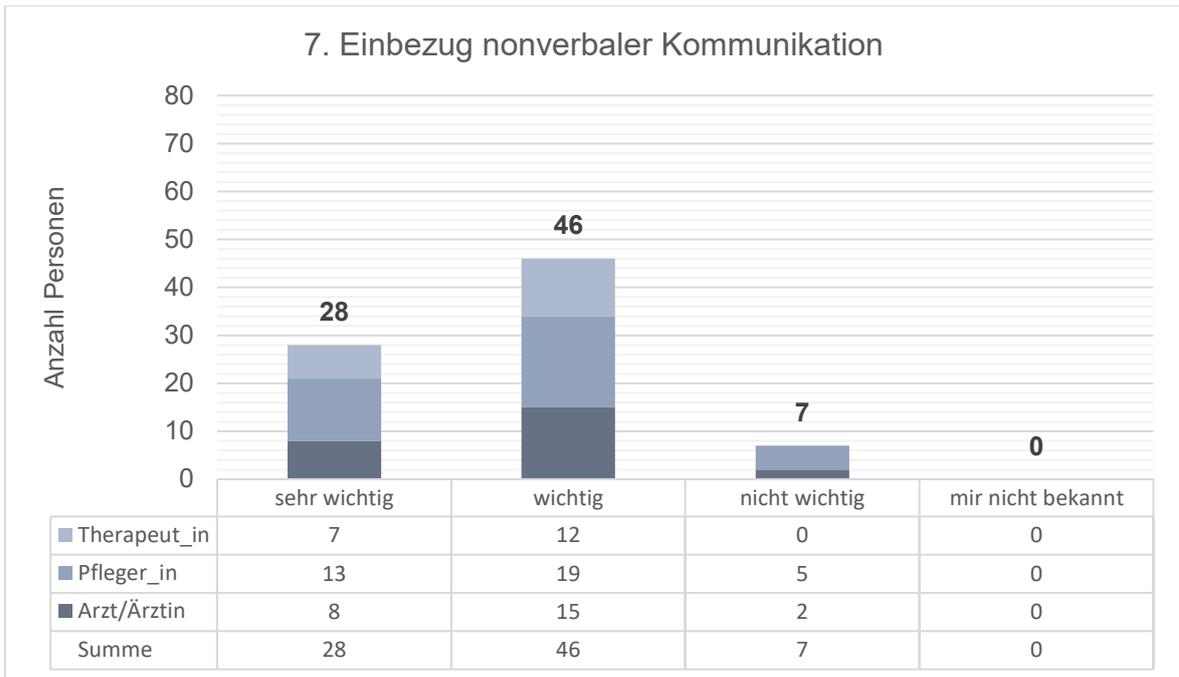
Antworten in Prozent: „sehr wichtig“: 26% (20% Ärzte, 19% Pflegekräfte und 47% Therapeuten), „wichtig“: 67% (72% Ärzte, 73% Pflegekräfte und 47% Therapeuten) und „nicht wichtig“: 7% (8% Ärzte, 8% Pflegekräfte und 5% Therapeuten)



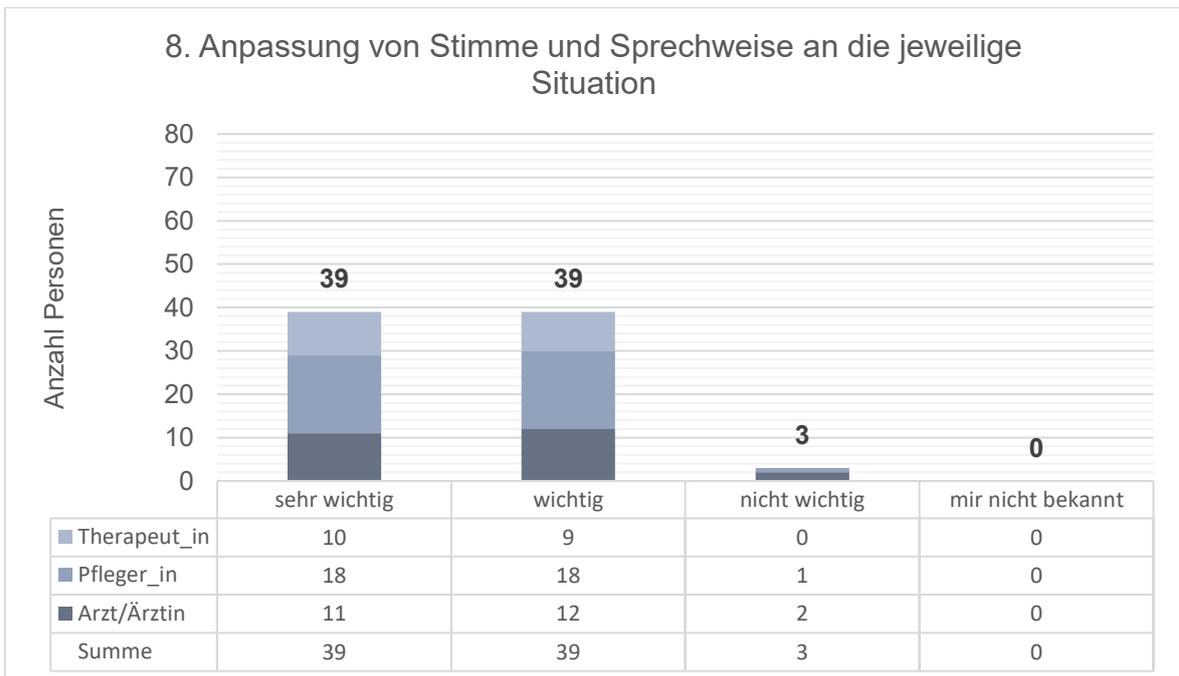
Antworten in Prozent: „sehr wichtig“: 74% (80% Ärzte, 68% Pflegekräfte und 79% Therapeuten) und „wichtig“: 26% (20% Ärzte, 32% Pflegekräfte und 21% Therapeuten)



Antworten in Prozent: „sehr wichtig“: 17% (16% Ärzte, 19% Pflegekräfte und 16% Therapeuten), „wichtig“: 67% (72% Ärzte, 62% Pflegekräfte und 68% Therapeuten), „nicht wichtig“: 6% (4% Ärzte, 8% Pflegekräfte und 5% Therapeuten) und „mir nicht bekannt“: 10% (8% Ärzte, 11% Pflegekräfte und 11% Therapeuten).

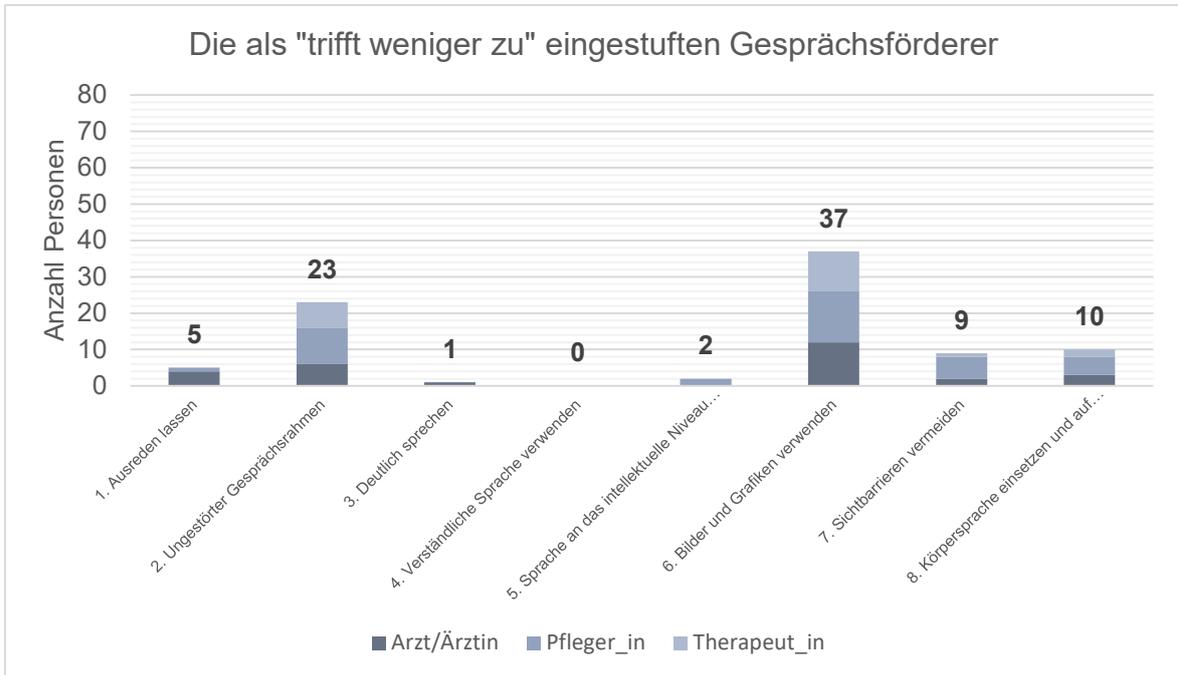


Antworten in Prozent: „sehr wichtig“: 35% (32% Ärzte, 35% Pflegekräfte und 37% Therapeuten), „wichtig“: 57% (60% Ärzte, 51% Pflegekräfte und 63% Therapeuten) und „nicht wichtig“: 9% (8% Ärzte und 14% Pflegekräfte)

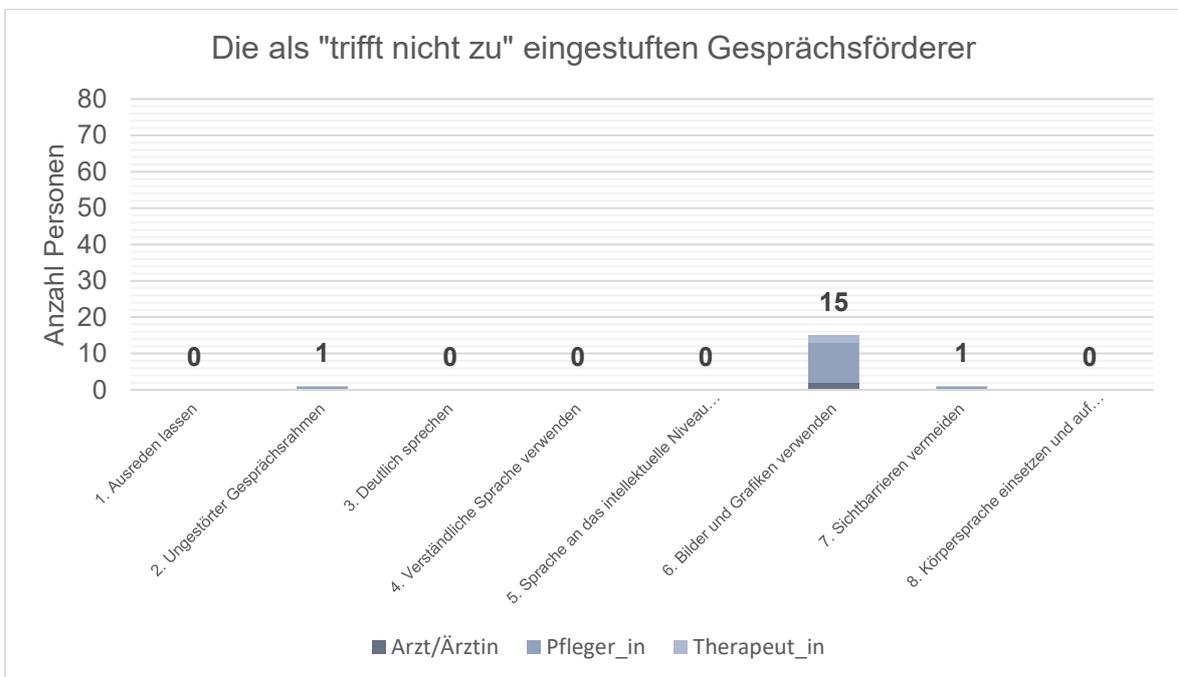


Antworten in Prozent: „sehr wichtig“: 48% (44% Ärzte, 49% Pflegekräfte und 53% Therapeuten), „wichtig“: 48% (48% Ärzte, 49% Pflegekräfte und 47% Therapeuten) und „nicht wichtig“: 4% (8% Ärzte und 3% Pflegekräfte)

Anhang 9: Ergebnisse Frage 9: „Welche Gesprächsförderer verwenden Sie im Gespräch mit Patient_innen und Angehörigen?“

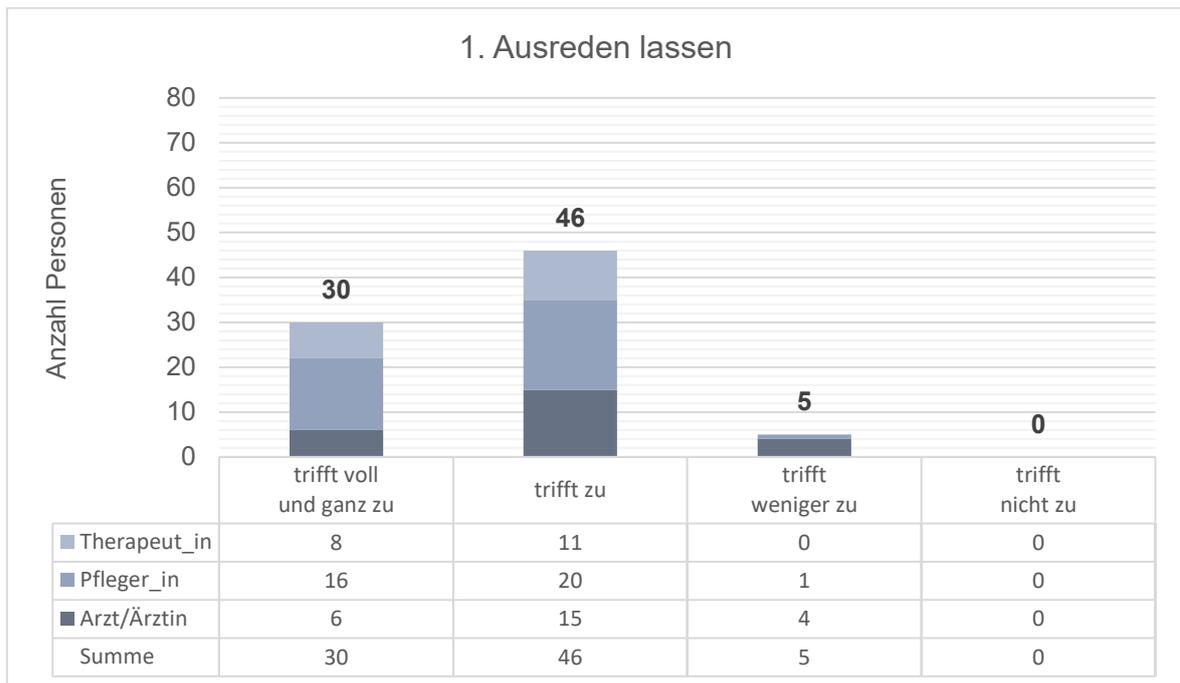


Antworten in Prozent: 1.: 6% (16% Ärzte und 3% Pflegekräfte), 2.: 28% (24% Ärzte, 27% Pflegekräfte und 37% Therapeuten), 3.: 1% (4% Ärzte), 5.: 2% (5% Pflegekräfte), 6.: 46% (48% Ärzte, 38% Pflegekräfte und 58% Therapeuten), 7.: 11% (8% Ärzte, 16% Pflegekräfte und 5% Therapeuten) und 8.: 12% (12% Ärzte, 14% Pflegekräfte und 11% Therapeuten).

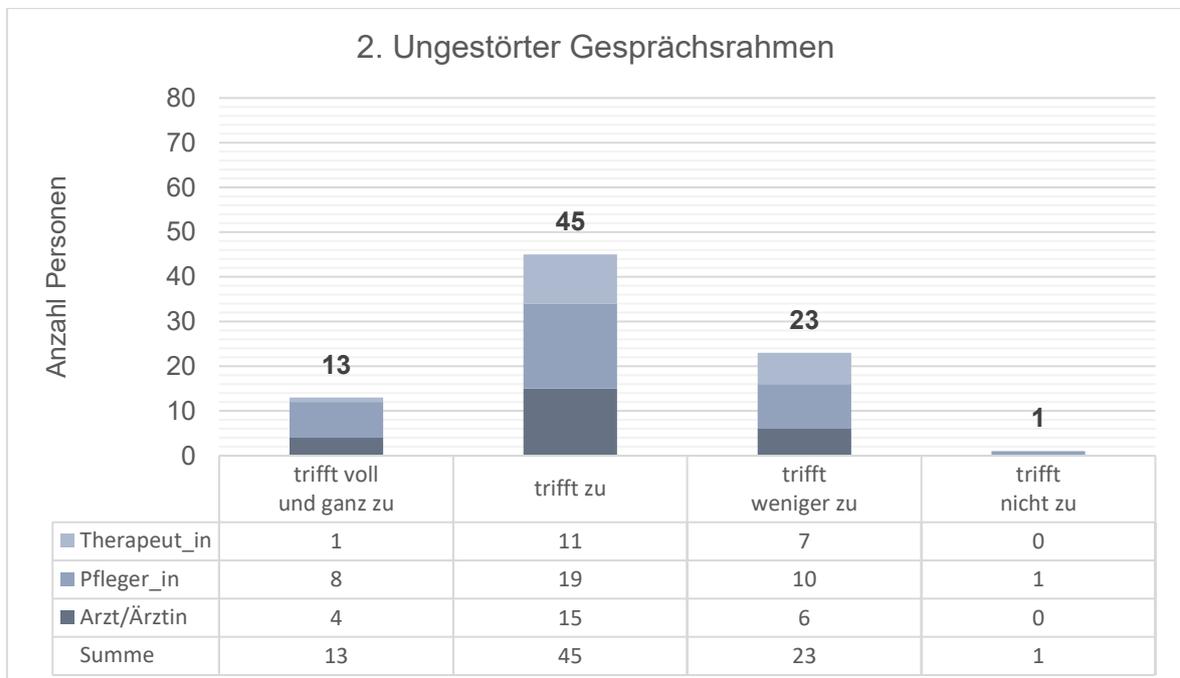


Antworten in Prozent: 2.: 1% (3% Pflegekräfte), 6.: 19% (8% Ärzte, 30% Pflegekräfte und 11% Therapeuten) und 7.: 1% (3% Pflegekräfte)

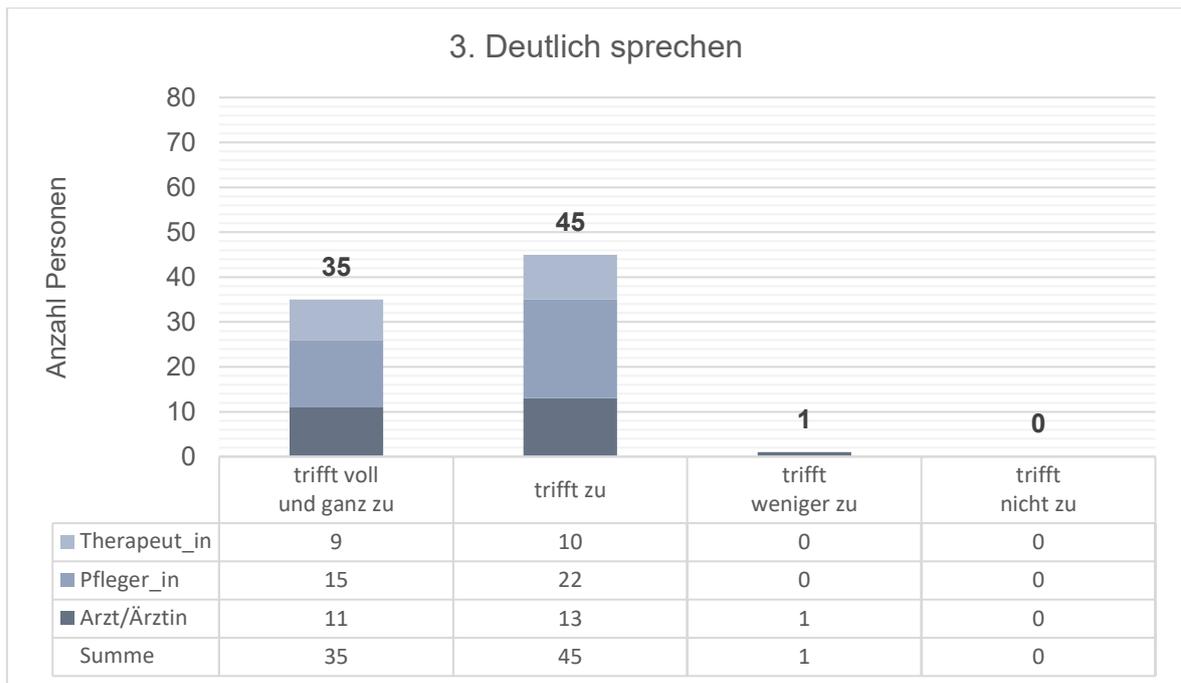
Einzelbewertungen der Gesprächsförderer:



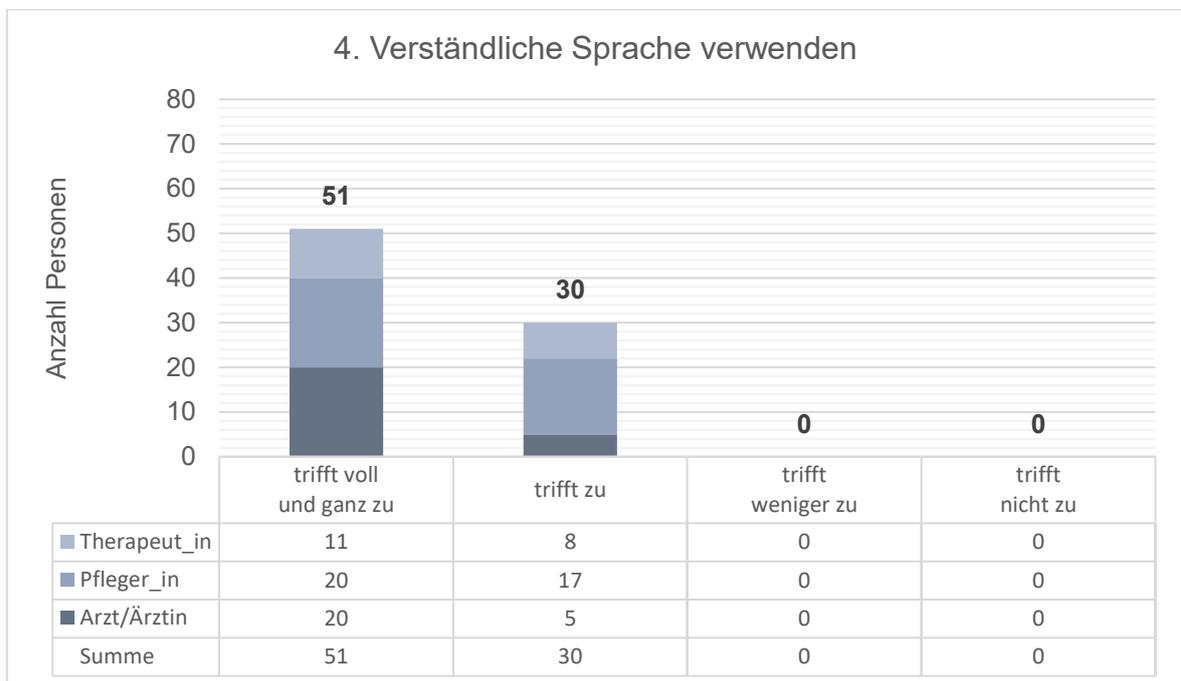
Antworten in Prozent: „trifft voll und ganz zu“: 37% (24% Ärzte, 43% Pflegekräfte und 42% Therapeuten), „trifft zu“: 57% (60% Ärzte, 54% Pflegekräfte und 58% Therapeuten) und „trifft weniger zu“: 6% (16% Ärzte und 3% Pflegekräfte)



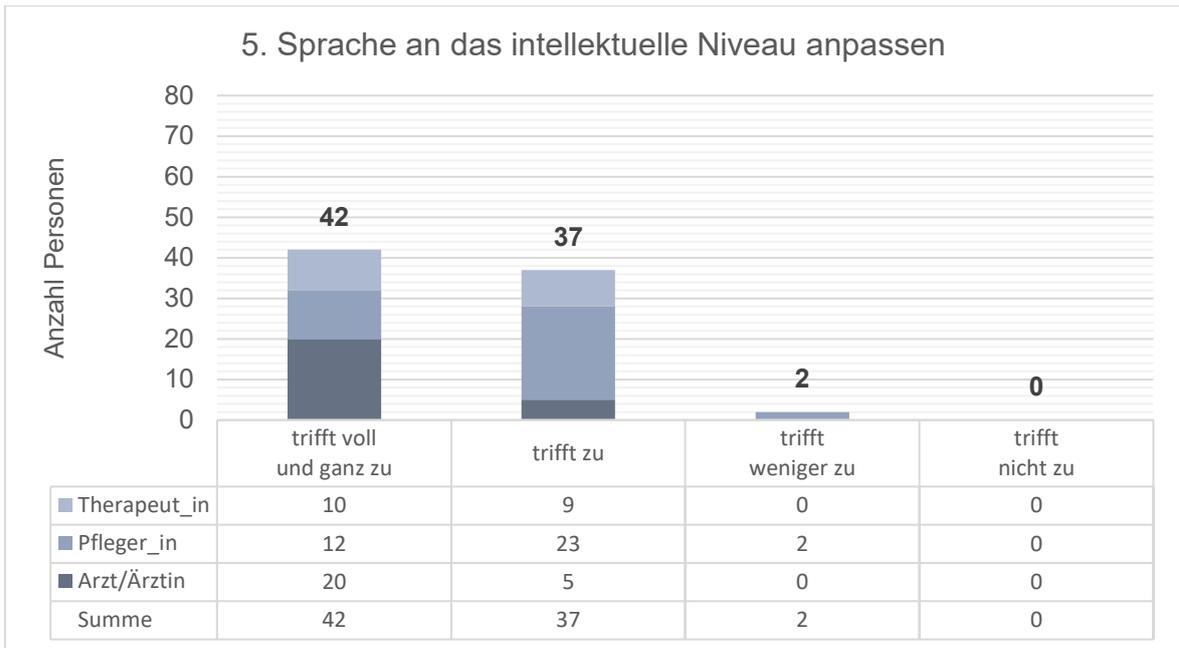
Antworten in Prozent: „trifft voll und ganz zu“: 16% (16% Ärzte, 22% Pflegekräfte und 5% Therapeuten), „trifft zu“: 56% (60% Ärzte, 51% Pflegekräfte und 58% Therapeuten), „trifft weniger zu“: 28% (24% Ärzte, 27% Pflegekräfte und 37% Therapeuten) und „trifft nicht zu“: 1% (3% Pflegekräfte).



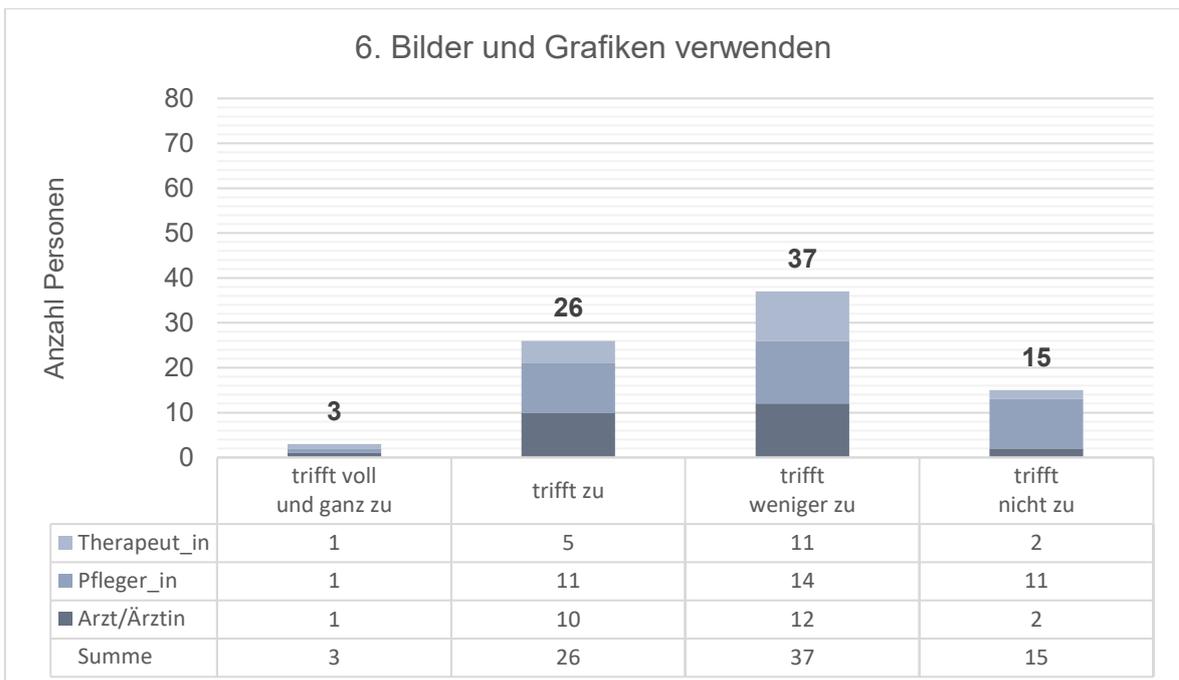
Antworten in Prozent: „trifft voll und ganz zu“: 43% (44% Ärzte, 41% Pflegekräfte und 47% Therapeuten), „trifft zu“: 56% (52% Ärzte, 59% Pflegekräfte und 53% Therapeuten) und „trifft weniger zu“: 1% (4% Ärzte)



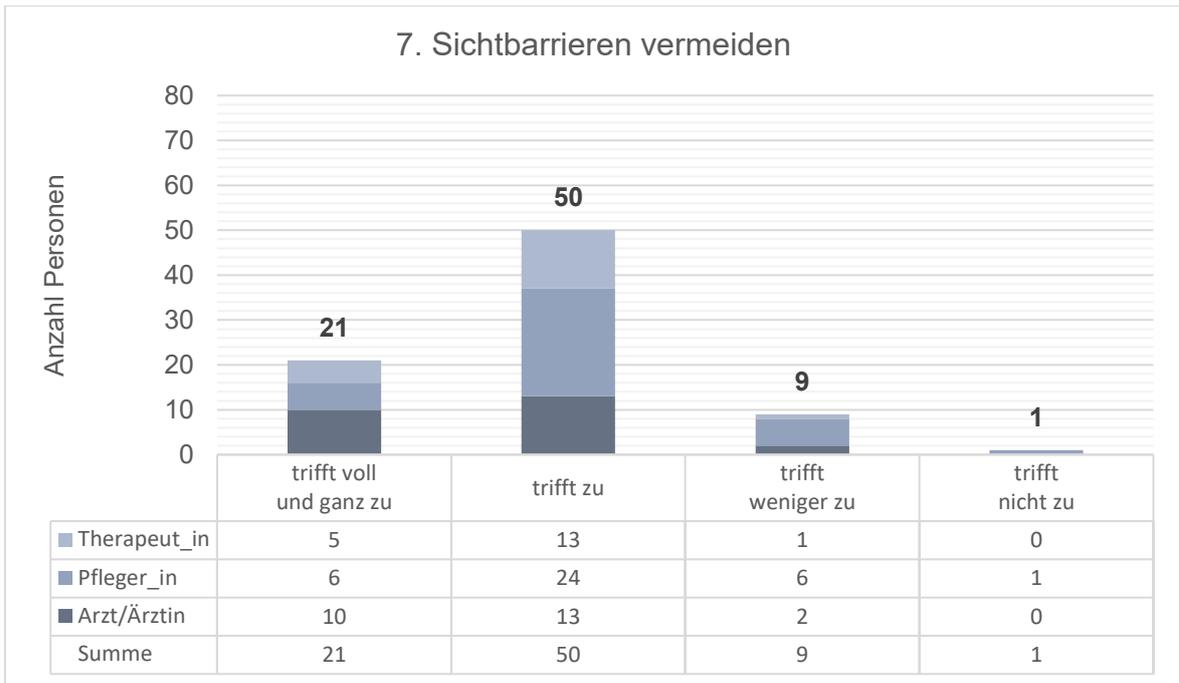
Antworten in Prozent: „trifft voll und ganz zu“: 63% (80% Ärzte, 54% Pflegekräfte und 58% Therapeuten) und „trifft zu“: 37% (20% Ärzte, 46% Pflegekräfte und 42% Therapeuten)



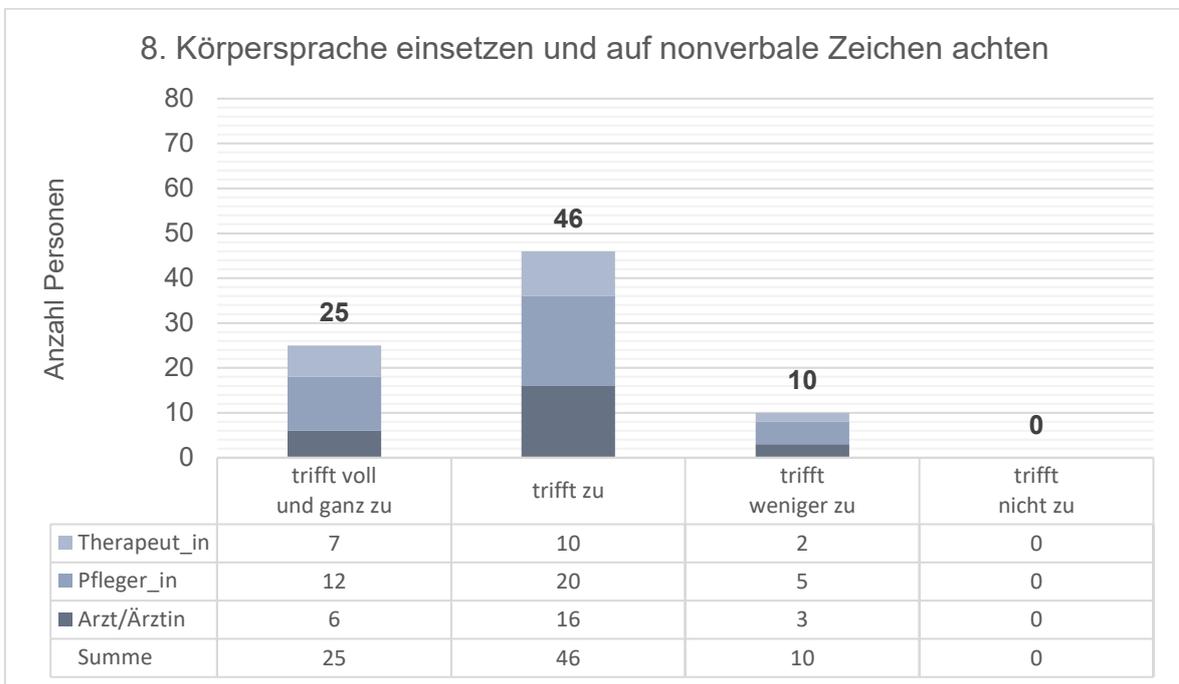
Antworten in Prozent: „trifft voll und ganz zu“: 52% (80% Ärzte, 32% Pflegekräfte und 53% Therapeuten), „trifft zu“: 46% (20% Ärzte, 62% Pflegekräfte und 47% Therapeuten) und „trifft weniger zu“: 2% (5% Pflegekräfte)



Antworten in Prozent: „trifft voll und ganz zu“: 4% (4% Ärzte, 3% Pflegekräfte und 5% Therapeuten), „trifft zu“: 32% (40% Ärzte, 30% Pflegekräfte und 26% Therapeuten), „trifft weniger zu“: 46% (48% Ärzte, 38% Pflegekräfte und 58% Therapeuten) und „trifft nicht zu“: 19% (8% Ärzte, 30% Pflegekräfte und 11% Therapeuten)

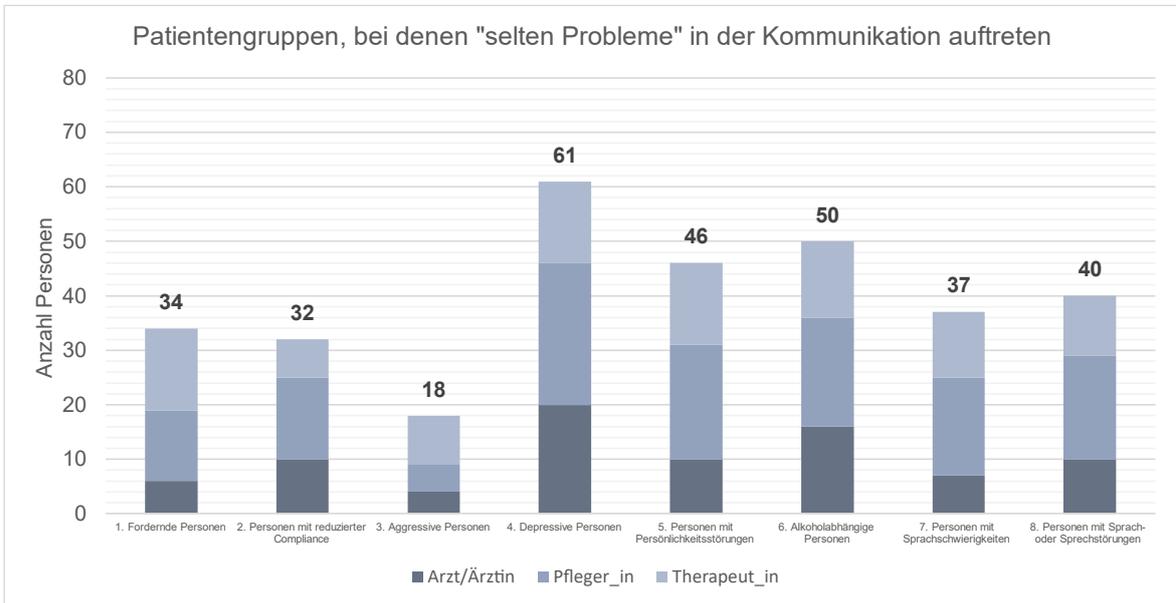


Antworten in Prozent: „trifft voll und ganz zu“: 26% (40% Ärzte, 16% Pflegekräfte und 26% Therapeuten), „trifft zu“: 62% (52% Ärzte, 65% Pflegekräfte und 68% Therapeuten), „trifft weniger zu“: 11% (8% Ärzte, 16% Pflegekräfte und 5% Therapeuten) und „trifft nicht zu“: 1% (3% Pflegekräfte)

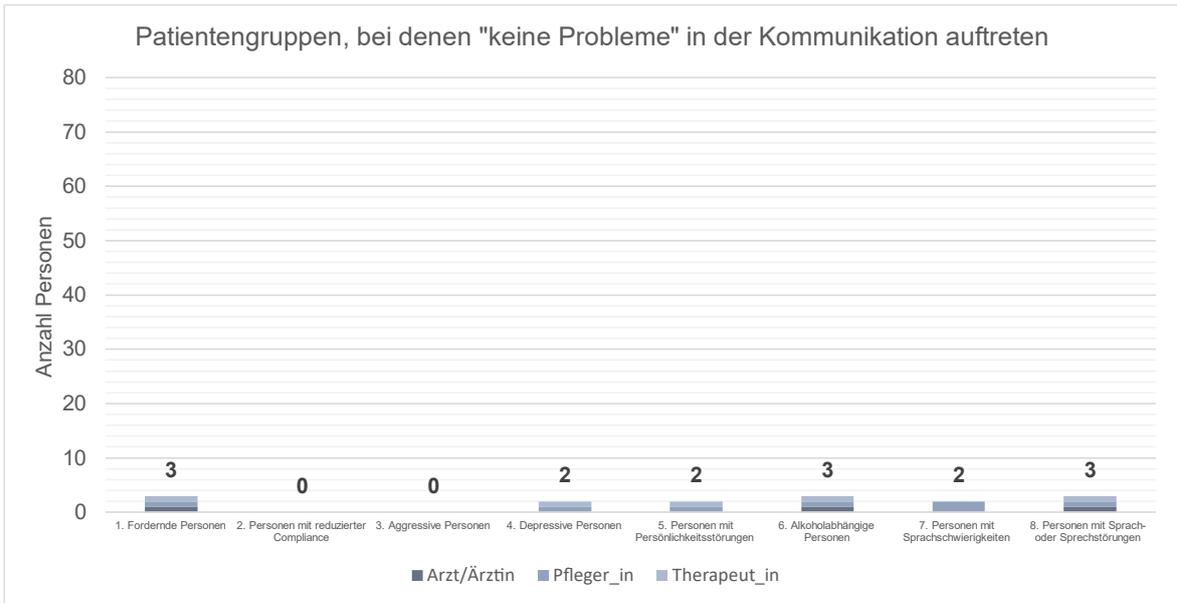


Antworten in Prozent: „trifft voll und ganz zu“: 31% (24% Ärzte, 32% Pflegekräfte und 37% Therapeuten), „trifft zu“: 57% (64% Ärzte, 54% Pflegekräfte und 53% Therapeuten) und „trifft weniger zu“: 12% (12% Ärzte, 14% Pflegekräfte und 11% Therapeuten)

Anhang 10: Ergebnisse Frage 10: „Sie führen täglich Beratungsgespräche. Bei welchen Patientengruppen bemerken Sie am häufigsten Kommunikationsprobleme?“

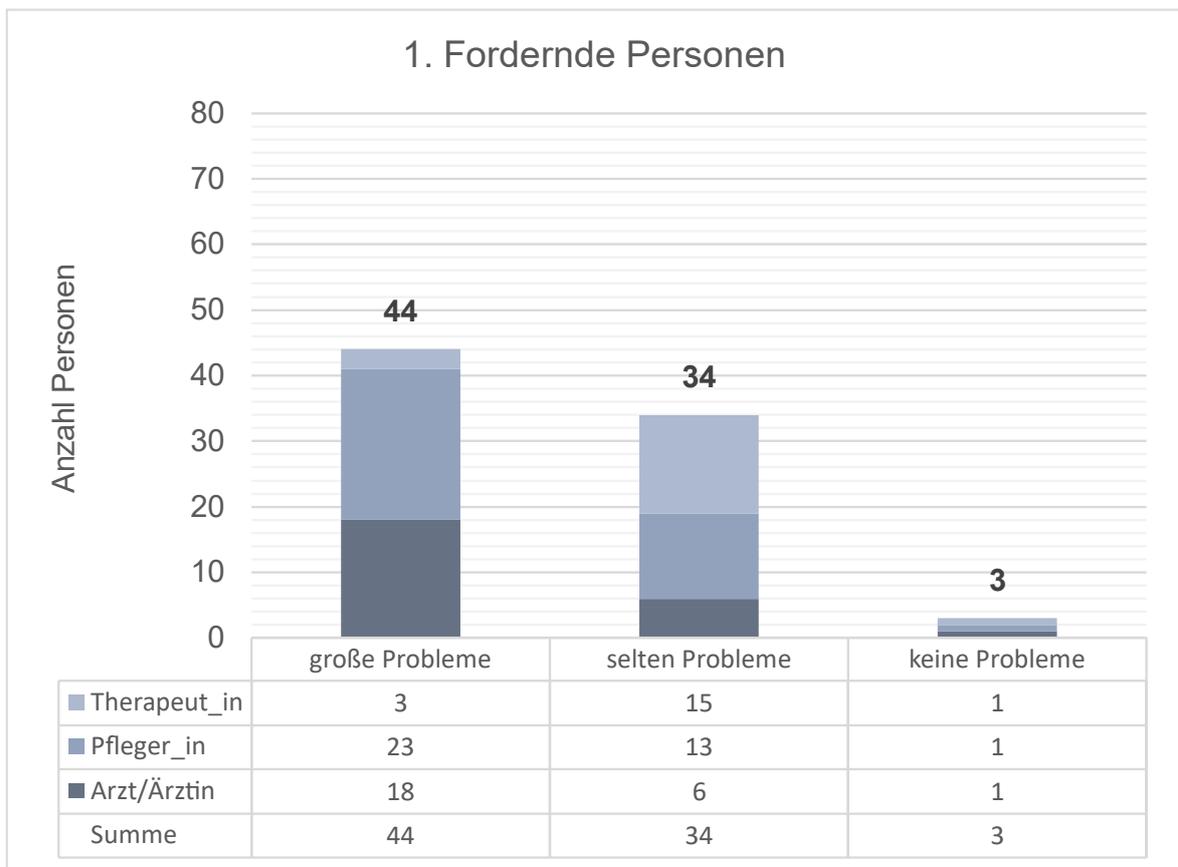


Antworten in Prozent: 1.: 42% (24% Ärzte, 35% Pflegekräfte und 79% Therapeuten), 2.: 40% (40% Ärzte, 41% Pflegekräfte und 37% Therapeuten), 3.: 22% (16% Ärzte, 14% Pflegekräfte und 47% Therapeuten), 4.: 75% (80% Ärzte, 70% Pflegekräfte und 79% Therapeuten), 5.: 57% (40% Ärzte, 57% Pflegekräfte und 79% Therapeuten), 6.: 62% (64% Ärzte, 54% Pflegekräfte und 74% Therapeuten), 7.: 46% (28% Ärzte, 49% Pflegekräfte und 63% Therapeuten) und 8.: 49% (40% Ärzte, 51% Pflegekräfte und 58% Therapeuten)

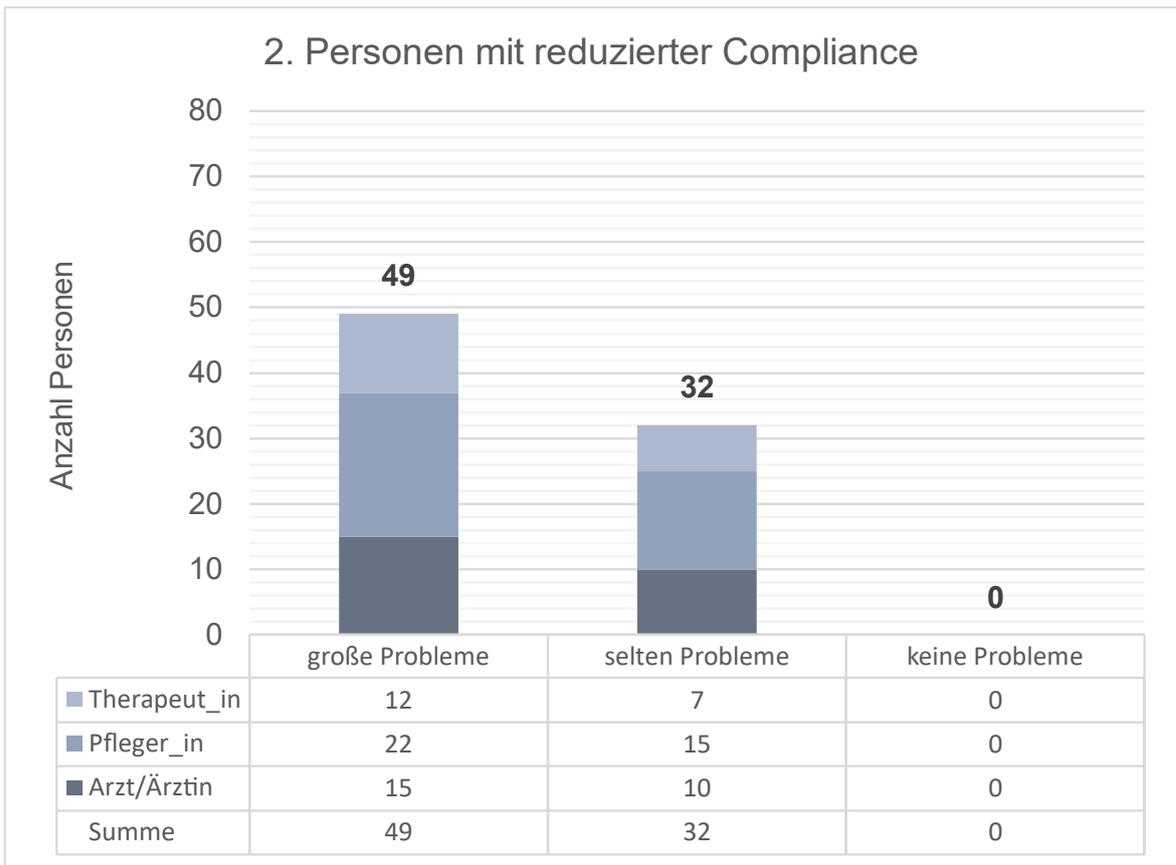


Antworten in Prozent: 1.: 4% (4% Ärzte, 3% Pflegekräfte und 5% Therapeuten), 4.: 2% (3% Pflegekräfte und 5% Therapeuten), 5.: 2% (3% Pflegekräfte und 5% Therapeuten), 6.: 4% (4% Ärzte, 3% Pflegekräfte und 5% Therapeuten), 7.: 2% (5% Pflegekräfte) und 8.: 4% (4% Ärzte, 3% Pflegekräfte und 5% Therapeuten)

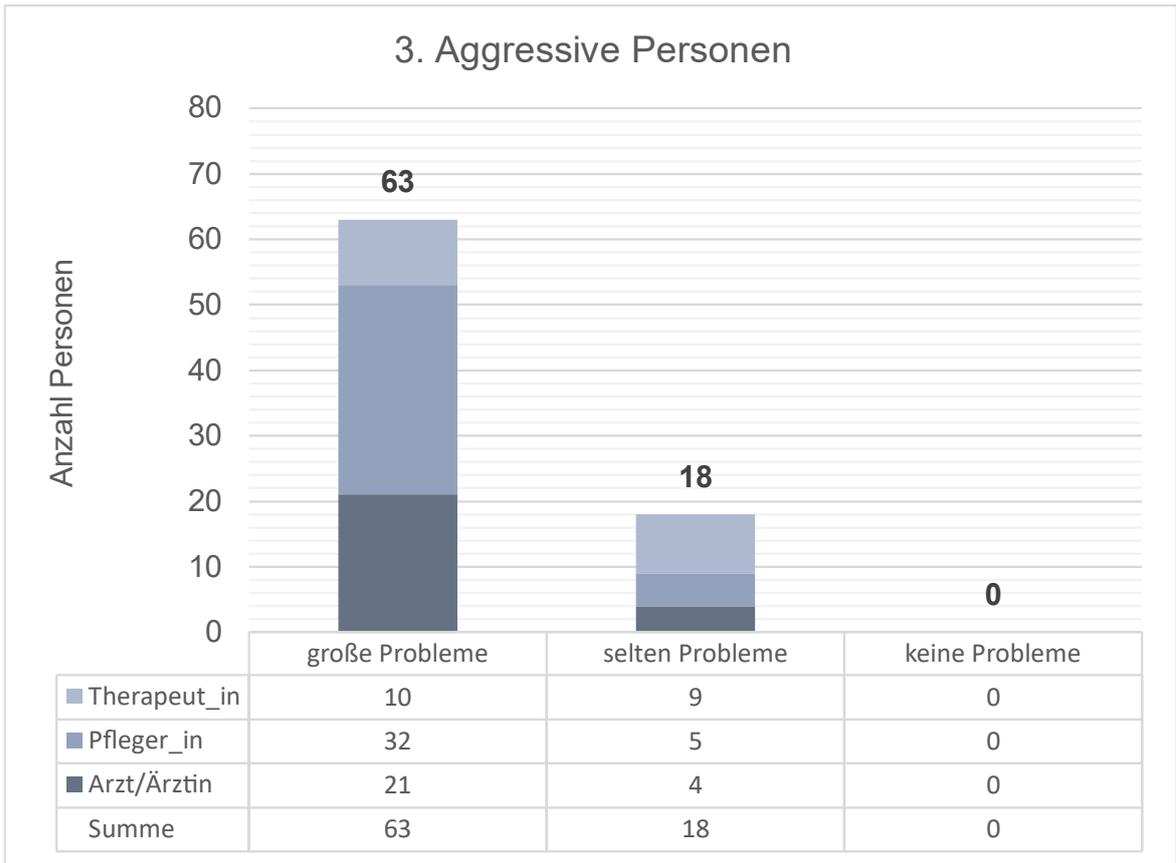
Einzelbewertungen der verschiedenen Patientengruppen



Antworten in Prozent: „große Probleme“: 54% (72% Ärzte, 62% Pflegekräfte und 16% Therapeuten), „selten Probleme“: 42% (24% Ärzte, 35% Pflegekräfte und 79% Therapeuten) und „keine Probleme“: 4% (4% Ärzte, 3% Pflegekräfte und 5% Therapeuten)

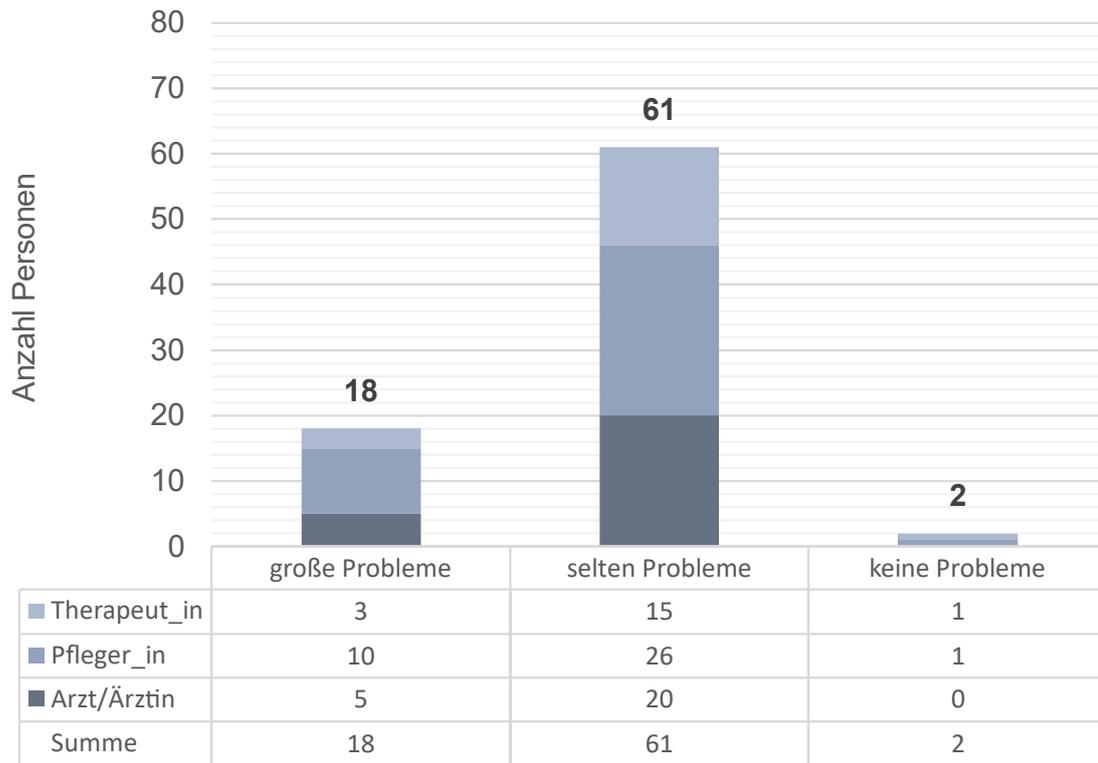


Antworten in Prozent: „große Probleme“: 60% (60% Ärzte, 59% Pflegekräfte und 63% Therapeuten) und „selten Probleme“: 40% (40% Ärzte, 41% Pflegekräfte und 37% Therapeuten)



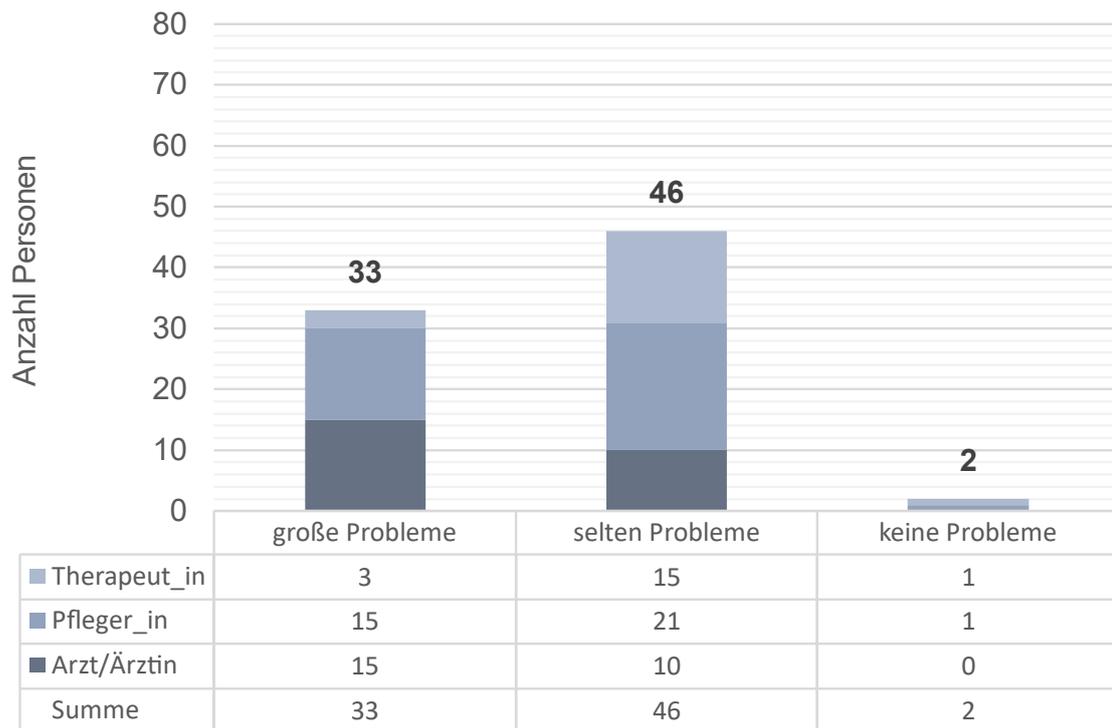
Antworten in Prozent: „große Probleme“: 78% (84% Ärzte, 86% Pflegekräfte und 53% Therapeuten) und „selten Probleme“: 22% (16% Ärzte, 14% Pflegekräfte und 47% Therapeuten)

4. Depressive Personen



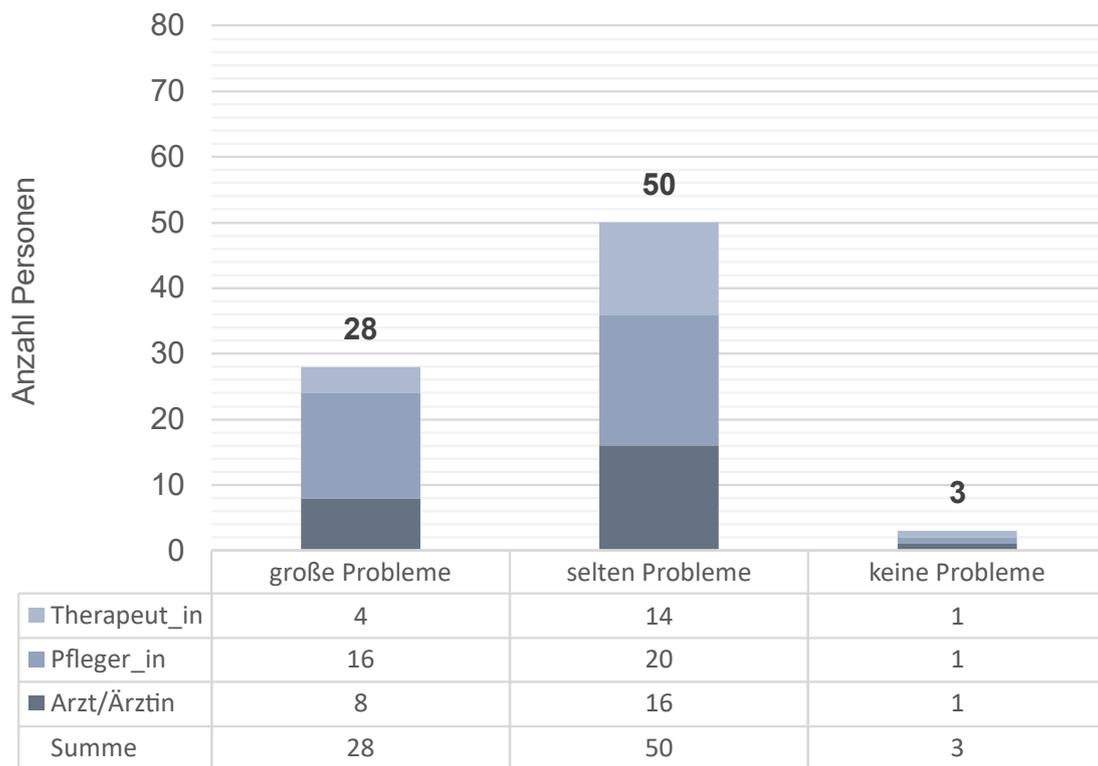
Antworten in Prozent: „große Probleme“: 22% (20% Ärzte, 27% Pflegekräfte und 16% Therapeuten), „selten Probleme“: 75% (80% Ärzte, 70% Pflegekräfte und 79% Therapeuten) und „keine Probleme“: 2% (3% Pflegekräfte und 5% Therapeuten)

5. Personen mit Persönlichkeitsstörungen



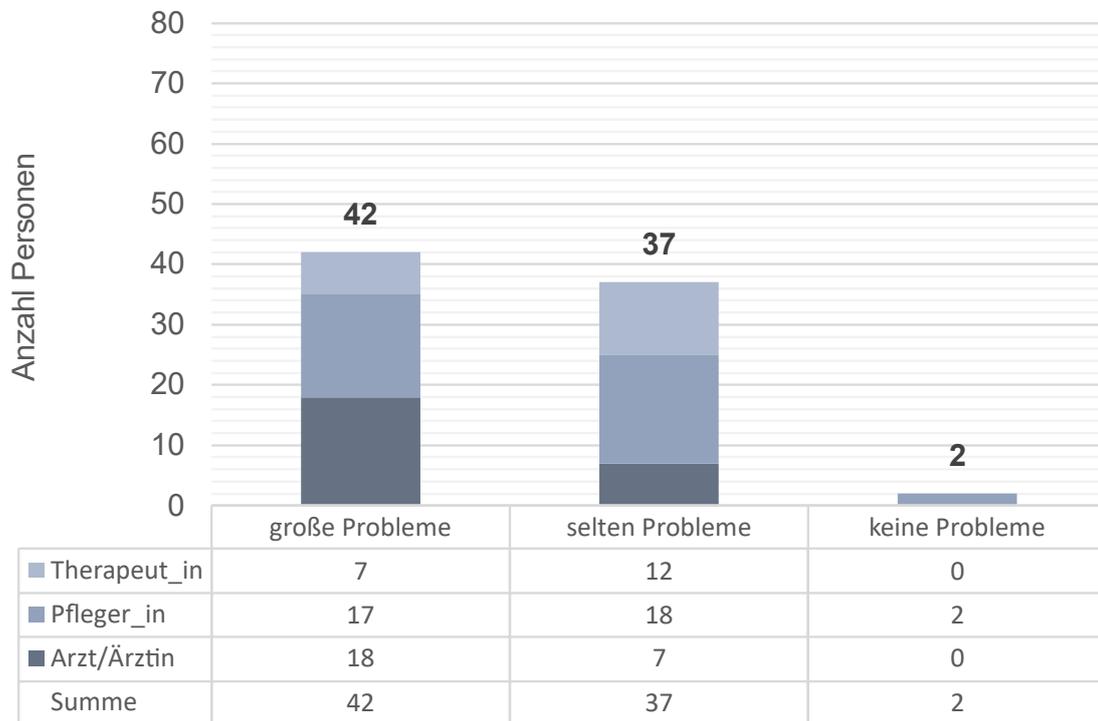
Antworten in Prozent: „Große Probleme“: 41% (60% Ärzte, 41% Pflegekräfte und 16% Therapeuten), „selten Probleme“: 57% (40% Ärzte, 57% Pflegekräfte und 79% Therapeuten) und „keine Probleme“: 2% (3% Pflegekräfte und 5% Therapeuten)

6. Alkoholabhängige Personen



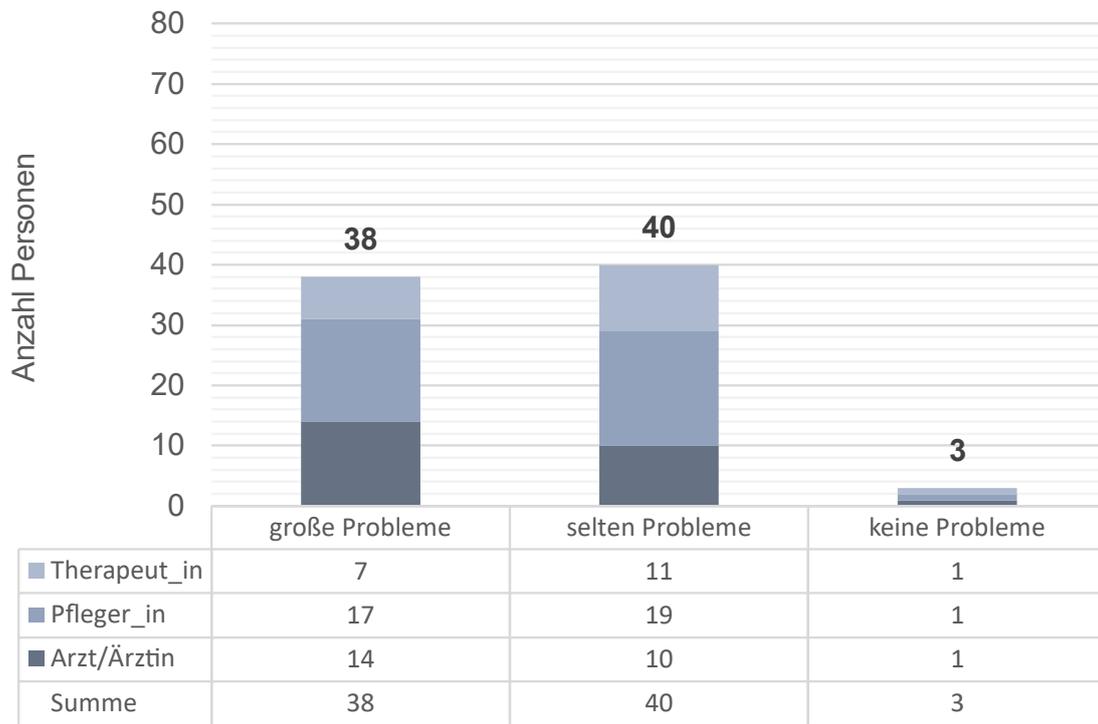
Antworten in Prozent: „große Probleme“: 35% (32% Ärzte, 43% Pflegekräfte und 21% Therapeuten), „selten Probleme“: 62% (64% Ärzte, 54% Pflegekräfte und 74% Therapeuten) und „keine Probleme“: 4% (4% Ärzte, 3% Pflegekräfte und 5% Therapeuten)

7. Personen mit Sprachschwierigkeiten (Sprachbarriere aufgrund fremdsprachlicher Muttersprache)



Antworten in Prozent: „große Probleme“: 52% (72% Ärzte, 46% Pflegekräfte und 37% Therapeuten), „selten Probleme“: 46% (28% Ärzte, 49% Pflegekräfte und 63% Therapeuten) und „keine Probleme“: 2% (5% Pflegekräfte)

8. Personen mit Sprach- oder Sprechstörungen durch die neurologische Erkrankung



Antworten in Prozent: „große Probleme“: 47% (56% Ärzte, 46% Pflegekräfte und 37% Therapeuten), „selten Probleme“: 49% (40% Ärzte, 51% Pflegekräfte und 58% Therapeuten) und „keine Probleme“: 4% (4% Ärzte, 3% Pflegekräfte und 5% Therapeuten)

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die durch ihre Unterstützung und ihren Beistand einen Beitrag zum Entstehen dieser Arbeit geleistet haben und ich so zu dem vorliegenden Ergebnis gelangt bin.

Vielen Dank an die Beteiligten des Universitätsklinikums, insbesondere der neurologischen Abteilung, die das Durchführen der Umfrage möglich gemacht haben. Danke an alle, die am durchgeführten Pretest und an der endgültigen Umfrage teilgenommen haben.

Bedanken möchte ich mich bei meiner Dozentin Frau Dr. Brigitte Teuchert für ihre Denkanstöße und konstruktiven Tipps während des gesamten Prozesses.

Abschließend danke ich meiner Familie für ihre ununterbrochene Unterstützung, sei es in Bezug auf hilfreiche Anregungen, Ratschläge, Korrekturlesen und vieles mehr. Danke dafür an meine beiden Geschwister Miriam und Ansgar. Und ein besonderes Dankeschön gilt meinem Mann Timo und meinen Eltern Renate und Ralf.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die im Literaturverzeichnis angegebenen Hilfsmittel benutzt sowie alle Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken entnommen sind, durch Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht wurden.

Augsburg, den **28.08.2022**

Meike Loitzsch-Plachta