



Sonia Lippke
Christina Derksen

Gesundheits- kompetenz lehren und lernen

Trainingsprogramm für
Sozial- und Gesundheitsberufe



Gesundheitskompetenz lehren und lernen

Gesundheitskompetenz lehren und lernen

Sonia Lippke, Christina Derksen

Programmbereich Gesundheitsberufe

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheitsberufe

Sophie Karoline Brandt, Bern; Jutta Berding, Osnabrück; Sinje Gehr, Göttingen; Heidi Höppner, Berlin;
Heike Kubat, Feldbach; Christiane Mentrup, Zürich; Sascha Sommer, Bochum;
Birgit Stubner, Regensburg; Ursula Walkenhorst, Osnabrück; Claudia Winkelmann, Berlin

**Sonia Lippke
Christina Derksen**

Gesundheitskompetenz lehren und lernen

Trainingsprogramm für Sozial- und Gesundheitsberufe



Sonia Lippke, Professorin, Dr., Dipl.- Psych., Gesundheitspsychologie und Verhaltensmedizin, Constructor University Bremen

Christina Derksen, PhD, MSc, Gastwissenschaftlerin, Arbeitsgruppe für Gesundheitspsychologie und Verhaltensmedizin, Constructor University Bremen

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Gesundheitsberufe
z.Hd.: Barbara Müller
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel: +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Barbara Müller, Sandro Bormio
Herstellung: Daniel Berger
Umschlagabbildung: © skynesher; GettyImages
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: punktgenau GmbH, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Multiprint Ltd., Kostinbrod
Printed in Bulgaria

1. Auflage 2023
© 2023 Hogrefe Verlag, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96287-0)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76287-6)
ISBN 978-3-456-86287-3
<https://doi.org/10.1024/86287-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das Entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Einführung	7
Vorwort	9
1 Einleitung	11
2 Modell der interpersonellen Kommunikation für Programme der Gesundheitskompetenzförderung	17
2.1 Kommunikationskonzepte zur Verbesserung der professionellen Gesundheitskompetenz: Theoretische Überlegungen und Evidenzen	20
2.2 Vier-Seiten-Modell der Kommunikation nach Schulz von Thun	21
2.3 Kommunikation im Gesundheitskontext wie Close-the-loop/ Zwei-Wege-Kommunikation	23
2.4 Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing; MI)	25
2.5 Der Health Action Process Approach (HAPA) und das Compensatory Carry Over Action Model (CCAM)	28
2.6 Kommunikationskonzepte zur Verbesserung der professionellen Gesundheitskompetenz	32
2.7 Theorien und Modelle zum Lernen und zur Unterstützung von Lernen	38
2.8 Schulungskonzepte zur Vermittlung und Verbesserung der professionellen Gesundheitskompetenz	41
3 Triangulation von Lernzielen, bisheriger Forschung und Entwicklungen mittels Intervention Mapping	45
3.1 Lernziele in Ausbildung und Studium	45
3.2 Implementationsstrategien zur Optimierung professioneller Gesundheitskompetenz	56
4 Ein Kleingruppenprogramm in drei Einheiten	63
4.1 Curriculum für die Trainingseinheit 1: „Kommunikative Fähigkeiten im Patient:innengespräch“	65
4.1.1 Themen und Inhalte	65
4.1.2 Lernziele und Didaktik	65
4.1.3 Curriculum in der Übersicht und konkreter Handlungsablauf	67

4.1.4	Methoden im Detail	72
4.2	Curriculum für die Trainingseinheit 2: „Patient:innenzentrierte Kommunikation“	85
4.2.1	Themen und Inhalte	85
4.2.2	Lernziele und Didaktik	86
4.2.3	Curriculum in der Übersicht und konkreter Handlungsablauf	87
4.2.4	Methoden im Detail	88
4.3	Curriculum für die Trainingseinheit 3: „Kommunikation im Team“	104
4.3.1	Themen und Inhalte	104
4.3.2	Lernziele und Didaktik	104
4.3.3	Curriculum in der Übersicht und konkreter Handlungsablauf	105
4.3.4	Methoden im Detail	106
4.4	Begleitmaterial	121
4.4.1	Lernportfolio	121
4.4.2	Karten und Flipcharts	121
4.4.3	Evaluation als Qualitätsmanagementtool	122
5	Überführung in digitale Formate	127
5.1	Digitale Trainingskomponente	128
5.1.1	Patient:innenzentrierte Kommunikation: Gesundheitskompetenz verstehen	128
5.1.2	Modul 1: Zielgerichtete Patient:innenansprache: Gesundheitsverhalten fördern	129
5.1.3	Modul 2: Diversität im Praxisalltag: Diversität erkennen und berücksichtigen	130
5.1.4	Modul 3: Umgang mit „herausfordernden“ Patient:innen: Verbesserung von Adhärenz und Compliance	130
5.1.5	Modul 4: Kommunikation in der Entlassung und Rehabilitation, Aufklärung versus Fehlinformation	131
5.1.6	Modul 5: Orientierung für die Zeit danach: Hilfe für die Zukunft geben	131
5.2	Digitale Workshops im synchronen oder asynchronen Modus	134
5.3	Selbstlernprogramme und Apps	137
6	Empfehlungen für weitere Forschung und Praxis	141
6.1	Forschung: Theoriebasierte Implementierung und Evaluationen	142
6.2	Praxis: Evidenzbasierte Trainings partizipatorisch implementieren und anpassen	144
6.3	Schlussfolgerung	145
	Literatur	147
	Autorinnen	155
	Hinweise zu Zusatzmaterialien	157
	Sachwortverzeichnis	159

Einführung

Eine professionelle und patient:innenzentrierte Kommunikation des Fachpersonals ist wesentlich für eine gelungene Behandlung: Patient:innen brauchen diese, um ihre gesundheitlichen Probleme und die Behandlung zu verstehen und ihr Verhalten entsprechend anzupassen. Für Angehörige ist eine gute Aufklärung und Begleitung zentral für die optimale Unterstützung der Patient:innen. Auch Mitarbeitenden macht die Arbeit mehr Freude, wenn alle gut miteinander kommunizieren und so die Versorgung von Patient:innen interdisziplinär reibungslos funktioniert.

Insgesamt ist die sichere und effektive Kommunikation eine Voraussetzung, um die Gesundheitskompetenz der Patient:innen, Klient:innen und Kund:innen sowie der sozialen Netzwerke (Angehörige) zu fördern. Auf diese Weise werden alle Beteiligten zu einer aktiven Rolle beim Behandlungs-/Pflegerfolg bzw. bezüglich der Genesung befähigt. Dies kann wiederum eine qualitativ hochwertige Versorgung vereinfachen und den nachhaltigen Nutzen sicherstellen: So soll ein aktives Patient:innen- und Gesundheitsverhalten erreicht und somit die langfristige Gesundheit und Zufriedenheit aller sichergestellt sowie Fehler vermieden und Probleme überwunden werden.

Wie sich diese Zusammenhänge erklären und in der Praxis sicherstellen lassen, darum geht es in diesem Buch. Es werden Hintergrün-

de beleuchtet, Zusammenhänge erklärt und ein Schulungsprogramm und Curriculum bestehend aus drei praxiserprobten Workshops beschrieben. Damit werden Sie, die Leserinnen und Leser, die Materialien direkt in Trainings, Fort- und Weiterbildungen sowie für Programme zur Verbesserung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zu Kommunikation, Gesundheitskompetenz und Patient:innensicherheit einsetzen können. Die Ansätze sind evidenz- und theoriebasiert sowie wissenschaftlich an Kliniken in Deutschland als wirksam nachgewiesen worden. Das Besondere an diesem Buch ist:

- Einzigartige Beschreibung und Darstellung von wissenschaftlich gesicherten Hintergründen und -informationen insbesondere im Bereich Kommunikation, Gesundheitskompetenz, Patient:innenzentrierung und Teamwork,
- Erstmalige Beschreibung und Darstellung eines interdisziplinären Schulungsprogramms für Mitarbeitende im Gesundheitswesen, das direkt in verschiedenen Settings eingesetzt werden kann,
- Viele wissenschaftliche Hintergrundinformationen und theoriebasierte Erklärungen, die einen systematischen Entwicklungsprozess von eigenem Training unterstützen, sowie die Impulse für weitere Anwendung und Forschung geben (**Tabelle 1-1**).

Tabelle 1-1: Keywords und semantisches Umfeld

Haupt-(1)/ Neben-Key- words semant. Umfeld	Hauptkeyword (1): Gesundheitskompetenz Nebenkeyword (3): Kommunikation, Schulung, Kompetenzentwicklung Schlagworte (NAV): Patient:innenzentrierung, Patient:innensicherheit, Teamwork, Interaktion, Gespräch, Lebenslanges Lernen, Kommunikative Fähigkeiten, Gesundheitsversorgung
-----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vorwort

Sie haben sich für das Buch „Gesundheitskompetenz lehren und lernen – Ein Schulungsprogramm für Sozial- und Gesundheitsfachberufe“ entschieden. Wir freuen uns darüber, gemeinsam mit Ihnen zentrale Fragen beantworten zu können, die viele Menschen im Gesundheits- und Sozialsystem bewegen. Auch wenn schon vor vielen Jahren auf die Bedeutung der Arzt-Patient:innen-Kommunikation und die Schulung bzw. Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal hingewiesen wurde (z.B. von Kripalani & Weiss, 2006) und es viele Studien und Ansätze gibt, so fehlte *bisher* im deutschsprachigen Raum ein strukturiertes Programm, das theoriebasiert und international erprobt ist (van Gaalen et al., 2021): Das *vorliegende Schulungsprogramm schließt diese Lücke*, indem es – wie Sie im Folgenden lesen werden – auf klassischen und aktuellen Theorien der Gesundheitsverhaltensänderung (Lippke et al., 2018), Kompetenzentwicklung bzw. Trainings-/Schulungskonzeption und Kommunikation aufbaut. So werden konkrete Fähigkeiten (Capabilities) und Handlungsabläufe für den Alltag vermittelt und eingeübt.

Das Training ist in internationaler Zusammenarbeit für die Anwendung in verschiedenen europäischen Ländern entwickelt worden (im Rahmen des EU-geförderten IMPACCT Projekts). Das Schulungsprogramm ist partizipatorisch (co-kreativ) in Deutschland in einem typischen Krankenhaus weiterentwickelt (Lubasch et al., 2021), angepasst und positiv evaluiert worden (mit Förderung des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Rahmen des PIKoG-Projekts). Für Teile des Schulungs-

konzepts wurde zudem ein Training für Gesundheitsfachkräfte angepasst, das im Rahmen des Projekts „TeamBaby – Sichere, digital unterstützte Kommunikation in der Geburtshilfe“ entwickelt wurde. Das originale, evaluierte Training ist beim Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Berlin, erhältlich.

Aufgrund der Corona-Pandemie mit den Einschränkungen in Präsenz-Schulungen ist das Programm ebenfalls digital weiterentwickelt (Jeffries et al., 2022) und partiell in Lehrveranstaltungen geprüft worden (an der Constructor University, damals Jacobs University). Damit ist das Schulungs-/Trainingsprogramm mit seinen Materialien eines der ersten dieser Art, das in verschiedenen Kontexten eingesetzt und in unterschiedlichen Formaten angewendet werden kann. Die Trainingsmaterialien sind auf der Website des Hogrefe Verlags in der Mediathek abrufbar, siehe **Hinweise zu Zusatzmaterialien** am Ende des Buches.

Ziel ist es, dass diejenigen, die mit Patient:innen, Klient:innen und allgemein Hilfesuchenden arbeiten,

- ihre Fähigkeiten aus- und weiterbilden,
- sich im Umgang sicherer fühlen,
- die knappe Zeit gut nutzen können und
- auch mit anderen Kolleg:innen besser kommunizieren.

Denn „Man kann nicht nicht kommunizieren!“
(Watzlawick)

Und auch Marcus Tullius Cicero sagte schon
„Reden lernt man nur durch reden“.

Aber noch wichtiger: „Das Gegenteil von schlecht muss nicht gut sein – es kann noch schlechter sein.“ (Watzlawick).

Um nun nicht immer wieder die gleichen Fehler zu machen, wird in diesem Buch ein strukturiertes, bewährtes Schulungsprogramm vorgestellt. *Zielgruppe* sind alle im Gesundheitswesen Tätigen, also Psycholog:innen, Ärzt:innen, Pflegefachpersonen/Pflegekräfte, Gesundheitsfachpersonen, Therapeut:innen und Patient:innen-sicherheitsbeauftragte, Patient:innensicherheits-Expert:innen (wie Jurist:innen und Gesundheitswissenschaftler:innen), Patient:innenfürsprecher:innen, Sozialarbeitende, Verwaltungsfachkräfte, Seelsorgende: Alle können ihre Fähigkeiten (Capabilities) und Kompetenzen (Skills) verbessern. Entsprechend zielt dieses Programm und Buch auch ab auf Pädagog:innen und Lehrende, Trainer:innen, Dozent:innen, Coaches, Supervisor:innen, Fortbildungsbeauftragte und -organisator:innen, Programmentwickler:innen, Qualitätsmanagement und Klinikverwaltung.

Mit dem Material, das in diesem Buch beschrieben wird und das Sie im Anhang in digitaler Form an die Hand bekommen, wollen wir Sie unterstützen, sich selbst und andere Menschen fort- und auszubilden. Noch mal zusammengefasst geht es um das Folgende:

- Veränderung durch Kommunikation: Gesundheitskompetenz lernen und lehren – das Schulungsprogramm ist maßgeschneidert für Fachkräfte und Interessierte.
- Das Ziel ist, die Kommunikation im klinischen Bereich, allgemein mit Patient:innen, Klient:innen und Kund:innen sowie im professionellen Team zu verbessern.
- Dieses Schulungsprogramm ist deswegen notwendig, weil bisher nur wenige aktuelle, evidenzbasierte und wissenschaftlich geprüfte Trainingskonzepte verfügbar sind. Insbesondere ist es deswegen sinnvoll, um Mitarbeitende in der Befähigung ihrer Patient:innen zur Entwicklung einer guten Gesundheitskompetenz zu unterstützen. Da-

mit kann ein Beitrag geleistet werden, die Versorgung zu verbessern.

Die vorgestellten Trainings wurden im Rahmen nationaler und internationaler Forschungsprojekte entwickelt und partizipativ an die Bedarfe deutscher Kliniken angepasst. Sie sind flexibel nutzbar und wissenschaftlich evaluiert.

Wir wünschen Ihnen viele neue Erkenntnisse und Bestätigungen für das, was Sie schon wissen und tun. Auch wenn Sie einiges bereits kennen oder sich aus ihrem Alltag heraus denken können: In diesem Werk ist erstmals aufgearbeitet, wie der aktuelle Erkenntnisstand zu professioneller Gesundheitskompetenz ist und dies inklusive der Wirkmechanismen und konkreten Interventionsmöglichkeiten zur Weiterentwicklung von Handlungsabläufen. Begeben Sie sich mit uns auf eine *Reise (Patient Supporter Journey)*, an deren Seite nun das Schulungsprogramm bereitsteht, um Sie noch mehr zu (be-)stärken. Natürlich soll die Reise selbst auch spannend und ertragreich sein. Deswegen würden wir Ihnen gerne folgende Empfehlungen für das Lesen dieses Buches geben:

Lesen Sie möglichst viel und arbeiten Sie sich selbst durch die Übungen. Gleichzeitig empfehlen wir: Gehen Sie so an dieses Buch, wie es für Sie persönlich oder aktuell am besten passt. Entweder von der ersten bis zur letzten Seite oder anhand von Kapiteln oder Stichwörtern, die Sie besonders spannend oder kritisch finden. Hinterfragen Sie für sich, ob die Materialien genauso auf Ihre Bedarfe angewendet werden können oder erst noch angepasst werden müssen. Kommunikationsschulungen sollten lebende Konzepte sein. Sprechen Sie mit anderen über Ihre Erfahrungen und involvieren Sie sie so als „Mit-Akteure und Akteurinnen“. Wenn Sie darüber hinaus Fragen haben, dann schreiben Sie uns Autorinnen. Wir freuen uns über Ihre Rückmeldungen.

Und nun: Viel Spaß und gute Bereicherung!

1

Einleitung

Kennen Sie die folgenden Situationen?

Situation

Ein Patient scheint „unbelehrbar“, er hält sich einfach nicht an die Empfehlungen Ihres Teams und raucht direkt nach der OP munter weiter. Mit einer anderen Patientin gibt es sprachliche Barrieren: Sie möchten ihr etwas erklären, doch die Patientin und Sie sprechen nicht die gleiche Sprache. Und dann gibt es auch innerhalb des Teams Stress: Bei der Übergabe sind wichtige Informationen „hängen geblieben“ und Ihre Kollegin meckert mal wieder mehr herum, als es eigentlich sein müsste.

Reflexion

Was sind Ihre Gedanken zu dem Beispiel? Welche ähnlichen Erfahrungen haben Sie gemacht? Was war/ist herausfordernd bzw. erscheint Ihnen unlösbar?
Bitte schreiben Sie dies hier kurz auf, um später darauf zurück kommen zu können.

Gut zu kommunizieren ist für alle Seiten wichtig, wenn es um die Zusammenarbeit im Team und den Umgang mit Patient:innen und ihren Angehörigen geht (Hoos-Leistner, 2020; Mackert et al., 2011; Schmiedhofer et al., 2022; Watzlawick et al., 2017). Nur bei guter Kommunikation zwischen allen Beteiligten können Patient:innen als aktive Partner:innen in den

Behandlungsprozess eingebunden werden (Hoos-Leistner, 2020), ihre Gesundheitskompetenz verbessern und einsetzen. Dazu sagte schon Lucius Annaeus „*Der Wunsch, geheilt zu werden, war schon immer die Hälfte zur Gesundheit.*“ Das gilt es zu nutzen!

Die Gesundheitskompetenz von Patient:innen steht nicht nur im Zusammenhang mit der sinnvollen Nutzung des Gesundheitswesens und effektiven Behandlungsverläufen, sondern auch mit der Zufriedenheit aller – aber insbesondere derjenigen, die mit Patient:innen professionell zu tun haben. Dabei ist die Gesundheitskompetenz von Patient:innen etwas, das gezielt, aber auch indirekt gefördert werden kann und auf das sich Gesundheitsfachkräfte einstellen sollten. Diese Einstellung bzw. das Verhalten kann und muss trainiert und verbessert werden. Darum geht es in diesem Buch: Sie lernen, wie so Kommunikation und Gesundheitskompetenz wichtig sind und entwickeln konkrete Fähigkeiten, um beides zu verbessern und auch bei Ihren Patient:innen gut zu fördern.

Das Verständnis der Gesundheitskompetenz von Gesundheitsexpert:innen inkl. Pflegefachkräften ist ein wichtiger Baustein für gute Zusammenarbeit und Patient:innensicherheit (Mackert et al., 2011; McCleary-Jones, 2016). *Patient:innensicherheit* ist definiert als die Abwesenheit von Vermeidbaren Unerwünschten Ereignissen (VUEs, Keller et al., 2020). Diese VUEs kommen durch Behandlungen und Pflege zustande, die hinter dem im Gesundheits-

system geltenden Standard zurückfallen. Häufig sind VUEs eine Konsequenz von Fehlern und Missverständnissen, die ihren Ursprung in verschiedenen Umgebungsfaktoren haben, also Prozessen und Maßnahmen der Gesundheitsversorgung. Auch wenn sie nicht Folge des Zustands der Patient:innen sind, so kann das Auftreten mit Patient:innencharakteristika (wie der oben schon beschriebenen Gesundheitskompetenz und der Kommunikation) zusammenhängen. Unzureichende Kommunikation – sowohl innerhalb von Gesundheitsfachpersonal als auch zwischen Gesundheitsfachpersonal und Patient:innen sowie deren Begleitpersonen/Angehörigen – spielt in ca. 80 % aller Fälle eine große Rolle bei der Entstehung solcher VUEs (Hüner et al., 2022; Leonard et al., 2004; Schmiedhofer et al., 2022). Ein Beispiel für ein VUE wäre eine zu späte Diagnose einer potenziell lebensbedrohlichen Krankheit, z. B. eines metastasierten Tumors. Wenn der/die Hausärzt:in keine Schritte unternommen hat, den/die Patient:in zu einer umfangreichen Diagnostik weiter zu verweisen oder diese:r den Ernst der Lage nicht verstanden hat, spielt die Kommunikation eine zentrale Rolle. Aber auch bei der Kommunikation der Diagnose oder während des Behandlungsprozesses können vermeidbare Fehler gemacht werden, die zur Einschränkung der Lebensqualität der Patient:innen führen können: Zu viel Angst, das Gefühl von Hilflosigkeit und Unkontrollierbarkeit können zu (oftmals nicht ausreichend beachteten) Problemen führen (Hüner et al., 2022).

Während die Gesundheitskompetenz von Patient:innen schon seit längerem als wichtig angesehen wird (Gunia & Saurgnani, 2022; Paech & Lippke, 2015; Schillinger et al., 2003), ist über die Gesundheitskompetenz bei Gesundheitsexpert:innen inkl. Pflegefachkräften und Ärzten/Ärztinnen erst relativ wenig publiziert worden (Mc-Cleary-Jones, 2016). Kickbusch et al. (2005) forderten beispielsweise, dass Gesundheitsfachkräfte selbst auch eine gute Gesundheitskompetenz brauchen.

Definiert ist die *professionelle Gesundheitskompetenz* vor allem als gute Kommunikation und die Fähigkeit, zuzuhören. Adressat:innen sind dabei alle, die mit Patient:innen, Klient:innen und Kund:innen im Gesundheitswesen arbeiten – also *Pflegefachpersonal, Gemeindegesundheitsshelfer:innen und alle relevanten Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen, Ärzt:innen, Hebammen, Psycho- und Physiotherapeut:innen*. Während *medizinische Fakultäten und Weiterbildungsprogramme* bei der Ausbildung eine wichtige Rolle spielen (Welp & Lippke, 2020a, 2020b), sind auch *Regierungen, Kostenträger und Berufsverbände* gefragt (Kickbusch et al., 2005). Ziel sollte es sein, die Weiterbildung entsprechend auszugestalten und sicherzustellen, dass alle Beteiligten eine professionelle Gesundheitskompetenz entwickeln, aufrechterhalten und neue Trends verstehen (Lippke et al., 2022a).

Versuchen Sie einmal, Ihre eigene Gesundheitskompetenz einzuschätzen, in dem Sie die folgenden Fragen in der **Tabelle 1-2** beantworten. Bitte seien Sie dabei ganz ehrlich und reflektieren Sie anschließend Ihre Erfahrung beim Ausfüllen des Tests.

Anmerkung. Weitere Messinstrumente siehe unter <https://healthliteracy.bu.edu>.

Zur Auswertung geben Sie sich einen Punkt für jede Antwort „sehr einfach“ oder „ziemlich einfach“ [also unten „+1“ oder „+2“ ankreuzen] (keinen Punkt, wenn Sie „ziemlich schwierig“ oder „sehr schwierig“ geantwortet haben, [also unten „+2“ oder „-2“ ankreuzen]). Dann zählen Sie bitte Ihre Punkte zusammen, damit haben Sie Ihren allgemeinen Gesundheitskompetenz-Score für die *professionelle Gesundheitskompetenz* ermittelt.

Typischerweise (s. bspw. Jordan & Hoebel, 2015) wird bei 1 bis 8 die Gesundheitskompetenz als „inadäquat“ eingeschätzt, bei 9 bis 12 kategorisiert als „problematisch“ und bei Werten von 13 und mehr die Gesundheitskompetenz als „ausreichend“ bewertet.

- Was denken Sie über Ihren eigenen Wert und die Interpretation?

Tabelle 1-2: Wie ist Ihre Gesundheitskompetenz? HLS-EU-Q16 (Jordan & Hoebel, 2015) (Fragen sind adaptiert auf die professionelle Gesundheitskompetenz durch die Autorinnen)

Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	-2 = „sehr einfach“, -1 = „ziemlich einfach“, +1 = „ziemlich schwierig“, +2 = „sehr schwierig“ (Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zahl an)			
1. Informationen über Therapien für Krankheiten, die <i>Ihre Patienten und Patientinnen</i> betreffen, zu finden?	-2	-1	+1	+2
2. Herauszufinden, wo <i>Ihre Patienten und Patientinnen</i> professionelle Hilfe erhalten, wenn <i>Ihre Patienten und Patientinnen</i> krank sind? (Arzt/Ärztin, Apotheker:in, Psycholog:in)	-2	-1	+1	+2
3. Zu verstehen, was <i>Ihre Patienten und Patientinnen</i> Ihnen sagen?	-2	-1	+1	+2
4. Die Anweisungen zur Einnahme der verschriebenen Medikamente <i>Ihren Patienten und Patientinnen</i> zu vermitteln?	-2	-1	+1	+2
5. Zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt oder anderen Ärztin für <i>Ihre Patienten und Patientinnen</i> einholen sollten?	-2	-1	+1	+2
6. Mit Hilfe der Informationen, die Ihnen <i>Ihre Patienten und Patientinnen</i> geben, Entscheidungen bezüglich der Krankheit <i>Ihrer Patienten und Patientinnen</i> zu treffen?	-2	-1	+1	+2
7. Den Wünschen <i>Ihrer Patienten und Patientinnen</i> zu folgen?	-2	-1	+1	+2
8. Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten für <i>Ihre Patienten und Patientinnen</i> bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	-2	-1	+1	+2
9. Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßigem Trinken an <i>Ihre Patienten und Patientinnen</i> zu kommunizieren?	-2	-1	+1	+2
10. <i>Ihren Patienten und Patientinnen</i> zu vermitteln, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen? (Krebsfrüherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck)	-2	-1	+1	+2
11. Zu beurteilen, ob die Informationen, die <i>Ihre Patienten und Patientinnen</i> über Gesundheitsrisiken in den Medien bekommen, vertrauenswürdig sind? (Fernsehen, Internet oder andere Medien)	-2	-1	+1	+2
12. Aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie sich <i>Ihre Patienten und Patientinnen</i> vor Krankheiten schützen können? (Zeitungen, Broschüren, Internet oder andere Medien)	-2	-1	+1	+2
13. Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für das psychische Wohlbefinden <i>Ihrer Patienten und Patientinnen</i> sind? (Meditation, körperliche Bewegung, Spaziergehen, Pilates etc.)	-2	-1	+1	+2
14. Einflüsse und Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freund:innen <i>Ihrer Patienten und Patientinnen</i> zu verstehen?	-2	-1	+1	+2
15. Informationen in den Medien darüber, wie <i>Ihre Patienten und Patientinnen</i> ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen? (Internet, Zeitungen, Zeitschriften)	-2	-1	+1	+2
16. Zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten <i>Ihrer Patienten und Patientinnen</i> mit der Gesundheit <i>Ihrer Patienten und Patientinnen</i> zusammenhängen? (Trink- und Essgewohnheiten, Bewegung etc.)	-2	-1	+1	+2

- Und was denken Sie generell: Ist diese Methode zur Bewertung der Gesundheitskompetenz sinnvoll?

Reflexion

Was sind Ihrer Erfahrung nach Vor- und Nachteile der Messung von Charakteristika wie Gesundheitskompetenz in Form dieser Selbstauskunft?

Bitte schreiben Sie dies in der **Tabelle 1-3** kurz auf, um später darauf zurückkommen zu können.

Soll die Gesundheitskompetenz von Patient:innen gemessen werden, kann dies mit dem gleichen Fragebogen erfolgen. Dann würde man direkt aus der Perspektive der Patient:innen fragen. Natürlich ist die Validität (Richtigkeit) dieser Messung eingeschränkt: Messen diese Items wirklich die Gesundheitskompetenz und nicht vielmehr, was Menschen *glauben*, wie ihre Gesundheitskompetenz aussieht? Ja, dies ist richtig und die Items messen genau genommen *Einstellungen und Überzeugungen*. Aber diese sind gute Indikatoren (Anzeiger, wie ein Wert auf einem Fieberthermometer für den echten Fieberwert).

Der Wert, den wir mittels Fragebögen wie dem oben ermitteln können, ist ein Indikator für tatsächliche Kompetenz – also das, was Menschen wissen und tatsächlich können sowie tun. Dies ist wichtig, im Kopf zu behalten. Denn auch wenn wir uns einig sind, dass es besser wäre, Wissen, Kompetenz und Performanz abzutesten, am besten auch objektiv, sind die

Tabelle 1-3: Eigene Erfahrungen

Vorteile/Chancen	Nachteile/Gefahren
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Möglichkeiten dafür eingeschränkt durch Zeit, mangelndes Personal und zu wenig Fachwissen. Dies gilt für den Umgang mit Patient:innen gleichermaßen: Auch wenn allgemein bekannt ist, dass die Kommunikation mit Patient:innen zentral für den Behandlungserfolg ist, gibt es viele limitierende Faktoren und einige davon lassen sich nicht durch ein optimales Verständnis und effektives Vorgehen adressieren.

Die Bedeutung der Arzt-Patient:innen-Kommunikation ist kein neues Thema (z. B. Curtis et al., 2011; Scholz, 1999) und darauf bauen die Erkenntnisse um die Bedeutung der professionellen Gesundheitskompetenz auf. Insbesondere geht es darum, dass Gesundheitsfachpersonal erkennt, wenn die Gesundheitskompetenz der Patient:innen bzw. ihrer Angehörigen nicht optimal ausgeprägt ist und sie entsprechend kompensatorisch aktiv werden müssen (Coleman, 2011; Coleman & Fromer, 2015; Coleman et al., 2016; Paech & Lippke, 2015; Schmiedhofer et al., 2022). Dazu zählen die allgemeine Bildung und das Verständnis von gesundheitsbezogenen Themen (Habermann-Horstmeier & Lippke, 2019). Denn wenn es Patient:innen schwerfällt, ihre Erkrankung und Einflussfaktoren zu verstehen sowie Behandlungsempfehlungen einzuhalten, dann sind Gesundheitsfachpersonen gefragt, mit ihren Kompetenzen wie (vereinfachten) Ansprachen, Erklärungen und Empfehlungen darauf Rücksicht zu nehmen und auch die Motivation von Patient:innen zu berücksichtigen (Gunia & Saurgnani, 2022). Gleichermäßen ist eine professionelle Gesundheitskompetenz Voraussetzung für erfolgreiche Teamarbeit und die Vermeidung von Fehlern – welche die oben schon genannten VUEs verursachen können (Lippke et al., 2022a).

Generell wurde festgestellt, dass Gesundheitsfachkräfte im anspruchsvollen Alltag Schwierigkeiten haben, sich in die Rolle der Hilfesuchenden (Patient:innen und Angehörigen) hineinzusetzen und nachzuvollziehen, was diese nicht verstehen oder warum sie bestimmte Verhaltensweisen nicht umsetzen (Helitzer et al., 2011). Teach-Back (siehe unten) ist eine Methode, um dies im Alltag zu optimieren

durch gezielte Rückfragen und eine Anpassung der eigenen Sprache. Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Patient:innen und Fachkraft können als Folge auftreten, aber auch eine Ursache der Schwierigkeiten sein (Lippke et al., 2019). In verschiedenen Studien wurde festgestellt, dass Gesundheitsfachkräfte ihr eigenes Wissen über Gesundheitskompetenz anfänglich überschätzen (Mackert et al., 2011). Vielleicht ist auch Ihr Wert im Test oben recht hoch ausgefallen? Viele Gesundheitsfachkräfte sind erst durch Schulung in der Lage, ihre professionelle Gesundheitskompetenz zu optimieren und damit auch im Patient:innenkontakt angemessen einzusetzen. Was meinen Sie?

Zusammenfassung

Professionelle Gesundheitskompetenz setzt sich zusammen aus Wissen, Motivation und Kompetenzen/Fähigkeiten.

Dazu gehört das Wissen:

- was gute/effektive/sichere Kommunikation ist (Helitzer et al., 2011).
- wie Gesundheitskompetenz der Patient:innen definiert ist und erkannt werden kann (z. B. Britt & Hatten, 2016).
- warum es für Patient:innen sowie deren Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung wichtig ist, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form finden zu können, sie zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden.
- wie allgemeine Bildung der Patient:innen und das Verständnis von gesundheitsbezogenen Themen im Zusammenhang mit Behandlungserfolgen steht.
- wie und wann es zu Kommunikationsschwierigkeiten kommen kann und warum es wichtig ist, solche Schwierigkeiten zu beheben (Curtis et al., 2011).

Bei der Motivation geht es darum:

- die eigene professionelle Gesundheitskompetenz sicherzustellen bzw. zu trainieren (Helitzer et al., 2011).

- Patient:innen in gemeinsame, partizipative Entscheidungsfindung einzubeziehen (Shared Decision Making: Roodbeen et al., 2020).
- die Gesundheitskompetenz der Patient:innen zu berücksichtigen und zu fördern.
- die Lebensqualität der Patient:innen über den gesamten Lebenslauf zu erhalten oder zu verbessern.

Dafür relevante Fähigkeiten und Kompetenzen sind u. a.:

- sich in andere hineinzuversetzen (Empathie: Helitzer et al., 2011).
- aktiv zuzuhören und dadurch auch Rückschlüsse auf die eigene Kommunikation zu ziehen (Teach-Back und Drei-Wege-Kommunikation: Bress, 2013; Kelly et al., 2020).
- so patient:innen-zentriert zu kommunizieren (verbal und nonverbal), dass Patient:innen/Klient:innen (wieder) verstehen, was ihre eigene Rolle beim Behandlungsprozess ist und wie sie sich verhalten sollten (Adhärenz: Helitzer et al., 2011; Sanchez et al., 2020).
- auch Patient:innen mit geringer Gesundheitskompetenz zu beraten (Ragusa & Crampton, 2019).
- Verhaltensänderung zu unterstützen durch Adressierung von Verhaltensänderungstechniken wie Einstellungen, subjektiven Normen und Selbstwirksamkeit (Britt & Hatten, 2016).

Ziel ist eine professionelle Kommunikation des Fachpersonals, um die Gesundheitskompetenz ihrer Patient:innen, Klient:innen und Kund:innen sowie deren soziale Netzwerke (Angehörige) zu fördern (Lippke et al., 2022a). Auf diese Weise sollen Behandlungserfolge und deren Aufrechterhaltung sichergestellt sowie VUEs vermieden werden. Dafür ist die Beantwortung der Frage *Wie ist der Zusammenhang zwischen professioneller Gesundheitskompetenz*

und Patient:innensicherheit und welche Evidenzen gibt es? essenziell. Um diese Inhalte geht es im folgenden Abschnitt, um darauf aufbauend in den anschließenden Kapiteln ein Curriculum bestehend aus drei Workshops zu beschreiben und Ihnen an die Hand zu geben.

Theorien und Modelle sind wichtig für das Verständnis und die Verbesserung von verschiedenen Zusammenhängen und Vorgängen – wie Kommunikation und Interaktion sowie deren Schulung (van Gaalen et al., 2021), aber auch die Verbesserung gesundheitsbezo-

gen Verhaltens und Gesundheitskompetenz (Paech & Lippke, 2015). Denn nur wenn bekannt ist, welche Faktoren Einfluss nehmen bzw. in Situationen wirken, in denen Kommunikation gut oder suboptimal verläuft, dann kann gezielt etwas verbessert werden bzw. dafür gesorgt werden, dass Probleme und Fehler nicht mehr auftreten. Kommunikation ist ein wichtiger Bestandteil von professioneller Gesundheitskompetenz. Im Folgenden werden deswegen verschiedene solcher Modelle beschrieben.

2

Modell der interpersonellen Kommunikation für Programme der Gesundheitskompetenzförderung

Bevor wir uns den Modellen zuwenden, sollten wir uns darüber klar werden, um was es uns eigentlich geht: Was ist das Ziel? Was ist derzeit nicht optimal und soll verbessert werden? Wenn wir mit unserem Training erfolgreich waren, woran können wir das dann messen? Bitte beantworten Sie diese Frage kurz für sich selbst, bevor Sie anschließend weiterlesen!

Reflexion

(Individuelle) Zielparameter von Trainings und Schulungsprogrammen: Was wollen Sie mit dem Training erreichen? (z. B.: „Ich möchte weniger Missverständnisse erleben.“)

Erinnern Sie sich noch einmal an die in der Einleitung beschriebene *Patient:innensicherheit*: Diese ist definiert als die Abwesenheit von vermeidbaren Behandlungsfehlern, die durch mangelnde Kommunikation oder nicht-funktionierende Abläufe entstehen (VUE: Keller et al., 2020).

Wie ist das in Ihrem Alltag? Beobachten Sie manchmal, dass es nicht ganz „rund“ läuft und es zu „Beinaheunfällen“ kommt? Inwiefern könnte Ihnen dieses Training helfen, diese Ereignisse zu verhindern?

Bei einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz:

- erleben Patient:innen häufiger Schwierigkeiten, sich im Gesundheitssystem zu orientieren und entsprechend brauchen sie vom Ge-

sundheitsfachpersonal dabei Unterstützung oder spezielle Erläuterungen.

- haben Patient:innen eher unzureichendes Wissen, wo sie bei gesundheitlichen Problemen Unterstützung finden können und brauchen entsprechende professionelle Hilfe.
- erleben Patient:innen öfter Kommunikationsschwierigkeiten mit dem Gesundheitsfachpersonal; sie sind auf eine individualisierte Ansprache bzw. eine bessere Kommunikation ihres Gegenübers angewiesen.
- müssen Patient:innen häufiger in ein Krankenhaus eingewiesen werden oder den ärztlichen Notfalldienst aufsuchen, so dass höhere Kosten und damit eine stärkere Belastung für das Gesundheitssystem entstehen.

Der Zusammenhang zwischen professioneller Gesundheitskompetenz und Patient:innensicherheit ist also mittlerweile gesichert. Dazu gibt es viele Befunde (Evidenzen): Konsequenzen können sehr unterschiedlich ausfallen – von folgenlos bis hin zu Todesfällen sowie hohen finanziellen und emotionalen Kosten. Diese Kosten können nicht nur *Patient:innen* erleben, denn VUEs können auch für *Angehörige* und *alle an dem Vorfall Beteiligten*, einschließlich des Fachpersonals, schwere Folgen mit sich bringen (Busch et al., 2020; Huener et al., 2022; Nydoo et al., 2020). Finanzielle Kosten können die *Institution wie die Klinik* (z. B. bei Regressansprüchen usw.) und langfristig auch ganze *Gesund-*

heits- und Sozialsysteme belasten (z.B., wenn Pflegeleistungen notwendig werden).

Bress (2013) hat den Zusammenhang zwischen den Fähigkeiten der Professionellen Gesundheitskompetenz und Patient:innensicherheit, Gesundheitszustand und -kosten (für Zahngesundheit) erklärt: Kommunikation wirkt auf die Gesundheitskompetenz ein. Damit nimmt die Professionelle Gesundheitskompetenz auch indirekt Einfluss auf die Folgen von VUEs (s. **Abbildung 2-1**). Gleichmaßen wirken aber auch allgemeine kulturelle und gesellschaftliche Aspekte auf die Gesundheitskompetenz ein. Darüber hinaus gibt es Wechselwirkungen mit dem Gesundheitssystem, indem Fachkräfte mit ausgeprägten professionellen Gesundheitskompetenzen das Gesundheitssystem besser nutzen und effektiver ausgestalten können als Fachkräfte mit einer gering ausgeprägten Kompetenz (Bress, 2013; Lippke et al., 2022a).

Helitzer et al. (2011) sehen darüber hinaus auch individuelle und soziodemografische Aspekte wie Alter, Geschlecht, Bildung, Sprachkompetenzen, Erfahrungen und eigenes (bislangiges/regelmäßiges) Verhalten als wichtig an.

Die professionelle Gesundheitskompetenz differenziert sich also nach drei Kernaspekten (**Abbildung 2-2**).

Unzureichende Kommunikation – sowohl innerhalb von Gesundheitsfachpersonal als auch zwischen Gesundheitsfachpersonal und Patient:innen sowie deren Begleitpersonen/Angehörigen – spielt eine große Rolle bei der Entstehung von VUEs und Konflikten (Scholz, 1999). Damit kann gute Kommunikation zu Kosteneffizienz und Kostenvermeidung beitra-

gen sowie die Zufriedenheit von Mitarbeiter:innen (Curtis et al., 2011; Emmerling, 2019; Wright, 2011) und Patient:innen verbessern. Gleichzeitig kann sie auch zu einer stärkeren Bindung von Mitarbeiter:innen bzw. deren Arbeitsfähigkeit (Buchberger et al., 2011) sowie einer höheren Attraktivität von Berufen im Gesundheitswesen und Pflegeeinrichtungen führen (Munch et al., 2021).

Professionelle Gesundheitskompetenz kann jedoch auch weiter gefasst werden: He et al. (2019) haben das *Sicherheitsverhalten von Mitarbeiter:innen* untersucht und dabei festgestellt, dass Kommunikation einen entscheidenden Einfluss auf die professionelle (Gesundheits-/Sicherheits-)Kompetenz nimmt. Wenn also Mitarbeiter:innen verstanden haben, warum Sicherheitsverhalten möglichen Unfällen und Verletzungen vorbeugt und sie eine effektive Kommunikation beherrschen, dann kommt es entsprechend seltener zu VUEs. *Kommunikation* ist damit ein wichtiger Faktor, der das *organisationale Sicherheitsklima*, den individuellen psychologischen Zustand der Mitarbeiter:innen und das Sicherheitsverhalten aller beeinflusst (He et al., 2019). Die Wirkung der Kommunikation hängt wiederum von den *Kommunikationskompetenzen* ab.

Kommunikationskompetenzen sind Fähigkeiten, auf persönlich wirksame und sozial angemessene Weise zu kommunizieren (Gunia & Saurgnani, 2022). Dies kann mit *Kommunikationskonzepten und -interventionen/-schulungen* trainiert werden (Schmiedhofer et al., 2022), die im folgenden Abschnitt detailliert beschrieben werden.

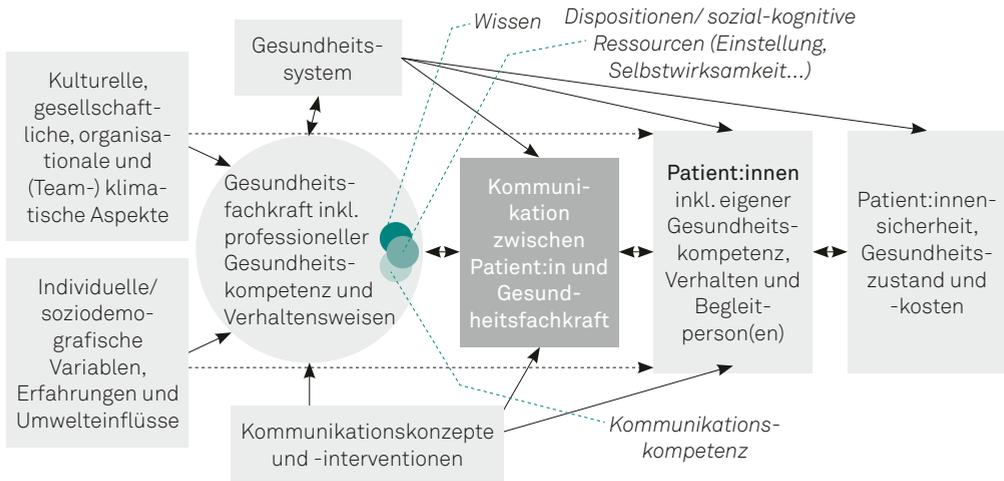


Abbildung 2-1: Zusammenhang zwischen Professioneller Gesundheitskompetenz und Patient:innen-sicherheit sowie verschiedenen Einflussfaktoren wie Kommunikationskonzepte und -interventionen (aus Lippke et al., 2022a).

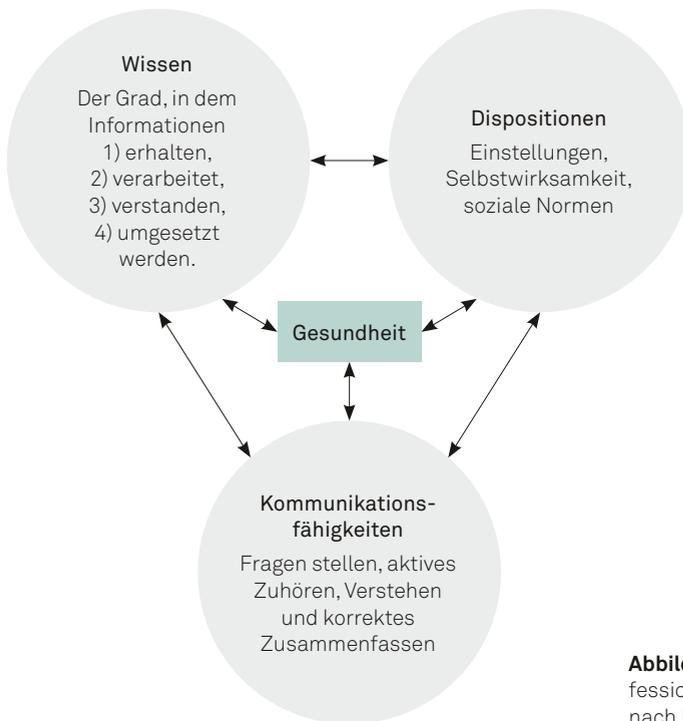


Abbildung 2-2: Kernaspekte der Professionellen Gesundheitskompetenz nach Helitzer et al. (2011, S. 22).

2.1 Kommunikationskonzepte zur Verbesserung der professionellen Gesundheitskompetenz: Theoretische Überlegungen und Evidenzen

Kommunikationskonzepte sind Grundvorstellungen oder Annahmen über Kommunikation und wie bestimmte Reize (z. B. was eine Person sagt) mit einer Reaktion (z. B. ob der/die Empfänger:in das Gesagte verstanden hat und in eigenes Verhalten umsetzen kann) einhergehen (Lippke et al., 2022a). Dafür ist ein allgemeines Verständnis von Kommunikationskonzepten wichtig. Schon Kurt Lewin sagte: „Es gibt nichts Praktischeres als eine gute Theorie“.

Die einfachsten Modelle von Kommunikation sind sog. Sender:in-Empfänger:in-Modelle (S-R-Modell), bei denen ein:e Sender:in eine

Botschaft (Message) an den/die Empfänger:in (Receiver) sendet (Veenker & Paans, 2016). Es werden Kontext, Störungen und Feedback berücksichtigt, aber wenig andere dynamische Annahmen. Diese klassischen, eindirektionalen Modelle sind weiterentwickelt worden zu fortschrittenen Modellen bis hin zu komplexen Modellen, die dynamische Annahmen treffen. Diese *transaktionalen und konstruktivistischen Modelle* sehen auch den/die Empfänger:in als aktiv an und berücksichtigen damit das Selbstmanagement und die Selbstregulation, was wichtig ist im Zusammenhang mit der professionellen Gesundheitskompetenz und der Förderung der Autonomie der Patient:innen. Mit solch einer dynamischen Sichtweise ist die Botschaft sowohl vom Sendenden, vom Empfangenden, aber auch vom Kontext abhängig. Damit ist die Botschaft nicht statisch wie in klassischen Modellen, sondern flexibel und abhängig von Interaktion (Veenker & Paans, 2016).

2.2 Vier-Seiten-Modell der Kommunikation nach Schulz von Thun

Diese Interaktion kann beispielsweise durch das sog. *Vier-Seiten-Modell der Kommunikation* von Schulz von Thun beschrieben werden: Neben Inhalts- und Beziehungsaspekten werden Selbstoffenbarung und Appell explizit berücksichtigt (Rechtien, 2019). Nach Rechtien (2019) sind dies:

1. Inhalts-Seite: Sachinhalt, über den der/die Sender:in informieren will: „Einen Mund-Nase-Schutz zu tragen hilft, um sich selbst und andere vor einer Ansteckung mit Corona-Viren zu schützen“, ist erstmal lediglich eine Aussage über die Bedeutung eines Mund-Nase-Schutzes.
2. Beziehungs-Seite: Emotionen und Bewertungen der sendenden Person gegenüber dem/der Empfänger:in, z. B.: „Ich erwarte von Ihnen, dass Sie einen Mund-Nase-Schutz tragen, wenn ich Sie behandle“.
3. Die Selbstoffenbarungs-Seite betrifft die Aspekte, die der/die Sender:in über sich selbst aussagt wie: „Ich habe Angst mich anzustecken, wenn Sie keinen Mund-Nase-Schutz tragen“, oder: „Es stört mich, wenn Patient:innen sich nicht an die Regeln halten“. Die enthaltene Selbstoffenbarung in einer Botschaft kann versteckt und vieldeutig und damit missverständlich sein.
4. Appell-Seite: Botschaften können auch dann eine Aufforderung an den/die Empfänger:in enthalten, wenn diese nicht explizit ausgedrückt wurde. Aussagen wie: „Es gelten Hygieneregeln in unserem

Haus“, können bedeuten: „Ich möchte, dass Sie sich wie alle Patient:innen, Besucher:innen und Mitarbeiter:innen an die Hygieneregeln halten“. Ein:e Mitarbeiter:in, der/die die Aussage oben (s. Inhaltsaspekt) trifft, kann damit auch zum Ausdruck bringen: „Prima, dass Sie sich daran halten, bitte machen Sie weiter so!“

Die **Abbildung 2-3** fasst das Modell zusammen.

Reflexion

Was sind Ihrer Erfahrung nach Vor- und Nachteile von dieser Betrachtung, dass Botschaften nicht nur eine sachliche Seite haben, sondern auch andere Seiten?
Bitte schreiben Sie dies hier kurz auf, um später darauf zurück kommen zu können (Tabelle 2-1).

Für die korrekte Dekodierung (das richtige Verständnis der Botschaft) insbesondere der Seiten *Appell*, *Selbstkundgabe* und *Beziehungshinweis* oben sind die verschiedenen Sprachbestandteile über die eigentlichen Worte hinaus entscheidend, wie Betonung, Lautstärke, Tonmelodie und nonverbale Elemente (Körperhaltung,

Tabelle 2-1: Eigene Erfahrungen

Vorteile/Chancen	Nachteile/Gefahren
-	-
-	-
-	-



Abbildung 2-3: Sender-Empfänger Modell nach Schulz von Thun (<https://www.schulz-von-thun.de/die-modelle/das-kommunikationsquadrat>).

Blickkontakt etc.). Viele Kommunikationstrainings haben dieses Modell zugrunde gelegt. Der Erfolg von Kommunikationstrainings liegt v. a. darin begründet, dass sie den Trainingsteilnehmenden helfen, sich der verschiedenen Seiten

bewusst zu werden – sowohl als Sender:in, Empfänger:in aber auch in Wechselwirkung mit dem Kontext – und damit ihr Kommunikationsverhalten zu optimieren (Bosse et al., 2012).

2.3 Kommunikation im Gesundheitskontext wie Close-the-loop/Zwei-Wege-Kommunikation

Weiterentwicklungen ursprünglicher Modelle wurden auch direkt auf den Gesundheitskontext angewandt. Eine Weiterentwicklung ist beispielsweise das Konzept „Closing the Loop“, auf Deutsch die „Zwei-Wege-Kommunikation“ (Abbildung 2-4).

„Closing the Loop“ kann zur Verbesserung der Effektivität der Kommunikation beitragen, indem Empfänger:innen angeregt werden, Botschaften (Informationen oder Anweisungen) noch einmal zu wiederholen, um Missverständnisse aufzudecken. Genau so kann die Zwei-Wege-Kommunikation im Team eingesetzt werden: Wichtig dabei ist die direkte Ansprache der Person („Herr Meyer, holen Sie mir bitte eine Komresse“), die präzise Wiederholung („Ich hole jetzt eine Komresse“) sowie Rückmeldung („Ich habe die Komresse geholt und hier auf den Tisch gelegt“) beider Personen („Danke, ich sehe die Komresse“).

Reflexion

Was ist die Zwei-Wege-Kommunikation nach dem, was Sie bis jetzt verstanden haben?
 Wann können Sie diese anwenden?
 Bitte schreiben Sie dies hier kurz auf.

Wir haben Ihnen eine typische Frage der Zwei-Wege-Kommunikation gestellt. Wenn Sie nun geschrieben haben „keine Ahnung“ oder „dass ich die Informationen ausspreche oder als Broschüre mitgebe“, dann wäre unsere vorherige Beschreibung nicht optimal gewesen und wir müssten Sie bitten, oben noch mal zu lesen, was es mit der Zwei-Wege-Kommunikation auf sich hat. Denn es geht nicht darum, dass Sie Text

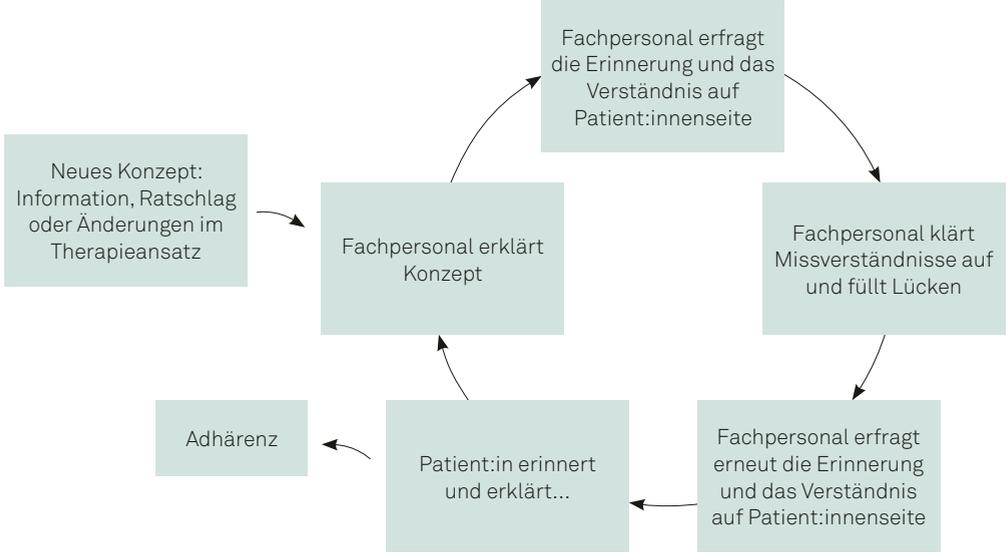


Abbildung 2-4: Die Zwei-Wege-Kommunikation im Schaubild (nach Schillinger et al., 2003, S. 84; Übersetzung durch die Autorinnen).

querlesen und dann den wichtigen Punkt überlesen oder nur annehmen, was es mit der Zwei-Wege-Kommunikation auf sich hat, sondern dass Sie verinnerlichen, dass das Fragen stellen ein wichtiger Bestandteil ist. Eine mögliche richtige Antwort könnte lauten, „dass ich nachfrage, ob mein Gesagtes verstanden wurde und nicht nur mit ja-nein geantwortet wird, sondern so, dass ich wirklich verstehe, ob der andere den Inhalt auch selbst wiedergeben kann bzw. das, worum ich ihn gebeten habe, auch wirklich tut – und ich das dann wiederum bestätige“.

Damit soll sichergestellt werden, dass (1) die Botschaften richtig verstanden wurden und (2)

strukturiert im Gedächtnis bleiben. Damit kann der/die Sender:in gleichzeitig einen Eindruck gewinnen, ob der/die Empfänger:in die Anweisungen auch auf sich selbst anwendet und in Verhalten übersetzen will/kann. Denn wenn Lücken in der Erinnerung, Missverständnisse oder auch divergierende Gesundheitsüberzeugungen klar werden, dann kann dies genutzt werden: ein Dialog kann entstehen, wenn das Gesundheitsfachpersonal entsprechend dazu bereit ist und dies auch unterstützt bzw. um den Wert weiß. Also korrigieren Sie gerne selbst Ihre Eintragung in dem Kasten oben, so dass es nun für Sie und zur Zwei-Wege-Kommunikation passt.

2.4 Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing; MI)

Ein anderes Kommunikationskonzept ist die motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing; MI) nach Miller und Rollnick (1999). Ursprünglich wurde dieses Konzept für die Beratung von Menschen mit Suchtproblemen entwickelt. Mittlerweile wird es auf viele Gesundheits- und klinische Bereiche angewandt. Grundlage ist zum einen, motivierend mit Rezipient:innen zu arbeiten, d.h. (1) unterstützend, nicht jedoch bestimmend, was zu tun ist und (2) empowernd, also dass der/die Befragte selbst entscheidet, wie er/sie sich verhält. Die Logik dabei ist wie schon Carl Jung es ausgedrückt hat: *„Ein Mensch braucht Schwierigkeiten; sie sind für seine Gesundheit notwendig.“*

Die Gesprächsführung ist dabei geprägt durch gezielte Fragen und gemeinsames Reflektieren. Gleichzeitig ist MI mehr als nur eine Fragetechnik: Der/die Durchführende sollte eine Grundhaltung einnehmen, die (a) als Ziel hat, das Wohl des Gesprächspartners oder der Gesprächspartnerin zu fördern, (b) respektvoll und offen ist, (c) ein emanzipatorisches Beratungskonzept verfolgt und klient:innenorientiert sowie zielorientiert vorgeht.

Der/die Gesprächspartner:in sollte sich dabei verstehen als:

- Unterstützer:in mit Wissen und Energie zur Förderung der Eigenverantwortung,
- Impulsgeber:in (mit Angeboten, keinen Geboten),
- Begleiter:in eines Bewusstwerdungs- und Veränderungsprozesses (kein:e Vorgesetzte:r/Bestimmer:in),
- direktiv (nicht dirigierend).

Die motivierende Gesprächsführung hat dabei einige Leitlinien:

- Hilfestellung für die Eigenverantwortung (inkl. gelegentlicher aktiver Hilfe)
- Evidenzbasiert (kennt und respektiert die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersu-

chungen und setzt sie in Alltagshandeln um)

- Einflussnehmend auf Gesprächsverlauf und Motivation des/der Gesprächspartner:in
- Hilfe zur Selbsthilfe (bietet kein „Patentrezept“ an)
- Verbündete:r des/der Gesprächspartner:in, dem/der er/sie mit großem Respekt begegnet.

Reflexion

Was sind Ihrer Erfahrung nach Vor- und Nachteile von dieser Technik der Motivierenden Gesprächsführung?

Bitte schreiben Sie dies hier kurz auf, um anschließend damit weiterzuarbeiten (Tabelle 2-2).

Und nun überlegen Sie, wie Sie die Nachteile, die Sie aufgeschrieben haben oder die, die viele andere Workshopteilnehmer:innen schon genannt haben, in Herausforderung umwandeln und damit sogar zu Chancen werden lassen (Tabelle 2-3).

Um dies dann entsprechend in der Interaktion mit dem:der Gesprächspartner:in konkret umzusetzen, werden folgende konkrete Strategien angewandt:

Zu Anfang des Gesprächs nimmt der/die Durchführende die Grundhaltung der „bedingungslosen Wertschätzung“ ein. Er oder sie begegnet jedem/jeder Patient:in mit Akzeptanz und Respekt, ungeachtet davon, was ein:e Patient:in mitbringt. Es sollte zudem ange-

Tabelle 2-2: Eigene Erfahrungen

Vorteile/Chancen	Nachteile/Gefahren
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Tabelle 2-3: Eigene Erfahrungen

Nachteile/Gefahren	Herausforderungen/Chance
z. B. Zeitaufwand	Wenn ich geübt bin, dann dauert es nicht länger!
z. B. Patient:innen können sich so nicht artikulieren	Dann sagen sie nicht so viel, aber meine Einstellung und Haltung zählt.
-	-
-	-
-	-

sprochen werden, was die eigene Rolle als unterstützende Person ist. Dazu passt die Rolle des/der Befragten als aktive:r, selbstverantwortliche:r Partner:in des Prozesses. Nach der Ansprache des zur Verfügung stehenden Zeitraums wird eine offene Frage als „Türöffner“ genutzt.

Generell gibt es einige wichtige Kompetenzen in der Motivierenden Gesprächsführung:

Merkzettel zu Grundlagen der motivierenden Gesprächsführung

Empathie zeigen: aktives, aufmerksames und sensibles Zuhören und authentische Akzeptanz, dazu gehört auch der Umgang mit Emotionen (z. B.: „Ich kann verstehen, dass Sie das traurig macht....“)

Bedeutung der subjektiven Erfahrungen: die Perspektive des/der Gesprächspartner:in zulassen und fördern statt Beweisführung, Vorwürfe oder Etikettierungen

Diskrepanz entwickeln: Verhaltensänderungen anregen; Bewusstsein auf Seiten des/der Gesprächspartner:in erhöhen; Befragte:r sollte Argumente selbst liefern. Das funktioniert durch:

- Das Stellen offener Fragen, um das Problem zu identifizieren und durch Erklärung, warum Veränderungen bedeutsam sind und wie Veränderungen erzielt werden können.
- Aktives Zuhören: Zuhören und dann kurz mit eigenen Worten wiedergeben z. B.: „Lassen Sie mich sehen, ob ich zusammenfassen kann, was Sie sich vorgenommen

haben. Ich habe den Eindruck, dass Sie in Hinblick auf die nächsten Schritte ein wenig unruhig sind. Aber Sie haben sich vorgenommen, auch nach der Reha aktiv zu bleiben. Und das, was Sie sich vorgenommen haben, haben Sie ganz konkret geplant. Habe ich das richtig verstanden? Habe ich etwas vergessen?“

- Bestätigen, also loben, Anerkennung und Verständnis zeigen, z. B.: „Das ist völlig in Ordnung. Sie haben auch eine sehr schwierige Zeit durchzustehen“.
- Zusammenfassen: Das gibt eine kurze Einschätzung darüber, was der/die Gesprächspartner:in ausdrücken wollte, inklusive dem Angebot, etwas zu korrigieren oder hinzuzufügen.

Umgang mit Widerstand:

- Frage oder Problem an den/die Befragte:n zurückgeben mit dem Ziel, Hindernisse zu entfernen und Barrieren abzubauen,
- Befragte:n als kompetente:n Ratgeber:in sehen, der/die zur Lösung der eigenen Probleme fähig ist und der/die durch aktive Teilhabe an der Lösung des Problems mitwirkt,
- Individuell, personalisiert assistieren: Gibt es ein Bewusstsein für das Problem oder müssen Vorteile der Verhaltensänderung und Nachteile der Fortsetzung des bisherigen Verhaltens noch entwickelt werden? Wie können Ziele konkretisiert werden (z. B. durch einen Vergleich zwischen Ist- und Soll-Zustand)? Wie können erste Änderungen langfristig aufrechterhalten werden?

Selbstwirksamkeitserwartung unterstützen: Glaube an die eigene Fähigkeit, an einem Ziel festzuhalten und ein intendiertes Verhalten auszuüben, auch wenn sich Schwierigkeiten ergeben, das Änderungspotential, Hoffnung, Optimismus, Verantwortung für Veränderung bei dem/der Befragten stärken. Dazu kann man:

- selbstmotivierende Aussagen hervorrufen durch auffordernde Fragen, gegenwärtiges Verhalten und bisherige positive Erfahrungen einbeziehen,
- die Selbstverpflichtung stärken (den gefassten Entschluss/die Planung zu festigen und damit die Wahrscheinlichkeit erhöhen, entsprechend zu handeln).

Damit baut dieses Konzept wiederum auf anderen Theorien und Konzepten auf wie der Klient:innenzentrierten Gesprächsführung und der kognitiven Therapie sowie der Systemtheorie und auf Prinzipien der Sozial-, Kognitions- und Motivationspsychologie. Aber auch Aspekte der Theorie der Selbstregulation (Kanfer et al., 2012) wurden integriert. Theoretische Grundannahmen des Transtheoretischen Modells nach Di Clemente und Prochaska (1982: mit den Stadien der Verhaltensänderung und den Verände-

rungsprozessen), die Rückfalltheorie (Marlatt, 1982: mit dem Verständnis, dass ein Rückfall oder Ausrutscher ein normales Ereignis und ein Schritt in die Richtung der Genesung ist) und der Zieltheorien (wonach Zielformulierungen Veränderungen erleichtern: Locke et al., 1981).

Zum Umgang mit Zeitmangel geben Miller und Rollnick (1999) die Empfehlung:

- vorher den Zeitraum klar umgrenzen,
- kurz zusammenfassen und prägnante Zwischenfragen stellen, auch wenn der/die Befragte gern noch weitererzählen würde und
- auf die Relevanz der zentralen Fragen hinweisen.

MI ist in vielen Studien untersucht und als Konzept klar bestätigt worden (z. B. Bolognesi et al., 2006; Mifsud et al., 2020; Faghihian et al., 2020; Kaltman & Tankersley, 2020; Chan & So, 2020; Steele et al., 2020). Beispielsweise haben Reno et al. (2018) evaluiert, welche Konzepte am einfachsten in den Arbeitsablauf von Kliniken zu integrieren empfunden wurden, wozu MI klar dazugehörte (Reno et al., 2018). MI ist also ein praktisches und relativ einfach anzuwendendes Werkzeug in der Kommunikation mit Patient:innen.