



Thorsten Weidig (Hrsg.)

Coachingkompetenz für Health Professionals

Psychologische Konzepte und Werkzeuge
für eine wirkungsvolle Zusammenarbeit

Coachingkompetenz für Health Professionals

Coachingkompetenz für Health Professionals

Thorsten Weidig (Hrsg.)

Programmbereich Gesundheitsberufe

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheitsberufe

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

Thorsten Weidig
(Hrsg.)

Coachingkompetenz für Health Professionals

Psychologische Konzepte und Werkzeuge
für eine wirkungsvolle Zusammenarbeit

Unter Mitarbeit von

Sebastian Altfeld
Cristina Baldassarre
Wiebke Göhner
Monika Liesenfeld
Mareile Rahming
Katharina Scheuermann
Kathrin Staufenberg
Constanze Stolz-Klingenberg
Maja Storch
Wolfgang Tschacher
Brit Wilsdorf

Prof. Dr. Thorsten Weidig, Dipl.-Psych. selbständig tätig in Beratung, Training, Coaching u. a. für die Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI) in Locarno, Schweiz

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 <https://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 Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten.

Verantwortliche Person in der EU: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3, 37085 Göttingen, info@hogrefe.de

Anregungen und Zuschriften bitte an den Hersteller:

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
Herstellung: Daniel Berger

Die Abbildungen 1-1, 3-4 und 3-5 in diesem Fachbuch wurden mithilfe von Verfahren der Künstlichen Intelligenz generiert. Sämtliche Darstellungen wurden vor der Veröffentlichung durch die Autorinnen und Autoren auf fachliche Richtigkeit, Angemessenheit und Übereinstimmung mit den Inhalten des Werkes geprüft.

Umschlagabbildung: Westend61, Getty Images

Umschlag: Hogrefe intern

Satz: Claudia Wild, Konstanz

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Schleunungdruck GmbH, Marktheidenfeld

Printed in Germany

1. Auflage 2026

© 2026 Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96408-9)

(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76408-5)

ISBN 978-3-456-86408-2

<https://doi.org/10.1024/86408-000>

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.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

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

Inhaltsverzeichnis

Prolog	9
1 Das Coaching-Fundament	11
<i>Thorsten Weidig</i>	
1.1 Die Wirksamkeit in der Zusammenarbeit	11
1.2 Das 1×1 der Coachingkompetenz	15
1.3 Gefühltes Wissen	22
Literatur	24
2 Kommunikation für Fortgeschrittene	27
2.1 Kompetenzerleben und Kompetenzvermittlung	27
<i>Thorsten Weidig</i>	
2.1.1 Gute Fragen stellen	29
2.1.2 Na, wer kommt denn da durch die Tür?	32
2.2 Auf Augenhöhe kommunizieren – Shared Decision Making	35
<i>Constanze Stolz-Klingenberg</i>	
2.2.1 Was ist Shared Decision Making?	35
2.2.2 SDM-Haltung und Rollenreflexion	36
2.2.3 Die sechs Schritte des Shared Decision Making	38
2.2.4 Praxisbeispiel zum SDM-Prozess	43
2.2.5 SDM in der Gesundheitsversorgung – das SHARE TO CARE-Programm ..	45
Literatur	45
3 Ressourcen aktivieren mit Embodiment	49
<i>Wolfgang Tschacher und Maja Storch</i>	
3.1 Techniken und allgemeine Wirkfaktoren in Psychotherapie und Coaching	49
3.1.1 Vernachlässigter Wirkfaktor Embodiment	51
3.1.2 Soziales Embodiment: Synchronie in der sozialen Interaktion	53
3.2 Embodiment in der Praxis	55
3.2.1 Embodiment der helfenden Person	55
3.2.2 Wirkfaktor soziales Embodiment	56
3.2.3 Techniken zur Aktivierung des Wirkfaktors Embodiment	59
3.3 Fazit	66
Literatur	66

4	Kreatives Arbeiten mit Impact-Techniken	69
	<i>Cristina Baldassarre</i>	
4.1	Was sind Impact-Techniken?	69
4.2	Die acht Wirkprinzipien der Impact-Techniken	70
4.3	Impact-Übungen für Jung und Alt	77
4.3.1	Der Zaubervogel	79
4.3.2	Der Schutzmantel	81
4.3.3	Die Shit-Box	83
4.3.4	Der Kreis der Stärke	84
4.3.5	Das Perlenarmband	85
4.3.6	Ich bin stark!	85
4.3.7	Angst wegschneiden	86
4.3.8	Das Gummiband	87
4.3.9	Wer sitzt am Steuer?	88
4.3.10	Engelchen und Teufelchen	89
4.3.11	Die Säulen des Lebens	90
4.4	Fazit	92
	Literatur	92
5	Akzeptanz und Commitment als Weg zu mehr Handlungsfähigkeit	93
	<i>Mareile Rahming</i>	
5.1	Einführung	93
5.2	Definition und Begriffsklärung	94
5.2.1	Perspektive auf Menschen und Krankheiten	95
5.2.2	Haltung und Beziehung in der Arbeit mit ACT	96
5.2.3	Evidenz für die Wirksamkeit von ACT	97
5.2.4	Der praktische Nutzen von ACT für Health Professionals	98
5.3	Psychische Flexibilität mit ihren Kernkompetenzen	98
5.3.1	Die sechs Kernkompetenzen psychischer Flexibilität	99
5.3.2	Zusammenwirken der Kernkompetenzen im Hexaflex	110
5.4	Fallbeispiele für ACT-Prozesse	113
5.5	ACT als übergeordnetes Modell der Zusammenarbeit in Gesundheitsberufen	118
5.6	Anregungen für die weitere Beschäftigung mit ACT	119
	Literatur	119
6	Schmerz und psychische Einflussfaktoren	121
	<i>Katharina Scheuermann und Brit Wilsdorf</i>	
6.1	Auf das Zusammenspiel kommt es an – Das biopsychosoziale Modell	124
6.2	Typische Problembereiche und Herausforderungen in der Arbeit mit chronischen Schmerzpatient*innen	126

6.3	Empfehlungen für die Arbeit mit Schmerzpatient*innen	128
6.3.1	Die therapeutische Beziehung als Fundament und zentraler Wirkfaktor	128
6.3.2	Aspekte für den Praxisalltag	128
6.4	Selbstfürsorge von Health Professionals	132
6.5	Psychische Erkrankungen und Schmerz	133
6.5.1	Depression und Schmerzerleben	133
6.5.2	Angststörungen und Schmerzerleben	137
6.5.3	Trauma und Schmerzerleben	140
6.5.4	Entspannung unter erschwerten Umständen	143
6.6	Fazit	144
	Literatur	144
7	Bewegung als Gesundheitsressource	149
	<i>Wiebke Göhner</i>	
7.1	Bedeutung und Wirkung eines aktiven Lebensstils	149
7.2	Empfehlungen für Bewegung	155
7.3	Empfehlungen für Bewegungsförderung	158
7.4	Bedingungen für Bewegung	159
7.5	Strategien der Bewegungsförderung	164
7.6	Theorie trifft Praxis: Strategien gezielt anwenden	166
7.7	Anwendungsbeispiele für Strategien der Bewegungsförderung	166
7.8	Fazit	168
	Literatur	168
8	Selbstverständnis und Selbstfürsorge	173
	<i>Sebastian Altfeld</i>	
8.1	Das eigene Selbstverständnis erkunden	174
8.1.1	Schritte im Wertekonflikte	179
8.1.2	Schritte der Akzeptanz	179
8.2	Wo fängt meine Verantwortung an und wo hört sie auf?	181
8.3	Grenzen setzen und kommunizieren	185
8.4	Selbstverständnis in Bezug auf Selbstfürsorge	191
8.5	Selbstfürsorge	197
8.5.1	Meine protektiven Faktoren	197
8.5.2	Wie ich gut für mich Sorge	199
8.5.3	Praktische Strategien für den Alltag	201
	Literatur	203

9	Supervision, Intervention und Selbstreflexion	205
	<i>Monika Liesenfeld und Kathrin Staufenbiel</i>	
9.1	Supervision – Was ist das?	205
9.1.1	Formate von Supervision	206
9.1.2	Systemische Supervision	208
9.2	Intervention – Was ist das?	210
9.3	Selbstreflexion – Was ist das?	212
9.4	Praktische Umsetzung in Gesundheitsberufen	213
9.4.1	Implementierung von systemischer Supervision in den Arbeitsalltag . . .	213
9.4.2	Implementierung von Intervention in den Arbeitsalltag	218
9.4.3	Implementierung von Selbstreflexion in den Arbeitsalltag	222
9.5	Fazit und Ausblick	224
	Literatur	225
	Anhang	227
	Herausgeber und Autor*innen	229
	Sachwortverzeichnis	233

Prolog

Gebrauchsinformation des Herausgebers für Leser und Leserinnen

Lesen Sie die gesamten Produktinformationen sorgfältig durch, denn sie enthalten wichtige Informationen für Sie.

- Was ist Coachingkompetenz und wann wird sie angewendet? Coachingkompetenz ist die psychologische Handlungskompetenz von Health Professionals in der Zusammenarbeit mit Patienten und Patientinnen. Sie wird dann angewendet, wenn ein möglichst positiver Behandlungsverlauf erwünscht ist.
- Was sollten Sie vor der Anwendung von Coachingkompetenz beachten? Nach dem Lesen dieses Buches wird sich Ihre Arbeit grundlegend verändern, Sie werden baumstark wachsen und Ihre Patienten und Patientinnen werden noch zufriedener mit der Zusammenarbeit und dem Behandlungsergebnis sein.
- Wie ist Coachingkompetenz anzuwenden? Empfohlen wird mutig und zunächst in kleinen Schritten, das Gelesene in die eigene Arbeit zu integrieren. Lassen Sie Ihre neue Wissenskompetenz zur Handlungskompetenz werden. Sie dürfen entscheiden, womit Sie anfangen wollen! Steigern Sie die Dosis, wenn Sie sich mit den angewendeten Methoden sicherer fühlen.
- Welche Nebenwirkungen sind möglich? Es könnte passieren, dass Sie zu Beginn eine gewisse Unsicherheit und Irritation verspüren. Das ist in Ordnung, Sie dürfen unsicher und irritiert sein. Es wird nicht lange dauern bis Sie Eindrücke wie Staunen, Überraschung und Zustimmung erleben. Vorsicht, möglicherweise entdecken Sie ein Lächeln in Ihrem Gesicht.
- Wie lange sind die vorgestellten Konzepte und Werkzeug der Coachingkompetenz verwendbar? Ein Verfallsdatum ist nicht bekannt.
- Inhalt des Buches und weitere Informationen. Praxiserfahrene Psychologinnen und Psychologen zeigen, wie Health Professionals ihre volle Wirksamkeit entwickeln können. Die vorgestellten Konzepte und Werkzeuge können passend für die tägliche Arbeit genutzt werden und dürfen kreativ angewendet werden.

Ich wünsche viel Freude beim Entdecken Ihrer persönlichen Coachingkompetenz!

Thorsten Weidig

1 Das Coaching-Fundament

Thorsten Weidig

Mit diesem ersten Kapitel wird der Grundstein gelegt für psychologisch kompetentes Handeln von Menschen in Gesundheitsberufen, Health Professionals, in der Zusammenarbeit mit Patienten und Patientinnen. Es wird zunächst verdeutlicht, wie einflussreich und wichtig psychologische Aspekte, allen voran die Health Professional-Patient-Beziehung und das subjektive Erleben therapeutischen Handelns für den Zusammenarbeitsverlauf und das Behandlungsergebnis sind. Coachingkompetenz wird als Schlüsselkompetenz für eine erfolgreiche Zusammenarbeit identifiziert und definiert.

Anschließend wird veranschaulicht, wie Coachingkompetenz durch die richtige Beziehungs- und Kommunikationsgestaltung Wirkung entfalten kann. Für Health Professionals ist es wichtig Sicherheit, Glaubwürdigkeit, Wertschätzung und Kompetenz im Kontakt mit Patienten und Patientinnen zu vermitteln. Gute Kommunikation lebt davon zu wissen, wie die richtige Wirkung nonverbal und verbal bei Patientinnen und Patienten erzielt werden kann. Anhand konkreter Tipps zur Kommunikationsgestaltung wird gezeigt, wie dies Health Professionals gelingen kann.

Im dritten Teil des Kapitels geht es darum gefühltes Wissen, Intuition, als Ressource für die Arbeit mit Patienten und Patientinnen zu entdecken. Intuitionen können hilfreich sein, weil sie Orientierung geben, Komplexität reduzieren und Beziehungen gestalten. Da Intuitionen unvermittelt ins Bewusstsein treten und meist unklar ist, wo sie herkommen, ist nicht jede Intuition automatisch zutreffend. Um gefühltes Wissen sinnvoll in der Zusammenarbeit nutzen zu können, wird eine Möglichkeit vorge-

stellt, wie Health Professionals die eigene Intuition weiterentwickeln können.

Alle weiteren Kapitel dieses Buches und die dort vorgestellten Facetten von Coachingkompetenz bauen auf dem Fundament von Kapitel 1 auf.

1.1 Die Wirksamkeit in der Zusammenarbeit

Als Psychologe habe ich ein mehrjähriges Studium absolviert, anschließend promoviert, mich fachlich immer wieder weitergebildet und kann auf reichlich praktische Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Menschen verweisen. Es sollte also anzunehmen, ja sogar erwartbar sein, dass ich über ein breites Wissen und Methodenrepertoire verfüge und die richtigen psychologischen Kniffe kenne, um Menschen zu unterstützen, gewünschte Ziele zu erreichen.

Und so kommt es hin und wieder vor, dass ich mich während eines Gesprächs mit einem Klienten oder einer Klientin darüber freue, eine passende, kreative, schlicht treffende psychologische Technik angewendet zu haben. Das meine ich zumindest.

Denn nicht selten bekomme ich am Gesprächsende auf meine Frage „Was nimmst Du mit aus unserer heutigen Zusammenarbeit?“ als Antworten: „Es war mal gut, die Dinge auszusprechen, mal darüber zu reden“ oder „Es war gut, dass Du mir zugehört hast“ oder „Es war schön, mich verstanden zu fühlen“. Ich stelle fest: Unsere gemeinsame Zeit hat eine positive Wirkung hinterlassen. Möglicherweise anders als ich dachte!

**Abbildung 1-1:**

Wirkfaktoren in der psychologischen Zusammenarbeit

Erfahrungen wie diese führen zu der wichtigen Frage: Was wirkt eigentlich in der Zusammenarbeit mit Menschen? Oder genauer: Was wirkt durch wen bei wem unter welchen Umständen?

In der Psychologie wird auf diese Frage schon seit einigen Jahrzehnten eine Antwort gesucht und auch wenn sich Aussagen von Studien und anderen wissenschaftlichen Beiträgen in einzelnen Punkten und Begrifflichkeiten unterscheiden, zeichnet sich ein deutliches Bild ab, welche Faktoren für eine gelingende zielführende Zusammenarbeit entscheidend sind (Grencavage & Norcross, 1990; Lambert, 2013; Meier et al., 2022). Es sind sogenannte *allgemeine* und *spezifische Wirkfaktoren*. Allgemeine Wirkfaktoren kommen in jeder psychotherapeutischen Zusammenarbeit vor, unabhängig vom therapeutischen Ansatz und Vorgehen. Spezifische Wirkfaktoren sind die eingesetzten psychologischen Techniken und Interventionen, die sich aus dem zugrundeliegenden therapeutischen Ansatz ableiten. Was ist damit konkret gemeint? In **Abbildung 1-1** ist das, was in einer Zusammenarbeit wirkt, die allgemeinen (grün) und spezifischen (blau) Faktoren, veranschaulicht.

Die allgemeinen Wirkfaktoren lassen sich in folgende vier Kategorien zusammenfassen:

- **Patientenmerkmale:** Therapiemotivation, Veränderungsbereitschaft, Ressourcen (u. a. unterstützendes Umfeld), Selbstreflexion.
- **Patientenerwartungen:** Die Erwartungen an die Therapie und die Überzeugungen über die Wirksamkeit der Behandlung.

- **Therapeutenmerkmale:** Empathie, Wertschätzung, Glaubwürdigkeit, Fachkompetenz, Erfahrung, Status.
- **Therapiebeziehung:** Die gegenseitige Wertschätzung und das Vertrauen in der Zusammenarbeit.

Als spezifische Wirkfaktoren werden, wie bereits erwähnt, theoriegeleitete therapeutische Techniken, Strategien und Vorgehensweisen bezeichnet, die spezifisch und charakteristisch für einen psychotherapeutischen Ansatz bzw. eine Therapiemethode sind (z.B. Exposition in der Verhaltenstherapie, zirkuläres Fragen in der systemischen Therapie, Bearbeitung von Übertragungsprozessen in der psychodynamischen Therapie). Übertragen auf andere Berufe könnten hiermit beispielsweise die Anwendung von spezifischen Mobilisationstechniken der Schulter zur Schmerzreduktion innerhalb der Manuellen Therapie gemeint sein oder das Injizieren von Stammzellen ins Herzgewebe zur Behebung einer Herzinsuffizienz als invasive Methode der Regenerativen Medizin oder um motorische Funktionsausfälle nach einem Schlaganfall zu behandeln, die Constrained-Induced Movement-Methode nach Edward Taub.

Allgemeine und spezifische Wirkfaktoren bestimmen also das Therapieergebnis. Doch wie wichtig ist welcher Faktor? Wenn Sie, geschätzte Leserin und geschätzter Leser, auf ihre Ausbildung oder Studium schauen, auf welchen Faktoren liegt oder lag dort der inhaltliche und didaktische Schwerpunkt?

Die bei weitem überwiegende Zeit wird in Gesundheitsberufen auf die Vermittlung von spezifischen Therapietechniken verwendet, weil sie als entscheidende therapeutische Komponente für das Therapieergebnis betrachtet werden, sozusagen als Goldstandard. In der psychologischen Forschung zeigt sich ein differenziertes, ja geradezu erstaunliches Ergebnis zur Bedeutung der einzelnen Faktoren. Bereits 1999 wurde in einer Übersichtsarbeit zum Forschungsstand geschlussfolgert, dass psychotherapeutische Techniken, also spezifische Wirkfaktoren, (nur!) 15 % des Behandlungserfolgs ausmachen. Allgemeine Wirkfaktoren hingegen 85 %, wovon allein 30 % auf die therapeutische Beziehung und 15 % auf die Erwartungshaltung von Patienten und Patientinnen entfallen (Asay & Lambert, 1999). Diese Publikation war der Auftakt für weitere empirische Studien, in denen vergleichbare Resümeees gezogen wurden, in dem die Bedeutung allgemeiner Wirkfaktoren für das Therapieergebnis betont wurde (zusammenfassend Wampold, 2015). Eine allgemeingültige exakte prozentuale Verteilung der Wirkfaktoren, wie in der oben genannten Studie, gibt es letztlich nicht, da die Berechnung von theoretischen Überlegungen und methodischen Forschungsstrategien abhängt, die je nach Autor und Autorin variieren können. Letztlich ist das auch nicht wichtig. Entscheidend ist die übereinstimmende Schlussfolgerung, dass allgemeine Wirkfaktoren maßgeblich zur Wirksamkeit einer therapeutischen Zusammenarbeit beitragen, unabhängig von den spezifischen Interventionen.

Jeder einzelne Wirkfaktor, allgemein und spezifisch, ist bedeutsam. Doch um noch besser zu verstehen, wie therapeutische Wirkung entsteht, muss bedacht werden, dass die Faktoren nicht nur für sich eine Wirkung erzielen, sondern miteinander interagieren, das heißt sich gegenseitig beeinflussen, gemeinsam wirken und so im besten Fall einen synergetischen Effekt erzielen können. So kann beispielsweise eine als empathisch und unterstützend erlebte Therapeutin die Erwartung eines Patienten,

dass die Zusammenarbeit hilfreich sein könnte, positiv beeinflussen. Seine Motivation aktiv mitzuarbeiten, steigt und möglicherweise setzt er wünschenswerte Verhaltensveränderungen im Alltag konsequenter um. Zum Beispiel regelmäßiger Sport zu treiben oder Unterstützungsangebote aus dem sozialen Umfeld in Anspruch zu nehmen. Therapiefortschritte werden so wahrscheinlicher.

Das Verhältnis von allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren ist am besten zu verstehen, wenn man sich vorstellt, dass die spezifischen in die allgemeinen eingebettet sind. Eine spezifische Technik kann erst durch allgemeine Faktoren ihre volle Wirkung entfalten, denn:

Patienten reagieren nicht auf das technische Handeln des Therapeuten, sondern auf ihre Wahrnehmung dieser Handlungsweisen. Die Wirksamkeit einer Technik hängt deshalb von der Bedeutung ab, die sie im interpersonalen Kontext für den Patienten erlangt (Pfammatter et al., 2012, S. 24).

An dieser Stelle wird deutlich, dass das subjektive Erleben therapeutischer Interaktionen für Patienten und Patientinnen mitentscheidenden Charakter für den Behandlungserfolg hat. Anders formuliert: Wie erlebt wird, was in der Zusammenarbeit gemacht wird, ist von großer Bedeutung für das Therapieergebnis. Diese Erkenntnis sollten Therapeutinnen und Therapeuten für alle Formen der Therapeut-Patient-Interaktion verinnerlichen.

Gilt das nun beschriebene auch für andere Health Professionals, also Fachkräfte in Gesundheitsberufen? Ja, das darf, nein muss sogar so angenommen werden. Zwar ist die Forschungstradition zur Frage nach dem *Was wirkt* in der Psychologie stärker ausgeprägt als in anderen Berufsgruppen. Doch neben der alltäglichen erfahrungsbasierten Einschätzung, dass die in der psychologischen Forschung gefundenen Erkenntnisse grundsätzlich auch in anderen Berufen mit beratendem oder betreuendem zwischenmenschlichem Charakter gültig sein müssten, existieren auch eigenständige Theo-

rieansätze und empirische Befunde, die die Übertragbarkeit stützen. So haben Forschungsbeiträge auf eine vergleichbare Bedeutung der allgemeinen Wirkfaktoren in der Physiotherapie und anderen körperorientierten Therapieformen (Gebhard, 2013; Jensen & Kelley, 2016; Miciak et al., 2012), in der Sozialen Arbeit (Haunberger & Jörg, 2023; McMahon et al., 2004) und in helfenden Berufen generell (Wampold & Flückiger, 2023) hingewiesen.

Bis hierhin kann festgehalten werden, dass die Forschung zur Bedeutung der allgemeinen und spezifischen psychologischen Wirkfaktoren hilft zu verstehen, dass Health Professionals und sicherlich allgemein Menschen in Berufen mit beratendem oder betreuendem Charakter zwei Kompetenzen benötigen, um bestmöglich wirksam zu sein: Ihre charakteristische berufliche Fachkompetenz und Coachingkompetenz.

Coachingkompetenz

Coachingkompetenz wird hier definiert als die Gestaltung allgemeiner Wirkfaktoren und die Anwendung von spezifischen psychologischen Prinzipien und Methoden zur Förderung der Wirksamkeit einer Zusammenarbeit.

Es existieren mittlerweile eine ganze Reihe von empirischen Befunden, die eindrücklich dokumentieren, dass kombinierte Behandlungskonzepte, also berufliche Fachkompetenz mit der ausdrücklichen Berücksichtigung von Coachingkompetenz, effektiver und erfolgsversprechender sind als Behandlungsansätze, die sich in erster Linie auf die berufliche Fachkompetenz fokussieren. Um die Breite der Überlegenheit eines kombinierten Behandlungsansatzes im Gesundheitsbereich aufzuzeigen, seien einige Befunde an dieser Stelle stellvertretend genannt. So lohnt sich ein erster Blick auf eine große Zielgruppe und von Health Professionals mitunter als herausfordernd erlebte Zusammenarbeit, nämlich chronische Schmerzpatienten und -patientinnen (ausführlich s. Kap. 6).

Farrell et al. (2023) resümieren in ihrer Metaanalyse, dass Patienten und Patientinnen mit chronischen Nackenschmerzen und akutem Schleudertrauma von Behandlungskonzepten mit anteiligen psychologischen Interventionen (u. a. Stärkung der Selbstwirksamkeit, Stressbewältigung, Problemlösung, Psychoedukation, Körperwahrnehmung, Aktivitätsaufbau, Selbstregulationsmanagement, Entspannung) stärker profitieren als ohne psychologische Interventionen. Zahlreiche Übersichtsarbeiten zur Behandlung von chronischem Schmerz im Allgemeinen kommen zum gleichen Ergebnis (u. a. Guerrero et al., 2018; Wilson & Cramp, 2018). Kinney et al. (2020) zeigen in ihrer Übersichtsarbeit, dass eine als positiv erlebte Therapeut-Patient-Beziehung bei chronischen Schmerzpatient*innen zu einem geringeren Schmerzerleben führt. Eine gute therapeutische Beziehung wirkt außerdem bei Patienten und Patientinnen förderlich auf die Adhärenz (Therapietreue, im Sinne von aktiver Mitarbeit und Einhalten von Therapiezielen und Empfehlungen), sie bewirkt eine Verbesserung von depressiver Begleitsymptomatik, eine höhere allgemeine Lebenszufriedenheit und eine Verbesserung von körperlichen Funktionen und sie führt zu einer größeren Mobilität (Hall et al., 2010; Orom et al., 2018).

Eindrücklich sind auch die Befunde einer Studie, in der das Ziel verfolgt wurde, die präoperativen Erwartungen von Herzpatient*innen durch psychologische Interventionen positiv zu beeinflussen (Rief et al., 2017). Patient*innen, mit denen präoperativ individuelle psychologische Gespräche geführt wurden, berichteten postoperativ von einer höheren körperlichen Fitness und Lebensqualität und wiesen nachweislich niedrigere Entzündungswerte im Blut auf als Patient*innen ohne psychologisches Gesprächsangebot. Nicht unerwähnt soll dabei bleiben, dass die Einbeziehung einer psychologischen Behandlungskomponente zusätzlich einen ökonomischen Vorteil mit sich brachte. Die so behandelten kardiologischen Patient*innen verbrachten weniger

Tage in der Klinik und erzeugten dadurch weniger Kosten (Auer et al., 2017).

1.2 Das 1×1 der Coachingkompetenz

Wir haben Zeit!

In Deutschland beträgt die Dauer eines durchschnittlichen Arztbesuchs 7,6 Minuten, in der Schweiz 17 Minuten und in Österreich 5 Minuten (Irving et al., 2017). Eine Behandlungseinheit in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie dauert zwischen 20 und 60 Minuten. Ein häuslicher Pflegebesuch kann länger sein. Ist das genügend Zeit für eine zielführende Zusammenarbeit? Das lässt sich pauschal weder bejahen noch verneinen. Und doch sind es die Zeitspannen, in denen neben der beruflichen Fachkompetenz die Coachingkompetenz Wirkung entfalten kann.

In der Haltung, in der Beziehungs- und in der Kommunikationsgestaltung von Health Professionals zeigt sich Coachingkompetenz.

Im vorangegangenen Kapitelteil wurde deutlich, dass die therapeutische Beziehung und die Erwartungen von Patienten und Patientinnen eine wichtige Bedeutung für den Verlauf und das Ergebnis einer Zusammenarbeit haben. Erwartungen sind häufig durch persönliche Erfahrungen (z. B. vorherige Zusammenarbeiten mit einer Berufsgruppe), Empfehlungen (z. B. durch Freunde), Medien und gesellschaftliche Normen geprägt und beziehen sich auf Vorstellungen, Hoffnungen und Wünsche hinsichtlich:

- Ziele der Behandlung: Was möchte der Patient, die Patientin durch die Zusammenarbeit erreichen?
- Therapiemethoden: Welche Techniken oder Therapieansätze werden erwartet?
- Verlauf und Dauer: Wie schnell erhofft sich der Patient, die Patientin Fortschritte? Wie lange soll oder darf die Zusammenarbeit dauern?
- Rolle: Welche Rolle ist gewünscht? Soll Health Professional Ratgeber*in, Begleiter*in oder Experte*in sein?

- Ergebnisse: Welche Veränderungen oder Verbesserungen erhofft sich der Patient, die Patientin?

Welche Folgen hat es, wenn Patienten und Patientinnen eher zuversichtlich oder eher skeptisch zu Beginn oder während einer Zusammenarbeit sind? Es gilt der Grundsatz: Wer damit rechnet, dass die Zusammenarbeit hilft, macht auch mehr Fortschritte und erreicht ein besseres Ergebnis. Psychologisch spricht man von einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung. Es tritt ein, was man meint, dass eintreten wird. Positive Erwartungen steigern die Motivation und die aktive Mitarbeit (im Sinne von Adhärenz) im Therapieprozess. Realistische Erwartungen von Patienten und Patientinnen ermöglichen besser Fortschritte zu erkennen und Erfolgserlebnisse zu verspüren. Auf der anderen Seite können unrealistische oder negative Erwartungen zu Frustration, Stagnation und Resignation bis hin zum Abbruch der Zusammenarbeit führen (Benedetti, 2021; Camerone et al., 2025; Cormier et al., 2016; D'Aniello & Tambling, 2016; Peciña et al., 2015).

Erwartungen von Patienten und Patientinnen sind glücklicherweise nicht in Stein gemeißelt. Health Professionals, also Mediziner*innen, Therapeut*innen, Pflegekräfte und andere Menschen in Gesundheitsberufen können positiv Einfluss auf sie nehmen. Zuerst durch ihre innere Haltung gegenüber Patient*innen oder Klient*innen (je nach Beruf ist eine von beiden Bezeichnungen üblicher). Das Interesse an zwischenmenschlicher Zusammenarbeit und die Neugierde immer wieder Menschen mit ähnlichen Herausforderungen und Schwierigkeiten und doch individuellen Eigenheiten und Verläufen kennen zu lernen und sich auf sie einzulassen, ist nicht nur hilfreich, sondern notwendige Voraussetzung für eine bestmögliche Zusammenarbeit. Sie bildet die Basis für eine vertrauensvolle, wertschätzende und unterstützende Beziehung zu Patienten und Patientinnen, die entscheidenden Einfluss auf das Ergebnis der Zusammenarbeit hat, wie zahlreiche

Studien aus verschiedenen Gesundheitsberufen belegen (Birkhäuser et al., 2017; Norcross & Lambert, 2019; Prip et al., 2018; Wampold & Flückiger, 2023). Kennzeichen einer förderlichen Beziehungsgestaltung von Health Professionals sind:

- Empathie: Die Fähigkeit, die Gefühle und Gedanken des Gegenübers nachzuvollziehen, ohne zu urteilen. Das vermittelt Sicherheit und Verständnis.
- Akzeptanz: Jeder Mensch ist einzigartig. Es ist wichtig, dessen Individualität zu respektieren und eine wertfreie Haltung einzunehmen. Das fördert Offenheit und Ehrlichkeit.
- Authentizität: Echtheit, Ehrlichkeit und Offenheit des Health Professionals, um eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen.
- Transparenz: Die eigene Rolle und den Ablauf der Zusammenarbeit erklären und klar kommunizieren. Das sorgt für Sicherheit und beugt Missverständnissen vor.
- Zielvereinbarung: Auf Bedürfnisse und Erwartungen des Patienten, der Patientin eingehen und ein gemeinsames Therapieziel vereinbaren. Das zeigt Wertschätzung und fördert Motivation.
- Selbstreflexion: Die Fähigkeit, die eigene Haltung, Gedanken und Gefühle in der Zusammenarbeit wahrzunehmen und das eigene Verhalten zu steuern. Eine professionelle Distanz wahren.

Eine gute therapeutische Beziehung fördert die emotionale und kognitive Verarbeitung und ermöglicht funktionale Veränderungen bei Patienten und Patientinnen. Forschungsbefunde der letzten Jahre weisen darauf hin, dass positiv erlebte Beziehungen zu neurobiologischen Veränderungen führen, die positive Effekte auf die Gesundheit und das Wohlbefinden haben. So wurde beobachtet, dass durch positiv erlebte Beziehungen die Spiegel der Neurotransmitter und Hormone Oxytocin und Dopamin steigen und damit deren Wirkung (Durante et al., 2025; McParlin et al., 2023; Zilcha-Mano et al., 2020). Oxytocin wirkt blutdrucksenkend,

schmerzstillend, stressreduzierend, angstlösend, es unterstützt die Wundheilung und fördert den Fettstoffwechsel. Dopamin wirkt stimmungsaufhellend, fördert Motivation und Antrieb und steigert die Leistungsfähigkeit. Man könnte von einer Art physiologischem Flow sprechen, der durch eine gute Beziehung ausgelöst wird.

Nicht unerwähnt soll ein häufig unterschätztes Merkmal einer guten Therapeut-Patient-Beziehung sein: Humor. Gemeinsam Lachen verbindet, wie ich immer wieder in Zusammenarbeiten feststelle (siehe **Abbildung 1-2**), es fördert die gegenseitige Sympathie und sorgt für Leichtigkeit durch einen distanzierteren Umgang mit Herausforderungen und Problemen (Schmerzen, Ängste, körperliche Einschränkungen etc.). Humor fördert eine gute Kommunikation und hat nachweislich eine positive Wirkung auf die physische und psychische Gesundheit und das Wohlbefinden (Kferrer et al., 2022). Bemerkenswerterweise profitieren nicht nur Patienten und Patientinnen davon, denn „humor has favorable effects on



Abbildung 1-2: Momentaufnahme einer Zusammenarbeit bei der Beachvolleyball-Weltmeisterschaft (Weidig, privat)

both patients and health professionals“ (de Almeida & Nunes, 2020, S. 5).

Die Kennzeichen einer guten Beziehung sind über das Kommunikationsverhalten des Health Professionals erlebbar. Kommunikation gestaltet Beziehungen. Durch die richtige Art und Weise mit Patienten und Patientinnen zu kommunizieren wird aber nicht nur die Beziehung gefördert, sondern alle Aspekte von Coachingkompetenz können ihre Wirkung entfalten. Das heißt, in der Kommunikation drückt sich die Gestaltung der allgemeinen Wirkfaktoren aus und erfolgt die Anwendung spezifischer psychologischer Prinzipien und Methoden.

Beziehungen werden dialogisch gestaltet. Health Professionals sollten, gerade zu Beginn einer Zusammenarbeit, sich ihrer kommunikativen Wirkung bewusst sein. Der erste Eindruck, den sie bei ihrem Gegenüber erzeugen, bestimmt maßgeblich wie vertrauensvoll und aufgeschlossen ihnen begegnet wird. Patienten und Patientinnen möchten den Eindruck gewinnen, dass sich Health Professionals für sie persönlich interessieren, sie und ihr Anliegen ernst nehmen und Hilfestellung geben möchten (s. Kap. 5). *Ich komme richtig an* gelingt Health Professionals durch das Vermitteln von Sicherheit, Glaubwürdigkeit, Wertschätzung und Kompetenz.

Wie kann das gelingen? Kompetente Kommunikation lebt davon, das Wie der Kommunikation, also das Senden nonverbaler und verbaler Signale, und das Was, also der Sachinhalt einer Botschaft, miteinander in Einklang zu bringen, insbesondere in emotional bedeutsamen Situationen wie es ein Therapeut-Patient-Gespräch häufig sein kann. Kommunikation ist mehr als nur der Inhalt einer verbalen Botschaft. Die Art und Weise, wie etwas gesagt wird (z.B. Tonfall, Körpersprache) beeinflusst stark die Interpretation von Botschaften. Interessant dabei ist, dass nonverbale und verbale Signale nicht mal bewusst wahrgenommen werden müssen, um Einfluss darauf zu nehmen, sich im zwischenmenschlichen Kontakt wohl oder unwohl zu fühlen.

In einem der bekanntesten Zitate der Kommunikationspsychologie kommt die Bedeutung nonverbaler Kommunikation zum Ausdruck: „Man kann nicht nicht kommunizieren, denn jede Kommunikation (nicht nur mit Worten) ist Verhalten und genauso wie man sich nicht nicht verhalten kann, kann man nicht nicht kommunizieren.“ (Watzlawick et al., 2017, S. 60).

Wir senden immer Signale aus, gewollt oder nicht gewollt, bewusst oder unbewusst. Das heißt auch, dass die bloße Anwesenheit in Gegenwart von anderen Menschen schon ausreicht, um als Verhalten und damit als Kommunikation verstanden zu werden. Stellen Sie sich beispielsweise vor, Sie kommen als Patient*in in ein Behandlungszimmer und die dort anwesende Therapeutin sitzt an einem Laptop hinter einem Tisch, schaut Sie nicht an und sagt nichts bei Ihrem Eintreten. Was denken Sie? Richtig, Sie fangen an die Situation zu interpretieren. Möglicherweise finden Sie die Therapeutin unhöflich, vielleicht kommen Sie auf den Gedanken, dass sie noch beschäftigt ist oder Sie sind unsicher, was Sie machen sollen. Ihre persönliche Interpretation der Situation wird wahrscheinlich beeinflussen, was Sie als nächstes tun: Abwarten bis die Therapeutin (hoffentlich) aufblickt oder die Therapeutin ansprechen oder sich wortlos auf den Stuhl vor ihr setzen oder genervt reagieren, weil Sie länger warten mussten oder ...!?

Menschen interpretieren sehr individuell Verhalten und Situationen. Je uneindeutiger gesendete verbale und nonverbale Signale sind, desto größer wird der Interpretationsspielraum. Wenn eine bestimmte Wirkung erzielt werden soll, dann ist es wichtig eindeutige und kongruente Signale zu senden. Im genannten Beispiel wäre dies zuallererst Blickkontakt mit dem Patienten oder der Patientin aufzunehmen, eine freundliche Begrüßung mit Ansprache des Namens, eine einladende Geste hereinzukommen und gegebenenfalls der Hinweis, gleich Zeit und ungeteilte Aufmerksamkeit zu haben, sobald ein anderer Arbeitsprozess mit dem Laptop abgeschlossen worden ist (z.B. Beendigung

einer Dokumentation, Lesen eines Befundes). Ist der erste Eindruck gut, verzeiht der Patient und die Patientin spätere Kommunikationsstolperer eher.

Im Folgenden sind nun grundlegende Hinweise zum 1*1 der Kommunikationsgestaltung zusammengestellt. In den weiteren Kapiteln dieses Buches folgen daran anschließend themen- und anlassspezifische Hinweise zur Kommunikationsgestaltung.

In der Arbeit mit Patient*innen oder Klient*innen können folgende Tipps die Grundlage für eine wirksame nonverbale Kommunikation sein:

Grundlage für eine wirksame nonverbale Kommunikation

- Stellen Sie Blickkontakt her. Das vermittelt Interesse und Nähe.
- Zeigen Sie eine lebendige Gestik und Mimik (z.B. Kopfnicken als aufmunternde Geste, Lächeln, Gesten zur Unterstützung von verbalen Äußerungen). Es kann irritierend wirken, wenn beides sehr reduziert ist und so als fehlendes Interesse oder Ablehnung interpretiert werden (ein Problem übrigens, das häufig Parkinson-Patient*innen im Alltag haben. Krankheitsbedingt kann deren Mimik stark reduziert sein und dadurch den kommunikativen Austausch erschweren).
- Achten Sie auf Veränderungen des räumlichen Abstands zueinander. Während es für Health Professionals selbstverständlich ist, ihren Patienten und Patientinnen körperlich nah zu sein, ist es für jene nicht unbedingt so. Kündigen Sie an, wenn Sie etwas am Körper untersuchen oder behandeln wollen. Gegebenenfalls erklären Sie, weshalb Sie das tun.
- Gehen Sie zurückhaltend mit Düften um. Gerüche haben eine starke unmittelbare Wirkung, sie werden als angenehm oder unangenehm wahrgenommen. Bei großer körperlicher Nähe ist vom Auftragen von Parfüms abzuraten. Aus hygienischen Gründen spricht aber nichts gegen ein dezentes Deo.

- Achten Sie auf körperliche Reaktionen ihres Gegenübers während der Interaktion. Wenn Sie dort unvermittelte Veränderungen feststellen (z.B. Blickkontakt wird vermieden, gesteigener Muskeltonus, Veränderungen des Atemrhythmus), dann halten Sie einen Moment inne und fragen nach, wie das Erleben und Empfinden aktuell ist.

Ganz wichtig ist in diesem Zusammenhang zu wissen, dass es nicht DIE Körpersprache oder ein festes Vokabular der Körpersprache gibt. Inneres Erleben, im Sinne von Denken und Fühlen, ist Menschen nicht ohne Weiteres anzusehen. Alle körperlichen und auch verbalen Verhaltensäußerungen sind das Ergebnis eines individuellen Zusammenspiels von Person (Eigenschaften, Einstellungen, aktuelles Befinden, Motivation etc.) und Situation (Anlass, Uhrzeit, Ort, Anwesende etc.). Das bedeutet, dass einzelne nonverbale und verbale Signale nicht isoliert betrachtet und interpretiert werden sollten, sondern immer im Abgleich mit anderen Signalen, dem Wissen über die Person durch gemeinsame kommunikative Vorerfahrungen und der aktuellen situativen Gegebenheit.

Da es eine Vielzahl an Weiterbildungsangeboten zum Thema Kommunikation und Coaching gibt, möchte ich Sie hier zu folgender Haltung ermuntern: Seien Sie skeptisch, wenn ein Seminar oder ein Buch mit dem Ausblick angekündigt wird, dass Sie damit lernen könnten, wie man Menschen liest, z.B. aufgrund ihrer Augenbewegungen oder Gesten. Dieses Versprechen verkauft sich gut, aber entbehrt einer seriösen wissenschaftlichen Fundierung (Patterson et al., 2023; Wiseman et al., 2012). Eine umfassende Übersicht über die Wirkung nonverbaler Kommunikation in verschiedenen Kontexten, inklusive Studien zu Mimik, Gestik, Blickkontakt und Körperhaltung bietet das Buch von Knapp et. al (2021).

Das stärkste Therapeutikum, das die nonverbale Kommunikation bereithält und für die Zusammenarbeit mit Patienten und Patientinnen

genutzt werden kann, ist nach aktuellem Stand die Berührung. In einer Metaanalyse, die den Forschungsstand zusammenfasst, konnten die vielfältigen gesundheitsfördernden Effekte von körperlicher Berührung aufgezeigt werden (Packheiser et al., 2024). Berührungen, die erwünscht sind, also als angenehm empfunden werden, verbessern sowohl bei Menschen mit Erkrankungen als auch bei Gesunden die psychische und physische Gesundheit. Konkret wurde festgestellt, dass Berührungen zu einer Abnahme von Schmerzen, Depressivität, Angst und Stresserleben führen und dass Berührungen einen positiven Einfluss auf kardiovaskuläre Funktionen haben (u.a. blutdrucksenkend) und die Wundheilung fördern. Worauf ist beim Berühren zu achten? Häufige Berührungen sind effektiver, Dauer und Art der Berührung machen keinen Unterschied, Berührungen am Kopf wirken etwas intensiver als an anderen Körperstellen und bei Erwachsenen sind Berührungen von vertrauten Personen (Partner*in, Familie, Freunde) und Health Professionals vergleichbar wirksam. Bei Säuglingen wirken Berührungen durch die Eltern am stärksten.

Für das richtige Ankommen und die Verständigung mit Patienten und Patientinnen durch das Vermitteln von Sicherheit, Glaubwürdigkeit, Wertschätzung und Kompetenz bedarf es der Stimmigkeit von nonverbaler und verbaler Kommunikation. Das wirkungsvolle Senden nonverbaler Signale droht zu verpuffen, wenn verbale Signale nicht ebenfalls richtig eingesetzt werden. Prominentes Beispiel für einen Kardinalfehler in der verbalen Kommunikation ist das frühzeitige Unterbrechen von Patienten und Patientinnen. Studien haben seit den 1980er-Jahren wiederholt gezeigt, dass Mediziner*innen ihre Patient*innen nach wenigen Sekunden unterbrechen (durchschnittlich zwischen 11 und 24 Sekunden) und nur etwa ein Viertel der Patient*innen ihr Anliegen vollständig mitteilen können (Beckman & Frankel, 1984; Dyche & Swideriski, 2005; Marvel et al., 1999; Wilm et al., 2004). So gehen zum einen wichtige Informationen für die Diagnosestellung und die Therapieentscheidung bzw. Therapiedurchführung verloren und zum anderen fühlen sich Patienten und Patientinnen weniger verstanden, persönlich angesprochen und damit weniger wohl. Ein bedeutendes Merkmal

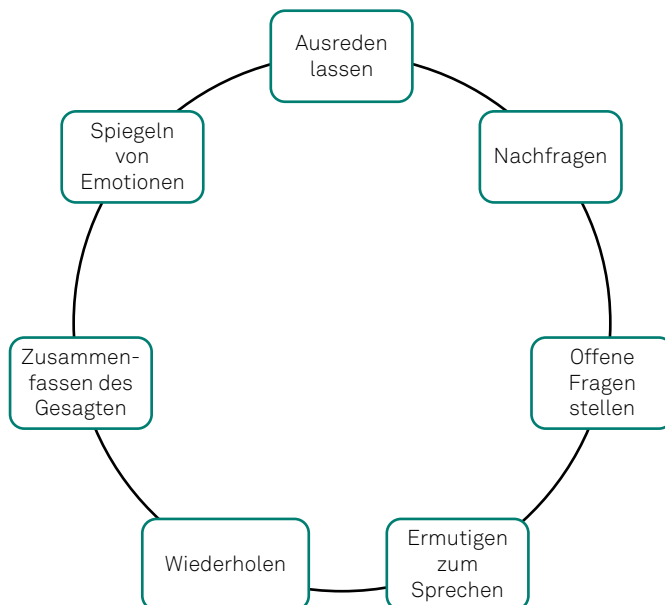


Abbildung 1-3:

Merkmale empathischen Zuhörens (modifiziert nach Kölfen, 2018)

verbaler Kompetenz ist das aktive Zuhören, auch empathisches Zuhören genannt. Es folgt dem Motto: Ich bin neugierig auf meinen Gesprächspartner bzw. meine Gesprächspartnerin. Gutes Zuhören bedeutet gut zu beobachten und nicht sofort das Gesagte zu bewerten.

In **Abbildung 1-3** ist dargestellt, mit welchen kommunikativen Mitteln empathisches Zuhören gelingen kann.

Gebräuchlich ist im Alltag zwischen non-verbaler und verbaler Kommunikation zu unterscheiden. Genau genommen wird beim Sprechen zwischen paraverbaler und verbaler Kommunikation unterschieden. Paraverbale Kommunikation ist die Art und Weise, wie etwas gesagt wird. Hierzu zählen: Tonfall und Stimmlage, Lautstärke, Sprechtempo und Sprachmelodie. Was gesagt wird, der Inhalt der Worte, wird als verbale Kommunikation bezeichnet. Beim Führen von beruflichen Gesprächen ist es hilfreich als Grundorientierung dem Leitsatz *Ich bin Expert*in in eigener Sache, mein Gesprächspartner bzw. meine Gesprächspartnerin nicht zu folgen*. Für die Gestaltung der Gesprächsführung empfiehlt sich neben dem empathischen Zuhören deshalb:

Gestaltung der Gesprächsführung

- Weniger ist mehr (an Informationsvermittlung, da die Verarbeitungskapazität individuell unterschiedlich ist und durch emotionale Reaktionen beeinflusst wird).
- Eine prägnante Ausdrucksweise: deutlich, eindeutig, Wichtiges betonen, kurze Aussagen, Tempo anpassen.
- Eine gemeinsame Sprache etablieren: patientenorientiert, Fachbegriffe erklären.
- Fragen stellen: Verständnisfragen bevorzugt offen stellen, also mehr als ja/nein-Antworten möglich. Suggestivfragen vermeiden.
- Verständniskontrolle durch Paraphrasieren (Wiederholen des Gesagten).
- Pausen machen (Pausen geben dem Gesprächspartner bzw. der Gesprächspartnerin

die Möglichkeit, das Gesagte zu verarbeiten).

- Eine sinnesorientierte Sprache nutzen, vor allem bildhaft, dies ermöglicht eine intensivere Verarbeitung und Wirkung des Gesagten (VAKOG-Prinzip = visuell, auditiv, kinästhetisch, olfaktorisch, gustatorisch; s. Kap. 3 und 4).

Ein kommunikatives Phänomen, das es bei der Gesprächsführung besser zu vermeiden gilt, ist der sogenannte Noceboeffekt. Als Noceboeffekt werden Beschwerden oder Symptomverschlimmerungen bezeichnet, die durch negative Erwartungen von Patienten und Patientinnen oder durch dysfunktionale Kommunikation des Health Professionals hervorgerufen werden. Exemplarisch kann die negative Wirkung eines Nocebos an einer Studie mit chronischen Rückenschmerzpatient*innen verdeutlicht werden, bei denen eine Schmerzerwartung kommunikativ provoziert wurde (Pfungsten et al., 2001). Dafür wurden die Patient*innen in zwei Gruppen aufgeteilt und sie sollten einen Beinbeugetest machen. Während Gruppe 1 vor Beginn mitgeteilt wurde, dass der Test zu einer leichten Schmerzzunahme führen kann, bekam Gruppe 2 gesagt, dass der Test keinen Einfluss auf das Schmerzerleben hat. Nach Durchführung des Tests wurde festgestellt, dass Gruppe 1 während der Durchführung stärkere Schmerzen angab und weniger Beinbeugen schaffte als Gruppe 2. Alleine die Ankündigung, dass die körperliche Aktivität das Schmerzerleben negativ beeinflussen könnte, führte zu einer schlechteren Leistung (hier gleichbedeutend mit einem geringeren körperlichen Trainingseffekt) und zu stärkerem Unwohlsein bei den Patient*innen der Gruppe 1. Der Noceboeffekt hat also objektiv und subjektiv negative gesundheitliche Folgen. Er ist in den letzten Jahren vielfach untersucht und bestätigt worden (Rooney et al., 2024). Bemerkenswert ist dabei auch, dass positive und negative Erwartungen nicht bewusst entstehen müssen. Gesichtsausdrücke von Health Professionals (z.B. Lächeln oder

Stirnrunzeln) werden auch unbewusst wahrgenommen und können bei Patienten und Patientinnen zu Eindrücken wie Wohlfühlen oder Unsicherheit führen (Jensen et al., 2012).

Weitere kommunikative Beispiele für potenzielle Noceboeffekte sind das Auslösen von Verunsicherung („Vielleicht hilft diese Übung/Medikation“, „Versuchen Sie Ihre Übungen regelmäßig zuhause zu machen“, „Das ist eine komplizierte Verletzung“, „Der Befund war negativ“), die negative Fokussierung der Aufmerksamkeit („Ist Ihnen übel?“, „Sie haben bestimmt beim Aufstehen häufig Schmerzen“) und die Unwirksamkeit von Verneinungen und Verkleinerungen („Sie brauchen keine Angst zu haben“, „Sie sollten jetzt keine Schmerzen haben“, „Das wird jetzt ein bisschen weh tun“). Noceboeffekte können kommunikativ vermieden werden, indem positive Suggestionen gegeben werden. Dazu zählen unter anderem das Nutzen eindeutiger Worte und das Fokussieren auf positive Wahrscheinlichkeiten („Diese Übung/Intervention ist für die meisten Patient*innen sehr hilfreich“), Ermutigen („Machen Sie Ihre Übungen regelmäßig, Sie können das“), Ablenken mit positiven Stimuli („Wo möchten Sie denn als nächstes Urlaub machen?“) und Erklären, wie eine Intervention wirkt und welche positiven Effekte zu erwarten sind („durch dieses Training werden Sie mehr Stabilität und Kraft in den Beinen bekommen und sicherer die Treppen steigen können“).

Ebenso ist es wichtig, für innerpsychische und situative Faktoren aufmerksam zu sein, die die Kommunikation beeinflussen, denn der berufliche Alltag ist nie gleich, sondern findet stets unter unterschiedlichen Voraussetzungen und Gegebenheiten statt. Hierzu zählen situativ: Zeitpunkt (Tageszeit, Wochentag, Intervall seit letztem Zusammentreffen), Ort (in therapeutischer Einrichtung, zuhause bei Patient*in, im Freien), Anlass des Treffens (Anamnese, Mitteilung guter/negativer Informationen, Routinetreffen, Ende der Zusammenarbeit) und anwesende Personen (alleine mit Patient*in oder mit Angehörigen, weitere Health Professionals

wie Vorgesetzte oder Praktikant*in). Wichtige innerpsychische Einflüsse sind: die eigene Befindlichkeit (wie geht’s mir aktuell?), die affektive Beziehung zum Patienten bzw. zur Patientin (Sympathie oder Ähnlichkeit), die gemeinsamen Vorerfahrungen und die Sicherheit im Umgang mit Patient*in und Erkrankung.

Um eine hohe Kommunikationsqualität zu gewährleisten, empfiehlt sich deshalb eine regelmäßige Selbstreflexion in zwei Schritten. Schritt eins: Ich nehme wahr, was gerade ist! Schritt zwei: Ich entscheide, wie ich damit umgehen möchte!

So kann es beispielsweise sehr sinnvoll sein, im Laufe des Arbeitstages wahrzunehmen, wie wach man sich fühlt, wie gut die aktuelle Konzentrationsfähigkeit ist und welche Aufgaben anstehen. Entsteht der Eindruck, dass die eigenen Ressourcen den aktuellen Anforderungen gewachsen sind, dann besteht kein Handlungsbedarf. Vielmehr darf Freude über das eigene Bereitsein und die eigene Belastbarkeit aufkommen. Bestehen hingegen Zweifel, ob ausreichend Ressourcen für eine wirkungsvolle Arbeit vorhanden sind (Müdigkeit, Unsicherheit im Umgang mit einem Krankheitsbild etc.), dann ermöglicht diese vorausschauende Einsicht initiativ zu werden und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, um den anstehenden Anforderungen gewachsen zu sein (Austausch mit erfahrenen Kolleg*innen zu einem Krankheitsbild, Mittagspause als Erholung bewusst nutzen, auflockernde Routinen zwischen Behandlungen etablieren etc.). Dabei ist zu betonen, dass Zweifel, Unsicherheit und das Wahrnehmen von Ressourcenendlichkeit kein Zeichen von Makel oder geringerer beruflicher Qualifikation und Eignung per se sind, sondern gesunde Selbsterkenntnis in einem anspruchsvollen und fordernden Beruf. Selbstfürsorge, Selbstverständnis und Rollenbewusstsein sind notwendige zentrale Aufgaben und Reflexionsprozesse in der Tätigkeit als Health Professional (s. Kap. 8).

Abschließend gehört zum 1*1 der Kommunikationsgestaltung und damit der Coachingkompetenz die Überprüfung, welche Wirkung in der therapeutischen Interaktion erzielt wurde. Wie bereits vorab ausgeführt, ist dafür ein wichtiges Kriterium, wie von den Beteiligten die Zusammenarbeit erlebt wird. Um Antworten darauf zu finden, sind Reflexionsfragen sinnvoll. Für Health Professionals können folgende Fragen an sich selbst hilfreich sein:

Hilfreiche Fragen für Health Professionals

Wenn ich an die (heutige) Zusammenarbeit mit meinem Patienten oder meiner Patientin denke,

- habe ich den Eindruck/das Gefühl, dass ...
- ist mir aufgefallen, dass ...
- hat mir gefallen, dass ...
- fand ich nicht so gut, dass ...

Beim nächsten Mal würde ich,

- genauso wieder machen ...
- mich anders verhalten ...
- wäre mir wichtig ...
- achte ich besonders auf ...

Hilfreiche Reflexionsfragen an Patient oder Patientin können lauten:

- Haben Sie sich (heute) verstanden gefühlt?
- Wie wohl haben Sie sich heute gefühlt?
- Was nehmen Sie aus unserer Zusammenarbeit mit?
- Was hat Ihnen gut gefallen?
- Hätten Sie sich etwas anderes gewünscht?
- Was erwarten Sie von unserer weiteren Zusammenarbeit?

Darüber hinaus können Rückmeldungen von Kolleg*innen und Vorgesetzten zur Frage, wie man auf andere wirkt, aufschlussreich sein (s. Kap. 9).

Es bleibt festzuhalten, dass Reflexionsprozesse helfen, sich der eigenen Wirkung bewusst zu werden und sich weiterzuentwickeln. Was sind kommunikative Stärken, auf die vertraut

werden kann und wie kann noch mehr Wirkung in der Zusammenarbeit erzielt werden, um Sicherheit, Glaubwürdigkeit, Wertschätzung und Kompetenz zu vermitteln?!

1.3 Gefühltes Wissen

Jedes Mal, wenn Menschen sich zum ersten Mal begegnen, entsteht ein unmittelbarer Eindruck. In nur einem Bruchteil einer Sekunde findet eine Einschätzung statt, wie attraktiv, vertrauenswürdig und sympathisch eine Person wirkt (Willis & Todorov, 2006). Der erste Eindruck beeinflusst, wie Menschen begegnet wird, wie man sich ihnen gegenüber verhält, ohne dass man genau sagen könnte, wie der erste Eindruck entstanden ist. Auch Health Professionals haben bei jedem neuen Patienten und jeder neuen Patientin einen ersten Eindruck. Ebenso kennen Sie aus der täglichen Zusammenarbeit Eindrücke und Einschätzungen wie: Die Patientin wirkt heute gestresst. Der Patient scheint wenig motiviert zu sein. Der Patient ist sehr fordernd. Die Patientin bedrückt etwas. Die Chemie zwischen uns könnte nicht stimmen.

Solche spontanen Eindrücke sind Intuitionen. Intuition ist gefühltes Wissen, das sehr schnell ins Bewusstsein tritt und dessen Ursprung unklar ist (Gigerenzer, 2021). Alltagssprachlich wird hierfür gerne der Begriff Bauchgefühl verwendet. Intuitionen können sehr hilfreich sein, weil sie Orientierung geben, Komplexität reduzieren und Beziehungen gestalten. Das bedeutet, dass Health Professionals Intuitionen auch für ihre Arbeit nutzen können. So kann eine gute Intuition helfen, den Prozess der Zusammenarbeit optimaler zu gestalten, wenn es gelingt Patienten und Patientinnen, sich selbst und die therapeutische Beziehung besser einzuschätzen.

Doch nicht jede Intuition trifft zu. Wie ist es möglich, der eigenen Intuition zu vertrauen beziehungsweise sie sinnvoll in der Arbeit zu nutzen? Um darauf eine Antwort zu geben, lohnt es sich zunächst einen Blick darauf zu werfen, wie

es zu Intuitionen kommt. Im zwischenmenschlichen Kontakt entstehen intuitive Eindrücke durch das Zusammenspiel von Informationen unterschiedlicher Quellen. Dazu gehören:

- 1) Wahrgenommene Merkmale einer Person: Alter, Geschlecht, Ethnie, Aussehen, Kleidung, (para-)verbale und nonverbale Signale wie Stimme, Sprache, Wortwahl, Gestik, Mimik, Körperhaltung und Duft
- 2) Vorerfahrungen mit einer Person
- 3) Lebenserfahrung und Kompetenz im Kontakt mit sich selbst und anderen Personen.

Kommt es zu einem Zusammentreffen mit einer Person, dann werden die wahrgenommenen Informationen und Merkmale mit den eigenen Vorerfahrungen und dem eigenen Vorwissen abgeglichen. Dies erfolgt ohne bewusste Wahrnehmung. Wenn dabei Gemeinsamkeiten gefunden werden, also Erfahrungswissen besteht, dann resultiert daraus ein Gedanke, eine emotionale oder körperliche Reaktion, welche(r) bereits in der Vergangenheit auftauchte. Intuitionen sind somit kognitive, emotionale oder körperliche Voreinstellungen, die häufig beeinflussen, wie man sich Personen gegenüber verhält. Dazu zählen insbesondere die Art und Weise mit ihnen zu kommunizieren, ob man ein eher sicheres oder unsicheres Auftreten hat und wie offen und interessiert man an der anderen Person ist.

Intuitionen können sehr hilfreich sein und Intuitionen sind per definitionem subjektiv gefärbt durch das eigene Erfahrungswissen. Um Intuition als hilfreiche Ressource für die Arbeit mit Patienten und Patientinnen nutzen zu können, empfiehlt sich eine Qualifizierung im Sinne einer Validierung gefühlten Wissens. Folgendes Vorgehen kann zu diesem Zweck hilfreich sein.

- 1) **Bewusstmachen von intuitiven Urteilen:** Damit das eigene Verhalten durch Intuitionen nicht unbewusst in eine Richtung gelenkt wird, ist es wichtig, sich durch Selbstbeobachtung intuitive Urteile bewusst zu

machen. Hilfreich sind dafür Reflexionsfragen wie folgende: „Was ist mein aktueller Eindruck von meinem Patienten oder meiner Patientin?“ „Wird bei mir etwas ausgelöst, wenn ich die Person wahrnehme?“ „Woran denke ich gerade?“ „Wie geht's mir in diesem Moment im Kontakt mit der Person?“ „Nehme ich einen Impuls wahr, etwas Bestimmtes sagen oder machen zu wollen?“

- 2) **Prüfen von Intuitionen mittels Kommunikation:** Aktiv Zuhören (vgl. Abbildung 1-3), intuitive Urteile als Hypothesen verstehen und durch Fragen an Patienten und Patientinnen prüfen. Beispielsweise „Ich habe den Eindruck, sie sind heute besonders gut drauf und motiviert. Könnte da was dran sein?“ „Als Sie gerade hereingekommen sind, hatte ich kurz das Gefühl, dass Sie etwas bedrückt. Was meinen Sie?“
- 3) **Wissen um das eigene aktuelle Befinden und die Wirkung der anderen Person:** Wie es einem selbst geht, kann ebenfalls unbewusst Verhaltenstendenzen hervorrufen beziehungsweise Intuitionen beeinflussen. Deshalb ist es wichtig, regelmäßig den Fokus auf sich selbst zu richten und zu entscheiden, ob einer guten Zusammenarbeit nichts im Wege steht oder ob etwas selbstregulatorisch unternommen werden sollte (1. Ich nehme wahr, was gerade ist und 2. Ich entscheide, wie ich damit umgehen möchte). Wenn zum Beispiel die Selbsteinschätzung ein höheres Maß an Müdigkeit und Unkonzentriertheit aufgrund des intensiven Arbeitstages offenbart, dann wäre es angezeigt, sich die Frage beantworten zu können: „Was kann ich tun, damit ich wieder etwas mehr Energie bekomme, bevor der nächste Termin stattfindet?“ Antwortmöglichkeiten könnten sein: „Ich habe zu wenig gegessen. Ein Apfel oder Müsliriegel wird mir guttun.“ „Ich gehe kurz an die frische Luft und lasse mir anschließend kaltes Wasser über die Handgelenke laufen, das erfrischt mich.“ „Ich nehme mir eine Minute Zeit und aktiviere mich körperlich“.

Der Fokus auf sich selbst hilft außerdem noch aus einem zweiten wichtigen Grund. Wie attraktiv oder sympathisch Personen empfunden werden, löst unterschiedliche Verhaltenstendenzen aus. Je attraktiver oder sympathischer eine Person eingeschätzt wird, desto motivierter ist man in der Zusammenarbeit und man beurteilt sie positiver. Hilfreich ist deshalb, genau das bei sich wahrzunehmen, ob Attraktivität oder Sympathie eine Rolle spielen. Gerade für den Fall, dass eine Person als unsympathisch empfunden wird, ist es sinnvoll, sich zu fragen, ob dies das Resultat eines konkreten Verhaltens der Person ist, wie etwa: die Person betont häufig, dass sie trotz der Zusammenarbeit keine gesundheitlichen Fortschritte macht oder sie kommt regelmäßig zu spät zu vereinbarten Terminen. In diesem Fall empfiehlt sich eine kommunikative Klärung, damit sich das negative Empfinden der Person gegenüber nicht noch weiter verstärkt, sondern bestenfalls abnimmt (z. B. „Sind die Erwartungen des Patienten, der Patientin an die Zusammenarbeit realistisch?“ oder „Wie können wir zukünftig pünktlich bei vereinbarten Terminen beginnen?“).

Literatur

- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 23–55). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11132-001>
- Auer, C. J., Laferton, J. A. C., Shedden-Mora, M. C., Salzmann, S., Moosdorf, R. & Rief, W. (2017). Optimizing preoperative expectations leads to a shorter length of hospital stay in CABG patients: Further results of the randomized controlled PSY-HEART trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 97, 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.04.008>
- Beckman, H. B. & Frankel, R. M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, 101, 692–696. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-101-5-692>
- Benedetti, F. (2021). *Placebo effects – Understanding the other side of medical care*. Oxford University Press.
- Birkhäuser, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C. & Gerger, H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 12(2), e0170988. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170988>
- Camerone, E. M., Rossetini, G., Bialosky, J. E. & Carlino, E. (2025). Editorial: The role of expectations on treatment outcomes: From the experimental context to the clinical practice. *Frontiers in Psychology*, 16, e1585791. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1585791>
- Cormier, S., Lavigne, G. L., Choinière, M. & Rainville, P. (2016). Expectations predict chronic pain treatment outcomes. *Pain*, 157(2), 329–338. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000379>
- D’Aniello, C. & Tambling, R. B. (2016). The effect of expectations on intention to persist in therapy. *American Journal of Family Therapy*, 45(1), 37–50. <https://doi.org/10.1080/01926187.2016.1223568>
- de Almeida, C. V. & Nunes, C. (2020). Humor is important in healthcare relationship? *Open Access Library Journal*, 7, e6372.
- Durante, C., Vincenzo, G. D., Minutoli, A., Nicolais, G. & Carola, V. (2025). The role of oxytocin as an indicator of outcome and therapeutic alliance. *Research in Psychotherapy*, 28(2), 842. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2025.842>
- Dyche, L. & Swiderski, D. (2005). The effect of physician solicitation approaches on ability to identify patient concerns. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 267–270. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40266.x>
- Farrell, S. F., Edmunds, D., Fletcher, J., Martine, H., Mohamed, H., Liimatainen, J. & Sterling, M. (2023). Effectiveness of psychological interventions delivered by physiotherapists in the management of neck pain: a systematic review with meta-analysis. *Pain Reports*, 8(3), e1076. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000001076>
- Gebhard, B. (2013). Wirkfaktoren in der Physiotherapie – Theorie und Empirie. *Physiotherapie*, 6, 14–18.
- Gigerenzer, G. (2021). *Bauchentscheidungen – Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition*. Pantheon.
- Grencavage, L. M. & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and*

- Practice*, 21, 372–378. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.21.5.372>
- Guerrero, A. V. S., Maujean, A., Campbell, L. & Sterling, M. (2018). A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions delivered by physiotherapists on pain, disability and psychological outcomes in musculoskeletal pain conditions. *The Clinical Journal of Pain*, 34, 838–857.
- Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J. & Ferreira, M. L. (2010). The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: A systematic review. *Physical Therapy*, 90, 1099–1100. <https://doi.org/10.2522/ptj.20090245>
- Haunberger, S. & Jörg, T. (2023). Was wirkt für wen, wie und unter welchen Bedingungen? Wirkungsmodelle, Wirkfaktoren und Wirkungen in der Bewährungshilfe im Blick. In S. Ottmann & J. König (Hrsg.), *Wirkungen im Blick – Wirkungsorientierung in der Sozialen Arbeit und Sozialwirtschaft. Tagungsdokumentation der Transferkonferenz. Forschung, Entwicklung, Transfer - Nürnberger Hochschulschriften* (Nr. 53, S. 61–71). Evangelische Hochschule Nürnberg.
- Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A. & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: A systematic review of 67 countries. *BMJ open*, 7(10), e017902. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>
- Jensen, K. B., Kaptchuk, T. J., Kirsch, I., Raicek, J., Lindstrom, K. M., Berna, C., Gollub, R. L., Ingvar, M. & Kong, J. (2012). Nonconscious activation of placebo and nocebo pain responses. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109, 15959–15964. <https://doi.org/10.1073/pnas.1202056109>
- Jensen, K. & Kelley, J. M. (2016). The therapeutic relationship in psychological and physical treatments, and their placebo controls. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3, 132–145. <https://doi.org/10.1037/cns0000057>
- Kfrerer, M. L., Rudman, D. L., Aitken Schermer, J., Wedlake, M., Murphy, M. & Marshall, C. A. (2022). Humor in rehabilitation professions: a scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 45, 911–926. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2048909>
- Kinney, M., Seider, J., Beaty, A. F., Coughlin, K., Dyal, M. & Clewley, D. (2020). The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiotherapy Theory and Practice*, 36, 886–898. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1516015>
- Knapp, M. L., Hall, J. A. & Horgan, T. G. (2021). *Non-verbal Communication in Human Interaction*. Kendall Hunt.
- Kölfen, W. (2018). *Ärztliche Gespräche, die wirken – Erfolgreiche Kommunikation in der Kinder- und Jugendmedizin*. Springer.
- Lambert, M. J. (2013). *The common factors in therapy*. American Psychological Association.
- Marvel, M. K., Epstein, R. M., Flowers, K. & Beckman, H. B. (1999). Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*, 116, 283–287. <https://doi.org/10.1001/jama.281.3.283>
- McMahon, B. T., Shaw, L. R., Chan, F., Danczyk-Hawley, C. (2004). “Common factors” in rehabilitation counseling: Expectancies and the working alliance. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 20, 101–105. <https://doi.org/10.3233/JVR-2004-00233>
- McParlin, Z., Cerritelli, F., Manzotti, A., Friston, K. J. & Esteves, J. E. (2023). Therapeutic touch and therapeutic alliance in pediatric care and neonatology: An active inference framework. *Frontiers in Pediatrics*, 11, e961075. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.961075>
- Meier, D., Tschacher, W., Moggi, F., Frommer, A., Küttel, L., Pfammatter, M. (2022). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie empirisch konzeptualisieren: Die Faktorenstruktur des Wochen-erfahrungsbogens (WEB). *Psychiatrische Praxis*, 49, 262–270. <https://doi.org/10.1055/a-1673-3867>
- Miciak, M., Gross, D. P. & Joyce, A. A. (2012). Review of the psychotherapeutic “common factors” model and its application in physical therapy: The need to consider general effects in physical therapy practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 394–403. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00923.x>
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2019). *Psychotherapy relationships that work – Evidence-based responsiveness*. Oxford University Press.
- Orom, H., Underwood, W., Cheng, Z., Lynn Homish, D. & Scott, I. Y. (2018). Relationships as medicine: Quality of the physician-patient relationship determines physician influence on treatment recommendation adherence. *Health Research and Educational Trust*, 53, 580–596.
- Packheiser, J., Hartmann, H., Fredriksen, K., Gazzola, V., Keyers, C. & Michon, F. (2024). A systematic review and multivariate meta-analysis of the phy-

- sical and mental health benefits of touch interventions. *Nature Human Behavior*, 8, 1088–1107. <https://doi.org/10.1038/s41562-024-01841-8>
- Patterson, M. L., Fridlund, A. J. & Crivelli, C. (2023). Four misconceptions about nonverbal communication. *Perspectives on Psychological Science*, 18, 1388–1411. <https://doi.org/10.1177/17456916221148142>
- Peciña, M., Bohnert, A. S. B., Sikora, M., Avery, E. T., Langenecker, S. A., Mickey, B. J. & Zubieta, J.-K. (2015). Association between placebo-activated neural systems and antidepressant responses: Neurochemistry of placebo effects in Major Depression. *JAMA Psychiatry*, 72, 1087–1094. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1335>
- Pfammatter, M., Junghan, U. & Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychotherapie*, 17, 17–31.
- Pfingsten, M., Leibing, E., Harter, W., Kröner-Herwig, B., Hempel, D., Kronshage, U & Hildebrandt, J. (2001). Fear-avoidance behavior and anticipation of pain in patients with chronic low back pain: A randomized controlled study. *Pain Medicine*, 2, 259–266. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4637.2001.01044.x>
- Prip, A., Møller, K. A., Nielsen, D. L., Jarden, M., Olsen, M.-H. & Danielsen, A. K. (2018). The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting: A Systematic Review. *Cancer Nursing*, 41(5), E11–E22. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000533>
- Rief, W., Shedden-Mora, M. C., Laferton, J. A., Auer, C., Petrie, K. J., Salzmann, S., Schedlowski, M. & Moosdorf, R. (2017). Preoperative optimization of patient expectations improves long-term outcome in heart surgery patients: results of the randomized controlled PSY-HEART trial. *BMC Medicine*, 15(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0767-3>
- Rooney, T., Sharpe, L., Todd, J., Tang, B. & Colagiuri, B. (2024). The nocebo effect across health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology*, 43, 41–57. <https://doi.org/10.1037/hea0001326>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14, 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E. & Flückiger, C. (2023). The alliance in mental health care: conceptualization, evidence and clinical applications. *World Psychiatry*, 22, 25–41. <https://doi.org/10.1002/wps.21035>
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (2017). *Menschliche Kommunikation – Formen, Störungen, Paradoxien*. Hans Huber.
- Willis, J. & Todorov, A. (2006). First impressions: Making up your mind after 100 ms exposure to a face. *Psychological Science*, 17, 592–598. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01750.x>
- Wilm, S., Knauf, A., Peters, T. & Bahrs, O. (2004). Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 80, 53–57. <https://doi.org/10.1055/s-2004-44933>
- Wilson, S. & Cramp, F. (2018). Combining a psychological intervention with physiotherapy: A systematic review to determine the effect on physical function and quality of life for adults with chronic pain. *Physical Therapy Reviews*, 23, 214–226. <https://doi.org/10.1080/10833196.2018.1483550>
- Wiseman, R., Watt, C., ten Brinke, L., Porter, S., Couper, S.-L. & Rankin, C. (2012). The Eyes don't have it: Lie detection and Neuro-Linguistic Programming. *PLoS ONE*, 7(7), e40259. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040259>
- Zilcha-Mano, S., Shamay-Tsoory, S., Dolev-Amit, T., Zagoory-Sharon, O. & Feldman, R. (2020). Oxytocin as a biomarker of the formation of therapeutic alliance in psychotherapy and counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 67, 523–535. <https://doi.org/10.1037/cou0000386>

2 Kommunikation für Fortgeschrittene

Im ersten Teil dieses Kapitels wird das Kompetenzerleben von Patienten und Patientinnen als wichtiger Faktor für die Zusammenarbeit und das Therapieergebnis vorgestellt. Je ausgeprägter das Zutrauen von Patienten und Patientinnen ist, selbst in der Lage zu sein, den Therapieverlauf positiv zu beeinflussen, desto besser ist die Prognose für gesundheitliche Fortschritte und die subjektive Lebensqualität. Health Professionals wird aufgezeigt, wie sie mit einem ressourcen- und lösungsorientierten Kommunikationsstil das Kompetenzerleben ihrer Patienten und Patientinnen im Sinne von Hilfe zur Selbsthilfe fördern können. Anschließend werden drei unterschiedliche Beziehungstypen in der Zusammenarbeit vorgestellt und wie ein jeweils passendes kommunikatives Vorgehen aussehen kann.

Im zweiten Teil dieses Kapitels wird das Konzept des Shared Decision Makings vorgestellt. Wichtige medizinische und therapeutische Entscheidungen werden dabei gemeinsam getroffen. Health Professionals binden ihre Patienten und Patientinnen durch einen entsprechenden kommunikativen Leitfaden in die Zusammenarbeit ein. Deutlich wird, dass sowohl Patienten und Patientinnen als auch Health Professionals von einer partnerschaftlichen Kommunikation auf Augenhöhe profitieren und dass eine nachhaltige Verankerung eines solchen Ansatzes im Gesundheitssystem gelingen kann.

2.1 Kompetenzerleben und Kompetenzvermittlung

Thorsten Weidig

Im vorangegangenen Kapitel ist deutlich geworden, dass der Verlauf und das Ergebnis einer Rehabilitation, Therapie oder medizinischen, pflegerischen Betreuung wesentlich davon abhängen, wie Patienten und Patientinnen die therapeutische Interaktion, die Zusammenarbeit mit Health Professionals subjektiv erleben.

Das subjektive Erleben mit der Überzeugung, dass die Zusammenarbeit hilfreich und zielführend ist, ist aber nicht das einzig wichtige. Mindestens ebenso wichtig ist die Überzeugung, selbst im Stande zu sein, positiv Einfluss nehmen zu können auf den Verlauf einer Erkrankung, Verletzung oder Einschränkung und ein gewünschtes Therapieergebnis erreichen zu können. Dieses subjektive Kompetenzerleben wird psychologisch als Selbstwirksamkeit bezeichnet. Selbstwirksamkeit beschreibt die Einschätzung beziehungsweise Erwartung einer Person, aufgrund eigener Kompetenzen eine Aufgabe erfolgreich ausführen zu können und so ein angestrebtes Ziel erreichen zu können (Bandura, 1997). Je kompetenter sich eine Person wahrnimmt (nicht, wie kompetent sie tatsächlich ist!), desto ambitioniertere Ziele wird sie sich setzen und desto größer wird ihre Anstrengung und Ausdauer sein, um diese Ziele zu erreichen. Folgende Überzeugungen sind charakteristisch für eine ausgeprägte Selbstwirksamkeit in herausfordernden Situationen (Schwarzer & Jerusalem, 2002):

Selbstwirksamkeit

- Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.
- Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut damit zurechtkommen kann.
- Ich kann auf meine Fähigkeiten vertrauen, wenn Schwierigkeiten auftreten.

Zahlreiche Forschungsarbeiten belegen, dass die Selbstwirksamkeit von Patienten und Patientinnen einen wichtigen, mitunter entscheidenden Einfluss auf den Therapieverlauf und das Therapieergebnis hat (Mol et al., 2022; O’Leary, 1985; Szczepańska-Gieracha & Mazurek, 2020; You et al., 2025). Konkret konnte festgestellt werden, dass eine hohe Selbstwirksamkeit von Patienten und Patientinnen zu folgenden positiven Verhaltensaspekten und Konsequenzen führt:

- **Höhere Motivation und Ausdauer:** Der Glaube an die eigenen Fähigkeiten fördert Engagement und Durchhaltevermögen.
- **Verbesserte Adhärenz:** Therapievorschläge, Übungen oder Verhaltensänderungen werden eher umgesetzt.
- **Förderung von Autonomie:** Patient*innen entwickeln mehr eigenständige Problemlösefähigkeiten anstelle von passiver Abhängigkeit.
- **Stabilere Therapeut-Patient-Beziehung:** Gemeinsames Ziel- und Entscheidungsfinden wird erleichtert.
- **Geringeres Stresserleben:** Bessere Bewältigungsstrategien stärken die Resilienz (Widerstandsfähigkeit), die Anpassungsfähigkeit und reduzieren Angst gegenüber Herausforderungen und Rückschlägen in der Behandlung.
- **Höheres Wohlbefinden:** Therapiefortschritte stärken das Vertrauen in den therapeutischen Prozess und das Vertrauen in die eigenen Kompetenzen.

- **Positiverer Therapieverlauf:** Es werden bessere Therapiefortschritte und Therapieergebnisse erzielt.

Das eigene Kompetenzerleben ist ein dynamischer Prozess, der in einer Person stattfindet und der davon abhängt, wie die eigenen Ressourcen eingeschätzt werden. Ressourcen sind Kraftquellen und können genutzt werden, um den Heilungsprozess und die Zielerreichung zu fördern (Flückiger & Wüsten, 2021; Grawe & Grawe-Gerber, 1999). Dazu zählen insbesondere persönlichen Stärken, Fähigkeiten, Einstellungen und Motivationen. Die wahrgenommene Unterstützung durch das soziale Umfeld (Familie und Freunde) und wie optimistisch der Blick auf das gegenwärtige und das zukünftige Leben ist, sind weitere sehr wichtige Ressourcen. Ebenso können eine vormalige positive Erfahrung und Bewältigung eines herausfordernden oder belastenden Ereignisses eine bedeutende Ressource sein. Wer schon einmal die Erfahrung gemacht hat, eine schwerere Erkrankung oder Verletzung durch das eigene Zutun überstanden zu haben, wird zuversichtlicher und tatkräftiger einer erneuten gesundheitlichen Einschränkung begegnen. Nun zeigt sich in der täglichen Arbeitspraxis immer wieder, dass Patienten und Patientinnen sich ihrer Ressourcen nicht oder zu wenig bewusst sind oder sich nicht zutrauen, eigene Ressourcen entwickeln zu können. Zudem neigen nicht wenige Menschen dazu, negative Veränderungen schneller und intensiver wahrzunehmen als Fortschritte und Erfolgserlebnisse (O’Brien, 2019). Das fehlende Bewusstsein für die eigenen Ressourcen und die Erwartung, dass Entwicklungen eher negativ verlaufen und eher Probleme auftreten werden, schmälert das Kompetenzerleben und damit das aktive Mitwirken am Therapieprozess.

Health Professionals haben die Möglichkeit, die Selbstwirksamkeit ihrer Patienten und Patientinnen durch eine *ressourcen- und lösungsorientierte Kommunikation* zu stärken. Ziele einer solchen Kommunikation sind:

- Ressourcenaktivierung, im Sinne einer Identifikation und Mobilisierung von persönlichen Stärken, Fähigkeiten, Motivationen und positiven Erfahrungen der Patienten und Patientinnen.
- Kognitive, emotionale und verhaltensorientierte Lösungsansätze zu entwickeln und dabei die Ressourcen der Patienten und Patientinnen zu nutzen. Dadurch entstehen neue Handlungsmöglichkeiten für Patienten und Patientinnen, um aktiv den Behandlungsprozess mitzugestalten und zu bewältigen oder die aktuell als problematisch erlebte Situation zu verbessern.

Wie vorteilhaft eine so gewählte Kommunikation sein kann und wie leicht sie in die praktische Arbeit als Health Professional integriert werden kann, zeigt eine Fallstudie, bei der untersucht wurde, wie sich ein ressourcen- und lösungsorientiertes Vorgehen auf den Rehabilitationsprozess nach einer Kreuzbandverletzung auswirkt (Göldi & Weidig, 2023).

Ein ressourcen- und lösungsorientierter Kommunikationsansatz folgt dem Grundgedanken, dass jeder Patient, jede Patientin die für ihn bzw. sie besten Lösungen in sich selbst trägt, die es gemeinsam zu entdecken oder zu entwickeln gilt (Bamberger, 2025; Franklin et al., 2011). Ganz nach dem Motto: Jeder und jede ist der beste Experte bzw. die beste Expertin für sich selbst.

Diese Annahme hat maßgeblich Einfluss auf die Haltung und den konkreten Kommunikationsstil von Health Professionals. Stellen Sie sich dazu folgendes vor: Sie sitzen gemeinsam mit Ihrem Patienten oder Ihrer Patientin in einem Segelboot auf dem Weg zur Schatzinsel, dem Therapieziel. Sie möchten, dass Ihr Patient, Ihre Patientin das Ruder übernimmt und den individuell passenden Kurs zum Ziel einschlägt und verfolgt. Wie kann Ihre Unterstützung dabei aussehen? Als Experte bzw. Expertin in Sachen Gesundheit und Therapie dürfen Sie aufgrund Ihres Wissens und Ihrer Erfahrung Tipps geben, diese können hilfreich und pas-

send sein (z. B. wie Sie es angehen würden; was die Fachliteratur dazu sagt; was anderen Patient*innen schon geholfen hat). Und Sie haben eine zweite Möglichkeit: Sie können an den Ressourcen Ihrer Patienten und Patientinnen orientiert, Hilfe zur Selbsthilfe geben. In diesem Fall geben Sie nicht den Kurs vor, sondern unterstützen durch einen prozessberatenden Kommunikationsstil.

Eine prozessberatende Kommunikation zeichnet sich wesentlich dadurch aus, dass konstruktive Fragen von Ihnen Patienten und Patientinnen die Erfahrung wachsender Kompetenz ermöglichen, indem das Beantworten der Fragen gleichbedeutend ist mit dem Finden der individuell besten Lösungen!

Der kommunikative Fokus liegt so also weniger auf dem Geben denkbarer Antworten als vielmehr auf dem Stellen guter Fragen. Diese werden im besten Sinne kombiniert mit dem 1×1 der Coachingkompetenz, wie es in Kapitel 1 vorgestellt wurde (Beziehungsgestaltung, empathisches Zuhören, lebendige Gestik und Mimik etc.).

2.1.1 Gute Fragen stellen

Was sind nun gute Fragen, im Sinne von ressourcen- und lösungsorientiert? Hierzu zunächst ein Beispiel eines kurzen fiktiven Dialogs zwischen einem Health Professional (HP) und einer Patientin (P).

Dialog 1: Fiktiver Dialog zwischen Health Professional (HP) und einer Patientin (P)

HP: „Warum kommen Sie zu mir?“

P: „Ich habe immer Schmerzen.“

HP: „Hatten Sie in letzter Zeit auch mal keine Schmerzen?“

P: „Nicht, dass ich mich erinnern kann.“

HP: „Können Sie etwas tun, um keine Schmerzen zu bekommen oder dass der Schmerz aufhört?“

P: „Nein, da fällt mir nichts ein.“

HP: „Haben Sie denn schon einiges ausprobiert?“

P: „Ja schon, irgendwie. Naja ... ich hatte gehofft, dass Sie mir helfen könnten. Aber wahrscheinlich ist das in meinem Fall schwierig.“

Dialog 2: Alternativer Dialog bei gleicher Situation

HP: „Was führt Sie zu mir?“

P: „Ich habe immer Schmerzen.“

HP: „Sie haben also oft Schmerzen erfahren. Wann hatten Sie in der letzten Zeit mal etwas weniger Schmerzen?“

P (überlegt): „Eigentlich nur als ich mit einem Freund auf einen Flohmarkt gegangen bin.“

HP: „Interessant. Und wie war es da?“

P: „Es hat Spaß gemacht. Weil ich gerne auf Flohmärkte gehe und herumstöbere, es gibt ja immer was zu entdecken. Und manchmal kann man sogar ein Schnäppchen machen.“

HP: „Sie hatten also Spaß beim Stöbern und sie konnten sich mit Ihrem Freund über die spannende Suche nach Schnäppchen austauschen?!“

P: „Genau und erst am Abend als ich wieder zuhause war, habe ich an meine Schmerzen gedacht!“

HP: „Was könnte Ihnen geholfen haben, am Tag gar nicht und erst am Abend wieder an Ihre Schmerzen zu denken?“

P: „Vielleicht, dass ich so beschäftigt war, dass ich gar keine Zeit hatte für meine Schmerzen.“

Eine Situation, zwei mögliche Dialoge und zwei entgegengesetzte Gesprächsenden. Während am Ende von Dialog 1 sich bei der Patientin die Überzeugung verfestigt, ein schwieriger Fall zu sein, steht am Ende von Dialog 2 ein möglicher

Lösungsansatz, den die Patientin sogar selbst formuliert (Prior, 2025). Wie hat dies der Health Professional erreicht? Ein zentrales Merkmal lösungs- und ressourcenorientierter Kommunikation sind *offene W-Fragen, die gegenwarts- oder zukunftsorientiert sind*, denn sie ermöglichen Antworten, die Gültigkeit besitzen. Hierzu zählen insbesondere: Was, Wie, Wann, Welche, Wer, Woran, Wodurch, Womit. Fragen, die so gestellt werden, bringen Gesprächspartner und Gesprächspartnerinnen zum Nachdenken, und brechen bisherige, vornehmlich problemorientierte Denkprozesse auf. Sie fokussieren auf die individuelle Perspektive und damit die subjektive Interpretation des Gesprächspartners und der Gesprächspartnerin. So entstehen neue konstruktive Handlungsmöglichkeiten, die für die therapeutische Arbeit genutzt werden können.

Fallen Ihnen noch weitere sprachliche Unterschiede zwischen Dialog 1 und 2 auf? Genau: Während in Dialog 1 nur geschlossene Fragen (nur ja/nein als Antwortmöglichkeiten) verwendet werden, wird in Dialog 2 Schmerzerleben eher graduell verstanden und abgefragt („Wann hatten Sie etwas weniger Schmerz?“). Dadurch wird es der Patientin ermöglicht, als positiv erlebte Ereignisse und Situationen zu erinnern und Merkmale zu identifizieren, die ein geringeres Schmerzerleben begünstigen und zukünftig genutzt werden könnten.

Drei Arten von Fragen sind besonders geeignet, um lösungs- und ressourcenorientiert ein Gespräch zu führen. Sie werden den systemischen Fragetechniken zugerechnet (von Schlippe & Schweitzer, 2026). Es sind:

- Hypothetische Fragen, die eine fiktive Situation beschreiben (z.B. „Was könnten Sie tun, um sich stärker Ihre Rehabilitationsfortschritte bewusst zu machen?“).
- Zirkuläre Fragen, die eine vermutete Fremdperspektive einführen (z. B. „Welche Stärken könnte Ihre beste Freundin über Sie erzählen?“).
- Skalierungsfragen, die Zustände, Fortschritte oder Unterschiede thematisieren (z.B.

„Zu wie viel Prozent trauen Sie sich das Erreichen des Therapieziels zu?“).

Eine mögliche Nutzbarkeit soll beispielhaft an der Verwendung einer Skalierungsfrage (**Abbildung 2-1**) mit anschließendem Dialog kurz veranschaulicht werden.

Dialog 3: Skalierungsfrage

HP: „Hallo. Schön, dass wir uns heute sehen. Wie geht es Ihnen?“

P: „Nun ja, leider weiterhin nicht so gut!“

HP: „Wie stark ist Ihr Schmerz heute auf einer Skala von 1–10?“

P: „5!“

HP (zeigt während er spricht auf eine an der Wand befestigte Skala): „Ok. Beim letzten Mal hatten Sie 7 geantwortet. (Pause). Wie haben Sie es seitdem geschafft den Schmerz um 2 Punkte zu verringern?“

P (wirkt überrascht): „Ach so. Stimmt. So habe ich das noch nicht betrachtet. Darüber muss ich kurz nachdenken!“

Die erste Antwort der Patientin lässt darauf schließen, dass sie aktuell keine gesundheitliche Veränderung bzw. keinen Therapiefortschritt erlebt und ihr aktuelles Schmerzerleben negativ betrachtet (anstelle von Schmerz könnte beispielsweise auch die Stimmung oder das generelle Befinden skalierend erfragt werden). Die Verwendung und der Vergleich der Zahlen 5 und 7 durchbricht diese defizitorientierte Sichtweise und regt an, den Unterschied und die damit

verbundene positive Veränderung wahrzunehmen und die Ressourcen der Patientin bewusst zu machen, die das möglich gemacht haben. Verstärkt wird das „Aha-Erlebnis“ der positiven Entwicklung des Schmerzerlebens durch das Visualisieren der Skala und das Nutzen von Farben. Die Patientin sieht auf diese Weise die Veränderung vor sich, sie wird unmittelbar transparent, greifbar und als tatsächlich existierend erlebt. Für eine vertiefende Beschäftigung mit systemischen Fragen lohnt sich ein Blick in Patrzek (2021).

Fragen stellen führt bei Patienten und Patientinnen zum Nachdenken, da sie überraschen, irritieren oder vom gewohnten Denken abweichen können. Deshalb ist es hilfreich, wenn Sie folgende Tipps berücksichtigen:

Tipps zum Fragen stellen

- Stellen Sie eine Frage kurz und prägnant.
- Formulieren Sie nur eine Frage pro Satz.
- Betonen Sie Fragen.
- Machen Sie Pausen beim Fragen, um Zeit zum Nachdenken zu geben.
- Nutzen Sie die Merkmale empathischen Zuhörens.
- Bringen Sie Abwechslung ins Fragen (was, wie, woran, wodurch etc.).
- Fragen Sie anknüpfend an vorangegangene Aussagen.
- Vermeiden Sie suggestive oder belehrende Fragen.

Abschließend möchte ich Ihre Aufmerksamkeit noch auf eine der wichtigsten Fragen in der Zusammenarbeit mit Patienten und Patientinnen

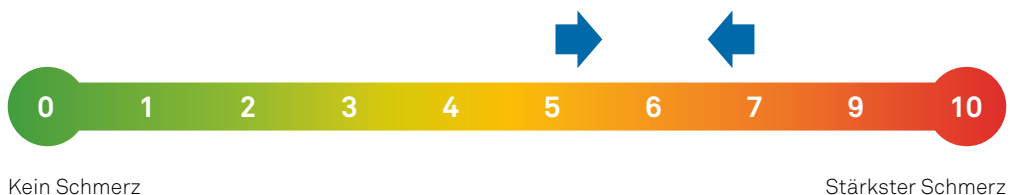


Abbildung 2-1: Visualisierte Schmerzskalierung

lenken. Was ist das Ziel einer Zusammenarbeit? Diese vermeintlich einfache Frage entpuppt sich bei genauerer Betrachtung als potenzieller Stolperstein für eine erfolgreiche und für alle Beteiligten zufriedenstellende Zusammenarbeit, wenn sie nicht richtig gestellt wird. Es geht dabei um die *Auftragsklärung*. Eine gute Auftragsklärung schafft Transparenz und Sicherheit, weil ein gemeinsames Verständnis hinsichtlich Erwartungen, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen in der Zusammenarbeit erzielt wird. Davon profitiert auch die Health Professional-Patient-Beziehung. Für eine gute Auftragsklärung ist es notwendig zwischen Anlass, Anliegen und Auftrag zu unterscheiden. Denn nur der Auftrag kann am Beginn einer im besten Sinne zielführenden Zusammenarbeit stehen. Die Praxiserfahrung zeigt, dass Health Professionals gerade die Unterscheidung zwischen Anliegen und Auftrag mitunter nicht bekannt ist, zu wenig Beachtung schenken oder schwerfällt, so dass das Anliegen zum vermeintlichen Auftrag wird. Die drei Aspekte der Auftragsklärung lassen sich wie folgt unterscheiden:

- Anlass: „Was führt Sie hierher?“
- Anliegen: „Was möchten Sie?“
- Auftrag: „Was möchten Sie von mir?“

An einem Beispiel wird deutlich, wie wichtig die eindeutige Differenzierung der drei Aspekte ist.

- HP: „Was führt Sie hierher?“ (Anlass)
- P: „Ich hatte einen Schlaganfall.“
- HP: „Was möchten Sie?“ (Anliegen)
- P: „Ich möchte wieder gesund werden!“
- HP: „Was möchten Sie von mir?“ (Auftrag)
- P: ...

Bemerken Sie den Unterschied und was folgen muss, damit eine sinnvolle Antwort zum Auftrag gefunden werden kann? Die Patientin im Beispiel hat den mehr als nachvollziehbaren Wunsch, wieder gesund zu werden. Doch Wünsche sind meist umfassend und nicht erfüllbar, da sie die eigenen Kompetenzen als Health Professional überschreiten. Wenn Sie einen

Wunsch, ausgesprochen oder stillschweigend, als Auftrag akzeptieren für die Zusammenarbeit, dann können Sie fast nur scheitern und alle Beteiligten werden unzufrieden sein. Denken Sie an vergleichbare Anliegen von Patienten und Patientinnen wie „Ich möchte keine Schmerzen mehr haben“ oder „Am liebsten hätte ich keine Einschränkungen mehr durch die MS-Schübe“. Ein guter Auftrag wird dialogisch vereinbart, orientiert an Ihrer Fachkenntnis, was in welchem Zeitraum unter welchen Bedingungen bestenfalls erreicht werden könnte. Vereinbaren Sie zu Beginn mit Ihren Patienten und Patientinnen ein individuell passendes SMARTES Ziel (SMART: spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch ambitioniert und terminiert), so dass der Weg zu einer erfolgreichen und zufriedenstellenden Zusammenarbeit bereitet ist.

Eine Möglichkeit die gemeinsame Auftragsklärung therapeutisch noch stärker zu nutzen, wird in Kapitel 2.2 zum Shared Decision Making vorgestellt.

Sie sind nun mit dem Sinn und Nutzen des Fragenstellens vertraut. In diesem Buch werden Ihnen noch viele gute Fragen begegnen und Sie werden weitere Techniken einer ressourcen- und lösungsorientierten Kommunikation entdecken können, die die Selbstwirksamkeit Ihrer Patienten, Patientinnen und auch Ihre eigene fördern.

2.1.2 Na, wer kommt denn da durch die Tür?

Health Professionals begegnen in der täglichen Arbeit Patienten und Patientinnen, die mit unterschiedlichen Erwartungen zu ihnen kommen. Manche Erwartung erweist sich dabei als hilfreich und manche eher als hinderlich für eine wirkungsvolle Zusammenarbeit. Für die psychotherapeutische Arbeit hat de Shazer (2019) ein interessantes praxisnahes Konzept vorgelegt, das prototypisch drei Beziehungstypen mit ihren jeweiligen Ausgangserwartungen und -motivationen und den daraus resultieren-

den Konsequenzen für die Zusammenarbeit beschreibt. Dieses Konzept lässt sich auch auf andere Gesundheitsberufe übertragen. Hilfreich kann es für Health Professionals sein, die Verhaltensmuster der Beziehungstypen in der täglichen Arbeit zu erkennen und kommunikativ passend darauf zu antworten. Hierfür können die bereits vorgestellten kommunikativen Strategien und Techniken genutzt werden.

Einen ersten Eindruck von den drei Beziehungstypen vermittelt de Shazer kurz und knapp, wenn er schreibt:

Besucher brauchen jemanden, den sie besuchen können, Klagende jemanden, bei dem sie sich beschweren können, und Kunden jemanden, bei dem sie etwas kaufen können“ (de Shazer, 2019, S. 104).

Im Folgenden stelle ich die drei Beziehungstypen genauer vor und mache Ihnen Vorschläge, wie Sie als Health Professional ihnen kommunikativ begegnen können.

Besucher zeichnen sich dadurch aus, dass sie zu Ihnen geschickt werden oder dass sie Beschwerden gar nicht als solche wahrnehmen. Typische Äußerungen können sein: „Meine Ärztin meinte, es wäre ganz gut für mich, wenn ich hierherkomme“ oder „Keine Ahnung, was das bringen soll“ oder „So schlecht geht’s mir eigentlich gar nicht“. Bei solchen oder ähnlichen Äußerungen bleibt die Motivation für eine zielorientierte Zusammenarbeit im Unklaren und der Wunsch nach einer Veränderung scheint kaum oder gar nicht vorhanden zu sein. Für die Zusammenarbeit ist das problematisch, denn auch wenn es für Sie offensichtlich ist, dass Ihre Expertise und Unterstützung hilfreich wären, bleibt der Patient oder die Patientin mit dieser Einstellung unverbindlich. Konkret kann sich das so im Verhalten zeigen, dass Hilfe oder Tipps von Ihnen gar nicht erwünscht sind und möglicherweise sogar mit Skepsis oder Ablehnung auf Behandlungsvorschläge reagiert wird. Wichtig ist deshalb zu erkennen, dass mit dieser unkooperativen Einstellung keine wirkliche Zu-

sammenarbeit möglich ist. Wird das übersehen, dann wird Ihre Frustration über kaum sichtbare oder ausbleibende Behandlungsfortschritte sukzessive steigen. Sie können dann ihren Frust runterschlucken und erfolglos weitermachen oder die Zusammenarbeit vorzeitig beenden. Sie haben allerdings auch die Möglichkeit auf kommunikativem Weg Verbindlichkeit bei Besuchern hervorzurufen und eine von beiden Seiten getragene Zusammenarbeit wahrscheinlicher zu machen.

Kommunikative Lösungsansätze im Umgang mit dem Beziehungstyp „Besucher“

- Auftragsklärung: Bedürfnis finden und Ziel definieren
 - „Was bräuchten Sie, damit es sich für Sie lohnt hierher zu kommen?“
 - „Woran würden Sie merken, dass Sie gerne kommen?“
- Entwicklung eines Wunsches nach Hilfe
 - Ressourcen des Patienten, der Patientin entdecken („was funktioniert?!) und Komplimente dafür machen
 - Informationen über mögliche Effekte der Behandlung als Ausweitung der Ressourcen vermitteln
 - Erste (kleine) Erfolgserlebnisse durch Interventionen erlebbar machen
- Persönlichen Kontakt (Beziehung) herstellen
 - Verständnis und Wertschätzung zeigen

Klagende kommen mit einer anderen Erwartung zu Health Professionals. Charakteristische Äußerungen sind bei diesen: „Gut, dass ich hier bin, es tut so weh“ oder „Sie sind die Expertin und können mir am besten helfen“ oder „Ich kann ja sowieso nichts daran ändern“. Im Unterschied zu Besuchern sind bei Klagenden eine hohe Motivation und eine große Erwartung an eine Veränderung festzustellen. Das ist hilfreich für die Zusammenarbeit. Jedoch besteht

bei Klagenden die Überzeugung, dass Hilfe von außen notwendig ist für positive Veränderungen, dass andere für sie Probleme und Beschwerden lösen, weil sie selbst nicht kompetent dafür sind. Während also die Sinnhaftigkeit einer Zusammenarbeit nicht in Frage gestellt wird, ist die Bereitschaft zu einer aktiven Mitarbeit von Seiten des Patienten oder der Patientin nur eingeschränkt vorhanden. In der Praxis kann sich das beispielsweise so zeigen, dass Patienten und Patientinnen hoch erfreut zu Ihnen kommen und jegliche Form des aktiven Handelns Ihrerseits begrüßen und unterstützen. Eigenständige oder initiativ Mitarbeit während der gemeinsamen Zeit und vor allem zuhause (Übungen regelmäßig selbstangeleitet machen etc.) sind eher die Ausnahme (s. Kap. 7). Eine Zusammenarbeit, die diese Dynamik entwickelt, wird kurzfristig für Symptomlinderungen sorgen, aber keine nachhaltigen Veränderungen bewirken können.

Um dieses Verhaltensmuster aufzubrechen, empfiehlt sich kommunikativ für Sie als Health Professional in der Arbeit mit Klagenden:

Kommunikative Lösungsansätze im Umgang mit dem Beziehungstyp „Klagende“

- „Den Schalter umlegen“ (aus passiv aktiv machen)
 - Beobachtungskompetenzen und Veränderungswunsch loben
 - Ressourcen des Patienten, der Patientin betonen („was funktioniert?!“)
 - Jegliche Formen von Aktivsein spiegeln und verstärken
 - Beobachtungs- und Denkaufgaben als Hausaufgabe mitgeben (z. B. „In welcher Situation treten weniger Schmerzen auf?“ oder „Wie haben Sie das trotz Schmerzen geschafft?“)
- Persönlichen Kontakt (Beziehung) herstellen
 - Zuhören, geduldig sein, Wertschätzung zeigen

Kunden sind die Patienten und Patientinnen, die sich Health Professionals wünschen. Im besten Sinne kann bei diesen von adhärenenten Partnern und Partnerinnen gesprochen werden, mit denen die Zusammenarbeit Freude bereitet. Sie sind hoch motiviert, zielorientiert und wollen Verantwortung für sich und den Behandlungsprozess übernehmen. Sie suchen nach Unterstützung und möchten selbständig handeln, um positive Veränderungen zu erreichen. Kennzeichnend sind Aussagen wie „Ich würde gerne selbst was machen“ oder „Erklären Sie mir, was ich tun kann“ oder „Ich habe Ideen, was ich tun kann, darüber möchte ich mit Ihnen sprechen“. Auch wenn solch eine Zusammenarbeit wie ein Selbstläufer erscheint, macht es Sinn zu schauen, mit welchen kommunikativen Möglichkeiten ein bestmögliches Behandlungsziel erreicht werden kann. Förderlich dafür ist:

Kommunikative Lösungsansätze im Umgang mit dem Beziehungstyp „Kunden“

- Ein smartes Ziel gemeinsam formulieren
- Verhaltensaufgaben geben, die selbständig zuhause ausgeführt werden
- Motivation, Fähigkeiten und Fortschritte spiegeln und loben
- Gemeinsam nächste Schritte besprechen und planen
- Mögliches Ende der Behandlungsnotwendigkeit in Aussicht stellen
- Persönlichen Kontakt (Beziehung) fördern
 - Wertschätzung zeigen, Freude an Zusammenarbeit teilen

In der täglichen Arbeit als Health Professional können Ihnen diese Beziehungstypen genauso begegnen, wie sie hier skizziert sind oder in abgeschwächter Form. Für Sie ist es in erster Linie wichtig, nicht sofort mit der Behandlung zu starten, sondern sich gerade zu Beginn etwas Zeit zu nehmen und genau hinzuschauen oder besser noch hinzuhören, wer denn da mit welcher Erwartung durch Ihre Tür kommt.