

Kormann Manuela

Kommunikative Kompetenz im Pflegeberuf

Gesprächsführung und Kommunikation in
Ausbildung und Praxis

Communicative competence in the nursing
profession

conversation skills in training and practice

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades
eines Masters of Science

im Rahmen des Universitätslehrganges

Lehrer und Lehrerinnen der Gesundheits- und Krankenpflege

Mag. Dr. Ulrike Schwarz

Karl-Franzens-Universität Graz
und UNI for LIFE

Graz, Mai 2021

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich in der gesamten Zeit des Universitätslehrganges und während der Masterarbeit unterstützt haben.

Ein herzliches Dankeschön an meine Betreuerin Mag. Dr. Ulrike Schwarz, die mir beratend zur Seite stand und mich mit wertvollen Hinweisen, wertschätzend unterstützte.

Ein besonderes Dankeschön gilt meinem Lebensgefährten Ing. Harald Reicher und unserer gemeinsamen Tochter Elvira. Ihr ward mir eine sehr große Stütze. Eure motivierenden und liebevollen Worte haben mich während der ganzen Zeit gestärkt. Durch euer Verständnis und eure Rücksichtnahme habt ihr mir dieses Studium ermöglicht.

Meiner ganzen Familie, insbesondere meiner Mama, möchte ich herzlichst Danke sagen. Ihr alle seid mir mit aufmunternden Worten und guten Taten zur Seite gestanden. Jede einzelne Unterstützung die von euch ausgegangen ist, trägt zum Abschluss dieses Studiums und dieser Arbeit bei.

Danke an Nadja Kaufmann, BEd MEd und an meine Schwester Maria Kleinhapfl, MSpH für das Korrekturlesen dieser Arbeit.

Ein Dank an meine Freundinnen und Freunde die stets für Fragen offen waren und mich durch ihre Expertise unterstützt haben.

Abstract

In der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege wird aufbauend auf das Basiswissen, im dritten Ausbildungsjahr ein großer Wert auf Kommunikation und Gesprächsführung gelegt. Die Fähigkeit Gesprächssituationen zu erkennen und anhand wissenschaftlich fundierter Gesprächsmodelle und Gesprächstechniken ein gemeinsames Ziel mit Gesprächspartnerinnen/Gesprächspartnern zu erreichen, lässt die Professionalität in der Pflege erkennen. Durch eine offene, klare und konfliktfreie Kommunikation kann die Pflege wesentlich zum Behandlungserfolg beitragen. Dadurch ergaben sich die Forschungsfragen, wie kann kommunikative Kompetenz im pflegepädagogischen Alltag anhand berufsorientierter Methodik gefördert werden und welche Methoden eignen sich zur Überprüfung und Beurteilung von kommunikativer Kompetenz in der Lehre. Welchen Stellenwert haben Kommunikation und Gesprächsführung in der Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege unter besonderer Berücksichtigung am Setting Endoskopie.

Diese Forschungsfragen wurden empirisch-qualitativ untersucht.

Aus den Forschungsergebnissen heraus zeigte sich ein hoher Stellenwert der Kommunikation in Ausbildung und Praxis. Als effiziente Lehr-Lernmethoden werden einheitlich Unterrichtsmethoden beschrieben, in denen Auszubildende angehalten werden, ihre eigene Realität zu konstruieren. Der konstruktivistische Ansatz in der Didaktik spiegelt sich in den Methoden Problem-based learning, Rollenspiel und Simulationstraining wieder und trägt zur Förderung der kommunikativen Kompetenz bei. Die Überprüfung und Beurteilung kommunikativer Kompetenz wird als eine Herausforderung hinsichtlich Objektivität angesehen. OSCE ist ein eigens dafür entwickeltes reliables kompetenzorientiertes Prüfungsinstrument, das die Kommunikationsfähigkeit der Auszubildenden darstellen lässt.

Abstract

Knowledge of communication is essential for successful communication. In the third year of training for health care and nursing, building on the basic knowledge, great emphasis is placed on communication and conversation. The ability to recognize conversational situations and to achieve a common goal with conversational partners using scientifically based conversational models and conversational techniques demonstrates professionalism in nursing. Through open, clear and conflict-free communication, nursing can contribute significantly to the success of treatment. This led to the research questions, how can communicative competence be promoted in everyday nursing pedagogy using profession-oriented methodology and which methods are suitable for testing and assessing communicative competence in teaching. What is the importance of communication and conversation in the training for the higher service for health care and nursing with special consideration of the setting endoscopy.

These research questions were investigated empirically and qualitatively.

The research results showed a high value of communication in education and practice. Teaching methods in which trainees are encouraged to construct their own reality are uniformly described as efficient teaching-learning methods. The constructivist approach in didactics is reflected in the methods of problem-based learning, role play and simulation training. Communication and interaction contribute to the promotion of communicative competence and represent a high proportion of the teaching methods. The testing and assessment of communicative competence is seen as a challenge in terms of objectivity. OSCE is a specially developed, reliable, competency-based assessment instrument that allows trainees to demonstrate their communication skills.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| 1 Einleitung | 1 |
| A Theoretischer Teil | 7 |
| 2 Generelle Ausbildungsstruktur | 7 |
| 2.1 Kommunikation und Gesprächsführung in der Ausbildung | 9 |
| 3 Lehr- und Lernmethoden | 12 |
| 3.1 Problem-based learning..... | 14 |
| 3.1.1 Siebensprung | 15 |
| 3.1.2 Methode Kleingruppenarbeit | 17 |
| 3.2 Simulation | 19 |
| 3.2.1 Phasen der Simulationseinheit..... | 22 |
| 3.2.2 Rollenspiel..... | 24 |
| 3.2.3 Die Reflexion | 25 |
| 3.2.4 Feedback..... | 25 |
| 4 Kompetenzorientierte Lernerfolgsüberprüfung in der Ausbildung | 27 |
| 4.1 Objective Structured Clinical Examination – OSCE | 28 |
| 4.2 Simulierte Rollensequenz – Performanz-Prüfung | 34 |
| 5 Kommunikation als soziale Kompetenz | 37 |
| 5.1 Kommunikationsarten | 40 |
| 5.2 Kommunikationstheorien und –modelle..... | 41 |
| 5.2.1 Das Eisbergmodell | 41 |
| 5.2.2 Das Kommunikationsquadrat..... | 43 |
| 5.2.3 Das Sender Empfänger Modell..... | 45 |
| 5.2.4 Die Transaktionsanalyse..... | 52 |
| 5.3 Theorie- und Konzeptgeleitete Kommunikationsformen..... | 54 |
| 5.3.1 Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Carl R. Rogers..... | 54 |
| 5.3.2 Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall B. Rosenberg | 57 |
| 5.3.3 Transkulturelle Kommunikation..... | 59 |
| 5.3.4 Gesprächsmethoden..... | 60 |
| 6 Kommunikation im Bereich der Endoskopie | 63 |
| 6.1 Gesprächsführung als Pflegehandlung..... | 63 |
| 6.2 Bedeutung der Kommunikation in der Endoskopie | 65 |
| 6.2.1 Kommunikation mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten | 65 |
| 6.2.2 Strukturierte Kommunikation..... | 66 |
| 6.3 Patientinnenedukation/Patientenedukation | 67 |
| 6.3.1 Fragen stellen | 68 |
| 6.3.2 Informieren – Information | 69 |
| 6.3.3 Beraten..... | 70 |

| | |
|--|------------|
| B Empirie | 71 |
| 7 Methodisches Vorgehen | 71 |
| 7.1 Erhebungsmethode..... | 73 |
| 7.1.1 Problemzentriertes Interview..... | 73 |
| 7.2 Auswahlmethoden | 77 |
| 7.3 Auswertungsmethoden | 79 |
| 7.3.1 Das Kategoriensystem | 81 |
| 7.3.2 Die Beschreibung des Kategoriensystem | 82 |
| 8 Ergebnisse | 84 |
| 8.1 Stellenwert der Kommunikation in der Ausbildung | 84 |
| 8.2 Effiziente Lehr- und Lernmethoden | 85 |
| 8.3 Kompetenzorientierte Lernerfolgsüberprüfung | 87 |
| 8.4 Kommunikation und Gesprächsführung in der Endoskopie | 89 |
| 9 Zusammenfassung | 93 |
| Literaturverzeichnis | 98 |
| Anhang | 108 |

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Pyramide nach Miller eigene Darstellung | 30 |
| Abbildung 2: Eisbergmodell eigene Darstellung..... | 42 |
| | |
| Tabelle 1: Der Siebensprung | 16 |
| Tabelle 2: Checkliste OSCE..... | 32 |
| Tabelle 3: Charakteristika der Interviewteilnehmerinnen/des Interviewteilnehmers | 79 |
| Tabelle 4: Das inhaltsanalytische Ablaufmodell | 80 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------|--|
| BMG | Bundesministerium für Gesundheit |
| CED | Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen |
| DGKP | Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger |
| ECTS | European Credit Transfer and Accumulation System |
| eoL | erfahrungsorientiertes Lernen |
| GFK | Gewaltfreie Kommunikation |
| GuKG | Gesundheits- und Krankenpflegegesetz |
| ICN | International Council of Nurses |
| LfGuK | Lehrerin/Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege |
| NaKomm | Nationales Mustercurriculum Kommunikative Kompetenz in der Pflege |
| OSCE | Objective Structured Clinical Examination |
| ÖBIG | Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen |
| ÖGKV | Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband |
| Pbl | Problem-based learning |
| poL | problemorientiertes Lernen |
| RIS | Rechtsinformationssystem |
| SP | Standardisierte Patientinnen/Patienten |
| UE | Unterrichtseinheit |
| WHO | Weltgesundheitsorganisation |

1 Einleitung

Durch die ständig wachsenden Anforderungen an das Gesundheitswesen im Bereich der Pflege, bedingt durch die demografische Entwicklung, die Zunahme an chronischen Erkrankungen und an multimorbiden Menschen, bedarf es einer Beschreibung der Kompetenzen in der professionellen Pflege (vgl. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband 2021a, o.S.). Alle Teilbereiche der sozialen Kompetenz sind sehr bedeutungsvoll für die Qualität in der Pflege, da unter Anwendung von angemessenen Mitteln gemeinsame Ziele realisiert werden können. Soziale Kompetenz hat einen weiten Definitionsrahmen und beinhaltet u. a. Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit, Team- und Konfliktfähigkeit sowie Empathiefähigkeit (vgl. Zimmermann 2009, S.27). In dieser Masterarbeit wird der Fokus auf den Teilbereich „Kommunikative Kompetenz“ gelegt.

In Anlehnung an das Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich, wird als eine der Kernaufgaben der Pflege die „Therapeutische Kommunikation“ genannt. Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz sind Eckpfeiler der Kommunikation, die durch die Anwendung professioneller Kommunikationsmethoden in der Pflege unabdingbar sind (vgl. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband 2021a, S.30.). In einem kommunikationsintensiven Tätigkeitsbereich, der wesentliche Aufgaben der Gesundheitsfachberufe wie Information, Beratung und Schulung beinhaltet, ist dahingehend professionelle kommunikative Kompetenz erforderlich (vgl. Jurkowitsch 2016, S.14).

Die Ausbildungsverordnung sieht im Curriculum für die Ausbildung in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege für das Unterrichtsfach Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining 120 Stunden in Theorie und Praxis vor. Didaktische Grundsätze der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege sind im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz unter § 3 verankert und dementsprechend

durchzuführen. Übergreifend auf alle Unterrichtsfächer ist das „soziale Lernen“ zu fördern, indem die Auszubildenden zur Kommunikation, Eigenständigkeit sowie zu Toleranz befähigt werden, ebenso in Bezug auf Offenheit und Akzeptanz in der soziokulturellen Vielfalt. Der Unterricht unterliegt der Methodenvielfalt, der Schülerselbstständigkeit sowie der Schülerselbstverantwortung (vgl. Bundeskanzleramt 2021a, o.S.).

Um ein hohes Maß an Kompetenzen zu erreichen, sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sogar verpflichtet, in einem Zeitraum von fünf Jahren, 60 Stunden an Fortbildungen bezüglich Vertiefung oder Erweiterungen ihrer Fähigkeiten zu absolvieren. Zur Steigerung der fachlichen Kompetenz und somit auch der Qualität, ist eine Berechtigung zur Weiterbildung in der Ausbildungsverordnung geregelt (vgl. Bundeskanzleramt 2021b, o.S.), die im Bereich der Endoskopie mit der Zusatzbezeichnung „Pflege bei endoskopischen Eingriffen angeführt werden darf (vgl. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband 2020, o.S.).

Der spezialisierte Arbeitsplatz Endoskopie bedarf durch die ständig komplexer werdenden Interventionen und deren Weiterentwicklung im Bereich medizinischer und technischer Möglichkeiten an fachkundigem Pflege- und Assistenzpersonal. Aufgrund der demografischen Entwicklung steigt die Anzahl an älteren und multimorbiden Patientinnen/Patienten, die in unterschiedlichsten Schweregraden ihrer Erkrankung einer besonderen pflegerischen Betreuung bedürfen. Unabhängig davon erwarten Patientinnen/Patienten eine kompetente Information und Begleitung durch die endoskopische Untersuchung mit fachlicher sowie sozialer Kompetenzen, die durch die hohen Anforderungen im Fachbereich Endoskopie als Grundvoraussetzung gelten (vgl. Dorka 2019, S.48). Durch adäquate Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen/Patienten und auch im Team, kann ein wesentlicher Beitrag zum Behandlungserfolg und zur Zufriedenheit der Patientinnen/Patienten geleistet werden (vgl. Jurkowitsch 2016, S.13). Eine weitere Herausforderung ist die Kommunikation mit fremdsprachigen Patientinnen/Patienten die sich durch

den stetigen gesellschaftlichen Wandel stellt. Durch Zu- und Einwanderer mit der steigenden Heterogenität in unserer Gesellschaft und somit auch durch die unterschiedlichen Bedürfnisse von Menschen anderer Herkunft. Aufgrund anderer Wertvorstellungen oder sprachlichen Barrieren kann es zu Verständigungsproblemen kommen (vgl. Stuker 2007, S.222). Um also eine professionelle Beziehung zu Patientinnen/Patienten aufbauen zu können, um miteinander zu kommunizieren und interagieren zu können, sind kommunikative Kompetenzen erforderlich. Professionelles Fachwissen mit kommunikativen Methoden in speziellen Settings wertfrei anzuwenden, sind Fähigkeiten der kommunikativen Kompetenz notwendig (vgl. Elzer 2007, S.49).

Gerade in der Pflege nimmt Kommunikation einen hohen Stellenwert ein und prägt jeden zwischenmenschlichen Kontakt (vgl. Zimmermann 2009, S.32). In der Grundausbildung zum Thema Kommunikation wird fächerübergreifend immer wieder darauf Bezug genommen. Im dritten Ausbildungsjahr für Gesundheits- und Krankenpflege wird im Unterrichtsfach Kommunikation auf Beratung in speziellen Bereichen aufbauend auf Basiswissen eingegangen und methodisch aufbereitet. Dadurch werden Auszubildende dementsprechend in Kommunikation und Gesprächsführung auf die berufliche Praxis vorbereitet. Am Setting Endoskopie ist eine Weiterbildung nach § 64 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) angedacht, diese ist somit nicht verpflichtend. Ziel dieser Arbeit ist es somit herauszufinden, mit welchen Unterrichtsmethoden Auszubildende auf die Praxis vorbereitet werden, um adäquate Kommunikationsformen anzuwenden und wie sich dies in der Praxis widerspiegelt.

Aus den dargelegten Gedankengängen ergaben sich folgende Forschungsfragen:

- *Wie kann kommunikative Kompetenz im pflegepädagogischen Alltag anhand berufsorientierter Methodik gefördert werden und welche*

Methoden eignen sich zur Überprüfung und Beurteilung von kommunikativer Kompetenz in der Lehre?

- *Welchen Stellenwert haben Kommunikation und Gesprächsführung in der Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege unter besonderer Berücksichtigung am Setting Endoskopie?*

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in zwei Teilbereiche. Der theoretische Teil wurde anhand Literaturrecherche im Internet, Büchern und Zeitschriften durchgeführt. Einige Bücher wurden angekauft. Zur Literatur auf Deutsch und auf Englisch wurde auf verschiedenen Datenbanken wie „pubmed“, „chochrane“ sowie unter Google Scholar recherchiert. Pfliegerrelevante Fachzeitschriften wie „Padua“, „die Schwester/der Pfleger“, „Endopraxis“ und Online- Verlage wie „Springer“ und „Hogrefe“ wurden herangezogen. Bibliotheken wie die der Karl-Franzens-Universität und die Bibliothek der Fachhochschule Joanneum wurden online und präsent genutzt. Die endgültige und intensive Recherche fand im Zeitraum von Mai 2020 bis September 2020 statt.

Für den zweiten und empirischen Teil dieser Arbeit wurde der qualitative Forschungsansatz genutzt. Interviewt wurden insgesamt vier Personen anhand zwei verschiedener Leitfadenterviews. Zum einen wurden eine Pflegepädagogin und ein Pflegepädagoge, zum anderen eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin im Bereich Endoskopie sowie eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin im Spezialbereich CED (Chronisch entzündliche Darmerkrankungen) interviewt. Zur Auswertung der Ergebnisse wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring verwendet.

Der Aufbau der vorliegenden Arbeit gliedert sich in acht Kapitel.

Der theoretische Teil befasst sich mit der Überprüfung der aktuellen Literatur und beginnt mit Kapitel zwei, mit der Ausbildungsverordnung zum gehobenen Dienst für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege. Die

didaktischen Grundsätze, Prüfungs- und Beurteilungsmodalitäten werden hier transparent gemacht. Das Modul Kommunikation und Gesprächsführung mit dem Stundenausmaß innerhalb der dreijährigen Ausbildung wird erfasst. Ein Vergleich zum Mustercurriculum Kommunikative Kompetenz in der Pflege wird hergestellt, um die Frage zu beantworten, ob kommunikative Kompetenzen erlernbar sind.

Kapitel drei befasst sich mit den effektiven Lehr- und Lernmethoden, die zur Förderung der kommunikativen Kompetenz beitragen. Die Förderung der Selbstständigkeit im Unterricht wird durch die Lerntheorie des Konstruktivismus unterstützt. Ihr unterliegt die Methodenvielfalt zur interessanten Gestaltung des Unterrichts. Die Nähe zur Praxis motiviert Auszubildende, sich aktiv am Unterricht zu beteiligen. Problem-based learning und die Simulation weisen die genannten Kriterien auf und werden in diesem Kapitel näher beschrieben. Die Möglichkeit in Kleingruppen zu lernen erhöht die soziale Interaktion und wird in diesem Kapitel miterfasst.

In Kapitel vier werden die Methoden der Lern- und Leistungsüberprüfung anhand kompetenzorientierter Lernerfolgsüberprüfungen beschrieben. Um den Erwerb kommunikativer Kompetenz sicherstellen zu können, bedarf es reliabler Prüfungsinstrumente, die über die zu erwerbende Kompetenz Aufschluss geben können. In diesem Kapitel wird auf die Prüfmethode OSCE und Simulation-Performanz Prüfung näher eingegangen, da sie auf die handlungsorientierten Prüfinstrumente zurückzuführen sind. Kommunikation ist eine soziale Handlung und kann in der Performanz gut dargestellt werden und anhand adäquater Checklisten objektiv überprüft werden. Eine Checkliste wird in diesem Kapitel zur Veranschaulichung dargestellt und die Effektivität näher beschrieben.

Das Kapitel fünf befasst sich mit der Kommunikation als soziale Kompetenz. Kompetenzbegriffe werden definiert und die kommunikative Kompetenz herausgearbeitet. Das Verstehen von verbalen und nonverbalen Zeichen in der Kommunikation kann als kommunikative Kompetenz ausgezeichnet werden und zeugt für die Professionalität in der Pflege. In diesem Kapitel

werden klassische Kommunikationstheorien und –modelle beschrieben, mit Beispielen versehen und ein Bezug zur Praxis hergestellt. Weiters werden theorie- und konzeptgeleitete Kommunikationsformen erläutert, die in verschiedenen Techniken ihre Anwendung finden. Dahingehend wird die Gesprächsmethode des aktiven Zuhörens näher erläutert.

Um auf die kommunikative Kompetenz einen Bezug zur Praxis herzustellen, wird in Kapitel sechs die Kommunikation im praktischen Bereich der Endoskopie näher beleuchtet. Welche wesentliche Bedeutung hat gerade Kommunikation in diesem Bereich und welche Aufgaben in den Bereich Patientinnen/Patientenedukation vor allem bei chronischen Erkrankungen des oberen und unteren Verdauungstraktes fallen, werden hier dargelegt.

Der empirische Teil beginnt mit Kapitel sieben und erläutert das methodische Vorgehen. Die Erhebungsmethode sowie die Auswahlmethode für die qualitative Untersuchung werden hier beschrieben. Die Ergebnisse werden in Kapitel acht dargestellt, mit Ankerbeispielen veranschaulicht und diskutiert. In Kapitel neun wird die Zusammenfassung erläutert.

A Theoretischer Teil

2 Generelle Ausbildungsstruktur

Die Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst drei Jahre und beinhaltet ein Stundenkontingent bezogen auf Theorie und Praxis von 4600 Stunden. Der Ausbildungsort zur allgemeinen Ausbildung sind Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege. Die Stundenanzahl stellt sich aus 2.000 Stunden theoretischer Ausbildung, 2480 praktischer Ausbildung sowie 120 Stunden vertiefender oder erweiternder Unterricht zusammen (vgl. Bundeskanzleramt 2021a, o.S.).

Mit 1. Jänner 2024 endet aufgrund der GuKG-Novelle 2016/2017 die Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege an den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege. Die generalistische Ausbildung (seit 01.01.2018 Zusammenführung von Kinder- und Jugendlichenpflege und der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege mit der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege) wird an Fachhochschulen oder Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege, welche in Kooperation mit Fachhochschulen oder Universitäten sind, angeboten. Mit erfolgreichem Abschluss erhält man die Berufsberechtigung in der Gesundheits- und Krankenpflege mit der Berufsbezeichnung Bachelor of Science in Health Studies (BSc). Dauer dieses Studiums sind sechs Semester auf drei Jahre mit 180 ECTS (vgl. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband 2021b, o.S.).

Im Rechtsinformationssystem (RIS) § 2 wird in Punkt sieben als ein Teil der Ausbildungsziele für den gehobenen Dienst in Gesundheits- und Krankenpflege, die Förderung der kreativen Arbeit, der Kommunikation und Kooperation in persönlichen und fachspezifischen Bereichen zur Sicherung der Pflegequalität genannt. Der Ausbildung liegen didaktische Grundsätze nach § 3 Bundesrecht zu Grunde, nach deren Kriterien ein Unterricht

durchzuführen ist. Der Aufbau des Unterrichts soll mit Methodenvielfalt das selbsttätige Erarbeiten und Verstehen von Lerninhalten ermöglichen. Die Befähigung zur Kommunikation und vorurteilsfreier Einstellung soll fächerübergreifend sein. Unterrichtsformen sind so zu wählen, dass die Auszubildenden aktiv am Unterricht teilnehmen können. Die Auszubildenden sollen pflichtbewusste Umgangsformen beachten und ihre eigene Persönlichkeit bilden können. Um ihnen dahingehend Offenheit, Toleranz und Akzeptanz gegenüber der Verschiedenartigkeit in Gesellschaft und Kultur näher zu bringen. Wie in § 6 (1) Bundesrecht beschrieben, sind für die Lehrtätigkeit in theoretischer Wissensvermittlung und praktischer Anleitung unter anderem Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege vom Rechtsträger der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege zu bestellen. Laut § 24 und § 25 haben Prüfungen und Beurteilungen in der theoretischen Ausbildung in Form von einer Einzelprüfung zu erfolgen. Dies kann als mündliche oder schriftliche Prüfung oder als Projektarbeit abgenommen werden. Darüber hinaus ist von der Lehrperson hinsichtlich jeder Einzelprüfung ein Prüfungsprotokoll in schriftlicher Form zu führen. Sofern nur eine Teilnahme an den Unterrichtsfächern verpflichtend ist und keine Einzelprüfung, geht die Beurteilung dahingehend, ob das Ausbildungsziel des Unterrichtsfaches erreicht wurde mit einer Mindestanzwesenheit von zwei Drittel der Unterrichtszeit. Die Mitarbeit der Auszubildenden ist in die Beurteilung mit einzubeziehen. Die Leistungserbringung bezüglich Einzelprüfung wird mit den Noten 1 – 5 beurteilt, die Teilnahme wird mit „erfolgreich teilgenommen“ bzw. „nicht genügend“ (5) beurteilt. In Bezug auf das Unterrichtsfach Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining läuft die Art der Prüfung unter „Teilnahme“ (vgl. Bundeskanzleramt 2021a, o.S.).

Aufbauend auf das Basiswissen wird durch alle drei Ausbildungsjahre fächerübergreifend auf Kommunikation verwiesen. Diese Präsenz in den Querverweisen weist somit auf eine hohe Wertigkeit in der Pflege hin. Jede Interaktion mit Patientinnen/Patienten stellt eine Kommunikationsmöglichkeit her. Vor allem in der Beratung kann adäquate

Ausdrucksweise so ein Qualitätsmerkmal für Fachwissen und kommunikative Kompetenz ausdrücken.

2.1 Kommunikation und Gesprächsführung in der Ausbildung

Die Lehrinhalte im Unterrichtsfach Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining werden in einem Stundenausmaß von 120 Unterrichtseinheiten auf alle drei Ausbildungsjahre zu je 40 UE aufgeteilt. Der Schwerpunkt Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung ist im ersten Ausbildungsjahr mit 16 UE bemessen. Weiterführend sind im zweiten Ausbildungsjahr vier UE zur Vertiefung der Kommunikationsmodelle und Konzepte und im dritten Ausbildungsjahr acht UE zum Themenschwerpunkt Beratungsgespräch vorgesehen. Es wird auch darauf hingewiesen, dass Kommunikation und Gesprächsführung nicht nur alleine in diesen dafür vorgesehen Modul unterrichtet wird, sondern, dass wesentliche Inhalte auch in andere Unterrichtsfächer mit einfließen (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2021, S.487ff.). Im offenen Curriculum des österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG), sind die Unterrichtsfächer in Unterrichtseinheiten, Qualifikationen, Themenschwerpunkten, Querverweisen und didaktischen Kommentaren gegliedert. Es werden dahingehend Empfehlungen gekennzeichnet, lassen aber den Lehrpersonen Interpretationsfreiraum zur Umsetzung der Inhalte (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2021, S.89f.).

Ein Mustercurriculum für die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in Anlehnung an das Curriculum der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung ist zurzeit für die Pflegeausbildung in Deutschland in der Entwicklung. 2019 wurde es in Form einer Datenbank (open source) erstmals veröffentlicht und kann seitdem von Schulen für die Entwicklung eigener Curricula genutzt werden. Das Nationale Mustercurriculum kommunikative Kompetenz in der Pflege (NaKomm) bezieht sich auf die

Vermittlung von kommunikativer Kompetenz und Beratung. Ursprünglich entwickelt im nationalen Krebsplan zur besseren Kommunikation mit krebserkrankten Menschen, bezieht sich das NaKomm mittlerweile auf Patientinnen/Patienten jeglicher Zielgruppen. Das Stundenkontingent für die theoretische und praktische Ausbildung beläuft sich auf 180-200 Stunden. Drei Modellschulen implementierten bereits Teile des Mustercurriculums und setzen diese in einem verminderten Stundenausmaß um. Die auf alle drei Ausbildungsjahre zu vermittelnden Kompetenzen gliedern sich in drei Kompetenzbereiche. Die Problemlösungs- und Analyse Kompetenz, die Hermeneutische Kompetenz und die Reflexionskompetenz. Verschiedene didaktisch-methodische Konzepte werden den drei Kompetenzdimensionen zugeordnet. Durch selbstorganisiertes Lernen kann die Problemlösungskompetenz gefördert werden. Rollenspiele zum Erlernen von Fremdverstehen, finden Ansatz zur Erlernung der hermeneutischen Kompetenzen. Die Kompetenz der Reflexion kann durch die Anregung zur Diskussion angeeignet werden (vgl. Darmann-Fink/Muths/Partsch 2017, S.265ff.; Darmann-Fink 2019, o.S.).

Die Universität Bremen Institut für Public Health und Pflegeforschung entwickelte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) das NaKomm, das sich an Pflegepädagoginnen/Pflegepädagogen und Praxisanleiterinnen/Praxisanleiter richtet. 60 Lernsituationen sind im NaKomm enthalten, anhand derer der Kompetenzbereich „Kommunikation und Beratung“ aufgebaut werden kann. Es befindet sich in ständiger Weiterentwicklung (vgl. Universität Bremen 2021, o.S.).

Hier stellte sich die Frage, ob Kompetenzen angeboren oder erlernbar sind? Chomsky meinte bereits vor 50 Jahren, der Mensch hat eine genetische Anlage, also eine angeborene Sprachkompetenz. Neue Theorien beschäftigen sich wiederum damit, wie Sprache im sozialen Zusammenhang gelernt und erfahren wird. Es geht sozusagen um die Anlage und die Umwelt in ihrem Zusammenhang. Berufliche Qualifikationen und somit der Erwerb von Fach- oder Methodenkompetenz können durch Weiterbildung oder autodidaktisch erlangt werden. Soziale, persönliche und

kommunikative Kompetenz entwickeln sich bereits vor der beruflichen Sozialisation. Es ist eine Kombination aus anthropologischen und eigenen psychosozialen Fähigkeiten, die durch die berufliche Einordnung weiter entwickelt werden kann. Persönliche Kompetenzen bedürfen einer Basis, die durch berufliche Bildung und Praxis weiterentwickelt und reflektiert werden. Somit wird die Persönlichkeitsbildung immer wieder neu hergestellt (vgl. Elzer 2007, S.42f.).

Um den beruflichen Herausforderungen entgegenzutreten zu können, ist eine persönliche und berufliche Entwicklung durch Ausbildung erstrebenswert. Durch ständige Weiterentwicklung und die dadurch resultierende Steigerung der Fähigkeiten und Fertigkeiten, erhöht sich die Qualität der Pflege und die Möglichkeiten im beruflichen Setting adäquat zu agieren. Um kommunikative Kompetenzen zu fördern und weiterzuentwickeln, werden in der Literatur verschiedene effiziente Lehr- und Lernmethoden beschrieben, auf die im nächsten Kapitel näher eingegangen wird.

3 Lehr- und Lernmethoden

Das offene Curriculum lässt Lehrenden eine freie Entscheidung darüber, in welcher Form Unterricht gestaltet wird. Didaktische Ansätze und Lerntheorien sind darin ausgewiesen. Jedoch wurden Methodik und Aktivität der Auszubildenden am Planungsausmaß nicht fixiert (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit 2021, S.20ff.). Die Lerntheorie Konstruktivismus beschreibt das Lernen als eigenständige Konstruktionsleistung der Lernenden. Auszubildende konstruieren aufgrund impliziter Vorerfahrungen und Wissen explizit neue Erkenntnisse. Vertreter des Konstruktivismus wie z. B. Paul Watzlawick, meinen die Wirklichkeit nicht erkennen zu können, da man die Realität aus eigenen Informationen aufbaut (vgl. Jank/Mayer 2014, S.286f.). Das Ziel des Konstruktivismus liegt im Aufbau von persönlichen Konstrukten. Dies geschieht durch beobachten, erfahren und handeln sowie durch Kommunikation (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit 2021, S.23). Auszubildende werden dadurch in ihrem selbstständigen, selbstorganisierten Handeln gestärkt. Lehrende übernehmen die Rolle der Beraterinnen/Berater und sorgen für die Gestaltung der. Die Unterrichtsmethodik der konstruktivistischen Lernkultur geht auf Methodenvielfalt und Individualisierung durch Handlungsorientierung zurück. Sie setzt auf die Förderung der Selbsttätigkeit und Problemlösung in annähernd realen Handlungssituationen (vgl. Jank/Mayer 2014, S.301f.).

Die im offenen Curriculum dargestellten didaktischen Kommentare verweisen auf die Möglichkeit das Unterrichtsfach auf Basis einer Seminarform anzubieten. Dies dient zur effizienten Schulung und zum Training von sozial- kommunikativen Schlüsselqualifikationen. Weiters wird darauf hingewiesen, einen Praxisbezug für Gesprächssituationen und Gesprächsarten durch Übung und Spiel herzustellen. Die Förderung der Sozialkompetenz Kommunikation, kann durch Projektarbeit, ebenso querverweisend auf andere Unterrichtsfächer, unterstützt werden. Der Unterrichtsinhalt *Beratung* soll in allen Unterrichtsfächern vernetzend

eingebaut werden. Damit es nicht zu ständigen Wiederholungen, sondern vorzugsweise zu Anreicherung von Wissen kommt, ist eine didaktische Abstimmung empfohlen (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2021, S.487ff.).

Lehr/Lern- oder Unterrichtsmethoden sind Verfahren, bei denen sich Auszubildende und Lehrerinnen/Lehrer darauf konzentrieren können, die Förderung der Selbsttätigkeit im Unterricht zu ermöglichen. Die ständige Steigerung des Anspruches an guten Unterricht, kann durch methodische Anstrengungen der Lehrperson hergestellt werden. Inhalte interessant zu vermitteln liegt an der Anwendung verschiedener abgestimmter Methoden. Als eines der zehn Merkmale für guten Unterricht beschreibt Meyer die Methodenvielfalt in einem angemessenen Ausmaß. Das persönliche Methodenrepertoire befähigt zu Inszenierungstechniken und Handlungsmustern, die immer wieder im Unterricht anwendbar sind, sofern diese auch beherrscht werden (vgl. Meyer 2014, S.79f.). Ein guter abwechslungsreicher Methodenmix muss bewusst gewählt werden, um das gewünschte Ziel zu erreichen (vgl. Schmal 2017, S.94). Die Gestaltung des Unterrichts und somit die Überlegung der Interaktionsformen sind Grundvoraussetzung, um die gemeinsame Arbeit am Themenschwerpunkt der Unterrichtseinheit zu forcieren und um Erfolge zu erzielen. Es gibt vier Möglichkeiten von Sozialformen für den Unterricht. Diese sind der Frontalunterricht, der Gruppenunterricht, die Partnerarbeit und die Einzelarbeit. Die Differenzierungen dahingehend entscheidet, welche Form der Beziehungsarbeit dabei entwickelt werden kann (vgl. Jank/Meyer 2014, S.77ff.). Um die richtige Methode anzuwenden, sind im Vorfeld entscheidungsbedingte Parameter wie Rahmenbedingungen, Lernziel, Lernende und Lehrende zu beachten. Dahingehend sind Fragen zu klären: sind die Räumlichkeiten passend, um die Methode anzuwenden, ist die Methode geeignet, um das Lernziel zu erreichen und sind Kompetenzen der Methodenumsetzung sowie die Sicherheit in der Anwendung vorhanden? (vgl. Schmal 2017, S.94).

Auszubildende sollen sich durch den Unterricht breitgefächerte Kompetenzen aneignen. Zusätzlich zum Fachwissen soll es zum Erwerb von Sozialkompetenz kommen. Zur Förderung von kommunikativer Kompetenz stehen verschiedenen Methoden zur Verfügung. Voraussetzung dafür ist die korrekte und sichere Anwendung und vorherige Information an die Auszubildenden durch die Lehrperson. Theoretische Inhalte und Basiswissen kann über Frontalvorträge gut vermittelt werden. Damit Lerninhalte dauerhaft im Gedächtnis verankert bleiben, ist das Anwenden und das Üben von großer Bedeutung. kommunikative Kompetenz kann durch Kommunikation, Reflexion und Selbstreflexion gefördert werden. Die Sozialform Kleingruppenarbeit ist dahingehend auf sozialer Ebene gut einsetzbar, da Auszubildende aktiv am Unterricht und an Unterrichtsgesprächen teilnehmen können. Im nachfolgenden Kapitel werden Methoden beschrieben, die zur Förderung der kommunikativen Kompetenz wesentlich beitragen können.

3.1 Problem-based learning

Um sich selbstständig Wissen und Kompetenzen im Sinne des lebenslangen Lernens aneignen zu können, besteht der Bedarf von geeigneten Lernarrangements. Zur Entwicklung der Selbstlernkompetenz muss kommunikative Kompetenz vorhanden sein. Kommunikative Fähigkeiten werden durch soziales Lernen in Gruppen- und Teamarbeit gefördert (vgl. Haselhorst 2014, S.41).

Eine Kluft zwischen Theorie und Praxis wurde schon früh erkannt. Seinen Ursprung findet problemorientiertes Lernen in der Medizin, ausgehend durch die Probleme, die Studentinnen/Studenten in der Mediziner Ausbildung hatten. Theoretisches Wissen sollte umgehend in die Praxis umgesetzt werden, doch fehlte es an der Fähigkeit, dieses anwenden zu können. Barrows und Tamblyn (1980) beschreiben, dass die umfangreiche Wissensvermittlung die Denkweisen der Ärztinnen/Ärzte gehemmt hat. Somit kam es zu einer Umstrukturierung und zu einem

Umkehrschluss. Probleme wurden dargestellt, um Gedanken der Problemlösung anzuregen. Zur Gewährleistung der Patientinnensicherheit/Patientensicherheit wurde dahingehend die Lernumgebung adaptiert (vgl. Price 2005, S.29ff.).

Die Methode des problemorientierten Lernens (poL) oder auch problem-based learning (pbl) verfolgt einige Ziele. Unter anderem die Aktivierung des Vorwissens, die Förderung der Problemlösungsfähigkeit und des selbstgesteuerten Lernens. Der Lernprozess beginnt mit einer Problemstellung, d. h. die Auszubildenden haben sich mit dem Unterrichtsstoff noch nicht auseinandergesetzt. Dahingehend erarbeiten sie sich ihr Thema selbstständig anhand der Literatur. Der Wissenserwerb wird in Kleingruppenarbeiten mit der Methode des „Siebensprungs“ umgesetzt. (vgl. Schwarz-Govaers 2008, S.13ff.). Anhand fallspezifischer Informationen kommt es zur Wissensvermittlung und Entwicklung von Problemlösungsstrategien. Die verwendeten Fallbeispiele sollten authentisch sein und aus der Praxis stammen. Um ein Interesse dafür zu entwickeln, sollten die darin enthaltenen Informationen Erlebnisse aus der Praxis darstellen, welche nicht so erfolgreich waren. Problemorientiertes Lernen ist dahingehend arbeitsintensiver als vergleichsweise der Frontalunterricht (vgl. Price 2005, S.29ff.). PBL unterstützt die Problemlösungskompetenzen, das kritische Denken sowie die Kreativität. Diese Methode fördert die kritische Reflexion durch Rollenspiele (vgl. Chan 2013, S.2298-2307 zit. n. Feichtinger 2017, S.29).

3.1.1 Siebensprung

An der Universität Maastricht wurde die Siebensprungmethode zur Unterrichtsdurchführung entwickelt. Die sieben Schritte verlaufen in drei Phasen. Um das selbstkonstruierte Wissen in der Praxis effektiv einsetzen zu können, sind alle sieben Schritte des Siebensprungs erforderlich. Diese werden in der nachfolgenden Tabelle 1 aufgezählt und beschrieben.

| Phase 1 | | |
|------------------|-----------------------------|---|
| Schritt 1 | Begriffsklärung | Informationssammlung und Klärung undeutlicher Begriffe in der Gruppe |
| Schritt 2 | Problembestimmung | die zentrale Fragestellung wird bestimmt und die Probleme definiert |
| Schritt 3 | Problemanalyse | Brainstorming, Einbringen von Vorwissen, sammeln und notieren von Beiträgen, Bildung von Hypothesen |
| Schritt 4 | Erklärungen ordnen | Aussagen aus Schritt 3 zusammenfassen und systematisieren |
| Schritt 5 | Formulierung von Lernzielen | Lernfragen formulieren um die Hypothesen zu bestätigen oder zu widerlegen |
| Phase 2 | | |
| Schritt 6 | Sammeln von Informationen | Erarbeitung der Lerninhalte im Selbststudium |
| Phase 3 | | |
| Schritt 7 | Austausch von Informationen | Präsentation der Ergebnisse, Überprüfung der Resultate in der Kleingruppe |

Tabelle 1: Der Siebensprung

Quelle: Schwarz-Govaers 2008, S.15f.

Die kommunikative Kompetenz wird im pbl positiv beeinflusst. Die kollaborierenden Situationen motivieren und lassen Auszubildende voneinander lernen, sofern ein positives Gruppengefüge herrscht. Die kommunikative Kompetenz wird durch das Geben und Nehmen von Feedback entwickelt und gestärkt. Ebenso durch die Übernahme von unterschiedlichen Rollen in der Gruppe und durch die Diskussionen des Wissensprozesses (vgl. Weber 2007, S.20).

Realitätsnahe Fallbeispiele fördern die Motivation des selbstgesteuerten Lernens der Auszubildenden. Die Methode pbl trägt zur Entwicklung des selbstverantwortlichen Lernens bei und begünstigt den Wissensübertrag für herausfordernde Ereignisse in der Praxis. In der Arbeit mit Kleingruppen wird die kommunikative Kompetenz als Schlüsselkompetenz im sozialen Gefüge erworben und gefördert.

3.1.2 Methode Kleingruppenarbeit

Kleingruppenarbeiten gestalten sich in der selbstständigen Erarbeitung vorgegebener Unterrichtsthemen in einer Lerngruppe. Es kommt neben der Aneignung von Fachwissen auch zu sozialen Berührungen, auf die speziell Wert gelegt wird. Die aktive Teilnahme der Auszubildenden ist in dieser Sozialform wesentlich höher als beim Frontalunterricht. Der kooperative Teil der Kleingruppenarbeit legt Wert auf gemeinsamen Austausch in der Gruppe und das Lernen voneinander (vgl. Schmal 2017, S.84). Verschiedene Autorinnen und Autoren sehen wesentliche Vorteile in der Arbeit als Kleingruppe durch die Interaktion untereinander und somit durch die Einübung sozialer Kompetenzen wie der Kommunikationsgestaltung (vgl. Schewior-Popp 2009, S.27; Oelke/Meyer 2014, S.211-212 zit. n. Schmal 2017, S.84). Gruppenarbeit fördert die Sozialkompetenz durch die Problemlösung in der Gruppe und das Einhalten von aufgestellten Regeln. Soziale Kompetenz wird auch durch das Gefühl der Gemeinschaft und durch die Übernahme der Verantwortung von anderen Gruppenmitgliedern gestärkt (vgl. Kostorz/van den Berg 2013 zit. n. Schmal 2017, S.84f.). Gruppenarbeit ist eine anspruchsvolle Sozialform, die durch das Einhalten von vier Phasen und guter Eingliederung in den Unterricht zu einer Steigerung des Lernerfolgs beitragen kann. Gruppenarbeiten sind bei Auszubildenden teilweise mit negativen Vorurteilen behaftet, dies kann an der falschen Planung, Organisation und Durchführung dieser Sozialform liegen. Um einen erfolgreichen Abschluss der Unterrichtseinheit für Lehrende und Auszubildende zu erreichen, muss man die Reihenfolge der einzelnen Schritte einer Gruppenarbeit einhalten und professionell steuern. Eine Gruppenarbeit beginnt mit der Vorbereitungsphase, weiter mit der

Durchführung, der Präsentation und Auswertung und schließt mit dem Feedback/der Evaluation ab. Die Grundregeln der Gruppenarbeit müssen durch die Lehrperson erklärt und hervorgehoben werden und können somit immer wieder ihre Anwendung wie z. B. in der Themenvertiefung oder zur Wiederholung in vielen Unterrichtssituationen finden. Die Methode Gruppenarbeit zielt somit auf die Schlüsselqualifikation Kommunikationskompetenz ab, die als wesentlicher Teil im beruflichen Kontext immer häufiger verlangt wird und durch Gruppenarbeitsphasen mit lernfördernder Eigeninitiative geübt werden kann (vgl. Reich 2012, o.S.).

Zur Förderung der sozial-kommunikativen Kompetenz in einer deutschen Pflegeausbildung, wurde eine Projektarbeit zum Thema „Demenz im Krankenhaus“ durchgeführt. Das Fazit aus der Sicht der Lehrperson war, dass die Kommunikationsfähigkeit einen hohen und nachhaltigen Stellenwert aufweisen konnte (vgl. Köhler 2020, S.153f.).

Lehrenden unterliegt es, Unterrichtsinhalte nach ihrem eigenen methodischen Ermessen zu vermitteln. In der Literatur findet sich ein reiches Repertoire an unterschiedlichsten Methoden, kommunikative Kompetenz in Gruppenarbeit zu vermitteln. Einige Methoden werden nachfolgend vorgestellt.

Zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz kann die Methode Gruppenpuzzle angewandt werden. Hier kommt es zur Anwendung der Sozialform Gruppenarbeit. Auszubildende eignen sich in Kleingruppen Wissen an. Sie werden Expertinnen/Experten zum jeweiligen Thema und geben dieses Expertinnenwissen/Expertenwissen an die anderen Auszubildenden weiter. Es geht darum, Expertenwissen zu vermitteln und in Erfahrung zu bringen (vgl. Schmal 2017, S.103f.).

Die Methode Lügengeschichte dient der Informationsverarbeitung und wird in Paarbeit durchgeführt. Eine falsche und eine richtige Aussage zum Thema Kommunikation wird jeweils auf eine Seite einer Karteikarte geschrieben. Diese Aussagen werden anschließend im Sesselkreis

präsentiert. Die Auszubildenden stimmen per Handheben über Wahrheit oder Lüge (Lügengeschichte) der Aussage ab und diskutieren über eventuelle Unklarheiten. Die richtigen Antworten können zur Visualisierung an die Tafel gehängt werden (vgl. Schmal 2017, S.110).

Eine weitere Methode die dargestellt wird ist die Skulptur der Gefühle. Sie unterstützt Wahrnehmung, Ausdrucksverhalten und Selbstreflexion und wird in Paarbeit absolviert. Ausgangspunkt ist eine Fallsituation in der es darum geht die Gefühlswelt der Patientinnen/Patienten am Gegenüber nachzustellen. Nach Angaben werden Mimik, Gestik und Körperhaltung auf die lernenden Partnerinnen/Partner übertragen. Hier erkennen Auszubildende, dass es viele verschiedene Emotionen und Reaktionen gibt. Zudem werden sie aufgefordert, in sich selbst zu hören (vgl. Schmal 2017, S.119).

3.2 Simulation

Als Simulation werden Situationen aus dem Leben oder der beruflichen Praxis möglichst realitätsnah übernommen und definiert. Der Kompetenzerwerb/Kompetenzaufbau wird in sogenannten Skills-Labs, umgangssprachlich auch Fertigkeitenlabor, ermöglicht. Dies sind zentrale Trainingseinrichtungen in Anlehnung an das berufliche Setting und erlauben das Üben und Ausprobieren von Handlungsalternativen als Lernform. Oft wird das Lernen in Skills-Labs mit der Lernform pbl kombiniert. In dieser Übungseinrichtung können einerseits Skills-Trainings und zum anderen Simulationen durchgeführt werden (vgl. Schmal 2017, S.171f.).

Die Fachhochschule Münster mit Fachbereich Gesundheit eröffnete 2014 ein Skills Lab. Dort wurde den Auszubildenden in einem Projektsemester die Möglichkeit geboten, das Lernen in einem Skills-Lab zu erproben. Das Konzept des Projektes teilte sich auf drei Aspekte auf. Die theaterpädagogische Begleitung, das erfahrungsorientierte Lernen (eoL),

sowie das problemorientierte Lernen. Vor, nach und während der Simulation wurden Auszubildende von einer Theaterpädagogin bezüglich Rollenfindung und Debriefing unterstützt. Das Projekt dauerte von Dezember 2014 bis Mai 2015 mit einer Beteiligung von 20 Studierenden und vier Lehrenden. „Die praktische Abschlussprüfung in der Pflege“ war das zu bearbeitende Thema im Zusammenhang mit poL und eoL. Ziel war es, dass die Lernenden ihre Handlungen aus der Praxis in Kleingruppen reflektieren und neue Erkenntnisse gewinnen. Aus diesem Projekt geht hervor, dass durch das gemeinsame Arbeiten an einer Problemsituation die Kommunikationsfähigkeit gefördert wurde. Die berufliche Handlungskompetenz und die Persönlichkeitsentwicklung konnten durch diese Lernform erweitert werden (vgl. Schlosser/Wiening 2017, S.24ff.).

Das Erproben von Handlungsabläufen wie z. B. ein Beratungsgespräch, kann unter den Bedingungen der Simulation Sicherheit für die Praxis vermitteln. Fehler verursachen im Simulationstraining kein Risiko für Patientinnen/Patienten und können der Weiterentwicklung der Auszubildenden dienen. Die Nähe zur Wirklichkeit in der Ausbildung verringert wiederum die Kluft zwischen Theorie und Praxis und ermöglicht Auszubildende mit bereits erprobtem Wissen in die Praxis zu starten. Anschließend wird das Thema Simulation näher behandelt.

Der Simulation geht die Vermittlung von theoretischem Basiswissen einher, um diese gezielt anwenden zu können. Der Fokus kann hier u. a. auf die Förderung und Förderung der kommunikativen Kompetenzen gelegt werden. Die Ausführung kann mit Pflegepuppen oder Laienschauspielerinnen/Laienschauspielern erfolgen. Der Vorteil an Simulationspatientinnen/Simulationspatienten ist die Authentizität. Nonverbale Kommunikation wie Mimik und Gestik können miteinbezogen werden. Ebenso ergibt sich dadurch ein weiteres Feedback aus der Perspektive der Simulationspatientinnen/Simulationspatienten. Hier kann auch der Perspektivenwechsel angewandt werden. Auszubildende nehmen die Rolle der Simulationspatientinnen/Simulationspatienten ein. Unter Berücksichtigung des Datenschutzes können Simulationen mittels Video

aufgezeichnet werden. Diese werden im Debriefing zur Reflexion herangezogen (vgl. Schmal 2017, S.174ff.).

Am Bachelor Studiengang Pflege an der Berner Fachhochschule, wurde das Training mit professionellen Schauspielerinnen/Schauspielern zum Erwerb der kommunikativen Kompetenz vollständig in das Curriculum integriert. 2006 wurde das erste Kommunikationstraining mit 28 Auszubildenden gestartet. Das Konzept wurde in Anlehnung an die bereits bestehende Physiotherapieausbildung an die Bedürfnisse der Pflege angepasst und erweitert. Das Kommunikationstraining findet über fünf Semester hinweg parallel zum Hauptmodul Kommunikation statt. Dies entspricht einer Lernzeit von fünf ECTS-Punkten (European Credit Transfer System). Um den hohen Ansprüchen der Simulationspatientinnen/Simulationspatienten gerecht zu werden, arbeitet die Berner Fachhochschule nur mit professionellen Schauspielerinnen/Schauspielern. Metzenthin begründet dies, aufgrund mangelhafter Ernsthaftigkeit bei Rollenspielen durch Mitstudierende. Das Fazit zum curricularem Kommunikationstraining: Praxisanleiterinnen/Praxisanleiter berichten über eine positive Steigerung der kommunikativen Kompetenzen. Im Vergleich zu Vorgängerinnen/Vorgängern, die nach dem alten Curriculum unterrichtet wurden, erkannte man eine wesentliche Steigerung der Handlungsfähigkeit im Umgang mit Patientinnen/Patienten in schwierigen Gesprächssituationen. Anhand Rückmeldungen der Auszubildenden schätzten diese sich als sicherer in der Kontaktaufnahme, in den Grundlagen der Gesprächsführung und auch in der Anwendung der Gesprächstechniken ein (vgl. Metzenthin 2008, S.25ff.).

In einer Studie zur selbstständigen Beurteilung der Steigerung der Kommunikationsfähigkeit durch Simulation, konnte folgendes Ergebnis erzielt werden. Nach dem Zufallsprinzip wurden 62 Studentinnen/Studenten der Sprachpathologie einem von drei Gesprächspartnerinnen/Gesprächspartnern zugeteilt. Die Gesprächsdauer wurde für eine Zeit von 30 Minuten anberaumt.

Kommunikationspartnerinnen/Kommunikationspartner waren: eine Patientin/ein Patient in einem Pflgewohnheim, eine virtuelle Patientin/ein virtueller Patient oder eine ältere ausgebildete Patientinnendarstellerin/ein älterer ausgebildeter Patientendarsteller. Lernort für die Gruppe „Standardisierte Patientinnen/Standardisierte Patienten“ war eine simulierte Pflegeheimsuite in einem Simulationslabor einer Universität. Jeweils eine Woche vor und nach der Gesprächsinteraktion wurde über die selbst eingeschätzte Kommunikationskenntnisse berichtet. Es wurde über deutlich höhere Kommunikationsfähigkeiten sowie Fertigkeiten und Vertrauen ausgesagt (Median $d = 0,58$) (vgl. Quail/Brundage/Spitalnick/Allen/Beilby 2016, o.S.).

3.2.1 Phasen der Simulationseinheit

Die Durchführung einer Simulationseinheit durchläuft vier Phasen. Der erste Teil befasst sich mit der Vorbesprechung (Prebriefing). Sie soll für Lehrende und an der Simulation beteiligte Personen einen organisatorischen Rahmen bilden. Hier erfolgt die Abklärung bezüglich Ablauf und ob alle Rahmenbedingungen zur Durchführung erfüllt sind. Darauf folgt das Briefing (Einführung und Instruktion). In der zweiten Phase erhalten die Auszubildenden inhaltliche und organisatorische Vorbereitung auf die Simulationseinheit. Sie bekommen Informationen über die zu erwerbenden Kompetenzen und über den generellen Ablauf der Simulation. Weitere Inhalte wie über den Simulator, die Evaluationsmethode, die Rollenverteilung und den zeitlichen Ablauf fallen in die Briefingphase. Für den Inhalt und den Prozess eines Szenarios sind Briefingkonzepte standardisiert. Nach der Klärung aller Bedingungen beginnt die Simulationsdurchführung in Phase drei. Das Szenario beinhaltet das Durchlesen der konzipierten Fallsituation, die Durchführung und Beendigung der Simulation. In der vierten und letzten Phase erfolgt direkt im Anschluss an die Simulation ein strukturiertes und dokumentiertes Debriefing (vgl. Schmal 2017, S.176; Schwermann/Loewenhardt 2021, S.9f.).

Die Nachbesprechung erhöht eine wertschätzende und selbstkritische Kompetenzerwerbsreflexion. Ausgelöste Emotionen werden hier verbalisiert und anschließend besprochen. Die Durchführung der Simulation wird durch Lehrende und Lernende analysiert und reflektiert. Gelerntes wird für zukünftige Handlungen bewertet. Das Debriefing ist ein wesentliches Element in Simulationen, da es auf alle drei Lernbereiche Einfluss hat. Auf der kognitiven Ebene werden Wissenslücken erkannt und geschlossen. Das Lernverhalten erhält einen positiven Einfluss und steigert die Lernbereitschaft. Hier werden die Lernprozesse sowie die Reflexionsfähigkeit verbessert. Auf der psychosozialen Ebene wird das Selbstbewusstsein durch Reduktion von Unsicherheiten erhöht. Negativen Einstellungen wird auf der affektiven Ebene entgegengesteuert (vgl. Schmal 2017, S.176).

Die steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. verfügt über ein medizinisches Simulations- und Trainingszentrum am Landeskrankenhaus Universitätsklinikum Graz. Es steht vorwiegend für die postgraduelle Aus- und Weiterbildung von Fachpersonal zur Verfügung (vgl. Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. 2021, o.S.). Die Fachhochschule Joanneum-Institut Gesundheits- und Krankenpflege kann ebenso auf die Möglichkeit des Skills-Trainings im Studium verweisen (vgl. Fachhochschule Joanneum 2021, o.S.).

Wie aus der Literaturrecherche herausgeht, besteht nicht an jedem Ausbildungsstandort für Gesundheits- und Krankenpflege die Möglichkeit eine Simulation mit technischen Equipment und personellen Ressourcen durchzuführen. Um dennoch den Unterricht abwechslungsreich gestalten zu können, können Lehrende auf die Methode Rollenspiel zurückgreifen. Metzenthin verweist in ihrem Beitrag bezüglich Rollenspiele, dass diese Form des Unterrichts ihrer Erfahrung gemäß für den Transfer wenig geeignet ist. In der Literatur wird das Rollenspiel dennoch als Methode der Wissensvermittlung und –verarbeitung beschrieben und wird im nächsten Abschnitt dargestellt.

3.2.2 Rollenspiel

Unter Berücksichtigung der Grundsätze bei der Methodenauswahl und deren Umsetzung, bietet sich das Rollenspiel an, um einen Perspektivenwechsel durchzuführen und um Emotionen zu erkennen. Die Möglichkeit ein Rollenspiel im geschützten Rahmen des Klassenzimmers, wo Fehler erlaubt sind, durchführen zu können, kann zur Vermeidung von Fehlern im direkten Patientinnenkontakt/Patientenkontakt beitragen (vgl. Schmal 2017, S.117; Günther 2019, S.1). Die Lehrperson achtet darauf, die Ernsthaftigkeit im Rollenspiel zu bewahren. Rollenspiele sind eine aktive Alternative zur üblichen Unterrichtsdidaktik und tragen zur Förderung sozialen Lernens bei. Durch die spielerische Übernahme gewisser Rollen, die hohe Prägnanz haben, erweitert sich der Wissenshorizont der Auszubildenden und bleiben somit bildhaft und nachhaltig im Gedächtnis. Die pädagogische Aktionstechnik des Rollenspiels fördert die Kommunikationsfähigkeit und ebenso die Wahrnehmungskompetenz, sprich das Einfühlen in die Perspektive von anderen Menschen (vgl. Gunkel 2011, o.S.). Ein Rollenspiel kann in mehreren Kleingruppen zeitgleich stattfinden. Im Vorfeld muss jedoch durch die Lehrenden die Aufgabenstellung zu jedem Zeitpunkt klar formuliert sein. Die Lernenden bestimmen in der Gruppe selbstständig eine Spielleiterin/einen Spielleiter, der durch das Rollenspiel führt, vermittelt und als Ansprechperson definiert ist (vgl. Schmal 2017, S.117). Die Methode des Perspektivenwechsels, die im Rahmen des Rollenspieles angewandt werden kann, hat den Hintergrund, das Lernende die Sichtweise von anderen Personen einnehmen. Die Förderung der emotionalen Kompetenz wird dahingehend unterstützt, ebenso wie durch die Verschriftlichung von Empfindungen die eigene Gefühlswelt näher gebracht. Die Anwendung findet in einer Fallsituation mit mehreren Beteiligten als Gruppenarbeit statt. In Kleingruppen sollen Perspektiven der Patientinnen/Patienten, Angehörige oder Pflegende übernommen werden. Die Bearbeitung des Perspektivenwechsels kann in Form eines Briefes an eine Freundin/einen Freund niedergeschrieben werden. Die Ergebnisse werden anschließend im Plenum vorgestellt und besprochen (vgl. Schmal 2017, S.112).

Reflexion und Feedback sind nach jeder Simulation oder Rollenspiel für die Verarbeitung und Neugestaltung der Lernprozesse essentiell. Es soll konstruktiv sein und lässt erkennen, ob die geforderten Lernziele erreicht wurden. Den Auszubildenden wird die Möglichkeit gegeben im Plenum zu kommunizieren und fördert durch den Übungscharakter die kommunikative Kompetenz.

3.2.3 Die Reflexion

Die Reflexionsfähigkeit unterliegt dem Nachdenken und der prüfenden Betrachtung des eigenen Handelns und seiner eigenen Arbeit. Sie ist ein wesentlicher Faktor für Auszubildende im Gesundheitswesen. Zur Förderung der Reflexionskompetenz bietet sich die Verschriftlichung in Form eines Lerntagebuches an. Es werden persönliche Lernprozesse durch Fremd- und Selbstreflexion veranschaulicht. Durch die Diskussion im Dialog mit der Lehrperson wird die Reflexionsfähigkeit gestärkt (vgl. Schmal 2017, S.25f.). Das reflektierende Denken ist ein Werkzeug zur Weiterentwicklung und zur Problemlösung mit hohem Stellenwert. Zur Erlangung der Handlungskompetenz bedarf es der Förderung der Reflexionskompetenz (vgl. Dewey 2004, S.106 zit. n. Urban 2009, S.102f.). Eine weitere Möglichkeit dafür ist der Praxisbericht, der seine Bedeutung in der gedanklich-reflektierenden Bearbeitung in Form eines Arbeitsauftrages findet. Die Reflexion von praktischen Erlebnissen in der theoretischen Ausbildung kann die kommunikative Kompetenz fördern (vgl. Urban 2009, S.102ff.) und soll strukturiert in die Ausbildung einfließen. Die Selbstreflexion und das Austauschen darüber in der Gruppe trägt zur Entwicklung der kommunikativen Kompetenz bei (vgl. Olbrich 2018, S.187f.).

3.2.4 Feedback

Die Gesprächstechnik Feedback ist die Rückmeldung in einer Interaktion oder auf eine Interaktion (vgl. Hoos-Leistner 2019, S.126f.). Es ist Kommunikation und zugleich eine Lernchance, für Feedbackgeber und Feedbacknehmer. Diese Rückmeldung ermöglicht das Abgleichen des

Selbstbildes mit dem Fremdbild. Dadurch erfährt man, ob die Handlungsweise zum gewünschten Ziel führt (vgl. Franck 2017, S.57ff.). Es erfolgt in verbaler Form und soll Aufschluss über die eigene Wirkung geben. Professionelles Feedback geht mit Wertschätzung gegenüber dem Feedbacknehmer einher und wird nur erteilt wenn darum gefragt und eingewilligt wird (vgl. Hoos-Leistner 2019, S.126f.). Feedback soll zum richtigen Zeitpunkt stattfinden. Am Ende eines Gesprächs, nach Beendigung einer Aktion oder Maßnahme oder nach der Fertigstellung eines Produktes (vgl. Franck 2017, S.57ff.). Es soll informieren, stimmig und angepasst sein. Für eine gute Gruppendynamik ist Feedback eine essentielle Gesprächstechnik, da es einen sehr hohen Lernfaktor hat und Verbesserungen aufzeigen kann. Dadurch kann es zur Erweiterung von sozial-kommunikativen Fähigkeiten kommen. Unter Einhaltung der Feedbackregeln soll es in der Anwendung und Übung als persönlicher Nutzen gesehen werden (vgl. Hoos-Leistner 2019, S.126f.).

In der Literatur werden zahlreiche Implementierungen von Skills-Labs und die Möglichkeit der Simulation in der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege genannt. Sie tragen zur Förderung der kommunikativen Kompetenz und somit der Handlungskompetenz bei. Das Ziel ist es, die bessere Vernetzung zwischen theoretischem Unterricht und beruflicher Praxis herzustellen. Durch die realen Bedingungen können sich Auszubildende ein Bild über das zukünftige berufliche Setting machen. Dahingehend könne sie ihr Leistungsniveau dementsprechend anpassen und sich erproben. Die Kommunikation in Form eines Beratungsgespräches mit Simulationsdarstellerinnen/Simulationsdarstellern zu üben kann die Sicherheit und das Selbstbewusstsein fördern. Das Angebot dieser Lernarrangements stellt eine sinnvolle Erweiterung zum realen Lernen in der Praxis dar.

4 Kompetenzorientierte Lernerfolgsüberprüfung in der Ausbildung

Wie bereits in Kapitel zwei beschrieben, unterliegt die Durchführung einer jeden Prüfung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung laut GuK-AV (vgl. Bundeskanzleramt 2021a, o.S.). Leistungsüberprüfungen können in mündlicher, schriftlicher oder praktischer Form durchgeführt werden. Sie geben Auskunft über den Lernerfolg und das Leistungsniveau der Auszubildenden (vgl. Bonse-Rohmann/Hüntelmann/Nauerth; 2008, S.11; Schmal 2017, S. 212.). Um die Qualität jeder Benotung zu gewährleisten, sind die Gütekriterien des Bewertungsverfahrens einzuhalten. Die Hauptgütekriterien sind die Objektivität, die Reliabilität sowie die Validität. Die Beurteilungskriterien sollten vor jeder Prüfung transparent gemacht werden (vgl. Bonse-Rohmann et al. 2008, S.12). Mögliche Überprüfungsverfahren von Fachwissen wären der Test, Multiple Choice-Mehrfachwahlaufgaben, die Mitarbeit im Unterricht oder die Herstellung eines Produktes. Um Aufschluss über die Kompetenzentwicklung zu erlangen, muss die Leistungsüberprüfung mehrere Kompetenzen erfassen. Die verwendeten Prüfungsinstrumente sollen den Nachweis von Fachwissen und Rückschlüsse auf andere Kompetenzen ermöglichen. Um Handlungskompetenz zu überprüfen, bedarf es handlungsorientierter Prüfungsinstrumente (vgl. Bonse-Rohmann et al. 2008, S. 17f.).

Um den Transfer der kommunikativen Kompetenz sicherstellen zu können, sind Leistungsmessungen in Form von Prüfungen zu erbringen. Ein handlungsorientierter Unterricht bedarf einer handlungsorientierten Überprüfung und Beurteilung. Das theoretische Wissen über Kommunikation lässt sich gut über eine schriftliche oder mündliche Prüfung darstellen. In verschiedenen Literaturangaben wird die Kompetenzmessung als schwierig dargestellt. Die kommunikative Kompetenz kann durch das Präsentieren der Umsetzung von Basiswissen beurteilt werden. Ein Beispiel dafür wäre in Form der Ausführung eines Beratungsgespräches. Im

nachstehenden Kapitel werden die kompetenzorientierten Prüfungsinstrumente OSCE und Performance Prüfung näher ausgeführt. Bonse-Rohmann et al. beschreiben die Kompetenzmessung als schwer erfassbar und nicht direkt messbar. Die direkte Lernerfolgskontrolle ist dahingehend als schwierig zu beschreiben. Wird aber die Performanz der Auszubildenden in den Mittelpunkt der Prüfung gestellt, lässt sich die Lernerfolgsprüfung durchführen (vgl. Bonse-Rohmann et al. 2008, S.16). Reliable und valide Instrumente der Leistungsüberprüfung sind wichtig und sollten Pflegepädagoginnen/Pflegepädagogen stets bewusst sein. Dadurch wird die Sicherstellung der kompetenten Pflege im Anschluss an die Ausbildung gewährleistet. Das Bestreben ist differenziert und aussagekräftig zu beurteilen und beschreibt u. a. das Prüfungsinstrument OSCE dahingehend als bewährt und bei den Auszubildenden als beliebt (vgl. Staudacher 2012, S.77).

4.1 Objective Structured Clinical Examination – OSCE

Innerhalb kompetenzorientierter Curricula hat sich das Assessmentformat Objective Structured Clinical Examination, kurz OSCE, gut etabliert. Es ist ein flexibles Prüfungsverfahren und wird in Form eines Stationenlaufs durchgeführt. Die Auszubildenden werden an den verschiedenen Stationen hinsichtlich Kommunikation, Entscheidungsfindung, Umgang mit Standardisierten Patientinnen/Patienten (SP) sowie auch in ihrer Handlungskompetenz geprüft. Erstmals erwähnt wurde dieses Prüfungsformat 1975 von Ronald Harden mit dem Ziel, klinische Kompetenzen von Auszubildenden zu überprüfen. Die OSCE wurde entwickelt, um die Reliabilität und die Validität von Assessmentmethoden zu verbessern. Die Vorbereitung der einzelnen Prüfungsstationen ist sehr intensiv und anspruchsvoll. Jedes Ausbildungsinstitut muss ein für sich geeignetes Konzept der OSCE entwickeln, um den jeweiligen Curricula zu entsprechen (vgl. Schlegel 2018, S.2ff.). Es ist gerade bei neuen Prüfungsinstrumenten erforderlich, die Prüferinnen/Prüfer über den Umgang mit dem Instrument zu informieren und dementsprechend

fortzubilden (vgl. Bonse-Rohmann et al. 2008, S.153). Zu bedenken sind dahingehend die Prüfdauer an den einzelnen Stationen und die Übereinstimmung der Taxonomie der im Lehrplan beschriebenen Kompetenzen und Lernziele. Die Aufgabenstellung beinhaltet die Realitätsnähe zur Praxis. (vgl. Schlegel 2018, S.2ff.).

Je nach Prüfungsumfang werden entsprechend viele Stationen aufgebaut mit je einem Bearbeitungszeitraum von fünf bis zehn Minuten (vgl. Handgraaf/Klemme/Nauerth 2004, S.7 zit. n. Bonse-Rohmann et al. 2008, S.34). Alle Prüflinge durchlaufen zeitgleich die Stationen, die idealerweise im Kreis aufgestellt sind. Unterteilt wird in Prozedurstationen und Fragestationen. Zum ersten werden praktische Fertigkeiten unter Einsatz von SP überprüft und zum zweiten werden Fragen schriftliche beantwortet (vgl. Institut für Aus-, Weiter- und Fortbildung, Medizinische Fakultät Universität Bern 1999, S.56 zit. n. Bonse-Rohmann et al. 2008, S.34). An den verschiedenen Stationen werden die Studierenden in Bezug auf Umgang mit Standardisierten Patienten, Entscheidungsfindung, Handlungsfähigkeit sowie in Kommunikation geprüft (vgl. Schlegel 2018, S.2).

OSCE wurde entwickelt um nicht nur Fachwissen, sondern um mehr Handlungs- und Kommunikationskompetenz überprüfen zu können. Anhand der Pyramide nach Miller kann gezeigt werden, dass der Handlungsaspekt in der Pflegeausbildung eine essentielle Rolle hat. In Stufe eins kann anhand schriftlicher Tests das Faktenwissen überprüft werden. In Stufe zwei werden bereits komplexere Inhalte schriftlich oder mündlich überprüft. In der dritten Stufe der Pyramide werden Fähigkeiten und Fertigkeiten überprüft, die in der OSCE durchgeführt werden können. Die Stufe vier und somit oberste Ebene beschreibt das „Tun“. Hier ist das Handeln in der realen Praxis gemeint. Um Auszubildende für die klinische Praxis vorzubereiten, wird empfohlen, OSCE an der Ausbildungsinstitution anzusiedeln (vgl. Schlegel 2018, S.3f.). Die nachfolgende Darstellung veranschaulicht die Pyramide nach Miller.

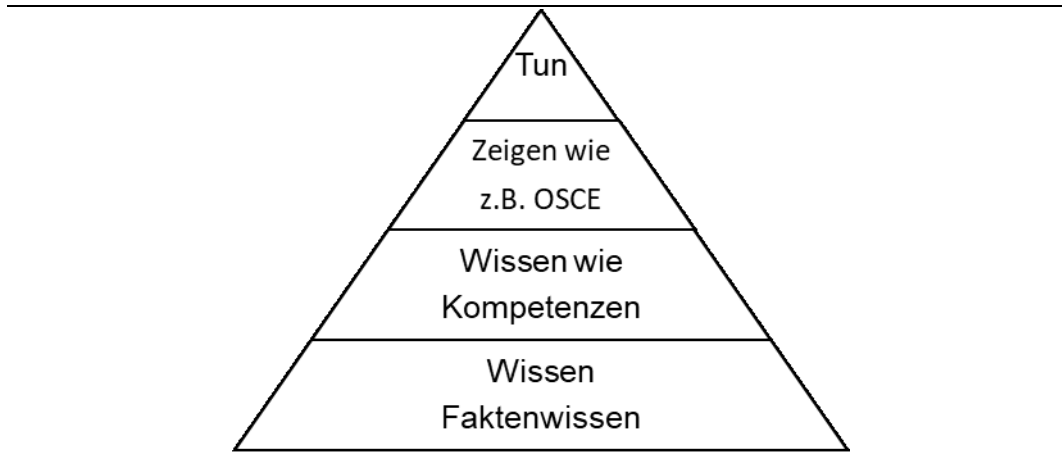


Abbildung 1: Pyramide nach Miller eigene Darstellung

Quelle: Miller 1990 zit. n. Schlegel 2018, S.3

Die Rahmenbedingungen für die Durchführung einer OSCE-Prüfung stellen die Objektivität, die Zuverlässigkeit und die Struktur dar. Die Prüferinnen/Prüfer sollen die subjektiven Wahrnehmungen bei der Prüfung minimieren und objektiv beurteilen. Um die Reliabilität- Messzuverlässigkeit zu gewährleisten, sind Prüfungen so zu gestalten, dass die Kompetenzprüfung nicht nur von einer Prüfungsperson durchgeführt wird. Die OSCE kann demnach verschiedene Prüfungsstationen vorweisen. Somit können mehrere Aufgaben von verschiedenen Prüferinnen/Prüfern geprüft werden und Störfaktoren entfernt werden. Eine Prüfung kann in ihrer Zuverlässigkeit gesteigert werden, je mehr Messbeobachtungen definiert werden. Je mehr Stationen eine OSCE aufweisen kann, desto reliabler ist die Prüfung. In einer Studie haben Nikendei und Jünger (2006) eine Reliabilität von 0,748 Cronbach alpha berechnet, wenn zwölf Stationen mit einer Stationszeit von fünf Minuten vorzuweisen sind (vgl. Schlegel 2018, S.4f.).

Um den Prüfungsstress bei den zu Prüfenden zu verringern, ist eine Struktur des Ablaufs der OSCE sehr wichtig. Auszubildende werden genauestens über Organisation und Ablauf der Prüfung informiert. Kandidatinnen/Kandidaten und Prüferinnen/Prüfer müssen wissen zu welchem Zeitpunkt sie an welcher Station sein sollen. Der Aufbau der einzelnen Stationen soll entsprechend adaptiert sein, dass Auszubildende

ihre verschiedenen Kompetenzen im Umgang mit unterschiedlichen Handlungssituationen vorweisen können (vgl. Schlegel 2018, S.4f.).

An den OSCE-Stationen spielen Schauspielerinnen/Schauspieler und/oder Laienschauspielerinnen/Laienschauspieler ihre, von der Ausbildungsinstitution vordefinierten Patientinnenrollen/Patientenrollen. Sie werden als Standardisierte Patientinnen/Patienten (SP) bezeichnet, da sie ihre Rolle immer nach einem standardisierten Drehbuch spielen und gleich einhalten müssen. So tragen SP zur Objektivität bei und allen Auszubildenden werden die gleichen Voraussetzungen gegeben. Die SP werden über ihre Aufgaben im Vorfeld informiert und müssen verstehen, dass jede Abweichung vom Drehbuch Einfluss auf die Prüfung hat. SP müssen sich an die Regeln der Pünktlichkeit halten und dürfen nicht über die Performanz der Auszubildenden sprechen. Um einen reibungslosen Ablauf der OSCE-Prüfung zu gewährleisten werden Rollentrainings mit den SP durchgeführt (vgl. Schlegel 2018, S.5f.).

In einem Interview beschreibt Schlegel die OSCE am Berner Bildungszentrum Pflege als eine Art Postenlauf. Auszubildende absolvieren in einer Zeitspanne von eineinhalb Stunden zehn Stationen. An der Tür des Prüfungszimmers ist die Aufgabenstellung beschrieben. Mit einem Gong wird der Start definiert und die Auszubildenden können den Raum betreten. Die Durchführung der OSCE erfolgt mit Unterstützung von SP. Die Auszubildenden müssen sich mit dem Kontext im Zimmer zurechtfinden. Anschließend haben sie einige Minuten Zeit, um die Aufgabe zu lösen. Währenddessen beobachten die Prüferinnen/Prüfer den Prozess, ob die Teilnehmerinnen/Teilnehmer die Modelle und Konzepte richtig anwenden (vgl. Bachmann/Schlegel 2018, S.349).

Die OSCE ist ein reliables Prüfungsinstrument zur Beurteilung der kommunikativen Kompetenz. Je nach Kompetenzstufe sind die OSCE-Stationen so zu definieren, um den gewünschten Kompetenzerwerb beurteilen zu können. Alle Teilnehmerinnen/Teilnehmer müssen über Struktur und Ablauf gebrieft sein, um eine adäquate OSCE-Prüfung

durchführen zu können. Checklisten und Drehbücher sind dementsprechend zu konzipieren und anzuwenden. Nachstehend ein Beispiel einer Checkliste im Modul Interkulturelle Kommunikation anhand derer die Beurteilungskriterien ausgewiesen sind.

Beurteilungsmöglichkeiten: Ja – Teils – Nein

Werden von zwei oder drei Aspekten des Kriteriums eines weniger erfüllt, wird mit „teils“ bewertet. Wird eine Handlung nicht korrekt durchgeführt oder auch unvollständig, wird diese Kategorie mit „nein“ beurteilt (vgl. Sroka 2018, S.134). Eine Checkliste zur Veranschaulichung wird in Tabelle 2 dargestellt.

| Handlung, Fachwissen, Kommunikation & Rollenkongruenz | |
|---|---|
| 1. | Begrüßt SP beim Betreten des Zimmers und stellt sich vor |
| 2. | Erkundigt sich nach eventuellen Verständigungsschwierigkeiten |
| 3. | Spricht langsam Hochdeutsch in einfachen und kurzen Sätzen |
| 4. | Erkundigt sich nach dem aktuellen Befinden der SP |
| 5. | Erhebt physische und psychische Einflüsse auf die aktuelle Befindlichkeit der SP(z.B. Schmerzen, Unbehagen durch fremdes Umfeld) und klärt die Übereinstimmung mit der SP ab |
| 6. | Reagiert angemessen auf die Äußerungen und Bedürfnisse der SP (zeigt Interesse, fragt nach, äußert Verständnis für das Befinden der SP |
| 7. | Gibt fachkorrekte und verständliche Auskünfte |
| 8. | Stellt einfache und verständliche Fragen und hört aktiv zu |
| 9. | Ermutigt SP über Gefühle und Ängste zu sprechen |
| 10. | Verabschiedet sich mit einer eventuellen Perspektive (z. B.: Weiterführen des Gesprächs |

Tabelle 2: Checkliste OSCE

Quelle: vgl. Sroka 2018, S.134

Checklisten sind allgegenwärtig und sichern die Qualität sowohl in der Ausbildung als auch in der Pflegepraxis. Sie sind für die Überprüfung und Beurteilung der kommunikativen Kompetenz gut einsetzbar.

Die Checklisten die in der OSCE- Prüfung verwendet werden, dienen der Beurteilung von bereits erlernten Handlungsabläufen und klinischer Fertigkeiten der Auszubildenden. Sie stellen somit ein objektives standardisiertes Prüfungsinstrument dar. Auch hier heißt es wieder, vor dem Gebrauch des Instrumentes, sind Prüferinnen/Prüfer zu briefen. Die Kriterienanzahl der Checklisten hängt von der Länge und Intensität der OSCE-Stationen ab und sollen nur Kriterien aufweisen, welche für die Bewertung der Kompetenzen der Auszubildenden relevant sind. D. h. auf der Checkliste sind diese Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermerken, welche erreicht werden sollen. Sofern eine Aufgabe ein Beratungsgespräch beinhaltet, soll sich die Checkliste auf die wichtigen Kriterien des Beratungsgesprächs konzentrieren (vgl. Schlegel 2018, S.14).

Das Anforderungsprofil einer Checkliste weist folgende Kriterien auf.

- Discrete: Pro Handlungsschritt wird nur ein Kriterium ausgewiesen
- Observable = beobachtbar: einzelne beobachtbare Handlungen sollen durch Prüferinnen/Prüfer bewertet werden können
- Dichotom = zweiteilig: Die meisten Checklisten weisen eine Bewertung mit ja/nein auf. Eine dreiteilige Gliederung wie sie in der Tabelle 2 beschrieben ist, kann dann als teilweise miteinbezogen werden, wenn ein Kriterium mehr als ein Element beinhaltet (vgl. Pugh/Smee 2013, zit. n. Schlegel 2018, S.14).

Schlegel beschreibt auch Kritikpunkte an den OSCE-Checklisten im Vergleich zu globalen Beurteilungskriterien. Checklisten belohnen Auszubildende wenn diese exakt die Handlungsabläufe durchführen. Bei erfahrenen Prüflingen besteht die Gefahr, dass sie, aufgrund ihrer Expertise, Handlungsschritte auslassen, die aber Punkte geben würden. D. h. Checklisten werden erfahrenen Auszubildenden nicht gerecht. Globale Beurteilungskriterien verweisen auf eine ganzheitliche Erfüllung der Aufgaben. Holistische Beurteilungen werden Auszubildenden mit Erfahrung und Fachwissen gerecht. Auch hier ist aber zu bedenken, dass die subjektiven Bewertungen minimiert werden müssen und ein Training der Anwendung vorausgeht. Eine Kombination aus Checklisten und globalen

Beurteilungskriterien erweist sich doch als sinnvoll. Globale Beurteilungskriterien können auch gut zur Beurteilung der kommunikativen Kompetenz eingesetzt werden (vgl. Schlegel 2018, S. 14ff.).

4.2 Simulierte Rollensequenz – Performanz-Prüfung

Hier handelt es sich um eine mündliche Leistungsüberprüfung mit integriertem Rollenspiel. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass es sich hier nicht um eine praktische Prüfung handelt. Deshalb ist der Fokus auf den kommunikativen Aspekt zu legen. Um das Fachwissen sowie die Umsetzung zu überprüfen, wird ein Fallbeispiel verwendet. Die Durchführung eines Beratungsgesprächs stellt den zweiten Teil der Prüfung dar. Die Performanz-Prüfung weist Ähnlichkeiten mit einem Rollenspiel auf und sollte daher mit zwei Personen durchgeführt werden. Die Beurteilung ergibt sich aus der Beantwortung der Initialfrage sowie in der Performanz des Beratungsgesprächs. Abgeschlossen wird die simulierte Rollensequenz mit einer gemeinsamen Reflexion (vgl. Bonse-Rohmann et al. 2008, S.57; Schmal 2017, S.216f.). Die hier ausgewiesene Kompetenz ist die soziale Kompetenz mit dem Schwerpunkt Gesprächsführung und Gestaltung von Beziehungen (vgl. Bonse-Rohmann et al. 2008, S.56). Im Anhang ist der Kriterienraster für das Prüfungsinstrument „Performanz-Prüfung ersichtlich.

Während der Lösungsbearbeitung in Kleingruppen können die Kompetenzen prozessbegleitend überprüft werden. Durch die anschließende Präsentation kann u. a. der Fokus auf die Körpersprache gelegt werden. In weiterer Folge gilt als Prüfungsinstrument die Diskussion in ihrer Gesprächskultur zur Erfassung der sozialen Kompetenz (vgl. Bonse-Rohmann et al. 2008, S.22f.).

Das mündliche Fachgespräch kann an eine vorherige Präsentation wie z. B. der Simulation angeschlossen werden. Ausgangspunkt ist eine themenrelevante Problemstellung die mit der Problemlösung einhergeht.

Um die kommunikative Kompetenz überprüfen zu können, sollen die Auszubildenden in einem Fachgespräch selber die Initiative ergreifen (vgl. Bonse-Rohmann et al. 2008, S.20).

Die Wannseeakademie zur Weiterbildung von Pflegeexpertinnen/Pflegeexperten Stoma Kontinenz und Wunde sieht in ihrem Curriculum die Überprüfung mittels Performanzprüfung vor. Bei den Überlegungen zur Konzeption der Prüfung standen verschiedene fachdidaktische Überlegungen im Fokus. Hierbei stellt sich jedoch die Frage, welche Möglichkeit der Überprüfung von Methodenkompetenz und Sozialkompetenz inklusive Fachkompetenz gegeben ist. Da der Lernerfolg über schriftliche oder mündliche Prüfungen nicht abgebildet werden kann, sollte die Prüfung kompetenzorientiert sein. Die Prüfung sollte realitätsnah zur Praxissituation sein. Hier waren die personellen Ressourcen für eine Prüfung in der Praxis nicht gegeben. Die Leistungsüberprüfung sollte die Themenbereiche der Weiterbildung abdecken: dies wären die Stomaversorgung, das Wundmanagement und den Bereich der Kontinenzberatung. Die Performanzprüfung stellte eine intensive Vorbereitung für Teilnehmerinnen/Teilnehmer sowie für die Prüferinnen/Prüfer voraus. Es mussten für 23 Beratungsschwerpunkte adäquate Fälle konstruiert werden. Für die Stomaberatung wurde ein Fallbeispiel konzipiert und je nach Bedarf an die neun Schwerpunkte angepasst. Für die Beratung hinsichtlich Wund- und Kontinenzberatung wurden unterschiedlichste Erkrankungssituationen, Wundarten oder Kontinenzformen entwickelt. Alle unter sehr realitätsnahen und individuellen Simulationen. Zur Bewertung der Beratungsgespräche wurden im Vorfeld einheitliche Qualitätskriterien entwickelt. Die Kriterien wurden so operationalisiert, dass sie beobachtbar waren und eine prüferunabhängige Einschätzung erreichten. Zur Überprüfung der Sozialkompetenz wurden patientinnen- und patientenorientierte Gesprächstechniken sowie Gesprächsmethoden gewählt. Die Evaluation des Prüfungsformates mittels Feedbackbogen ergab, dass die Prüfung als sehr realistisch und praxisnah erlebt wurde. Alle Teilnehmerinnen/Teilnehmer waren stolz auf ihre Beratungskonzepte und empfahlen diese Form der Prüfung weiter zu

führen. Die Performanzprüfung wurde in drei weiteren Kursen umgesetzt und führte dazu, dass dieses Prüfungsformat für die dortige Gesundheits- und Krankenpflegeschule übernommen wurde. Somit konnte die Nachhaltigkeit dieses Konzeptes auch in der Ausbildung gesichert werden (vgl. Doll 2016, S. 167ff.).

5 Kommunikation als soziale Kompetenz

Kommunikation „communicare“ kommt aus dem lateinischen und bedeutet übersetzt: teilen, einen teilhaben lassen, sicher verständigen/mitteilen. In Bedeutung hin auf das Englische auch informieren (vgl. Elzer 2007, S.34). Kommunikation ist ein wichtiges Tool in der Patientinnenversorgung/Patientenversorgung und soll nicht als selbstverständlich angesehen werde. Um die Patientinnensicherheit/Patientensicherheit gewährleisten zu können, ist die korrekte Weitergabe von Informationen an den richtigen Empfänger als sehr wichtig einzustufen. Dies kann und muss trainiert werden (vgl. Welp 2019, S.20). Menschen stehen untereinander durch Kommunikation in Verbindung, durch Worte (verbal) und Mimik (nonverbal). Sie dienen dem Informationsaustausch und fallen unter den Begriff der sozialen Kompetenz (vgl. Schulz von Thun/Zach/Zoller 2012, S.113). Kommunikation sorgt für die Aufrechterhaltung zwischenmenschlicher Beziehungen (vgl. Hausmann 2014, S.23).

Die Soziale Kompetenz ist ein Teil der Handlungskompetenz (vgl. Olbrich 2018, S.147). Weitere Kompetenztypen der professionellen Handlungskompetenz in der Pflege sind die Fach-, Methoden- und persönliche Kompetenz (vgl. Elzer 2007, S.43ff.; Olbrich 2018, S.147). Es sind Fähigkeiten und Fertigkeiten die für professionelles Handeln im Beruf stehen (vgl. Elzer 2007, S.45).

Unter sozialer Kompetenz verstehen sich das Vorhandensein und die Anwendung von motorischen, emotionalen und kognitiven Verhaltensweisen (vgl. Hinsch/Pfingstl 2015, S.18.). Ebenso die Fähigkeit der sozialen Interaktion und Kooperation in Gruppen (vgl. Pätzold 1999, S.58 zit. n. Bonse-Rohmann/Hüntelmann/Nauerth 2008, S.5).

Die Definition der sozialen Kompetenz ist die selbstständige Handlungsfähigkeit einer Person in der sozialen Umwelt (vgl. Bibliographisches Institut GmbH 2020, o.S.).

Soziale Kompetenz setzt sich aus persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten und Einstellungen zusammen, die zwischen Selbstverwirklichung und sozialer Anpassung in einer Gruppe einen Kompromiss ermöglichen. Eine weitere Grundvoraussetzung ist eine erfolgreiche Interaktion mit anderen Personen. Diese ist gekennzeichnet durch die Fähigkeit und Bereitschaft zu kritischem Denken, zu reflektieren sowie zu Kommunikation (vgl. Euler 1998, S.115f. zit. n. Zimmermann 2009, S.27).

Elzer beschreibt soziale Kompetenz als Sprachkompetenz, kommunikative Kompetenz und Performanz. Diese angeborenen, erworbenen und systematisch gelernten Fähigkeiten und Fertigkeiten befähigen im Umgang mit Menschen (vgl. Elzer 2007, S.45).

Kommunikative Kompetenz wird als Wissen über Kommunikation und dessen konstruktiven Nutzens im Austausch mit anderen bezeichnet. Dazu gehören Kommunikation verstehen, Zuhören, Dialoge führen, Verhandeln sowie schwierige Gesprächssituationen bewältigen. Die Bereitschaft zuzuhören und Dialoge zu führen wird gekennzeichnet mit der Bereitschaft, auf sein Gegenüber einzugehen (vgl. Meyer 2011, S.146f.), Interesse an seiner Persönlichkeit zu zeigen und offen sein für das Aufnehmen einer Beziehung mit einer anderen Person (vgl. Meyer 2011, S.192).

Kommunikative Kompetenz versteht sich als die professionelle Form der Kommunikation und Interaktion. Wie die Anpassung der Sprache auf das soziale Umfeld und die Kommunikationspartnerinnen/Kommunikationspartner. Diese Wahl des Sprachcodes ist ein Merkmal für die soziale Kompetenz. Die Verwendung von Fachsprache bezeichnet die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe und hat mehrere Funktionen. Durch die Fachsprache identifizieren wir uns als Gruppenmitglied und werden als Insider wahrgenommen. Oder die Funktion der Exklusion – Außenstehende werden von der Kommunikation ausgeschlossen. Hauptaugenmerk der kommunikativen Kompetenz sind Sprechakte, Sprechhandlungen und die Bereitschaft zur

Verständigung. Oft wird in der Kommunikation der Wunsch nach Selbstdarstellung und Macht durch sprachliche Kompetenz dargestellt. Kommunikative Kompetenz ist stattdessen verständnisorientiert und verzichtet somit auf Machtausübung (vgl. Elzer 2007, S.46f.).

Verständnisorientierung lässt sich nach Jürgen Habermans mit folgenden Merkmalen beschreiben. Das Bemühen verständlich zu kommunizieren und auf Herrschaftssprache zu verzichten. Die inhaltliche Wahrheit des Gesprächs soll von beiden Gesprächsteilnehmern erkannt werden und es soll keiner mit Absicht getäuscht werden. Mit dem Anspruch auf Richtigkeit soll nach anerkannten Normen und Werten diskutiert werden. Die kommunikative Kompetenz zeichnet sich auch dadurch aus, indem die Gesprächspartner erkennen, ob sie gut oder nicht gut miteinander kommunizieren können. Ziel ist es dahingehend, eine Kommunikation in einem herrschaftsfreien Gespräch zu führen (vgl. Elzer 2007, S.47f.).

Habermans verweist ebenso auf die Ethik der Kommunikation in der Pflege. Dem liegt ein Menschenbild zu Grunde, welches Gesprächspartnerinnen/Gesprächspartner als gleichberechtigt und mündig ansieht. Sie versucht nicht, durch kommunikatives Wissen etwas vorzuenthalten oder aufzudrängen. Kommunikative Kompetenz kann als Fähigkeit bezeichnet werden, Fachwissen mit kommunikativen Methoden in einer sozialen Situation anzuwenden (vgl. Elzer 2007, S.48).

Die Entwicklung der kommunikativen Kompetenz gestaltet sich bereits während der Persönlichkeitsentwicklung. Durch Aus- und Weiterbildung können zusätzliche kommunikationsfördernde Techniken erworben werden. Daraus ergeben sich drei verschiedene Niveaus kommunikativer Kompetenzen. Das nichtprofessionelle Niveau – gekennzeichnet durch Alltagswissen, Lebenserfahrungen, Laienberatung, Alltagskommunikation privat und beruflich, das paraprofessionelle Niveau – gekennzeichnet durch allgemeines theoretisches Wissen über Kommunikation erworben durch eine Weiterbildung und das professionelle Niveau – gekennzeichnet durch

fundierte Kenntnisse über Kommunikation in Theorie und Praxis erworben durch eine Fachweiterbildung z. B. Beratung (vgl. Elzer 2007, S.49f.).

In der Pflege werden kommunikative Kompetenzen vor allem in der Gesprächsführung und Beratung als professionell angesehen. Das erworbene theoretische Wissen über Kommunikation kann die kommunikative Kompetenz durch Wertschätzung im Gespräch verstärken.

5.1 Kommunikationsarten

Informationen werden durch Worte, Gestik oder Mimik wiedergegeben. Ob eine Mitteilung nun beruhigt oder irritiert hängt unter anderem von der Formulierung ab. Gute Formulierungen können sehr wohl einen unterstützenden positiven Effekt hervorbringen. Mitteilungen in gesprochener (Fragen, Antworten, Informationen) oder geschriebener Form (Berichte, Pflegedokumentation, Befunde) zählen zu verbaler Kommunikation (vgl. Hausmann 2014, S.23ff.). Im Gegensatz zur nonverbalen Kommunikation. Nach Paul Watzlawick - „Man kann nicht nicht kommunizieren“ (vgl. Watzlawick 2016, S.15) ist bei der nichtsprachlichen Verhaltensweise die Körpersprache das Ausdrucksmittel (vgl. Hausmann 2014, S.25). Kommunikation besteht zu 10 % aus Verbalsprache. Ton, Art und Weise der Sprache machen 40 % aus und 50 % unserer Kommunikation sind allein durch unsere Körpersprache geprägt (vgl. Griffiths 2015, S.175). Paraverbaler Ausdruck sind u.a. Stimmlage, Betonung, Tempo, Lautstärke und Sprechpausen. Nonverbaler Ausdruck sind Mimik, Gestik sowie die gesamte Körperhaltung (vgl. Büttner/Quindel 2005, S.14). Ob eine Person einer anderen gegenüber offen, verschlossen, ängstlich oder introvertiert erscheint, kann über den Körper als Spiegelbild der Seele zum Ausdruck gebracht werden. Die nonverbale Körpersprache gibt Aufschluss über die Wirkung des Gesagten (vgl. Muijsers/Poser 2004, S.263).

5.2 Kommunikationstheorien und –modelle

In der Kommunikation gibt es zwei Komponenten. Die erste ist eine Mitteilung die vom Sender ausgeht. Diese wird in verschlüsselter Form als Nachricht weitergeleitet. Die zweite ist der Empfänger, der die Nachricht entschlüsselt. Hier sollte gesendete und empfangene Nachricht übereinstimmen, damit Kommunikation gelingen kann (vgl. Schulz von Thun 2018, S.27).

Je nach Empfänger oder Sender kann jede Art der Kommunikation auch sehr fehleranfällig sein. Nicht alles was gesagt wird muss auch so ankommen wie es gemeint ist. Probleme der Vollständigkeit z. B. Sprachschwierigkeiten können verschiedene Interpretationen aufweisen und unerwartete Reaktionen hervorrufen (vgl. Hausmann 2014, S.24).

Gerade in der Pflege ist es besonders wichtig, richtig hinzuhören. Da jede Kommunikation störanfällig sein kann, gilt es in Theorie und Praxis ein besonderes Augenmerk auf das Verstehen und die korrekte Anwendung der Kommunikationsmodelle zu legen. Mit dem Wissen das Kommunikation auf verschiedenen Ebenen abläuft, kann man Patientinnen/Patienten ein/e adäquater Gesprächspartner/adäquate Gesprächspartnerin sein. In Bezug auf *Beratung* kann die Kenntnis über Kommunikationstheorien- und modelle „Türöffner“ sein und wird durch Anteilnahme am Gespräch gekennzeichnet. Nachfolgend werden die Kommunikationstheorien- und modelle näher beschrieben und mit Beispielen untermauert.

5.2.1 Das Eisbergmodell

Das Eisbergmodell beschreibt die Kommunikation auf zwei Ebenen – auf der Sachebene und auf der Beziehungsebene (vgl. Hausmann 2014, S.29). Die psychoanalytische Theorie umfasst bewusste und unbewusste Bereiche der menschlichen Psyche (vgl. Elzer 2007, S.70). Sigmund Freud behauptet, dass nur ein kleiner Teil (die Eisbergspitze) auf der Bewusstseinssebene abläuft und der größere Teil zwischenmenschlicher

Kommunikation und Interaktion im Verborgenen bleibt und somit unsichtbar ist, wie Werte, Gefühle oder Ängste (vgl. Baller/Schaller 2013, S.169). Die Spitze des Eisberges ist der Gesprächsanlass, der offensichtlich ist. Um auf die Hintergründe zu kommen, die dem Gesprächsanlass zu Grunde liegen ist es ratsam, nicht nur den aktuellen Anlass zu besprechen. Die Qualität eines Gesprächs ist abhängig von den persönlichen und zwischenmenschlichen Inhalten vgl. Schulz von Thun et al. 2012, S. 55f.). Das Eisbergmodell wird in Abbildung 2 dargestellt.

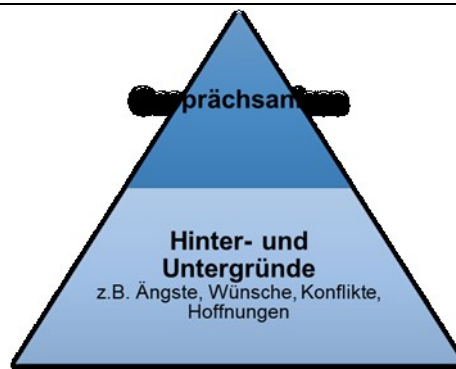


Abbildung 2: Eisbergmodell eigene Darstellung

Quelle: Schulz von Thun et al. 2012, S.56

Fünf Aspekte der Psychoanalyse beschreiben u. a. die professionelle Gesprächsführung unabhängig vom Setting. Das ständig veränderbare Unbewusste stellt den größeren Teil des Eisberges dar. Es entsteht durch den Abwehrprozess der Verdrängung von unangenehmen Ereignissen. Diese bleiben jedoch in irgendeiner Form im Gehirn verankert. Professionelle Kommunikation wird somit durch unbewusste Faktoren beeinflusst. Den Kommunizierenden ist das oft nicht bewusst. Die Übertragung - ein weiterer Aspekt in der Psychoanalyse - stellt das Phänomen dar, unbewusste oder bewusste Gefühle aus früheren wichtigen Lebensereignissen auf gegenwärtige Personen oder Situationen zu übertragen. Die unbewusste Übertragung kann zu Missverständnissen in der Kommunikation führen. Unbewusste und bewusste Sympathie und Antipathie spielen dabei eine Rolle, sollten jedoch in der professionellen Kommunikation keinen Einfluss auf die Gesprächssituationen haben. Der dritte Aspekt bezieht sich auf die Gegenübertragung. Welche Wirkung

haben Patientinnen/Patienten auf die Pflegeperson? Durch die Reflexion der Gegenübertragung kann dies zu einem besseren Verständnis von Patientinnen/Patienten führen. Aspekt vier, die Regression, bezeichnet den Rückzug in eine niedrigere Entwicklungsstufe. Patientinnen/Patienten reaktivieren ihre früheren Erfahrungen in einer nicht adäquaten Verhaltensweise. Zur Förderung der Regression trägt der fünfte Aspekt bei. Die Asymmetrie der professionellen Gesprächsführung. Dennoch sollen Patientinnen/Patienten sich öffnen und in einer wertfreien Umgebung kommunizieren können. Die Pflege verbleibt somit neutral und professionell (vgl. Elzer 2007, S.68ff.).

Mit dem Wissen über das Unbewusste in jeder Kommunikation, kann die Pflege professionell auf die Gesprächspartnerinnen/Gesprächspartner reagieren und persönliche Empfindungen außen vor lassen.

5.2.2 Das Kommunikationsquadrat

In der gesprochenen Mitteilung kann man die vier Seiten einer Nachricht erkennen. Dies sind vier Aussagen: Der Sachinhalt, die Selbstoffenbarung, der Appell und die Beziehung (vgl. Hausmann 2014, S.31). Der Sachinhalt einer Nachricht verweist auf eine reine Sachinformation. Die Selbstoffenbarung gibt auch Auskunft über den Sender selbst. Mit dieser Seite der Nachricht können sich im weiteren Sinne die Kommunikationsschwierigkeiten ergeben. Die dritte Seite einer Nachricht ist die Beziehungsseite. Hier geht hervor, in welcher Beziehung der Sender zum Empfänger steht. Dem wird durch Formulierung, Tonfall und nonverbaler Zeichen Ausdruck verliehen. Der Empfänger reagiert auf diese Seite einer Nachricht sehr empfindsam, denn davon geht die Behandlung die ihm zuteilwird aus. Als vierte Seite beschreibt Schulz von Thun die Appell- Seite. Hier liegt es in der Funktion der Nachricht, Einfluss auf den Empfänger zu haben. Das heißt, man möchte jemanden zu etwas veranlassen (vgl. Schulz von Thun 2018, S. 27ff.).

Somit kann gesagt werden, dass eine Nachricht verschiedene Botschaften aufweist (vgl. Schulz von Thun 2018, S.34). Nachrichten enthalten einen verbalen und nonverbalen Anteil. Explizite und implizite sowie kongruente und inkongruente Botschaften können in einer Nachricht gesendet werden. Schulz von Thun geht vom klassischen Sender-Empfänger Modell aus und verweist darauf, dass jede Nachricht aus vier Seiten eines Quadrates besteht (vgl. Elzer 2007, S.117f.). Der Sender sendet demzufolge immer auf den vier Seiten einer Nachricht (vgl. Schulz von Thun 2018, S.34).

Der Empfänger einer Nachricht hört auf allen vier Seiten der Nachricht. Diese werden je nach Persönlichkeit im Sinne des Konstruktivismus anders decodiert-entschlüsselt. Dies hat zur Folge, dass der Empfänger etwas Anderes hört oder interpretiert, als der Sender mit seiner Nachricht aussagen will. Die Antwort kommt zurück, der Empfänger wird zum Sender, der Sender wird dahingehend zum Empfänger und nimmt die Nachricht ebenso auf den vier Seiten einer Nachricht auf und decodiert sie. Hier spricht man von einer Kommunikation mit zirkulierendem Verlauf (vgl. Elzer 2007, S.119).

Die vier Seiten einer Nachricht deuten auch auf viele Störmöglichkeiten in der Kommunikation beim Sender und Empfänger hin. Bei jedem Sender-Empfänger Vorgang kann es zu einer Veränderung des Inhaltes oder der Sachebene kommen. Durch das Feedback erhalten Sender wie auch Empfänger Informationen darüber, was in der Nachricht angekommen ist, weggelassen oder hinzugefügt wurde. Durch verschiedene bewusste und unbewusste Wahrnehmungen und Interpretationen, kann die wechselseitige Kommunikation Störungen aufweisen. Die kommunikative Kompetenz beinhaltet die Selbstwahrnehmung von kognitiven und affektiven Abweichungen. Kommt es zu einer merklichen Störung der Kommunikation, sollten die Veränderungen wahrgenommen werden. Die Selbstoffenbarung soll auf einer Metaebene verbalisiert werden und dadurch wieder entstört werden. Sobald die Störung geklärt ist, kann die Kommunikation wieder adäquat weiterverlaufen (vgl. Elzer 2007, S.120f.).

Im Nachrichtenquadrat sind die im 2. Axiom von Watzlawick beschriebenen Anteile einer Nachricht, nämlich die Inhalts- und die Beziehungsebene. Friedemann Schulz von Thun erweiterte sein Modell um die Seiten der Selbstoffenbarung und den Appell (vgl. Elzer 2007, S.117).

Wie kann in einem Gespräch z. B. das Verhalten „Schweigen der Gesprächspartnerin/des Gesprächspartners“ anhand der vier Seiten einer Nachricht erläutert werden? Pausen in einem Gespräch können vielerlei Ursachen haben. Durch eine Pause kann einem Wort Nachdruck verliehen werden. Oder man pausiert, weil man nachdenken will. Es ist somit wichtig darauf zu reagieren und das Schweigen zu interpretieren. Gerade im Gespräch ist es wichtig darauf zu achten, denn die damit verbundenen folgenden Körpersignale können Aufschluss über weitere Informationen bringen (vgl. Birkenbihl 2016, S.178ff.). Ein Beispiel dafür wäre, dass doppelt ineinander verschlungene Beine auf innere Verspannung hindeuten (vgl. Molcho 2013, S.117). Auf der Sachebene kann es bedeuten: Ich habe keine Information über den Inhalt. Auf der Appellseite wird mit „lass mich in Ruhe“ reagiert. Du bist es nicht wert, dir darüber eine Antwort zu geben wäre die Beziehungsseite. Und die Selbstkundgabe sagt aus, dass ich darüber nicht reden möchte (vgl. Schulz von Thun/Zach/Zoller 2012, S.156).

In der *Beratung* ist es von Bedeutung, die Signale der Gesprächspartnerin/Gesprächspartner zu erkennen. Das Lesen der nonverbalen Körpersprache ist dafür unumgänglich. Es kann darüber informieren, mit welcher der vier Seiten das Gesagte verstanden wurde. Durch die Wahrnehmung und Aufmerksamkeit welche dem Gegenüber zuteilwird, kann auf Reaktionen sofort eingegangen werden und das Ziel der Kommunikation weiter verfolgt werden.

5.2.3 Das Sender Empfänger Modell

Die dialogische Kommunikation bezeichnet eine Kommunikation zwischen zwei Gesprächspartnern oder zweier Gruppen. Person A und Person B tauschen wechselseitig Informationen aus und bilden dadurch die kleinste

Einheit einer Kommunikation. Das Gespräch kann räumlich und zeitlich gemeinsam stattfinden oder indirekt und zeitlich versetzt z. B. durch einen Brief. Dafür bedarf es einen Überbringer, den Boten. In der direkten Kommunikation kommen nonverbale und verbale Ausdrücke vor, anders als in der Kommunikation über ein Medium. Das Medium veränderte sich durch die Nachrichtentechnik. Der Bote war nicht mehr notwendig. Das Medium und der Bote wurden zur Technik. Gesprächsteilnehmer wurden durch den technischen Begriff „Sender“ und „Empfänger“ ersetzt. Die Informationen wurden als „Nachricht“, „Inhalt“ oder „Signale“ deklariert. Daraus ergab sich aus dem Dialog die wechselseitige Übertragung von Signalen. (vgl. Elzer 2007, S.31f.).

Claude E. Shannon und Warren Weaver, zwei Nachrichtentechniker und Mathematiker, entwickelten ein Sender-Empfänger-Modell. Ihr Hauptaugenmerk legten sie auf die technischen Störquellen, die durch die Funktion der Sprache bedingt sind. Die gesendeten Signale kamen durch Störung von außen oder technischen Störungen beim Empfänger nicht ident an. Das Sender-Empfänger Modell nach Shannon und Weaver bezieht sich auf die Nachrichtenquelle - dem Sender und dem Nachrichtenziel - dem Empfänger. Berücksichtigt werden hier nur die technischen Störfaktoren die von außen kommen, oder bei der Kodierung und Dekodierung entstehen (vgl. Elzer 2007, S.33f.).

Weaver beschreibt in „The mathematical theory of communication“ das Modell wie folgt: der Sender wählt eine Nachricht aus. Diese können aus dem geschriebenen oder gesprochenen Wort bestehen. Aber auch aus Bildern und Musik. Diese Nachricht wird mittels Signal vom Sender über einen Kommunikationskanal an den Empfänger weitergeleitet. Der Sender nutzt dafür einen Code. Die Bezeichnung dafür ist die Sprache. Der Empfänger wiederum muss diesen Code entschlüsseln. Darauf ergibt sich eine Antwort vom Empfänger an den Sender. Die Übertragung ist aber auch stör anfällig (vgl. Weaver 1949, S.7f.).

Verwenden beide Kommunikationspartnerinnen/Kommunikationspartner denselben Code um ihre Nachrichten zu entschlüsseln, spricht man von einer gelungenen Kommunikation ohne Missverständnisse. Jedoch die geringste Abweichung kann schon Anlass für einen Konflikt sein. Dahingehend ist in der Pflege darauf zu achten, den richtigen Code für die jeweiligen Patientinnen/Patienten und ihre Individualität zu erkennen und anzuwenden.

In einer qualitativen Expertenbefragung zum Thema Herausforderung bei der Pflege von älteren Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz wurden u. a. Kommunikationsbarrieren beschrieben. Aus der Analyse der Antworten geht hervor, dass die Wissensquelle der Befragten das Alltagswissen aus Reisen, Medien und der Austausch mit Kolleginnen/Kollegen ist. Fehlende Sprachkenntnisse und professionelle Übersetzerinnen/Übersetzer wurden als Herausforderung gekennzeichnet und wirkten sich problematisch auf den Pflegealltag aus. Der Bericht einer Pflegefachperson sagt aus, dass es nicht immer möglich ist Symptome wie Schmerzen oder Angst richtig und eindeutig zu erkennen um eine adäquate Behandlung erzielen zu können (vgl. Brenner/Maier/Fringer 2018, S.362ff.).

Der konstruktivistische Ansatz in der menschlichen Kommunikation benötigt eine Reflexion, d. h. einen kommunikativen Austausch über die unterschiedlichen Wahrnehmungen. Besteht dahingehend eine mangelnde Reflexionsleistung, kommt es wiederum zu Störungen in der Kommunikation. Durch die unterschiedliche eigene Wirklichkeit interpretieren Kommunikationspartnerinnen/Kommunikationspartner Wörter verschiedenartig. Paul Watzlawick, Vertreter der konstruktivistischen Kommunikationswissenschaft, beschreibt fünf Axiome der menschlichen Kommunikation (vgl. Elzer 2007, S.103).

„Die Unmöglichkeit nicht nicht zu kommunizieren“ (vgl. Watzlawick 2016, S.15) deutet auf das Verhalten mit Mitteilungscharakter in einer Kommunikation hin. Das bedeutet, dass jede Tat, jedes Wort, Schweigen oder Nichthandeln einen Mitteilungscharakter hat. Durch das Verhalten

werden andere beeinflusst, und durch die Reaktionen der Gesprächspartnerinnen/Gesprächspartner kommunizieren sie damit selbst (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 2017, S.58ff.). Selbst eine ablehnende Haltung zu einer Kommunikation ist eine Reaktion und somit Kommunikation (vgl. Elzer 2007, S.107).

Ein Beispiel: Herr A möchte mit Herrn B im Flugzeug kommunizieren. Herr B möchte dies aber nicht. Somit ergeben sich mehrere Verhaltensweisen wie er Herrn A begegnen kann. Diese wären die direkte sprachliche Abweisung, die Annahme, die Entwertung oder die Vortäuschung von Symptomen wie Schläfrigkeit (vgl. Watzlawick et al. 1969, S.72ff. zit. n. Elzer 2007, S.107).

Jeder Mitteilungsinhalt enthält Informationen, wobei nicht zwischen wahr und falsch unterschieden wird. Der zweite Aspekt in der Mitteilung ist, wie will der Sender der Nachricht, die Nachricht vom Empfänger verstanden haben wollen. Jede Kommunikation ist eine Stellungnahme zur Beziehung zwischen den Kommunikationspartnerinnen/Kommunikationspartnern. (vgl. Watzlawick;Beavin;Jackson 2017, S.61). Watzlawick beschreibt in seinem Modell somit den Beziehungsaspekt und den Inhaltsaspekt einer Nachricht. Der Inhaltsaspekt verweist auf die Angaben und der Beziehungsaspekt verweist darauf, wie die Angaben zu erfassen sind (vgl. Watzlawick et al. 2017, S.63; Birkenbihl 2016, S.19). Der Beziehungsaspekt stellt die Kommunikation über die Kommunikation dar, und beschreibt somit die Metakommunikation (vgl. Watzlawick et al. 2017, S.64).

Eine erfolgreiche Kommunikation zwischen den Gesprächspartnerinnen/Gesprächspartnern ergibt sich durch eine inhaltliche Einigung und eine respektierenden Beziehung zueinander. Kommt es zu Uneinigkeit in der Inhalts- und Beziehungsebene z. B. durch Antipathie, führt es ohne Klärung zu keiner gelingenden Kommunikation (vgl. Elzer 2007, S.109).

Ein Beispiel: „Sind diese Perlen echt?“ Frau A möchte Informationen zum besagten Objekt. In der Tonlage und Art wie die Frage gestellt wird, gibt es Auskunft über die Beziehung zu Frau B. Frau A kann diese Beziehungsdefinition annehmen oder ablehnen, auf keinen Fall kann sie, nicht antworten (vgl. Watzlawick et al. 2017, S.62).

Die Interpunktion von Ereignisfolgen untersucht die Interaktionen von Kommunikationsteilnehmerinnen/Kommunikationsteilnehmern. Sie ist Bestandteil jeder menschlichen Beziehung und organisiert Verhalten. Das Zeichensetzen bestimmt, was als richtiges Verhalten in den verschiedenen Kulturen angesehen wird (vgl. Watzlawick et al. 2017, S.65f.). Durch die Annahme, dass die Gesprächspartnerin/Gesprächspartner davon ausgehen dieselben Informationen zu haben, kommt es zu den widersprüchlichen Interpunktionen von Ereignisabläufen. Das Resultat ist oft Auslöser vieler Beziehungskonflikte (vgl. Watzlawick 2016, S.59). Dieser gegenseitige Mitteilungsaustausch besteht aus einem Reiz, einer Reaktion und der Verstärkung. Die Gesprächspartnerinnen/Gesprächspartner reagieren permanent aufeinander, sodass die Kommunikation kreisförmig verläuft. Oft ist der Anfang eines Konfliktes nicht erkennbar. Jede Seite reagiert subjektiv anders auf den Angriff des Gegenübers, da jede Seite ihre eigene Vorstellung der Interpunktion hat und somit ihrer Meinung nach, im Recht ist. Zur Störung der Kommunikation kommt es, wenn die Kommunikationspartner ihre subjektive Wirklichkeit nicht aussprechen. Um ein Weiterführen der Kommunikation zwischen Patientinnen/Patienten zu ermöglichen ist eine Klärung der Missverständnisse unabdingbar (vgl. Elzer 2007, S.109ff.).

Watzlawick beschreibt ein Beispiel für Interpunktion aus dem Bereich der Partnerbeziehung. Das Beziehungsproblem zwischen Ehefrau und Ehemann besteht in dem Nörgeln der Frau und am Rückzug dahingehend vom Mann. Die Frau meint: „Ich nörgle, weil du dich zurückziehst“. Der Mann meint: „Ich meide dich, weil du nörgelst“. Beide nehmen ihr Verhalten als Reaktion auf das Verhalten des jeweils anderen auf. Daraus resultiert das kreisförmige Konfliktschema (Oszillation). Gegenseitige Vorwürfe und

Selbstverteidigung führen in eine ausweglose Situation. Die Schuldfrage lässt sich nur durch eine Metakommunikation klären (vgl. Watzlawick 2016, S.59f.).

Objekte der Kommunikation können in zwei unterschiedlichen Weisen dargestellt werden. Zum einen durch die Analogie, sprich durch eine Zeichnung, zum Anderen lassen sie sich durch Namen, sogenannte Worte, ausdrücken. Hier spricht man von analogen und digitalen Kommunikationsformen. Die analoge Sprache ist Teil der Beziehungsebene, die digitale Sprache ist dafür höchst geeignet für die Inhaltsebene. Besteht eine zwischenpersönliche Diskrepanz über die Bedeutung von Analogiekommunikation, werden sowohl Sender als auch Empfänger bei der Übersetzung der Nachricht die Digitalisierung vornehmen, die in ihrer eigenen Sicht der Beziehung steht. Diese Sicht muss nicht der Sicht der Partnerin/Partner entsprechen. Eine analoge Mitteilung wäre z. B. ein Geschenk. Das Geschenk kann ein Ausdruck von Zuneigung, Bestechung oder Entschädigung sein. Die analoge Kommunikation verweist somit auf eine Mehrdeutigkeit hin. Was wiederum der Empfänger darin erkennt, hängt von der Beziehung zum Sender ab. (Watzlawick, 2016, S.64ff.). Die Analogie sagt nicht aus, welche der Doppeldeutigkeiten gemeint ist. Diese Unterscheidung muss der Empfänger instinktiv beifügen. In der digitalen Kommunikation ist dies direkt enthalten, jedoch kann sie keine Definition von Beziehung aufweisen. Diese Form der ständigen Übersetzung von einer in die andere Sprache bringt ebenso Probleme mit sich, da jede Übersetzung einen Verlust der Information verursacht (vgl. Watzlawick et al. 2017, S.76f.).

Watzlawick beschreibt zwei Beziehungsformen und bezeichnet sie als symmetrische und komplementäre Interaktion. Spricht man von der symmetrischen Interaktion, beruht die Beziehung auf Gleichheit und die Verminderung von Unterschieden. Das Verhalten der Kommunikationspartnerinnen/Kommunikationspartner spiegelt sich im anderen wieder. Sie sind sich in jeder Hinsicht ebenbürtig. Beruht die Beziehung auf Unterschiedlichkeit, ergänzen sich die Partnerinnen/Partner

hinsichtlich ihres Verhaltens. Die komplementäre Beziehung beruht auf gesellschaftlichen und kulturellen Kontexten und weist zwei verschiedene Positionen auf. Die superiore, primäre Stellung nimmt ein Partner ein und die inferiore, sekundäre Stellung nimmt der zweite Partner ein. In der Begriffsdefinition besteht dahingehend aber keine Wertung von gut und schlecht, stark oder schwach. Beide Formen können sich in einer partnerschaftlichen Beziehung ergänzen und auch abwechseln (vgl. Watzlawick et al. 2017, S.79f.).

Symmetrie scheint auf Menschen beruhigend zu wirken, wenn sie selbst ein bisschen gleicher sind als die anderen. Die Tendenz zu mehr als gleicher Gleichheit veranlasst zur Eskalation der symmetrischen Interaktion, sobald die Stabilität nachlässt. Dies geschieht durch die Verwerfung der Selbstdefinition der Partnerinnen/Partner. Ist die Beziehung stabil, können sich die Partnerinnen/Partner gegenseitig akzeptieren. Durch eine gegenseitige Bekräftigung der Ich- und Du- Definitionen kommt es zu gegenseitigem Respekt und Vertrauen. Diese Bestätigung der Selbstdefinition ist ebenso in der komplementären Beziehung möglich. Jedoch unterscheiden sich die Störungen der Komplementarität von denen der Symmetrie. Sie führen eher zur Entwertung statt zur Verwerfung der Selbstdefinition der Gesprächspartnerinnen/Gesprächspartner (vgl. Watzlawick 2016, S.72f.).

Kommunikation findet dort statt, wo sich Menschen begegnen und sich wahrnehmen. Somit sind die fünf Axiome auf die Pflege übertragbar. Auch wenn Patientinnen/Patienten nicht kommunizieren wollen, findet durch ihre nonverbale Körpersprache Kommunikation statt. Durch Empathie kann auch hier einer Kommunikationsstörung entgegen gewirkt werden. Die fünf Axiome helfen dabei, Kommunikationsabläufe zu verstehen und in ihrer Anwendung Störungen entgegenzuwirken.

5.2.4 Die Transaktionsanalyse

Die Transaktionsanalyse sagt in ihrer Theorie aus, dass Personen aus drei verschiedenen Ich-Ebenen aus kommunizieren können. Diese Methode kann von Pflegenden angewandt werden, um Kommunikationsmuster zwischen Pflegeperson und Patientinnen/Patienten zu erkennen. Das *Kind-Ich* kann sich rebellisch oder angemessen verhalten, das *Erwachsenen-Ich* ist sachlich, unvoreingenommen und das *Eltern-Ich* verkörpert die Autorität in stützender oder kritischer Form (vgl. Steward/Joins 1987, zit. n. Muijsers/Poser 2004, S.210). Effektive Kommunikation verläuft in der Parallel-Transaktion z. B. *Eltern-Ich* zu *Eltern-Ich* funktioniert im Vergleich zu einer Kreuz-Transaktion gut. Denn bei einer schiefen Transaktion treffen zwei nicht miteinander vereinbare Kommunikationsmuster aufeinander und es kommt zum Scheitern der Kommunikation. Im Dialog Pflegeperson Patientinnen/Patienten ist dahingehend eine Parallel-Transaktion im Normalfall *Eltern-Ich* zu *Eltern-Ich* zu wählen. Die Antworten der Patientinnen/Patienten können, je nachdem ob sie getröstet werden oder die Kontrolle behalten wollen, aber auch aus der Ebene des *Kind-Ich* oder *Eltern-Ich* kommen. Um dahingehend als Pflegeperson richtig reagieren zu können, ist das Erkennen des Kommunikationsmusters der Gesprächspartnerinnen/Gesprächspartner von Vorteil (vgl. Muijsers/Poser 2004, S.210).

Wird ein Gespräch mit diesem Modell analysiert muss man auf drei Aspekte achten. Aus welchem Ich-Zustand kommuniziert der Sender und welchen Ich-Zustand spricht er beim Gesprächspartner an? Aus welchem Ich-Zustand heraus gibt der Empfänger die Antwort? (vgl. Schulz von Thun et al. 2018, S.225). Je nach Ich-Zustand kann in verschiedenen Tonlagen gesprochen werden. Das *Eltern-Ich* kann einen moralisierenden oder fürsorglichen Tonfall anschlagen. Das *Erwachsenen-Ich* verwendet eine sachliche Tonart. Das *Kindheits-Ich* reagiert in einem rebellischen, angepassten oder einem natürlichen Tonfall (vgl. Schulz von Thun et al. 2012, S.224).

Die nonverbale Körpersprache, wie ein erhobener Zeigefinger wird verwendet, wenn etwas mit Nachdruck vermittelt werden soll. Er verweist auf „Besserwissen“. Ein hinweisender Zeigefinger wirkt belehrend (vgl. Molcho 2013, S.196). Die Kreuz-Transaktion daraus: Wird hier aus dem *Eltern-Ich* heraus auch mit belehrendem Tonfall gesprochen kann die Reaktion des Empfängers aus dem *Kind-Ich heraus* kommen. Rebellisch-wütend, („machen Sie es doch selber“) jedoch auch angepasst („da haben Sie recht“) (vgl. Schulz von Thun et al. 2018, S.225).

In der Beratung können gerade der Tonfall und die nonverbale Körpersprache unterschiedliche Reaktionen hervorrufen. Mit dem Wissen über die Macht der Körpersprache muss die Pflege aber auch wissen, aus welchem *Ich-Zustand* heraus Gesprächspartner reagieren können. Gerade in der Praxis hat die Autorin Erfahrungen diesbezüglich gesammelt. Der Satz: „Wahrscheinlich haben Sie sich nicht an die Ernährungsvorschriften gehalten“ untermauert mit strengem Tonfall, kann unterschiedliche Reaktion auslösen. Hier kommt die kommunikative Kompetenz zu tragen und erkennt, aus welchem *Ich-Zustand* heraus mit Patientinnen/Patienten kommuniziert werden soll, um einen Beratungserfolg zu erzielen.

Schulz von Thun et al. verweist darauf, dass alle Kommunikationsmodelle auch in der Reflexion und Selbstreflexion anwendbar sind (vgl. Schulz von Thun et al. 2018, S.178).

Alle Kommunikationsmodelle geben Aufschluss über die Abfolge einer Kommunikation. Diese besteht aus einem Sender und einem Empfänger. Außer bei Watzlawick (kreisförmiger Verlauf) verlaufen alle anderen Modelle geradlinig. Sie beschäftigen sich mit Störungen hinsichtlich Interpretation und Wahrnehmung und versuchen praktische Herangehensweisen zu beschreiben. Die Modelle sind nachvollziehbar aufgebaut und sind für die Praxis übernehm- und anwendbar. Die kommunikative Kompetenz kann auf die Kommunikationsmodelle zurückgreifen und adäquat einsetzen.

5.3 Theorie- und Konzeptgeleitete Kommunikationsformen

Verschiedene Beratungsansätze haben sich im Laufe der Zeit entwickelt und orientieren sich am Prozess der Beratung. Diese weisen verschiedene Kommunikationsmethoden auf und werden im anschließenden Kapitel genauer beschrieben.

5.3.1 Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Carl R. Rogers

Der amerikanische Psychologe Carl R. Rogers entwickelte ab 1942 den Ansatz der klientenzentrierten Gesprächsführung (vgl. Buber 1923/1995, o.S. zit. n. Weinberger 2013, S.19). Diese kommt in der Beratung im humanistischen Beratungsansatz zum Tragen (vgl. Koch-Straube 2008, S. 105, zit. n. Jurkowitsch 2016, S.24). Rogers stellt die Klientin/den Klienten als Person in den Mittelpunkt und nicht das zu lösende Problem. Er geht davon aus, dass der Mensch grundsätzlich die Fähigkeit hat, sich selbst weiterzuentwickeln, sich zu verändern und sich zu erhalten. Dadurch werden keine fertigen Lösungsansätze, Ratschläge oder Interpretationen angeboten. Durch die Förderung der Selbstheilungskräfte werden die Klientinnen/Klienten dazu ermächtigt, mit Problemen besser fertig zu werden. Darüber hinaus ergab sich auch, dass sich der Begriff der klientenzentrierten in personenzentrierten Kommunikation änderte, da sich das Konzept auch auf den Menschen im Allgemeinen und nicht nur speziell auf Klientinnen/Klienten anwenden lässt (vgl. Weinberger 2013, S.23). Um Veränderung zu ermöglichen fand Rogers heraus, ist es wichtig, eine definierte Beziehung herzustellen (vgl. Orlinsky et al. 2004, S.323 zit. n. Weinberger 2013, S.21), diese positive Beziehungsgestaltung ist auf Seiten der beratenden Person von „Kongruenz“, „unbedingte Wertschätzung“ und „Empathisches Verstehen“ charakterisiert (vgl. Weinberger 2013, S.22). Die klientenzentrierte Gesprächsführung findet ihre Anwendung in der Beratung, Information, Sondierung - was wollen die Patientinnen/Patienten, sowie in der konkreten Hilfestellung wie z. B. der Organisation von Betreuung (vgl. Weinberger 2013, S.135).

Echtheit und Kongruenz beschreibt Rogers als die wichtigste Einstellung in der Kommunikation. Den Klientinnen/Klienten gegenüber selbst zu sein und sich nicht hinter etwas zu verstecken, Gefühle gelöster zu vermitteln vermag eine erfolgreiche Gesprächsführung zu fördern. Kongruent sein bedeutet hier – eine direkte Begegnung mit den Klientinnen/Klienten (vgl. Rogers 2004, S.30f.), Übereinstimmung mit sich selbst und keine gespielte Rolle zu übernehmen, sofern es angemessen ist. Sich in der Authentizität zu repräsentieren ermöglicht in der Gesprächsführung, dass sich die Klientinnen/Klienten öffnen und über Probleme und Gefühle gelöster sprechen (vgl. Rogers 1997, S.32 zit. n. Weinberger 2013, S.66). Im Umkehrschluss aber auch, wenn Beraterinnen/Berater nicht kongruent oder stimmig sind, wird es kaum möglich sein, den Klientinnen/Klienten gegenüber diese unbedingte Wertschätzung und Empathie entgegen bringen zu können (vgl. Weinberger 2013, S.67).

Kongruenz übertragen auf das Vier Ohren Quadrat von Friedemann Schulz von Thun, führt zu folgenden Aussagen. Kongruente Kommunikation des Senders ermöglicht für den Empfänger ein eindeutiges Verstehen. Umgekehrt können inkongruente Nachrichten des Senders Unsicherheit beim Empfänger verursachen. Hört der Empfänger aufmerksam zu, fühlt sich der Sender besser verstanden und kann dieser dem Empfänger absolute Wertschätzung vermitteln. Dies hat positive Wirkung auf den Empfänger, er fühlt sich akzeptiert und äußert sich in kongruenter Kommunikation von Seiten des Empfängers. Gegenseitige positive Gesprächskennzeichen steigern sich und somit kann die Kommunikation eine therapeutische Güte aufweisen (vgl. Schulz von Thun 2019, S.132).

Ein weiteres Beziehungsprinzip ist die „Unbedingte Wertschätzung“ die aussagt, die Personen zu schätzen, anzunehmen und zu akzeptieren abgesehen vom Verhalten der jeweiligen Personen und nicht gekoppelt an Bedingungen (vgl. Weinberger 2013, S.59; Wingchen 2014, S.56). Schulz von Thun beschreibt „Wertschätzung“ als Respekt von seinem Gegenüber, ihn auch in Konfliktsituationen zu achten und ihn als vollwertige Gesprächspartnerin/Gesprächspartner anzusehen (vgl. Schulz von Thun

2019, S.187). Die persönliche Bewertung der Art und Weise eines Verhaltens der Personen darf dahingehend keinen Einfluss nehmen auf deren Wert (vgl. Weinberger 2013, S.59; Wingchen 2014, S.56). Repräsentiert wird die „uneingeschränkte Wertschätzung“ durch aktives Zuhören, verbalisieren und nonverbaler Körpersprache. Letzteres bezeichnet die innere Anteilnahme, die die Klientinnen/Klienten auch bemerken sollen. Die nonverbale Körpersprache unterstützt das Gesagte und soll mit dem gesprochenem Wort konform gehen und signalisiert somit Interesse und Akzeptanz (vgl. Weinberger 2013, S.60). Diese positive Erfahrung kann den Selbstwert der Klientinnen/Klienten steigern, Gefühle der Bedrohung nehmen ab und die Bereitschaft Probleme selber zu lösen steigert sich (vgl. Wingchen 2014, S.58). Durch das was der Sender sagt, zeigt er dem Empfänger an, ihn als achtenswerte, gleichgestellte Person zu sehen und ihm Zuneigung vermittelt (vgl. Schulz von Thun 2019, S.187).

Die dritte Forderung an die klientenzentrierte Gesprächsführung ist die „Empathie“, gleichbedeutend mit den Begriffen „einführendes Verstehen“ und „empathisches Verstehen“. Es werden die Erfahrungen der Gesprächspartnerinnen/Gesprächspartner aus deren Sicht wahrgenommen und so präzise wie möglich (accurate empathic understanding) zurückgemeldet. Gefühle werden nachempfunden und verbalisiert (vgl. Weinberger 2013, S.41ff.; Wingchen 2014, S.62ff.). Hierzu soll auf abstrakte Sprache verzichtet werden, einfache, häufig verwendete Wörter und einfache kurze Sätze sind verständlicher und vermitteln mehr Gefühl. Das Sprachniveau soll sich an die Klientinnen/Klienten anpassen, um auf einer Ebene kommunizieren zu können und um die emotionale Botschaft im Gesagten heraus hören zu können. Personen im pflegerischen Tätigkeitsfeld hören sehr oft aus einer Nachricht heraus den Appell – sprich eine Aufforderung. Dadurch erschwert sich die Empathie, hier ist es wichtig, sich auf den emotionalen Teil der Aussage zu konzentrieren bzw. was für eine Botschaft drückt der „Sender“ aus (vgl. Weinberger 2013, S. 44f.). Ein weiterer Pfeiler der helfenden Kommunikation ist das empathische Zuhören, mit eigenen Worten wiedergeben was verstanden wurde. „Aktives Zuhören“ „Paraphrasieren“ oder „Spiegeln“ sind bekannte Synonyme dafür

(vgl. Weinberger 2013, S. 53) und charakterisieren ein fortwährendes Zurückmelden, ohne dabei Ratschläge zu geben. Dies verweist auf Aufmerksamkeit den Klientinnen/Klienten gegenüber und diese haben die Option Rückmeldungen zu bestätigen oder zu korrigieren, was wiederum zur Vorbeugung von Missverständnissen beiträgt (vgl. Wingchen 2014, S.54).

5.3.2 Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall B. Rosenberg

Die Gewaltfreie Kommunikation, abgekürzt GFK, schließt vier Komponenten ein die es uns ermöglichen, auch unter schwierigen Umständen menschlich zu bleiben und ist mit sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten gekennzeichnet. Durch die Art der Kommunikation kommt es zur Umgestaltung unseres sprachlichen Ausdrucks und der Art des Zuhörens. Es geht um klare ehrliche Ausdrucksweise und die Begegnung zu anderen Personen mit Respekt und empathischer Aufmerksamkeit durch bewusste Argumentationen. Durch die GFK kommt es zu einer Veränderung von bestehenden Mustern, von beurteilen wird Abstand genommen, dafür wird ein Augenmerk auf die Klärung von Gefühlen und Beobachtungen gelegt. Hierbei geht es auch wiederum um intensives Zuhören, um die damit verbundene Wertschätzung, Empathie sowie Aufmerksamkeit zu fördern. Rosenberg bezeichnet die GFK als eine „Prozess der Kommunikation“, als eine „Sprache der Einfühlsamkeit“ in der es darum geht, das zu bekommen was wir wollen. Die vier Komponenten der GFK sind Beobachtungen, Gefühle, Bedürfnisse und Bitten (vgl. Rosenberg 2013, S.22ff.).

Ein wichtiges Element und somit die erste Komponente in der GFK ist das Beobachten frei von Bewertung. Kommt es zu einer Kombination aus Beobachtung und Bewertung besteht die Gefahr, nicht das zu vermitteln was wir sagen wollen, bzw. es wird nicht das verstanden was gesagt wurde. Es soll zu einer Trennung von Beobachtung und Bewertung kommen, damit nicht das Gefühl der Kritik aufkommt und es dadurch zu einer Abwehrhaltung kommt. Darin liegt die Schwierigkeit – menschliches

Verhalten vorurteilsfrei und kritikfrei zu beobachten (vgl. Rosenberg 2013, S.44ff.).

Bei der zweiten Komponente in der GFK geht es um Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken. Hier soll es zur Erweiterung des Gefühlswortschatzes kommen um mit Personen leichter in Kontakt zu treten. Es geht um die klare und deutliche Beschreibung der Gefühle. Auch anwendbar in Konfliktsituationen. In der GFK wird zwischen dem wirklichen Vermitteln von Gefühlen und Interpretationen oder Einschätzungen unterschieden. Um Gefühle auszudrücken, sollten Wörter verwendet werden die spezifische Gefühle benennen und umgekehrt sollte das Wort „fühlen“ nicht verwendet werden wenn es sich nicht um ein Gefühl handelt. Man muss somit Gefühle von Gedanken unterscheiden. Ein Beispiel: „Ich fühle mich wertlos“ drückt kein Gefühl aus, sondern eher, wie die Person über sich denkt. Anders formuliert und mit dem Ausdruck eines Gefühls klingt es so: „Ich fühle mich bezüglich meiner Fähigkeiten unsicher“ (vgl. Rosenberg 2013, S. 57ff.).

Die dritte Komponente beschreibt die Verantwortung für unsere Gefühle zu übernehmen – indem die Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen hinter den Gefühlen akzeptiert und erkannt werden. Somit kann kein anderer für die eigenen Gefühle verantwortlich gemacht werden, obwohl er doch Auslöser gewesen sein mag. Es gibt vier Möglichkeiten auf negative Aussagen zu reagieren: sich selbst die Schuld geben, anderen die Schuld geben, eigenen Bedürfnisse und Gefühle oder die Gefühle anderer wahrzunehmen (vgl. Rosenberg 2013, S.69ff.).

Beispiel:

Person A: „Du hast mich enttäuscht, weil du heute nicht gekommen bist“

Person B: „Ich war sehr enttäuscht, als du nicht gekommen bist, weil ich etwas besprechen wollte, das mir Sorgen bereitet.“

A: hier wird die Verantwortung der Enttäuschung im Verhalten der anderen Person gesucht. B: Hier wird das Gefühl der Enttäuschung auf die eigenen Bedürfnisse bezogen. Durch das direkte Ansprechen der eigenen Gefühle,

wird dem Gegenüber das einfühlsame Reagieren erleichtert (vgl. Rosenberg 2013, S.71).

Die vierte und letzte Komponente in der GFK bezieht sich auf das Bitten. Wie werden Bitten formuliert um die Bereitwilligkeit zu steigern, empathisch auf die Bedürfnisse zu reagieren, wenn die Bedürfnisse nicht erfüllt worden sind? Bitten müssen in einer klaren und fassbaren Handlungssprache formuliert werden – nur so kann mitgeteilt werden was wirklich verlangt wird. Denn nicht eindeutige Ausdrucksweisen verursachen Irritationen. Auch hier wird darauf hingewiesen, dass die Nachricht die wir aussprechen nicht immer konform geht mit der Nachricht die empfangen wird. Auch in der GFK wird hinterfragt und klar und verständlich um Wiedergabe gebeten, ob das Gesagte verstanden wurde und um Missverständnisse zu bereinigen (vgl. Rosenberg 2013, S. 89ff.).

Damit sich die Bedürfnisse einzelner Personen erfüllen können ist das Ziel der GFK eine Beziehungen zu schaffen, die auf Offenheit und Einfühlsamkeit beruht (vgl. Rosenberg 2013, S.106).

5.3.3 Transkulturelle Kommunikation

Laut Ethikkodex der Gesundheits- und Krankenpflege ist es die Aufgaben der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen Gesundheit zu fördern und wiederherzustellen, Krankheit zu verhindern und Leiden zu lindern. Pflege beinhaltet auch die Achtung der Menschenrechte mit ihren Rechten von Kultur, Entscheidungsfreiheit, Leben, Würde. Pflege wird ohne Wertung von Alter, Hautfarbe, Kultur [...], der ethnischen Zugehörigkeit mit Respekt zum Wohle jedes Einzelnen ausgeübt (vgl. Beikirch, 2014, S.1).

Krankheit und Wohlbefinden sind abhängig von kulturellen Werten und Überzeugungen (vgl. Leininger 1998, S.74 zit. n. Neumann-Ponesch 2017, S.112). Kulturell unterschiedliches Schmerzverhalten oder der Schmerzausdruck bei Patientinnen/Patienten mit Migrationshintergrund kann unter Umständen für das Pflegepersonal befremdend wirken. Um dem

entgegenzuwirken und Fehlinterpretationen zu vermeiden ist eine weitere soziale Kompetenz, die Interkulturelle Kompetenz, notwendig (vgl. Siebert 2019, o.S). Unter transkulturelle Kompetenz versteht sich die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in verschiedenen Situationen und unterschiedlichen Kontexten zu erkennen und zu verstehen und Handlungsweisen abzuleiten. Die eigenen lebensweltlichen Vorurteile zu reflektieren und Perspektivenübernahme anderer Personen sind Fähigkeiten der transkulturellen Kompetenz. Die Stereotypisierung bestimmter Zielgruppen wird dadurch vermieden (vgl. Domenig 2007, S.174). Bei schwierigen Kommunikationssituationen, fehlender verbaler Kommunikationsfähigkeit, wird trotzdem kommuniziert, eben mit Körpersprache und Mimik. Diesem Umstand ist eine große Bedeutung anzumessen, denn daraus resultiert der weitere Verlauf der Patientinnen/Patienten- und Pflegebeziehung. Durch Empathie, Respekt und Verständnis in der Interaktion mit Migrantinnen/Migranten steigert sich die Qualität Pflege (vgl. Bühlmann/Stauffer 2007, S.284).

5.3.4 Gesprächsmethoden

Jede Person hat einen eigenen Beratungsstil. Je nach Gesprächssituation und Bedürfnissen der Patientinnen/Patienten kommen verschiedene Techniken zur Anwendung. Durch offene Körperhaltung und Blickkontakt signalisiert man seinem Gesprächspartner Interesse und Wertschätzung. Einen vertrauensvollen Kontakt zu erzielen liegt im klientenzentrierten Ansatz. Das ist wichtig, um einen positiven Beziehungsaufbau zu erreichen. Dazu trägt auch das Anpassen des Sprachniveaus bei. Fachliche Inhalte sollen klar und einfach vermittelt werden (vgl. Büttner/Quindel 2005, S.101). Die Bildung eine Beziehung ist der erste Teil des aktiven Zuhörens (vgl. Schulz von Thun et al. 2012, S.12).

Die Methode des aktiven Zuhörens ist anwendbar, um ein Gespräch zu beginnen. Dadurch kann man in die subjektive Wirklichkeit der Patientinnen/Patienten gelangen (vgl. Weinberger 2013, S.53). Diese Fähigkeit ist richtungsweisend für die Beziehungsgestaltung, damit sich die

Patientinnen/Patienten den Beraterinnen/Beratern öffnen können (vgl. Büttner/Quindel 2005, S.105). Zuhören ist ein Faktor für erfolgreiche Kommunikation und Teil der Gesprächsführung. Informationen sollen aufgenommen, verstanden und interpretiert werden. Das widerspiegelt die Empfangsbereitschaft und zeugt von Interesse (vgl. Franck 2017, S.395f.). Gekennzeichnet ist die Gesprächsmethode durch Verständnis und Bereitschaft auf den Patientinnen/Patienten einzugehen. Charakteristisch ist es zuzuhören ohne zu unterbrechen und der Versuch die Patientinnen/Patienten zu verstehen was diese empfinden. Durch gelegentliches „Kopfnicken“ werden die Patientinnen/Patienten ermutigt, um mit ihren Erzählungen fortzufahren. Verzichtet wird auf ausführliches Nachfragen (vgl. Büttner/Quindel 2005, S.105). Aufmerksamkeit kann auch durch sogenannte Telefonlaute wie „Aha“ oder „Hmmm“ vermittelt werden. Die Anwendung des aktiven Zuhörens soll der Situation angepasst sein und geht mit Einfühlungsvermögen, der Empathie, einher (vgl. Schulz von Thun et al. 2012, S.12).

Das Paraphrasieren bedeutet einen Perspektivenwechsel vorzunehmen. Die verstandenen Inhalte werden von den Beraterinnen/Beratern in eigenen Worten wieder gegeben (vgl. Schulz von Thun et al. 2012, S.12f.). Die Worte sollen wertfrei gewählt sein. Durch das Spiegeln wichtiger Inhalte hören die Patientinnen/Patienten noch einmal das Gesagte und können so feststellen ob die Beraterinnen/Berater sie richtig verstanden haben. Die Patientinnen/Patienten werden dadurch ihrem Anliegen näher gebracht und fühlen sich verstanden. Dies führt zur Vertiefung der Beziehung von Patientinnen/Patienten und Beraterinnen/Beratern (vgl. Büttner/Quindel 2005, S.108).

Beim Verbalisieren oder Spiegeln geht es darum, emotionale Elemente aufzugreifen und wiederzugeben. Als Beispiel: „Das klingt so, als bist du aufgebracht?“. Es soll sich als Frage widerspiegeln, denn nur der Gesprächspartnerinnen/Gesprächspartner kann wissen, wie er sich wirklich fühlt (vgl. Schulz von Thun et al. 2012, S.13). Auch das Ansprechen nonverbaler Signale ist wichtig beim Verbalisieren, denn sie sind Hinweise

für den Zustand der Patientinnen/Patienten und ermöglichen so das verbalisieren emotionaler Inhalte von Erlebnissen (vgl. Büttner/Quindel 2005, S.110).

Als Kernkompetenz der Gesprächsführung ist das aktive Zuhören ausgewiesen. Es ist der Grundstein für Austausch und Verstehen. Es wird aber darauf hingewiesen, dass das Verstehen und das Interesse am Gesprächspartnerinnen/Gesprächspartner nicht mit der Zustimmung oder dem Einverständnis des Gesagtem gleichzusetzen ist (vgl. Schulz von Thun et al. 2012, S.13).

6 Kommunikation im Bereich der Endoskopie

In diesem Kapitel wird der Arbeitsbereich Endoskopie näher beschrieben. Es wird die Definition und welche Qualifikationen notwendig sind erläutert, um in den vielseitigen Aufgabenbereichen eingesetzt werden zu können. Die direkte Begutachtung von Körperhöhlräumen oder Hohlorganen mit speziellen röhrenförmigen, starren oder flexiblen Geräten den sogenannten Endoskopen nennt man Endoskopie. Ausgestattet mit optischen Systemen und elektrischer Beleuchtung finden sie ihre Verwendung in der Diagnostik und der Therapie. Zu den am häufigsten genannten endoskopischen Untersuchungen des Gastrointestinal Traktes zählen die Darmspiegelung (Koloskopie) sowie die Magenspiegelung (Gastroskopie) (vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2021, o.S).

6.1 Gesprächsführung als Pflegehandlung

Adäquate Kommunikation in der Pflege ist wichtig um sich zu verstehen und sich zu verständigen. Gespräche zu führen ist eine zentrale Aufgabe der Pflege und ergeben sich bei vielen Pflegehandlungen. Die Gesprächsführung unterscheidet sich dahingehend in der bewussten Planung und Durchführung eines Gesprächs. Diese Gespräche verfolgen ein Ziel und werden durch Anfang und Abschluss gekennzeichnet (vgl. Hausmann 2014, S11f.).

Es kann zu Missverständnissen und Interpretationen im Gespräch kommen, die durch das Verstehen von Kommunikation hinterfragt und decodiert werden können. Es kann im Gespräch nicht davon ausgegangen werden, dass die Botschaft richtig gesendet oder auch richtig verstanden worden ist. Erst im Verlauf des Gesprächs kann sich herauskristallisieren, was der eigentliche Inhalt ist. Um gezielter kommunizieren zu können, muss am Anfang eines Gesprächs die Ausgangslage und der Zusammenhang mit aufmerksamen Nachfragen geklärt werden. Daraus ergibt sich das

Grundprinzip der Gesprächsführung. Nämlich die Gesprächspartnerinnen/Gesprächspartner bei ihren Fragen und Gedanken abzuholen und die Hinführung zum Gesprächsinhalt. Die Herausforderung einer Gesprächsführung liegt darin, das Ziel trotz Störungen oder Zeitmangel nicht aus den Augen zu verlieren. Wichtig dabei ist auch, die Zeichen und Wortmeldungen zu erkennen. (vgl. Hausmann 2014, S.12).

Um die Qualität dieser invasiven Untersuchung sicherstellen zu können ist es wichtig, gewisse Qualitätsindikatoren - wie zum Beispiel der Einsatz qualifizierter Pflegepersonen, nachweisen zu können. Die Aneignung spezieller Fähigkeiten unter anderem die der Geräteaufbereitung, die Versorgung und Sterilisation von endoskopischem Material sowie Sedierung und Notfallmanagement im Bereich Endoskopie sind in der Leitlinie qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie als verpflichtende Grundvoraussetzungen definiert (vgl. Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie 2016, S.29f.). Durch die ständige Fort- und Weiterbildung und Erlangen von Zusatzqualifikationen, wird ein qualifiziertes Arbeiten in den verschiedensten Aufgabenbereichen erst möglich. Darunter fallen u. a die Materialbedarfserhebung und Bestellung, Einteilung des Tagesprogrammes mit besonderem Augenmerk auf Dringlichkeit, speziellen Patientinnenbedürfnissen/Patientenbedürfnissen und zeitliche Koordination mit etwaigen anderen Untersuchungen, Patientinnenadministration/Patientenadministration, extra- und intradisziplinäre Zusammenarbeit, Sedierungsmanagement, Prä-, intra- sowie postendoskopisches Management, Geräteaufbereitung und Koordination derer Wartung, Patientinnen/Patienten und Angehörigen Beratung und Schulung, Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sowie Schülerinnenanleitung/Schüleranleitung. Durch die Vielfältigkeit der Arbeit und der Kontakt zu verschiedenen Berufsgruppen und unterschiedlichem Patientinnen- und Patientenklintel bedarf es besonderer Kommunikationstechniken, damit schwierige Gespräche positiv aus der Unterhaltung hervor gehen können (vgl. Dorka 2019, S.48f.). Dies wird im folgenden Kapitel dargestellt.

6.2 Bedeutung der Kommunikation in der Endoskopie

Patientinnen/Patienten die zu einer Untersuchung kommen sind, sofern es das erste Mal ist, in einer Ausnahmesituation. Angst vor dem Ungewissen, der eventuellen Schmerzen oder ein negativer Befund führen zu Unsicherheit und lassen viele Fragen offen. Im Vergleich zu chronisch Kranken, die aufgrund der immer wiederkehrenden Verlaufskontrollen meistens gut über den Ablauf der Untersuchung informiert sind aber eventuell negativ behaftete Erfahrungen haben, kann ebenso Unsicherheit aufkommen. Um ein besseres Verständnis für die allgemeine Situation der Patientinnen/Patienten zu entwickeln, ist Kommunikation sowie eine gute Beobachtung und Wahrnehmung von hohem Stellenwert in der Endoskopie, um sich in die Lage der Patientinnen/Patienten hineinversetzen zu können und somit eine angemessene Handlung zu vollziehen (vgl. Engelke 2009, S.48f). Vor allem im Bereich der Koloskopie treten bei Patientinnen/Patienten oft Angst und Schamgefühl auf. Furcht vor der Entleerung, Schmerzen während der Untersuchung, Komplikationen, unkontrollierbarer Gasabgang aber auch Angst vor lebensverändernden pathologischen Diagnosen können durch ein präendoskopisches Pflegegespräch im ambulanten Bereich sowie die Pflegevisite im stationären Bereich genommen werden. Mit dem Wissen bei einer Koloskopie die Intimsphäre zu verletzen, das Tabuthema Stuhlgang und Verdauung anzusprechen, kann man vor Beginn der Untersuchung eine vertrauenswürdige Basis zwischen Patientinnen/Patienten und dem Endoskopiepersonal schaffen. Dadurch kann Angst, Stress und Schamgefühl verringert oder genommen werden (vgl. Jenssen/Jenssen 2019, S.168).

6.2.1 Kommunikation mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten

Pflegefachpersonal wird immer stärker mit Migrantinnen/Migranten konfrontiert. Das „Anderssein“ und die verschiedenen Wertvorstellungen sind fremd und können zu Unsicherheit im Pflegealltag führen. Aufgrund

mangelnder transkultureller Kenntnisse werden Routinebehandlungen zu großen Herausforderungen. Die Bedürfnisse der Migrantinnen/Migranten können nicht richtig wahrgenommen werden und es kann somit keine adäquate Behandlung angeboten werden (vgl. Domenig 2007, S.166). Die Schwierigkeit in der Verständigung mit fremdsprachigen Patientinnen/Patienten kann sich auf die Umgangsformen mit Patientinnen/Patienten auswirken. Hier besteht die Gefahr die Kommunikation zu minimieren oder sogar zu unterlassen. Je nach Gesprächssituation ergeben sich unterschiedliche Lösungsstrategien. Die Anwendung von Sprachhilfsmitteln wie Bildertafeln, Symboltafeln oder Sprachführer können die Kommunikation unterstützen. Sie sollen aber nicht generell verwendet werden, denn so schränkt sich der Austausch rasch ein. Eine weitere Möglichkeit ist das Hinzuziehen von Dolmetscherinnen/Dolmetscher. Wobei dahingehend zu bedenken ist, dass sich ein Gespräch durch die Anwesenheit einer vermittelnden Person verändert. Eine weitere Hilfestellung dahingehend ist das Verwenden der Körpersprache. Für einfache Mittellungen oder Handlungsanleitungen kann diese als Kommunikationsmittel eingesetzt werden (vgl. Stuker 2007, S.223f.). Hier gibt Molcho aber zu bedenken, dass gleiche Signale in anderen Kulturen andere Werte haben können. Körpersprache wird zur Fremdsprache und bedarf des behutsamen Umgangs (vgl. Molcho 2013, S.142).

6.2.2 Strukturierte Kommunikation

Um unerwünschte Ereignisse im Rahmen einer endoskopischen Untersuchung zu verhindern, soll der strukturierten Kommunikation zwischen den Berufsgruppen eine hohe Bedeutung angesehen werden, um den hohen Ansprüchen der Patientinnen/Patienten, wie Sicherheit und optimale Behandlung gerecht werden zu können. Zwischenfälle während einer Untersuchung sind oft auf mangelnde Kommunikation zurückzuführen. Fehler wie eine Polypektomie durchzuführen bei fehlender Gerinnungswerte und daraus resultierender starker Blutung können mit Hilfe standardisierter Arbeitsinstrumente wie dem Team-Time-Out entgegengewirkt werden. Sowohl in der Luftfahrt wie auch in den

Operationssälen werden solche Checklisten als Kontrollinstrument verwendet, um die Sicherheit der einzelnen Personen zu gewährleisten. Im medizinischen Bereich bedeutet das, ein kurzes Innehalten vor der Intervention aller Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, um fachübergreifend wichtige Patientinnendaten/Patientendaten und Vorgehensweisen anhand eines Protokolls abzusprechen (vgl. Bichl 2018, S.146ff.). Laut einer weltweiten Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahre 2008 ging hervor, dass eine signifikante Reduktion der Letalität von 1,5 % vor dem Einführen der Checkliste auf 0,8 % sowie eine erhebliche Komplikationsreduktion von 11 % auf 7 % nachgewiesen werden konnte (vgl. Bernstorff/Pickartz/Busemann 2013, S.144).

Somit kann gesagt werden, dass durch eine weitere Kommunikationshilfe die Arbeitsqualität sowie die Sicherheit aller Beteiligten bei einer Endoskopie verbessert werden kann. Die Weltgesundheitsorganisation gibt diese Sicherheitscheckliste als Leitlinie aus und diese kann bei Bedarf modifiziert werden (vgl. Andersen 2015, S.168ff.).

Die Kommunikation zwischen den Pflegekräften sorgt für eine kontinuierliche, konsistente und kongruente Patientinnenversorgung/Patientenversorgung (vgl. Muijsers/Poser 2004, S. 263).

6.3 Patientinnenedukation/Patientenedukation

Gerade bei chronischen Erkrankungen ist ein erhöhter Schulungs-, Informations- und Beratungsbedarf gegeben. Patientinnenedukation/Patientenedukation führt zu Angstreduktion. Sie werden ermutigt und motiviert durch ausreichend Wissensvermittlung und notwendige Unterstützung ihrer Krankheit betreffend. Die Patientinnenedukation/Patientenedukation unterteilt sich hin drei Aufgabenbereiche. Information, Schulung und Beratung (vgl. Jurkowitsch 2016, S.15f.). Hausmann beschreibt als die häufigsten

Gesprächssituationen in der Pflege das Fragen, die Information, das Motivieren und die Beratung. Im Motivationsgespräch werden Bedürfnisse angesprochen und Pflegehandlungen sowie Maßnahmen geplant (vgl. Hausmann 2014, S.35). Dabei ist es wichtig die richtigen Worte zu benutzen. Professionelle Kommunikation gehört zu den Kernkompetenzen des Pflegepersonals (vgl. Griffiths 2015, S.175).

6.3.1 Fragen stellen

Patientinnen/Patienten werden sehr oft mit Fragen konfrontiert, die intime Aspekte ihres Lebens betreffen und können Unbehagen oder Scham hervorrufen. Bei wichtigen Fragen sollte man sich Zeit lassen und auf die Umgebung achten, eine angenehme Atmosphäre schaffen. Während eines Gesprächs sollte man auf die Gefühlsreaktionen der Gesprächsteilnehmerinnen/Gesprächsteilnehmer achten, um eventuell rechtzeitig und richtig darauf reagieren zu können. Je nachdem welchen Output man vom Gespräch erwartet, gibt es die Möglichkeit der offenen oder geschlossenen Fragestellung. Offene Fragen – wie zum Beispiel: „Wie geht es Ihnen“ lassen sehr viel Spielraum offen, im Gegensatz zu geschlossenen Fragen. „Haben Sie eine Allergie“ – die Antwort ist präzise „Ja“ oder „Nein“. In einem Gespräch ist es empfehlenswert offene und geschlossene Fragen miteinander zu kombinieren. Wichtig in einem Gespräch ist es auch immer nachzufragen was die Patientinnen/Patienten gemeint haben, um Unklarheiten zu beseitigen. Generell sollen Fragen in einer angenehmen freundlichen Art gestellt werden, durch Einfühlungsvermögen öffnen sich Patientinnen/Patienten leichter und die Gefahr, dass sich Patientinnen/Patienten während eines Gespräches verschließen ist umso geringer (vgl. Hausmann 2014, S.35ff.). Durch Kommunikation entsteht Verstehen und Verständnis, die Fähigkeit empathisch zuzuhören hat tiefe Auswirkungen auf die physische und auch psychische Gesundheit, die Betreuungserfahrung sowie der Patientinnenzufriedenheit/Patientenzufriedenheit (vgl. Griffiths 2015, S. 175).

6.3.2 Informieren – Information

Die häufigste Form der Patientinnenedukation/Patientenedukation ist die Information (vgl. Zegelin 2012, S.190 zit. n. Jurkowitsch 2016, S.16). Sie ist eine wesentliche Aufgabe im Pflegeprozess. Sie soll orientieren, Sicherheit geben und somit die Zusammenarbeit mit den Betreuungspersonen fördern. Dabei stellt sich in den Vordergrund, dass jede Frage der Patientinnen/Patienten beantwortet werden soll. Zu bedenken dabei ist, wie bereits in Kapitel 2.2 Kommunikationsmodelle beschrieben, dass nicht immer alles so verstanden wird wie es gemeint war. Um nicht Gefahr zu laufen Informationen falsch oder „irgendwie“ mitzuteilen, gliedert sich das Informationsgespräch in drei Schritte. Einleiten, Information mitteilen und Nachfragen (vgl. Hausmann 2014, S.38f.). Gerade im Bereich Endoskopie Pflege ist es wichtig ein prä- und postendoskopisches Pflegegespräch durchzuführen, um die Ressourcen der Patientinnen/Patienten in Bezug auf die Kommunikationsfähigkeit eruieren zu können (vgl. Dierkes/Mastropasqua/Ruschkowski/Schmied/Wedel/Zemella/Engelke 2011, S.112). Trotz aller Bemühungen ist es doch immer wieder festzustellen, dass es zu Informationsdefiziten kommt. Mögliche Ursachen sind Verständigungsschwierigkeiten, kein roter Faden in Gespräch, herabgesetzte Aufnahmefähigkeit oder die Information wurde auf unangemessene Weise vermittelt. Sprich viel zu schnell, zu viele Fachausdrücke (vgl. Hausmann 2014, S.39f.). Die Benutzung von Fachsprache zeichnet zwar die Qualität der Pflege aus, kann aber im Gegensatz dazu auch zu einer Barriere führen. Durch einfache Sätze ohne Fachsprache können Missverständnisse oder Unsicherheiten aus dem Weg geräumt werden. Oft kommt es auch nach einem Aufklärungsgespräch von Ärzten zur Frage, dies alles noch einmal und zwar verständlich zu erklären (vgl. Griffiths 2015, S.176f.). Pflegepersonen erkennen oft ein Informationsdefizit und sorgen dafür, dass Patientinnen/Patienten die Antworten auf ihre Fragen bekommen (vgl. Hausmann 2014, S.40).

6.3.3 Beraten

Beratungsanlässe gibt es zahlreiche: Entlassungsgespräch, familiäre Versorgung zu Hause, gesunde Lebensführung, um nur ein paar zu nennen. Diese professionellen Beratungsgespräche dienen der gezielten Unterstützung bei schweren Entscheidungen und bei der Bewältigung schwieriger Lebensabschnitte. Auch hier ist es wieder wichtig, um auf die persönlichen Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten eingehen zu können, auf eine ruhige Atmosphäre und genügend Zeit zu achten (vgl. Hausmann 2014, S.43f.). Beratung bedeutet gemeinsam mit den Patientinnen/Patienten eine individuelle Lösung zu finden (vgl. Zegelin 2012, S.195 zit. n. Jurkowitsch 2016, S.21). Die Hauptakteure einer Beratung sind die Beraterinnen/Berater und Patientinnen/Patienten und deren Kommunikation und Interaktion miteinander. Unter Beratung wird die Hilfe zur Selbsthilfe verstanden. Jeder Mensch ist fähig zur Selbstregulation, Selbstlenkung. Sofern dies verloren gegangen oder kaum ausgebildet ist, kann diese Fähigkeit durch Beratung aktiviert oder neu entwickelt werden (vgl. Krause 2003, S.23 zit. n. Jurkowitsch 2016, S.21f.). Der Beratung unterliegen wesentliche Kompetenzen der professionellen Berater. Ratschläge sollten vermieden werden, es geht im Wesentlichen darum die Situation zu verstehen. Empathie und gutes Zuhören sind essentiell in einer adäquaten Beratung (vgl. Zegelin 2012, S.195 zit. n. Jurkowitsch 2016, S.23). Doll/Hummel-Gaatz beschreiben gerade in Beratungsgesprächen das aktive Zuhören wie in Kapitel 3.2 Kommunikationsfähigkeit näher beschrieben wurde, als wichtigen Faktor. Das Interesse an den Patientinnen/Patienten wird durch nonverbale Zeichen wie offene Körperhaltung, Kopfnicken, Lächeln in der Mimik und Lautäußerungen gekennzeichnet (vgl. Doll/Hummel-Gaatz 2007, S.33 zit. n. Jurkowitsch 2016, S.23). Vor allem im Bereich chronischer Erkrankungen ist eine gut organisierte Pflegeberatung effizient für die Patientinnenversorgung/Patientenversorgung. Sie gibt Sicherheit und sorgt für besseres Einhalten von Behandlungsempfehlungen (vgl. Golik/Kurek/Poteralska/Bieniek/Marynka/Pabich/Liebert/Klopocka/Rydzewsak 2014, o.S.).

B Empirie

7 Methodisches Vorgehen

In der vorliegenden Arbeit wurde zur Beantwortung der Forschungsfragen wie kann kommunikative Kompetenz im pflegepädagogischen Alltag anhand berufsorientierter Methodik gefördert werden und welche Methoden eignen sich zur Überprüfung und Beurteilung von kommunikativer Kompetenz in der Lehre und welchen Stellenwert haben Kommunikation und Gesprächsführung in der Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege unter besonderer Berücksichtigung am Setting Endoskopie, der qualitative Forschungsansatz gewählt. Mayer verweist darauf, dass der Ursprung des qualitativen Forschungsansatzes in der Philosophie liegt. Die qualitative Forschung entwickelte sich aus interpretativen Paradigmen. Sie greift auf die Induktion als grundlegendem Gedankengang des Erkenntnisgewinns zurück. Die Wirklichkeit besteht nicht unabhängig vom Menschen, sie wird durch soziale Interaktion gemeinsam hergestellt. Sie ist das Ergebnis von Bedeutungen und Zusammenhängen. Jeder Mensch interpretiert subjektiv und auf seine eigene Weise. Daher entsteht die Wirklichkeit durch subjektives Verstehen und nicht durch objektive Messmethoden. Das Ziel der qualitativen Forschung ist es, ein Phänomen aus der Sicht der Beteiligten zu erforschen. Durch den holistischen Ansatz wird versucht herauszufinden, welche Bedeutung es für die einzelnen Menschen hat. Das zu erforschende Phänomen muss als Ganzes gesehen werden. Als ein Phänomen kann z. B. die Erfahrung einer Person definiert werden (vgl. Mayer 2014, S.73f.).

Benner beschreibt Phänomenologie als körperlich fühlen, was man liest und hört (vgl. Benner 2017, S.27).

Vor allem in der Pflegeforschung findet das Forschungsdesign der Phänomenologie hohen Ansatz zur Erforschung von Aspekten des Alltagslebens (vgl. Mayer 2014, S.76). In dieser Arbeit werden eigene

Ereignisse und Erfahrungen von Personen im Sinne des Forschungsdesigns der Phänomenologie dargestellt.

Mayer beschreibt die Gütekriterien qualitativer Forschung wie folgt. Gütekriterien sind Maßstäbe in der Erhebung und Auswertung um die Qualität von Forschung zu bestimmen. Dadurch ist das Zustandekommen der Forschungsergebnisse nach wissenschaftlichem Standard nachvollziehbar. Die klassischen wissenschaftlichen Gütekriterien sind die Objektivität, Validität und Reliabilität (vgl. Mayer 2014, S.81).

Um die wissenschaftliche Güte der qualitativen Forschung zu beurteilen, wurden dahingehend weitere und eigene Gütekriterien entwickelt. Im angloamerikanischen Raum verweist man auf Yvonna/Lincoln/Guba (1985). Die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit richtet sich hier nach der Glaubwürdigkeit, der Folgerichtigkeit, der Angemessenheit und der Übertragbarkeit (vgl. Mayer 2014, S.82).

Die Gütekriterien nach Phillip Mayring finden ihren Anklang im deutschsprachigen Raum und sind wesentlich für die qualitative Forschungsarbeit. Sie werden wie folgt benannt und beschrieben (vgl. Mayring 2002, S.144ff.; Mayer 2014, S.83).

1. Verfahrensdokumentation: Alle Vorgänge der Untersuchungsmethoden in einem Forschungsprozess müssen genauestens dokumentiert und beschrieben werden, um eine Nachvollziehbarkeit aufweisen zu können.
2. Argumentative Interpretationsabsicherung: Interpretationen sind in der qualitativen Forschung entscheidend. Sie müssen begründet und argumentiert werden. Die Argumentation muss einheitliche Rückschlüsse aufweisen können.
3. Regelgeleitetheit: In der Regelgeleitetheit darf keine Willkür herrschen. Es geht um das Einhalten bestimmter Regeln und Vorgehensweisen. Das Bearbeiten des Materials muss systematisch vorgenommen werden.

4. Nähe zum Gegenstand: Die qualitative Forschung setzt an konkreten sozialen Phänomen an. Hier bezieht man sich auf die Welt des Individuums.
5. Kommunikative Validierung: Durch Kommunikation werden die Ergebnisse auf ihre Gültigkeit hin überprüft. Zwei Möglichkeiten werden dahingehend ausgewiesen. Die Überprüfung durch die Person die beforscht wurde im Zuge eines gemeinsamen Gespräches. Oder das Forscherteam diskutiert die Ergebnisse.
6. Triangulation: Die Ergebnisqualität kann gesteigert werden, indem man unterschiedliche Erhebungsmethoden miteinander kombiniert. Durch verschiedene Betrachtungsweisen können Ergebnisse klarer erscheinen.

In dieser Arbeit wurde anhand der Güterkriterien nach Philip Mayring die qualitative Forschung durchgeführt.

7.1 Erhebungsmethode

Zur Erhebung qualitativer Daten können verschiedene Methoden herangezogen werden. Die Erhebungsmethode für soziale Daten sind die Befragung, die Beobachtung und die Inhaltsanalyse. In der Pflegeforschung werden hauptsächlich deskriptive Methoden zur Erhebung der Daten verwendet (vgl. Mayer 2014, S.110).

Als Auswahl der Erhebungsmethode in der vorliegenden Arbeit wurde das qualitative Interview als Leitfaden-Interview gewählt.

7.1.1 Problemzentriertes Interview

Unter Interview versteht sich in der Forschung die mündliche Befragung mit planmäßigem Vorgehen und einer wissenschaftlichen Zielsetzung. Die zu befragenden Personen werden durch Fragen veranlasst, Informationen verbal mitzuteilen. Dies können Informationen über Gefühle, Meinungen und Erlebnisse sein (vgl. Mayer 2014, S.120). Anhand verschiedener

Kriterien werden Interviews charakterisiert. Die gängigste Unterscheidung liegt im Grad der Standardisierung. Das Leitfadeninterview oder nicht standardisierte Interview hat einen offenen Charakter basierend auf offenen Fragestellungen (vgl. Mayer 2014, S.120f.; Keuneke 2005, S.254f.). Leitfadenorientierte Interviews sind auf ein zuvor abgegrenztes Thema fokussiert. Es wird durch das Ziel der Befragung bestimmt. Das leitfadenorientierte Interview orientiert sich an das Einholen von Informationen im Gegensatz zur Rekonstruktion eigener Erlebnisse. Beim problemzentrierten Interview kommt ein Interviewleitfaden, der die Grundlage des Gespräches herstellt zur Anwendung. Die offene Gesprächsführung soll dennoch innerhalb der Themenbereiche vorrangig sein (vgl. Mayer 2014, S.124). Morse/Field beschreiben den Interviewleitfaden als Gedächtnisstütze für die Interviewerin/Interviewer. Hierzu werden Fragen, welche vorher ausgearbeitet wurden, festgehalten. Es soll nicht als ein starres Instrument angesehen werden, welches es zu verfolgen gilt. Demnach soll es eine Hilfe darstellen die dem Gesprächsverlauf flexibel angepasst werden kann (vgl. Morse/Field 1998, zit. n. Mayer 2014, S.127.).

Hier in der Arbeit wird konkret das problemzentrierte Interview von Witzel angewandt. Der deutsche Psychologe Andreas Witzel konzipierte das problemzentrierte Interview als eine Kombination aus Induktion und Deduktion (vgl. Mayer 2014, S.124; Keuneke 2005, S.259). Das Ziel eines problemzentrierten Interviews ist es, persönliche Sichtweisen der Interviewpartnerinnen/Interviewpartner zu gewissen Problembereichen innerhalb der Gesellschaft zu erkennen (vgl. Mayer 2014, S.124).

Das problemzentrierte Interview nach Witzel fasst alle Formen der offenen, halbstrukturierten Befragung zusammen und arbeitet auf sprachlicher Basis. In dieser Form des Interviews kommen die Befragten relativ frei zu Wort. Dadurch kommt man einem offenen Gespräch näher. Problemzentriert heißt, es ist zentriert sich auf eine bestimmte Problemstellung. Im Interview kommt man immer wieder darauf zurück und erhält dadurch eine stärkere Struktur. Im problemzentrierten Interview

kommt eine Kombination von Methoden zur Anwendung, die einen Zugang zu den Kommunikationspartnern und ihren Erlebnissen ermöglicht (vgl. Mayring 2002, S.67ff.). Quantitative Kriterien wie der Fragebogen, werden auf die qualitative Forschung übertragen, angepasst und operationalisiert. Sie gelten als Einheitskriterium, mit denen jede Forschung bewertet werden soll (vgl. Steinke 2019, S.319). Bestimmte Aspekte der Problemstellung werden in einem Interviewleitfaden zusammengestellt und während dem Interview immer wieder angesprochen (vgl. Mayring 2002, S.67f.).

Witzel beschreibt dahingehend drei vorrangige Prinzipien

- Die Problemzentrierung: hier soll an gesellschaftlichen Problemstellungen angesetzt werden. Die wesentlichen objektiven Aspekte erarbeitet sich der Forscher vor der Interviewphase.
- Die Gegenstandsorientierung des Verfahrens: die konkrete Gestaltung muss auf den spezifischen Gegenstand bezogen sein. Sie kann nicht in der Übernahme fertiger Instrumente bestehen.
- Die Prozessorientierung: hier geht es darum, das wissenschaftliche Problemfeld flexibel zu analysieren und eine schrittweise Gewinnung und Überprüfung der Daten. Zusammenhang und Beschaffenheit der verschiedenen Elemente kristallisiert sich langsam und in reflexiven Bezug heraus (vgl. Witzel 1982, S.72 zit. n. Mayring 2002, S.68).

Ein weiteres Merkmal für die Interviewdurchführung ist die Offenheit. Die interviewten Personen sollen die Möglichkeit haben, frei antworten zu können, ohne bereitgestellte Antworten. Die Vorteile liegen darin, dass überprüft werden kann, ob die Befragten alles verstanden haben. Die Befragten können die subjektiven Perspektiven und Auslegungen offen legen. Die Bestimmungen der Interviewsituation können besprochen werden. Daraus resultiert eine stärkere Vertrauensbeziehung zwischen den Interviewteilnehmerinnen/Interviewteilnehmern. Der Interviewleitfaden enthält in einer entsprechenden Reihenfolge die einzelnen Thematiken des Gesprächs. Für die Einstiegsfragen sind Formulierungsvorschläge enthalten. In einer Probephase wird der Leitfaden getestet und wenn notwendig adaptiert. Anschließend startet die Interviewphase, in der sich die Gespräche aus drei Teilen zusammensetzen. Die Sondierungsfragen

sind die Einstiegsfragen und geben Aufschluss über subjektive Bedeutung zum Thema. Die Leitfragen sind als wesentliche Fragestellung im Interviewleitfaden festgehalten. Weiters gibt es noch die Ad-hoc-Fragen, die spontan in das Interview einfließen. Das problemzentrierte Interview eignet sich sehr gut für eine theoriegeleitete Forschung. Die teilweise Standardisierung durch den Leitfaden ermöglicht die Vergleichbarkeit mehrerer Interviews und lässt sich leicht auswerten (vgl. Mayring 2002, S.68ff.).

Zur Durchführung der problemzentrierten Interviews in dieser Arbeit, wurden zwei Interviewleitfäden konzipiert. Ein Fragebogen gilt zur Befragung der Lehrpersonen hinsichtlich der Lehr- Lernmethoden sowie der Methoden zur Beurteilung. Der andere gilt den diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen hinsichtlich der kommunikativen Kompetenz in ihrer Anwendung am Setting Endoskopie. Die Kurzfragebögen beinhalten die soziodemografischen Daten der Interviewteilerinnen/des Interviewteilers. Die Gesprächsleitfäden und die Kurzfragebögen sind in den Anhängen 1 bis 4 dargestellt.

Die Interviews erfolgten im Jänner und Februar 2021. Die Teilnehmerinnen und der Teilnehmer wurden über das Vorgehen und die Freiwilligkeit informiert und aufgeklärt. Die Einwilligungsverklärungen wurden im Vorfeld unterschrieben und wird im Anhang 5 dargestellt. Es wurden die Gespräche auf Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Dauer der einzelnen Interviews erstreckte sich über einen Zeitraum von 45 bis 95 Minuten.

Die Interviews dieser Arbeit wurden aufgrund der Bestimmungen der sozialen Distanzierung (aktuell Covid-19-Pandemie) per Audio- oder Videotelefonie durchgeführt. Alle Interviewteilerinnen/Interviewteiler befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung zu Hause in ihrer privaten Umgebung. Eine Veränderung des natürlichen Settings wurde nicht vorgenommen. Der Zeitpunkt der Erhebung war in allen Fällen gut gewählt, sodass es zu keinen Störungen

kam. Die Telefon- und Internetverbindungen waren stabil. Alle Interviewteilnehmerinnen/Interviewpartner bestätigten eine angenehme und ruhige Stimmung während der Befragung.

Unter Setting versteht sich die Umgebung, in der die Befragung durchgeführt wird (vgl. Mayer 2011, S.147).

Die Erhebungsumgebung ist maßgeblich bei reaktiven Verfahren. Der Prozess zwischen Interviewerinnen/Interviewer und Interviewpartnerinnen/Interviewpartner ist immer als Interaktion zu sehen. Der Ort an dem die Befragung erfolgt, soll ein angenehmes Umfeld für die Befragten darstellen. Störfaktoren sollen ausgeschlossen werden (vgl. Strotmann/Wegener 2005, S.397).

Miller beschreibt als natürliches Setting ein unkontrolliertes, echtes Umfeld oder eine Situation aus dem realen Leben (vgl. Miller 1991, zit. n. Burns/Grove 2005, S.37).

7.2 Auswahlmethoden

Die qualitative Forschung untersucht die persönliche Wirklichkeit der Befragten. Ihr Ziel ist es typische Handlungen herauszufiltern, die in einer bestimmten Situation erfolgen. Es wird die Subjektivität behandelt und nicht die Verallgemeinerbarkeit. Dadurch ergibt sich, dass die Auswahl der Teilnehmerinnen/Teilnehmer nützlich sowie angemessen sein muss. Die Überlegung welche Informationen bekomme ich von welchen Teilnehmerinnen/Teilnehmern, muss hier angestrebt werden. Ebenso müssen die Informationen aussagekräftig sein, um das Phänomen, welches erforscht werden soll, eben auch ausreichend und exakt beschreiben zu können (vgl. Morse/Field 1998, zit. n. Mayer 2014, S.165).

Die Auswahl der Teilnehmerinnen/Teilnehmer an einer qualitativen Befragung ist von bestimmten Merkmalen abhängig. Beispiele für Merkmale wären ähnliche Ereignisse, gemeinsame Kultur oder ein bestimmtes Milieu (vgl. Mayer 2014, S.165f.).

In der qualitativen Forschung kommen zwei Stichprobentechniken häufig zur Verwendung. Zum einen die gesteuerte oder zweckorientierte Auswahl und zum anderen die Schneeballstichprobenauswahl. Beim Schneeballverfahren generiert man weitere Teilnehmerinnen/Teilnehmer aus den Netzwerken der Interviewpartnerinnen/Interviewpartner, welche die Bedingungen erfüllen. Bei der zweckorientierten-selektiven Stichprobenauswahl werden Teilnehmerinnen/Teilnehmer oder Situationen bewusst ausgewählt (vgl. Mayer 2014, S.165f.; Burns/Grove 2005, S.297f.).

Die qualitative Forschung ist charakterisiert durch das Arbeiten mit kleineren Gruppen. Größenrichtlinien gibt es dahingehend keine. Die Datensättigung ist somit ein Leitprinzip an das man sich bezüglich der Anzahl der Interviewteilerinnen/Interviewteiler orientieren kann (vgl. Mayer 2014, S.166).

Deshalb setzt sich die Stichprobengröße in dieser Arbeit aus vier Personen zusammen. Die Stichprobe wurde anhand bestimmter Kriterien durchgeführt. Somit kam die zweckorientierte Stichprobenauswahl zur Anwendung. Die Wahl fiel in vorliegender Arbeit auf eine Lehrerin sowie einen Lehrer der Gesundheits- und Krankenpflege, die im Ausbildungsmodul Kommunikation und Gesprächsführung aktiv unterrichten oder unterrichtet haben und weiters auf zwei diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen am Arbeitsbereich Endoskopie. Somit kam die zweckorientierte Stichprobenauswahl zur Anwendung (vgl. Tabelle 3).

| Interview-partnerinnen/In-terviewpartner | Geschlecht | Weiterbildung | Modul | Tätigkeits-zeitraum |
|--|------------|---|-------------------------------------|---------------------|
| Gesundheits- und Kranken-pflegerin | weiblich | Weiterbildung Endoskopie | - | 14 Jahre |
| Gesundheits- und Kranken-pflegerin | weiblich | Weiterbildung CED | - | 3 Jahre |
| Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege | weiblich | Universitätslehr-gang für Lehrende der Gesundheits- und Krankenpflege | Kommunikation und Gesprächs-führung | 1,5 Jahre |
| Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege | männlich | Universitätslehr-gang für Lehrende der Gesundheits- und Krankenpflege | Kommunikation und Gesprächs-führung | 3 Jahre |

Tabelle 3: Charakteristika der Interviewteilnehmerinnen/des Interviewteilnehmers

7.3 Auswertungsmethoden

Zur Auswertung qualitativer Daten stehen verschiedene Analysetechniken zur Verfügung. Die Wahl der Auswertungstechnik richtet sich nach der Zielsetzung, dem methodischen Ansatz sowie der Fragestellung (vgl. Schmidt 2019, S.447).

Die Auswertung der qualitativen Daten muss die Gütekriterien qualitativer Forschung erfüllen. Diese ist kein pragmatischer Prozess, sondern ein kreativer. Bei der qualitativen Forschung bestimmt das Datenmaterial den Prozess und nicht die Theorie. Das Analyseverfahren ist dementsprechend zu wählen, um die Forschungsfrage adäquat zu beantworten (vgl. Mayer 2014, S.148f.).

Fixierte Kommunikation liegt der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring zu Grunde. Es handelt sich um Texte, Bilder oder Sprache. Kommunikation ist somit protokolliert und festgehalten. Die Analyse verläuft nach vorgegebenen Regeln – der Regelgeleitetheit. Dadurch gelangen das Verständnis, die Nachvollziehbarkeit und die Überprüfung und unterliegt somit den sozialwissenschaftlichen Methodenstandards. Inhaltsanalyse ist ein Teil des Kommunikationsprozesses und geht theoriegeleitet vor. Das Ziel der Inhaltsanalyse ist es, Rückschlüsse auf bestimmte Betrachtungsweisen der Verständigung zu ziehen (vgl. Mayring 2015, S.12f.).

Die Nachvollziehbarkeit ergibt sich aus den einzelnen Interpretationsschritten der Analyse, welche im Vorfeld festgelegt werden. Dadurch ist sie übertragbar und für andere nutzbar. Diese Schritte sollen in der nachfolgenden Tabelle dargestellt werden.

| Die Arbeitsschritte der qualitativen Inhaltsanalyse | |
|--|--|
| 1. | Festlegung des Materials |
| 2. | Analyse der Entstehungssituation |
| 3. | Formale Charakteristika des Materials |
| 4. | Richtung der Analyse |
| 5. | Theoretische Differenzierung der Fragestellung |
| 6. | Bestimmung der Analysetechnik durch Festlegung des konkreten Ablaufmodells und Festlegung der Kategorien |
| 7. | Definition der Analyseeinheiten |
| 8. | Analyseschritte gemäß Ablaufmodell mittels Kategoriensystem |
| 9. | Zusammenstellung der Ergebnisse und Interpretationen |
| 10. | Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien |

Tabelle 4: Das inhaltsanalytische Ablaufmodell

Quelle: vgl. Mayring 2015, S.62

Die Aufbereitung der Daten erfolgt über die Verschriftlichung der Gespräche oder Interviews. Der Vorgang wird als Transkription bezeichnet. Eine

wörtliche Transkription ist Grundvoraussetzung für die interpretative Auswertung der Daten (vgl. Mayer 2014, S.148).

Die reduktiven Analyseverfahren beinhalten die Codierung, Kategorisierung und die Synthetisierung (vgl. Mayer 2014, S.149). Die Technik der Inhaltsanalyse liegt im Herausfiltern von bestimmten Strukturen. Hierzu kommt das Kategoriensystem zum Tragen (vgl. Mayring 2015, S.97).

Die Auswertung und Analyse des Materials erfolgte über das Programm MAXQDA 2020.

7.3.1 Das Kategoriensystem

Zur Auswertung und Interpretation der verschriftlichten Kommunikation, die Transkripte der qualitativen Interviews, wurde in dieser Arbeit ein Categoriesystem entwickelt. Die Textstellen wurden codiert und somit gewissen Kategorien zugeordnet.

Die Präzision der Inhaltsanalyse erhöht sich durch die Festlegung der Analyseeinheiten. Es wird die Kodiereinheit genannt, sie legt fest, welcher kleinste Textteil unter eine Kategorie fallen darf. Weiters die Kontexteinheit, sie legt den größten Textteil einer Kategorie fest und die Auswertungseinheit bestimmt, in welcher Reihenfolge die Textteile ausgewertet werden (vgl. Mayring 2002, S.61). Das Categorieschema kann aus der Theorie heraus, also deduktiv gebildet werden oder induktiv, aus vorhergegangener unsystematischer Beobachtung (vgl. Mayer 2011, S.216). Sie sind durch Konstruktions- und Zuordnungsregeln definiert und werden während der Analyse überarbeitet und rücküberprüft. Die Ergebnisse werden in Bezug auf die Hauptfragestellungen interpretiert (vgl. Mayring 2002, S.61).

Deduktiv ergab sich Kategorie aus dem Basiswissen angehalten an den Interviewleitfaden. Induktiv wurden die Kategorien an den einzelnen Textstellen entwickelt.

Für die qualitative Inhaltsanalyse stehen verschiedene PC-Programme zur Verfügung. Die Programme arbeiten mit einer sogenannten Fenstertechnik. Es stehen Fenster für den Text, für Memos und Fenster für Codes und Kategorien zur Verfügung. Texte werden hier in txt- oder rtf-Format in das Programm geladen. Eines der am gängigsten Programme, welches für die qualitative Inhaltsanalyse eingesetzt wird, ist MAXQDA (vgl. Mayring 2002, S.115ff.).

7.3.2 Die Beschreibung des Kategoriensystem

Die erste Hauptkategorie bezieht sich auf den Stellenwert der Kommunikation in der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege. Hier werden Aussagen gesammelt die einen Hinweis darüber geben, wie der Stellenwert der Kommunikation definiert und erkenntlich gemacht wird. Die Definitionen geht von „sehr hoch“ bis zu „kein“ Stellenwert. In dieser Kategorie fallen auch Aussagen über die Meinungen zur Weiterbildung, hinsichtlich Kommunikation in der Praxis im Spezialbereich Beratung.

Die zweite Hauptkategorie widmet sich den Lehr- und Lehrmethoden. Hier werden Aussagen eingeordnet, mit welchen Methoden Wissen im Unterricht vermittelt und verankert wird. Angaben über effektive Lehr- und Lernmethoden zur Förderung der kommunikativen Kompetenz werden hier erfasst.

In der dritten Hauptkategorie werden die Methoden der Beurteilung und Überprüfung der kommunikativen Kompetenz beschrieben. Aussagen über unterschiedliche Prüfungsinstrumente die angewandt werden sowie über Empfehlungen von Beurteilungen werden hier zusammengefasst.

In der vierten Hauptkategorie finden sich die Aussagen der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen über den Stellenwert der Kommunikation im Bereich Endoskopie wieder. Hier werden Äußerungen über das Beratungsgespräch in der Endoskopie aufgelistet. Beschrieben werden die Gesprächstechniken, welche angewandt werden und welche

Möglichkeiten der Gesprächsführung an den Abteilungen durchführbar sind. Schwierigkeiten der Kommunikation werden in dieser Kategorie ebenso aufgenommen. Zur Veranschaulichung wird in Anhang 6 das Categoriesystem dargestellt.

8 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit präsentiert und mit Ankerbeispielen kursiv dargestellt.

8.1 Stellenwert der Kommunikation in der Ausbildung

Beide Endoskopiepflegepersonen geben an, in ihrer Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson vor über 20 Jahren kein eigenes Unterrichtsfach Kommunikation gehabt zu haben. *„Ich glaube damals war das Unterrichtsfach Kommunikation noch gar nicht vorhanden. Rein auf Kommunikation war kein Unterrichtsfach aufgebaut. Ich kann mich nicht erinnern, das gehabt zu haben“* (DGKP_2, Pos. 27-29). Nur eine Endoskopiepflegeperson konnte auf Querverweise in Bezug auf Kommunikation in anderen Unterrichtsfächern verweisen: *„mit Sicherheit ja, ich war in einer privaten Schule und da ist jede Menge Wert auf Kommunikation gelegt worden, das ist permanent eingeflossen“* (DGKP_1, Pos. 21-22).

Aus den Interviews der Pflegepädagogin und des Pflegepädagogen geht hervor, dass der Stellenwert der Kommunikation in der derzeitigen Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson einen sehr hohen Stellenwert hat. Dies ist auf das Stundenausmaß von 120 Stunden innerhalb der dreijährigen Ausbildung und den Querverweisen in anderen Unterrichtsfächern laut Curriculum zurückzuführen. *„Kommunikation hat einen sehr hohen Stellenwert in der Ausbildung! Wirklich sehr hoch“* (LfGuK_2, Pos. 19-20). Eine Lehrperson berichtet darüber, dass Auszubildende vor allem im dritten Ausbildungsjahr explizit auf Kommunikation und Gesprächsführung hin unterrichtet werden, um die kommunikative Kompetenz zu fördern. Explizit auf den Bereich der Endoskopie wird jedoch nicht eingegangen. Es wird kaum Theorie unterrichtet, sondern auf das Basiswissen aufgebaut und geübt. Dahingehend wird ein hohes Augenmerk gelegt. Die Lehrperson äußert sich auch, dass diese Basisausbildung ausreichend ist, um adäquate

Gesprächsführung in der Praxis durchführen zu können. *„Die Auszubildenden sind sehr gut im Bereich Kommunikation und Gesprächsführung vorbereitet. Es wird ein hohes Augenmerk darauf gelegt. Kommunikation und Gesprächsführung ist wirklich eines der wichtigsten Themen“* (LfGuK_2, Pos. 23-25).

Alle vier befragten Personen geben an, dass Weiterbildungen im Bereich Kommunikation und Gesprächsführung in der Arbeit in Spezialbereichen, die hauptsächlich der Beratung gelten, erstrebenswert sind. *„Ja das ist natürlich sehr wichtig, denn ich glaube, die müssen ein ganz spezielles Wissen vorweisen können, um dahingehend gut beraten zu können. Ich glaube schon, dass es von Vorteil wäre. Es gibt ja oft auch belastende Themen für Patienten, da glaube ich schon, dass adäquate Gesprächsführung hilfreich sein kann“* (LfGuK_1, Pos. 197-201).

8.2 Effiziente Lehr- und Lernmethoden

Beide Lehrpersonen berichten über ihre Methoden der Wissensvermittlung. Hervor geht, dass es sich hauptsächlich um praktisches Üben und Anwenden im Unterricht handelt. Wichtig sind dabei praxisnahe Beispiele, die Lehrende und Lernende in den Unterricht miteinfließen lassen. Die kommunikative Kompetenz wird vorwiegend durch Kommunikation und Interaktion gefördert. *„Reden ist hier mehr wert als z. B. eine PowerPoint Präsentation“* (LfGuK_1, Pos. 54-55). Das offene Curriculum lässt Lehrpersonen Freiraum darüber, wie sie ihren Unterricht gestalten können. Die Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung mit ihren didaktischen Grundsätzen, verweist auf die Methodenvielfalt und die Förderung zu sozialem Lernen. Es wird darauf hingewiesen, dass Auszubildende hinsichtlich Kommunikation zu befähigen sind. Aus den Interviews der beiden Lehrpersonen geht hervor, dass sie unterschiedliche Lehr- und Lernmethoden anwenden, um kommunikative Kompetenz zu fördern. Daraus ergibt sich ein auflockernder Unterricht und aktiviert die Auszubildenden zur Mitarbeit. Beide Lehrpersonen können einen großen

Methodenpool aufweisen, der es ermöglicht abwechslungsreiche Situationen zu erzeugen. *„Ich finde der Mix, also die Methodenvielfalt, macht einen guten Unterricht aus“* (LfGuK_1, Pos. 115-116).

Eine Lehrperson berichtet darüber, dass gut überlegt sein muss, welche Methoden man anwendet, um eine Wissenserweiterung erzielen zu können. Die Lehrperson muss mit der Methode vertraut sein, um diese korrekt anwenden zu können. Nur so ist es möglich, einen Lernerfolg zu erzielen. *„Ja das ist äußerst wichtig. Als Lehrperson musst du unbedingt mit der Methode die du anwendest vertraut sein. Sonst kann es passieren, dass du keinen Lernerfolg hast“* (LfGuK_2, Pos. 130-132).

Aufbauend auf die Grundlagen der Kommunikation wird im dritten Ausbildungsjahr der Unterricht als Seminarform abgehalten. Als Effektive Lehr- und Lernmethoden beschreiben beide Lehrpersonen realitätsnahe Fallbeispiele aus der Praxis mit anschließender Präsentation. *„Ich komme aus der Praxis und kann sehr viele Beispiele vorbringen, das belebt den Unterricht und führt zu einer guten Interaktion mit den Auszubildenden. Da sind sie immer sehr aufmerksam* (LfGuK_1, Pos. 52-53). Die Lehrpersonen beschreiben die Präsentation der selbstständig erarbeiteten Fallbeispiele als förderlich für die kommunikative Kompetenz. Durch die Kommunikation im Plenum, kann eine ähnliche Situation zur Praxis hergestellt werden. *„Anschließend wird es im Plenum präsentiert, besprochen und verglichen. Das fördert die kommunikative Kompetenz“* (LfGuK_1, Pos. 131-132).

Eine Lehrperson verwendet im Unterricht gerne die Sozialform Kleingruppenarbeit. Dadurch wird die kommunikative Kompetenz durch Kommunikation in der Gruppe gefördert. Den Vorteil einer Paararbeit sieht diese im Feedback. *„Paararbeit hat den Vorteil des Feedbacks. Denn wenn sie üben, bekommen sie sofort Feedback von ihrem Gegenüber. Sie können sich gut austauschen. Dann können sie Informationen einbringen, die sie bereits im Praktikum erfahren haben“* (LfGuK_2, Pos. 73-75).

Eine Lehrperson gestaltet den Unterricht gerne durch Spiele. *„Spielerisch lernen ist für mich sehr wertvoll, ich finde, da können sich die Auszubildenden sehr viel mitnehmen“* (LfGuK_1, Pos. 122-123). Hier äußert sich die Lehrperson darüber, auch Spiele zu verwenden, die angepasst an die Auszubildenden sind.

Eine Lehrperson wendet Rollenspiele an, um Beratungsgespräche im geschützten Rahmen zu üben. Die Auszubildenden simulieren ein Beratungsgespräch und erhalten anschließend Feedback. In den Rollenspielen wird besonders auf die Gesprächstechniken und die Grundelemente der Kommunikation Wert gelegt, die bereits in der Theorie vermittelt wurden. Empathische Kommunikation und der Perspektivenwechsel werden dadurch gefördert. Das Üben im geschützten Rahmen fördert die Sicherheit in der Gesprächsführung für die berufliche Praxis.

8.3 Kompetenzorientierte Lernerfolgsüberprüfung

Beide Lehrpersonen berichten über die Schwierigkeit, Kommunikation objektiv bewerten zu können und verweisen auf OSCE als eine gute Möglichkeit, kommunikative Kompetenz zu prüfen und zu beurteilen. Nicht an jeder Ausbildungsstätte besteht die Möglichkeit der OSCE. Eine Lehrperson spricht sich für das Überprüfen der kommunikativen Kompetenz anhand der OSCE aus. *„Interessant wäre sicher die OSCE Prüfung wo man anhand eines Fallbeispiels auch die soziale Kompetenz Kommunikation überprüfen kann. Wir machen das nicht, ist aber eine tolle Option“* (LfGuK_1, Pos. 157-159).

Eine Lehrperson konnte bestätigen, dass diese Form der Prüfung an ihrer Ausbildungsstätte angewendet wird. *„Gerade in der OSCE ist sowieso Kommunikation immer dabei. Egal bei welchem Thema. Schon beim ersten Punkt wird überprüft, ob sich der Auszubildende bei den Patientinnen/Patienten vorstellt. Also ist immer das Thema Kommunikation*

präsent“ (LfGuK_2, Pos. 175-177). Dahingehend hat die befragte Person jedoch selber noch keine Prüfung dieser Art abgenommen und es werden keine weiteren Aussagen diesbezüglich getroffen. Die Lehrperson berichtete auch, dass sie im Rahmen der Ausbildung zur Lehrperson für Gesundheits- und Krankenpflege, kurz LfGuK, an einer Simulationseinheit dabei sein konnte. Dies blieb ihr als sehr eindrucksvoll und lehrreich in Erinnerung. Die andere Lehrperson wäre für eine Implementierung der OSCE als reliables Prüfungsinstrument, mit der Begründung der objektiven Beurteilungsmöglichkeit.

Auch in der Überprüfung und Beurteilung liegen Unterschiede in den Methoden bei beiden befragten Lehrpersonen. Da die Beurteilung mit „teilgenommen“ bewertet wird und nicht nach dem Notensystem von 1 bis 5, fließt in die Bewertung der einen Lehrperson die Mitarbeit und die Ausführung der Arbeitsaufträge mit ein. *„Ich finde eine andere Benotung ist gar nicht möglich. Denn jeder ist unterschiedlich und individuell in seiner Art zu kommunizieren. Wenn jemand ruhig und trotzdem alle Inhalte in der Beratung vermittelt und sich an die Regeln der Kommunikation hält, kann ich das nicht besser oder schlechter bewerten, wie wenn jemand extrovertiert ist in seiner Art“* (LfGuK_2, Pos. 157-161). Um eine objektive Beurteilung zu ermöglichen, berichtet die Lehrperson über eine Punkteliste, anhand derer sie die Wissensüberprüfung durch vorgegebene Kriterien durchführen kann.

Eine Lehrperson erzählt, dass zur Überprüfung des theoretischen Wissens die mündliche Prüfung in Form eines Prüfungsgespräches zu absolvieren ist. Der zweite Teil dieser kombinierten Prüfung besteht aus der Simulation. Hier wird auf die Performanz der simulierten Gesprächsführung der Auszubildenden geachtet und beurteilt. Es lässt sich so das Wissen und die Anwendung über die Theorie gut ableiten.

In Rollenspielen kann man sehr gut erkennen, wie Auszubildende mit gewissen Gesprächssituationen umgehen. Zur Beurteilung der kommunikativen Kompetenz berichtet eine Lehrperson über die Durchführung eines Beratungsgespräches im Rahmen einer

Wissensüberprüfung. Die Beurteilung erfolgt als teilgenommen, wenn alle theoretischen Inhalte angewendet wurden. *„Wenn im Rollenspiel alles angewandt wurde was ich gelehrt habe“* (LfGuK_2, Pos. 136).

8.4 Kommunikation und Gesprächsführung in der Endoskopie

Aus den Interviews beider diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen lässt sich feststellen, dass Kommunikation in der Endoskopie einen sehr hohen Stellenwert hat. Vor allem im Bereich chronisch entzündlicher Darmerkrankungen, wo es Großteils um Beratung geht, ist eine adäquate Kommunikation und Gesprächsführung ausschlaggebend für den Behandlungserfolg. *„Es ist das Wichtigste überhaupt. Das Wichtigste überhaupt! Ohne Kommunikation geht gar nichts“* (DGKP_1, Pos. 26).

Aber auch im Akut- und Interventionsbereich Endoskopie, stehen Patientinnen/Patienten im Mittelpunkt und profitieren von einer angemessenen Verständigung. Zur Steigerung der Patientinnensicherheit/Patientensicherheit berichtet eine DGKP über die Anwendung der strukturierten Kommunikation in Form von Team-Time-Out. *„Das Team-Time-Out ist ein tolles Instrument um Informationen zu erhalten und auch für mehr Patientensicherheit“* (DGKP_2, Pos. 117-118). Gerade in diesem Bereich haben Patientinnen/Patienten oft Angst vor der Untersuchung oder den Ergebnissen. Hier ist es bedeutungsvoll, Patientinnen/Patienten durch einführendes Verstehen in der Kommunikation zu unterstützen.

Das Verwenden der Fachsprache ist für beide DGKP unabdingbar um die Qualität der Pflege hervorzuheben. Dennoch stellen sich die Interviewten auf die Gesprächspartnerinnen/Gesprächspartner ein und passen sich dem Sprachniveau ihres Gegenübers an. *„Natürlich habe ich eine Fachsprache! Ich versuche immer zu kombinieren. Ich verwende den Fachausdruck und*

dann übersetze ich in die Umgangssprache. Sie sollen mich ja auch verstehen. Und im Arztbrief stehen die Fachausdrücke und da sollen sie wissen was da gemeint ist“ (DGKP_1, Pos. 93-95). „Also ich passe mich dem Patienten an, ich spreche mit ihm so wie er es mir vorgibt, wenn ein redegewandter Patient vor mir sitzt, spreche ich hochdeutsch und wenn z. B. eine Person mit Dialekt spricht, dann werde ich mich auch dementsprechend auf ihn einlassen. Ich passe mich an die Gesprächskultur des Patienten an“ (DGKP_2, Pos. 113-117).

Eine DGKP berichtet über den Perspektivenwechsel in der Gesprächsführung, um sich in Patientinnen/Patienten besser hineinversetzen zu können und um eine gute Pflege leisten zu können.

Den zeitlichen Faktor um ein Gespräch zu führen beschreiben die Pflegepersonen als teilweise unzureichend. *„Wir haben wenig Zeit meiner Meinung nach für die Patienten“ (DGKP_1, Pos. 41).* Die Gesprächsführung kann nicht immer nach den empfohlenen Kriterien durchgeführt werden, vor allem im Akutbereich nicht. *„Wenn ich aber einen Patienten habe der zur Gastroskopie kommt habe ich weniger Zeit, hier sind die Zeitfenster sehr eng geplant, da heißt es dann „schneller schneller“ andere Patienten warten schon vor dem Untersuchungsraum und somit hab ich im Vergleich zur Koloskopie, wo ich den Patienten in den Raum begleite, da ist auch der Weg der längere, somit mehr Zeit zum Reden“ (DGKP_2, Pos. 71-75).*

In der Beratung kann aufgrund der dafür vorgesehenen Einteilung mehr Zeit investiert werden. Beide Pflegepersonen legen trotz Zeitmangel, großen Wert darauf, für eine angemessene Atmosphäre während einer Beratung oder Information zu sorgen. Insbesondere wenn es sich um Personen handelt die ängstlich sind. *„Ja für diese Patienten muss ich mir die Zeit nehmen, da hilft alles nichts, da muss auch der Arzt warten. Da versucht jeder auf den Patienten einzugehen. Wenn z. B. jemand weinerlich herein kommt in den Untersuchungsraum, dann musst du dir natürlich die Zeit für ihn nehmen. Man kann ihn nicht einfach überrumpeln oder ignorieren und mit der Untersuchung beginnen. Aber wie schon gesagt, in der Koloskopie*

hat man mehr Zeit für den Patienten“ (DGKP_2, Pos. 86-91). Wichtig ist ihnen, dass die Patientinnen/Patienten im Mittelpunkt bleiben und wenden die Gesprächstechniken des aktiven Zuhörens an *„Da hinterfrage ich. Ich wiederhole das Gesagte“* (DGKP_1, Pos. 76). *„ich lasse den Patienten Zeit“* (DGKP_1, Pos. 80).

Für ein Beratungsgespräch im Bereich CED schildert eine befragte DGKP über ihre Möglichkeit der Gesprächsführung. Es stehen ein eigener Raum und ein Zeitfenster von einer Stunde zur Verfügung. Störungen wie z. B. durch ein Telefonat können in diesem Bereich meistens unterbunden werden. In der Beratung berichtet die DGKP über eine empathische und offene Grundhaltung den Patientinnen/Patienten gegenüber und der Akzeptanz der anderen Person. Sie äußert sich auch darüber, authentisch und kongruent den Patientinnen/Patienten gegenüber aufzutreten. Nur so besteht die Möglichkeit, dass die Einhaltung der Therapie gewährleistet wird. Im Gegensatz zum Akut- und Interventionsbereich berichtet die DGKP darüber, keinen eigenen Raum für die Beratungs- oder Informationsgespräche zu haben. Meistens sind noch andere Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter im Raum. Gerade deshalb ist es wichtig, den Patientinnen/Patienten das Gefühl zu geben, dass man sich die Zeit nimmt. Auch hier sagt die DGKP, dass trotz möglicher Störungen die auftreten können, sie sich bewusst Zeit nimmt und den Patientinnen/Patienten ihre ganze Aufmerksamkeit und Wertschätzung gibt. *„Ich versuche auch im Stress oder Ablenkung durch andere Mitarbeiter mich auf den Patienten zu konzentrieren und ihm das Gefühl zu geben, dass er jetzt im Mittelpunkt steht. Indem ich mich zu ihm setze oder Augenkontakt halte“* (DGKP_2, Pos. 140-142).

Als eine Schwierigkeit der Kommunikation geben beide Pflegepersonen die sprachliche Barriere in der Kommunikation mit Patientinnen/Patienten mit Migrationshintergrund an. Wie bereits in der Literatur beschrieben, stellt es auch hier die Pflegepersonen vor eine Herausforderung, wenn es um den Einsatz von Dolmetscherinnen/Dolmetschern geht. Beide berichten, dass sie nicht mit Sicherheit sagen können, ob alles korrekt übersetzt wird.

Hierbei können sie nur vertrauen, ob das Gesagte beim Gegenüber angekommen ist. *„Ja z. B. wenn ein Dolmetscher mitkommt – meistens sind es Angehörige oft sind es die Kinder die sehr gut deutsch sprechen. Das Problem was ich hier habe, ist dass ich nicht weiß was sagt der Dolmetscher den Patienten“* (DGKP_1, Pos. 111-113). Aus dem Interview geht hervor, dass beide Pflegepersonen darauf hin, auf die Körpersprache der Patientinnen/Patienten achten um gegebenenfalls reagieren zu können, sollte die Körpersprache nicht kongruent zur verbalen Kommunikation sein. *„Ich merke es an der Körpersprache, und wenn überhaupt kein Nachfragen kommt, dann hacke ich ein“* (DGKP_1, Pos. 120).

Beide diplomierten Pflegepersonen sind davon überzeugt, dass adäquate Kommunikation und kommunikative Kompetenz einen wesentlichen Bestandteil ihrer professionellen Arbeit in der Pflege ausmacht.

9 Zusammenfassung

Die kommunikative Kompetenz der Pflegeperson kann einen wesentlichen Beitrag zum Behandlungserfolg und im Umgang mit Patientinnen/Patienten leisten. Die Fähigkeit in bestimmten Situationen angemessen und kompetent zu kommunizieren, geht mit dem Wissen über Kommunikation und Gesprächsführung einher. Gerade in der Gesundheits- und Krankenpflege ergibt sich aus jeder Interaktion mit Patientinnen/Patienten die Möglichkeit eines Gespräches. Kommunikation nimmt daher einen hohen Stellenwert in der zwischenmenschlichen Beziehung ein. Die Grundhaltung einer jeden Kommunikation sollte von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz geprägt sein. Aus der Literaturrecherche geht hervor, dass Auszubildende dahingehend zur Sicherung der Pflegequalität, zu fördern sind. In Bezug auf die Frage, wie kommunikative Kompetenz im pflegepädagogischen Alltag anhand berufsorientierter Methodik gefördert werden kann und welche Methoden sich zur Überprüfung und Beurteilung von kommunikativer Kompetenz in der Lehre eignen, lässt sich anhand der Literatur darstellen. Dem Lehrpersonal stehen in der Grundausbildung hinsichtlich Kommunikation und Gesprächsführung unterschiedlichste Lehr- und Lernmethoden zur Verfügung, um Auszubildende gut auf die Praxis vorzubereiten zu können. Zur Umsetzung der theoretischen Inhalte hinsichtlich Basiswissens lässt sich darstellen, dass es praktischer und konstruktiver Methoden der Unterrichtsgestaltung bedarf, um Wissen nachhaltig zu verankern. Die Lehrpersonen sollen laut Ausbildungsverordnung der Gesundheits- und Krankenpflege die Unterrichtsgestaltung anhand vorgegebener didaktischer Grundsätze abhalten. Diese beinhalten die Methodenvielfalt, die Lebensnähe und die Selbsttätigkeit. Das offene Curriculum zur allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege verweist auf diese didaktischen Ansätze und ebenso auf die Lerntheorien, lässt dahingehend Lehrenden aber den Freiraum, Unterricht individuell zu gestalten. Im dritten Ausbildungsjahr der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege wird speziell auf das Thema Beratungsgespräch eingegangen, da es zu einem

der häufigsten Gesprächsanlässe der DGKP gehört, zu informieren, anzuleiten, zu beraten und zu schulen. Die Aussagen aus den Interviews der beiden Lehrpersonen decken sich mit den Inhalten, die aus der Literaturrecherche hervorgehen. Eine Lehrperson erzählt, dass im Hinblick auf Beratungsgespräche für den Bereich der Endoskopie nicht explizit darauf eingegangen wird. An der Universität Bremen Institut für Public Health und Pflegeforschung wurde das nationale Mustercurriculum kommunikative Kompetenz in der Pflege entwickelt. Verschiedene Lernsituationen sind darin enthalten, die zum Aufbau des Kompetenzbereiches Kommunikation und Beratung herangezogen werden können. Anhand der konstruktivistischen Lerntheorie werden in der Literatur effiziente Lehr- und Lernmethoden beschrieben, die im speziellen die kommunikative Kompetenz fördern. Durch die vorliegende empirische Arbeit kann aufgezeigt werden, dass die beschriebenen Methoden auch in der Lehre angewandt werden und dazu beitragen, die kommunikative Kompetenz weiter zu entwickeln. Die Literatur beschreibt die Methode Problem-based learning und Simulation als wertvolle Möglichkeit, die kommunikative Kompetenz zu lehren und zu lernen. Diese Unterrichtsmethoden werden in der Sozialform Kleingruppenarbeit abgehalten, die wiederum zur Förderung der kommunikativen Kompetenz beitragen. Aus den Interviews die diese Arbeit stützen geht hervor, dass die Steigerung der Fähigkeiten aus der gegenseitigen Kommunikation in Form von Feedback und Präsentation im Plenum und somit aus dem sozialen Lernen resultiert. Durch die Nähe zur Realität werden Auszubildende in ihrer Motivation gestärkt und verursacht dadurch eine positive Wirkung auf das selbstverantwortliche Lernen. Es werden unterschiedlichste Kleingruppenarbeiten beschrieben, wobei aus den Ergebnissen der Literaturrecherche sowie der Befragungen zusammengefasst werden kann, eine absolute Notwendigkeit in der korrekten Durchführung und kompetenten Anwendung liegen muss, um einen Lernerfolg erzielen zu können. Problem-based learning fördert die kommunikative Kompetenz durch das Arbeiten in der Gruppe und der anschließenden Präsentation und dem Feedback geben und nehmen. Realitätsnahe Fallbeispiele lassen bereits in der Ausbildung eine Verbindung zur Praxis herstellen. Anhand der

empirischen Ergebnisse der Befragung lässt sich darstellen, dass genau diese Beispiele den Unterricht interessant und auflockernd erscheinen lassen.

Aus der Literaturrecherche und den Befragungen zeigt sich, dass nicht jede Ausbildungsstätte, an der das Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege zu erlangen ist, ein Skills Lab vorweisen kann. Weiters geht hervor, dass doch immer mehr Ausbildungsstätten die Implementierung von Simulationseinrichtungen in der Medizin und in der Pflege erreichen. An der Fachhochschule Joanneum in Graz haben Auszubildende das Privileg Simulationseinheiten im geschützten Rahmen durchführen zu können. Durch das Anwenden und Üben in dieser Form des Unterrichts steigern sich die Patientinnensicherheit/Patientensicherheit und ebenso die Sicherheit der Auszubildenden in der Praxis für zukünftige Beratungsgespräche. Durch die Simulation wird eine Nähe zur Wirklichkeit in der Ausbildung hergestellt und verringert dadurch die Kluft von Theorie und Praxis. Alternativ zur Simulation wenden Lehrpersonen die Methode Rollenspiel zur Förderung der kommunikativen Kompetenz an. Es ist darauf zu achten, dass der Lerneffekt und eine gewisse Ernsthaftigkeit im Vordergrund stehen bleiben, um einen Lernerfolg zu erreichen. Aus den empirischen Ergebnissen der Befragungen geht hervor, dass im Rahmen des Rollenspiels auch der Perspektivenwechsel miteinbezogen wird und in der Praxis vor allem im Bereich der Beratung seine Anwendung findet, um bessere Ergebnisse zu erzielen.

Um die kommunikative Kompetenz beurteilen zu können, verlangt es in der Literatur nach reliabler Prüfungsinstrumente. Theoretisches Wissen kann über Tests oder mündlichen Prüfungen abgefragt werden. Der simulierten Rollensequenz oder auch Performanzprüfung geht eine mündliche Wissensabfrage einher mit anschließendem Rollenspiel. Hierbei wird auf die Ausführung des Fallbeispiels z. B. eines Beratungsgesprächs, der Auszubildenden geachtet. Die Beurteilung erfolgt nicht nach dem klassischen Notensystem von 1 bis 5, sondern wird mit „teilgenommen“ bewertet.

Die Ergebnisse bezüglich OSCE lassen sich in der Literatur und der Befragung vereinigen. Diese Form der Prüfung eignet sich sehr gut um die kommunikative Kompetenz zu bewerten. Anhand definierter Beurteilungskriterien lässt sich eine objektive Beurteilung durchführen und gilt somit als reliables Prüfungsinstrument. Die OSCE ist in ihrer Vorbereitung und Durchführung sehr zeitaufwendig und anspruchsvoll. Nicht alle Ausbildungsstätten haben OSCE als Prüfungsinstrument implementiert, da die zeitlichen und personellen Voraussetzungen dafür nicht gegeben sind. Es kann aber gesagt werden, dass OSCE als effizientes Prüfungsinstrument zur kommunikativen Kompetenz herangezogen werden kann und teilweise auch wird, da es eigens dafür entwickelt wurde.

Die Förderung der kommunikativen Kompetenz gestaltet sich durch effiziente Lehr- und Lernmethoden in der Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin/zum diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger. Dadurch erhält man die Befähigung, adäquate Kommunikation in der Praxis anzuwenden. In Bezug auf die Frage, welchen Stellenwert haben Kommunikation und Gesprächsführung in der Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege unter besonderer Berücksichtigung am Setting Endoskopie, lässt sich Folgendes darstellen. Die empirischen Ergebnisse der Befragung zeigen den Stellenwert der Kommunikation in der Endoskopie als sehr hoch an. Mit dem fundierten theoretischen Wissen ist es erst möglich, Gesprächssituationen richtig einzuschätzen und erfolgreich daraus hervorzugehen. Die Basis dazu bilden die Kommunikationstheorien und -modelle. Mit dem Bewusstsein, dass Nachrichten auf mehreren Ebenen gesendet werden können, obliegt es der Pflege ihren Nutzen aus diesem Wissen zu ziehen, um eine erfolgreiche Kommunikation und Gesprächsführung gestalten zu können. Gerade im Bereich der Beratung haben theorie- und konzeptgeleitete Kommunikationsformen einen wesentlichen Einfluss auf den Behandlungserfolg und tragen zum Wohle der Patientinnen/Patienten bei. Vor allem im Bereich chronischer Erkrankungen, aber auch im Akut- und Interventionsbereich, benötigen Patientinnen/Patienten einfühlsame und wertschätzende Kommunikation.

Die klientenzentrierte Kommunikation nach Carl Rogers weist sich in der Praxis als sehr gut umsetzbar aus. Dies lassen die Ergebnisse aus den Befragungen gut erkennen. Nicht immer besteht die Möglichkeit sich nach allen Kriterien der Gesprächsführung zu halten, da zeitliche und räumliche Ressourcen oft nicht gegeben sind. Dennoch wird versucht, eine angenehme Atmosphäre für ein Gespräch zu schaffen. Die Literatur beschreibt aktives Zuhören als wirksame Basis für eine erfolgreiche Gesprächsführung. Gerade im Bereich Beratung in der Endoskopie kann durch aktives Zuhören ein Vertrauensaufbau stattfinden. Paraphrasieren, verbalisieren oder spiegeln verweist auf Interesse für die Gesprächspartnerinnen/Gesprächspartner und lässt ein aufmerksames Zuhören erkennen. Die empirischen Ergebnisse aus den Befragungen stellen dar, dass das Anwenden der Kommunikationstheorien und –modelle für kommunikative Kompetenz stehen und für Patientinnen/Patienten Sicherheit, Wertschätzung und Interesse an der Person bedeuten. Anhand der Ergebnisse aus der Literatur sowie aus den Befragungen lässt sich erkennen, dass Kommunikation ebenso einen hohen Stellenwert in der Ausbildung aufweisen kann. Das curriculare Stundenausmaß von 120 Stunden und die immer wiederkehrenden Querverweise lassen eine hohe Wertigkeit erkennen. Die Befragungen zeigen auf, dass die Vermittlung von Basiswissen der Kommunikation und Gesprächsführung ausreichend ist, um in der Praxis kommunikative Kompetenz aufzuweisen. Jedoch wird auf Weiterbildung verwiesen, um in speziellen Bereichen wie z. B. der Beratung adäquat tätig sein zu können.

Gut ausgerüstet mit dem Basiswissen über Kommunikation und Gesprächsführung können zukünftige Pflegepersonen mit kommunikativer Kompetenz einen wesentlichen Beitrag zur Qualität der professionellen Pflege leisten.

Literaturverzeichnis

Andersen, Nils (2015): Sicherheitschecklisten in der Endoskopie-Teil 1 Aufbau, Implementierung und Evaluation. In: *Endo-Praxis*, 31.Jg., H.4, S.168-172.

Bachmann, Monika/Schlegel Claudia (2018): „Die Prüfung ist anspruchsvoll, aber beliebt“ Ein Gespräch über die Vermittlung von Kompetenzen in der Pflegeausbildung. In: *Padua*, 13.Jg., H.5, S.349-351.

Baller, Gaby/Schaller, Bernhard (2013): *In Führung gehen. Praxishandbuch für Ärzte im Krankenhaus*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Beikirch, Martin (2014): ICN Ethikkodex für Pflegende. In: https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/International/DBfK-ICN-Ethikkodex_fuer_Pflegende-print-final2014__2_.pdf [18.04.2020].

Benner, Patricia (2017): *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert*. Bern: Hogrefe.

Bernstorff, Wolfram/Pickartz, Tilman/Busemann, Alexandra (2013): Präventionschecklisten im OP und in der Endoskopie. In: <https://www.karger.com/Article/Pdf/353372> [16.03.2020].

Bibliographisches Institut GmbH, (2020): *Duden*. In: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Sozialkompetenz>

Bichl, Silke (2018): Prozessoptimierung in der Endoskopie durch Implementierung der „Checkliste Patientensicherheit Endoskopie“. In: *Endo-Praxis*, 34.Jg., H.3, S.146-153.

Birkenbihl, Vera F. (2016): *Signale des Körpers*. München: mvg Verlag.

Bonse-Rohmann, Mathias/Hüntelmann, Ines/Nauerth, Annette (Hrsg.) (2008): Kompetenzorientiert prüfen. Lern – und Leistungsüberprüfungen in der Pflegeausbildung. 1. Aufl., München: Urban und Fischer Verlag.

Brenner, Andrea/Maier, Edith/Fringer, André (2018): Konfrontation mit dem Fremden Herausforderung bei der Pflege von älteren Menschen mit Migrationshintergrund: Eine qualitative Expertenbefragung. In: Padua, 13.Jg., H.5, S.362-365.

Bundeskanzleramt Österreich (2021a): Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung, Fassung vom 18.02.2021 In: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011179> [18.02.2021].

Bundeskanzleramt Österreich (2021b): Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, Fassung vom 25.04.2020 In: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> [25.04.2020].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021): Endoskopien. In: <https://www.gesundheit.gv.at/labor/untersuchungen/endoskopie/inhalt> [06.04.2021].

Burns, Nancy/Grove, Susan K. (Hrsg.) (2005): Pflegeforschung verstehen und anwenden. 1. Aufl., München: Urban & Fischer Verlag.

Bühlmann, Renate/Stauffer, Yvonne (2007): Bedeutung der Kommunikation in der transkulturellen Pflege. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): 2. Aufl., Transkulturelle Kompetenz. Bern: Verlag Hans Huber. S.275-285.

Büttner, Claudia/Quindel, Ralf (2005): Gesprächsbausteine. In: Thiel, Monika M. (Hrsg.): Gesprächsführung und Beratung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. S.100-101.

Darmann-Fink, Ingrid/Muths Sabine/Partsch Sebastian (2017): Entwicklung eines Nationalen Mustercurriculums „Kommunikative Kompetenz in der Pflege“. In: Padua, 12.Jg., H.4, S.265-274.

Darmann-Fink Ingrid (2019): Kommunikative Kompetenz in der Ausbildung fördern. In: <https://www.bibliomed-pflege.de/sp/artikel/36735-kommunikative-kompetenz-in-der-ausbildung-foerdern> [30.03.2021].

Dierkes, M./Mastropasqua, C./Ruschkowski, J./Schmied, S./Wedel, L./Zemella, L./Engelke, Monika (2011): Was macht Pflege in der Endoskopie aus? In: Endo-Praxis, 27.Jg., H.3, S.112-119.

Doll, Axel (2016): Wie kann Beratungskompetenz geprüft werden? Kompetenzorientierte Beratungsprüfung mit Einsatz von Simulationspatienten. In: Padua, 11.Jg., H3, S.167-173.

Domenig, Dagmar (Hrsg.) (2007): Transkulturelle Kompetenz. 2. Aufl., Bern: Hans Huber.

Dorka, Sabrina (2019): Pflegerische Grundlagen. In: Gottschalk, Uwe/Maeting, Silvia/Kahl Stefan (Hrsg.): Arbeitsplatzbuch Endoskopie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, S.48-59.

Elzer, Matthias (2007): Kommunikative Kompetenzen in der Pflege, Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion. Bern: Hans Huber.

Engelke, Monika (2009): Situation des Patienten in der Endoskopie. In: Gottschalk, Uwe/Kern-Waechter, Elisabeth/Maeting Silvia (Hrsg.): Thiemes Endoskopieassistenz. Stuttgart: Thieme.

Fachhochschule Joanneum (2021): Department Gesundheitsstudien. In: <https://www.fh-joanneum.at/gesundheits-und-krankenpflege/bachelor/im-studium/praxisprojekte/> [26.03.2021].

Feichtinger, Cornelia (2017): „Die Methode Problem Based Learning (PBL) und deren Wirkung auf Praxis und Lehre“. In: *Pflege Professionell*, 10.Jg., H.2, S.29-32.

Franck, Norbert (2017): *So gelingt Kommunikation*. Weinheim: Beltz.

Golik Magdalena/Kurek Marzena/Poteralska Aneta/Bieniek Ewa/Marynka Anna/Pabich Grazyna/Liebert Ariel/Klopocka Maria/Rydzewska Grazyna (2014): Working Group Guidelines on the nursing roles in caring for patients with Crohn's disease and ulcerative colitis in Poland: In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4178043/> [12.03.2021].

Griffiths, Helene (2015): Erfolgreich mit Patienten kommunizieren. In: *Endo-Praxis*, 31.Jg., H.4, S. 175-178.

Gunkel, Stefan (2011): Training sozialer Wahrnehmungsfähigkeit durch psychodramatisches Rollenspiel. In: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11620-010-0096-z> [17.02.2021].

Günther, Manfred (2019): *Pädagogisches Rollenspiel. Wissensbaustein und Leitfaden für die psychosoziale Praxis*. In: <https://www.springer.com/de/book/9783658227920> [17.02.2021].

Haselhorst, Alexander (2014): *Lebenslanges Lernen in der Pflege*. In: *Padua*, 9.Jg., H.1, S.41-45.

Hausmann, Clemens (2014): *Kommunikation in der Pflege. Grundlagen für die Praxis*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Hinsch, Rüdiger/Pfingsten, Ulrich (2015): Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. 6. Aufl., Basel: Beltz Verlag.

Hoos-Leistner, Heike (2019): Kommunikation im Gesundheitswesen. Berlin: Springer Verlag.

Jank, Werner/Meyer, Hilbert (2014): Didaktische Modelle. Berlin: Cornelsen Schulverlag GmbH.

Jenssen, Christian/Jenssen Birgit (2019): Koloskopie. In: Gottschalk, Uwe/Maeting, Silvia/Kahl Stefan (Hrsg.): Arbeitsplatzbuch Endoskopie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, S.158-180.

Jurkowitsch, Romana Eva (2016): Edukation und Kommunikation. In: Jurkowitsch, Romana Eva/Schröder, Gerhard (Hrsg.): Edukation und Kommunikation im Gesundheitswesen. Wien: Facultas Verlag- und Buchhandels AG, S.13-32.

Keuneke, Susanne (2005): Qualitatives Interview. In: Mikos Lothar/Wegener Claudia (Hrsg.): Qualitative Medienforschung. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft, S.254-265.

Köhler, Waltraud (2020): Sozial-kommunikative Kompetenzen in der Pflegeausbildung mit Projektarbeit stärken. In: Padua,11.Jg., H.3, S.153-156.

Mayer, Hanna (2011): Pflegeforschung anwenden. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Mayer, Hanna (2014): Pflegeforschung kennenlernen. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim: Beltz Verlag.

Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz Verlag.

Metzenthin, Petra (2008): *Neue Wege zur Beratungskompetenz*. In: *Padua*, 3.Jg., H.2, S.25-30.

Meyer, Hilbert (2014): *Was ist guter Unterricht?* In: *Padua*, Band 9, H.2, S.75-83.

Meyer, Ruth (2011): *Soft Skills fördern*. Bern: hep verlag ag.

Molcho, Samy (2013): *Körpersprache*. München: Wilhelm Goldmann Verlag.

Muijsers, Patrick/Poser, Märle (Hrsg.) (2004): *Selbstreflexion in der Pflegepraxis*. Bern: Hans Huber Verlag.

Neumann-Ponesch, Silvia (2017): *Modelle und Theorien in der Pflege*. Österreich: facultas Universitätsverlag.

Olbrich, Christa (2018): *Pflegekompetenz*. Bern: Hogrefe

Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (2016): *Leitlinie Qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie*. In: http://www.oeggh.at/zertifikat/pdf/2017/Leitlinie_OEGGH_Version_1_8.pdf [06.04.2021].

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (2020): In: <https://www.oegkv.at/aus-und-weiterbildung/veranstaltungen/event-detail/kursdetail/weiterbildung-pflege-bei-endoskopischen-eingriffen/> [18.04.2020].

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (2021a): *Kompetenzmodell für Pflegegeberufe in Österreich*. In:

https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Diverses/OEjurGKV_Handbuch_Abgabeversion.pdf [06.04.2021].

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (2021b): Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. In: <https://www.oegkv.at/aus-und-weiterbildung/ausbildung/gehobener-dienst-fuer-gesundheits-und-krankenpflege/> [05.02.2021].

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2021): Offenes Curriculum Gesundheits- und Krankenpflege. In: <https://jasmin.goeg.at/198/1/Offenes%20Curriculum%20Allgemeine%20Gesundheits-%20und%20Krankenpflege.pdf> [15.02.2021].

Price, Bob (2005): Problem- und forschungsorientiertes Lernen. Bern: Verlag Hans Huber.

Quail Michelle/Brundage Shelley B./Spitalnick Josh/Allen Peter J./Beilby Janet (2016): Student self-reported communication skills, knowledge and confidence across standardised patient, virtual and traditional clinical learning environments. In: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26919838/> [12.03.2021].

Reich, Kersten (Hrsg.) (2012): Methodenpool. In: <http://methodenpool.uni-koeln.de> [17.02.2021].

Rogers, Carl R. (2004): Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag GmbH.

Rosenberg, Marshall B. (2013): Gewaltfreie Kommunikation. Paderborn: Junfermann Verlag.

Schlegel, Claudia (2018): OSCE-Kompetenzorientiert Prüfen in der Pflegeausbildung. Berlin: Springer-Verlag GmbH Deutschland.

Schlosser, Daniela/Wiening, Dorothe (2017): Förderung beruflicher Kompetenzen im Skills Lab der FH Münster. In: Pädagogik der Gesundheitsberufe, 4.Jg., H.1, S.24-29.

Schmal, Jörg (2017): Unterrichten und Präsentieren in Gesundheitsfachberufen. Berlin: Springer-Verlag GmbH Deutschland.

Schmidt, Christiane (2019): Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick Uwe/von Kardorff, Ernst/Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S.447-456.

Schulz von Thun, Friedemann/Zach, Kathrin/Zoller, Karen (2012): Miteinander reden von A bis Z Lexikon der Kommunikationspsychologie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Schulz von Thun, Friedemann (2018): Miteinander reden:1. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Schulz von Thun, Friedemann (2019): Miteinander reden:1. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Schwarz-Govaers, Renate (2008): Problemorientiertes Lernen (POL) und Subjektive Theorien (ST) – was hat das eine mit dem anderen zu tun? In: Darmann-Finck, I./ Boonen, A. (Hrsg.): Problemorientiertes Lernen auf dem Prüfstand: Erfahrungen und Ergebnisse aus Modellprojekten. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, S.13-16.

Schwermann, Meike/Loewenhardt, Christine (2021): SimNAT Pflege – Simulations-Netzwerk Ausbildung und Training in der Pflege. In: Kerres, Andrea/Wissing, Christiane/Wershofen, Birgit (Hrsg.): Skillslab in Pflege und Gesundheitsfachberufen. Deutschland: Springer Verlag, S.9-10.

Siebert, Ute (2019): „Hart im Nehmen“ oder „überall Schmerz“. In: <https://www.springerpflege.de/hart-im-nehmen-oder-ueberall-schmerz/16630654> [01.05.2020].

Sroka, Carola (2018): Checkliste: Interkulturelle Kommunikation: „Frau Nielsen kommt aus Schweden“. In: Schlegel Claudia (Hrsg.): OSCE Kompetenzorientiert Prüfen in der Pflegeausbildung. Berlin: Springer Verlag, S.134.

Staudacher, Diana (2012): Instrumente zur Leistungsbeurteilung entwickeln Ein dringender pflegepädagogischer Auftrag. In: Padua, 7.Jg., H.2, S.77.

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (2021): Medizinisches Simulations- und Trainingszentrum Steiermark. In: <https://www.kages.at/karriere-bildung/simulationszentrum> [26.03.2021].

Steinke, Ines (2019): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, Uwe/von Kardorff, Ernst/Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S.319-331.

Strotmann Mareike/Wegener Claudia (2005): Datenbeschreibung. In: Mikos Lothar/Wegener Claudia (Hrsg.): Qualitative Medienforschung. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft, S.395-403.

Stuker, Rahel (2007): Professionelles Übersetzen. In: Domenig Dagmar (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Bern: Hans Huber Verlag, S.221-235.

Universität Bremen (2021): Nationales Mustercurriculum Kommunikative Kompetenz in der Pflege (NaKomm). In: <http://nakomm.ipp.uni-bremen.de> [30.03.2021].

Urban, Oliver (2009): Förderung von Reflexionskompetenz durch Praxisberichte. In: Sahmel, K-H. (Hrsg.): Pflegerische Kompetenzen fördern. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S.102-128.

Watzlawick, Paul (2016): Man kann nicht nicht kommunizieren. Bern: Hogrefe Verlag.

Watzlawick, Paul/Beavin Janet H./Jackson Don D. (2017): Menschliche Kommunikation Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Hogrefe.

Weaver, Warren (1949): The mathematical theory of communication by Claude E. Shannon and Warren Weaver. In: https://pure.mpg.de/rest/items/item_2383164/component/file_2383163/content [20.02.2021].

Weber, Agnes (2007): Problem-Based Learning Ein Handbuch für die Ausbildung auf der Sekundarstufe II und der Tertiärstufe. Bern: hep verlag.

Weinberger, Sabine (2013): Klientenzentrierte Gesprächsführung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.

Welp, Annalena (2019): Den Blickwinkel verändern. In: <https://static-content.springer.com/pdf/art%3A10.1007%2Fs41906-019-0213-1.pdf?token=1583676791912--01ebb0ef4ff8851a31a5770acab32bb7364bcb75f4b9020631d7e1a221613ea819fb679870f6a23400e073be9236e859a251c1ab2cf17dd54715c56d6681803d> [01.05.2020].

Wingchen, Jürgen (2014): Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Zimmermann, Gudrun (2009): Förderung der Sozialkompetenz in Schule und praktischer Pflegeausbildung. In: Sahmel, Karl-Heinz (Hrsg.): Pflegerische Kompetenzen fördern. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 27-75.

Anhang

Anhang 1

Fragebogen LfGuK

Angaben zu Ihrer Person

Ich bin

- weiblich
- männlich

Alter _____ Jahre

Meine Berufsbezeichnung ist _____

Wie lange arbeiten Sie schon im Bereich Lehre? _____ Jahre

Unterrichten Sie im Modul Kommunikation und Gesprächsführung?

- ja
- nein

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang 2

**Leitfadeninterview
Lehrerinnen und Lehrer für Gesundheits- und
Krankenpflege
mit
Kommunikationsmodul**

L1) Werden aus Ihrer Sicht die Studierenden hinsichtlich Kommunikation und Gesprächsführung in der Grundausbildung zur Pflegefachkraft ausreichend gefördert?

L1a) Würden Sie sich dahingehend ein höheren Stellenwert des Moduls wünschen?

L1b) Reichen die Unterrichtseinheiten Ihrer Meinung auch für Spezialbereiche aus, bei denen es hauptsächlich um Beratung oder Schulung geht?

L2) Wie gestalten Sie Ihren Kommunikationsunterricht? Was ist Ihnen im Unterricht besonders wichtig um sagen zu können – das war ein guter Unterricht? Beschreiben Sie gerne eine aus Ihrer Sicht gelungene Unterrichtssequenz.

L2a) Welche Lehr-Lern-Methoden sind aus Ihrer Erfahrung für die Vermittlung von Kommunikation und Gesprächsführung geeignet?

L2b) Wie intensiv gehen Sie auf die Förderung von Empathie im Unterricht ein? Meinen Sie das Empathie gelehrt und gelernt werden kann? (kognitive – emotionale)

L2c) Gestalten Sie Ihren Unterricht mit Übungssequenzen?

L3) Was bedeutet für Sie Lernerfolg im Bereich Kommunikation und Gesprächsführung? Mit welchen Methoden überprüfen und beurteilen Sie den Lernerfolg in diesen Bereichen?

L3a) Handlungsorientierte Überprüfung mittels Rollenspiele etwa? Oder multiple choice-Test zur Abfrage von Theorie? Oder beides?

L4) Als wie wichtig erachten Sie Weiterbildung in Kommunikation und Gesprächsführung in Spezialbereichen?

Anhang 3

Fragebogen DGKP

Angaben zu Ihrer Person

Ich bin

- weiblich
- männlich

Alter _____ Jahre

Meine Berufsbezeichnung ist _____

Wie lange arbeiten Sie schon im Bereich Endoskopie? _____ Jahre

Welche Schwerpunkte umfasst Ihr Aufgabengebiet?

- Endoskopie: Diagnostik und Interventionen
- CED: Beratung, Schulung

Haben Sie Zusatzausbildungen im Bereich der Kommunikation?

- ja
- nein

Haben Sie die Zusatzqualifikation „Pflege bei endoskopischen Eingriffen“?

- ja
- nein

Haben Sie die Zusatzausbildung „Versorgungsassistenz CED“?

- ja (weiter zur nächsten Frage)
- nein

Wie lange sind Sie im Spezialbereich CED tätig? _____ Jahre

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang 4

**Leitfadeninterview Diplomierte Gesundheits- und
Krankenpflegeperson
mit oder ohne
Zusatzqualifikation „Pfleger bei endoskopischen
Eingriffen“
mit oder ohne
Zusatzqualifikation CED**

D1) War für Sie das Modul Kommunikation und Gesprächsführung in Ihrer Grundausbildung rückwirkend gesehen ausreichend, auf Ihren jetzigen Arbeitsbereich hin gesehen?

D2) Wie wichtig sehen Sie Kommunikation in Ihrer Arbeit im Bereich Endoskopie an?

D2a) Was bedeutet für Sie Empathie in der Gesprächsführung?

D2b) Als wie wichtig schätzen Sie Empathie in der Gesprächsführung ein?

D3) Wie beurteilen Sie aus Ihrer Sicht den zeitlichen Aspekt, den Sie mit Ihren Patientinnen/Patienten für Gespräche zur Verfügung haben? Erläutern Sie gerne auch an Beispielen, wo das gut passt und wo das nicht so gut passt?

D3a) Haben Sie im Routinebetrieb die Zeit für ausführliche Gespräche vor endoskopischen Eingriffen z. B. Angst vor der Diagnose, Schmerzen, Fragen beantworten?

D3b) Haben Sie nach der Untersuchung Zeit Fragen der Patientinnen/Patienten zu beantworten, die sich eventuell aus dem Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten ergeben?

D3c) Wie viel Zeit haben Sie im geplanten Setting für Beratungsgespräche mit CED Patientinnen/Patienten?

D3d) Haben Sie immer die Möglichkeit, sich den Patientinnen/Patienten voll und ganz zu widmen? Keine Störung durch Telefon?

D4) Worauf legen Sie bei Ihren (Beratungs-) Gesprächen, die Sie in der beruflichen Praxis führen, besonders Wert? Was ist Ihnen da wichtig? Worauf achten Sie?

D4a) Gesprächstechniken

D4b) Gesprächsrahmen für Beratungsgespräche

D4c) strukturierte Kommunikation

D5) Was glauben Sie: Wie geht es Ihren Patientinnen/Patienten im Gespräch mit Ihnen, was nehmen Sie da alles an Emotionen wahr? Beschreiben Sie aus Ihrer Sicht!

D6) Wo sehen Sie Besonderheiten in Gesprächen mit Patientinnen/Patienten Migrationshintergrund?

D6a) Gibt es sprachliche Barrieren und Abhilfen/Hilfsmittel

D7) Beschreiben Sie bitte eine Gesprächssituation, die für Sie besonders schön war, oder belastend war.

D7a) aktives Zuhören

Anhang 5

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an dem Interview zum Thema der
Masterarbeit:
„Kommunikative Kompetenz“

Hiermit erkläre ich
Frau/Herr

Geburtsdatum _____

dass ich durch die Studierende Manuela Kormann mündlich und schriftlich über das Wesen, die Bedeutung und das Ziel des Interviews im Rahmen der o.g. Arbeit informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen hierzu zu klären.

Ich hatte ausreichend Zeit, meine Entscheidung über die Teilnahme an dem Interview unbeeinflusst zu treffen.










































Ich bin mit der Verarbeitung der anonymisierten Interviewdaten innerhalb der Masterarbeit einverstanden. Das Gespräch kann zu jedem Zeitpunkt abgebrochen werden. Das Einverständnis zur Aufzeichnung und Weiterverwendung der Daten kann jederzeit widerrufen werden.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme am Interview und mein Einverständnis zur Nutzung der Angaben.

Teilnehmerin/Teilnehmer

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Anhang 6

| | |
|--|------------|
| ●  Codesystem | 108 |
| ▼ ●  Stellenwert Kommunikation in der ... | 0 |
| ●  Weiterbildung | 3 |
| ●  Kongruenz | 3 |
| ●  kein | 2 |
| ●  zu wenig | 1 |
| ●  hoch | 4 |
| ●  ausreichend | 4 |
| ▼ ●  Methoden der Wissensvermittlung | 0 |
| ●  Kurzvideos | 1 |
| ●  Reflexion | 1 |
| ●  Präsentation | 2 |
| ●  Partnerarbeit | 6 |
| ●  Fallbeispiele | 2 |
| ●  Methodenvielfalt | 2 |
| ●  Rollenspiele | 2 |
| ●  Spiele | 5 |
| ●  Praxisbeispiele | 6 |
| ●  PPP | 2 |
| ●  Feedback | 4 |
| ●  Kommunikation im Unterricht | 3 |
| ▼ ●  Kompetenzorientierte Lernerfolgsü... | 0 |
| ●  Simulation | 1 |
| ●  Schwierigkeiten der Überprüfung | 1 |
| ●  Mitarbeit | 1 |
| ●  Rollenspiel | 3 |
| ●  Reflexion | 2 |
| ●  Präsentation | 1 |
| ●  OSCE | 3 |
| ●  Lerntagebuch | 2 |
| ●  Anwendung in der Praxis | 1 |
| ●  Test | 1 |
| ●  Spiele | 2 |
| ●  Prüfungsgespräch | 3 |
| ▼ ●  Kommunikation und Gesprächsfüh... | 0 |
| ●  Gesprächsführung | 10 |
| ●  Stellenwert hoch | 2 |
| ●  Emotionen | 5 |
| ●  Sprachliche Barrieren | 4 |
| ●  Fachsprache | 1 |
| ●  Gesprächstechniken | 12 |