

Steffen Eychmüller, Sibylle Felber / März 2026

Best Evidence COMmunication in Healthcare (BECOM): Das Einmaleins einer evidenzbasierten, mitfühlenden Kommunikation

Ausgangslage und Bedarf

Jeden Tag werden ungezählte Gespräche im Kontext des Gesundheitswesens geführt, von der Erstkonsultation über Visiten, kurzen Gesprächen oder Übergaben im Team, Austausch mit Kolleg:innen, bis zu Gesprächen mit Angehörigen. Häufig geht es um lebensverändernde, teilweise auch um -bedrohliche Situationen für die Betroffenen. Die Kommunikation ist das wichtigste Tool im Gesundheitswesen, um Situationen breit zu erfassen, zu beurteilen, und einen Plan zur Verbesserung zu besprechen, der von allen Kommunikationspartnern gleichermassen verstanden und getragen wird.

Überraschend ist, dass es für diese so elementare Kompetenz kaum klare Qualitäts-Standards oder zumindest eine international anerkannte Struktur, welche Komponenten zu einer gelungenen Kommunikation gehören. Am nächsten kommt dieser Idee der 'Calgary-Cambridge-Guide (oder -Modell) für medizinische Interviews im Rahmen einer Konsultation (Silverman et al., 2013). In der medizinischen Ausbildung- und teilweise auch in der Weiterbildung gibt es heute verschiedene Kurse und Guidelines zur Kommunikation, deren inhaltlicher Zusammenhang aber häufig unklar ist. Kommunikation als solche wird häufig als 'soft- skills' wahrgenommen, wenn auch häufig gefordert, insbesondere von Seiten der Patient:innen. In der Hierarchie der Prioritäten professioneller Kompetenzen liegt die Kommunikation eher im Mittelfeld. Kommunikationstrainings werden von vielen Fachpersonen eher als Muss- Veranstaltung und als 'mühsam' oder konfrontativ beurteilt, im Gegensatz zu anderen Skills-Trainings wie CPR oder Management von Notfallsituationen. Im Vergleich zum Training in lebenserhaltenden Massnahmen gibt es keine repetitive Trainingspflicht für Communication Skills – obwohl wir sicherlich deutlich häufiger kommunizieren als reanimieren.

Entwicklung eines edukatorischen Rahmenkonzepts

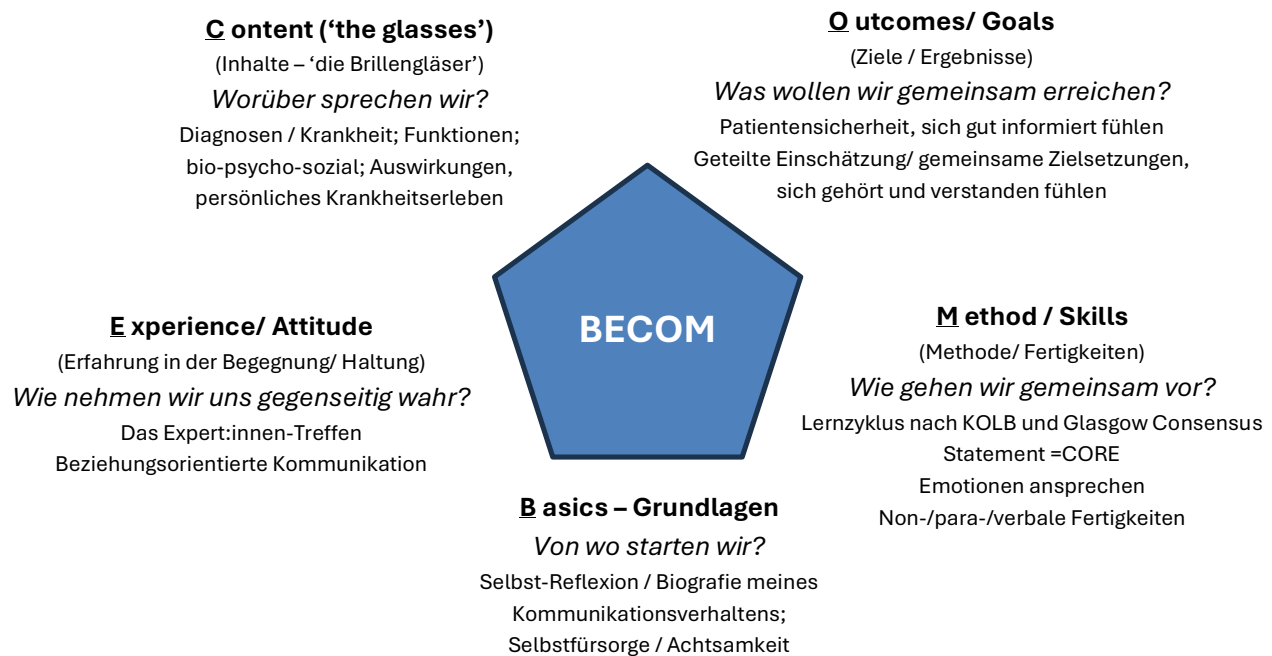
In 2024 wurde erstmals ein internationaler Konsens zu Grundpfeilern der Kommunikation im Gesundheitswesen publiziert, das Glasgow Consensus Statement (Makoul et al., 2024). Diese hier vorliegende Dokumentation nimmt die Konsensus- Arbeit auf, und versucht eine Zusammenstellung für ein evidenzbasiertes 'kleines 1x1' der Kommunikation im Gesundheitswesen. Wie bei allen Skills geht es um die Idee, keine starren Qualitätsstandards aufzustellen, sondern darum, die Klaviatur der Kommunikation zwischen Menschen als inspirierend und enorm spannend zu entdecken, um die eigene Kommunikation selbstbestimmt zu modifizieren und regelmässig zu trainieren – wie ein permanentes Muskeltraining. Gute Kommunikation ist lernbar.

Das mögliche Anwendungsgebiet ist sehr breit und geht wohl über die Fachwelt hinaus, bis zur Politik und bis ins Private. Alle Bereiche können profitieren. Es geht dabei um die Nutzung von wissenschaftlicher Evidenz zur Kommunikation. Die gute Nachricht: es gibt sie. Die schlechte: sie wird leider häufig wenig befolgt.

Im Folgenden versuchen wir, auf Grundlage des Calgary-Cambridge-Modells ein edukatorisches Rahmenkonzept zusammenzustellen, das die wichtigsten Kompetenzen und Inhalte entlang der heute verfügbaren Evidenz bündelt. So ist BECOM entstanden.

Die Hauptkomponenten einer 'Best Evidence in Communication'

Folgt man den wichtigsten Fachbüchern und -artikeln, so lassen sich grob die folgenden Komponenten für eine qualitativ hochstehende Kommunikation definieren, die von allen Beteiligten als 'gelingen', oder im englischen Sprachraum als 'effective' und/ oder gar als mitfühlend oder eben 'compassionate' wahrgenommen wird.



Silverman et al. (2013) sprechen von drei Fertigkeiten/ Bereichen der Kommunikation:

- Perceptual skills (Wahrnehmungsfähigkeit/ Innere Prozesse)
- Content skills (Inhalte)
- Process Skills (Struktur/ Kommunikationstechniken)

Wir definieren die Bereiche 'Basics' und 'Experience/ Attitude' als den 'perceptual skills' zugehörig, 'Content' und 'Outcomes' bleiben weitgehend 'content skills', wenn auch mit klarer definierten 'Brillen' oder Perspektiven, und Method/ Skills als vergleichbar zu den 'process skills' im Calgary-Cambridge-Modell.

Das Rahmenkonzept BECOM setzt sich aus den folgenden 5 Bereichen zusammen:

1) BASICS – Grundlagen

Zentrale Aspekte

Grundfrage: Von wo starten wir?

Welches sind meine Grundlagen, wie beispielsweise mein Kommunikationsverhalten und meine Möglichkeiten an Selbstreflexion und -fürsorge?

- Selbst-Reflexion, Kommunikations'biografie': Biographie meines eigenen Kommunikationsverhaltens/ sozialer Hintergrund
- Selbst-Mitgefühl, Achtsamkeit: Achtsamkeitsbasierte Kommunikation; Selbstfürsorge /-mitgefühl als eine zentrale, professionelle Kompetenz: das Dreieck des Mitgefühls in der Gesundheitskommunikation

Relevante Literatur

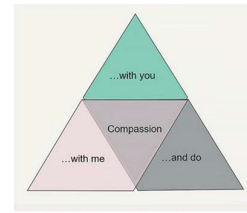
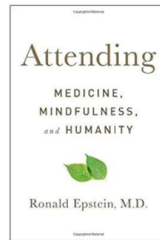


Abbildung 1: The Triangle of Compassion in Health Care Communication

- Epstein, Ron: Attending, 2018
- Rider E et al BMJ open 2023
- Huston, D. C. et al. J Applied Communication Research, 2011
- Eychmüller S, Felber S: Primary and Hospital Care 2023

Jede und jeder von uns hat das eigene Kommunikationsverhalten ebenso erlernt wie die eigene Sprache oder den Dialekt. Die Ursprungsfamilie spielt hierbei eine meist prägende Rolle, von der Art und Weise wie wir sprechen (non- und paraverbale Fertigkeiten, siehe auch 'Methoden'), bis zur Äusserung von und Umgang mit Emotionen, aber besonders auch, wie freundlich oder eher kritisch wir mit uns selbst umgehen ('self-kindness, self-compassion').

Auch entsteht in dieser frühen Zeit (Kindheit bis junges Erwachsenenalter) die Grundkonfiguration des Selbstwerts. Für die Kommunikation und besonders für die Offenheit und Neugier, das eigene Kommunikationsverhalten zu modifizieren, scheint dieser eine zentrale Rolle zu spielen (Matteson 1974).

Eine kurze Reflexionsübung bezüglich des eigenen biographisch- bedingten Kommunikationsverhaltens kann sehr spannend sein: wenn ich an den Zeitpunkt der Adoleszenz bis zum jungen Erwachsenenalter, also zwischen 15 – 19 Jahren zurückdenke, welche Erfahrungen habe ich bei der Kommunikation im eigenen Familiensystem gemacht?

- Wie häufig wurde in meiner Familie die eigene Kommunikation reflektiert und angesprochen?
- Wurden Emotionen, die im Raum standen, angesprochen? Wenn ja, wie?
- War ich eher in einer beobachtenden oder eher aktiven (Kommunikations-)Rolle?
- Konnte ich meine emotionalen Erlebnisse frei äussern/ und habe ich das auch getan?
- Habe ich mich überwiegend gehört und verstanden gefühlt in meiner Familie – oder auch nicht?

Beispiel: wenn ich als junge erwachsene Person in der familiären Kommunikation erlebt habe, dass Nachfragen, respektvolles Warten, und Zuhören zur Normalität gehört, werde ich später diese 'skills' ebenfalls als 'normal' einsetzen. Auf der anderen Seite wird das eigene Kommunikationsverhalten anders ausfallen, wenn ich zuhause meist konfrontiert war mit eher schroffem Feedback, wenig Verständnis und wenig Erleben von 'leisen Tönen'. Es geht nicht um eine 'Mini- Psychoanalyse', sondern eben um eine Reflexion, inwieweit diese Verhaltensweisen heute immer noch oder immer wieder mein Kommunikationsverhalten prägen. Es geht dann darum, ob ich mir dessen bewusst bin, und ich ob gerne einmal etwas aktiv modifizieren/ weiterentwickeln möchte.

Der liebevolle Umgang mit sich selbst ist eine Kompetenz, die im beruflichen Alltag mit meist sehr hohen Fremd- und Selbstansprüchen wenig bewusst integriert wird. Dennoch sollte der Umgang mit sich selbst und den eigenen Gefühlen wie ein Muskel trainiert werden, jeden Tag. Nur mit ausreichend eigenen Energien kann man hilfreich und unterstützend sein, und gleichzeitig fokussiert und neugierig auf eine andere Person eingehen (Goleman, 2006; Eychmüller & Felber, 2023).

In den letzten Jahren und verstärkt durch die Corona- Pandemie hat sich die Einsicht durchgesetzt, dass ein achtsamer Umgang, oder die 'Mindfulness', mit sich selbst im Sinn von Selbstreflexion und Selbstfürsorge eine sehr relevante Grundlage ist für eine gelingende Kommunikation (Epstein, 2018; Huston et al., 2011), und für die Kooperation in Teams (Rider et al., 2023). Diese Trainings regelmässig zu machen, und den freundlichen Umgang mit sich zu pflegen sind deshalb richtigerweise 'BASICS' in der evidenzbasierten Kommunikation im Gesundheitswesen, eigentliche Hausaufgaben.

2) Experience/ Attitude - Haltung

Zentrale Aspekte

Grundfrage: Wie sehen wir einander?
Wie nehmen wir uns gegenseitig wahr?
Wie erleben wir uns?

Die Haltung – die Konsultation als ein Treffen zwischen Expert:innen:

- Die, der Patient:in als Expert:in für seine individuellen Erfahrungen und Präferenzen.
- Die Fachperson mit ihrer Expertise für die Gesundheit.
- Beziehungsorientierte Kommunikation (relationship-centered approach)

Relevante Literatur

A proven prescription for effective communication that will empower health professionals to deliver the highest quality care—from the Academy of Communication in Healthcare



- Tuckett D et al, 1985
- Chou C, Cooley L, 2018

Es klingt einfach, und geht doch häufig vergessen im klinischen Alltag, wo die fachliche Expertise fast alles dominiert: **Eine Konsultation ist IMMER ein Expert:innen-Treffen!** Als Fachperson im Gesundheitswesen haben wir die Aufgabe, Expert:in für die diagnostische Einordnung und das Definieren sinnvoller Therapieoptionen zu sein. Auf der anderen Seite ist die erkrankte Person

Expert:in für das eigene, individuelle Leben, für die lebensrelevanten Aufgaben und Anforderungen. Wir lernen und hören von der betroffenen Person, sie von uns. Das Resultat einer solchen Haltung ist die Erfahrung einer kollaborativen Partnerschaft und die gemeinsame Wegsuche. Das sehr auf Evidenz ausgerichtete Buch ‘Meeting between experts’ von David Tuckett et al. (1986!) beschreibt diese Haltung und die daraus resultierende Beziehung zwischen Fachperson und Patient:in eindrucksvoll. Diese Haltung ist auch Grundlage für heutige Vorgehensweisen der ‘relationship centered communication’ oder der ‘collaborative partnership’, die heute als Standard für die Erfahrung, die bei einer Konsultation gemacht werden sollen, gelten (Chou & Cooley, 2018).

Eine solche Grundhaltung – auch ausserhalb des Gesundheitswesens einsetzbar- triggert automatisch ein Miteinander, das auf gegenseitigem Respekt, Wertschätzung und Kommunikation auf Augenhöhe basiert, auch und gerade, wenn Wissens- oder Hierarchiegefälle bestehen. Die Transaktionsanalyse von Eric Berne hat hier fundamentale Arbeit geleistet im wissenschaftlichen Bereich: die Kommunikation im sogenannten ‘Erwachsenen – Ich’. Dass wir uns gegenseitig als Expert:innen, als lebenserfahrene, eben erwachsene Menschen behandeln, und nicht aus dem ‘Eltern-Ich’ wie auf Kinder einreden, oder als ‘Kinder’ den Eltern gegenüber Protest und Widerstand ausdrücken. Der deutsche Buchtitel von Eric Berne könnte es nicht besser ausdrücken: ‘Spiele der Erwachsenen’ – leider auch traurige, aber glücklicherweise auf jeden Fall vermeidbare.

3) **Content – der Inhalt, die ‘Brillengläser’**

Zentrale Aspekte

Grundfrage: Worüber sprechen wir?

- Diagnosen? Krankheiten?
- Funktionen? Bio-psycho-sozial?
- Persönliche Erfahrungen? Das Leiden?

Relevante Literatur

- Cassell E; Illness and disease, Hastings Report 1976
- Engel G The need for a new medical model; Science 1977

Die medizinische Perspektive Medizinische Diagnosen Fokus: ICD – DSM (Defizite) ✓ Symptome ✓ Pathophysiologie <i>Disease (Krankheit)</i>	Die interprofessionelle Perspektive Funktionen Fokus: ICF (Defizite & Stärken) ✓ Körperlich ✓ Psychisch ✓ Sozial + Selbstwirksamkeit <i>Disease + Illness</i>	Die Perspektive der/ des Patient:in Persönliche Erfahrung Fokus: Subjektive Realität/Auswirkungen der Krankheit/Veränderung der Funktionen auf ✓ Selbstwertgefühl ✓ Sinn des Lebens ✓ Gefühle/Emotionen <i>Illness (Erkrankung)</i>
--	---	--

Gesundheitsfachpersonen denken vorderhand im medizinisch- diagnostischen System: wenn ich bestimmte Symptome, einen zeitlichen Ablauf und Zusammenhänge bspw. mit Nahrung oder Bewegung höre, ordne ich diese Phänomene einer medizinischen **Diagnose** zu. Auf Seiten der betroffenen Person, im medizinischen System die Patientin oder der Patient genannt, steht das

individuelle Erleben im Vordergrund: die Auswirkungen der Erkrankung/ der Symptome auf den Alltag, auf die Bewegung, das Fühlen bis hin zum Selbstwert und das Erleben von Sinnhaftigkeit. Im englischen Sprachraum wird diese Perspektive als 'illness' zusammengefasst, also was die Diagnose, Erkrankung (englisch: disease) mit der Person und ihrem Leben macht (Cassell, 1976). Eine Mittlerfunktion zwischen diesen Brillengläsern hat häufig das Erfassen und Zuordnen zu **Funktionen**: was geht noch gut in Bezug auf Mobilität, aber auch Kognition und soziale Funktionen/ Aufgaben, was bereitet Mühe. Diese Perspektive ist häufig eine Domäne der Pflege und der Fachleute der Funktionen, also Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, Sozialberatung etc.

Bei jeder Kommunikation im Gesundheitswesen müssen wir uns deshalb dieser verschiedenen Perspektiven, der 'Brillen', bewusst sein, sie erkunden, ganz im Sinn des 'Expert:innen Treffens':

- Für die **Betroffenen** zählt das **subjektive Krankheitserleben**, das, was die Erkrankung mit dem eigenen Leben, dem Alltag, den Stimmungen, den Aufgaben und Erwartungen macht, inklusive den Auswirkungen den Selbstwert und vor allem bei existentieller Bedrohung den Lebenssinn.
- Für die Fachpersonen der **Pflege und funktionellen Therapie** wie Physiotherapie, Psychologie, Sozialberatung, Ernährungstherapie etc. stehen die Defizite bei den Funktionen gemäss der **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)** im Vordergrund (siehe auch Leonardi et al., 2022).
- Für die **medizinischen Fachpersonen**, für die Ärzteschaft geht es um die Abstrahierung des Leidens im Sinne von medizinischen Diagnosen aufgrund von Symptomen, die dann diagnostische und medizinisch-therapeutische Massnahmen nach sich ziehen gemäss der **International Classification of Diseases (ICD)**.

Objektivierung des Leidens in der Medizin Medizinische Diagnosen Fokus: ICD – DSM (Defizite) Symptome <i>Disease (Krankheit)</i>	Objektivierung des Funktionen in der Pflege Funktionen Fokus: ICF (Defizite & Stärken) Auswirkungen der Erkrankung auf bio- psychosoziale Funktionen <i>Disease + Illness</i>	Die Perspektive der/ des Patient:in Persönliche Erfahrung Fokus: 'IPE' (individual patient experience) Auswirkungen der Erkrankung - Auf's Erleben/ auf Gefühle - Auf's Selbstbild/-wert ; Lebenssinn <i>Illness (Erkrankung)</i>
--	--	---

Idealerweise ist sich jede Fachperson bewusst, welche Haupt-Perspektive sie einnimmt, und beisteuert bei der Suche nach einem gemeinsamen Lösungsweg (Engel, 1977). Als Beispiel: nicht jede chirurgische Fachperson muss die subjektive Wirklichkeit der Patientin vollständig erfassen – aber sie sollte sich bewusst sein, dass diese 'Brille' für diese Person die relevanteste ist, und mitentscheidend für die Qualität einer Entscheidungsfindung. In Notfallsituationen macht es Sinn, dass die diagnostische Brille im Vordergrund steht. Auch Tumorboards sind ein gutes Beispiel: hier wird eine Empfehlung erarbeitet aus der Perspektive der medizinischen Diagnostik. Ob und wie diese Empfehlung dann zu der betroffenen Person, ihren notwendigen oder

gewünschten Alltagsfunktionen und auch zu ihrem Erleben inklusive der Ängste, aber auch individuellen Zielen passt, kann ein Tumorboard nicht entscheiden. Dazu braucht es die Gesamtsicht aller drei 'Brillen', und dies auf Augenhöhe. Ein Runder Tisch mit der betroffenen Person und ihren Angehörigen, mit Pflege und den Funktionstherapien/-beratungen und einer integrierenden medizinischen Fachperson ist ein gutes Beispiel für die Kommunikation im Sinn einer solchen Integration.

Die Wichtigkeit, alle diese Perspektiven zu integrieren, ganz besonders, wenn es um Therapieentscheide geht, wird auch zunehmend relevant im jetzigen Zeitalter der künstlichen Intelligenz: diagnostische Schnellhilfen via Künstlicher Intelligenz (KI), die Symptome abfragen und Algorithmen der Häufigkeiten für die wahrscheinlichste Diagnose befolgen, können die diagnostische Sicherheit erhöhen. Auch in der Interpretation von Bildgebung oder bei der 'objektiven' Beurteilung komplexer Situationen in der Onkologie oder Kardiologie im Rahmen von Multifaktoren-Analysen, kann KI unterstützen.

Die Übersetzung der KI-Ergebnisse auf das individuelle Leben und Erleben wird mittels KI scheitern. Dazu braucht es die partnerschaftliche Erkundung mit allen Brillen.

4) Outcomes - gemeinsame Ziele

Zentrale Aspekte

Grundfrage: Was wollen wir gemeinsam erreichen? Welche Ziele?

- Patientensicherheit, sich gut informiert fühlen
- Gemeinsames Denken, gemeinsames Verständnis - 'Zielkonforme' Versorgung (goal concordant care)
- Sich gehört und verstanden fühlen; Respekt & Vertrauen

Relevante Literatur

- Eggins, S., & Slade, D. (2015). J Public health research
- Dzau, V. J., et al (2017). JAMA.
- Halpern, S. D. (2019). NEJM
- Epstein, R. M. (2013). PEC
- Gramling, R., et al (2016). JPSM

In den letzten Jahren wurden die Themen Patientensicherheit, Nachhaltigkeit besonders auch aus finanzieller Sicht, und der Zugang zu Gesundheitsleistungen im Sinn der Gerechtigkeit als wichtige Ziele des Gesundheitswesens definiert (bspw. Dzau et al, 2017). Aus kommunikativer Sicht tragen hierzu das gemeinsame Definieren von Therapiezielen und -plänen (shared mind, shared understanding, goal concordant care), sehr gute Gesundheitskompetenz ('health literacy') und gegenseitiger Respekt und Verständnis ('feeling heard and understood') bei. Für die Patientensicherheit gibt es besonders klare Evidenz, welchen Stellenwert eine qualitativ hochstehende Kommunikation hierbei hat (Keshtkar et al, 2025). Dieser systematische Review zeigt auch die Kehrseite auf, eben von ineffektiver Kommunikation sowohl zwischen Fachpersonen und Patient:innen als auch in Teams als einem enorm gewichtigen Grund für Fehler. Weitere positiven Effekte, wenn diese Ziele erreicht werden, lassen sich auch direkt ökonomisch (Agarwal et al., 2010), in Bezug auf Patientenklagen (Hobbs, 2023) und auf Burnout der Mitarbeitenden (Molero, 2021) ablesen.

Wesentlich ist vor allem, dass sich die Gesprächspartner:innen auf beiden Seiten gehört und verstanden fühlen. Nicht nur die Fachperson soll gut zuhören und verstehen, auch für die Patient:innen oder auch die Angehörigen gelten diese Anforderungen. Ein Geben und Nehmen, das authentisch erlebt wird, wo Unwissen klar signalisiert wird, und letztendlich Verbindung und Vertrauen entsteht (Gramling, 2016, Halpern, 2019). Fraglos, dass diese Anforderungen bei Sprach- und Sprechbarrieren, und auch bei Begegnungen zwischen Menschen aus verschiedenen Kulturregionen besonders herausfordernd sind. Dann geht es vor allem darum, die gegenseitigen Erwartungen ans Verstehen und den 'shared mind' mit bescheidenen Ansprüchen auszustatten, und einzuberechnen, dass man sich in grossen Teilen auch nicht versteht, zumindest nicht ohne zusätzliche Investition wie Übersetzung, technische Sprachhilfen, und kulturelle Botschafter:innen.

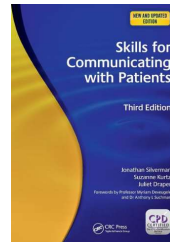
5) **Methods – Wie gehen wir gemeinsam vor?**

Zentrale Aspekte

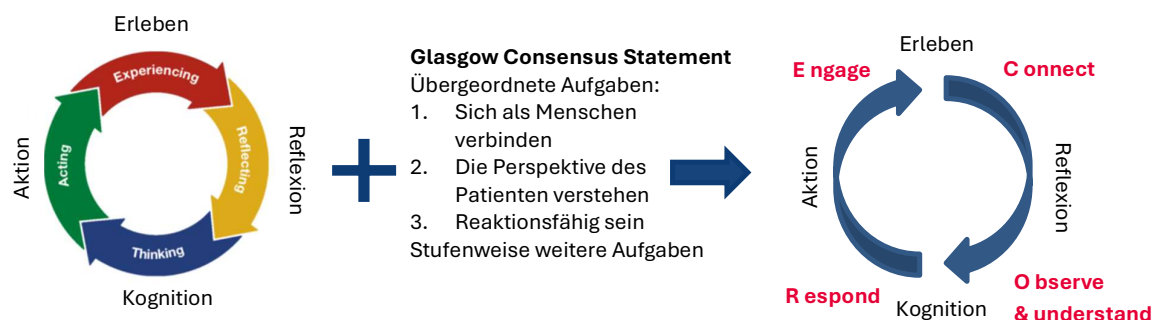
Grundfrage: Wie gehen wir gemeinsam vor ?

- Erfahrungsorientierter Lernzyklus & Glasgow Consensus Statement (angepasst an CORE)
- Umgang mit Emotionen
- Nonverbale/paraverbale Fähigkeiten

Relevante Literatur

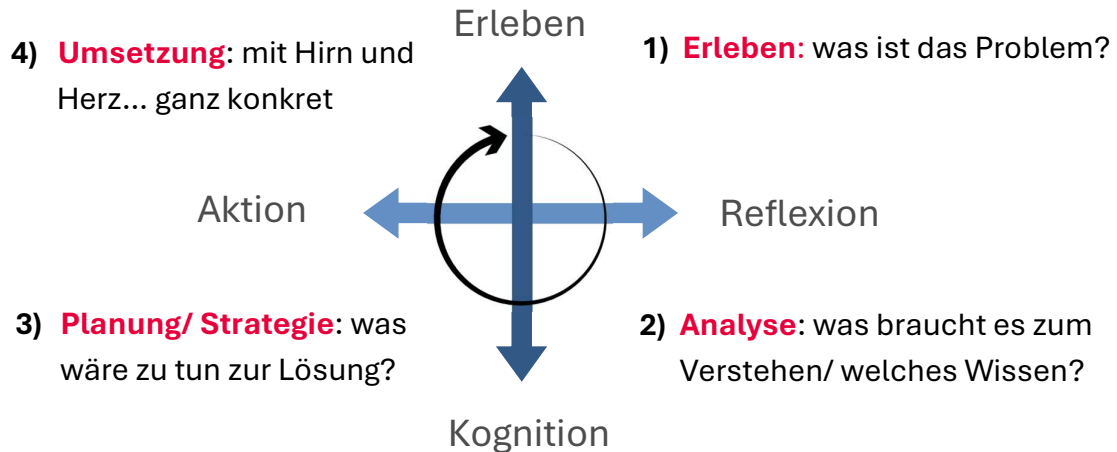


- Silverman J et al 2013
- Kolb D. A. (2013). The process of experiential learning. Routledge.
- Makoul, G., et al Patient Education and Counseling, 122, 108158.



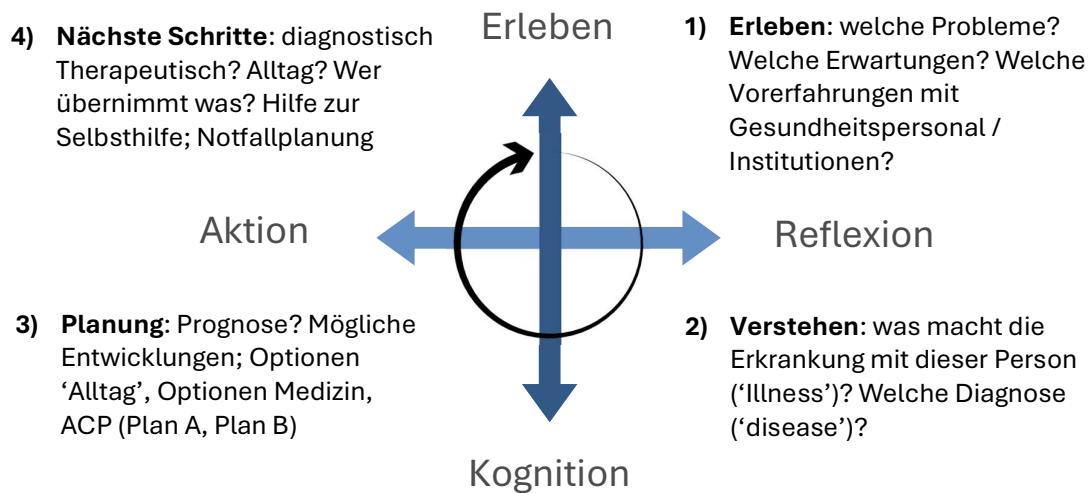
WIE wir miteinander vorgehen im Gespräch/ in der Konsultation, welchen Prozess in der Kommunikation wir durchlaufen ist sehr gut evidenzbasiert. Das Calgary-Cambridge-Modell liefert hier beispielsweise einen klaren Fahrplan, wird allerdings häufig als eher komplexes Konstrukt wahrgenommen. Die Idee sollte sein, dass in einem gemeinsamen Gespräch partnerschaftlich ausgehend von einem oder mehrerer Probleme eine gemeinschaftlich getragene Lösung herauskommt. Ein besonders gut evaluiertes Modell eines solchen gemeinsam gestalteten Lern- und Problemlösungsprozesses ist der 'experiential learning cycle' und das Modell der 'learning styles' von David Kolb (2013). David Kolb's Prozess hilft, verschiedene Schritte bei diesem Prozess hintereinander zu berücksichtigen: sich **emotional** als Menschen

begegnen, das Erlebte auszutauschen, dann gemeinsam **reflektieren/** beobachten, was hinter dem Problem stecken könnte, und **kognitiv zu 'verstehen'** versuchen, und dann auf die **'Action-Seite'** zu wechseln, zunächst mit eher strategischen, übergeordneten Zielen und **Lösungsoptionen**, und dann zum **konkreten Handeln**. Ein zusätzlicher Vorteil dieses 'Cycle' ist, dass Menschen unterschiedliche Vorlieben haben für den Einstieg in einen solchen Prozess: manche Menschen kann man sehr gut über Emotionen und konkrete Erlebnisse abholen, andere brauchen zuerst 'facts and figures', und müssen so zuerst Vertrauen aufbauen.



WIE der Kommunikation im Gesundheitswesen gemäss 'experiential learning cycle'

Ziel jeder Konsultation/ Kommunikation ist im Sinn des Lernzyklus das gemeinsame Durchlaufen des gesamten Zyklus, des 'full cycle' beginnend mit Sektor eins mit intensivem Zuhören bezüglich der Anliegen/ Fragen/ Erwartungen bis zu Sektor 4 mit klarer Definition eines nächsten Schritts, und sei es nur ein Wiedersehen (oder auch nicht). NACH Erreichen von Sektor vier geht es dann darum, einen kurzen 'Check' anzuschliessen, wie das emotionale Erleben am Ende der Konsultation ist oder war (s.u.: Feedback & Evaluation): «Wie geht es Ihnen nun am Ende des Gesprächs?», «Fühlen Sie sich gehört und verstanden?», «Wurden Ihre Erwartungen erfüllt, oder was ist noch offen/ kam nicht zur Sprache?» Damit schliesst sich dann der Kreis, die gemeinsame Reise vom Zuhören/ Beobachten/ Überlegen zum Planen und abschliessendem Handeln.



Im Januar 2024 wurde erstmals eine Guideline publiziert, die Kriterien für die Qualität der Kommunikation im klinischen Setting definiert hat. Es geht in diesem Dokument vor allem um die Methode, das Wie der Kommunikation: das **Glasgow- Consensus- Statement** (Makoul et al, 2024). Kombiniert man die Evidenz des gemeinsamen Lern- bzw. Problemlösungsvorgehens von David Kolb mit den Inhalten des leicht adaptierten Glasgow- Consensus – Statements, ergibt sich ein Vorgehen aus vier Schritten: **Connect – Observe/ understand – Respond – Engage**. Dadurch ergibt sich das Akronym CORE..... das ist de facto der Kern jeder verständnisvollen und partnerschaftlich-partizipativen Kommunikation. CORE als Akronym für den Gesprächsprozess ist ein Vorschlag des Zentrums Comlab (www.comlab.ch) der Universität Bern.

Grundregel: wir sollten 75% der Gesprächszeit auf den 'Input', auf Zuhören verwenden (also für 'Connect' und 'Observe & Understand'), und nur 25% für den 'Output' ('Respond, Engage'), also das Informieren und Beraten! Dann ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass wir uns gegenseitig gehört und verstanden fühlen, dass emotionale Schnellschüsse vermieden werden, und dass ein Dialog entsteht, nicht ein Monolog (Barden, A et al (2024).

Ein wichtiger Schritt erfolgt beim 'Seitenwechsel' von der Reflexion zur Aktion, also zwischen 'Observe & Understand' zu 'Respond': hier geht es um die sogenannte 'formative summary', einer ersten subjektiven Zusammenfassung aus Sicht der Fachperson (nach Prof. Peter Martin, Megan Chiswell, Deakin Univ., Melbourne).

Engage – gemeinsamer Plan

- ausarbeiten
- Verantwortlichkeiten klären
- Interprofessionelle Kompetenzen berücksichtigen

Feedback & Evaluation

Connect as humans -

Kontaktaufbau

- sich als Menschen verbinden
- aktuelle Probleme/Anliegen,
- Agenda/Erwartungen klären

Respond - das offensichtliche Problem ansprechen

- Problemlösung / strategische Pläne
- Optionen (Krankheit und Leiden)

Erleben

Aktion

Reflexion

Kognition

Formative Zusammenfassung

Observe - Beobachten und verstehen

- die Krankheitserfahrung des Patienten, der Patientin
- das Krankheitsverständnis des medizinischen Fachpersonals das offensichtliche Problem, das niemand ansprechen will

Die 'formative Zusammenfassung' besteht aus folgenden Schritten:

1. Ankündigung	• Erlaubnis erfragen: darf ich zusammenfassen, was ich verstanden habe? (siehe oben) • Bitte um unmittelbare Korrektur, falls nicht richtig
2. Zusammenfassung	• Was habe ich verstanden: 1. Was steht als Diagnose im Raum? (disease) 2. Welche Auswirkungen hat die Erkrankung auf das Leben/ Funktionen? (Illness) • Welche Ängste/ Sorgen stehen im Raum? • jeweils 3 – 5 Sek. Warten nach jeder Äusserung für mögliche Korrektur
3. 'Breaking bad news' und Optionen	• Den Elefanten im Raum ansprechen (z.B. SPIKES; warning shot: klar und kurz): 'es führt kein Weg dran vorbei: die Erkrankung schreitet leider fort'. • Mögliche Optionen? • Idealerweise übernimmt Patientin den Lead für mögliche Optionen für den Alltag • Häufig wird die Ärztin/ Arzt als Bergführerin gewählt

Mit diesen Schritten wird ein 'shared care plan' erstellt: jede/r Beteiligte übernimmt nicht nur strategische Aufgaben («was wären Optionen, die ich selbst in die Hand nehmen kann oder muss»), sondern auch ganz praktische, organisatorische. Wie im problemorientierten Lernen hängt das Ergebnis des Problemlösungszyklus von beiden (oder mehreren) Beteiligten ab. Die Lösung kommt nicht von der Fachperson, sondern aus dem gegenseitigen Reflektieren, Zuordnen

(Kognition), dann aber auch partizipativem Planen und konkretem Handeln in gemeinsamer Verantwortung.

Mein Körper als Kommunikator: die non- und paraverbale Kommunikation

Wie wirke ich? Wie fühle ich mich? Was spüre ich? Gibt es Resonanz mit dem Gegenüber? Die Kongruenz von verbaler, non- (bspw. Haltung) und paraverbaler (bspw. Stimmlage) Kommunikation macht aus, dass ich mich authentisch fühle und idealerweise auch vom Gegenüber so wahrgenommen werde.

Ein 'Body-Check' bei der Kommunikation von Kopf bis Fuss ist deshalb so spannend, und kann und soll bewusst trainiert werden. Ich beobachte mich, aber eben auch die andere Person. Beispiel: wenn wir uns darauf konzentrieren, der gegenüberstehenden Person in die Augen zu schauen, ergibt sich dadurch ein besonderer Kontakt, der idealerweise Fokus und unbedingte Aufmerksamkeit signalisiert (cave: kulturelle Rahmenbedingungen). Schau ich auf den Bildschirm, vermittele ich dem Gegenüber, dass andere Informationen aktuell wichtiger sind (z.B. 'phubbing', 'Du- Es- Kommunikation' gemäss D. Goleman).

Zur Körpersprache gibt es unzählige wissenschaftliche Berichte, die auch durchaus kritisch ausfallen. Dies besonders im Hinblick auf eine mögliche Überbewertung der nonverbalen Kommunikation/ der Körpersprache (Patterson, 2023) Dennoch ist unser Körper unser wichtigstes Kommunikationstool. Erst durch unsere Körper wird soziale Interaktion in der Begegnung möglich, ein zwischenmenschliches Mitschwingen und Antworten entsteht, die Resonanz.

Die Wahrnehmung der non- und paraverbalen Zeichen gilt sowohl für mich als auch dem Gegenüber.

Körperteil	Kommunikative Bedeutung	Modifikation
Augen	Fokus, Aufmerksamkeit, Neugier	Bspw. kulturell (kein direkter Augenkontakt zu verheirateten Frauen muslimischen Glaubens)
Ohren	Signalisiert Zuhören, 'ganz Ohr sein'	Schwerhörigkeit?
Nase	Atmung: den eigenen Atem spüren, Geschwindigkeit, Tiefe; auch des Gegenübers	Stress? Entspannung (auch zusammen mit Schultergürtel/ Rücken)
Hände/ Arme	Offene Arm-/ Handhaltung: interessiert, möchte Situation 'begreifen'	Können Gesagtes bezüglich Wichtigkeit unterstreichen; Vorsicht: Sprechen mit dem Zeigefinger ('Schulmeister')
Beine/ Füsse	Spannung/ Entspannung; Ruhe/ Unruhe; Zeit/ keine Zeit	Lässige Beinhaltung kann als Signal der Unwichtigkeit des Gegenübers wirken
Schultergürtel/ Rücken	Spannung/ Entspannung	Meist zusammen mit Atmung und Stimmlage/-höhe

Zusätzliche nonverbale Zeichen/ Wirkung auf Atmosphäre im Raum:

Handgeben bei Begrüssung oder 'Corona-Variante' Hand aufs Herz	Aufmerksamkeit	Mit bewusstem Augenkontakt: Fokus
Anordnung der Sitze/ Tischform	Rund = offenes Gespräch Gegenüber: cave 'Verhör'	Auch: was ist noch auf dem Tisch? Glas Wasser? Computer? Schreibblock?
Stehen/ Sitzen	Augenhöhe/ gleicher Wert	
Abstand	Körperliche Nähe – Berührung möglich? Support oder Bedrängnis	'Testberührung' – wie reagiert Gegenüber?

Beispiele für nonverbale Signale des aktiven, beobachtenden Zuhörens in der Praxis

- Ruhiger Augen-/ Blickkontakt; Ausweichen erlauben
- Offene Arme/ Hände; ruhige Bewegung
- Beine entspannt ohne 'Trippeln', zurückgelehnte Sitzhaltung/ Schultern tief
- Tiefe ruhige Atmung
- Die eigene Stimme an Intensität dem Gegenüber anpassen (cave Schwerhörigkeit)
- Gelegentliches handschriftliches Mitschreiben (idealerweise Notizblock oder Tablet)

Beispiele für nonverbale Signale des 'Appells', der direktiven Kommunikation/ Beratung (Output)

- Konzentrierter Blickkontakt, Ausweichen eher nicht erlauben
- Hände/ Arme unterstreichen Wichtigkeit des Gesagten
- Sitzhaltung nach vorne gebeugt
- Gut hörbare feste Stimme, klare Artikulation

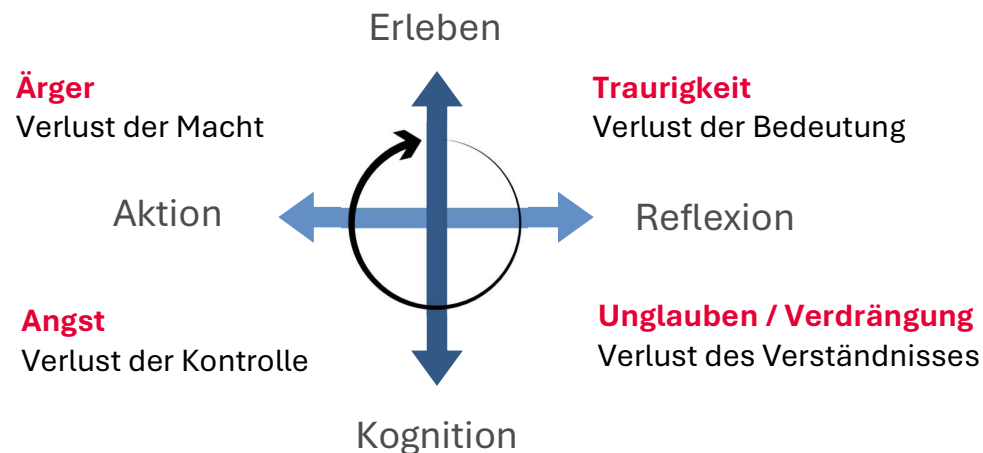
Pausen: schon lange bekannt, und immer wieder zu verbessern: sie spielen eine grosse Rolle dabei, dass Zuhören gelingt. Ich warte mind. 8 Sekunden bevor ich antworte. Pausen einzusetzen und einzuhalten ist eine sehr wichtige Kompetenz!

Sei Dir bewusst: unsere Körper kommunizieren permanent. Dies ist unter anderem ermöglicht durch unsere Spiegelneuronen (bspw. unbewusste Reaktion auf Mimik). Daran sind zwei 'Schaltkreise' beteiligt (nach Goleman D, 2006):

- Erste Reaktion (Amygdala – Thalamus) = schnell und unbewusst auf die Signale der anderen Person. Stimmung, Emotion, bspw. Ärger, Traurigkeit, Offenheit, Wärme
→ Übertragung/ Gegenübertragung
- Zweite Reaktion (präfrontaler Cortex) = bewusst, langsam, Wahrnehmung der 'emotionalen Tönung' der anderen Person und des Selbst → Selbstwahrnehmung, Selbstreflexion; Wahrnehmung der unbewussten Reaktion (inkl. eigene Körperspannung/ Mimik); ggf. Ansprechen der Emotionen

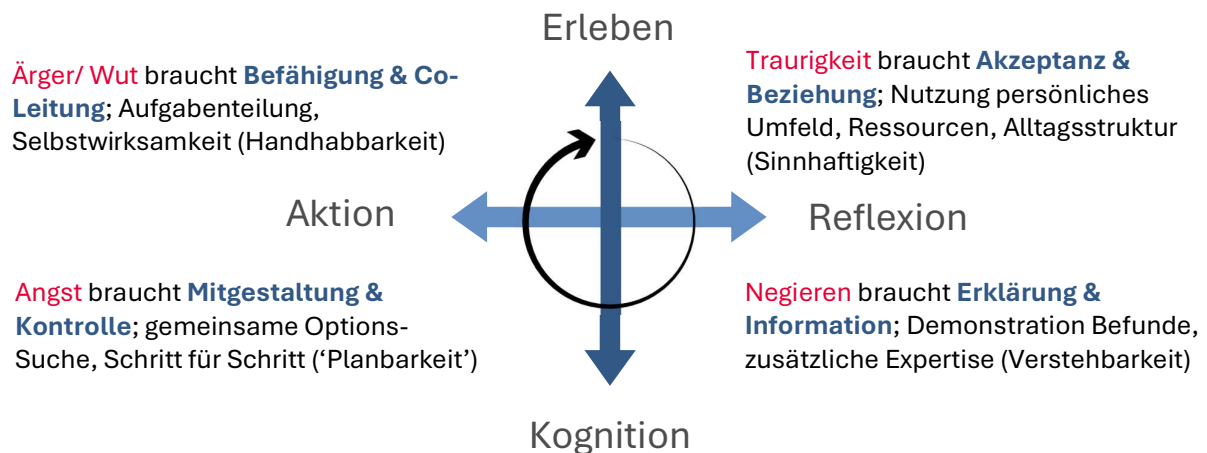
Eine wichtige Fähigkeit ist deshalb auch das 'IN & UP': ich erhebe mich über unsere Konversation wie ein Vogel oder eine Drohne und schaue von oben. Dies ist eine Sofort-Technik zur Analyse emotionaler Zustände: was läuft hier gerade? Welche Emotionen sind vorhanden, bei mir, beim Gegenüber? Sind gerade zu viele Emotionen vorhanden, sodass wir gar nicht mehr rational/ kognitiv miteinander Wegsuche betreiben können? Diskrepanzen zwischen verbaler und non-verbaler Kommunikation?

Im Crosscheck der häufigsten Emotionen finden sich (nach Stewart Dunn, Sydney) die folgenden vier Emotionen, die sowohl bei mir als auch beim Gegenüber auftreten und überwiegend auf nachvollziehbare Ursachen zurückgeführt werden können:



Beispiel: ein sehr vorwurfsvolles, ärgerliches Kommunizieren des Gegenübers kann dadurch verursacht sein, dass sich diese Person machtlos ('loss of power') fühlt, oder keine 'Handhabe' kennt oder findet, mit dieser Situation umzugehen. Durch die Analyse/ das Verstehen der möglicherweise zugrundeliegenden Emotion können wir versuchen, dem Gegenüber Wege anzubieten, wie diese Emotionen im besten Sinn 'gelöst' werden können – orientiert am 'Sense of coherence' der Salutogenese (Antonovsky, 1987):

- Ärger/ Wut: es braucht Wege, wieder 'power' zurückzugewinnen, Empowerment
- Traurigkeit/ Resignation: es braucht häufig eine Systemerweiterung/ Einbezug anderer Unterstützer, um die Situation tragbar zu machen
- Nicht- Wahrhaben-Wollen, Negieren: es braucht kognitive Erklärung/ Verstehbarkeit ggf. Zweitmeinung, aber auch die aktive Suche nach Emotionen wie Angst dahinter
- Angst: es geht darum, wieder Kontrolle zurückzugewinnen – klare kleine Schritte, wieder Selbstwirksamkeit erlangen.



Gibt es ein 1x1 der Kommunikation im Gesundheitswesen?

Ja. Es gibt sehr gute Evidenz zu vielen Themen in der Kommunikation im Gesundheitswesen. Deshalb versuchen wir, mit BECOM eine Grundlage für die weitere Entwicklung und Diskussion zu schaffen. Einige Punkte mögen sehr nach gesundem Menschenverstand klingen, was es auch ist. Allerdings findet dieser gesunde Menschenverstand im Alltag immer wieder keine Anwendung – und es kommt zu potenziell vermeidbaren Krisen, Ärger und Frustrationen. Spannend ist, dass wir weder in der Schule, noch in der Aus- und Weiterbildung in den meisten Berufen ein systematisches Kommunikationstraining haben. Jede:r absolviert fraglos eine fundierte theoretische und praktische Ausbildung für die Teilnahme am Autoverkehr. Wie wir im Strassenverkehr miteinander, basiert auf allgemein anerkannten und gültigen Regeln. Wir bezahlen für diesen Fahrausweis, bei Regelverstössen bezahlen wir Bussen. Keine Frage.

Im Kommunikationsverkehr gibt es weder eine systematische theoretische und praktische Ausbildung noch einen Kompetenznachweis/ -ausweis, noch klare Regeln oder Ahndung bei Regelverstössen. Wäre das Miteinander nicht viel menschlicher und wertschätzender und – einfacher – wenn es solch ein Training, einen solch wichtigen Ausweis gäbe?

Referenzen

- Agarwal, R., Sands, D. Z., & Schneider, J. D. (2010). Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in US hospitals. *Journal of Healthcare Management*, 55(4), 265–282.
- Antonovsky, A. (1987). Health promoting factors at work: The sense of coherence. In R. Kalimo, M. A. El-Batawi, & C. L. Cooper (Eds.), *Psychosocial factors at work and their relation to health* (pp. 153–167). World Health Organization.
- Barden, A., Kalman, J., Gierlinger, S., Baker, D., Giammarinaro, N., & Rousseau, N. (2024). From monologue to dialogue: The pursuit of relationship centered communication across a large, integrated healthcare system. *Journal of Patient Experience*, 11, Article 23743735241226507. <https://doi.org/10.1177/23743735241226507>
- Cassell, E. J. (1976). Illness and disease. *Hastings Center Report*, 6(2), 27–37.
- Chou, C., & Cooley, L. (2018). *Transforming healthcare through relationship-centered communication*. McGraw-Hill.
- Dzau, V. J., McClellan, M. B., McGinnis, J. M., Burke, S. P., Coye, M. J., Diaz, A., ... Zerhouni, E. (2017). Vital directions for health and health care: Priorities from a National Academy of Medicine initiative. *JAMA*, 317(14), 1461–1470. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.1964>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Eychmüller, S., & Felber, S. J. (2023). Compassion – ein Plädoyer für den Erhalt des Mitgefühls im Gesundheitswesen. *Primary and Hospital Care*, 23(10). <https://doi.org/10.4414/phc-d.2023.10509>
- Goleman, D. (2006). *Soziale Intelligenz*. Droemer.
- Gramling, R., Stanek, S., Ladwig, S., Gajary-Coots, E., Cimino, J., Anderson, W., ... Unroe, K. T. (2016). Feeling heard and understood: A patient-reported quality measure for the inpatient palliative care setting. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(2), 150–154. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.018>
- Halpern, S. D. (2019). Goal-concordant care — Searching for the holy grail. *New England Journal of Medicine*, 381(17), 1603–1606. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1908153>
- Hobbs, S. (2023). Learning from complaints. In *Advancing clinical governance* (pp. 81–98). CRC Press.
- Kolb, D. A. (2013). The process of experiential learning. In M. Thorpe, R. Edwards, & A. Hanson (Eds.), *Culture and processes of adult learning* (pp. 138–156). Routledge.
- Leonardi, M., Lee, H., Kostanjsek, N., Fornari, A., Raggi, A., Martinuzzi, A., ... Kraus de Camargo, O. (2022). 20 years of ICF — International classification of functioning, disability and health: Uses

and applications around the world. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), Article 11321. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811321>

Makoul, G., Krupat, E., & Chang, C. H. (2007). Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 333–342. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.009>

Makoul, G., Noble, L., Gulbrandsen, P., van Dulmen, S., & Consensus Working Group. (2024). Reinforcing the humanity in healthcare: The Glasgow Consensus Statement on effective communication in clinical encounters. *Patient Education and Counseling*, 122, Article 108158. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108158>

Matteson, R. (1974). Adolescent self-esteem, family communication, and marital satisfaction. *The Journal of Psychology*, 86(1), 35–47. <https://doi.org/10.1080/00223980.1974.9923889>

Molero Jurado, M. M., Herrera-Peco, I., Pérez-Fuentes, M. C., Oropesa Ruiz, N. F., Martos Martínez, Á., Ayuso-Murillo, D., & Gázquez Linares, J. J. (2021). Communication and humanization of care: Effects over burnout on nurses. *PLOS ONE*, 16(6), Article e0251936. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251936>

Patterson, M. L., Fridlund, A. J., & Crivelli, C. (2023). Four misconceptions about nonverbal communication. *Perspectives on Psychological Science*, 18(6), 1388–1411. <https://doi.org/10.1177/17456916221148432>

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2013). *Kommunikation im medizinischen Alltag: Ein Leitfaden für die Praxis*. SAMW.

Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013). *Skills for communicating with patients* (3rd ed.). Radcliffe Publishing.

Tuckett, D., Boulton, M., Olson, C., & Williams, A. (1986). *Meetings between experts: An approach to sharing ideas in medical consultations*. Tavistock Publications.