

Nonverbale Kommunikation kompetenzorientiert digital unterrichten?



Entwicklung eines Online-Kurses mit Lern-Tandems für die Pflegeausbildung

Astrid Steinmetz

Lässt sich nonverbale Kommunikation kompetenzorientiert digital unterrichten? Welches sind die Hauptkomponenten nonverbaler Kompetenz? Was bedeuten sie für die pflegerische Interaktion mit kommunikativ eingeschränkten Menschen? Welche Lehrmethoden sind effektiv und digital umsetzbar?

Komponenten von Kommunikationskompetenz

Kommunikationskompetenz ist eine hochkomplexe Fähigkeit, welche verschiedene Komponenten und deren sinnvolles Zusammenwirken beinhaltet. Für die Situations- und Patienteneinschätzung ist es erforderlich, Informationen, darunter auch nonverbale Mikroverhaltensweisen, zu dekodieren, also zu erkennen und zutreffend einzuschätzen (Riggio, 2006). Um Informationen so darzubieten, dass sie verstanden werden können, ist neben der Sprache auch unerlässlich, die Körpersprache zu enkodieren, also stimmig zu verwenden. Sich auf die Situation und das Gegenüber einzustellen bedeutet, auch die eigenen nonverbalen Reaktionen zu regulieren und abzustimmen (Riggio, 2006). All dies mündet bestenfalls im Dialog. Dieser findet dann statt, wenn die ausgesprochenen oder auch unausgesprochenen Äußerungen des angewiesenen Menschen aufgenommen werden und in den Gesprächs- bzw. Interaktionsprozess einfließen (Steinmetz, 2018).

Krankheitsbedingte Einschränkungen von Kommunikationsfähigkeit

Diverse Krankheitsbilder können Kommunikationsfähigkeiten stark verändern und einschränken. Der erkrankte Mensch kann dann weniger aktiv kommunizieren oder in-

teragieren. Eine Beziehungsebene aufzubauen ist dann ungleich schwieriger. Wenn es nicht gelingt, kann dies unwillkürlich zu einer Versachlichung der Person führen (Schwerdt, 1998), diese wird dann als „die schwierige Patientin“ oder „der Verwirrte“ oder „der, der nichts mehr mitbekommt“ angesehen (Steinmetz, 2019). Fehlt verstehende Resonanz im Kontakt, erfährt der eingeschränkte Mensch die psychologischen Effekte von emotionaler Isolation, zudem kommt es zu einer massiven Hochregulation der Stress-Gene (Bauer, 2006). Spätestens jetzt tritt die Bedeutung der nonverbalen Kommunikationsmöglichkeiten in den Vordergrund, denn diese sind entscheidend dafür, ob ein Vertrauensverhältnis entstehen kann (Ambady & Skowronski, 2008)

Nonverbale Kommunikation: Beziehungserfahrungen

Interaktionsmuster sind als Beziehungserfahrungen früh erworben (Fuchs, 2003) und dadurch sensorisch, motorisch und emotional gespeichert. Sie sind somit weitgehend unbewusst wirksam (Stern, 1998), tief in Gewohnheiten verwurzelt und automatisiert (Schore & Schore, 2008). Des Weiteren sind sie nicht durch Berufserfahrung allein entwickelbar (Healy & Noonan Walsh, 2007), obwohl dies oft angenommen wird (Alsawy et al., 2017). Die für nonverbale Interaktionen mit einem kommunikativ und kognitiv veränderten Menschen erforderlichen Fertigkeiten sind außerdem sehr komplex (Steinmetz, 2016) und unterscheiden sich von den im Alltag erworbenen, da sie primär expressions- und erlebnisorientiert sind (Gutknecht, 2010).

Effektive Lehrmethoden für kompetenzorientiertes Kommunikationslernen

Die Veränderung und Erweiterung von kommunikativen Fertigkeiten gilt als permanenter Prozess mit komplexen

Lernvorgängen (Merckaert et al., 2005), in welchen habitualisierte Routinen umstrukturiert werden.

In diversen Metaanalysen wurde der Frage nachgegangen, welche Methoden zu Kompetenzzuwachs geführt haben. Grundsätzlich als effektiv haben sich die Kombination von theoretischem Wissen mit praktischem Üben und konstruktivem Feedback erwiesen. Erst die Verhaltenskomponenten führen zu Veränderungen in der klinischen Praxis (Merckaert et al., 2005). Daher müssen die Lehrmethoden neben Wissensaneignung Selbsterfahrung, Erfahrungslernen auch Erwerb von Fertigkeiten beinhalten (Lepschy, 2002). Experimentelle Methoden wie das Rollenspiel haben positive Ergebnisse erzielt (Stiefel et al., 2010). Die Kombination von kognitiven, erfahrungs- bzw. verhaltensorientierten und emotionsbezogenen Elementen (Barnes et al., 2012; Moore et al., 2018; Schofield et al., 2008) kann erst zu nachhaltigen Veränderungen führen.

Das Trainingsprogramm für Kommunikation ohne Worte

Da nonverbale Fertigkeiten nach wie vor nur in äußerst wenigen Programmen fokussiert werden, wurde über 12 Jahre mit > 2000 Teilnehmern ein Konzept praxisorientiert entwickelt und in seiner Wirksamkeit überprüft (Steinmetz, 2016). Dessen Ziel ist, nonverbale dialogische Interaktionen im Kontakt mit dem verbal schwer erreichbaren Menschen zu fördern. Die genannten Kommunikationskompetenzen wurden integriert. Die Orientierung liegt auf der Gegenseitigkeit in Dialog und Interaktion. Daher werden keine festgelegten Kommunikationsweisen vermittelt, sondern vielmehr Prinzipien, die situativ anzuwenden sind. Es handelt sich dabei um grundlegende Kompetenzen für eine person-zentrierte und beziehungs-gestaltende Pflege und integriert somit verschiedene Altersgruppen und Krankheitsbilder. Die dargelegten effektiven Trainingsmethoden finden Anwendung. Die Wirksamkeit des Trainingsprogramms wurde in einer Studie überprüft und hinsichtlich der Zunahme relevanter Kommunikationskompetenzen für die Interaktion mit der kommunikativ eingeschränkten Person bestätigt (ebd.).

Ist die Vermittlung nonverbaler Kompetenzen digital möglich?

Bei den Überlegungen zur Entwicklung eines Online-Kurses wurden die Möglichkeiten sowie Grenzen digitalen Lehrens und Lernens hinsichtlich der vier Kompetenzbereiche sehr bald deutlich: Dekodieren von nonverbalem Ausdruck ist anhand von Videomaterial und Demos leicht vermittelbar, sogar durch Pausen und Slow-Motion-Einstellungen nochmals effektiver als in der reinen Life-Demo. Beim Enkodieren zeigen sich bereits gravierende Unterschiede

bezüglich verschiedener Kommunikationskanäle: Stimmklang oder Gestik sind vor dem Bildschirm gut zu vermitteln und zu üben. Dagegen wirkt der Bildschirm begrenzend auf alle nonverbalen Kanäle, welche mit Blick, Raum oder nur taktil ausgedrückt werden können.

Methodische Überlegungen zur Entwicklung des Online-Kurses

Aufgrund dieser Überlegungen wurde eine Kombination aus virtuellem und nicht-virtuellem Lernsetting gewählt. Beiden Settings werden hinsichtlich der effektiven Elemente von Kommunikationslernen (kognitive, erfahrungs- bzw. verhaltensorientierte und emotionsbezogene) und der verwendeten Lernmethoden dargestellt.

Virtuelles Setting

Im virtuellen Selbstlernen werden die kognitiven Lernelemente methodisch über Videopräsentationen und Skripte vermittelt. Dort können Situationen im Patientenkontakt visuell oder verbal veranschaulicht werden. Dadurch kann der Effekt von verschiedenen Herangehensweisen in der Kontaktaufnahme aufgezeigt, deren Hintergründe erläutert sowie die Auswirkungen auf Patienten und Fachpersonal deutlich gemacht werden. So wird eine evidenzbasierte Grundlage für die Vermittlung der kommunikativen Fertigkeiten gelegt. Beispiele für förderliches Verhalten können gezeigt und über Beobachtungsaufgaben analysiert werden, so dass auch Modelling als Lehrmethode Eingang findet (Merckaert et al., 2005).

In den verhaltensorientierten Lernelemente werden neu erworbene Kommunikationsfertigkeiten ausprobiert und geübt. Im Format des virtuellen Selbstlernen kann das Dekodieren von Patientenverhalten, selbst von Mikro-Ausdruck, methodisch über Videomaterial mit Beobachtungsaufgaben vermittelt und damit eine wichtige pflegerische Kommunikationskompetenz trainiert werden. Des Weiteren können einige Elemente des Enkodierens nonverbaler Kommunikation über Videomaterial geübt werden, so z. B. relevante Gesten für die visualisierende Begleitung von sprachlichen Informationen in Pflegeprozessen.

Die affektiven Lernelemente haben zum Ziel, die Empathie der Teilnehmenden (Ratka, 2018) und ihre Fertigkeiten zur Beziehungsgestaltung zu fördern. Im Selbstlern-Format des virtuellen Settings kann dies durch Aufgabenstellungen zur Erfahrungs- und Selbstreflexion gefördert werden.

Nicht-Virtuelles Setting

Aufgrund der dargelegten Begrenzungen für die kompetenzorientierte Vermittlung nonverbaler Kommunikation

wurde der Online-Kurs um ein nicht-virtuelles Lern-Setting ergänzt. Dafür arbeiten die Auszubildenden in Präsenz-Tandems zusammen.

In den kognitiven Lernelementen wird das erworbene Wissen anhand von Übungs- und Diskussionsaufgaben im Tandem angewendet und abgeleitet bzw. vertieft.

Die verhaltensorientierten Lernelemente haben im nicht-virtuellen Lernsetting des Tandems einen hohen Stellenwert. Die Kompetenzen werden anhand von vorgegebenen Situationen trainiert und basieren auf Sequenzen aus realen Interaktionen mit Patient_innen. Da es sich als ineffektiv erwiesen hat, komplexe Kommunikationsfertigkeiten in zu kurzer Zeit zu trainieren (Haberstroh et al., 2009), werden diese in ihre Komponenten aufgegliedert und als Mikro-Fertigkeiten geübt (Wilkinson et al., 1999), als Teilaspekte des kommunikativen Geschehens. Dadurch können die Teilnehmer_innen schnell Teilerfolge erzielen, die sich motivierend auf das Lernen auswirken. Die Mikro-Fertigkeiten werden dann schrittweise in komplexeren, praxisnahen Aufgaben zusammengefügt. Reflexionsfragen unterstützen das Erfahrungslernen, strukturieren das Verhaltensfeedback und helfen, die erlernten Strategien in die täglichen Aktivitäten einzubetten (Vasse et al., 2010). Die Auszubildenden lernen dadurch, das kommunikative Kompetenzniveau eines Patienten bzw. einer Patientin zutreffend einzuschätzen und ihre kommunikativen Strategien darauf abstimmen.

Im sog. Persönlichen Entwicklungsplan (Alke, 2008) formulieren die Teilnehmenden ihre selbstgesetzten Entwicklungsaufgaben, wodurch der Transfer in die Praxisphase gefördert wird.

Mit den affektiven Lernelementen werden die Anliegen der Teilnehmenden berücksichtigt, ihre Erfahrungen fließen in die Auswertungen ein. Indem sie in den Übungen die Perspektive der Patienten einzunehmen (Merckaert et al., 2005), gewinnen sie auch einen affektiven Zugang anderen Lebenswelten. Dieser wird durch Reflexionsfragen zu Selbst- und Übungserfahrungen vertieft.

Welche nonverbalen Kommunikationskompetenzen werden vermittelt?

1. Dekodieren: Körpersprache wahrnehmen und Bedeutungen erkennen

Die subtilen körpersprachlichen Signale eines erkrankten Menschen sollen wahrgenommen und zutreffend eingeschätzt werden können. Zu erkennen, wo dieser gerade mit seiner Aufmerksamkeit ist und dort anzuknüpfen, ist Voraussetzung für eine gelingende Kontaktaufnahme. Veränderte Wahrnehmung einschätzen zu können gibt Hinweise darauf, welche Sinneskanäle im Kontakt Vorrang haben. Stresssignale als Reaktionen auf ein Kontaktangebot oder eine Pflegehandlung zu berücksichtigen hilft, auf beiden

Seiten Überforderung zu reduzieren. Signale der nonverbalen Zuwendung als Handlungsbestätigungen zu erkennen, gibt Orientierung im Tun. Der dialogischen und damit patientenorientierten Haltung liegt präzises Dekodieren zugrunde (Steinmetz, 2018). Durch genaue Beobachtung von Patientenverhalten und -reaktionen kann das kommunikative Kompetenzniveau eingeschätzt werden. Dies ist Voraussetzung dafür, kommunikative Strategien situativ anzupassen, also sinnvoll zu enkodieren. Wird darüber hinaus auch der emotionale Zustand erkannt, kann auf diesen eingegangen werden, und er blockiert nicht den Kontakt.

Praxisbeispiel A: Die Patientin sitzt mit geweiteten Augen und ängstlichem Gesicht auf der Bettkannte. Wenn dies nicht erkannt und berücksichtigt wird, wird sie sich möglicherweise gegen Angebote oder Aufforderungen wehren.

Praxisbeispiel B: Der demenziell veränderte Patient sitzt im Bett, ist in sich zusammengesunken, schaut ins Leere. Er wird gut hörbar und aus 1 – 2 Metern Entfernung angesprochen, um ihn zum Transfer in den Sessel zu motivieren, zeigt jedoch keine Reaktion. Das Erkennen der Patientenreaktionen kann Aufschluss darüber geben, wie die kommunikative Kompetenzebene des Patienten gestaltet ist: In diesem Falle scheinen die gewählten Strategien von Abstand, Körperhaltung, Erklärungen und Lautstärke diese nicht erreicht zu haben.

Praxisbeispiel C: Das 8-jährige Kind ist schwerhörig und liegt eingerollt und zur Wand gedreht in seinem Bett. Bei der Kontaktaufnahme berührt die Pflegefachkraft es vorsichtig am Rücken. Daraufhin zieht sich das Kind noch mehr zusammen: Hätte diese Reaktion im Kontaktaufbau vermieden werden können? Ein Signal der Distanzierung zutreffend einzuschätzen, ist die Voraussetzung, beziehungserhaltend damit umzugehen.

2. Enkodieren: eindeutig kommunizieren und für das Gegenüber verständlich sein

Erst wenn nonverbale Signale eindeutig sind, können viele der genannten Patient_innen erkennen, dass sie angesprochen werden und Informationen verarbeiten. Im Alltagsverhalten nonverbaler Kommunikation ist diese Eindeutigkeit nicht erforderlich und demzufolge nicht ohne Training abrufbar. Es sind die scheinbar kleinen Aspekte, die darüber entscheiden, ob eine Begegnung gelingen kann: Wann wird in der Kontaktaufnahme gesprochen? Aus welcher Richtung erfolgt die Annäherung? Wie kann man damit umgehen, wenn der Patient den Blick auf Ansprache nicht zuwendet? In welchem Moment ist es sinnvoll, Informationen zu vermitteln? An welcher Stelle ist eine Berührung unterstützend, wann kann sie stressauslösend sein?

Erst, wenn präzise dekodiert wurde, können die erlernten Strategien des Enkodierens situativ passend Einsatz

finden. Denn es geht nicht um genormte Kommunikation, sondern spezifische, am Gegenüber orientierte. Ziel ist, diesen zu befähigen, an Dialog und Handlung weitestgehend teilzuhaben. Kompetenzorientiert zu kommunizieren meint daher, sowohl Einschränkungen zu berücksichtigen als auch Ressourcen zu nutzen.

Praxisbeispiel A: Die auf der Bettkante sitzende Patientin ist wahrscheinlich durch ihre Angst in der Aufmerksamkeit eingeschränkt. Sie könnte visuell erreicht werden, indem die Pflegende sich in ihr Blickfeld begibt. Die Pflegende würde wenig sprechen, da ein emotional angespannter Mensch Sprachinhalte nur erschwert erfassen kann. Mit einer eventuellen Berührung könnte sie, wenn sie ruhend und haltgebend ist, schnell das Gefühl von Sicherheit vermitteln.

Praxisbeispiel B: Der Patient scheint aus der Entfernung die Ansprache nicht wahrzunehmen, Lautstärke ändert daran nichts. Er benötigt höchstwahrscheinlich eine Kontaktaufnahme in seinem Blickfeld. Sinnvoll wäre es, in der Hinbewegung begleitend zu sprechen, damit es nicht zu einer Schreckreaktion kommt. Eine Zuwendungsreaktion kann als positive Antwort gewertet werden. Erst dann kann sprachlich das Anliegen formuliert werden. Wenn der Patient hierauf keine Reaktion zeigt, können die Inhalte gestisch unterlegt werden, beispielsweise mit einem Zeigen auf den Sessel.

Praxisbeispiel C: Das Kind liegt abgewandt, hat also nicht die Möglichkeit, aus der Entfernung die Annäherung der Pflegefachkraft wahrzunehmen. Die unvermittelte Berührung am Rücken scheint zu einer weiteren Abwendung zu führen. Wie hätte dies vermieden werden können? Grundsätzlich spricht ein fester Schritt das Vibrationsempfinden des höreingeschränkten Kindes an. Sind die Augen geschlossen, könnte auf der taktilen Ebene dennoch eine graduelle Kontaktaufnahme vorgenommen werden: zuerst das Bett, dann die Decke, dann der Arm oder die Hand, da das Kind darüber handlungsfähig ist.

3. Regulieren: sich selbst wahrnehmen und abstimmen

Die Selbstwahrnehmung des eigenen körpersprachlichen Ausdrucks ist Voraussetzung dafür, ein erlebtes Gefühl nicht unbeabsichtigt nonverbal zum Ausdruck zu bringen (Riggio, 2006). Manche Gewohnheiten im nonverbalen Umgang mit dem kranken Menschen resultieren weniger aus bewussten Wertvorstellungen als dem Habitus einer Berufsgruppe (Sahmel, 2018). Durch die Interaktionsübungen wird erfahrbar gemacht, wie eine Verhaltensweise wirkt, dadurch kann diese bewusst werden. In der Reflexion des eigenen Verhaltens hinsichtlich seiner Wirkung und seiner Absichten können Diskrepanzen deutlich werden. Dadurch entsteht eine wichtige Motivation für

Veränderung (Pappas & Pappas, 2015) und Verhaltensgewohnheiten können reguliert werden (Steinmetz, 2019).

4. Dialogisieren: wechselseitige Momente eröffnen durch nonverbales Antworten

Die bisher genannten Fertigkeiten sind Grundlage für Wechselseitigkeit im Miteinander. Indem auf die nonverbalen Signale des kommunikativ eingeschränkten Menschen geantwortet wird, öffnet sich ein Zwischenraum, den beide Seiten gestalten. So lässt sich zum einen das Kompetenzniveau leicht herausfinden, zum anderen eröffnet der Umgang mit Zuwendungs- bzw. Abwendungssignalen einen gemeinsamen Handlungsraum.

Praxisbeispiel A: Der Dialograum mit der ängstlichen Patientin entsteht bereits dadurch, dass ihre Blickrichtung erwidert wird. Wenn der eigene Gesichtsausdruck die Ernsthaftigkeit der Situation der Patienten aufgreift (natürlich ohne zusätzlich zu verängstigen), erlebt sie, dass jemand sie wahrnimmt und auf sie eingeht. Die Körperspannung der Patientin könnte beispielsweise mit einem haltenden Druck der Hände erwidert werden. Dies würde die Möglichkeit in sich bergen, ihr darüber Sicherheit zu spenden, allerdings nur, wenn sie es positiv aufnimmt.

Praxisbeispiel B: Wenn der demenziell veränderte Patient erkennt, dass er angesprochen wird, wird er dies durch Zuwendungssignale deutlich machen, das könnte bereits ein erwidertes Blick sein. Jetzt erst kann prozesshaft deutlich werden, wie sein Willensausdruck ist: Reagiert er beispielsweise bei dem sprachlichen Vorschlag eines Transfers nicht, kann dies ein Hinweis darauf sein, dass er den Vorschlag noch nicht verstanden hat. Reagiert er auf ein gestisches Zeigen zum Sessel mit einem der Hand folgenden Blick, erkennt er dann den Sessel und schüttelt daraufhin den Kopf, wird deutlich, dass er zu etwas Nein sagt. Möglicherweise fühlt er sich nur überfordert von dem weiten Weg. Werden ihm nun zur Unterstützung die Hände hingehalten und er steht mit dieser Hilfe auf, signalisiert er die Bereitschaft zur gemeinsamen Bewegung.

Praxisbeispiel C: Der Moment der körperlichen Abwendung des Kindes muss nicht bedeuten, dass der Kontakt misslungen ist und abgebrochen werden muss. Denn das Signal der Distanzierung kann zuallererst situativ als Antwort auf die Berührung am Rücken verstanden werden. Darauf dialogisch zu antworten würde bedeuten, das Verhalten nicht zu wiederholen, sondern nach Alternativen zu suchen, z. B. ans Fußende treten oder sich so über das Bett beugen, dass das Kind die Pflegefachkraft leicht erkennen könnte. Treffen sich die Augen, kann dies wiederum als nonverbale Zustimmung für die Kontaktaufnahme gewertet werden.

Struktur und Materialien des Online-Kurses mit Präsenz-Tandems

Selbstlernkurs für 8 Unterrichtsstunden für die generalistische Pflegeausbildung

- Lektion 1: Kommunikationsbarrieren erkennen
- Lektion 2: Nonverbale Möglichkeiten nutzen und entwickeln
- Lektion 3: Körpersprachliche Patientenreaktionen erkennen und einschätzen
- Lektion 4: Schlüsselprinzipien gelingender nonverbaler Kommunikation
- Lektion 5: Die Sinne bei der Kontaktaufnahme 1: Tore zum Gegenüber
- Lektion 6: Die Sinne bei der Kontaktaufnahme 2: Tore zum Gegenüber
- Lektion 7: Die Stimme im Dialogaufbau
- Lektion 8: Kompetenzebene anpassen: Inhaltliche Vermittlung durch Gestik

Materialien

- Videos: Lernsituationen, Demos für die praktische Anwendung, Präsentationen
- Foliensatz und Text zum Video
- Arbeitsblätter
- Übungsaufgaben
- Reflexions- und Diskussionsfragen
- Persönlicher Entwicklungsplan
- Weiterführende Texte
- Transferaufgaben für den Praxiseinsatz
- Multiple-Choice-Prüfungsaufgaben mit Zertifikat

Voraussetzung für die Durchführung ist eine technische Infrastruktur mit Computern oder anderen Endgeräten sowie Kopfhörern. Des Weiteren sind ein stabiles W-LAN und Software zum Lesen eines PDF erforderlich.

Zeitliche Struktur

- Der Kurs kann am Stück durchgeführt oder in 90 min.-Einheiten à 2 Lektionen gegliedert werden.
- Die Teilnehmenden erhalten den Zugang zum Kurs für ein ganzes Jahr. So können sie beliebig oft Präsentationen und Demos anschauen.
- Die Empfehlung zur zeitlichen Verordnung im Curriculum ist nach dem ersten Praxiseinsatz der Auszubildenden

Flexible Nutzung des Online-Kurses

Drei Varianten der Nutzung des Online-Kurses mit Präsenz-Tandems sind denkbar.

1. Selbstlernen mit frei gewählter Intensität der Online-Präsenz der Lehrperson: Die Auszubildenden arbeiten in Tandems unabhängig von der Lerngruppe. Die Lehr-

personen kann mehr oder weniger aktiv präsent für Fragen und Reflektionen sein, benötigt dafür einen entsprechenden Online-Dienst. In den ersten vier Lektionen können die Teilnehmenden in virtuellen Tandems arbeiten.

2. Selbstlerneinheiten im Präsenz-Unterricht mit frei gewählter Intensität der Präsenz der Lehrperson: Die Lerngruppe wird in Tandems aufgegliedert, welche von der Lehrperson betreut werden können. Reflexionseinheiten aus dem Online-Kurs können in angeleitete Gruppenreflexionen münden oder im Tandem verbleiben. Das Maß von Selbstlernen und Gruppenarbeit bleibt der Lehrpersonen überlassen.
3. Präsenz-Unterricht unter Verwendung der Online-Materialien: Die Lehrpersonen wählt für den Präsenzunterricht aus den angebotenen Inhalten und Methoden aus, um diesen selbstverantwortlich zu gestalten.

Kritische Bewertung

Die Wirksamkeit des Präsenz-Trainings auf den Kompetenzerwerb wurde wissenschaftlich bestätigt, ebenso die Relevanz der Kompetenzen für die angemessene Interaktion mit verbal eingeschränkten Menschen (Steinmetz, 2016). Neu ist die Anwendung in Ausbildungseinrichtungen für Pflegeberufe im digitalen Misch-Format.

Bei der Adaption wurde großen Wert auf die Integration effektiver Trainingsmethoden gelegt, da diese als wichtige Komponente für den Kompetenzerwerb gelten. Allerdings waren für das vorliegende Format Abstriche zu machen: So können die Übungen nicht unmittelbar durch direktes Feedback der Seminarleitungen begleitet werden, einem wichtigen Aspekt für den Kompetenzerwerb. Dies wurde versucht zu kompensieren, indem die Aufgabenstellungen für die praktischen Übungen sich auf Mikro-Fertigkeiten begrenzen, die Vorgaben dafür sehr klar sind und für das Feedback im Tandem Regeln zur präzisen Verhaltensbeschreibung geübt werden. In Varianten 2 und 3 der flexiblen Nutzung ließe sich das Feedback von der Lehrperson anleiten und durchführen.

Neben den strukturell bedingten Einschränkungen des Selbstlern-Kurses hinsichtlich Feedbacks und Fragen besteht eine weitere darin, dass die Seminarleitung nicht direkt mit potentiellen blockierenden Verhaltensweisen umgehen kann.

Insgesamt ist in der Variante 1 eine höhere Selbständigkeit und Motivation der Lernenden notwendig, zudem sie in ihren Übungen auch keiner sozialen Kontrolle unterliegen.

Die Entscheidung für ein Mischsetting von virtuellen und nicht-virtuellen Komponenten hat Folgen für die Einsatzmöglichkeiten des Kurses. Es muss daher die Möglichkeit gegeben sein, dass sich die Teilnehmenden zum Lernen im Tandem finden können. Dieses Setting ist den dargelegten einschränkenden Bedingungen digitaler Medien für das Erlernen nonverbaler Kompetenzen geschul-

det. Das Lernsetting in Tandems begünstigt jedoch andererseits kooperatives Lernen.

Ein Vorteil der Variante 1 als Selbstlernkurs liegt darin, unabhängig zu sein von der Präsenz einer Lehrperson. Die Teilnehmenden können ihn selbstorganisiert durchführen, haben dadurch auch mehr Zeitautonomie. Da die Inhalte für ein Jahr zugänglich sind, können sie Inhalte und Übungen bei Bedarf wiederholen. Wird der Kurs in den Präsenz-Unterricht integriert, öffnen sich viele Möglichkeiten des individuellen Einsatzes durch die Lehrperson. Die Lektionen können zudem am Stück oder partiell in das Curriculum integriert werden.

Hinsichtlich der Lernerfolgsbewertung ist anzumerken, dass eine Wissensüberprüfung den Kompetenzerwerb nicht erkennbar machen kann. Dafür wären Aufgabenstellungen notwendig, in denen Situationen simuliert werden, möglicherweise durch Auszubildende in der Patientenrolle. Diese Aufgaben praktisch zu lösen und die eigene Handlung zu reflektieren, könnte ein sinnvoller Weg für die Leistungsüberprüfung sein. Bisher bleibt diese der Initiative der Lehrpersonen überlassen.

Weiterhin stellt sich die Frage nach dem Transfer der erlernten Kompetenzen in die Praxis. Um diesen zu begünstigen, wurde der persönliche Entwicklungsplan gewählt, mit welchem die individuellen Verhaltensabsichten in die Praxis projiziert werden und diese dann in der Praxisphase komprimiert vor Augen stehen. Hier wird es die Initiative von Lehrpersonen beziehungsweise Praxisanleitenden erfordern, um die Anwendung der Kompetenzen zu reflektieren.

Sehr interessant wäre, über eine begleitende Untersuchung mit einem Prä-Post-Design herauszuarbeiten, ob und inwieweit auch durch den Online-Kurs praxisrelevante Kompetenzen beziehungsorientierter nonverbaler Kommunikation vermittelt werden.

Abschließend kann trotz der dargelegten Einschränkungen bemerkt werden, dass der Online-Kurs einen gut begründeten Ansatz darstellt, um eine sehr spezifische Expertise einer breiten Zahl von Auszubildenden und Lehrenden zugänglich zu machen. Ziel des Kurses ist, Fertigkeiten zu vermitteln, mit denen gezielt und leicht auch mit dem verbal schwer zu erreichenden Menschen ein gelingender Kontakt aufgebaut werden kann.

Literatur

- Alke, M. (2008). *Praxistransfer inklusive! Vom Schwachpunkt zum Erfolgsfaktor: Transferphasen gezielt zum Aufbau sozialer Kompetenzen nutzen*. Bonn: managerSeminare Verlags GmbH.
- Alsawy, S., Mansell, W., McEvoy, P. & Tai, S. (2017). What is good communication for people living with dementia? A mixed-methods systematic review. *International Psychogeriatrics*, 29 (11), 1785 – 1800.
- Ambady, N. & Skowronski, J. J. (2008). *First Impressions*. New York, NY: Guilford Press.
- Barnes, S., Gardiner, C., Gott, M., Payne, S., Chady, B., Small, N., Seamark, D. & Halpin, D. (2012). Enhancing patient-professional communication about end-of-life issues in life-limiting conditions: A critical review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44 (6), 866 – 879.
- Bauer, J. (2006). *Warum ich fühle, was du fühlst: Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. München: Heyne Verlag.
- Fuchs, T. (2003). Non-verbale Kommunikation: Phänomenologische, entwicklungspsychologische und therapeutische Aspekte. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 51 (4), 333 – 345.
- Gutknecht, D. (2010). *Professionelle Responsivität: Ein hochschulbezogenes Ausbildungskonzept für den frühpädagogischen Arbeitskontext U3: Kinder unter drei Jahren und ihre Familien* (Dissertation). Pädagogische Hochschule Heidelberg. Verfügbar unter <http://d-nb.info/1008380415/34>
- Haberstroh, J., Neumeyer, K., Schmitz, B. & Pantel, J. (2009). Evaluation eines Kommunikationstrainings für Altenpfleger in der stationären Betreuung demenzkranker Menschen (Tandem im Pflegeheim). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42, 108 – 116.
- Healy, D. & Noonan Walsh, P. (2007). Communication among nurses and adults with severe and profound intellectual disabilities: Predicted and observed strategies. *Journal of Intellectual Disabilities*, 11 (2), 127 – 141.
- Lepschy, A. (2002). Lehr- und Lernmethoden zur Entwicklung von Gesprächsfähigkeit. In G. Brunner, R. Fiehler & W. Kindt (Hrsg.), *Angewandte Diskursforschung: Bd. 2. Methoden und Anwendungsbereiche* (50 – 71). Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Merckaert, I., Liberta, Y. & Razavia, D. (2005). Communication skills training in cancer care: Where are we and where are we going? *Current Opinion in Oncology*, 17, 319 – 330.
- Moore, P. M., Rivera, S., Bravo-Soto, G. A., Olivares, C., & Lawrie, T. A. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7 (7), CD003751. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub4>
- Pappas, J. B. & Pappas, E. C. (2015). The Sustainable Personality: Values and Behaviors in Individual Sustainability. *International Journal of Higher Education*, 4 (1), 12 – 21.
- Ratka, A. (2018). Empathy and the Development of Affective Skills. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 82 (10), 1140 – 43.
- Riggio, R. E. (2006). Nonverbal Skills and Abilities. In: M. L. Patterson & V. L. Manusov (Hrsg.), *The SAGE Handbook of Nonverbal Communication* (79 – 95). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Sahmel, K.-H. (2018). Was ist die richtige Haltung?/Dürfen wir Haltungen formen? Pflegepädagogische Überlegungen. *NOVAcura*, 49 (4), 45 – 47.
- Schofield, N. G., Green, C. & Creed, F. (2008). Communication skills of health care professionals working in oncology – Can they be improved? *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 4 – 13.
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36 (1), 9 – 20. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0111-7>
- Schwerdt, R. (1998). *Eine Ethik für die Altenpflege: Ein transdisziplinärer Versuch aus der Auseinandersetzung mit Peter Singer, Hans Jonas und Martin Buber*. Bern: Huber.
- Steinmetz, A. (2016). *Nonverbale Interaktion mit demenzkranken und palliativen Patienten. Kommunikation ohne Worte-KoW®*. Wiesbaden: Springer VS.
- Steinmetz, A. (2018). Leiblichkeit in der Begegnung mit dem kommunikativ eingeschränkten Menschen – Die verkörperte Haltung des Dialogischen Prinzips. *NOVAcura*, 49 (4), 21 – 24.
- Steinmetz, A. (2019). Kommunikation ohne Worte: Nimm mich wahr, damit ich bin. *PraxisPflegen*, 36, 39 – 41.
- Stern, D. N. (1998). *Die Lebenserfahrungen des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stiefel, F., Barth, J., Bensing, J., Fallowfield, L., Jost, L., Razavi, D. & Kiss, A. (2010). Communication skills training in oncology: A position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Annals of Oncology*, 21(2), 204 – 207.
- Vasse, E., Vernooij-Dassen, M., Spijker, A., Olde Rikkert, M. & Koopmans, R. (2010). A systematic review of communication strate-

gies for people with dementia in residential and nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 22 (2), 189 – 200.

Wilkinson, S., Bailey, K., Aldridge, J. & Roberts, A. (1999). A longitudinal evaluation of a communication skills programme. *Palliative Medicine*, 13, 341 – 348.



Dr. phil. Astrid Steinmetz

Dipl. Musiktherapeutin,
Dipl. Sozialpädagogin (FH)

steinmetz@kow.eu