



Wie praxistauglich ist E-Learning für die Stärkung der Kommunikationskompetenzen in Gesundheitsberufen?

ANNA WAGNER, DOREEN REIFEGERSTE, IMKE OCHSENFABRT & ANNE KRÜMMEL

Zusammenfassung

E-Learning-Programme können zur Entwicklung von Kommunikationskompetenzen in Medizin- und Gesundheitsberufen, z. B. im Umgang mit Angehörigen, eingesetzt werden, die in der Praxis dringend benötigt werden. Fraglich ist aber, inwieweit Praktiker:innen entsprechende Programme auch als praxistauglich einschätzen. In einer Interviewstudie wurde daher die Praxistauglichkeit eines interaktiven E-Learning-Programms zur Angehörigenkommunikation von elf Expert:innen aus dem Gesundheitsbereich bewertet. Im Fokus stand dabei zum einen die Frage nach der praxisorientierten Anwendbarkeit und Praktikabilität des Programms, insbesondere mit Blick auf die vermittelten Kompetenzen. Zum anderen wurden weitere Bedarfslagen in der Hochschullehre und Berufspraxis erfragt, die berücksichtigt werden müssen, um die Kommunikation mit Angehörigen und die Entwicklung der dafür nötigen Kompetenzen nachhaltig zu verankern. Die Ergebnisse zeigen, dass E-Learning ein wichtiges Trainingsumfeld für die Angehörigenkommunikation im Gesundheitsbereich bieten, aber um weitere Lernangebote ergänzt werden sollte. Sie können helfen, das wichtige Thema der Angehörigenkommunikation in der Lehre und Berufspraxis konsekutiv zu berücksichtigen und zu verbessern. Darüber hinaus zeigen sie auch Perspektiven für die interdisziplinäre Einbindung einer praxisorientierten Kommunikationsausbildung in die Hochschullehre auf.

Schlüsselwörter: Digitales Lernen; Berufspraxis; Angehörigenkommunikation; Lernvideos; Kommunikationskompetenz

How practicable is e-learning for strengthening the communication skills of healthcare professionals and trainees?

Abstract

E-learning programs for healthcare professions, e. g., for conversations with relatives, can be used to develop communication skills that are urgently needed in the practice. However, it is questionable to what extent practitioners rate such programs as effective and practical. Thus, we conducted an interview study with eleven healthcare experts to investigate the practicality and applicability of an interactive e-learning program for communicating with relatives. On the one hand, the focus was on the practical applicability and practicability of the program, especially with regard to the skills that are developed. On the other hand, we were interested in further needs and desires in training and professional practice that need to be taken into account to consider and improve the important topic of communication with relatives in training and professional practice in the long term. The results show that e-learning offers an important training environment for communication with relatives in

the healthcare sector, but should be supplemented by further learning opportunities. In addition, the results show perspectives for the interdisciplinary integration of practice-oriented communication training into university teaching.

Keywords: Digital Learning; professional practice; communication with relatives; learning videos; communication competencies

1 Hintergrund

Kommunikationskompetenzen sind für alle Medizin- und Gesundheitsberufe wesentlich. Sie beinhalten neben dem Wissen über kommunikationstheoretische Grundlagen und die Effekte von Wertschätzung und Empathie in der Interaktion auch die Fähigkeit zum Perspektivwechsel (Herter-Ehlers, 2021). Studien zeigen, dass eine gelungene Kommunikation die Einhaltung der Behandlungs- und Therapieziele fördert (Baumann & Welslau, 2017) und den Abbruch der Medikamenteneinnahme aufgrund von Missverständnissen und Fehlvorstellungen verringern kann (Freyer et al., 2016). Kommunikationskompetenzen sind aber auch notwendig für die gelingende Kommunikation mit den Angehörigen und die erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit. Kommunikation und damit auch die Kompetenz, diese zielführend einzusetzen, dienen also letztlich auch dem Gesundheitspersonal selbst. Es profitiert von einer gelingenden Kommunikation durch geringere Depressionsraten und höhere berufliche Zufriedenheit (Gausmann et al., 2015). Dies gilt für die Arbeit verschiedenster Medizin- und Gesundheitsberufe, wie Ärzt:innen, Gesundheitspersonal der Logopädie, der Physio- und Ergotherapie oder der Pflege.

Trotz dieser hohen Relevanz von Kommunikationskompetenzen für Gesundheitsberufe ist die Einbettung entsprechender Lernmodule in die Curricula bisher unzureichend (Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen, 2020). Für das Medizinstudium gibt es inzwischen einen Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM), der verlangt, dass die medizinischen Fakultäten Studierenden die Grundlagen einer guten Arzt-Patienten-Kommunikation frühestmöglich und kontinuierlich als Kernfach vermitteln, um sie angemessen auf die täglichen Anforderungen ihres künftigen Berufs vorzubereiten. Die Qualitätsstandards für die Vermittlung der Fähigkeiten in der Arzt-Patienten-Kommunikation sind auch im longitudinalen „Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin“ (LongKomm, Jünger et al., 2015) beschrieben. Zudem existieren eine Reihe evaluierter Programme zum Training von Kommunikationsfähigkeiten der Mediziner:innen (z. B. COMSKIL, Brown & Bylund, 2008; COM-ON-p, Goelz et al., 2010). Solche Programme enthalten typischerweise Elemente von Kommunikationstheorie und klinischer Praxis, beginnen während ihres vorklinischen Studiums und werden während der gesamten Dauer ihres Medizinstudiums fortgesetzt. Oft ist auch ein Schauspiel-Patienten-Programm Bestandteil, in dem die Studierenden verschiedene Szenarien fallbezogen üben können (Gebhardt et al., 2021).

Allerdings beschränken sich diese Programme meist auf die diagnosebezogene Kommunikation zwischen Gesundheitsdienstleistern und Patient:innen und blenden damit alltägliche Kommunikationssituationen mit mehr als zwei Personen wie die triadische (oder multiadische) Kommunikation (Greene & Adelman, 2014) zwischen Gesundheitsberufler:innen und Angehörigen aus (Reifegerste, 2019). Diese komplexen Gesprächssituationen in den Blick zu nehmen, Bedingungen gelingender triadischer Kommunikation weiter zu erforschen und Studierende entsprechend auf die Praxis vorzubereiten, ist Aufgabe der Hochschullehre (Greene & Adelman, 2014).

Zudem fehlt es an digitalen, interaktiven und flexibel einsetzbaren Lehr-Lern-Materialien für ein mediengestütztes, selbstgesteuertes Lernen (Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen, 2020). Digitale Medien ermöglichen ein orts- und zeitunabhängiges Lernen, das insbesondere für Personen mit engen zeitlichen Ressourcen, wie eben Gesundheitsberufler:innen, geeignet ist. Gerade mit Blick auf ein szenarienbasiertes und anwendungsorientiertes Entwickeln von Kommunikationskompetenzen können digitale Lehr-Lern-Materialien bestehende Angebote wie Schauspielerprogramme ergänzen (Pundt & Grden, 2012; Reifegerste et al., 2023).

Um die Entwicklung digitaler Medien zum Aufbau von Kommunikationskompetenzen in Gesundheitsberufen voranzutreiben, werden in dem noch in der Durchführung befindlichen Projekt eKommed.NRW (<https://www.ekommednrw.uni-bonn.de/>, 2024) interaktive Videos mit multimedialen Materialien entwickelt. Ergänzend dazu wurden im Projekt TRIACOM an der Universität Bielefeld animierte Videos mit interaktiven Lernelementen zum Training der Kommunikationskompetenzen in Angehörigengesprächen entwickelt (Reifegerste et al., 2023). Das Programm kann als Open Educational Resource kostenfrei heruntergeladen werden (siehe <https://lmy.de/eg1e>). Die Modul-inhalte umfassen jeweils zentrale kommunikative und soziale Kompetenzen, die den Lernzielen des NKLM zugeordnet werden können, auf der Evidenz kommunikationswissenschaftlicher Forschung beruhen und sich an Patient:innenschilderungen und den Erfahrungen von Mediziner:innen orientieren. Die Beispielszenarien im Projekt wurden gemeinsam mit zwei Medizinerinnen mit Erfahrung in der Berufspraxis und der Didaktik im Medizinstudium entwickelt.¹

Zurückgegriffen wurde bei der Entwicklung auf mehrere kommunikative Prinzipien, die sich in der Wissensvermittlung und Kompetenzentwicklung bewährt haben. Als wichtigstes Prinzip ist hierbei jenes der Interaktivität zu nennen, das als „the most important element for successful e-learning“ (Violante & Vezzetti, 2015, S.72) gilt. In Kombination mit der Verwendung spielerischer Elemente wie Quizfragen, der sogenannten Gamification, wie sie in den Lernelementen umgesetzt wurden, ist Interaktivität besonders effektiv (Malicki et al., 2020). Bestandteil von Gamification ist dabei auch die Integration von Feedback (z. B. in Form von Auszeichnungen oder gewonnenen Punkten), das anspornend wirken kann (Erhel & Jamet, 2013). Studien zeigen, dass spielerische Elemente tatsächlich die Lernmotivation erhöhen und den Lernerfolg steigern (Nuci et al., 2021). Neben den Prinzipien der Interaktivität und der Gamification wurden audiovisuelle Inhalte mit Animationen gewählt, da Animationen Sachverhalte beispielhaft illustrieren und dabei beim Wissensaufbau unterstützen können; audiovisuelle Inhalte haben sich zudem in der medizinischen Hochschulausbildung bereits als effektiv erwiesen (Liu & Elms, 2019). Schließlich wurde sich bei der Entwicklung des Programms auch auf Erkenntnisse der Narrations- und der Unterhaltungsforschung (z. B. Slater, 2002) gestützt. Studien zeigen, dass Informationen, die in eine Geschichte eingebettet sind, besser erinnert werden und dass die Verwendung von Geschichten den Lernerfolg erhöhen kann (Green & Brock, 2000). Nicht zuletzt kann die Identifikation mit dem Charakter einer Geschichte den Lernerfolg erhöhen (Moyer-Gusé, 2008). Die digitale Simulation „echter“ Kommunikationssituationen und das interaktive, virtuelle Partizipieren an diesen Situationen haben sich in Evaluationsstudien bereits als geeignet für die Entwicklung von Kommunikationskompetenzen im Medizinbereich erwiesen (z. B. Schick et al., 2020).

Trotz der nachgewiesenen Wirksamkeit der Prinzipien ist unklar, inwieweit diese Lernmittel auch von Berufspraktiker:innen als sinnvoll eingeschätzt werden. Um die Berufsrelevanz von Lehrinhalten sicherzustellen, werden im Rahmen der Akkreditierungsverfahren von Studiengängen sog. *Peergespräche* (d. h. Gespräche mit Personen aus der beruflichen Praxis, die den entsprechenden Studiengang studiert haben) durchgeführt. Damit wird auch evaluiert, inwieweit die Lehrinhalte die Studierenden realistisch auf die Inhalte und Probleme vorbereiten, die sich ihnen im Berufsalltag stellen. Es geht dabei nicht um bestimmte Arbeitsplätze, sondern um eine Orientierung an Berufsfeldern (Akkreditierungsrat, 2015).

¹ Konkret wurden vier Kommunikationssituationen aus dem Themenfeld Demenz als animierte Videos mit integrierten, interaktiven Lernelementen entwickelt. Die Videos umreißen dabei jeweils eine typische Situation der Angehörigenkommunikation (z. B. Unterschätzung der demenziellen Erkrankung durch die Angehörigen). Die comic-haft gezeichneten Protagonist:innen scheinen dabei den Lernenden gegenüberzusitzen, die gleichsam in die Rolle des gesprächsführenden medizinischen Fachpersonals schlüpfen. Aufgabe der Lernenden ist es, auf den dargestellten Gesprächsverlauf adäquat zu reagieren. Mittels der mehrfach pro Video integrierten interaktiven Lernelemente (z. B. Multiple Choice-Fragen) wählen sie eine kommunikative Reaktion aus und erlernen so den angemessenen Umgang mit Patient:innen und Angehörigen. Bei jedem Lernelement erhalten die Lernenden ein automatisiertes Feedback, das den Lernerfolg steigern soll (siehe Abbildung 1; siehe Reifegerste et al. (2023) für eine detaillierte Beschreibung des E-Learning-Programms).

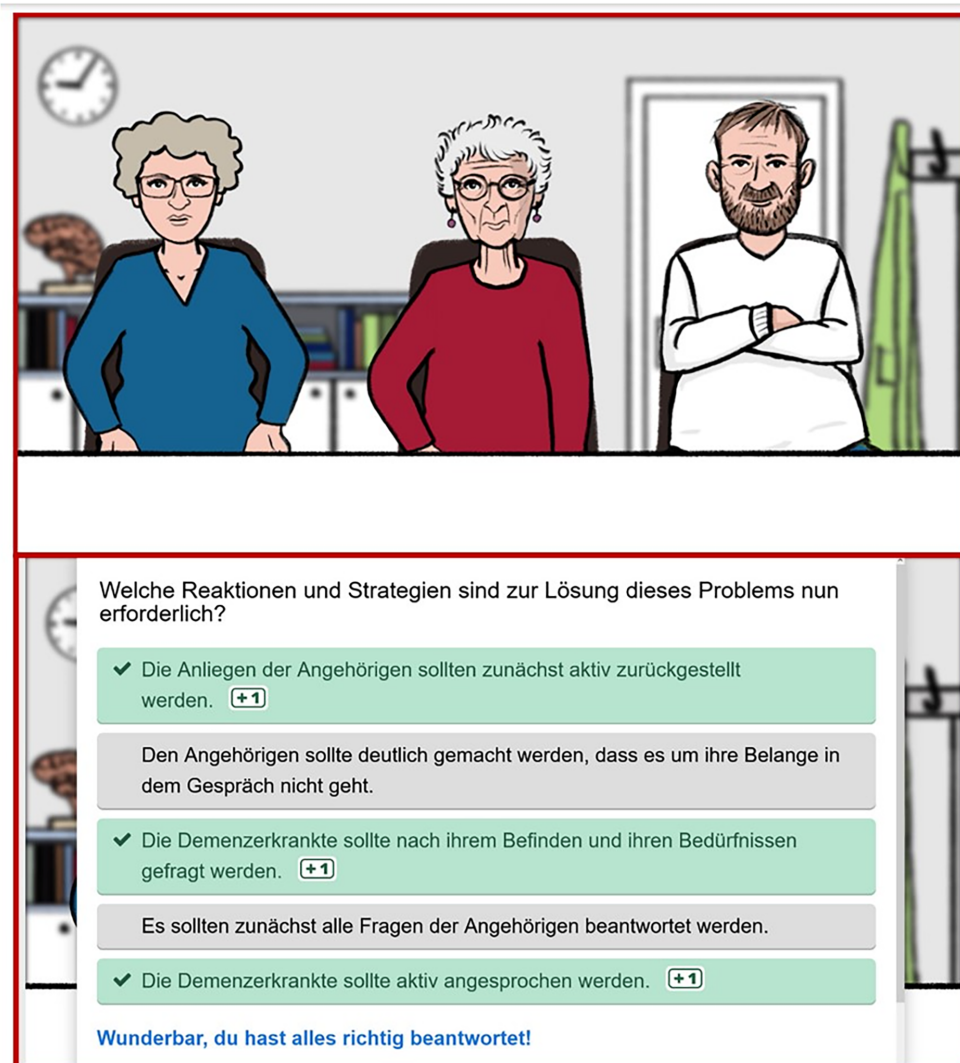


Abbildung 1: Szenenbilder aus dem E-Learning-Programm zur Angehörigenkommunikation mit interaktiven Lernelementen

Eine Evaluation von Lehrmodulen und E-Learning-Programmen durch Expert:innen aus dem Berufsfeld empfiehlt sich ebenfalls, um zu prüfen, ob die Kompetenzen, die in der Lehre gestärkt werden, in der Praxis gebraucht und genutzt werden können. Auch die Praxistauglichkeit des im Projekt TRIACOM entwickelten E-Learning-Programms soll daher basierend auf der subjektiven Einschätzung der Berufspraktiker:innen als Expert:innen untersucht werden. Zur Evaluation von E-Learning-Programmen gilt es zunächst, die Usability zu analysieren, um einzuschätzen, ob die digitale Umsetzung für potenzielle Nutzer:innen leicht verständlich und ansprechend ist (Silva et al., 2021). Unter Usability versteht man im Allgemeinen die Fähigkeit eines Produkts, von den Benutzer:innen verstanden, erlernt, benutzt und als attraktiv empfunden zu werden (Silva et al., 2021). In berufsbezogenen Bildungszusammenhängen sind zudem die Authentizität bzw. die Realitätsnähe und die Kompetenzorientierung weitere wichtige Faktoren für die Evaluation von Lernangeboten (Akkreditierungsrat, 2015).

2 Fragestellung

Im Kontext dieses Forschungsstandes und der Realisierbarkeit im praktischen Berufskontext stellten sich dabei für uns zwei Fragen:

FF1: Inwieweit ist das E-Learning-Programm zur Angehörigenkommunikation geeignet, um jene Kommunikationskompetenzen zu stärken, die in der Praxis gebraucht werden?

Zudem wird jenseits des konkreten E-Learning-Programms untersucht, welche Bedarfe in der Berufspraxis bestehen:

FF2: Was ist über das E-Learning hinaus in Berufspraxis und Hochschullehre notwendig, um Bedürfnissen zur Angehörigenkommunikation, die in der beruflichen Praxis relevant sind, zu entsprechen?

3 Methode

Um diese Fragen zu beantworten, wurden im Rahmen eines Projekts zur Entwicklung des E-Learning-Programms qualitative Interviews mit elf Expert:innen aus dem Bereich Pflege(-beratung) und Allgemeinmedizin durchgeführt. Die Interviewstudie basierte auf einem semistrukturierten Interviewleitfaden, in dem Themenblöcke, Fragen und potenzielle Nachfragen festgelegt waren, es handelte sich also um leitfadengestützte Expert:inneninterviews (Liebold & Trinczek, 2009), bei denen die (Abfolge der) Fragen flexibel an den Gesprächsverlauf angepasst wurden.

3.1 Sample

Hauptkriterium für die Auswahl der Teilnehmenden waren eine berufliche Tätigkeit in einem Gesundheits- bzw. Pflegeberuf oder eine fortgeschrittene Ausbildung bzw. ein Studium in diesem Bereich. Dabei wurde versucht, eine möglichst heterogene Zusammensetzung des Samples hinsichtlich des Tätigkeitsbereichs zu erreichen. Ein Augenmerk wurde darüber hinaus darauf gelegt, dass einige Personen eine Spezialisierung im Themenfeld Demenz (dem Thema des E-Learning-Programms) aufwiesen. Zudem sollten einige Personen bereits Erfahrung mit E-Learning-Programmen aufweisen, während andere eher wenige bis gar keine aufweisen sollten. Die Rekrutierung erfolgte über Dritte, das bedeutet, dass Kontaktpersonen im weiteren Umfeld der Interviewenden rekrutiert wurden. Das finale Sample umfasste elf Personen zwischen 25 und 60 Jahren (siehe Tabelle 1 für einen Überblick). Bei vier der Expert:innen handelte es sich um Pfleger:innen bzw. Pflegeberater:innen (eine davon in leitender Position, eine davon mit vorgehender Ausbildung zur examinierten Altenpflegerin), zwei weitere Befragte waren auf demenzielle Erkrankungen spezialisierte Berater:innen mit vorangegangener geriatrischer Pflegeausbildung, eine Befragte war medizinische Fachangestellte und bei zwei Personen handelte es sich um Allgemeinmediziner:innen. Das Sample beinhaltete zudem drei fortgeschrittene Studierende der Medizin. Die Dominanz weiblicher Personen im Pflegebereich war auch im Sample reflektiert: Bei acht von elf Teilnehmenden handelte es sich um Frauen, nur drei Personen waren männlichen Geschlechts.

Tabelle 1: Übersicht über das Sample

<i>Pseudonym</i>	<i>Berufliche Tätigkeit</i>	<i>Alter</i>	<i>Geschlecht</i>
Sabine	Pflegeberaterin	60 Jahre	weiblich
Karina	Pflegeberaterin und Projektleitung	40 Jahre	weiblich
Lola	Pflegeberaterin	48 Jahre	weiblich

(Fortsetzung Tabelle 1)

Pseudonym	Berufliche Tätigkeit	Alter	Geschlecht
Anna	medizinische Fachangestellte	25 Jahre	weiblich
Helene	Demenzcoach	57 Jahre	weiblich
Janine	geriatrische Pflegeberaterin	38 Jahre	weiblich
Samuel	Medizinstudent	27 Jahre	männlich
Clarissa	Medizinstudentin	25 Jahre	weiblich
Ben	Arzt	29 Jahre	männlich
Tom	Medizinstudent	25 Jahre	männlich
Tanja	Ärztin	33 Jahre	weiblich

3.2 Interviewleitfaden und Durchführung

Die Interviews wurden zwischen Oktober 2022 und März 2023 via Zoom bzw. persönlich durchgeführt. Die durchschnittliche Länge der Interviews betrug 36 Minuten und 21 Sekunden. Vor der Studienteilnahme wurden die Teilnehmenden über den Zweck der Interviewstudie aufgeklärt, in das Thema eingeführt und sie unterschrieben das Datenschutzformular sowie das Formular zur informierten Einwilligung. Nach der Einführung wurden sie zunächst zu ihrem beruflichen Werdegang, ihren Erfahrungen in der Angehörigenkommunikation und den Situationen befragt, in denen sie in ihrem Berufsalltag mit Angehörigen in Kontakt stehen. Danach wurden die Art ihrer Gesprächsführung und Kommunikation sowie potenzielle Prinzipien in der Angehörigenkommunikation erfragt. Ein separater Block widmete sich der Angehörigenkommunikation in der Ausbildung und Hochschullehre der Teilnehmenden sowie erfolgreichen Strategien der Kompetenzentwicklung. Anschließend wurden die Expert:innen zu Inhalt und Gestaltung des entwickelten E-Learning-Programms, das sie sich im Vorfeld der Studie angeschaut hatten, sowie potenziell gewünschten Adaptionen des Programms befragt.

3.3 Datenauswertung

Die Gespräche wurden audioaufgezeichnet, anschließend mit dem Programm *f4transkript* transkribiert und pseudonymisiert. Die Auswertung erfolgte mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse in einer Kombination aus deduktiver und induktiver Codierung (Schreier, 2012) und wurde von einer der Autor:innen in der Datenanalyse-Software MAXQDA durchgeführt. Die Auswertung folgte einem iterativen Prozess. In einem ersten Schritt wurden die theoretisch abgeleiteten deduktiven Kategorien (z. B. Bewertung der Interaktivität, Entwicklung emotionaler Kompetenz) auf das Material angewandt. In einem weiteren Schritt entwickelte die Codierer:in induktiv in der Auseinandersetzung mit dem Material weitere Kategorien (z. B. Wunsch nach Einbindung in Strukturen, freie Zeiteinteilung), die mittels der deduktiven Kategorien nicht erfasst wurden. Anschließend wurde das gesamte Material noch einmal mit den entwickelten Kategorien abgeglichen. Daraus resultierte das finale Kategoriensystem (siehe Tabelle 2), das sowohl deduktive als auch induktive Kategorien umfasste und schließlich von einer weiteren Autor:in auf Plausibilität geprüft wurde.

Tabelle 2: Übersicht über das Kategoriensystem

Dimension	Kategorien
Usability	Freie Zeiteinteilung
	Ortsunabhängige Nutzung
	Einfache Integration in den Berufsalltag
	Mehrfachnutzung und Rekapitulation
	Audiovisualität und Multimodalität
	Einfachheit und Intuitivität der Nutzung
	Darstellung verschiedener Situationen
Realitätsnähe	Übung im geschützten Raum
	Fehlende Ernsthaftigkeit
	Immersion und Perspektivübernahme
	Wunsch nach klarer Personenzuordnung
	Positive Bewertung der Interaktivität
	Charaktere „zum Schmunzeln“
	Modernisierung der optischen Gestaltung
	Komplexität der Lernelemente
	Wunsch nach einfacherer Sprache
	Wunsch nach Rekapitulation des Gelernten
	Hohe inhaltliche Realitätsnähe
	Ambivalente berufspraktische Realitätsnähe
	Ambivalente optische Realitätsnähe
Kompetenzvermittlung	Kompetenzen der Gesprächsführung
	Kompetenzen der Gesprächsinitiierung
	Kompetenzen der empathischen Perspektivübernahme
	Fehlen von emotionalen Kompetenzen
	Fehlen von Kompetenzen zu negativ verlaufender Interaktion
	Übertragbarkeit auf verschiedene Gesundheitsberufe
Berufspraktische Bedürfnisse	Ergänzung statt Ersatz
	Praktische Umsetzung („learning by doing“)

(Fortsetzung Tabelle 2)

Dimension	Kategorien
Bedürfnisse in Aus- und Weiterbildung	Wunsch nach Einbindung in größere Lehrstrukturen
	Kombination mit theoretischem Input
	Kombination mit Schauspiel-Übungen
	Kombination mit Praxiserfahrung
	Steigern der Verfügbarkeit von E-Learning
	Integration in das praktische Jahr
	Bedürfnis nach individualisiertem Feedback
	Bedürfnis nach kollegialem Austausch
	Zeitdruck als Barriere
	Fehlen ruhiger Räumlichkeiten
	Fehlende Bereitschaft von Kolleg:innen als Barriere

4 Ergebnisse

Für die Programm-Evaluation wurde die Wahrnehmung der Teilnehmenden bezüglich *Usability*, bezüglich der *Realitätsnähe* des Programms im Abgleich mit ihrer Berufserfahrung und bezüglich der entwickelten *Kommunikationskompetenzen* untersucht. Alle Teilnehmenden hatten vor dem Interview die Möglichkeit, sich mit dem Programm eigenständig und frei von konkreten Vorgaben auseinanderzusetzen.

4.1 Forschungsfrage 1: Evaluation des E-Learning-Programms

4.1.1 Einschätzung der Usability

Bezüglich der Usability wurde die Asynchronität des Programms als vorteilhaft beurteilt, die eine zeit- und ortsunabhängige Nutzung ermöglicht und in den ausgelasteten Berufsalltag passt: „Man kann es auch noch abends neben dem Beruf machen oder am Wochenende, weil es im stressigen Alltag häufig gar nicht reinpasst“ (Karina, Pflegeberaterin und Projektleitung, 40 Jahre). Auch die Möglichkeit, das Programm mehrfach zu nutzen oder zu pausieren, wurde als hilfreich bewertet: „Also es ist natürlich asynchron. Man kann sich das mehrmals angucken. Und man kann vielleicht Sachen auch wiederholen oder nochmal nachlesen oder anhalten, pausieren und noch mal was nebenbei recherchieren“ (Clarissa, Medizinstudierende, 25 Jahre). In diesem Zusammenhang wurde auch die Audiovisualität und Multimodalität des Programms als begrüßenswert und zeitgemäß betrachtet:

Zur Unterstützung ist das auf jeden Fall gut, gerade auch mit Social Media und der Digitalisierung. Die meisten Leute wollen gar nicht mehr ganz so viel lesen, sondern wollen das auch gerne mal veranschaulicht haben und so spricht man auch nochmal alle Sinne an. (Karina, Pflegeberaterin und Projektleitung, 40 Jahre)

Neben den im Allgemeinen auf E-Learning-Programme zutreffenden Merkmalen wurde auch spezifischer auf Inhalt, Set-up und Design des vorliegenden Programms eingegangen. Die Grundanlage des Programms wurde dabei positiv bewertet: „Das Interface fand ich sehr gut, also sehr intuitiv. Also klar, vor-zurück-weiter, Klicke die richtigen Antworten an.“ (Clarissa, Medizinstudierende, 25 Jahre). Dabei wurde auch artikuliert, dass sich das Programm gut für Personen eignen würde, die nicht sehr

computererfahren sind. Auch das szenarienbasierte Vorgehen wurde von den Teilnehmenden begrüßt: „Ich denke schon, dass die Videos dem einen oder anderen gut helfen können, weil sie halt viele Situationen darstellen können. Und da kann sich auch ein Auszubildender oder ein Studierender gut Einiges von abgucken“ (Lola, Pflegeberaterin, 48 Jahre).

4.1.2 Einschätzung der Realitätsnähe

Positiv hervorgehoben wurde von einigen Teilnehmenden zudem der Übungscharakter des Programms und das unmittelbar erhaltene Feedback, das „Trockenübungen“ ermöglicht und eine Einordnung des eigenen Kenntnisstandes erlaubt:

Da kriege ich ja auch ein Feedback für meine direkten Handlungen und ich kann dann auch ein bisschen herumprobieren „Wie ist es, wenn ich das mache? Wie ist es, wenn ich das mache?“ Ja, und dass ich quasi die Möglichkeit habe, wirklich schon Dinge zu erleben in einem Trainingsraum, wo ich nichts kaputt machen kann in Anführungszeichen. Damit ich später dann nichts Echtes quasi kaputt mache. (Samuel, Medizinstudierender, 27 Jahre)

Genau dieser Trainingscharakter – und eine damit potenziell verbundene fehlende Ernsthaftigkeit – wurde von einem Teilnehmer jedoch auch kritisiert:

Wenn ich das hier mache, sitze ich in meinem Zimmer bei 20 Grad in meiner Jogger und klicke mich da durch. Und wenn ich was falsch mache, dann ist es halt passiert. Und da habe ich gar nicht dieses Gefühl dafür, dass ich sensibel sein muss und sozusagen Fehler machen könnte. Wenn ich das mit der Person, die mir gegenüber sitzt, mache, dann ist alles anders. Dann ist das eine ganz andere Ernsthaftigkeit und ich kriege eine direkte Reaktion auf mein Verhalten. (Tom, Medizinstudierender, 25 Jahre)

Die Einschätzungen zur Übertragbarkeit auf Situationen in der beruflichen Praxis lassen sich somit hinsichtlich des Übungszwecks als geteilt beschreiben.

Positiv in Verbindung mit einer gewissen Realitätsnähe wurde die Immersion in die jeweilige Situation gebracht, wie das folgende Zitat einer der Teilnehmenden zeigte:

Also was ich sehr gut fand, ist, dass man als Beantworter dieser Fragen wirklich aus der Perspektive der behandelnden Ärztinnen geguckt hat. Also es hat auf jeden Fall schon das Gefühl vermittelt, dass man sozusagen in der Situation ist. Es waren ja glaube ich auch mehrere verschiedene Angehörige dabei. Das fand ich auch ganz realistisch, weil dann oft auch irgendwie durcheinander geredet wird von verschiedenen Angehörigen. (Clarissa, Medizinstudierende, 25 Jahre)

Ein Vorschlag zur Verbesserung des Programms bestand hinsichtlich der Perspektivübernahme dabei in einer klareren Personenzuordnung, z. B. durch Sprechblasen oder Pfeile, sodass „man wirklich direkt weiß: okay, wenn das Video startet, der ist der, der ist der und jetzt bin ich im Geschehen“ (Anna, medizinische Fachangestellte, 25 Jahre). Ein klares Setting bei der Entwicklung szenarienbasierter Lernvideos scheint somit erstrebenswert.

Neben der Perspektivübernahme wurde die verwendete Strategie der Interaktivität als besonders positiv bewertet. Eine Teilnehmerin äußerte: „Sehr gut fand ich die Interaktivität. Das ist, glaube ich, der wichtigste Faktor für einen guten Lerneffekt“ (Clarissa, Medizinstudierende, 25 Jahre). Bezüglich der optischen Gestaltung des Programms waren die Teilnehmenden geteilter Meinung, so wurden beispielsweise die Verwendung von mehr Farbe angeregt und die Zeichnungen als unmodern kritisiert, während eine andere Teilnehmende durch die illustrierten Charaktere „zum Schmunzeln“ (Karina, Pflegeberaterin und Projektleitung, 40 Jahre) gebracht wurde.

Die Sichtweisen auf die integrierten Lernelemente waren im Sample ebenfalls geteilt. Diese reichten von der Wahrnehmung einer zu geringen über eine angemessene bis hin zu einer zu hohen Komplexität. Eine der Teilnehmenden, der die Komplexität zu gering war, äußerte beispielsweise den Wunsch nach einer weitergehenden Erläuterung und Kontextualisierung der Lerninhalte:

Da hätte noch ein bisschen mehr hinter sein können. Also die waren sehr abgespeckt, fand ich. Das hätte ein bisschen mehr in die tiefe Argumentation mit reingehen sollen. Warum ist Blickkontakt wichtig? Warum ist das Zuhören so wichtig? (Helene, Demenzcoach, 57 Jahre)

Ein Arzt im Sample bewertete die Komplexität als angemessen und instruktiv: „Also die Fragen, die gestellt wurden, waren inhaltlich sinnvoll, haben auch mir noch mal an der einen oder anderen Stelle... also jetzt nicht viel Neues, aber auch mir ein bisschen was Neues gezeigt“ (Ben, Arzt, 29 Jahre). Eine weitere Teilnehmende fand die Fragen zwar angemessen und bewertete es als gut, dass „zwischen drin immer wieder diese Fragen aufgeploppt sind, ‚Wie fühlt sich wer?‘ oder ‚Wie ist das zu verstehen und wie bewerten Sie das?‘ Das fand ich sehr hilfreich“ (Janine, geriatrische Pflegeberaterin, 38 Jahre). Andererseits äußerte sie auch den Wunsch nach einer einfacheren Sprache: „Die Fragestellung [war] manchmal ein bisschen komplex. Man muss es halt doch zweimal lesen, um zu wissen, was man jetzt ankreuzen soll. Da hätte ich mir zum Teil manchmal eine einfachere Sprache gewünscht“ (Janine, geriatrische Pflegeberaterin, 38 Jahre). Ein Vorschlag, um die Lernelemente zu verbessern, bestand darin, „am Ende noch mal so eine Zusammenfassung des Gelernten als kleines Recap, also so wie so ein kurzer Merkkasten“ (Clarissa, Medizinstudierende, 25 Jahre) zu integrieren.

Die Einschätzungen zur Realitätsnähe lassen sich hinsichtlich dreier Aspekte differenzieren: inhaltlich, berufspraktisch und optisch. Die inhaltliche Realitätsnähe, insbesondere mit Blick auf die gewählten Szenarien und erzählten Narrative, wurde als überwiegend hoch eingeschätzt: „Ich fand die schon sehr realistisch. Und ich glaube, dass sich das auch oft so gestaltet, wenn Patienten beim Arzt sitzen“ (Sabine, Pflegeberaterin, 60 Jahre). Eine weitere Teilnehmende äußerte, „dass Angehörige eher gerne mal Ihre demenzkranken Angehörigen vielleicht übergehen oder weniger nach ihren Bedürfnissen fragen. Das war auf jeden Fall sehr realistisch“ (Clarissa, Medizinstudierende, 25 Jahre). Demgegenüber wurde die berufspraktische Realitätsnähe teilweise unterschiedlich bewertet. Eine der Teilnehmenden äußerte sich vor allem hinsichtlich der Unkalkulierbarkeit der Kommunikationssituation in der Berufspraxis, die mit der künstlichen Situation des E-Learning-Programms nicht vergleichbar seien: „Ähnlichkeiten [sind] vorhanden, aber natürlich ist jedes Gespräch individuell und anders“ (Karina, Pflegeberaterin und Projektleitung, 40 Jahre). Ähnlich merkte einer der Allgemeinmediziner:innen an, dass die Videos eine etwas idealisierte Version der Realität zeichnen würden:

Ich würde sagen, die Hälfte aller Fälle läuft so rund wie in dem Beispiel. Aber ein größerer Teil der anderen Hälfte läuft auch ein bisschen weniger rund. So, dass zumindest die Grundstimmung weniger positiv ist und man erst mal einiges an Beziehungsarbeit unabhängig zu der aktuellen Fragestellung führen muss, bevor man dann konstruktiv über die Frage selbst reden kann. (Ben, Arzt, 29 Jahre)

Mit Blick auf die optische Realitätsnähe wurde von manchen Befragten der Wunsch nach „echten Menschen“ artikuliert, um sie realistischer zu gestalten:

Ich glaube auch, je realitätsnäher, desto mehr hat's den wirklichen Effekt. Ich habe das Gefühl, bei so einem Cartoon hat man schnell so das Gefühl ‚egal wie sehr man sich da versucht reinzusetzen, es immer so eine große Schranke bleibt zwischen: das ist hier gerade aber nicht echt‘. (Samuel, Medizinstudierender, 27 Jahre)

Jedoch wurde von einer Befragten auch die Notwendigkeit einer hundertprozentigen Realitätsnähe in Frage gestellt. Sie betonte, dass gerade ein Vorteil der Übungssituation darin bestünde, dass man nicht allzu nah an der Realität ist:

Ich finde, tatsächlich haben sie [die Figuren im Video] sehr schnell gesprochen. Also das ist in der Realität auch so. Aber ich finde, für Lernvideos ist es noch mal entspannter, wenn die trotz dieser Aufregung halt ein

bisschen langsamer sprechen, weil so musste ich es halt doch noch mal zurückspulen, weil es war so viel auf einmal dann plötzlich, dass ich dachte: ‚Huch, ja was war jetzt nochmal die Frage?‘ (Janine, geriatrische Pflegeberaterin, 38 Jahre)

Eine weitere Befragte empfand dies ebenfalls eher als Vorteil: „ich lerne ja auch operieren, nicht in einer Notoperation, sondern bei einer geplanten ruhigen OP“ (Tanja, Ärztin, 33 Jahre).

4.1.3 Einschätzung der Kompetenzentwicklung

Mit Blick auf die entwickelten Kompetenzen wurde vor allem hervorgehoben, dass das Programm es ermöglicht, Kompetenzen der Gesprächsführung und -initiierung zu stärken. Eine der Befragten sagte dazu beispielsweise: „ich glaube, dass man darüber lernen kann, mit Menschen in Kommunikation zu treten“ (Sabine, Pflegeberaterin, 60 Jahre), eine weitere war ebenfalls der Meinung, es „hilft den Leuten sich in diese Kommunikationsfähigkeit reinzubewegen“ (Karina, Pflegeberaterin und Projektleitung, 40 Jahre). Auch die Kompetenz einer Perspektivübernahme, „dieses ‚sich Hineinversetzen‘“ (Ben, Arzt, 29 Jahre), wurde in den Augen einiger Befragter entwickelt: Hinsichtlich der geschulten Kompetenzen wurde von den Befragten auch die Übertragbarkeit auf verschiedene Gesundheitsberufe hervorgehoben, die für eine Kompetenzentwicklung in unterschiedlichen Berufszweigen spricht: „Das, was ich immer wieder erlebe... da kann man die Ärztin auch austauschen für die Pflegeberaterin tatsächlich und die kann da genauso sitzen und genau die gleichen Fragen kommen“ (Janine, geriatrische Pflegeberaterin, 38 Jahre). Mit Blick darauf, welche Kompetenzen durch das Programm noch nicht hinreichend entwickelt wurden bzw. was das E-Learning-Programm nicht oder nicht hinreichend abbildete, wurden die Emotionalität der Kommunikationssituation und eine potentiell negativ verlaufende Interaktion genannt: „Demenz geht über Emotion, Kommunikation geht über Emotion. Es war nur ein bisschen zu wenig Emotionen da drin.“ (Helene, Demenzcoach, 57 Jahre). Ein Fokus auf eine stärkere Entwicklung der emotionalen Kompetenz würde dabei mit einer höheren empfundenen Realitätsnähe einhergehen.

4.2 Forschungsfrage 2: Bedürfnisse in der gesundheitsberuflichen Praxis

In der zweiten Forschungsfrage wurde untersucht, welche Bedürfnisse und weitergehenden Wünsche in der gesundheitsberuflichen Praxis mit Blick auf die Schulung von Kompetenzen in der Angehörigenkommunikation bestehen. Diese lassen sich mit Blick auf die *Berufspraxis* und mit Blick auf die *Aus- und Weiterbildung* unterteilen. Hierbei wurden neben den Grenzen des E-Learning-Programms auch Grenzen und Zwänge innerhalb des Bildungssystems und der Berufspraxis deutlich.

In beiden Bereichen – Bildung und Berufspraxis – teilen die Befragten die Einschätzung, dass das Üben im geschützten digitalen Raum kein Ersatz für den Aufbau von Wissen und die Entwicklung von Kompetenzen in der Berufspraxis sein kann. Die praktische Anwendung und das Sammeln eigener Erfahrungen, so die Befragten, ließen sich nicht ersetzen: „Das Theoretische ist das eine, man muss eigentlich ins Tun kommen“ (Karina, Pflegeberaterin und Projektleitung, 40 Jahre). Eine weitere Befragte formulierte dementsprechend: „Das ist eine Sache des learning by doing in erster Linie“ (Tanja, Ärztin, 33 Jahre). Auch mit Blick auf die Schulung der Angehörigenkommunikation, z. B. im Rahmen eines medizinischen Studiengangs, wurden E-Learning-Programme im Allgemeinen und das vorliegende im Besonderen zwar als hilfreiche Stütze wahrgenommen, aber auch hinsichtlich ihrer Grenzen, u. a. im Vergleich zum Üben mit Schauspiel-Patient:innen evaluiert: „Ich würde auf gar keinen Fall sagen, dass es face-to-face Unterricht ersetzen kann“ (Tom, Medizinstudent, 25 Jahre).

4.2.1 Bedürfnisse in Aus- und Weiterbildung

Hinsichtlich der Schulung von Kommunikationskompetenzen in der Aus- und Weiterbildung wurde eine Einbindung in größere Lehrstrukturen und eine Kombination mit theoretischem Input, Schauspiel-Übungen und Praxiserfahrung als sinnvoll wahrgenommen. Hieraus lässt sich ableiten, dass digitales Lernen aus Sicht der Berufspraktiker:innen stärker implementiert und in übergreifende Bildungsstrukturen eingebettet werden könnte. Die aktuelle Verfügbarkeit digitaler Lehrmaterialien

wurde partiell als mangelhaft eingeschätzt: „Offiziell heißt das E-Learning, was wir an der Uni haben. Aber das sind keine interaktiven Videos. Wir haben da hauptsächlich Texte und manchmal nicht interaktive Videos. Also einfach einen Film von einem privaten Gespräch oder so“ (Samuel, Medizinstudent, 27 Jahre). Eine der Befragten schlug in dem Zusammenhang einer Verschränkung von Praxis und Theorie vor, das E-Learning-Programm in das praktische Jahr zu integrieren, um einen möglichst hohen Lernerfolg zu erzielen:

Mir ist noch eine Anwendung eingefallen, nämlich für den PJ Unterricht am Ende vom Studium. Das ist ja das praktische Jahr, in dem Medizinstudenten Vollzeit in der Klinik sind und da sozusagen möglichst einen guten Soft Start in das Arztdasein bekommen sollen. Da könnte das auch gezeigt werden. (Clarissa, Medizinstudierende, 25 Jahre)

Dabei wurde erneut das Thema der praktischen Anwendbarkeit der gelernten Inhalte deutlich. Als Wunsch für die Zukunft wurden von den in Bildungsprozessen befindlichen Gesundheitsberuf-ler:innen dabei nämlich mehr Gelegenheiten artikuliert, selbst hinreichend Erfahrungen in der Kommunikation mit Angehörigen und Patient:innen zu sammeln oder von erfahreneren Kolleg:innen instruiert zu werden. Hierbei wurde von einigen Befragten ein Mentor:innen-Modell vorgeschlagen und als wünschenswert betrachtet:

An Patienten selber, dass man so eine Art Praxistraining macht. Das kann man auch machen, dass man danach ein Feedback bekommt, wie es war, was man hätte besser machen können. Oder in den Patienten-/Angehörigengespräch, dass ein Mentor mit draufguckt oder irgendjemand mit dabei ist. (Lola, Pflegeberaterin, 48 Jahre)

4.2.2 Bedürfnisse in der Berufspraxis

Der Wunsch nach Anleitung im Sinne eines Mentor:innen-Modells wurde auch in der Berufspraxis deutlich. Auch hier bestand das Bedürfnis danach, sich mit anderen auszutauschen, individuelles Feedback zu erhalten und das praktische Tun entwickeln zu können:

In einer idealen Welt würde ich das so sehen, dass sich die erfahrenen Ärzte die jungen Kollegen schnappen vor so einem Gespräch oder nach so einem Gespräch und, dass man das einmal durchgehen kann und dass die vielleicht auch noch ihre Eindrücke und Erfahrungen mitteilen. (Ben, Arzt, 29 Jahre)

Gleichzeitig wurden hier auch noch einmal stärker die Grenzen und Beschränkungen deutlich, die einer gelungenen Angehörigenkommunikation im Wege stehen. Dies war bei den Pflegeberater:innen weniger der Fall, da diese auf die Kommunikation mit Patient:innen und Angehörigen spezialisiert sind und sich gut in der Lage fühlen, zeitliche wie emotionale Ressourcen dafür aufzuwenden. Gerade in der ärztlichen Praxis, im Krankenhaus bzw. aufseiten des Pflegepersonals gestaltete sich dies anders. So war eine der genannten Grenzen in der medizinischen Praxis der Zeitdruck, der das Einlassen auf die beteiligten Personen stark begrenzte: „Ganz schnell im Arztalltag sind Angehörige natürlich einfach anstrengend größtenteils. Manchmal helfen sie einem auch, aber sie sind auch oft anstrengend, weil sie viel wissen wollen und weil man selber gestresst ist“ (Tanja, Ärztin, 33 Jahre). Hier wird deutlich, dass neben den Kompetenzen auch die organisatorischen Arbeitsbedingungen eine wichtige Rolle bei der Umsetzung der Kommunikationskompetenzen spielen. Dementsprechend betont die Befragte auch die Herausforderung, unter diesem Zeitdruck empathisch zu bleiben oder zu werden:

So ein bisschen die Empathie auch für Angehörige hochhalten. Ich glaube, das kann man nur, wenn man sich mal in die Lage versetzt, weil man die selber, während man für die Patienten zuständig ist, sieht und sich immer denkt, ‚das ist jetzt wirklich einer meiner geringsten Sorge, wie es den Angehörigen dabei geht‘. (Tanja, Ärztin, 33 Jahre).

Auch das Fehlen ruhiger Lokalitäten zur Durchführung von Gesprächen mit Angehörigen wurde mit Blick auf das Krankenhaussetting bemängelt: „Bei mir auf Station habe ich mich meistens [in] eine Sitzecke gesetzt oder wir sind in einen Behandlungsraum gegangen, weil wir überhaupt keinen Raum hatten, um mit den Leuten zu sprechen“ (Tanja, Ärztin, 33 Jahre). Für eine gelungene Angehörigenkommunikation werden also auch örtliche Ressourcen als wichtig empfunden.

Neben den Restriktionen hinsichtlich Zeit und Raum wurde auch die mangelnde Bereitschaft von Kolleg:innen, sich mit der Angehörigenkommunikation auseinanderzusetzen, als signifikante Barriere artikuliert:

Was mir gefühlt am meisten fehlt bei vielen Ärztinnen und Ärzten ist, das Verständnis für oder die Bereitschaft, sich in Angehörige hineinzuversetzen und nachzuvollziehen, dass diese Sorgen und das auch kritische Fragen natürlich einfach menschlich und nachvollziehbar sind. (Ben, Arzt, 29 Jahre)

In diesem Zusammenhang wurde auch betont, dass gewisse *Soft Skills* (z. B. Empathie, Zuhörfähigkeit) zur erfolgreichen Angehörigenkommunikation vorhanden sein müssen, die nicht oder nur schwer erlernt werden könnten. Hier wurde der Wunsch nach einer Änderung der Kultur innerhalb der medizinischen Arbeitsstrukturen, d. h. der (interprofessionellen) Zusammenarbeit und den organisatorischen sowie räumlichen Arbeitsbedingungen (wie der beschriebene Zeitmangel) und des Mindsets der handelnden Personen deutlich.

5 Diskussion

Erstes Ziel dieser Interviewstudie war es zu evaluieren, inwieweit das entwickelte E-Learning-Programm geeignet ist, um jene Kommunikationskompetenzen zu stärken, die in der beruflichen Praxis gebraucht werden. Das Programm wurde überwiegend benutzerfreundlich, realitätsnah und mit Blick auf die Kompetenzen der Gesprächsführung und -initiierung als praxistauglich eingeschätzt. Die Befragten artikulierten aber auch eine fehlende Entwicklung von emotionalen Kompetenzen, die in der Berufspraxis für die besonders herausfordernden Gesprächssituationen benötigt würden. Die Entwicklung und Stärkung emotionaler Intelligenz wird in der Arzt-Patienten-Kommunikation und in der zukünftigen medizinischen Ausbildung als eine Schlüsselkompetenz betrachtet (Marcos et al., 2021). Es könnte sich für zukünftige E-Learning-Programme daher als hilfreich erweisen, das Thema emotionale Kompetenzen stärker in den Blick zu nehmen. Zudem wurde deutlich, dass die Erfahrungen in der beruflichen Praxis nicht eins zu eins abgebildet werden können. Die Einsatzszenarien des E-Learning-Programms sind damit begrenzt, scheinen aber insbesondere in Aus- und Weiterbildung gut abgedeckt zu werden und auch andere (über die Kommunikationsgestaltung hinausgehende) Maßnahmen, wie Veränderungen im räumlichen Setting, zu benötigen. Da das Programm für die Einbettung in größere Bildungszusammenhänge konzipiert wurde und nicht als Praxisersatz gedacht ist, scheint eine Verwendung damit sehr gut möglich – insbesondere mit Blick auf die inhaltliche Ausrichtung. Eine Verschränkung von theoretischem Wissen und praktischer Anwendung – auch in berufspraktischen Settings – scheint für E-Learning-Programme zur Angehörigenkommunikation daher essenziell. Ergänzt werden könnte diese in zukünftig entwickelten Programmen auch durch einen stärker individualisierten Zuschnitt auf die Potenziale und Bedürfnisse der Lernenden, die sich in Studien bereits als effektiv erwiesen haben (Hobma et al., 2006).

Die Gestaltung des Lernprogramms wurde mit Blick auf Design und Grundlagen überwiegend positiv bewertet. Die Wahrnehmung der Komplexität der vermittelten Lerninhalte, so geht aus den Interviews hervor, ist demgegenüber individuell. Die Verwendung einer einfacheren Sprache und umfangreicherer Vorinformation bieten jedoch ohne Verlust an inhaltlicher Komplexität und Lerntiefe eine inklusivere Möglichkeit, um unterschiedliche Lernende gleichermaßen einzubinden und abzuholen. Zudem scheint die Integration von Zwischenzusammenfassungen ratsam, um die Lerninhalte noch einmal zu vergegenwärtigen.

Ein zweites Ziel der Studie war es, weitergehende Bedürfnisse in der Berufspraxis und in Hochschulaus- und Weiterbildung zu betrachten. In medizinischen Berufen scheinen dabei aus Sicht der Befragten lokale und zeitliche Grenzen ebenso wie mangelnde Motivation zur Angehörigenkommunikation entgegenzustehen. Die systemischen Barrieren wie Zeitmangel behindern eine erfolgreiche Kommunikation mit Patient:innen und Angehörigen und sind auf individueller Ebene kaum zu beseitigen. Die Implementierung von Kommunikationstrainings und die Umsetzung der erworbenen Kompetenzen könnte aus struktureller Perspektive entsprechend mit höherem Ressourcenaufwand und Investitionen (z. B. in zusätzliches Personal, Räumlichkeiten) einhergehen müssen, um die in der Studie adressierten Fehlstellen zu kompensieren. In der Hochschulaus- und Weiterbildung wird laut unseren Studienteilnehmenden das vorhandene Potenzial von E-Learning-Programmen für die Förderung der Kommunikationskompetenz in der Gesundheitsberufsbildung noch nicht hinreichend ausgeschöpft. Hier wird vor allem der Wunsch nach einer stärkeren Verschränkung von Theorie (gestützt durch digitale Lehrmethoden) und Praxis deutlich. In beiden Bereichen, Berufspraxis und Hochschullehre, wird dabei von den Befragten ein Mentor:innenmodell vorgeschlagen, das in der Anleitung durch erfahrenere Kolleg:innen besteht. Versuche, die Kompetenzentwicklung in der Angehörigenkommunikation voranzutreiben, müssen diese genannten Grenzen und Bedürfnislagen berücksichtigen, um passgenaue Lösungen zu präsentieren.

Unsere Studie zeigt dabei auch, dass es relevant ist, neben der Praktiker:innenperspektive auch die Perspektive der Studierenden und in der Hochschulausbildung befindlichen Personen einzubringen. Hierzu könnten ggf. noch dezidierte Untersuchungen durchgeführt bzw. Studierende in die Entwicklung von Bildungsprogrammen einbezogen werden.

Insgesamt können kontinuierliche Angebote zur Schulung von Kommunikationskompetenzen in der frühen und späteren Aus- und Weiterbildung sowie in der beruflichen Praxis dazu beitragen, das Thema nachhaltig zu verankern und so die tatsächlichen Kommunikationsverhältnisse zu verbessern. E-Learning-Programme können dabei eine wichtige Stütze für die Lehre von Gesundheitskommunikation sein, solange sie die Berufs- und Lebenspraxis der Lernenden im Blick behalten, mit dem Ziel einer bestmöglichen Hochschulausbildung der Gesundheitsberufler:innen in verschiedenen Kommunikationsbelangen. Gleichzeitig ermöglicht die hier vorgestellte partizipative Einbindung der Praktiker:innen den Lehrenden und Forschenden die relevanten Kommunikationsherausforderungen zu erkennen und praxistaugliche Strategien für deren Bewältigung weiterzuentwickeln.

Literatur

- Akkreditierungsrat (2015). Fachlichkeit und Beruflichkeit in der Akkreditierung: Abschlussbericht und Empfehlungen der Arbeitsgruppe Fachlichkeit und Beruflichkeit des Akkreditierungsrates. https://archiv.akkreditierungsrat.de/fileadmin/Seiteninhalte/AR/Veroeffentlichungen/Berichte/AR_Abschlussbericht_AGFachlichkeit.pdf
- Baumann, W. & Welslau, M. (2017). Patientenadhärenz in der oralen medizinischen Onkologie. *Der Onkologe*, 23(8), 645–650. <https://doi.org/10.1007/s00761-017-0237-3>
- Brown, R. F. & Bylund, C. L. (2008). Communication skills training: Describing a new conceptual model. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 83(1), 37–44. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31815c631e>
- Erhel, S. & Jamet, E. (2013). Digital game-based learning: Impact of instructions and feedback on motivation and learning effectiveness. *Computers & Education*, 67, 156–167. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2013.02.019>
- Freyer, J., Greißing, C. & Buchal, P. (2016). Entlassungsmedikation – Was weiß der Patient bei Entlassung über seine Arzneimittel? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 141(15), e150–e156.
- Gebhardt, C., Mehnert-Theuerkauf, A., Hartung, T., Zimmermann, A., Glaesmer, H. & Götze, H. (2021). COMSKIL: A communication skills training program for medical students. *GMS Journal for Medical Education*, 38(4), Doc83. <https://doi.org/10.3205/zma001479>

- Goelz, T., Wuensch, A., Stubenrauch, S., Bertz, H., Wirsching, M. & Fritzsche, K. (2010). Addressing the transition from curative to palliative care: Concept and acceptance of a specific communication skills training for physicians in oncology--COM-ON-p. *Onkologie*, 33(1–2), 65–69. <https://doi.org/10.1159/000264626>
- Green, M. C. & Brock, T. C. (2000). The role of transportation in the persuasiveness of public narratives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 701–721. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.79.5.701>
- Greene, M. G. & Adelman, R. D. (2014). Beyond the dyad: Communication in triadic (and more) medical encounters. In L. R. Martin & R. DiMatteo (Hrsg.), *The Oxford handbook of health communication, behavior change, and treatment adherence* (S. 136–154). Oxford University Press.
- Herter-Ehlers, U. (2021). Kommunikation in den Gesundheitsberufen. In U. Herter-Ehlers (Hrsg.), *Grundlagen der Kommunikation für Gesundheitsberufe: Leitfaden für Logopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Pflege* (S. 3–10). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-35421-3_2
- Hobma, S., Ram, P., Muijtjens, A., Vleuten, C. van der & Grol, R. (2006). Effective improvement of doctor-patient communication: A randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, 56(529), 580–586.
- Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (Hrsg.) (2020). *Kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten: Leitfaden zur Implementierung des nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation in der Medizin*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/leitfaden-kommunikative-kompetenzen-von-aerztinnen-und-aerzten>
- Jünger, J., Mutschler, A., Kröll, K., Weiss, C., Fellmer-Drügg, E., Köllner, V. & Ringel, N. (2015). Ärztliche Gesprächsführung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung: Das Nationale longitudinale Mustercurriculum Kommunikation. *Med Welt*, 4, 189–192.
- Liebold, R. & Trinczek, R. (2009). Experteninterview. In S. Kühl, P. Strodtholz & A. Taffertshofer (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Organisationsforschung: Quantitative und Qualitative Methoden* (S. 32–56). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91570-8_3
- Liu, C. & Elms, P. (2019). Animating student engagement: The impacts of cartoon instructional videos on learning experience. *Research in Learning Technology*, 27. <https://doi.org/10.25304/rlt.v27.2124>
- Malicki, A., Vergara, F. H., Van, de C. B., Goyeneche, P., Mann, S., Preston, S. M., Seiler, J., Meneses, M. Z. & Whalen, M. (2020). Gamification in nursing education: An integrative literature review. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 51(11), 509–515. <https://doi.org/10.3928/00220124-20201014-07>
- Marcos, J. F., Cerdio, D., Campo, E. del, Gutiérrez, R. E., Castro, L. A. & Cedillo, A. C. (2021). Doctor-patient relationship and emotional intelligence, a challenge in medical education. *Medicina y Ética*, 32(3), 635–664. <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n3.01>
- Moyer-Gusé, E. (2008). Toward a theory of entertainment persuasion: Explaining the persuasive effects of entertainment-education messages. *Communication Theory*, 18(3), 407–425. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2008.00328.x>
- Nuci, K. P., Tahir, R., Wang, A. I. & Imran, A. S. (2021). Game-based digital quiz as a tool for improving students' engagement and learning in online lectures. *IEEE Access*, 9, 91220–91234. <https://doi.org/10.1109/ACCESS.2021.3088583>
- Pundt, J. & Grden, J. (2012). Potenziale für Gesundheitsberufe: Distance-Learning. *Public Health Forum*, 20(4), 22–24. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2012.10.004>
- Reifegerste, D. (2019). *Die Rollen der Angehörigen in der Gesundheitskommunikation*. Springer.
- Reifegerste, D., Wagner, A., Bittner, A. & Uerpmann, A. L. (2023). Besser sprechen mit Angehörigen. Interaktive Lernvideos zur Entwicklung von Kommunikationskompetenzen in Gesundheitsberufen. *die hochschullehre*, 9(12), 162–177. <https://doi.org/10.3278/HSL2312W>
- Schick, K., Reiser, S., Mosene, K., Schacht, L., Janssen, L., Thomm, E., Dinkel, A., Fleischmann, A., Berberat, P. O., Bauer, J. & Gartmeier, M. (2020). How can communicative competence instruction in medical studies be improved through digitalization? *GMS Journal for Medical Education*, 37(6), 57. <https://doi.org/10.3205/zma001350>
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. SAGE.
- Silva, A. G., Caravau, H., Martins, A., Almeida, A. M. P., Silva, T., Ribeiro, Ó., Santinha, G. & Rocha, N. P. (2021). Procedures of user-centered usability assessment for digital solutions: Scoping review of reviews reporting on digital solutions relevant for older adults. *JMIR Human Factors*, 8(1), e22774. <https://doi.org/10.2196/22774>

- Slater, M. D. (2002). *Entertainment Education and the persuasive impact of narratives*. Psychology Press.
- Violante, M. G. & Vezzetti, E. (2015). Virtual interactive e-learning application: An evaluation of the student satisfaction. *Computer Applications in Engineering Education*, 23(1), 72–91. <https://doi.org/10.1002/cae.21580>

Autor:innen

Asst. Prof. Dr. Anna Wagner. Radboud University, Centre for Language Studies, Nijmegen, Niederlande; ORCID: 0000-0001-5540-5214; E-Mail: anna.wagner@ru.nl

Prof. Dr. Doreen Reifegerste. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld, Deutschland; ORCID: 0000-0002-8961-7220; E-Mail: doreen.reifegerste@uni-bielefeld.de

Imke Ochsenfahrt. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld, Deutschland; ORCID: 0000-0002-8961-7220; E-Mail: imke.ochsenfahrt@uni-bielefeld.de

Anne Krümmel. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld, Deutschland; ORCID: 0000-0002-8961-7220; E-Mail: anne.kruemmel@uni-bielefeld.de



Zitiervorschlag: Wagner, A., Reifegerste, D., Ochsenfahrt, I. & Krümmel, A. (2025). Wie praxistauglich ist E-Learning für die Stärkung der Kommunikationskompetenzen in Gesundheitsberufen? *die hochschullehre*, Jahrgang 11/2025. DOI: 10.3278/HSL2471W. Online unter: wbv.de/die-hochschullehre