

Andrea Dehn-Hindenberg

Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie

Wissenschaftliche Schriften

Gesundheit / Therapie



Das Gesundheitsforum

**Schulz-
Kirchner
Verlag**

Andrea Dehn-Hindenberg

**Patientenbedürfnisse in der
Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie**

Wissenschaftliche Schriften
im Schulz-Kirchner Verlag

Reihe 13
Beiträge zur Gesundheits-
und Therapiewissenschaft
Band 3

Vom Fachbereich I Erziehungs- und Sozialwissenschaften der
Universität Hildesheim zur Erlangung des Grades eines Doktors
der Philosophie (Dr. phil.) angenommene Dissertation von Andrea
Dehn-Hindenberg

Tag der Disputation: 5.12.2007

Gutachter/Gutachterin:

Prof. Dr. Norbert Grewe | Prof. Dr. Ulla Beushausen

Andrea Dehn-Hindenberg

**Patientenbedürfnisse in der
Physiotherapie, Ergotherapie
und Logopädie**



Das Gesundheitsforum

**Schulz-
Kirchner
Verlag**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage 2008

ISBN 978-3-8248-0800-7 (E-Book)

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2008

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner

Druck und Bindung:

Rosch Buch Druckerei GmbH, Bamberger Str. 15, 96110 Scheßlitz

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von der Verfasserin und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Verfasserin bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei Prof. Dr. Ulla Beushausen bedanken, die von der Entstehung bis zur Beendigung dieser hier vorliegenden Arbeit mein Denken und Handeln reflektiert hat und mich durch Motivation und fachliche Beratung stets unterstützte.

Für die Hilfe und Unterstützung bei der Strukturierung und bei dem zielkonformen Argumentationsaufbau dieser Arbeit möchte ich Prof. Dr. Norbert Grewe meinen besonderen Dank aussprechen.

Vielen Dank sage ich auch Herrn Dr. Torsten Futterer, der mir in Fragen der Statistik mit kompetentem Rat zur Seite stand.

Den an der Befragung teilgenommenen Praxen, Therapeuten und nicht zuletzt den auskunftsbereiten Patienten, sage ich hiermit: Dankeschön!

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	11
1.1	Beschreibung der Forschungsarbeit	13
1.2	Das Untersuchungsfeld	17
1.3	Begriffsdefinitionen	23
2	Einordnung und Bedeutung von Kommunikation	37
2.1.	Kommunikation im Forschungsfeld	37
2.2	Die Bedeutung von Kommunikation	38
3	Stand der Forschung	45
3.1	Gesundheitskommunikation als Forschungsbereich	45
3.1.1	Empathie und Kommunikation der Therapeuten	50
3.1.2	Aufgabe und Funktion von Kommunikation	53
3.1.3	Ausbildung von Kommunikationskompetenzen	59
3.2	Qualität und Qualitätssicherung	66
3.2.1	Definition des Qualitätsbegriffs	67
3.2.2	Qualitätsdimensionen	71
3.2.3	Qualität durch evidenzbasierte Medizin und Therapie	79
3.2.4	Patientenbefragung: Instrument zur Qualitätssicherung	84
3.3	Patientenorientierung	93
3.3.1	Ethische Grundsätze	94
3.3.2	Patienten im Mittelpunkt	97
3.3.3	Die Rolle des Patienten	99
3.3.4	Der Patient als Kunde?	110
3.3.5	Patientenbedürfnisse und Behandlungserfolg	114
3.4	Das Konstrukt Patientenzufriedenheit	117
3.4.1	Konzepte von Zufriedenheit: Modelle und Theorien	118
3.4.2	Erwartungen und Patientenzufriedenheit	125
3.4.3	Untersuchungen von Patientenzufriedenheit	129
3.4.4	Ergebnisse von Zufriedenheitsuntersuchungen	132
3.4.5	Bewertung von Zufriedenheit oder von Erfahrungen?	136
3.5	Qualitätskriterien aus Patientensicht	142
3.5.1	Können Patienten Qualität beurteilen?	142

3.5.2	Kontextabhängige Patientenbedürfnisse	146
3.5.3	Die ‚Key Driver‘: Was Patienten wichtig ist	147
3.5.4	Patientenorientierte Forschung	152
4	Schlussfolgerungen aus der Forschung	155
4.1	Bestimmung der Untersuchungsmerkmale	159
5	Beschreibung des Messinstruments	161
5.1	Auswahl des Analyseverfahrens	161
5.2	Organisatorischer Ablauf der Befragung	163
5.3	Die Fragebogengestaltung	164
5.4.	Methoden und Auswertungsstrategien	164
5.5.	Analyse des Fragebogens	165
5.5.1	Validität	165
5.5.2	Regressionsanalyse	168
5.5.3	Reliabilität	168
6	Das Datenmaterial	171
6.1	Der Rücklauf	171
6.2	Die Berufsgruppen	172
6.3	Demografische Merkmale der Befragungsteilnehmer	172
6.4	Die Erkrankungen	174
6.5	Die Therapiedauer	176
7	Ergebnisse der Befragung	177
7.1	Patientenbedürfnisse	177
7.1.1	Partizipative Entscheidungsfindung	177
7.1.2	Unterstützung in der Therapie	181
7.1.3	Kompetenz der Therapeuten	185
7.1.4	Motivation und Arbeitsatmosphäre	188
7.1.5	Erwartungen an das Therapeutenverhalten	192
7.1.6	Patientenbeitrag für den Therapieerfolg	193
7.1.7	Therapieerfolg aus Patientensicht	196
7.1.8	Entscheidungsmöglichkeiten.....	197
7.2	Therapiebewertung	199
7.2.1	Bewertung der Therapieinhalte.....	199
7.2.2	Gesamtbewertung.....	207

7.3	Bivariate Zusammenhänge	209
7.3.1	Therapiebewertung und Entscheidungen	209
7.3.2	Therapiebewertung und Unterstützung	210
7.3.3	Therapiebewertung und Therapeutenkompetenz	211
7.3.4	Therapiebewertung und Motivation	212
7.3.5	Gesamtbewertung und Therapiekriterien	213
7.4.	Bivariate Zusammenhänge: Verständnis	219
7.5	Bivariate Zusammenhänge: Kompetenz	221
7.6	Bivariate Zusammenhänge: Therapieerfolg	223
7.7	Bivariate Zusammenhänge: Entscheidungen	226
7.8	Ergebnisse der multiplen Regression	227
7.8.1	Therapieerfolg	227
7.8.2	Therapiebewertung	230
7.8.3	Kompetenz	231
7.9	Geschlechtsspezifische Differenzierungen	233
7.10	Vergleich der Berufsgruppen	238
8	Diskussion der Ergebnisse	251
9	Schlussfolgerungen für die Ausbildung, Berufspraxis und Hochschullehre	265
10	Forschungsbedarf und Ausblick	267
11	Verzeichnis der Tabellen	271
12	Verzeichnis der Abbildungen	273
13	Literaturverzeichnis	277
14	Anhang	299

Hinweise zum Text

Aus Gründen der Lesbarkeit werden nicht beide Geschlechterformen verwendet. Es sind jedoch selbstverständlich stets beide Geschlechter angesprochen: Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Patientinnen und Patienten

1 **Einleitung**

Die Einbeziehung der Patienten in die Beurteilung medizinischer/therapeutischer Behandlungsqualität ist das Ergebnis zunehmender Patientenorientierung in der Gesundheitsversorgung. Die Diskussion um eine an den Bedürfnissen der Patienten orientierten Gesundheitsversorgung mit den Patienten als Partner im Behandlungsprozess, wirft die Frage nach den konkreten Patientenpräferenzen in den einzelnen Kontexten medizinischer und therapeutischer Behandlung auf.

An dieser Stelle richtet sich das Augenmerk auf den Behandlungsprozess in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Für die drei Berufsgruppen liegen in Deutschland derzeit noch keine Untersuchungen über die Bedürfnisse von Patienten im Kontext der Interaktion und Kommunikation mit ihren Therapeuten vor. Dies gilt auch für die Bewertung ausgewählter, für den Therapieverlauf und das Therapieergebnis wichtige Kriterien. Dementsprechend stellen sich folgende Fragen:

Was benötigen Patienten der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie, um Fortschritte im Gesundungsprozess zu machen?

Welches Verhalten fördert den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zum Therapeuten und wie bewerten Patienten ihre Therapieerfahrungen?

Diese Ausgangsfragestellungen für die hier vorliegende Untersuchung konzipieren sich aus den Erfahrungen der Lehre in dem 2001 eingerichteten interdisziplinären Bachelor - Studiengang der Fachhochschule Hildesheim.

Die unterschiedlichen Kenntnisse und Fähigkeiten der Therapeuten der drei Berufe in den Fächern der Kommunikation, Gesprächsführung und Beratung sind der Anlass, die konkreten Anforderungen im Bezug auf ein empathisches und vertrauensförderndes Verhalten der Therapeuten im Behandlungsprozess zu selektieren.

Hierbei ist im ersten Schritt zu erfassen, welche Bedürfnisse und Erwartungen von den Patienten formuliert werden. Danach richtet sich die Aufmerksamkeit auf die Bewertung ausgewählter Interaktionsinhalte seitens der Patienten. Daran anknüpfend sollen anhand der Ergebnisse wichtige Kriterien für

die Gestaltung des Therapeutenverhalten und der Interaktionsinhalte abgeleitet werden.

Ein Ziel ist es, die Ausbildungsinhalte im Bereich Kommunikation und Beratung möglichst einheitlich und konform zu gestalten, damit alle Therapeuten über das Handwerkszeug sowie über persönliche Fähigkeiten und Kenntnisse verfügen, um den Patientenbedürfnissen gerecht zu werden. So ist der Therapieprozess in dem Maß zu gestalten, dass ein Therapieerfolg erreicht wird, der den Patientenbelangen angepasst und zudem fachtherapeutisch evident ist.

Die Grundlagen der hier vorliegenden Arbeit sind die theoretischen Zusammenhänge der Gesundheitskommunikation (Health Communication) (Kapitel 3.1), der Qualitätsdimensionen einer gesundheitlichen Versorgung mit dem Hauptaugenmerk auf die Prozess- und Ergebnisqualität (Kapitel 3.2), der Patientenorientierung mit den sich wandelnden Rollen der Patienten im Behandlungsprozess (Kapitel 3.3) und der Patientenzufriedenheit als ein Konstrukt zur Messung von Patientenbedürfnissen (Kapitel 3.4). Daran anschließend werden die Ergebnisse von Studien über Qualitätskriterien aus Patientensicht vorgestellt (Kapitel 3.5).

Die theoretischen Bezüge basieren auf Forschungsergebnissen unterschiedlicher Kontexte medizinischer Versorgung. Bislang liegen validierte Untersuchungen in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen sowie Hausarztpraxen aus Deutschland, England, den USA, Kanada und der Schweiz vor. Auch werden die Ergebnisse aus Länder vergleichenden Studien sowie einzelne Forschungsergebnisse der Physiotherapie (aus den USA und der Schweiz) als Basis genutzt, um sie mit den Ergebnissen der hier vorliegenden Untersuchung zu vergleichen.

1.1 Beschreibung der Forschungsarbeit

Das zentrale Anliegen der hier vorgestellten Arbeit ist die Analyse und Deskription der Patientenbedürfnisse im Kontext der Kommunikation von Therapeuten der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie in der Interaktion mit Patienten bezüglich der Erarbeitung und Vermittlung des Therapieplans, der Zielvereinbarung und der Anleitung therapeutischer Behandlungsinhalte.

Der Focus liegt auf der Wahrnehmung, Gewichtung und Bewertung ausgewählter, für die Patienten bedeutsamer Aspekte, die maßgeblich zum Gelingen einer Therapie beitragen.

Diese Aspekte wurden mittels einer Fragebogenerhebung untersucht, in der Patienten dieser drei Berufsgruppen befragt worden sind.

Die Untersuchung liefert Hinweise dazu,

- was Patienten in der Therapie unterstützt,
- welche Bedürfnisse sie bezüglich der Interaktion und der Kommunikation mit ihren Therapeuten haben,
- ob ihre Bedürfnisse Beachtung finden,
- welche Kriterien erfüllt sein müssen, damit die Therapie aus Patientensicht als erfolgreich bewertet wird, und
- wie sie in Entscheidungsprozesse einbezogen werden wollen.

Derzeit wird davon ausgegangen, dass eine Übertragbarkeit der Inhalte auf verwandte Berufsgruppen besteht.

Diese Untersuchung steht im Kontext bereits vorhandener Forschungsprojekte und Studien. Zu nennen sind hierbei im Besonderen Patientenbefragungen in Krankenhäusern und Arztpraxen als ein Aspekt und Instrument des Qualitätsmanagements sowie Studien zur Definition von Patientenzufriedenheit und deren Messung in verschiedenen medizinischen Kontexten.

Untersuchungen im Kontext von Qualitätssicherungsmaßnahmen

Aichele, 2001; Blum, 2001a; Carey u. Seibert, 1993; Freise, 2003; Kölner Krankenhaus - Kongress, 2000; Pfaff u.a., 2000; Satzinger, 2001; Sawicki, 2005; Spießl u.a., 2001.

Untersuchungen in Arztpraxen

Gericke u.a., 2004; Dierks, Bitzer, Schwartz, 2000a; Klingenberg, Bahrs, Szecsenyi, 1999.

Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit

Aust, 1994; Bauer, Keller, Hahn, 2002; Blum, 1998a, Dahl, 2001; Nickel u. Trojan, 1999; Peltenberg, 2001; Schupeta u. Hildebrandt, 1999; Sitzia u. Wood, 1998; Wüthrich-Schneider, 1998.

Untersuchungen zur Partizipativen Entscheidungsfindung, bzw. zum Shared Decision Making

Härter u.a., 2006; Pfaff u.a., 2001; Pfaff u.a., 2000; Scheibler, 2004; Scheibler u. Pfaff, (Hrsg.), 2003.

(Auswahl der Literatur exemplarisch)

In der Schweiz, Amerika und Kanada wurden Zufriedenheitsuntersuchungen mit Patienten der Physiotherapie durchgeführt, die in unterschiedlicher Gewichtung die Strukturqualität und die Prozessqualität sowie die Gesamtzufriedenheit abgefragt haben. (vgl. Monnin u. Perneger, 2002; Beattie u.a., 2002 und 2005; Roush u.a., 2001; Goldstein u.a., 2000)

Wie wichtig die Qualität der interpersonalen Kommunikation zwischen Arzt/Therapeut und Patient unter den Gesichtspunkten von Patientenorientierung und der Stärkung der Patientenrolle ist und wie diese eine vertrauensvolle Beziehung, und somit auch den Behandlungsverlauf und Behandlungserfolg beeinflusst, wird in den kommenden Kapiteln näher beschrieben.

Die in dieser Arbeit verwendete Literatur stammt zum großen Teil aus den Bereichen der Arzt/Patient Interaktion und den entsprechenden Forschungsfeldern. Sie gilt jedoch analog auch für andere Gesundheitsprofessionen, die in direktem Kontakt zu Patienten stehen. (vgl. Hurrelmann, 2000 u. 2001)

Kontext und Ziele des Forschungsvorhabens

Das Berufsbild der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie in Deutschland befindet sich aktuell in einer Transformationsphase.

Die umfassenden sozial-, gesundheits- und bildungspolitische Entwicklungen der vergangenen zwanzig Jahre entfalten nun ihre Wirkungen. Diese betreffen auch die Professionalisierungsprozesse der hier ausgewählten Berufsgruppen in den Feldern der (eigenständigen) Theorieentwicklung, der Ausbildung und der konkreten Handlungspraxis.

Gerade im Kontext sozialmedizinischer Gesundheitsdienstleistungen sind von den Herausforderungen und Entwicklungen auch die Patienten dieser drei Berufsgruppen betroffen. In der Interaktion zwischen Therapeut und Patient dokumentiert sich, möglicherweise vor dem Hintergrund irritierter herkömmlicher Handlungs- und Wissensorientierungen, vermehrt komplexe Ansprüche an die Kommunikations- und Interpretationsleistungen auf beiden Seiten.

Die Therapeuten haben das Ziel, mittels eines bestimmten therapeutischen Mediums und einer konkreten Aktivität als therapeutisch eingesetztes Mittel den Patienten zu befähigen, seine Kommunikations-, Bewegungs- und Handlungskompetenzen im Alltag wieder zu befähigen. Dazu sind im Aushandlungsprozess der Leistungserbringung verschiedene Perspektiven zur Verständigung zu vermitteln bzw. in konkret relevante, handlungspraktische Zusammenhänge zu transferieren und zu transformieren.

Zum Beispiel müssen Gesundheits- und Gesundungsvorstellungen aus der Sicht des betroffenen Patienten und aus der professionellen Sicht der Therapeuten möglichst offen gelegt und in eine kooperative Konzeption überführt werden.

In spezifischen Therapiesituationen müssen in einer kooperativen Deutung die therapeutisch angeleiteten Aktivitäten und Aktionen vermittelt und gemeinsame Zieldefinitionen erreicht werden, um einen Transfer gewonnener Kompetenzen aus der Therapiesituation in Alltagssituationen möglich zu machen. Aus der Position der Patienten müssen in der Interaktion mit den Therapeuten ebenfalls erhebliche Kommunikations- und Verstehensleistungen

erbracht werden. Für sie geht es ganz entscheidend darum, wieder zu einer stabilen Identität und autonomen Teilhabe am Alltag zu gelangen.

Beide, Patienten und Therapeuten, praktizieren Formen des alltäglichen Übersetzens, um ihre jeweiligen Sinnwelten aneinander zu vermitteln und den Gesundungsprozess voran zu bringen.

Die Qualität der Beziehung ist für die Verständigungs- und Aushandlungsprozesse sowie für die gemeinsame Herstellung der therapeutischen Gesundheitsdienstleistung im kommunikativen Bereich bestimmend.

Aber auch in der Übungsanleitung müssen konkrete Aktivitäten und deren Ausführung im therapeutischen Setting versprachlicht, analysiert und reflektiert werden.

Der Kommunikation zwischen Therapeuten des Gesundheitswesens und Patienten wird ein hoher Stellenwert im Rehabilitations- und Heilungsprozess zugeschrieben.

Das kommunikative Verhalten der therapeutischen Gesundheitsberufe ist aus zwei Gründen gesellschaftlich relevant: Bedingt durch den Paradigmenwechsel von einer rein medizinisch-kurativen Sichtweise hin zu einem bio-psycho-sozialen Ansatz des Heilungsprozesses, steht zum einen der Einsatz psycho-kommunikativer Strategien im Gesundheitswesen im Fokus der Aufmerksamkeit.

Zum anderen gibt es trotz der Dringlichkeit dieser Fragestellung keine als allgemein gültig ausgewiesenen Kriterien, wie die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient beschreibbar, in ihrer den Therapieprozess unterstützenden Wirkung messbar oder gar durch Schulungsinhalte in der Ausbildung der Therapeuten optimierbar ist.

Das kommunikative Verhalten von Therapeuten der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie stand bislang nicht im Zentrum von empirischen Forschungsvorhaben, auch bedingt durch die bisher nicht-akademische Ausbildung dieser Berufe.

Durch die seit 2001 bundesweit ins Leben gerufenen Bachelor- und Masterstudiengänge bietet sich nun mit der geschaffenen Infrastruktur die Möglichkeit zur wissenschaftlichen Überprüfung innovativer Fragestellungen.

Das besondere therapeutische Setting dieser hier focussierten Berufsgruppen ist in hohem Maße geeignet den Einfluss der kommunikativen Therapeut-Patient-Interaktion zu überprüfen und zu beschreiben, da hier in der Regel Langzeittherapien über mehrere Therapieeinheiten und Wochen abgehalten werden. Dabei ist die einzelne Therapieeinheit von forschungsrelevanter Dauer: Therapeuten dieser Berufsgruppen haben im Durchschnitt 20 bis 45 Minuten Kontakt zu den Patienten, so dass sich hier stärker als im Arzt-Patient-Kontakt spezifische, wiederkehrende Interaktionsmuster entwickeln können.

Auf der Grundlage der Erkenntnisse der erhobenen Daten sollen nach Beendigung und Evaluation dieser Erhebung in einem zweiten Schritt die Fragen beantwortet werden: 1. Welche Aspekte der Interaktion und Kommunikation im Therapiekontext sind aus Patientensicht von besonderer Bedeutung für ein Gelingen und eine gute Bewertung der Therapie?

2. Woran machen Patienten die fachliche Kompetenz ihrer Therapeuten fest? 3. Welche kommunikativen und psycho-sozialen Kompetenzen müssen im Rahmen der akademischen Ausbildung der drei Berufe vermittelt werden? Aus den Erkenntnissen kann didaktisches Lehr- und Lernmaterial für die Unterstützung der kommunikativen Schulung von Therapeuten konzipiert werden, um den Ansprüchen der Patientenbedürfnisse, der Qualitätssicherung von Prozessabläufen und der Einflussfaktoren für einen Therapieerfolg in der (akademischen) Ausbildung für die Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie gerecht zu werden.

1.2 Das Untersuchungsfeld

Die Physiotherapie

Seit 1994 eine Novellierung des Berufsgesetzes erfolgte, wurde die Berufsbezeichnung ‚Krankengymnast‘ durch den international anerkannten Begriff ‚Physiotherapeut‘ ersetzt.

(<http://www.zvk.org/s/drucken.php?area=44&sub=45>, 7. 3. 2006).

Eine Definition der Therapie vom Zentralverband der Krankengymnastik (ZVK), (1987) lautet: „Die Krankengymnastik ist ärztlich verordnete Bewegungstherapie, die mit speziellen Befund- und Behandlungstechniken bei Fehlentwicklungen, bei Verletzungen und Verletzungsfolgen oder Störungen organischer und psychischer Funktionen angewandt wird.“

(zit. nach Schewior-Popp, 1999, S. 63)

Kernziele der Physiotherapie sind die Linderung von Schmerz und die Verbesserung der Beweglichkeit, Koordination, Kraft und Ausdauer. Des Weiteren sollen die Patienten durch die therapeutische Behandlung Fähigkeiten erlangen, die sie zur Bewältigung des Lebensalltags benötigen. Der Zugang zum Patienten erfolgt über die persönliche Kommunikation, wobei pädagogische und psychologische Ansätze in der Therapie als Wirkfaktoren für das Erleben der Patienten angesehen werden. Freundlichkeit und positives Denken gelten als ein Beitrag zur Verbesserung des Behandlungseffektes.

Eine physiotherapeutische Behandlung wird in den medizinischen Fachbereichen der Traumatologie, Chirurgie und Orthopädie, der Neurologie und Pädiatrie sowie bei Erkrankungen der inneren Organe (z.B. der Atemwegsorgane und bei Gefäßerkrankungen) angewendet.

(<http://www.zvk.org/s/drucken.php?area=44&sub=46&det=47>, 7. 3. 2006).

Die Physiotherapeuten behandeln auf Grundlage der ärztlichen Verordnung, wählen jedoch nach eigener Untersuchung des Patienten die Behandlungsmethoden aus.

Die Ausbildung erfolgt an anerkannten Fachschulen und dauert drei Jahre. Die Studienangebote sind bislang nicht einheitlich auf den Beruf des Physiotherapeuten ausgelegt. Es besteht jedoch eine recht vielfältige Auswahl von Studienmöglichkeiten; siehe hierfür bitte die Übersicht der Studiengänge, zusammengestellt vom Zentralverband der Physiotherapie: (http://www.zvk.org/img/dokumente/doc_11.pdf, 9. 3. 2006).

Die Akademisierung des Berufsstandes erfolgt durch die Möglichkeit des Studiums nach der Berufsausbildung in den seit 2001 eingerichteten Bachelor-Studiengängen und seit 2004 in den Master-Studiengängen.

Diese Professionalisierung wird durch die europäische Entwicklung des Berufes bestimmt und hat das Ziel der Installierung eigenständiger Qualitätssicherungssysteme basierend auf berufsimmanenten wissenschaftlichen Erkenntnissen. (vgl. Erdle u. Theobald, 2000)

Der aktuelle Stand vom Januar 2007 beziffert 252 Schulen für Physiotherapie in Deutschland.

Insgesamt waren 2005 in den Einrichtungen und Fachbereichen (Gesundheitsschutz, ambulante und stationäre Einrichtungen, Praxen, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen) 81000 Physiotherapeuten beschäftigt, darunter waren 68000 Frauen. Dies entspricht einem Frauenanteil von 84%. (Quelle: Statistisches Bundesamt, Gesundheitspersonal)

Weiterführende Informationen sind auf den Internetseiten des Zentralverbandes der Physiotherapie abrufbar:

(<http://www.zvk.org/s/content.php?area=-8>, 23. 1. 2007)

Die Grundlagen der Physiotherapie sind bei Scott, (2002), beschrieben.

Die psycho-sozialen Aspekte und Einflüsse in der Physiotherapie hat French, (2001a), deskripiert.

Eine Übersicht über Fachkenntnisse, die praktische Arbeit in einzelnen Arbeitsgebieten und Forschungsmethodik in der Physiotherapie geben Jensen u.a., (1999).

Die Ergotherapie

Es existieren zahlreiche Definitionen ergotherapeutischen Handelns, die sich in ihrer jeweiligen Schwerpunktsetzung unterscheiden.

Ein gemeinsames Konzept ist die Förderung der Genesung und/oder die Verbesserung der Lebensqualität.

Ergotherapie begleitet, unterstützt und befähigt Menschen, die in den alltäglichen Fähigkeiten eingeschränkt sind, mit dem Ziel, dass sie Betätigungen wie z. B. ihre Selbstversorgung eigenständig durchführen können. (Verband für Ergotherapie (DVE), 2005)

Ergotherapie wird bei Menschen angewendet, die in ihren alltäglichen Fähigkeiten eingeschränkt sind. Ziel ergotherapeutischen Handelns ist eine größtmögliche Handlungsfähigkeit und Selbstständigkeit zur Steigerung der Lebensqualität und der Möglichkeit zur Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben.

Zusammenfassend kann die Tätigkeit ergotherapeutischen Handelns wie folgt beschrieben werden:

„Ergotherapeuten nutzen zweckvolle Aktivitäten zur Befunderhebung und Behandlung von Menschen, um Funktionsstörungen vorzubeugen und die Selbstständigkeit zu verbessern. Ebenso können sie Aufgaben oder Umweltbedingungen zur Steigerung der Durchführungsqualität der Betätigung („performance“/Performanz) entsprechend anpassen.“ (Jerosch-Herold u.a., 2004, S. 5)

Die Fachbereiche der Ergotherapie umfassen die Neurologie, Pädiatrie, Orthopädie, Traumatologie, Rheumatologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Innere Medizin und Geriatrie.

Die zentralen Tätigkeitsbereiche sind: Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken, teilstationäre Einrichtungen, Sonderkindergärten, Sonderschulen, Werkstätten für Behinderte, Tagesstätten, ambulante Rehabilitationszentren, Altenpflegeheime, Praxen.

Die Ergotherapieausbildung umfasst drei Ausbildungsjahre an einer Berufsfachschule, wobei sich der größte Anteil davon in privater Trägerschaft befindet.

Seit 1997 werden Diplom-Weiterbildungsstudiengänge eingerichtet, und seit 2001 besteht die Möglichkeit ein Bachelor Studium zu absolvieren. (Jerosch-Herold u.a., 2004)

Berufsbegleitende Master-Studiengänge sind seit 2005 möglich.

Zu den theoretischen Grundlagen, der geschichtlichen Entwicklung des Berufes, das Menschenbild, die therapeutischen Ansätze und Modelle vgl: Jerosch-Herold u.a., (2004); Miesen, (2004); Schewior-Popp, (1999).

Nach den Informationen des Berufsverbandes der Ergotherapeuten (DVE) praktizieren in Deutschland derzeit ca. 35.000 Ergotherapeuten, davon sind 85% Frauen.

Die Anzahl der Schulen für Ergotherapie liegt bundesweit bei ca. 170. (http://www.ergotherapie-dve.de/informationen/ueber_die_ergotherapie/fachbereiche.php, 7. 5. 2006).

Die Logopädie

Die Logopädie versteht sich als eine klinisch-therapeutische Disziplin und befasst sich „[...] mit der Prävention, Diagnostik und Behandlung von Sprach-, Sprech-, Stimm-, Hör- und Schluckstörungen bei Menschen aller Altersgruppen sowie mit der Beratung von Patienten und ihren Angehörigen.“ (Bröckel, 2005, S. 22)

Das theoretische Grundlagenwissen beinhaltet hauptsächlich Anatomie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Pädiatrie und Neuropädiatrie, Phoniatrie, Audiologie und Aphasilogie.

Die Grundlagendisziplinen sind die Medizin, Psychologie, Pädagogik und Linguistik. (ebd., 2005, S. 32f.)

Die vielfachen multifaktoriellen und multikausalen Erkrankungen und Beschwerden bewirken neben den reinen Sprech- und Sprachproblemen häufig auch Redeängste, Kontaktprobleme und Probleme des Leistungsverhaltens, die eine erhebliche psycho-soziale Belastung darstellen. „Rein ‚technisch‘ ausgerichtete sprech-, sprach- oder stimmübende Maßnahmen reichen selten aus, um langfristig erfolgreiche therapeutische Prozesse zu gewährleisten.“ (ebd., 2005, S. 33)

Das Verhältnis zur Medizin ist traditionell hierarchisch geprägt, wobei der Logopädie der Status eines Hilfsberufes zugewiesen wurde.

Diese tradierte Ausrichtung des Arztberufes als zentrale Profession, den sich alle anderen Fachberufe unterzuordnen haben, soll durch die Akademisierung der Gesundheitsberufe durchbrochen werden. So soll sich auch das Abhängigkeitsverhältnis lockern, wie es auch in anderen europäischen Ländern längst etabliert ist. Dort praktizieren Gesundheitsberufe unabhängig von ärztlichen Verordnungen. (Bröckel, 2005, S. 26ff.)

Die Ausbildung der Logopäden erfolgt auch an Fachschulen von dreijähriger Dauer. Nach den Informationen des Berufsverbandes für Logopädie (DBL) existieren derzeit in Deutschland ca. 70 staatliche und private Lehranstalten.

Die Anzahl der praktizierenden Logopäden insgesamt beträgt 10.000, wobei der Anteil der Frauen 90% beträgt.

(<http://www.dbl-ev.de/redaktion/logo.cgi?mode=detail&idx=48>, 7. 3. 2006)

1.3 Begriffsdefinitionen

Bedürfnis

Nach dem sozialwissenschaftlichen Verständnis werden Bedürfnisse als Mangelzustände verstanden, die es zu überwinden und/oder zu beseitigen gilt. Es wird zwischen primären (angeborenen, obligatorischen) Bedürfnissen und den sekundären (im sozialen und kulturellen Kontext erlernten, erworbenen) Bedürfnissen unterschieden. (Lexikon der Soziologie, 1978)

Patientenbedürfnisse werden den primären Bedürfnissen zugeordnet.

In den letzten Jahren sind zudem so genannte ‚Luxusbedürfnisse‘ hinzugekommen, deren Befriedigung aus medizinischer und therapeutischer Sicht als irrelevant und entbehrlich gelten wie z.B. ‚Schönheits‘-Operationen. (vgl. Haase, 1995, S. 9f.)

Als Bedürfnis wird somit jeder Zustand des Organismus bezeichnet, der ein bestimmtes Verhalten in Richtung auf seine Beseitigung auslöst. Die Abgrenzung zum Begriff des -Motivs- ist unscharf. (vgl. Häcker u. Stapf, 1998; S. 103f.)

Die Menschen haben körperliche, geistige und soziale Bedürfnisse, die sich zu Motiven, also zu Beweggründen wandeln und Funktionen wie Wahrnehmung, Denken und Handeln in Gang setzen. Sie leiten den Focus der Aufmerksamkeit (Interesse), die Vorstellungen und Handlungen. (Asanger u. Wenninger, 1992, S. 9f.)

Entsprechend der Bedürfnishierarchie nach Maslow, (1955), sind zwei Defizitzustände für den Patienten von Bedeutung: 1. Die Krankheit, welche der Kategorie ‚Physiologische Bedürfnisse‘ als Defizitzustand zuzuordnen ist und 2. Unsicherheit und Angst, welche unter die Kategorie ‚Sicherheitsbedürfnis‘ fallen, (Strauß u.a., 2004; S. 227ff.)

Benchmarking

Benchmarking ist ein Vergleich von Leistungsaspekten, mit dem Ziel die besten Methoden oder Leistungsziele zu übernehmen. (WHO, 1999, S. 255)

Einstellung

Als Einstellung wird die gelernte, relative stabile Tendenz auf Menschen, Konzepte und Ereignisse wertend zu reagieren, bezeichnet. (Zimbardo u. Gerrig, 2004, S. 774)

Empathie

Empathie oder auch das Einfühlungsvermögen bezeichnet die Fähigkeit des Sich-Hineinversetzens in eine andere Person mit dem Ziel, sie durch das Nachvollziehen ihrer Verhaltensweisen zu verstehen.

(vgl. Lexikon zur Soziologie, 1978)

Erwartung

Die Erwartung, basierend auf Erfahrungen, wird als die Vorwegnahme und Vergegenwärtigung eines kommenden Ereignisses bezeichnet, der ein gewisses Maß an zweifelnder Spannung innewohnt. (Häcker u. Stapf, 1998, S. 244)

Das Erwartungs-mal-Wert-Modell ist gekennzeichnet durch die Messwerte des Nutzens und der Wahrscheinlichkeit, dass ein Ereignis eintreffen wird. Da sich das menschliche Verhalten nicht immer nach diesem Idealmodell ausrichtet, wurde dieses Kernmodell von der Motivationsforschung zur Leistungsmotivation rezipiert.

Viele Motivationstheorien (z.B. die Feldtheorie nach Lewins: vgl. Lohr, 1967; und Atkinson's Theorie zur Leistungsmotivation, 1975, verwenden diese Entscheidungserklärungen nicht im Sinne einer mathematischen Verrechnung, sondern vielmehr in dem Sinn, dass Emotionen (Werte) und Kognitionen (Erwartungen, Wahrscheinlichkeiten) gegenübergestellt werden und gemeinsam zu einer Motivation und Entscheidung beitragen. (Städtler, 1998, 277ff.)

Die Vertreter triebtheoretischer, soziobiologischer und psychoanalytischer Ansätze erachten Motivationen als überwiegend unbewusste Determinanten für Verhaltensweisen.

Demgegenüber definieren die Vertreter kognitiver, verhaltenstheoretischer Ansätze Erwartungen, Wertzuschreibungen und Motive als bewusste und zielgerichtete Strategien, die auf die Veränderung bzw. Herstellung eines erwünschten Zustandes ausgerichtet sind. (Deck, 1999, S. 127)

Für die hier vorliegende Arbeit werden die verhaltenstheoretischen Ansätze zu Grunde gelegt, da sie mittels der Befragung über Präferenzen bezüglich definierten Situationen und Verhaltensweisen am ehesten zugänglich und beschreibbar erscheinen.

Equity (Chancengleichheit)

Eine Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet, dass jeder Mensch eine faire Chance haben sollte, sein gesundheitliches Potential ausschöpfen zu können. Dies impliziert, dass auch niemand durch Benachteiligung daran gehindert werden sollte, diesen Zustand zu erreichen. Der Begriff der Chancengleichheit bezieht sich auf Unterschiede im Gesundheitszustand, die vermeidbar und darüber hinaus auch ungerecht sind. (WHO, 1999, S. 257)

Dissonanztheorie

Kognitive Dissonanz bezeichnet einen Konfliktzustand, den eine Person erlebt, nachdem sie eine Entscheidung getroffen, eine Handlung vorgenommen hat oder in Kontakt mit Informationen gekommen ist, die im Widerspruch zu ihren Überzeugungen, Gefühlen und Werten stehen. Durch die Spannung erzeugenden Effekte inkongruenter Kognitionen werden Menschen motiviert, diese Spannung zu reduzieren. (Zimbardo u. Gerrig, 2004, S. 780)

Gesundheit (Health)

Als Gesundheit wird ein Zustand vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens bezeichnet und nicht lediglich das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.

Des Weiteren bezeichnet Gesundheit die Verringerung der auf erkennbare Krankheiten und Störungen zurückzuführende Mortalität, Morbidität und Behinderung sowie die Verbesserung des subjektiv empfundenen Gesundheitszustands.

Diese Definition drückt ein Ideal aus, das das Ziel aller gesundheitlichen Entwicklungstätigkeiten sein sollte: Gesundheit für alle als ein Grundrecht der Menschen. (WHO, 1999, S. 258)

Somit wird ‚Gesundheit‘ als ein multidimensionaler Begriff definiert, der körperliches, psychisches und mentales Wohlbefinden in sich subsummiert und

im Zusammenhang mit Lebensqualität diskutiert wird. Dabei werden körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Aspekte getrennt voneinander betrachtet. „Mit den subjektiven Konzepten ‚Gesundheit‘, ‚Körperliche Effizienz‘, ‚Funktionserhalt des Körpers‘ werden subjektive Auffassungen, Bilder und verbale Darstellungen des Individuums zum körperlichen Befinden umschrieben [...]“ (Deusinger, 2002, S. 10)

Gesundheit kann somit als ein Zustand des Gleichgewichts definiert werden, wenn ein Mensch die physischen und psychischen, wie auch die sozialen und materiellen Anforderungen bewältigen kann.

„Unter Gesundheit kann der Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person verstanden werden, der gegeben ist, wenn diese Person sich in ihrer physischen, psychischen und sozialen Entwicklung in Einklang mit den äußeren Lebensbedingungen befindet.“ (Hurrelmann, 2000, S.8)

Bedeutsam ist, dass jeder Mensch eine eigene subjektive Konzeption von Gesundheit und Krankheit definiert, wobei diese Konzepte in ihrer Bewertung je nach individueller Überzeugung variieren und keiner eindeutig bestimmten Begriffsdefinition folgen, sondern individuell strukturiert sind und auf subjektiven Erfahrungen und Wissen beruhen. (Nagel, 2001, S. 23-37; vgl. Deusinger, 2002, S. 9-30)

So ist es möglich, dass ein kranker Mensch sich besser fühlen kann, als jemand der vom medizinischen Standpunkt aus gesehen vergleichsweise gesünder und vitaler ist.

Dieses Empfinden und dessen Wahrnehmung und Bewertung ist eng verknüpft mit subjektiven Konzepten über Krankheit, Wohlempfinden und Reaktionen auf körperliche Signale. Sie sind erlernt und formen die Einstellung (in der Literatur auch Attitüden genannt) gegenüber dem eigenen Körper.

„Die individuellen Bilder, Vorstellungen, Auffassungen oder Modelle vom eigenen Körper entstehen, so kann in Übereinstimmung mit hirnelektrischen Untersuchungen angenommen werden, aus der Erfahrung mit dem eigenen Körper. Sie werden gelernt.“ (Deusinger, 2002, S. 10)

Für diese Untersuchung ist die subjektive Erlebnisweise und die Bewertung des eigenen Befindens von zentraler Bedeutung, weil gerade dies ein empathisches Verhalten, also das Eingehen auf die individuelle Lebenswelt des

Patienten erforderlich macht, um im ersten Schritt ein Verständnis über die Lebenswelt des Patienten zu erhalten.

Eine darauf adäquat ausgerichtete Interaktionskultur trägt zur Verbesserung einer auf Verständnis und Vertrauen begründeten Therapeut/Patient-Beziehung und damit auch zum Therapieerfolg bei und offenbart gleichzeitig die Komplexität der psycho-sozialen und kommunikativen Anforderungen der Gesundheitsberufe.

Die in diesem Zusammenhang verwendete Begrifflichkeit des psycho-sozialen Verhaltens meint stets ein empathisches Eingehen auf Patientenbedürfnisse, welches die sozio-kulturelle Lebenswelt sowie die individuelle Persönlichkeit berücksichtigt und als Maßstab für die weitere Behandlung maßgebend ist.

Das biopsychosoziale Gesundheitsmodell

Der Grundgedanke des biopsychosozialen Modells von Gesundheit geht davon aus, dass Verbindungen zwischen dem Nervensystem, dem Immunsystem, den Verhaltensweisen, den kognitiven Verarbeitungsstrategien und den Umweltfaktoren bestehen und diese das Risiko für eine Erkrankung erhöhen können.

Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass diese Verbindungen auch positiv auf das Befinden und den Gesundheitszustand wirken können.

Die drei Komponenten dieses Gesundheitsbegriffes erkennen die Realität einer biologischen Krankheit an, beziehen aber die psychischen wie sozialen Bestandteile von Gesundheit im Gegensatz zum biomedizinischen Modell, welches die Psyche und den Körper getrennt voneinander behandelt, mit ein. Es verbindet demnach die körperliche Gesundheit mit dem psychischen Zustand und den Einflüssen der Umwelt.

„Gesundheitspsychologen betrachten Gesundheit als ein dynamisches, multidimensionales Erleben. Optimale Gesundheit oder Wohlbefinden umfasst körperliche, intellektuelle, emotionale, spirituelle, soziale und Umweltaspekte unseres Lebens.“ (Zimbardo u. Gerrig, 2004, S. 582)

Information

Der Begriff der Information ist die allgemeine Bezeichnung für:

- Kenntnisse und Wissensinhalte;
- die Prozesse in denen Kenntnisse und Wissen durch Wahrnehmung, Nachrichtenübermittlung usw. vermittelt werden;
- die kleinste inhaltlich oder formal bestimmbare Einheit von Vorgängen der Kommunikation.

(Lexikon zur Soziologie, 1972)

In der Literatur sowie im Sprachgebrauch findet sich keine einheitliche Verwendung. Umgangssprachlich wird der Begriff des Informierens für eine Unterrichtung, Benachrichtigung und Aufklärung sowie als Nachricht, Mitteilung oder Auskunft verwendet.

Im Wirtschaftsbereich werden Informationen als ein zweckorientiertes Wissen zum Zweck der Handlungsvorbereitung definiert und dienen als Grundlage für rationale Entscheidungen. (Bürger, 2003, S. 7)

Gesundheitsinformationen dienen somit den Patienten als Entscheidungsgrundlage und Orientierungshilfe. Der Inhalt von Gesundheitsinformationen lässt sich in sach- und wissensbezogen sowie in gefühls- und erlebnisbezogen einteilen. (ebd., 2003, S. 8)

In diesem Sinn findet der Informationsbegriff dann Verwendung, wenn sachliche oder emotionale Kenntnisse und Wissens- oder Erfahrungsinhalte vermittelt werden.

In dieser hier vorliegenden Arbeit ist damit der Prozess des Informierens im persönlichen Gespräch gemeint.

Kommunikation

In der interdisziplinär ausgerichteten Kommunikationsforschung sind drei Ansätze von Bedeutung:

1. die Kommunikationsökonomik, die u.a. den Einsatz von Kommunikation zur Erreichung ökonomischer Ziele untersucht;
2. die Kommunikationspsychologie, welche psychologische Erkenntnisse und Determinanten für menschliche Verhaltensweisen erforscht;

3. die Kommunikationssoziologie, die den Zusammenhang von Kommunikation und sozialen Veränderungen analysiert. (vgl. Bürger, 2003, S. 9)

Kommunikation als Sozialhandlung beinhaltet ein Handlungsziel. „Das primäre Gemeinschaftsziel der Sozialhandlung Kommunikation besteht in erfolgreicher Verständigung.“ (Nagel, 2001, S. 168)

Darüber hinaus verfolgen diese kommunikativen Ziele sekundäre Zwecke. Dies sind z.B. das Erlangen von Vertrauen, die Überzeugung des anderen und die Motivation zu bestimmten Handlungen oder Verhaltensweisen. (vgl. ebd., 2001, S. 168)

In der hier vorliegenden Arbeit wird der Kommunikationsbegriff genutzt, der eine reziproke Kommunikation beschreibt. Dabei wechseln im Gesprächsverlauf die Rollen von Kommunikator und Kommunikant.

Die Kommunikation beschreibt eine Sozialhandlung mit konkreten Zielen (Information, Beratung, Anleitung), die anhand möglichst kongruenter Mittel (Aufbau von Vertrauen, einer beidseitig akzeptierten Verstehens- und Inhaltsebene) erreicht werden sollen. (vgl. Lexikon zur Soziologie, 1978)

Therapeutische Kommunikation

Die therapeutische Kommunikation wird durch die besondere Situation des Behandelns und des Behandeltwerdens bestimmt.

Die zentralen Einflussfaktoren, die auf eine therapeutische Kommunikation einwirken können, sind:

- Emotionale Inhalte; die von Bedürfnissen und Erwartungen sowie dem Grad der Hilflosigkeit des Patienten mitbestimmt werden;
- Beziehungsaspekte, die durch die Interaktion und das Rollenverständnis determiniert werden;
- Sachinhalte, die durch die Besonderheit der Situation nicht immer eindeutig entschlüsselt und/oder auf unterschiedlichen Sprachebenen vermittelt werden (medizinische Fachsprache versus emotionale Darstellung des Befindens);

- Appelle, die möglicherweise von den üblichen Erwartungen abweichen und auf geringe Akzeptanz treffen (Änderung der Lebensweise/Ernährungsgewohnheiten o.ä.)
- Einflüsse der jeweiligen Strukturbegebenheiten
(z.B. Mehrbettzimmer im Krankenhaus oder regelmäßige Therapieeinheiten mit direktem Therapeut/Patient-Kontakt, die auf die Interaktion und Kommunikation einwirken).

„Die Schwierigkeit einer raschen Entschlüsselung der Besonderheiten der therapeutischen Kommunikation liegt in der Verquickung der oben aufgezählten Teilelemente zu einem eigenen System, das nur durch ausreichende Schulung oder langjährige therapeutische Erfahrung durchschaut werden kann. Naturgemäß spielt zusätzlich das Ausmaß der individuellen Einfühlungsgabe eine wesentliche Rolle.“ (Scholz, 1999, S. 28)

Der Begriff der therapeutischen Kommunikation wird im Folgenden dann verwendet, wenn diese vor/während/nach der Situation des Behandelns stattfindet und a. die persönlichen Belange des Patienten aufgreift, b. der Therapeut als Berater fungiert und c. psycho-soziale Aspekte (u.a. der Umgang mit und die Bewältigung der Krankheit sowie der Therapieverlauf), das zentrale Gesprächsthema sind.

Kommunikation und Interaktion

Die Begriffe Kommunikation und Interaktion werden nicht einheitlich voneinander abgegrenzt verwendet. Menschliche Beziehungen mit Wechselwirkungen werden als soziale Interaktion oder auch als interpersonale oder soziale Kommunikation bezeichnet.

Eine erste Unterscheidung beider Begriffe liegt dann vor, wenn Interaktion als der Oberbegriff für menschliche, wechselseitige Beeinflussung verwendet wird und Kommunikation als Begrifflichkeit für die zentrale Form der Verständigung dient. Diese Interpretation geht davon aus, dass eine Interaktion eine beobachtbare Handlung darstellt und Kommunikation die Inhalte und Bedeutungen dieser Handlung transportiert.

Watzlawick u.a., (2000), bezeichnen Kommunikation als den Oberbegriff, der das beinhaltet, was in einer Interaktion geschieht.

Dieser Kommunikationsaustausch wird als Interaktion zusammengefasst. (Watzlawick, u.a., 2003, Watzlawick u. Weakland, 1980; Delhees, 1994, S. 12)

Der Kommunikationsbegriff wird im Folgenden verwendet, wenn Inhalte und Bedeutungen transferiert werden.

Die Bezeichnung der ‚Interaktion‘ findet jeweils dann als Prozessbezeichnung Verwendung, wenn Menschen direkt miteinander kommunizieren, (verbal und non-verbal) und/oder miteinander in Kontakt stehen und/oder eine Beziehung zwischen den Gesprächspartnern besteht (z. B. während einer Behandlung). (vgl. Nagel, 2001; Bürger, 2003)

Kompetenz

Zur Differenzierung des Begriffs der ‚Qualifikation‘, der die Gesamtheit von Fertigkeiten, Fähigkeiten und Wissensbeständen einer Person bezeichnet, wird der Kompetenzbegriff bezüglich der Explikation universeller Strukturen verwendet. Diese werden als die Bedingungen der Möglichkeit menschlicher Erkenntnisfähigkeit und intersubjektiver Verständigungsmöglichkeiten nach der Theorie von Habermas, (1981), verstanden.

„In der Unterscheidung zu dem Begriff der Qualifikation bezeichnet der Begriff Kompetenz im deutschsprachigen Raum die Disposition eines Individuums für den Erwerb und die Anwendung von Wissen und Können.“ (Miesen, 2004, S. 208; vgl. Lexikon zur Soziologie, 1978)

Zusammengefasst ist mit ‚Kompetenz‘ jeweils die Fähigkeit bezeichnet, erworbenes Wissen und Fertigkeiten des jeweiligen Fachgebietes situationsrelevant anzuwenden.

Dabei ist zu beachten, dass durch äußere Einflüsse aus dem Handeln in einer bestimmten Situation durchaus unerwünschte Konsequenzen entstehen können, die die prinzipielle Kompetenz einer Person nicht in Frage stellen.

„Entscheidend ist nur, dass sie prinzipiell in der Lage wäre, ein entsprechendes Verhalten zu zeigen.“ (Kanning, 2003, S. 12)

Im Gegensatz dazu besagt die Position, dass eine Person nur dann als kompetent gilt, wenn Verhaltensweisen zu erwünschten Ereignissen führen.