

Aus der

MEDIZINISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK HEIDELBERG
Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich

**Entwicklung, Implementierung und
Evaluation eines Kommunikationstrainings
für internistisch tätige Ärztinnen und Ärzte in
der postgraduellen Ausbildung**

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung des Doctor scientiarum humanarum

AN DER

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT HEIDELBERG

DER RUPRECHT-KARLS-UNIVERSITÄT

vorgelegt von

Nadja Ringel

aus Berlin, 2022

Dekan: Prof. Dr. Hans-Georg Kräusslich
Doktorvater: PD Dr. med. Jobst-Hendrik Schultz

Für meine Familie

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	11
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	13
Tabellenverzeichnis.....	13
Abbildungsverzeichnis.....	14
Balkendiagramme.....	14
Grafiken.....	14
Anhangsverzeichnis.....	14
1 Einleitung	17
2 Stand der Forschung	21
2.1 Arzt-Patienten-Kommunikation.....	21
2.1.1 Probleme in der Arzt-Patienten-Kommunikation.....	22
2.1.2 Ein besonderes Setting: Arzt-Patienten-Kommunikation im Kran- kenhaus.....	24
2.1.3 Modelle der Arzt-Patienten-Kommunikation.....	24
2.1.4 Das Konzept der patientenzentrierten Kommunikation.....	25
2.1.5 Positive Einflüsse der Arzt-Patienten-Kommunikation.....	27
2.1.6 Stand in der Aus- und Weiterbildung und Fortbildung.....	28
2.1.7 Situation in Deutschland.....	29
2.2 Training der Arzt-Patienten-Kommunikation.....	30
2.2.1 Studien ohne Effekte der Intervention.....	31
2.2.2 Studien mit positiven Ergebnissen der Interventionen.....	32
2.2.3 Probleme bei der Ermittlung der Effektivität der Intervention.....	34
2.2.4 Methoden der Curriculumsentwicklung bei Kommunikationstrai- nings.....	34
2.2.5 Effektive didaktische Trainingsmethoden in Kommunikationstrai- nings.....	39
2.3 Messung der ärztlichen Kommunikationskompetenz.....	43
2.3.1 Evaluationsmodelle.....	44
2.3.2 Beurteilungsinstrumente zur Messung der Arzt-Patienten-Kommu- nikation.....	46
2.4 Schlussfolgerungen für die vorliegende Fragestellung.....	49
2.5 Ziele, Fragestellung und Hypothesen.....	50
3 Methoden	53
3.1 Studiendesign.....	54

3.2	Planungsphase.....	56
3.2.1	Bedarfsanalyse mittels Fokusgruppen.....	56
3.2.2	Entwicklung von Lernzielen für das Kommunikationstraining	57
3.3	Implementierungsphase.....	57
3.3.1	Auswahl der didaktischen Schulungsstrategien und -methoden.....	58
3.4	Evaluationsphase - Design und Methoden	63
3.4.1	Ebene der Reaktion auf das Training.....	64
3.4.2	Ebene des Lernens: Selbsteinschätzung der Ärzte vor und nach dem Training.....	64
3.4.3	Ebene der Verhaltensveränderung: Objektive Leistungsmessung im OSCE.....	65
3.4.4	Ebene der Ergebnisse: Einschätzung der Patientenzufriedenheit....	67
3.5	Qualitative und quantitative Auswertungen	68
3.5.1	Qualitative Auswertung der Fokusgruppen.....	68
3.5.2	Quantitative statische Auswertung	69
4	Ergebnisse.....	71
4.1	Planungsphase	71
4.1.1	Ergebnisse aus den Fokusgruppen - Bedarfsanalyse.....	71
4.1.2	Lernziele des Trainings	75
4.2	Implementierung des Trainings.....	76
4.2.1	Inhaltliches Beispiel aus der Schulung	77
4.3	Evaluation des Trainings in Anlehnung an die Evaluationsebenen von Kirckpatrick.....	78
4.3.1	Ebene der Akzeptanz des Trainings.....	79
4.3.2	Ebene des Lernen	81
4.3.3	Ebene der Verhaltensänderung.....	83
4.3.4	Ebene der Ergebnisse.....	87
5	Diskussion.....	89
5.1	Diskussion der Methoden in der Curriculumsentwicklung nach McLean & Kollegen.....	90
5.1.1	Phase der Planung	90
5.1.2	Phase der Implementierung	93
5.1.3	Phase der Evaluation.....	94
5.2	Diskussion der Ergebnisse	94
5.2.1	Hypothese 1: Akzeptanz des Trainings und der subjektive Lernzu- wachs (Ebene der Reaktionen und Ebene des Lernens).....	95
5.2.2	Hypothese 2: Veränderung der subjektiven Kompetenzeinschätzung (Ebene des Lernens).....	96

5.2.3	Hypothese 3: objektive Veränderung im Patientengespräch (Ebene der Verhaltensänderung).....	97
5.2.4	Hypothese 4: Verbesserung der Patientenzufriedenheit (Ebene der Reaktionen).....	99
5.3	Ausblick	100
5.3.1	Schlussfolgerungen aus den Freitextangaben	101
5.3.2	Limitationen	102
5.3.3	Arzt-Patienten-Kommunikation bei den Fort- und Weiterbildungen	104
5.3.4	Patientenzufriedenheit.....	105
5.4	Fazit.....	106
6	Zusammenfassung.....	107
7	Literatur	111
8	Eigenanteil an Datenerhebung und -auswertung / Publikationen der Autorin.....	129
9	Anhang A – N.....	133
	Anhang A: Überblick über bestehende Probleme in der Arzt-Patienten-Kommunikation.....	133
	Anhang B: Überblick über die Studien die einen positiven Einfluss von Arzt-Patienten-Kommunikation nachweisen können.....	134
	Anhang C: Original Instrumente der Checklisten: Berliner Global Rating Skala, OSCE-spezifische Checklisten, Calgary-Cambridge-Observation Guide I.....	135
	Anhang C: Original Instrumente der Checklisten.....	135
	Anhang D: vollständiger Leitfaden der Fokusgruppen.....	150
	Anhang E: Kategorienbildung der Themen der Fokusgruppen	152
	Anhang F: Gesprächsführungsmodelle, die in der Intervention trainiert wurden	163
	Anhang G: Arbeitsblatt Feedbackregeln	167
	Anhang H: Arbeitsblatt Feedbackleitfaden bei Rollenspielen mit Simulationspatienten.....	168
	Anhang I: Rollenbeschreibung der Rollenspiele mit Simulationspatienten.....	169
	Anhang J: Akzeptanzfragebogen (original)	178
	Anhang K: Fragebogen zur subjektiven Kompetenzeinschätzung (original).....	181
	Anhang L: Darstellung der einzelnen OSCE Stationen	190
	Anhang M: Darstellung der gesamten Lernziele der Intervention	198
	Anhang N: Darstellung der Detailagenda der Intervention.....	212
10	Danksagung.....	215
11	Eidesstattliche Versicherung.....	217

Abkürzungsverzeichnis

- CA** – *medizinische Grundlagen*: Carcinom
- CCOG** – *Evaluationsmethoden*: Calgary Cambridge Observation Guide
- CI** – *Statistische Auswertung*: Konfidenzintervall
- CME-Punkte** – *medizinische Ausbildung*: continuing medical education points (engl.)
- COPD** – *medizinische Grundlagen*: chronic obstructive pulmonary disease (engl.)
- CT** – *medizinische Grundlagen*: Computertomographie
- GPA Theorien** – *Gesprächstechnik*: Goal, Plan & Action (engl.)
- ICAP Modell** – *Lerntheorie*: Interactive, Constructive, Active, and Passive (engl.)
- IG** – *Studiendesign*: Interventionsgruppe
- KG** – *Studiendesign*: Kontrollgruppe
- M** – *Statistische Auswertung*: Mittelwert
- Medi-KIT** – *medizinische Ausbildung*: Medizinisches Kommunikations- und Interaktionstraining
- MME** – Master of Medical Education
- MRT** – *medizinische Grundlagen*: Magnetresonanztomographie
- N** – *Statistische Auswertung*: Anzahl (Teilnehmer, Ärzte etc.)
- NKLM** – *medizinische Ausbildung*: Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin
- NURSE Modell** – *Gesprächstechnik*: Naming, Understanding, Respecting, Supporting, Exploring (engl.)
- OSCE** – *medizinische Ausbildung*: Objective Structured Clinical Examination (engl.)
- PAL** – *medizinische Ausbildung*: Peer Assisted Learning (engl.)
- PBL** – *medizinische Ausbildung*: Problem Based Learning (engl.)
- PHQ-D** – *Evaluationsmethoden*: engl. Patient Health Questionnaire - Depression
- prä/post** – *Studiendesign*: Zeitpunkt vor/nach Intervention
- PTCA** – *medizinische Grundlagen*: Percutane transluminale Coronarangioplastie
- RCT Studie** – *Studiendesign*: Randomized Control Trial Studie (engl.)
- RIAS** – *Evaluationsmethoden*: Roter Interaction Analysis System (engl.)
- SD** – *Statistische Auswertung*: Roter Interaction Analysis System (engl.)
- SMART Methode** – *Studiendesign*: Formulierung von Lernzielen: specific, measurable, attainable, relevant, time bound (engl.)
- SP** – *medizinische Ausbildung*: Standardabweichung
- SPIKES Modell** – *Gesprächstechnik*: zum Überbringen schlechter Nachrichten: Situation, Patientenvorannahmen, Informationsmenge, Exploration der Gefühle, Strategie und Zusammenfassung
- UE** – *medizinische Ausbildung*: Unterrichtseinheit
- WWSZ Technik** – *Gesprächstechnik*: warten, wiederholen, spiegeln, zusammenfassen

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Tabellenverzeichnis

- Tab. 1** – Das SMART-Prinzip (Doran, 1981)
- Tab. 2** – Bloom'sche Taxonomie (revidierte Fassung nach Krathwohl, 2002)
- Tab. 3** – Vier-Ebenen-Modell von Kirkpatrick (2006)
- Tab. 4** – Darstellung der vier Dimensionen und der Likertskalen Punkt 1 und 5 der Berliner Global Rating Skala (Scheffer, 2009)
- Tab. 5** – Überblick der verwendeten Methoden innerhalb der drei Phasen der Curriculumsentwicklung nach McLean und Kollegen (2008)
- Tab. 6** – Stichprobe der Simulationspatienten im Training
- Tab. 7** – Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse angelehnt an Mayring (1983, 1989, 2015)
- Tab. 8** – Stichprobe der Teilnehmenden der Fokusgruppendifkussion
- Tab. 9** – schwierige Themen in der Arzt-Patienten-Interaktion, sortiert nach Häufigkeit der Nennung in den Fokusgruppen
- Tab. 10** – Aufschlüsselung der Lernziele nach der Miller Pyramide und der Bloom'schen Taxonomie
- Tab. 11** – Überblick über die Trainingsintervention
- Tab. 12** – Stichprobe der Ärzte, die an der Studie teilgenommen haben
- Tab. 13** – Ergebnisse des Fragebogens zur subjektiven Kompetenzeinschätzung der Ärzte
- Tab. 14** – Stichprobe der Ärzte die an der OSCE-Prüfung teilgenommen haben
- Tab. 15** – Ergebnisse der CCOG I unterteilt nach KG/IG mit p-Werten und Effektstärken
- Tab. 16** – Ergebnisse der Berliner Global Rating Scale unterteilt nach KG/IG mit p-Werten und Effektstärken
- Tab. 17** – Ergebnisse der OSCE-stations-spezifischen Checklisten unterteilt nach IG/KG mit p-Werten und Effektstärken
- Tab. 18** – Patientenstichprobe mit Erfassung der Depressionswerte des PHQ-D
- Tab. 19** – Ergebnisse der Patientenzufriedenheit

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 – Millerpyramide (Miller, 1990)

Abb. 2 – *Exkurs*: Objective Structured Clinical Examination (OSCE)

Abb. 3 – Studiendesign

Abb. 4 – Aufbau eines Rollenspiels am Beispiel Diagnosemitteilung Somatisierungsstörung

Abb. 5 – inhaltliches Beispiel aus der Schulung mit Lernzielen, theoretischem Input und praktischen Übungen

Balkendiagramme

Balkendiagramm 1 – Allgemeine Bewertung der Intervention

Balkendiagramm 2 – Subjektiver Lernzuwachs durch die Intervention

Grafiken

Grafik 1 – Zeit-/Gruppeneffekt der subjektiven Kompetenzeinschätzung

Anhangsverzeichnis

Anhang A – Überblick über bestehende Probleme in der Arzt-Patienten-Kommunikation

Anhang B – Überblick über die Studien die einen positiven Einfluss von Arzt-Patienten-Kommunikation nachweisen konnten

Anhang C – Originalinstrumente der Checklisten: Global Rating Skala, OSCE-spezifische Checkliste, Calgary Cambridge Observation Guide I

Anhang D – vollständiger Leitfaden der Fokusgruppen

Anhang E – Kategorienbildung der Themen der Fokusgruppen

Anhang F – Gesprächsführungsmodelle, die in der Intervention trainiert wurden

Anhang G – Arbeitsblatt Feedbackregeln

Anhang H – Arbeitsblatt Feedbackleitfaden bei Rollenspielen mit Simulationspatienten

Anhang I – Rollenbeschreibungen der Rollenspiele mit Simulationspatienten

Anhang J – Akzeptanzfragebogen (original)

Anhang K – Fragebogen zur subjektiven
Kompetenzeinschätzung (original)

Anhang L – Darstellung der einzelnen
OSCE-Stationen

Anhang M – Darstellung der gesamten
Lernziele der Intervention

Anhang N – Darstellung der Detailagen-
da der Intervention

1 Einleitung

Ein Klinikarzt¹ verbringt ca. die Hälfte seiner Arbeitszeit mit Kommunikation (Geisler, 2003). Somit ist die Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizin eine der häufigsten Interventionen (Levetown, 2008) und wird mit dem medizinischen Fortschritt noch wichtiger. Die in Zukunft zusätzlich verfügbaren diagnostischen Möglichkeiten, werden nicht nur die Behandlungsoptionen, sondern auch die medizinische Unsicherheit erhöhen (Becker & Kochen, 2001). Das wiederum verlangt eine bessere Verständlichkeit der entsprechenden Informationen für den Patienten.

Die Bedeutsamkeit einer gelungenen Arzt-Patienten-Kommunikation ist seit etwa einem halben Jahrhundert besonders in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt und durch zahlreiche Forschungsarbeiten gut dokumentiert (Ledema & Mandis, 2013). Eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation hat nicht nur einen positiven Einfluss auf die Zufriedenheit bei Patient und Arzt sondern auch auf unterschiedliche Outcome-Variablen (z. B.: Chen et al. 2008, The Joint Commission, 2013, Geisler, 2003, Street et al., 2009; Kelley et al., 2014; Boiss et al., 2016; Epstein et al., 2017) und leistet darüber hinaus nicht zuletzt einen wichtigen Beitrag zum Themenbereich Patientensicherheit (Vincent & Coulter, 2002; Ledema, 2008). Der Picker Report von 2016 hat dies folgendermaßen zusammengefasst: *„Gute Kommunikation heilt, schlechte Kommunikation schadet.“* (Picker Report, 2016).

Gleichzeitig fordern Patienten immer öfter eine verständliche Informationsweitergabe ein und wollen zunehmend in die Entscheidungsfindung mit einbezogen werden (Braun & Marstedt, 2014, Picker Report, 2016).

Das wirft die Frage auf, ob Schlussfolgerungen aus allen diesen Erkenntnissen zur Bedeutsamkeit und Wirksamkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation gezogen und umgesetzt wurden. Tatsächlich sind inzwischen auf mehreren Ebenen (strukturell, wissenschaftlich und politisch) Veränderungen festzustellen. Strukturelle Veränderungen zeigen sich darin, dass viele Universitäten im angloamerikanischen Raum, aber auch in Deutschland, das Thema Arzt-Patienten-Kommunikation über die Zeit in ihre Curricula aufgenommen haben, und dass sich die Lehre hin zu klinisch praktischem

¹ Zur sprachlichen Vereinfachung und besseren Lesbarkeit sind hier und im Folgenden mit den Begriffen „Arzt/Ärzte“, „Simulationspatient/Patienten“, „Beobachter“, „Beurteiler“, „Kollegen“, „Moderatoren“, „Dozenten“ sowie „Experten“ Angehörige der Geschlechter männlich, weiblich, divers gemeint.

Unterricht verändert hat. Universitäten bewegten sich, bezogen auf die Arzt-Patienten-Kommunikation, weg von reiner Wissensvermittlung hin zur Anwendung von praktischen Übungseinheiten und Prüfungsformaten. Dennoch gibt es noch große Unterschiede bei der Implementierung der Kommunikationslehre an den Medizinischen Fakultäten in Deutschland (Kruppa et al. 2009).

Viele der strukturellen Veränderungen wurden dabei von wissenschaftlichen Untersuchungen begleitet (Aspergen, 1999; Brown & Byland 2008; Berkhof, 2011). Es konnte gezeigt werden, dass Kommunikationsfähigkeit entgegen „althergebrachter Überzeugungen“ erlernbar ist, (Aspergren, 1999; Brown & Byland 2008) und dass darüber hinaus ausgewählte didaktische Methoden besonders gut geeignet sind, um Kommunikation zu lehren (Berkhof, 2011). Die Deutlichkeit der Studienergebnisse bzgl. der positiven Effekte einer „gelingenen“ Arzt-Patienten-Kommunikation als auch die positiven Ergebnisse aus der Lehrforschung bewirkten zusätzliche politische Veränderungen: 2012 wurde die ärztliche Approbationsordnung (BR-Drs.238/12 vom 11.05.2012) so geändert, dass die Arzt-Patienten-Kommunikation fester Bestandteil der Lehre und auch der Prüfung ist. Auch in der Gesetzgebung ist explizit festgehalten, dass Patienten das Recht auf verständliche Informationen haben (Bundesgesetzblatt, 2013).

Trotz dieser Veränderungen lassen sich in den Fort- und Weiterbildungsangeboten für approbierte Ärzte bis zum Zeitpunkt der von uns durchgeführten Untersuchung kaum Fortbildungen finden, die sich in Theorie und Praxis mit dem Themenkomplex Arzt-Patienten-Kommunikation beschäftigen. Ein Mustercurriculum zum Thema ärztliche Kommunikation wurde bis dato in der Fort- und Weiterbildung noch nicht flächendeckend etabliert. Zudem existieren nur vereinzelt randomisiert kontrollierte Studien, in denen mit approbierten Ärzten spezifischer Fachrichtungen (vor allem Allgemeinmedizin und Onkologie) Kommunikationstrainings durchgeführt und evaluiert wurden. Kommunikationstrainings für internistische Klinikärzte außerhalb der Onkologie fehlen ebenso wie Studien, die ihr Curriculum theoriebasiert beschreiben und umsetzen.

Die vorliegende Arbeit fokussiert sich auf die Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Kommunikationstrainings für internistisch tätige Ärzte eines akademischen Lehrkrankenhauses in Heilbronn. Anlass der Studie war ein schwerer kommunikativer Fehler am Klinikum beim Überbringen einer schlechten Nachricht. Bei der Curriulumsentwicklung wurde darauf geachtet, alle bekannten wissenschaftlichen Erkenntnisse der Lehr- und Lernforschung zu integrieren. Diese Dissertation möchte einen Beitrag leisten, um Antworten auf folgende zentrale Fragen zu finden: (1) Wie können bereits erfahrene approbierte Ärzte in ihren Fort- und Weiterbildungen zum

Thema Arzt-Patienten-Kommunikation geschult werden, (2) Verbessern sich dabei ihre kommunikativen Fertigkeiten messbar, und (3) Steigert sich durch diese Kommunikationsschulungen der Ärzte die Patientenzufriedenheit? in der vorliegenden Arbeit wurde Wert darauf gelegt, dass das Trainingskonzept leicht auf andere Situationen oder ein potentiell Mustercurriculum übertragen werden kann.

Diese Dissertation gliedert sich in die Kapitel Stand der Forschung, verwendete Methoden, Darstellung der Ergebnisse und Diskussion der gewonnen Erkenntnisse.

Im Stand der Forschung sollen besonders folgende Fragen näher beleuchtet werden:

1. Warum sind Kommunikationstrainings im Arztberuf notwendig? Warum sollte die Arzt-Patienten-Kommunikation ein wichtiger Bestandteil in der Aus-, Fort- und Weiterbildung sein?
2. Wie werden Kommunikationstrainings entwickelt? Wie wird Arzt-Patienten-Kommunikation gelehrt? Kann Arzt-Patienten-Kommunikation im klinikbezogenen Kontext gelehrt werden?
3. Wie kann die Effektivität von Kommunikation evaluiert werden?

Im letzten Teil werden die Implikationen für die eigene Untersuchung besprochen.

2 Stand der Forschung

2.1 Arzt-Patienten-Kommunikation

Die Arzt-Patienten-Kommunikation zählt zu den häufigsten Interventionen einer medizinischen Behandlung (Levetown, 2008). Ein zentrales Element im klinischen Alltag ist dabei die Anamnese, welche ein Arzt – bis zu eine Millionen Mal in seinem Berufsleben durchführt (Kurtz, Drapier & Silverman, 2016). Für eine gelungene Anamnese bei Aufnahme müssen Ärzte es schaffen, vier wichtige Komponenten zu integrieren und zu beherrschen: medizinisches Wissen, Kommunikationsfähigkeit, Problemlösefähigkeit und die klinische Untersuchung. Wird eine der Komponenten nicht genügend beherrscht, ist die Anamnese nicht effektiv und nicht umfassend (Kurtz, Drapier & Silverman, 2016). Es kann dann leicht zu Fehleinschätzungen über die Diagnose oder falschen Therapieentscheidungen kommen (z. B. Chen et al. 2008). Eine gelungene Kommunikation zwischen Arzt und Patient kann nachweislich die Zufriedenheit, die Kooperationsbereitschaft und die gesundheitliche Verfassung des Patienten positiv beeinflussen (Fallowfield et al. 1990 & 2003; Griffin et al., 2004; Street et al., 2009; Kelley et al., 2014; Boiss et al., 2016; Epstein et al., 2017). Genauso wichtig ist die Tatsache, dass Patienten sich eine an ihnen orientierte Kommunikation wünschen und die Mehrzahl der Patienten auch in Therapieentscheidungen mit einbezogen werden will (Braun & Marstedt 2014). Gleichzeitig führen Kommunikationsmängel die Beschwerdeliste der Patienten an (Clever et al. 2006). Auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte wirkt sich gelungene Kommunikation positiv auf deren Gesundheit und Arbeitszufriedenheit aus (z. B. West et al., 2014).

Im Laufe der letzten 20 Jahre ist die patientenzentrierte Kommunikation zum Goldstandard der verschiedenen medizinischen Kommunikationsmodelle geworden. „Patientenzentrierte Kommunikation“ ermöglicht Patienten, psychosoziale Schwierigkeiten und emotionale Bedürfnisse zu äußern, eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zum behandelnden Arzt aufzubauen und aktiv an Entscheidungsprozessen teilzunehmen (Bensing, 2000; Mead, Bower & Hahn, 2002).

In den folgenden Abschnitten werden die aktuellen Probleme und positiven Aspekte der Arzt-Patienten-Kommunikation sowie verschiedene Kommunikationsmodelle vorgestellt. Dabei wird auch auf das Modell der patientenzentrierten Kommunikation eingegangen, da dies die theoretische Grundlage der vorliegenden Intervention darstellt. Abschließend werden Auswirkungen auf die Aus-, Weiter- und Fortbildung besprochen, didaktische Methoden gezeigt und Untersuchungen zur Effektivität von Trainings vorgestellt.

2.1.1 Probleme in der Arzt-Patienten-Kommunikation

Betrachtet man die klinische Realität, in der Arzt-Patient-Kommunikation stattfindet, kann man nicht selten den Eindruck gewinnen, dass Arzt und Patient unterschiedliche Sprachen sprechen (Geisler, 2004 & 2008), was zu schwerwiegenden Folgen auf beiden Seiten führen kann.

So werden beispielsweise Patienten oft bereits zu Beginn des Anamnesegespräches immer wieder unterbrochen, typischerweise bereits nach einer viertel Minute (Beckmann & Frankel, 1984; Langewitz et al., 2002). In dieser Gesprächsphase stellen Patienten in der Regel die Gründe ihres Kommens dar. Häufige, zu frühe Unterbrechungen können da den Informationsfluss erheblich stören. Zudem werden oft repetitiv geschlossene und suggestive Fragen gestellt, die weniger Raum für neue, unerwartete Informationen zulassen. Die Folge ist, dass in dieser Phase des Arzt-Patient-Gespräches etwa 50% der Beschwerden des einzelnen Patienten nicht zur Sprache kommen (Geisler, 2004 & 2008).

Im weiteren Verlauf des Arzt-Patienten-Gespräches geht oftmals eine klare Struktur verloren (Buddeberg & Willi, 1998). Diese ist jedoch für die Diagnose- und Therapiefindung (Deppermann (2007) vor allem im Hinblick auf Verständlichkeit (Informationsvermittlung) und Vollständigkeit von Informationen (Informationssammlung) sehr wichtig. Hinzu kommt, dass seitens des ärztlichen Personals oft nur wenig Information über die subjektive Bedeutung der Erkrankung für den Betroffenen eingeholt oder krankheitsbedingte emotionale und soziale Folgeerscheinungen erfragt werden (Maguire & Piceathly, 2002; Buddeberg & Willi, 1998). Insgesamt finden im Unterschied zu informationsbezogenen Hinweisen Äußerungen zu Emotionen, die von Patienten häufig indirekt kommuniziert werden, weniger Beachtung. Zudem scheinen auf Seiten der Ärzte Ängste hinzuzukommen, mit den Emotionen ihrer Patienten nicht adäquat umgehen zu können (Butow et al., 2002; Eide et al., 2004). Am Ende des Gespräches stimmen dann bei mehr als 50% der Praxisbesuche Arzt und Patient nicht darin überein, welches das eigentliche Anliegen des Patienten ist und welche Therapieempfehlungen daraus folgen (Buddeberg, 1998). Dies kann zu ungeeigneten Therapieempfehlungen führen wie bei Chen et al (2008) beschrieben. Hauptgründe dafür sind fehlende Informationen, fehlende Struktur oder missverständliche und unklare Erklärungen der Ärzte bzgl. der Diagnose oder der Therapieempfehlungen (Mallinger et al., 2005). Häufig erinnern sich Patienten nach einer Arztkonsultation nicht mehr daran, was mit dem Arzt inhaltlich hinsichtlich Krankheit und Therapieempfehlungen besprochen wurde (Goedhuys & Rethan, 2001). Diese Beobachtungen

lassen das in der Literatur vielfach beschriebene Phänomen der Non-Compliance (geringen Therapietreue) besser verstehen. So konnte gezeigt werden, dass mehr als die Hälfte der Patienten Therapieempfehlungen des Arztes gar nicht befolgen oder diese eigenständig abändern (z. B. Haynes, Taylor & Sackett, 1979; Di Matteo & Di Nicola, 1982; Zoltnierek & Di Matteo, 2009; Goedhuys & Rethan, 2001; Linetzky et al., 2017).

Mangelhafte Kommunikation kann im weiteren Verlauf nicht nur eine generelle Unzufriedenheit mit der ärztlichen Konsultation hervorrufen (Ong et al., 2000; Zachariae et al., 2003), sondern zu einem gestörten Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und schließlich zu häufigem Arztwechsel führen (Goedhuys & Rethan, 2001).

Nicht zuletzt durch die Neuformulierung der Patientenrechte (Bundesgesetzblatt (BGBl) Jahrgang 2013 Teil I Nr.9) hat sich die Bedeutung des Patientenwunsches mit Blick auf die Arzt-Patienten-Kommunikation verändert. Die Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg konnte in einer Studie über Patientensouveränität zeigen, dass der Wunsch nach umfassender und verständlicher Information von 93 % aller befragten Patienten als „sehr wichtig“ eingestuft wird. Allerdings entsprechen weniger als 30 % der Ärzte diesem Patientenwunsch nach Information (Dierks, 2001). In 65 % der Fälle unterschätzen Ärzte den Wunsch ihrer Patienten nach Informationen zu Ihrer Erkrankung (Waitzkin, 1984). Ein Ergebnis, das 2014 von Braun und Marstedt erneut bestätigt wurde.

Im Picker Report von 2016 wurde zudem festgestellt, dass:

- 22 % der Patienten keine verständlichen Antworten auf ihre Fragen erhielten,
- 29 % der Patienten die Ergebnisse der Untersuchung nicht verstanden,
- nur 17 % der Patienten Vertrauen zum Arzt haben,
- 34 % der Patienten nicht genügend in den Entscheidungsprozess eingebunden sind.

Auch auf Seiten der Ärzte scheint eine gestörte Arzt-Patienten-Kommunikation erhebliche Auswirkungen zu haben. In der Literatur wird ein deutlicher Zusammenhang zur Entwicklung (Geissler 2004, 2008) von Burnout-Symptomatik im ärztlichen Alltag gesehen (Graham et al., 2002). Fahrenkopf und Kollegen fanden in einer prospektiven Kohorten-Studie, dass Ärzte mit Depression sechsmal häufiger medizinische Fehler machen als Ärzte ohne Depression (Fahrenkopf et al., 2008). Anhang A gibt einen Überblick der bestehenden Probleme in der Arzt-Patienten-Kommunikation und der Studien, die diese jeweils zeigen.

2.1.2 Ein besonderes Setting: Arzt-Patienten-Kommunikation im Krankenhaus

Im Krankenhaussetting ist die Asymmetrie der Beziehung zwischen Arzt und Patient im Gegensatz zur Alltagskommunikation besonders groß. Der Patient kommt meist als „hilfsbedürftiger Mensch“ (S.10, Picker Report 2016) mit akuterer Beschwerden als im ambulanten Setting, weshalb Ängste, Unsicherheiten oder auch Beschwerden größer sein können. Der Arzt tritt wiederum in der Rolle als medizinischer Experte auf (Picker Report 2016). Es kommt erschwerend hinzu, dass verschiedene Behandler für die Patienten verantwortlich sind und somit eine gute Absprache/Übergabe zwischen den Ärzten aber auch den anderen Gesundheitsberufen notwendig ist. Daher scheinen in diesem Setting der Aufbau von Vertrauen, von verständlicher und strukturierter Informationsvermittlung und die Einbindung in Entscheidungen besonders wichtig. All diese Eigenschaften finden sich im Kommunikationsmodell der patientenzentrierten Kommunikation. Im Folgenden wird die Landschaft der Modelle der Arzt-Patienten-Kommunikation vollständig vorgestellt werden.

2.1.3 Modelle der Arzt-Patienten-Kommunikation

Es haben sich im Laufe der Zeit verschiedene Modelle der Arzt-Patienten-Kommunikation entwickelt. Traditionell (bis in die 60er Jahre) war die Arzt-Patienten-Interaktion eine paternalistische Beziehung, d. h. die medizinischen Informationen fließen vor allem vom Arzt zum Patienten. Der Arzt als Experte wählt eine Behandlung für den Patienten aus. Er entscheidet über die Behandlung und gibt dem Patienten erforderliche Informationen, damit dieser die Therapieempfehlungen gut umsetzen kann. Die Verantwortung in der Kommunikation und Behandlung liegt in erster Linie beim Arzt (Johnson, 1972). Im Gegensatz dazu steht das Informations- oder Autonomiemodell, dabei fließt die Information ebenfalls vorwiegend vom Arzt zum Patienten. Der Arzt präsentiert alle medizinischen Details mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen. Auf dieser Basis soll sich der Patient aber dann allein entscheiden und trägt auch dafür die Verantwortung. Das Informationsmodell entstand vor allem, nachdem Patienten im angloamerikanischen Raum häufiger gegen ärztliche Entscheidungen geklagt haben. Der Arzt befindet sich in diesem Modell in einer Dienstleistungsrolle (Härter, Loh & Spies, 2005).

Heutzutage wird der Ansatz der patientenzentrierten Kommunikation einschließlich der Partizipativen Entscheidungsfindung (shared decision making) bevorzugt (Bieber, Ringel & Eich, 2007). Unter dem Begriff der Partizipativen Entscheidungsfindung ver-

steht man einen Interaktionsprozess mit dem Ziel zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information (Härter, 2004). Bei beiden Ansätzen werden neben medizinischen auch psychosoziale Informationen ausgetauscht und der Patient als Experte für sein Leben wird aktiv in den Entscheidungsprozess einbezogen. Welches der vorgestellten Modelle in einer Gesprächssituation zur Anwendung kommt, hängt erstens von den Entscheidungen ab, die in einem Gespräch getroffen werden müssen (Mc Kinstry, 2000), zweitens von persönlichen Präferenzen und Rollenerwartungen der Patienten (Swenson et al. 2004) und drittens vom medizinischen Setting. So sollte in Notfallsituationen, wenn schnelle Entscheidungen getroffen werden müssen und Patienten die fachlichen Kompetenzen nicht besitzen, keine Partizipative Entscheidungsfindung angewandt werden (Langewitz 2011). Das Modell der patientenzentrierten Kommunikation wird im Folgenden genauer vorgestellt werden.

2.1.4 Das Konzept der patientenzentrierten Kommunikation

Als patientenzentrierte Kommunikation wird ein Arzt-Patienten Gespräch definiert (Bensing, 2000; Mead, Bower & Hahn, 2002), welches folgende Kriterien erfüllt:

- Es ermöglicht dem Patienten psychosoziale Schwierigkeiten und emotionale Bedürfnisse zu äußern,
- eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zum behandelnden Arzt wird aufgebaut und
- der Patient kann aktiv an Entscheidungsprozessen teilnehmen.

Eine patientenzentrierte Kommunikation kann die Arbeitsbeziehung, die Diagnostik, die Bereitschaft und Mitarbeit des Patienten sowie das Ergebnis der Behandlung und letztlich die Zufriedenheit von Patient und Arzt verbessern (Schmid Mast et al., 2007; Maligner et al., 2005).

Ziele der Patientenzentrierten Kommunikation

Aus der Definition der patientenzentrierten Kommunikation lassen sich nach Ong et al. (1995) drei Ziele ableiten:

1. Erschaffen einer guten interpersonellen Beziehung zwischen Arzt und Patient:
Kommunikationsforscher haben unterschiedliche Ansichten, wie eine gute Beziehung zwischen Arzt und Patient definiert werden kann. In diesem Zusammenhang werden

aber oft die therapeutischen Basisvariablen von Carl Rogers (1972) wie Empathie, Authentizität und bedingungsfreie Wertschätzung aufgeführt. Auch wenn das Empathiekonzept unterschiedlich definiert wird, sind sich Fachleute über dessen Wichtigkeit im Gespräch einig (Squier 1990).

2. Ein gelungener und verständlicher Austausch von Informationen:

Der Informationsaustausch besteht aus Informationssammlung und Informationsvermittlung. Die behandelnden Ärzte benötigen Informationen, um die richtige Diagnose stellen zu können. Eine gute Kommunikation während der Konsultation ist dabei der entscheidende Faktor, um akkurate und komplette Informationen sammeln zu können (Fallowfield & Jenkins, 1999). Studien konnten zeigen, dass 60-80 % aller Informationen für eine Diagnose aus der Anamnese generiert werden (Kassirer, 1983; Peterson et al., 1992). Gleichzeitig haben Patienten das Bedürfnis ihre eigenen Symptome zu verstehen und einzuordnen und sind daher auf Informationssuche. Sie haben das Bedürfnis sich verstanden zu fühlen. Eine verständliche und strukturierte Informationsvermittlung ist daher essentiell, um das Informationsbedürfnis der Patienten zu erfüllen und um gleichzeitig Entscheidungen treffen zu können, die sowohl für Ärzte als auch für Patienten tragbar sind. Die spätere Compliance des Patienten ist stark von der Informationsvermittlung abhängig.

3. Gemeinsame medizinische Entscheidungsfindung:

Eine gemeinsame medizinische Entscheidung zu treffen heißt, dass der Arzt und der Patient auf Grundlage aller Informationen, sowohl medizinisch als auch psychosozial, gemeinsam zu einer Entscheidung bzgl. der Therapie kommen können. Dies ist im Sinne der Partizipativen Entscheidungsfindung.

An den drei genannten Zielen wird deutlich, dass Kommunikation ein essentieller Faktor in der Arzt-Patienten-Beziehung ist. Schon Roter und Hall beschreiben 1992, dass das Gespräch eine der wichtigsten Elemente in der medizinischen Behandlung und ein fundamentales Instrument ist, um eine Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen und die therapeutischen Ziele erreichen zu können (Roter & Hall, 1992). Auch im hochtechnisierten Krankenhausalltag kommen die klinischen Fähigkeiten und Kenntnisse eines Arztes erst im Gespräch zum Tragen (Schultz et al., 2007). Somit ist das Gespräch mit dem Patienten entscheidend für das Ergebnis der Behandlung (Griffin et al., 2004, Trummer et al., 2006; Street et al., 2009). Kommunikationsstörungen und -defizite im Arzt-Patienten-Gespräch können hingegen zu einer Reihe von unerwünschten Effekten führen, die die Arzt-Patienten-Beziehung nachhaltig beeinflussen in direkter oder indirekter Weise (siehe Abschnitt 2.1.1). Gleichzeitig kann eine gelungene Kommunikation sehr positive Effekte bewirken. So konnten zwischen der Anwendung

patientenzentrierter Kommunikation und der subjektiv erlebten Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung positive Zusammenhänge gefunden werden (Venetis et al., 2009; Zandbelt et al., 2007; Boiss et al., 2016; Epstein et al. 2017).

2.1.5 Positive Einflüsse der Arzt-Patienten-Kommunikation

Die Arzt-Patienten-Kommunikation kann nachweislich die Kooperationsbereitschaft, die Zufriedenheit und die Gesundheit von Patienten positiv beeinflussen (z. B. van Dalen, 2001) und Fehldiagnosen vermindern (Chen et al. 2008). Es gibt schon seit den 90er Jahren überzeugende Forschungsergebnisse die zeigen, dass Kommunikation einen positiven Einfluss auf wichtige Ergebnisvariablen hat, wie z. B. die Compliance bei der Medikamenteneinnahme, Diäten, Schmerzkontrolle und Verbesserung in der physischen, funktionalen und psychologischen Lebenszufriedenheit (Kaplan et al., 1989; Fallowfield et al., 1990; Ong et al., 1999; Stewart, 1996 und Griffin et al., 2004). Auf den Gesundheitsstatus des Patienten scheint sie einen positiven Einfluss zu haben z. B. mehr gezeigtes affektives Verhalten des Arztes und ein angemessener, abgestimmter Informationsaustausch zwischen Arzt und Patient (Kaplan et al. 1989). Eine Vielzahl von Arbeiten konnten positive Effekte nachweisen, wenn Ärzte versuchen die Perspektive ihrer Patienten zu verstehen. So konnte z. B. die Patientenzufriedenheit und Mitarbeit der Patienten in Studien verbessert, ein günstigerer Krankheitsverlauf erreicht, die Verarbeitung der Krankheiten verbessert und weniger Kunstfehlerprozesse festgestellt werden (z. B. Kurtz et al. 1998).

Roter et al. (1989) fanden in einer Metaanalyse einen Zusammenhang zwischen Compliance und dem Informationsgebe-Verhalten einerseits und einem positiven Gespräch mit dem Arzt andererseits.

Jedoch wurde in den erstellten Reviews deutlich, dass die Ergebnisse der Studien heterogen ausfielen und dass teilweise methodische Mängel und Verzerrungen in den Untersuchungen auftraten (Street et al., 2009, Griffin et al., 2004). Es gab zunächst weniger randomisiert kontrollierte Studien oder die Operationalisierung gelungener Arzt-Patienten-Kommunikation oder ein theoretischer Hintergrund fehlten teilweise. Trotz all dieser Mängel konnte auch in einer neueren Metaanalyse von Kelley und Kollegen (Kelley et al., 2014), bei der dreizehn randomisiert kontrollierte Studien untersucht wurden, ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Arzt-Patienten-Beziehung und objektiven (z. B. Blutdruck) und subjektiv validierten (z. B. Schmerzskala) Ergebnisvariablen festgestellt werden. Anhang B gibt einen Überblick über die Studien, die einen positiven Einfluss der Arzt-Patienten-Kommunikation nachweisen konnten.

2.1.6 Stand in der Aus- und Weiterbildung und Fortbildung

Eine Ursache für die Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient kann im mangelnden Angebot praxisnaher Curricula in der Aus-, Weiter- und Fortbildung gesehen werden. Dabei ist mit Ausbildung das medizinische Universitätsstudium gemeint. Weiterbildung bedeutet die Ausbildung nach der Approbation zum Facharzt und Fortbildungen die vertiefenden Ausbildungen nach der Facharztweiterbildung. Ärzte müssen ihr berufliches Leben lang CME zertifizierte Fortbildungen besuchen, um die Approbation zu behalten.

Goldacre et al. (2003) stellten bereits 2003 fest, dass sich 40 % der Medizinstudierenden in Großbritannien nicht richtig auf den Arztberuf vorbereitet fühlten. Dies nahmen Illing et al. (2008) zum Anlass, für drei britische Universitäten eine genauere Untersuchung durchzuführen. Sie konnten zeigen, dass die Vorbereitung auf den Beruf in hohem Maße von externen Faktoren, wie vorherigen klinischen Praktika abhängig war. Ein wichtiges Ergebnis aus Illings Untersuchung war jedoch, dass einige Studierende vorher nicht sagen konnten, in welchen Bereichen des beruflichen Alltags sie nicht gut vorbereitet sind. Dies fiel ihnen erst während der späteren Arbeit auf. Während des Studiums erhaltene Kommunikationstrainings empfanden die Teilnehmenden jedoch als hilfreich, aber nicht ausreichend, um auf die Arbeit auf Station vorbereitet zu werden. Insbesondere auf das Überbringen schlechter Nachrichten fühlten sich die wenigsten adäquat vorbereitet. Auch in Deutschland zeigten Befragungen, dass Studierende in der Vorbereitung auf berufsrelevante Tätigkeiten wie z. B. Erhebung einer Anamnese nur wenig Rückmeldung oder bei körperlichen Untersuchungen kaum Supervisionen erhalten hatten (Zimmermann et al., 2006; van den Bussche et al., 2006). Studierende meinten, dass Ihnen ein früherer Kontakt mit Patienten und das Einüben klinische Entscheidungen zu treffen, in der ersten Zeit auf der Station geholfen hätten. Trotz einer Verbesserung der Vorbereitung würden einige Herausforderungen bleiben, wie z. B. der Umgang mit der Arbeitsbelastung und der komplexeren Kommunikation auf der Station mit Patienten und Mitarbeitenden. Trotzdem ist es notwendig bereits im Studium die Arzt-Patienten-Kommunikation konsequent, kontinuierlich und auf hohem didaktischem Niveau zu unterrichten. Und nicht nur zum Erlernen der Fähigkeiten, sondern auch zum Selbstschutz ist es wichtig, früh mit dem Thema Kommunikation mit Patienten anzufangen. Ramirez et al. forderten bereits 1996 einen breiten Einsatz von Kommunikationsschulungen für Ärzte, um angesichts der hohen Anforderungen des Arztberufes die psychische Gesundheit und Stabilität von Medizinern zu verbessern (Ramirez et al., 1996).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auf Grund der Zunahme der Forschungsarbeiten und Publikationen zum Thema Arzt-Patienten-Kommunikation sich auch die

Curricula an den Universitäten hin zu praxisnahen Unterrichtsanteilen zunehmend veränderten (vgl. hierzu z. B. Silverman et al., 1998 & 2013; Jünger & Köllner, 2003; Brown & Bylund, 2009, Ringel et al., 2015) und damit Studierende besser auf den Arbeitsalltag vorbereiteten.

2.1.7 Situation in Deutschland

Die Bedeutung der Arzt-Patienten-Kommunikation hat nicht nur durch die empirische Evidenz zugenommen. In Deutschland wurden seit Beginn des Jahrtausends vor allem an der universitären Ausbildung aufwendige Reformprozesse in Gang gesetzt, um die Curricula an die späteren kommunikativen Anforderungen des Arztberufes anzunähern und die Unterrichtseinheiten klinisch-praktisch zu gestalten (Nikendei & Jünger, 2006; Nikendei, 2007, Nikendei et al. 2009, Ringel et al., 2015). Innovative Lernformen, wie Rollenspiele mit Simulationspatienten, Skillslab, Peer Assisted Learning (PAL) oder Problembasiertes Lernen (PBL), fanden seit der ersten Novellierung der Approbationsordnung 2002 in fast allen Universitäten in Deutschland Eingang. In einer zweiten Veränderung der ärztlichen Approbationsordnung (BR-Drs. 238/12 vom 11.05.2012) wurde die ärztliche Kommunikation prüfungsrelevant. Allerdings zeigt sich in der Literatur, dass oft nur die curriculare Veränderung in einzelnen Fächern umgesetzt wird und noch nicht in der Breite verankert wurde (Kruppa et al., 2009).

Daher wurde bis 2014 im Bundesministerium für Gesundheit das Projekt „Nationales Longitudinales Mustercurriculum Kommunikation“ für das Medizinstudium ins Leben gerufen (Jünger et al., 2014). Gleichzeitig wurde in Deutschland ein kompetenzbasierter Lernzielkatalog (NKLM) für das Medizinstudium entwickelt mit einem gesonderten Kapitel zur ärztlichen Gesprächsführung (Jünger et al., 2016). Daraus hervorgegangen ist ein Masterplan für die Aus- und Weiterbildung, der am 31.03.2017 verabschiedet wurde und bis in die Weiterbildung hineinreichen soll.

Im Fortbildungsbereich für approbierte ärztliche Kollegen gibt es leider sehr wenig Möglichkeiten, sich im Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation fortzubilden, da weder ein kontinuierliches, curriculares Fortbildungskonzept noch ein Lernzielkatalog für die ärztliche Gesprächsführung existiert. Es gibt zwar viele CME- (continuing medical education) zertifizierte Weiterbildungsprogramme, die technische oder biomedizinische Inhalte behandeln, aber wenige Veranstaltungen zum Thema Arzt-Patienten-Kommunikation oder ärztliche Gesprächsführung. Wenn man auf den Seiten der Bundesärztekammer nach Fortbildungen mit dem Schlagwort „Kommunikation“ im Titel sucht, liegt der Anteil an Fortbildungen mit explizit kommunikativen Aspekten

bei ca. 0,11 % (<http://www.baek-fortbildungssuche.de>, Stand: 24.04.2020). Die größten Herausforderungen in Deutschland liegen daher in der kontinuierlichen postgraduellen Weiterbildung der Arzt-Patienten-Kommunikation, bei der bestenfalls ein bestehender curricularer Lernplan mit aufbauenden Modulen und Lernspiralen festgelegt wird (Nikendei et al., 2009). Der Stellenwert der ärztlichen Kommunikationskompetenz wurde auch im Rahmen des 117. Deutschen Ärztetages diskutiert. Hier wurden Forderungen zur Stärkung der Arzt-Patient-Kommunikation in den Bereichen der Weiter- und Fortbildung in der Medizin formuliert, die u.a. vorsehen, kommunikative Kompetenzen ausdrücklich als Weiterbildungsziel in der Weiterbildungsordnung zu benennen (Dokumentation zum 117. Deutschen Ärztetag, 2014).

Jedoch taucht die ärztliche Gesprächsführung in der neuen kompetenzbasierten Weiterbildungsordnung von November 2018 nicht als fächerübergreifende Kompetenz auf (<https://www.marburger-bund.de/weiterbildung/novelle-der-muster-weiterbildungsordnung>, Stand: 12.11.2020). Auch würden fundierte Konzepte für solch ein Curriculum zur ärztlichen Gesprächsführung fehlen.

Zusammenfassend besteht eine große Diskrepanz zwischen der umfangreichen wissenschaftlichen Evidenz, den gesundheitspolitischen Vorgaben, die beide die Bedeutsamkeit der ärztlichen Gesprächsführung stärken, und der derzeitigen Realität in der Fort- und Weiterbildungslandschaft für approbierte Ärzte. Hinzu kommt, dass Kommunikation nicht ausreichend vergütet wird im Vergleich zu anderen Untersuchungsmethoden.

2.2 Training der Arzt-Patienten-Kommunikation

Früher begegnete man oft der Vorstellung bei Lehrenden der Medizin, dass Kommunikation eine Kompetenz ist, die man persönlich innehat und somit nicht gelehrt werden müsste.

Dies ist jedoch nicht der Fall: Gute und erfolgreiche Arzt-Patienten-Kommunikation ist keine ausschließlich natürliche Gabe, sondern lehr- und erlernbar, wie eine Vielzahl an Studien bereits feststellen konnte (Jünger et al., 2005; Yeddida et al., 2003, Celega & Lenzmeier Broz, 2002; Veloski, 2006; Hulsman et al., 1999; Berkhof et al., 2011, Rao et al. 2007, Kelley et al. 2014). Die Ergebnisse der Studien sind aber durchaus heterogen. Es werden verschiedenste Ergebnisparameter betrachtet und methodisch unterschiedlich vorgegangen. Es gibt Studien die positive Effekte zeigen, aber auch welche ohne Effekte. Besonders bei der Betrachtung der Zufriedenheit von Patienten ergeben

sich sehr unterschiedliche Ergebnisse, darunter sind auch Studien ohne Effekte der Intervention auf die Patientenzufriedenheit.

2.2.1 Studien ohne Effekte der Intervention

Ein genereller Schwachpunkt vieler Studien zu Kommunikationstrainings ist, dass bestimmte Ebenen der Evaluation, schwer zu messen und dort weniger Effekte nachzuweisen sind, so z. B. die Ebene der Patientenzufriedenheit. So konnten **BROWN UND KOLLEGEN** (1999) z. B. in ihrer randomisiert kontrollierten Studie keine Effekte auf die Patientenzufriedenheit feststellen, nachdem Ärzte an einem zehnstündigen Kommunikationstraining teilnahmen. Es wurden im Artikel mehrere Gründe dafür beschrieben. Zunächst könnte das Training zu kurz gewesen sein, um eine Verhaltensänderung bei den teilnehmenden Ärzten zu erzielen, die sich auf die Patientenzufriedenheit auswirkt. Weiterhin wurde aus Effektivitätsgründen auf ein Fragebogeninstrument zur Messung der Patientenzufriedenheit zurückgegriffen, das wenig valide ist (Brown et al., 1999).

Aber auch objektive Veränderungen an Patienten durch ein Kommunikationstraining sind manchmal schwer nachweisbar. **BRIEL UND KOLLEGEN** (2006) wollten z. B. die Reduzierung von Antibiotikaverschreibungen und eine höhere Patientenzufriedenheit durch ein patientenzentriertes Kommunikationstraining erreichen. Dies gelang nicht unter anderem wegen statistischer Boden- und Deckeneffekte. Die Rate der Verschreibungen wurde über Apotheken ausgezählt und die Patientenzufriedenheit mit Hilfe eines Fragebogens erfasst. Das ein Deckeneffekt aufgetreten ist, liegt evtl. an den freiwilligen Teilnehmenden, die bereits sehr motiviert waren.

Weiterhin gibt es Studien, die eine Verhaltensänderung bei den teilnehmenden Ärzten feststellen konnten, jedoch keine Veränderung bei der Zufriedenheit der Patienten.

FOSSILI JENSEN UND KOLLEGEN (2010) führten z. B. ein 20-stündiges Kommunikationstraining mit Krankenhausärzten unterschiedlicher Disziplinen nach dem Four-Habit-Modell (Frankel et al. 2003) durch. Es ist eine der ersten randomisiert kontrollierten Studien, die die Schulung von Krankenhausärzten unterschiedlicher Disziplinen untersucht. Das Four-Habit-Modell beschreibt vier Verhaltensweisen, die die Arzt-Patienten-Beziehung verbessern sollen: den Beginn des Gesprächs gut gestalten, die Patientenperspektive beleuchten, Empathie demonstrieren und das Gespräch zu einem guten Abschluss zu bringen. Die Kommunikationsfertigkeiten der Ärzte konnten sich verbessern, dies wurde geprüft durch die Videoanalyse von realen Arzt-Patienten-Ge-

sprächen mit Hilfe des Four-Habit-Coding-Scheme (Krupat et al., 2006). Die Patientenzufriedenheit veränderte sich jedoch nicht. Es wurde ein Deckeneffekt festgestellt, d. h. die Ergebnisse des Fragebogens der Patienten waren von vornherein sehr hoch, so dass keine signifikanten Effekte nachgewiesen werden konnten. Die Untersuchung der Patientenzufriedenheit sollte daher nach Fossili Jensen et al. (2010) nicht das Hauptanliegen einer Studie sein. Die Studie verdeutlichte zusätzlich den wesentlichen Einfluss des Geschlechts, der bereits gesammelten Erfahrungen und der Motivation der Teilnehmenden. Dabei zeigten Ärztinnen mehr Effekte als ihre männlichen Kollegen. Außerdem profitierten Ärzte, die bereits an einem Kommunikationstraining teilgenommen haben, mehr von der Intervention. Am wenigsten konnten sich Ärzte verbessern, die wenige Erwartungen an die Schulung oder geringe kommunikative Fähigkeiten vor der Schulung hatten. Das spricht einmal mehr dafür, dass Motivation einen Einfluss auf die Veränderung von Verhalten hat.

2.2.2 Studien mit positiven Ergebnissen der Interventionen

Es existieren Studien aus unterschiedlichen Bereichen der Medizin, bei denen ein deutlich positiver Trainingseffekt zu vermerken ist (z. B. van Dulmen & Holl, 2000; Cegala & Lenzmeier Broz, 2002; Yedidia et al., 2003; Frostholm et al., 2005; Brown & Byland, 2008; Bonvicini et al., 2009). Bereits in den 90er Jahren wurden Trainingsprogramme entwickelt, die positive Effekte aufweisen konnten (z. B. Roter et al., 1990; Roter et al., 1995).

Für die vorliegende Dissertation wurden dafür vier Studien ausgesucht.

Diese Studien haben gemeinsam, methodisch adäquat und sauber gearbeitet zu haben. VAN DULMEN UND HOLL (2000) entwickelten ein fünftägiges Kommunikationstraining für Pädiater mit dem Ziel, ungünstige Verhaltensweisen der Ärzte zu identifizieren sowie Alternativen zu erarbeiten und einzuüben. Im Training wurden zu Beginn reale, videographierte Arzt-Patienten-Gespräche der Teilnehmenden angeschaut und daraus individuelle Lernziele abgeleitet (Lerner-zentrierter Ansatz). Als wichtige Trainingsmethoden wurden Feedback und Rollenspiele genannt. Neben den Trainingseinheiten erhielten die Teilnehmenden theoretische und praktische Hausaufgaben. Die Erfahrungen der Teilnehmenden wurden im Anschluss diskutiert.

Die Studie wurde in einem Kontrollgruppendesign mit Prä-Post-Test konzipiert. Sowohl die Kontrollgruppe als auch die Interventionsgruppe wurden gebeten, eigene Arzt-Patienten-Gespräche vor und nach dem Training aufzunehmen. Diese wurden

daraufrin von vier unabhängigen Beurteilern mit einer adaptierten Version des Roter Interaction Analysis System (RIAS, Roter 1991) ausgewertet. Das RIAS ist ein gut evaluiertes Analysesystem für Arzt-Patienten-Gespräche. Zusätzlich erfolgte noch eine Evaluation des Trainings. Die Ärzte der Interventionsgruppe waren nach dem Training mehr fokussiert auf die Bedürfnisse ihrer Patienten. Sie waren weniger dominant und fragten mehr danach, wie es den Patienten mit ihrer Erkrankung geht. Nonverbal bestand häufiger Blickkontakt und den Patienten wurde länger zu gehört und sie wurden weniger unterbrochen. Ein weiteres wichtiges Ergebnis war, dass eine patientenzentrierte Kommunikation nicht unbedingt zu längeren Gesprächen führt, wie oft von Kritikern angenommen.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen FALLOWFIELD UND KOLLEGEN (Fallowfield et al., 2003), die dabei in besonderen Maße ihr Augenmerk auf den Langzeiteffekt ihres Trainings gelegt hatten, was in vorherigen Studien nicht so stark beachtet wurde. Sie konnten nach einem dreitägigen Kommunikationstraining mit onkologisch tätigen Ärzten Langzeiteffekte nach 12 Monaten feststellen. Die Ärzte unterbrachen ihre Patienten weniger und fassten mehr die wichtigen Informationen zusammen. Trotz der vermehrten Nutzung dieser effektiven Kommunikationstechniken wurden die Konsultationen nicht länger.

BONVICINI ET AL. (2009) konnten in einem Kontrollgruppendesign mit Langzeituntersuchungen zeigen, dass ein praxisnahes kontinuierliches Training die empathischen Äußerungen der Ärzte mit ihren Patienten noch sechs Monate nach dem Training verbessern. Gemessen wurde ein globaler Empathiewert mittels eines Selbsteinschätzungsfragebogens. Dieser verbesserte sich um 37 %. Ebenfalls wurde die Häufigkeit der empathischen Äußerungen durch objektive Beobachter beurteilt. Dabei verbesserten sich die trainierten Ärzte um 51 %. Das Training war sehr praxisnah und beinhaltete viele Übungen zum Thema Empathie. Neben den theoretischen und praktischen Trainingseinheiten gab es individuelle Supervisionen am Ende des Trainings. Dieser multimodale Ansatz wurde gezielt gewählt, da er bereits im Vorfeld der Studie Verhaltensänderungen bei Ärzten begünstigt hatte (Makoul, 2001).

Für eine besondere Patientengruppe konnten FROSTHOLM ET AL. (2005) in einer randomisiert kontrollierten Studie feststellen, dass ein Kommunikationstraining für Allgemeinmediziner die Patientenzufriedenheit bei Patienten mit einer Somatisierungsstörung erhöht. Eine höhere Zufriedenheit der Patienten wurde vor allem über die verstärkte Krankheitswahrnehmung durch die teilnehmenden Ärzte und durch das damit einhergehende, Gefühl von Sicherheit bzw. Unsicherheit sowie den entsprechenden positiven bzw. negativen Emotionen zu ihrer Krankheit erreicht.

2.2.3 Probleme bei der Ermittlung der Effektivität der Intervention

Es gibt zahlreiche Reviewartikel bzgl. der Arzt-Patienten-Kommunikation, die über die letzten 20 Jahre entstanden sind. (Hulsmann et al., 1999, Cegala & Lenzmeier Broz, 2002; Veloski, 2006, Rao et al., 2007, Berkhof et al., 2011, Kelley et al. 2014). Aus diesen Reviewartikeln lassen sich folgende Probleme zusammenfassen:

- Vielen Studien fehlte der theoretische Hintergrund. Ein theoretischer Hintergrund des Kommunikationstrainings ist jedoch notwendig. Er gibt die Richtung der Intervention inhaltlich und didaktisch vor und hat einen zusätzlichen Einfluss auf die Effektivitätsüberprüfung.
- Einigen Studien fehlte das adäquate Studiendesign. Ein methodisch hochwertiges Studiendesign wie randomisiert kontrollierte Studien ist wichtig, um möglichst reale Effekte in der Evaluation zu erhalten.
- Der Begriff der Kommunikationsfähigkeit war nicht klar definiert.
- Oft wurden die Effekte nur mit subjektiven Evaluationsinstrumenten erhoben. Eine qualitativ hochwertige Effektivitätsüberprüfung sollte jedoch subjektive und objektive Messinstrumente verwenden.
- Die Teilnehmenden waren oft allgemeinmedizinische oder onkologisch tätige Ärzte, somit ist nicht das ganze Spektrum an medizinischen Fachrichtungen vertreten.

Schaut man sich die Probleme der Studien an, wird umso deutlicher, wie fundiert die Curriculumsentwicklung eines Kommunikationstrainings sein muss, um signifikante und bedeutungsvolle Effekte zu erzielen.

2.2.4 Methoden der Curriculumsentwicklung bei Kommunikationstrainings

Bereits seit den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts ist das Thema Curriculumsentwicklung in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung besonderer Forschungsgegenstand mehrerer Untersuchungen. Die im deutschsprachigen Bereich bekanntesten zwei Ansätze sind der von Kern und Kollegen (1998) und der von McLean und Kollegen (2008). Curriculumsentwicklung definieren Kern und Kollegen in ihrem Buch (1998) als eine „geplante Bildungserfahrung“, die abhängig von den Bedürfnissen der Patienten, der ärztlichen Kollegen und der Gesellschaft ist. Das be-

schriebene Vorgehen ist dabei zeitlos und inhaltsunabhängig. Die Grundannahmen der Curriculumsentwicklung nach Kern et al. und McLean et al. sind, dass Interventionen klar definierte Ziele haben müssen, die Ausbilder sich in der Entwicklung an den Bedarfen der Teilnehmenden orientieren und dass ein systematischer und logischer Ansatz der Curriculumsentwicklung hilft die gesetzten Ziele zu erreichen. Kern et al. konzipierten als methodische Herangehensweise zur Curriculumsentwicklung ein sechstufige Vorgehen. Mc Lean fasst wiederum die 6 Stufen in drei Phasen zusammen. Die Planungsphase bei McLean und Kollegen (2008) enthält die ersten vier Phasen des Kernzyklus (Kern et al. 1998).

Die 6 Stufen nach Kern und Kollegen (1998) sind:

1. die Problemidentifikation und generelle Bedarfsanalyse
2. die Bedarfsanalyse der Zielgruppe
3. die Lernziele
4. Bildungsstrategien
5. die Implementierung
6. die Evaluation und Feedback.

Die drei Phasen nach McLean et al. (2008) sind:

1. die Planungsphase
2. die Implementierungsphase
3. die Evaluationsphase

Auf diesen drei Phasen nach Mc Lean et al. (2008) bezieht sich auch die Struktur dieser Arbeit. Im Folgenden soll vor allem die Planungsphase genauer betrachtet werden. Auf die Phasen der Implementierung und der Evaluation wird in Kapitel 2.2.5. und 2.3. genauer eingegangen.

Die allgemeine Bedarfsanalyse in der Planungsphase

Beginnt man mit der allgemeinen Bedarfsanalyse für ein neues Kommunikationstraining sind nach Kern et al. (1998) drei Leitfragen zu beantworten.

1. Gibt es taugliche Kommunikationstrainings in der Forschungsliteratur?
2. Wenn ja, welche Elemente braucht man, um ein gutes Kommunikationstraining zu konzipieren? Und:
3. Warum sind Kommunikationstrainings im Arztberuf überhaupt notwendig?

Neben einer ausführlichen Literaturrecherche gehören in die Phase der Planung auch eine Bedarfsanalyse und die daraus abgeleiteten Lernziele.

Die Bedarfsanalyse der Teilnehmenden mit Hilfe von Fokusgruppen

Nach McLean und Kollegen (2008) wird zu Beginn der Konzeption einer neuen Lehrereinheit die Zielgruppe nach ihren Lernbedarfen befragt, um die Trainingsinhalte genau auf sie abzustimmen (Makoul & Schofield, 1999; Kern et al., 1998, McLean et al. 2008).

Kern et al. (1998) schlagen in ihrem Buch über Curriculumsentwicklung verschiedene Methoden für eine Bedarfsanalyse vor, so z. B. informelle Diskussionen, Tests, Interviews, Fokusgruppen, Fragebögen oder direkte Beobachtung. In der vorliegenden Untersuchung wurde sich für die Fokusgruppendifkussion entschieden.

Lernziele - das Herzstück der Curriculumsentwicklung

Im nächsten Schritt der Planungsphase werden die Lernziele definiert, die im Idealfall direkt aus den Ergebnissen der Bedarfsanalyse generiert werden können. Lehr- und Lernziele beschreiben Fähigkeiten, die der Lernende nach erfolgreicher Lernerfahrung erworben haben soll. Die Ziele erfüllen didaktische Funktionen für die Entwicklung von Lehrmaterialien und haben Einfluss auf die Inhalte und Methodenwahl von Lerneinheiten. Lernziele erfüllen bei der Inhaltserstellung die wichtige Funktion, die eigenen Absichten zu reflektieren und ausdrücklich darzulegen. Die Angabe von Lernzielen ist aber nur dann sinnvoll, wenn sie operationalisierbar sind (Mager, 1965). Zur Prüfungstauglichkeit müssen Lernziele besondere Eigenschaften besitzen, wobei sich das sogenannte **SMART-Prinzip** bewährt hat (Doran, 1981). Das SMART-Prinzip bedeutet, dass Lernziele spezifisch, messbar, erreichbar, relevant und terminiert formuliert sein müssen (siehe Tab. 1)

Tab. 1: Das SMART-Prinzip (Doran, 1981)

Spezifität (specific)	Das Lernziel muss eindeutig für jeden erkennbar sein.
Messbarkeit (measurable)	Das Lernziel muss durch ein beobachtbares Verhalten messbar sein (z. B. Multiple Choice Fragen).
Erreichbarkeit (attainable)	Das Lernziel muss für die Studierenden aufgrund ihres Vorwissens bzw. ihrer Fähigkeiten in einer gegebenen Zeit erreichbar sein.
Relevanz (relevance)	Das Lernziel muss wichtig sein für die Ausübung des ärztlichen Berufs.
Zeitpunkt der Ausbildung (time bound)	Das Lernziel muss zu einem vorher festgelegten Zeitpunkt erreicht werden und daher auch erreichbar sein. Es muss auf den Ausbildungsstand zugeschnitten sein.

Lernziele sollten außerdem verschiedene Bereiche ansprechen. Es lassen sich dabei drei Bereiche (**Revision der Taxonomie von Bloom** et al. von 1956: Krathwohl, 2002) (siehe Tab. 2). unterscheiden - affektive Lernziele, kognitive Lernziele und psychomotorische Lernziele.

Die kognitiven Lernziele richten sich auf den Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten. Sie beziehen sich auf die Bereiche des Erinnerns von Wissen und der Erweiterung intellektueller Fähigkeiten und Fertigkeiten. Affektive Lernziele betreffen die Bereiche Gefühle, Wertungen, Einstellungen und Haltungen. Sie beziehen sich auf die Veränderung von Interessenlagen bzw. der Entwicklung von Wertvorstellungen oder Haltungen. Typisch für Einstellungen ist, dass sie nur schwer operationalisierbar und damit kaum prüfbar sind.

Psychomotorische Lernziele beziehen sich auf das Erlernen sichtbarer, erwerbbarer Fertigkeiten, die z. B. beim Erlernen der klinischen Untersuchung im Vordergrund stehen. Es sind handwerkliche, häusliche, künstlerische, sportliche oder technische Fertigkeiten.

Tab. 2: Bloom'sche Taxonomie (revidierte Fassung nach Krathwohl, 2002)

Kognitive Dimension	Affektive Dimension	Psychomotorische Dimension
Kenntnisse	Aufmerksam werden, Beachten	Imitation
Verständnis	Reagieren	Manipulation
Anwendung	Werten	Präzision
Analyse	Strukturierter Aufbau eines Wertsystems	Handlungsgliederung
Synthese	Erfüllt sein durch einen Wert oder eine Wertestruktur	Naturalisierung
Beurteilung		

Das Zusammenspiel aller Dimensionen erhöht den Lernerfolg. Problematisch bei der Bloom'schen Taxonomie ist, eine geringe lerntheoretische Fundierung der Zuordnung zu einer Dimension, so dass sie stark von der subjektiven Sicht der Anwender abhängt und man eher von einer Akzentuierung eines Lernziels auf eine Dimension sprechen kann. Jedoch ist es das gebräuchlichste Dimensionalisierungsraster und unterschätzt

die Strukturierung und Umsetzung der Lernziele (<https://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/LERNZIELE/default.shtml>; Datum: 17.02.2021).

Weiterhin ist die Lernpyramide von Miller (1990) zu erwähnen. Sie beschreibt, wie sich klinische Kompetenzen über vier Kompetenzstufen (siehe Abbildung 1) entwickeln können. Er geht davon aus, dass Lernende zunächst Hintergrundwissen („knows“) sowie theoretisches Anwendungswissen über klinische und kommunikative Fähigkeiten erwerben („knows how“). Darauf folgt die dritte Stufe der Miller Pyramide, das eigentliche Ausführen z. B. der Arzt-Patienten-Kommunikation („shows how“) in Rollenspielen. Damit wird auf die vierte Stufe der Miller Pyramide vorbereitet, der Übernahme der geübten Fertigkeiten in das eigene Handlungsrepertoire im alltäglichen klinischen Kontext. („does“), wie z. B. in einer Visitensupervision.

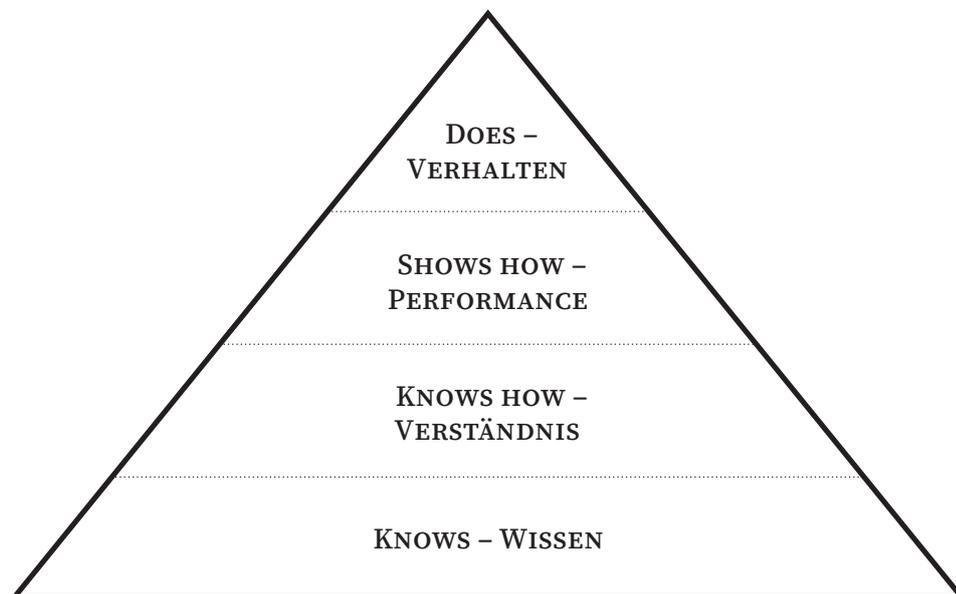


Abb. 1: Millerpyramide (Miller, 1990)

Auch das **ICAP-Modell** (Chi & Wylie, 2014) ist bei der Beschreibung der Lernziele zu betrachten. Das Modell beschreibt vier mögliche Stufen von Lernaktivitäten - passive, aktive, konstruktive und interaktive. Wobei die Effektivität des Lernens von passiv zu interaktiv steigt. Bei passiven Lernaktivitäten werden Informationen nur passiv aufgenommen, gespeichert, aber nicht integriert. Aktive Lernaktivitäten beinhalten ein aktives Handeln, das aber nicht über das Präsentierte hinausgeht, z. B. sich Notizen machen. Bei der konstruktiven Lernaktivität wird neues Wissen erschlossen und bei der interaktiven Lernaktivität arbeiten Lernende darüber hinaus noch mit anderen zusammen.

2.2.5 Effektive didaktische Trainingsmethoden in Kommunikationstrainings

Aus der aktuellen Literatur über Kommunikationstrainings in der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung lassen sich folgende Trainingsmethoden als besonders effektiv ableiten. Wichtige langbewährte Erkenntnis ist zunächst, dass jedes Training besser ist als kein Training (Maguire et al., 1986). Es gibt keine Hinweise, dass sich kommunikative Fähigkeiten spontan ohne Training verbessern trotz zunehmender klinischer Erfahrungen. Manchmal verschlechtern sie sich sogar (Fallowfield, 1992; Langewitz et al., 1998; Pfeiffer et al., 1998).

Ein Training mit praktischen Anteilen (praxisorientiert) ist effektiver als nur theoretischer Input (Hulsmann, 1999; Aspegren et al., 1999; Berkhof et al., 2011). Ein Wechsel zwischen theoretischen Impulsen/Wissensvermittlung und praktischen Übungen ist notwendig, um eine elaboriertere Verarbeitung zu ermöglichen und den Transfer in den Alltag zu erhöhen (Kadmon et al., 2008). Es gibt ebenfalls Belege, dass ein longitudinales Training effektiver ist als ein konzentriertes (Flaherty, 1985; Hulsmann et al., 1999; Aspegren et al., 1999). Auch Untersuchungen aus den Kognitionswissenschaften empfehlen kontinuierliches, praktisches Üben, um Expertenwissen zu erlangen (Schön, 1991). Dies gilt auch für Ärzte, die in ihrer Ausbildung bereits Kommunikationstrainings durchlaufen haben (Talbot, 2004). Zusätzlich gibt es neurowissenschaftliche Hinweise, dass Kommunikation auf tief verwurzelten und gewohnheitsmäßigen Verhaltensmustern basiert und daher bedarf es Zeit und kontinuierlichen Input, um existierende Verhaltensweisen zu verändern (Talbot, 2004). Berkhof und Kollegen (2011) kamen in ihrem Review nach der Analyse der gefundenen Studien zu dem Schluss, dass Kommunikationstrainings dann effektiv sind, wenn sie wenigstens einen Tag dauern.

Um effektive Trainingsprogramme zu entwickeln, ist es weiterhin hilfreich, die Gruppe der Teilnehmenden direkt zu fragen, welches für sie die relevanten Themen für ein Training sind (lernerzentrierter Ansatz) (Makoul & Schofield, 1999; Berkhof et al., 2011; Hulsmann et al., 2011). Eine solche Bedarfsanalyse hat den Vorteil, dass die Trainingsinhalte direkt auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Zielgruppe zugeschnitten werden können, und somit die Chance eines Transfers in den Alltag erhöht wird. Zu einem lernerzentrierten Ansatz gehört auch, die Teilnehmenden eigene Lernziele formulieren zu lassen. Dies steigert ebenfalls die Effektivität des Trainings (Cross, 1981). Je mehr das Training am Alltag der Teilnehmenden orientiert ist, desto größer sind die Effekte der Intervention (Amiel et al., 2005).

Die meisten Studien sind sich einig, dass das Rollenspiel mit und ohne Simulationspatienten, Feedback geben und Gruppendiskussionen, besonders effektive didaktische Trainingsmethoden sind (Hulsmann et al., 2011). Mündliche Präsentationen und Modelllernen können als alleinige Strategie nicht als effektiv angesehen werden, sondern eher in Kombination mit den oben genannten Strategien.

Exkurs etablierte didaktische Methoden

In der Arzt-Patienten-Kommunikation haben sich drei Methoden als besonders effektiv erwiesen und etabliert: das Rollenspiel, die Arbeit mit Simulationspatienten und Feedback geben. Im nachfolgenden werden diese genauer vorgestellt.

Simpson (1985) definiert **Rollenspiele** folgendermaßen:

„Role-play is a learning method in which participants learn by taking on a particular role, imagining that they are themselves or some other person in a particular situation and interacting with others within an emulation of a true life setting.” (S. 75)

Die Personen „handeln dabei stellvertretend“ oder führen “Als ob Handlungen” durch, womit ein angst- und risikofreies Üben möglich wird – besonders in sehr schwierigen Kommunikationssituationen – und der Erwerb von Handlungssicherheit gefördert werden kann (Schultz et al., 2007). Ein wichtiger Teil des Rollenspiels ist das anschließende Feedback an den Rollenspielenden. Dabei sind Feedbackregeln sehr wichtig. Mittlerweile konnte die Effektivität der Methode Rollenspiel auch in randomisiert kontrollierten Studien festgestellt werden, so z. B. bei Nikendei et al. (2007). Nikendei und Kollegen konnten nachweisen, dass Rollenspiele das Skillstraining im Medizinstudium realistischer gestalten, dass Studierende nicht davon überfordert sind und dass sich die Interaktion und Kommunikation zwischen Patient und Arzt verbessert (Nikendei et al. 2007).

Zum ersten Mal wurde die Methode der **Simulationspatienten (SP)** von Barrows in den 90er Jahren zur Überprüfung klinischer Kompetenzen eingesetzt (Barrow, 1993). Die Idee war dabei, den Studierenden den notwendigen Kontakt zu Patienten zu ermöglichen, gleichzeitig aber reale Patienten zu schützen, Fehldiagnosen zu vermeiden und eine Standardisierung für eine mögliche Überprüfung zu gewährleisten (Ortwein, 2006; Cleland et al., 2009). Der Lernende erhält ein adäquates Feedback durch Simulationspatienten, Peergroup, Dozenten und Videoaufzeichnung. Dies trägt entscheidend zum Lernfortschritt bei, da die Studierenden ihr Verhalten überdenken können (Barrows, 1993; Collins & Harden, 1998; Kneebown, 2003). Der Begriff „Standardisierte

Patienten“ wird verwendet, wenn Simulationspatienten oder auch reale Patienten ihre Erkrankung immer gleich präsentieren (Cleland et al., 2009). Als Simulationspatienten (SP) werden Schauspieler bezeichnet, die die Rolle von Patienten übernehmen. Sie können eine Krankheit in standardisierter und gleichbleibender Art und Weise für Lehr- und Prüfungszwecke präsentieren (Barrow, 1993; Schultz et al., 2007). Die Patientenrolle soll dabei einen hohen Realitätsgrad erreichen. Daher übernehmen die Laienschauspieler sowohl die Symptome und Erkrankung des Patienten als auch die Persönlichkeit, das soziale Umfeld und die aktuelle Lebenssituation (Ortwein et al., 2006). Simulationspatienten sind mittlerweile in der Lehre etabliert.

Die Methode der Simulationspatienten wird in der medizinischen Lehre für Studierende, Weiterbildungsassistenten und Fachärzte eingesetzt. Besonders geeignet und am häufigsten eingesetzt wird sie für die Übung kommunikativer und klinischer Kompetenzen, für die körperliche Untersuchung (Barrows, 1993; Perkowski, 2000) und für die Anamneseerhebung bei unterschiedlichen Patientengruppen. Die Methode ist besonders wichtig für die Übermittlung schwerwiegender Diagnosen oder auch komplexer klinischer Situationen (z. B.: Schultz et al., 2007; Blake et al., 2000; Burdick & Escovitz, 1992; Schildmann & Vollmann, 2001; Cleland et al., 2009; Matouk-Bürmann et al., 2015). Mit den Simulationspatienten (SP) können verschiedene Abschnitte in der Konsultation eingeübt werden, so z. B. der Beginn einer Konsultation, die Informationssammlung, Informationsvermittlung oder der Abschluss einer Sitzung (Cleland et al. 2009). Außerdem werden Simulationspatienten zu Prüfungszwecken eingesetzt. Dabei müssen die Studierenden einen Prüfungsparcour absolvieren, den sogenannten Objective Structured Clinical Examination (OSCE). Simulationspatienten werden in diesem Fall angehalten, den gleichen Fall immer und immer wieder gleich zu spielen, nicht nur die selben Symptome sondern auch die gleichen Emotionen und Haltungen müssen dargestellt werden (Cleland et al., 2009)

Trotz der augenscheinlich überwältigenden Anzahl an Vorteilen existieren bestimmte Herausforderungen bei dieser Methode. Für die adäquate Ausbildung und Betreuung der Simulationspatienten sowie die Qualitätssicherung und Gestaltung von Lehre ist ein hoher Zeit- und Personalaufwand notwendig (Collins & Harden, 1998; King, Perkowski-Rogers & Pohl, 1994; Cleland et al., 2009).

Seit 1998 verfügen praktisch alle amerikanischen Universitäten über ein SP-Programm (Association of American Medical Colleges (AAMC) Curriculum directory. 27th ed. Washington D.C.: Association of American Medical Colleges, 1998-1999.). In Europa und Deutschland etablierte sich der Einsatz von Simulationspatienten später, ist aber mittlerweile weit verbreitet. In Deutschland wurden an 83% der Fakultäten Simula-

tionspatienten zu Lehrzwecken eingesetzt und weniger für Prüfungen (73%) (Kruppa et al. 2009). Unklar bleibt nach der Befragung von Kruppa und Kollegen (2009), wie stark die einzelnen Fachbereiche an oder bei der Implementierung beteiligt sind.

Das Geben und das Erhalten von Feedback gilt als „the heart of medical education“ (Branch & Paranjape, 2002). Konkrete Rückmeldung auf gezeigtes Verhalten wird als verhaltensmodulierendes Element angesehen und ihr wird ein nachhaltiger Ausbildungseffekt für Medizinstudierende oder Ärzte zugeschrieben (Barrows, 1993; Norcini, 2003; Sloane et al, 2004). Die Effekte von Feedbackinterventionen auf die Leistung der auszubildenden Ärzte konnte bereits in vielen Studien (z. B. Veloski et al., 2006) eindrucksvoll bewiesen werden. In einer Metaanalyse zeigte sich, dass 70 % der gefundenen Studien positive Effekte nach Feedbackinterventionen auf die klinische Leistung haben. Nichtsdestotrotz gibt es Unklarheiten und Heterogenität in der Definition und der Theorie von Feedbackinterventionen, so dass es zu unterschiedlichen Aussagen über die Effektivität von Feedback kommt (Kluger & DeNisi, 1996; Veloski et al., 2006). Es ist besonders wichtig, die Ziele, die Definition und die Ergebnistestung von Feedbackinterventionen in den Studien klar zu formulieren.

Die Literatur zum Thema Feedbackinterventionen in der medizinischen Ausbildung bietet wenig einheitliche Definitionen. Van de Ridder und Kollegen (2008) schlagen daher als einheitliche Definition vor: “Feedback is: Specific information about the comparison between a trainee’s observed performance and a standard, given with the intent to improve the trainee’s performance.” (S. 193). Auf diese Definition wird sich im vorliegenden Forschungsprojekt bezogen.

Das oberste Ziel des Feedbacks ist immer die Verbesserung des Gegenübers und durch regelmäßiges Feedback eine kontinuierliche Weiterentwicklung (van de Ridder et al., 2008). Es soll die Lücke zwischen den Leistungen einer Person und dem vorgegebenen Standard oder Ziel transparent machen, so dass die Möglichkeit zu Veränderung und Verbesserung besteht. Feedbackinterventionen lenken erst die Aufmerksamkeit auf die Diskrepanz zwischen eigenem Verhalten und Zielverhalten (Kluger & DeNisi, 1996).

Die Effektivität eines Feedbacks hängt vor allem davon ab, wie es vermittelt wird, von wem es gegeben wird und wie oft es wiederholt wurde.

Regeln des Feedbackgebens, die berücksichtigt werden sollen, sind:

- Rückmeldung von Kompetenzen, die beobachtbar sind, weniger Charaktereigenschaften,

- Feedback spezifisch auf den Inhalt und im Vergleich zum Standard,
- Beschreibendes Feedback, weniger bewertend,
- Feedback sollte motivieren und trotzdem ehrlich sein.

Feedback ist besonders dann effektiv, wenn es über einen längeren Zeitpunkt hinweg von autorisierten Experten vermittelt wurde (Veloski et al., 2006). Das Ziel des Feedbacks ist es aber nicht nur, den Standard zu erreichen, sondern sich durch regelmäßiges Feedback kontinuierlich weiterzuentwickeln. Das Fazit aus der Metaanalyse von Veloski et al (2006) ist daher: „*Feedback can change physicians' clinical performance, when provided systematically over multiple years by an authoritative, credible source.*“ (S.7).

Bei der Verwendung von Simulationspatienten ermöglicht deren Feedback eine Ergänzung zum Feedback der Gruppenmitglieder und des Supervisors, da die Rückmeldung von Gefühlen (emotionale Komponente) hinzukommt. Feedback durch Simulationspatienten gilt bereits als erprobtes Beurteilungs- und Reflexionsverfahren (Norcini, 2003). Entscheidende Voraussetzung für das Feedback durch Simulationspatienten ist eine vorherige Schulung der SP's (Pfeiffer et al., 2005).

2.3 Messung der ärztlichen Kommunikationskompetenz

Wie in den bisherigen Kapiteln dargestellt, nehmen die Bedeutung und der Bedarf an kommunikativen und interaktionellen Kompetenzen kontinuierlich zu. Gleichzeitig werden die Effekte der Trainings kommunikativer Kompetenzen kontrovers diskutiert, nicht zuletzt aufgrund von mangelhaften Evaluationsmethoden. Daher ergibt sich die Frage, wie kommunikative und interaktionelle Kompetenzen von Ärzten effektiv und methodisch sauber gemessen werden können. Dafür ist es wichtig im Vorfeld einer Studie zu überlegen, auf welche Weise Kommunikation subjektive und objektive Ergebnisparameter beeinflussen kann. Street et al. (2009) unterscheiden z. B. einen direkten und indirekten Weg der Beeinflussung. Der direkte Weg ist, wenn Kommunikation objektive Parameter, wie Blutdruck, Mortalität, Schmerzkontrolle oder Heilung direkt beeinflussen würde. Der indirekte Weg, der bedeutend häufiger durch Kommunikation beeinflusst ist, wäre die Veränderung von Verständnis, Zufriedenheit, Vertrauen, Übereinstimmung und Sich-Verstanden-Fühlen. Dies wiederum kann dann einen Einfluss auf objektive Parameter haben.

Die am häufigsten verwendeten methodischen Zugänge zur Effektivitätsprüfung der Lernziele eines Kommunikations- und Interaktionstrainings sind die direkte oder

indirekte Beobachtung der Interaktion durch objektive Beobachter mittels Checklisten, Kodiersystemen oder Interaktionsanalysen. Zweitens können Fragebögen zur Einschätzung der Interaktion zwischen Arzt und Patienten, durch den Patienten und oder den Arzt ausgefüllt werden.

Nachfolgend werden die bekannten Evaluationsmodelle genauer betrachtet.

2.3.1 Evaluationsmodelle

KIRCKPATRICK (2006) beschreibt einen vollständigen Evaluationsprozess für Trainingsmaßnahmen im Allgemeinen durch das Vier-Ebenen-Modell. Diese vier Ebenen bauen aufeinander auf (siehe Tab. 3). Jedoch fanden van Buren und Erskine bereits 2002 heraus, dass selten alle vier Ebenen evaluiert werden. In 78 % der Fälle wird die Ebene 1 (Reaktionen) evaluiert, bei immerhin noch 32 % die Ebene 2 (Lernen), aber nur bei 9 % die Ebene 3 (Verhalten) und in 7 % die vierte Ebene der Ergebnisse.

Tab. 3: Vier-Ebene-Modell von Kirckpatrick (2006)

Ebenen	Bezeichnung	Inhalt	Mögliche Messmethoden
Ebene 1	Reaktionen	Akzeptanz, Zufriedenheit, Nützlichkeit	Subjektive Fragebögen direkt im Anschluss an die Intervention
Ebene 2	Lernen	Subjektiver und objektiver Lernerfolg	Subjektive Fragebögen zur Kompetenzeinschätzung objektive MC-Fragen
Ebene 3	Verhalten	Lerntransfer, Verhaltensänderung	Beobachtungschecklisten und Videoanalysen (z. B. CCOG, RIAS), durch objektive Beobachter
Ebene 4	Ergebnisse	Effizienz, Ergebnisse für Beteiligte (z. B. für Patienten oder das Unternehmen)	subjektive Fragebögen zu Ergebnisparametern objektive Kennzahlen

HULSMANN ET AL. (1999) führten einen systematischen Review mit dem Themenschwerpunkt Effekte von Kommunikationstrainings. Darin teilte er die Trainingseffekte der Studien in verschiedene Stufen ein:

1. Messung durch Selbsteinschätzung der Ärzte (z. B. Fragebögen)
2. Beobachtung des Verhaltens der Teilnehmenden mit realen oder standardisierten Patienten (z. B. durch Beobachtungschecklisten CCOG oder RIAS)
3. Ergebnisse der trainierten Tätigkeit auf Dritte (z. B. Patientenzufriedenheit, medizinische Einflussvariablen)

Dabei wird empfohlen, sowohl subjektive als auch objektive Daten zu erheben (Hulsman et al., 2011).

Auch auf der KALAMAZOO II KONFERENZ (2002) wurden Evaluationsmethoden für Kommunikationstrainings festgelegt (Duffy et al., 2004). In ihrer Arbeit unterscheiden die Autoren drei grundlegende Methoden zur Messung von Kommunikations- und interaktionellen Kompetenzen. Man einigte sich dabei auf:

- Checklisten zur Prüfung von interaktionellem Verhalten
- Patientenfragebögen
- Prüfungsformate wie z. B. schriftliche oder mündliche Prüfungen

Diese drei unterschiedlichen Möglichkeiten der Messung kommunikativer Kompetenzen werden von DUFFY ET AL. (2004) weiter in fünf Kategorien eingeteilt:

- Beurteilung von Arzt-Patienten-Interaktionen mit realen Patienten
- Ratings mit standardisierten Patienten (z. B. OSCE)
- Beurteilungen von Video- oder Audiotapes (z. B. RIAS)
- Patientenfragebögen
- Prüfungen von Wissen, Einstellungen und Sichtweisen

Zur Messung der kommunikativen Kompetenz reicht es nicht aus, nur Wissenstests oder subjektive Einschätzungen allein zu erheben, da Kommunikation komplexer Prozess ist und die Zusammenhänge zwischen der erbrachten Leistung und den Bewertungskriterien meist weniger klar bzw. operationalisierbar sind (Hulsman et al., 2011). Deshalb sollte nach HULSMAN ET AL. (2011) die Messung von klinischer Kompetenz und professioneller Gesprächsführung bei Studierenden drei Elemente vorweisen:

1. Messung der Selbsteinschätzung (Self evaluation)
2. Zielermittlung (Goal appraisal)
3. Messung der Performanz der erlernten Fertigkeiten (Skills performance)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die genannten Autoren - Kirckpatrick, Hulsmann et al. und Duffy et al. - viele übereinstimmende Sichtweisen auf die Evaluation von kommunikativen Kompetenzen haben. Die Forscher sind sich einig, dass sowohl subjektive als auch objektive Methoden verwendet werden und dass verschiedene Akteure (hier Arzt und Patient) befragt bzw. untersucht werden sollten, um eine umfassende Aussage zur kommunikativen Kompetenz zu treffen. Als Methoden stehen Fragebögen, Analyseinstrumente und Checklisten zur Verfügung.

In der vorliegenden Arbeit wurden alle Sichtweisen berücksichtigt. Strukturgebend sind allerdings die vier Ebenen von Kirckpatrick (2006).

2.3.2 Beurteilungsinstrumente zur Messung der Arzt-Patienten-Kommunikation

In der Forschungsliteratur findet man verschiedene Evaluationsinstrumente zur Erfassung der ärztlichen Kommunikation. Dabei kann ein geschulter Beurteiler direkt während eines Gesprächs, einer Prüfung oder durch ein Video die Kommunikationskompetenz der Ärztinnen und Ärzte objektiv überprüfen. Folgende Instrumente sollen hier erwähnt werden: die Berliner Global Rating Scale (Scheffer, 2009), die deutsche Übersetzung des Calgary-Cambridge Observation Guide I (Kurtz et al., 1996) und zusätzlich sechs spezifisch für das Curriculum entworfene Checklisten, die im abschließenden Prüfungsparcour angewendet wurden (Jünger et al. 2010, unveröffentlicht). Der Prüfungsparcour ist der Objective Structured Clinical Examination (OSCE).

Dieser soll im Folgenden (siehe Abbildung 3) näher vorgestellt werden, da dies das verwendete Prüfungsformat in der Studie ist:

EXKURS: OBJECTIVE STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION (OSCE):

Das Prüfungsformat OSCE, von Harden und Kollegen 1975 erstmals beschrieben, prüft entgegen „herkömmlicher“ Prüfungsformen nicht nur theoretisches Wissen, sondern beurteilt den Prüfling direkt bei der Ausführung klinisch-praktischer Tätigkeiten (Wass et al., 2001) nach der Miller-Lernpyramide auf der Stufe des „show how“ (Miller, 1990) bzw. nach Kirckpatrick (2006) auf den Ebenen 2 (Wissenszuwachs) und 3 (Verhaltensänderung). Somit können prozedurale Fertigkeiten und Fähigkeiten erfasst werden (Nikendei & Jünger, 2006). Diese Form der Prüfung ist adäquat für die Überprüfung von Verhaltensänderung bei

Teilnehmenden eines Kommunikations- und Interaktionstrainings. Beim OSCE rotieren die Prüfungskandidaten durch einen Parcours von Prüfungsstationen, an denen sie klinisch-praktische Fertigkeiten unter Beweis stellen müssen. An den einzelnen Stationen können Schauspielpatienten zum Einsatz kommen, an denen die Teilnehmenden ihre kommunikativen (z. B. Anamneseerhebung, Beratungs-, Entlassgespräche usw.) oder ihre praktischen Fertigkeiten (z. B. körperliche Untersuchungen) zeigen können. Jede Station ist mit einem Prüfer besetzt, der die Prüfungsleistung der Studierenden/Ärzte mit Hilfe einer Checkliste beurteilt. Die einzelnen Stationen können auch mit Video aufgenommen werden, damit unabhängige Dritte die Leistung ebenfalls mit Checklisten, z. B. dem CCOG (Kurtz et al., 1996; Jünger et al., 2010) oder anderen Analyseinstrumenten, z. B. dem RIAS (Roter, 1991), beurteilen können. Dieses Prüfungsformat gilt in der medizinischen Ausbildung als eine sehr valide und reliable Prüfungsform, um praktische Fähigkeiten adäquat einschätzen zu können (A-Latif, 1992; Brailovsky et al., 2000). Dies wurde bereits in mehreren Studien bestätigt (z. B.: Hodges et al., 1999; Cerilli et al., 2001; Dwyer et al., 2014). Ein generelles Problem bei der Überprüfung von Kommunikation durch eine Prüfung ist, dass man zwar herausfinden kann, ob der Prüfling die erlernten Fähigkeiten besitzt, aber nicht, ob die Fähigkeiten auch in der alltäglichen Arbeit angewandt werden (Barrows, 1993).

Abb.2: Exkurs Objective Structured Clinical Examination (OSCE)

1. Berliner Global Rating Scale

Die Berliner Global Rating Scale (Scheffer, 2009) ist die deutsche Adaption der OSCE Global Rating Scale von Hodges et al. (2003). Das globale Beurteilungsinstrument umfasst folgende vier Dimensionen und wird mittels einer fünfstufigen Likertskala ausgewertet (siehe Tab. 4). Das Originalinstrument befindet sich im Anhang C.

Tabelle 4: Darstellung der vier Dimensionen und der Likertskalen Punkte 1 und 5 der Berliner Global Rating Scale (Scheffer, 2009)

	Dimension	Likertskala (Punkt 1 und Punkt 5)
1	„Eingehen auf Gefühle und Bedürfnisse der Patienten (Empathie)“	1: „Die Studierende geht durchgehend verständnisvoll auf die (verbale und nonverbale) Hinweise und Bedürfnisse der Patientin ein oder sie reagiert angemessen.“ 5: „Die Studierende geht nicht auf offensichtliche (verbale und nonverbale) Hinweise und Bedürfnisse der Patientin ein oder sie reagiert unangemessen.“

Dimension	Likertskala (Punkt 1 und Punkt 5)
2 „Logischer Zusammenhang des Gesprächs (Struktur)“	<p>1: „Das Gespräch ist hervorragend organisiert; das Vorgehen zeigt, dass die Studierende in der Lage ist, das Gespräch zusammenhängend zu gestalten und die Gesprächsführung in der Hand zu behalten.“</p> <p>5: „Das Gespräch ist nicht erkennbar organisiert; das Vorgehen wirkt zusammenhanglos oder die Patientin muss den Verlauf des Gesprächs festlegen.“</p>
3 „Verbaler Ausdruck“	<p>1: „Die Studierende kommuniziert in einer Art und Weise, die es der Patientin leichtmacht, sie zu verstehen oder sie kommuniziert angemessen mit der Patientin (z. B. hinsichtlich Wortwahl, Grammatik, Intonation, Lautstärke, Stimmmodulation, Sprechtempo und Aussprache).“</p> <p>5: „Die Studierende kommuniziert in einer Art und Weise, die es der Patientin erschwert oder unmöglich macht, sie zu verstehen oder sie kommuniziert unangemessen mit der Patientin (z. B. hinsichtlich Wortwahl, Grammatik, Intonation, Lautstärke, Stimmmodulation, Sprechtempo und Aussprache).“</p>
4 „nonverbaler Ausdruck“	<p>1: „Die Studierende bezieht die Patientin durch nonverbalen Ausdruck durchgängig ein oder motiviert sie zur Gesprächsbeteiligung (z. B. durch Augenkontakt, Mimik, Gestik, Körperhaltung und Einsatz von Pausen).“</p> <p>5: „Die Studierende schafft es nicht, die Patientin durch nonverbalen Ausdruck einzubeziehen und frustriert sie oder bringt sie gegen sich auf (z. B. durch Augenkontakt, Mimik, Gestik, Körperhaltung und Einsatz von Pausen).“</p>

2. Calgary-Cambridge Observation Guide I (CCOG):

Der Calgary-Cambridge Observation Guide I ist ein Instrument zur Beurteilung kommunikativer Gesprächskompetenz von Ärztinnen und Ärzten. Er berücksichtigt beide Prozess- und Inhaltskomponenten des medizinischen Interviews (Nikendei et al., 2011). Er wurde von Jünger et al. (2010) ins Deutsche übersetzt und an die Studiensituation in Heilbronn adaptiert. Ursprünglich ist der CCOG eine binäre Checkliste („ja/nein“). Sie würde hier um den Bewertungspunkt „ja aber“ erweitert und ist somit dreistufig. Das Instrument umfasst 28 Beurteilungspunkte (Original Instrument, siehe Anhang C). Diese 28 Items sind untergliedert in sechs Bereiche eines Arzt-Patienten-Gesprächs:

1. Einleiten der Sitzung
2. Sammeln von Informationen/ Exploration der Probleme

3. Verstehen der Patientenperspektive
4. Strukturgebung im Gespräch
5. Beziehungsaufbau
6. Beenden der Sitzung

3. OSCE-stationsspezifische Checklisten

Über die Globalbeurteilung des Gespräches wie bei der Berliner Globalrating Skala hinaus wurden von Jünger et al. (2010) eine OSCE- stationsspezifische Checklisten entworfen, um die fallspezifischen Lerninhalte zu überprüfen. Bisher ist wenig über OSCE-stationsspezifische Checklisten in der Literatur bekannt, jedoch postulierten Baig et al. (2009), dass die Messung der Kommunikationsfähigkeit immer maßgeschneidert sein muss. Deshalb kommt zum globalen Rating der Berliner Global Rating Scale und dem CCOG I noch eine inhaltspezifische Checkliste hinzu. Der Aufbau der Checklisten ist für jede OSCE-Station gleich und umfasst die Beurteilung auf den folgenden Dimensionen:

1. Gesprächsstruktur
2. Gesprächsführung und Informationsvermittlung
3. Gesprächsinhalt
4. Beziehungsregulation

Inhaltlich sind diese Dimensionen dem jeweiligen Fall angepasst (*siehe Anhang C*).

2.4 Schlussfolgerungen für die vorliegende Fragestellung

- Aus den gewonnenen Erkenntnissen aus der aktuellen Literatur zum Thema Kommunikationstrainings in der Medizin können folgende Schlussfolgerungen für die vorliegende Studie übernommen werden:
- Für die Curriculumentwicklung der Intervention wurde sich an den drei Phasen von McLean und Kollegen orientiert (Mc Lean et al., 2008).
- Um eine qualitativ hochwertige aussagekräftige Studie durchzuführen, wurde ein randomisiert kontrolliertes Studiendesign gewählt.
- Das Training wird über einen längeren Zeitraum zu unterschiedlichen Terminen stattfinden.

- Der theoretische Hintergrund der Trainingskonzeption und somit das Ziel ist die Verbesserung der patientenzentrierten Kommunikation. Aus deren Konzept leiten sich die theoretischen Inhalte und Gesprächsstrategien ab.
- Das Training ist zielgruppenspezifisch und praxisnah durch die Durchführung einer Bedarfsanalyse mittels Fokusgruppen.
- Es werden didaktische Methoden verwendet, die in den genannten Studien zu signifikantem Trainingserfolg führten, wie z. B. Rollenspiele mit und ohne Simulationspatienten und Feedbackrunden.
- In der Intervention wurden zusätzliche individuelle Coaching-Sessions in Form von Visitenrevisionen eingebaut entsprechend einer Studie von Brinkmann et al. (2007).
- Die Evaluation erfolgt nach dem 4-Ebenenmodell von Kirkpatrick (2006). Verwendet werden sowohl subjektive als auch objektive Evaluationsinstrumente.
- Die Zielgruppe des Trainings waren alle internistisch tätigen Ärzte eines Krankenhauses. Eine Studie mit einer vollständigen Stichprobe dieser Fachrichtung ist bisher nicht veröffentlicht worden.

2.5 Ziele, Fragestellung und Hypothesen

Für die vorliegende Untersuchung wurden folgende Ziele und Fragestellungen gewählt.

Ziele und Fragestellungen:

- a) Verbesserung der kommunikativen Fertigkeiten bei den Ärzten
 - Verbessert sich die subjektive Selbsteinschätzung im Hinblick auf die eigenen kommunikativen Kompetenzen von Teilnehmenden einer Schulung in interaktionell-kommunikativen Fertigkeiten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die kein derartiges Training erhalten hat?
 - Kann im Rahmen einer klinisch-praktischen Prüfung (OSCE) eine Interventionsgruppe, die eine Schulung in interaktionellen-kommunikativen Fertigkeiten erhalten hat, signifikant bessere kommunikative Fertigkeiten zeigen als die Kontrollgruppe?
 - Wie ist die Akzeptanz und Bewertung eines Schulungsmoduls zur Arzt-Patient-Kommunikation mit „Simulationspatienten“ unter berufserfahrenen Ärzten?
- b) Ein zielgruppenspezifisches Kommunikationstraining erhöht die subjektive Patientenzufriedenheit.

Hypothesen:

1. Die Akzeptanz und der subjektive Lernzuwachs eines theoriebasierten und zielgruppenspezifischen Kommunikationstrainings sind hoch.
2. Das subjektive Kompetenzgefühl der Ärzte bzgl. der eigenen Kommunikationsfähigkeit und dem Umgang mit Patienten steigt nach Absolvieren des Kommunikationstrainings.
3. Die kommunikative, interaktive Kompetenz der teilnehmenden Ärzte verbessert sich im Vergleich zur Kontrollgruppe im Patientengespräch durch das Kommunikationstraining und lässt sich anhand von standardisierten Gesprächssituationen mit Simulationspatienten (mittels OSCE) nachweisen.
4. Das Kommunikationstraining verbessert die subjektive Patientenzufriedenheit.

3 Methoden

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine einarmige randomisiert-kontrollierte Studie im Wartekontrollgruppendesign. Das methodische Vorgehen orientierte sich am Ansatz der Curriculumsentwicklung von Mc Lean und Kollegen (2008). Dieser gliedert sich wie folgt auf:

1. Planungsphase
2. Implementierungsphase
3. Evaluationsphase

Die Darstellung der Methoden und der daran anschließende Ergebnisteil ist entsprechend der drei Phasen aufgebaut. Die Planungsphase beinhaltet eine Bedarfsanalyse für das Curriculum des Trainings und in Abhängigkeit davon die Entwicklung der Lernziele. In der Implementierungsphase werden die didaktischen Trainingsmethoden entwickelt und die Umsetzung des Trainings beschrieben. Die Evaluationsphase misst die Ergebnisse und Effektivität des Curriculums. In der vorliegenden Arbeit orientiert sich die Evaluation am Ansatz von Kirckpatrick (1998, 2006) (siehe Kapitel 3.4.). Einen Überblick über die verwendeten Methoden innerhalb der drei Phasen der Curriculumsentwicklung ist in Tabelle 5 abgebildet.

Tab. 5: Überblick der verwendeten Methoden innerhalb der drei Phasen der Curriculumsentwicklung nach McLean & Kollegen (2008)

Phasen nach McLean et al.	Verwendete Methoden	Auswertungsmethode
Planungsphase	Bedarfsanalyse mittels Fokusgruppen	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1983, 1989, 2015)
	Lernzielbestimmung mittels SMART-Prinzip, Bloom'scher Taxonomie, ICAP-Modell und Miller-Pyramide	
Implementierungsphase	Verwendete Interventionsmethoden/ Schulungsstrategien- und methoden: Rollenspiele mit und ohne Simulationspatienten Feedbackinterventionen Visitentraining	

Phasen nach McLean et al.	Verwendete Methoden	Auswertungsmethode
Evaluationsphase	<p>Hypothese 1: Reaktion auf das Training mittels Akzeptanzfragebogen (Ebene der Reaktion) Ebene des Lernens: Subjektiver Lernzuwachs der Ärzte</p> <p>Hypothese 2: subjektiver Kompetenzzuwachs der Ärzte mittels Fragebogen</p> <p>Hypothese 3: Objektive Auswertung des OSCE-Prüfungspacours (Vergleich Interventions- und Kontrollgruppe (Ebene der Verhaltensänderung)</p> <p>Hypothese 4: Patientenbefragung per Fragebogen vor und nach dem Training (Ebene des Outcomes)</p>	deskriptive Analyse, Varianzanalyse

3.1 Studiendesign

Es wurde eine randomisiert-kontrollierte Studie im Wartekontrollgruppendesign im Zeitraum von September 2008 bis März 2009 durchgeführt. Ziel war die Verbesserung der patientenzentrierten Kommunikation zwischen Arzt und Patienten. An der Studie nahmen alle internistisch tätigen Ärzte des SLK Klinikums Heilbronn teil (n=42). Der Klinikdirektor verpflichtete alle Ärzte der internistischen Abteilungen. Die Teilnehmerquote profitiert erheblich von diesen Umständen. Die Randomisierung der Ärzte in die Interventionsgruppe (IG) und Wartekontrollgruppe (KG) erfolgte durch Paarbildung nach ärztlicher Erfahrung und demographischen Daten wie Alter und Geschlecht. Die Paare wurden im Anschluss in die Interventions- und Kontrollgruppe aufgeteilt. Die Wartegruppe erhielt das Kommunikationstraining im Anschluss an die Studie. Ein Austausch zwischen den Gruppen wäre bedingt durch die alltägliche Arbeit möglich gewesen.

Der Ablauf der Studie wird in Abbildung 3 dargestellt. Vier Monate vor Beginn der Randomisierung und Datenerhebung (prä/post) wurde eine Bedarfsanalyse mittels Fokusgruppen durchgeführt, um die Lernziele, die didaktischen Methoden und damit die Trainingskonzeption abzuleiten.

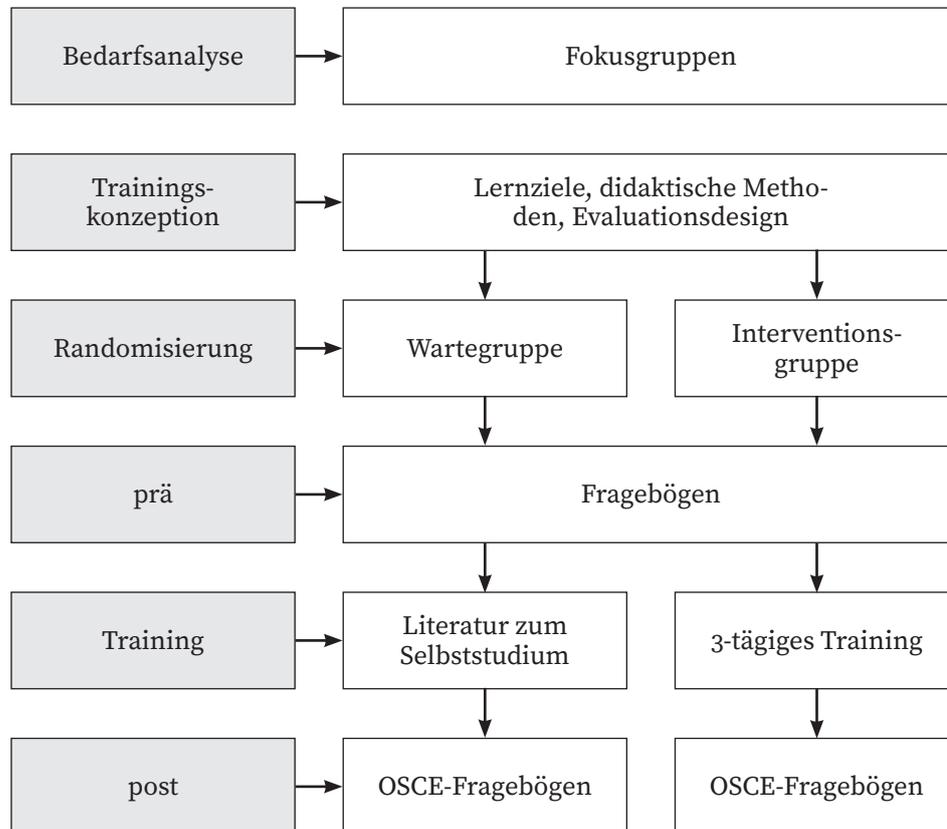


Abb. 3: Studiendesign

Das Evaluationsdesign sah vor, dass vor der Intervention alle teilnehmenden Ärzte einen Fragebogen zu ihrer subjektiven Kommunikationskompetenz ausfüllten. Die Patienten, die vor der Intervention auf der Station waren, wurden aufgefordert einen Fragebogen zur Patientenzufriedenheit bei Beendigung ihres Klinikaufenthaltes auszufüllen. Nach der Intervention wurde das Training von der Interventionsgruppe bewertet (Akzeptanzfragebogen). Alle Ärzte füllten erneut den Fragebogen bzgl. ihrer Kommunikationskompetenz aus und nahmen an einer abschließenden Prüfung teil – einem OSCE-Parcours bestehend aus 6 Stationen á 5 Minuten. Die Patientenzufriedenheit wurde nach der Intervention erneut erfasst.

Alle teilnehmenden Ärzte videographierten außerdem vor und nach der Intervention jeweils fünf reale Arzt-Patienten-Gespräche. Diese wurden im Nachhinein durch drei „verblindete“ Beurteiler mit dem Roter Interaction Analysis System (RIAS, Roter 1991) ausgewertet. Diese Ergebnisse sind jedoch nicht Gegenstand dieser Arbeit, sondern wurden von Maatouk-Bürmann et al. (2015) bereits veröffentlicht. Sie werden jedoch in der Diskussion aufgegriffen.

3.2 Planungsphase

3.2.1 Bedarfsanalyse mittels Fokusgruppen

Die Bedarfsanalyse für die Intervention erfolgte mittels Fokusgruppen. Fokusgruppen sind Gruppendiskussionen bestehend aus 6-12 Personen und einem Moderator, die einmalig, zeitlich begrenzt (meist 1-2 Stunden) zu einem bestimmten Thema diskutieren (Stewart & Shamdasani, 1990). Die Fragen sollten offen formuliert sein und aus klaren einfachen Sätzen bestehen (Powell & Single, 1996). Der Moderator einer Fokusgruppe hat die Aufgabe die Teilnehmenden zu ermuntern offen miteinander zu interagieren, ohne dabei zu einer gemeinsamen Meinung oder zu einem gemeinsamen Beschluss kommen zu müssen (Powell & Single, 1996; Freeman, 2006). Da die Interaktionen zwischen den Teilnehmenden eines der Schlüsselmerkmale einer Fokusgruppe sind (Kitzinger, 1994), muss besonders darauf geachtet werden, dass jeder Teilnehmende gleichberechtigt zu Wort kommen kann. In der medizinischen Forschung wurden Fokusgruppen vor allem verwendet, um Hypothesen zu generieren, zu testen und zu implementieren (Murphy et al., 1992; Ramirez & Shepperd, 1988), Fragebögen zu entwickeln, qualitative Fragen auszuwerten (Schattner et al., 1993) oder, wie im vorliegenden Fall, Interventionsprogramme zu entwickeln (Barbour, 2005). In der medizinischen Lehrforschung ist die Befragung der Teilnehmenden immer stärker in den Vordergrund getreten, um die Entwicklung von Curricula zielgerichtet auf diese anzupassen und nicht nur die Kriterien der Curriculumsentwickler in Betracht zu ziehen (Lloyd-Jones et al., 1999; Lam et al., 2001). Fokusgruppen haben den Vorteil einer flexiblen Anwendungsweise und hohen Akzeptanz bei den Teilnehmenden (Barbour, 2005). Sie fühlen sich ernst genommen und können ihre Probleme aktiv in das Interventionsprogramm einbringen. Weiterhin können in relativ kurzer Zeit genügend Informationen gesammelt werden, um eine Bedarfsanalyse abzudecken. Dies ist ein Vorteil gegenüber Einzelinterviews (Kern et al. 1998).

Die Fokusgruppen in der vorliegenden Studie wurden von einer trainierten, vom Klinikum unabhängigen Moderatorin geleitet. Die Fragen wurden vorab von der Moderatorin erarbeitet. So wurde sichergestellt, dass über die relevanten Themen gesprochen

wurde. Die Fokusgruppen wurden im Krankenhaus in Heilbronn mit insgesamt 13 Assistenz- und Oberärzten der Stationen der Inneren Medizin vier Monate vor Beginn der Intervention durchgeführt. Insgesamt fanden drei verschiedene Fokusgruppen statt, die ca. 1 1/2 Stunden dauerten. Das Ziel der Fokusgruppendifkussion war, spezielle schwierige kommunikative oder medizinische Situationen zwischen Ärzten und Patienten im Klinikum in Heilbronn zu erfassen. Der vollständige Leitfaden ist im Anhang D dargestellt. Alle Fokusgruppentreffen wurden mit einem Videogerät aufgenommen.

3.2.2 Entwicklung von Lernzielen für das Kommunikationstraining

Nach Bestimmung der Lernbedarfe der Teilnehmenden durch die Fokusgruppen wurden die Lernziele für die Intervention formuliert. Weil die Formulierung der Lernziele das Herzstück der Curriculumsentwicklung ist (Kern et al., 1998), wurde besonders darauf geachtet, dass die Lernziele den SMART-Kriterien, der Bloomschen Taxonomie und dem ICAP Modell (siehe Stand der Forschung, Kapitel 2.2.4) entsprechen. Die Idee ist, dass eine Verhaltensänderung bei den Teilnehmenden eher wahrscheinlich ist, wenn die Lernziele verschiedene Domänen wie z. B. kognitive, affektive und psychomotorische Aspekte ansprechen (Krathwohl, 2002). Ebenfalls sollen die Lernziele alle Ebenen der Miller-Pyramide (Miller, 1990) abdecken, um klinische Kompetenz im Arbeitsalltag zu entwickeln. Je interaktiver ein Lernziel desto effektiver das Lerneffekt (Chi & Wylie, 2014). Die Lernziele wurden in einer Gruppe bestehend aus Ärzten und Psychologen formuliert, diskutiert und auf die Operationalisierbarkeit geprüft.

3.3 Implementierungsphase

Aus den erhobenen Lernzielen und den wissenschaftlichen Nachweisen zur Effektivität bestimmter didaktischer Methoden bei Kommunikationstrainings (siehe Kap. 2.2.) ergaben sich klare Vorgaben für die inhaltliche und methodische Konzeption.

Folgende Entscheidungen wurden für das Training getroffen:

1. einen Wechselnden Einsatz von Theorie und praktischen Übungen,
2. ein breites Spektrum an alltagsorientierten und zielgruppenspezifischen Übungen,
3. Rollenspiele mit und ohne Simulationspatienten,
4. umfangreiches Feedback für die Teilnehmenden.

Durch die Wahl der didaktischen Methoden soll die Effektivität des Trainings erhöht werden.

Auf die didaktischen Methoden soll im Weiteren kurz eingegangen werden.

3.3.1 Auswahl der didaktischen Schulungsstrategien und -methoden

Definierte Ziele der Teilnehmenden

Zu Beginn des Trainings definierten die Teilnehmenden ihre eigenen Ziele für die Trainingstage. Die Fokussierung auf eigene Ziele soll das eigenverantwortliche Lernen und den Transfer der Inhalte erhöhen. Als Grundlage für die Zieldefinition sahen die Teilnehmenden eigene, reale Patientengespräche an, mit deren Hilfe sie sich Verbesserungswünsche bzw. -felder erarbeiteten. Während des Trainings wurden die Teilnehmenden aufgefordert, ihre eigenen Ziele zu überprüfen und aktiv zu reflektieren.

Theoretische Wissensvermittlung

Die theoretische Grundlage des Trainings ist die patientenzentrierte Kommunikation nach Mead, Bower & Hahn (2002) und Langewitz (2011). Im Zusammenhang mit der patientenzentrierten Kommunikation stehen verschiedene Gesprächsführungsmodelle und Gesprächshaltungen, die aus der Literatur recherchiert und in das Training thematisch aufbauend eingefügt wurden. Diese Modelle befinden sich im Anhang F. Zur Vermittlung der Modelle wurde die Methode des Vortrags gewählt.

Modell zur Gesprächsanalyse

Transaktionsanalyse (Berne, 2001)

Das Transaktionsanalytische Modell wurde mit in das Curriculum des Ärztetrainings aufgenommen, um den Teilnehmern ein Gesprächsanalysemodell besonders bei schwierig verlaufenen Gesprächen oder Konflikten an die Hand zu geben. Bei der Transaktionsanalyse handelt es sich um eine Theorie, die sich mit der Interaktion zwischen Menschen und der Persönlichkeit von Individuen befasst. Zusätzlich ist es eine klinische Methode der Psychotherapie und kann auch zur Gesprächsanalyse genutzt werden. Das Modell wurde im Training theoretisch vorgestellt mit der Betonung auf den verschiedenen Ich-Zuständen (Kind-Ich, Erwachsenen-Ich, Eltern-Ich) und deren unterschiedlichen Er-

scheinungsformen. In der Kommunikation treffen somit die verschiedenen Ich-Zustände zweier Menschen aufeinander und interagieren. Eine Kommunikation kann nach dem Transaktionsanalytischen Modell somit komplementär, gekreuzt oder verdeckt sein. Bei komplementärer Kommunikation verläuft die Interaktion parallel zwischen den angesprochenen Ich-Zuständen und ist somit störungsfrei. Bei einer gekreuzten Kommunikation kommt es zu einem Bruch oder Konflikt im Gesprächsverlauf, da andere Ich-Zustände angesprochen werden als die, die antworten. Es benötigt eine Neuorientierung. Bei der verdeckten Kommunikation gibt es quasi zwei Gespräche ein verbalisiertes und ein nonverbales unterschwelliges Gespräch, wobei der nonverbale Inhalt ein größeres Gewicht hat. Es kann somit ebenfalls zu Konflikten zwischen den Gesprächspartnern kommen. Im Anschluss an den Vortrag sollte die Transaktionsanalyse eingeübt werden und bei der Analyse von Arzt-Patienten-Gesprächen angewendet werden.

Rollenspiele

Eines der wichtigsten Ziele im vorliegenden Training ist das praktische Umsetzen der vorgestellten Gesprächsführungsmodelle und theoretischen Inputs. Für diesen Transfer wurde die Methode des Rollenspiels mit und ohne Simulationspatienten als wesentliche ausgewählt. In der medizinischen Ausbildung sind Rollenspiele eine anerkannte Methode für die Vermittlung kommunikativer und interaktiver Kompetenzen (Schultz et al., 2007) und werden wie beschrieben als effizienteste Methode zur Umsetzung kommunikativer Kompetenzen angesehen (genauer siehe Abschnitt 2.2.5. in der Einleitung).

Beschreibung des Einsatzes von Simulationspatienten in der Intervention

Der Ablauf des Gespräches mit Simulationspatienten im vorliegenden Training sah folgendermaßen aus. Das Gespräch fand in Kleingruppen von maximal fünf Teilnehmenden statt. Zu Beginn wurden den einzelnen Teilnehmenden Aufgaben zugeteilt. Einer aus der Gruppe übernahm die Rolle des Arztes im Gespräch mit dem Simulationspatienten, dafür erhielt er eine Handlungsanweisung. Die anderen Gruppenmitglieder fungierten als Beobachtende und erhielten spezifische Feedbackaufträge. Das Gespräch mit dem Simulationspatienten dauerte 10-15 min und wurde per Videogerät aufgenommen, so dass der aktive Teilnehmende (Arztrolle) nach dem Gespräch seine kommunikativen Leistungen im Video anschauen konnte. Nach dem Gespräch schloss sich eine ausführliche Rückmeldungsrunde an, die in einer fest definierten Reihenfolge stattfand. Begonnen wurde mit der Rückmeldung des Teilnehmenden in der Rolle des Arztes, der seine eigenen Eindrücke und wahrgenommenen Stärken und Schwächen benannte. Als nächstes erhielt er Feedback vom Simulationspatienten bzgl. der Eingangssituation, des Kontaktaufbaus, des verbalen und nonverbalen Verhaltens, der Struktur und des eigenen Empfindens während

des Gesprächs. Erst dann folgte das vereinte Feedback aus der Gruppe, zusammengetragen von einem Beobachtenden. Um der Gruppe das Feedback zu erleichtern, erhielten alle Teilnehmende die Feedbackregeln und einen Feedbackleitfaden als Arbeitsblatt (siehe Anhang G). Der Feedbackleitfaden orientiert sich dabei an verbalem und nonverbalem Verhalten, spezifischen Kommunikationsmodellen, der Gesprächsstruktur und medizinischen Inhalten. Am Ende erhält er ein ergänzendes Feedback vom Dozenten/Supervisor. Der Ablauf des Feedbackprozesses befindet sich im Anhang H. Im Anschluss an die Feedbackrunde, konnte der Teilnehmende noch einmal für sich benennen, was er als besonders verbesserungswürdig ansieht bzw. was er für sich mitgenommen hat.

Von entscheidender Bedeutung für eine langfristige Veränderung im kommunikativen Verhalten ist der Transfer in den Alltag. Daher ist es wichtig, dass die Rollenspiele an den Alltag der Ärzte angepasst werden.

Stichprobe der Simulationspatienten

Rollenspiele mit Simulationspatienten spielen im Training eine tragende Rolle, um den Teilnehmenden zu ermöglichen, sich in schwierigen kommunikativen Situationen so realitätsnah wie möglich zu erproben und weiterzuentwickeln. In Tabelle 6 ist die Stichprobe der Simulationspatienten abgebildet.

Tab. 6: Stichprobe der Simulationspatienten im Training

Stichprobe Simulationspatienten	n = 19
Geschlecht:	weiblich: 12 männlich: 7
Alter:	min: 25 max: 70 Mittelwert = 44,9
Berufsfelder:	Studenten: 4 Therapeutische Berufe: 3 Krankenschwester: 2 Keine Angabe: 1 Rentner: 3 MTA: 3 Schauspieler: 3

Qualitätssicherung durch Schulung der Simulationspatienten

Um die Glaubwürdigkeit der Simulationspatienten zu gewährleisten, bedarf es eines qualifizierten Trainingsprozesses, so wie es auch Cleland et al. (2009) beschrieben haben.

Die Darsteller wurden in Heidelberg nach einer einstündigen Informationsveranstaltung in einem speziellen sechsstündigen Workshop mit drei unterschiedlichen Themenbereichen (rechtliche Fragen, Schauspielen, Feedback und Reflexion) zu Simulationspatienten ausgebildet. Als Trainingsgrundlage für die zukünftige Rolle als Simulationspatient (SP) diente das Rollenskript. Im Skript wurde all das, was der SP und der Dozent für die Rolle wissen müssen, beschrieben, wie z. B. das Setting, die familiäre Struktur, Daten der Erkrankung, die aktuellen und bekannten Symptome sowie die Charaktereigenschaften der fiktiven Person. Es wurden außerdem die Lernziele der Rolle für die medizinischen Protagonisten den Simulationspatienten vorgestellt. Im Rollentraining wurde mit einem ausgebildeten Schauspieltrainer die Rolle besprochen, in der Rolle gearbeitet und anschließendes Feedback eintrainiert. Dies ist sehr wichtig, da Simulationspatienten die Herausforderung haben, ihre Rolle gleichbleibend und realistisch zu spielen und sich gleichzeitig an die individuelle Leistung jedes Arztes zu erinnern, um anschließend ein adäquates Feedback geben zu können.

Inhalte der Rollenspiele

Insgesamt wurden für das Kommunikations- und Interaktionstraining neun Rollenspiele geschrieben, die mit Simulationspatienten eintrainiert wurden. Die Patientenfälle wurden direkt aus den Ergebnissen der Fokusgruppenanalyse übernommen, sprachlich geglättet und ein Rollenskript für Simulationspatienten und Dozenten formuliert. Zusätzlich wurden bei der Konzeption der Rollen die einzelnen klinischen Fälle jeweils mit typischen Verhaltensmerkmalen von Patienten kombiniert, wie sie der klassischen Alltagssituation auf den Stationen entsprechen. Die ausführlichen Rollenbeschreibungen befinden sich in Anhang I. Sie bestehen immer aus einer Information für den Simulationspatienten, für den Dozenten und den gesprächsführenden Arzt, wobei im Anhang aus datenschutzrechtlichen Gründen nur die Information für den Dozenten abgebildet ist. Vier der neun Rollen wurden als 10-minütige Gespräche konzipiert und fünf der Rollenspiele als kurze Visitengespräche. Ein Beispiel für den Aufbau eines Rollenspiels befindet sich in Abbildung 4.

DIAGNOSEMITTEILUNG - SOMATISIERUNGSSTÖRUNG

Situationsbeschreibung:

Es handelt sich um Frau Liebkind, eine 57-jährige Patientin, die vor einer Woche auf die Station Med. II aufgenommen wurde. Sie klagt über ausgeprägte abdominelle Beschwerden unklarer Ursache, die in der Vergangenheit schon mehrfach abgeklärt wurden. Sie leidet sehr unter ihren Beschwerden und beklagt, dass ihr bis jetzt noch nie richtig geholfen wurde. Inzwischen wurden alle nötigen Untersuchungen durchgeführt. Der Stationsarzt hat sich alle Vorbefunde von einem stationären Aufenthalt (in einer anderen Klinik) vor 3 Monaten besorgt und durchgeschaut. Er kommt zu dem Schluss, dass die somatische Abklärung hinreichend gewesen ist.

Aufgabenstellung:

Der Arzt soll nun im Patientengespräch die Vorbefunde einschätzen und mit der Patientin besprechen. Der Patientin soll daraufhin die Diagnose einer Somatisierungsstörung nahegebracht werden.

Lernziele:

- Aufbau einer tragfähigen, vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung
- Besonderheiten beim Umgang mit psychosomatischen Patienten mit einer Somatisierungsstörung
- Darlegung von medizinischen Befunden
- Erläuterung des Krankheitskonzeptes einer Somatisierungsstörung

Abb. 4: Aufbau eines Rollenspiels am Beispiel Diagnosemitteilung - Somatisierungsstörung

Feedback in der Intervention

Eine weitere Schlüsselmethod im vorliegenden Training waren Feedbackinterventionen. Das Feedback sollte die Diskrepanz zwischen dem Zielverhalten und dem gezeigten Verhalten deutlich machen und damit das Verhalten steuern.

In der vorliegenden Intervention waren die Feedbackgeber entweder die teilnehmenden Kollegen oder ausgebildete Experten (Ärzte mit Ausbildung zum Master of Medical Education (MME)-Ausbildung bzw. Psychologinnen mit Kommunikations-trainerausbildung). Feedback wurde vor allem nach Rollenspielsequenzen sowohl

mit als auch ohne Simulationspatienten gegeben. Wobei die Reihenfolge und die Art des Feedbacks klar vorgegeben wurde (siehe Abschnitt: Beschreibung des Einsatzes von Simulationspatienten in der Intervention). Im separaten Visitenttraining unterscheidet sich das Feedback von den anderen Trainingstagen. In der Visite erhielten die Teilnehmenden direkt im Anschluss an ein reales Visitengespräch Rückmeldung von den Experten über ihre erbrachte Leistung. Dabei definierten die Teilnehmenden vorab Ziele bzw. Beobachtungsaufträge für die Feedbackgeber. Zusätzlich wurden gemeinsam mit den Teilnehmenden eigene Arzt-Patienten-Gespräche, die vor der Schulung per Video aufgezeichnet wurden, vor dem Bildschirm ausgewertet. Um die Effektivität des Feedbacks zu erhöhen, sollten über die Studie hinaus kontinuierlich Rückmeldungen gegeben werden. Es wurde daher eine zusätzliche Schulung der Oberärzte durchgeführt, um diese zu qualifizieren, ihren Mitarbeitenden kurze Rückmeldungen im Arbeitsalltag zu geben.

3.4 Evaluationsphase - Design und Methoden

Teil einer fundierten Curriculumsentwicklung und Qualitätskontrolle ist die Evaluation der Schulung. Diese Evaluation orientiert sich an dem Evaluationsdesign von Kirckpatrick (1998, 2006), der einen umfassenden Ansatz zur Evaluation von Trainingsmaßnahmen beschreibt (siehe Kap. 2.3.1.). In dieser Studie wurde sich für die Methode der indirekten Beobachtung mittels Checklisten und der subjektiven Einschätzung der Teilnehmenden und der Patienten mittels Fragebögen entschieden.

Folgende methodische Zugänge werden auf den vier Ebenen nach Kirckpatrick (1998, 2006) betrachtet:

- **Ebene der Reaktionen:** Evaluation des Trainings, Akzeptanzfragebogen, die die Teilnehmenden direkt im Anschluss an das Training ausfüllen
- **Ebene des Lernens:** Fragebögen zum subjektiven Lernzuwachs und der subjektiven Kompetenzeinschätzung der Ärzte vor und nach der Intervention
- **Ebene der Verhaltensänderung:** Objektive Beurteilung der OSCE-Stationen durch eine verblindete Beurteilerin mit Hilfe von Checklisten (durch Vergleich der Kontroll- und Interventionsgruppe)
- **Ebene der Ergebnisse:** Einschätzung der Zufriedenheit aller Patienten der interistischen Stationen mittels Patientenfragebögen vor und nach der Intervention

Im Weiteren werden die methodischen Zugänge auf den vier Ebenen genauer betrachtet.

3.4.1 Ebene der Reaktion auf das Training

Es wurde für das entwickelte Training ein Akzeptanzfragebogen bezogen auf die Zufriedenheit mit dem Training konzipiert, der direkt nach dem Training von den Teilnehmenden (nur Interventionsgruppe) ausgefüllt wurde. Der Fragebogen enthielt 13 Aussagen und beinhaltete folgende Themen: Organisation, Konzept des Trainings, Kompetenz der Dozenten, zeitlicher Rahmen, Rollenspiele und Feedback (etc.). Zusätzlich gab es Platz für eigene Äußerungen (Freitextangaben).

Die Antwortskala war fünfstufig skaliert (trifft voll zu - trifft gar nicht zu).

3.4.2 Ebene des Lernens: Selbsteinschätzung der Ärzte vor und nach dem Training

Subjektiver Lernzuwachs der Interventionsgruppe

Im Zuge der Evaluation des Trainings (Teil 2 des Akzeptanzfragebogens) hatte die Interventionsgruppe die Möglichkeit den subjektiv wahrgenommenen Lernzuwachs einzuschätzen durch 18 Items, die sich alle auf die Inhalte des Trainings bezogen. Die Antwortskala war fünfstufig (5 = sehr viel, 1 = sehr wenig). Der gesamte Akzeptanzfragebogen befindet sich im Anhang J.

Subjektive Kompetenzeinschätzung aller Ärzte vor und nach der Intervention

Alle teilnehmenden Ärzte (Kontroll- und Interventionsgruppe, n = 42) wurden gebeten sowohl vor als auch nach dem Kommunikationstraining der Interventionsgruppe einen Fragebogen auszufüllen. Der Fragebogen wurde bereits erfolgreich zur subjektiven Kompetenzeinschätzung bei Müller et al. (2006) und bei Nikendei et al. (2011) eingesetzt. Allerdings wurde er bisher nicht psychometrisch untersucht. Der Fragebogen umfasste fünf Abschnitte. Im *ersten* Abschnitt (demografische Daten) machten die Ärztinnen und Ärzte allgemeine Angaben zu Geschlecht, Alter, Weiterbildungsjahren und ihrer Motivation bezüglich des Arztberufes auf einer sechsstufigen Skala von 1 = „sehr hoch“ bis 6 = „sehr niedrig“. Im *zweiten* Teil des Fragebogens, bestehend aus dreizehn Fragen, bewerteten die Ärzte Aussagen bezüglich der ärztlichen Kommunikation und der Arzt-Patienten-Beziehung auf einer zehnstufigen Antwortskala („trifft

gar nicht zu“ = 1 bis zu „trifft voll und ganz zu“ = 10). Für die Auswertung wurden die Antworten der Fragen 5 und 11 aufgrund der umgekehrten Fragestellung invertiert.

Der *dritte* Teil des Fragebogens bezog sich auf die subjektive Einschätzung der allgemeinen ärztlichen Kommunikationskompetenz in medizinischen Gesprächen und auf das Meistern verschiedener Kommunikationssituationen. Die zehn Fragen waren jeweils zwischen den beiden Polen „gar nicht kompetent“ (1) - „sehr kompetent“ (10) bzw. „gar nicht sicher“ (1) - „sehr sicher“ (10) zu beantworten. Im *vierten* Abschnitt des Fragebogens wurde die Jefferson Scale of Empathy ausgefüllt (Hojat et al., 2001), welche aus zwanzig Fragen mit einer siebenstufigen Skala („starke Zustimmung - starke Ablehnung“) besteht.

Im *letzten fünften* Abschnitt des Fragebogens füllten die Ärzte 25 Fragen zum Thema Burnout mittels des Maslach Burnout Inventory (Maslach et al., 1986) aus. Zu beantworten waren diese mit einer siebenstufigen Skala von 0 = „nie“ bis 6 = „täglich“.

Der Original Fragebogen der subjektiven Kompetenzeinschätzung befindet sich im Anhang K. Es wurde keine schriftliche Leistungsüberprüfung mit den Teilnehmenden durchgeführt, um den Wissenserwerb objektiv zu messen. Der Fokus des Trainings lag auf der Verhaltensänderung und daher wurde dies objektiv überprüft.

3.4.3 Ebene der Verhaltensveränderung: Objektive Leistungsmessung im OSCE

Zum Abschluss des Trainings wurde eine Erfolgskontrolle durchgeführt, um zu ermitteln, ob eine Verhaltensänderung bei den Teilnehmenden des Trainings im Vergleich zur Kontrollgruppe stattgefunden hat. Dafür nahmen die Interventions- und die Kontrollgruppe an einer klinisch praktischen Prüfung (OSCE - objective structure clinical examination; Harden et al., 1975) teil. Der OSCE-Parcour bestand aus 6 Stationen. An jeder Station hatten die Teilnehmenden 5 Minuten Zeit die gestellte Aufgabe zu meistern. Die Wechselzeit zwischen den Stationen betrug eine Minute. Das Gespräch wurde per Video aufgenommen, um eine ausführliche Auswertung durch einen externen verblindeten Beobachtenden zu ermöglichen. Die Prüfungsfälle waren nicht übereinstimmend mit den Schulungsfällen, behandelten aber ähnliche Themen. Bei jeder OSCE-Station wurden den Ärzten, den Prüfenden, sowie den standardisierten Patienten jeweils schriftliche Vorinformationen zu den jeweiligen OSCE-Fällen gegeben. Die Arzthinformation enthielt nach einer kurzen Situationseinführung eine

explizit formulierte Aufgabe. Daneben wurden Informationen zu Anamnese und aktuellen Befunden der standardisierten Patienten gegeben. Die Dozenteninformationen enthielten zusätzlich die Lernziele für den zu prüfenden Arzt, so dass der Prüfende die Leistung der Ärztinnen und Ärzte mit einer fallspezifischen Checkliste mittels Punktevergabe gut bewerten konnte. Die Patienteninformationen enthielten mögliche Gefühle und Gedanken des Schauspielpatienten. Folgende Themen wurden bei den einzelnen OSCE-Stationen behandelt:

1. Aufklärungsgespräch: Koronarangioplastie (PTCA)
2. Konfliktgespräch: Pankreaskarzinom
3. Überbringen schlechter Nachrichten: Ewingsarkom
4. Strukturierende Anamnese: Leberzirrhose
5. Angehörigengespräch: Apoplex nach Herzkatheter-Untersuchung
6. Vermittlung eines Krankheitsmodells: Somatoforme Störung

Die detaillierte Darstellung der einzelnen OSCE-Stationen befindet sich im Anhang L.

Beurteilungsinstrumente

Anhand der Videos wurde anschließend die objektive Kommunikationskompetenz der Ärztinnen und Ärzte durch eine geschulte, verblindete Beobachterin überprüft. Folgende Instrumente wurden eingesetzt: die Berliner Global Rating Scale (Scheffer, 2009), die deutsche Übersetzung des Calgary-Cambridge Observation Guide I (Kurtz et al., 1996) und zusätzlich sechs spezifisch für den jeweiligen OSCE-Fall entworfene Checklisten (Jünger et al. 2010, unveröffentlicht). Mit diesen Instrumenten ist es möglich, die Kommunikationskompetenz sehr global bis sehr spezifisch zu erfassen. Neben einer deskriptiven Statistik (Mittelwert und Standardabweichung) wurde ein Welch-Test (verallgemeinerter t-Test) durchgeführt, um auf signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zu prüfen. Der Welch-Test wurde verwendet, da er im Gegensatz zum t-Test nicht die gleiche Varianz von Interventions- und Kontrollgruppe voraussetzt (Bortz & Döring, 2005). Es werden Signifikanzen (p-Werte) und Effektstärken (Hedges g) angegeben. Die Voraussetzung der Normalverteilung für die Anwendung des Welch-Tests werden mit dem Shapiro-Wilk-Test überprüft. In den Fällen, bei denen die vergleichenden Gruppen gemäß dem Shapiro-Wilk-Test nicht normalverteilt sind, wird zur Kontrolle zusätzlich ein Mann-Whitney-U-Test angewendet, um auf signifikante Unterschiede zu prüfen.

Berliner Global Rating Scale

Vier Dimensionen werden auf einer fünfstufigen Ratingskala eingeschätzt. Sie umfassen: Empathie, Struktur, verbaler und nonverbaler Ausdruck. Niedrige Werte der Ratingskala stehen dabei für eine erfolgreichere Kommunikation als hohe Werte.

CCOG

Die Items der CCOG (siehe Abschnitt 2.3.2.) wurden von der Beurteilerin dreistufig mit „ja“, „ja, aber“ und „nein“ beurteilt. Für die statistische Auswertung wurde die Kodierung „ja“=“1“, „ja, aber“=“2“ und „nein“=“3“ vorgenommen. Am Ende gab die Beurteilerin einen Gesamteindruck des Gespräches ab. Dieser wurde erfasst als „zufriedenstellend“=“1“, „teilweise zufriedenstellend“ = „2“ und „nicht zufriedenstellend“ = „3“.

OSCE- stationsspezifische Checklisten

Hinsichtlich der vier Dimensionen (siehe Abschnitt 2.3.2.) beurteilte die verblindete Beurteilerin jede OSCE-Station in Form eines globalen Ratings. Je nach OSCE-Station erhielten die vier Dimensionen eine unterschiedliche Gewichtung in der Punktevergabe. Pro OSCE-Station konnte ein Gesamtpunktwert von maximal 30 Punkten erreicht werden. Die OSCE-stationsspezifischen Checklisten sind im Anhang C dargestellt.

3.4.4 Ebene der Ergebnisse: Einschätzung der Patientenzufriedenheit

Zur Erhebung der Patientenzufriedenheit wurde in der vorliegenden Untersuchung der ‚Fragebogen zur Patientenzufriedenheit‘ von Blumenstock et al. (2001) verwendet. Die Patientenzufriedenheit stellt einen wichtigen Ergebnisparameter in der medizinischen Versorgung dar. Der Fragebogen untersucht mit 25 Items die Zufriedenheit mit der stationären Behandlung auf den Skalen Information und Aufklärung (9 Items), Teilhabe und Mitbestimmung (11 Items) sowie Pflegequalität (5 Items). Die Skalierung erfolgt durch Nennung von Defiziten (dichotomisiert). Zusätzlich füllten die Patienten einen Gesundheitsfragebogen aus: den PHQ-D (Löwe et al., 2002). Der Fragebogen wurde jeweils zwei Wochen nach der Entlassung postalisch an die Patienten, die stationär im Krankenhaus auf einer der internistischen Stationen lagen, verschickt. Dies erfolgte zu zwei Zeitpunkten: vor der Intervention und nach der Intervention. Um die

Antwortraten der Patienten zu erhöhen, erhielten die Patienten, die nicht geantwortet haben, nach vier Wochen ein Erinnerungsschreiben und in einem zweiten Schritt wurden sie telefonisch kontaktiert mit der nochmaligen Bitte, den Fragebogen ausgefüllt zurückzuschicken.

3.5 Qualitative und quantitative Auswertungen

3.5.1 Qualitative Auswertung der Fokusgruppen

Die Analyse der Fokusgruppen erfolgte qualitativ mittels Inhaltsanalyse nach Mayring (1983, 1989, 2015). In der Qualitativen Inhaltsanalyse wurden die erfassten Inhalte in geeignete Kategorien eingeteilt (siehe Anhang E). Die folgende Tabelle 7 gibt einen Überblick über das Vorgehen.

Tab. 7: Ablauf der Qualitativen Inhaltsanalyse angelehnt an Mayring (1983, 1989, 2015)

1. Schritt:	Paraphrasieren der inhaltstragenden Textstellen aus den Videos der Fokusgruppen. 70 Fallbeispiele wurden erfasst. Die Formulierungen sollten realitätsnah und prägnant sein, damit die Beschreibungen direkt für die Entwicklung der Rollen verwendet werden können.
2. Schritt:	Bestimmung des Abstraktionsniveaus, um kritische Kommunikationssituationen für das Training zu erfassen und Generalisierung der Paraphrasen.
3. Schritt:	Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen (z. B. Streichung mehrerer Paraphrasen zum Thema Überbringen schlechter Nachrichten bei Krebserkrankung)
4. Schritt:	zweite Reduktion durch Bündelung und Integration von Paraphrasen mit ähnlichen Inhalt
5. Schritt:	Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem (Kategorien, wie Überbringen schlechter Nachrichten, psychosomatische Erkrankungen oder Dolmetschergespräche)
6. Schritt:	Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems mit dem Ausgangsmaterial

Im Anschluss an die Inhaltsanalyse konnte das Entwicklungsteam des Interventionstrainings aus den Inhalten des gewonnenen Materials, Rollen für die Rollenspiele mit Simulationspatienten für das Training ableiten. Für die Beschreibung der Rollen wurden Stationsnamen und typische Abläufe des Klinikums Heilbronn verwendet und vom Studienleiter aus Heilbronn auf Realitätsnähe geprüft.

3.5.2 Quantitative statische Auswertung

Der Akzeptanzfragebogen (Reaktion der Interventionsgruppe auf das Training) und der subjektive Lernzuwachs der Teilnehmenden wurde deskriptiv ausgewertet (Mittelwerte und Standardabweichung).

Der Fragebogen zur subjektive Kompetenzeinschätzung wurde ebenfalls deskriptiv ausgewertet (Mittelwerte (M) und Standardabweichung (SD)). Zur Berechnung von Unterschieden zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe und zwischen den Zeitpunkten (vor und nach dem Training) wurden Varianzanalysen durchgeführt. Dabei ist der Zwischensubjektfaktor (between) die Gruppenzugehörigkeit (IG/ KG) und der Innersubjektfaktor (within) die Zeit (prä/post). Die zwei abhängigen Variablen sind die subjektiven Einschätzungen zu den Zeitpunkten prä und post. Die unabhängige Variable ist die Gruppenzugehörigkeit. Es werden Signifikanzen (p-Werte) und Effektstärken (partielles Eta²) berechnet. Der Schwellenwert für die Signifikanz war 0,05. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Daten zur Selbsteinschätzung (Reliabilität) wurde basierend auf den Daten vor dem Training und der kombinierten Stichprobe berechnet. Ein akzeptabler Wert für die interne Konsistenz wäre ein Cronbachs Alpha von 0,65 oder mehr.

In dieser Arbeit wird nur auf die Ergebnisse des zweiten und dritten Abschnitts des Fragebogens eingegangen (Aussagen zur Arzt-Patienten-Kommunikation und ärztliche Kommunikationskompetenz), welche zusammen ausgewertet wurden.

Die Videos des OSCE Parcours sollten Auskunft über die objektive Kommunikationskompetenz der Ärztinnen und Ärzte geben. Eine geschulte, verblindete Beurteilerin wertete die Videos mit folgenden Instrumenten aus: die Berliner Global Rating Scale (Scheffer, 2009), die deutsche Übersetzung des Calgary-Cambridge Observation Guide I (Kurtz et al., 1996) und zusätzlich sechs spezifisch für den jeweiligen OSCE-Fall entworfene Checklisten (Jünger et al. 2010, unveröffentlicht). Mit diesen Instrumenten ist es möglich, die Kommunikationskompetenz sehr global bis sehr spezifisch zu erfassen. Neben einer deskriptiven Statistik (Mittelwert und Standardabweichung)

wurde ein Welch-Test (verallgemeinerter t-Test) durchgeführt, um auf signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zu prüfen. Der Welch-Test wurde verwendet, da er im Gegensatz zum t-Test nicht die gleiche Varianz von Interventions- und Kontrollgruppe voraussetzt (Bortz & Döring, 2005). Es werden Signifikanzen (p-Werte) und Effektstärken (Hedges g) angegeben. Die Voraussetzung der Normalverteilung für die Anwendung des Welch-Tests werden mit dem Shapiro-Wilk-Test überprüft. In den Fällen, bei denen die vergleichenden Gruppen gemäß dem Shapiro-Wilk-Test nicht normalverteilt sind, wird zur Kontrolle zusätzlich ein Mann-Whitney-U-Test angewendet, um auf signifikante Unterschiede zu prüfen.

Der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit wurde ebenfalls deskriptiv ausgewertet.

4 Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse entlang der einzelnen Phasen der Curriculumsentwicklung (McLean et al. 2008). dargestellt.

4.1 Planungsphase

4.1.1 Ergebnisse aus den Fokusgruppen - Bedarfsanalyse

Es fanden insgesamt drei Fokusgruppen mit 13 Assistenz- und 3 Oberärzten aus verschiedenen internistischen Abteilungen des Klinikums Heilbronn statt. In jeder Fokusgruppensitzung nahmen jeweils 4-7 Assistenz- und Oberärzte teil (siehe Tabelle 8). Sie dauerten ca. 1 Stunde.

Tab. 8: Stichprobe der Teilnehmenden der Fokusgruppensitzung

Teilnehmer	n = 16
Geschlecht	weiblich: 9 männlich: 7
Position	Assistenzärzte: 13 Oberärzte: 3
Alter	min: 26 Jahre max: 56 Jahre Mittelwert = 34,3 Jahre
Jahr der Weiterbildung	min: 1 Jahr max: 32 Jahre Mittelwert = 7,3 Jahre

In den Fokusgruppen konnten durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1983, 1989, 2015) aus 70 gesammelten Fallbeispielen 11 unterschiedliche als schwierig erlebte Themen in der Arzt-Patienten-Interaktion festgestellt werden (siehe Tab. 9). Diese werden im weiteren genauer beschrieben.

Tab. 9: Schwierige Themen der Arzt-Patienten-Interaktionen, sortiert nach Häufigkeit der Nennung in den Fokusgruppen

Platzierung nach Häufigkeit der Nennung	als schwierig erlebte Themen in der Arzt-Patienten-Kommunikation
1	Überbringen schlechter Nachrichten
2	Kulturelle Unterschiede
3	Patienten mit psychischen Störungen auf internistischen Stationen
4	Umgang mit älteren Patienten
5	Warten und Verzögerungen der Untersuchungen
6a	Gegen ärztlichen Rat handeln
6b	Schuldzuweisung von Patienten – Rechtfertigungsdruck der Ärzte
7	Schaffen von Compliance
8a	Teamkommunikation
8b	zeitliche Begrenzung von Patienten
9	Nicht zuordenbare Fallbeispiele

Überbringen schlechter Nachrichten

Die am häufigsten genannte Herausforderung in der ärztlichen Kommunikation (elf Fallbeispiele) ist das Überbringen schlechter Nachrichten. Es wurden vor allem zwei Arten von schwierigen Situationen genannt: Zum einen das Vermitteln von Therapiebeschränkungen bzw. palliativen Therapiemaßnahmen im Gegensatz zu kurativen Maßnahmen, zum anderen das Überbringen von Todesnachrichten an Angehörige. Im ersten Fall geht es vor allem um den Umgang mit der Prognosemitteilung, das Besprechen des Formulars „Verzicht auf Wiederbelebung“ und das Vermitteln fehlender Optionen. Hinter vielen Fragen der Ärzte stand vor allem der Umgang mit den eigenen Emotionen und den Emotionen des Patienten und der Umgang mit der eigenen Hilflosigkeit. Das Überbringen von Todesnachrichten wurde auch als schwierig beschrieben, vor allem wenn es sich um einen unerwarteten Tod handelte. Es kamen Fragen auf, wie: „Was sagt man am Telefon?“, „Wie fragt man nach Obduktionen? oder „Wie geht man mit den Emotionen der Angehörigen um?“.

Kulturelle Unterschiede

Am zweithäufigsten mit acht Fallbeispielen wurden Probleme beim Umgang mit fremdkulturellen Patienten genannt. Dabei wurden vor allem Schwierigkeiten mit dolmetschenden Angehörigen und allgemeine Sprachprobleme genannt, die die Informationssammlung und -vermittlung erschweren, da die Ärzte nicht genau wissen, welche Informationen beim Patienten angekommen sind. Weiterhin wurden Schwierigkeiten mit kulturellen Unterschieden im Umgang mit Symptomen (z. B. beschreiben die Ärzte russische und türkische Mitbürger als eher klagsam) und dem Krankenhausaufenthalt (z. B. zu lange Besuchszeiten, viele Besucher gleichzeitig) beschrieben.

Patienten mit psychischen Störungen auf internistischen Stationen

Auf Platz drei der genannten schwierigen Kommunikationssituationen kamen sechs Fallbeispiele, die sich mit Patienten mit psychischen Störungen auf internistischen Stationen beschäftigen. Dabei wurde vor allem der Umgang mit Somatisierungsstörungen genannt (4 Fallbeispiele). Den Ärzten fehlte vor allem ein plausibles Erklärungsmodell für Patienten, die wegen körperlicher Symptome auf der Station waren, ohne dass somatische Befunde gefunden werden konnten. Eine weitere problematische Situation dieser Kategorie, war z. B. der schwierige Umgang mit Suchtpatienten (Alkoholmissbrauch) in der Notfallambulanz. Dabei wurde zum einen die Angst vor Aggressionen seitens des Patienten geschildert und zum anderen die Angst, wichtige Symptome übersehen zu können, da man nicht richtig untersuchen könne. Ein anderes Einzelfallbeispiel thematisierte die Problematik der Behandlung psychotischer Patienten auf internistischen Stationen.

Umgang mit älteren Patienten

Auf dem vierten Rang liegt der Umgang mit älteren Patienten. Dabei kann es zu verschiedenen Herausforderungen in der Kommunikation zwischen Arzt und Patienten kommen. In der Fokusgruppe wurden fünf Fallbeispiele benannt: Schwerhörigkeit (Wie gestalte ich die Kommunikation so, dass beim Patienten wichtige Informationen ankommen?), Demenzerkrankungen (Untersuchungen sehr schwierig), Sterbewünsche des Patienten (keine Zeit für psychotherapeutische Gespräche), Patienten müssen nach dem Krankenhausaufenthalt ins Heim sowie Patienten sind ohne Grund im Krankenhaus.

Warten und Verzögerungen der Untersuchungen

Fünf Fallbeispiele (5. Platz) thematisieren Verzögerungen im Krankenhausablauf und die langen Wartezeiten der Patienten, die sich darüber ärgern bzw. ungeduldig werden. Vor allem Frustration der Patienten wegen der langen Wartezeiten in der Notambulanz bzw. der späten Termine für apparative Diagnostik wie Computertomografie (CT) oder Magnetresonanztomografie (MRT) wurden von den Ärzten erwähnt. Die Teilnehmenden der Fokusgruppen beschäftigten sich mit der Frage, wie mit der Frustration der Patienten umgegangen werden soll und wie man Patienten erklärt, dass sie lange auf Untersuchungen warten müssen. Da Wartezeiten meist ein Organisationsproblem im Krankenhaus sind, denen man mit individueller Gesprächsführung nur eingeschränkt begegnen kann, wurde dieses Thema nicht in das Training aufgenommen.

Gegen den Ärztlichen Rat handeln

Vier Fallbeispiele (6. Platz) befassten sich mit dem Umgang mit Patienten, die gegen den ärztlichen Rat die Station verlassen oder empfohlene Therapiemaßnahmen ablehnen, z. B. Operationen oder Medikamenteneinnahme.

Schuldzuweisung von Patienten – Rechtfertigungsdruck der Ärzte

Vier Fallbeispiele (Platz 6) beschäftigen sich mit erlebten Schuldzuweisungen von Patienten und dem daraus resultierenden Rechtfertigungsdruck auf Seiten der Ärzte. Die Schuldzuweisungen entstehen aufgrund der Verschlechterung der Erkrankungen oder wegen des Nicht-Anschlagens einer Therapie. Dieser Kategorie wurde auch die erlebte Anspruchshaltung von Privatpatienten zugeordnet, da Ärzte sich Ihnen gegenüber rechtfertigen müssen, warum z. B. eine bestimmte Therapie noch nicht durchgeführt wurde.

Schaffen von Compliance

Auf dem siebenten Rang der als schwierige erlebten Themen der Arzt-Patienten-Kommunikation wurden drei Fallbeispiele zusammengefasst, die die Therapietreue von Patienten im Krankenhaus und darüber hinaus thematisieren. Dies betrifft vor allem Patienten mit chronischen Erkrankungen, genannt wurden z. B. Diabetes mellitus Typ II und Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Als besonders schwierig wird die notwendige Veränderung der Lebensumstände des Patienten zur Minimierung der Risikofaktoren beschrieben, wie z. B. Ernährungsumstellung, Gewichtsverlust, sportliche Aktivitäten. Zentrale Fragen waren in dieser Kategorie: Wie können

Risikofaktoren erläutert werden, so dass sich beim Patienten eine Verhaltensänderung einstellt? Wie bespricht man die Notwendigkeit von Lebensveränderung?

Teamkommunikation

Zwei Fallbeispiele (8. Rang) thematisierten Probleme in der Kommunikation innerhalb des Stationsteams bzw. unterschiedliche Informationsgabe der Patienten zu Pflegepersonal und Ärzten. In der einen Situation sind sich Schwestern und Ärzte bzgl. der Therapie einer Patientin uneinig, so dass es zu Vorwürfen kommt. In der anderen Situation treten Missverständnisse auf, da der Patient unterschiedliche Informationen an das Pflegepersonal und die Ärzte gegeben hat.

Zeitliche Begrenzung von Patienten

Zwei Fallbeispiele (ebenso 8. Rang) wurden genannt, bei denen es um Schwierigkeiten beim Begrenzen von Patienten ging. Beide Male geht es um die zeitliche Begrenzung des Patienten, zum einen innerhalb der Visite und zum anderen bezüglich des Krankenhausaufenthalts. Die zentrale Frage war, wie kann man höflich Grenzen setzen?

Nicht zuordenbare Fallbeispiele

Drei Fallsequenzen konnten keiner bestehenden Kategorie zugeordnet werden. Es handelt sich dabei erstens, um die Kommunikation mit Patienten, die man nicht kennt bzw. vertretungsweise übernimmt. Zweitens wird der Umgang mit Unterbrechungen während der Visite und der damit einhergehende Informationsverlust thematisiert. Und drittens werden die Gesprächsschwierigkeiten mit Patienten, die nicht wissen, warum sie ins Krankenhaus überwiesen wurden, angesprochen.

4.1.2 Lernziele des Trainings

Es wurden insgesamt 77 Lernziele für die drei Trainingstage formuliert. Wie in Tabelle 10 deutlich wird, sind alle Ebenen der verschiedenen Lernzielmodelle abgedeckt worden. In den Lernzielen sind sowohl die Ergebnisse der Fokusgruppen, als auch die Inhalte des theoretischen Hintergrund - patientenzentrierte Kommunikation - eingeflossen. Alle Lernziele sind im Anhang M aufgelistet.

Tab. 10: Aufschlüsselung der Lernziele nach der Miller-Pyramide und der Bloom'schen Taxonomie

Miller-Pyramide	Anzahl der Lernziele	Bloom'sche Taxonomie	Anzahl der Lernziele
Knows	31	Kognitiv	44
Knows how	18	Affektiv	17
Shows how	21	Psychomotorisch	16
Does	13		

4.2 Implementierung des Trainings

Die Schulung des hier vorgestellten Projektes erfolgte über 6-8 Wochen. Innerhalb dieses Zeitraums erhält die Interventionsgruppe (n= 21) an drei Tagen ein Kommunikationstraining, bestehend aus theoretischen und praktischen Teilen (siehe Tab. 11).

Tab. 11: Überblick über die Trainingsintervention

1. Trainingstag	2. Trainingstag	Visitensupervision	3. Trainingstag
Teilnehmende formulieren eigene Lernziele für das Training an Hand von eigenen, videographierten Arzt-Patienten-Gesprächen	Informationsvermittlung im Patientenkontakt (Theorie und Übung)	Begleitete Visite mit Feedback, orientiert an eigenen Lernzielen	Kurzinput und praktische Übungen (WWSZ Technik, Agenda Setting - Buchmetapher)
Umgang mit Emotionen: Theorie (NURSE-Modell) und praktische Übung durch Patientenvideos	Patientenzentrierte Gesprächsführung während der Informationssammlung: (WWSZ Technik)	Selbstreflexion anhand von Videofeedback	

1. Trainingstag	2. Trainingstag	Visitensupervision	3. Trainingstag
theoretischer Input und Rollenspiele (2) mit SP's zu den spezifischen Themen Adhärenz und Somaforme Störung	theoretischer Input und Rollenspiele (2) mit SP's zu Schwierigen Gesprächen (Gespräch mit Dolmetscher)	1:1 Mentoring	
Reflexion und Tagesabschluss	Reflexion und Tagesabschluss	Reflexion und Tagesabschluss	OSCE mit anschließendem Feedback

Im weiteren wird an einem Beispiel der Zusammenhang zwischen Lernziel, theoretischem Input und praktischer Übung der Inhalt der Schulung präsentiert. Die Detailagenda und die ausführliche Beschreibung der Inhalte des Kommunikationstrainings befindet sich im Anhang N.

4.2.1 Inhaltliches Beispiel aus der Schulung

Im nächsten Schritt soll am Beispiel der Informationsvermittlung dargestellt werden, wie in der Schulung Lernziele, theoretischer Input und praktische Übungen zusammenhängen.

THEMA: INFORMATIONSVERMITTLUNG – ZEITPUNKT, MENGE UND STRUKTURIERUNG

praktische Übung (Kleingruppenarbeit):

- Beschreiben eines Grundrisses, Zeichnen des Grundrisses ohne ihn zu sehen (*Erkenntnisse: Information muss präzise sein und richtig eingebettet. Informationen können anders verstanden werden.*)
- Übung der Buchmetapher anhand von medizinischen Aufklärungsgesprächen in Kleingruppen.

Lernziele:

- Kenntnis erhalten, dass Informationen verloren gehen können.
- Erkenntnis gewinnen, dass es bei der Informationsvermittlung an Patienten einen richtigen Zeitpunkt und eine richtige Dosis an Informationen gibt
- Informationen in der Sprache der Patienten geben.
- Verständnis der Patienten über die Information prüfen.
- Kennenlernen des Inhalts und der Bedeutung der Buchmetapher, Hilfe bei der Strukturierung von Gesprächen.
- Teilnehmende strukturieren die Aufklärungsgespräche nach der Buchmetapher. Beobachter bewertet das Aufklärungsgespräch anhand der Buchmetapher.

theoretischer Input:

- Richtige Dosis an Informationen geben.
- Richtigen Zeitpunkt der Informations-vermittlung wählen.
- Agendasetting mit Hilfe der Buchmetapher (*Gliederung der Informationen*).

Abb. 5: inhaltliches Beispiel aus der Schulung mit Lernzielen, theoretischem Input und praktischer Übung

4.3 Evaluation des Trainings in Anlehnung an die Evaluationsebenen von Kirckpatrick

Die Evaluation des Trainings erfolgte nach den Evaluationsebenen von Kirckpatrick (1998, 2006). Die Ebene der Akzeptanz wurde durch die Evaluation des Trainings direkt im Anschluss an dieses durchgeführt. Der Lernzuwachs wurde subjektiv über die Kompetenzeinschätzung vor und nach dem Training erhoben. Die Ebene der Verhaltensänderung wurde durch den Vergleich der OSCE Stationen der Kontroll- und Interventionsgruppe durchgeführt. Die Ebene der Ergebnisse wird über die Patientenzufriedenheit vor und nach dem Training ermittelt.

Die Stichprobe der Ärzte

Die Gesamtteilnehmerzahl betrug 42 Ärzte aller internistischen Stationen des SLK Klinikums Heilbronn. In Tabelle 12 wird die Stichprobe näher beschrieben. Es wurde randomisiert in eine Interventions- (n=21) und eine Kontrollgruppe (n = 21). Die teilnehmenden Ärzte befanden sich im Mittel im 6. Ausbildungsjahr der internistischen

Facharztausbildung. Die Einschlusskriterien der Ärztinnen und Ärzte für die Studie waren die Anstellung am SLK Klinikum Heilbronn und die Anstellung auf einer internistischen Station, sowie die vorliegende Einverständniserklärung zur Studienteilnahme. Da alle Ärzte der internistischen Stationen teilnahmen, war die Stichprobe vollständig.

Tab. 12: Stichprobe der Ärzte, die an der Studie teilgenommen haben

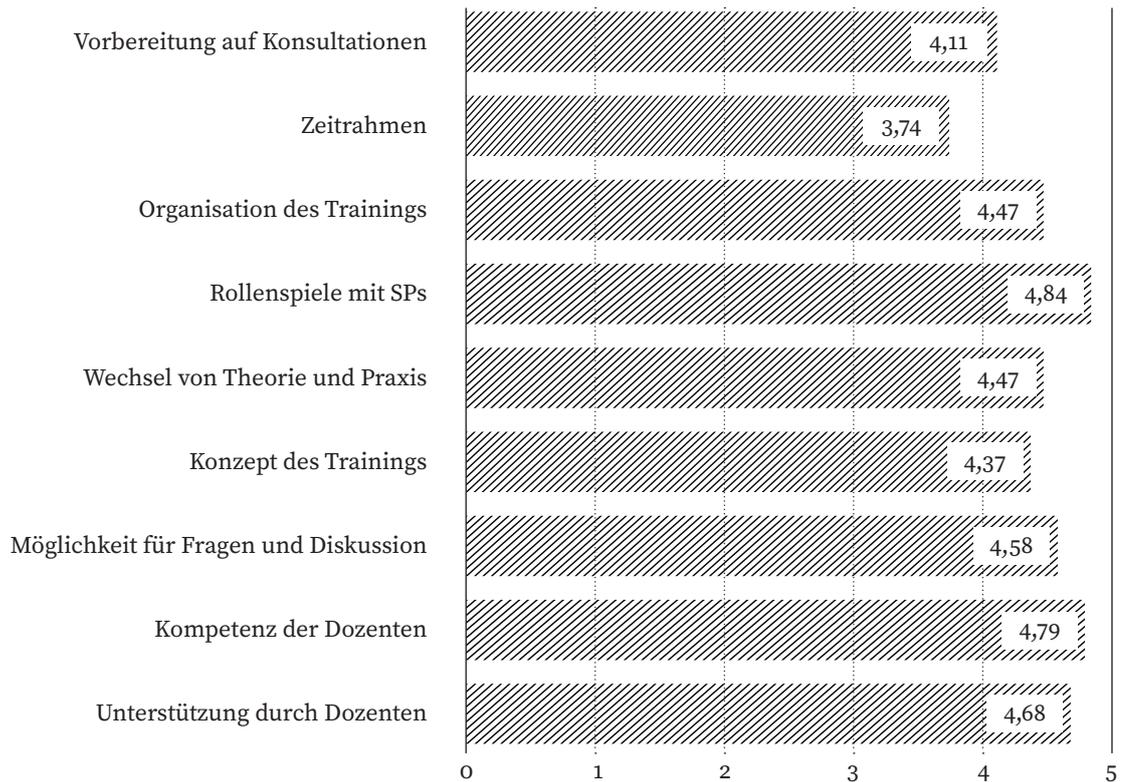
N = 42	Gesamt	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
Alter M (SD)	33,6 Jahre (6,74) min: 26 Jahre max: 56 Jahre	33,4 Jahre (5,55)	34,0 Jahre (7,89)
weiblich	21	11	10
männlich	21	10	11
Berufs- jahre M (SD)	5,7 Jahre (6,38) min: 1 Jahr max: 32 Jahre	5,5 Jahre (5,08)	5,9 Jahre (7,66)

4.3.1 Ebene der Akzeptanz des Trainings

Eine Forschungsfrage der Studie lautete, wie ist die Akzeptanz und Bewertung eines Schulungsmoduls zur Arzt-Patient-Kommunikation mit „Simulationspatienten“ unter berufserfahrenen Ärzten?

Allgemeine Bewertung des Trainings

Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe bewerteten das Training mit einer Gesamtnote von 1,5. Für den Gesamtwert wurde eine Schulnoten-Skala verwendet. Für die anderen Items war die Antwortskala fünfstufig skaliert (5 = „trifft voll zu“, 1 = „trifft gar nicht zu“). Die allgemeine Bewertung ist im Balkendiagramm 1 dargestellt. Alle Items der allgemeinen Bewertung, bis auf das Item „Zeitrahmen“ (M = 3,74), wurden hoch positiv bewertet (Skalenwerte zwischen 4 und 5). Besonders hohe Werte erhielten die Items „Rollenspiele mit SP's“ und „Kompetenz der Dozenten“.



Balkendiagramm 1: Allgemeine Bewertung der Intervention (Mittelwerte)

Freitextangaben

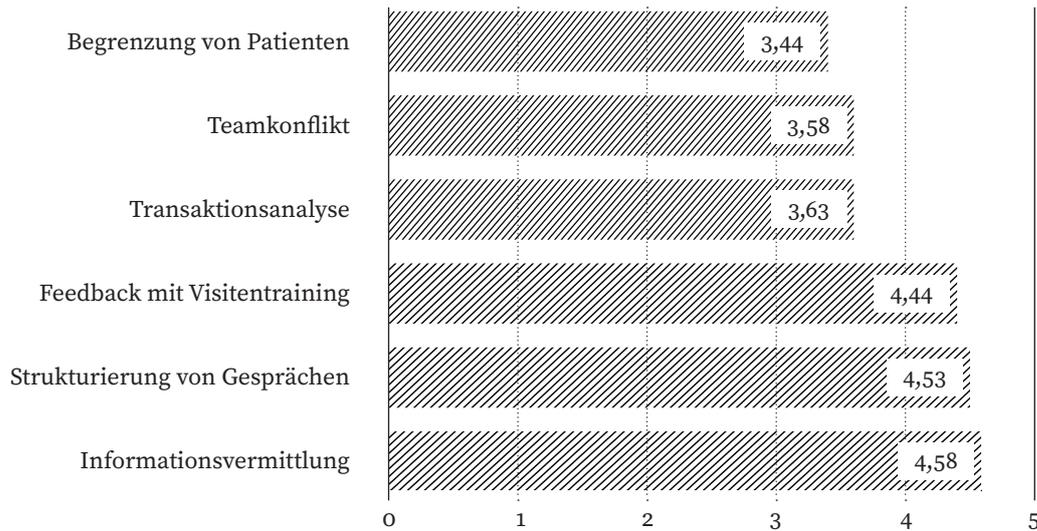
Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe gaben in den Freitexten am häufigsten an, von dem inhaltlichen Thema „Strukturierung der Gespräche“, den standardisierten Trainingsgesprächen mit Simulationspatienten und anschließendem individuellen Feedback, der Analyse der eigenen Videos und dem Visitenttraining mit anschließendem Feedback profitiert zu haben. Die Teilnehmenden haben zusammenfassend von den anwendungsbezogenen, alltagsnahen und praktischen Übungen besonders profitiert.

Als Verbesserungsvorschläge wurde folgendes angegeben: regelmäßiger stattfindende Abschnitte des Trainings, mehr Visitenttraining mit eigenen Patienten, mehr Analysen der eigenen Videoaufnahmen mit Supervisoren sowie eine regelmäßige Fallsupervision und nachfolgende Trainingsangebote zu erhalten.

4.3.2 Ebene des Lernen

Subjektiv wahrgenommener Lernzuwachs durch das Training

Bei den Items „Feedback im Visitenttraining“, „Strukturierung von Gesprächen“ und „Informationsvermittlung“ wurde der Lernzuwachs als sehr hoch bewertet (siehe Balkendiagramm 2).



Balkendiagramm 2: Subjektiver Lernzuwachs durch die Intervention (Mittelwerte)

Subjektive Kompetenzeinschätzung der Ärzte vor und nach dem Training

Der Fragebogen wurde vor der Intervention von 42 Ärzten und nach dem Training von 36 Ärzten ausgefüllt. In die Auswertung wurden für die Interventionsgruppe 17 Fragebögen eingeschlossen und für die Kontrollgruppe 19. Die Ärzte, die in der Auswertung des Fragebogens nicht eingeschlossen wurden, unterscheiden sich von den Ärzten, welche nicht an der klinisch-praktischen OSCE-Prüfung teilgenommen haben.

Die interne Konsistenz war hoch, mit Cronbachs Alpha = 0,89.

Die Voraussetzung für die Anwendung einer Varianzanalyse waren erfüllt: Die Werte der Selbsteinschätzung waren für alle Gruppen zu jedem Zeitpunkt normalverteilt, wie eine Überprüfung mit dem Shapiro-Wilk-Test ergab ($p > 0,05$). Auch enthielten Gruppen keine Ausreißer (Mittelwert ± 3 Standardabweichungen). Des Weiteren war die Homogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen gemäß dem Levene-Test

für alle Variablen erfüllt ($p > 0,05$). Ebenso war die Homogenität der Kovarianzenmatrizen gemäß dem Box-Test gegeben ($p = 0,989$).

Der Gesamtwert der subjektiven Einschätzung der eigenen klinischen und kommunikativen Kompetenz wird vor und nach der Intervention sehr hoch eingeschätzt (siehe Tabelle 13).

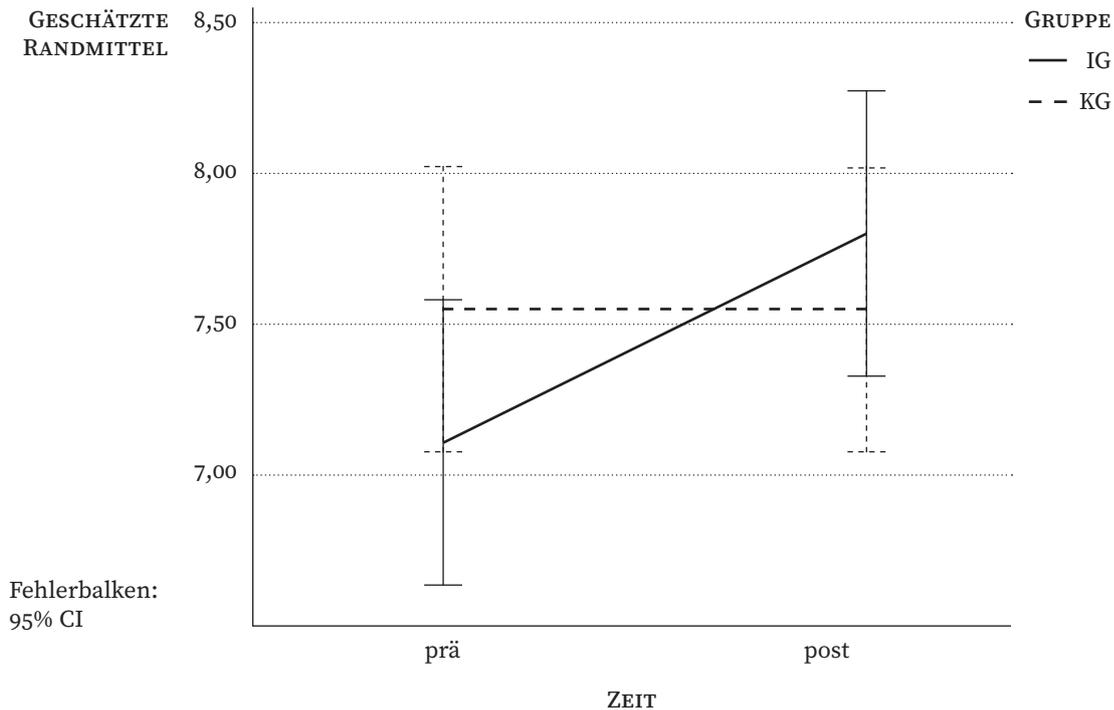
Tab. 13: Ergebnisse des Fragebogen zur subjektiven Kompetenzeinschätzung der Ärzte

	Interventionsgruppe N = 17		Wartekontrollgruppe N = 19	
	prä M (SD)	post M (SD)	prä M (SD)	post M (SD)
subjektive Kompetenzeinschätzung	7,19 (0,97)	7,77 (0,91)*	7,55 (0,96)	7,55 (0,97)

*Signifikante Veränderung prä zu post ($p=0,007$), partielles $\eta^2 = 0,372$

Es wurde eine statistisch signifikante Interaktion zwischen der Zeit und den Untersuchungsgruppen ($F(1, 34) = 5.025, p = 0,032$, partielles $\eta^2 = 0,13$) festgestellt. Das heißt, dass sich mindestens eine der Untersuchungsgruppen über die zwei verschiedenen Messungen hinweg unterscheidet. Zwischen den Gruppen konnte dabei zu keinem Zeitpunkt ein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($p > 0,277$). Für die Interventionsgruppe gab es jedoch einen statistisch signifikanten Effekt von Zeit auf die Selbsteinschätzungen, $F(1, 16) = 9,465, p = 0,007$, partielles $\eta^2 = 0,372$. (Werte vor dem Training von M: 7,19; SD:0,97 und nach dem Training von M: 7,77; SD: 0,91). Dies entspricht einem großen Effekt.

Für die Kontrollgruppe konnte kein statistischer Effekt von Zeit nachgewiesen werden, ($F(1,18) = 0,001, p = 0,971$), partielles $\eta^2 < 0,001$.



Grafik 1: Zeit-/Gruppeneffekt der subjektiven Kompetenzeinschätzung

4.3.3 Ebene der Verhaltensänderung

Sechsenddreißig Ärzte (17 Kontroll- und 19 Interventionsgruppe) durchliefen 6 OSCE-Stationen im Anschluss an das Training der Interventionsgruppe. Vier Ärzte aus der Kontrollgruppe (2x weiblich, 2x männlich) und zwei Ärzte aus der Interventionsgruppe (1x weiblich, 1x männlich) haben aufgrund von Krankheit an der klinisch-praktischen OSCE-Prüfung nicht teilgenommen (siehe Tabelle 14). Die durch Krankheit fehlenden Teilnehmenden in der OSCE-Prüfung sind andere Personen, als die Teilnehmenden, von denen keine Rückmeldung zum Kompetenzfragebogen (post) vorliegen.

Die OSCE-Stationen wurden videografiert. Die Leistung der Teilnehmenden wurde im Anschluss durch eine geschulte, verblindete Beobachterin mithilfe von zwei anerkannten Checklisten (Calgari Cambridge Observation Guide, Berliner Global Rating Skale) und einer OSCE-stationsspezifischen Checkliste beurteilt. Die Forschungsfrage lautete, ob im Rahmen einer klinisch-praktischen Prüfung (OSCE) die Interventionsgruppe, die eine Schulung in interaktionellen-kommunikativen Fertigkeiten erhalten hat, signifikant bessere kommunikative Fertigkeiten zeigen als die Kontrollgruppe. Insgesamt wurden 216 Videos ausgewertet.

Tab. 14: Stichprobe der Ärzte die an der OSCE-Prüfung teilgenommen haben

N = 36	Gesamt	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
Alter M (SD)	33,9 Jahre (7,08)	33,1 Jahre (5,62)	34,7 Jahre (8,52)
weiblich	18	10	8
männlich	18	9	9
Berufsjahre M (SD)	5,8 Jahre (6,69) min: 1 Jahr max: 32 Jahre	5,1 Jahre (4,91)	6,5 Jahre (8,48)

Ergebnisse des Calgari Cambridge Observation Guide (CCOG):

Die Ergebnisse des CCOG I ergeben in der Gesamtbeurteilung sehr gute bis gute (zufriedenstellend („1“) bis teilweise zufriedenstellend („2“)) Ergebnisse. Die Interventionsgruppe erreichte einen Mittelwert von 1,56 (SD: 0,41) und die Kontrollgruppe einen Mittelwert von 1,79 (SD: 0,45). Die Unterschiede sind nicht signifikant. Es ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Intervention- und Kontrollgruppe im Bereich „Einleitung der Sitzung“ von $p = 0,021$ bei einem starken Effekt (Hedges g von 0,80), wobei die Interventionsgruppe (M: 1,44; SD: 0,18) durchschnittlich bessere Werte erzielte als die Kontrollgruppe (M: 1,60; SD: 0,23). Der durchschnittliche Unterschied lag bei 0,17 (95%-CI[0,03; 0,31]), $t(30,53) = 2.43$, $p = 0,021$. Beide Gruppen waren gemäß dem Shapiro-Wilk Test normalverteilt ($p > 0,167$). Alle anderen Skalen ergaben keine signifikanten Gruppenunterschiede (siehe Tabelle 15). In den Bereichen „Strukturgebung“, und „Beziehungsaufbau“ waren jeweils beide Gruppen, in dem Bereich „Gesamtbeurteilung“ die Kontrollgruppe gemäß des Shapiro-Wilk Tests nicht normalverteilt ($p < 0,05$). Es wurde zur Kontrolle zusätzlich ein Mann-Whitney-U-Test angewendet, um auf signifikante Unterschiede zu prüfen (Strukturgebung: $U = 144,5$; $Z = -0,540$; $p = 0,59$; Beziehungsaufbau: $U = 112,5$; $Z = -1,560$; $p = 0,12$; Gesamtbeurteilung: $U = 119,5$; $Z = -1,341$; $p = 0,18$). Dieser erbrachte keine abweichende Aussagen zur Signifikanz der Unterschiede auf Basis des angegebenen Welch-Tests.

Tab. 15: Ergebnisse der CCOG I unterteilt nach KG/IG mit p-Wert und Effektstärke

CCOG	IG		KG		Teststatistik Welch-Test	p-Wert	Effektstärke (Hedges g)
	M	SD	M	SD			
Einleitung der Sitzung	1,44	0,18	1,60	0,23	t(30,53) = -2,43	0,021	-0,80
Informations- sammlung	1,62	0,13	1,58	0,26	t(22,53) = 0,63	0,536	0,21
Patienten- perspektive	2,27	0,29	2,19	0,31	t(33,03) = 0,80	0,431	0,26
Struktur- gebung	1,84	0,18	1,89	0,24	t(29,27) = -0,77	0,449	-0,25
Beziehungs- aufbau	1,12	0,13	1,23	0,35	t(19,69) = -1,32	0,202	-0,45
Beendigung der Sitzung	2,64	0,17	2,55	0,23	t(28,98) = 1,33	0,192	0,44
Gesamtbe- urteilung	1,56	0,41	1,79	0,45	t(32,72) = -1,63	0,113	-0,53

Ergebnisse des Berliner Global Ratings (Scheffer 2009):

Die verblindete Beurteilerin bewertete die Teilnehmenden auf der Berliner Global Rating Skala insgesamt sehr positiv. Die Werte liegen im Mittel zwischen 1,46 und 1,79 (Werte entsprechend wie Schulnoten 1-5). Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe (siehe Tabelle 16). In den Bereichen „Empathie“ und „Struktur“ waren die Kontrollgruppe gemäß des Shapiro-Wilk Tests nicht normalverteilt ($p < 0,001$, $p = 0,011$). Es wurde zur Kontrolle zusätzlich ein Mann-Whitney-U-Test angewendet, um auf signifikante Unterschiede zu prüfen (Empathie: $U = 127,0$; $Z = -1,100$; $p = 0,27$; Struktur: $U = 110,5$; $Z = -1,634$; $p = 0,10$). Dieser erbrachte keine abweichende Aussagen zur Signifikanz der Unterschiede auf Basis des angegebenen Welch-Tests.

Tab. 16: Ergebnisse der Berliner Globalen Ratings Skala unterteilt nach KG/IG mit p-Werten und Effektstärken

Globales Rating	IG		KG		Teststatistik Welch-Test	p-Wert	Effektstärke (Hedges g)
	M	SD	M	SD			
Empathie	1,48	0,38	1,70	0,65	$t(25,32) = -1,21$	0,238	-0,41
Struktur	1,68	0,39	1,46	0,36	$t(33,97) = 1,76$	0,088	0,57
Verbal	1,50	0,34	1,60	0,41	$t(31,00) = -0,76$	0,452	-0,25
Nonverbal	1,49	0,33	1,79	0,71	$t(22,13) = -1,62$	0,119	-0,55

Ergebnisse der OSCE-spezifischen Checklisten:

Im Allgemeinen erreichten die Teilnehmenden durchschnittliche Werte. Es ergab sich im Bereich Gesprächsstruktur ein Unterschied zwischen der Intervention- und Kontrollgruppe. Die Interventionsgruppe (M = 4,65; SD = 0,86) strukturierte die Gespräche signifikant besser ($p = 0,0021$) als die Kontrollgruppe (M = 3,68; SD = 0,88). Die Effektstärke (Hedges g) beträgt -1,09, welches einem starken Effekt entspricht. Der durchschnittlich Unterschied lag bei 0,97 (95%-CI[0,38; 1,56]), $t(33,65) = 3,33$, $p = 0,002$. Beide Gruppen waren (im Bereich Gesprächsstruktur) gemäß dem Shapiro-Wilk Test normalverteilt ($p > 0,399$). Die Ergebnisse der OSCE-spezifischen Checklisten befinden sich in der Tabelle 18.

In dem Bereich „Beziehungsregulation“ war die Kontrollgruppe gemäß des Shapiro-Wilk Tests nicht normalverteilt ($p = 0,039$). Es wurde zur Kontrolle zusätzlich ein Mann-Whitney-U-Test angewendet, um auf signifikante Unterschiede zu prüfen ($U = 151,0$; $Z = -0,333$; $p = 0,74$). Dieser erbrachte keine abweichende Aussagen zur Signifikanz der Unterschiede auf Basis des angegebenen Welch-Tests.

Tab. 17: Ergebnisse der OSCE-stationsspezifischen Checklisten unterteilt nach KG/IG mit p-Werten und Effektstärke

OSCE-spezifisch	IG		KG		Teststatistik Welch-Test	p-Wert	Effektstärke (Hedges g)
	M	SD	M	SD			
Gesprächsstruktur	4,65	0,88	3,68	0,86	$t(33,65) = 3,33$	0,002	1,09
Gesprächsführung und Informationsvermittlung	6,54	0,75	6,02	1,04	$t(28,94) = 1,70$	0,099	0,57
Gesprächsinhalt	2,80	0,57	3,05	0,49	$t(33,96) = -1,45$	0,155	-0,47
Beziehungregulation	6,68	0,84	6,38	1,42	$t(25,35) = 0,78$	0,442	0,26

4.3.4 Ebene der Ergebnisse

Die Stichprobe der Patienten

Die Stichprobe der Patienten sah folgendermaßen aus (Tab. 11):

Tabelle 18: Patientenstichprobe mit Erfassung der Depressionswerte des PHQ-D

Patienten	N = 426
Alter	M = 64,65 (SD: 13,56)
Geschlecht	weiblich: 189 männlich: 237
Liegedauer (in Tagen)	M = 7,94 (SD: 7,07)
Depressive Episode (PHQ-D^{**}):	
keine bis leichte Episode	75 %
mittelgradig bis schwere Episode	25 %

^{**} PHQ-D (Löwe et al. 2001)

Patientenzufriedenheit

Die Forschungsfrage lautete hier, ob durch ein Kommunikationstraining für Ärzte eine Erhöhung der Patientenzufriedenheit erreicht werden kann. Es ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten der Interventionsgruppe und den Patienten der Wartekontrollgruppe. Auch zwischen den Zeitpunkten (prä und post) konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden (siehe Tab. 19).

Tab. 19: Ergebnisse der Patientenzufriedenheit

N = 426	Interventionsgruppe		Wartekontrollgruppe	
	prä N = 103 M (SD)	post N = 111 M (SD)	prä N = 117 M (SD)	post N = 94 M (SD)
Information und Aufklärung ¹	28,16 (27,61)	29,43 (28,21)	24,41 (26,15)	25,53 (24,43)
Teilhabe und Mitbestimmung ¹	18,98 (20,10)	18,76 (18,44)	16,24 (16,87)	15,57 (16,95)
Pflegequalität ¹	15,93 (19,07)	16,22 (20,09)	14,53 (16,53)	18,30 (18,00)

*($p < 0,05$)

¹Angaben in Prozent der Defizitnennungen

Insgesamt zeigten sich alle Patienten mit der stationären Behandlung zufrieden, wobei die Skala „Information und Aufklärung“ die meisten Defizitnennungen (durchschnittlich 26%) aufwies. Weniger Kritik wurde bei den Skalen „Teilhabe und Mitbestimmung“ (18%) und „Pflegequalität“ (16%) genannt.

5 Diskussion

Die vorgelegte Dissertation leistet einen Beitrag zur Beantwortung der Frage, wie erfahrene approbierte Ärzte in ihren Fort- und Weiterbildungen zum Thema Arzt-Patienten-Kommunikation geschult werden können, welche didaktischen Methoden als besonders hilfreich erlebt werden und welche Effekte dieser Schulung durch ein OSCE Prüfungsformat nachweisbar sind. Durch die strukturierte und transparente Darstellung soll das Trainingskonzept auf andere medizinische Disziplinen oder Kontexte bis hin zu einem potentiellen Mustercurriculum übertragbar sein.

Ausgangspunkt der Arbeit war die Entwicklung eines dreitägigen Kommunikations- und Interaktionstraining für internistisch tätige Ärzte eines städtischen Krankenhauses der Grundversorgung. Ziel war es bei den teilnehmenden Ärzten patientenzentriertes Kommunikationsverhalten zu unterrichten und zu stärken. Überprüft wurden die Effekte durch eine randomisiert kontrollierte Studie im Warte-Kontrollgruppendesign. Als Evaluierungsinstrumente wurden sowohl Fragebögen zur Selbsteinschätzung als auch Checklisten zur Fremdbeurteilung verwendet. Die Curriculumsentwicklung des Kommunikationstrainings folgte den drei beschriebenen Phasen von McLean & Kollegen (2008) -Planung, Implementierung und Evaluation. Trotz der kleinen Stichprobe ($n = 42$) wurden signifikante Ergebnisse mit hohen Effektstärken gefunden. So verbesserte sich in der Interventionsgruppe die subjektive Kompetenzeinschätzung der Ärzte vor und nach dem Training signifikant ($p = 0,007$) mit einer hohen Effektstärke (partiell $\eta^2 = 0,372$). Der subjektive Lernzuwachs der Ärzte war besonders im Bereich Strukturierung von Gesprächen und Informationsvermittlung im ärztlichen Gespräch sehr hoch. Dies korrespondiert inhaltlich mit den spezifischen objektiven Checklisten im abschließenden OSCE-Prüfungsparcours. Dort konnte durch eine „verblindete“ Beobachterin eine signifikante Verbesserung der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe durch die Calgary Cambridge Observation Guide und der OSCE-spezifischen Checkliste im Bereich der Gesprächsstrukturierung/Agenda Setting gefunden werden. Hingegen konnte in der globalen Checkliste (Berliner Globale Checkliste) kein Unterschied zwischen Intervention- und Kontrollgruppe erfasst werden. Auch bei der Patientenzufriedenheit gab es keinen Unterschied vor und nach dem Training bzw. zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe. Die Akzeptanz des Trainings war mit einer Schulnote von 1,5 sehr hoch und der Wunsch nach weiteren, kontinuierlichen und praxisnahen Fortbildungen wurde durch die Freitextangaben der teilnehmenden Ärzte deutlich.

Nachfolgenden werden zunächst die einzelnen gewählten Methoden und im Anschluss die Ergebnisse der Arbeit detaillierter diskutiert.

Dabei entspricht die Reihenfolge der Darstellung erneut den Phasen von McLean und Kollegen (Mc Lean et al. 2008), um die Nachvollziehbarkeit zu erhöhen und Zuordenbarkeit zu den vorherigen Kapiteln zu erleichtern.

5.1 Diskussion der Methoden in der Curriculumsentwicklung nach McLean & Kollegen

5.1.1 Phase der Planung

Diskussion der Bedarfsanalyse

Durch die Bedarfsanalyse in der Phase der Planung mittels Fokusgruppen sollte der Inhalt der Intervention auf die Zielgruppe und deren Bedarfe abgestimmt und die Lernziele abgeleitet werden. Die Fokusgruppen sind eine oft verwendete qualitative Methode, um Meinungen zu einem Thema in der Gruppe zu diskutieren (Powell & Single, 1996; Freeman 2006). Auch im medizinischen Kontext werden die Bedarfe oft durch Fokusgruppen erhoben (z. B. Roze des Ordons et al. 2017, Wehbi et al. 2018, Necknig et al. 2019), jedoch gibt es nicht viele Studien dazu. In der vorliegenden Untersuchung konnte bestätigt werden, dass Fokusgruppen geeignet sind, um schwierige Themen in der Arzt-Patienten-Kommunikation zu erfassen. Es konnten genügend Fallbeispiele für schwierige und sehr unterschiedliche Kommunikationssituationen gesammelt werden, um den Inhalt des Trainings darauf abzustimmen und den Transfer in den Alltag auf Grund der inhaltlichen Nähe zur täglichen Arbeit zu erhöhen. Als besonders herausfordernd erlebten die Teilnehmenden das Überbringen schlechter Nachrichten. In der Literatur werden dafür einige Gründe benannt. Zum einen werden sich Ärzte ihrer eigenen Endlichkeit bewusst. Ärzte setzen sich in diesen Situationen mit den eigenen Ängsten über Tod und Sterben auseinander. Zum anderen bestehen Sorgen, wie emotional der Patient auf die schlechte Nachricht reagieren wird und ob diese emotionalen Reaktionen im Gespräch gehalten werden können (z. B. Villalobos, 2015). Auch kann es als schwierig erlebt werden, auszuhalten nichts tun zu können.

Durch die Bedarfsanalyse, die im Rahmen der Fokusgruppen geleistet wurde, wurde eine Basis für ein qualitativ hochwertiges Training vorbereitet. Die Rückmeldungen

der Ärzte in der Evaluation des Trainings bestätigen, dass die aus den Fokusgruppen generierten Rollenspiele besonders positiv von den Teilnehmenden bewertet wurden. Auch andere Studien konnten feststellen, dass eine Bedarfsanalyse durch Fokusgruppen einen positiven Effekt auf die Ergebnisse kommunikativer Interventionen haben (z. B. Roze des Ordon et al. 2017). Eine Schlussfolgerung der vorliegenden Arbeit ist deshalb zu empfehlen, auch in zukünftigen Studien vor der Entwicklung des Trainings Bedarfsanalysen mittels Fokusgruppen mit den später teilnehmenden Fachkräften durchzuführen. Alle weiteren Empfehlungen sind im Kapitel Ausblick (5.3.) zusammengefasst.

Diskussion des Studiendesigns

Randomisiert kontrollierte Studien gelten in der Wissenschaft als Studien mit hoher Qualität und sind de facto der Goldstandard (Kabisch et al. 2011). Allerdings ist die Wahl einer Wartelisten-Kontrollgruppe ein methodischer Kompromiss, da im vorliegenden Fall alle Ärztinnen und Ärzte der Klinik zu dem Training verpflichtet worden waren. In einer RCT mit einer „Treatment-as-usual“-Kontrollgruppe würden auch langfristig die Effekte der Teilnehmenden der Interventionsgruppe mit denen verglichen werden können, die – beruhend auf dem Zufallsprinzip – noch kein Training erhalten hatten. Es ist im Wartelisten-Kontrollgruppen-Design nicht auszuschließen, dass auch Erwartungen an ein Training bereits einen Effekt auf die Outcome-Variablen haben könnten. Hulsmann et al. (1999) weisen in ihrer Übersichtsarbeit zur Evaluation von Kommunikations- und Interaktionstrainings darauf hin, dass in Studien mit einem randomisierten prä-post Vergleich und Kontrollgruppen statistisch weniger signifikante Effekte auftreten als in nicht randomisierten Kontrollgruppenstudien. Grund dafür könnte sein, dass randomisierte Studien präziser messen und somit nur signifikante Ergebnisse erfassen, während nicht randomisierte Studien ihre Ergebnisse durch auftretende Verzerrungen möglicherweise systematisch überschätzen.

Trotz dieser Herausforderungen und der kleinen Stichprobe gelang es in der vorliegenden Arbeit, mit einem randomisiert kontrollierten Design hohe Effekte nachweisen zu können, die auch nach Relativierung an der Stichprobengröße als noch gegeben erachtet werden können.

Diskussion der Stichprobe

In der Literatur finden sich bislang keine Untersuchungen zu Schulungen zum Thema patientenzentrierte Kommunikation mit Ärzten aus allen internistischen Abteilungen einer gesamten Klinik. Folglich kann die vorliegende Arbeit einen praxisrelevanten Mehrwert leisten. Allerdings handelte es sich um eine besondere Anweisung der Klinik-

leitung, eine Replizierbarkeit des Settings ist damit eher unwahrscheinlich. Der Schwerpunkt bisheriger Untersuchungen lag auf onkologisch tätigen Ärzten (Fallowfield, 2002; Eide, 2003, Epstein et al. 2017), niedergelassenen Hausärzten (Bensing, 2000, Green et al. 2016) oder Pädiatern (Bosse et al., 2008; van Dulmen et al., 2000; Shue et al. 2016). Auch wenn sich die Schlussfolgerungen aus diesen Studien teilweise auf Internisten übertragen lassen, so bietet eine eigene Untersuchung dieser Fachspezialisten mit einer vollständigen Stichprobe einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn: (a) es konnten fachspezifische Trainingseinheiten entwickelt und getestet werden, (b) die Studie untersuchte alle internistischen Ärzte der Klinik, d. h. nicht nur die an Kommunikation interessierten Ärzte, sondern ausnahmslos alle. Zudem fielen übliche Dropout Phänomene, wie Motivationsverlust, Urlaub oder andere wichtigere Termine weg, lediglich aus Krankheitsgründen nahmen Teilnehmende nicht teil. Schließlich bildete die Stichprobe der befragten Patienten eine repräsentative Stichprobe nach Alter, Geschlecht und Schwere der Erkrankung eines Krankenhauses ab (vgl. Maatouk-Bürmann et al. 2016).

Betrachtet man die Stichprobengröße, sei noch einmal betont, dass der Stichprobenumfang der Ärzte nicht besonders groß war, aber durch die Vollständigkeit von außerordentlicher Qualität. Die vollständige Stichprobe trägt zur guten Qualität der Schlussfolgerungen bei.

Diskussion der Auswirkungen der Anordnung der Schulung durch den Chefarzt

Da die Teilnehmenden auf Anordnung des Chefarztes an der Untersuchung teilnahmen, ist die intrinsische Motivation der teilnehmenden Ärzte zu hinterfragen. Sie unterscheidet sich von der Motivation bei freiwilliger Studienteilnahme, wie sie bei den meisten Untersuchungen üblich ist. Es ist bekannt, dass die persönliche Lern- und Erfolgsmotivation der Teilnehmenden ein wesentlicher Faktor für den Erfolg des Trainings ist (z. B. Back et al. 2007, Fossili Jensen 2010). Dennoch fand die vorliegende Intervention eine große Akzeptanz unter den Teilnehmenden der Studie. Als Ursache kommen in Frage: (a) die Motivation der Ärzte ist während des Trainings gestiegen, (b) die Anordnung des Chefarztes hatte keinen Einfluss auf die Motivation der Ärzte, (c) der erzwungene Kontext hatte keinen Einfluss auf die Beantwortung der subjektiven Fragebögen, (d) es könnte vermehrt zu sozial erwünschtem Antwortverhalten gekommen sein. Eine finale Abklärung war im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich und ist letztlich auch für die weitere Untersuchung auf Grund des randomisierten Studiendesigns nicht notwendig. Festzuhalten ist, dass die Ergebnisse der subjektiven Kompetenzeinschätzung bei beiden Gruppen bereits vor dem Training mit 7,19 und 7,55, von 10 Punkten sehr hoch waren.

5.1.2 Phase der Implementierung

In der Phase der Implementierung flossen Erkenntnisse aus anderen Evaluationsstudien zu Arzt-Patienten-Kommunikationstrainings ein. So wurde berücksichtigt, dass Kommunikationstrainings nur dann effektiv sind, wenn verschiedene didaktische Methoden angewandt und die Inhalte über einen längeren Zeitraum trainiert werden (Makoul et al., 2001). Der inhaltliche Fokus wurde auf die patientenzentrierte Kommunikation gelegt, die als etablierter Standard gelungener Arzt-Patient-Kommunikation gilt (Langewitz 2011), gut operationalisierbar ist und aus deren Kernaussagen sich zahlreiche Gesprächstechniken herleiten lassen, wie die Anwendung des NURSE-Modells, der WWSZ-Technik, das Agenda Setting oder das SPIKES Modell. Das NURSE Modell (Back et al. 2007, Langewitz, 2011) ist ein Gesprächsmodell, das für die Wahrnehmung und den Umgang von Emotionen in der Arzt-Patienten-Kommunikation hilfreich ist. Das Akronym steht für Naming, Understanding, Respecting, Supporting und Exploring. Die WWSZ Technik (Langewitz, 2011) wiederum dient als Gesprächstechnik der Informationssammlung. Das Akronym steht für warten, wiederholen, spiegeln und zusammenfassen. Das Thema Agenda setting mit Hilfe der Buchmethode (Langewitz 2011) wurde den Teilnehmern vorgestellt. Eine gute Gliederung meiner Information und eine einfache Sprache können bewirken, dass mehr Informationen beim Patienten behalten werden. SPIKES ist ein Gesprächsmodell zum Überbringen schlechter Nachrichten mit dem Ziel die medizinischen Fakten mit Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse zu vermitteln, gleichzeitig Unterstützung anzubieten und einen Behandlungsplan zu entwickeln (Baile et al. 2000). Das Akronym steht für: Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy und Summary/Strategie.

Methodisch betrachtet fanden die Trainingseinheiten zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten statt und es gab einen Wechsel zwischen theorievermittelnden und verschiedenen praktischen Elementen. Die Wahl der didaktischen Methoden erfolgte aufgrund des theoretischen Hintergrundes (patientenzentrierte Kommunikation), der auf Basis der Fokusgruppen erarbeiteten Lernziele und des ausführlichen Literaturreviews (siehe Stand der Forschung Abschnitt 2). Zur Anwendung kamen daher als besonders effektiv beschriebene Methoden wie Rollenspiele mit und ohne Simulationspatienten sowie Feedbackrunden (z. B. Berkhof et al., 2011, Kelley et al. 2014). Es wurde sich für die patientenzentrierte Kommunikation als theoretischen Hintergrund entschieden, da es (a) der Goldstandard in der Arzt-Patienten-Kommunikation (Langewitz, 2011) ist und (b) es gut operationalisierbar ist, da sich viele Gesprächstechniken daraus ableiten lassen.

5.1.3 Phase der Evaluation

Vier Hypothesen sollten durch die Studie überprüft werden. Diese ließen sich den vier Ebenen des Evaluationsmodells von Kirckpatrick (2008) zuordnen (siehe Kap. 3.4.) Folgende Hypothesen wurden Grundlage von theoretischem Hintergrund und Ausgangssituation formuliert:

1. Die Akzeptanz und der subjektive Lernzuwachs eines theoriebasierten und zielgruppenspezifischen Kommunikationstrainings ist hoch. (Ebene 1, Ebene der Reaktionen und Ebene 2, Ebene des Lernens)
2. Das subjektive Kompetenzgefühl der Ärzte bzgl. der eigenen Kommunikationsfähigkeit und dem Umgang mit Patienten steigt nach Absolvieren des Kommunikationstrainings. (Ebene 2, Ebene des Lernens)
3. Die kommunikative, interaktive Kompetenz der teilnehmenden Ärzte verbessert sich im Vergleich zur Kontrollgruppe im Patientengespräch durch das Kommunikationstraining und lässt sich anhand von standardisierten Gesprächssituationen mit Simulationspatienten (mittels OSCE) nachweisen. (Ebene 3, Ebene der Verhaltensänderung)
4. Das Kommunikationstraining verbessert die subjektive Patientenzufriedenheit. (Ebene 4, Ebene der Reaktionen)

Die vorliegende Studie stelle als eine der ersten eine Operationalisierung aller vier Ebenen nach Kirkpatrick (2008). Nach Buren & Erskine (2002) erheben nicht viele Studien das Evaluationsmodell von Kirckpatrick (2008) vollständig. Auch Kiesewetter et al. (2013) finden in ihrem Review zu Führungskompetenztrainings, dass meist nur die erste Ebene evaluiert wird. Ehlers et al. (2017) beschreiben, dass die meisten Lehrmethoden zu interprofessionaler Kompetenz die ersten beiden Ebenen von Kirkpatrick betrachten.

Nachfolgend sollen die Ergebnisse der Evaluation genauer diskutiert werden.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Die Diskussion der Ergebnisse folgt anhand der formulierten Hypothesen und Evaluationsebenen nach Kirckpatrick.

5.2.1 Hypothese 1: Akzeptanz des Trainings und der subjektive Lernzuwachs (Ebene der Reaktionen und Ebene des Lernens)

Ein Ziel der Studie war, dass die Akzeptanz des Trainings, trotz hoher Arbeitsbelastung und Verpflichtung zur Teilnahme, hoch ist und die Teilnehmenden darüber hinaus das Gefühl haben, sich Wissen angeeignet zu haben. Dies konnte bestätigt werden. Die Teilnehmenden bewerteten die Intervention mit einer Schulnote von 1,5 als sehr gut, vor allem die Kompetenz der Dozenten und die Rollenspiele mit Simulationspatienten wurden sehr hoch bewertet. Korrespondierend dazu bekräftigten die Teilnehmenden im Freitext, besonders von den anwendungsbezogenen, alltagsnahen und praktischen Übungen, wie Rollenspiele mit und ohne Simulationspatienten, Visitenttraining und Feedback, profitiert zu haben. Aus den Ergebnissen der Freitextaussagen lassen sich Schlussfolgerungen für zukünftige Schulungen für approbierte Ärzte ableiten (siehe Ausblick). Auch Bosse et al. (2008) konnten in der Evaluation ihrer Kommunikations-schulung mit pädiatrischen Ärzten eine hohe Akzeptanz zum Training feststellen, ebenfalls mit dem Wunsch nach mehr berufsbegleitenden, alltagsnahen Schulungen.

Dies korrespondiert auch mit dem subjektiven Lernzuwachs der teilnehmenden Ärzte, der besonders hoch in den Bereichen Strukturierung von Gesprächen und Informationsvermittlung an Patienten und bei der Lehreinheit Visitenttraining mit der didaktischen Methode des Feedbacks war. Auch hier lernten die Teilnehmenden vor allem von den alltagsnahen, eher praktischen Themen der Schulung, die sich sofort in den Alltag der Ärzte transferieren ließen. Die besondere Effektivität von praxisnahen und praktischen Übungen beschrieben u.a. auch Berkhof et al. (2011) in ihrem Review zu Arzt-Patient-Kommunikationstrainings. Vor allem sogenannte „Coaching sessions“ wie das Visitenttraining sind geeignet, eine signifikante Verhaltensänderung zu erreichen (Brinkman et al., 2007). Dies kann in der vorliegenden Arbeit bestätigt werden. In bisherigen Kommunikationstrainings kamen sogenannte Coaching sessions selten vor. Sie bilden folglich einen Neuwert dieser Studie. In der subjektiven Einschätzung des Trainings durch die Teilnehmenden stellen sich diese arbeitsplatzbezogenen praktischen Einheiten als sehr effektiv dar. Eine Schlussfolgerung der vorliegenden Arbeit ist, dass besonders bei berufstätigen Ärzten solche Einheiten Teil jeder Kommunikationsintervention sein sollten. Dies wird auch in den Wünschen der Teilnehmenden deutlich. Auch könnten solche Einheiten Teil einer regelmäßigen Supervision für im Krankenhaus tätige Ärzte sein.

5.2.2 Hypothese 2: Veränderung der subjektiven Kompetenzeinschätzung (Ebene des Lernens)

Ein weiteres Ziel war, die Verbesserung der subjektiven Kompetenzeinschätzung bezüglich der Arzt-Patienten-Kommunikation nach der Intervention. Hier konnte ein signifikanter Effekt bei der Einschätzung der subjektiven Kompetenzeinschätzung der Ärzte im prä-post und im Gruppenvergleich nachgewiesen werden. Die Interventionsgruppe zeigte nach dem Training eine signifikant höhere Einschätzung als vor dem Training ($p=0,007$). Die Effektstärke (partielles η^2) ist dabei sehr hoch mit 0,372. Das bedeutet, dass die Interventionsgruppe ihre kommunikativen Fähigkeiten, wie z. B. eine strukturierte Informationsvermittlung in der Anamnese, das Eingehen auf Sorgen des Patienten oder das Vermeiden von Fachsprache, nach der Schulung als höher einschätzten als vor der Schulung. Die Kontrollgruppe blieb unverändert. Auffällig war, dass alle 42 Ärzte ihre Kompetenz bereits im Vorfeld als sehr hoch einschätzten. In der Kontrollgruppe fiel diese Selbsteinschätzung vor der Intervention höher aus als in der Interventionsgruppe. Dies könnte an sozial erwünschtem Antwortverhalten der Ärzte liegen, da alle Teilnehmenden vom Vorgesetzten angewiesen worden waren, an der Studie teilzunehmen. Eine weitere Möglichkeit ist auch, dass die teilnehmenden Ärzte in ihrem Beruf bzw. in ihrem Studium bisher wenig Feedbackprozesse erlebt haben, um ihre Leistungen adäquat einschätzen zu können und sich somit eher überschätzen. Jünger et al. (2006) schreiben, dass mehrfache Lernerfahrungen mit anschließendem Feedback die Genauigkeit der Selbsteinschätzungen verbessern können. Je weniger gut Ärzte ihre Kompetenzen einschätzen können, desto größer ist die Gefahr, dass ein Teil der Ärzte sich selbst überschätzt (Jünger et al. 2006), was negative Auswirkungen auf ihre Patienten haben kann.

Auf Grund der sehr hohen Werte vor der Schulung war es weit schwieriger, Veränderungseffekte festzustellen. In der Statistik wird dabei vom Deckeneffekt (Bortz & Döring, 2005) gesprochen. Umso höher fielen die Ergebnisse in der Interventionsgruppe aus. Es konnten aber dennoch keine signifikanten Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe gefunden werden. Es liegt nahe, dass Fehlen eines solchen Effekts auf die initial höheren Werte der Kontrollgruppe zurückzuführen.

Auch in anderen Studien wurden Verbesserungen in der Selbsteinschätzung der kommunikativen Fähigkeiten festgestellt. Beispielsweise schätzten Medizin- und Psychologiestudierende ihre kommunikativen und interaktionellen Fähigkeiten nach einem Training höher ein (Tiuraniemi et al., 2011). Auch Fallowfield et al. (2002) fanden eine Verbesserung der subjektiven, aber auch der objektiven Kommunikationskompetenz nach einem 3-Tage-Intensiv-Kurs. Ebenfalls verbesserte sich die subjektive Kompe-

tenzeinschätzung von Pädiatern nach vier Kommunikationstraining á 90 Minuten (Nikendei et al., 2011)

5.2.3 Hypothese 3: objektive Veränderung im Patientengespräch (Ebene der Verhaltensänderung)

Das entscheidende Ziel der Intervention war es, eine objektive Verhaltensänderung bei den internistisch tätigen Ärzten im Patientengespräch zu erreichen und dies durch die Verwendung von drei verschiedenen Checklisten und einer verblindeten Beurteilerin mit statistischen Methoden zu überprüfen. Dies konnte für den Bereich der Gesprächsstrukturierung/Informationsvermittlung in der Tat nachgewiesen werden.

Die Auswertung der OSCE-Prüfung erfolgte mittels drei verschiedener Beobachtungchecklisten. Dabei handelt es um zwei nachweislich valide Instrumente mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten: 1.) Das Berliner Global Rating ist ein globales Beobachtungsinstrument, welches die allgemeine kommunikative Kompetenz valide abbildet (Scheffer, 2009). 2.) Die CCOG I ist eine spezifischere Checkliste, die bereits in verschiedenen Studien erfolgreich eingesetzt wurde und daher auch hier zum Einsatz kam (z. B. Nikendei et al., 2011, Geoffroy et al. 2020). Newble et al. (2004) bestätigen, dass eine Kombination von spezifischen Checklisten und globalen Ratings sinnvoll ist. Hinzu kam als drittes Instrument eine OSCE-spezifische Checkliste, die sich genau auf die Inhalte des Trainings und der OSCE-Prüfung bezieht. Durch die Verwendung aller drei Checklisten sollte sich die Qualität der Ergebnisse derer, die an der Interventionsgruppe teilgenommen hatten im Vergleich zur Wartekontrollgruppe erhöhen.

Die Auswertung der OSCE-Prüfung zeigte signifikante Unterschiede in der CCOG I zwischen Interventions- und Kontrollgruppe im Bereich „Einleitung der Sitzung“. Dabei erreichte die Interventionsgruppe bessere Werte als die Kontrollgruppe. Unter „Einleitung der Sitzung“ sind Items gefasst, die neben der Begrüßung dem Gespräch Struktur geben sollen (z. B. „Stimmt den Gesprächsablauf/Agenda ab“). Ebenfalls konnte ein signifikanter Unterschied in der Auswertung der OSCE-spezifischen Checkliste zwischen Interventions- und Kontrollgruppe im Bereich „Gesprächsstruktur“ festgestellt werden. Im Bereich „Gesprächsstruktur“ sind Items gefasst, wie „die Agenda des Gesprächs transparent machen“, ein „Zeitmanagement deutlich machen“ oder „verschiedene Fragetechniken verwenden“, sowie die Patienten adäquat „Unterbrechen und Begrenzen“.

In beiden Checklisten wird deutlich, dass die Interventionsgruppe höhere Bewertungen also eine Verbesserung im Bereich der Gesprächsstrukturierung erreicht haben. Dies ist eine Bestätigung der Annahme, dass die verblindete Prüferin in sich konsistente Beurteilungen erstellt, denn bei stark schwankenden Beurteilungen würde das dadurch erzeugte statistische Rauschen alle signifikanten Effekte überlagern.

Darüber hinaus gibt es eine inhaltliche Übereinstimmung zwischen dem subjektiv erlebten Lernzuwachs der Teilnehmenden und der objektiven Bewertung durch die externe Beurteilerin. In beiden Fällen wurde festgestellt, dass die Interventionsgruppe im Bereich der Gesprächsstrukturierung besser als die Kontrollgruppe abgeschnitten hat. Dies deckt sich mit Untersuchungen von Bonvicini et al. (2009), der ebenfalls übereinstimmende Ergebnisse zwischen der Selbsteinschätzung der Teilnehmenden einer Intervention zur Verbesserung der Empathie und den objektiven Beurteilern feststellte. Solche guten Übereinstimmungen sind jedoch nicht die Regel, denn oft unterscheiden sich die objektiven von den subjektiven Ergebnissen (z. B. Jünger et al. 2006).

Es stellt sich die Frage, warum sich gerade die Gesprächsstrukturierung der Ärzte verändert hat. Gesprächsstrukturierung ist ein Aspekt der patientenzentrierten Kommunikation, die für den ärztlichen Alltag im Krankenhaus höchst relevant ist. Dazu gehört einerseits, die Themen des Gesprächs klar zu benennen (Agenda Setting), und andererseits auch den Zeitrahmen klar deutlich zu machen. Durch das Agenda Setting kann das begrenzte Zeitbudget des Gesprächs durch Ärzte und Patienten sinnvoll genutzt werden (Langewitz, 2011). Eine gute Strukturierung kann möglicherweise sogar zu Zeitersparnissen führen und die Adhärenz der Patienten erhöhen. Roter et al. fanden bereits 1989 in einer Metaanalyse einen Zusammenhang zwischen Compliance und dem Informationsgebe-Verhalten (z. B. Strukturierung) und einem positiven Gespräch mit dem Arzt. Jedoch müsste dies in weiteren Studien genauer untersucht werden. Ein weiterer zu diskutierender Grund, warum gerade die Gesprächsstrukturierung signifikante Effekte erreichte, ist der Zeitpunkt des Themas in der Schulung. Das Thema Gesprächsstrukturierung war am Tag des OSCE's Thema in der Ärzteschulung, daher war möglicherweise das Thema noch sehr präsent in der Prüfung. Jedoch bleibt die Verbesserung der Gesprächsstrukturierung stabil über die Zeit, da auch in den RIAS Untersuchungen (siehe Maatouk-Bürmann et al. 2015) signifikante Verbesserungen in der Gesprächsstrukturierung nachzuweisen sind.

Die verblindete objektive Prüferin

Die Überprüfung der OSCE Stationen in der vorliegenden Studie erfolgte durch eine verblindete Prüferin. Sie kannte weder die Kontroll- noch die Interventionsgruppe

und war auch ansonsten nicht im Projekt beteiligt. Sie konnte somit keine Sympathien oder Antipathien für die teilnehmenden Ärzte entwickeln, auch konnte sie mangels Informationen nicht bewusst oder unbewusst für eine der Gruppen stimmen, um das Untersuchungsergebnis in die gewünschte Richtung zu beeinflussen.

Vergleich der OSCE Ergebnisse und der RIAS Auswertung der realen Arzt-Patienten Gespräche

Ein Teilprojekt der gesamten Untersuchung war die Auswertung der realen Arzt-Patienten-Gespräche mit Hilfe des Roter Interaction Analysis Systems (RIAS, Roter 1991). Die Ergebnisse sind nicht Teil dieser Dissertation, waren aber Teil der Gesamtstudie und sollen deshalb kurz erwähnt werden. Die Ergebnisse sind von Maatouk-Bürrmann et al. (2015) veröffentlicht worden. Dabei wurden reale Arztgespräche sowohl von der Interventions- als auch von der Kontrollgruppe aufgenommen und mit dem Roter Interaction Analysis System (RIAS, Roter 1991) durch drei verblindete Beurteiler ausgewertet. In der Auswertung der realen Arzt-Patienten-Gespräche konnte u.a. festgestellt werden, dass die Ärzte der Interventionsgruppe signifikant mehr ihre Gespräche strukturieren (Agenda Setting). Dies stimmt mit der Auswertung der OSCE's und des subjektiven Lernzuwachses der Ärzte überein. Diese konsistenten Ergebnisse sind ein großer Erfolg der gesamten Untersuchung, denn nach einem Review Artikel von Selman et al. (2017) ist es schwerer, in realen Arzt-Patienten-Gesprächen Effekte nachzuweisen, als in simulierten Gesprächen. Die Frage besteht daher immer, ob die Verhaltensänderung, die am Ende des Trainings in einem Prüfungsparcour festgestellt wird, in den Alltag übernommen wird. Auch Barrows sah als generelles Problem bei der Überprüfung mit einem OSCE, dass keine Aussage darüber getroffen werden kann, ob das Gelernte auch im Alltag zum Einsatz kommt (Barrows 1993). In der vorliegenden Studie kann die Frage durch die Hinzunahme der Ergebnisse der Studie von Maatouk-Bürrmann (2015) mit „Ja“ beantwortet werden.

5.2.4 Hypothese 4: Verbesserung der Patientenzufriedenheit (Ebene der Reaktionen)

Ein Ziel der vorliegenden Studie war auch, dass die Intervention einen positiven Einfluss auf die Patientenzufriedenheit hat. Dies konnte allerdings nicht nachgewiesen werden.

Die Studienlage und die Ergebnisse bzgl. des Einflusses von Kommunikationstrainings auf die Zufriedenheit von Patienten sind sehr heterogen. Es scheint dabei sehr von der

Untersuchungsmethode und vom Studiendesign abzuhängen, ob positive Ergebnisse erzielt werden. Fossili Jensen & Kollegen (2010) führten in einer randomisiert kontrollierten Studie ein 20-stündiges Kommunikationstraining mit Krankenhausärzten unterschiedlicher Disziplinen nach dem 4-Habit Modell (Frankel et al., 2003) durch. Die Kommunikationsfertigkeiten der Ärzte konnten sich objektiv verbessern. Die Patientenzufriedenheit verbesserte sich indes nicht. Die Autoren begründeten dies durch den Deckeneffekt in den Fragebögen zur Patientenzufriedenheit und durch die multifaktorielle Beeinflussung auf Patientenzufriedenheit besonders in einem komplexen System wie einem Krankenhaus. Auch in dieser Studie gilt die gleiche Begründung. Es wurde ein Deckeneffekt festgestellt. Außerdem wirken auf die Patientenzufriedenheit verschiedenste Einflussvariablen, unter denen die Kommunikation zwischen Arzt und Patient nur ein Teil ist. Dies gilt besonders im sehr komplexen Krankenhaussetting, in dem verschiedene Ärzte und Pfleger mit den Patienten zu tun haben und in der verschiedene Diagnostik- oder Therapiestationen durchlaufen werden. Eine seriöse Binnendifferenzierung dieser Einflussfaktoren ist kaum möglich und auch unnötig, da die Untersuchung der Patientenzufriedenheit nicht im Zentrum der vorliegenden Studie steht.

Die Zufriedenheit der Patienten mit der Kommunikation der Ärzte wurde bereits in mehreren Studien untersucht. Lienard et al. (2010) haben die Zufriedenheit der Patienten mit einer visuellen Analogskala gemessen („Bin zufrieden mit der Kommunikation meines Arztes“ oder „Bin nicht zufrieden mit der Kommunikation meines Arztes“). Sie fanden, dass Patienten mit den in Kommunikation geschulten Ärzten zufriedener waren als den ungeschulten Ärzten. Die Patienten waren in dieser Untersuchung direkt den Ärzten zugeordnet, im Unterschied zur vorliegenden Untersuchung, in der die Patienten nicht Ärzten, sondern nur der Station zugeordnet waren.

Die Visuellen Analogskalen, die in der Studie von Lienard et al. (2010) genutzt wurden, werden oft verwendet, um subjektive Empfindungen wie z. B. Schmerzen abzufragen. Sie haben eine hohe Validität, Reliabilität und Objektivität und eine hohe Sensitivität (Schomacher, 2008). In zukünftigen Untersuchungen sollte in Betracht gezogen werden, visuelle Analogskalen verstärkt für subjektive Einstellungen zu verwenden.

5.3 Ausblick

Betrachtet man die Evaluation als Qualitätsmanagement-Methode, kann die Frage gestellt werden, welche Aspekte der Trainingsintervention verbessert bzw. verändert werden und welche Aspekte einen Mehrwert für zukünftige Untersuchungen geben

können. Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie können folgende Schlussfolgerungen gezogen werden:

1. Fokusgruppen können als geeignetes Instrument für die Bedarfsanalyse betrachtet werden.
2. Arzt-Patienten-Kommunikation ist auch bei erfahrenen internistisch tätigen Ärzten erlernbar.
3. Ein zielgruppenspezifisches, theoriebasiertes und praxisnahes Training für berufstätige Ärzte ist besonders sinnvoll, da es zu einer nachweislich hohen Akzeptanz führt und eine Verhaltensänderung hervorgerufen werden kann.
4. Didaktische Methoden, wie Rollenspiele mit und ohne Simulationspatienten, Feedbackrunden und Visitenttraining, die in verschiedenen Reviewartikeln beschrieben wurden, sind erfolgreiche Mittel für das Erlernen von Arzt-Patient-Kommunikation.
5. Die Effektivität von Kommunikation kann in einem OSCE durch Checklisten von einem verblindeten Beurteiler effektiv erfasst werden.

Neuartig dabei ist, dass bisher kaum Studien mit internistisch tätigen Ärzten durchgeführt wurden und dass bisher keine Studie die Curriculumsbeschreibung so ausführlich und transparent dargestellt hat, dass das Training in zukünftigen Studien bzw. Weiterbildungen wieder verwendet werden könnte. Ebenfalls erwähnenswert ist die vollständige Stichprobe der Studie, die die Qualität des Studiendesigns erhöht, da keine Dropout Effekte berücksichtigt werden müssen. Es wurden nur didaktische Methoden verwendet, die in verschiedenen Studien als erfolgreich beschrieben wurden (wie z.B. van Dulmen et al., 2000; Brinkman et al., 2007; Berkhof et al., 2011).

5.3.1 Schlussfolgerungen aus den Freitextangaben

Aufgrund der Freitextangaben der teilnehmenden Ärzte im Akzeptanzfragebogen eröffnen sich Fragen, wie das Training noch verändert werden kann, besonders im Hinblick auf die Berufstätigkeit und damit einhergehenden geringen zeitlichen Ressourcen der Teilnehmergruppe. Die teilnehmenden Ärzte wünschten sich:

- noch mehr praktische Übungen mit Simulationspatienten
- Feedbackrunden
- Visitenttraining direkt auf ihren Stationen
- kontinuierliche Kommunikationsschulungen in kleinerem Zeitumfang

Ähnliche Wünsche wurden auch in anderen Studien mit berufstätigen Ärzten geäußert (z. B. Nikendei et al., 2011). Es sollten kurze praktische Einheiten über einen längeren Zeitraum angeboten werden, die möglichst praxisnah sein sollten, im Idealfall sogar in der Klinik im Rahmen von Supervisionen oder Visitentrainings. Auch Rao und Kollegen stellten bereits 2007 fest, dass eine der größten Herausforderungen in der Kommunikationsforschung ist, Trainingskonzepte zu entwickeln, die gut in die tägliche klinische Arbeit integriert werden können. Dies bestätigt auch die Studie von Illing et al. (2008), in der deutlich wird, dass es scheinbar nicht ausreicht, während des Studiums Kommunikationstrainings anzubieten. Es gibt einen Bedarf für die Vorbereitung auf die realen Arbeitsbedingungen sowie eine Fortführung praxisnaher Kommunikationstrainings in der Weiter- und Fortbildung, was bis heute in Deutschland nicht verpflichtend und nur in geringer Anzahl existiert. Hierfür kann diese Studie einen Beitrag leisten.

5.3.2 Limitationen

Es gibt einige Punkte in der Studie, die auch kritisch diskutiert werden müssen und in zukünftigen Studien berücksichtigt werden sollten.

Ein Aspekt der Studie, der nicht veränderbar war, allerdings diskutiert werden muss, war die begrenzte kleine Stichprobenanzahl ($n = 42$). Aus diesem Umstand ergab sich eine geringere Teststärke, womit die Wahrscheinlichkeit, kleine Effekte auch signifikant nachzuweisen, geringer war. Eine größere Stichprobe kann allein durch die Größe leichter Effekte nachweisen (z. B. Boiss et al., 2016). Es sei angemerkt, dass trotz der kleinen Stichprobe signifikante Effekte festgestellt wurden. Da es sich um eine vollständige Stichprobe handelt, ist die Aussagekraft sehr hoch, weil Dropout-Phänomene, wie Motivationsverlust, Urlaube oder veränderte Arbeitszeiten wegfallen. Durch die Verpflichtung zur Teilnahme für alle internistisch tätigen Ärzte erreichte man mit der Intervention nicht nur die an Kommunikation interessierten Ärzte, sondern auch die weniger motivierten. Trotzdem konnten Effekte nachgewiesen werden.

Ein weiterer kritischer Punkt war die geringe Anzahl an OSCE Stationen. Die OSCE Prüfung wurde mit 6 Stationen á 5 Minuten durchgeführt. Mit der Anzahl an Stationen steigt die Wahrscheinlichkeit, auch kleinere Effekte abzubilden. Nikendei et al. (2006) empfehlen in ihrer Untersuchung über OSCE Prüfungen 10 bis 14 Stationen, um ein reliables Prüfungsformat/-ergebnis zu bekommen. Jedoch nutzen Nikendei et al. (2011) zur Effektivitätsüberprüfung ihres Kommunikationstrainings mit Standardisierten Eltern für pädiatrische Ärzte einen OSCE mit sieben Stationen. Die Ärzte der Inter-

ventionsgruppe bei Nikendei und Kollegen (2011) verbesserten durch die Schulung ihren Beziehungsaufbau zu den Eltern und ihre Art der Informationsvermittlung. Es konnten somit auch mit weniger Stationen Effekte nachgewiesen werden. Auch in dieser Studie wurde die CCOG I verwendet. Daher konnte auch in dieser Untersuchung davon ausgegangen werden, dass 6 Stationen es möglich machen, Effekte abzubilden, solange alle inhaltlichen und kommunikativen Themen des Trainings in den Stationen abgebildet waren. Gleichzeitig musste auch pragmatisch entschieden werden, dabei spielten Faktoren, wie Zeit und Personal eine wichtige Rolle. Letzten Endes weisen die signifikanten Messergebnisse der vorliegenden Studie nach, dass die gewählte Anzahl an OSCE Stationen ausreichend groß war.

Weiterhin kann die objektive Evaluation der OSCE-Prüfung durch Checklisten nur durch einen Gruppenvergleich (Interventions- und Kontrollgruppe) überprüft werden. Ein prä-post Vergleich ist nicht möglich. Somit ist der Nachweis einer Veränderung innerhalb einer Person nicht möglich. Es wäre daher für zukünftige Studien anzuraten, eine OSCE-Prüfung bereits vor der Schulung für beide Gruppen durchzuführen, um eine Baseline für das ärztliche Kommunikationsverhalten zu erhalten. Dies hätte allerdings wieder einen zusätzlichen Termin für alle internistisch tätigen Ärzte bedeutet, was für den Ablauf im Krankenhaus sehr schwierig zu bewerkstelligen ist. Genauso sieht es aus bei der Überprüfung der Nachhaltigkeit der Ergebnisse des OSCEs. Es wäre in zukünftigen Studien sinnvoll, noch einmal nach einigen Monaten bis zu einem halben Jahr eine Wiederholung der OSCE-Prüfung sowie die Erhebung der subjektiven Kompetenzeinschätzung durchzuführen. Aber auch hier war ein zusätzlicher Termin, bei dem alle internistisch tätigen Ärzte anwesend sein müssen, für die Organisation im Krankenhaus nicht umsetzbar.

Letztendlich konnte man sowohl die Baseline des ärztlichen Kommunikationsverhaltens und die Nachhaltigkeit der Gesamtstudie durch die Überprüfung der realen Arzt-Patientengespräche vor und 3 Monate nach der Intervention mittels des RIAS feststellen. Diese Ergebnisse sind aber nicht Teil dieser Arbeit, sondern wurden bereits von Maatouk-Bürmann et al. (2015) beschrieben und bestätigen die Nachhaltigkeit. Auch andere Studien, wie z. B. von Hoffmann et al. (2007) und Colin et al. (2014), konnten langfristige Effekte feststellen. Studien, die vor allem mit verschiedenen Ärzten im Krankenhaussetting durchgeführt wurden, konnten die Nachhaltigkeit der Effekte in den klinischen Alltag ebenfalls nachweisen (Fossili Jensen et al. 2010; Lineare et al. 2010)

Auch bleibt anzumerken, dass nur eine Beurteilerin die OSCE Ergebnisse auswerte- te, diese war zwar verblindet für die Interventions- und Kontrollgruppe, aber eine

Interraterreliabilität konnte nicht erhoben werden. Einige Studien stellten sehr gute Übereinstimmungen zwischen verblindeten Ratern fest, z. B. Evans et al. (2002) erreichten eine Inter-Rater-Reliabilität von $\kappa=0,79$ bei Checklistenformaten und einen $\kappa=0,83$ bei globalen Ratings. In weiteren Untersuchungen ist daher der Einsatz von mindestens zwei Prüfern sinnvoll.

Die OSCE-spezifische Checklisten sollten für zukünftige Studien validiert werden. Die Studie konnte zeigen, dass die OSCE-spezifischen Checklisten ein geeignetes Instrument sind, um Veränderungen im kommunikativen und interaktionellen Verhalten darzustellen. Sie haben außerdem den Vorteil, dass speziell die Inhalte bzw. die Lernziele der Intervention überprüft werden können.

Der verwendete subjektive Kompetenzfragebogen (Jünger et al., 2006) wurde bisher nicht psychometrisch untersucht. Er wurde aber bereits erfolgreich in der Studie von Nikendei et al. (2010) verwendet. In weiteren Untersuchungen sollte der Fragebogen psychometrisch untersucht werden. Nichtsdestotrotz haben subjektive Methoden eine geringere Reliabilität als objektive (Tiuraniemi et al., 2011), daher wird empfohlen, subjektive und objektive Methoden, wie die objektive, verblindete Auswertung eines OSCE-Parcours, zu kombinieren (s.a. Hulsmann et al., 2011).

5.3.3 Arzt-Patienten-Kommunikation bei den Fort- und Weiterbildungen

Um allen Ärzten in Deutschland solch eine Form der kontinuierlichen Fortbildung im Bereich der kommunikativen Kompetenz anzubieten, müsste sich die Musterweiterbildungsordnung (aktueller Stand: November 2018) ändern. Es gibt in der Weiterbildung im Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation in Deutschland bisher keinen curricular verpflichtenden Aufbau zur Arzt-Patienten-Kommunikation und die Weiterbildungslandschaft ist sehr heterogen, wie eine Ist-Analyse in den Jahren 2010-2012 deutlich machte (Klöpfer et al., 2012). Dies hat sich auch 2020 nicht wesentlich verändert. In der alten Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer von 2003 befindet sich kein Hinweis auf die Arzt-Patienten-Kommunikation (www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung, abgerufen am 21.12.2017).

Auch in der am 15. November 2018 verabschiedeten neuen kompetenzbasierten Novelle der Musterweiterbildungsordnung findet man auch keine fächerübergreifendes Curriculum zur ärztlichen Gesprächsführung, obwohl die Stärkung der kommunikativen

ven Kompetenz beim 117. Ärztetag (2017) betont wurde und in Form eines Curriculums mit 40 UE gewünscht war. (<https://www.marburger-bund.de/weiterbildung/novelle-der-muster-weiterbildungsordnung>, abgerufen am 12.11.2020) Ein Kommunikationscurriculum in der Musterweiterbildungsordnung hätte den Vorteil, dass allen Ärzten ähnliche Inhalte im Sinne eines Goldstandards zur Verfügung gestellt werden und dass das Curriculum im Sinne von Lernspiralen aufgebaut werden kann. Es bekommt dann eine Kontinuität und Qualitätsverbesserung. So verbleibt der Status Quo, dass die Arzt-Patienten-Kommunikation das letzte Mal im Studium verpflichtend gelehrt wird, wobei Studierende zu diesem Zeitpunkt noch nicht auf die realen Arbeitsbedingungen vorbereitet sind. Und obwohl in einigen Studien der Wunsch nach kontinuierlichen praxisnahen Schulungen von den Ärzten wünscht wurde (z. B. Bosse et al. 2008). An Hand der Ergebnisse dieser Studie und auch anderer wissenschaftlicher Untersuchungen wird deutlich, dass für Ärzte in der postgraduellen Ausbildung verstärkt praktische Seminare mit einer kurzen Dauer, aber mehreren Wiederholungen und Feedbackrunden angeboten werden sollten, die möglichst einen hohen Transfer in den Krankenhaus- bzw. Praxisalltag haben. Andere wichtige kommunikative Themen müssten dazu kommen, wie Fehler- und Risikokommunikation, aber auch interprofessionelle Kommunikation, da dies in der täglichen Arbeit auf Stationen oder in Praxen wichtige Aufgaben darstellen und immer auch Konfliktpotential beinhalteten. Dies ist umso wichtiger, wenn man sich die gefundenen Ergebnisse zu Fehlentscheidungen durch Kommunikationsfehler im Stand der Forschung vor Augen hält. Der Inhalt der vorliegenden Arbeit kann einen Beitrag für die Entwicklung eines Kommunikationscurriculums während der Facharztweiterbildung leisten.

5.3.4 Patientenzufriedenheit

Auch die fehlende Veränderung der Patientenzufriedenheit wirft Fragen für zukünftige Schulungen auf. Könnte man z. B. die Effektivität von Kommunikationstrainings noch mehr erhöhen, wenn zusätzlich zur Bedarfsanalyse eine Organisationsanalyse der Stationen vorab durchführt würde? Eine Organisationsanalyse mit der Fragestellung, ob es kritische Situationen im Stationsalltag gibt, die die Kommunikation erschweren, das Arbeitspensum größer machen oder Arbeit verdoppeln durch z. B. Absprachefehler. Eine andere Frage, die sich stellt, ist: Müsste es Trainingseinheiten geben, die interprofessionell durchgeführt werden? Dabei könnten Themen besprochen werden wie Teamkommunikation, Aufgaben- und Rollenerwartung, oder interprofessionell kritische Interaktionssituationen. Diese Frage lässt sich besonders für im Krankenhaus tätige Ärzte klar mit ja beantworten. Die interprofessionelle Kommunikation nimmt besonders in den letzten Jahren an Bedeutung zu. In einem Review Artikel

von Reeves & Kollegen (2013) wird deutlich, dass die wissenschaftlichen Studien zum Thema interprofessionelle Kommunikation zunehmen. Die Studien zeigen eine Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation bezogen auf Patienten, wie z. B. bei der Behandlung von Diabetes, der Patientenzufriedenheit, der Arbeit in der Notaufnahme oder der Reduzierung von klinischen Fehlern. Jedoch vergleichen die Studien im Moment nur „interprofessionelles Kommunikationstraining“ vs. „kein Training“. Es können noch keine Aussagen gemacht werden, ob interprofessionelle Training effektiver sind als professionsspezifische Trainings.

5.4 Fazit

In der Untersuchung gelang es, ein theoriebasiertes, zielgruppenspezifisches und praktisches Training mit internistisch tätigen Ärzten zu entwickeln und durchzuführen. Bislang gab es keine derartigen Studien für Ärzte aus dem Bereich der Inneren Medizin, die im Krankenhaus tätig sind. Damit hat das Training einen signifikanten Neuwert. Es wurde mit den aktuellen didaktischen Methoden umgesetzt. Der Transfer in den Alltag gelang. Das wissenschaftliche Evaluationsdesign deckte sowohl subjektive als auch objektive Methoden ab. Aufgrund der kleinen begrenzten Stichprobe war es schwieriger, signifikante Ergebnisse zu erhalten, was jedoch gelang. Zudem handelt es sich um eine vollständige Stichprobe, daher ist die Qualität des Studiendesigns besonders hoch. Das Hauptergebnis – die Verbesserung der Gesprächsstrukturierung – konnte sowohl im subjektiven Lernzuwachs und in der subjektiven Kompetenzeinschätzung als auch durch die objektiven Messungen im OSCE und in den realen Arzt-Patienten-Gesprächen festgestellt werden. Für zukünftige Trainings muss inhaltlich nicht viel verändert werden. Jedoch sollte die Trainingsdauer kürzer, aber häufiger sein. Es kann ebenfalls überlegt werden, das Thema interprofessionelle Kommunikation in ein Curriculum aufzunehmen, besonders für ärztliche Kollegen im Krankenhaus, wo eine effektive Kommunikation zwischen den Professionen besonders wichtig ist.

6 Zusammenfassung

Auch im heutigen hochtechnisierten medizinischen Alltag ist die Kommunikation zwischen Arzt und Patient einer der wichtigsten Bestandteile für das Gelingen diagnostischer und therapeutischer Prozesse – oft wird sie sogar als die zentrale Komponente angesehen. Zahlreiche Studien haben immer wieder gezeigt, welchen positiven Einfluss eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation auf subjektive und objektive Faktoren im medizinischen Kontext hat. Umgekehrt gilt auch, dass misslungene Arzt-Patienten-Kommunikationen sowohl die Diagnostik als auch die Therapie empfindlich behindern und zu folgenschweren Fehlern führen können.

Hinzukommt die entscheidende Tatsache, dass Patienten sich eine am Patienten zentrierte Kommunikation wünschen. Die Mehrzahl der Patienten möchte Therapieentscheidungen nachvollziehen können und in den Entscheidungsprozess aktiv einbezogen werden. Die Schwierigkeiten ergeben sich aber in der praktischen Umsetzung, da die notwendigen Kommunikationstechniken zum damaligen Zeitpunkt weder üblicher Bestandteil der Facharztausbildung noch der CME-Qualifizierung sind, so dass sie, wenn überhaupt, im Studium nachrangig behandelt wurden.

Gute Kommunikation ist aber erlernbar. Ziel dieser Arbeit war es daher, ein qualitativ hochwertiges, theoriebasiertes und zielgruppenspezifisches Kommunikations- und Interaktionstraining für internistisch tätige Ärzte in einem Krankenhaus zu entwickeln, anschließend praktisch durchzuführen und den Erfolg wissenschaftlich zu evaluieren. Das Training war eingebettet in ein Kooperationsprojekt zwischen der Universitätsklinik Heidelberg mit der AOK und dem SLK Klinikum Heilbronn. Bei der Untersuchung handelte es sich um eine randomisiert kontrollierte Studie im Wartekontrollgruppendesign. Die Curriculumsentwicklung erfolgte theoriebasiert anhand der drei Phasen nach McLean und Kollegen, welche die Phase der Planung, Implementierung und Evaluation methodisch klar vorgeben.

Die praktische Umsetzung dieser Curriculumsentwicklung erfolgte im Rahmen der vorliegenden Arbeit wie folgt:

1. **Planungsphase:** Die Inhalte und die didaktischen Methoden des Trainings wurden entwickelt und festgelegt. Hierfür erfolgte sowohl ein ausführliches Literaturstudium als auch eine Bedarfsanalyse mit Hilfe von Fokusgruppen, um typische, kritische Kommunikations- und Interaktionssituationen der internistisch tätigen Ärzte eines Allgemeinkrankenhauses zu erfassen. Ziel war es,

die Effektivität des Trainings bzw. den Transfer in den Alltag zu erhöhen. Als inhaltliche Theorie des Trainings wurde sich auf die patientenzentrierte Kommunikation bezogen.

2. **Implementierungsphase:** Der didaktische Aufbau des Trainings wurde festgelegt. Ziele waren sowohl die theoretische Informationsvermittlung als auch praktische Übungen. Das entwickelte Trainingsprogramm bestand aus drei Präsenztagen und einer Visitensupervision im Stationsalltag der teilnehmenden Ärzte. Trainiert wurde durch ein Team aus Ärzten und Psychologen, die alle erfahrene Kommunikationstrainer waren.
3. **Evaluationsphase:** Hierfür wurde sich für das vierstufige Evaluationsmodell von Kirkpatrick entschieden und sowohl objektive als auch subjektive Evaluationsmethoden eingesetzt.

Im Unterschied zu den meisten anderen klinischen Studien konnte mit einer vollständigen Stichprobe gearbeitet werden, da alle 42 im Krankenhaus tätigen Internisten an der Studie verpflichtend teilnahmen.

Wesentliche Erkenntnisse aus der vorliegenden Studie sind:

- Als schwierigste Kommunikationssituationen empfinden die Ärzte das Überbringen schlechter Nachrichten, das Aufeinandertreffen sprachlich-kultureller Unterschiede sowie die Betreuung von Patienten mit psychischen Störungen auf internistischen Stationen. Deshalb wurden solche Situationen als inhaltlicher Schwerpunkt des Trainings ausgewählt.
- Das entwickelte Trainingsprogramm hat einen statistisch hochsignifikanten positiven Effekt. Dies wurde durch eine verblindete Beurteilerin gemessen, die im Prüfungsparcour mittels zweier spezifischer Checklisten - der Calgary Cambridge Observation Checkliste und einer OSCE-spezifischen Checkliste – die Effektivität überprüfte. Es zeigte sich, dass sich die Gesprächsstrukturierung der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant verbesserte.
- Die subjektive Kompetenzeinschätzung der Ärzte der Interventionsgruppe verbesserte sich nach dem Training signifikant ($p=0,007$). Die Kontrollgruppe veränderte sich nicht.

Die Akzeptanz des entwickelten Curriculums war hoch: die Teilnehmenden bewerteten die Schulung, trotz der hohen Arbeitsbelastung und der Pflichtteilnahme mit einer Schulnote von 1,5 als sehr positiv. Besonders positiv wurde von den Teilnehmenden die Rollenspiele mit Simulationspatienten bewertet und das daran anschließende Feedback, das sie erhielten. Der Wunsch nach kontinuierlicher Fortbildung wurde

mehrfach deutlich formuliert. Das in der vorliegenden Arbeit entwickelte Curriculum kann daher auch für zukünftige Trainings als Basis dienen, da es signifikant positive Lerneffekte zeigt und von den Betroffenen gut angenommen wird.

In der Forschungsliteratur findet man bisher keine Studien, die ein vergleichbares Training für im Krankenhaus tätige Internisten durchgeführt und evaluiert haben. Die vorliegende Arbeit möchte einen Beitrag zum Schließen dieser Lücke leisten. Da es sich um ein typisches Krankenhaus und eine vollständige Stichprobe handelt, ist die Aussagekraft sehr hoch und übertragbar. Das Trainingsprogramm könnte daher als Grundlage für ein zukünftiges Mustercurriculum in der medizinischen Fort- und Weiterbildung verwendet werden.

7 Literatur

- Aiarzaguena JM, Grandes G, Gaminde I, Salazari A, Sanchez A, Arino J (2007). *A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms*. *Psychological Medicine* 37: 283 – 294.
- A-Latif A (1992). *An examination of the examinations: the reliability of the objective structured clinical examination and clinical examination*. *Med Teach*;14(2-3):179 – 83.
- Amiel GE, Ungar L, Alperin M et al. (2005). *Ability of primary care physicians to break bad news: A performance based assessment of an educational intervention*. *Patient Educ Couns*; 60: 10 – 15.
- Aspegren K (1999) *BEME guide no. 2: Teaching and learning communication skills in medicine—a review with quality grading of articles*. *Medical Teacher*; 21: 563 – 570.
- Association of American Medical Colleges (AAMC). *Curriculum directory*. 27th ed. Washington D.C.: Association of American Medical Colleges; 1998 – 1999.
- Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, Gooley TA, Tulskey JA (2007). *Efficacy of Communication Skills Training for Giving Bad news and Discussing Transitions to Palliative Care*. *Arch Intern Med* 167: 453 – 460.
- Baig LA, Violato C, Crutcher RA (2009) *Assessing Clinical Communication Skills in Physicians: are the Skills Context Specific or Generalizable*. *BMC Med Educ* 9: 1472 – 6920.
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP (2000). *SPIKES-A six step Protocol for Delivering Bad News: application to the Patient with cancer*. *The Oncologist* 5: 302 – 311.
- Barbour R (2005) *making sense of focus groups*. *Medical Education* 2005; 39: 742 – 750.
- Barrow HS (1993). *An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills*. *AAMC. Acad Med*; 68 (6):443 – 451; discussion 451 – 453.
- Becker A, Kochen M (2001) *Möglichkeiten und Grenzen der EBM*. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 77: 296 – 299.
- Beckmann H B, Frankel R M. *The effect of physician behavior on the collection of data*. *Ann Intern Med*. 1984; 101 692 – 696.

- Bensing, J. (2000). *Bridging the gap: the separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine*, Patient Education and Counseling, 39(1), 17–25.
- Berkhof, M., van Rijssen, H. J., Schellart, A. J., Anema, J. R., & van der Beek, A. J. (2011). *Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews*. Patient Education and Counseling, 84(2), 152–162.
- Berne E (2001). *Die Transaktionsanalyse in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Bieber C, Ringel N, Eich W (2007). *Partizipative Entscheidungsfindung und ihre Umsetzung im Gesundheitswesen - Vom Patienten gewünscht, von der Politik gefordert*. Der Klinikarzt; 36 (1): 21–26.
- Blake K, Mann KV, Kaufman DM & Kappelmann M (2000). *Learning adolescent psychosocial interviewing using simulated patients*. Acad Med; 75, Suppl. 10: S56–58.
- Blumenstock G, Straub C & Selbmann HK (2001). *Die Tübinger Pilotstudie zur „patientenorientierten Versorgung im Krankenhaus“*. In: Satzinger, W. Trojan, A., Kellermann-Mühlhoff, P. (Hrsg.): *Patientenbefragungen in Krankenhäusern*. St. Augustin: Asgard-Verlag Hippe: 81–83.
- Boiss A, Windover AK, Bokar D, Karafa M, Neuendorf K, Frankel RM, Merlino J, Rothberg MB (2016). *Communication Skills Training for Physicians improves Patient Satisfaction*. Journal of General Internal Medicine; 31 (7): 755–761.
- Bonvincini KA, Perlin MJ, Bylund CL, Carroll G, Rouse RA & Goldstein MG (2009) *Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters*. Patient Education and Counseling 75: 3–10.
- Bortz & Döring (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation* (S. 182). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Bosse HM, Nikendei Ch, Hoffmann K, Kraus B, Huwendik S, Hoffmann GF, Jünger J, Schultz JH (2008). *Kommunikationsschulung mittels „Standardisierter Eltern“ für Ärzte im Fachbereich der Pädiatrie – strukturierte Kompetenzvermittlung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung*, Z.ärztl. Fortbild. Qual.Gesundh.wes. (ZaeFQ) 101, 661–666.
- Brailovsky CA, Grand'Maison P (2000). *Using Evidence to Improve Evaluation: A Comprehensive Psychometric Assessment of a SP-Based OSCE Licensing Examination*. Adv Health Sci Educ Theory Pract; 5(3):207–219.
- Branch WT & Paranjape A (2002). *Feedback and Reflection: Teaching Models for Clinical Settings*. Academic Medicine, 77(12): 1185–1188.

-
- Braun B, Marstedt G (2014) *Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit*. In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R (eds) *Gesundheitsmonitor 2014*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 107–131.
- Briel M, Langewitz W, Tschudi P, Young J, Hugenschmidt C, Bucher HC (2006) *Communication training and antibiotic use in acute respiratory tract infections: A cluster-randomised controlled trial in general practice*. *Swiss Med Weekly*;136: 241–247.
- Brinkman WB, Geraghty SR, Lanphear BP, Khoury JC, Gondalez del Rey JA, Britto MT (2007). *Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism: a randomized controlled trial*. *Arch Pediatr Adolesc*, 161, 44–49.
- Brown JB, Boles M, Mullooly JP, Levinson W (1999). *Effect of Clinician Communication Skills Training on Patient Satisfaction: A Randomized, Controlled Trial*. *Annals of Internal Medicine*; 131 (11): 822-829.
- Brown RF & Byland CL (2008). *Communication Skills Training: Describing a New Conceptual Model*. *Acad Med*; 83: 37–44.
- Buddeberg C & Willi J (1998). *Psychosoziale Medizin*. Springer Lehrbuch.
- Bundesgesetzblatt. 2013 *Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. 02. 2013*. Bundesgesetzblatt (BGBl) Jahrgang 2013 Teil I Nr.9.
- Burdick WP, Escovitz ES (1992). *Use of standardized patients in a freshman emergency medicine course*. *J Emerg Med*; 10 (5): 627–629.
- Butow PN, Brown RF, Cogar S, Tatterall MHN & Dunn SM (2002). *Oncologists reactions to cancer patients verbal cues*. *Psycho Oncology*, 11: 47–58.
- Cegala DJ & Lenzmeier Broz S (2002). *Physician communication skills training: a review of theoretical background, objectives and skills*. *Medical Education*;36:1004–1016.
- Cerilli GJ, Merrick HW & Staren ED (2001). *Objective Structured Clinical Examination technical skills stations correlate more closely with postgraduate year level than do clinical skills station*. *Am Surg*, 67: 323–326.
- Cleland JA, Abe K & Rethans JJ (2009). *The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42*. *Medical Teacher*; 31:477-486.
- Clever SL, Ford DE, Rubenstein LV, Rost KM, Meredith LS, Sherbourne CD, Wang NY, Arbelaez JJ, Cooper LA (2006) *Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression*. *Med Care* 44: 398–405.

- Chen RC, Clark JA, Manola J, Talcott JA (2008). *Treatment ,mismatch‘ in early prostate cancer: do treatment choices take patient quality of life into account?* Cancer 1, 112(1), 61 – 68.
- Chi MTH & Wylie R (2014). *The ICAP Framework: Linking Cognitive Engagement to Active Learning Outcomes*. Educational Psychologist, Vol 49 (4): 219 – 224.
- Christian JG, Bessesen DH, Byers TE, Christian KK, Goldstein MG, et al. (2008) *Clinic-based support to help overweight patients with type 2 diabetes increase physical activity and lose weight*. Archives of Internal Medicine 168: 141 – 146.
- Collins JP & Harden RM (1998). *AMEE Medical Education Guide No. 13: real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations*. Medical Teacher; 20 (6): 508 – 521.
- Cooper LA, Roter DL, Carson KA, Bone LR, Larson SM, Miller ER, Barr MS, Levine DM (2011). *A randomized trial to improve patient-centered care and hypertension control in underserved primary care patients*. Journal of General Internal Medicine 26: 1297 – 1304.
- Cross KP (1981) *Adult as Learners*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Deppermann A. (2007) *Forschungen zur Arzt-Patient-Kommunikation im deutschen Sprachraum*. Health Communication 2(1):51 – 63.
- Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, & Kleijnen J (2001). *Influence of context effects on health outcomes: a systematic review*. The Lancet, 357(9258), 757 – 762.
- Dierks ML, Bitzer E-M, Lerch M, Martin S, Röseler S, Schienkiewitz A, Sieben-eick S, Schwartz F-W. (2001) *Patientensouveränität: der autonome Patient im Mittelpunkt*. Arbeitsbericht / Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg; 195.
- DiMatteo MR & DiNicola DD (1982). *Achieving Patient Compliance. The Psychology of the Medical Practitioner’s Role*. New York, Pergamon Press.
- Dokumentation zum 117. Deutschen Ärztetag*. (2014). Deutsches Ärzteblatt, 111, B928 – B929.
- Doran GT (1981). *There is a S.M.A.R.T. way to write management goals and objectives*. Manage Rev.; 70: 35 – 36.
- Duffy DF, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R and All Participations in the American Academy on Physician and Patient’s Conference on education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills. (2004) *Assessing Competence in Communication and Interpersonal Skills: the Kalamazoo II Report*. Acad Med 79: 495 – 507.
- Dwyer T, Glover Takahashi S, Kennedy Hynes M, Herold J, Wasserstein D,

-
- Nousianinen M, Ferguson P, Wadey V, Mrunaghan ML, Leroux T, Semple J, Hodes B & Ogilvie-Harris D (2014). *How to assess communication, professionalism, collaboration and the other intrinsic CanMEDS roles in orthopedic residents: use of an objective structured clinical examination (OSCE)* Zeitschrift fehlt!!!!
- Egbert LD, Batitt GE & Welch CE (1964). *Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients*, New England Journal of Medicine, 270: 825 – 827.
- Ehlers JP, Kap-Fröhlich S, Mahler C, Scherer T & Huber M (2017). *Auswertung von sechs Übersichtsarbeiten über die Qualität von Evaluationsinstrumenten zur Beurteilung interprofessionaler Lehre im deutschsprachigen Raum*. *GMS Journal of Medical Education*, 34 (3): Doc 36.
- Eide H, Graugaard P, Holgersen K & Finset A (2003). *Physician communication in different phases of a consultation at an oncology outpatient clinic related to patient satisfaction*. *Patient Education and Counseling*, 51: 259 – 266.
- Eide H, Quera V, Graugaard, P & Finset A (2004). *Physician–patient dialogue surrounding patients’ expression of concern: applying sequence analysis to RIAS*. *Social Science & Medicine*, 59: 145 – 155.
- Eisenthal S, Emery R, Lazare A & Udin H (1979). *Adherence and the negotiated approach to parenthood*, *Archives of General Psychiatry*; 36: 393 – 398.
- Epstein RM, Duberstein PR & Fenton JJ (2017). *Effect of a Patient-Centered Communication Intervention on Oncologist-Patient Communication, Quality of Life, and Health Care Utilization in Advanced Cancer The VOICE Randomized Clinical Trial*. *JAMA Oncol.*; 3(1): 92 – 100.
- Evans AW, Aghabeigil B, Leeson R, O’Sullivan C, Eliahoo J (2002) *Are we really as good as we think we are?* *Ann R Coll Surg Engl* 84: 54 – 56.
- Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, Edwards S, Wiedermann BL & Landrigan CP (2008). *Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study*. *BMJ*; 336; 488 – 491.
- Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. (1990). *Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial*. *BMJ*;301:575 – 80.
- Fallowfield L (1992). *The ideal consultation*. *Br J Hosp Med*; 47 (5): 364 – 367.
- Fallowfield LJ, Jenkins V, Farewell V & Solis-Trapala I (2003). *Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up*. *British Journal of Cancer* 89, 1445 – 1449.

- Flaherty JA (1985). *Education and evaluation of interpersonal skills*, in: AG Rezler & A Flaherty (Eds) *The Interpersonal Dimension in Medical Education* (New York, Springer Verlag).
- Fogarty, LA, Curbow BA, Wingard JR, McDonnell K & Somerfield MR (1999). *Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety?* *Journal of Clinical Oncology*, 17(1), 371 – 379.
- Fossili Jensen B, Gulbrandsen P, Dahl FA, Krupat E, Frankel RM & Finset A (2010). *Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: Results of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22153332)*. *Patient Education & Counseling*; 84: 163 – 169.
- Frankel RM, Stein T, Krupat E (2003). *The Four Habits approach to effective clinical communication*.
- Freeman T (2006). „Best practice“ in focus groups research: making sense of different views. *Journal of Advanced Nursing*; 56 (5): 491 – 497.
- Frostholtm L, Fink P, Oernboel E, Christensen KS, Toft T, Olesen F & Weinman J (2005). *The Uncertain Consultation and Patient Satisfaction: The Impact of Patients' Illness Perceptions and a Randomized Controlled Trial on the Training of Physicians' Communication Skills*. *Psychosomatic Medicine*; 67: 897 – 905.
- Geisler, LS.: *Wie kommunizieren Sie mit Ihren Patientinnen?* FRAUENARZT, 44. Jahrgang, Juni 2003, S. 685 – 689
URL: <http://www.linus-geisler.de/art2003/06frauenarzt-kommunikation.html>, Zugang: 06.04.2020.
- Geisler LS (2004). *Das Arzt - Patientgespräch als Instrument der Qualitätssicherung*. In: *Qualitätssicherung in ärztlicher Hand zum Wohle des Patienten*. Series *Das Arzt - Patientgespräch als Instrument der Qualitätssicherung*. Düsseldorf.
- Geissler LS (2008) *Arzt und Patienten - Begegnungen im Gespräch: Wirklichkeit und Wege*. 5. Auflage: pmi Verlag AG, Frankfurt am Main.
- Geoffroy PA, Delyon J, Strullu M, Tran Dinh A, Duboc H, Safran L, Etienne I, Lejoyeux M, Ceccaldi PF, Plaisance P, Peyre H (2020). *Standardized Patients or Conventional Lecture for Teaching Communication Skills to Undergraduate Medical Students: A Randomized Controlled Study*. Vol. 17 (4): pp. 299 – 305.
- Goedhuys J & Rethan JJ (2001). *On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. A validity study*. *Family Practice*, 18 (6), 592 – 596.
- Goldacre M, Lambert I, Evand J & Turner G (2003). *PRHOs' views on whether their experience at medical school prepared them well for their jobs:national questionnaire survey*. *BMJ*, 326: 1011 – 101.

-
- Graham J, Potts HWW, Ramirez AJ (2002). *Stress and Burnout in doctors*. The Lancet; 360.
- Green BL, Saunders PA, Power E, Brailsford PD, Schildert KB, Giller E (2016). *Trauma-Informed Medical Care: Patient Response to a Primary Care Provider Communication Training*. Journal of Loss and Trauma, Vol 21 (2), pp: 147 – 159.
- Griffin SJ, Kinmonth A, Veltman MWM, Gillard S, Grant J & Stewart MA (2004): *Effect on Health-Related Outcomes of Interventions to Alter the Interaction Between Patients and Practitioners: A Systematic Review of Trials*. In: Annals of Family Medicine, 2: 595 – 608.
- Harden, RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. *Assessment of Clinical Competence using Objective Structured Examination*. Brit Med J 1975; 1: 447 – 451.
- Härter M (2004) *Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) – Ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch*. Z Ärztl Fortbild Qual Gesundheitswes 98 :89 – 92.
- Härter M, Loh A & Spies C. (2005). *Initiativen zur stärkeren Beteiligung von Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen*. Aus: M Härter, A Loh & C Spieß (Hrsg.) *Gemeinsam entscheiden - erfolgreich handeln*. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Deutscher Ärzte Verlag: 2005.
- Haynes B, Taylor DW & Sackett DL (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore, London, Johns Hopkins University Press.
- Hodges B, Regehr G, Hanson M & McNaughton N (1999). *Validation of an objective structured clinical examination in psychiatry*. Acad Med. 73: 910 – 912.
- Hodges B, McIlroy JH (2003) *Analytic global OSCE ratings are sensitive to level of training*. Med Educ 37: 1012 – 1016
- Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, Veloski J & Magee M (2001). *The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data Educational and Psychological Measurement*, 61 (2), 349 – 365.
- Hoppe RB (1995). *Standardized (Simulated) Patients and the Medical Interview*. In: Lipkin, Putman, Lazare (eds). *The Medical Interview*, Chapter 33. New York: Springer Verlag.
- Hulsman RL, Ros WJG, Winnubst JAM & Bensing JM (1999). *Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies*. Medical Education; 33: 655 – 668.
- Hulsman RL (2011) *The art of assessment of medical communication skills*. Patient Educ Couns 83: 143 – 144.

- Illing J, Morrow G, Kern C, Burford B, Spencer J, Peile E, Davies C, Baldauf B, Allen ME, Johnson N, Morrison J, Donaldson M, Whitelaw M, Field M (2008). *How prepared are medical graduates to begin practice? A comparison of three diverse UK medical schools. Final report of the GMC Education Committee.* General Medical Council/North Deanery.
- Johnson TJ (1972). *Professions and Power.* Macmillan, London.
- Jünger J & Köllner V (2003): *Integration eines Kommunikationstrainings in die klinische Lehre. Beispiele aus den Reformstudiengängen der Universitäten Heidelberg und Dresden.* Psychother Psych Med, 53: 56 – 64.
- Jünger J, Schäfer S, Roth C, Schellberg D, Friedman Ben-Davis M (2005). *Effects of basic clinical skills training on objective structured clinical examination performance.* Medical Education; 39: 1015 – 1020.
- Jünger J, Schellberg D, Nikendei C. *Subjektive Kompetenzeinschätzung von Studierenden und ihre Leistung im OSCE.* GMS Z Med Ausbild. 2006; 23(3): Doc50. g2p(G20060626.1).
- Jünger J, Köllner V, Fellmer-Drüg E, Ringel N, Kröll K, Weiß C, Gornostayeva M, & Sator M (2014). *Entwicklung eines nationalen, longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation – Status und Ausblick.* Hamburg: Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA).
- Jünger J, Köllner V, von Längere T, Neuwert S, Schultz JH, Fischbeck S, Karger A, Kruse J, Seidner K, Henningsen P, Schiessl C, Ringel N & Fellmer-Drüg E (2016). *Kompetenzbasierter Lernzielkatalog „Ärztliche Gesprächsführung“.* Z Psychosom Med Psychother 62, 5 – 19.
- Kabisch M, Ruckes C, Seibert-Grafe M, Blettner M: *Randomized controlled trials: part 17 of a series on evaluation of scientific publications.* Dtsch Arztebl Int 2011; 108(39): 663 – 668. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0663.
- Kadmon M, Strittmatter-Haubold V, Greifeneder R, Ehlail F, Lammerding-Köppel M (2008). *Das Sandwich-Prinzip – Einführung in Lerner zentrierte Lehr-Lernmethoden in der Medizin.* Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen (ZEFQ); 102: 628 – 633.
- Kaplan SH, Greenfield S & Ware JE (1989). *Assessing the Effects of Physician-Patient Interactions on the Outcomes of Chronic Disease.* Medical Care; 27 (3), Supl.
- Kassirer JP (1983). *Teaching clinical medicine by iterative hypothesis testing,* New England Journal of Medicine; 309: 921 – 923.
- Kelley JM, Todd-Kraft G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. (2014) *The influen-*

-
- ce of the patient-clinician relationship on healthcare outcome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.* PLOS one; 9; 4.
- Kern DE, Thomas PA, Howard DM & Bass EB. (1998). *Curriculum development for medical education: a six-step approach.* The Johns Hopkins university press. Baltimore and London.
- Kiesewetter J, Krohn AC, Angstwurm M & Fischer M (2013). *Evaluiertes Training von Führungskompetenzen in der medizinischen Aus- und Weiterbildung.* GMS Journal for Medical Education, 30 (4): Doc 49.
- King AM, Perkowski-Rogers LC & Pohl HS (1994). *Planning Standardized Patient Programs: Case Development, Patient Training and Costs.* Teaching and Learning in Medicine; 6 (1): 6–14.
- Kirkpatrick DL (1998). *Evaluating training programs: the four levels.* 2nd Aufl. San Francisco: BK Berrett-Koehler.
- Kirkpatrick DL (2006). *Evaluating training programs: the four levels.* 3rd Aufl. San Francisco: BK Berrett-Koehler.
- Kitzinger J (1994). *The methodology of focus groups interviews: the importance of interaction between the research participants.* Sociology of Health and Illness 16, 103–121.
- Klöpfer C, Spieser A & Weis J (2012). *Ist - Analyse der Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in der ärztlichen und pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung.* Nationaler Krebsplan. Handlungsfeld 4, Ziel 12a. Freiburg: Klinik für Tumorbio- logie Freiburg.
- Kluger AN & DeNisi A (1996). *The effects of Feedback Interventions on Performance: A Historical Review, a Meta-Analysis, and a Preliminary Feedback Intervention Theorie.* Psychological Bulletin, 119 (2): 254–284.
- Kneebown R. (2003). *Simulation in surgical training: educational issues and practical implications.* Medical Education, 37: 267–277.
- Krathwohl DR (2002). *A revision of Blooms Taxonomy: An overview.* Theory Pract; 41 (4): 212–218.
- Krupat E, Frankel RM, Stein T & Irish J (2006). *The Four Habit Coding Scheme: Validation of an instrument to assess clinicians communication behavior.* Pateint Education and Counseling; 62 (1): 38–45.
- Kruppa E, Jünger J & Nikendei C (2009). *Einsatz innovativer Lern- und Prüfungs- methoden an den Medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik Deutschland Eine aktuelle Bestandsaufnahme.* Dtsch Med Wochenschr; 134: 371–372.
- Kurtz SM & Silverman JD (1996). *The Calgary-Cambridge Observation Guides:*

- an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes*. Med Educ 30: 83–89. Übersetzt und überarbeitet von Bürmann B, Spang J, Jünger J (2010). *Klinik für Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin*, Universitätsklinikum Heidelberg.
- Kurtz S, Silverman J & Draper J (1998). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. I. ed. Vol. 1. Abingdon, Oxon, UK: Radcliffe Medical Press Ltd., 245 (32–35).
- Kurtz S, Silverman J & Draper J. (2016). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Second Edition. CRC Press, Taylor and Francis.
- Lam TP, Irwin M & Chow LW (2001). *The use of focus groups interviews in Asian medical education evaluative research*. Medical Education, 35(5): 510.
- Langewitz WA, Eich P, Kiss A, Wössmer B (1998). *Improving communication skills - a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine*. Psychosom Med; 60 (3): 268–276.
- Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössmer B (2002). *Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study*. BMJ. 325: 682–683.
- Langewitz W (2011). *Patientenzentrierte Kommunikation*, S.338–347. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiack W (Hrsg.): *Uexküll Psychosomatische Medizin, Theoretische Modelle und klinische Praxis*. 7. Aufl. Urban & Fischer, München.
- Ledema, R. and Manidis, M. (2013) *Patient-clinician communication. An overview over relevant research and policy literatures*. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare and UTS Centre for Health Communication.
- Levetown M (2008) *Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information*. Pediatrics 121: e1441–e1460.
- Liénard A, Merckaert I, Libert Y, Bragard I, Delvaux N, Etienne AM, Marchal S, Meunier J, Reynaert C, Slachmuylder JL & Razavi D (2010). *Transfer of Communication Skills to the Workplace during Clinical Rounds: Impact of a Program for Residents*, Plos one: Vol 5 (8): e12426.
- Linetzky B, Jiang D, Funhell MM, Curtis BH, Polonsky WH (2017). *Exploring the role of the patient-physician relationship on insulin adherence and clinical outcomes in type 2 diabetes: Insights from the MOSAIC study*. Journal of Diabetes: 9 (6): 596–605.
- Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT & Frankel RM (1997). *Physician*

-
- patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons.* Journal of American Medical Association, 277, 553 – 559.
- Little P, Williamson J, Warner G, Gould C, Gantley M & Kinmonth AL (1997). *Open randomised trial of prescribing strategies in managing sore throat.* British Medical Journal, 314, 722 – 727.
- Lloyd-Jones G, Fowell S & Bligh JG (1999). *The use of the nominal group technique as an evaluative tool on medical undergraduate education.* Medical Education, 33(1): 8 – 13.
- Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W. *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ D). Kompletteversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen.* 2. Auflage. Karlsruhe: Pfizer, 2002.
- Maatouk-Bürmann B, Ringel N, Spang J, Weiss C, Möltner A, Riemann U, Langewitz W, Schultz JH, Jünger J (2015). *Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial.* Patient Education and Counseling; 99(1): 117 – 124.
- Mager FR (1965). *Lernziele und programmierter Unterricht.* Weinheim: Beltz.
- Maguire P & Pitceathly C (2002). *Key communication skills and how to acquire them.* British Medical Journal: 325: 697 – 700.
- Makoul G & Schofield T (1999). *Communication teaching and assessment in medical education: and international consensus statement.* Pat Educ Couns 137: 191 – 195.
- Makoul G (2001). *Essential elements of communications in medical encounters: The Kalamazoo Consensus Statement.* Academic Medicine; 76, 390 – 393.
- Mallinger JB, Griggs JJ & Shields CG (2005). *Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information,* Patient Education and Counseling 57, 342 – 349.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP (1986). *Maslach Burnout Inventory: third edition.* Consulting Psychologists Press.
- Mayring P (1983). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* Weinheim: Beltz.
- Mayring P (1989). *Qualitative Inhaltsanalyse.* In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (2. Aufl., S. 187 – 211). Heidelberg: Asanger.
- Mayring P (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- McKinstry B (2000). *Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with*

- video vignettes*. British Medical Journal, 321: 867–871.
- McLean M, Cilliers F & Van Wyk JM (2008). *Faculty development: Yesterday, today and tomorrow*. Medical Teacher; 30(6): 555–584.
- Mead N, Bower P & Hahn M (2002). *The impact of general practitioners' patient-centeredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement*, Social Science & Medicine 55, 283–299.
- Miller GE (1990). *The assessment of clinical skills/competences/performances*. Acad Med, 65: 63–67.
- Moorhead R, Maguire P & Thoo, SL (2004) *Giving Feedback to learners in the practice*. Australian Family Physician, 33(9): 691–694.
- Mueller PS, Barrier PA, Call TG, Duncan AK, Hurley DL, Multari A, Rabatin JT, Li JT (2006). *Views of new internal medicine faculty of their preparedness and competence in physician-patient communication*. BMC Medical Education; 6: 1–7.
- Mumford E, Schesinger HJ & Glass GV (1982). *The effects of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: an analysis of the literature*. American Journal of Psychological Health, 72, 141–151.
- Murphy B, Cockburn J & Murphy M (1992). *Focus groups in health research*. Health Prom J Aust, 2: 37–40.
- Necknig U, Deis N, Sterz J, Jünger J (2019) *Wie erleben urologische Weiterbildungsassistenten das Arzt-Patienten-Gespräch?*. Urologe 58, 781–789.
- Newble D (2004). *Techniques for measuring clinical competence: objective structured clinical examinations*. Med Educ 38: 199–203.
- Nikendei C & Jünger J. (2006) *OSCE - praktische Tipps zur Implementierung einer klinisch-praktischen Prüfung*. GMS Z Med Ausbild; 23(3).
- Nikendei C, Kraus B, Schrauth M, Weyrich P, Zipfel S, Herzog W, & Jünger J (2007). *Integration of role-playing into technical skills training: a randomized controlled trial*. Medical Teacher, 29(9), 956–960.
- Nikendei C, Weyrich P, Jünger J & Schrauth M (2009). *Medical education in Germany*. Medical Teacher; 31: 591–600.
- Nikendei C, Bosse HM, Hoffmann K, Möltner A, Hancke R, Conrad C, Hwendiek S, Hoffmann GF, Herzog W, Jünger J, Schultz JH (2011) *Pat Educ Couns* 82: 94–99).
- Norcini JJ (2003). *Peer assessment of competence*. Medical Education, 37: 539–543.

-
- Ong LM; de Haes JC, Hoos AM & Lammes FB (1995). *Doctor-patient communication a review of the literature*. *So Sci Med*, 40: 903 – 918.
- Ong, LM, Visser, MR, Lammes, FB & de Haes, JC (2000). *Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction*. *Patient Education and Counseling*, 41(2), 145 – 156.
- Ortwein H, Fröhmel A & Burger W (2006). *Einsatz von Simulationspatienten als Lehr-, Lern- und Prüfungsform*. In *Psychother Psych Med*; 56 (23 – 29).
- Perkowski LC (2000) *Standardized Patients*. In: Distlehorst LH, Dunnington GL & Folse JR (eds): *Teaching and Learning in Medical and Surgical Education. Lessons Learned for the 21st century*. Mahwah, NJ 07430, USA: Lawrence Erlbaum Associates, Inc: 217 – 227.
- Peterson MC, Holbrook J, Von Hales D, Smith NL & Staker LV (1992) *Contributions of the history, physical examination and laboratory investigation in making diagnoses*, *Western Journal of Medicine*; 156: 163 – 165.
- Pfeiffer C, Madray H, Ardolino A & Willms J. (1988) *The rise and fall of students' skill in obtaining a medical history*, *Medical Education*, 32, pp. 283 – 288.
- Pfeiffer CA, Kosowicz LY, Holmboe E & Wang Y (2005). *Face to face clinical skills feedback: lessons from the analysis of standardized patients work*. *Teaching and Learning in Medicine*, 17: 254 – 256.
- Picker Report 2016: https://www.bmcevd.de/wp-content/uploads/2016/11/Picker-Report_2016.pdf.
- Powell RA & Single HM (1996). *Focus Groups*. *International Journal of Quality in Health Care*, Vol. 8(5), 499 – 504.
- Proschaska JO & DiClemente CC (1986). *Toward a comprehensive model of change*. In: Miller WR & Heather N (eds.): *Treating addictive behaviours - process of change*. New York: Plenum Press, p. 3 – 27.
- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM (1996). *Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work*. *Lancet*; 347: 724 – 28.
- Ramirez AG & Shepperd J (1988). *The use of focus groups in health research*. *Scand J Primary Care Suppl*, 1: 81 – 90.
- Rao JK, Anderson LA, Inui TS, Frankel RM (2007). *Communication Interventions Make a Difference in Conversation between Physicians and Patients*. *Medical Care*; 45: 340 – 349.
- Ringel N, Maatouk-Bürmann, Fellmer-Drüg, E, Roos M, Herzog W, Nikendei C, Wischmann, T, Weiss C, Eicher C, Engesers P, Schultz J-H, Jünger J (2015a). *Integriertes Peer Teaching klinischer und*

- kommunikativer Kompetenzen. Wie bereiten wir studentische Tutoren darauf vor?* Psychogner Psych Med; 65(08): 288 – 295.
- Ringel N, Mutschler A, Kröll K, Weiss C, Fellmer-Drüg E, Schultz JH, Herzog W, Schäfert R, Jünger J (2015b). *Kommunikative Herausforderungen bei Patienten mit somatoformen Störungen meistern.* Med Welt; 66: 232 – 236.
- Rogers CR, Dorfman E, Nossbusch E (1972). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie: client-centered therapy.* Kindler Verlag.
- Roter DL (1989). *Which facets of communication have strong effects on outcome - a meta analysis.* In *Communicating with Medical Patients (Edited by Stewart MA and Roter DL)*. Sage Publications, Newbury Park, CA.
- Roter DL, Cole KA, Kern DE, Barker LR & Grayson M (1990). *An evaluation of residency training in interviewing skills and the psychosocial domain of medical practice.* Journal of General Internal Medicine; 5: 347 – 354.
- Roter DJ (1991). *The Roter Method of Interaction Process analysis.* RIAS Manual, John Hopkins University, Baltimore.
- Roter DL & Hall LA (1992). *Doctor Talking with Patients, Patients Talking with Doctor.* Auburn House, Westport, CT.
- Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker RL, Cole KA, Roca RP (1995) *Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial.* Arch Intern Med; 155: 1877 – 1884.
- Roze des Ordon, AL, Doig CJ, Couillard P, Lord J (2017). *From Communication Skills to Skillful Communication: A Longitudinal Integrated Curriculum for Critical Care Medicine Fellows.* Academic Medicine, Vol. 92; 4, pp. 501 – 505 (5).
- Schattner P, Schmerling A & Murphy M (1993). *Focus groups: a useful research method in general practice.* Med J Aust, 158: 622 – 625.
- Scheffer S (2009) *Validierung des „Berliner Global Rating“ (BGR) - ein Instrument zur Prüfung kommunikativer Kompetenzen Medizinstudierender im Rahmen klinisch-praktischer Prüfungen (OSCE).* Med. Dissertation, Charité-Universitätsmedizin Berlin.
- Schildmann J & Vollmann J (2001) *Die Ausbildung kommunikativer Fähigkeiten in der Medizin.* Z Palliativmed; 2: 1 – 8.
- Schmid Mast M, Hall JA & Roter DL (2007). *Disentangling physician sex and physician communication style: Their effects on patient satisfaction in a virtual medical visit.* Patient Education and Counseling, 68(1), 16 – 22.

-
- Schön DA (1991). *The Reflective Practitioner*. Aldershot: Arena Books.
- Schomacher J. (2008). *Gütekriterien der visuellen Analogskala zur Schmerzbewertung*. *physioscience*; 4: 125 – 133.
- Schultz J-H, Schönemann J, Lauber H, Nikendei C, Herzog W, Jünger J (2007). *Einsatz von Simulationspatienten im Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinerinnen und Mediziner (Medi-KIT): Bedarfsanalyse - Training - Perspektiven*. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 38 (1): 7 – 23.
- Shue CK, Whitt JK, Daniel L & Shue CB (2016). *promoting conversations between physicians and families about childhood obesity: evaluation of physician communication training within a clinical practice improvement initiative*. *Health Communication*, Vol. 31(4): pp. 408 – 416.
- Silverman J, Kurtz S & Draper J (1998): *Skills for Communicating with Patients*. (2nd) Oxford: Radcliff Medical Press.
- Silverman J, Kurtz S & Draper J (2013): *Skills for Communicating with Patients*. (3rd) Oxford: Radcliff Medical Press.
- Simpson MA (1985). *How to use role play in medical teaching*. *Medical Teacher* 7, 1: 75 – 83.
- Sloane PD, Beck R, Kowlowitz V, Blotzer AM, Wang L, Akins L, White-Chu F & Mitchell CM (2004). *Behavioral coding for evaluation of medical student communication: clarification or obfuscation?* *Academic Medicine*, 79:162 – 170.
- Squier RW (1990). *A model empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner- patients relationship*. *Soc. Sci. Med.* 30, 325.
- Steward MA (1984). *What is a successful doctor-patient interview? A study of interaction and outcome*. *Social Science and Medicine*, 19, 167 – 175.
- Stewart MA. (1996) *Effective physician-patient communication and health outcomes: a review*. *Canadian Medical Association Journal*; 152: 1423 – 1433.
- Stewart D & Shamdasani PN (1990). *Focus Groups: Theory and Practice*. Sage, Newbury Park, CA, USA.
- Street RL, Makoul G, Arora NK & Epstein RM (2009): *How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes*. *Patient Education and Counseling*, 74: 295 – 301.
- Swenson, S. L., Buell, S., Zettler, P., White, M., Ruston, D. C., & Lo, B. (2004). *Patient-centered communication: Do patients really prefer it?* *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1069 – 1079.
- Talbot M (2004). *Good wine may need to mature: a critique of accelerated higher*

- specialist training: evidence from cognitive neuroscience*. Med Educ, 38: 399 – 408.
- The Joint Commission (2013) *Improving America's Hospitals: The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety*. Washington: The Joint Commission.
- Tiuraniemi J, Läärä R, Kyrö,T, Lindeman S (2011). *Medical and psychology students' self-assessed communication skills: A pilot study*. Patient Educ and Couns 83: 152 – 157.
- Trummer UF, Müller UO, Nowak P, Stidl T & Pelikan JM (2006): *Does Physician Patient Communication that Aims at Empowering Patients Improve Clinical Outcome? A Case Study*. In: Patient Education and Counseling, 61(2): 299 – 306.
- van Buren ME & Erskine W (2002). *the 2002 ASTD state of the industry report*. Alexandria VA: American Society of Training and Development.
- Van Dalen J, Barholomeus P, Kerkhofs E, Lulofs R, Van Thiel J, Rethans JJ, Scherp-bier A & Van der Vleuten C (2001). *Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years*. Med Teach, 23 (3), 245 – 251.
- van den Bussche H, Wegscheider K, Zimmermann T Medizinische Fakultäten (2006). *Der Ausbildungserfolg im Vergleich (II)* Deutsches Ärzteblatt; 103 (34 – 35): A2225 – A2228.
- Van de Ridder M, Stokking KM, McGaghie WC & ten Cate OTJ (2008). *What is feedback in clinical education?* Medical Education; 42: 189 – 197.
- Van der Vleuten CPM (2002). *Reliabilität of OSCEs*. University of Maastricht: AMEE conference, 29.08. – 01.09. 2002.
- van Dulmen AM & Holl RA (2000). *Effects of continuing paediatric education in interpersonal communication skills*. Eur J Pediatr, 159: 489-495.
- Veloski J, Boex JR, Grasberger MJ, Evans A & Wolfson DB (2006). *Systematic Review of the Literature on Assessment, Feedback, and Physicians' Clinical Performance: BEME Guide No. 7*, Dundee, Association for Medical Education in Europe.
- Venetis MK, Robinson JD, Turkiewicz K, & Allen M. (2009). *An evidence base for patient-centered cancer care: A meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients*. Patient Education and Counseling, 77(3), 379-383.
- Villalobos M (2015) *Kommunikation und Prognose: Warum tun wir uns so schwer?* In: Kommunikation bei Lungenkrebs. Für Fachleute Für Patienten und Angehörige für eine partizipative Entscheidungsfindung. Hrsg.: Dr. med. Christian Grah. Gesellschaft für Lungengesundheit und Atemschulung Havelhöhe gGmbH. Books on Demand.

-
- Vincent CA Coulter A (2002). *Patient safety: what about the patient?* Quality and Safety in Health Care 11(1): 76 – 80.
- Vu NV & Barrows HS (1994). *Use of Standardized Patients in Clinical Assessment: Recent Developments and Measurement Findings*. In Educational Researcher; 23(3): 23 – 30.
- Waitzkin H (1984). *Doctor -patient communication. Clinical Implications of social scientific research*. Journal of American Medical Associations.; 252: 2441.
- Wass V, Jones R, Van der Vleuten C (2001). *Standardized or real patients to test clinical competence? The long case revisited*. Med Educ; 35: 321 – 25.
- Wehbi N.K., Wani R., Yang Y. Wilson F (2018). *A needs assessment for simulation-based training of emergency medical providers in Nebraska, USA*. Adv Simul 3, 22 (2018). <https://doi.org/10.1186/s41077-018-0081-6>.
- West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, Romanski SA, Henriksen Hellyer JM, Sloan JA, Shanafelt TD (2014). *Intervention to Promote Physician Wellbeing, Job Satisfaction, and Professionalism: A Randomized Clinical Trial*. JAMA Intern Med; 174(4): 527 – 533.
- Zandbelt LC, Smets EA, Oort FJ, Godfried, MH & de Haes HM (2007). *Medical specialists' patient-centered communication and patient-reported outcomes*. Medical Care, 45(4), 330 – 339.
- Zimmermann T, Wegscheider K, van den Bussche H. Medizinische Fakultäten (2006). *Der Ausbildungserfolg im Vergleich (I)* Deutsches Ärzteblatt; 103(25): A1732 – A1738.
- Zolnierok, KB & Dimatteo, MR (2009). *Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis*. Medical Care, 47(8), 826 – 834.

8 Eigenanteil an Datenerhebung und -auswertung und Publikationen der Autorin

Diese Arbeit wurde im Rahmen eines Kooperationsprojekts mit dem Klinikum Heilbronn und der AOK durchgeführt. Im Projekt waren mehrere Doktorandenthemen insgesamt 3 Dissertationsthemen vergeben worden. Dr. med. Susanne Rau (medizinische Doktorandin) hat sich speziell mit Teilen der OSCE Prüfungen beschäftigt. Frau Barbara Bürmann-Maatouk hat sich für ihre Dissertationsarbeit auf die Auswertung der RIAS Ergebnisse fokussiert. Auf diese Ergebnisse bezieht sich ein Teil der Diskussion der von mir vorgelegten Dissertation. Bei den entsprechenden Passagen wurde aber jeweils ein Hinweis eingefügt, dass diese Ergebnisse nicht Teil der vorgelegten Arbeit sind.

Die Ärzterhebung, die Durchführung und Auswertung der Fokusgruppen und die Erstellung der Lernziele wurden vollständig von mir allein durchgeführt.

Das Training wurde gemeinsam in der Projektgruppe entwickelt. Die Auswertung der statistische OSCEs Stationen war zu gleichen Teilen von Frau Rau und mir durchgeführt worden.

Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden in folgenden Manuskripten vorab publiziert:

Maatouk-Bürmann B, **Ringel N**, Spang J, Weiss C, Möltner A, Riemann U, Langewitz W, Schultz JH, Jünger J (2015). *Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial*. Patient Education and Counseling; 99(1): 117-124.

weitere Publikationen der Autorin sind:

Ringel N, Maatouk-Bürmann, Fellmer-Drüg, E, Roos M, Herzog W, Nikendei C, Wischmann, T, Weiss C, Eicher C, Engesers P, Schultz J-H, Jünger J (2015). *Integriertes Peer Teaching klinischer und kommunikativer Kompetenzen. Wie bereiten wir studentische Tutoren darauf vor?* Psychogner Psych Med; 65 (08): 288-295.

Ringel N, Mutschler A, Kröll K, Weiss C, Fellmer-Drüg E, Schultz JH, Herzog W, Schäfer R, Jünger J (2015). *Kommunikative Herausforderungen bei Patienten mit somatoformen Störungen meistern*. Med Welt; 66: 232-236.

Jünger J, Bürmann B, **Ringel N**, Riemann U, Langewitz W, Schultz JH & Spang J (2011). *Optimierung der Gesprächsstruktur und Erhöhung der Patientenzentriertheit durch ein Kommunikationstraining für Ärzte der Inneren Medizin*. *Psychother Psych Med*; 61- A037.

Jünger J, Köllner V, von Längere T, Neuwert S, Schultz JH, Fischbeck S, Karger A, Kruse J, Seidner K, Henningsen P, Schiessl C, **Ringel N** & Fellmer-Drüg E (2016). *Kompetenzbasierter Lernzielkatalog „Ärztliche Gesprächsführung“*. *Z Psychosom Med Psychother* 62, 5-19.

Bieber C, Nicolai J, Hartmann M, Blumenstiel K, **Ringel N**, Schneider A, Härter M, Eich W, Loh A (2009). *Training physicians in shared decision making - Who can be reached and what is achieved?* *Patienten Education and Counseling*, 77: 48-54.

Bieber C, **Ringel N**, Eich W (2007). *Partizipative Entscheidungsfindung und ihre Umsetzung im Gesundheitswesen - Vom Patienten gewünscht, von der Politik gefordert*. *Der Klinikarzt*; 36 (1): 21-26.

Petzold I, **Ringel N** & Thomas A (2005). *Beruflich in Japan: Ein Trainingsprogramm für deutsche Fach- und Führungskräfte*. Vandenhoeck & Rupprecht.

9 Anhang A–N

Anhang A: Überblick über bestehende Probleme in der Arzt-Patienten-Kommunikation

Beziehung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestörtes Vertrauensverhältnis (Goedhuys & Rethan, 2001). ▪ Auf emotionale Äußerungen wenig eingegangen (Maguire & Piceathly, 2002)
Informationsaustausch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenwunsch nach Informationen ist hoch, aber nur in 30% der Fälle durch die Ärzte erfüllt (Diercks et al., 2001) ▪ Patienten werden zu früh unterbrochen (Beckman & Frankel, 1984; Buddeberg, 1998) ▪ Mangel an Strukturierung im Gespräch (Buddeberg, 1998) ▪ Einschränkung der Patientenschilderung durch suggestive und geschlossene Fragen (Buddeberg, 1998) ▪ Informationsvermittlung (Diagnose- und Therapievermittlung) unverständlich (Buddeberg, 1998) ▪ 50% der Beschwerden kommen nicht zur Sprache (Maguire & Piceathly, 2002) ▪ wenig Informationsaustausch über die Bedeutung der Erkrankung, Emotionen, Folgen etc. (Maguire & Piceathly, 2002) ▪ in 50% der Konsultationen ist man sich nicht einig über die Diagnose (Buddeberg, 1998) ▪ Informationswunsch der Patienten wird unterschätzt (Braun & Marstedt, 2014) ▪ unzureichendes Krankheitsverständnis (Mallinger et al., 2005)
Therapie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problem der Non-Compliance (Linetzky et al., 2017, Goedhuys & Rethan, 2001; Haynes, Taylor & Sackett, 1979; Di Matteo & Di Nicola; 1982). ▪ Verschreibung ungeeigneter Therapien, Vergabe falscher Diagnosen (Chen et al., 2008)
sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Häufige Arztwechsel auf Grund des fehlenden Vertrauens (Goedhuys & Rethan, 2001) ▪ Entwicklung von Zynismus (Geissler, 2004, 2008) und Burnout bei den Ärzten (Graham et al., 2002) ▪ erhöhte Unzufriedenheit bei Patienten und Ärzten (Ong et al., 2000; Zachariae et al., 2003)

Anhang B: Überblick über die Studien die einen positiven Einfluss von Arzt-Patienten-Kommunikation nachweisen können

Autoren	Jahr	Patienten	Ergebnisparameter
Egbert	1964	Postoperative Schmerzen	Verringerung der Nutzung von Schmerzmitteln
Eisenthal et al.	1979	Verschiedene	Patienten- und Arztzufriedenheit
Mumford et al.	1982	Herzinfarkt	Verringerung der Krankenhausaufenthalte
Steward	1984	Verschiedene	Mehr Kooperationsbereitschaft
Fallowfield	1990	Brustkrebs	Weniger Psychische Belastungen
Little et al.	1997	Halsschmerzen	Verringerung der Behandlungsdauer
Lewinson et al.	1997	Verschiedene	Weniger Kunstfehlerprozesse
Street et al.	1997	Brustkrebs	Höhere Lebensqualität
Forgaty et al.	1999	Verschiedene	Weniger Ängstlichkeit
Aiarzaguena et al.	2007	Somatische Beschwerden	Lebensqualität
Christian et al.	2008	Diabetes	Gewichtsverlust
Cooper et al.	2011	Bluthochdruck	Blutdruck
Boiss et al.	2016	Verschiedene	Patientenzufriedenheit, Empathie und Burnout
Epstein et al.	2017	nicht hämatologischer Krebs	Patientenzufriedenheit und Lebenszufriedenheit

Anhang C: Original Instrumente der Checklisten: Berliner Global Rating Skala, OSCE-spezifische Checklisten, Calgary-Cambridge-Observation Guide I

1. Berliner Global Rating Skala

Eingehen auf die Gefühle und Bedürfnisse der Patientin (Empathie):		
Die Studierende ¹ geht durchgehend verständnisvoll auf die (verbalen und nonverbalen) Hinweise und Bedürfnisse der Patientin ein oder sie reagiert angemessen.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Die Studierende geht nicht auf offensichtliche (verbale und nonverbale) Hinweise und Bedürfnisse der Patientin ein oder sie reagiert unangemessen.
Logischer Zusammenhang des Gesprächs (Struktur):		
Das Gespräch ist hervorragend organisiert; das Vorgehen zeigt, dass die Studierende in der Lage ist, das Gespräch zusammenhängend zu gestalten und die Gesprächsführung in der Hand zu behalten.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Das Gespräch ist nicht erkennbar organisiert; das Vorgehen wirkt zusammenhanglos oder die Patientin muss den Verlauf des Gesprächs festlegen.
Verbaler Ausdruck:		
Die Studierende kommuniziert in einer Art und Weise, die es der Patientin leicht macht, sie zu verstehen oder sie kommuniziert angemessen mit der Patientin (z. B. hinsichtlich Wortwahl, Grammatik, Intonation, Lautstärke, Stimmmodulation, Sprechtempo und Aussprache).	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Die Studierende kommuniziert in einer Art und Weise, die es der Patientin erschwert oder unmöglich macht, sie zu verstehen oder sie kommuniziert unangemessen mit der Patientin (z. B. hinsichtlich Wortwahl, Grammatik, Intonation, Lautstärke, Stimmmodulation, Sprechtempo und Aussprache).
Nonverbaler Ausdruck:		
Die Studierende bezieht die Patientin durch nonverbalen Ausdruck durchgängig ein oder motiviert sie zur Gesprächsbeteiligung (z. B. durch Augenkontakt, Mimik, Gestik, Körperhaltung und Einsatz von Pausen).	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Die Studierende schafft es nicht, die Patientin durch nonverbalen Ausdruck einzubeziehen und frustriert sie oder bringt sie gegen sich auf (z. B. durch Augenkontakt, Mimik, Gestik, Körperhaltung und Einsatz von Pausen).

¹ Der besseren Lesbarkeit wegen wird im Text nur die weiblichen Endung genannt. Gemeint sind natürlich immer beide Geschlechter.

2. OSCE-spezifische Checklisten

Gesprächscode:

Coro PTCA - Aufklärungsgespräch

I. Gesprächsstruktur		Global Rating 10 Punkte
	Spezifisch für diese Station:	
● Strukturierende Gesprächsführung und sinnvolle Abfolge der Inhalte	Begrüßung, Einleiten, Agenda, Abschluß mit Zusammenfassung und Rückfragen	
● Titel der Aufklärung und Information zur geplanten Untersuchung	Titel des "Buche"s	
● Kapitelüberschriften	"Inhaltsverzeichnis", was, wie, warum, Risiken	
● Aufgreifen der Überschriften im Gesprächsverlauf		
● Adäquates Unterbrechen und Begrenzen	Raum für Fragen ankündigen, bei Unterbrechungen darauf verweisen	
● Zeitmanagement	alle Inhalte bekommen ausreichend Raum	
● Gelegenheit für Rückfragen geben.	Nach jedem Abschnitt Raum für Fragen geben	
II. Gesprächsführung und Informationsvermittlung		Global Rating 10 Punkte
● Sammlung von Informationen über den aktuellen Wissensstand des Patienten	Was weiß der Patient, z.B. über Indikation und die Untersuchung	
● Mitteilen der Fakten in Abhängigkeit der Patientenbedürfnisse	Detailgrad an Patientenwunsch anpassen, Ablauf und Risiken müssen jedoch genannt werden	
● An den Patienten und das Gespräch angepasste und angemessene Sprache	z.B. CAVE Fremd-/Fachwörter	
● Angemessene Sprachgeschwindigkeit		
● Angemessene Informationsmenge	z.B. nicht unaufgefordert in Detaildarstellungen verlieren	
● Eingehen auf Fragen des Patienten zu Diagnosestellung und Therapieoptionen	hier z.B. zur Indikation	

Gesprächscode:

III. Gesprächsinhalt		Global Rating 05 Punkte
	Spezifisch für diese Station:	
<input type="radio"/> Indikation	Angina Pect. bei Myo. Inf., Diagnose+Progredienz KHK, Intervention, ggfs. OP	
<input type="radio"/> Ablauf der Untersuchungen	Katheteranlage, KM, Rö-Aufnahme, ggfs. Dilatation, Stent	
<input type="radio"/> Komplikationen	z.B. Blutung, Gefäßverletzungen, Apoplex, MI, Nervenirritation, Rhythmusstörungen (Tod), Not-OP	
<input type="radio"/> Alternativen zur Untersuchung	keine adäquaten Alternativen	
<input type="radio"/> Erfragen von Unverträglichkeiten des Patienten	Jod, Medis., Allergien	
<input type="radio"/> Erklären des postinterventionellen Ablaufes	Liegezeit, Katheter ziehen, Kompl. an der Leiste	
IV. Beziehungsregulation		Global Rating 05 Punkte
<input type="radio"/> Zeigen von Einfühlungsvermögen und Wertschätzung		
<input type="radio"/> Angemessener Blickkontakt	nicht nur Kommunikation über den Aufklärungsbogen	
<input type="radio"/> Angemessene nonverbale Beziehungsgestaltung	s.o.	
<input type="radio"/> Achten auf andere emotionale Reaktionen des Patienten	(auch nonverbal): NURSE	
<input type="radio"/> Angehörigen Raum geben für emotionale Reaktionen, Fragen und eigene Gedanken	z.B. Angst vor Risiken	
Gesamt: _____/30 Punkten		

Gesprächscode:

PankreasCA – Konfliktgespräch

I. Gesprächsstruktur		Global Rating 05 Punkte
● Strukturierende Gesprächsführung und sinnvolle Abfolge der Inhalte	Spezifisch für diese Station: Strukturierung des Konfliktgespräches: ● Nicht Gespräch aus der Hand geben ● Deeskalation (CALM, Kontakt herstellen, Gefühle klären) ● Vermittlung der Notwendigkeit einer Operation bei vorliegender Diagnose ● Patient halten (Teilziele, neuer Termin usw.)	
● Themenschwerpunkte und Überleitungen werden im Gespräch markiert und transparent		
● Adäquates Unterbrechen und Begrenzen		
● Zeitmanagement	ggf. Folgetermin anbieten, Ende ankündigen	
● Patienten Gelegenheit für Rückfragen geben		
II. Gesprächsführung und Informationsvermittlung		Global Rating 10 Punkte
● Sammlung von Informationen über den aktuellen Wissensstand des Patienten	Hier: Wo steht der Patient, Wissen, aber auch was ist bisher geschehen...	
● An den Patienten und das Gespräch angepasste und angemessene Sprache	Nicht ausfällig werden oder Gleichgültigkeit äußern	
● Anerkennen der Schwierigen Situation (Contact)		
● Benennen/explorieren der Gründe für Agression/Misstrauen (Appoint)	Kränkung? Ängste? Was weiß er?	
● Vermittlung der Fakten: Notwendigkeit einer Operation bei vorliegender Diagnose (Look ahead)	Um was geht es hier: Professionelle Beziehung klären, Ziel: Behandlung des Pat. in Anbetracht der Diagnose	
● Patient halten, Zielorientierung herstellen, Angebote machen (Entscheidung treffen)	Patient halten z.B. durch 2. Gespräch am Folgetag, kleinsten gemeinsamen Nenner finden,	
● Angemessene Sprachgeschwindigkeit		
● Angemessene Informationsmenge	nur die wichtigsten Fakten: Behandlung zwingend notwendig durch OP	
● Eingehen auf Fragen des Patienten über Diagnosedstellung und Therapieoptionen		

Gesprächscode:

III. Gesprächsinhalt		Global rating 05 Punkte
● Indikation der Operation	Spezifisch für diese Station: Diagnose, Dringlichkeit, Benefit	
● Prognose	Lebensbedrohlichkeit benennen	
● Therapiealternativen	Chemo, Schmerztherapie	
● Psychosozialer Status	u.a. Beziehungstatus, Wohnsituation, Unterstützung	
IV. Beziehungsregulation		Global Rating 10 Punkte
● Zeigen von Einfühlungsvermögen und Wertschätzung		
● Angemessener Blickkontakt		
● Angemessene nonverbale Beziehungsgestaltung	auch Begrenzung	
● Adäquater Umgang mit aggressivem/misstrauischem Patienten: Deeskalation	Deeskalation und Anknüpfung an Emotionen in Anlehnung an CALM: Contact: Trotz Abwertung, Angriff Kontakt herstellen, kein Gegenangriff, Anerkennen der schwierigen Situation Appoint: Benennen der Emotion, achten auf Selbstoffenbarung des Patienten, Verstehen der Emotion (z.B. Misstrauen nicht als Aggression, sondern als Sorge anerkennen) NURSE , Emotionen/Ärger aushalten Look ahead: Verdeutlichung der professionellen Beziehung, sachlich, Zielorientierung herstellen, kleinster gemeinsamer Nenner Make a decision: Angebot von Möglichkeiten, klares Herausstellen von Grenzen, Betonen der freien Entscheidung des Patienten, ggf. Zeit anbieten, neuer Termin	
● Achten auf andere emotionale Reaktionen des Patienten	(auch nonverbal): NURSE	
● Patienten Raum geben für andere emotionale Reaktionen, Fragen und Gedanken	z.B. Ärger, Hilflosigkeit, Überforderung	
Gesamt: _____/30 Punkten		

Gesprächscode:

Ewingsarkom – Breaking Bad News

I. Gesprächsstruktur		Global Rating 05 Punkte
● Strukturelle Umsetzung nach dem SPIKES Modell	Spezifisch für diese Station: Setting, Perception, Knowledge, Emotion, Strategy (SP(I)KES) eingehalten	
● Themenschwerpunkte und Überleitungen werden im Gespräch markiert und transparent	z.B. Übergang zu Therapieoptionen, weiteres Procedere etc.	
● Adäquates Unterbrechen und Begrenzen	falls notwendig	
● Zeitmanagement	ggf. Folgetermin anbieten, Ende behutsam ankündigen	
● Patienten Gelegenheit für Rückfragen geben.	z.B. Pausen machen, gezielt danach Fragen	
II. Gesprächsführung und Informationsvermittlung		Global Rating 10 Punkte
● Inhaltliche Umsetzung des SPIKES Modells: ● S: Angemessener Rahmen ● P: Sammlung von Informationen über den aktuellen Wissensstand des Patienten ● I: Mitteilen der Fakten in Abhängigkeit der Patientenbedürfnisse ● K: Mitteilen der Diagnose und Prognose ● E: Explorieren der Emotionalen Reaktion ● S: Anbieten von Unterstützung	z.B. Sitzposition und Nähe/Distanz geklärt klar und eindeutig	
● An den Patienten und das Gespräch angepasste und angemessene Sprache		
● Angemessene Sprachgeschwindigkeit		
● Angemessene Informationsmenge	wieviel kann der Patient noch aufnehmen?	
● Eingehen auf Fragen des Patienten über Diagnosestellung und Therapieoptionen		

Gesprächscode:

III. Gesprächsinhalt		Global Rating 05 Punkte
<input type="radio"/> Diagnose mitteilen	eindeutig	
<input type="radio"/> Bedeutung der Untersuchungsergebnisse	nur noch palliativer Therapieansatz	
<input type="radio"/> Prognose erläutern	keine genauen Zeitangaben, keine Versprechungen	
<input type="radio"/> Behandlungsoptionen besprechen	palliative Chemotherapie, Schmerztherapie	
<input type="radio"/> Psychosozialer Status, Ressourcen		
<input type="radio"/> Klärung, ob gemeinsame Entscheidung möglich ist, was Patientin selbst aktuell wünscht und braucht		
IV. Beziehungsregulation		Global Rating 10 Punkte
<input type="radio"/> Zeigen von Einfühlungsvermögen und Wertschätzung		
<input type="radio"/> Angemessener Blickkontakt		
<input type="radio"/> Angemessene nonverbale Beziehungsgestaltung	z.B. Unterstützung signalisieren, Achten auf gute Nähe/Distanzregulation)	
<input type="radio"/> Adäquater Umgang mit Enttäuschung, Trauer und Ärger der Patientin	Gefühle aushalten, Pausen machen, Unterstützung anbieten, keine Übersprungshandlungen z.B. nicht sofort alle Therapieoptionen aufzählen	
<input type="radio"/> Achten auf andere emotionale Reaktionen des Patienten	(auch nonverbal): NURSE	
<input type="radio"/> Überleitung von technischen Details (Untersuchungen, Durchmesser und Lokalisation der Metastasen) zu emotionaler Befindlichkeit der Patientin		
<input type="radio"/> Patienten Raum geben für emotionale Reaktionen, Fragen und Gedanken	z.B. Hilflosigkeit, Überforderung	
<input type="radio"/> Pause nach Mitteilung der Diagnose, kein direkter Übergang zu Therapieoptionen		
Gesamt: _____/30 Punkten		

Gesprächscode:

Leberzirrhose – Strukturierende Anamnese

I. Gesprächsstruktur		Global Rating 10 Punkte
● Strukturierende Gesprächsführung und sinnvolle Abfolge der Inhalte	Spezifisch für diese Station: Begrüßung, Einleiten, Agenda, Abschluß mit Zusammenfassung und Rückfragen	
● Übergang von offenen zu geschlossenen, klar strukturierten Fragen	Schmerzcharakteristik, vegetative Anamnese, Vorgeschichte	
● Themenschwerpunkte und Überleitungen werden im Gespräch markiert und transparent		
● Adäquates Unterbrechen und Begrenzen	rechtzeitige, freundliche aber bestimmte Unterbrechungen bei Ausschweifungen des Patienten	
● Zeitmanagement		
● Patienten Gelegenheit für Rückfragen geben		
II. Gesprächsführung und Informationsvermittlung		Global Rating 05 Punkte
● Sammlung von Informationen über den aktuellen Wissensstand des Patienten	z.B. Welche Informationen aus dem Gespräch mit dem Kollegen sind vorhanden?	
● Mitteilen der Fakten in Abhängigkeit der Patientenbedürfnisse	Pat. an Eigenverantwortung und Gründe der Konsultation (starke Schmerzen im rechten Oberbauch erinnern)	
● An den Patienten und das Gespräch angepasste und angemessene Sprache	freundlich aber bestimmt, nicht auf kumpelhafte Ebene eingehen	
● Angemessene Sprachgeschwindigkeit		
● Angemessene Informationsmenge	klar wichtige Informationen, keine Details	
● Eingehen auf Fragen des Patienten über Diagnosestellung und Therapieoptionen	wenn themenbezogen und zielführend	

Gesprächscode:

III. Gesprächsinhalt		Global rating 05 Punkte
● Geht auf somatische und psychosoziale Zeichen des Patienten ein	Spezifisch für diese Station: Bauchschmerzen, Husten, Lähmung, Alkoholabusus, Nikotinabusus, Wohnsitz, soz. Situation	
● Aufklärung über weitere Diagnostik	Blutabnahme, Sonographie, körperliche Untersuchung, stationäre Aufnahme	
IV. Beziehungsregulation		Global Rating 10 Punkte
● Zeigen von Einfühlungsvermögen und Wertschätzung	z.B. keine Abwertung aufgrund von Alkohol und Obdachlosigkeit	
● Angemessener Blickkontakt		
● Angemessene nonverbale Beziehungsgestaltung	auch Begrenzung	
● Nähe/Distanz zum Patienten regulieren	kein Du, keine Kumpanei, Übergriffe begrenzen	
● Achten auf emotionale Reaktionen des Patienten	(auch nonverbal): NURSE	
● Patienten Raum geben für emotionale Reaktionen, Fragen und eigene Gedanken		
Gesamt: _____/30 Punkten		

Gesprächscode:

Apoplex nach Coro – Angehörigengespräch

I. Gesprächsstruktur		Spezifisch für diese Station:	Global Rating 05 Punkte
● Strukturierende Gesprächsführung und sinnvolle Abfolge der Inhalte		Begrüßung, Einleiten, Agenda, Abschluß mit Zusammenfassung und Rückfragen	
● Themenschwerpunkte und Überleitungen werden im Gespräch markiert und transparent		z.B. Abgrenzung von dem was passiert ist, von Erläuterung der nächsten Schritte und Optionen	
● Adäquates Unterbrechen und Begrenzen		z.B. dominantere Schwester begrenzen, explizites Einbeziehen der anderen Schwester, Durcheinanderreden vermeiden	
● Zeitmanagement			
● Angehörigen Gelegenheit für Rückfragen geben.			
II. Gesprächsführung und Informationsvermittlung			Global Rating 10 Punkte
● Sammlung von Informationen über den aktuellen Wissensstand der Angehörigen		z.B. Welche Informationen aus dem Gespräch mit dem Kollegen sind vorhanden?	
● Mitteilen der Fakten in Abhängigkeit der Angehörigenbedürfnisse		was passiert ist: sachlich, nicht Kollegen beschuldigen, nicht beschönigen, als seltene aber leider mögliche Komplikation benennen, Notwendigkeit der Untersuchung bestätigen, Bedauern ausdrücken, nächste Schritte, Unterstützung anbieten	
● An die Angehörigen und das Gespräch angepasste und angemessene Sprache			
● Angemessene Sprachgeschwindigkeit			
● Angemessene Informationsmenge			

Gesprächscode:

III. Gesprächsinhalt		Global Rating 05 Punkte
● Spricht Komplikationen an	Lösen eines Thrombus, Emboliefolge	
● Aufklärung über weiteren Verlauf	stat.+ häusl. Reha, KG Programm, psychosoz. Begleitung, Notwendigkeit einer Ernährungssonde	
● Fremdanamnese der sozialen Situation der Patientin	Weite Entfernung zu Angehörigen, wohnt alleine, wie wäre Pflege möglich? etc.	
● Frage nach Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht		
IV. Beziehungsregulation		Global Rating 10 Punkte
● Zeigen von Einfühlungsvermögen und Wertschätzung		
● Angemessener Blickkontakt	Einbeziehung beider Gesprächspartner	
● Angemessene nonverbale Beziehungsgestaltung	Einbeziehung beider Gesprächspartner, kein "Verschanzen" hinter Tisch und Papieren	
● Adäquater Umgang mit dem Ärger der Angehörigen	Benennen, Verstehen, Respektieren, Unterstützen, Explorieren (NURSE), Bedauern ausdrücken, Unterstützung anbieten	
● Achten auf andere emotionale Reaktionen der Angehörigen	(auch nonverbal): NURSE	
● Vermeidung von Rechtfertigungen auf Seiten des Arztes	Kollegen nicht beschuldigen	
● Einbeziehung der beiden Angehörigen in das Gespräch	dominante Schwester begrenzen und zweite Schwester einbeziehen	
● Angehörigen Raum geben für emotionale Reaktionen, Fragen und eigene Gedanken	z.B. Hilflosigkeit, Überforderung	
Gesamt: _____/30 Punkten		

Gesprächscode:

Somatoforme Störung – Vermittlung Krankheitsmodell

I. Gesprächsstruktur		Global Rating 05 Punkte
● Strukturierende Gesprächsführung und sinnvolle Abfolge der Inhalte	Spezifisch für diese Station: Begrüßung, Einleiten, Agenda, Abschluß mit Zusammenfassung und Rückfragen	
● Themenschwerpunkte und Überleitungen werden im Gespräch markiert und transparent		
● Adäquates Unterbrechen und Begrenzen	Raum für Fragen ankündigen, bei Unterbrechungen darauf verweisen	
● Zeitmanagement	alle Inhalte bekommen ausreichend Raum	
● Gelegenheit für Rückfragen geben.	Nach jedem Abschnitt Raum für Fragen geben	
II. Gesprächsführung und Informationsvermittlung		Global Rating 05 Punkte
● Kurze Sammlung von Informationen über den aktuellen Wissensstand des Patienten	Was weiß der Patient, z.B. über Indikation und die Untersuchung	
● Mitteilen der Fakten in Abhängigkeit der Patientenbedürfnisse	Entlastung über die vermeintliche Bedrohlichkeit der Symptome	
● An den Patienten und das Gespräch angepasste und angemessene Sprache	z.B. CAVE Fremd-/Fachwörter	
● Angemessene Sprachgeschwindigkeit		
● Angemessene Informationsmenge	Nicht in Details über Untersuchungsergebnisse verlieren, zur Modellbildung überleiten	
● Eingehen auf Fragen des Patienten zu Diagnosestellung und Therapieoptionen	Fragen ernstnehmen, jedoch nicht weitere somatisch-zentrierte Diagnostik oder Therapie anbieten	

Gesprächscode:

III. Gesprächsinhalt	Spezifisch für diese Station:	Global Rating 10 Punkte
<input type="checkbox"/> Nichtpathologische Befunde erläutern		
<input type="checkbox"/> Notwendigkeit der durchgeführten Untersuchungen zum Ausschluss körperlicher Erkrankungen erläutern		
<input type="checkbox"/> Erläutern, dass weitere körperliche Untersuchungen nicht notwendig sind	Erwähnung des beruhigenden Charakters	
<input type="checkbox"/> Dabei bleiben, dass keine weitere somatische Diagnostik stattfindet		
<input type="checkbox"/> Alternatives subjektives Krankheitsmodell erfragen		
<input type="checkbox"/> Psychosomatisches Krankheitsmodell erläutern	z.B. Stressmodell, Zusammenhang Belastung und Symptome	
<input type="checkbox"/> Vermittlung eines multimodalen Behandlungsansatzes	Stressreduktion, Entspannungstechniken, Psychotherapie	
IV. Beziehungsregulation		Global Rating 10 Punkte
<input type="checkbox"/> Zeigen von Einfühlungsvermögen und Wertschätzung		
<input type="checkbox"/> Subjektive Beschwerden ernst nehmen		
<input type="checkbox"/> Umgang mit Einforderung weiterer somatischer Untersuchungen und Behandlungsalternativen	ernst nehmen, Zusammenfassung und Wiederholung unauffälliger Befunde, klare Begrenzung, Vermeidung von negativ Diagnostik (Wir haben nichts gefunden vs. Ihr Herz schlägt kräftig und gesund)	
<input type="checkbox"/> Angemessener Blickkontakt		
<input type="checkbox"/> Angemessene nonverbale Beziehungsgestaltung		
<input type="checkbox"/> Achten auf andere emotionale Reaktionen des Patienten	(auch nonverbal): NURSE	
<input type="checkbox"/> Angehörigen Raum geben für emotionale Reaktionen, Fragen und eigene Gedanken	z. B. Ärger, Verunsicherung	
Gesamt: _____/30 Punkten		

3. Calgary-Cambridge-Observation Guide I

Calgary-Cambridge Observation Guide I (adapted as an assessment instrument)

Station: _____

Arztcode: _____

Datum: _____

Kommentare	Ja	Ja, aber	Nein
Einleiten der Sitzung			
1. Begrüßt den Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Stellt sich und seine Funktion vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zeigt Respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Identifiziert und bestätigt Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Stimmt den Gesprächsablauf/Agenda ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sammeln von Informationen Exploration der Probleme			
6. Ermutigt Patienten, Verlauf mit eigenen Worten zu erzählen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Geht in angemessener Weise von offenen zu geschlossenen Fragen über	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hört aufmerksam zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Erleichtert dem Patienten verbal und nonverbal zu antworten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Benutzt einfach zu verstehende Fragen und Kommentare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Klärt/verdeutlicht die Aussagen des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ermittelt Rahmendaten zur biographischen und sozialen Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen der Patientenperspektive			
13. Eruiert die Ideen des Patienten bzgl. der Ursache der Krankheit und erkennt diese an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Exploriert die Sorgen des Patienten bzgl. des Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ermutigt zum Ausdruck von Emotionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Greift verbale und nonverbale Hinweise auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturgebung im Gespräch			
17. Fasst am Ende von bestimmten Themenbereichen zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Fährt im Gespräch fort, indem er überleitende Aussagen nutzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sorgt für einen logischen Gesprächsaufbau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Beachtet den zeitlichen Rahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<u>BEZIEHUNGSaufbau</u>			
	21. Zeigt angemessenes nonverbales Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22. Falls mitgeschrieben oder gelesen wird interferiert dieses nicht mit dem Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23. Ist nicht wertend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	24. Zeigt Empathie und unterstützt Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	25. Macht einen sicheren Eindruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>BEENDEN DER SITZUNG</u>			
	26. Ermutigt Patienten, zusätzliche/offene Punkte zu besprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	27. Schließt das Gespräch mit einer kurzen Zusammenfassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	28. Vereinbart das weitere Vorgehen mit dem Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GESAMTEINDRUCK:				
zufriedenstellend <input type="checkbox"/>				
teilweise zufriedenstellend <input type="checkbox"/>				
nicht zufriedenstellend <input type="checkbox"/>				

Anhang D: vollständiger Leitfaden der Focusgruppen

Methode: Diskussion anhand von einer Kartenabfrage

Ablauf:

1. Vorstellen meiner Person (Psychologe, Kommunikations- und Verhaltenstrainer und im AOK Projekt Co-Trainer in den Schulungen)
2. Vorstellen des AOK Projekts:
 - Ziel des AOK Projekts ist die Schulung aller Assistenzärzte zum Thema: Arzt-Patient- Schulung. Es wird eine persönliche Weiterbildung angepasst an ihren Themen, die heute erhoben werden sollen
 - Es ist eine sehr gute Möglichkeit für alle Teilnehmer ihre Arzt-Patient-Kommunikation besonders in schwierigen Situationen zu optimieren.
 - Ablauf:
 - i. Gestartet wird mit einem Needsassessment für die Klinik Heilbronn.
 - ii. Persönliche Curriculumsentwicklung der Schulung das Klinikum Heilbronn resultierend aus den Ergebnissen der Focusgruppe
 - iii. 3d Schulung verteilt über mehrere Tage (wissenschaftlich optimale Länge)
 - iv. zwischen den Schulungen und nach der Schulung personal coaching (Einzelsupervision begleitend auf Station und per Videoanalyse)
 - geleitet werden die Schulungen und das Coaching von Heidelberg und Basel (Prof. Wolf Langewitz – der Arzt-Patient-Kommunikations Experte der Schweiz, sehr erfahren)
 - für die Schulungen sind sie freigestellt, dies wurde mit den Chefärzten und der Klinikverwaltung abgesprochen, diese stehen hinter dem Projekt
3. Ablauf der Focusgruppen präsentieren
 - Folgenden Fragen sollen geklärt werden (siehe nächster Punkt: nennen)
 - Es soll darüber eine freie Diskussion stattfinden, die strukturiert wird durch eine Kartenabfrage
 - Jeder Teilnehmer soll max. 3 Karten für einen Sachverhalt vorstellen wenn möglich mit Fallbeispielen (bzw. Beispielsituationen)
4. Die Focusgruppe soll aufgezeichnet werden, um mir die Auswertung zu erleichtern. Die Daten werden dafür anonym behandelt, ich werde nur die Themen zusammenfassen und kategorisieren
5. Fragen am Flipchart zeigen und Materialien austeilen:

Fragen:

1. Was sind kritische Situationen aus medizinischer Sicht, die beim Aufnahmegespräch, Entlassgespräch und bei der Visite auftreten? (medizinische Schwierigkeiten: z.B. schwierige Fälle)
2. Was sind kritische Situationen aus kommunikativer Sicht, die beim Aufnahmegespräch, Entlassgespräch und bei der Visite auftreten? (kommunikative Schwierigkeiten: schwierige Patienten)

Oder

Was sind kritische Situationen mit ihren Patienten im Aufnahmegespräch, Entlassgespräch und der Visite?

Beurteilen Sie dies einmal aus medizinischer Sicht und einmal aus Kommunikativer Sicht.

Kritische Situationen sind...

- ... Situationen, wo der Gesprächsverlauf nicht so verlief, wie sie es erwartet haben
- ... Situationen, in denen der Patient oder sie selbst ärgerlich wurden
- ... Situationen, die merkwürdig oder unbefriedigend für sie waren

Versuchen Sie solche Situationen möglichst genau zu schildern.

Materialien:

- Videokamera und Stativ
- Moderationskarten
- Pinnwand
- Pins, Klebestreifen
- Marker
- Flipchartpapier
- Laptop

Anhang E: Kategorienbildung der Themen der Fokusgruppen

Vorgang: Aus Mitschriften Paraphrasierungen erstellt und daraus erste Arbeitskategorien gebildet.

Kategorie	Paraphrasierung	Fall
Schuldzuweisungen von Patienten, Rechtfertigungsdruck	Ärzte sind Schuld, dass es Patienten schlechter geht, Arzt hat das Gefühl, er muss sich verteidigen	Patient mit Herzinsuffizienz wird im Krankenhaus schlechter. Der Patient schiebt die Schuld auf die Ärzte. Sie seien Schuld, dass es ihm schlechter gehe. Der Patient sei vorwurfsvoll und man müsse sich als Arzt verteidigen.
	Schuld an der Verschlechterung des Patienten sei die Vorstation	Patientin kam mit schlechter Prognose auf die Station, die Angehörigen gaben der Vorstation die Schuld für die Verschlechterung. Wie kann man den Angehörigen Verständnis überbringen und trotzdem loyal gegenüber den Kollegen sein?
	Schuldzuweisung der Patienten, die Therapie sei schief gelaufen	Schuldzuweisungen der Patienten, die Therapie sei schief gelaufen oder das sie zu spät war, Rechtfertigungsdruck (Thema: Patientenperspektive)
	Anspruchshaltung der Privatpatienten	Privatpatient: Anspruchshaltung, wollen die Untersuchungen sofort, auch wenn es dringendere Fälle gibt, z.B. Patientin mit blauem Fleck, V.a. Thrombose (Z.n. Beinvenntrombose vor 10 Jahren), 45 Jahre, Patientin wollte alle Untersuchungen, die sie im letzten Aufenthalt hatte, auch wenn diese medizinische nicht notwendig waren, Patientin dominierte den gesamten Tagesablauf, obwohl sie keine Priorität hatte, keine Unterstützung von OA und CA

Kategorie	Paraphrasierung	Fall
Warten und Verzögerungen der Untersuchungen	Verzögerung der Untersuchung, Umgang mit Frust der Patienten	Verzögerung der Untersuchungen: wie kann man mit den Frust der Patienten umgehen und gut aushalten, kommt sich selber „doof“ vor, dass es noch nicht gelaufen ist, aber auch Loyalität zu Kollegen
	Problem: Flurbett	Nur Flurbett auf Station vorhanden (kann bis zu 48 Stunden dauern): Wie kann man das kommunizieren?
	Ungeduld bei Patienten	Patient mit thorakalen Schmerzen kommt in die Notambulanz, muss nach der Untersuchung in einem Raum warten, er könne nicht verstehen, dass er warten muss und sei sehr ungeduldig und genervt gewesen, als Arzt muss man trotzdem freundlich bleiben und geduldig sein
	Lange Wartezeiten in der Notfallambulanz vs. schwierige Fälle haben Vorrang	wenn in der Ambulanz viel los ist, vergeht für den Arzt die Zeit ganz schnell, die Patienten sitzen aber sehr lange und sind letztendlich genervt und sauer wegen langer Wartezeiten, Patienten scheinen nicht zu verstehen, dass schwierige Fälle Vorrang haben
	Wartezeiten bei Untersuchungen	Wie kann man Patienten erklären, dass sie zwei Wochen aufs CT warten müssen?
Interkulturelle Unterschiede	Besuchzeiten der Angehörigen einschränken	Türkische Patienten bekommen auf Station oft mindestens 3x am Tag von ihrer großen Familie Besuch, das kann erstens für die Mitpatienten schwierig sein und zweitens für den Arzt, da jeder Angehöriger einzeln auf ihn zukommt, und ein Gespräch möchte. Wie kann man sich gut dabei abgrenzen und, wie kann man dem Besuch freundlich Einhalt gebieten ohne die Kultur zu beleidigen?

Kategorie	Paraphrasierung	Fall
Interkulturelle Unterschiede	Umgang mit Dolmetschenden Angehörigen	Umgang mit Dolmetschenden Sohn: Patient kam mit seinem Sohn in die Notfallambulanz, zur Abklärung eines Symptoms, der Sohn übersetzte das Gesagte vom Arzt, das dauerte ca. 5 min zwischen den beiden Männern, so dass sich der Arzt überflüssig fühlte. Dies geschah immer nach dem der Arzt etwas sagte. Der Arzt war dadurch außen vor.
	Umgang mit Dolmetschenden Angehörigen, Was kommt an beim Patient?	Italienischer Patient: Erstdiagnose eines Bronchialkarzinoms, gedolmetscht über die Töchter, Problem: Töchter erfahren es zuerst, Umgang mit Gefühlen der Töchter, was ist beim Patienten überhaupt angekommen? Was ist von der „behutsamen“ Wortwahl überhaupt angekommen?
	Kulturelle Unterschiede im Umgang mit Symptomen	besonders russische und türkische Patienten, gehen zuerst ins Krankenhaus, da sie keinen Hausarzt haben, auch wegen Problemen, die man mit dem Hausarzt besprechen könnte. Patienten wundern sich dann, das man sie zum hausärztlichen Notdienst schickt, sie haben weiterhin so viele „Wehwehchen“ sind sehr klagsam, Problem des Ernstnehmens
	Umgang mit kulturellen Unterschieden und Schweigepflicht	19 jährige türkische Patientin mit Hepatitis B, kam mit Mutter, war klar, das die Erkrankung durch ungeschützten GV kam, Tochter sagte, sie hatte keinen GV, Problem: Schweigepflicht (Gespräch ohne Mutter), Was sagt man der Mutter?
	Kulturelle Unterschiede	Mentalitätsprobleme mit russ. und türkischen Patienten
	Sprachprobleme erschweren Anamnese	Sprachproblem: türkische Patientin, 65 Jahre, kommt wegen Schwindel, Anamnese nicht richtig durchführbar, da sie kein deutsch spricht.

Kategorie	Paraphrasierung	Fall
Interkulturelle Unterschiede	Sprachprobleme bei der Anamnese	Kommunikationsprobleme mit russischen oder türkischen Patienten, die seit 30 Jahren hier sind, Umgang mit eigenen Frust
Probleme in der Teamkommunikation	Problem in der Kommunikation zwischen Schwestern und Ärzten	86 jährige Frau mit Niereninsuffizienz. Die Schwestern waren der Meinung, dass man menschlich sein sollte und die Frau sterben lassen sollte, der Arzt war nicht dieser Meinung. Die Schwestern waren einzeln in der Schicht immer sehr freundlich. Bei Übergabe als alle versammelt waren, gaben sie ihm verbale Vorwürfe. Wie kann man Konflikte gut besprechen?
	Schwestern erhalten andere Informationen vom Patienten als der Arzt	vor dem Arzt sagt der Patient es gehe ihm gut, bei der Schwester sagt er, er habe Schmerzen) Wie geht man mit der Inkongruenz der Informationen um? Wie kommt man an die „Wahrheit“? Stimmt das Arzt-Patienten Verhältnis nicht?
Überbringen schlechter Nachrichten	„Breaking bad news	„Breaking bad news“, vor allem, wenn es während des ultraschallens entdeckt wird
	Therapie ausgereizt: „Wie können Ihnen nicht mehr helfen?“	Therapie ausgereizt: „Wie können Ihnen nicht mehr helfen?“ (Wie vermittelt man das einem Patienten?“, Beispiel: 81 jähriger Angina Pectoris Patient, der bereits alle Behandlungsoptionen bekam,
	Therapiebeschränkung	Therapiebeschränkung: palliative Behandlung, keine Wiederbelebung, nicht auf Intensivstation: Wie vermittelt man, dass man keine Optionen mehr hat? Wie erklärt man es, ohne das die Patienten denken, dass man sie hängen lässt?
	Therapiebeschränkung	Präfinale oder sehr alte Patienten, man gibt ihnen Infusionen, Flüssigkeit und Ernährung, muss aber den Angehörigen mitteilen, dass eine weitere Therapie dem Patienten nicht hilft. Wie kann man das gut vermitteln?

Kategorie	Paraphrasierung	Fall
Überbringen schlechter Nachrichten	Todesnachricht bzw. Nachricht der Verschlechterung	Angehörigen übermitteln, dass es dem Patienten schlecht geht, bald stirbt oder bereits gestorben ist, wie sagt man es? Wie sagt man es am Telefon (Reaktion schwer einschätzbar)? Wie kann man sicherstellen, dass es den Angehörigen gut geht?
	Obduktion ja/ nein?	Obduktion ja/ nein: Wie bespricht man es mit den Angehörigen auf eine sensible Arzt und Weise? Übermittlung des Todes und Obduktion in einem Gespräch?
	Abwehrmechanismus der Patienten	Patienten mit unheilbarer Erkrankung, verstehen nicht, dass sie sterben werden, Abwehrmechanismus, wie gehe ich damit um?
	„Wie ist meine Prognose?“	„Wie ist meine Prognose?“ Wie kann man es gut kommunizieren? (nur Prozentzahlen oder mehr?)
	„Wie ist meine Prognose?“	Prognosevermittlung: „Wie lange habe ich noch?“ Was soll man inhaltlich sagen?
	Obduktion ja/ nein:	Obduktion ja/ nein: Wie bespricht man es mit den Angehörigen auf eine sensible Arzt und Weise? Übermittlung des Todes und Obduktion in einem Gespräch?
	Todesnachricht bzw. Nachricht der Verschlechterung	Angehörigen übermitteln, dass es dem Patienten schlecht geht, bald stirbt oder bereits gestorben ist, wie sagt man es? Wie sagt man es am Telefon (Reaktion schwer einschätzbar)? Wie kann man sicherstellen, dass es den Angehörigen gut geht?
	Angehörigen übermitteln, das eine weitere Therapie nicht hilft	Präfinale oder sehr alte Patienten, man gibt ihnen Infusionen, Flüssigkeit und Ernährung, muss aber den Angehörigen mitteilen, dass eine weitere Therapie dem Patienten nicht hilft. Wie kann man das gut vermitteln?

Kategorie	Paraphrasierung	Fall
Überbringen schlechter Nachrichten	Formular „Verzicht auf Wiederbelebung“	Formular „Verzicht auf Wiederbelebung“: Wird meistens bei Patienten mit schlechter Prognose angesprochen, Wie kann man das Formular besprechen „ohne den Teufel an die Wand zu malen“? Denken Patienten man unterlässt Hilfeleistung? Wie kann es allgemein gut kommuniziert werden? Wie kann man den Unterschied deutlich machen zwischen Therapieeinstellen und nichts tun? Man überbringt eine Nachricht, dass es das Ende sein könnte. Umgang mit eigenen Emotionen und den Emotionen des Patienten/Angehörigen („gucken einen mit großen enttäuschten Augen an“), hinzu kommt Thema Schuld
	Formular „Verzicht auf Wiederbelebung“	Gespräch über lebensverlängernde Maßnahmen führen, besonders schwierig mit jungen onkologischen Patienten, wie kann man so ein Gespräch beginnen, ohne den Patienten zu erschrecken?, Wirkt es so, als wenn die Ärzte nichts mehr machen wollen? (Wollen sie mir nicht helfen?), Was passiert mit der Arzt-Patienten Beziehung?
Psychische Störungen auf einer internistischen Station	Umgang mit Somatisierungspatienten	Psychosomatische Patienten: Patient beharrt auf somatische Beschwerden. Wie kann man gut vermitteln, dass eine psychosomatische Komponente dahintersteht und die Ärzte daher einen Psychiater oder Psychologen hinzuholen. Ärzte befürchten, dass Patienten glauben, man nehme sie nicht ernst, außerdem nerven diese Patienten, da immer wieder ein neues „Wehwehchen“ dazukommt (Beispiel: 36 jähriger Patient, restless leg, Apnoe, Schmerzen: jeden Tag was neues)

Kategorie	Paraphrasierung	Fall
Psychische Störungen auf einer internistischen Station	Patienten mit Psychose, gegen seinen Willen Medikamente geben	Patienten mit Psychose: nicht ansprechbar und Fixierung, man muss sich manchmal über den Willen des Patienten hinwegsetzen und Medikamente geben (Grenzüberschreitung/Freiheitsberaubung). Mit Kommunikation kommt man in dieser Situation nicht weiter, wie sieht es mit dem Arzt-Patient-Verhältnis aus? Wie erklärt man Angehörigen, dass es notwendig war den Patienten zu fixieren?
	Umgang mit Somatisierungspatienten bei der Entlassung	Psychosomatische Patienten: Beschwerden sind da, man will aber trotzdem entlassen, wie kommuniziert man das ohne den Eindruck von Rausschmiss zu provozieren?
	Umgang mit Somatisierungspatienten (Ursachenerklärung)	Somatoforme Störung (Kopfschmerz, Schwindel alles Mögliche abgeklärt, psychische Probleme): Patienten wollen eine psychische Komponente nicht wahrhaben und fühlen sich dann nicht mehr ernst genommen. Beispiel: Privatpatientin, Lehrerin mit Doppelnamen, hat psychosomatische Behandlung nicht akzeptiert, im Krankenhaus gibt es keine Zeit für „Psychotherapie“. Problem für die Ärzte, da sie nicht richtig auf die Patienten eingehen können
	Umgang mit Somatisierungspatienten (Ursachenerklärung)	Somatisierungspatienten: Erklärung, dass es keine organische Ursache hat, Patienten nerven: sie wollen geheilt werden und immer mehr spezifischere Untersuchungen
	Notaufnahme Alkoholiker:	Notaufnahme Alkoholiker: Angst vor Aggression, aber auch: Angst etwas zu übersehen, da man meist Standarduntersuchung macht, Beispiel: bekannter Alkoholiker wird in der Notaufnahme somnolent abgeladen. Schwestern schimpfen warum er schon wieder da ist. Am nächsten Tag subachnoidale Blutung, Patient verstorben.

Kategorie	Paraphrasierung	Fall
Patient lehnt Therapie ab, gegen Ärztlichen Rat	Patient lehnt Therapie ab, da Patient denkt, Ärzte schneiden nur wegen dem Geld	Situation, das ein Patient die Therapie ablehnt, obwohl sie helfen würde: 65 jähriger Patient, mit einer Tumorerkrankung, einfach strukturiert, hat die eine gewinnbringende OP abgelehnt, weil er der Meinung war, dass die Ärzte nur seinen Bauch aufschneiden wollen, wegen des Geldes. Ärztin fühlte sich angegriffen und im Rechtfertigungsdruck, Patient war bei der Visite aggressiv und hat die Ärztin dauernd unterbrochen, konnte dem Patienten nicht begreiflich machen, das es gut für ihn ist. (Thema: Patientenperspektive einnehmen?)
	Patient möchte die Medikamente nicht nehmen	Visite: 38 jähriger Patient mit Myokardinfarkt, möchte keine Medikamente nehmen, Ärztin erklärt ihm immer wieder, dass es sehr wichtig ist. Wie kann man Problembewusstsein schaffen? Ärztin erklärt jeden Tag das gleiche, es muss doch was angekommen sein?
	Patient will nicht stationär bleiben	Patient muss stationär bleiben, will aber nicht: , müssen dann gegen den ärztlichen Rat unterschreiben, Beispiel: junger Asthmapatient, muss in der Klinik bleiben, obwohl er weiß, wie er damit umgehen muss, rechtliche Absicherung
	Patienten wollen gegen ärztlichen Rat gehen	Patienten wollen gegen ärztlichen Rat gehen: Arzt hat das Gefühl die Verantwortung zu haben, auch wenn er geht. Er muss den Patienten daher richtig aufklären, warum er bleiben muss. Arzt: „Wenn er dann trotzdem geht, habe ich es ihm nicht richtig erklärt.“

Kategorie	Paraphrasierung	Fall
Patient lehnt Therapie ab, gegen Ärztlichen Rat	Angehörige wollen keine Therapie des Patienten gegen ärztlichen Rat	Fall: 50 jähriger Patient mit Hirnblutung, Angehörige wollten keine Therapie mehr, nach medizinischer Sichtweise, konnte man zu diesem Zeitpunkt aber noch nicht abschätzen, wie sich der Patient entwickeln wird, in der Situation keine Unterstützung vom OA, Gefühl allein gelassen zu sein mit der Situation
Ältere Patienten	Schwerhörigkeit	Schwerhörigkeit: wie kann man ein Gespräch führen ohne die anderen zu stören und alle Inhalte vermittelt werden
	Untersuchung von Demenzerkrankung	Untersuchung bei Demenzkranken (oder auch nach Schlaganfall, Apoplex, Hemiparese) wird als sehr schwierig empfunden, das diese oft nicht ruhig liegen können und sich ständig bewegen, Beispiel: Demenzkranker liegt bei Duplex Carotiden nicht still, bewegt sich ständig, Untersuchung kaum durchführbar, jedoch schlechtes Gewissen, wenn nicht alles untersucht wurde
	Sterbewünsche von Patienten	Wenn ein Patient Sterbewünsche hat, muss man ihm erklären, dass man das nicht darf. Letztendlich hat man aber nicht genügend Zeit, um mit ihm zu sprechen und eine andere Perspektive aufzuzeigen
	Patienten ohne Grund im KH	Patienten die ohne Grund im KH sind, Frust bei Ärzten, z.B. 96 jährige Frau mit Synkopen, die Behandlung hat letztendlich keine Konsequenz frist aber Kapazitäten
	Patienten müssen ins Heim	Es fällt schwer zu sagen, dass ein Patient ins Heim muss. Beispiel: 84 jährige Frau, zu Hause gestützt, trotzdem eher soziale Indikation, Patientin kommt aus Kiel, Tochter aus Heilbronn hat sie noch Heilbronn gebracht, wohnt in eigener Wohnung in der Nähe der Tochter

Kategorie	Paraphrasierung	Fall
Begrenzung von Patienten	Patienten auf den Punkt bringen	Manche Patienten reden sehr ausschweifend, wie kann man sie auf den Punkt bringen in einer netten Arzt und Weise? (Beispiel: Patient erzählt einen die Lebensgeschichte, aber man hat seine Symptome nicht erfahren)
	Patienten wollen nicht gehen	Manche Patienten wollen nicht gehen, z.B. weil niemand zu Hause ist etc, wie kann man damit umgehen, ohne das die Patienten das Gefühl haben rausgeschmissen zu werden
Compliance – Lifestyle Änderung	Lifestyle Änderung bei Diabetes im KH	Fall: Diabetiker, Problem Compliance vermitteln, Einstellung der Medikamente wurde im Krankenhaus geklärt, aber nicht genug Zeit, um für die Therapie zu sensibilisieren und nicht genügend Informationen über den Patienten. Man denkt der Patient hat verstanden, was er zu tun hat, aber ein paar Monate später ist er wieder im Krankenhaus, da der Zucker entgleitet ist, Patientencompliance schwer einschätzbar
	Besprechen von Risikofaktoren	Besprechen von Risikofaktoren, z.B. Rauchen, Patienten machen trotzdem weiter, Thema: Veränderungsmotivation und Compliance, man wiederholt immer wieder, warum es verändert werden soll, aber es passiert nichts (Transaktionales Modell?)
	Lifestyle Änderung im KH	Lifestyle change bei metabolischen Syndrom, COPD, Diabetes: wie? Wie Compliance fördern?, (Strategien für Verhaltensänderung, erste Sensibilisierung im KH, gute Anbindung an Hausarzt)

Kategorie	Paraphrasierung	Fall
???	Kommunikation mit Patienten, die man nicht kennt	Auf Station behandelt man auch notfallmäßig/vertretungsweise Patienten, die man nicht kenn. Wie kann man gut mit ihnen kommunizieren?
???	Umgang mit Unterbrechungen	Umgang mit Unterbrechungen in der Visite, dadurch gehen Informationen verloren
???	Patient weiß nicht, warum er kommen musste	Es gibt Patienten, die wissen nicht warum sie ins Krankenhaus kommen sollen („Der Hausarzt hat mir gesagt ich soll kommen“), Patient versteht dann auch nicht, warum er untersucht werden soll und wird dadurch ärgerlich, man muss erklären, warum, wie, was gemacht wird, Zeitproblem, Notwendigkeit der Untersuchung erklären. Manche Patienten wissen auch nicht am Ende, warum sie da waren

Anhang F: Gesprächsführungsmodelle, die in der Intervention trainiert wurden

Um den theoretischen Hintergrund der patientenzentrierten Kommunikation zu lehren, wurden folgende Gesprächstechniken verwendet.

Gesprächstechniken die zu patientenzentrierter Kommunikation führen können

Ärztliche Grundhaltung: Empathie, Nähe, Distanz

Lernziel:

- Reflektieren über die richtige Dosis an Empathie
- Kennenlernen der Einflussfaktoren auf Empathie.
- Formulieren eines Arzt-Patienten Gespräches als Drehbuch für PJ Studierende aus Sicht des Patienten und des Arztes
- Anwenden der bisher gelernten Gesprächmodelle, wie NURSE und WWSZ um eine patientenzentrierte Kommunikation zu ermöglichen
- Treffen einer Auswahl, welche der formulierten Sätze am typischsten für eine patientenzentrierte Kommunikation sind
- Sammeln von Qualitätsmerkmalen einer patientenzentrierten Kommunikation

theoretischer Input:

Diskussion über die richtige Dosis von Einfühlungsvermögen. Es ist ein wichtiger Lernprozess im Berufsleben des Arztes zu erkennen, was das richtige Maß an Nähe und Distanz zu Patienten ist.

praktische Übung:

Um das richtige Maß an Nähe und Distanz zu üben, wurde den Teilnehmern der Beginn eines medizinischen Zwischenfalls in einem Video präsentiert. Die Teilnehmer sollten überlegen, wie das Gespräch weiter verlaufen müsste, so dass es als professionelles und empathisches Gespräch (patientenzentriert) wahrgenommen wird. Qualitätsmerkmale wurden daraus abgeleitet und gemeinsam am Flipchart gesammelt.

Informationssammlung mithilfe von Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen (WWSZ: Langewitz, 2011)

Lernziel:

Kennenlernen des WWSZ Modells

theoretischer Input:

Kennenlernen des WWSZ Modells.

praktische Übung:

üben der WWSZ Technik in Kleingruppen

Informationsvermittlung: Zeitpunkt, Menge und Strukturierung

Lernziel:

Teilnehmer lernen medizinische Gespräche strukturiert zu gestalten. (*evtl. verändern*)

theoretischer Input:

Die Teilnehmer sollen lernen zu entscheiden, was die richtige Dosis an Information ist, die vermittelt werden soll, damit der Patient keinen Schaden nehmen. Eine andere Frage ist, wann der richtige Zeitpunkt ist, Informationen an den Patienten zu vermitteln, damit soviel wie möglich vom Patienten behalten werden kann. Das Thema Agenda setting mit Hilfe der Buchmethode wurde den Teilnehmern dargestellt. Eine gute Gliederung meiner Information und eine einfache Sprache kann bewirken, dass mehr Informationen beim Patienten behalten werden.

praktische Übung: Zur Sensibilisierung der Teilnehmer bzgl. dieses Problems wurde eine Kleingruppenübung durchgeführt, in der ein Teilnehmer einen Grundriss erklärt, den die anderen aufzeichnen müssen, ohne ihn selbst zu sehen. Anhand dieser Übung wurde erarbeitet, dass Informationen präzise und richtig eingebettet sein müssen. Gleichzeitig wurde deutlich, dass Informationen anders verstanden werden können.

Wahrnehmung und Umgang von Emotionen – das NURSE Modell (Back et al., 2007; Langewitz, 2011):

Lernziel:

Kennenlernen des NURSE Modells zum Umgang und Wahrnehmen von Emotionen

theoretischer Input:

Die Wahrnehmung und der Umgang mit Emotionen ist eines der wichtigsten und schwierigsten Themen in der Interaktion zwischen Arzt und Patient, und oft ein vernachlässigtes Thema. Im Training wurde ein Modell vorgestellt, das für den Umgang mit Emotionen hilfreich ist, das sogenannte NURSE-Modell.

praktische Übung: Anhand von drei Videosequenzen sollten die Teilnehmer die Emotionen des dargestellten Patienten benennen, die im Vordergrund stehen, und diskutieren, woran sie diese erkannt haben und wie sie mit Hilfe des NURSE Modells reagieren würden

Inhaltliche Themen die aus den Fokusgruppen entwickelt wurden

Überbringen schlechter Nachrichten – SPIKES-Modell (Baile et al., 2000):

Lernziel:

Kennenlernen des SPIKES Modells und eigenständig in einem Patientengespräch anwenden

theoretischer Input:

SPIKES ist ein Gesprächsmodell zum Überbringen schlechter Nachrichten mit dem Ziel die medizinischen Fakten mit Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse zu vermitteln, gleichzeitig Unterstützung anzubieten und einen Behandlungsplan zu entwickeln.

praktische Übung:

Rollenspiel mit einer Simulationspatientin, Thema: Mamma Carcinom

Compliancediagnostik:

Lernziel:

Bekanntwerden mit den Gründen für fehlende Compliance und Verständnis über die Phasen des Transtheoretischen Modells zur Compliancediagnostik erhalten

theoretischer Input:

Das Problem der Therapietreue (= Compliance) wurde in einem Kurzreferat besprochen und später in einem Rollenspiel (Beratungsgespräch) umgesetzt. Für die Verbesserung der Compliance und damit an die Situation des Patienten angepasste Beratungsstrategie ist das Transtheoretische Modell von Prochaska & DiClementi (1986) geeignet. Es beschreibt Stadien der Verhaltensveränderung beim Patienten, an die die Beratungsstrategie des Arztes angepasst wird.

Patienten mit somatoformen Störungen/Somatisierungsstörung:

Lernziel:

theoretischer Input: In den Fokusgruppen wurde das Thema „Patienten mit somatoformen Störungen im Krankenhaus“ als schwieriges beschrieben, daher wurde ein Kurzinput zu diesem Thema konzipiert.

praktische Übung:

Durchführung eines Rollenspiel mit Simulationspatient, in dem die Diagnosevermittlung trainiert wurde. Es folgte ein zweites Visitengespräch, in dem mit der Patientin die Entlassung nach Hause besprochen wurde.

Anhang G: Arbeitsblatt Feedbackregeln

Regeln für das Geben von Feedback

Feedback sollte daher immer...

- konstruktiv sein, d.h. Perspektiven für die Zukunft bieten.
- beschreibend sein, d.h. man sollte Bewertungen und Interpretationen außen vor lassen. Außerdem sind Meckern, Schimpfen und Beleidigen unangebracht. Kritik immer sachlich äußern.
- konkret und zeitnah sein. Durch Verallgemeinerungen und pauschale Aussagen weiß der Betreffende nicht, wie er das Problem beseitigen kann. Außerdem ist das Feedback für ihn am einfachsten nachvollziehbar, wenn das Ereignis möglichst konkret und zeitnah beschrieben wird.
- begrenzt sein auf maximal drei beobachtbare Verhaltensaspekte/-ziele.
- subjektiv formuliert sein. Wenn man von seinen eigenen Beobachtungen und Eindrücken spricht und nicht von denen anderer, fällt es dem Beteiligten leichter, das Feedback anzunehmen (Ich-Botschaften).
- nicht nur negativ sein. Man sollte stets daran denken, dass es schwer ist, Kritik „einzustecken“. Daher ist es für den Beteiligten leichter, Verbesserungsvorschläge zu akzeptieren, wenn er merkt, dass man nicht nur „herumkritisieren“ möchte, sondern auch die positiven Seiten sieht. Die Sandwich-Theorie propagiert, negative Kritik zwischen zwei Schichten von positiven Elementen einzubetten.
- authentisch sein, damit der Betreffende es annehmen kann.

Regeln für das Annehmen von Feedback

Der Empfänger befindet sich hier in einer passiven Rolle. Als Empfänger sollte man...

- den anderen ausreden lassen. Man kann nicht wissen, was der andere sagen will, bevor er zu Ende gesprochen hat. Allenfalls könnte man es vermuten.
- sich nicht rechtfertigen oder verteidigen. Es ist wichtig, sich klar zu machen, dass der andere nie beschreiben kann, wie man ist, sondern immer nur, wie man auf ihn wirkt. Diese Wahrnehmung ist aber durch keine Klarstellung revidierbar. Man sollte die Meinung des anderen hinnehmen und - falls man möchte - auch daraus lernen. Verständnisfragen sind natürlich erlaubt.
- dankbar sein für Feedback, auch wenn es nicht in der richtigen Form gegeben wurde. Es hilft, sich selbst und die Wirkung auf andere kennen zu lernen und dadurch sicherer und kompetenter im Auftreten zu werden.

Anhang H: Arbeitsblatt Feedbackleitfaden bei Rollenspielen mit Simulationspatienten

Ablauf des Kleingruppe mit Simulationspatienten

„Arzt“ – Patienten Gespräch (10 Min.)

Das Gespräch wird von einem Teilnehmer mit einem Simulationspatienten (SP) durchgeführt. Notwendige Information werden vorab vom Dozenten gegeben, Fragen geklärt. Die übrigen Teilnehmer nehmen Beobachterrollen ein.

Auswertung (10 Min)

- a) „Der Arzt“ schaut sein Video an. Im Anschluss zieht sich der „Arzt“ zurück und kann den Gesprächsverlauf auf dem Bildschirm nachvollziehen.
- b) Die Gruppe sammelt Feedback. Die restlichen Teilnehmer haben jetzt Zeit, ihre Beobachtungen auszutauschen, einen Teilnehmer als „Feedbackgeber“ auszuwählen und für den „Arzt“ ein strukturiertes und aussagekräftiges Feedback vorzubereiten.

Feedbackrunde(10 Min)

- a) „Arzt“ an sich selbst: Der „Arzt“ führt eine Eigenreflexion durch.
- b) „SP“ an Arzt: Der „Arzt“ bekommt ein Feedback von dem „Simulationspatienten“.
- c) „Feedbackgeber“ an „Arzt“: Der „Arzt“ bekommt ein stellvertretendes Feedback aus der „Gruppe“.

Anhang I: Rollenbeschreibung der Rollenspiele mit Simulationspatienten

Rollenspiel 1: Diagnosemitteilung - Somatisierungsstörung

Situationsbeschreibung:

Es handelt sich um Frau Liebkind, eine 57 jährige Patientin, die vor einer Woche auf die Station Med. II aufgenommen wurde. Sie klagt über ausgeprägte abdominelle Beschwerden unklarer Ursache, die in der Vergangenheit schon mehrfach abgeklärt wurden. Sie leidet sehr unter Ihren Beschwerden und beklagt, dass ihr bis jetzt noch nie richtig geholfen wurde. Inzwischen wurden alle nötigen Untersuchungen durchgeführt. Der Stationsarzt hat sich alle Vorbefunde von einem stationären Aufenthalt (in einer anderen Klinik) vor 3 Monaten besorgt und durchgeschaut. Er kommt zu dem Schluss, dass die somatische Abklärung hinreichend gewesen ist.

Aufgabenstellung:

Der Arzt soll nun im Patientengespräch die Vorbefunde einschätzen und mit der Patientin besprechen. Der Patientin soll daraufhin die Diagnose einer Somatisierungsstörung nahe gebracht werden.

Lernziele:

- Aufbau einer tragfähigen, vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung
- Besonderheiten beim Umgang mit psychosomatischen Patienten mit einer Somatisierungsstörung
- Darlegung von medizinischen Befunden
- Erläuterung des Krankheitskonzeptes einer Somatisierungsstörung

Rollenspiel 2: Beratungsgespräch - Diabetes mellitus Typ II

Situationsbeschreibung:

Herr Beierle ist 63 Jahre alt und ein erfolgreicher Metzgermeister mit mehreren Geschäftsfilialen. Seit seinem Herzinfarkt vor einem Jahr, den er gut überstanden hatte, ist bei ihm ein Diabetes mellitus bekannt. Man hat ihm eine medikamentöse Einstellung mit einem Medikament und eine Ernährungsumstellung sowie Bewegung empfohlen. Während der weiteren hausärztlichen Betreuung gelang es leider nicht, die Blutzuckerwerte auf ein akzeptables Maß zu senken, weshalb jetzt, aufgrund entgleister Blutzuckerwerte, eine stationäre Aufnahme nötig wurde. Herr Beierle ist seit 3 Tagen stationär auf der Station Med. II. Aktuell steht ein Beratungsgespräch durch den Stationsarzt an, um bei Herrn Beierle die Compliance zu erhöhen.

Aufgabenstellung:

Der Arzt sollte Zugang zum Krankheitsverständnis des Patienten finden. Informationen bezüglich seiner Erkrankung geben und mit Hilfe des transtheoretischen Modells feststellen, was der Patient benötigt, um die Therapietreue zu erhöhen.

Lernziele:

- Aufbau einer tragfähigen, vertrauensvollen Arzt-Patientenbeziehung
- Anwendung des transtheoretischen Modells

Rollenspiel 3: Überbringen einer schlechten Nachricht - Mamma Ca

Situationsbeschreibung:

Patientin Karin Sommer 55 Jahre alt (1,70m; 63kg), geschieden, hat eine 23-jährige Tochter, arbeitet als Lehrerin an einem Gymnasium und lebt seit 3 Jahren in einer neuen Partnerschaft. Sie ist seit einer Woche stationär auf der Station Med. III.

Seit ungefähr 4 Wochen hat sie zunehmende Rückenschmerzen bekommen, deshalb ist sie zu ihrem Hausarzt gegangen. Inzwischen hat die Patientin Angst vor einem Rezidiv, bei vorbekanntem Z. n. Mamma-Ca rechts und nachfolgender Chemotherapie vor 3 Jahren. Die ambulante Diagnostik hätte sie aktuell psychisch nicht durchgestanden, weshalb der Hausarzt sie auf ihr Drängen hin stationär eingewiesen hat. Sie ist bis jetzt regelmäßig zur Nachsorge gegangen. Bei der letzten Kontrolle war alles in Ordnung. Die Patientin wartet nun auf das Gespräch mit dem Arzt, um das Ergebnis der Untersuchungen zu erfahren.

Aufgabenstellung:

Überbringen einer schlechten Nachricht: aktuell inoperable Wirbelkörpermetastasen und Empfehlungen für die weitere Behandlung aussprechen.

Lernziele:

- Durchführung des Gesprächs zur Diagnosevermittlung/ Überbringen einer schlechten Nachricht (SPIKES-Modell)
- Vertrauensbasis im Gespräch aufbauen
- Empathische Formulierungen (NURSE-Modell)
- Eingehen auf Kausalattributionen (Ursachenzuschreibungen)
- Empfehlung einer palliativen Chemotherapie
- Prognosestellung

Rollenspiel 4: Überbringen einer Todesnachricht an den Angehörigen - Tod nach Kammerflimmern

Situationsbeschreibung:

Vor 15 Min. wurde die 48 jährige Beate Veit mit Hinterwandinfarkt in die Notaufnahme eingeliefert. Sie war in ihrer Firma zusammengebrochen und sofort mit dem Notarztwagen in die Klinik gebracht worden. Noch in der Notaufnahme kam es zu einem reanimationspflichtigen Kammerflimmern. Trotz Ausschöpfung aller lebensrettenden Maßnahmen verstarb die Patientin sofort. Der Ehemann, der bereits benachrichtigt wurde, dass es seiner Frau sehr schlecht gehe und er sofort in die Klinik kommen sollte, ist auf dem Weg und trifft erst ein, als seine Frau schon tot ist.

Aufgabenstellung:

Der Arzt / die Ärztin hat die Aufgabe, den Ehemann der Verstorbenen über den Tod aufzuklären.

Lernziele:

- Überbringen einer schlechten Nachricht in vorsichtiger, aber deutlicher Form
- Aufbau einer der Situation angepassten Arzt-Angehörigen-Beziehung
- Einfühlsamer Umgang mit unterschiedlich reagierenden Angehörigen, die eine „schlimme Nachricht“ erhalten
- Umgang mit einem Gespräch, dessen Redeanteil eher gering ist
- Umgang mit den eigenen Gefühlen
- Eingehen auf Fragen des/der Angehörigen die Umstände des Todes betreffend
- Anbieten von Hilfsangeboten und Vorschlägen für das weitere Vorgehen
- Adäquates Einleiten des Gesprächsendes mit Übernahme der Gesprächsführung

Rollenspiel 5: Visitengespräch - Patientin mit Somatisierungsstörung (Folgegespräch)

Situationsbeschreibung:

Die 57-jährige Patientin, Frau Liebkind, liegt nun bereits zwei Wochen auf der Station. Sie beklagt sich immer noch über ausgeprägte abdominale Beschwerden unklarer Ursache. Bei den diagnostischen Maßnahmen konnte keine organische Ursache festgestellt werden. Vergangene Woche wurde mit der Patientin bereits die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Störung besprochen.

Aufgabenstellung:

Der Arzt soll nun im Visitengespräch mit der Patientin ihre Entlassung und die weitere Betreuung besprechen.

Lernziele:

- Besonderheiten beim Umgang mit psychosomatischen Patienten mit einer Somatisierungsstörung
- Entlasssituationen mit psychosomatischen Patienten besprechen
- Potentielle Behandlungsmöglichkeiten mit psychosomatischen Patienten besprechen

Rollenspiel 6: Visitengespräch - Patientin mit Mamma CA (Fol- gegespräch)

Situationsbeschreibung:

Sie arbeiten als Internist/Internistin auf der Station Med. III. Die Patientin, Frau Karin Sommer, kennen Sie nicht vom Voraufenthalt. Sie sind seit dem jetzigen stationären Aufenthalt für Sie zuständig. Vor kurzem haben Sie die Patientin über die Ergebnisse der aktuellen Diagnostik aufgeklärt und ihr die palliative Therapie vorgeschlagen. Die Patientin konnte sich darauf einlassen und bekommt aktuell ihre Chemotherapie. Leider leidet sie ziemlich stark unter gastrointestinalen Beschwerden und auch unter Schlafstörungen.

Aufgabenstellung:

Führen eines kurzen Visitengesprächs über die Nebenwirkungen der Chemotherapie. Im gesamten Gesprächsverlauf sollte sich der Arzt in erster Linie an den Bedürfnissen der Patientin orientieren.

Lernziele:

- Gesprächstechniken: WWSZ, Bedürfnisse explorieren, emotionale Inhalte aufnehmen und zulassen
- Umgang mit den Emotionen der Patientin unter Anwendung des NURSE-Modell

Rollenspiel 7: Visitengespräch - Gastroskopie Aufklärung mit ausländischer Patientin und deren Ehemann

Situationsbeschreibung:

Es handelt sich um eine 61-jährige, türkische Patientin, bei der bisher keine wesentlichen Vorerkrankungen bekannt sind. Die Patientin wurde wegen seit einigen Tagen bestehenden Magenschmerzen und Teerstuhl stationär aufgenommen.

Bei der Patientin soll nun ein Aufklärungsgespräch für eine Gastroskopie durchgeführt werden. Leider versteht die Patientin fast kein Deutsch.

Aufgabenstellung:

Mit Hilfe des Ehemannes soll ein Aufklärungsgespräch durchgeführt werden.

Lernziele:

- Aufklärungsgespräch über eine Gastroskopie führen bei einer türkischen Patientin, die fast kein Deutsch versteht
- Aufklärungsgespräch mit Hilfe des Ehemanns führen
- Umgang mit sprachlichen und kulturellen Verständigungsschwierigkeiten

Rollenspiel 8: Visitengespräch - Nachbesprechung mit dem Ehemann der ausländischen Patientin

Situationsbeschreibung:

Der Ehemann einer 61-jährigen Patientin, die sich wegen anhaltenden Magenschmerzen und Teerstuhl in stationärer Behandlung findet, dolmetscht das Aufklärungsgespräch seiner Frau. Da er hinterher noch offene Fragen hat und sich große Sorgen um seine Frau macht, geht er gleich nach dem Gespräch zum Arzt, um noch mal den Sinn der Behandlung nachzufragen. Er will die beste Behandlung für seine Frau und kann dem Arzt nicht wirklich vertrauen. Er denkt, dass die Ärzte erstmal nur Geld verdienen wollen. Der Patient stellt viele Fragen über den Sinn der Behandlung und deren Durchführung. Er kann sehr dominant und eindringlich wirken, wenn der Arzt nicht richtig auf seine Fragen antwortet. Der Arzt ist etwas unter Zeitdruck, da die Visite weitergehen muss.

Aufgabenstellung:

Beantworten Sie die Fragen des Angehörigen. Versuchen Sie Vertrauen bei ihm zu gewinnen. Begrenzen Sie den Ehemann freundlich.

Lernziele:

- Umgang mit „schwierigen“ Angehörigen
- Umgang mit sprachlichen und kulturellen Verständigungsschwierigkeiten
- Umgang mit Zeitdruck
- Begrenzung von Patienten / Angehörigen

Rollenspiel 9: Teamkonflikt während der Visite

Situationsbeschreibung:

Der Arzt ist neu auf der Intensivstation (erst seit 2 Monaten) und bekommt einen Anruf von seiner Kollegin, die ebenfalls neu auf der neurologischen Station ist, dass ein Patient übernommen werden soll. Dem Arzt wird berichtet, dass es sich um einen 72-jährigen Patient handelt, der schon zum 3. Mal einen Apoplex erlitten hat und soeben wieder aufgenommen wurde. Die Angehörigen seien jetzt da und sind entsetzt, dass er sich nicht auf der Intensivstation befindet. Die Stationsärztin berichtet, dass sie schon Rücksprache mit dem Oberarzt gehalten habe und dieser habe gesagt, dass der Patient auf die Intensivstation zur Überwachung sollte, wegen möglicher Atemdepression. Sie bekommen von der neuen Kollegin eine kurze Übergabe. Diese ist relativ ungenau, da auch die Ärztin den Patient erst kurz kannte. Der Pfleger, Herr Rubens, redet dazwischen und fragt, was das solle, dass der Patient auf Intensivstation komme, dies sei doch nicht nötig. Der Arzt geht darauf nicht ein, sondern versorgt den Patienten und gibt dem Pfleger diesbezüglich Anweisungen. Der Pfleger reagiert mürrisch auf die Anweisungen und fragt erneut nach, wieso der Patient denn überhaupt auf Intensivstation behandelt werden müsse. Man kenne ihn doch schon. Der Arzt unterbricht die Diskussion, in dem er dem Pfleger sagt, dass er den Anweisungen folgen soll. Daraufhin geht der Pfleger ohne weitere Reaktion einfach weg.

Kurz vor der Visite treffen sich Arzt und Pfleger erneut. Dieser ist noch immer sehr angespannt und ärgerlich.

Aufgabenstellung:

Der Arzt soll den Pfleger auf seine Verärgerung ansprechen und nach dem Problem fragen. Es soll ein konstruktives Gespräch geführt werden und trotz der kurzen Zeit eine Lösung des Problems erarbeitet werden.

Lernziele:

- Anstreben einer angenehmen Teamatmosphäre unter großem Zeitdruck
- Führen eines konstruktiven Gesprächs mit einer Pflegekraft kurz vor dem Visitingespräch
- Eine lösungsorientiertes Gespräch durchführen bzw. ggf. das Gespräch auf einen anderen Zeitpunkt vertagen.

Anhang J: Akzeptanzfragebogen (original)

Evaluation Kommunikationstraining APKIT (03./04.04./08.05.09)

Geschlecht: w m

Datum:

Gruppe: Kontrollgruppe

Liebe Teilnehmerinnen und –teilnehmer, zur Evaluation des Kommunikationstrainings bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Ihre Daten werden selbstverständlich anonym ausgewertet. Vielen Dank. Ihr APKIT-Team

Erhebung der Vorerfahrungen

	Ja	Nein
1 Haben Sie im Vorfeld schon an Seminaren, Workshops oder Trainingseinheiten zu dem Thema Arzt-Patienten-Kommunikation teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welcher Art sind ihre Vorerfahrungen (Inhalt/Umfang)?		

Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen zum Kommunikationstraining.

	Trifft voll zu			Trifft gar nicht zu	
2 Die Betreuung durch die Dozenten während des Trainings war gut.	<input type="checkbox"/>				
3 Die Dozenten waren fachlich kompetent.	<input type="checkbox"/>				
4 Die Dozenten gingen auf Fragen und Diskussionen der Teilnehmer ein.	<input type="checkbox"/>				
5 Das Gesamtkonzept des Trainings war klar.	<input type="checkbox"/>				
6 Der Wechsel zwischen Theorie und Praxis war gelungen.	<input type="checkbox"/>				
7 Die Praktischen Übungen mit Simulationspatienten fand ich hilfreich.	<input type="checkbox"/>				
8 Das Training war gut organisiert.	<input type="checkbox"/>				
9 Ich fühle mich durch das Training auf die Gespräche mit meinen Patienten besser vorbereitet.	<input type="checkbox"/>				
10 Der zeitliche Umfang des Trainings war genau richtig.	<input type="checkbox"/>				
11 Ich habe das Training als zu lang empfunden.	<input type="checkbox"/>				
12 Ich hätte mir mehr Zeit für das Training gewünscht.	<input type="checkbox"/>				
13 Der Besuch des Trainings hat sich gelohnt.	<input type="checkbox"/>				
14 Ich bewerte das Training mit einer Note von:	1	2	3	4	5

1. Abschnitt Kommunikationstraining am 03./04.04.09 in Heidelberg**Wie viel haben Sie in folgenden Bereichen gelernt? (praktisch & theoretisch)**

		Sehr viel				Sehr wenig
15	Wahrnehmen und Umgang mit Emotionen (NURSE Modell)	<input type="checkbox"/>				
16	Transaktionsanalyse	<input type="checkbox"/>				
17	Compliance Diagnostik und Förderung	<input type="checkbox"/>				
18	Somatoforme Störungen	<input type="checkbox"/>				
19	Informationsvermittlung	<input type="checkbox"/>				
20	Überbringen schlechter Nachrichten (SPIKES Modell)	<input type="checkbox"/>				
21	Übermitteln einer Todesnachricht	<input type="checkbox"/>				
22	Gespräche mit Dolmetscher	<input type="checkbox"/>				
23	Teamkonflikt	<input type="checkbox"/>				

3. Abschnitt Kommunikationstraining am 08.05.09 in Heidelberg**Wie viel haben Sie in folgenden Bereichen gelernt oder vertieft? (praktisch & theoretisch)**

		Sehr viel				Sehr wenig
24	Strukturieren von Gesprächen vertiefen (Buchmetapher)	<input type="checkbox"/>				
25	Gesprächstechnik (WWSZ Modell)	<input type="checkbox"/>				
26	Vorbereitung auf Visitingespräche	<input type="checkbox"/>				
27	Führen von Visitingesprächen	<input type="checkbox"/>				
28	Ich habe vom Videofeedback profitieren können.	<input type="checkbox"/>				
29	Ich habe von den Rückmeldungen der Kleingruppe zu meinem Video profitiert.	<input type="checkbox"/>				
30	Ich habe von den Rückmeldungen des Dozenten zu meinem Video profitiert.	<input type="checkbox"/>				
31	Ich konnte eigene Fehler erkennen.	<input type="checkbox"/>				
32	Ich habe konkrete Lösungsmöglichkeiten zur Veränderung bekommen.	<input type="checkbox"/>				

Am meisten profitiert habe ich von:

Am Kommunikationstraining hat mir besonders gut gefallen, dass...

Folgendes kann am Kommunikationstraining verbessert werden:

Was wäre für Sie persönlich hilfreich, um auch in Zukunft Ihre Kommunikationsfähigkeiten weiterzuentwickeln?:

Danke für Ihre Mitarbeit!

Anhang K: Fragebogen zur subjektiven Kompetenzeinschätzung (original)

Arztfragebogen Selbsteinschätzung & Empathie & MBI



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Klinikum am Gesundbrunnen
Medizinische Kliniken I-III

April 2009

Lieber Ärztin, lieber Arzt,

Mit dem folgenden Fragebogen möchten wir gerne erfassen, wie Sie sich im Umgang mit Ihren Patienten einschätzen.

Dabei geht es um eine generelle Einschätzung, d.h. wie Sie sich in der Regel bei Patientengesprächen wahrnehmen und Ihre Kompetenzen in diesem Bereich einschätzen.

Die Erhebung dient einer weiteren Optimierung der Arzt Patient Beziehung.

Bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen den nachfolgenden Fragebogen aus!

Für die Bearbeitung des Fragebogens benötigen Sie ca. 12 Minuten.

Neben der Erfassung allgemeiner Basisdaten, wird Ihnen nachfolgend erläutert, wie Sie den Fragebogen ausfüllen sollen.

Wir bedanken und recht herzlich für Ihre Mitarbeit!

Bitte wenden!

Bitte geben Sie Ihren Code ein!

<p>Code:</p> <p>a</p> <p style="text-align: center;">T T M M J J</p> <p>a: Den <i>ersten</i> Buchstaben des Nachnamens (z. B. <u>M</u>üller -> M) In die restlichen Kästchen wird das Geburtsdatum sechsstellig eingetragen (z.B. 260279) Beispielcode: M260279</p>

Allgemeine Angaben

1. Geschlecht: w m
2. Alter: _____ Jahre
3. In welchem Jahr Ihrer ärztlichen Weiterbildung sind Sie? _____
4. Wie schätzen Sie Ihre eigene Motivation für Ihren Beruf insgesamt ein?

sehr hoch ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ sehr gering

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?

Im ersten Teil des Fragebogens steht Ihnen zur Beantwortung der Aussagen eine zehnstufige Antwortskala zur Verfügung.

Beispielaussage: „Es fällt mir leicht, eine strukturierte Anamnese zu erheben.“

<input type="checkbox"/>									
trifft gar nicht zu									trifft voll und ganz zu

Sie haben zehn Möglichkeiten zur Auswahl. Wenn Sie finden, es fällt Ihnen in der Regel ausgesprochen leicht, eine strukturierte Anamnese zu erheben, so setzen Sie Ihr Kreuz in das Kästchen „**trifft voll und ganz zu**“.

Finden Sie, es fällt Ihnen in der Regel sehr schwer, eine strukturierte Anamnese zu erheben, so setzen Sie Ihr Kreuz in das Kästchen ganz links: „**trifft gar nicht zu**“.

Anhand der **Zwischenabstufungen** können Sie den Grad Ihrer Zustimmung ausdrücken.

Bei einigen Fragen im zweiten Teil des Fragebogens wird die Skala durch folgende Pole bestimmt:

„gar nicht kompetent“ / „sehr kompetent“
 „gar nicht sicher“ / „sehr sicher“

Wieder können Sie anhand der Zwischenabstufungen den Grad Ihrer Zustimmung ausdrücken.

- **Bitte kreuzen Sie pro Frage immer ein Kästchen an und lassen Sie keine Frage aus!!**

Im dritten Teil des Fragebogens finden Sie eine siebenstufige Skala mit den Polen:

„starke Zustimmung“ / „starke Ablehnung“

- **Falls sie zu einer Aussage überhaupt keine Einstellung haben, streichen Sie bitte die gesamte Aussage durch.**

Teil 1:

1. Es fällt mir leicht, wichtige Informationen von den Patienten zu erfragen.

<input type="checkbox"/>									
trifft gar nicht zu									trifft voll und ganz zu

2. Fragen der Patienten kann ich verständlich und umfassend beantworten.

<input type="checkbox"/>									
trifft gar nicht zu									trifft voll und ganz zu

3. Ich kann die notwendigen Untersuchungen verständlich erklären.

<input type="checkbox"/>									
trifft gar nicht zu									trifft voll und ganz zu

4. Es gelingt mir, Untersuchungsergebnisse verständlich an Patienten zu vermitteln.

<input type="checkbox"/>									
trifft gar nicht zu									trifft voll und ganz zu

5. Manchmal verwende ich Fachwörter, ohne sie zu erklären.

<input type="checkbox"/>									
trifft gar nicht zu									trifft voll und ganz zu

6. Es gelingt mir, gemeinsam mit den Patienten zu einer Entscheidung über die weitere Behandlung zu kommen.

<input type="checkbox"/>									
trifft gar nicht zu									trifft voll und ganz zu

7. Es gelingt mir, einfühlsam zu sein.

<input type="checkbox"/>									
trifft gar nicht zu									trifft voll und ganz zu

8. Ich kann den Patienten hilfreiche Hinweise geben, wie sie einer erneuten Erkrankung vorbeugen können.

<input type="checkbox"/>									
trifft gar nicht zu									trifft voll und ganz zu

Bitte wenden!

9. Ich bin in der Lage, auf Sorgen der Patienten einzugehen.

<input type="checkbox"/>									
trifft gar nicht zu									trifft voll und ganz zu

10. Ich vermag die Patienten zu motivieren, meinen Behandlungsvorschlägen zu folgen.

<input type="checkbox"/>									
trifft gar nicht zu									trifft voll und ganz zu

11. Im Kontakt mit Patienten fühle ich mich manchmal unwohl.

<input type="checkbox"/>									
trifft gar nicht zu									trifft voll und ganz zu

12. Es gelingt mir, eine angenehme Gesprächsatmosphäre entstehen zu lassen.

<input type="checkbox"/>									
trifft gar nicht zu									trifft voll und ganz zu

13. Alles in allem habe ich das Gefühl, gut mit Patienten im klinischen Alltag umgehen zu können.

<input type="checkbox"/>									
trifft gar nicht zu									trifft voll und ganz zu

Nun beantworten Sie bitte folgende Fragen (Teil 2):

14. Bitte bewerten Sie Ihre generelle Kompetenz in medizinischen Interviews.

<input type="checkbox"/>									
gar nicht kompetent									sehr kompetent

Wie sicher fühlen Sie sich folgende Kommunikationssituationen gut zu meistern?

15. Situation: Eine Patientin ist aufgebracht, da sie lange warten musste.

<input type="checkbox"/>									
gar nicht sicher									sehr sicher

16. Situation: Ein Patient beharrt auf einer somatischen Ursache seiner Beschwerden trotz fehlender Befunde.

<input type="checkbox"/>									
gar nicht sicher									sehr sicher

17. Situation: Sie müssen dem Patienten eine unklare Diagnose vermitteln.

<input type="checkbox"/>									
gar nicht sicher									sehr sicher

18. Situation: Sie führen eine Anamnese mit einer Patientin, die schlecht deutsch spricht.

<input type="checkbox"/>									
gar nicht sicher									sehr sicher

19. Situation: Eine Patientin neigt dazu, ihre Beschwerden zu dramatisieren.

<input type="checkbox"/>									
gar nicht sicher									sehr sicher

20. Situation: Ein Patient lehnt einer empfohlenen Therapie ab (z.B. Chemotherapie, Operation oder angeordneten Untersuchungen).

<input type="checkbox"/>									
gar nicht sicher									sehr sicher

21. Situation: Sie müssen den Angehörigen Ihres Patienten übermitteln, dass dieser bald sterben wird.

<input type="checkbox"/>									
gar nicht sicher									sehr sicher

22. Situation: Ein Patient gibt den Ärzten die Schuld an seinem schlechten Gesundheitszustand.

<input type="checkbox"/>									
gar nicht sicher									sehr sicher

23. Situation: Die Patientin möchte noch nicht entlassen werden.

<input type="checkbox"/>									
gar nicht sicher									sehr sicher

Teil 3:

Inwieweit Stimmen Sie persönlich folgenden Aussagen zu?

1. Mein Verständnis für die Gefühle meiner Patienten/innen und deren Familien hat keinen Einfluss auf die medizinische Behandlung

Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	Trifft voll zu						
	1	2	3	4	5	6	7	

2. Meine Patienten/innen fühlen sich besser, wenn ich ihre Gefühle verstehe.

Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	Trifft voll zu						
	1	2	3	4	5	6	7	

3. Es fällt mir schwer, die Dinge aus der Perspektive meiner Patienten/innen zu sehen.

Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	Trifft voll zu						
	1	2	3	4	5	6	7	

4. Ich halte das Verstehen der Körpersprache meiner Patienten/innen in der Arzt-Patient Interaktion für genauso wichtig wie die verbale Kommunikation.

Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	Trifft voll zu						
	1	2	3	4	5	6	7	

5. Ich habe einen guten Sinn für Humor, der meiner Meinung nach zu einem besseren Behandlungsergebnis beiträgt.

Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	Trifft voll zu						
	1	2	3	4	5	6	7	

6. Weil die Menschen unterschiedlich sind, ist es schwierig für mich, die Dinge aus der Perspektive meiner Patienten/innen zu sehen.

Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	Trifft voll zu						
	1	2	3	4	5	6	7	

7. Bei der Anamnese oder beim Erfragen körperlicher Beschwerden versuche ich, die Gefühle meiner Patienten/innen nicht zu berücksichtigen.

Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	Trifft voll zu						
	1	2	3	4	5	6	7	

8. Die Beachtung der persönlichen Erfahrungen meiner Patienten/innen hat keinerlei Einfluss auf das Behandlungsergebnis.

Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	Trifft voll zu						
	1	2	3	4	5	6	7	

9. Ich versuche, mich bei der Versorgung meiner Patienten/innen in ihre Lage zu versetzen

Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	Trifft voll zu						
	1	2	3	4	5	6	7	

10. Meine Patienten/innen schätzen mein Verständnis für ihre Gefühle, was für sich genommen bereits therapeutische Wirkung hat.

Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	Trifft voll zu						
	1	2	3	4	5	6	7	

11. Da die Krankheiten der Patienten/innen nur durch medizinische Behandlung geheilt werden können, haben emotionale Bindungen zu meinen Patienten/innen keinen bedeutsamen Einfluss auf das Behandlungsergebnis.

Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	Trifft voll zu						
	1	2	3	4	5	6	7	

12. Für das Verständnis körperlicher Beschwerden der Patienten/innen ist die Kenntnis ihrer aktuellen Lebenssituation unerheblich.

Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	Trifft voll zu						
	1	2	3	4	5	6	7	

13. Ich versuche zu verstehen, was in meinen Patienten/innen vorgeht, indem ich ihren nonverbalen Signalen und ihrer Körpersprache Beachtung schenke.

Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	Trifft voll zu						
	1	2	3	4	5	6	7	

14. Ich glaube, dass Gefühle keinen Platz in der Behandlung von körperlichen Krankheiten haben.

Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	Trifft voll zu						
	1	2	3	4	5	6	7	

15. Empathie ist eine therapeutische Fähigkeit, ohne die der ärztliche Behandlungserfolg geschmälert wird.

Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	Trifft voll zu						
	1	2	3	4	5	6	7	

16. Eine wichtige Komponente in der Beziehung zu meinen Patienten/innen und ihren Familien ist mein Verständnis für ihre emotionale Situation.

Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	Trifft voll zu						
	1	2	3	4	5	6	7	

17. Ich versuche so zu denken wie meine Patienten, um die ärztliche Behandlung zu verbessern.

Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	Trifft voll zu						
	1	2	3	4	5	6	7	

18. Ich erlaube es mir nicht, mich von intensiven emotionalen Beziehungen zwischen meinen Patienten/innen und ihren Familienmitgliedern beeinflussen zu lassen.

Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	Trifft voll zu						
	1	2	3	4	5	6	7	

19. Nicht-medizinische Literatur oder Kunst machen mir keinen Spaß

Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	Trifft voll zu						
	1	2	3	4	5	6	7	

20. Ich glaube dass Empathie ein wichtiger therapeutischer Faktor in der medizinischen Behandlung ist

Trifft überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>	Trifft voll zu						
	1	2	3	4	5	6	7	

Nie	Einige Male im Jahr und seltener	Einmal im Monat	Einige Male im Monat	Einmal pro Woche	Einige Male pro Woche	täglich
0	1	2	3	4	5	6
1. Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgelaugt.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
2. Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich erledigt.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
3. Ich fühle mich müde, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Arbeitstag vor mir habe.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
4. Es gelingt mir gut, mich in meine Patienten hineinzusetzen.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
5. Ich glaube, ich behandle einige Patienten, als ob sie unpersönliche „Objekte“ wären.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
6. Den ganzen Tag mit Leuten zu arbeiten ist wirklich eine Strapaze für mich.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
7. Den Umgang mit Problemen meiner Patienten habe ich sehr gut im Griff.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
8. Durch meine Arbeit fühle ich mich ausgebrannt.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
9. Ich glaube, dass ich das Leben anderer Leute durch meine Arbeit positiver beeinflusse.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
10. Seit ich diese Arbeit mache, bin ich gleichgültiger gegenüber Leuten geworden.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
11. Ich befürchte, dass diese Arbeit mich emotional verhärtet.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
12. Ich fühle mich voller Tatkraft.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
13. Meine Arbeit frustriert mich.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
14. Ich glaube, ich strenge mich bei meiner Arbeit zu sehr an.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
15. Bei manchen Patienten interessiert es mich eigentlich nicht wirklich, was aus/ mit ihnen wird.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
16. Mit Menschen in der direkten Auseinandersetzung arbeiten zu müssen, belastet mich sehr.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
17. Es fällt mir leicht, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Patienten herzustellen.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
18. Ich fühle mich angeregt, wenn ich intensiv mit meinen Patienten gearbeitet habe.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
19. Ich habe viele wertvolle Dinge in meiner derzeitigen Arbeit erreicht.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
20. Ich glaube, ich bin mit meinem Latein am Ende.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
21. In der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen sehr ruhig und ausgeglichen um.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
22. Ich spüre, dass die Patienten mich für einige ihrer Probleme verantwortlich machen.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
23. Ich fühle mich meinen Patienten in vieler Hinsicht ähnlich.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
24. Von den Problemen meiner Patienten bin ich persönlich berührt.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	
25. Ich fühle mich unbehaglich bei dem Gedanken daran, wie ich einige meiner Patienten behandelt habe.					0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6	

Vielen herzlichen Dank für die Teilnahme!!

Anhang L: Darstellung der einzelnen OSCE Stationen

Nachfolgend werden die einzelnen OSCE-Stationen vorgestellt, es werden dabei nur die Arztinformationen dargestellt. Die Dozenteninformation und die Patienteninformationen sind entfernt worden und können gerne nachgefragt werden.

Aufklärung PTCA

Arztinformation:

Sie sind Assistenzarzt/Assistenzärztin in der Notaufnahme im SLK-Klinikum Heilbronn. Der/die Patient/in Herr/Frau Berger suchte die Klinik wegen anhaltender Herzbeschwerden auf. Inzwischen hat sich der Verdacht eines subakuten Myokardinfarktes bestätigt, der/die Patient/in wurde von Ihnen über die Diagnose informiert. Sie haben alle Untersuchungsbefunde vorliegen.

Führen Sie nun mit dem/der Patient/Patientin ein Aufklärungsgespräch über eine Koronarangiografie und ggf. Koronarangioplastie (PTCA).

Anamnese/aktuelle Befunde:

Anamnese:

- Angina pectoris Anfälle seit 6 Monaten bei starken Belastungen, (verstärkt seit 2 Monaten bei mittelgradiger Belastung), seit 2 Wochen bei leichter Belastung
- Vor 3 Tagen bei einem Ausflug akute Beschwerden (subakuter Myokardinfarkt) seitdem Leistungsverminderung
- Beginnende Herzinsuffizienz (Knöchelödeme, Nykturie (1x nachts); erhöhte Schlaflage (1 -2 Kissen)
- Patientin vermeidet Hausarztbesuch
- Kein Hinweis auf Herzrasen, Herzstolpern, Synkopen oder Schwindel.

Kardiovaskuläre Risikofaktoren:

- Patient/in ist leicht übergewichtig.
- Rauchen: 30 Pck./J (Nichtraucher seit 2 Jahren)
- Alkohol: neg.
- Bluthochdruck, erhöhte Blutfette und Diabetes mellitus bisher nicht bekannt.
- Medikamente / Vorerkrankungen / Operationen bzw. Krankenhausaufenthalte: neg.

Aktueller Befund:

Labor:

---- Allgemeines Labor: jeweils letzter gemessener Wert zwischen 04.06.2007 und 10.06.2007 ----

Parameter	Wert	Normb/Dimension	Parameter	Wert	Normb/Dimension
Natrium	137	135-145 mmol/l	Kalium	4.39	3,5-4,8 mmol/l
Calcium	2.28	2,1-2,65 mmol/l	Phosphat	1.20	0,8-1,5 mmol/l
Kreatinin	0.53	0,1-1,3 mg/dl	Harnstoff	36	-45 mg/dl
Harnsaure	3.9	-6 mg/dl	CK	77	-170 U/l
c-Troponin T	1.76H	-0,03 ug/l	LDH	368H	-248 U/l
GOT/AST	43H	-35 U/l	GPT/ALT	21	-35 U/l
AP	65	40-130 U/l	GGT	10	-40 U/l
CHE			Ges.Eiweiss	64.4	60-80 g/l
Albumin quant.	37.5	30-50 g/l	IgG		
p-Amylase	<5L	8-53 U/l	Lipase		
CRP	12.7H	-5 mg/l	BKS 1h	22H	3-8 mm
INR	0.980	-1.2 -1.2	Quick	102.1	70-125 %
aPTT	21.4	-35 s	Fibrinogen		
Triglyceride	88	-150 mg/dl	Cholesterin	166.0	alter.-ab mg/dl

Ruhe-EKG:

SR; überdrehter Linkstyp; PQ 0,2sec, QRS 0,1sec, QT 0,32sec;
ST-Strecken-Hebungen über der Vorderwand mit R-Verlust.

Ewing Sarkom

Arztinformation:

Sie sind Stationsarzt/Stationsärztin auf der Med. III im SLK-Klinikum Heilbronn. Die 32 jährige Frau Holzner wurde vor 2 Tagen stationär aufgenommen, da bei der letzten Nachsorgeuntersuchung neue Lebermetastasen entdeckt wurden. Vor 2 Jahren wurde bei ihr ein abdominelles Ewing-Sarkom diagnostiziert mit folgendem Verlauf:

11/06	Laparatomie wegen akuter abdomineller Schmerzen Chirurgie HD Extraskellettales Ewing-Sarkom mit Infiltration des Magens und des Pancreas - Primär-Tumor 13,7 x 15 cm
	Entfernung des Tumors in toto Billroth-II Anastomose, linksseitige Pancreasresektion, Splenektomie, Cholezystektomie Unkomplizierter postop Verlauf
12/06	CT-gesteuerte Leberpunktion ergab hepatische Metastasierung Staging kein Anhalt für weitere Metastasen

12/06	Therapieempfehlung entsprechend Hochrisikoarm EuroEwing Protokoll
01/07 – 04/07	6 Zyklen VIDE Schema (Doxo 20 mg/m ² d1 – 3, Etoposid 150mg/ m ² d1 – 3, Ifosfamid 3g/ m ² d1 – 3, Vincristin 2mg d1) 5.-6. Zyklus dosisreduziert)
	Lebermetastasen deutlich regredient
06/07	Hochdosis-Chemotherapie und autologe Blutstammzelltransplantation
09/07	Leberteileresektion Segment 6 – (histologisch tumorfrei)
10/07 –11/08	Anhaltende Remission bei 3monatigen CT/MRT Kontrollen

Aktuelle Diagnose:

Im CT/MRT Abdomen neu festgestellte Lebermetastasen im Segment 6 und 7.

Therapieempfehlung:

Palliative Chemotherapie mit deutlich reduzierten zu erwartenden Nebenwirkungen (Patientin litt bei erster Chemotherapie unter sehr starken Nebenwirkungen)
Bei dieser Diagnose gibt es keinen kurativen Therapieansatz; eine operative Metastasenresektion ist nicht möglich (Metastasen in beiden Leberlappen). Andere Therapieoptionen – z.B. Strahlentherapie gibt es nicht. Es ist sehr wahrscheinlich dass die Patientin an dieser Erkrankung sterben wird. Eine genaue zeitliche Prognose kann nicht gegeben werden.

Die (statistisch zu erwartende) Lebenszeit liegt zwischen einigen Monaten und 2 Jahren.

Klären Sie nun die Patientin über die Diagnose und die weitere palliative Therapieoption einer Chemotherapie auf.

Geplantes Therapieschema:

3-6 Zyklen mit Topotecan und Cyclophosphamid (im Abstand von 21 – 28 Tagen). Nach 2-3 Zyklen, Überprüfung der Wirksamkeit Therapie ist teilstationär oder ambulant möglich.

Mögliche Nebenwirkungen:

Übelkeit, Erbrechen

Leberzirrhose

Arztinformation:

Es ist Freitagabend, Sie sind als diensthabender Arzt/Ärztin in der Notaufnahme im SLK-Klinikum Heilbronn.

Die Ambulanzschwester berichtet Ihnen über den nächsten Patienten. Dieser sei 55 Jahre alt, heiße Herr Michael Wörner, sei ein ehemaliger Bauarbeiter, rieche nach Alkohol und sei ungepflegt. Außerdem reicht Sie Ihnen eine alte Ambulanzakte mit folgender Information:

Diagnosen laut (alter) Ambulanzakte:

- Chronische Raucherbronchitis
- Alkoholabhängigkeit
- Leberzirrhose
- Z. n. Pankreatitis (2000, 2003)
- Nach Unfall vor 3 Jahren, Lähmung des rechten Armes und Amputation des rechten Beines
- Appendektomie

Familien- und Sozialanamnese:

Vater vor 10 Jahren verstorben, Alkoholkrankheit. Patient ledig, alleine lebend. Keine Kinder. Arbeitslos

Führen Sie nun mit dem Patienten ein Anamnesegespräch und klären Sie ihn über das weitere Vorgehen auf.

Pankreas-Kopf Carzinom

Arztinformation:

Sie sind Stationsarzt/Stationsärztin auf der Station Med III im SLK-Klinikum Heilbronn. Auf Ihrer Station befindet sich seit 3 Tagen Herr Volker, ein 63 jähriger Patient, von Beruf angelernter Arbeiter.

Aufgrund seit 4 Tagen anhaltender Oberbauchschmerzen mit Übelkeit, Appetitverlust und zunehmender Gewichtsabnahme (6 kg in 3 Wochen) stellte er sich hier in der Notaufnahme vor. Dort musste Herr Volker sehr lange warten, was ihn sehr verärgerte. Nachdem in der Sonographie ein suspekter Befund am Pankreas festgestellt wurde,

erfolgte anschließend die stationäre Aufnahme, der Herr Volker nur widerwillig zustimmte.

Heute, am dritten Tag der stationären Aufnahme, wurde nach ausführlicher Diagnostik (Labor, Sonographie, MRT mit MRCP und MR-Angiographie) die Diagnose eines Pankreas-Kopf Ca bestätigt. Im momentanen Stadium verspricht eine sofortige Operation eine relativ gute Prognose. In einem Gespräch einige Minuten zuvor wurde der Patient bereits über die Diagnose Pankreas-Kopf Ca aufgeklärt.

Versuchen Sie Herrn Volker nun für eine operative Intervention zu motivieren.

Diagnosen:

- Pankreas-Kopf Carzinom
- Nikotinabhängigkeit (anamnestisch keine wesentlichen Vorerkrankungen bekannt)

Befunde:

Sonographie:

homogene Raumforderung im Pankreas-Kopf
aufgetriebene Konturen

CT Abdomen/Thorax:

Pankreas-Kopf Carzinom, abdominal und pulmonal keine
vergrößerten Lymphknoten, kein Anhalt für Metastasen

Labor:

GOT 136 u/l, GPT 186 u/l, Gamma GT 300 u/l, Lipase 567 u/l, Amylase 430 u/l, Bilirubin 1,7 mg/dl

Pflegefall- Angehörigengespräch

Arztinformation:

Sie sind Stationsarzt/Stationsärztin auf der Med. I, Stroke Unit (I 52), SLK-Klinikum Heilbronn.

Die bis vor kurzem rüstige, 79-jährige Frau Sailer wurde vor einer Woche wegen einer instabilen Angina pectoris Symptomatik stationär aufgenommen. Am Tag nach der Aufnahme wurde eine Herzkatheter-Untersuchung durchgeführt. Diese ergab eine langstreckige Stenose der RIVA, die mit einem Stent versorgt wurde.

Während der Untersuchung erlitt Frau Sailer einen embolischen links-hirnigen Schlaganfall mit einer kompletten Hemiparese rechts, eine Aphasie sowie einer Schluckstörung.

Die eine Tochter der Patientin hat Ihr Kollege am selben Tag noch telefonisch über die Komplikation informieren können, wegen Nachtdienst-frei haben Sie noch nicht persönlich mit ihr sprechen können, Ihr Kollege auf Station hat Ihnen übergeben, dass er sich wegen des Schlaganfalls der Patientin mit der Tochter kurz telefonisch unterhalten habe, um die Diagnose mitzuteilen und dass diese auf Grund des kurzen Telefongesprächs sehr aufgebracht sei.

Wegen der Dysphagie wurde nach gescheiterten Schluckversuchen vor 2 Tagen eine nasale Magensonde gelegt.

Sowohl von geriatrischer als auch von neurologischer Seite wurde eine eher ungünstige Prognose hinsichtlich der Funktionsausfälle gestellt. Es wird empfohlen, die Patientin zur Frührehabilitation in das Bethanien-Krankenhaus nach Heidelberg zu verlegen. Nun haben die beiden Töchter Sie telefonisch um einen Gesprächstermin gebeten.

Diagnosen:

- Z. n. PTCA und Stentimplantation bei 1-Gefäß-KHK (mit langstreckiger Stenose der RIVA),
- embolischer Mediainstult links mit kompletter Hemiparese rechts, Aphasie und Schluckstörung
- Anamnestisch keine wesentlichen Vorerkrankungen

Befunde:

- EKG: Normalbefund
- Herzecho: normale Pumpfunktion, normale Wandbewegungen
- TEE: instabile Plaques im Aortenbogen
- Rö-Thorax: o. B.
- CT-Schädel: akut kein Hinweis für Hirnblutung
- MRT-Schädel (3 Tage später): Demarkierung eines Mediainstultes links
- Duplex-Carotiden: thrombogene Plaques
- Labor: o. B.

Medikamente:

- | | | |
|------------------|----------------------|-------|
| ▪ Aspirin 100 | (Acetylsalicylsäure) | 0-1-0 |
| ▪ Plavix 75 | (Clopidogrel) | 1-0-0 |
| ▪ Acerbon 10 | (Lisinopril) | 1-0-0 |
| ▪ Beloc zok mite | (Metoprololsuccinat) | 1-0-1 |
| ▪ Simvahexal 20 | (Simvastatin) | 0-0-1 |

Führen Sie nun mit den Töchtern der Patientin ein Angehörigengespräch hinsichtlich der Diagnose und besprechen Sie das weitere Procedere.

Somatoforme Störung

Arztinformation:

Sie sind Stationsarzt/Stationsärztin auf der Station Med. I im SLK-Klinikum Heilbronn. Herr Rieger stellte sich vor 3 Tagen in der Notaufnahme aufgrund von rezidivierender Atemnot in Ihrem Dienst vor. Sie nahmen ihn zur weiteren Abklärung stationär auf. Herr Rieger hatte sich vor 3 Monaten eine Rauchvergiftung bei einem Brand an seiner Arbeitsstelle (Sparkasse Heilbronn) zugezogen. Dort wurden neben dem Rauch auch andere toxische Stoffe freigesetzt. Salzsäure, Formaldehyd und weitere chemische Verbindungen wie Chloride (PCB und Dioxin).

Vor einem Monat erfolgte eine Untersuchung bei einem Umweltmediziner der diese Werte (geringe Konzentration) bestätigte.

Der Patient beklagt seit dem über wiederkehrende starke Atemnot, besonders die Nasenatmung ist betroffen, Schlafstörungen, Geschmacksstörungen (Salzgeschmack) und Konzentrationsstörungen. Des Weiteren leidet er seit zwei Monaten unter Gewichtsverlust (6 kg) und hat Angst vor einem Herzinfarkt, bzw. Schlaganfall und ist sich sicher darüber, dass er eine starke toxische Vergiftung hat. Er leidet außerdem unter Alpträumen.

Auf Station erleben Sie Herrn Rieger sehr angepasst, zurückgezogen, distanziert. Er wirkt wie ein Einzelgänger.

Diagnose: undifferenzierte Somatisierungsstörung

Aktuelle Befunde:

Ruhe-EKG :

Sinusrhythmus, Linkstyp, 91/min., PQ-Zeit 130 ms, QRS-Zeit 80 ms, keine Kammerendteilveränderungen.

Transthorakales Herzecho:

- Normal großer linker Ventrikel mit global guter Pumpfunktion ohne regionale Kontraktionsstörungen. LA, RA, RV normal groß. Vena cava inferior nicht gestaut.
- Klappen sonographisch und dopplersonographisch unauffällig. Kein Perikarderguss nachweisbar

Lungenfunktion:

- Blutgasanalyse: Normoxie, Normokapnie, Sauerstoffatmung nicht durchgeführt, Normaler Säure-Basen-Status.

- Spirometrie und Bodyplethysmographie: Keine Einschränkung der Atemreserve. Keine Obstruktion insbesondere der kleinen Atemwege. Keine Restriktion. Keine Überblähung.
- Normale Diffusionskapazität.
- Normales Risiko für Intubationsnarkose.

HNO-ärztlicher Konsiliarbefund:

Zustand nach Rauchgasexposition. Spiegelbefund unauffällig. Untersuchungsbefund regelrecht. Wir planen die Durchführung eines NNH-CT und bitten um Wiedervorstellung im Anschluss.

CT-NNH:

- Beurteilung: Hallersche Zelle bds., die die osteomeatale Einheit einengt, ansonsten regelrechter Befund.
- Lungenfunktionsprüfung, 24 h RR-Messung, Carotis-Doppler (alle ohne pathologischen Befund).

Labor:

Aktuell keine Konzentrationen von PCB, Dioxin, Salzsäure und Formaldehyd im Blut mehr nachweisbar, auch vorher nur gering erhöhte Konzentration von PCB. Kann die Symptomatik nicht erklären. Alle Routineparameter o.B.

Aktuelle Medikation (von Hausarzt):

Ventolair-Spray b. Bedarf, Globuli „zur Entgiftung“, Phylak Spagyr Dil

Sie möchten nun die Befunde mit dem Patienten besprechen und ihm das Krankheitsmodell einer undifferenzierten Somatisierungsstörung und das entsprechende Therapiekonzept vermitteln.

Anhang M: Darstellung der gesamten Lernziele der Intervention

Lernziele im Kommunikationstraining

Lernmöglichkeiten im Training (Themen)	Lernziele	Didaktische Methoden	Millerpyramide: knows, knows how, shows how, does	Bloom Taxonomie (1956): psychomotor, affektive, sozial, kognitiv
Tag 1				
Arzt-Patienten Beziehung / Kommunikation: aktueller Forschungsstand	Erfahren über den aktuellen Forschungsstand der Arzt-Patienten Kommunikation.	Theroretischer Input/ Vortrag	knows	kognitiv
	Kennenlernen der momentanen Probleme in der Arzt-Patienten Kommunikation (nach aktuellem Forschungsstand)	Theroretischer Input/ Vortrag	knows	kognitiv
	positive Effekte einer patientenzentrierten Arzt-Patienten Kommunikation (nach aktuellem Forschungsstand) benennen können	Theroretischer Input/ Vortrag	knows	kognitiv
Wahrnehmung und Umgang mit Emotionen: NURSE Modell	Kennenlernen des NURSE Modells zum Umgang und Wahrnehmen von Emotionen	Kurzinput	Knows	kognitiv

Lernmöglichkeiten im Training (Themen)	Lernziele	Didaktische Methoden	Millerpyramide: knows, knows how, shows how, does	Bloom Taxonomie (1956): psychomotor, affektive, sozial, kognitiv
Wahrnehmung und Umgang mit Emotionen: NURSE Modell	Kennenlernen des Umgangs mit Patienten, die keine Emotionen mehr erkennenlassen	Kurzinput	Knows	kognitiv
	Erkennen von Emotionen bei Patienten. (Sensibilisierung für die Patientenperspektive)	Videoübung	Knows how	affektiv, psychomotorisch
	Erkennen der Subjektivität der Wahrnehmung von Emotionen			
	Lernen Emotionen als Vorschlag zu formulieren	Auswertung der Videoübung	Knows	kognitiv
Eigene Zieldefinitionen setzen	Formulieren der eigenen Lernziele fürs Training	Selbstübung		affektiv
Vorstellung der Transaktionsanalyse	Kennenlernen der Transaktionsanalyse als geeignete Methode Kommunikationssituationen zu analysieren:	Vortrag	knows	kognitiv

Lernmöglichkeiten im Training (Themen)	Lernziele	Didaktische Methoden	Millerpyramide: knows, knows how, shows how, does	Bloom Taxonomie (1956): psychomotor, affektive, sozial, kognitiv
Vorstellung der Transaktionsanalyse	Benennen die 6 Ich Zustände und die damit möglichen Kommunikationsarten (komplimentär, gekreuzt, verdeckt)	Vortrag	knows	kognitiv
kleine Übungen zur Transaktionsanalyse	Demonstrieren die Transaktionsanalyse an hand von ausgewählten Fallbeispielen	Kleingruppenarbeit, Fallbeispiele	Knows how	kognitiv
Compliance	Bekannt werden mit den Gründen für die fehlende Compliance	Vortrag	knows	kognitiv
	Einflussfaktoren auf die Therapietreue kennenlernen	Vortrag	knows	kognitiv
	Verständnis über die Phasen des Transtheoretischen Modells zur Compliancediagnostik erhalten	Vortrag	knows	kognitiv
	Führen eines Gesprächs mit einem Patienten mit Compliancestörung	Rollenspiel mit SP	shows how, does	psychomotorisch

Lernmöglichkeiten im Training (Themen)	Lernziele	Didaktische Methoden	Millerpyramide: knows, knows how, shows how, does	Bloom Taxonomie (1956): psychomotor, affektive, sozial, kognitiv
Compliance	In einem Gespräch die Phase des Transtheoretischen Modells erkennen	Beobachtung eines Rollenspiels mit PS	knows how	kognitiv
	Kennenlernen der Feedbackregeln	Vortrag	knows	kognitiv
	Mit Hilfe der Feedbackregeln, einem Kollegen Rückmeldung auf das Gespräch geben nach festgelegten Beobachtungsaufgaben.	Feedbackrunden	shows how, does	affektiv, psychomotorisch
Somatisierungsstörungen	Verständnis über die Erkrankung Somatoforme Störungen erhalten.	Vortrag	knows	kognitiv
	Kennenlernen eines Modells/ Umgangsempfehlungen zur Vermittlung von Somatoformenstörungen	Vortrag	knows	kognitiv
	Führen eines Gesprächs mit einem Patienten mit Somatisierungsstörung	Rollenspiel mit SP	shows how, does	psychomotorisch

Lernmöglichkeiten im Training (Themen)	Lernziele	Didaktische Methoden	Millerpyramide: knows, knows how, shows how, does	Bloom Taxonomie (1956): psychomotor, affektive, sozial, kognitiv
Somatisierungsstörungen	In einem Gespräch das Modell zur Vermittlung der Erkrankung erkennen.	Beobachtung eines Rollenspiels mit und ohne SP	knows how	kognitiv
	Mit Hilfe der Feedbackregeln, einem Kollegen Rückmeldung auf das Gespräch geben nach festgelegten Beobachtungsaufgaben.	Feedbackrunden	shows how, does	affektiv, psychomotorisch
Tagesreflexion	Reflexion der Inhalte des Tages	Gruppen-diskussion	knows how	affektiv
Tag 2				
Informationsvermittlung	Erkenntnis erhalten, das Informationen verloren gehen können.	Vortrag	knows	kognitiv
	Kernnenlernen des WWSZ Modells	Vortrag	knows	kognitiv
	Erkenntnis gewinnen, dass es eine richtige Menge und eine richtiger Zeitpunkt der Informationsvermittlung an den Patienten gibt	Vortrag	knows	kognitiv

Lernmöglichkeiten im Training (Themen)	Lernziele	Didaktische Methoden	Millerpyramide: knows, knows how, shows how, does	Bloom Taxonomie (1956): psychomotor, affektive, sozial, kognitiv
Informationsvermittlung	Informationen in der Sprache der Patienten geben	Vortrag	knows	kognitiv
	Verständnis des Patienten über die Information prüfen.	Vortrag	knows	kognitiv
ABC Hörchenübung	Sensibilisierung für die Subjektivität der Aufnahme von Informationen	Kleingruppenübung	knows how	affektiv
	Sensibilisierung für eine präzise Informationsweitergabe	Kleingruppenübung	knows how	affektiv
	Erarbeiten eines Transfers in den Krankenhausalltag	Kleingruppenübung	knows how	kognitiv
Empathie, Nähe und Distanz	Reflektieren über die richtige Dosis an Empathie	vortrag/Diskussion	knows	affektiv
	Kennelernen der Einflussfaktoren auf Empathie.	Vortrag	knows	kognitiv

Lernmöglichkeiten im Training (Themen)	Lernziele	Didaktische Methoden	Millerpyramide: knows, knows how, shows how, does	Bloom Taxonomie (1956): psychomotor, affektive, sozial, kognitiv
Schreiben eines Drehbuchs	Formulieren eines Arzt-Patienten Gespräches als Drehbuch für PJ Studierende aus Sicht des Patienten und des Arztes	Selbstübung, Kleingruppenübung	knows how, shows how	affektiv, psychomotorisch,
	Anwenden der bisher gelernten Gesprächmodelle, wie NURSE und WWSZ um eine patientenzentrierte Kommunikation zu ermöglichen	Selbstübung, Kleingruppenübung	knows how, shows how	kognitiv
	Treffen einer Auswahl, welche der formulierten Sätze am typischsten für eine patientenzentrierte Kommunikation sind	Selbstübung, Kleingruppenübung	knows how, shows how	kognitiv
	Sammeln von Qualitätsmerkmalen einer patientenzentrierten Kommunikation	Gruppen-diskussion	knows, knows how	sozial
SPIKES Modell	Kernnenlernen eines Modells zur Übermittlung schlechter Nachrichten	Vortrag	knows	kognitiv

Lernmöglichkeiten im Training (Themen)	Lernziele	Didaktische Methoden	Millerpyramide: knows, knows how, shows how, does	Bloom Taxonomie (1956): psychomotor, affektive, sozial, kognitiv
SPIKES Modell	Sensibilisierung dafür, dass schlechte Nachrichten schlechte Nachrichten bleiben	Vortrag	knows	affektiv
	Besonderheiten bei der Überbringung einer Todesnachricht erfahren	Vortrag	knows	kognitiv
Gespräch zum Thema überbringen schlechter Nachrichten (Kreberkrankung)	Führen eines Gesprächs mit einem Patienten mit Brustkreberkrankung	Rollenspiel mit SP	shows how, does	psychomotorisch
	In einem Gespräch die Elemente des SPIKES Modells erkennen und benennen können.	Beobachtung eines Rollenspiels mit PS	knows how	kognitiv
	Mit Hilfe der Feedbackregeln, einem Kollegen Rückmeldung auf das Gespräch geben nach festgelegten Beobachtungsaufgaben.	Feedbackrunden	shows how, does	affektiv, kognitiv

Lernmöglichkeiten im Training (Themen)	Lernziele	Didaktische Methoden	Millerpyramide: knows, knows how, shows how, does	Bloom Taxonomie (1956): psychomotor, affektive, sozial, kognitiv
Gespräch zum Thema überbringen schlechter Nachrichten (Todesnachricht)	Führen eines Gesprächs mit einem Angehörigen, dessen Partner gerade verstorben ist.	Rollenspiel mit SP	shows how, does	psychomotorisch
	In einem Gespräch die Elemente des SPIKES Modells erkennen und benennen können	Beobachtung eines Rollenspiels mit PS	knows how	kognitiv
	Mit Hilfe der Feedbackregeln, einem Kollegen Rückmeldung auf das Gespräch geben nach festgelegten Beobachtungsaufgaben.	Feedbackrunden	shows how, does	affektiv, kognitiv
Teamkonflikt	Teilnehmer erhalten Informationen über Ursachen für Konflikte, 7 Kommunikationsschlüssel zur Konfliktlösung und Kommunikationsfallen	Vortrag	knows	kognitiv

Lernmöglichkeiten im Training (Themen)	Lernziele	Didaktische Methoden	Millerpyramide: knows, knows how, shows how, does	Bloom Taxonomie (1956): psychomotor, affektive, sozial, kognitiv
Umgang Dolmetscher	Erhalten Informationen, wie Dolmetschern sind Arzt-Patienten Gespräch integriert werden sollen	Vortrag	knows	kognitiv
Visitensimulation mit 5 Gesprächen a 5 min	Führen eines Gesprächs mit einer Stationschwester nach vorheriger Konfliktsituation	Rollenspiel mit SP	shows how, does	psychomotorisch
	In einem Gespräch die Elemente für eine Konfliktlösung erkennen	Beobachtung eines Rollenspiels mit PS	knows how	kognitiv
	Demonstrieren eines Gesprächs mit einem ausländischen Patienten und deren dolmetschenden Angehörigen.	Rollenspiel mit SP	shows how, does	psychomotorisch
	Führen eines freundlichen adäquaten Gesprächs unter Zeitdruck mit einem Angehörigen des ausländischen Patienten, beendet das Gespräch souverän.	Rollenspiel mit SP	shows how, does	psychomotorisch

Lernmöglichkeiten im Training (Themen)	Lernziele	Didaktische Methoden	Millerpyramide: knows, knows how, shows how, does	Bloom Taxonomie (1956): psychomotor, affektive, sozial, kognitiv
Visitensimulation mit 5 Gesprächen a 5 min	Im Gespräch den Umgang mit dem Dolmetscher und dessen Angehörigen bewerten können.	Beobachtung eines Rollenspiels mit PS	knows how	kognitiv
	Besprechen der Nebenwirkungen einer Chemotherapie unter Zeitdruck. Der Arzt ist dabei patientenzentriert.	Rollenspiel mit SP	shows how, does	psychomotorisch, affektiv
	Struktur, Inhalte und Patientenzentriertheit des Gespräch über Nebenwirkungen kritisch bewerten.	Beobachtung eines Rollenspiels mit PS	knows how	kognitiv, affektiv
	Einer Patientin mit Somatisierungsstörungen die Entlassung ankündigen.	Rollenspiel mit SP	shows how, does	psychomotorisch
	Struktur, Inhalte, Begründungen und Patientenzentriertheit des Gespräch über die Entlassung kritisch bewerten.	Beobachtung eines Rollenspiels mit PS	knows how	kognitiv, affektiv

Lernmöglichkeiten im Training (Themen)	Lernziele	Didaktische Methoden	Millerpyramide: knows, knows how, shows how, does	Bloom Taxonomie (1956): psychomotor, affektive, sozial, kognitiv
Visitensimulation mit 5 Gesprächen a 5 min	Adäquate Rückmeldungen an meiner Kollegen haben, dabei werden sowohl konkret positive als auch konkrete Verbesserungsvorschläge gegeben.			kognitiv, affektiv
	Demonstrieren eines patientenzentrierten Gesprächs unter Zeitdruck			psychomotorisch
Tag 3:				
Vertiefung WWSZ	Im Gespräch unterbrechen und das Gesagte des Patienten zusammenfassen	Rollenspiel	shows how	psychomotorisch
	Benennen, dass Patientenzentrierte Kommunikation heißt angemessene Informationen zu vermitteln	Vortrag	knows	kognitiv

Lernmöglichkeiten im Training (Themen)	Lernziele	Didaktische Methoden	Millerpyramide: knows, knows how, shows how, does	Bloom Taxonomie (1956): psychomotor, affektive, sozial, kognitiv
Vertiefung WWSZ	Erkenntnis bekommen, dass Patientenzentrierte Kommunikation heißt darauf hinzuweisen, dass eine Entscheidung getroffen werden muss	Vortrag	knows	kognitiv
	Erkennen, wann man sich Informationen nicht mehr merken kann	Rollenspiel	shows how	affektiv
	Beobachter erkennen, wie nah die Zusammenfassung an dem Gesagten war	Rollenspiel	shows how	kognitiv
Buchmetapher	Kennenlernen des Inhalts und der Bedeutung der Buchmetapher, Hilfen bei der Strukturierung von Gesprächen	Vortrag	knows	kognitiv
	Teilnehmer strukturieren die Aufklärungsgespräche nach der Buchmetapher	Rollenspiel	shows how	psychomotorisch

Lernmöglichkeiten im Training (Themen)	Lernziele	Didaktische Methoden	Millerpyramide: knows, knows how, shows how, does	Bloom Taxonomie (1956): psychomotor, affektive, sozial, kognitiv
	Beobachter bewertet das Aufklärungsgespräch anhand der Buchmetapher	Rollenspiel	shows how	kognitiv
Miller Pyramide:		Bloomsche Taxonomie:		
knows	31	kognitiv		44
knows how	18	affektiv		17
shows how	21	psychomotorisch		18
does	13	sozial		1

Anhang N: Darstellung der Detailagenda der Intervention

Agenda des Kommunikationstrainings “APKIT”

Tag 1 (Medizinische Klinik, INF 410):

Zeiten	Themen	Raum
08.45 Uhr	Ankommen	Pforte
09.00 Uhr	Begrüßung und Einstieg ins Thema	SR725
09.40 Uhr	Umgang mit Emotionen (Theorie)	SR725
10.40 Uhr	Pause	SR708
11.10 Uhr	Umgang mit Emotionen (Praxis)	SR725
11.40 Uhr	Individuelle Videoauswertung und persönliche Zielsetzung (Praxis) (CIP-Pool)	SR252
12.20 Uhr	Mittagessen	SR708
13.20 Uhr	Analyse von Arzt-Patienten Gesprächen – Die Transaktionsanalyse (Theorie und Praxis)	SR725
14.50 Uhr	Pause	SR708
15.10 Uhr	Verbesserung der Therapietreue meiner Patienten (Theorie und Praxis)	Alle
16.30 Uhr	Umgang mit somatoformen Störungen (Theorie und Praxis)	Alle
17.20 Uhr	Abschluss des 1. Tages	SR725

Tag 2 (Medizinische Klinik, INF 410):

Zeiten	Themen	Raum
09.00 Uhr	Informationsvermittlung: Ein Problem von Dosis und Zeit (Theorie und Praxis)	SR725
9.45 Uhr	Schreiben eines Filmskripts (Praxis)	SR725
10.15 Uhr	Überbringung schlechter Nachrichten – Das SPIKES Modell (Theorie)	SR725
10.45 Uhr	Pause	SR329
11.15 Uhr	Überbringen schlechter Nachrichten (Praxis)	Alle
12.45 Uhr	Mittagessen	SR708
13.45 Uhr	Schwierige Gesprächssituationen (Teamkonflikt, Das Gespräch zu Dritt), (Theorie)	SR725
14.15 Uhr	Visitentraining (Praxis)	Alle
16.00 Uhr	Abschluss und Ausblick	SR725

Tag 3 (Medizinische Klinik, INF 410):

Zeiten	Themen	Raum
10.00 Uhr	Begrüßung und Kaffee	SR329
10.15 Uhr	Videoanalyse in Kleingruppen	Skillslabs HS
12.00 Uhr	Mittagessen	SR329
12.40 Uhr	Theorieinput und praktische Übungen	SR725
14.40 Uhr	Abschluss und Rückmeldungen	SR725
15.00 Uhr	Ende	SR725

10 Danksagung

Diese Arbeit durchlief einen sehr langen Prozess und hat viele Lebensveränderungen sowohl beruflich als auch privat mit erlebt. Dass sie beendet wurde, habe ich vor allem meinem Mann Norbert zu verdanken. Danke für Deine kleine Erpressung, die mich motiviert hat, mich auch über die Jahre immer wieder an den Schreibtisch zu setzen. Weiterhin habe ich großes Glück in meiner Familie sehr kluge, geduldige und äußerst liebenswerte Menschen zu haben. Ich möchte besonders Jens danken, der mir beim Strukturieren und Präzisieren meiner Gedanken geholfen hat und Felix, der nicht müde wurde Korrektur zu lesen und mich zu motivieren. Danken möchte ich auch meinem Freund Marcus, der mir beim Layout der Arbeit geholfen hat. Last but not least möchte ich mich bei meinen Projektbetreuern Prof. Dr. Jana Jünger, PD Dr. Jobst-Hendrik Schultz und Prof. Dr. Wolf Langewitz bedanken, die das Thema ermöglichten. Ein Thema das nach wie vor von unheimlicher Bedeutung ist, sowohl für die Patientensicherheit, als auch für das Wohlbefinden der Ärzte. Besonders zu erwähnen ist dabei PD Dr. Jobst-Hendrik Schultz, der mir Anregungen und Veränderungsvorschläge für die Arbeit gab. Ich bin ihm zu großem Dank verpflichtet. Es war mir eine Ehre und Freude zu gleich!

11 Eidesstattliche Versicherung

- §1 Bei der eingereichten Dissertation zu dem Thema: „*Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Kommunikationstrainings für internistisch tätige Ärztinnen und Ärzte in der postgraduellen Ausbildung*“ handelt es sich um meine eigenständig erbrachte Leistung.
- §2 Ich habe nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich keiner unzulässigen Hilfe Dritter bedient. Insbesondere habe ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken übernommene Inhalte als solche kenntlich gemacht.
- §3 Die Arbeit oder Teile davon habe ich bislang nicht an einer Hochschule des In- oder Auslands als Bestandteil einer Prüfungs- oder Qualifikationsleistung vorgelegt.
- §4 Die Richtigkeit der vorstehenden Erklärungen bestätige ich.
- §5 Die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung sind mir bekannt. Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit erkläre und nichts verschwiegen habe.

Ort und Datum, Unterschrift