

# Kommunikation: Kann man das lernen?

Adäquate und effektive Kommunikation ist ein essenzieller Bestandteil medizinischen Handelns. Die Auswirkungen der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten auf die Patientenversorgung sind vielfach belegt.<sup>1-3</sup> Der folgende Beitrag beschäftigt sich mit effizienten Strategien in der ärztlichen Kommunikation sowie mit der Vermittlung von technischen „skills“ für die Arzt-Patient-Kommunikation.

Ärztliche Kommunikation ist ein wesentlicher Bestandteil einer funktionierenden Arzt-Patient-Beziehung. Lehmann et al (2009)<sup>4</sup> zeigten beispielsweise in einer Längsschnittuntersuchung, dass sich unklare Kommunikationsverhalten (mangelnde Informationsvermittlung bezüglich Krankheit, Behandlung, Untersuchung, Diagnose, Prognose und Nebenwirkungen) maßgeblich auf die Lebensqualität von Krebspatienten auswirkt, und zwar persistierend über Jahre.

Direkte Zusammenhänge zeigten sich zwischen ärztlicher Aufmerksamkeit und Empathie sowie dem psychischen Befinden der Patienten, welches sich in Form von Angst, Depression, Ärger und Verwirrung ausdrücken kann. Gleichzeitig ist bekannt, dass klinische Erfahrung in der Regel nicht zwingend zu einer Steigerung kommunikativer Kompetenzen bei Ärzten führt.<sup>5</sup> Jedoch hat uns die Forschung der letzten Jahrzehnte gelehrt, dass die Kommuni-

kationsfähigkeit von Studierenden und Ärzten trainierbar und erlernbar ist.<sup>6-9</sup> Viele medizinische Fakultäten und Universitäten – wie die Medizinische Universität Wien – definieren mittlerweile die kommunikativen Kompetenzen als eine der Kernkompetenzen, die die Studierenden im Laufe ihres Studiums erwerben sollen.

## Worum geht es in der ärztlichen Kommunikation?

Einerseits geht es in der Medizin um das Einholen verlässlicher Informationen, die essenziell sind, um die richtige Diagnose stellen zu können, aus der sich dann eine adäquate Behandlung ableiten lässt. Andererseits müssen aber auch vielfach Informationen weitergegeben werden, wobei es hier darum geht, diese so zu vermitteln, dass sie beim Gegenüber auch ankommen, und so gegenseitiges Verständnis zu erreichen. Das zieht sich von

der Diagnosestellung über die Behandlung, Therapie und Rehabilitation bis hin zur Terminalität. Mittlerweile liegen Strukturierungshilfen vor, die beim Erwerb und bei der Anwendung der dafür nötigen Kompetenzen eingesetzt werden können.<sup>10, 11</sup>

Damit diese Modelle jedoch Wirkung zeigen können, ist zunächst immer die Klärung der Beziehung vorzunehmen. Das bedeutet, dass die Herstellung einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung unabdingbare Voraussetzung dafür ist, dass einerseits Informationen preisgegeben und andererseits auch aufgenommen werden. Damit das gelingen kann, muss der Mensch in den Fokus der Aufmerksamkeit gelangen.

## Wodurch zeichnet sich effektive Kommunikation aus?

Mittlerweile liegen viele Modelle vor, die zeigen, welche Fertigkeiten zum Gelingen effektiver Kommunikation beitragen. Weit verbreitet ist im deutschsprachigen Raum der „Calgary-Cambridge Guide“.<sup>12</sup>

Um effektiv kommunizieren zu können, bedarf es neben der klinisch-fachlichen Kompetenz noch weiterer wesentlicher Aspekte, wie etwa der Fähigkeit, eine tragfähige Arzt-Patient-Beziehung herzustellen, das Gespräch zu strukturieren und die Rahmenbedingungen förderlich zu gestalten. Zusammengefasst könnte man sagen, man benötigt eine gute Medizin, eine gute Be-

## KeyPoints

- Kommunikation kann man lernen.
- Konkretes Üben und konstruktives Feedback sind am effektivsten.
- Es geht nicht nur um das Trainieren von Fertigkeiten, sondern auch um die Entwicklung von Haltungen.
- Lehrende müssen für das Vermitteln kommunikativer Kompetenzen geschult werden.

ziehung, eine gute Gesprächsführung und gute Rahmenbedingungen.<sup>13</sup> In den letzten Jahren hat sich der Begriff der patientenzentrierten Kommunikation etabliert. Epstein et al (2007)<sup>14</sup> liefern dazu folgende Definition:

1. Ergründen und Verstehen der Patientenperspektive (Befürchtungen, Meinungen, Wünsche, Erwartungen, Bedürfnisse und Gefühle).
2. Wahrnehmen des Patienten innerhalb seiner soziokulturellen und psychosozialen Strukturen.
3. Anstreben einer Übereinstimmung bezüglich dessen, was das Problem des Patienten ist, und Auswählen einer Behandlung, die die Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt.

Anders formuliert geht es darum, die Sichtweise des Arztes und die des Patienten in Einklang zu bringen. Ärzte fokussieren sich auf die Erklärung der Erkrankung und Behandlung. Patienten hingegen sind mit der Bedeutung, die die Erkrankung für sie hat, ihren Informationsbedürfnissen, ihrem Bedürfnis, verstanden zu werden, und dem Wunsch, in die Entscheidungsprozesse miteinbezogen zu werden, beschäftigt. Effektive Kommunikation würde demzufolge bedeuten, beide Perspektiven zu beachten und mögliche Konflikte, die sich daraus ergeben, kommunikativ zu lösen.

**Wie kann Kommunikation am besten gelehrt und erlernt werden?**

Zunächst muss festgehalten werden, dass sich technische „skills“ (wie z.B. das Beenden eines Gesprächs) leichter erlernen lassen als emotionale Komponenten der Gesprächsführung.<sup>15</sup> Das liegt daran, dass es bei Letzterem nicht nur um das Einüben von Fertigkeiten geht, sondern vielmehr um die Reflexion eigener Einstellungen und Meinungen, was sich bekanntermaßen nicht trainieren lässt, sondern behutsam gefördert werden muss. Somit muss es in jedem Kommunikationstraining immer um beides gehen, zum einen um die Entwicklung von Fertigkeiten

(„skills“) und zum anderen um die Reflexion von Haltungen und Einstellungen („attitudes“).

Generell sollten Kommunikationstrainings für Studierende und Ärzte mindestens einen Tag (besser mehrere Tage) dauern und im Laufe des Curriculums (des Berufslebens) wiederholt angeboten werden. Die höchste Akzeptanz erreichen Unterrichtsformen, bei denen der Kommunikationsunterricht in den klinisch-praktischen Unterricht integriert wird und die Studierenden ihre erworbenen Kompetenzen zeitnah praktisch anwenden können.

Die Programme müssen lernerzentriert ausgerichtet sein und einen hohen Übungsanteil aufweisen. Der Einsatz verschiedener Methoden sowie detaillierte Aufgabenstellungen und Instruk-

tionen erhöhen die Wirkung des Unterrichtes.<sup>16</sup> Als am wirksamsten wird das konkrete Üben klinisch relevanter Gesprächssituationen in Kombination mit Feedback angesehen. Feedback beeinflusst die Verhaltensänderung nachhaltig.<sup>17-19</sup>

Häufig wird im Unterricht mit folgenden Methoden gearbeitet:

- Rollenspiel zwischen den Studierenden. Diese Methode fördert mithilfe der Übernahme der Patientenperspektive durch die Studierenden auch empathisches Verhalten.
- Üben von konkreten klinisch relevanten Gesprächssituationen im Rollenspiel mit Darstellern von Patienten, die den Studierenden (und Ärzten) unmittelbar Feedback zu ihrem kommunikativen Verhalten aus Patientenperspektive geben. Diese Methode ermöglicht eine sehr realistische Übungssituation, die sowohl das Trainieren kommunikativer Fertigkeiten ermöglicht als auch empathisches Verhalten fördert sowie

zu einer Zunahme von emotionaler Tiefe im Gespräch führt.<sup>20</sup> Im studentischen und auch postgraduellen Training kommunikativer Kompetenzen in klinisch herausfordernden Situationen hat sich mittlerweile der Einsatz von Schauspielpatienten an vielen Fakultäten und Universitäten etabliert. Diese Unterrichtsmethode soll hier anhand des „Wiener Gesprächsführungsmodells“ an der Medizinischen Universität Wien illustriert werden:

Der Unterricht erfolgt in Kleingruppen mit 10 Studierenden. Im Laufe des Studiums durchlaufen die Studierenden nach einer einführenden Vorlesung und praktischen Übungen zur Vorlesung drei Kommunikationscurri-

**„Viele medizinische Fakultäten und Universitäten – wie die Medizinische Universität Wien – definieren mittlerweile die kommunikativen Kompetenzen als eine der Kernkompetenzen, die die Studierenden im Laufe ihres Studiums erwerben sollen.“**



B. Hladschik-Kermer, Wien

cula im Ausmaß von je einer Wochenstunde. Das Erreichen der Lernziele wird mittels klinisch-praktischer Prüfungen (OSCE) überprüft. Pro Unterrichtseinheit führt ein Studierender ein Gespräch zu einer bestimmten Aufgabenstellung und klar definierten Lernzielen zu einem vorgegebenen Thema (vorgesehen sind im Curriculum Themen von der Anamnesebesprechung bis zur palliativen Situation) mit einem Schauspielpatienten. Während des Gesprächs sind die anderen Studierenden aktiv mit eingebunden und machen sich Notizen für das anschließende Feedback. Die Kriterien, wozu Feedback gegeben wird, werden vorher festgelegt, sodass jeder seine Aufgabe kennt und auch weiß, worauf er achten soll. Nach dem Gespräch reflektiert der Studierende, der das Gespräch geführt hat, seine Performance, indem er sich die Videoaufzeichnung seines Gesprächs anschaut. Dies fördert die Selbstreflexion, aber auch die Stärkung effektiver Strategien und die Identifikation kommunikativer Mängel.<sup>21</sup>



In der Zwischenzeit sammelt die Gruppe das Gruppenfeedback, welches Rückmeldungen zu konkretem Verhalten beinhaltet. Der Fokus liegt dabei auf folgenden Fragen: „Was soll der Studierende unbedingt beibehalten und warum? Durch welche Maßnahmen könnte der Studierende seine kommunikativen Kompetenzen optimal weiterentwickeln?“ Nachdem der gesprächsführende Studierende seine Selbstreflexion mitgeteilt hat, gibt der Schauspieler Feedback aus der Patientenperspektive. Diese Form des Feedbacks hat sich als sehr effektiv erwiesen, da die Studierenden dadurch unmittelbar eine Rückmeldung darüber bekommen, was ihr Verhalten beim Patienten bewirkt hat.<sup>21</sup> Abschließend erfolgt das Feedback durch die Peers. Häufig wird die Bedeutung des Gruppenfeedbacks von den Lehrenden unterschätzt,<sup>22</sup> dieses wirkt sich jedoch nachweislich auf die Einschätzung der eigenen kommunikativen Kompetenzen aus.<sup>23</sup> Das wiederum bedingt die Notwendigkeit, dass Lehrende die Studierenden bei der Entwicklung ihrer Feedbackkompetenz aktiv unterstützen. Generell wird Feedback von vielen Autoren als die am meisten verhaltensmodulierende Methode angesehen. Simulationstraining mit Schauspielpatienten kombiniert mit Feedback führt auch bei Ärzten mit praktischer Erfahrung zu einer Verbesserung ihrer kommunikativen Kompetenzen und zu einer Steigerung ihrer Selbstwirksamkeitserwartung.<sup>24</sup>

Damit der Kommunikationsunterricht seine optimale Wirkung entfalten kann, ist auch auf die Qualifikation der Lehrenden zu achten. Unterrichtserfahrung alleine reicht nicht aus, wenn es um das Vermitteln kommunikativer Kompetenzen im Kleingruppenunterricht geht. Der Mangel an „faculty development“ ist häufig eine der Ursachen dafür, dass Kommunikationsprogramme an medizinischen Universitäten nicht ihr volles Potenzial entfalten können.<sup>25</sup>

Deswegen wurde an der Medizinischen Universität Wien unter der Leitung der Autorin ein Qualifizierungsprogramm für Lehrende für den Kommunikationsunterricht etabliert, welches neben knappen Theorieinputs v.a. auf

praktisches Üben und die Hospitation des Unterrichts bei erfahrenen Lehrenden setzt. Je mehr Übungsmöglichkeiten die Schulung den Dozenten bietet, desto besser sind die Ergebnisse der Studierenden.<sup>26</sup> ■

## Literatur:

- <sup>1</sup> Stewart M: Effective physician-patient-communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995; 152: 1423-33
- <sup>2</sup> Ong LM et al: Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995; 40: 903-18
- <sup>3</sup> Fallowfield L et al: Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur J Cancer* 1999; 35(11): 1592-7
- <sup>4</sup> Lehmann C et al: Die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation für die psychische Belastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei Krebspatienten. Ein Literaturüberblick über den gegenwärtigen Forschungsstand unter besonderer Berücksichtigung patientenseitiger Präferenzen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2009; 59: e3-e27
- <sup>5</sup> Moore PM et al: Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer (Review). *The Cochrane Collaboration*. Published by John Wiley & Sons, Ltd. 2015
- <sup>6</sup> Aspergreen K: BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine. A review with quality grading of articles. *Med Teach* 1999; 21(6): 563-570
- <sup>7</sup> Kurtz S et al: Teaching and learning communication skills in medicine. 2nd edition, Oxford San Francisco: Radcliffe Publishing, 2004
- <sup>8</sup> Fallowfield L et al: Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomized controlled trial. *Lancet* 2002; 359(9307): 650-656
- <sup>9</sup> King A et al: „Best practice“ for patient-centered communication: a narrative review. *J Grad Med Educ* 2013; 5 (3): 385-393
- <sup>10</sup> Baile WF et al: SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5: 302-311
- <sup>11</sup> Langewitz W et al: Ärztliche Gesprächsführung. In: Buddeberg C. (Hrsg.): *Psychosoziale Medizin*. Springer, 2004; 373-4
- <sup>12</sup> Kurtz S et al: Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med* 2003; 78: 802-9
- <sup>13</sup> Sator M: Erkenntnisse aus der Sprachwissenschaft und Empfehlungen zur Umsetzung. Vortrag beim österreichischen Palliativkongress 2015
- <sup>14</sup> Epstein RM et al: Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering. Bethesda, MD, National Cancer Institute 2007. National Institutes of Health Publication 07-6225
- <sup>15</sup> Simmenroth-Nayda A et al: Do communication training programs improve students' communication skills? - A follow-up study. *BMC Research Notes* 2012; 5: 486 doi: 10.1186/1756-0500-5-486
- <sup>16</sup> Levinson JH et al: Clinical problem-solving. Hard to conceive. *N Engl J Med* 2010; 363(10): 965-70
- <sup>17</sup> Barrows HS: An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Acad Med* 1993; 68(6): 443-51; discussion 451-3
- <sup>18</sup> Greco M et al: Impact of patient feedback on the interpersonal skills of general practice registrars: results of a longitudinal study. *Med Educ* 2001; 35: 748-56
- <sup>19</sup> Norcini JJ: Peer assessment of competence. *Med Educ* 2003; 37: 539-543
- <sup>20</sup> Kelm Z et al: Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ* 2014; 14: 219
- <sup>21</sup> Berkhof M et al: Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns* 2011; 84: 152-162
- <sup>22</sup> Hattie J: *Visible Learning. A synthesis of over 800 meta-analyses relating to achievement*. New York: Routledge, 2008
- <sup>23</sup> Hladschik-Kermer B: Einfluss von Dozenten-Studierendenvariablen auf den subjektiven Lernerfolg und die Einstellung der Studierenden gegenüber dem Erwerb kommunikativer Kompetenzen. Unveröffentlichte Masterarbeit zum MME. Universität Heidelberg 2014
- <sup>24</sup> Nikendei C et al: Outcome of parent-physician communication skills training for pediatric residents. *Patient Educ Couns* 2011; 82: 94-99
- <sup>25</sup> Cowan DH et al: *Personal communication*. Ontario Cancer Treatment and Research Foundation. Toronto, Ontario, Canada: 1997
- <sup>26</sup> Gask L et al: Training general practitioners to teach psychiatric interviewing skills: an evaluation of group training. *Med Educ* 1991; 25(5): 444-51

Autorin:

Mag. Dr. Birgit Hladschik-Kermer, MME  
Zentrum für Public Health  
Institut für medizinische Psychologie  
Medizinische Universität Wien

E-Mail: birgit.hladschik-kermer@meduniwien.ac.at

■1519