

## IX. Lernkonzepte und Forschungseinrichtungen zur Förderung ärztlicher Kommunikationsfertigkeiten

Effektive Kommunikationsfertigkeiten sind für die klinische Praxis von zentraler Bedeutung. Die Vorteile, die sich daraus für das gesamte Gesundheitswesen ergeben, sind hinreichend dokumentiert.

In Amerika und England sind medizinische Verbände, Hochschulen und Forschungseinrichtungen zu der Einsicht gelangt, dass ein Kommunikationstraining für angehende Ärzte zu größerer Zufriedenheit bei den Patienten und damit zu einer strikteren Befolgung des Behandlungsplans durch die Patienten führe.

Das *General Medical Council* in Großbritannien stellte 1987 in seinen Empfehlungen für die medizinische Ausbildung fest, dass Kommunikationsfertigkeiten ein wesentlicher Bestandteil der Patientenversorgung sind und die Erhebung der Anamnese, die Einbeziehung des Patienten in die Behandlung und in Entscheidungsprozesse sowie Beratung und Unterstützung umfassen.

An der *St. Mary's Hospital Medical School* in London gehen die Bemühungen, Studenten in ärztlicher Gesprächsführung zu unterrichten, bis in die 70er Jahre zurück. Seit 1986 finden dort Kurse statt, in denen Medizinstudenten Kommunikationsfertigkeiten erlernen und trainieren sollen (vgl. McManus et al. 1993: 1323).

Der Ablauf des „Einführungskurses in Kommunikation“ für Studenten im ersten klinischen Jahr in *St. Mary's* ist folgendermaßen gegliedert: Zu Beginn wird die zentrale Rolle von Kommunikation für alle Bereiche der medizinischen Praxis betont. Die Studenten erfahren von Klinikern verschiedener Fachbereiche, wie wichtig erfolgreiche Kommunikation ist. Der erste Teil des Kurses besteht aus einem Tagesprogramm zu Beginn des Klinischen Jahres mit Vorlesung und kleinen Seminargruppen, das Verhaltensforscher und Kliniker verschiedener Fachrichtungen mit einbezieht. Im zweiten Teil, während des Semesters, nehmen die Studenten in kleineren Gruppen aktiv an Rollenspielen mit standardisierten Patienten, Videofeedback und kritischen Diskussionen teil. Die interaktive Auseinandersetzung mit der Problematik im Rollenspiel und in der Diskussion ist wichtig für den Verlauf des Kurses. Die Kursmethoden werden mit Hilfe einer abschließenden Bewertung durch die Studenten und Tutoren ständig verfeinert.

**Während wir in den ersten Jahren betonten, warum Kommunikationsfertigkeiten wichtig sind, scheinen die Studenten heute die Bedeutung von Kommunikation zu akzeptieren, und wir konzentrieren uns mehr auf die Frage, wie man kommuniziert. (ebenda)**

Während die Mehrheit der amerikanischen und britischen Medizinfakultäten heute in irgendeiner Form Kommunikation als Unterrichtsfach anbietet, findet man in Deutsch-

land bisher nur vereinzelte Ansätze zur Integration interpersoneller Kommunikation in das Medizinstudium.

Auch wenn die Theorie unverzichtbare Grundlage jeder wissenschaftlich begründeten ärztlichen Tätigkeit ist, so setzt doch die Durchführung einfacher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen eine gute praktische Ausbildung voraus.

Es ist bekannt, dass bei Studenten, die Fähigkeit mit dem Patienten zu reden, im Verlauf des Studiums immer mehr abnimmt. Deshalb können angehende Ärzte nur durch studienbegleitende Trainings und intensive Praxis mit wirklicher Kompetenz ausgestattet werden.

Die Suche nach Konzepten zwischenmenschlicher Kommunikation zur Herstellung tragfähiger Beziehungen und die Entwicklung geeigneter Methoden, diese Fertigkeiten wirksam zu vermitteln, ist das Ziel von Kommunikationstrainings. In Trainingsprogrammen und Seminaren zur Gesprächsführung werden abstrakte Vorstellungen wie „Was ist mit patientenzentriert gemeint?“, „Was muss ich tun, um einführend zu sein?“ oder „Wie erreiche ich, dass die Patienten mitarbeiten?“ in spezifische Verhaltensweisen, konkrete Handlungen und überprüfbare Fertigkeiten übersetzt, die sich leichter verstehen, befolgen, veranschaulichen, nachahmen und unterrichten lassen (vgl. Gordon 1995).

Mittlerweile gibt es eine Reihe verschiedener Unterrichtsmethoden, die in der Mehrzahl auf lerntheoretischen Prinzipien der Erwachsenenbildung basieren. Den von Aspegren evaluierten Trainingsmodellen ist gemein, dass die Kommunikation zwischen Arzt und Patient in spezifischen Situationen, wie Anamneseerhebung oder Patientenaufklärung, mit anschließendem Feedback geübt wird (vgl. Aspegren 1999: 565).

In den USA und Großbritannien hat sich das von Lipkin entwickelte Modell, das aus Elementen der zielorientierten Erwachsenenbildung und themenzentrierter Arbeit in Kleingruppen besteht, als eine Unterrichtsmethode bewährt.

Bevor das Modell und die lerntheoretischen Grundlagen, auf denen es basiert, skizziert werden, sollen zunächst einige der Institutionen vorgestellt werden<sup>12</sup>, die intensiv an der theoretischen Fundierung und Methodik des ärztlichen Kommunikationstrainings sowie an der Entwicklung von Lehrplänen und Unterrichtsprogrammen arbeiten.

---

<sup>12</sup> Um die Authentizität der *mission statements* und der Programme, die den hier vorgestellten Forschungseinrichtungen zu Grunde liegen, zu bewahren, wurden weitestgehend die englischen Originalauszüge verwendet.

## 1. Wissenschaftliche Institutionen

Die **American Academy on Physician and Patient** widmet sich seit 20 Jahren der Forschung, Ausbildung und Professionalisierung auf dem Gebiet der Arzt-Patient-Kommunikation und hat landes- und weltweit tausende in der Aus- und Weiterbildung tätige Lehrkräfte in ärztlicher Gesprächsführung geschult.

Ihre Mission ist die Verbesserung der Beziehung zwischen Arzt und Patient in der medizinischen Praxis. Ihre Vision ist eine „collaborative, relationship-centered healthcare“. Sie ist aus der von Lipkin 1978 mitbegründeten *Task Force on the Medical Interview* hervorgegangen und wurde 1993 offiziell als Akademie organisiert.

Ihr Ziel ist „to disseminate the practice of healthcare relationships and communication that integrate best medical practices with patients' and clinicians' values, needs, and choices. We anticipate an expanding role in the development of communications instruction programs at the undergraduate and postgraduate levels of medical training as well as in the world of our patients“. Die AAPP gilt als herausragende und zuverlässige Informationsquelle auf dem Gebiet der Arzt-Patient-Kommunikation.

Die Akademie hat ein auf Erfahrungen beruhendes, interaktives Model für den Unterricht von Kommunikationsfertigkeiten entwickelt und zahlreiche Lehrkräfte ausgebildet, die ihrerseits viele positive Veränderungen ihrer eigenen Ausbildungs-programme zu ärztlicher Gesprächsführung und humaner Patientenversorgung initiiert haben. Die Forschungstätigkeit, die 1986 mit der von Roter koordinierten *Collaborative Research Study of Communication Dynamics and the Physician-Patient Relationship* begann, hat seither kontinuierlich zukunftsweisende Forschungsbeiträge zur Beziehung und Kommunikation zwischen Arzt und Patient hervorgebracht.

**The Bayer Institute for Health Care Communication** wurde 1987 mit Unterstützung der pharmazeutischen Abteilung der Bayer Corporation mit dem Ziel gegründet, durch die Förderung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient eine Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung zu erreichen. Das Institut, das mit den renommiertesten Medical Schools verbunden ist, engagiert sich in der Forschung und Ausbildung und stellt jedes Jahr beträchtliche Forschungsgelder für Projekte auf diesem Gebiet in den USA und Nordamerika zur Verfügung. Höchste Priorität bei der Vergabe von Drittmitteln erhalten Projekte, die die Arzt-Patient-Kommunikation mit Hilfe von Video- und Tonbandaufnahmen messen. In Zusammenarbeit mit interdisziplinären Teams aus Wissenschaftlern und Medizinern wurden ein Lehrplan und *state of the art* Lehrmaterialien entwickelt.

In Workshops und Intensivkursen lernen die Teilnehmer, „dass effektive Kommunikation keine Option, sondern eine Notwendigkeit ist“. Das Institut hat seit seiner Gründung im Jahre 1987 mehr als 18 000 Ärzte ausgebildet. Die Ausbildungsprogramme sind ins Deutsche, Französische und Spanische übersetzt worden.

***The Foundation for Medical Excellence Northwest Center for Physician-Patient Communication*** wurde 1994 ins Leben gerufen und widmet sich der Qualitäts-optimierung der medizinischen Gesundheitsversorgung des an der Pazifikküste gelegenen Nordwestens der USA durch Ausbildung in und Erforschung der Arzt-Patient-Kommunikation. In Zusammenarbeit mit der *American Academy on Physician and Patient*, medizinischen Fakultäten, staatlichen Gesundheitsbehörden und Ärzteorganisationen, hat es sich die Stiftung zur Aufgabe gemacht, die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten zu optimieren, das ärztliche Wohlbefinden zu verbessern und die Qualität der medizinischen Versorgung zu erhöhen.

***The Macy Initiative in Health Communication*** fördert seit 1999 die Zusammenarbeit von drei der führenden *Medical Schools* in Amerika. Die *New York University School of Medicine* unter Federführung von Mack Lipkin, Jr., M.D., Professor of Medicine, die *University of Massachusetts School of Medicine* unter Mitwirkung ihres Dekans Aaron Lazare, M.D., und die *Case Western Reserve University School of Medicine* haben sich mit dem Ziel der Entwicklung neuer Trainingsprogramme zur landesweiten Förderung ärztlicher Kommunikationsfertigkeiten zusammengeschlossen.

Das Projekt, das mit 5.7 Millionen Dollar gefördert wird, begann mit der Aufstellung der für die medizinische Praxis kritischen Kommunikationsfertigkeiten, auf deren Grundlage jede der drei Fakultäten ein eigenes Kommunikations-Curriculum entwickelte, das später in den Gesamt-Lehrplan integriert werden soll.

Des Weiteren wird an einem Leitfaden für Studenten und Lehrbeauftragte gearbeitet, der dokumentieren soll, wie sich kommunikative Kompetenzen umsetzen und in den Lehrplan integrieren lassen. Unter Verwendung von OSCEs (*objective structured clinical exams*) wurde die Effektivität des Programms evaluiert. Diese Art der Prüfungen umfassten eine Serie von zehn Stationen, an denen eine Kontroll- und eine Interventions-Gruppe von Studenten vor und nach dem dritten Studienjahr ihre Kommunikationsfertigkeiten in der Interaktion mit standardisierten Patienten unter Beweis stellen mussten. Im ersten Jahr nahmen insgesamt 49 Studenten teil, deren Lernerfahrungen als positiv beschrieben wurden.

## **2. Lerntheoretische Grundlagen**

Das ärztliche Gespräch ist ein komplexer interpersoneller Prozess. Deshalb erfordert die Vermittlung von Gesprächsfertigkeiten qualifizierte Entscheidungen in puncto Kursinhalt und Lehrmethoden. Skeff et al. haben die für das Kommunikationstraining von Ärzten bedeutsamsten Lerntheorien zusammengestellt. Sie empfehlen die Einbeziehung der folgenden drei grundlegenden Lerngebiete: Einstellung, Wissen und Fertigkeiten (1995).

Die Lernpsychologie hat viele Theorien zum menschlichen Lernverhalten hervorgebracht und darüber, wie Menschen auf jedem der drei o.g. Gebiete lernen.

### **1. Einstellungen**

Einstellungen sind die positiven und negativen Bewertungen eines Objekts, die die Bereitschaft zu einem bestimmten Verhalten gegenüber diesem Objekt beeinflussen (vgl. Wilker 1994: 174).

Nach Eagly und Chaiken bestehen Einstellungen aus drei Komponenten: Wissen, Gefühlen und Verhaltensabsichten (vgl. Stahlberg und Frey 1996: 220).

Einstellungsänderungen bedeuten eine Umstrukturierung zumindest einer der drei Komponenten. Die Modifikation entweder des kognitiven (z.B. durch Aufklärung), des affektiven oder des verhaltensmäßigen Aspekts kann zu Veränderungen in den anderen Dimensionen führen (vgl. Wilker 1994: 175).

Ein erfolgreicher Kurs muss mehrere Einstellungen des Lernenden ansprechen. Über die Wahrnehmung der Kursrelevanz für die Bedürfnisse von Arzt und Patient lässt sich der Teilnahmewunsch des Lernenden positiv beeinflussen.

Des Weiteren hat die Lernbereitschaft des Lernenden, seine Interviewtechnik zu überprüfen und zu ändern, Einfluss auf die Effektivität des Kurses. Enthusiasmus und Begeisterung für die eigene Verbesserung fördern den Erwerb neuer Kommunikationsfertigkeiten.

Ein Kurs muss vor allem die ärztliche Einstellung in Bezug auf eine angemessene Rolle von Arzt und Patient im therapeutischen Prozess ansprechen. Ob der Arzt den Patienten lediglich als Empfänger medizinischer Versorgung oder als Mitarbeiter im Entscheidungsprozess sieht, kann das Gesprächsverhalten in wesentlichen Punkten, wie z. B. der Art der Fragen, der den Ansichten des Patienten gewidmeten Zeit, der Empfänglichkeit für Patientenkommentare als auch den Fokus auf bestimmte Themen, entscheidend beeinflussen.

Die Prinzipien der Bedürfnistheorie nach Maslow, die Theorie des Motiverwerbs nach McClelland und die Erwachsenenlerntheorie nach Knowles werden von Skeff et al. als relevant angesehen, um konstruktive Einstellungen der Teilnehmer im Kurs zu fördern.

Skeff et al. haben die praktische Relevanz der **Bedürfnistheorie** nach Maslow für den Teilnahmewunsch an einem Kurs über Gesprächsführung erkannt. Vor Kursbeginn sollte sowohl die Ansicht der Lernenden über die Notwendigkeit, Kommunikationsfertigkeiten in der Praxis einzusetzen, als auch darüber, welche Arten von Gesprächsinteraktionen als schwierig empfunden werden, eruiert werden.

Mediziner, die tagtäglich mit ineffizienten Krankenhausabläufen, Schlaflosigkeit und den vielen an sie gestellten Ansprüchen konfrontiert sind, werden einen Interview-Kurs als eine zusätzliche Verpflichtung empfinden, die auf den ersten Blick wenig Verbesserung für ihren Arbeitsalltag zu versprechen scheint. Der Kursinhalt kann durch die Anerkennung der wahrgenommenen Bedürfnisse der Teilnehmer intensiviert werden. Kontraproduktive Einstellungen können im Vorfeld verringert werden.

Die verschiedenen Prinzipien der **Motiverwerbtheorie** helfen Lehrern, die Motivation der Schüler zur Verbesserung der eigenen Kommunikationsfertigkeiten zu stimulieren. Sie kommen insbesondere dann zum Tragen, wenn Schüler mit dem gegenwärtigen Stand ihrer Fähigkeiten zufrieden sind, eine Verbesserung aber indiziert wäre.

Skeff et al. untersuchten 1983, wie Studenten und Assistenzärzte ihre kommunikativen Fähigkeiten einschätzen, mit dem Ergebnis, dass die Befragten ihre Fähigkeiten als sehr hoch bewerteten. Diese Daten wie auch die Ergebnisse vergleichbarer Studien sprechen dafür, dass Teilnehmer eines Kurses sich häufig bereits als effektive Interviewer sehen, die eigentlich kein weiteres Training benötigen.

Die Motiverwerbtheorie impliziert, dass die Motivation für ein bestimmtes Thema durch dessen Betonung positiv beeinflusst wird. Verschiedene Methoden werden eingesetzt, um die Bedeutung eines Themas für ein Individuum zu erhöhen. Selbststudium und Selbstbeobachtung legen die unterschwelligen Betrachtungen des Lernenden offen und können zur Veränderung motivieren. Die Lernenden sollen sich darüber klar werden, welche Vorstellung sie von der Rolle des Interviewers haben. Indem die Teilnehmer die eigene Philosophie verstehen, können sie die persönliche Bedeutung von Kommunikationsfertigkeiten und Wissen bestimmen, d.h. ein Motiv erwerben, das sie zur Erreichung ihrer persönlichen Ziele stimuliert und sie daran festhalten lässt.

Die Formulierung eigener Ziele kann die Motivation zur Verbesserung positiv beeinflussen. Ziel des Lernprozesses ist es, den persönlichen Gewinn der Veränderung zu er-

kennen. In diesem Zusammenhang ist die Unterstützung durch die Lerngruppe wichtig, die durch ein empathisches, gemeinschaftliches Klima Angst und Widerstand minimiert und durch positive Verstärkung zur Veränderung motiviert. Der Atmosphäre im Kurs kommt eine besondere Bedeutung zu. Denn das Lernen neuer Interviewtechniken kann mitunter einschüchternd wirken, da es eine genaue Selbstprüfung und -beobachtung voraussetzt.

Die **Theorie zum Lernverhalten Erwachsener** besagt, dass Erwachsene auf vorhergehende Erfahrungen als Motivationsquelle vertrauen und dass sie im Gegensatz zu subjektzentrierten eher durch problemzentrierte Lernansätze stimuliert werden. Dies impliziert, dass erfolgreiche Lehrmethoden die zuvor gemachten Erfahrungen nutzen und einen problemorientierten Ansatz wählen sollten, in dem der Lernende nicht nur im Mittelpunkt des Lernprozesses zur Verhaltensänderung steht, sondern auch die treibende Kraft ist.

Die zuvor beschriebenen Prinzipien der Verhaltensänderung betonen alle die Zentralität des Lernenden. Die Autoren weisen darauf hin, dass der Lehrer in den Unterricht nur eingreifen sollte, wenn er bei den Studenten Bedürfnisse wahrnimmt, die sie selber noch nicht realisiert haben, um sie zu befähigen, deren Relevanz zu erkennen.

## **2. Wissen**

Das Wissensfundament, über das ein Arzt verfügt, hat großen Einfluss auf seine Gesprächsmethoden. Sein Verständnis für ihren Einsatz und das Timing beeinflusst die Angemessenheit ihrer Verwendung im Gespräch.

Das pathophysiologische Wissen über klinische Krankheiten kann sich auch auf das Gesprächsverhalten auswirken. Die Art und die Reihenfolge der Fragen, die ein Arzt einsetzt, reflektieren seinen diagnostischen Gedankenprozess – das Hervorbringen und Testen diagnostischer Hypothesen. Auch das Wissen über Compliance-Raten für verschiedene Therapien und deren Ursachen beeinflusst die Linie der Fragen, um die Wahrscheinlichkeit der Compliance eines bestimmten Patienten mit der vorgeschriebenen Therapie einschätzen zu können. Deshalb ist es von so großer Wichtigkeit, dass Gesprächskurse Methoden des Wissenserwerbs einbauen. Nach Skeff et al. können die folgenden Theorien dazu einen wichtigen Beitrag leisten.

Den **Verhaltenstheorien** ist die Auffassung gemein, dass die aktive Bearbeitung von Lernmaterial zu einem besseren Lernergebnis führt. Die geistige Auseinandersetzung mit dem Material vergrößert dessen Bedeutung und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass es gelernt und behalten wird.

Auch die **Gestalt-Psychologen** argumentieren, dass Informationen besser vermittelt und behalten werden, wenn der Lernende nicht nur auswendig lernt, sondern, die Wirkungsprinzipien, die den im Unterricht vermittelten Phänomenen zugrunde liegen, auch versteht. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, den Lernenden aufzuzeigen, dass Kommunikationsmängel in der Arzt-Patient-Beziehung die Zufriedenheit der Patienten negativ beeinflussen und dazu führen, dass sich Patienten non-compliant verhalten.

Im Hinblick auf das Gesprächsverhalten erhöht das Wissen über den Zusammenhang verschiedener Kommunikationspraktiken mit dem Gesprächsergebnis die Wahrscheinlichkeit der Anwendung und Umsetzung geeigneter Kommunikationsmaßnahmen. Es ermöglicht dem Lernenden aus verschiedenen Kommunikationsstrategien eine geeignete auszuwählen.

Um den richtigen sprachlichen Zugang zum Patienten je nach Patientenreaktion und Bedürfnissen zu finden, kann der Lernende auf die Kenntnisse allgemeiner Regeln, seine Kreativität und sein Wissen über den Patienten zurückgreifen.

**Die Kognitive Psychologie** untersucht, wie Sinneswahrnehmungen umgewandelt, verarbeitet, gespeichert, abgerufen und benutzt werden. Sie hat spezifische Prozesse identifiziert, wie Informationen vom Kurzzeit- in das Langzeitgedächtnis verschoben werden. Um den Lernerfolg ihrer Schüler zu unterstützen, empfehlen Skeff et al. Lehrern den Einsatz folgender Techniken der Wissensspeicherung: 1) die Lernkonzepte in ähnliche Kategorien gruppieren, 2) geistige Bilder des zuvor gezeigten Materials visualisieren, 3) die Beziehung zwischen den Konzepten definieren und einüben.

Dieser Ansatz hilft Lernenden, die Beziehung sowohl zwischen mehreren Gesprächsmethoden als auch zwischen verschiedenen Gesprächsphasen zu erkennen. Die Autoren betonen, dass es in diesem Zusammenhang wichtig ist, die Informationen und Konzepte so darzustellen, dass deren praktische Relevanz für das Patienten-Gespräch deutlich wird.

### **3. Kommunikationsfertigkeiten**

haben großen Einfluss auf die Effektivität des Gesprächsprozesses. Deshalb widmen sich Kurse in besonderem Maße ihrer Vermittlung. Die Trennung zwischen Wissen und Kommunikationsfertigkeiten, d.h. zwischen *knowing that* und *knowing how*, ist nicht immer leicht zu ziehen. Das Wissen allein, dass offene Fragen am Anfang wichtig und geschlossene Fragen sinnvoll bei Themen wie Organsystem und Vorerkrankungen sind, bedeutet nicht notwendigerweise, dass jemand weiß, wie sie eingesetzt werden. Kurz gesagt: Das Wissen spiegelt nicht die Leistung, genauer das Kommunikationsverhalten im Gespräch wider.

Der Erwerb von Gesprächstechniken kann durch die Einbeziehung **behavioristischer Prinzipien** wie Übung und Feedback intensiviert werden. Da der Erfolg und das Behalten des Gelernten höher sind, wenn die Kurseinheit über mehrere Tage verteilt ist, sollte das Üben motorischer sowie komplexer sozialer Verhaltensfertigkeiten nicht in eine Einzelsitzung gezwängt werden, sondern über einen längeren Zeitraum sichergestellt werden. Es ist wichtig für den Lernenden, Informationen über die Korrelation seiner Art der Darstellung mit dem zuvor definierten Verhalten zu erhalten. Ein etwas zeitversetztes Feedback erhöht die Objektivität des Teilnehmers, er wird die Analyse seines Verhaltens weniger defensiv verfolgen.

Die **Theorie des sozialen Lernens** legt nahe, dass der Lernende durch *Modeling* (Formen) besser versteht und Fertigkeiten erwirbt. Es gibt drei Arten des Formens: symbolisch (*symbolic*), nachempfindend (*vicarious*) und teilnehmend (*participant*). *Symbolic Modeling* bezeichnet den Prozess der kognitiven Visualisierung, d.h. über eine Episode nachzudenken, ohne sie tatsächlich vorgeführt zu bekommen. *Vicarious Modeling* entsteht, wenn andere Teilnehmer beobachtet werden, wie sie ein bestimmtes Verhalten ausführen. *Participant Modeling* bezieht sich auf das Vorführen eines bestimmten Verhaltens durch den Teilnehmer selbst. Das Üben eigener Fertigkeiten wird als effektivste Lernmethode eingestuft. Die beiden ersten Methoden sind sinnvoll, um zu lernen, wie ein Verhalten ausgeführt wird.

Nach Ansicht von Carroll et al. können die von Verhaltens- und Sozialwissenschaftlern gewonnenen Erkenntnisse bezüglich Entwicklung und Lernverhalten von Erwachsenen für die Vermittlung interpersoneller Kommunikationsfertigkeiten nutzbar gemacht werden (vgl. Carroll, Lipkin, Nachtigall, Weston 1995: 388 ff.).

Den Lernprozess als eine Hierarchie von Entwicklungsstufen zu begreifen ist nach Ansicht der Autoren für den Kommunikationsunterricht deshalb so wertvoll, weil die Rolle des Lehrers neu definiert wird. Die Aufgabe eines Lehrers ist es, sowohl die Schüler zu motivieren, die höchstmögliche Stufe zu erreichen, als auch die persönliche Entwicklung zu unterstützen.

Die Entwicklungsperspektive erkennt die berufliche und die persönliche Entwicklung des Studenten an. „Arztsein“ ist mehr als die Anhäufung von Wissen und Fertigkeiten. Die persönlichen Veränderungen sind verankert in der beruflichen Entwicklung und beide nehmen Einfluss aufeinander.

Sie leitet unser Verständnis für Kommunikationsprobleme von Ärzten und Patienten. Denn viele der Schwierigkeiten, die Studenten in ihrer Ausbildung erfahren, stehen in engem Zusammenhang mit ihrer persönlichen Entwicklung und betreffen Probleme wie Identität und Intimität oder sind auf ungelöste Entwicklungsprobleme zurückzuführen.

Ausgehend von der Entwicklungsperspektive haben Carroll et al. eine Hierarchie medizinischer Kommunikationsfertigkeiten entwickelt und entsprechende Lernaufgaben für deren Erwerb erarbeitet. Das vorgeschlagene Modell entspricht einem linearen Prozess, in dem jede Aufgabe die Voraussetzung für die nächste bildet. Es wird erwartet, dass der Lernende erst grundlegende Fertigkeiten zur Erhebung der Krankengeschichte beherrscht, um fortgeschrittene Aufgaben zu bewältigen, wie ein diagnostisches Interview führen, den Patienten aufklären oder anleiten. Die Hierarchie ist normativ, d.h. die Studenten durchlaufen innerhalb derselben Sequenz die Aufgaben in der festgelegten Reihenfolge.

Die folgende Tabelle gibt eine von Weston und Lipkin entworfene Aufgabenhierarchie zur Entwicklung ärztlicher Gesprächskompetenz wieder (Carroll et al.1995: 390).

Tab. 2: **Stufenplan ärztlicher Aufgaben zur Entwicklung kommunikativer Kompetenz nach Weston und Lipkin**  
(eigene Übersetzung)

<b>Ärztliche Aufgaben</b>	<b>Kommunikationsfertigkeiten</b>
1. Erhebung der Krankengeschichte	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hervorbringen und Aufzeichnen von Daten</li> <li>◦ Einsatz grundlegender Fragetechniken</li> <li>◦ nach zusätzlichen Informationen forschen</li> <li>◦ unbeschwerter Umgang mit sensiblen Themen</li> </ul>
2. Ein diagnostisches Gespräch führen	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Einsatz offener Fragetechniken</li> <li>◦ auf den Patienten, nicht nur auf die Krankheit konzentrieren</li> <li>◦ sich auf einen Dialog einlassen</li> <li>◦ Einsatz klinischer Expertise, um wichtige Informationen nicht zu verpassen</li> <li>◦ empathisches Zuhören</li> </ul>
3. Den Patienten informieren und bilden	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ relevante Informationen klar und verständlich präsentieren</li> <li>◦ Informationen kohärent organisieren</li> <li>◦ das Verstehen des Patienten sicherstellen</li> </ul>
4. Verantwortung für die Versorgung des Patienten übernehmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Verantwortung übernehmen</li> <li>◦ eine umfassende Behandlung sicherstellen</li> <li>◦ auf die Sorgen des Patienten eingehen</li> <li>◦ Gefühle und Empfindungen besprechen</li> <li>◦ ein Gefühl von Teamarbeit fördern</li> </ul>
5. Zusammenarbeit mit dem Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Kommunikationsfertigkeiten der Zusammenarbeit und Verhandlung einsetzen</li> <li>◦ die Bedürfnisse des Patienten mit einbeziehen</li> </ul>
6. Mit schwierigen Situationen und Personen umgehen	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ direkt kommunizieren anstatt zu vermeiden</li> <li>◦ Strategien für schwierige Patienten vorbereiten</li> </ul>
7. Ein fähiger und kompetenter Arzt werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ das Beherrschen biotechnischer und interpersoneller Fertigkeiten kombinieren</li> <li>◦ eine offene, professionelle und fürsorgliche Beziehung zum Patienten entwickeln</li> <li>◦ Vertrauen und Zuversicht aufrechterhalten</li> </ul>

### 3. Das Lipkin-Model

Aufbauend auf den zuvor beschriebenen lerntheoretischen Grundlagen und seinen Erfahrungen als Lehrer und Lernender entwickelte Lipkin ein Lehr- und Lernmodell für den Kommunikationsunterricht (vgl. Lipkin 1995: 422 ff.).

Im Kurs sollen die Teilnehmer sowohl ihre kommunikativen Fähigkeiten verbessern und neue Fertigkeiten erwerben als auch Methoden zur ihrer Vermittlung kennenlernen. Sein Ansatz integriert Prinzipien des problemorientierten und schülerzentrierten Lernens in Kombination mit menschlichen Werten wie positive Wertschätzung für andere und Veränderung durch Bewusstwerdung. Der Lehrer fungiert als *facilitator (Moderator)*, d.h. er bietet seine Hilfe an und unterstützt die Schüler bei der Formulierung ihrer Ziele. Zu den Eigenschaften eines guten Moderators zählen Aufrichtigkeit, Akzeptanz, und ein empathisches Verständnis für den Schüler.

Durch aktive Mitarbeit werden die Teilnehmer zur Auswahl und Bearbeitung eigener Projekte angeregt. Dies weckt ihr Interesse und vermittelt ein Gefühl der Verantwortung für den eigenen Lernerfolg. Sie lernen in kleinen Gruppen miteinander und voneinander. Dies fördert Kreativität und eigenes Denken. Gelernt wird mit Hilfe von standardisierten Patienten, Rollenspielen, Video-Aufzeichnungen und Lesematerial. Im Kurs werden auch die Gefühle und Emotionen der Studenten gegenüber den Patienten angesprochen. Die Kurse werden in Formaten von 2,5 und 5 Tagen angeboten und setzen sich aus vier Hauptaktivitäten zusammen:

**Didaktische Sitzungen** bestehen aus Vorlesungen, Seminaren und Workshops.

In **Interview Skills Groups** erarbeiten vier oder fünf Teilnehmern unter Anleitung eines Lehrers Gesprächs- und Unterrichtsfertigkeiten in interaktiven Kommunikationssituationen. Die Kombination von Eigenverantwortung, einer hohen Erfolgserwartung und Zeitvorgaben soll die Lernenden zu einer durchdachten Auswahl und erfolgreichen Durchführung ihrer Lernaktivitäten anregen. Unter Verwendung von standardisierten Patienten, Rollenspielen und Video-Aufzeichnungen entwickeln und verfeinern die Teilnehmer ihre Fertigkeiten gemäß der zuvor wahrgenommenen eigenen Schwächen und Stärken im Sprechen und Unterrichten.

In zusätzlichen **Self-Awareness Sessions**, Sitzungen zur Selbst-Bewusstwerdung, treffen sich zwei *Interview Skills Gruppen* 1,5 bis 2 Stunden pro Tag, um die Gefühle, die während des Kurses und in den außerhalb stattfindenden Aktivitäten aufgetaucht sind, zu besprechen. Dieses Nachdenken verbessert die eigene Patientenbetreuung und die pädagogischen Fertigkeiten, weil es die Teilnehmer für die Gefühle anderer sensibilisiert (Lipkin 1995: 430).

In **Project Groups** erarbeiten Einzelne oder Gruppen von Lernenden ein Projekt zu einem Thema ihrer Wahl selbständig. Dies fördert die Konsolidierung des Gelernten und die kreative Auseinandersetzung und Bewältigung der gestellten Aufgabe. Balint-Gruppen, Somatisierung, Selbstschutz, Unsicherheit, Alkoholismus sind übliche Themen. In diesen Gruppen kommen Individuen mit ähnlichen Interessen zusammen, Unter Verwendung einer Vielzahl unterschiedlichster Medien und Genre stellen die einzelnen Gruppen ihre Ergebnisse am letzten Tag dem ganzen Kurs vor.

Kriterien zur Evaluation sollen die Teilnehmer eigenständig in der Diskussion mit dem Moderator erarbeiten. In der Einführungsperiode werden die Lernenden angeleitet, Erfolgsstandards festzusetzen, anhand derer sie ihren Fortschritt bewerten können.

Ein konsistentes Ergebnis der Evaluation in den Kursen ist, dass im Verlauf des Kurses die Standards der Schüler stiegen, während die Bewertung der eigenen Fertigkeiten sank (vgl. ebenda: 431).

Das Lipkin Model lässt sich auf unterschiedliche Ausbildungssituationen anwenden. Die Methode wird von den Autoren in jedem Ausbildungsstadium angewandt, von Studenten bis hin zu Professoren und Dekanen. Je nach Zielgruppe und Lehrplan wird das Kurskonzept als Blockveranstaltung über einige Tage oder als Semesterveranstaltung über mehrere Wochen angeboten. Das Lipkin-Model gilt in Fachkreisen als eine anerkannte Unterrichtsmethode, die international Anwendung findet.

In England wurden in einem zweieinhalbjährigen Pilotprojekt 178 onkologisch tätige Ärzte in 1,5- bzw. 3-tägigen Fortbildungskursen nach einem modifizierten Lipkin-Modell in ärztlicher Kommunikation geschult. Ziel war es, Kenntnisse und Einstellung zum medizinischen Interview zu prüfen und zu vertiefen und die persönlichen Kommunikationsfähigkeiten zu verbessern.

Fallowfield, fand heraus, dass lediglich 35% aller Kursteilnehmer während des Studiums Kommunikationsunterricht erhalten hatten. Die Kenntnisse dieser Minderheit stammten überwiegend aus privater Lektüre und wurden als mangelhaft eingeschätzt. Nur 19% verfügten über eine Fortbildung, die allerdings als wenig effektiv eingestuft wurde.

Nach dem Kurs berichteten die Ärzte, ihre Einstellung zum Patienten sowie eine krankheitszentrierte Gesprächsführung zugunsten einer patientenorientierten Kommunikation geändert zu haben. Durch gesteigerte Selbstwahrnehmung habe sich das eigene Verhalten erheblich verändert. Teilnehmer der 3-tägigen Schulung gaben diesen Wandel häufiger an als Teilnehmer des 1,5-tägigen Kurses (vgl. Fallowfield 1998).

#### 4. Die Konzeption der Anamnese-Gruppen

Um die defizitäre Ausbildungssituation in ärztlicher Gesprächsführung im Studium auszugleichen, haben Medizinstudenten hierzulande – gewissermaßen als studentische Selbsthilfe – sogenannten Anamnese-Gruppen gegründet. In ihnen sollen die Medizinstudenten unter Beratung durch studentische Tutoren, die in der Gruppenarbeit bereits Erfahrung haben, lernen, mit Patienten zu sprechen. Freiwillig treffen sich die Teilnehmer einmal wöchentlich in einem Klinikum, um eine patientenorientierte Anamnese ohne körperliche Untersuchung bei Patienten verschiedener Fachrichtungen zu erheben. Eine Anamnese-Gruppe besteht aus acht bis zwölf Teilnehmern und zwei studentischen Tutoren. Sie sind Teil der Gruppe, organisieren die Rahmenbedingungen und können lenkend, beobachtend und schützend in die Diskussion eingreifen. Anamnese-Gruppen sind „peer groups“, d.h. es gibt keine Dozenten oder Arbeits- und Themenvorgaben. Die Arbeitsweisen und Zielvorstellungen entwickeln sich in der, bzw. durch die Gruppe selbst, bis auf einige Rahmenbedingungen.

Ein Anamneseabend besteht aus der Anamneseerhebung und der anschließenden Diskussion und dauert ca. zwei Stunden. Die Anamnese wird von einem Teilnehmer geführt, während die anderen Gruppenmitglieder zuhören und beobachten. Sie besteht im Idealfall aus allgemeiner, medizinischer, biographischer, familiärer und psychosozialer Anamnese. Nach Beendigung der Anamnese findet die anschließende Diskussion ohne den Patienten statt. Die Themen ergeben sich meist direkt aus dem vorangegangenen Gespräch, aufgrund der Persönlichkeit des Patienten sowie der Gesprächsführung

Jede Anamnese ist anders und variiert je nach Situation, Möglichkeiten und Zielsetzung. Sie kann symptomatisch oder eher ganzheitlich ausgerichtet sein. Die Anamnese-Gruppe soll die Möglichkeit zur Selbstreflexion bieten. Es gehört zur Philosophie des Kurskonzepts, dass der Weg zur Meisterschaft in der Kunst des Gesprächs über das Gespräch mit sich selbst führt.

Die Teilnehmer sollen lernen, dass

- der Arzt kein neutraler Beobachter ist, sondern seine Reaktionen auf den Patienten als diagnostisches Instrument zu verstehen sind.
- die Gefühle, mit denen man auf den Patienten reagiert, das eigene Verhalten beeinflussen.
- das eigene Verhalten eine positive oder negative therapeutische Funktion hat.

Nach ihrer Definition und der von mir gemachten Erfahrung entspricht die Anamnese-Gruppe einer Selbsterfahrungsgruppe, wie sie auch im Lipkin-Modell u.a. zur Förderung von Wahrnehmung und Reflexion eingesetzt wird.

An den Gruppentreffen nehmen meist Studenten teil, die noch ganz am Anfang ihres Studiums stehen. In der Regel besuchen sie ein Semester lang regelmäßig eine Gruppe und haben in dieser Zeit einmal die Gelegenheit, eine komplette Anamnese zu erheben. Die Teilnehmer werden also mit der Beherrschung des gesamten Gesprächsablaufs auf einmal konfrontiert, während die funktionelle Aufteilung im Lipkin-Modell nach einzelnen Funktionen den Studenten die Möglichkeit gibt, die Aufgaben des Gesprächs eine nach der anderen beherrschen zu lernen. Da die Teilnahme an einer Anamnese-Gruppe fürs Studium nicht anerkannt wird und das Arbeitspensum im Verlauf des Studiums wächst, bleibt die Teilnahme meist auf ein Semester beschränkt. Eine Definition und Diskussion des Lernziels zu Beginn der Veranstaltung wird nach Ansicht von Thure von Uexküll in den Anamnese-Gruppen zu sehr vernachlässigt. Uexküll zufolge ist das Lernziel auch nicht das Erlernen einer Gesprächs- oder Interviewtechnik. Darüber sollen sich die Studenten in Büchern selber informieren. Da in den Anamnese-Gruppen keine Verhaltensmuster definiert werden, die als Standard für die Bewertung des gezeigten Gesprächsverhaltens herangezogen werden können und keine Kommunikationsgrundlagen oder -techniken vermitteln werden, ist der Erwerb kommunikativer Kompetenz aus meiner Sicht als gering zu bewerten.

Die nachfolgende Tabelle fasst die von Skeff et al. als bedeutsam für den Kommunikationsunterricht eingestuften Lerntheorien noch einmal in einer Übersicht zusammen und stellt deren Umsetzung im Lipkin-Modell als auch in der Anamnese-Gruppe einander vergleichend gegenüber.

Tab. 3:

### Die Umsetzung lerntheoretischer Grundlagen im Kurs-Modell nach Lipkin und in der Anamnese-Gruppe

Lerngebiete	Lerntheorien	Umsetzung im Lipkin-Modell	Umsetzung in der Anamnese-Gruppe
<p><b>Einstellung</b></p> <p>Die Haltung des Arztes hat entscheidenden Einfluss auf Inhalt und Verlauf des Gesprächs mit dem Patienten.</p>	<p><b>Bedürfnistheorie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relevanz der Hierarchie wahrgenommener Bedürfnisse</li> <li>- Teilnahmewunsch beeinflusst Kurseffektivität</li> <li>- Wahrnehmung der Kursrelevanz beeinflusst Bereitschaft zur Verhaltens- u. Einstellungsänderung</li> <li>- Begeisterung für Selbst-Verbesserung fördert Erwerb neuer Fertigkeiten</li> </ul> <p><b>Motiverwerbstheorie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Betonung eines Themas beeinflusst Motivation</li> <li>- Selbststudium /Selbstbeobachtung legen die zugrundeliegenden Einstellungen offen</li> <li>- durch Erkennen der Bedeutung erwirbt der Schüler ein Motiv, dass ihn zur Erreichung persönlicher Ziele motiviert</li> </ul>	<p>Selbsterfahrungsgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vorherige Einstellung feststellen</li> <li>- Kursrelevanz herausarbeiten</li> <li>- Feststellen, welche Gesprächsinteraktionen als schwierig empfunden werden, welchen Wert Kommunikationsfähigkeiten für die eigene Praxis haben</li> </ul> <p>- Feststellen der Einstellung gegenüber den Rollen von Arzt und Patient</p> <p>- Anregung zu Selbststudium und Formulierung eigener Ziele</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- freiwillige Teilnahme (keine Anerkennung fürs Studium)</li> <li>- die Bedeutung von Kommunikation wird nicht explizit herausgestellt</li> <li>- vorherige Einstellungen werden nicht erfasst</li> <li>- keine Bewusstwerdung über Rollenverteilung</li> <li>- eigene Einschätzung des Kommunikationsvermögens wird mit Fragebogen erfasst</li> </ul> <p>Studenten werden angeregt, den Kurs selbst zu gestalten</p>
<p><b>Wissen</b></p> <p>Das Wissensfundament, über das ein Arzt verfügt, beeinflusst dessen Gedankenprozess (das Hervorbringen und Testen diagnostischer Hypothesen) und hat Einfluss auf seine Fragemethoden und sein Gesprächsverhalten.</p>	<p><b>Erwachsenenlerntheorie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erwachsene vertrauen auf Erfahrungen als Motivationsquelle</li> <li>- Beschäftigung mit bereits Erlebtem unterstützt Identifizierung mit dem Inhalt</li> <li>- Zentralität des Lernenden</li> </ul> <p><b>Behaviorismus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aktive Auseinandersetzung mit dem Lernmaterial führt zu besseren Ergebnissen</li> </ul> <p><b>Gestaltpsychologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die perzeptionelle Darbietung visueller Informationen beeinflusst Wiedererkennen und Behalten</li> <li>- das Verstehen wesentlicher Kommunikationsprinzipien und ihrer Ergebnisse erhöht die Wahrscheinlichkeit ihrer praktischen Umsetzung im Gespräch und der Auswahl der richtigen Kommunikationsstrategie</li> </ul> <p><b>Kognitive Psychologie</b></p> <p>beschäftigt sich mit der Informationsverarbeitung von Sinneswahrnehmungen und Techniken zur Wissensspeicherung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfahrungen nutzen</li> <li>- problemorientierten Ansatz wählen</li> <li>- selbstgesteuertes Lernen ermöglichen</li> </ul> <p>- Projektgruppen fördern die aktive Auseinandersetzung mit dem Gelernten</p> <p>- Einsatz visueller Hilfsmittel</p> <p>- Darstellung zugrundeliegender Prinzipien</p> <p>Seminare zur Wissensvermittlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lernkonzepte zu ähnlichen Kategorien zusammenfassen</li> <li>- Ideen visualisieren</li> <li>- Beziehungen zwischen Konzepten definieren</li> <li>- Informationen in praxisrelevanten Kontext einbinden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tutoren nehmen sich zurück</li> <li>Studenten sollen den Kurs selbst gestalten</li> <li>- Artikel zur Erhebung der Anamnese sowie zur Philosophie der Anamnese-Gruppen wird nicht gemeinsam besprochen</li> <li>- Artikel über Anamnese enthält graphische Darstellung, ansonsten werden keine visuellen Mittel verwendet</li> <li>- zugrundeliegende Kommunikationsprinzipien werden nicht vermittelt</li> <li>- Literatur ist nicht auf dem neuesten Stand der Forschung</li> <li>- Die Gruppe denkt über praxisrelevante Beispiele, Situationen und Formulierungen nach</li> </ul>
<p><b>Fertigkeiten</b></p> <p>haben großen Einfluss auf die Effektivität des Interviewprozesses.</p>	<p><b>Behaviorismus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Übung und Feedback erhöhen Lernerfolg</li> <li>- Verteilung des Unterrichts auf mehrere Tage intensiviert Ergebnis</li> <li>- Feedback informiert Lernenden über Korrelation seiner Darstellung mit zuvor definiertem Verhalten</li> </ul> <p><b>Soziale Lerntheorie</b></p> <p>Formen (Modeling) fördert Verständnis und die Annahme von neuen Verhaltensarten ; es gibt drei Techniken: symbolisch <i>vicarious</i> (nachempfindend, stellvertretend) teilnehmend</p>	<p>Interview-Skills-Groups</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- situativ angemessenes Verhalten definieren</li> <li>- Üben von Fertigkeiten ermöglichen</li> <li>- Feedbacktechniken einsetzen</li> </ul> <p>Modeling/Formen</p> <p><u>Symbolisch</u>: Nachdenken/Visualisieren ohne zu beobachten</p> <p><u>Nachempfindend</u>: andere werden beobachtet</p> <p><u>Teilnehmend</u>: Vorführen eines bestimmten Verhaltens</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- jeder Student erhebt die Anamnese</li> <li>- in Feedbackrunden erhalten die Studenten Informationen über ihr Gesprächsverhalten, hierbei handelt es sich um persönliche Meinungen, kein Bezug zu vorher definiertem Verhalten.</li> </ul> <p>Die Anamnese-Gruppe integriert wenig Visualisierungstechniken,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- viele Beobachtungsaufgaben</li> <li>- aktive Vorführung der gesamten Anamnese ohne Vorgabe klar definierter Verhaltensmuster</li> </ul>