

# Evaluation eines zweijährigen Curriculums in Psychosozialer und Psychosomatischer Medizin – Umgang mit Emotionen und patientenzentrierter Gesprächsführung

## Evaluation of a Two Year Curriculum in Psychosocial and Psychosomatic Medicine – Handling Emotions and Communicating in a Patient Centred Manner

### Autoren

Wolf A. Langewitz<sup>1</sup>, Hans-Peter Edlhaime<sup>2</sup>, Claudia Höfner<sup>2</sup>, Alexandra Koschier<sup>2</sup>, Matthias Nübling<sup>3</sup>, Anton Leitner<sup>4</sup>

### Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet

### Keywords

- psychosocial medicine
- evaluation
- RIAS
- emotion
- patient-centred communication

### Zusammenfassung

Psychosomatische Betreuung in der Grundversorgung hat das Ziel, Patienten in ihren Anliegen umfassend wahrzunehmen. Dabei hilft eine patientenzentrierte Gesprächsführung. Im Rahmen des zweijährigen postgradualen Weiterbildungslehrganges „Psychosomatische Medizin“ der NÖAK (Ärztchamber für Niederösterreich) an der Donau-Universität Krems werden die entsprechenden Techniken vermittelt. Die Analyse von 120 Videoaufnahmen (30 Teilnehmer, je zwei Videos prä- und postinterventorisch) mit einem modifizierten Roter Interaction Analysis System (RIAS) zeigt, dass es Lehrgangsabsolventen in postinterventorischen Gesprächen mit simulierten Patienten besser gelingt, Techniken der patientenzentrierten Kommunikation und des professionellen Umgangs mit Emotionen einzusetzen: Anteil an Gesamtaussagen in den Gesprächen: von  $9,78 \pm 3,5$  auf  $13,56 \pm 4,7$  (ANOVA mit Messwiederholung:  $p < 0,001$ ). Sie ermöglichen Patienten längere Abschnitte nicht unterbrochener Rede im Sinne eines Narrativs: von  $1,76 \pm 1,4$  auf  $2,47 \pm 2,3$  Äußerungen ( $p < 0,001$ ).

### Abstract

Psychosomatic Medicine is aiming at a comprehensive understanding of patient's requests. This requires patient-centred communication. During the two-year course for "Psychosomatic Medicine" of the Lower-Austrian Medical Chamber at the Danube-University Krems relevant techniques are trained. This paper reports on the analysis of 120 video-consultations with simulated patients (30 participants, two per participant before and after the training) using a modified version of the Roter Interaction Analysis System (RIAS). Results show a considerable increase in participant's ability to respond to emotional utterances and to use techniques of patient-centred communication: percentage of appropriate utterances related to the sum of all utterances: from  $9.78 \pm 3.5$  to  $13.56 \pm 4.7$  (ANOVA with repeated measures:  $p < 0.001$ ). Furthermore, participants allow patients longer stretches of uninterrupted speech: increase from  $1.76 \pm 1.4$  to  $2.47 \pm 2.3$  utterances ( $p < 0.001$ ) helping them into a narrative style of conversation.

eingereicht 7. Juli 2009  
akzeptiert 4. März 2010

### Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1251980>  
Online-Publikation: 16.6.2010  
Psychother Psych Med 2010; 60: 451–456  
© Georg Thieme Verlag KG  
Stuttgart · New York  
ISSN 0937-2032

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. Wolf A. Langewitz, MD**  
Universitätsspital Basel  
Psychosomatische Medizin  
Hebelstraße 2  
4031 Basel  
Schweiz  
wlangewitz@uhbs.ch

### Einleitung

Behandlungserfolg und Behandlungszufriedenheit von Patienten und Patientinnen hängen neben dem fachlichen Wissen der behandelnden Fachleute auch davon ab, inwieweit das soziale Umfeld und das psychische Erleben der Patienten berücksichtigt werden, in welche die Erkrankung eingebettet ist [1]. Die Fokussierung in Aus- und Fortbildung auf technische Kompetenz in Diagnostik und Behandlung wird den Anforderungen nicht gerecht, die sich aus der Behandlung von chronischen, chronisch rezidivierenden und alltäglichen Leiden ergeben. Dieses Defizit wird sowohl von Patienten als auch von Ärzten so wahrgenommen [2].

Neue Ziele in den Ausbildungscurricula für Medizinstudenten tragen dem Rechnung. Es wird immer mehr Gewicht auf fundierte Kenntnisse in der Gestaltung einer professionellen Beziehung zwischen Arzt und Patient gelegt [3,4]. Auch im Bereich der postgradualen Weiterbildung sind Interventionsprogramme beschrieben, die die Gesprächskompetenz von Fachleuten verbessern sollen. In diesen Arbeiten werden quantitative (z.B. [5,6]) und qualitative Methoden (z.B. [7]) eingesetzt, um die Arzt-Patient-Interaktion und allfällige Interventionseffekte zu beschreiben. Eine repräsentative Übersichtsarbeit (Cochrane Review) zeigt, dass sich die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten im Sinne einer mehr

patientenzentrierten Gesprächsführung mit vertretbarem Aufwand erreichen lässt [8].

Wenn man eine psychosomatische Grundhaltung als Bereitschaft ansieht, sich vorbehaltlos der subjektiven Welt des Patienten zuzuwenden, dann ist kommunikative Kompetenz eine Vorbedingung für so definiertes, psychosomatisches ärztliches Handeln: Die Welt des Patienten erschließt sich vor allem über seine spontane Rede. In der *narrative based medicine* vermitteln Patienten durch ihre Erzählungen die persönliche Bedeutung ihres Krankseins [9]. Der Freiraum, in dem der Patient seine subjektive Welt zur Sprache bringt, muss ihm explizit eingeräumt werden. Dem Patienten das freie Darstellen seiner Vorstellungen zu ermöglichen, ist Aufgabe einer patientenzentrierten Kommunikation. Diese Überlegungen erklären, warum im zweijährigen Universitätslehrgang „Psychosoziale und Psychosomatische Medizin“ die Vermittlung konkreter Kommunikations-,techniken‘ eine so große Rolle spielt.

In den meisten Studien, die sich mit der Evaluation solcher Schulungen auseinandersetzen, wird versucht, einzelne sinnhafte Gesprächseinheiten einzugrenzen und diese vorgegebenen Kategorien zuzuordnen. Ein typischer Vertreter dieser Art von Analyse ist das Roter Interaction Analysis System (RIAS), das entwickelt wurde, um die häufigsten Kategorien von Äußerungen in einem Arzt-Patient-Gespräch zu beschreiben. Für RIAS liegt eine umfangreiche Literatur vor (z. B. [5, 10, 11]).

In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, ob die Teilnahme an der zweijährigen Weiterbildung für Psychosoziale und Psychosomatische Medizin positive Auswirkungen auf typische Indikatoren einer patientenzentrierten Gesprächsführung hat. In dem Lehrgang wird auf der Basis des Uexküll'schen Modells (z. B. [12, 13]) eine ärztliche Haltung vermittelt, die Patientinnen und Patienten als Individuen in ihrer jeweils individuell wahrgenommenen Umwelt versteht. In fallzentrierten Supervisionen arbeiten Teilnehmer daran, Wechselwirkungen zwischen Individuum und System zu verstehen, spezifische Schwierigkeiten der Kommunikation zwischen Arzt und Patient wahrzunehmen und professionell zu handhaben, um sich selbst als helfendes Gegenüber der Patienten zu etablieren. Das Ausmaß patientenzentrierter Gesprächsführung lässt sich nach unseren Vorstellungen [14] am ehesten an der Bereitschaft der Ärzte messen, Patienten über den Verlauf des Gespräches zu informieren (Kategorie: Arzt gibt Orientierung), sich explizit für ihre Meinung zu interessieren (Kategorie: Arzt fragt nach der Meinung des Patienten) und ihnen den Gesprächsraum zu öffnen, um ihre Position einzubringen (Kategorien: Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen). Ein weiteres Element ist die Bereitschaft der Ärztinnen, emotionale Äußerungen der Patienten aufzugreifen (Kategorien: Benennen von Emotionen, Verständnis zeigen, Respekt äußern und Unterstützung anbieten). Eine letzte Kategorie, die mit einer Zunahme patientenzentrierter Kommunikation einhergeht, ist die Länge ununterbrochener Patientenrede. Untersucht wird, ob der Anteil von Äußerungen in den oben genannten RIAS-Kategorien an der Gesamtzahl ärztlicher Äußerungen nach der Intervention zunimmt.

## Methodik



### Beschreibung der Teilnehmer

Alle Ärzte, die sich für die Weiterbildung der Lehrgänge *Psychosoziale Medizin* und *Psychosomatische Medizin* angemeldet hatten (N=30), wurden um ihre Teilnahme an der Evaluationsstu-

die gebeten. Alle erklärten sich einverstanden, dass zur Evaluation der Weiterbildung Gespräche mit Schauspielerpatienten aufgezeichnet wurden. An der Intervention nahmen 19 Ärztinnen und 11 Ärzte mit einem Durchschnittsalter von 31,9 Jahren teil (Bereich: 26–51 Jahre). Sie hatten durchschnittlich 6 Jahre (Bereich: 1 Monat bis 25 Jahre) Berufserfahrung und waren überwiegend im Krankenhaus tätig (24/30 Teilnehmern; Rest in eigener Praxis). Eine Facharztausbildung haben 3 der Ärzte, 11 sind Allgemeinmediziner und 16 sind noch in Ausbildung. Niemand hatte Vorerfahrungen im Erlernen von Gesprächstechniken oder in Balintarbeit.

### Studiendesign

Die Studie am Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie der Donau-Universität Krems war geplant als randomisierte, kontrollierte Studie, bei der jeweils zwei prä- und zwei postinterventorische Gespräche mit simulierten Patienten zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe hätten verglichen werden sollen. Geplant war, Mitglieder der Kontrollgruppe aus Ärztinnen und Ärzten des Bundeslandes Niederösterreich mit einem Einladungsschreiben zu rekrutieren. Auf zwei schriftliche Aussendungen im Abstand von zwei Monaten meldete sich von über zweitausend Kollegen und Kolleginnen niemand, sodass sich die Zusammenstellung einer repräsentativen Kontrollgruppe nicht verwirklichen ließ. Daher wird im vorliegenden Artikel nur berichtet, ob sich ein Interventionseffekt am Ende des Curriculums nachweisen lässt.

### Videoaufzeichnungen von Arzt-Patient-Gesprächen

Ärztin und Patientin saßen sich an einem Tisch schräg gegenüber, sie wurden mit einer erhöht angebrachten Kamera aus einem Winkel von circa 90 Grad aufgenommen. Als Patienten wurden speziell trainierte Studenten und Studentinnen einer Schauspielakademie eingesetzt. Die Gespräche dauerten jeweils circa 15 min. Prä- und postinterventorisch wurden pro Teilnehmer zwei Gespräche aufgenommen. In den Skripten ging es jeweils um eine Kombination von Erhebung oder Vermittlung faktischer Informationen und um den Umgang mit Emotionen. Vor der Intervention präsentierten die Schauspielerpatienten ein unklares Symptombild, das sich letztlich als mögliche HIV-Infektion herausstellte, im zweiten Gespräch waren unklare Bauchschmerzen das Thema, möglicherweise aufgrund eines Reizdarmsyndroms. Nach der Intervention bestand die Aufgabe, Non-Compliance bei einem Asthma-Patienten zu verstehen, der sich große Sorgen um die Konsequenzen einer inhalativen Steroidbehandlung machte, und im zweiten Gespräch, über das Vorliegen einer malignen Erkrankung zu informieren. Insgesamt haben fünf Schauspieler teilgenommen, mit welchen zwischen 14 und 33 Videos angefertigt wurden; bei 30 Videos handelte es sich um einen männlichen Patienten und bei 90 um eine weibliche Patientin.

### Analyse der Videoaufnahmen

Die Gespräche wurden nach den Kategorien des Roter Interaction Analysis Systems (RIAS; [www.rias.org](http://www.rias.org)) ausgewertet. Diese Kategorien wurden entwickelt, um die Äußerungen einer typischen Arztkonsultation erschöpfend abzubilden. Mithilfe einer interaktiven Auswertungssoftware (DCAS<sup>®</sup>, Ed Bunker, Baltimore, MA, USA) wurde direkt auf dem Bildschirm jeder einzelnen sinnhaften Äußerung eine Kategorie aus dem RIAS-System zugeordnet. Sinnhafte Äußerungen können aus einzelnen Worten oder ganzen Sätzen bestehen, solange sie jeweils *einen* Inhalt

oder *einen* Gedanken vermitteln. Durch die direkte Analyse der Videos ohne Zwischenschalten eines Transkripts ist es zudem möglich, die emotionale Qualität des gesprochenen Inhalts mit zu berücksichtigen. Die einzelnen RIAS-Kategorien werden im Ergebnisteil aufgeführt; zu ihrer genauen Definition sei auf die Homepage [www.rias.org](http://www.rias.org) verwiesen.

### Auswertung

Für die vorliegende Arbeit wurden die Mittelwerte aus den RIAS-Kategorien und den abgeleiteten Variablen aus den zwei präinterventorischen mit den zwei postinterventorischen Videos verglichen. Es wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt, um Unterschiede zwischen prä- und postinterventorischen Videos zu identifizieren. In diese Analyse wurden alle in der Einleitung aufgeführten RIAS-Kategorien als Summenindex (N=9; Spiegeln und Benennen von Emotion ist inhaltlich identisch) eingeführt, die a priori als Zielvariablen für die Intervention formuliert wurden (Arzt orientiert Patient während des Gespräches; Arzt fragt explizit nach der Meinung des Patienten; Warten, Wiederholen Spiegeln, Zusammenfassen; Benennen von Emotionen; Verständnis zeigen; Respekt äußern; Unterstützung anbieten).

Mit diesem Verfahren lässt sich nachweisen, dass für diesen Summenindex ein Interventionseffekt besteht; gleichzeitig wird so die Wahrscheinlichkeit eines Typ I Fehlers reduziert, der durch die multiplen Vergleiche einzelner Kategorien entsteht. Zudem wird so die Tatsache berücksichtigt, dass die abhängigen Variablen nicht unabhängig voneinander sind; sie sind Prozentangaben von der Gesamtzahl von Äußerungen, die entweder mit der einen oder einer anderen Aktivität verbraucht werden. Für den Fall, dass sich ein Effekt für den Summenindex nachweisen ließe, werden dann Unterschiede in den einzelnen Komponenten mit gepaarten T-Tests verglichen ( $\alpha < 0,05$  zweiseitig). Da manche Variablen nicht normal verteilt sind, werden zusätzlich Unterschiede zwischen prä- und postinterventorischen Werten mit non-parametrischer Statistik verglichen. Die Videos wurden von zwei erfahrenen PsychotherapeutInnen unabhängig voneinander ausgewertet, die zuvor sorgfältig über 1,5 Tage geschult worden waren. Während der Auswertung wurden fortlaufend Beispielvideos besprochen, um einer Veränderung der Beurteilungskriterien durch die Auswertungsroutine zu begegnen. Beim Vergleich der Auswertungen von zehn zufällig ausgewählten Videos zwischen Rater A und Rater B zeigte sich, dass die Häufigkeit einzelner Kategorien in keinem Fall signifikant unterschiedlich war (Bsp.: Gesamtzahl Äußerungen:  $159 \pm 52,8$  vs.  $165 \pm 48,7$ ; Patient gibt medizinische Information:  $12,9 \pm 7,4$  vs.  $12,7 \pm 7,6$ ).

### Intervention

Zu Beginn des zweijährigen Curriculums wurden vor allem Grundlagen der patientenzentrierten Kommunikation und ihrer Anwendung in der Psychosomatik vermittelt; parallel zum theoretischen Input und zur Kleingruppenarbeit während der Wochenendseminare wurden in den fortlaufenden Supervisionsgruppen einzelne Fertigkeiten im Rollenspiel geübt. In den folgenden eindreiviertel Jahren wurden technische Fragen nur noch thematisiert, wenn Teilnehmer mit einem Patienten besondere Schwierigkeiten hatten, die sich am ehesten auf Probleme in der Arzt-Patient-Kommunikation zurückführen ließen. Das vollständige Programm ist einsehbar unter: <http://www.donau-uni.ac.at>. Die Inhalte werden in Vorträgen, Seminaren, Kleingruppenarbeit und einer kontinuierlichen Balintgruppe

über zwei Jahre vermittelt. Das Führen eines Behandlungsjournals über 200 Stunden klinisch-praktischer Umsetzung ist Teil der Intervention.

### Ergebnisse

Die Analyse im „Prä-Post-Vergleich“ erfolgt auf Basis der Interviews und nicht auf der Ebene der einzelnen Äußerungen, sodass jedes Gespräch gleichermaßen zum Ergebnis beiträgt; längere Gespräche haben nicht mehr Einfluss auf das Gesamtergebnis als kürzere Gespräche. Die technische Qualität der Aufnahmen war gut, keine Aufnahme musste wegen technischer Mängel ausgeschlossen werden. Die einzelnen Patientenskripts waren gleichmäßig verteilt: Je ein Viertel entfiel auf das Problem HIV-Verdacht, unklare Bauchschmerzen (präinterventorische Videos) und auf Asthmapatienten und Patienten mit Morbus Hodgkin (postinterventorisch). Eine wesentliche Kritik an Videoaufnahmen mit Schauspielerpatienten ist die fehlende Authentizität von Schauspielern und Ärzten, die sich in den vorhandenen Datensätzen aber nicht bestätigt: Die Auswerter konstatierten in 70% eine sehr hohe Authentizität, eine mittlere Authentizität in knapp 30%, nur bei einem Band wurde die Authentizität der Protagonisten als schlecht beurteilt.

### Grundauszählung

Insgesamt werden 120 Videos mit 18559 Äußerungen analysiert, von welchen 51,1% auf den Arzt und 48,9% auf den Patienten entfallen. Die Ergebnisse des Wilcoxon Tests unterscheiden sich nicht von den parametrischen Verfahren und werden nicht separat berichtet.

• **Tab. 1** gibt kursorisch wieder, wie häufig die einzelnen RIAS-Kategorien in den Interviews vorkommen.

Die Ergebnisse zeigen einen typischen Befund für ein Erstgespräch zwischen Arzt und Patient, es überwiegen Kategorien, in denen Informationen vom Arzt erfragt bzw. gegeben werden. In Bezug auf das Erhalten von Informationen zeigt sich, dass offene Fragen der Ärzte insgesamt deutlich seltener vorkommen als geschlossene Fragen. Auffallend dabei ist, dass eigentliche kommunikative Aktionen häufig konstatiert werden: dazu gehören beruhigende Aussagen der Ärzte, ‚Professionelles Warten‘, ‚Zusammenfassen‘ und ‚Hm-hm Antworten‘ (sogenanntes Backchannel), mit denen der Arzt die Situation offen hält und den Patienten ermuntert, weiterzusprechen. Entsprechend der Natur der Gesprächssituationen, die in der vorliegenden Arbeit evaluiert werden, entfällt ein großer Teil der Patientenäußerungen auf das Vermitteln medizinischer oder psychosozialer Informationen. Grundsätzlich fällt auf, dass der Sprechduktus postinterventorisch langsamer wird: Obwohl die postinterventorischen Gespräche mit  $579 \pm 51$  s vs.  $496 \pm 115$  s deutlich länger dauern ( $p < 0,001$ ), enthalten sie mit durchschnittlich  $150 \pm 30$  vs.  $159 \pm 45$  etwas weniger Äußerungen. Der ruhigere Duktus kommt auch in der Abnahme der „Turns“ zum Ausdruck, also der Wechsel im Rederecht von Arzt auf Patient und umgekehrt ( $89,9 \pm 28,4$  vs.  $76,4 \pm 20,5$ ;  $p < 0,01$ ). Die Intervention hat keinen signifikanten Einfluss auf den Gesprächsanteil der Patienten: prä:  $48,0 \pm 8,5$  vs. post:  $49,0 \pm 9,2$ .

### Techniken der patientenzentrierten Kommunikation

In einem ersten Schritt wird untersucht, ob sich ein Zeiteffekt auf den Summenindex patientenzentrierter Äußerungen finden lässt. In der ANOVA mit Messwiederholung findet sich eine Zu-

RIAS – Kategorien	ARZT	PATIENT	Häufigkeit	Prozent
	Häufigkeit	Prozent		
Persönliches	263	1,4	184	1,0
Lachen	60	0,3	178	1,0
Partnerschaftliche Äußerung	43	0,2	–	–
Selbst-Offenbarung	12	0,1	–	–
Benennen einer Emotion	71	0,4	–	–
Verständnis zeigen für Emotion	70	0,4	–	–
Respekt äußern	20	0,1	–	–
Unterstützung anbieten	2	<0,1	–	–
Kritik	–	–	30	0,2
Anerkennung	16	0,1	1	<0,1
Missbilligung	32	0,2	176	0,9
Beruhigung	233	1,3	13	0,1
Frage nach Beruhigung	–	–	10	0,1
Unruhe/Klage	25	0,1	691	3,7
GIBT-med Info	960	5,2	2628	14,2
GIBT-psychoz Info	9	<0,1	969	5,2
GIBT-Lebensstil Info	47	0,3	965	5,2
GIBT-psychosom Info	13	0,1	165	0,9
Arzt fragt nach Affekt	39	0,2	–	–
Patient zeigt offenen Affekt	–	–	128	0,7
Arzt klärt Verständnis	11	0,1	–	–
Patient überprüft Verständnis	–	–	4	<0,1
Bitte um Wiederholung	9	<0,1	7	<0,1
Explizite Übereinstimmung	47	0,3	920	5,0
Übergang gestalten	648	3,5	644	3,5
[?]Medizinisch*	1029	5,5	139	0,7
[?]Psychozial*	193	1,0	5	<0,1
[?]Lebensstil*	130	0,7	24	0,1
[?]Psychosomatisches Konzept*	27	0,1	1	<0,1
?Medizinisch**	365	2,0	154	0,8
?Psychozial**	264	1,4	13	0,1
?Lebensstil**	359	1,9	35	0,2
?Psychosomatisches Konzept**	103	0,6	4	<0,1
Arzt: ?Erlaubnis	56	0,3	–	–
? Meinung	227	1,2	13	0,1
Patient fragt nach Service	–	–	91	0,5
Gibt Orientierung	278	1,5	1	<0,1
Arzt: Warten	575	3,1	–	–
Wiederholen	154	0,8	7	<0,1
Arzt: Spiegeln	80	0,4	–	–
Arzt: Zusammenfassen	891	4,8	50	0,3
Hmm Hmm (BC)	1159	6,2	800	4,3
Konzept	431	2,3	11	0,1
Arzt: Empfehlung-Med/Th	371	2,0	–	–
Arzt: Empfehlung-psychoz	38	0,2	–	–
Arzt: Empfehlung-Lebensstil	51	0,3	–	–
Arzt: Empfehlung-psychosom	30	0,2	–	–
Unverständlich	11	0,1	6	<0,1
Anderes	38	0,2	2	<0,1

**Tab. 1** Anzahl von Arzt- und Patient-Äußerungen in allen Videos (N = 120), entsprechend den Kategorien des Roter Interaction Analysis System.

\* ?medizinisch: offene Frage mit medizinischem Inhalt

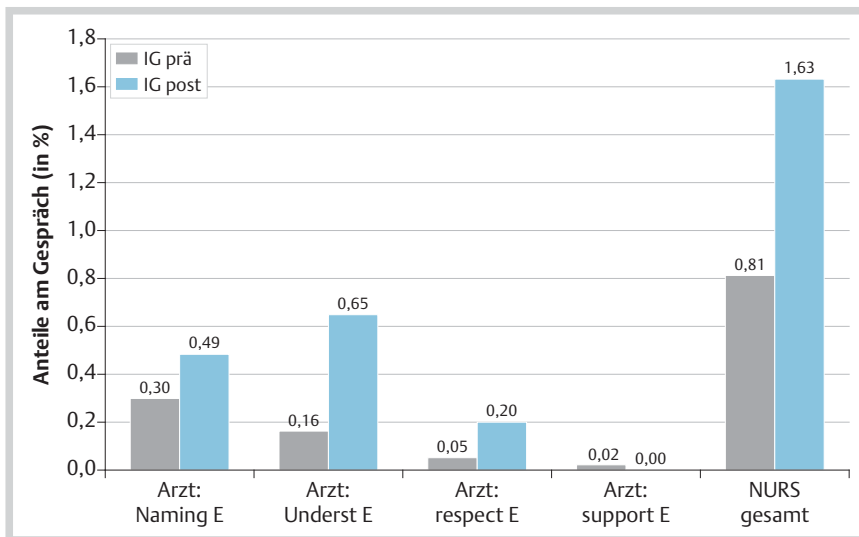
\*\* [?]medizinisch: geschlossene Frage mit medizinischem Inhalt, usw.

nahme von  $9,78 \pm 3,5$  auf  $13,56 \pm 4,7$  Prozent an Gesamt-Äußerungen ( $T = 4,66$ ;  $p > 0,001$ ). Daher wird im Folgenden über die einzelnen Komponenten des patientenzentrierten Gesprächsstils berichtet.

**WWSZ.** Für alle vier Techniken des WWSZ (Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen) findet sich eine Zunahme von 8,28% auf 10,74% ( $T = 3,35$ ;  $p = 0,001$ ). Die Häufigkeit von ‚Professionellem Warten‘ steigt von 2,02 auf 4,55% der Arzt-Aktionen an ( $p < 0,001$ ), ein eigentliches ‚Wiederholen‘ (Echoing) kommt relativ selten vor, nimmt aber von 0,57 auf 0,99% zu ( $p < 0,05$ ). Auch

beim ‚Spiegeln‘ findet sich eine, absolut gesehen geringe, aber dennoch deutliche Zunahme der Häufigkeit von 0,15 auf 0,72% ( $p < 0,001$ ). Das ‚Zusammenfassen‘ ist bei der Zweitmessung nicht angestiegen, es nimmt von 5,23 auf 4,00% ab ( $p < 0,05$ ).

**Umgang mit Emotionen (NURS-Modell).** Die Häufigkeit von Kategorien aus dem NURS Modell (Naming emotion, Understanding, Respecting, Supporting) verdoppelt sich nach der Intervention von 0,81% auf 1,64% ( $T = 3,56$ ;  $p = 0,001$ ), ist aber auf sehr niedrigem Niveau. Dabei ist anzumerken, dass die typischen Auslöser für diese Arzt-Kategorien, nämlich offen benannte



**Abb. 1** Prozentuale Häufigkeit von Arzt-Äußerungen in den Kategorien ‚Benennen von Emotionen‘, ‚Verständnis Äußern für Emotionen‘, ‚Respekt für die Patientin Zeigen bei emotionalen Äußerungen‘, ‚Unterstützung Anbieten bei emotionalen Äußerungen‘ (NURS-Modell) und Summen-Score in den prä und post-interventorischen Gesprächen.

**Tab. 2** Anzahl nicht unterbrochener Patientenäußerungen prä- und post-interventorisch.

Ununterbrochene Patienten-Äußerungen nach einem Wechsel im Rederecht	Anzahl		Prozent	
	Prä-interventorisch	Post-interventorisch	Prä-interventorisch	Post-interventorisch
1	1491	758	63,3%	49,3%
2	399	286	16,9%	18,6%
3	221	172	9,4%	11,2%
4–5	163	171	6,9%	11,1%
6–9	59	116	2,5%	7,5%
10–75	7	31	0,3%	2,0%

emotionale Äußerungen der Patienten und Patientinnen (z. B. „Ich habe Angst, wie das weitergehen wird“) sowie ‚Äußerungen von Sorge und Befürchtungen‘ (z. B.: „Könnte es denn auch Krebs sein?“) insgesamt selten vorkommen: Wir finden in den prä-interventorischen Interviews 3,4% der Patienten-Äußerungen, die sich der Kategorie ‚Beunruhigung-Klage‘ zuordnen lassen und postinterventorisch 4%. ‚Explizites Benennen von Gefühlen‘ ist mit 0,6% (prä) und 0,7% (post) sehr selten. Erfreulich ist, dass insgesamt die Äußerungen in diesen Kategorien nach der Intervention zunehmen (s. [Abb. 1](#)).

In den restlichen Kategorien, die von uns als typisch für patientenzentrierte Kommunikation angesehen werden, finden sich folgende Veränderungen: ‚Der Arzt fragt explizit nach der Meinung des Patienten‘: (von 1,16 auf 1,27%, n.s.); ‚Der Arzt orientiert den Patienten‘, was im Wesentlichen bedeutet, dass er über die nächsten Schritte im Gespräch oder das weitere Prozedere informiert: hier findet sich ein Anstieg von 1,27 auf 1,98% ( $p < 0,01$ ).

### Veränderungen der Patienten-Äußerungen

Patienten-Kategorien widerspiegeln zum einen den Inhalt des Skripts, das die Schauspielerpatienten in den Interaktionen mit den Lehrgangsteilnehmern darstellen. Zum anderen reflektieren sie aber auch, inwieweit Ärzte den Patienten den Raum öffnen, in dem sie bestimmte Äußerungen platzieren können. Das betrifft zunächst die Patienten-kategorie ‚Übereinstimmung‘: Sie wird dann vergeben, wenn Patienten explizit äußern, dass sie mit einem bestimmten Vorschlag oder mit einer bestimmten Information einverstanden sind. Damit eine Patientin eine solche Äußerung einbringt, muss die Ärztin für einen kurzen Moment innehalten und der Patientin das Rederecht übergeben. Erst dadurch kann sie eine Äußerung wie: „Ok, machen wir es so!“ in

den Diskurs einführen. Die Häufigkeit von ‚Patient-Übereinstimmung‘ verändert sich durch die Intervention nicht signifikant:  $4,87 \pm 2,6$  prä- und  $4,24 \pm 3,4$  Äußerungen pro Interview post-interventorisch. Bei den Äußerungen, die als Überleitung (Transition) eingeordnet werden, lässt sich dagegen eine Zunahme von 2,6 auf 4,4% konstatieren. Auch hier gilt, dass Patienten nur dann ihren eigenen Redefluss durch ein Übergangswort selbst strukturieren können (z. B. durch: „Also wir sollten als nächstes wohl über den Spitalaufenthalt reden.“), wenn sie den eigenen Gesprächsfaden unbehelligt weiterspinnen dürfen.

### Länge der nicht unterbrochenen Rede des Patienten

Nach dem Wechsel des Rederechts vom Arzt auf den Patienten steigt die Anzahl nicht unterbrochener Patienten-Äußerungen im Mittel von  $1,76 \pm 1,4$  auf  $2,47 \pm 2,3$  ( $p < 0,001$ ). [Tab. 2](#) zeigt im Detail, dass in den postinterventorischen Gesprächen gerade die längeren Patienten-Segmente zunehmen.

### Diskussion

Es wird untersucht, inwieweit es gelungen ist, in dem zweijährigen berufsbegleitenden Lehrgang Psychosomatische Medizin Kommunikationsfertigkeiten zu vermitteln, die Patienten dabei unterstützen, ihre eigene Perspektive [15] in das Gespräch mit einem Arzt einzubringen. Die Ergebnisse belegen, dass Ärzte gewünschtes Verhalten häufiger zeigen, und dass Patienten den Freiraum nutzen, um ihre Probleme im eigenen Sprachduktus darzustellen. Es ist klar, dass diese Art der Kommunikation weit entfernt ist von einer abwartenden therapeutischen Haltung, wie sie mit der frei schwebenden Aufmerksamkeit und der Ab-



stinenzregel in der Psychoanalyse formuliert wurde [16]. Als Begründung kann angeführt werden, dass die Patienten, die von den Lehrgangsabsolventen überwiegend versorgt werden, nicht im engeren Sinn eine Psychotherapie suchen. Sie erwarten zunächst einmal Hilfe bei der Frage, warum sie jetzt diese Beschwerden oder zunehmende Probleme im Umgang mit chronischen Erkrankungen entwickeln. Im Wesentlichen handelt es sich um das Etablieren eines Erkrankungsmodells, das für Arzt und Patient ausreichend gut erklärt, warum zum jetzigen Zeitpunkt eine Konsultation gesucht wird, und welche therapeutischen Konsequenzen sich daraus ergeben könnten.

Die Studie hat einige methodische Mängel: Ihre Aussagekraft wird eingeschränkt durch das Fehlen einer Kontrollgruppe. Das ist vor allem dann relevant, wenn zu erwarten ist, dass die klinische Praxis alleine – auch ohne eine Intervention im Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation – bereits dazu führt, dass sich kommunikative Fertigkeiten verbessern. Das ist allerdings in der Literatur nie beschrieben worden [17–19]. Ein weiterer kritischer Punkt ist die Beschränkung der Evaluation auf Gespräche mit simulierten Patienten. Obwohl ein Großteil der Literatur zur Evaluation mit simulierten Patienten publiziert wurde, lässt sich kritisch anführen, dass reale Patienten und ihre Ärzte gerade in der Hausarztpraxis eine Geschichte miteinander teilen, die bestimmte Umgangsformen prägt, auf die sich beide Partner im Laufe früherer Begegnungen „geeignet“ haben. Dieses Kriterium fehlt bei Partnern, die zum ersten Mal miteinander agieren.

Die besonderen Stärken der Arbeit liegen u. E. im langen Verlauf der Studie: Fast zwei Jahre nach dem Vermitteln von Techniken patientenzentrierter Kommunikation lassen sich deutliche positive Effekte dieser Intervention in Gesprächen mit SchauspielerpatientInnen nachweisen. Allerdings können wir innerhalb dieser Studie die Frage nicht beantworten, ob die beobachteten Veränderungen ‚klinisch relevant‘ sind, da wir keine patientenbezogenen Daten erhoben haben.

Zusammenfassend belegen die Ergebnisse, dass das Vermitteln kommunikativer Fertigkeiten zu Beginn eines zweijährigen Weiterbildungslehrganges für Ärzte und Ärztinnen langfristig positive Auswirkungen auf patientenzentrierte Elemente des Arzt-Patient-Gesprächs hat.

## Danksagung

Wir danken den Teilnehmern und Teilnehmerinnen des Weiterbildungslehrganges für die Bereitschaft, an der Evaluation teilzunehmen. Die Studie wird unterstützt von der Ärztekammer für Niederösterreich. Das Erstellen der Endversion des Manuskripts wird unterstützt durch ein Stipendium der Königlichen Niederländischen Akademie der Wissenschaften (KNAW) an Wolf Langewitz als Visiting Professor der Niederlande.

**Interessenkonflikt:** Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Institute

<sup>1</sup> Universitätsspital Basel, Psychosomatische Medizin, Basel, Schweiz

<sup>2</sup> Donau-Universität Krems, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Krems an der Donau, Austria

<sup>3</sup> Empirische Beratung, Evaluationsforschung, Denzlingen

<sup>4</sup> Donau-Universität Krems, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Krems an der Donau, Austria

## Fazit für die Praxis

Psychosomatisches Denken und Handeln betont die Wichtigkeit, in die Welt der Patienten einzutauchen, um ihre Perspektiven in Bezug auf ihre Erkrankung und Wege zur Genesung berücksichtigen zu können. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass es im Rahmen eines umfassenden Curriculums mit einer umschriebenen Intervention gelingt, Techniken der patientenzentrierten Kommunikation erfolgreich zu vermitteln. Entsprechende spezifische Inhalte sollten daher in bestehenden Weiterbildungsprogrammen integriert werden.

## Literatur

- Margalit AP, Glick SM, Benbassat J et al. Effect of a biopsychosocial approach on patient satisfaction and patterns of care. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 485–491
- Dieter W, Edlhaib HP. Imaginative Psychotherapie III Praxeologie. In: Leitner A ed, Strukturen der Psychotherapie. Wien: Krammer; 2001; 105–115
- Simpson M, Buckman R, Stewart M et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *Bmj* 1991; 303: 1385–1387
- Kiessling C, Dieterich A, Fabry G et al. Basler Consensus Statement „Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium“: Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 2008; 25
- Roter D, Larson S. The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Educ Couns* 2002; 46: 243–251
- Langewitz WA, Eich P, Kiss A et al. Improving communication skills – a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med* 1998; 60: 268–276
- Salmon P, Dowrick CF, Ring A et al. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 171–176
- Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2001, CD003267
- Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: why study narrative? *Bmj* 1999; 318: 48–50
- Roter DL, Larson S, Shinitzky H et al. Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training. *Med Educ* 2004; 38: 145–157
- Roter DL. Observations on methodological and measurement challenges in the assessment of communication during medical exchanges. *Patient Educ Couns* 2003; 50: 17–21
- Langewitz W. A theory of psychosomatic medicine: An attempt at an explanatory summary. *Semiotica* 2009; 173: 431–452
- Langewitz W. Allgemeine Theorie der Psychosomatischen Medizin. In: Janssen PL, Joraschky P, Tress W, Hrsg, Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage Köln: Deutscher Ärzteverlag 2009; 24–32
- Langewitz W, Laederach K, Buddeberg C. Ärztliche Gesprächsführung. In: Buddeberg C, Hrsg, Psychosoziale Medizin. 3. Aufl. Heidelberg: Springer Verlag; 2004; 373–407
- Delbanco TL. Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspective. *Ann Intern Med* 1992; 116: 414–418
- Freud S. Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. In: Gesammelte Werke. London: Imago; 1943; 1912: 376–387
- Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M et al. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *Jama* 2006; 296: 1094–1102
- Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med* 2005; 142: 260–273
- Razavi D, Merckaert J, Marchal S et al. How to optimize physician's communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. *J Clin Oncol* 2003; 21: 3141–3149