

Kopecky-Wenzel, Marie und Frank, Reiner

Videogestütztes Training in Gesprächsführung für Ärzte

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 59 (2010) 3, S. 207-223

urn:nbn:de:bsz-psydok-49783

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Videogestütztes Training in Gesprächsführung für Ärzte

Marie Kopecky-Wenzel und Reiner Frank

Summary

A Video Based Training in Communication Skills for Physicians

The aim of an “intensive training course in communication skills for physicians” is to train the perception of behaviour and of emotions in the doctor-patient communication. Core elements of the training are role plays on topics perceived as difficult and brought in by participants. From the group discussions arises a rich array of observations. The identical reproduction of a situation in time and space by means of video permits a variety of ways to check the perception of a situation and the communication skills. The approach is illustrated by an example taken from one exercise. 26 physicians participated in three courses. The repetition of the scene played at the first day is repeated with the same actors at the end of a training. Progress can be measured by comparing the two scenes. An evaluation by means of a structured questionnaire was carried out at the end of the training, after three and twelve months. The higher degree of self confidence on the part of the physicians could be seen from the analysis of the videos, from the comparison of the two videos and also from the questionnaires. Training by means of video takes time and energy. From the view of the authors and also from the participants this didactic approach to training is very effective. The training can be a building block towards a better care for patients.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59/2010, 207-223

Keywords

physician-patient communication – role play – video technique – training – evaluation

Zusammenfassung

Ein „Intensivkurs in Gesprächsführung für Ärzte“ hat das Ziel, die Wahrnehmung von Verhalten und Emotionen innerhalb eines Arzt-Patientengesprächs zu schärfen. Zentrales Element des Intensivkurses sind Rollenspiele mit Themen aus dem Erfahrungsbereich der Teilnehmer, die diese als schwierig empfinden. Aus dem Gruppenprozess entwickelt sich eine Vielfalt von Beobachtungen. Die zeitlich und räumlich identische Wiedergabe einer Situation durch Videotechnik ermöglicht auf vielfältige Weise eine Überprüfung der Wahrnehmungen und des Gesprächsverhaltens. Das Vorgehen wird anhand eines praktischen Beispiels dargestellt. Eine Wiederholung der gleichen Szene durch dieselben Teilnehmer zu Beginn und am Ende eines Kurses ermöglichte eine vergleichende Betrachtung. An drei Kursen nahmen insgesamt 26 Ärzte teil. Eine Evaluation mit einem strukturierten Fragebogen fand am Ende des Kurses, nach drei Monaten und nach einem Jahr statt. Die größere Sicherheit der Ärzte in den Gesprächen mit Eltern und Kindern zeigte sich bei der Auswertung und im Vergleich der

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59: 207 – 223 (2010), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2010

Videoaufnahmen und in der Langzeitbefragung. Eine videogestützte Schulung ist aufwändig. Aus Sicht der Autoren und der Teilnehmer ist diese Form des Trainings sehr effektiv. Das Training kann zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen.

Schlagwörter

Arzt-Patient-Kommunikation – Rollenspiel – Videotechnik – Schulung – Evaluation

1 Hintergrund

1.1 Bedarf

Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen forderte 2003 in seinem Gutachten, dass die Entwicklung kommunikativer Fähigkeiten von Ärzten und anderen am Versorgungsgeschehen beteiligten Berufsgruppen in Aus-, Weiter- und Fortbildung gezielt gefördert werden sollte (Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003). In einer Umfrage in Bayern beklagten viele – auch erfahrene – niedergelassene Kinder- und Jugendärzte einen Mangel an Kompetenz in Gesprächsführung (Kopecky-Wenzel et al., 2000).

Als schwierige Themen wurden Konstellationen genannt, bei denen eine problematische Beziehung zwischen Arzt und Patient, zwischen Arzt und Angehörigen oder zwischen Patient und Angehörigen im Vordergrund steht (Kopecky-Wenzel u. Frank, 2001). „Unscharfe“ Symptome, die sich nicht einer definierten Erkrankung zuordnen ließen, bereiteten den befragten Ärzten Schwierigkeiten. Sie konnten Probleme sehr gut beschreiben und benennen, wussten aber nicht, wie sie die Probleme ansprechen sollten. Kinder- und Jugendärzte haben manchmal Probleme, im Rahmen der Jugendvorsorgeuntersuchung (J1) mit Jugendlichen Themen wie Sexualität oder riskantes Verhalten (Rauchen, Alkohol- oder Drogenkonsum) anzusprechen. Die Umfrage zeigte, dass in der Praxis ein großer Bedarf an praktischer Fortbildung in Gesprächsführung besteht.

Viele Gespräche mit Patienten sind für Ärzte emotional belastend, was zu Gefühlen von Unsicherheit und Angst vor schwierigen Patientengesprächen führen kann. Emotionale Ausgeglichenheit des Arztes, die nicht durch ein als mangelhaft empfundenenes Kommunikationsverhalten beeinträchtigt wird, ist die beste Prophylaxe gegen ein vorzeitiges Burnout-Syndrom (Buckman, 2002). Das Wissen um Gesetzmäßigkeiten des ärztlichen Gesprächs und um mögliche Fehler und Störfaktoren führt zu mehr Sicherheit und Zufriedenheit der Ärzte (Dorfmueller, 2001).

1.2 Training in Gesprächsführung

Nach dem Konzept der Psychosomatischen Grundversorgung (Rüger et al., 2002) sollen Ärzte im Gespräch das eigene Verhalten und das des Patienten wahrnehmen

und in den weiteren Gesprächsverlauf einbringen. Als Voraussetzung müssen die Teilnehmer 30 Stunden in einer Balint-Gruppe zur Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung, 20 Stunden Theorie und 30 Stunden für die Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken, insgesamt 80 Stunden nachweisen. Grundprinzipien des ärztlichen Gespräches sind

- Begrüßung und Kontaktaufnahme,
- Erfassen der Fragestellung,
- Klärung der Situation und
- Problemlösung.

Die meisten Publikationen über Schulungsmethoden in Gesprächsführung kommen aus der Onkologie (Baile et al., 2000; Fallowfield, 1993; Fallowfield et al., 2002; Farrell et al., 2001; Maguire u. Pitceathly, 2002). Sie befassen sich mit dem Thema „Überbringen schlechter Nachrichten“. Zur Schulung werden Simulationstechniken mit Rollenspielen von Schauspielern oder geschulten Patienten eingesetzt, die eine nach einem festen Drehbuch standardisierte schwere Erkrankung darstellen. Ärzte sollen lernen, auf die Situation der betroffenen Patienten einzugehen.

1.3 Ziel der Arbeit

An der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München wurde ein Konzept für eine interaktive ärztliche Fortbildung in Gesprächsführung mit Videofeedback entwickelt und erprobt. Schwerpunkte sind die gemeinsame Auswertung der Videoaufnahmen von Rollenspielen und die Gruppendiskussion. Die Arbeitsweise und ihre Überprüfung werden beispielhaft dargestellt.

2 Methodik

2.1 Konzept

Als Kursziel lernen die Teilnehmer das eigene Verhalten und die darauf folgenden Reaktionen der Gesprächspartner wahrzunehmen. Sie sollen ihr persönliches Handlungsspektrum zur Kenntnis nehmen und bewusst einsetzen können.

Der Kurs setzt beim Problembewusstsein der Ärzte an und orientiert sich an den *Bedürfnissen der Teilnehmer*. Diese benennen Beispiele für schwierige Gespräche oder Situationen mit Kindern und Eltern aus dem eigenen Praxisalltag. Aus der *Themensammlung* der Teilnehmer wählt die Gruppe Vorgaben für Rollenspiele aus. Auf eine theoretische Einführung zum Thema Gesprächsführung wird bewusst verzichtet. Grundregeln der Gesprächsführung werden vielmehr induktiv aus den individuell unterschiedlichen Handlungsspektrums abgeleitet. Im Vordergrund stehen praktische Übungen in Form

von Gesprächen in verschiedenen Konstellationen. Das ärztliche Gespräch mit mehreren Personen (Arzt mit Mutter/Vater und Kind) ist eine Besonderheit der Kinder- und Jugendmedizin im Vergleich zu anderen Fachdisziplinen. Ärzte müssen sich auf den Entwicklungsstand der verschiedenen Gesprächspartner (Kind, Jugendlicher oder Erwachsener) und auf mehrere Personen gleichzeitig (Verständigung mit dem Kind – Verständigung mit den Eltern) einstellen. Der Wechsel zwischen den verschiedenen Gesprächsebenen ist anspruchsvoll (Wassmer et al., 2004). Die Teilnehmer nehmen verschiedene Rollen (Arzt, kindlicher oder jugendlicher Patient oder dessen Angehörige) ein und erleben die Gesprächssituation auch *aus der anderen Perspektive*.

Zentrale Elemente eines Arzt-Patienten-Gesprächs sind Beziehungsaufbau, Erarbeiten eines geteilten Verständnisses und die Erarbeitung von Mitwirkungsbereitschaft. Der Fokus des Gesprächs hat in Abhängigkeit von Inhalten und Grundthematik unterschiedliche Zielsetzungen. Beim Anamnesegespräch liegt der Schwerpunkt auf dem Erfragen von gesundheitlichen Problemen und den Vorstellungen des Patienten. Die Aufklärung über Eingriffe wie Impfungen oder Operationen hat das Ziel, eine informierte Entscheidung zu ermöglichen. Bei Patienten mit „unscharfen Symptomen“ wie Kopf- und Bauchschmerzen sollen Arzt und Patient die Funktion der Beschwerden verstehen und begleitende Emotionen erkennen können. Bei chronischen Erkrankungen wird mit dem Ziel der Krankheitsbewältigung um eine aktive Mitwirkung des Patienten geworben. Das Überbringen schlechter Nachrichten soll über die Informationsvermittlung hinaus in Zuwendung und Anteilnahme eingebettet sein.

2.2 Videodokumentation und Videoanalyse

Videoaufnahmen liefern eine detailgenaue, unverzerrte Dokumentation der räumlichen und zeitlichen Gegebenheiten – eine ikonographische Abbildung (Thiel, 1997). Man kann sie zeitversetzt beliebig oft wiederholen und betrachten. Videoaufnahmen ermöglichen eine Überprüfung der Wahrnehmung.

Tabelle 1: Anwendungsmöglichkeiten der Videotechnik: Wahrnehmung überprüfen und Blick erweitern

Personen	Blickrichtung
<i>Innerhalb der Sitzung</i>	
Darsteller Arzt	Wechsel Innen- Außenperspektive
Darsteller Patient, Eltern	Innenperspektive und Perspektive des Gegenüber
Gruppe	Außenperspektive Variationsbreite der Wahrnehmungen
Moderatoren	Fachliche Außenperspektive
<i>Zwischen den Sitzungen</i>	
Moderatoren	Gesprächsverläufe Sehen, zuordnen, auswählen

Zwei gegenläufige Aspekte ergeben sich aus der Überprüfung der Wahrnehmung durch die Möglichkeit einer wiederholten Betrachtung: Die Möglichkeit, etwas Neues zu entdecken, führt zu einer Erweiterung der Perspektive. Eine Fokussierung greift aus der Vielfalt möglicher Eindrücke Ausschnitte heraus, die unter inhaltlichen oder formalen Gesichtspunkten als wesentlich angesehen werden.

Die Videoaufnahme bietet eine ganze Reihe von Möglichkeiten der Auswertung (Tab. 1). Die am Rollenspiel Beteiligten können sich unmittelbar im Anschluss an das Rollenspiel auf der Videoaufnahme selbst in einer Außenperspektive sehen, vor allem auch die nonverbale Kommunikation durch Körpersprache. Sie bekommen in der Arztrolle eine unmittelbare Rückmeldung von den Darstellern der Eltern oder Patienten, von den übrigen Teilnehmern und von den Moderatoren. Die Betrachtung der Videoaufnahme in Gruppen führt zu einem breiten Spektrum von Wahrnehmungen, das sich bei Bedarf durch Wiederholungen, überprüfen lässt. Die Moderatoren unterstützen diesen Lernprozess, indem sie auf den Zusammenhang zwischen dem Handeln des Arztes und der darauf folgenden Reaktion des Gesprächspartners aufmerksam machen.

Tabelle 2: Montagetechnik: Fokussieren durch Ausschnitte

Ausschnitt	Fokus
<i>Sehen</i>	
Standbild	Haltungen, Blickkontakt
Bildfolge	Haltungsänderungen
<i>Hören</i>	
Sprechzeiten	Zeit: Redeanteile
<i>Sehen und Hören</i>	
Sequenzen: Zeitlicher Verlauf	Themen- und Stimmungswechsel: Was folgt worauf?

Der Einfluss von Rahmenbedingungen wie zum Beispiel der Sitzordnung oder die Wirkung der von den Teilnehmern verwendeten Gesprächstechniken wird während der praktischen Arbeit anhand der Auswertung der Videoaufnahmen gemeinsam erarbeitet. Beispiele sind das Arbeiten mit Standbildern, um auf nonverbales Verhalten aufmerksam zu machen, mit Bildfolgen oder das Beachten der Redeanteile der einzelnen Darsteller (Tab. 2). Die Gestaltung der Beziehung entsteht aus Haltungen und Haltungsänderungen. In einer Mehrpersonensituation geschieht die Steuerung des Gespräches über weite Strecken durch Körpersprache, nicht nur durch verbale Mitteilungen. Die Betrachtung von Sequenzen kann die Wirkung verbaler Interventionen aufzeigen (Yoder et al., 2004). Bedingungen eines gelungenen Patientengesprächs wie ungestörte Gesprächsatmosphäre, ausreichender Zeitrahmen oder Klarheit der Fragestellung können anhand von Ausschnitten der Videoaufnahmen demonstriert werden.

Als besonders zielführend stellt sich die ausführliche Besprechung der Grundelemente der Gesprächsführung dar (Baile et al., 2000; Doering et al., 2008; Kurtz et al., 2003):

- Begrüßung (die ersten 30 Sekunden des Gesprächs)
- Fragestellung (Was will der Arzt besprechen? Was will der Patient wissen? Gibt es „versteckte“ Fragestellungen? Werden von den Gesprächspartnern Themenangebote gemacht?)
- Klärungsphase (Vorstellungen der Beteiligten sollen erfragt und bei Erarbeitung von Lösungen berücksichtigt werden)
- Wahrnehmen und Ansprechen von Gefühlen (Umgang auch mit negativen Emotionen)
- Problemlösung und Schlussphase (Zusammenfassung, Vereinbarungen)

Tabelle 3: Vergleichende Beobachtung

Variation	Aufgabentyp	Fokus	Zielsetzung
<i>Teilnehmer</i>			
Inhalt, Aufgabentyp	Gleiche Spieler – verschiedene Aufgaben	Situationsabhängigkeit	Person
Wiederholung Retest	gleiche Spieler, gleiche Aufgabe	Längsschnitt	Veränderungen erfassen
Personen	Verschiedene Spieler, gleiche Aufgabe	Querschnitt	Variationsbreite aufzeigen
<i>Außenstehend</i>			
Varianz der Beurteiler	Externe Beurteiler	Auswertung - qualitativ Auswertung - quantitativ	Neues entdecken, Reliabilität der Beurteiler, Validität
Lehre - Demonstration	Mustervideo	Vorbilder	Demonstration, Wahrnehmung
Lehre - Umsetzung	Standardisierte Aufgabe	Überprüfung des Lernerfolges	Erfolgskontrolle

Rollenspiele von etwa 5 Minuten Dauer werden auf Video aufgezeichnet. Rollenspiele werden parallel in zwei Gruppen durchgeführt, um Variationen im Gesprächsverhalten aufzuzeigen (Tab. 3). Gleichzeitig oder hintereinander durchgeführte Aufnahmen können vergleichend betrachtet werden. Variationsmöglichkeiten beziehen sich auf unterschiedliche Aufgaben bei denselben Spielern, auf eine Wiederholung der gleichen Situation bei denselben Spielern oder auf die gleiche Aufgabe, die von verschiedenen Personen gespielt wird. Videoaufnahmen können unter Beachtung von Vertraulichkeit und Datenschutz durch externe Beobachter sowohl qualitativ beschreibend als auch strukturiert quantifizierend beurteilt werden. Und schließlich können Videoaufnahmen – mit Zustimmung der Betroffenen – beispielhaft in Lehrveranstaltungen und nach Anwendung und Übung zur Überprüfung des Lernerfolges eingesetzt werden.

2.3 Gruppenprozess

Rückmeldungen sollen nicht Fehler korrigieren, sondern eigene Kompetenz im Umgang mit Patienten stärken. Das Feedback soll in einer unterstützenden und kollegialen Atmosphäre für jeden einzelnen Teilnehmer stattfinden. Bei den Rückmeldungen wird die Reihenfolge Darsteller – Beobachter – Moderatoren eingehalten. Die Moderatoren sorgen dafür, dass zuerst positive Kommentare über verbale und nonverbale Strategien abgegeben werden. Danach erfolgt konstruktive Kritik, bei der die Teilnehmer Alternativen vorschlagen und begründen sollen (Maguire u. Pitceathly, 2002). Die kritischen Kommentare der Teilnehmer sollen am sichtbaren Verhalten im Video festgemacht werden und von Alternativvorschlägen begleitet sein. Die Kritik darf weder persönlich noch verletzend ausfallen. Der Gruppenprozess hat eine wichtige Funktion im Austausch des Spektrums an Wahrnehmungen. Aus ihm entwickelt sich ein geteiltes Verständnis. Im Gruppenprozess werden Lösungsvorschläge und Modifikationen erarbeitet.

Gruppendynamische Prozesse können durch zwei Moderatoren besser wahrgenommen und gesteuert werden. Die Moderatoren geben sich gegenseitig Feedback über das eigene Verhalten und über die Interaktion mit den Teilnehmern. Sie leiten abwechselnd die Sitzungen und übernehmen die Dokumentation in Form von Mitschriften. Technische Probleme bei der Arbeit sind in dieser Konstellation leichter lösbar. Die Kursleiter dienen als Beispiel für Umgang mit Wertschätzung und Kritik in der Gruppe (Lernen am Modell). Ihre Rolle besteht darin, die Rückmeldungen der Teilnehmer in Verbindung mit dem im Video beobachtbaren Verhalten zu bringen. Die Herausforderung besteht für sie darin, schon beim ersten Anschauen Ausschnitte zu erkennen, auf die später im Detail eingegangen werden soll.

2.4 Evaluation

Die Wiedergabe einer Spielsituation auf Video ist eine erste wirkungsvolle Evaluation. Eine Auswertung der Videoaufnahmen durch die Moderatoren zwischen den Sitzungen hat verschiedene Funktionen:

- Selbst aus Gesprächsverläufen zu lernen und fördernde und hemmende Gesprächstechniken (Maguire u. Pitceathly, 2002) zu erkennen,
- die Fragestellungen der Teilnehmer aufzugreifen und mit der Übungssituation in Verbindung zu bringen und
- das Anliegen aller Teilnehmer zu berücksichtigen, intuitiv eingesetzte Techniken der Gesprächsführung zu erkennen und bewusst einsetzen zu können.

Muster in der Gesprächsführung wie die Bedeutung einer eindeutigen Fragestellung für das Patientengespräch, das Gesprächstempo, eine Diskrepanz zwischen dem gesprochenen Wort und dem gefühlsmäßig erfassten nonverbalen Ausdruck und die Auswirkung von positiven Rückmeldungen an die Gesprächspartner werden ausge-

wählt und zur Demonstration für die nächste Sitzung vorbereitet. Die Teilnehmer sollen in der Zeit zwischen den Sitzungen die Kursübungen im Praxisalltag erproben und ihre Erfahrungen in der Gruppe berichten. Zur Überprüfung des Lerneffektes wird am letzten Kurstag nach vier Monaten ein Rollenspiel des ersten Kurstages mit den gleichen Darstellern wiederholt.

Für die Evaluation wurden darüber hinaus Fragebögen zur Dokumentation von Strukturdaten (Person, Praxis, Patienten, Gesprächsführung), zur Beurteilung jeder einzelnen Sitzung und zur Beurteilung des Gesamtkurses mit einer fünfstufigen Likert-Skala (von 1 = sehr gut bis 5 = sehr schlecht) durch Teilnehmer und Moderatoren entwickelt und eingesetzt.

3 Ergebnisse

3.1 Praktische Übung: Beispiel

Problemstellung: Aus der schriftlich festgehaltenen Themensammlung der Teilnehmer wurde das Beispiel einer Kollegin ausgewählt:

Ein jugendlicher Patient kommt wiederholt in die Praxis, um sich Krankschreibungen für die Schule ausstellen zu lassen. Er ist „im Prinzip gesund“, kommt wegen Beschwerden wie Schlappeheit und Kreislaufschwäche und will ein Attest für die Schule. Die Mutter ist wegen seines Schulschwänzens verunsichert, die Ärztin auch. Sind auch Drogen im Spiel?

Auf die Frage, worin die Schwierigkeit besteht, antwortete die Kollegin, sie sei unsicher, inwieweit sie dem Verhalten des Jugendlichen Grenzen setzen solle. Die Kollegin stellte im Rollenspiel die Ärztin dar. Die Rolle des Jugendlichen wurde von einer anderen Kollegin aus der Gruppe übernommen. Die transkribierten *Ausschnitte* beziehen sich auf die Anfangsszene (Begrüßung und Fragestellung) und die Phase der Problemlösung und -lösung.

Videoaufnahme 1 – Abschnitt 1 Begrüßung und Fragestellung

Zeit 00:00-00:45 Min., Dauer des Abschnitts 45 Sek., Gesamtaufnahme 05:36 Min.

(Die Ärztin begrüßt den Jungen per Handschlag)

Ärztin: Ja, ... Max, du bist dran. Grüß dich!

Jugendlicher: Grüß Sie! *(Er wirkt leidend, spricht leise und seufzend)*

Ä.: Magst du dich hinsetzen?

(Während sich der Jugendliche hinsetzt, stellt die Ärztin die erste Frage)

Ä. *(im Stehen)*: Wie geht's denn so?

(Der Junge seufzt ganz tief und setzt zur Antwort an)

Ä.: Ich weiß auch nicht – du siehst so ... schlapp irgendwie aus. ... *(Während des Sprechens rückt sie den zweiten Stuhl zurecht, bleibt dann aber mit der Hand am Stuhl stehen)* Bist du krank?

J.: *(Seufzt wieder und spricht dann langsam und schleppend)* Ach, wissen Sie, ... morgens ist mir

immer so schwindlig, ... und wenn ich in die Schule gehen muss ... *(er fasst sich an den Kopf, leidende Stimme und schmerzverzerrtes Gesicht)* ... Ich hab' auch immer Kopfweh ...
 Ä.: *(zögernd)* So was, ... du warst ja schon öfters deswegen da ... *(schaut in die Unterlagen)* ... das ist ja wirklich ... Dass es immer wieder auftritt?! *(Sie redet weiter mit resoluter Stimme)*
 Na ja, jetzt schau' ich dich mal an ob ... ob du erkältet bist ... würd' ich mal sagen, gell? *(Sie macht einen Schritt auf den Jungen zu und beginnt mit der körperlichen Untersuchung des Patienten)*

Gruppendiskussion

Der Einfluss der *Haltungen* und der *Sitzordnung* auf das Patientengespräch wurde anhand dieses Videoausschnittes erarbeitet. Die darstellende Ärztin kommentierte: „Ich merkte im Spiel nicht, dass ich die ganze Zeit stehe; das sehe ich erst jetzt im Video.“ Die Darstellerin des Jugendlichen gab die Rückmeldung: „Ich musste im Gespräch ständig nach oben schauen.“ Im Video war zu sehen, dass die Ärztin ihren Stuhl zurechtrückte, dann aber mit der Hand am Stuhl stehen blieb. Der Ansatz, sich hinzusetzen, war erkennbar.

Der Einstieg ins Gespräch gelang ihr gut: Sie sprach das Muster der Inanspruchnahme des Patienten an („Du warst schon öfters deswegen da“). Der Jugendliche beschrieb seine Symptome: „Wenn ich in die Schule gehen muss, habe ich immer Kopfweh.“

Die *Körpersprache* der Ärztin veränderte sich und sie wirkte sicherer, als sie zu ihrem Handwerkszeug (ärztliche Untersuchung und Mitteilung der Ergebnisse) überging.

Die Kontextbeschreibung des Jugendlichen führte zu der Überlegung, ob der Schulbesuch das eigentliche Problem sei? Diese in der Praxis häufig vorkommende Fragestellung löste in der Gruppe eine lebhafte inhaltliche Diskussion aus: Will der Jugendliche die Schule schwänzen? Hat er tatsächlich ernsthafte Beschwerden? Die Teilnehmer beschrieben das jeweilige Vorgehen in der eigenen Praxis. Manche Ärzte ließen jugendliche Patienten gewähren, andere schickten sie weg oder versuchten durch Verhandeln einen Kompromiss zu erzielen.

Videoaufnahme 1 – Abschnitt 2 Problemklärung und -lösung

Sequenzen: Gleiche Personen – unterschiedliche Situation

Zeit 01:34-02:44 Min., Dauer des Abschnitts 1 Min. 10 Sek.

Nach der Untersuchung fasst die Ärztin die Ergebnisse zusammen.

Ä.: „Also, ... von der Untersuchung her könntest du ... eigentlich schon in die Schule gehen ..., find' ich. Ich meine, ist ja auch blöd, wenn du dauernd fehlst ... dann fliegst du irgendwann raus. Das wär' auch nicht so toll! ... Na, was meinst du?“

J.: *(zuckt mit den Schultern, wirkt von der Frage überrascht)* Och ... och! Also, wissen Sie ... *(beugt den Oberkörper vor, redet lebhaft)* Also, Sie können mir jedenfalls für heute eine Entschuldigung schreiben, dass ich nicht hingegangen bin, ... oder?

Ä.: *(zögernd, reibt die Hände ein paar mal aneinander, zuckt mit den Schultern)* Ja, also ... für heute ... aber morgen ... da wird wieder gegangen! Also, ... würd' ich mal sagen. Also, so schlimm ist es nicht *(Der Jugendliche schaut sie verblüfft an)*. Länger kann ich dich jetzt

nicht krankschreiben. ... Heute, ... das mache ich, weil du jetzt hier warst. Wie ist es überhaupt so, ... was machst du immer so am Abend? Gehst du immer lang weg oder bleibst du immer lang auf oder ... ?

J.: Gestern war ich in der Disco.. (*strahlt über das ganze Gesicht*) ... war ganz toll!

Ä.: Ach so ... Rauchst du auch?

J.: (*schaut ganz erstaunt*) Rauchen? ... Klar! Machen doch alle!

Ä.: Ja, aber dann brauchst du dich ehrlich gesagt auch nicht wundern, wenn du dann ... am nächsten Tag schlecht drauf bist ... Man muss natürlich auch bisschen schauen, dass man –

J.: Also ich war ... um zwölf war ich zuhause. Ich habe ... bis ... Ich muss ja immer so früh aufstehen, .. weil ich noch eine halbe Stunde mit dem Zug fahren muss.

Ä.: Ja, ja. Da bist du früh nicht aus dem Bett gekommen ...

J.: (*zustimmend*) Da war mir eben so schwindlig (*fasst sich an die Stirn*).

Ä.: Das kann ich mir schon vorstellen ... Aber du müsstest halt wirklich schauen, wenn Schule ist, ... dass du eher ins Bett gehst. Das ist einfach wichtig! ... (*fährt fort mit energischer Stimme*) Das geht nicht, dass man bis Mitternacht in die Disco geht ... (*Der Junge schaut nachdenklich*) Das würde ich mir an deiner Stelle mal überlegen.

Gruppendiskussion

Die Darstellerin der Ärztin beschrieb ihr Erleben: „Ich fühlte mich unbehaglich in der Situation.“ Die Darstellerin des Jugendlichen teilte mit, sie habe unbedingt die unterschiedlichen Stimmungen des Patienten darstellen wollen. Aus Sicht der Beobachter – und im Video gut nachvollziehbar – gab es bei dem Jugendlichen deutliche *Unterschiede im affektiven Ausdruck in Abhängigkeit vom Gesprächsthema* (Beschwerden – leidend, Schule – niedergeschlagen, Discobesuch – strahlend).

Die Ärztin griff das Eingangsthema (Attest für die Schule) wieder auf, indem sie auf den Kontext einging: „wenn du dauernd in der Schule fehlst, fliegst du raus“. Die Frage nach der Sicht des Jugendlichen („na, was meinst du?“) war ein sehr guter Ansatz, den Jugendlichen zum Nachdenken zu veranlassen ohne seine Aussagen zu werten. Die Auswirkung dieser verbalen Intervention war in der Videosequenz gut sichtbar. Insgesamt ergab sich in kurzer Zeit ein recht klares Bild. Sowohl bei der Besprechung der Videoaufnahme als auch beim Erfahrungsaustausch unter Kollegen erfuhr die Ärztin viel Ermutigung und Unterstützung. Während der Gruppendiskussion liefern die Moderatoren bei Bedarf themenbezogen fachliche Informationen. Das Thema Sucht wurde von der Ärztin aufgegriffen („rauchst du auch?“), aber nicht zu Ende geführt.

3.2 Längsschnitt: Veränderungen erfassen

Dieses Rollenspiel wurde am letzten Kurstag nach vier Monaten mit denselben Darstellern wiederholt. In der Zwischenzeit traf sich die Gruppe zu zwei weiteren Sitzungen und es wurden acht Rollenspiele durchgeführt und ausgewertet. Die in der Praxis zwischenzeitlich gemachten Erfahrungen wurden von den Teilnehmern in der Gruppe berichtet und diskutiert. Der Vorschlag, das Rollenspiel mit den gleichen Darstellern zu wiederholen, kam von den Teilnehmern.

Videoaufnahme 2 – gleiche Spieler – gleiche Situation – Problemlösung

Ä.: Und in der Disco ... hast du da getanzt?

J.: Nö, geraucht ...

Ä.: Ist ja klar, dass man dann heiser wird. Wenn man leicht erkältet ist und auch noch raucht und noch dazu lange aufbleibt. Ich meine, dann brauchst du dich eigentlich nicht wundern. Und das ist nicht ganz so richtig, dass du jetzt in der Schule fehlst. Denn die Schule hat die Priorität, das andere ist ja ... Freizeit. Das kann man vielleicht am Wochenende machen, ...

(Der Junge schaut zerknirscht, nickt zustimmend)

Ä.: *(mit Nachdruck)* Also, eigentlich kannst du schon in die Schule gehen ...

J.: *(entsetzt)* Jetzt kann ich ja ... nicht mehr ...

Ä.: *(unterbricht)*: Ich schreib' dir jetzt, dass du jetzt die Stunde da warst und dann ... *(mit Nachdruck)* ... kannst du ja eigentlich gehen. Ich finde, so krank bist du nicht!

J.: Ja gut, ... *(verzieht das Gesicht)* ... aber, wenn Sie mir bescheinigen, dass ich hier war, das ist ja schon mal gut *(Stimmungswechsel unübersehbar - wirkt zufrieden)*. Dann brauche ich ... ist ja super! *(lacht)*.

Folgende *Unterschiede im Gesprächsverhalten* lassen sich im Vergleich zu der ersten Aufnahme vor vier Monaten feststellen:

- Die Begrüßung und Beziehungsaufnahme fiel deutlicher aus.
- Die Sitzordnung (beide sitzen am Tisch) wirkte nicht „von oben herab“, sondern drückte mehr Gleichgewicht zwischen den Gesprächspartnern aus.
- Die Ärztin zeigte sich in ihrer Körperhaltung wesentlich entspannter.
- Sie sprach viel deutlicher und sicherer das Muster der Inanspruchnahme an („du hast immer wieder einen Tag in der Schule gefehlt“).
- Sie strahlte Souveränität aus und sie bestimmte den Ablauf des Gespräches.

Gruppendiskussion

Die Darstellerin der Ärztin kommentierte ihr Spiel: „Ich fühlte mich gut“. Die Kollegin berichtete, sie hätte durch den Kurs mehr Selbstvertrauen in der Gesprächsführung gewonnen und würde nun gelassener an Gespräche mit dieser Thematik herangehen. In Übereinstimmung dazu lautete die Rückmeldung der Darstellerin des Jugendlichen: „Die Ärztin setzte mir im Gespräch Grenzen“. Die Rückmeldung der Beobachter war, dass die Kollegin auf die geschilderten Symptome (Schwindel- und Schwächegefühl) und auf den Zusammenhang zwischen Rauchen und Erkältung einging. Sie setzte für die Untersuchungssituation und für den Wunsch nach Krankenschreibung klare Grenzen. Sie zeigte die Widersprüche des Jungen auf, ließ keine Ausflüchte zu. Das Eingehen auf die Schulsituation war ein sehr guter Ansatz, der weiterführte. Die Ärztin gab die Verantwortung für den Schulerfolg an ihn zurück.

Sie hätte auch noch deutlicher auf den Alkoholkonsum eingehen können, nachdem der Patient von sich aus das Symptom des morgendlichen Durstgefühls angesprochen hat. Insgesamt erhielten beide Darsteller sehr viel positive Rückmeldung. Die Ge-

sprachsführung der Ärztin war im Vergleich zu dem ersten Rollenspiel sicherer und effektiver geworden. Sie bezog Stellung und zeigte die Alternativen auf. Die Veränderung des Gesprächsverhaltens konnte man sowohl im verbalen Ausdruck als auch im nonverbalen Verhalten beobachten. Die Ärztin kam in der Klärungsphase viel schneller zu den wichtigen Themen.

3.3 Teilnehmer

Eine *Kleingruppe* von acht bis zwölf Ärzten trifft sich an drei Terminen im Abstand von vier Wochen und zu einer Nachbesprechung nach weiteren acht Wochen (insgesamt 18 Stunden verteilt auf vier Monate). Die Pilotphase umfasste eine Gruppe von acht niedergelassenen Kinderärzten aus dem Münchner Raum. Eine zweite Gruppe mit acht anderen Kollegen fand im zeitlichen Abstand von einigen Monaten als Replikationsstudie statt. Zehn niedergelassene Kinderärzte nahmen im Rahmen einer Fortbildungswoche an einem fünftägigen Seminar mit 1¼ Stunden täglich teil. Die Teilnehmer der drei Kurse (n = 26) waren überwiegend erfahrene Kolleginnen und Kollegen (Verhältnis 2:1), die seit mehr als zehn Jahren in eigener Praxis arbeiteten. Alle Teilnehmer besuchten die Kursveranstaltungen vollzählig; es gab keine Abbrecher.

3.4 Beurteilungen

Die Motivation für die Kursteilnahme lag in dem Wunsch nach Erhöhung der Gesprächssicherheit, insbesondere in schwierigen Fällen. Einige Teilnehmer berichteten am Ende des Kurses von ihrer anfänglichen Skepsis, an einer interaktiven Fortbildung mit Rollenspielen teilzunehmen. In allen Kursen zeigte sich, dass die Rollenspiele und deren Videoaufnahmen ein brauchbares Instrument für die Schulung der Wahrnehmung sind. Sie wurden von den Teilnehmern gut angenommen. Die Ärzte hatten keine Schwierigkeiten, auch die Rollen von Patienten und Eltern glaubwürdig zu spielen. Die Darstellungen wurden von allen als realistisch angesehen.

Nachdem im Kurs die Bedeutung der Begrüßungsszene für das ganze Gespräch (ungeteilte Aufmerksamkeit des Arztes, Erfassen der Fragestellung) erarbeitet worden war, *änderten* einige Teilnehmer die *Abläufe in ihrer Praxis*. Sie riefen den nächsten Patienten ins Sprechzimmer, erst nachdem sie die Aufzeichnungen zum letzten Patienten abgeschlossen hatten. Die Diskussion über den Umgang mit Störungen während der Sprechstunde (zum Beispiel Rezeptunterschrift oder Anrufe von anderen Patienten) veranlasste einige Teilnehmer, die Praxisorganisation zu modifizieren. Sie berichteten über Zeitersparnis und höhere Arbeitszufriedenheit.

Auf die schriftliche Anfrage zum *langfristigen Effekt* des Kurses nach einem Jahr antworteten alle Teilnehmer. Fast ein Drittel der Kursteilnehmer führte nach dem Kurs mehr geplante Elterngespräche als vorher durch. Parallel dazu berichteten die Ärzte, dass sie sich auf die als schwierig empfundenen Gespräche vorbereiten und diese anschließend reflektieren würden.

Zur quantitativen Auswertung des Intensivkurses durch die Teilnehmer wurden fünfstufige Likert-Skala (von 1 = sehr gut/sehr bis 5 = sehr schlecht/gar nicht) verwendet. Die Teilnehmer bewerteten verschiedene Aspekte des Kurses unmittelbar am Ende des Kurses (t1), nach zehn Wochen (t2) und schließlich ein Jahr später (t3). Zur Anwendbarkeit im Praxisalltag im Langzeitverlauf nach einem Jahr wurden unter anderen folgende *Kurselemente* abgefragt: Wahrnehmung des Gegenüber, Wahrnehmung der eigenen Gefühle, Definieren von Gesprächszielen, Definieren von kleinen Schritten und Wahrnehmung von Erfolgen.

Die Ärzte lernten im Kurs nach eigenen Angaben am besten, das Verhalten und die Gefühle des Gegenübers wahrzunehmen. Die Mittelwerte lagen zwischen 1,4 (Zeitpunkt t1 und t2) und 1,9 (t3). Der Effekt der einzelnen Kurselemente schwächte sich in der Langzeitbefragung ab. Ein Jahr nach dem Ende des Kurses wurde lediglich die Wahrnehmung der eigenen Gefühle als immer noch gleich bleibend beurteilt. Für die Nützlichkeit im Praxisalltag wurden die Video-Auswertung der Rollenspiele und der fachliche Austausch mit den Moderatoren am besten beurteilt. Auch hier fielen die Bewertungen nach einem Jahr etwas weniger positiv aus. Alle Ärzte gaben an, dass sich ihre eigene Gesprächsführung nach dem Kurs verbesserte.

Die eigene Wahrnehmung und Beziehung zu den Eltern blieben bei ihnen zu den verschiedenen Zeitpunkten stabil. Die Beziehung zu den Patienten wurde unmittelbar am Ende des Kurses (t1) mit 2,4 als gut beurteilt. Zehn Wochen nach dem Kurs (t2) wurde sie mit 2,3 besser beurteilt und nach einem Jahr (t3) mit 2,1 noch besser.

Die aus den Teilnehmern der zwei Münchner Gruppen hervorgegangene Refresher-Gruppe mit 10 der ursprünglich 16 Teilnehmer traf sich ein Jahr später erneut. Die Ärzte berichteten über einen Zuwachs an Sicherheit in Gesprächen mit Kindern, Jugendlichen und Eltern. Im Rollenspiel trauten sie sich an schwierigere Themen heran, wie zum Beispiel den Umgang mit eigenen Fehlern gegenüber Patienten oder Krisensituationen (Gallagher et al., 2006).

4 Diskussion

Das Konzept sieht ausdrücklich die 5-Minuten-Gesprächsführung vor, die dem Praxisalltag der Teilnehmer entspricht. In den Kursen werden die Rollenspiele von den Kollegen subjektiv als wesentlich länger empfunden, als sie tatsächlich sind. Mit Hilfe der zeitgenauen Dokumentation der Videoaufnahmen erfahren sie, dass man sich in einer knapp erscheinenden Zeitspanne ein klares Bild über die Situation eines Patienten verschaffen kann.

Die Erfahrung, die Rolle kindlicher Patienten und der Eltern einzunehmen, förderte Verständnis und wirkte entlastend. Zunächst bestand bei einigen Teilnehmern die Angst, die Kontrolle über den Gesprächsverlauf zu verlieren, wenn sie Emotionen zulassen. Erst die zeitliche Trennung von Spielsituation und Videoauswertung schaffte den Raum, auf das Erkennen von Emotionen und den Umgang damit eingehen zu

können. Die Kursteilnehmer berichteten, aufgrund der erhöhten Gesprächssicherheit eine emotionale Problematik bei ihren Patienten besser wahrzunehmen und auch besser damit umgehen zu können.

Der Vorher-Nachher-Vergleich der aufgenommenen Rollenspiele zeigte eine objektivierbare Verbesserung des Gesprächsverhaltens der Ärzte. Die Gespräche wurden regelhaft besser strukturiert, zum Beispiel indem Gesprächsziele definiert und benannt wurden. Die Sicherheit der teilnehmenden Ärzte in Patienten- und Elterngesprächen blieb im Langzeitverlauf (nach einem Jahr) konstant und auf hohem Niveau erhalten. Nach einem Jahr wurde die Beziehung zu den Patienten sogar besser beurteilt als unmittelbar nach dem Kurs. Die Langzeitbeobachtung zeigte, dass der Transfer der Kursinhalte in den Praxisalltag ein Prozess ist, der Zeit braucht. Diese Entwicklung kann durch Refresher-Kurse in größeren Abständen unterstützt werden.

Eine messbare Verbesserung des Gesprächsverhaltens durch intensive Schulung wurde auch in anderen Untersuchungen berichtet: Ein dreitägiges Kommunikationstraining für Ärzte aus dem Bereich der Onkologie mit Verhaltens-, kognitiven und affektiven Komponenten bewirkte eine Veränderung der Einstellung der Teilnehmer zu psychosozialen Themen und eine Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten. Die teilnehmenden Ärzte zeigten im Patientengespräch im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mehr Empathie und stellten häufiger offene Fragen. Sie schätzten die eigene Kommunikation als verbessert ein (Fallowfield et al., 2002; Jenkins u. Fallowfield, 2002).

Der Einfluss eines zehnmonatigen Kurses in Gesprächsführung auf die kommunikativen Fähigkeiten von Hausärzten mit teilweise langjähriger Praxiserfahrung wurde in Hong Kong untersucht (Chan et al., 2003). Der Kurs bestand aus Theorie in Gesprächsführung (11 x 2,5 Stunden), zwei Sitzungen mit Rollenspielen und Beurteilungen von Patientengesprächen. Geschulte Beobachter beurteilten das Gesprächsverhalten der teilnehmenden Ärzte vor und nach dem Training. Die teilnehmenden Ärzte zeigten nach dem Kurs eine signifikante Verbesserung ihres Gesprächsverhaltens mit Simulationspatienten. In beiden Studien wurden Videoaufnahmen zur Überprüfung des Vorher-Nachher-Effektes eingesetzt.

Videoaufnahmen wurden auch zur Überprüfung des Trainingseffektes in zwei Schulungen für Kinderärzte und Hausärzte in den Niederlanden eingesetzt. Jeweils im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zeigten die Gruppen geschulter Ärzte Verbesserungen ihres Gesprächsverhaltens (Hobma et al., 2006; van Dulmen u. Holl, 2000). In zwei Qualitätszirkeln von Hausärzten wurden Videoaufnahmen von Gesprächen mit Patienten mit Atemwegserkrankungen ausgewertet. Parallel dazu wurden die Patienten nach ihren Erfahrungen mit den behandelnden Ärzten befragt (Bahrs u. Matthiessen, 2007). Das videogestützte Arbeiten in Qualitätszirkeln wurde als besonders intensive Form des Lernens beurteilt.

Schulungen mit Video sind technisch aufwändig. Sie erfordern eine intensive Vorbereitung und Nacharbeit. Für die Auswertung von Videoaufnahmen liegen evaluierte Verfahren vor. Die „Aufklärungsgesprächbewertungsskala“ wurde für die Beurteilung von Gesprächen zur Aufklärung von Tumorpatienten eingesetzt (Ford et al., 2000;

Schildmann u. Wand, 2008; Wand et al., 2008). Die Gesprächsführung des Arztes wird anhand eines Punktesystems abschnittsweise beurteilt. Breiter angelegt und aufwändiger sind zwei Beurteilungsinstrumente zur Beurteilung der Arzt-Patient-Interaktion MAAS-global und Roter-Interaction Analysis System (Roter, 2006; van Thiel et al., 2000). Die emotionalen Reaktionen beider Gesprächspartner können mit diesen beiden Verfahren besser erfasst werden.

Fachliche Inhalte und formale Aspekte der Gesprächsführung müssen zusammengeführt werden, um einen erfolgreichen Transfer in die Praxis zu ermöglichen (Kurtz et al., 2003). Es gibt eine grundsätzliche Diskussion darüber, inwieweit sich ein vergleichbarer Erfahrungshintergrund und die gleiche berufliche Rolle hemmend oder förderlich auf die Gruppensituationen auswirken. Strukturbedingungen wie die Arbeitssituation, Berufsrolle und Persönlichkeit bestimmen Themeninhalte und Verlauf der Gespräche (Bahrs u. Matthiessen, 2007; Jenkins u. Fallowfield, 2002). Ein wichtiger Ertrag des Kurses bestand für die Moderatoren in einem Einblick in den Arbeitsalltag und die Themenvielfalt in den Kinderarztpraxen mit einem Durchschnitt von 50 Patienten am Tag. Die niedergelassenen Kinderärzte gewährleisteten eine hervorragende Versorgung einer Klientel mit schwerwiegenden Problemen in einer knapp bemessenen Zeit (Frick et al., 2005; Wassmer et al., 2004; Wissow et al., 2008).

Im Rahmen des Kurses bekommen die Kinderärzte ihrerseits einen Einblick in die Kinder- und Jugendpsychiatrie, da anhand der Beispiele der Teilnehmer die häufigsten Störungsbilder angesprochen werden. Gleichzeitig werden die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme zu Kinder- und Jugendpsychiatern diskutiert, die von Seiten der teilnehmenden Kinderärzte dringend gewünscht wird. Nicht alle Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten müssen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt werden. Die Kinderärzte könnten schwerwiegende Fälle aus ihrer Praxis, die sie eindrucksvoll beschreiben, mit einer gezielten Fragestellung an Kinder- und Jugendpsychiater zuweisen. Das videogestützte Training von Kinder- und Jugendpsychiatern für Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin fördert das wechselseitige Wissen um Arbeitsbedingungen. Es stellt einen Baustein zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie dar.

Literatur

- Buckman, R. (2002). Communications and emotions. *BMJ*, 325, 672-672.
- Bahrs, O., Matthiessen, P. (2007). Gesundheitsfördernde Praxen. Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis. Bern: Huber
- Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E., Kudelka, A. (2000). SPIKES – A six step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311.
- Buckman, R. (2002). Communications and emotions. Skills and efforts are the key. Editorial. *BMJ*, 325, 672.

- Chan, C. S. Y., Wun, Y. T., Cheung, A., Dickinson, J. A., Chan, K. W., Lee, H. C., Yung, Y. M. (2003). Communication skill of general practitioners: Any room for improvement? How much can it be improved? *Medical Education*, 37, 514-526.
- Doering, T., Steuernagel, B. A. K., Lieck, M., Böttger, B. (2008). Die „partizipative Entscheidungsfindung“ mit dem Patienten. Ein Schulungskonzept für Ärzte. *Pädiatrische Praxis*, 72, 51-58.
- Dorfmueller, M. (2001). Die ärztliche Sprechstunde. Arzt, Patient und Angehörige im Gespräch. Landsberg: Ecomed
- Fallowfield, L. (1993). Giving sad and bad news. *The Lancet*, 341, 476-478.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A., Eves, R. (2002). Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 359, 650-656.
- Farrell, M., Ryan, S., Langrick, B. (2001). Issues and innovations in nursing education. "Breaking bad news" within a paediatric setting: an evaluation report of a collaborative education workshop to support health professionals. *Journal of Advances Nursing*, 36, 765-775.
- Ford, S., Hall, A., Ratcliffe, D., Fallowfield, L. (2000). The medical interaction process system (MIPS): an instrument for analyzing interviews of oncologists and patients with cancer. *Social science and medicine*, 50, 553-556.
- Frick, U., Kopecky-Wenzel, M., Frank, R. (2005). Ambulante Versorgung durch Kinderärzte und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bayern. In R. Frank (Hrsg.), *Rehabilitation von Jugendlichen mit neuropsychiatrischen Erkrankungen* (S. 23-39). Freiburg: Lambertus.
- Gallagher, T., Garbutt, J., Waterman, A., Flum, D., Larson, E., Waterman, B., Dunagan, W., Fraser, V., Levinson, W. (2006). Choosing your words carefully. How physicians disclose harmful medical errors to patients. *Arch Intern Med*, 166, 1585-1593.
- Hobma, S., Ram, P., Muijtens, A., van der Vleuten, C., Grol, R. (2006). Effective improvement of doctor-patient communication: a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, 56, 590-586.
- Jenkins, V., Fallowfield, L. (2002). Can communication skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? *Journal of Clinical Oncology*, 20, 765-769.
- Kopecky-Wenzel, M., Frank, R. (2001). Kinder mit psychischen Auffälligkeiten – Versorgungssituation aus Sicht der Praxis. In R. Frank, B. Mangold (Hrsg.), *Psychosomatische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Kooperationsmodelle zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 55-67). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kopecky-Wenzel, M., Schäfer, R. M., Frank, R. (2000). Bayerische Ärzte beurteilen den Leitfaden „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“. *Bayerisches Ärzteblatt*, 55, 60-63.
- Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J., Draper, J. (2003). Marrying content and process in clinical method teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides. *Academic Medicine*, 78, 802-813.
- Maguire, P., Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 325, 697-700.
- Roter, D. (2006). *The Roter Method of Interaction Process Analysis – RIAS*. Baltimore, Maryland: RIAS
- Rüger, U., Dahm, A., Kallinike, D. (2002). *Faber-Haarstrick: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*. München: Urban und Fischer
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*. Gutachten. Bonn.

- Schildmann, J., Wand, S. (2008). Manual zur Verwendung der Aufklärungsgespräch-Bewertungsskala (AGBS) in der Lehrveranstaltung: „Wahrheit am Krankenbett: das Aufklärungsgespräch mit schwer kranken Patienten“. Erlangen-Nürnberg: Friedrich-Alexander-Universität
- Thiel, T. (1997). Film- und Videotechnik in der Psychologie. Eine Erkenntnistheoretische Analyse mit Jean Piaget und ein historischer Rückblick auf Kurt Lewin und Arnold Gesell. In H. Keller (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung* (2. Aufl., S. 347-384). Bern: Huber.
- van Dulmen, A., Holl, R.A. (2000). Effects of continuing paediatric education in interpersonal communication skills. *Eur J Paediatr*, 159, 489-495.
- van Thiel, J., Ram, P., van Dalen, J. (2000). MAAS-Global. Manual. Guidelines to the rating of communication skills and clinical skills of doctors with the MAAS-global. Maastricht University, Netherlands.
- Wand, S., Schildmann, J., Burchardi, N., Vollmann, J. (2008). Die Aufklärungsgesprächbewertungsskala (AGBS). Ein Instrument zur Bewertung kommunikativer Kompetenzen bei der Aufklärung von Patienten über Tumorerkrankungen. *Z. Ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh. wes.*, 101, 645-651.
- Wassmer, E., Minnaar, G., Abdel Aal, N., Atkinson, M., Gupta, E., Yuen, S., Rylance, G. (2004). How do paediatricians communicate with children and parents? *Acta Paediatr*, 93, 11, 1501-1506.
- Wissow, L., Gadowski, A., Roter, D., Larson, S., Brown, J., Zachary, C., Bartlett, E., Horn, I., Luo, X., Wang, M. (2008). Improving child and parent mental health in primary care: a cluster-randomized trial of communication skills training. *Pediatrics*, 121, 266-275.
- Yoder, P., Short-Meyerson, K., Tapp, J. (2004). Measurement of behavior with a special emphasis on sequential analysis of behavior. In E. Emerson, C. Hatton, T. Thompson, T. Parmenter (Hrsg.), *Applied research in intellectual disabilities* (S. 179-202). Chichester.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. med. Reiner Frank, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Lindwurmstr. 2a, 80337 München;
E-Mail: Reiner.Frank@med.uni-muenchen.de

Reiner Frank und Marie Kopecky-Wenzel, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München.