

# Kommunikationsschulung mittels "Standardisierter Eltern" im Fachbereich der Pädiatrie

Effekte auf die Selbst- und Fremdeinschätzung kommunikativer Kompetenzen - eine Studie im Kontrollgruppen-Design

## Communication training using "standardised parents" in paediatrics

Effects on self- and external assessment of communicative competence - a control group-design study

• Katja Hoffmann<sup>1</sup> • Jobst-Hendrik Schultz<sup>1</sup> • Claudia Conrad<sup>1</sup> • Rabea Hancke<sup>1</sup> • Heike Lauber<sup>1</sup> • Jochen Schönemann<sup>1</sup> • Bernd Kraus<sup>1</sup>  
• Hans Martin Bosse<sup>2</sup> • Sören Huwendiek<sup>2</sup> • Georg F. Hoffmann<sup>2</sup> • Wolfgang Herzog<sup>1</sup> • Jana Jünger<sup>1</sup> • Christoph Nikendei<sup>1</sup>

*Zusammenfassung:*

**Einführung:** Kommunikative Kompetenzen sind wesentlich für den ärztlichen Alltag. In der Literatur wird vielfach der Nutzen von Kommunikationsschulungen für Ärzte beschrieben, über gezielte Schulungen für den Fachbereich Pädiatrie finden sich nur vereinzelt Berichte. Die Besonderheit der pädiatrischen Versorgung besteht dabei im Wesentlichen darin, dass nicht nur die Kommunikation zum Patienten – dem Kind –, sondern auch zu dessen Eltern oder Bezugspersonen eine entscheidende Rolle spielt. Zur Überprüfung kommunikativer Fähigkeiten von Pädiatern können neben Selbsteinschätzungen auch Fremdeinschätzungen durch Eltern dienen.

**Methode:** 28 Assistenzärzte (Interventionsgruppe n = 14; Kontrollgruppe n = 14) der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin in Heidelberg nahmen an einer Kommunikationsschulung teil. Diese beinhaltete Übungsgespräche mit standardisierten Eltern und -Patienten (SP), Videoaufzeichnungen sowie Feedback von SPs, Peers und Supervisoren. Daten zur Selbsteinschätzung der eigenen kommunikativen Kompetenz wurden vor und nach der Schulung der Interventionsgruppe von allen Teilnehmern erhoben. Weiterhin wurde neun Wochen vor und neun Wochen nach Abschluss der Schulung eine Elternbefragung bei n = 248 Eltern durchgeführt, in der die Zufriedenheit mit dem Arztkontakt hinsichtlich der Arzt-Eltern Kommunikation erfasst wurde. Nach 6 Monaten schloss sich eine Nachbefragung bei den Teilnehmern zum Transfer in den Klinikalltag an.

**Ergebnis:** Bei den Teilnehmern der Interventionsgruppe zeigte sich im Gegensatz zur Kontrollgruppe nach Abschluss der Schulung eine signifikante Steigerung der subjektiven Kompetenzeinschätzung in Bezug auf die kommunikativen Situationen, die speziell in der Schulung trainiert wurden. Die Fremdeinschätzung durch die Eltern ergab eine generell sehr positive Bewertung der Ärzte, es ließ sich jedoch kein Gruppeneffekt nachweisen. Im Langzeitverlauf berichteten die Teilnehmer von einer verbesserten Selbstwahrnehmung und benannten konkrete Elemente der Schulung, die ihnen die tägliche klinische Arbeit im Kontakt mit Eltern erkrankter Kinder erleichterten.

**Diskussion:** Das Training von spezifischen, für den klinischen Alltag typischen Situationen führt zu einer Verbesserung der Selbsteinschätzung kommunikativer Kompetenzen bezüglich des Umgangs mit schwierigen Situationen im Elternkontakt. Eine Integration von Kommunikationsschulungen nicht nur in das Medizinstudium, sondern auch in postgraduierte Ausbildungs-Curricula erscheint daher sinnvoll.

**Schlüsselwörter:** Postgraduierten-Ausbildung, Kommunikationsschulung, Standardisierte Patienten, Standardisierte Eltern, Selbsteinschätzung, Elternbefragung

*Abstract:*

**Introduction:** Communicative competence is essential for daily medical routine. The usefulness of communication-trainings for physicians is described in various publications. However, specific trainings in paediatrics are rarely found. A characteristic for paediatric work is that the primary communication is not only with the patient – the child – but also with the parents. Beside self-assessment external assessment by parents can be used for evaluation of paediatrician's communicative skills.

**Methods:** 28 paediatric residents (intervention group n = 14; control group n = 14) of the University Children's Hospital of Heidelberg took part in a communication training using standardised parents and -patients (SP), video recording and feedback by peers, SPs and supervisors. Data of self-evaluated communicative competence in contact with parents was collected from all participants before and after the training of the intervention group. In addition there was an assessment of parents' satisfaction with the paediatricians-parents communication concerning their children's treatment nine weeks before and nine weeks after the training (n = 248). A follow-up survey to record the transfer into clinical practice was conducted with the participants after six months.

**Results:** After the training participants of the intervention group showed an increased feeling of communicative competence in reference to communicative situations that were explicitly practiced in the training. The external assessment by parents generally showed a positive evaluation of paediatricians' communication skills. However, a group effect was not found. In the follow-up survey participants reported an improved self-perception and specific elements of the training that facilitated the daily clinical practice with parents and their children.

<sup>1</sup> Universität Heidelberg, Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin, Heidelberg, Deutschland

<sup>2</sup> Universität Heidelberg, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Heidelberg, Deutschland

**Discussion:** *The training of specific relevant clinical situations lead to an increase in perceived communicative competence and competence in handling difficult encounters with parents. Communication trainings should be integrated not only into the medical student education but also into post-graduate education curricula.*

**Keywords:** *post-graduate medical education, communication-training, standardised patients, standardised parents, self-assessment, parent-assessment*

## Anmerkung

Anmerkung der Autoren: Um eine gute Lesbarkeit des Textes zu gewährleisten, wurde in dem vorliegenden Artikel durchgängig die männliche Form der Berufsbezeichnung des Arztes verwendet. Wann immer von "dem Arzt" gesprochen wird, sind jedoch Ärzte und Ärztinnen gleichermaßen eingeschlossen.

## Einleitung

### • Kommunikation in der Medizin

In der Beziehung zwischen Patient und Arzt spielt Kommunikation eine wesentliche Rolle. Das Gelingen einer ärztlichen Behandlung hängt im Wesentlichen davon ab, inwiefern Patient und Arzt in ihrer Interaktion gemeinsame Realitäten erreichen. Dabei geht es jedoch nicht nur um reine Informationsvermittlung, sondern ganz entscheidend immer auch um die Beziehungsebene zwischen Patient und Arzt, um Verständnis, Empathie und das Sich-Hineinversetzen Können in die Situation des Patienten. Eine gelungene Patient-Arzt-Interaktion zeigt sich dabei in einer höheren Patientenzufriedenheit und höherer Compliance und somit auch in einem verbesserten Behandlungsergebnis bei der Therapie spezifischer Erkrankungen (vgl. [1]).

### • Kommunikation in der Pädiatrie

Im Fachbereich Pädiatrie wird die Patient-Arzt-Interaktion noch um eine Ebene erweitert: neben der Kommunikation mit dem Patienten – in diesem Falle dem Kind – kommt der Kommunikation mit den Eltern ein wesentlicher Stellenwert zu. Der Arzt wird vor die Herausforderung gestellt, mit Eltern und Kind ein für alle Seiten zufrieden stellendes Gespräch zu führen. Ärztliche Gesprächsführung in der Pädiatrie ist im hohen Maße ein interaktiver Prozess mit Kind und Eltern [2]. Eine Studie von Wassmer et al. [3] beschreibt, dass ärztliche Kommunikation in der Pädiatrie weitestgehend vom Arzt dominiert und hauptsächlich instrumental sei, Kinder kämen bei Kontakten kaum zu Wort. Bezüglich der Sorgeberechtigten konnten Wissow et al. [4] zeigen, dass eine Anwendung von spezifischen Kommunikationstechniken zu einer Verbesserung der Anamnese führte, da Mütter bereitwilliger von sensiblen Themen berichteten. Techniken wie das Fragen nach psychosozialen Problemen, Aussagen zur Unterstützung und Beruhigung oder Aussagen, die mitfühlendes und aufmerksames Zuhören widerspiegeln, führten zur Aufdeckung von wichtigen Belangen in Bezug auf das Kind. Weitere Studien zu Kommunikationsschulungen in der Pädiatrie weisen darauf hin, dass durch gezielte Kommunikationsschulungen Kommunikationsfähigkeit grundlegend verbessert werden kann [5].

### • Kommunikationsschulungen in der Pädiatrie

In den Übersichtsarbeiten von Hulsman et al. [6] und Cegala und Broz [7] finden sich eine Vielzahl von Hinweisen auf zumeist

positive Bewertungen von Kommunikationsschulungen für Ärzte aus unterschiedlichsten Fachbereichen. Es wird wiederholt aufgezeigt, dass sich gezielte Schulungen positiv auf die generelle Kommunikationsfähigkeit sowie auf die Fähigkeit zum Beziehungsaufbau, zu Organisation und Zeitmanagement, zur Einschätzung der Patienten, zu Verhandlung und zur gemeinsamen Entscheidungsfindung auswirken [8]. Für Kommunikationsschulungen im Fachbereich der Pädiatrie hingegen gibt es derzeit in der Literatur wenig Hinweise. In einer Studie zu einer Kommunikationsschulung mit Pädiatern konnten van Dulmen und Holl [9] mittels Video-Rating zeigen, dass sich verbale und nonverbale Kommunikationsfähigkeiten insbesondere in Bezug auf psychosoziale Themen verbesserten. Vermehrt wird auch der Verwendung von Kindern und Jugendlichen als Simulationspatienten (SP) in Schulungen Aufmerksamkeit geschenkt [10]. Dabei werden Kinder in verschiedenen komplexen Szenarien für Schulungszwecke eingesetzt [11]. Die Arbeit mit Kindern als SPs wird dabei von den Ärzten gut angenommen [12], [5]. In der Studie von Greenberg et al. [13] finden sich Schauspieler auch in der Rolle der Eltern kranker Kinder. Jedoch lag hier der Fokus des Trainings auf dem spezifischen Thema des Überbringens schlechter Nachrichten.

### • Fragestellung

Wir führten eine Studie im Kontrollgruppendesign zur Verbesserung kommunikativer Fertigkeiten in der Eltern-Arzt Interaktion im Fachbereich der Pädiatrie durch. Ziel war es, ein strukturiertes, Beruf begleitendes und praxisnahes Schulungskonzept zur Verbesserung der kommunikativen Fertigkeiten von Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung zu entwickeln [14], [15]. Der Effekt der Kommunikationsschulung wurde auf zwei Ebenen erfasst: der subjektiven Kompetenzeinschätzung bezüglich der eigenen kommunikativen Fertigkeiten sowie der Elternzufriedenheit mit dem Arztkontakt. Die Annahme war dabei, dass eine Kommunikationsschulung mit standardisierten Eltern sowohl auf der Selbst- als auch auf der Fremdeinschätzungsebene zu einer signifikanten Verbesserung kommunikativer Kompetenzen führt.

## Methoden

### • Teilnehmer

Es wurden Assistenzärzte der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Heidelberg geschult, die zwischen Oktober 2005 und April 2006 in der Notambulanz der Kinderklinik im täglichen Notdienst selbstständig Patienten versorgten. Von 43 Diensthabenden bekundeten 33 Mitarbeiter Interesse an der Schulung. Aus den 33 Interessenten konnten 14 Paare gebildet werden, die in Bezug auf Geschlecht, Alter und Berufserfahrung vergleichbar waren (matched pairs). Diese wurden in eine Interventionsgruppe (IG; N = 14) und Kontrollgruppe (KG; N = 14) randomisiert. Die Nichtteilnehmer und Teilnehmer unterschieden sich nicht in Alter, Geschlecht oder Berufserfahrung. Acht der zehn Nichtteilnehmer gaben als Gründe für ihre Nichtteilnahme Wegzug, Stellenwechsel während der Schulung, Urlaub, Mutterschutz oder Zeitmangel an,

zwei gaben keine Auskunft. Die Teilnahme an der Schulung war freiwillig.

### • Ablauf der Kommunikationsschulung

Es wurde eine Kommunikationsschulung speziell für die Ärzte des Fachbereichs Pädiatrie entwickelt. Diese beinhaltete vier Termine à 120 Minuten, die über einen Zeitraum von sechs Wochen stattfanden. Zu Beginn erfolgte eine Einführung, an dem der Ablauf des Trainings erläutert sowie theoretische Inhalte zur Gesprächsführung vermittelt wurden. Diese orientierten sich an den Arbeiten von Schulz von Thun [16] und Berne [17]. Anschließend folgten drei weitere Schulungstermine, bei denen jeweils nach einer kurzen theoretischen Einführung verschiedene Fälle in Kleingruppen trainiert wurden. Die Schulungsfälle nahmen dabei im Laufe der Schulung an Komplexität zu. Jede Kleingruppe bestand aus drei Dienstärzten der Pädiatrie und zwei Supervisoren. Das Supervisor-Team bestand aus einer Psychologin, drei Ärzten und drei ausgebildeten SP-Trainern. Während jedes Schulungstermins führte jeder Teilnehmer ein Gespräch mit standardisierten Eltern, während die anderen beiden Teilnehmer das Gespräch beobachteten. Das Gespräch wurde auf Video aufgezeichnet, welches der Gesprächsführende Arzt im Anschluss ansehen konnte. In der Großgruppe wurden

1. die eigenen Eindrücke des Gesprächsführenden Arztes,
2. das Feedback der standardisierten Eltern,
3. das Feedback der beobachtenden Kollegen (peers) sowie
4. Eindrücke der Supervisoren diskutiert.

Dabei wurden Stärken und Schwächen der Gesprächsführung in Bezug auf verwendete Interventionsstrategien in dieser Gesprächssituation gemeinsam analysiert und besprochen. Der gleiche Ablauf erfolgte für die anderen beiden Assistenzärzte der jeweiligen Kleingruppe, so dass jeder Arzt die Gelegenheit hatte, pro Schulungstermin ein Gespräch aktiv zu führen und bei zwei Gesprächen als Beobachter dabei zu sein und Feedback zu geben.

### • Schauspieler und Rollen

An einer Fokusgruppe nahmen zwei pädiatrische Oberärzte (2 männlich) und neun pädiatrische Assistenzärzte (7 männlich, 2 weiblich) teil. Anhand zweier Leitfragen fand eine offene Diskussion statt. Die Leitfragen bezogen sich auf die wichtigsten Diagnosen (die schwerwiegendsten bzw. folgenreichsten) sowie die wichtigsten kommunikativen Herausforderungen, die Ärzten in der Ambulanz der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin begegnen. Nach einer Pause wurden die Ergebnisse diskutiert und hinsichtlich ihrer Relevanz beurteilt. Anschließend wurde den Teilnehmern das Transkript mit den erarbeiteten Listen mit den wichtigsten Diagnosen bzw. kommunikativen Herausforderungen zugesandt und von ihnen einstimmig als vollständig bewertet. Auf dieser Grundlage erfolgte die Konzeption von neun Schulungsfällen (siehe Tabelle 1), zu denen jeweils fallspezifische Lernziele definiert und Drehbücher für die einzelnen Schulungsrollen geschrieben wurden. Diese beinhalteten genaue Angaben zum Setting, zu der vorherrschenden Krankheit und zu den jeweiligen Charaktereigenschaften der Schauspiel-Eltern. Fünf der Schulungsfälle beinhalteten ein Gespräch mit jeweils einem Elternteil, drei ein Gespräch mit einem Elternpaar und einer ein Gespräch mit Mutter und Tochter. Zusätzlich gab es eine unterschiedliche Schwerpunktsetzung bzgl. der Gesprächsinhalte (Anamneseerhebung, Anamnese

und Beratung und Beratungsgespräche). Die gespielten Rollen wurden jeweils von einem Arzt der Pädiatrie auf Authentizität und inhaltliche Korrektheit überprüft, bevor sie in der Schulung verwendet wurden.

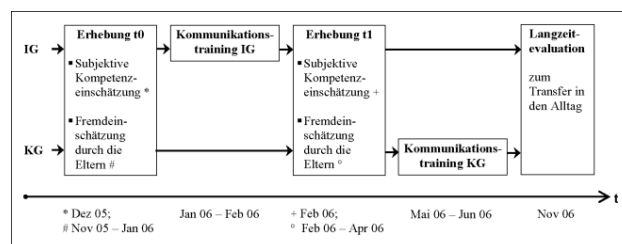
**Tabelle 1: Übersicht über die Schulungsfälle an den drei Schulungsterminen**

Schulung	Scenario	Medizinische Problemstellung	Interaktionelle Problemstellung
Schulung I	Scenario 1	Synkope	Streit mit Pflegepersonal
	Scenario 2	Bauchschmerzen	Streit wegen langer Wartezeit
	Scenario 3	Urtikaria	dramatisierende Mutter
Schulung II	Scenario 1	Fieber	fordernde Mutter
	Scenario 2	Durchfall	türkische Mutter spricht schlecht deutsch
	Scenario 3	Schreiendes Kind	ängstliche und überforderte Mutter
Schulung III	Scenario 1	Meningismus	kritische Eltern bzgl. Schulmedizin
	Scenario 2	Fieberkrampf	Eltern wünschen keine LP
	Scenario 3	Atemnot	Eltern wünschen keine Aufnahme

Für die standardisierten Eltern wurde auf einen Pool von Schauspielern zurückgegriffen, die üblicherweise als standardisierten Patienten zur Ausbildung im Medizinstudium eingesetzt werden [18], [19]. Diese wurden speziell auf die Besonderheiten der Elternrolle hin trainiert.

### • Evaluationsdesign und Datenerfassung

Die Schulung der IG erfolgte von Januar bis Februar 2006. Die subjektive Kompetenzeinschätzung bzgl. der eigenen Kommunikationsfähigkeit aller teilnehmenden Ärzte wurde vor und nach der Schulung der IG mittels eines Fragebogens erhoben (Dezember 2005 und Februar 2006). Weiterhin wurde eine Elternbefragung in der Notfallambulanz der Kinderklinik durchgeführt. Über jeweils neun Wochen hinweg vor und nach der Schulung der IG wurden diejenigen Eltern zur Qualität des Eltern-Arzt-Kontaktes befragt, die zwischen November 2005 und Januar 2006 bzw. zwischen Februar und April 2006 jeweils in der Zeit zwischen 17 und 23h mit ihrem Kind die Notambulanz aufsuchten. Eine Schulung der Kontrollgruppe sowie derjenigen Ärzte, die weder in die IG noch in die KG mit einbezogen werden konnten, jedoch ihr Interesse an der Schulung bekundet hatten, fand direkt nach Abschluss der Evaluation von Mai bis Juni 2006 statt. Eine Nachbefragung im November 2006 rundete die Evaluation der Schulung ab. Alle Teilnehmer wurden retrospektiv zu dem Transfer der Lernziele in den Arbeitsalltag befragt (siehe Abbildung 1).



**Abbildung 1: Übersicht über den zeitlichen Ablauf der Studie (IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe)**

### • Evaluationsinstrument zur subjektiven Kompetenzeinschätzung

Zur Erfassung der subjektiven Kompetenzeinschätzung (vgl. Jünger et al. [20]) der Ärzte hinsichtlich ihrer Kommunikation mit Eltern kranker Kinder wurde ein Fragebogen entwickelt. In diesem wurde in Anlehnung an eine Arbeit von Mueller et al. [21] nach der Si-

cherheit in den spezifischen Gesprächs- und Behandlungssituationen gefragt, die in der Schulung trainiert wurden. Der Gesamtfragebogen bestand aus 9 Items, die Antworten wurden auf einer zehn-Punkt Likert-Scale (1 = trifft gar nicht zu/gar nicht sicher; 10 = trifft voll und ganz zu/sehr sicher) gegeben.

#### • Evaluationsinstrument zur Fremdeinschätzung durch die Eltern

Zur Erfassung der Zufriedenheit der Eltern mit dem kommunikativen Verhalten der Dienstärzte in der Notfallambulanz wurde ein Fragebogen entwickelt. Dieser orientierte sich an den Arbeiten von Crossley et al. [22] und Crossley und Davies [2] sowie den Kanadischen Richtlinien zur Medizinischen Ausbildung (Canmeds) [23]. Dabei wurden Items zusammengestellt und sowohl inhaltlichen Kategorien (z.B. "Nachvollziehbarkeit und Informationsvermittlung", "Eltern-Arzt-Beziehung") als auch den Kriterien der Canmeds (z.B. "discuss information", "establish relationship") zugeordnet. Eine erste Version des Fragebogens wurde anhand von 19 Eltern, die die Ambulanz besuchten, vorgetestet. Anschließend wurden diejenigen Items ausgewählt, die die größte Streuung aufwiesen und normalverteilt waren, und für die Gewährleistung einer Beantwortung ein Fragebogen mit 18 Items erstellt. Das Antwortformat bestand in einer fünf-Punkt Likert-Scale (1 = trifft überhaupt nicht zu; 5 = trifft über die Maßen zu). Zusätzlich wurden demographische Daten der Eltern und des Kindes sowie Angaben zur Wartezeit und Häufigkeit der Ambulanzbesuche erfasst.

#### • Evaluationsinstrument zur subjektiven Einschätzung bezüglich des Transfers in den klinischen Alltag

Für eine Nachbefragung zum Transfer des Schulungswissens in den klinischen Alltag wurden sieben Leitfragen zu einem semistrukturierten Interviewleitfaden zusammengetragen. Diese bezogen sich auf die Veränderungen, die die Schulung bewirkt haben könnte sowie konkrete Fragen zum Umgang mit schwierigen Situationen im Alltag.

#### • Statistische Analyse

Die Daten der subjektiven Kompetenzeinschätzung und der Fremdeinschätzung durch die Eltern wurden mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS ausgewertet. Für die Auswertung der subjektiven Kompetenzeinschätzung wurden eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung sowie ein T-Test für gepaarte und für unabhängige Stichproben herangezogen. Für die Auswertung der Elternfragebögen wurde zunächst ein Gesamtmittelwert pro Arzt über alle auf ihn bezogenen Fragebögen gebildet. Mit diesem wurden eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung sowie ein T-Test für gepaarte und für unabhängige Stichproben gerechnet. In die statistische Analyse wurden alle die Ärzte einbezogen, für die mindestens ein Eltern-Kontakt pro Messzeitpunkt stattgefunden hatte. Die Daten werden als Mittelwerte und Standardabweichungen angegeben. Die Antworten in den semistrukturierten Interviews wurden zu inhaltlichen Kategorien zusammengefasst und die Anzahl der Nennungen pro Kategorie erfasst.

## Ergebnisse

#### • Stichprobenbeschreibung: Schulungsteilnehmer

Insgesamt nahmen 28 Dienstärztinnen und -ärzte (Interventionsgruppe N = 14, Kontrollgruppe N = 14) der Universitätskinderklinik an der Kommunikationsschulung teil. Davon waren 10 Teilnehmer männlich, 18 weiblich, das durchschnittliche Alter lag bei 31,6 Jahren ( $\pm 3,5$  Jahre). Die mittlere Berufserfahrung lag bei 4,2 Jahren ( $\pm 2,8$  Jahre).

#### • Stichprobenbeschreibung: Eltern der Ambulanzpatienten

Insgesamt wurden 257 Eltern oder Begleitpersonen der zu behandelnden Kinder in der Notfallambulanz befragt, die von an der Studie teilnehmenden Ärzten behandelt wurden. Neun Fragebögen waren unvollständig ausgefüllt und wurden daher von der Auswertung ausgeschlossen. Von den 248 auswertbaren Elternkontakten (Prä: n = 119; Post: n = 129) waren 95 männliche und 148 weibliche Bezugspersonen (5 fehlende Angaben). 94 waren Väter der Kinder, mit denen sie die Ambulanz besuchten, 148 Mütter, ein Stiefvater/-mutter und ein Sonstiger (vier fehlende Angaben). 57,3% der befragten Bezugspersonen waren im Alter zwischen 30-39 Jahren, 20,2% zwischen 20-29 Jahren, 15,3% zwischen 40-49 Jahren, 2,4% bis 19 Jahre und 2,0% zwischen 50-59 Jahren. Das Alter der Kinder war durchschnittlich 4,5 Jahre ( $\pm 4,2$  Jahre). Die Anzahl der Eltern-Kontakte pro Arzt betrug zum Erhebungszeitraum t0 max. 12, bei t1 max. 18.

#### • Subjektive Kompetenzeinschätzung der Schulungsteilnehmer

Die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung ergaben einen signifikanten Effekt für den Faktor "Zeit" (prä / post) ( $F(1,24) = 4,94$ ;  $p = 0,036$ ) und einen Interaktionseffekt für "Zeit \* Gruppe" (IG / KG) ( $F(1,24) = 4,30$ ;  $p = 0,049$ ). Die Einzelaufschlüsselungen mittels T-Tests ergaben, dass sich nach der Schulung ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf die subjektive Kompetenzeinschätzung der Ärzte hinsichtlich der speziell in der Schulung trainierten Gesprächssituationen zeigte. Die Interventionsgruppe schätzte sich bzgl. ihrer kommunikativen Kompetenz in diesen Situationen als sicherer ein als die Kontrollgruppe. Vor der Schulung unterschieden sich die beiden Gruppen nicht in ihrer Selbsteinschätzung. Im Prä-Post-Vergleich verbesserte sich die subjektive Kompetenzeinschätzung der Interventionsgruppe signifikant, in der Kontrollgruppe zeigte sich keine Veränderung (siehe Tabelle 2).

**Tabelle 2: Subjektive Kompetenzeinschätzung der kommunikativen Fertigkeiten bzgl. der in der Schulung trainierten Situationen; p<sup>1</sup> = Auswertung für gepaarte Stichproben im Zeitverlauf, p<sup>2</sup> = Auswertung für unabhängige Stichproben pro Messzeitpunkt; N = 26; 10-Punkt Likert-Scale (1 = trifft gar nicht zu/gar nicht sicher; 10 = trifft voll und ganz zu/sehr sicher).**

		Subjektive Kompetenzeinschätzung zu Beginn		Subjektive Kompetenzeinschätzung am Ende		p <sup>1</sup>
		M	SD	M	SD	
Kommunikative Kompetenz bzgl. der trainierten Situationen	IG	7,31	1,33	7,98	0,71	0,039
	KG	7,40	0,79	7,42	0,63	0,847
	p <sup>2</sup>	0,831		0,046		

### • Einschätzung der kommunikativen Kompetenzen durch die betroffenen Eltern

Die kommunikative Kompetenz der Ärzte wurde von den Eltern und Bezugspersonen der kranken Kinder generell als sehr gut eingeschätzt. Es konnte jedoch kein Gruppen- oder Zeiteffekt festgestellt werden (Faktor "Zeit":  $F(1,18) = 1,30$ ;  $p = 0,269$ ; Faktor "Zeit \* Gruppe":  $F(1,18) = 0,03$ ;  $p = 0,857$ ; für Ergebnisse der T-Tests siehe Tabelle 3).

**Tabelle 3: Fremdeinschätzung der kommunikativen Fähigkeiten durch die Bezugspersonen der Patienten; T-Test; p<sup>1</sup> = Auswertung für gepaarte Stichproben im Zeitverlauf, p<sup>2</sup> = Auswertung für unabhängige Stichproben pro Messzeitpunkt; N = 20; IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe.**

		Fremdeinschätzung zu Beginn		Fremdeinschätzung am Ende		p <sup>1</sup>
		M	SD	M	SD	
Einschätzung der kommunikativen Kompetenz	IG	3,88	0,42	3,79	0,31	0,534
	KG	3,89	0,22	3,77	0,19	0,322
	p <sup>2</sup>	0,922		0,871		

### • Subjektive Einschätzung der Teilnehmer im Rahmen einer Nachbefragung zum Transfer in den klinischen Alltag

Im Langzeitverlauf konnten  $n = 17$  (60,7%) Schulungsteilnehmer zum Transfer des Handlungswissens in den klinischen Alltag befragt werden. Es konnten vier inhaltliche Kategorisierungen mit insgesamt 70 Nennungen vorgenommen werden. Unter der Kategorie "Selbstreflexion" (15 Nennungen) berichteten die Ärzte beispielsweise von einer verstärkten Selbstreflexion im Gespräch mit den Eltern, die dazu führte, dass sie ruhiger blieben, innerlich besser vorbereitet seien und verstärkt auf ihr eigenes Verhalten achteten. Während des Gesprächs hielten sie öfter inne und überdachten ihre Strategie. Unter der Kategorie "Empathischer Umgang mit Eltern" (20 Nennungen) brachten die Ärzte zum Ausdruck, dass sie nach der Schulung besser in der Lage seien, sich in Eltern hineinzuversetzen und auf diese einzugehen. Dabei stehe oft im Vordergrund, sich die Bedeutung eines Ambulanzbesuchs für die Eltern zu vergegenwärtigen und den Gefühlszustand der Eltern besser verstehen und darauf eingehen zu können. Unter der Kategorie "Lösungsstrategien" (17 Nennungen) wurden die Aussagen zusammengefasst, die den Umgang mit schwierigen Situationen im Elternkontakt beschrieben. Die Teilnehmer berichteten, dass sie insbesondere in schwierigen Situationen versuchen würden, sich Zeit zu nehmen, auf die Eltern einzugehen und durch Erklären

die Situation zu lösen. Deeskalation könne auch durch konkretes Benennen von Problemen erreicht werden. Verstärkt würde auch darauf geachtet, Themen und Probleme offener anzusprechen und die Eltern auf der emotionalen Ebene abzuholen und Gefühlszustände zu thematisieren. Manchmal helfe auch das Hinzuziehen des Oberarztes, einer dritten Person oder eines Dolmetschers. Die Teilnehmer äußerten den Wunsch nach weiteren, Beruf begleitenden Schulungen mit komplexeren und Ambulanz-übergreifenden Fällen. Diese Aussagen wurden unter der Kategorie "Schulungsbedarf" (18 Nennungen) zusammengefasst.

### Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde ein strukturiertes Kommunikationsstraining für Ärzte auf dem Weg zum Facharzt der Pädiatrie hinsichtlich der Selbst- und Fremdeinschätzung kommunikativer Fähigkeiten evaluiert. Durch das Training von in der Ambulanz häufig auftretenden, schwierigen Gesprächssituationen wurde die subjektive Kompetenzeinschätzung bezüglich dieser Situationen signifikant gesteigert. Es ist anzunehmen, dass durch gezieltes Üben von schwierigen Situationen des pädiatrischen Alltags und durch eine damit einhergehende Steigerung der Selbstwirksamkeit (vgl. [24]) eine qualitativ verbesserte Eltern-Arzt-Interaktion erreicht werden kann. Die Fremdeinschätzung der kommunikativen Kompetenzen der Ärzte durch die Eltern und Bezugspersonen fiel in der vorliegenden Untersuchung generell als sehr positiv aus. Es konnte bei der Interventionsgruppe allerdings keine Veränderung in der Bewertung nach Absolvieren der Schulung festgestellt werden. Eine mögliche Erklärung hierfür wäre, dass die Anzahl der geschulten Ärzte und die Anzahl der Elternkontakte pro Arzt zu gering waren, um einen Effekt abzubilden. Weiterhin ist davon auszugehen, dass bei den in der Notambulanz tätigen Assistenzärzten eine Grundsicherheit bezüglich alltäglich auftretender Probleme vorherrscht. Eine Überlegung wäre, ob Unterschiede in der Kommunikationsfähigkeit vornehmlich in schwierigen Situationen zum Tragen kommen, die jedoch im Alltag nur selten vorkommen. Ferner könnte das Messinstrument selbst hier eine Rolle spielen im Sinne einer zu geringen Sensibilität und Trennschärfe und somit der einhergehenden Schwierigkeiten, mögliche Nuancen abzubilden. Auch die Literatur verdeutlicht, dass sich die Erfassung der Kommunikationsfähigkeit von Ärzten generell als schwierig erweist. Bei vielen Studien zeigt sich dabei die Problematik, passende Evaluationsinstrumente auszuwählen, die die geschulten Fähigkeiten abbilden können [7]. Beispielsweise fanden Langewitz et al. [25] beim Einsatz des Patientenzufriedenheitsbogen (PZF), der die Zufriedenheit der Patienten mit dem ärztlichen Gespräch erfassen soll, dass dieser zur Evaluation von Interventionsprogrammen nicht geeignet sei, da bereits vor der Intervention hoch zufriedene Werte beim Patienten gemessen wurden. Zudem scheitert der Nachweis der Effektivität von Kommunikationsschulungen oft an den verwendeten Studien-Designs und Evaluationsinstrumenten. Die geringsten Effekte der Schulungen zeigten sich in den Studien, die die am besten geeigneten Designs verwendeten (randomisiertes Kontrollgruppendesign mit Prä- und Post-Messung) [6]. Oftmals können keine positiven Effekte von spezifischen Trainings auf die aktuelle Zufriedenheit beim Patienten festgestellt werden [26]. Eine Evaluation von Trainingsmaßnahmen sollte laut Hulsman et al. [6] aus diesem Grunde am besten als Nacherhebung und auf verschiedenen Ebenen stattfinden, unter anderem bzgl. des Wissen und der Einstellung der teilnehmenden Ärzte, deren täglicher

Leistung und der Ergebnisse beim Patienten. In der vorliegenden Studie berichteten die Teilnehmer bei einer Nachbefragung von einer verbesserten Selbstwahrnehmung und benannten konkrete Elemente der Schulung, die ihnen die tägliche klinische Arbeit im Kontakt mit Eltern erkrankter Kinder erleichterten. Instrumente, die nicht auf einer Einschätzebene sondern mit inhaltsanalytischen Verfahren arbeiten, erweisen sich oftmals als geeigneter, Kommunikationsverhalten zu erfassen [27]. Für weiterführende Untersuchungen wären diese ein denkbarer Ansatz, um die oben genannten methodischen Probleme zu überwinden. In der Literatur zeigt sich, dass das Feedback und die Einschätzung von Eltern wichtige Informationen zur Qualität der Patient-Arzt-Beziehung geben kann, dieses zumeist jedoch zu wenig genutzt wird. Evaluationen von "echten" Eltern sind valide und reliabel und genauso gut einsetzbar wie SPs [1]. Crossley et al. [22] untersuchten die Interaktion zwischen Pädiatern und Patienten, indem sie diese sowohl von Eltern als auch Kindern beurteilen ließen. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass Eltern wichtige und reliable Bewertungen zu der Arzt-Kind-Interaktion geben können. Die Aussagen der Kinder hingegen seien zwar als Rückmeldung für den jeweiligen Arzt interessant, könnten jedoch kein reliables Messinstrument abgeben. Eine Befragung der Eltern wie in der vorliegenden Studie ist daher ein durchaus sinnvoller Zugang zu der skizzierten Fragestellung. Dennoch waren die Bewertungen durch die Eltern und Bezugspersonen der Kinder in der vorliegenden Studie durchweg zu positiv, um einen Effekt abzubilden. Sinnvoll wäre daher, zusätzlich weitere Beurteiler (z.B. Teammitglieder) im Sinne einer 360° Evaluation einzubeziehen (vgl. [28], [29]).

Eine Patientenorientierte Versorgungsleistung steht nach wie vor im Mittelpunkt der Forschung. Insbesondere im Bereich der Pädiatrie zeigt sich die Notwendigkeit, die ärztliche Versorgung nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Eltern und Sorgeberechtigten zufriedenstellend zu gestalten. Hauptaugenmerk sollte daher neben der medizinischen Versorgung auf einer angemessenen Kommunikation zwischen Ärzten und Kindern sowie deren Eltern und Bezugspersonen liegen. Dabei erscheint es sinnvoll, strukturierte Kommunikationsschulungen nicht nur während des Medizinstudiums, sondern auch gezielt in der postgraduierten Ausbildung einzusetzen.

## Limitationen

Der Studie liegt eine geringe Stichprobengröße auf Seiten der Teilnehmer des Kommunikationstrainings zugrunde, die durch die während des Untersuchungszeitraums in der Ambulanz tätigen Ärzte sowie durch die Freiwilligkeit der Teilnahme limitiert wurde. Bei den Daten zur Elternzufriedenheit in der Ambulanz war eine Schwierigkeit, dass nicht alle der teilnehmenden Ärzte gleich häufig in der Notfallambulanz tätig waren und daher unterschiedliche Häufigkeiten der Arzt-Eltern-Kontakte pro Arzt zustande kamen. Der verwendete Elternfragebogen war möglicherweise nicht sensitiv genug, Änderungen in der Kommunikationsfähigkeit abzubilden, da die ärztliche Kommunikation bereits von vorneherein als sehr positiv bewertet wurde. Eine weitere Einschränkung sind die fehlende psychometrische Validierung der Erhebungsinstrumente und eine mögliche Fehleinschätzung bei der Erhebung der Selbsteinschätzung der Teilnehmer. Auch wäre es sinnvoll gewesen, eine Matchung nicht nur hinsichtlich des Alters und des Geschlechts, sondern auch hinsichtlich der Vorerfahrung bezüglich Kommunikationstrainings vorzunehmen.

## Schlussfolgerung

Der hier vorgestellten Studie lag eine strukturierte Kommunikationsschulung für postgraduierte Ärzte im Fachbereich Pädiatrie zugrunde. Das Training von spezifischen, für den klinischen Alltag typischen Situationen führte zu einer Verbesserung in der Selbstwahrnehmung bzgl. kommunikativer Kompetenzen und dem Umgang mit schwierigen Situationen im Elternkontakt. Eine Integration von Kommunikationsschulungen in postgraduierte Ausbildungs-Curricula erscheint daher sinnvoll. Um stärkere und längerfristige Effekte in der Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit erzielen zu können, wäre eine Intensivierung der Schulung durch häufigere Trainingseinheiten sinnvoll. Es besteht weiterhin Bedarf an der Optimierung und Entwicklung von Messinstrumenten zur Fremdevaluation, um trennscharfe Messergebnisse erzielen zu können. Auch wäre die Verwendung inhaltsanalytischer Verfahren oder einer 360° Evaluation sinnvoll, um nicht nur die Selbsteinschätzung, sondern auch das faktische Gesprächsverhalten zu erfassen.

## Unterstützung/Genehmigung

Diese Arbeit wurde unterstützt vom Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg im Rahmen des Projektes "Innovative Lehre", Nr.: D 100011720; AZ32-402.17(05)/34.

Diese Arbeit wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg genehmigt (Nr. 307/2005) und bei Current Controlled Trials (CCR) registriert (ISRCTN-Nr. 87527154).

## Korrespondenzadresse:

• Dipl.-Psych. Katja Hoffmann, Universität Heidelberg, Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin, Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg, Deutschland, Tel.: 06221/56-38696, Fax: 06221/56-5749  
katja.hoffmann@med.uni-heidelberg.de

## Literatur:

- [1] O'Keefe M. Should parents assess the interpersonal skills of doctors who treat their children? A literature review. *J Paediatr Child Health*. 2001;37(6):531-538.
- [2] Crossley J, Davies, H. Doctors' consultation with children and their parents: a model of competencies, outcomes and confounding influences. *Med Educ*. 2005;39(8):807-819.
- [3] Wassmer E, Minnaar G, Abdel AN, Atkinson M, Gupta E, Yuen S, Rylance G. How do paediatricians communicate with children and parents? *Acta Paediatr*. 2004;93(11):1501-1506.
- [4] Wissow LS, Roter DL, Wilson MEH. Paediatrician interview style and mothers' disclosure of psychosocial issues. *Pediatrics*. 1994;93(2):289-295.
- [5] Cohen R, Hardoff D, Reichmann B, Danzinger Y, Ziv A. Development and assessment of simulated patient based curricular unit in order to improve clinical skills in adolescent medicine of pediatric and family practice residents. *Harefuah*. 2004;143(12):863-868.
- [6] Hulsman RL, Ros WJ, Winnubst JA, Bensing JM. Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Med Educ*. 1999;33(9):655-668.
- [7] Cegala DJ, Lenzmeier Broz SL. Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills. *Med Educ*. 2002;36(11):1004-1016.
- [8] Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, Snyder CW, Lazare A, Lipkin M Jr. Effect of Communications Training on Medical Student Performance. *JAMA*. 2003;290(9):1157-1165.

- [9] Van Dulmen AM, Holl RA. Effects of continuing paediatric education in interpersonal communication skills. *Eur J Pediatr.* 2000;159(7):489-495.
- [10] Hardoff D, Schonmann S. Training physicians in communication skills with adolescents using teenage actors as simulated patients. *Med Educ.* 2001;135(3):206-210.
- [11] Tsai TC. Using children as standardised patients for assessing clinical competence in paediatrics. *Arch Dis Child.* 2004;89(12):1117-1120.
- [12] Brown R, Doonan S, Shellenberger S. Using children as simulated patients in communication training for residents and medical students: a pilot program. *Acad Med.* 2005;80(12):1114-1120.
- [13] Greenberg LW, Ochsenschlager D, O'Donnell R, Mastruserio J, Cohen GJ. Communication bad news: a pediatric department's evaluation of a simulated intervention. *Pediatrics.* 1999;103(6 Pt 1):1210-1217.
- [14] Bosse HM, Nikendei C, Hoffmann K, Kraus B, Huwendiek S, Hoffmann GF, Jünger J, Schultz JH. Kommunikationsschulung mittels "Standardisierter Eltern" für Ärzte im Fachbereich der Pädiatrie - strukturierte Kompetenzvermittlung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung. *Z. Ärztl Fortbild Qualitätssich.* (eingereicht).
- [15] Schultz JH, Hoffmann K, Lauber H, Schönemann J, Conrad C, Kraus B, Bosse HM, Huwendiek S, Hoffmann GF, Herzog W, Jünger J, Nikendei C. Einsatz von "Standardisierten Eltern": Authentizität und Qualität des Feedbacks. *GMS Z Med Ausbild.* 2006;24(1):Doc72.
- [16] Schulz von Thun F. Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Reinbeck: Rowohlt Verlag; 1981.
- [17] Berne E. Was sagen sie, nachdem Sie "Guten Tag" gesagt haben? Psychologie des menschlichen Verhaltens. München: Fischer; 1975.
- [18] Jünger J, Köllner V. Integration eines Kommunikationstrainings in die klinische Lehre. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2003;53:56-64.
- [19] Nikendei C, Zipfel S, Roth C, Löwe B, Herzog W, Jünger J. Kommunikations- und Interaktionstraining im Psychosomatischen Praktikum: Einsatz von standardisierten Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2003;53:440-445.
- [20] Jünger J, Schellberg D, Nikendei C. Ärztliche Kompetenzerwartung von Studierenden in der Inneren Medizin: Ein Instrument zur Steuerung von studentischem Lernverhalten und der Curriculumsentwicklung. *GMS Z Med Ausbild.* 2006;23(3):Doc 51.
- [21] Mueller PS, Barrier PA, Call TG, Duncan AK, Hurley DL, Multari A, Rabatin JT, Li JTC. Views of new internal medicine faculty of their preparedness and competence in physician-patient communication. *BMC Med Educ.* 2006;6:1-7.
- [22] Crossley J, Eiser C, Davies HA. Children and their parents assessing the doctor-patient interaction: a rating system for doctors' communication skills. *Med Educ.* 2005;39(8):820-828.
- [23] Frank JR, Jabbour M, Tugwell P et al. Skills for the new millenium: report of the societal needs working group, CanMEDS 2000 Project. *Ann R Coll Physicians Surg Can.* 1996;29:206-216. Zugänglich unter: [http://rcpsc.medical.org/canmeds/CanMEDS\\_e.pdf](http://rcpsc.medical.org/canmeds/CanMEDS_e.pdf).
- [24] Bandura A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educ Psychol* 1993;28(2):117-148.
- [25] Langewitz W, Keller A, Denz M, Wössmer-Buntschu B, Kiss A. Patientenzufriedenheits-Fragebogen (PZF): Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt-Patient-Beziehung? *Psychother Psychosom Med Psychol.* 1995;45:351-357.
- [26] Brown JB, Boles M, Mullooly JP, Levinson W. Effect of Clinician communication Skills Training on Patient Satisfaction. *Ann Intern Med.* 1999;131(11):822-829.
- [27] Kaerger H. Ein multiaxiales Kategoriensystem (MAK) zur Evaluation einer Balint-Gruppe. Eine kommunikationsanalytische Studie ärztlichen Gesprächsverhaltens. Frankfurt/M: VAS Verlag für akademische Studien; 1999.
- [28] Lockyer J. Multisource feedback in the assessment of physician competencies. *J Contin Educ Health Prof.* 2003;23(1):4-12.
- [29] Reisdorff EJ, Hughes MJ, Castaneda C, Carlson DJ, Donohue WA, Fediuk TA, Hughes WP. Developing a valid evaluation for interpersonal and communication skills. *Acad Emerg Med.* 2006;13(10):1056-1061.