

## **Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung**

**Armin Koerfer, Karl Köhle, Rainer Obliers, Bernd Sonntag,  
Walter Thomas, Christian Albus**

### *Abstract*

Aktuelle Reformanstrengungen in der medizinischen Aus- und Fortbildung zielen auf einen Unterricht, der stärker patientenorientiert, an klinischen Problemlösungen und praxisnahen Verhaltensschulungen der (angehenden) Ärztinnen und Ärzte ausgerichtet ist. Dies hat auch Folgen für das Prüfungswesen, das stärker auf praktische ärztliche Fertigkeiten und Fähigkeiten abzustellen ist. Da der klinische Zugang zum Patienten vor allem sprachlich vermittelt ist, sind besondere Anforderungen an kommunikative Kompetenzen des Arztes gestellt, die ebenso wie andere ärztliche Kompetenzen zu fördern und zu prüfen sind. Dieser Aspekt der Qualitätssicherung ärztlichen Handelns als wesentlich kommunikatives Handeln ist in der bisherigen medizinischen Aus- und Fortbildung jedoch weitgehend vernachlässigt worden. Deswegen haben wir im Anschluss an aktuelle Reformen in der Mediziner Ausbildung ein manualgestütztes, problemorientiertes und multimediales Lern- und Prüfungskonzept zur ärztlichen Gesprächsführung entwickelt, das in einem integrativen Curriculum an unserer Klinik (für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität zu Köln) eine langjährige Erprobung erfahren hat, worüber im Einzelnen berichtet werden soll.

Keywords: Arzt-Patient-Kommunikation, Narration, Entscheidungsfindung, Problemorientiertes Lernen, Multimedia, Biopsychosoziale Medizin, OSCE, Simulationspatienten.

### *English Abstract*

Current reform efforts in primary and continuing medical education aim at coursework that direct future physicians behaviour more closely to patient requirements, clinical problem solving and training in an environment that is closer to their professional reality. This has consequences for the examination system, which has to be developed in view of evaluating practical medical skills and abilities. Since the clinical approach to the patient is above all mediated by verbal communication, the communicative competences of physicians require special attention which must be promoted and examined just like other medical competences. This aspect of quality assurance in medical activity as a primarily communicative activity has largely been neglected in the past as a vital component of medical training. Following current reforms in medical education, we developed a manualised, problem- and multimedia-based learning and examination concept for the interaction between physician and patient. This concept has been tested during a multi-year period in an integrative curriculum at our department (Psychosomatics and Psychotherapy, Univ. of Cologne).

Keywords: doctor-patient communication, narration, decision making, problem-based learning, multimedia, biopsychosocial medicine, OSCE, simulated patients.

1. Lernziel Kommunikative Kompetenz
  - 1.1. Biopsychosoziale Medizin und biographisch-narrative Anamnese
  - 1.2. Beziehungsmodelle und Entscheidungsfindung
  - 1.3. Lernzieltaxonomie und Gesprächsmaximen
2. Integratives Curriculum ärztliche Gesprächsführung
  - 2.1. Aus- und Fortbildung in Psychosomatik und Psychotherapie
  - 2.2. Manualisiertes Lernen und kommunikative Passung
  - 2.3. Problemorientiertes und forschendes Lernen
  - 2.4. Komparatives und multimediales Lernen
3. Prüfung kommunikativer Kompetenz
  - 3.1. Die OSCE-Methode mit Simulationspatienten
  - 3.2. Feedback und Evaluation
  - 3.3. Akzeptanz des Prüfungsverfahrens
4. Literatur
5. Transkriptionskonventionen
6. Anhang
  - 6.1. Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)
  - 6.2. Kölner Medizinisches Kommunikationstraining (MediKom)

## 1. Lernziel Kommunikative Kompetenz

Der gegenwärtige Wandel in der Medizin-Didaktik trägt einem veränderten Arztbild der Zukunft Rechnung (Wissenschaftsrat 1992; Murrhardter Kreis 1995; Dörner 2002; Herzig et al. 2006). In der medizinischen Aus- und Fortbildung müssen vor allem *Schlüsselqualifikationen* vermittelt werden, die eine flexible Anpassung an veränderte Anforderungsprofile der ärztlichen Profession erlauben. Dazu gehören vor allem Kommunikations-, Kooperations- und Teamfähigkeiten, aber auch Fähigkeiten des Lernens selbst ("Lebenslanges Lernen"), die im kollektionalen Austausch ebenso wie in der alltäglichen Praxis der Patientenversorgung vielfältig unter Beweis zu stellen sind.

In ihrem Berufsleben führen Ärzte ca. 200.000 Gespräche mit Patienten (Kurtz/Silverman/Draper 1998). Frühe Untersuchungen haben ergeben, dass ca. 3/4 der Diagnosen allein aufgrund des Gesprächs bereits zutreffend gestellt werden können (Hampton et al. 1975). Gegenüber dieser klinischen Bedeutung des ärztlichen Gesprächs erweist sich die Ausbildung in der Gesprächsführung als erheblich defizitär: Das Gespräch mit dem Patienten wird in der Regel zu spät, zu wenig und zu praxisfern gelehrt, geübt und geprüft. Angesichts dieser Defizite sind Ärzte frühzeitig an eine "sprechende Medizin" heranzuführen, die allerdings den besonderen Erfordernissen einer biopsychosozialen Medizin Rechnung zu tragen hat. Die Förderung kommunikativer Kompetenz ist eben nicht in einer bloßen Rhetorikschulung zu erreichen, sondern muss Inhalten und Zwecken ärztlicher Gesprächsführung folgen, die ihrerseits von übergeordneten medizinischen Versorgungszielen abhängig sind.

Dieser Zusammenhang ist in der Lehre der ärztlichen Gesprächsführung selbst kontinuierlich zum Thema zu machen, um einen Einstellungswechsel der Lernenden erreichen zu können, der die Notwendigkeit und Richtung der Kompetenzerweiterung betrifft. Dabei legen wir einen besonderen Wert auf einen *problem-*

*orientierten* Lernansatz, bei dem die Lernenden auch im Sinne eines *forschenden* Lernens an der Klärung "strittiger" Fragen einer "guten Gesprächsführung" aktiv beteiligt werden können.

Das Lernangebot unserer Klinik erstreckt sich insgesamt vom Erstsemestertutorium in der Vorklinik über klinische Praktika bis zur Fortbildung in psychosomatischer Grundversorgung (§ 2.1). Bei aller notwendigen Differenzierung geht es im Folgenden (§ 1) zunächst um die Vermittlung von kommunikativen Basis-Kompetenzen im Rahmen einer biopsychosozialen und dialogischen Medizin.

### **1.1. Biopsychosoziale Medizin und biographisch-narrative Anamnese**

Die "kommunikative Wende" in der Medizin fällt nicht von ungefähr mit dem Paradigmenwechsel von einem biotechnischen zu einem biopsychosozialen Versorgungsansatz zusammen, der sich seinerseits auf eine lange Tradition berufen kann, die sich vor allem durch einen *biographisch-narrativen* Zugang zum "Körper, Leib und Leben" des Patienten auszeichnet (Langenbach/Koerfer 2006). Der Patient soll nicht länger nur körperliches Objekt einer biomedizinischen Manipulation sein, sondern erfährt im Sinne von Weizsäckers (1939) eine (Wieder-)Einführung als *Subjekt*, dessen Krankengeschichte als persönliche Leidensgeschichte rekonstruiert wird, die tief in seiner Lebensgeschichte verwurzelt sein kann.

Im kooperativen Prozess der Rekonstruktion dieser Krankengeschichte erweist sich die Patientenerzählung als eine elementare Verständigungsform, deren spezifische Kommunikationsfunktionen für die biopsychosoziale Anamnese nicht nur in der linguistischen, sondern auch in der klinischen Gesprächsforschung erkannt wurden (Labov/Fanshel 1977; Schafer 1992; Brody 1994; Bothe 1994, 2007; Engel 1997; Anderson 1999; Grossmann 2000; Koerfer/Köhle/Obliers 2000, 2005; Elwyn/Gwyn 2005; Lucius-Hoene 2002; Deppermann/Lucius-Hoene 2005; Gülich 2005, 2007; Halkowski 2006). In Analogie zur "evidence based medicine" wird inzwischen für eine "narrative based medicine" plädiert, nach der die Erzählung ideale "Brückenfunktionen" für den kommunikativen Austausch zwischen Arzt und Patient wahrnehmen kann (Launer 2002; Hurwitz/Greenhalgh/ Skultans 2004; Brody 2005; Heath 2005; Greenhalgh/Hurwitz 2005). Die Plädoyers für einen *narrativen* Ansatz in der Medizin leiten sich vor allem von der Alltagsnähe dieser Kommunikationsform ab, die sich gegenüber einem rein *interrogativen* Interviewstil in vielfacher Hinsicht als überlegen erweist, was im Unterricht im Einzelnen herauszuarbeiten ist: Beim Erzählen können mehr und andersartige Informationen zur Sprache kommen als dies durch die bloße Beantwortung eines professionell-terminologischen Fragenkatalogs möglich wäre, wie dies schon von den Pionieren zur Erforschung der Arzt-Patient-Kommunikation jeweils auf einen kurzen Nenner gebracht wurde:

- Wenn man Fragen stellt, so erhält man Antworten darauf – aber weiter auch nichts (Balint 1964/88:186).
- Interrogation generates defensiveness, narration encourages intimacy (Engel 1997:60).

Derart pointierte Aussagen von Klassikern der klinischen Gesprächsforschung lassen sich als offene Lernimpulse für weitergehende *komparative* Reflexionen

über wesentliche Unterschiede zwischen *Interrogation* und *Narration* nutzen. Die Unterschiede können je nach Lehrform und Lerntempo entweder eher induktiv durch Gesprächsvergleich gewonnen und schließlich in einem entsprechenden Tafelbild festgehalten oder eher deduktiv qua Folie (Tab.1) ermittelt und an verschiedenen Gesprächen (vgl. u.) überprüft werden. Insgesamt soll im Unterricht erarbeitet werden, dass der Arzt mit einem *interrogativen* Interviewstil über fragmentarische Antworten auf seine Fragen hinaus bestenfalls einen Bericht des Patienten über eine Krankheitsgeschichte abrufen mag, während er den Patienten mit einem *narrativen* Interviewstil zu einer Erzählung seiner Krankengeschichte stimulieren kann.<sup>1</sup> Dabei wird er als aktiver Zuhörer etwas über die Unterschiede erfahren, die der Patient *mit Worten machen* kann (Tab.1), nämlich zum Beispiel zwischen Ereignis und Erlebnis, äußerer und innerer Welt, historischer und narrativer Wahrheit, Anonymität und Intimität, Rationalität und Emotionalität, objektiver und subjektiver Bedeutung/Zeit usw. (Koerfer/Köhle/Obliers 2000; Köhle 2003). Wie in der Lehre durch Detailarbeit an empirischen Gesprächen exemplarisch zu vermitteln ist, verlangt ein narrativer Ansatz besondere kommunikative Interventionsleistungen von Ärzten, nämlich die Patientenerzählungen zu *elizitieren*, beim Erzählen zu *kooperieren* und schließlich die Erzählung gemeinsam mit dem Patienten zu *evaluieren* (Koerfer/Obliers/Köhle 2005b; Koerfer/Köhle 2007). Diese Interventionsleistungen werden von Ärzten nicht ohne weiteres erbracht, sondern sie müssen oft langwierig und mühsam erlernt werden, oft gegen den Widerstand des professionellen Routinehandelns im Sinne traditioneller Anamneseerhebung.

		Bericht	Narrativ
1	Gegenstand	Ereignisse	Erlebnisse
2	Bereich	Äußere Welt	Innere Welt
3	Geltung	Historische Wahrheit	Narrative Wahrheit
4	Zeit/Bedeutung	Objektiv	Subjektiv
5	Sprache	Impersonal Abstrakta Indirekte Rede	Personal Metaphern Direkte Rede
6	Evaluation	Rational	Emotional
7	Beziehung	Anonymität	Intimität
8	Medizinische Funktion	Krankheitsgeschichte	Krankengeschichte
9	Themen	Bio-medizinisch	Biopsychosozial
10	Inanspruchnahme	Dienstleistung	Kooperation

Tab. 1: Synopse *Bericht* versus *Narrativ*

<sup>1</sup> Diese Differenz korrespondiert mit einer für Mediziner eher geläufigen Unterscheidung von *Disease* und *Illness*, die etwa von Levenstein et al. (1989) im Rahmen einer patientenzentrierten Medizin folgendermaßen herausgestellt wird: "Disease is an abstraction, the thing that is wrong with the body-machine; illness is the unique experience of a person who feels ill" (1989:108). In dieser Perspektive werden Patienten nicht nur als bloße Träger von Krankheiten gesehen, sondern als erkrankte Subjekte behandelt.

Dass die kommunikative Kompetenz von Ärzten durch Aus- und Fortbildung generell *verbessert* werden kann, ist in vielen Evaluationsstudien im Einzelnen nachgewiesen worden (Putnam et al. 1988; Langewitz et al. 1998; Köhle et al. 1995, 2001). Dennoch erweist sich die Kompetenzerweiterung in Richtung auf eine empathische Kommunikation im Umgang mit Emotionen als besonders schwierig, wie sie gerade auch im Kontext von Erzählungen zur Sprache kommen. Diese Schwierigkeiten gelten selbst für "gestandene" Ärzte, die trotz Fortbildung die Emotionen ihrer Patienten eher abzuwehren als zu fördern suchen, weil sie sich damit überfordert fühlen (Butow et al. 2002; Goldie 2004; Koerfer/Obliers/Köhle 2004). Zur Abwehr der Emotionen bedienen sich die Ärzte verbaler und nonverbaler Routinehandlungen, mit denen eine dauerhafte *Relevanzrückstufung* erreicht wird (Koerfer/Köhle/Obliers 2000). Dieses Kommunikationsverhalten kann im Unterricht etwa an folgendem kurzen Beispiel illustriert werden, bei dem ein emotionales Patientenangebot bereits mehr oder weniger explizit vorliegt, das lediglich einer entsprechenden Rückmeldung bedürfte.

Beispiel 1 (B1) "Angstzustände"

- 01 A (...) also Sie sagen selbst, dass da Stress hintersteckt  
... oder gibt's noch andere Sachen, die Ihnen Probleme  
machen? . ich mein da anderes Schwieriges .
- 02 P na gut ich hatte noch anderen/anderen Ärger in der Fami-  
lie innerhalb .
- 03 A hm .
- 04 P der eigentlich auch noch/was heißt andauert, der also  
erst vor kurzem da war, wo auch ziemlich viel  
durcheinander geraten ist ... aber ... das ist auch das  
Einzigste dann .
- 05 A hm . ja Frau S . ich denke, dann werd ich Sie jetzt mal  
untersuchen .
- 06 P hm .

Wie wir aus dem gesamten Kenntnisstand über die Krankengeschichte der Patientin in Beispiel (B1) wissen, fiel der "andere Ärger innerhalb der Familie" zeitlich mit den von der Patientin zu Gesprächsbeginn geschilderten "Angstzuständen" und herzbezogenen Beschwerden direkt zusammen. Anstatt diesem Zusammenhang weiter nachzugehen, präferiert der Arzt hier eine weniger emotionshaltige Gesprächsfortsetzung, indem er sich eines Routine-Verfahrens der Relevanzrückstufung bedient, nämlich (im Sinne von Labov/Fanshel 1977) von *patient's events* ("Ärger in der Familie") unmittelbar zu *doctor's events* ("Untersuchungen") zu wechseln. Da aber gerade emotionale Themen dieses Typs nicht beliebig abrufbar sind, sondern als einmal interaktiv entwickelte Gesprächschancen auch "an Ort und Stelle" wahrgenommen werden sollten, geht der Arzt hier ein hohes Risiko ein, mit der Relevanzrückstufung durch seinen radikalen Themenwechsel eine für die Krankengeschichte wichtige Information zur Vervollständigung der biopsychosozialen Anamnese ungenutzt zu lassen.

Je nach erreichtem Lernstand werden die Defizite in der Gesprächsführung des Arztes von den Kursteilnehmern oft selbständig erarbeitet und etwa so resümiert, dass der Arzt sich hier "in die Untersuchung flüchtet, statt dem Ärger weiter nachzugehen". Mit dieser kritischen Bewertung ist zunächst ein Zwischenstand des Lernens am Fallbeispiel erreicht. In der Lerngruppe können dann weiterführende

Reflexionen auf eine *passende* verbale oder nonverbale Anschlussintervention durch praktische Übungen angeregt werden, in denen die Teilnehmer sich in die Rolle des Arztes versetzen und "an seiner Stelle" intervenieren sollen ("it's your turn"), um die Patientin - trotz ihrer eigenen Relevanzrückstufung ("aber das ist auch das Einzigste dann") - zu einer Erzählung über ihren "Ärger in der Familie" zu bewegen. Hier können sich die Vorschläge von Formen des *aktiven Zuhörens* (wie *wörtliche Wiederholung*: "Ärger in der Familie?") bis zu expliziten *Erzähl-einladungen* ("Was ist denn alles durcheinander geraten? Erzählen Sie mal!") erstrecken. So kann in der Lerngruppe ein diskursiver "Wettbewerb" der Teilnehmer um die bestmögliche Intervention ("best choice") an einer kritischen Stelle im Gespräch eingeleitet werden, ein Verfahren, das wir sowohl im multimedialen Unterricht (§ 2.4) als auch für Prüfungen (§ 3) systematisch zu nutzen suchen.

## 1.2. Beziehungsmodelle und Entscheidungsfindung

Eine gute biopsychosoziale Anamnese ist eine wesentliche Voraussetzung für eine tragfähige medizinische Entscheidungsfindung, die als "neglected second half of the consultation" (Elwyn et al. 1999) erst spät in den Aufmerksamkeitsfokus der Forschung gerückt ist und bisher noch kaum in der Lehre berücksichtigt wurde. Die kommunikative Kompetenz des Arztes wird bei der medizinischen Entscheidungsfindung in besonderer Weise herausgefordert, weil er einerseits seine Rolle als medizinischer Experte wahrzunehmen hat, ohne andererseits den Patienten in seiner Laienrolle zu entmündigen. Bei der Evaluation von kommunikativen Problemlösungen dieses Balanceaktes ist jeweils in Rechnung zu stellen, dass der Entscheidungsspielraum für beide Partner durch strukturelle Vorgaben begrenzt sein kann, die sich durch Erfordernisse einer *evidenz-basierten* Medizin ergeben (Lauterbach/Schrapppe 2001). Danach hat sich die Entscheidungsfindung an professionellen Leitlinien zu je spezifischen Krankheitsbildern zu orientieren (Herpertz et al. 2003; Albus et al. 2005; Albus 2006), bei deren Behandlung der Arzt in einer besonderen Mitverantwortung steht: In letzter Konsequenz sind unangemessene Versorgungswünsche des Patienten im kommunikativen Prozess der Entscheidungsfindung vom Arzt gegebenenfalls zurückzuweisen, auch wenn sich der Patient dabei in seiner Entscheidungsfreiheit erheblich eingeschränkt sehen mag. Hier kommt mit von Uexküll (1993) das Prinzip "Kein mündiger Patient ohne mündigen Arzt" zur Geltung, womit sich für die Forschung und Lehre gleichermaßen die Frage nach der angemessenen Anwendung des *Autonomieprinzips* in der Praxis der ärztlichen Sprechstunde und Visite stellt.

Die verschiedenen Möglichkeiten und Grenzen der Patientenbeteiligung bei der Entscheidungsfindung sind im Rahmen einer Reihe von Beziehungsmodellen differenziert worden, die weiterhin als konkurrierende Entscheidungsmodelle diskutiert werden. Eine didaktische Reduktion der Vielfalt der Modelle lässt sich (nach Elwyn/Edward/Kinnersley 1999) durch eine graduierende Darstellung (Abb.1) erreichen, in der das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung (*shared decision making*) in einer oszillierenden Mittelposition zwischen zwei Extremen verankert wird, bei denen die Entscheidung mehr oder weniger entweder vom Arzt allein (*paternalistic*) oder vom Patienten allein (*informed choice*) vollzogen wird.

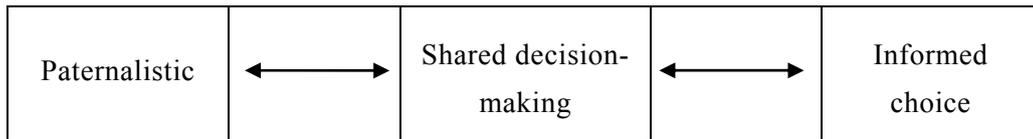


Abb. 1: Spectrum of patient-clinician interaction (Elwyn/Edwards/Kinnersley 1999)

Obwohl in der gegenwärtigen Diskussion um die Notwendigkeiten und Möglichkeiten einer stärkeren Patientenbeteiligung das Konzept des "shared decision making" (SDM) eine zentrale Rolle spielt, kann dieser Ansatz auch nach Auffassung prominenter Vertreter keineswegs als hinreichend geklärt gelten (Gwyn/Elwyn 1999; Gafni/Charles/Whelan 1998; Guadagnoli/Ward 1998; Charles/Gafni/Whelan 1997, 1999; Elwyn 2001; Ford/Schofield/Hope 2003; Flynn/Smith/Vanness 2006). Vorbehalte und Einschränkungen werden sowohl theoretisch als auch vor allem hinsichtlich der Implementierung in der Praxis diskutiert, was gerade in der Ausbildung für angehende Ärzte als ein zukünftiges Problem zu erkennen ist, für das keine schematischen "Patentlösungen" angeboten werden sollten.

Die möglichen Differenzen bei der medizinischen Entscheidungsfindung sind nicht nur allgemein auf Modellebene zu vermitteln, sondern in linguistischen *Musteranalysen* auf der Kommunikationsebene genauer zu bestimmen und im empirischen Entscheidungsfall konkret zu identifizieren (Koerfer et al. 2005a, 2008). Dabei sind in Forschung und Lehre drei Kommunikationsfunktionen zu differenzieren, an denen Arzt und Patient je nach Beziehungsmodell (Paternalismus, Dienstleistung, Kooperation) unterschiedlich beteiligt sein können. Je nach Wahl des Beziehungsmodells können *Informationsvermittlung*, *Entscheidungsprozess* und *Verantwortungsübernahme* recht unterschiedlich verlaufen (Tab.2). Hier reicht das Spektrum der Arzt-Patient-Kommunikation von monologischen, dialogischen und interrogativen Mustern bei der Informationsvermittlung über Entscheidungsmuster der *Anordnung*, *Aushandlung* und *Werbung* bis zu Formen der Verantwortungsübernahme, die zwischen völliger *Abhängigkeit* und *Pseudo-Unabhängigkeit* des Patienten oszillieren. In der Praxis der Entscheidungsfindung werden weiterhin verschiedene Varianten und Mischformen zu differenzieren sein, will man reales ärztliches Gesprächsverhalten nicht nur als Devianz gegenüber "Idealtypen" der Grundmodelle, sondern als flexible Anpassungsleistungen gegenüber einem individuellen Beteiligungsbedarf von Patienten erfassen können, der sich erst situativ in der Interaktion mit dem Arzt entwickeln mag.

	Paternalismus	Kooperation (shared decision)	Dienstleistung (informed choice)
<i>Information</i>	Monologische Vermittlung und Rezeption als "Einbahnstraße"	Dialogischer Wissens- und Verstehensprozess	Interrogativer Wissenserwerb mit Frage-Antwort-Muster
<i>Entscheidung</i>	Anordnung bzw. Verordnung nach ärztlicher Vorwahl  Zwang → Gehorsam	Vorschläge, Bewertung und Aushandlung evidenzbasierter Alternativen Diskurs → Überzeugung	Angebot und Nachfrage, Werbung und Kontrakt  Manipulation → Überredung
<i>Verantwortung</i>	Fremdkontrolle bis hin zur Abhängigkeit des Patienten vom Arzt	Gemeinsame Kontrolle in gegenseitigem Vertrauen bei beidseitiger Autonomie	Selbstkontrolle bis hin zur Autarkie des Patienten bei Autonomieverlust des Arztes durch Laisser-faire

Tab. 2: Information, Entscheidung und Verantwortung für drei Beziehungsmodelle

Insgesamt sollte der Arzt in der Aus- und Fortbildung eine professionelle *Meta-Kompetenz* erwerben, mit der er sich kommunikativ auf die *aktuellen* Bedürfnisse des Patienten ebenso ad hoc einzustellen weiß, wie er die *potentiellen* Bedürfnisse erst zu wecken versteht. Diese können sich in Abhängigkeit einerseits von Alter, Geschlecht und Bildung sowie andererseits von Art, Schwere und Verlauf der Erkrankung ganz unterschiedlich entwickeln (Kuprat et al. 1999; McKinstry, 2000; Klemperer 2005; Koerfer/Obliers/Köhle 2005). Entsprechend ist im Unterricht der Blick für eine komplexe Teilnahmeperspektive des Arztes zu schärfen, der mit dem Patienten verschiedenartige Kommunikationszwecke verfolgt: Der Bedarf des Patienten nach Beteiligung an der Entscheidungsfindung ist oft selbst Gegenstand eines Aushandlungsprozesses (*negotiation*) mit ungewissem Ausgang. Patientenpräferenzen sind eben nicht a priori vorgegeben und können deswegen nicht einfach nur auf Fragen hin mitgeteilt werden, sondern sie werden analog zu Kleists Diktum "Über die allmähliche Verfertigung der Gedanken beim Reden" erst im Gespräch mit dem Arzt *nach und nach* entwickelt. Die *Kunst* der ärztlichen Gesprächsführung im Entscheidungsdialog besteht entsprechend darin, den Partizipationsbedarf des Patienten mit einem für ihn auf Dauer tragfähigen Entscheidungsmodell zur *Passung* (§ 2.2) zu bringen. Dazu gehört gegebenenfalls auch die Bereitschaft und Fähigkeit des Arztes, das Beziehungsmodell im Sinne der mit den Patienten ausgehandelten Präferenzen wechseln zu können.

Dabei sollte der Arzt sein Handeln an bestimmten medizin- und diskursethischen Prinzipien ausrichten (Autonomie, Symmetrie, Partizipation, Rationalität, Transparenz, Supportivität usw.), nach denen ein strategischer Sprachgebrauch zugunsten einer kommunikativen Verständigung mit dem Patienten möglichst zu vermeiden ist (Habermas 1981; Kettner 1991, 1998; Scambler 2001; Greenhalgh/Robb/Scambler 2006; Koerfer et al. 1994, 2005a, b, 2008). Am Ende des

Gesprächs mit dem Arzt steht nicht der bloß *gehorsame* oder *überredete*, sondern der *überzeugte* Patient, der sich mit der weiteren Behandlung aus guten Gründen einverstanden erklären kann. Die wechselseitige Übereinstimmung (*concordance*) kommt letztlich nur durch stetige Anwendung des "dialogischen Prinzips" (Kampits 1996) zustande, das eben auch zwischen Arzt und Patient weitgehend aufrecht zu erhalten ist. Insgesamt ist die strikte Alternative zwischen einer bloß *arztzentrierten* und einer bloß *patientenzentrierten* Medizin aufzuheben zugunsten einer *dialogzentrierten* Medizin, in der sich Arzt und Patient als zwar ungleiche, aber gleichberechtigte Partner begegnen, die im Prinzip über symmetrische Beteiligungschancen im Dialog verfügen (Veatch 1991; Olesen 2004; Koerfer et al. 1994, 2005a, b, 2008). Diese können durchaus zu je spezifischen individuellen bzw. professionellen Zwecken genutzt werden, bis hin zum Konflikt oder gar Kommunikationsabbruch bei Dissens, der allerdings nur am Ende eines ernsthaften Verständigungsversuchs stehen sollte.<sup>2</sup>

Dabei kann die Art der dialogischen Partizipation des Patienten nicht an einem naiven Symmetriebegriff bemessen werden (Koerfer et al. 1994, 2005a). Die Asymmetrie der Interaktionsrollen zwischen dem Experten und Laien kann prinzipiell nicht aufgehoben werden. Vielmehr sind *funktionale* von *dysfunktionalen* Asymmetrien zu unterscheiden und in empirischen Kommunikationsanalysen zu identifizieren. Danach geht es zwischen Arzt und Patient keineswegs um eine "Halbierung der Macht" im Sinne einer hälftigen Teilhabe am Gespräch überhaupt sowie an bestimmten Typen von Beteiligungsformen im Besonderen (wie Hörer-rückmeldung, Fragen, Antworten usw.). Dass der eine Partner erzählt und der andere mehr oder weniger aktiv zuhört, ist eine funktionale Asymmetrie. Es wird nicht erwartet und ist auch nicht sinnvoll, dass beide Partner faktisch gleich viel reden und zuhören, fragen und antworten, informieren und nachfragen, vorschlagen und zustimmen usw. Vielmehr bedeutet *dialogische Symmetrie* auch in der ärztlichen Praxis und Visite, dass für Arzt und Patient approximativ eine Chancengleichheit besteht für die Relevanzsetzung von Themen und Zwecken der Kommunikation und die Wahl der dafür erforderlichen Kommunikationsmittel.<sup>3</sup>

Die reziproke Anerkennung des dialogischen Prinzips in der Arzt-Patient-Kommunikation muss allerdings bezweifelt werden, wenn sich in der empirischen Analyse erweist, dass bestimmte Kommunikationsformen (wie Unterbrechen, Übergehen, Abwiegeln, Bagatellisieren, Gegenfragen, Maßregeln usw.) im Sinne eines *strategischen* Sprachgebrauchs (Habermas 1981; Apel 1990; Koerfer 1994)

<sup>2</sup> Obwohl die *arztzentrierte* Praxis noch keineswegs überwunden scheint, wird etwa von Olesen bereits eine Abkehr von einer bloß *patientenzentrierten* Medizin postuliert: "The time may thus have come to stop focusing on the concept of patient-centered medicine and to go for developing a concept of balanced, dialogue-centered medicine" (Olesen 2004:194). Im Unterricht ist die Trendwende hin zu einer spezifisch *dialogischen* Entscheidungsfindung zugleich historisch durch den Wechsel in der Terminologie zu erläutern, wonach traditionelle Begriffe wie *Compliance* oder *Adherence* durch Begriffe wie *Cooperation* und *Concordance* relativiert wurden (Bissell et al. 2004; Pollack 2005; Koerfer et al. 2008). Entsprechend wurde der Forschungsschwerpunkt gegenständlich verlegt auf *Störungen* der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, in der schließlich die Wurzeln für ein mögliches späteres "Fehlverhalten" (*non-compliance*) des Patienten zu suchen sind.

<sup>3</sup> Die Wahlfreiheit kann vom Patienten (ganz im Sinne der Diskursethik) prinzipiell auch zum Kommunikationsverzicht genutzt werden, wenn er sich etwa weitere Informationsdetails "aus guten Gründen" (*Recht auf Nicht-Wissen*) ersparen will (Kettner 1998; Koerfer et al. 2005a).

nicht die Ausnahme bleiben, sondern zu dominieren beginnen und somit eine funktionale in eine dysfunktionale Asymmetrie verkehrt wird. Das Spektrum zwischen *strategischem* und *kommunikativem* Handeln kann für Novizen, die mit der medizinischen Entscheidungspraxis noch wenig vertraut sind, etwa an folgenden prototypischen Fällen erarbeitet werden. Im ersten Beispiel (B1) aus einer Stationsvisite (Siegrist 1982) ist die Kontextinformation zu ergänzen, dass hier ein sehr alter Patient auf eine Operation hofft, die aber von ärztlicher Seite offenbar als zu riskant eingeschätzt wird.

Beispiel 2 (B2) "Meinen Sie gar nicht?"

- 01 A Wissen Sie, es ist bei Ihnen am Herzen nicht so ganz ...  
und die Narkosekollegen sagen natürlich mit Recht: "Wenn  
es nicht sein muss, warum denn?"
- 02 P [erschrocken] Ja, meinen Sie gar nicht?
- 03 A Und der Stuhlgang, der klappt, ja?
- 04 P Ja, ja, ja.

Gerade wegen ihrer Kürze ist die Sequenz im Unterricht geeignet, die Wirkungsweise *strategischer* Kommunikation zu veranschaulichen, mit der ein Patient in kürzester Zeit "mundtot" gemacht werden kann. Das Beispiel (B2) repräsentiert eine extreme Variante von *autoritärem Paternalismus*: Der Arzt bedient sich hier der von Siegrist (1982) beschriebenen *asymmetrischen* Verbalhandlung des *Themenwechsels* auf eine Weise, mit der die möglichen Informations- und Kommunikationsbedürfnisse des Patienten im Keim erstickt werden. Im schwachen Versuch einer Entscheidungsbegründung des Arztes, die auf halbem Wege eine Selbstunterbrechung erfährt ("... nicht so ganz..."), werden schließlich die "Narkosekollegen" gleichsam als Zitierautoritäten angeführt ("sagen natürlich zu Recht ..."), die offenbar nicht weiter zu hinterfragen sind. Die Vergewisserung des erschrockenen Patienten ("ja meinen Sie gar nicht?") wird mit dem radikalen Themenwechsel übergangen und dadurch die mit dem Frageinteresse verbundene Emotion stillgelegt, ganz im Sinne einer routinierten Abwehr durch *Relevanzrückstufung* (vgl. § 1.1). Der Arzt lässt hier mit einer drastischen Art von Ignoranz jede Fürsorglichkeit vermissen, wie sie ja auch nach der paternalistischen Tugendethik durchaus noch erwartet werden könnte. Es handelt sich um eine besonders reduktionistische Variante von Paternalismus, bei der der Arzt aus dem möglichen "väterlichen" Rollenspektrum lediglich die Autorität und das Fachwissen Dritter hervorkehrt.

Mit den beiden folgenden Beispielen soll dagegen im Unterricht die Aufmerksamkeit auf alternative Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung gelenkt werden, bei der die Patienten ihrerseits augenscheinlich recht selbstbestimmt auftreten können, indem sie gleich zu Gesprächsbeginn die *Erwartung* einer ärztlichen *Dienstleistung* formulieren, die sie aus Vorwissen über ihre Erkrankung bzw. den behandelnden Arzt ableiten.

Beispiel 3 (B3) "Totalcheck"

- 01 A Herr F, was liegt an?  
02 P ich wollte eigentlich mal ´n Totalcheck bei Ihnen machen .  
03 A hm .  
04 P so komplett . ´n Freund von mir ist auch bei Ihnen .  
05 A hm .  
06 P der Herr K.  
07 A ja .  
08 P und der hat mir also empfohlen, dass das hier ... gut gemacht wird und so . in der Form wollt ich das auch machen, mit Belastungs-EKG und äh ... die ... Lunge äh röntgen und so weiter .  
09 A ja . hm . und warum wollen Sie das? .  
10 P öff . [atmet aus] . ich bin jetzt 36 und möchte da also ein bisschen vorbeugen .  
11 A hm .  
12 P und hab also in letzter Zeit durch ´n bisschen Stress und dann auch so manchmal das Gefühl, dass so meine Substanz ´n bisschen abgebaut wird .  
13 A ja .  
14 P dass ich auch teilweise manchmal Herzschmerzen habe .

Beispiel 4 (B4) "Umstellung auf Pumpe"

- 01 A Herr S, was führt Sie zu uns?  
02 P Diabetes Typ 1 .  
03 A ja .  
04 P Bolus-Basis.  
05 A hm .  
06 P gewünschte Umstellung auf Pumpe .  
07 A ja, das heißt äh . es gibt Schwierigkeiten im Basis-Bolus-Konzept bei Ihnen? .  
08 P sagen wir mal so, ich möchte eine Vereinfachung, mehr Variabilität .  
09 A ja .  
10 P und größere Freiheit .  
11 A ja .  
12 P weil . das Verschwinden mit dem Pen . und so . ist also manchmal in meinem Beruf spezifisch auch nicht so günstig .  
13 A ja, ja .  
14 P also .  
15 A also, das Verschwinden heißt, dass . äh . dass Sie dann mal ab und zu wegmüssen, weil sie sich das Insulin injizieren müssen .  
16 P richtig, zum Beispiel .  
17 A ja  
18 P und das ist manchmal sehr schlecht, ich bin Photograph .  
19 A ja .  
20 P praktisch ist fast immer der Kunde dabei (...)

In beiden Beispielen tragen die Patienten ein bestimmtes biomedizinisch orientiertes Anliegen in einer Art und Weise vor, nach der sich das Arzt-Patient-Verhältnis auf eine reine Dienstleistung reduzieren ließe. Allerdings machen schon

die ersten Reaktionen der Ärzte deutlich, dass sie nicht bereit sind, sich auf die Rolle des bloßen Dienstleisters zu beschränken. In Beispiel (B3) entlockt der Arzt mit seiner Intervention (09: "warum wollen Sie das?") dem Patienten ein ganzes Bündel von *Motiven* für den Arztbesuch, das sich von der noch vordergründigen "Vorbeugung" bis zum subjektiven Krankheitserleben ("Stress", "Substanz abgebaut", "Herzschmerzen") erstreckt. In Beispiel (B4) antizipiert der auf die Behandlung von Diabetes spezialisierte Arzt die "Schwierigkeiten" (07) des Patienten durch eine Art "vorausseilendes Verstehen" und entlockt ihm mit dieser Intervention weitere Selbstexplorationen zu Beeinträchtigungen seiner Lebensqualität, die sich zunächst objektivierbar auf sein Berufsleben (12: "nicht so günstig") und später im weiteren Gesprächsverlauf auf sein persönliches Erleben beziehen, womit der Arzt Einblicke in die innere Welt des Patienten ("seelische Geschichte") gewinnt, der eine Phobie gegenüber dem diabetischen "Spritzen" entwickelt hat.

So wird das anfänglich an der Dienstleistung orientierte Beziehungsangebot der Patienten in beiden Fällen von den Ärzten im Verlauf des Gesprächs allmählich transformiert in ein Kooperationsmodell mit einer biographisch-narrativen Methode der Anamneseerhebung, bei dem sowohl die bisherige Lebensgeschichte als auch zukünftige Lebensentwürfe der Patienten zur Sprache kommen (Koerfer et al. 2005a,b, 2008). Erst vor diesem Hintergrund einer biopsychosozialen Anamnese können die biomedizinischen Patienten Anliegen in ihrer individuellen Bedeutung erfasst und jeweils in ein Gesamtkonzept bei der partizipativen Entscheidungsfindung für die weitere Behandlung integriert werden.<sup>4</sup>

### 1.3. Lernzieltaxonomie und Gesprächsmaximen

In der Forschung und Lehre zur ärztlichen Gesprächsführung ist gleichermaßen zu berücksichtigen, dass die Wahl bestimmter Kommunikationsformen, wie etwa des *aktiven Zuhörens* (Wiederholung, Paraphrase usw.), das der Förderung von Patientenerzählungen dienen kann, von der Wahl des Beziehungsmodells abhängt, in dem die Macht und Kontrolle über das Gespräch und schließlich über den Gesprächspartner recht unterschiedlich ausgeübt werden können. Wer sich als Arzt "a priori" für das paternalistische Modell der Arzt-Patient-Beziehung entscheidet, wird nicht nachvollziehen können, warum verbale Interventionen wie strikte Anweisungen oder maßregelnde Zurechtweisungen oder einschüchternde Drohungen denn verpönt sein sollen. Wer als Arzt dagegen ein Dienstleistungsmodell favorisiert, wird beschwichtigende Bagatellisierungen oder schonende (Not-)Lügen oder verlockende Versprechungen oder zustimmungserheischende Suggestivfragen nicht unbedingt unangemessen finden. Ebenso lassen sich etwa folgende unterrichtsleitende Fragenstellungen kaum auf der bloßen Beobachtungsebene konkreten Gesprächsverhaltens, sondern nur sinnvoll in Abhängigkeit von der gewählten Art der Beziehungsgestaltung zum Patienten beantworten:

---

<sup>4</sup> Eine ausführliche Analyse des Gesprächs mit dem Diabetiker findet sich in Koerfer et al. 2008. Im Unterricht ist das gesamte Gespräch bei einer Länge von ca. 30 Min. mit seiner entsprechenden medialen Aufbereitung (Folien, Video-Clips, Transkript) für eine ganze Lerneinheit (Seminarsitzung) zum Thema *shared decision making* ausgelegt.

- Warum soll der Arzt den Patienten möglichst nicht unterbrechen, sondern vielmehr ausreden oder gar ausführlich erzählen lassen, auch wenn er schon im Ansatz bemerkt, dass der Patient von einer falschen *subjektiven Theorie* seiner Erkrankung ausgeht?
- Warum soll er *Emotionen* zulassen, wenn das für beide Aktanten eine zusätzliche Belastung werden kann?
- Warum soll der Arzt, der dem Patienten die Befunde aus der Akte vorträgt, den *Blickkontakt* zum Patienten zumindest zwischenzeitlich *wiederherstellen*, auch wenn er dabei die Textzeilen beim Vorlesen zu verlieren droht?
- Warum soll er spontane *Patientenfragen* zulassen, wenn er mit seinem Aufklärungsvortrag noch gar nicht fertig ist?
- Warum soll der Arzt den Patienten überhaupt an der *Entscheidungsfindung beteiligen*, obwohl er qua medizinischer Kompetenz die Wahl zum Besten des Patienten schon getroffen hat ("doctor knows best")?

Zur Beantwortung derartiger Fragen bedarf es einer integrativen Theorie der Arzt-Patient-Kommunikation, die nicht nur wie nachfolgend die *Maximen* einer guten ärztlichen Gesprächsführung formuliert (§ 2.2), sondern ihre evaluativen Prämissen im Begründungszusammenhang einer biopsychosozialen Medizin expliziert (Koerfer et al. 1994). Entsprechend sind in der Lehre im Sinne einer Taxonomie von hierarchisch gegliederten Lernzielen bestimmte Richt-, Grob- und schließlich Feinziele zu vermitteln, an deren Ende erst jene konkreten Gesprächsmaximen stehen können, an denen sich das ärztliche Gesprächsverhalten auszurichten hat (Köhle et al. 2007 (=Manual) und Evaluationsbogen (KEK) 2004, s. Anhang). Eine solche Lernzieltaxonomie lässt sich in einer exemplarischen Darstellung mit Hilfe von indem-Relationen abbilden, die den Abhängigkeiten der Lernziele auf der Ebene beobachtbaren Gesprächsverhaltens von höherstufigen Lernzielen (Abb.2) Rechnung trägt.

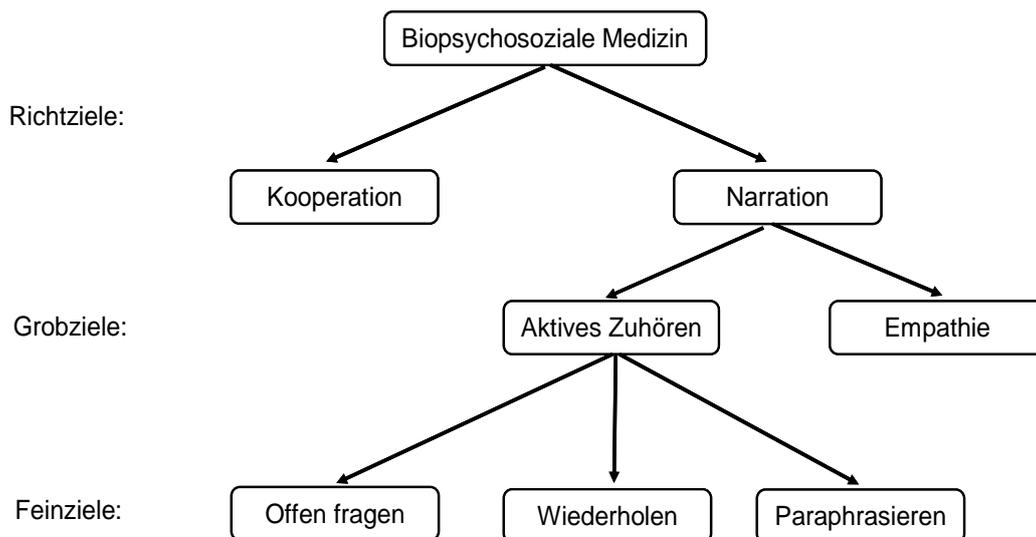


Abb.2: Lernzieltaxonomie *Biopsychosoziale Anamneseerhebung* (Auszug)

Eine explizite Version für eine beobachtungsnahe und gleichwohl selbstreflexive Gesprächsmaxime könnte dann insgesamt in einer exemplarischen Ausformulierung lauten: Trage zur Besserung des Patienten bei, indem du ihn nach dem biopsychosozialen Modell versorgst, indem du (...) einen narrativen Interviewstil praktizierst, indem du den Patienten erzählen lässt, indem du (...) ihm aktiv zuhörst, indem du (ihn nach Möglichkeit nicht unterbrichst und) bei passender Gelegenheit seine Worte wörtlich wiederholst oder paraphrasierst. Oder in Kurzform ausgedrückt: Die kommunikativen Funktionen von Paraphrasen oder Wortwiederholungen sind im Dienste einer narrativ-basierten, biopsychosozialen Medizin zu nutzen. Die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung besteht dabei in der kommunikativen Passung (§ 2.2) von verbalen Interventionen des Arztes, die nicht beliebig, sondern kontextsensitiv erfolgen muss, um etwa an dieser aktuellen Gesprächsstelle eine Erzählung in Gang zu bringen, zu fördern oder zu bearbeiten usw.

Derartige Lernzielkomplexe sollten nicht nur "im Kopf der Lehrenden" unterrichtsleitend sein, sondern im Sinne des Transparenzgebots der Lehre im alltäglichen Unterricht von den Lernenden selbst immer wieder vergewissert werden, um die patientenzentrierte Gesprächsführung nicht nur passiv als bloßes rhetorisches Zugeständnis zu tolerieren, sondern als ärztliches Anliegen einer biopsychosozialen Patientenversorgung aktiv wahrzunehmen. Erst unter der Voraussetzung eines permanent reflexiven Rückbezugs auf eine biographisch-narrative Anamneseerhebung und kooperative Entscheidungsfindung innerhalb eines biopsychosozialen Versorgungsmodells kann eine bloß schematische Aneignung von Gesprächstechniken verhindert und eine Manualisierung der Gesprächsführung gerechtfertigt werden (§ 2.2), mit der schließlich Veränderungen auf einer Ebene beobachtungsnahen Gesprächsverhaltens von Ärzten erreicht werden sollen.

## **2. Integratives Curriculum ärztliche Gesprächsführung**

Dem Ansatz eines integratives Curriculums, bei dem sich die ärztliche Gesprächsführung an den Erfordernissen einer biopsychosozialen Medizin orientiert, versuchen wir an unserer Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in mehreren Ausbildungsstufen während des Medizinstudiums und in der Fortbildung zur psychosomatischen Grundversorgung gerecht zu werden. Das Curriculum ist in allen Ausbildungsstufen wesentlich *problemorientiert, manualgestützt und multimedial* aufgebaut, der Praxisbezug wird laufend durch den direkten Umgang mit realen oder simulierten Patienten oder indirekt durch videographierte und transkribierte Gesprächsfälle aus realen Sprechstunden und Visiten hergestellt, die als Lernangebote für kritische Reflexionen und Übungen dienen, an die sich wiederum regelmäßige Evaluationen anschließen.

### **2.1. Aus- und Fortbildung in Psychosomatik und Psychotherapie**

Unser Lehrangebot (Tab.3) erstreckt sich vom Erstsemestertutorium in der Vorambulanz über klinische Praktika und Vorlesungen zur Psychosomatik und Psychotherapie bis hin zur Fortbildung in Psychosomatischer Grundversorgung, die sich an praktizierende Ärzte im Rahmen der Fort- und Weiterbildungsordnung richtet.

Semester	Veranstaltung	Inhalte/Lernziele	Didaktik-Methodik	Prüfung
1. Vorklinik	Tutorium	Biopsychosoziale Medizin, Anamnese-erhebung	Theorie, Reflexion, Video-Gespräche, RS, SP, POL	Text-Klausur
1.-4. Vorklinik	Vorlesung	Interdisziplinäre Kompetenzfelder: Diabetes, Rückenschmerz, Depression, Myokardinfarkt, Tod und Trauer usw.	Vortrag, Multimedia, Video-Gespräche mit RP	Text-, MC-Klausur
1. Klinik	Praktikum	Biopsychosoziale Anamnese, Ärztliche Gesprächsführung	Theorie, Reflexion, Training; POL, RP, SP, RS, Video-Gespräche/Konferenz	OSCE, KEK
1. Klinik	Wahlpflicht-Seminar	Gesprächsführung, Anamnese, SDM, Palliativmedizin	Theorie, Reflexion, POL, Komparative Kasuistik, Video-Konferenz, Multimedia	
4. Klinik	Vorlesung	Psychosomatik und Psychotherapie	Vortrag; Multimedia, Interaktiv	MC-Klausur
4. Klinik	Praktikum	Psychotherapeutische Gesprächsführung/ Krankheitsbilder	Theorie, Reflexion, Training, POL, RP, SP Junior-Balint-Arbeit, Selbsterfahrung	MC-, Text-Klausur
4. Klinik	Wahlpflicht-Seminar	Praxis der psychodynamischen Psychotherapie	Theorie, Reflexion, POL, Komparative Kasuistik, Video-Gespräche	
Fortbildung	Kurs	Psychosomatische Grundversorgung	Balint-Arbeit, POL, Fallberichte, Video-Gespräche, RP, RS, SP	MC-, Text-Klausur, KEK

Tab. 3: Curriculum der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Legende:

POL Problemorientiertes Lernen

RP Reale Patienten

RS Rollenspiel

SP Simulationspatienten

MC Multiple Choice

SDM Shared Decision Making

OSCE Objective Structured Clinical Examination

KEK Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (s. Anhang)

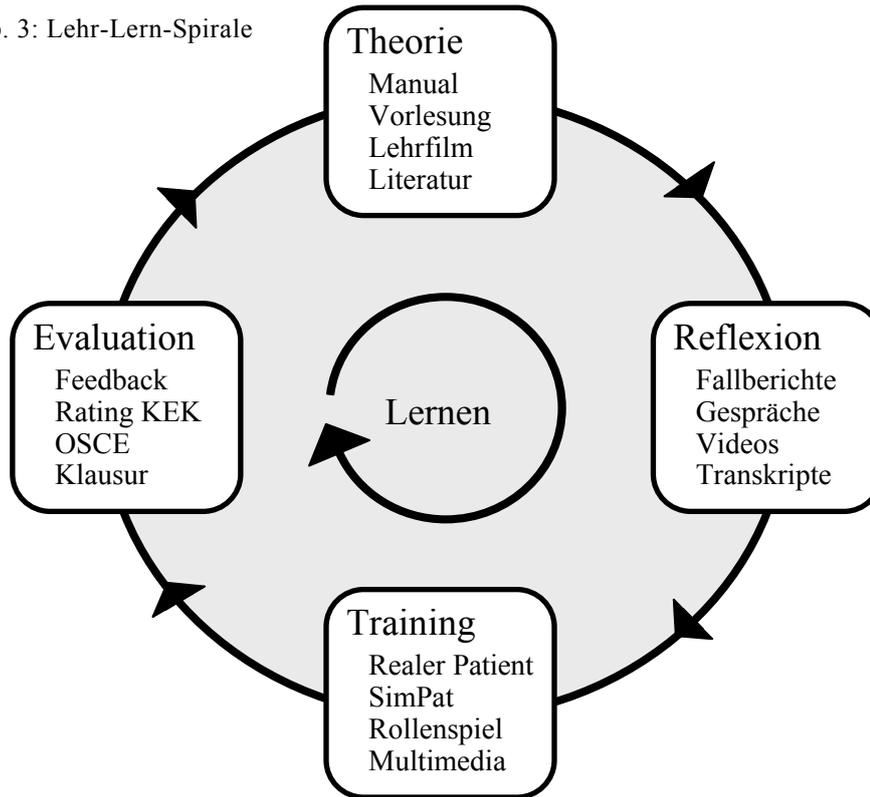
Je nach Bedarf bieten wir Kompaktkurse für Aus- und Fortbildungszwecke als Tages- bzw. Wochenkurse an, die aus 10 Lerneinheiten plus Evaluation bestehen (Kursprogramm *MediKom*, s. Anhang). Innerhalb dieses Rahmens werden von uns auch spezifische Fortbildungen für Tutoren/Dozenten angeboten ("teach the teachers"), die ihrerseits an Lernkonzepten für die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in ihren spezifischen Tätigkeitsbereichen arbeiten.

In der Ausbildung sind die Kurse unserer Klinik thematisch eng verknüpft mit benachbarten Fächern, in denen die Vermittlung *psychosozialer* Kompetenzen zentral ist, die in einer interdisziplinären Vorlesung bereits in der vorklinischen Phase vermittelt werden (Tab.3). Während zunächst im Erstsemestertutorium der Grundstein für das Verständnis einer biopsychosozialen Medizin gelegt wird, ist das Praktikum im 1. klinischen Semester der zentrale Baustein für die Theorie und Praxis der ärztlichen Gesprächsführung, die in der Wahlpflichtveranstaltung nochmals vertieft wird. Die bisher erworbenen kommunikativen Kompetenzen werden dann in der Vorlesung sowie im Block-Praktikum und Wahlpflichtseminar des 4. klinischen Semesters als psychotherapeutische Kompetenzen ausdifferenziert. Diese Ausbildungsphase ist durch die Kommunikation mit spezifisch erkrankten Patienten bestimmt (Anorexie, Angststörung, Diabetes usw.), auf die sich der kenntnisreiche Arzt mit einer *kommunikativen Passung* (§ 2.2) entsprechend individuell einzustellen hat.

Dass die Arzt-Patient-Beziehung und Gesprächsführung in Abhängigkeit von der Art und Schwere der Erkrankung sowie dem Alter, der Bildung und der Persönlichkeit der Patienten zu gestalten ist, ist in der klinischen Gesprächsforschung und Lehre in einer langen Tradition mit vielfältigen Problemstellungen berücksichtigt worden, die wir in der klinischen Ausbildungsphase verstärkt zu vermitteln suchen (Morgan/Engel 1969/77; Meerwein 1986; Herrmann-Lingen/Albus/Titscher 2008). Anhand von ausgewählten Fallbeispielen aus Praxis und Visite werden etwa Probleme der *Verleugnung* ernsthafter Erkrankungen (z. B. nach Myokardinfarkt) oder des kommunikativen Umgangs mit *subjektiven Theorien* von Patienten behandelt. Diese Probleme eines individuellen Zugangs zum Patienten als erkranktem Subjekt werden über die obligatorischen Veranstaltungen hinaus insbesondere in den Wahlpflichtseminaren ausführlicher unter differenzierten medizinischen, soziologischen, psychologischen oder linguistischen Aspekten (Flick 1998; Gerhardt 1999; Obliers 2002; Langenbach/Koerfer 2006; Birkner 2006) betrachtet, mit denen die Studierenden verstärkt an weiterführende Fragestellungen eines *forschenden Lernens* (§ 2.3) herangeführt werden können.

Unser Lehrangebot ist insgesamt als Spiral-Curriculum aufgebaut, das bereits im Erstsemestertutorium mit der Vermittlung von kommunikativen Basis-Kompetenzen beginnt, die dann schrittweise erweitert werden. Die Lehrveranstaltungen sind inhaltlich vernetzt und folgen jeweils dem Konzept eines *problemorientierten* Lernens (POL) (§ 2.3), das sich auf jedem Lernniveau in einer mehrphasigen Lehr-Lern-Spirale von Theorie, Reflexion, Training und Evaluation bewegt (Abb.3). Je nach individuellen und institutionellen Lernbedingungen (Gruppengröße, Vorwissen, Lernstand, Lerntempo usw.) kann der Einstieg in diese Lehr-Lern-Spirale eher theoretisch oder praktisch gewählt werden.

Abb. 3: Lehr-Lern-Spirale



In der Regel werden an unserer Klinik nach einer kurzen theoretischen Einführung, die einem Manual zur ärztlichen Gesprächsführung folgt (§ 2.3), *problemorientierte* Praxisfälle zum Ausgangspunkt weiterer *Lernprozesse* genommen, die in den ersten Reflexionsphasen über Fallberichte der Teilnehmer oder Video-Gespräche aus unserem multimedialen Lernprogramm initiiert und dann in Trainingsphasen in Gesprächen mit realen Patienten (RP) oder simulierten Patienten (SP) (§ 3.1) sowie im selbstreflexiven Rollenspiel (RS) vertieft werden. Die Übungsgespräche werden dann jeweils einer Evaluation unterzogen, die gegebenenfalls aus einem erlebnisnahen Feedback der Patienten (SP, RS) sowie der kritischen Beobachtungsperspektive der Teilnehmer und Dozenten gegeben wird, deren Rating sich wiederum am Manual bzw. Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK) (s. Anhang) orientiert.

Je nach Lernstand werden dann weitere Theoriestücke oder neue Praxisfälle mit anschließenden Reflexions-, Trainings- und Evaluationsphasen als erweiterte Lernschleifen in die Lehr-Lern-Spirale eingezogen, die auf diese Weise auf einem jeweils höheren Lernniveau durchlaufen wird. Im wiederholt erfolgreichen Durchgang können die Teilnehmer durch Theorien ihr aktives Wissen (*knowledge*) erweitern, durch Reflexionen ihre Einstellungen (*attitudes*) ändern und durch Übungen Technikfertigkeiten (*skills*) zur Gesprächsführung erwerben, die sie im individuellen Einzelfall mit einer hinreichenden *Passgenauigkeit* kompetent anzuwenden verstehen (§ 2.2). Schließlich werden einzelne Teilnehmer im idealen Fall höherstufigen Lernens, bei dem man (im Sinne Batesons 1985) die Positionsveränderungen auch wahrnimmt, ihre individuellen Lernfortschritte in der eigenen Gesprächspraxis selbstreflexiv bemerken und diese Selbstwahrnehmungen ("ich kann jetzt besser zuhören", "ich bin weniger ungeduldig", "ich gehe

strukturiert vor") gegebenenfalls in der Lerngruppe zur Prüfung vorlegen (Koerfer/Obliers/Köhle 2004). Je nach Ergebnis objektiver Evaluation werden dann korrigierende, modifizierende oder verstärkende Lernprozesse neu in Gang gesetzt usw., deren erreichte Zwischenstände dann jeweils mit einer formativen Prüfung (§ 3) evaluiert werden können.

## 2.2. Manualisiertes Lernen und kommunikative Passung

Didaktisch-methodische Grundlage für den Unterricht an unserer Klinik ist ein Manual zur ärztlichen Gesprächsführung, das wir für Aus-, Fort- und Weiterbildungszwecke entwickelt und inzwischen mehrmals überarbeitet haben (Köhle et al. 2007). Das Manual dient zum einen in der Form eines Leporellos als "Studienbegleiter im Kitteltaschenformat", das auf differenzierte Weise vom Erstsemestertutorium bis zur Fortbildung in der Psychosomatischen Grundversorgung benutzt wird (Köhle et al. 2003; Koerfer/Obliers/Köhle 2004). Zum anderen dient das Manual als Strukturvorlage für ein multimediales Lernprogramm (Koerfer et al. 1999), das für individuelle Anwendungen und im Gruppenunterricht zur Verfügung steht (§ 2.4). Das Manual gliedert sich auf seinen Vorder- bzw. Rückseiten in einen allgemeinen Teil zur Ärztlichen Gesprächsführung und einen speziellen Teil zur Mitteilung schwerwiegender Diagnosen, worauf hier nur am Rande eingegangen werden kann (Köhle/Obliers/Koerfer 2006). Beide Teilbereiche untergliedern sich weiterhin jeweils in 6 Schritte/Funktionen (Abb.4), die bei einer idealtypischen Verlaufsform von Gesprächen auch in dieser Abfolge (1-6) realisiert werden:

Manual	
Überblick	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beziehung aufbauen</li> <li>2. Anliegen anhören</li> <li>3. Emotionen zulassen</li> <li>4. Details explorieren</li> <li>5. Vorgehen abstimmen</li> <li>6. Resümee ziehen</li> </ol>

Abb. 4: Manual ärztliche Gesprächsführung (Überblick)

Alle Haupt-Funktionen sind in weitere Sub-Funktionen untergliedert, die als *Gesprächsmaximen* zu verstehen und nach Möglichkeit bis auf die Verhaltensebene der Gesprächsführung operationalisiert und mit Ankerbeispielen versehen sind, so wie im Ausschnitt (Abb. 5) zum Anliegen anhören. Analog zum Manual haben wir für Prüfungszwecke (§ 3.3) den Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK 2004) entwickelt (s. Anhang), der zugleich im DIN-A-4-Format einen Überblick über den allgemeinen Teil zur ärztlichen Gesprächsführung gibt.

<b>2</b>	<b>Anliegen anhören</b>
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>	
<b>1 Gespräch offen beginnen</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Angebot "Was kann ich für Sie tun?"</li><li>• Konsultationsanlass "Was führt Sie zu mir?"</li><li>• Befindlichkeit "Wie geht es Ihnen heute?"</li></ul>	
<b>2 Erzählen fördern</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hörersignale <i>hm, ja</i>, Nicken, Blickkontakt</li><li>• Unterbrechungen vermeiden</li><li>• Pausen tolerieren</li><li>• Freie Themenentfaltung zulassen</li></ul>	
<b>3 Aktiv zuhören – verbal unterstützen</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Zum Weitersprechen ermutigen</li><li>• Äußerungen wörtlich wiederholen</li><li>• Äußerungen paraphrasieren</li><li>• Offen weiterfragen "Wie kam das?"</li></ul>	
<b>4 Verständnis sichern</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Rückfragen "Versteh ich richtig, dass ...?"</li><li>• Zusammenfassen</li></ul>	
<b>5 Beziehungsverhalten reflektieren</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Wie geht Patient mit Angebot von Hilfe um?</li><li>• Welches Beziehungsmodell sucht Patient?</li></ul>	
<b>Individuelle Wirklichkeit erfahren</b>	

Abb. 5: Manual (Auszug)

Das Manual erfüllt im Unterricht zunächst eine *Informationsfunktion*, um beim Lernenden eine Ausgangsdifferenz zum Vorwissen zu initiieren, und später eine Memo-Funktion, mit der das neue Wissen reaktiviert wird, wenn praktische Anwendungsprobleme in der Gesprächsführung auftreten. Mit dem Manual sollen dem Lernenden weder strikte Rang- und Reihenfolgen noch schematische Anwendungen der Gesprächsmaximen nahe gelegt, sondern lediglich Strukturierungshilfen gegeben werden. Die Gesprächsmaximen sind im Einzelnen *kontextspezifisch* und *flexibel* anzuwenden, das heißt die Lernenden müssen eine *kommunikative Kompetenz* für die *Passung* ihrer verbalen Interventionen erwerben (Abb.6), und zwar unter vielfältigen Aspekten, die sowohl institutionelle und individuelle Kommunikationsbedingungen als auch die sequenzielle Organisation sowie die Gesamtstruktur von Gesprächen betreffen.

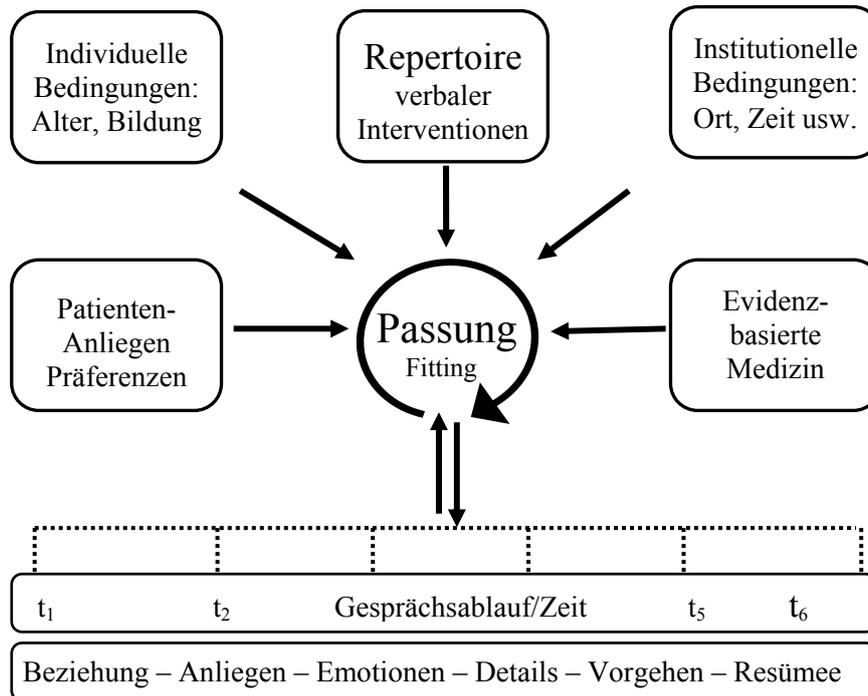


Abb. 6: Kompetenzmodell kommunikativer Passung

- Passgenauigkeit*

Die optimale Intervention des Arztes sollte ein *normatives* Regulativ bleiben, an dem die alltägliche Gesprächspraxis in Forschung und Lehre zwar kritisch zu bemessen ist, hinter dessen Niveau sie aber aus vielen individuellen und institutionellen Gründen zurückfallen kann und darf (Koerfer et al. 1994, 2005a,b). Zwar sollten Interventionen nach Möglichkeit "maßgeschneidert" (*tailor made*) passen, aber es gibt Spielräume der Passung, wie sie im Anschluss an systemisch-therapeutische und radikal-konstruktivistische Forschungen mit Unterscheidungen wie *match* und *fit* beschrieben werden können (Glaserfeld 1981/87; de Shazer 1985/90). Entsprechend muss eine verbale oder nonverbale Intervention nicht immer wie der bestimmte Schlüssel in das dazugehörige Schloss wie angegossen passen, sondern es genügt eine Funktion als "Dietrich" (*pass key*), mit dem sich viele Schlösser öffnen lassen. Der tolerierbar große Handlungsspielraum erfährt allerdings Begrenzungen durch eine Reihe von Gesprächsregeln, die auf mikro- und makrostrukturellen Gesprächsebenen zur Geltung kommen.
- Sequenzialität*

Verbale Interventionen des Arztes müssen im Gespräch passend platziert werden, so dass sie bestimmte sequenzielle Anschlussbedingungen erfüllen. Am Beispiel von benachbarten Äußerungen (*adjacency pairs*) wie Frage-Antwort-Sequenzen ist diese Eigenschaft von Gesprächen in der Konversationsanalyse mit dem Begriff der *konditionellen Relevanz* erfasst worden: "By

conditional relevance of one item on another we mean: given the first, the second is expectable" (Schegloff 1968/72:388). Trotz aller Unterschiede zwischen *alltäglicher* und *institutioneller* Kommunikation (Koerfer/Neumann 1982; Koerfer 1994) gilt diese Erwartungsstruktur weitgehend auch im medizinischen oder therapeutischen Kontext: So wie wir im Alltag als Fragende mit einer Antwort rechnen können, so durfte auch der Patient in Beispiel (2) eine Antwort des Arztes auf seine Frage ("meinen Sie gar nicht?") erwarten. Ebenso wäre im Anschluss an das emotionale Patientenangebot in Beispiel (1) ("Ärger in der Familie") eine Reaktion etwa in der Form des aktiven Zuhörens vom Arzt erwartbar gewesen – und dies nicht nur im Sinne einer kommunikativen Alltagskompetenz, sondern im Sinne seiner professionellen Kompetenz als Arzt.

- *Zirkularität*

Entgegen der Linearität der idealtypischen Verlaufsdarstellung im Manual verlaufen reale Gespräche *zirkulär*. Bis auf die Anfangs- und Abschlussphasen (1, 6) können die Mittelphasen (2-5) des Gesprächs prinzipiell auch in anderer Reihenfolge oder auch mehrmals durchlaufen werden (Abb.7). So können etwa bei der Phase (4) der Detailexploration nochmals Ängste, Befürchtungen oder Hoffnungen des Patienten zum Thema werden, nach der Supermaxime: "Emotionen haben Vorrang!" (Koerfer/Oblers/Köhle 2004). Ihre bevorzugte Behandlung hängt damit zusammen, dass Emotionen flüchtige Phänomene sein können, die eben dort, wo sie im Gespräch thematisch werden, auch unmittelbar ("an Ort und Stelle") wahrzunehmen sind. Dagegen können Informationen eines bestimmten Typs (zu Vorbehandlungen, Medikamenten usw.) immer noch abgerufen werden, weil sie für den Patienten jederzeit abrufbar bleiben. In diesem Sinn heißt *dialogische* und zugleich *patientenorientierte* Gesprächsführung, sich (vor allem zu Gesprächsbeginn) an den Gesprächsrhythmus des Patienten thematisch und interaktiv weitgehend dynamisch anzupassen und zugleich der professionellen Verantwortung für die Gesamtstruktur des Gesprächs gerecht zu werden.<sup>5</sup> Dabei sind Lücken, die der Patient mehr oder weniger bewusst lässt, im weiteren Fortgang des Gesprächs entsprechend zu schließen, gegebenenfalls dann mit einer interrogativen Technik der traditionellen Anamneseerhebung, mit der auch die "typischen Arztfragen" etwa bei der Detailexploration zu ihrem Recht kommen können.

---

<sup>5</sup> Die Bezeichnung "dialogische Gesprächsführung" mag dann als Paradoxie erscheinen ("Führung" versus "Dialogizität"), wenn man an einem naiven Symmetriebegriff festhält, der allerdings für diese Art der institutionellen Kommunikation aufzuheben ist (vgl. § 1.2).

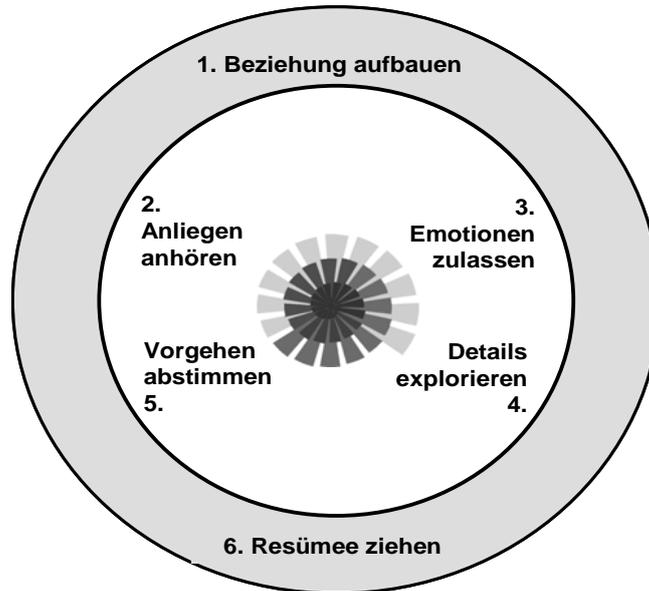


Abb. 7: Zirkuläres Gesprächsführungsmodell

- *Dosierung*

Die Frage der Passung ist nicht zuletzt eine Frage der *Dosierung*, die eben nicht nach der Supermaxime "Viel hilft viel" entschieden werden kann. So kann im Unterricht für Mediziner, die in anderem Kontext, nämlich bei der Medikation, bei der schon die "richtige Mixtur" zu beachten ist, mit dem Dosierungsproblem ja bestens vertraut sind, das Problem von "Zuviel des Guten" auch mit humorigen Übertreibungsvergleichen illustriert werden: So wenig wie es hilfreich ist, die Flasche Hustensaft in einem Zug zu leeren, so wenig nützlich sind mehrfache Begrüßungen, deren Wiederholung der Beziehung eben nicht förderlich wäre, oder unentwegter Blickkontakt, der als aggressives Anstarren ausgelegt werden mag, oder ständige Wortwiederholungen, die an einen Papagei erinnern könnten. Ebenso kann die Maxime "Weniger desselben" auch umkippen in dem Sinn, das Schweigen nicht immer "Gold" ist, sondern sich in "betretenes" Schweigen verwandeln kann, weil etwa Reden in der Form einer Antwort erwartet wird. Unter dem Dosis-Wirkungsaspekt, nach dem gewisse Schwellenwerte als quantitative Maße nicht wesentlich unter- bzw. überschritten werden dürfen, lassen sich mit den Teilnehmern spezifische "Dosierungsempfehlungen" (Tab.4) einschließlich "unerwünschter Nebenwirkungen bei Fehldosierung" angemessen interpretieren.

Empfehlung		Warnung
Weniger-desselben	Mehr-desselben	Zuviel-des-Guten
Reden Unterbrechungen Informationsfragen Suggestive Informationsfragen Zurechtweisungen Themenwechsel	Schweigen Höerrückmeldungen (HM, Nicken) Verständnisfragen Aktives Zuhören (Wiederholungen, Paraphrasen) Resümees Emotionen benennen, klären usw. Themenreaktivierungen	

Tab.4: Dosierung von Interventionstypen

- Kooperativität*  
 Medizin ist als Versorgungssystem immer individuelle Medizin, die diesem erkrankten Individuum gerecht werden muss, was sich allein schon in der Dosierung von Medikamenten manifestiert. Diese sind in Abhängigkeit von körperlichen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Gewicht usw. zu verordnen, nach Möglichkeit mit einer maßgeschneiderten Aufklärung. Individuelle Anpassungen an die sozio-kulturelle Herkunft, Bildung und Sprache des Patienten sind dabei ebenso Bestandteile einer dialogischen Gesprächsführung wie die Berücksichtigung von individuellen Präferenzen bei der medizinischen Entscheidungsfindung, die eine weitgehende *Kooperativität* auf beiden Seiten verlangt (§ 1.2). Allerdings können individuelle Versorgungswünsche des Patienten durch institutionelle Bedingungen begrenzt sein, etwa durch Strukturvorgaben einer evidenz-basierten Medizin oder durch das Gleichbehandlungsprinzip, das sich auch auf den Zeitaufwand von Gesprächen beziehen kann – ein Dauerthema in der Balintgruppenarbeit und im Unterricht ("Wie lang sollen/dürfen Gespräche sein?"). Auch die "Droge Arzt" (Balint 1964) will "dosierte" sein, und gerade angehende Ärzte müssen lernen, sich einer übermäßigen Nachfrage durch Patienten entziehen zu können.
- Maximenkonflikte*  
 Unter dem Aspekt der Kooperativität gerät ärztliches Handeln oft unter Maximenkonflikte, die kontextsensitiv zu entscheiden sind. Der Patient genießt als Erzähler zwar ein besonderes Redeprivileg, aber eben nicht um jeden Preis. Der geschwätzige Patient ist ebenso zu bremsen, wie der unverständliche zu unterbrechen ist. Ein Maximenkonflikt zwischen *Redeüberlassung* und *Verständnissicherung* ist im Zweifel zugunsten der unterbrechenden Klärung zu entscheiden, weil beide Gesprächspartner ein Interesse daran haben, dass der gemeinsame Gesprächsfaden nicht verloren geht, wozu das gesicherte Verständnis eben eine elementare Voraussetzung ist.

So sind die Lernenden insgesamt zu ermutigen, die Möglichkeiten und Grenzen ihrer kommunikativen Kompetenz in realen und simulierten Gesprächen auszuprobieren (§§ 2.3-4), mit der erlernbaren Bereitschaft zum "Risiko", die optimale, maßgeschneiderte Intervention zu verfehlen und sich mit "zweitbesten" Alternativen zu bescheiden. Da letztlich die gesamte Beziehung zum Patienten "zählt", sollte bei der Schlussevaluation von Gesprächen in Analogie zur Bindungsforschung grundsätzlich in Rechnung gestellt werden, dass sich ebenso wie Eltern gegenüber ihren Kindern auch Ärzte gegenüber ihren Patienten nicht als ideal, sondern nur als genügend gut (*to be good enough*) erweisen müssen.

### 2.3. Problemorientiertes und forschendes Lernen

Das Problem der kommunikativen Passung wirft ein Licht auf die Frage der *Lehrbarkeit* bzw. *Lernbarkeit* von Gesprächsführung. Deren Verbesserung lässt sich eben nicht durch die bloße Rezeption von Lehrbuchwissen, sondern nur durch aktive Formen des Lernens in Praxiskontexten erreichen, die zu einem selbstreflexiven Problemverständnis gegenüber dem Gegenstandsbereich führen, an dem sich *Wissen* ("knowing that") und *Können* ("knowing how") wechselseitig zu bewähren haben.<sup>6</sup> Hierzu bedarf es komplexer Lernprozesse, die weder nur wissensbasiert noch ausschließlich handlungsorientiert ("learning by doing") verlaufen können.

In der aktuellen Reformdiskussion um eine effiziente Ausbildung in der Medizin hat sich nicht von ungefähr der Ansatz des *problemorientierten Lernens* (POL) etabliert, das als problem-based learning eine internationale Verbreitung gefunden hat (Norman/Schmidt 1992; Barrows 1994; Moust/Bouhuijs/Schmidt 1999), inzwischen auch im deutschsprachigen Raum Anwendung findet und an unserer Klinik seit Beginn der 90er Jahre eine differenzierte Erprobung erfahren hat (Köhle et al. 1999, 2003; Obliers et al. 2002). Das Konzept eines *problemorientierten* Lernens verlangt in mehrfacher Hinsicht eine Überwindung des traditionellen, nach einzelnen Fächern kanonisierten Unterrichts, der die Studierenden in seiner dozentenorientierten Lehre gleichsam *ex cathedra* zu einer rezeptiven, passiven Lernhaltung gegenüber enzyklopädischen Wissensbeständen sowie fertigen, fächerspezifischen Aufgabenlösungen führte. Im Unterschied dazu soll beim problemorientierten Lernen eine *curriculare Integration* von fächerübergreifenden Lerninhalten und Lernzielen erreicht werden, die ein *aktives, selbständiges Lernen* an *exemplarischen* Problemstellungen erlauben, das mit einem entsprechenden Lerntransfer späteres Problemlöseverhalten der Ärzte begünstigt (Wissenschaftsrat 1992; Murrhardter Kreis 1995). Ein solches Problemlöseverhalten setzt die Bereitschaft und Fähigkeit zu einem "lebenslangen Lernen" voraus, bei dem Ungewissheiten eine Herausforderung für neue Problemlösungsversuche sind.

---

<sup>6</sup> Diese Unterscheidung ist mit einer langen Tradition (z.B. Ryle 1949) vielfältig in sprach-, handlungs- und erziehungswissenschaftlichen Forschungen ebenso wie in der Medizindidaktik berücksichtigt und weiterentwickelt worden, so z.B. mit Millers (1990) Lernpyramide, in der Lernstufen von *Knows (Knowledge)*, über *Knows how (Competence)* und *Shows how (Performance)* bis *Does (Action)* unterschieden werden. Erst auf der letzten Stufe wird das ärztliche Handeln in der klinischen Praxis vollzogen, das zuvor auch in Lern- und Prüfungssituationen mit Simulationscharakter (vgl. u.) unter Beweis gestellt werden kann.

Dass beim problemorientierten Lernen immer wieder die *Selbstständigkeit* des Lernens betont wird, hat seinen Grund in der *Nachhaltigkeit* des Lernens, was bereits lange vor der empirischen Lernpsychologie bekannt war: "Das Verstehen hat zum größten Hilfsmittel das Hervorbringen. Man lernt das am gründlichsten, und behält das am besten, was man gleichsam aus sich selbst lernet" (Kant 1803). Für die Kunst des Lehrens ist hier insgesamt eine spezifische Form des "Unterrichtens als Dialog" gefragt, wie sie seit der Antike über die Aufklärung bis in die Gegenwart mit der sokratischen Gesprächsmethode beschrieben wird (Wunderlich 1969; Hanke 1991; Richter 1991). Nach dieser Lehrmethode hat sich der Lehrende eben nicht durch den Lehrervortrag, sondern vor allem in der Hebammenkunst beim Wissenserwerb seiner Schüler zu bewähren. Dabei können die Probleme des Lehrens schon mit der Präsentation des Problems selbst beginnen, sollen selbständige Lösungen nicht von vornherein verhindert werden.

Für den exemplarischen, an komparativen Kasuistiken orientierten Unterricht ist zunächst die Differenz und Einheit von *Gegenstand* und *Problem* zu berücksichtigen. Den Gegenständen haften nicht per se alle möglichen Probleme an, sondern Probleme entstehen als mental oder praktisch erfahrene *Handlungswiderstände* (Ehlich/Rehbein 1986). Bloße Beobachtung führt nicht notwendig zu Problembewusstsein. Vielmehr ist mit Popper umgekehrt zu berücksichtigen: "ohne Problem keine Beobachtung" (1972/94). So führt nach Popper weder die bloße Instruktion ("Bitte, beobachten Sie!") noch die Aufmerksamkeitslenkung auf ein bestimmtes Objekt ("Bitte, beobachten Sie Ihre Uhr") zu einem Problem. Man muss also lehren/lernen, was im gegebenen Fall der Beobachtung ein besonderes Problem ist bzw. werden könnte.

Unser Lehrangebot besteht nach Möglichkeit zu Beginn und zwischendurch immer wieder aus "ergebnisoffenen" Präsentationen von videographierten und transkribierten Arzt-Patient-Gesprächen aus Klinik und Praxis, mit denen an das Alltagswissen oder im fortgeschrittenen Stadium an das bereits erworbene Professionswissen der Lernenden jeweils angeknüpft wird, ohne zunächst eine bestimmte Problemstellung vorzugeben (Koerfer et al. 1996). Entsprechend wird bei Novizen das Problem einer ausschließlich interrogativen Gesprächsführung (§ 1.1) oft verkannt, wie in folgendem Gespräch, das hier auszugsweise wiedergegeben wird:

Beispiel 5 (B5) "öfters schon mal Herzschmerzen"

- 01 A [+]so Frau A, was führt Sie her?  
 02 P [+] also ... allgemein jetzt [-] ähm ...  
 03 A wo sind [+] Ihre Hauptprobleme, was/oder Hauptbeschwerden, weswegen Sie kommen? .  
 04 P öfters schon mal Herzschmerzen . also Stiche in der Herzgegend .  
 05 A seit wann haben Sie diese Stiche? ...[3]...  
 06 P schon etwas länger (...)  
 [Auslassung]  
 07 A (...) haben Sie Luftnot dabei? .  
 08 P nein .  
 09 A Schweißausbrüche? .  
 10 P ja, Schwitzen . hm . also häufig, jeden Morgen ...  
 11 A hm ...  
 12 P ganz stark, und ... dann im Laufe des Tages nicht mehr .

- aber morgens ganz stark .  
 13 A also bei den Stichen haben Sie nicht so  
 [Schweißausbrüche? .  
 14 P [nein . nein

Dieses Gespräch mit einer Gesamtlänge von ca. 2 Minuten wird von Studienanfängern in der spontanen Reaktion oft positiv bewertet ("klasse Gespräch", "effektiv, weil kurz und bündig"), bevor sich im Unterrichtsdialog gegenteilige Stellungnahmen breitmachen und allmählich durchzusetzen beginnen ("Das ist ja wie ein Verhör"). Im weiteren Unterrichtsverlauf werden dann "Begründungen" für die jeweiligen Bewertungen erarbeitet und daraufhin Details "unter die Lupe genommen", und zwar im Wechsel von wiederholten Videobetrachtungen (mit und ohne Ton, Zeitlupe, Standbild) und Arbeit am Transkript. Hierbei geraten schnell Einzelphänomene in den Aufmerksamkeitsfokus, wie die extrem frühe Unterbrechung des Arztes und das damit korrespondierende Blickverhalten der Patientin, die ihren Blick beim anfänglichen Reden noch "überlegend" nach links oben abwendet [-], bevor sie ihn nach der Unterbrechung dem Arzt wieder zuwendet [+], der damit ihre volle Aufmerksamkeit auf ihn wiederherstellt (statt umgekehrt). Die Erarbeitung weiterer Details des Gesprächs (Sprecherwechsel, Frageformen, Redeanteil, Themenwechsel usw.) verstärkt dann allmählich den Eindruck eines "Verhörgesprächs" mit Trichtertechnik auf biomedizinische Themen (Koerfer et al. 1996). Was für Anfangsemester noch eine Herausforderung sein mag, erweist sich für fortgeschrittene Semester als Unterforderung, die das Gespräch aufgrund ihres bereits erworbenen Professionswissens und Problembewusstseins von einer narrativ-basierten, biopsychosozialen Medizin (§ 1.1) bald als Prototyp einer *interrogativen* Interviewtechnik erkennen.

Allerdings können auf jedem Lern- und Wissensniveau strittige Fragen einer guten Gesprächsführung zum Thema gemacht werden, die in Forschung und Lehre gleichermaßen zur Reflexion herausfordern, wobei es sogar zu einem produktiven Wechselspiel kommen kann (Makoul 2003). Dies gilt zum Beispiel für das Thema der *Unterbrechungen (interruptions)* selbst, die Ärzte nach einer der international meist zitierten Studien von Beckman/Frankel (1984) im Durchschnitt schon nach 18 Sekunden vollziehen. Hier sind durch neuere Forschungen Korrekturen, Modifikationen oder Umkodierungen (*redirection, elaboration, re-completers*) nahe gelegt worden, mit denen offenbar Kategorienfehlern (im Sinne von Ryle 1949) oder Anwendungsproblemen bei der Kodierung Rechnung getragen werden soll (Marvel et al. 1999; Makoul 2003). Gleichwohl bedarf es einer weiteren theoretischen und methodischen Klärung, was denn überhaupt als *Unterbrechung* (welcher Art) zu "zählen" ist. Dabei wäre phänomenal zunächst ein Spektrum von "ins Wort fallen" über "in die Parade fahren" bis hin zu "übers Maul fahren" oder "zum Schweigen bringen" und "mundtot machen" zu differenzieren (vgl. oben Beispiel 2). Andererseits gibt es Hörerrückmeldungen (*back channel signals*), die dem aktuellen Sprecher Redefortsetzungen "as if uninterrupted" erlauben, ohne dass er in einem relevanten Sinne "unterbrochen" worden wäre (Duncan 1974; Flader/Koerfer 1983). Ohne aus diesem Thema ein Forschungscolloquium machen zu wollen, ließen sich in der Lehre die vorausgegangenen Gesprächsbeispiele (2)–(5) unter dem Aspekt der "Unterbrechung" einer komparativen Analyse unterziehen, nach der die frühen Arzt-Interventionen in diesen Beispielen jeweils sehr unterschiedliche erzählhemmende oder -fördernde

Funktionen wahrnehmen, das heißt das Kriterium der *kommunikativen Passung* (§ 2.2) recht unterschiedlich erfüllen.

Ebenso wäre nach Möglichkeit in der Lehre zu berücksichtigen, was sich als Entwicklung in der Forschung abzeichnet, die sich von der Vorherrschaft quantitativer Studien zu lösen scheint. Zunehmend geraten traditionelle Themen eines qualitativen Ansatzes in den Blick, die sich über Fragen zur *Narrativität*, *Empathie* oder *Kooperativität* ("negotiation", "concordance", "partnership") hinaus mit Fragen zur *Kontextsensitivität*, *Rhetorik* ("logical inference"), *Atmosphäre* oder *Kohärenz* ("topic flow") von Gesprächen befassen (Bensing et al. 2003; Knight/Sweeney 2007; Langewitz 2007; Ness/Kiesling 2007). Dabei sind quantitative und qualitative Ansätze keineswegs gegeneinander auszuspielen, sondern sie lassen sich vielmehr gut ergänzen, solange jedenfalls klar ist, was sich "auszählen" lässt und was eben nicht (Koerfer et al. 1994, 1996, 2000; Köhle et al. 1995, 2001). Hier können quantitative Analysen von der Schärfung der Kategorien profitieren, wenn sie entsprechende Anleihen bei qualitativen Analysen machen (Heritage/Maynard 2006). Dies gilt allein schon für die Unterscheidung von *open-ended* und *closed-ended questions*, die sich bereits für die Differenzierung von *Suggestivfragen* oder *Eröffnungsfragen* als insuffizient erweist (Koerfer et al. 1994, 1996; Robinson 2006). Solange der Goldstandard noch nicht für alle Detailfragen eines guten Gesprächs gefunden ist, sollte die Lehre für forschendes Lernen zu diesen Fragen besonders offen sein.

#### 2.4. Komparatives und multimediales Lernen

Eine ausgezeichnete Methode zur Entwicklung von Problemverständnis ist der *kontrasttypologische Vergleich*, der als wissenschaftliches Prinzip auf den Unterricht zu übertragen ist (von Uexküll 1987). Dabei kann in einem induktiven Lernprozess zunächst das alltagsweltliche wie vortheoretische *Wissen* der Lernenden als "stummes Wissen" über Kommunikation (wie beim *tacit knowledge* über Sprache, Chomsky 1965/69) sozusagen unaufgefordert aktiviert werden, wenn extrem negative Beispiele mit extrem positiven Beispielen kontrastiert und dem spontanen Urteil der Lerner zunächst überantwortet werden, ohne dass diese Differenz im Unterricht zuvor eigens markiert wird. Auf diese Weise kann eine präjudizierende Problempräsentation vermieden werden. Die selbständige Problemerkennung bleibt (wie bei Beispiel 5) weitgehend erhalten, ohne dass auf eine implizite Anleitung zum problemorientierten Lernen verzichtet werden müsste. Die lernpraktisch wirksame Anleitung beruht in der zuvor didaktisch begründeten Auswahl der Extrem-Fälle, die ein Lernen am negativen bzw. positiven Modell ermöglichen, um etwa im Unterricht den Unterschied zwischen *interrogativen* und *narrativen* Interviewstilen (§ 1.1) herausarbeiten zu können.

Die Auswahl von negativen bzw. positiven Modellgesprächen aus einem Gesamtpool von über 300 videographierten Gesprächen ist das Ergebnis eines Selektionsprozesses durch komparative Gesprächsanalysen und Gesprächsratings im Anschluss an ein Forschungsprojekt mit einem Prä/post-Design zur Evaluation von Arzt-Patient-Kommunikation mit Ärzten, die an einer Fortbildung in Balintgruppen teilgenommen hatten (Köhle et al. 1995, 2001). Während Novizen zu Studienbeginn gleichsam zum Extrem-Vergleich von besonders "schlechten" und "guten" Gesprächen (ohne eben diese Vorinformation) eingeladen werden, die

sich allein schon im Redeanteil von Patienten erheblich unterscheiden können (50-80%), ist das "Beobachtungskorn" für fortgeschrittene Lerngruppen, in denen die Teilnehmer bereits über ein entwickeltes Professionswissen verfügen, zunehmend "feiner" einzustellen.

Zu diesem Zweck haben wir ein multimediales Lernprogramm entwickelt, das eine differenzierte Nutzung sowohl im Selbstlernverfahren als auch im Gruppenunterricht erlaubt (Koerfer et al. 1999). Das Lernprogramm basiert auf unserem Manual zur Gesprächsführung und ist so angelegt, dass jederzeit Informationen und Praxisbeispiele zu bestimmten Themen/Problemen abgerufen werden können, die für eine entsprechend multimediale Nutzung (Zeitlupe, Transkript, Graphiken, Literatur usw.) aufbereitet sind:

- Biopsychosoziale Medizin und Erkenntnistheorie (Lehrfilme)
- Gespräche zu bestimmten Krankheiten (Depression, Anorexie, Diabetes) und Problemen ihrer Behandlung (coping, compliance)
- Kompetenzfelder der Gesprächsführung (Anamnese, Entscheidungsfindung (SDM), Mitteilung schwerwiegender Diagnosen, Umgang mit Sterbenden usw.)
- Techniken der verbalen Intervention (Aktiv zuhören, Emotionen benennen, Beschwerde-Dimensionen erfragen usw.)
- Detailphänomene wie Begrüßung und Verabschiedung, Sprecherwechselorganisation, Relevanzstufung, Narration, Emotion, biopsychosoziale Themenprogression usw.
- Phänomene nonverbaler Kommunikation (Augengruß, Blickkontakt, Gestik, Mimik, Körperhaltung usw.)

Ein weiterer Baustein des multimedialen Lernprogramms sind komparative Reflexionen und Übungen zur verbalen Intervention. Den Lernenden wird etwa ein besonders gelungenes Gespräch (ohne diese Vorinformation) vorgespielt mit der Instruktion, sie mögen stellvertretend für den realen Arzt intervenieren, und zwar an bestimmten vorprogrammierten Gesprächsstellen, an denen die Videopräsentation für einen gewissen Zeitraum im Standbild anhält, in dem die simulierte Intervention im Anschluss an die letzte Patientenäußerung zu erfolgen hat, so dass jeweils für den Lerner als simulierten Arzt aktuell gilt: "It's your turn!" Anschließend können die eigenen Interventionen mit denen anderer Lerner oder der realen Intervention des gesprächsführenden Arztes systematisch im zugespielten Transkript wie im nachfolgenden Beispiel verglichen und die jeweiligen Vor- und Nachteile der Interventionsalternativen eingeschätzt und auch formal in Unterricht oder Prüfung (nach "Schulnoten") bewertet werden.

Letzte Patientenäußerungen

01 P	(...) und ich hab Schmerzen ... und bisher hab ich die letzten 20 Jahre genommen ähm [Medikamentenname] ...
02 A	hm [nickt] .
03 P	dann genommen, wenn es dann . dann nach einer halben Stunde nich weg war . noch äh [Medikamentenname] .
04 A	ja .
05 P	gegen die Schmerzen . und ich denk ... ich denk mal gucken nit das es doch was is, was denn mein bisheriger Arzt nich gefunden hat .

It's your turn!

S1 A	[Meine Intervention:]	1 2 3 4 5
------	-----------------------	-----------

Simulierte Gesprächsfortsetzung (Alternative Interventionen)

S2 A	Seit wann haben Sie diese Schmerzen?	1 2 3 4 5
S3 A	Können Sie die Schmerzen noch näher beschreiben?	1 2 3 4 5
S4 A	An was denken Sie da?	1 2 3 4 5
S5 A	Was nehmen Sie sonst noch für Medikamente?	1 2 3 4 5
S6 A	Wo und wie sind die Schmerzen? Sind sie stechend, ziehend oder drückend?	1 2 3 4 5
S7 A	Was hat Ihr bisheriger Arzt denn gefunden?	1 2 3 4 5

Reale Gesprächsfortsetzung (des behandelnden Arztes)

06 A	woran denken Sie denn, was da übersehen worden sein könnte? .	1 2 3 4 5
------	---	-----------

Das Spektrum der simulierten Interventionen reicht hier von der temporalen Informationsfrage (S2), die sich bei gutem Zuhören fast selbst beantworten lässt, weil der Patient schon nach eigener Aussage seit 20 Jahren Medikamente nimmt, bis zur Frage nach der subjektiven Theorie des Patienten (S4), die der realen Intervention des behandelnden Arztes (06) am nächsten kommt. Im Unterricht können derartige Interventionssimulationen einen regelrechten "Wettbewerb" zwischen den Teilnehmern um die optimale Intervention auslösen ("best choice"), deren reflexive Begründungen neue Lernprozesse in Gang setzen. Auch hier können die Teilnehmer gegebenenfalls ihre Lernfortschritte (im Sinne Batesons 1985) selbst bemerken, wenn sie im nachträglichen Vergleich feststellen, dass sie inzwischen andere Typen von verbalen Interventionen als ihre Vorgänger oder als sie selbst in früheren Lernstadien verwenden.

### 3. Prüfung kommunikativer Kompetenz

Wie eingangs beschrieben, kommt die ärztliche Gesprächsführung nicht nur in der medizinischen Aus- und Fortbildung insgesamt zu kurz, sondern sie wird auch zu selten und zu praxisfern geprüft, so dass die Effizienz in der Lehre und die Fortschritte für die Lerner oft schwer abzuschätzen sind. Als wesentlicher Beitrag zur Qualitätssicherung der Lehre bietet sich die Prüfungsmethode (OSCE) mit standardisierten Patienten an. Der Einsatz von standardisierten oder simulierten Patienten ("Schauspielerpatienten") (SP) hat international eine lange Tradition mit variantenreichen Erfahrungen in Forschung, Lehre und Prüfung (Hoppe 1995; Kurtz/Silverman/Draper 1998; Lane/Rollnick 2007). Auch im deutschsprachigen Raum werden seit einigen Jahren positive Erfahrungen berichtet (Nickendei et al. 2003; Ortwein/Fröhmel/Burger 2006; Simmenroth-Nayda et al. 2007; Fröhmel/Burger/Ortwein 2007). An unserer Klinik haben wir die formative Abschlussprüfung mit Simulationspatienten im WS 1999/2000 eingeführt (Koerfer et al. 2000) und seitdem systematisch ausgebaut, so dass wir inzwischen über einen großen Stamm von Simulationspatienten verfügen, die wir verstärkt auch schon in der Lehre einsetzen.

#### 3.1. Die OSCE-Methode mit Simulationspatienten

In der medizinischen Ausbildung hat sich die OSCE-Methode (Objektive Structured Clinical Examination) bewährt, die wesentlich auf dem Einsatz von standardisierten Patienten ("Schauspielerpatienten")(SP) beruht, mit denen sowohl Patientengespräche als auch körperliche Untersuchungen im engeren Sinn zu unterschiedlichen Zwecken (Lehre, Prüfung, Evaluation) praxisnah simuliert werden können. Als Kandidaten für standardisierte Patienten können unterschiedliche Personengruppen (Laien, professionelle Schauspieler, reale Patienten) in Frage kommen. Die Schauspielerpatienten werden von einem professionellen Trainer in mehreren Trainingseinheiten auf bestimmte Krankheitsbilder (Diabetes, Anorexie, KHK) mit bestimmten sozialen und persönlichen Krankenrollen (Der "Fordernde", der "Schüchterne", der "Besserwisser" usw.) trainiert, wobei die Trainingsskripte jeweils auf realen Patientenfällen basieren. Diesen liegen oft videographierte Gespräche zugrunde, so dass sich auch Möglichkeiten direkter Vergleiche und Feinabstimmungen eröffnen. Mit dem Einsatz von standardisierten Patienten sind vielfältige Nutzungsmöglichkeiten verbunden, die auf einer Reihe von Vorteilen gerade auch gegenüber realen Patienten beruhen:

- *Flexibler Einsatz.* Die Simulationspatienten können beliebig in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Prüfungen an "öffentlichkeitsfähigen" Orten zur Verfügung stehen, ohne einer medizinischen Fürsorge oder eines besonderen Patientenschutzes zu bedürfen.
- *Planbarkeit.* Die SP können maßgeschneidert vorbereitet und zu bestimmten Prüfungsterminen beliebig oft einbestellt werden.

- *Standardisierbarkeit.* Da es sich bei einem Simulationspatienten immer um dieselbe Person handelt, die man die gleiche Rolle in ähnlicher Weise spielen lassen kann, besteht bei (fast) identischem "Input" ein hohes Maß an Vergleichbarkeit.
- *Authentizität.* Es besteht weitgehender Realismus, auch im Vergleich zum realen, aber untrainierten Patienten, der zwar einen echten Leidensdruck haben mag, diesen aber gegenüber einem wissentlich "falschen Arzt" auch nicht besser "spielen" könnte als der trainierte SP.
- *Vielfalt.* Entsprechend trainiert, können die SP einzeln und in ihrer Gesamtheit ein großes Krankheitsspektrum mit gewünschter sozialer und persönlicher Rollenvielfalt abdecken.
- *Flexibler Schwierigkeitsgrad.* Für Anfänger und Fortgeschrittene können verschiedene Schwierigkeitsgrade gewählt werden (wie z.B. durch Problempatienten: "Nörgler", "Vielredner", "Besserwisser" usw.).
- *Große Belastbarkeit.* Die SP können sowohl zeitlich wie thematisch großen individuellen Zumutungen ausgesetzt werden, weil etwa "heikle" Fragen nicht persönlich attribuiert werden müssen.
- *Individuelles Feedback.* Die Simulationspatienten können ihren Interviewern eine individuelle Rückmeldung geben, deren Form und Inhalt zuvor trainiert werden können.
- *Probierhandeln.* Das Wissen um Status und Funktion der SP lädt die Lernenden zu größerer Experimentierbereitschaft im Gesprächsverhalten ein ("Fehler sind nicht so schlimm"), wozu sie sich gegenüber verletzlichen Patienten nicht im selben Maße trauen würden.

Diese Vorteile überwiegen die Nachteile, die oft mit dem großen Organisations-, Trainings-, und Kostenaufwand angegeben werden. Zudem stehen reale Patienten oft nicht wie nötig (Krankheitsbild, zeitliche und inhaltliche Belastbarkeit usw.) zur Verfügung. Im Vergleich ergibt sich insgesamt für den Einsatz von Simulationspatienten eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz. Mit eben dieser Erfahrung setzen wir an unserer Klinik Simulationspatienten punktuell in der Lehre und systematisch in der Prüfung ein. Während der Unterricht in unserem Praktikum Psychosomatik/Psychotherapie, das im 1. Klinischen Semester stattfindet, wesentlich auf dem Anamnesegespräch mit realen Patienten beruht, führen wir seit dem Wintersemester 1999/2000 die formative Abschlußprüfung nach der OSCE-Methode mit standardisierten Patienten durch (Koerfer et al. 2000). Dabei stehen inzwischen ca. 20 trainierte LaienschauspielerInnen mit jeweils verschiedenen Rollen (Alter, Geschlecht, Beruf, Bildung) zur Verfügung, in die sie nach einer Vorbereitungsphase (qua Skript) in einem mehrtägigen Training von einer professionellen Trainerin eingeübt und mehrfach nachtrainiert wurden.<sup>7</sup> Das Prüfungsverfahren wird am Ende des Kurses organisiert, jeweils unter dem Vorsitz einer unserer DozentInnen, die auf die Einhaltung der Gesprächszeit (ca. 10

---

<sup>7</sup> Wir danken Frau Dr. med. Annie Sandberg Tschopp (Bern/McMaster) für ihre professionelle Trainingsarbeit mit unseren Simulationspatienten, von denen sich ein "Stamm der ersten Stunde" bis heute sehr bewährt hat.

Min.) achten und die schriftliche Evaluation anhand eines Evaluationsbogens (s.u.) übernehmen.

### 3.2. Feedback und Evaluation

Ein besonderer Vorteil des Verfahrens besteht in der individuellen Rückmeldung, die die Simulationspatienten wie die Dozenten den Studierenden unmittelbar nach dem Prüfungsgespräch geben. Für die Prüflinge selbst ist zunächst das erlebnisnahe Feedback der Simulationspatienten besonders wertvoll, weil sie hier in einer Art Vorwegnahme die "Zufriedenheit" der späteren realen Patienten mit ihrer Gesprächsführung antizipieren können. Dies mag auch im kritischen Fall eine Bereicherung sein, wenn etwa "Unsicherheit" oder "mangelnder Blickkontakt" oder "zu starke Vorgaben durch Fragen" rückgemeldet werden. Aus diesem spontanen Feedback der Simulationspatienten lassen sich oft unmittelbare Rückschlüsse auf die Erreichung unserer Lernziele ziehen, wie dies u.a. im direkten Vergleich von videographierten Prüfungsgesprächen empirisch deutlich wurde. So gab dieselbe Patientin (SP) in derselben Krankenrolle im einen Fall ein eher negatives Feedback ("deswegen hab ich von mir aus auch weniger erzählt als ich gern gemacht hätte"), während sie sich im anderen Prüfungsgespräch rundum zufrieden äußerte:

OSCE Nr. 44/WS 99/00 – SP-Feedback: "Ich musste ja richtig erzählen"

- SP 1 ja . mein Eindruck war (...)dass es jemand ernst meint und nichts durcheinander wirft und einfach sicher gehen möchte, dass er's richtig verstanden hat . das Gleiche is auch . es waren viel offene Fragen . also ich musste ja richtig erzählen . das war richtig Arbeit .
- St 2 ja .
- SP 3 das fand ich angenehm . und dann noch diese Geschichte . "geh ich recht in der Annahme, dass Sie viel zu tun haben oder um die Ohren haben" . dass ich sagen konnte: "ja so isses" . das hat mir auch das Gefühl gegeben . da erkennt jemand meine Leistung an und sagt nicht: "Du bist verrückt, geh nach Hause" . sondern der hört sich das erstmal an . und das fand ich sehr positiv .
- St 4 hm .

Bei diesem Feedback ist zu beachten, dass sich die SP eines alltagsweltlichen Vokabulars bedient, das den entsprechenden terminologisch-professionellen Kategorienbildungen (*Verstehen, offenes Fragen, Erzählen, empathische Anerkennung*) recht nahe kommt, ohne dass es dazu in der Schauspielerausbildung eine spezifische Instruktion gegeben hätte. Von Ausnahmen abgesehen, besteht zwischen dem Feedback der Simulationspatienten und der Bewertung durch unsere Dozenten in der Regel ein hohes Maß an Übereinstimmung. Dies betrifft sowohl die anschließende dialogische Nachbesprechung der Prüfungsgespräche mit dem Prüfling als auch das strukturierte Dozenten-Rating. Dabei gilt das Transparenzgebot, dass nur geprüft werden soll, was vorher gelehrt wurde. Analog zu unserem Manual zur ärztlichen Gesprächsführung, das Grundlage im Unterricht ist (§ 2.2), haben wir zur systematischen Überprüfung der kommunikativen Kompetenz den Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK) für die Abschlussprüfung ent-

wickelt (s. Anhang). Im direkten Vergleich der beiden vorausgehenden Prüfungsgespräche lassen sich die Unterschiede sowohl in den einzelnen Skalen wie auch in der Gesamtpunktzahl unmittelbar erkennen (13: 31 Punkte von 50). Die im Schauspieler-Feedback bereits alltagsprachlich umschriebenen Stärken und Schwächen der beiden Gespräche werden im kategorialen Gesamtprofil des Evaluationsbogens entsprechend abgebildet.

Nach ersten Auswertungen des Evaluationsverfahrens insgesamt zeichnen sich folgende Tendenzen ab: Während die Studierenden in den gut lehr- und lernbaren Eröffnungs- und Abschlusstechniken der Gesprächsführung durchweg gute Ergebnisse erzielen, streuen ihre kommunikativen Fertigkeiten in den zentralen Dimensionen des Anamnesegesprächs erheblich. Besondere Schwierigkeiten bereitet ihnen der Umgang mit Emotionen, wie dies auch schon in der Forschung als Problem beschrieben wurde (§ 1.1). Hier verweisen die Evaluationsergebnisse auf spezifische Herausforderungen für die weitere Lehre zur ärztlichen Gesprächsführung, in der die Kompetenz für empathische Kommunikation besonders zu stärken ist.

### 3.3. Akzeptanz des Prüfungsverfahrens

Wie Prüfungen überhaupt, so bleiben gerade auch Prüfungen zur kommunikativen Kompetenz eine "heikle" Angelegenheit, die für Prüfer wie Prüflinge auch mit Skepsis behaftet sein mag. Zur Überprüfung der Akzeptanz unseres Prüfungsverfahrens mit Simulationspatienten haben wir im Anschluss an die Prüfung in mehreren Semestern regelmäßig und anonym einen Fragebogen mitlaufen lassen, mit dem die Studierenden sowohl formal (2 Skalen) die Relevanz des Prüfungsverfahrens und ihre Zufriedenheit damit einschätzen als auch in einem Freitext ihre Erfahrungen, Kritik, Wünsche, Verbesserungsvorschläge mitteilen konnten. Eine erste Stichprobe (n=153) bestand aus Studierenden (St), die noch keine Vorerfahrung mit Simulationspatienten hatten, so dass wir hier ein spontanes "unverstelltes" Primärurteil nach Erstkontakt erfassen konnten. Bei der formalen Befragung konnten die studentischen Teilnehmer dieser Stichprobe folgende Bewertungen (nach "Schulnoten") unmittelbar im Anschluss an das OSCE-Verfahren vornehmen:

- Meine Erfahrungen mit Simulationspatienten finde ich:  
positiv ①②③④⑤ negativ
- Die OSCE-Prüfung mit Simulationspatienten finde ich:  
wichtig ①②③④⑤ unwichtig

Bei beiden Skalen wurden von ca. 90 % der Studierenden die Noten "1" oder "2" vergeben. Während diese bisherige *formale* Auswertung der Stichprobe insgesamt eine besonders hohe Akzeptanz für das Prüfungsverfahren ergibt, lässt die *inhaltsanalytische* Auswertung der dazugehörigen Freitexte ein differenziertes Bild der Begründungen eben dieser Akzeptanz erkennen, von denen hier einige exemplarisch angeführt werden sollen.

OSCE Fragebogen / Freitexte (Auswahl 1999/2000)

- St 1 Ich fand den Patienten sehr authentisch, somit war es denn nicht so schwierig, mich in die Situation einzufinden.
- St 2 Um über die ersten Hemmschwellen zu kommen, eignen sich die Gespräche.
- St 3 Mir persönlich hat das Gespräch sehr deutlich gezeigt, in welchen Punkten ich noch mehr hätte fragen können.
- St 4 Ich finde es auch gut, dass man direkt ein Feedback bekommt, was man gut gemacht hat und wo man sich noch verbessern kann.
- St 5 Ok, nur schwierig, die Situation richtig ernst zu nehmen, da man weiß, dass es keine echten Patienten sind.
- St 6 Nachahmen einer realistischen Situation ist sehr gut.
- St 7 Ich finde gut, dass man mal ausprobieren kann, wie so ein Gespräch geführt wird.

Natürlich gibt es vereinzelte Fälle (wie St 5), in denen es den Prüflingen im Vorwissen darum, dass es sich nicht um "echte" Patienten handelt, offenbar schwer fällt, sich auf die Gesprächssimulation entsprechend einzulassen. Dies sind aber die seltenen Ausnahmen, die vielleicht auch einer "Prüfungsblockade" geschuldet sein mögen. Für die meisten Prüflinge erweisen sich die Situationen – manchmal entgegen der Erwartung – als "realistisch" und die Patienten als "glaubhaft". Neben dem Aspekt der *Authentizität* stellen viele Studierende das spontane *Feedback* ("was man gut gemacht hat und wo man sich noch verbessern kann") in den Mittelpunkt ihrer Stellungnahme oder betonen gerade die Möglichkeit des *Probierens* (St 7). Einigen gelang es sogar, der Prüfungssituation eine freudige Seite abzugewinnen ("Es hat Spaß gemacht"). Sie treffen sich dabei offenbar mit denen, die sich eine regelmäßige Ausweitung des Verfahrens (sogar "auf freiwilliger Basis") über das ganze Studium hinweg wünschten. Offensichtlich können viele Studierende vom Prüfungscharakter der Gesprächssituation abstrahieren und das Gespräch mit den Simulationspatienten als eine weitere Übungschance zur Vorbereitung auf ihre spätere kommunikationsintensive Berufspraxis wahrnehmen.

#### 4. Literatur

- Albus, C. / De Backer, G. / Bages, N. / Deter H. C. / Herrmann-Lingen, C. / Oldenburg, B. / Sans, S. / Schneiderman, N. / Williams, R. B. / Orth-Gomer, K. (2005): Psychosoziale Faktoren bei koronarer Herzkrankheit – Wissenschaftliche Evidenz und Empfehlungen für die klinische Praxis. In: Gesundheitswesen 67, 1-8.
- Albus, C. (2006): Psychokardiologische Versorgung: Was empfehlen die aktuellen Leitlinien? In: Psychoneuro 32, 5, 247-250.
- Anderson, H. (1999): Das therapeutische Gespräch. Der gleichberechtigte Dialog als Perspektive der Veränderung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Apel, K. O. (1990): Ist Intentionalität fundamentaler als sprachliche Bedeutung? Transzendentalpragmatische Argumente gegen die Rückkehr zum semantischen Intentionalismus der Bewußtseinsphilosophie. In: Forum für Philosophie

- Bad Homburg (Hg.), *Intentionalität und Verstehen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 13-54.
- Balint, M. (1988): *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Barrows, H. S. (1994): *Practise-Based Learning. Problem-Based Learning Applied to Medical Education*. Springfield: Southern Illinois University School of Medicine.
- Bateson, G. (1985): *Ökologie des Geistes*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Beckman, H. B. / Frankel, R. M. (1984): The effect of physician behaviour on the collection of data. In: *Ann Intern Med* 101, 692-696.
- Bensing, J. / van Dulmen, S. / Tates, K. (2003): Communication in context: new directions in communication research. In: *Patient Education and Counseling* 50, 27-32.
- Birkner, K. (2006): Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch. In: *Gesprächsforschung* 7, 152-183. <<http://www.gespraechsforschung-ozs.de>>
- Bissell, P. / May, C. R. / Noyce, P. R. (2004): From compliance to concordance: barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions. In: *Social Science & Medicine* 58, 851-862.
- Boothe, B. (1994): *Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Boothe, B. (2007): "Im Dezember bin ich umgekippt". Erzählen über Kontrollverlust. In: *Psychotherapie & Sozialwissenschaft* 9, 1, 89-117.
- Brody, H. (1994): "My story is broken; can you help me fix it?" Medical ethics and the joint construction of narrative. In: *Literature and Medicine* 13, 1, 81-92.
- Brody, H. (2005): Geleitwort. In: Greenhalgh, T. / Hurwitz, B. (Hg.), *Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin*. Bern: Huber, 11-13.
- Butow, P. N. / Brown, R. F. / Cogar, S. / Tattersall M. H. N. / Dunn, S. M. (2002): Oncologists' reaction to cancer patients' verbal cues. In: *Psycho-Oncology* 1, 47-58.
- Charles, C. / Gafni, A. / Whelan T. (1997): Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). In: *Social Science & Medicine* 44, 5, 681-692.
- Charles, C. / Gafni, A. / Whelan, T. (1999): Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine* 49, 651-661.
- Chomsky, N. (1965): *Aspects of the Theory of Syntax*. Cambridge: MIT Press.
- Deppermann, A. / Lucius-Hoene, G. (2005): Trauma erzählen – kommunikative, sprachliche und stimmliche Verfahren der Darstellung traumatischer Ereignisse. In: *Psychotherapie & Sozialwissenschaft* 7,1, 35-73.
- Dörner, K. (2002): *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. Stuttgart: Schattauer.
- Duncan, S. (1974): On the structure of speaker-auditor interaction during speaking turns. In: *Language and Society* 2, 161-180.
- Ehlich, K. / Rehbein, J. (1976): Halbinterpretative Arbeitstranskriptionen (HIAT). In: *Linguistische Berichte* 45, 21-41.
- Ehlich, K. / Rehbein, J. (1986): *Muster und Institution. Untersuchungen zur schulischen Kommunikation*. Tübingen: Narr.
- Ekman, P. (2004): *Gefühle lesen*. München: Elsevier.

- Elwyn, G. (2001): Shared Decision Making. Patient Involvement in Clinical Practice. Wageningen: Ponsen & Looijen.
- Elwyn, G. / Edwards, A. / Gwyn, R. / Grol, R. (1999): Towards a Feasible Model for Shared Decision-Making: Focus Group Study with General Practice Registrars. In: *British Medical Journal* 319, 753-756.
- Elwyn, G. / Edwards, A. / Kinnersley, P. (1999): Shared decision-making in primary care: The neglected second half of the consultation. In: *British Journal of General Practice* 49, 477-482.
- Elwyn, G. / Gwyn, R. (2005): Geschichten, die wir hören und erzählen – eine Gesprächsanalyse in der Arztpraxis. In: Greenhalgh, T. / Hurwitz, B. (Hg.), *Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin*. Bern: Huber, 201-213.
- Engel, G. L. (1997): From biomedical to biopsychosocial. In: *Psychother. Psychosom* 66, 57-62.
- Engel, G. L. (1979): Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin. In: Keupp, H. (Hg.), *Normalität und Abweichung*. München: Urban und Schwarzenberg, 63-85.
- Flader, D. / Koerfer, A. (1983): Die diskursanalytische Erforschung von Therapiegesprächen. In: *OBST* 24, 57-90.
- Flick, U. (1998): Wann fühlen wir uns gesund? – Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim: Juventa.
- Flynn, K. E. / Smith, M. A. / Vannes, D. (2006): A typology of preferences for participation in healthcare decision making. In: *Social Science & Medicine* 63, 1158-1169.
- Ford, S. / Schofield, T. / Hope, T. (2003): What are the ingredients for a successful evidence-based patient choice consultation? A qualitative study. In: *Social Science & Medicine* 56, 589-602.
- Fröhmel, A. / Burger, W. / Ortwein, H. (2007): Einbindung von Simulationspatienten in das Studium der Humanmedizin. In: *Dtsch. Med. Wochenschr* 132, 549-554.
- Gafni, A. / Charles C. / Wehlan T. (1998): The physician-patient encounter: The physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. In: *Social Science & Medicine* 47, 3, 347-354.
- Gerhardt, U. (1999): Herz und Handlungsrationalität. Biographische Verläufe nach koronarer Bypass-Operation zwischen Beruf und Berentung. Eine idealtypenanalytische Studie. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Glaserfeld, E. v. (1981): Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: Glaserfeld, E. v. (Hg.), *Wissen, Sprache und Wirklichkeit*. Braunschweig: Vieweg, 198-212.
- Goldie, P. (2004): Narrative, emotion and understanding. In: Hurwitz, B. / Greenhalgh, T. / Skultans, V. (eds.), *Narrative Research in Health and Illness*. Oxford: Blackwell, 156-167.
- Greenhalgh, S. / Hurwitz, B. (1998): *Narrative based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. London: BMJ Books.
- Greenhalgh, T. / Hurwitz, B. (Hg.): *Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin*. Bern: Huber.
- Greenhalgh, S. / Hurwitz, B. (1998): Why study narrative? In: Greenhalgh, S. / Hurwitz, B. (eds.), *Narrative Based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. London: BMJ Books, 3-15.

- Greenhalgh, T. / Roob, N. / Scambler, G. (2006): Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: A Habermasian perspective. In: *Social Science & Medicine* 63, 1170-1187.
- Grossmann, K. P. (2000): *Der Fluss des Erzählens. Narrative Formen der Therapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Guadagnoli, E./ Ward, P. (1998): Patient participation in decision-making. In: *Soc. Sci. Med.* 47, 3, 329-339.
- Gülich, E. (2005): Krankheitserzählungen. In: Neises, M. / Ditz, S. / Spranz-Fogasy, Th. (Hg.), *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 73-89.
- Gülich, E. (2007): "Volle Palette in Flammen". Zur Orientierung an vorgeformten Strukturen beim Reden über Angst. In: *Psychotherapie & Sozialwissenschaft* 9, 1, 59-87.
- Gwyn, R. / Elwyn, G. (1999): When is a shared decision not (quite) a shared decision? In: *Social Science and Medicine* 49, 437-447.
- Habermas, J. (1981): *Theorie des kommunikativen Handelns*. 2 Bde. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Halkowski, T. (2006): Realizing the illness: Patient's narratives of symptom discovery. In: Heritage, J. / Maynard, D. W. (eds.), *Communication in Medical Care*. Cambridge: University Press, 86-114.
- Hanke, M. (1991): Maieutike techne. Zum Modell der sokratischen Gesprächstechnik. In: Flader, D. (Hg.), *Verbale Interaktion*. Stuttgart: Metzler, 50-91.
- Hampton, J. R. / Harrison M. J. G. / Mitchell J. R. A. / Prichard J. S. / Seymour C. (1975): Relative contributions of history-taking: physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. In: *Br Med J* 2, 486-489.
- Heath, I. (2005): Auf der Spur von Krankengeschichten: Versorgungskontinuität in der Hausarztpraxis. In: Greenhalgh, T. / Hurwitz, B. (Hg.), *Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin*. Bern: Huber, 115-125.
- Heritage, J. / Maynard, D. W. (eds.) (2006): *Communication in Medical Care*. Cambridge: University Press.
- Herpertz, S. / Petrak, F. / Albus, C. / Hirsch, A. / Kruse, J. / Kulzer, B. (2003): Psychosoziales und Diabetes mellitus. Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinie DDG. Hrsg. v. Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG) und Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM). In: *Diabetes und Stoffwechsel* 12, 35-58.
- Herrmann-Lingen, C. / Albus, C. / Titscher G. (2008): *Psychokardiologie. Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Herzig, S. / Biehl, L. / Stelberg, H. / Hick, C. / Schmeißer, N. / Koerfer, A. (2006): Wann ist ein Arzt ein guter Arzt? Eine inhaltsanalytische Untersuchung von Aussagen medizinischer Professionsvertreter. In: *Dtsch Med Wochenschr* 131, 2883-2888.
- Hoppe, R. B. (1995): Standardized (simulated) patients and the medical interview. In: Lipkin, M. / Putnam, S. M. / Lazare, A. (eds.), *The Medical Interview*. New York etc. Springer, 397-404.
- Hurwitz, B. / Greenhalgh, T. / Skultans, V. (2004): *Narrative Research in Health and Illness*. Oxford: Blackwell.

- Kant, I. (1964): Über Pädagogik. In: Kant, I., Werke in sechs Bänden, Bd. VI. (Orig. 1803). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 697-761.
- Kampits, P. (1996): Das dialogische Prinzip in der Arzt-Patient-Beziehung. Passau: Wissenschaftsverlag Rothe.
- Kettner, M. (1991): Diskursethik in der Medizin. In: Ärzteblatt Baden-Württemberg 10, 1, 3.
- Kettner, M. (1998): Beratung als Zwang. In: Kettner, M. (Hg.), Beratung als Zwang. Frankfurt/M.: Campus, 9-47.
- Klemperer, D. (2005): Partizipative Entscheidungsfindung in Deutschland – Handlungsfelder zur Verbesserung der Entscheidungsqualität". In: Härter, M. / Loh, A. / Spies, C. (Hg.), Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 25-33.
- Knight, L. V. / Sweeney, K. (2007): Revealing implicit understanding through enthymemes: A rhetorical method for the analysis of talk. In: Medical Education 41, 226-333.
- Koerfer, A. (1981): Probleme und Verfahren der Notation von Face-to-Face Interaktion. In: Lange-Seidl, A. (Hg.), Zeichenkonstitution. Band 2. Berlin & New York: de Gruyter, 187-200.
- Koerfer, A. / Neumann, C. (1982): Alltagsdiskurs und psychoanalytischer Diskurs. In: Flader, D. / Grodzicki, W.-D. / Schröter, K. (Hg.), Psychoanalyse als Gespräch. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 96-137.
- Koerfer, A. (1994): Institutionelle Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Koerfer, A. / Köhle, K. / Obliers, R. (1994): Zur Evaluation von Arzt-Patient-Kommunikation. Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin. In: Redder, A. / Wiese, I. (Hg.), Medizinische Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 53-94.
- Koerfer, A. / Köhle, K. / Faber, J. / Kaerger, H. / Obliers, R. (1996): Zwischen Verhören und Zuhören. Gesprächsreflexionen und Rollenspiele im medizinpsychologischen Studium. In: Bahrs, O. / Fischer-Rosenthal, W. / Szecsenyi, J. (Hg.), Vom Ablichten zum Im-Bilde-Sein. Würzburg: Königshausen & Neumann, 109-131.
- Koerfer, A. / Thomas, W. / Obliers, R. / Köhle, K. (1999): Multimediales Lernprogramm zur ärztlichen Gesprächsführung. In: Gesundheitswesen 61, 413-417.
- Koerfer, A. / Köhle, K. / Obliers, R. (2000): Narrative in der Arzt-Patient-Kommunikation. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 2, 87-116.
- Koerfer, A. / Obliers, R. / Thomas, W. / Köhle, K. (2000): Ausbildung in ärztlicher Gesprächsführung – OSCE mit standardisierten PatientInnen. In: Medizinische Ausbildung 17, 137.
- Koerfer, A. / Obliers, R. / Köhle, K. (2004): Emotionen in der ärztlichen Sprechstunde. Förderung empathischer Kommunikation durch Fortbildung in psychosomatischer Grundversorgung. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 6, 243-262.
- Koerfer, A. / Obliers, R. / Köhle, K. (2005a): Der Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient. Modelle der Beziehungsgestaltung in der Medizin. In: Neises, M. / Ditz, S. / Spranz-Fogasy, Th. (Hg.), Psychosomatische Gesprächsführung

- in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 137-157.
- Koerfer, A. / Obliers, R. / Köhle, K. (2005b): Das Visitengespräch. Chancen einer dialogischen Medizin. In: Neises, M. / Ditz, S. / Spranz-Fogasy, Th. (Hg.). Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 256-284.
- Koerfer, A. / Köhle, K. (2007): Kooperatives Erzählen. Zur Konstruktion von Patientengeschichten in der ärztlichen Sprechstunde. In: Redder, A. (Hg.), Diskurse und Texte. Tübingen: Narr, 629-639.
- Koerfer, A. / Albus, Ch. / Obliers, R. / Thomas, W. / Köhle, K. (2008): Kommunikationsmuster der medizinischen Entscheidungsfindung. In: Niemeier, S. / Diekmannshenke, H. (Hg.), Profession und Kommunikation. Bern: Lang, 121-156.
- Köhle, K. / Obliers, R. / Koerfer, A. / Kaerger, H. / Faber, J. / Mendler, T. (1995): Evaluation des Fortbildungseffektes einer Balint-Gruppe. Ein multimethodaler Ansatz. In: Psychosomatische und psychosoziale Medizin (PSM) 1, 6-15.
- Köhle, K. / Obliers, R. / Koerfer, A. / Antepohl, W. / Thomas, W. (1999): Problemorientiertes Lehren und Lernen. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 49, 171-175.
- Köhle, K. / Kaerger-Sommerfeld H. / Koerfer, A. / Obliers, R. / Thomas, W. (2001): Können Ärzte ihr Kommunikationsverhalten verbessern? In: Deter, H.-D. (Hg.), Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Bern: Huber, 301-310.
- Köhle, K. / Koerfer, A. / Thomas, W. / Schaefer, A. / Sonntag, B. / Obliers, R. (2003): Integrierte Psychosomatik: Beiträge zu einer Reform des Medizinstudiums. Psychother Psych Med 53, 65-70.
- Köhle, K. (2003): Kommunikation. In: Adler, R. A. / Herrmann, J. M. / Köhle, K. / Langewitz, W. / Schonecke, O. / Uexküll, Th. v. / Wesiack, W. (Hg.), Uexküll - Psychosomatische Medizin. München: Urban & Fischer, 43-63.
- Köhle, K. / Obliers, R. / Koerfer, A. (2006): Diagnosemitteilung – Ein Leitfaden. In: Kreienberg, R. / Jonat, W. / Volm, T. / Möbius, V. Alt, D. (Hg.), Management des Mammakarzinoms. Berlin: Springer, 441-451.
- Köhle, K. / Koerfer, A. / Kretschmer, B. / Obliers, R. / Reimer, Th. / Thomas, W. (2007): Manual zur ärztlichen Gesprächsführung und Mitteilung schwerwiegender Diagnosen. Köln.
- Kuprat, E. / Irish, J. T. / Karsten, L. E. / Freund, K. M. / Burns, R. B. / Moskowitz, M.A. / McKinlay, J.B. (1999): Patient assertiveness and physician decision-making among older breast cancer patients. In: Social Science & Medicine 49, 4.
- Krupat, E. / Fancey, M. / Cleary P. D. (2000): Information and its impact on satisfaction among surgical patients. In: Social Science & Medicine 51, 1817-1825.
- Kurz, S. / Silverman, J. / Draper, J. (1998): Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Oxon: Radcliffe Medical Press.
- Labov, W. / Fanshel, D. (1977): Therapeutic Discourse. Psychotherapy as Conversation. New York: Academic Press.

- Lane C. / Rollnick, S. (2007): The use of simulated patients and role-play in communication skills training: A review of the literature to August 2005. In: *Patient Education and Counseling* 67, 13-20.
- Langenbach, M. / Koerfer, A. (2006): Körper, Leib und Leben. Wissenschaftliche und praktische Traditionen im ärztlichen Blick auf den Patienten. In: *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung (ZBBS)* 7, 2, 191-216.
- Langewitz, W. A. / Eich, P. / Kiss, A. / Wössmer, B. (1998): Improving communication skills: A randomized controlled behaviourally oriented intervention study for residents in internal medicine. In: *Psychosomatic Medicine* 60, 268-276.
- Langewitz, W. (2007): Beyond content analysis and non-verbal behaviour – What about atmosphere? In: *Patient Education and Counseling* 67, 319-323.
- Launer, J. (2002): *Narrative-based primary care. A practical guide.* Oxon: Radcliffe Medical Press.
- Lauterbach, K. W. / Schrappe, M. (2001): *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine.* Stuttgart: Schattauer.
- Lucius-Hoene, G. / Deppermann, A. (2002): *Rekonstruktion narrativer Identität.* Opladen: Leske & Budrich.
- Lucius-Hoene, G. (2002): Narrative Bewältigung von Krankheit und Coping-Forschung. In: *Psychother. Soz.* 4, 3, 166-203.
- Makoul, G. (2003): The interplay between education and research about patient-provider communication. *Patient. Educ. Couns.* 50, 79-84.
- Marvel, K. / Epstein, R. M. / Flowers, J. / Beckman, H. B. (1999): Soliciting the patient's agenda: have we improved? *J Am Med Assoc.* 281, 283-287.
- McKinstry, B. (2000): Do patients wish to be involved decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. In: *British Medical Journal* 321, 867-871.
- Meerwein, F. (1986): *Das ärztliche Gespräch.* Bern: Huber.
- Miller, G. E. (1990): The assessment of clinical skills/competence/performance. In: *Academic Medicine* 65, 9, Supplement, 63-67.
- Morgan, W. L. / Engel, G. L. (1977): *Der klinische Zugang zum Patienten.* Bern: Huber.
- Moust, J. H. C. / Bouhuijs, P. A. J. / Schmidt, H. G. (1999): *Problemorientiertes Lernen.* Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Murrhardter Kreis (1995): *Das Arztbild der Zukunft.* Gerlingen: Bleicher.
- Ness, D. E. / Kiesling, S. F. (2007): Language and connectedness in the medical and psychiatric interview. In: *Patient Education and Counseling* 68, 139-144.
- Nikendei, C. / Zipfel, S. / Roth, C. / Löwe B. / Herzog, B. / Jünger, J. (2003): Kommunikations- und Interaktionstraining im psychosomatischen Praktikum: Einsatz von standardisierten Patienten. In: *Psychother Psych Med* 53, 440-445.
- Norman, G. R. / Schmidt, H. G. (1992): The psychological basis of problem-based learning: a review of the evidence. *Academic Medicine* 67, 9, 552-565.
- Obliers, R. (2002): *Subjektive Welten. Identitätsentwürfe und Prognosen.* Frankfurt/M.: Verlag für Akademische Schriften.
- Obliers, R. / Koerfer, A. / Köhle, K. (2002): Integrationspotenziale Problemorientierten Lernens. In: Stöbel, U. / Troschke, V. (Hg.), *Innovative Ansätze zur*

- Lehre in den psychosozialen Fächern der ärztlichen Ausbildung. Freiburg: Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften, 78-94.
- Oleson, F. (2004): Striking the Balance: from patient-centered to dialog-centered medicine. In: *Scand J Prim Health Care* 22, 193-194.
- Ortwein, H. / Fröhmel, A. / Burger, W. (2006): Einsatz von Simulationspatienten als Lehr- und Prüfungsform. In: *Psychother. Psych. Med.* 56, 23-29.
- Pollack, K. (2005): *Concordance in Medical Consultations. A Critical Review.* Oxon: Radcliffe.
- Popper, K. (1972): Wissenschaftslehre in entwicklungstheoretischer und in logischer Sicht. In: Popper, K. (1994), *Alles Leben ist Problemlösen.* München: Piper, 15-45.
- Putnam, S. / Stiles, W. / Jacob, M. / James, S. (1988): Teaching the medical interview: An intervention study. In: *Internal Medicine* 3, 38-47.
- Richter, H. (1991): Regelmäßbrauch und Regelexplikation in einem Platonischen Dialog. In: Flader, D. (Hg.), *Verbale Interaktion.* Stuttgart: Metzler, 92-123.
- Robinson, J. D. (2006): Soliciting patient's presenting concerns. In: Heritage, J. / Maynard, D. W. (eds.), *Communication in Medical Care.* Cambridge: University Press, 22-47.
- Ryle, G. (1969): *Der Begriff des Geistes* (engl. Orig. 1949). Stuttgart: Reclam.
- Salmon, P. / Young, B. (2005): Core assumptions and research opportunities in clinical communication. In: *Patient Education and Counseling* 58, 225-234.
- Scambler, G. (ed.) (2001): *Habermas, Critical Theory and Health.* London and New York: Routledge.
- Schafer R. (1995): *Erzähltes Leben. Narration und Dialog in der Psychoanalyse.* München: Pfeiffer.
- Schegloff, E. A. (1968/72): Sequencing in conversational openings. In: Laver, J. / Hutchesson, S. (eds.), *Communication in Face to Face Interaction.* Harmondsworth: Pinguin, 374-405.
- Shazer, S. de (1990): *Wege der erfolgreichen Kurztherapie.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Siegrist, J. (1982): Asymmetrische Kommunikation bei der klinischen Visite. In: Köhle, K. / Raspe, H.-H. (Hg.), *Das Gespräch während der ärztlichen Visite.* München usw.: Urban & Schwarzenberg, 16-22.
- Simmenroth-Nayda, A. / Chenot, J. F. / Fischer, Th. / Scherer, M. / Stanske, B. / Kochen, M. M. (2007): Mit Laienschauspielern das ärztliche Gespräch trainieren. In: *Dtsch. Arztebl* 104, 13, A 847-52.
- Smith, R. C. / Hoppe, R. B. (1991): The Patient's Story: Integrating the Patient- and Physician-Centered Approaches to Interviewing. In: *Annals of Internal Medicine* 115, 470-477.
- Uexküll, Th. v. (1987): Gedanken über die Wirkungsweise eines Gesprächs. In: *Rhetorik* 6, 115-127.
- Uexküll, Th. v. (1993): Rückmeldung als Modell interpersonaler Beziehungen: Psychosomatische Medizin als Beziehungsmedizin. In: *Fundamenta Psychiatrica* 7, 58-63.
- Uexküll, Th. v. / Wesiack, W. (1979/90): Wissenschaftstheorie und psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler, R. A. / Herrmann, J. M. / Köhle, K. / Langewitz, W. / Schonecke, O. / Uexküll, Th. v. / Wesiack, W. (Hg.), *Uexküll - Psychosomatische Medizin.* München: Urban & Fischer, 5-38.

- Weizsäcker, V. v. (1973): Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Wissenschaftsrat (1992): Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums. Köln: Eigenverlag.
- Wunderlich, D. (1969): Unterrichten als Dialog. In: Sprache im technischen Zeitalter 32, 263-287.
- Zuckerman, C. / Wollner, D. (1999): End of life care and decision making: How far we have come, how far we have to go. In: Corless, I.B./ Foster, Z. (eds.), The Hospice Heritage: Celebrating our future. Philadelphia: The Haworth Press, 85-107.

## 5. Transkriptionskonventionen

Eine Voraussetzung für die intersubjektive Überprüfbarkeit von Gesprächsanalysen sowie die didaktische Vermittlung in der Lehre ist ihre *Fixierung*, um die Flüchtigkeit von Face-to-Face-Kommunikation zu überwinden. In den beiden Fixierungsprozessen in der Richtung vom "Originalgeschehen" zur Aufzeichnung (*Datendokumentation*) und von der Aufzeichnung zur Transkription (*Datenrepräsentation*) handelt es sich jeweils um mediale Transformationen, bei denen mit je spezifischen Datenverlusten und -gewinnen zu rechnen ist (Koerfer 1981). Wir bewegen uns auf dem "mittleren" Niveau einer Halbinterpretativen Arbeitstranskription (HIAT) (Ehlich/Rehbein 1976). Die Arbeitstranskription sollte je nach Analysebedarf nach dem Baukastenprinzip auf- und abbaubar bleiben, um Überkomplexität reduzieren zu können (Koerfer 1981). So werden bestimmte nonverbale (Blickkontakt, Gesten) und paraverbale Phänomene (Betonung, Lautstärke) nicht systematisch, sondern nur fakultativ in die Transkription aufgenommen. Das Ausmaß der "Verschriftlichung" mündlicher Kommunikation sollte die Lesbarkeit nicht gefährden. Es wurde eine literarische Umschrift gewählt, mit der der Mündlichkeit eines Gesprächs in gewissem Umfang Rechnung getragen werden soll ("kannste" = "kannst du"). Abweichend von der normalen Interpunktion werden Punkte ausschließlich als Pausenzeichen verwendet und die Großschreibung danach entsprechend aufgehoben. Insgesamt wurden folgende Transkriptionszeichen verwendet:

A	= Arzt
P	= Patientin
hab hier [zeigt an Hals]	= Kommentare 1. Ordnung [nonverbal: Geste usw.]
da [in Akte] steht drin	= Kommentare 2. Ordnung [kognitiv: Bezug auf Krankenakte u.ä.]
[+]	= Blickkontakt hergestellt
[-]	= Blickkontakt unterbrochen
Wort . Wort	= kurze Pause (kein Satzzeichen!)
Wort ... Wort	= mittlere Pause
Wort ..... [5] ..... Wort	= Pause von ca. 5 Sekunden
ähm	= gefüllte Pause
ge:stern	= Betonung
hat er/hat sie	= Selbstkorrektur
P [Wort	= simultan zu Sprecher A
A [Wort	= simultan zu Sprecher P
(...)	= Auslassung
(Wort)	= vermuteter Wortlaut
( )	= unverständlich

## 6. Anhang

### 6.1 Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)

Siehe letzte Seite des Beitrags.

### 6.2 Kölner Medizinisches Kommunikationstraining (MediKom)

UE	Ziele – Inhalte	Methodik – Medien
1	<b>Einführung</b> Problemorientiertes Lernen (POL) in der medizinischen Gesprächsausbildung Wandel der Medizin, Schlüsselqualifikationen	Referat, Folien, Texte: Kant 1803, Popper 1972, Obliers et al. 2002, Koerfer et al. 1994, Moust, Bouhuijs, Schmidt 1997, Murrhardter Kreis 1995
2	<b>Biopsychosoziales Modell</b> Vom Fallbericht zum biopsychosozialen Anamnesegespräch in Praxis und Visite	Fallbeispiel, Folien, Rollenspiel (RS), Texte: Morgan, Engel 1977, Uexküll 2003, Fehlenberg, Simons, Köhle 2003, Koerfer, Obliers, Köhle 2004, 2005
3	<b>Theorie der A-P-Beziehung</b> Beziehungsmodelle: Paternalismus - Dienstleistung - Kooperation	Referat, Multimedia (MM), Texte: „Klassiker“ (Freud, Balint, Uexküll, Engel), Köhle, Obliers, Koerfer 2002, Köhle 2003, Koerfer et al. 2006, 2007, Abt-Zegelin, Schnell 2005
4	<b>Verbale und nonverbale Kommunikation</b> Körpersprache, Blickkontakt, Hörersignale, Verbale Konditionierung etc.	Referat, Folien, Video, „Selbsterfahrung“, RS, MM, Texte: Argyle 1975, Forgas 1992, Schulz von Thun 1981/99, Ekman 2003, Neises 2005
5	<b>1. Beziehung aufbauen</b> Rahmung, Grüßen, Anrede, Situierung, Orientierung etc.	Referat, Folien, Manual, MM, Bilder, Texte: Simmel 1908/92, Eibl-Eibelsfeld 1988, Goffman 1977, Abt-Zegelin, Schnell 2005
6	<b>2. Anliegen anhören</b> Interrogativer versus narrativer Interviewstil, Trichtertechnik, Bericht versus Erzählung, Aktives Zuhören; Rückmeldemodell etc.	Referat, Folien, Manual, Video, Gruppenarbeit, Rollenspiel (RS), Multimedia (MM), „Biographisches Erzählen“, Texte: Greenhalgh, Hurwitz 2005, Koerfer et al. 2000, 2005, 2007
7	<b>3. Emotionen zulassen</b> Empathie, verbale Interventionstechniken, Rückmeldemodell	Referat, Folien, Manual, Video; Multimedia, Bilder, Rollenspiel, Simulationspatienten (SP), Texte: Rogers 1962, Morgan, Engel 1977; Koerfer et al. 2004, Ekman 2003;
8	<b>4. Details explorieren</b> Beschwerden, subjektive Vorstellungen, Anamnese vervollständigen	Referat, Folien, Manual, Video, Multimedia, Simulationspatienten (SP), Texte: Morgan, Engel 1977

9	<b>5. Vorgehen abstimmen</b> Evidenzbasierte Entscheidungsfindung Paternalismus – Dienstleistung – Kooperation	Referat, Folien, Manual, Video, Multimedia, Gruppenarbeit, „Selbsterfahrung“; Texte: Scheibler, Pfaff 2003, Koerfer et al. 2005, 2007, Elwyn, Edwards, Rhydderch 2005
10	<b>Mitteilung schwerwiegender Diagnosen</b> Diagnosemitteilung (bad news), Palliativ- medizin, Aufklärung, Tabus, Schonung versus Wahrheit, burn out	Referat, Folien, Manual, Video, Multimedia, „Selbsterfahrung“, RS, Texte: Köhle 2003, 2007, Kaerger-Sommerfeld et al. 2003, Köhle, Obliers, Koerfer 2006
11	<b>Evaluation</b> OSCE, Simulationspatienten (SP); KommunikationsWissen	Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK), Kölner Evaluationsbogen KommunikationsWissen (KEK-W), Multiple Choice, Lücken-, Ergänzungstests

© Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität zu Köln  
 2007

Dr. Armin Koerfer  
 Klinik und Poliklinik fuer Psychosomatik und Psychotherapie  
 Kerpener Str. 68  
 50924 Köln  
 armin.koerfer@uk-koeln.de

Veröffentlicht am 12.3.2008

© Copyright by GESPRÄCHSFORSCHUNG. Alle Rechte vorbehalten.



# Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK)

OSCE-Checkliste zur ärztlichen Gesprächsführung © KPP 42007

Nr.: Interviewer: Patient: Rater: Datum:

<p><b>1 Beziehung aufbauen</b> <input type="checkbox"/> 4</p> <p><b>1 Rahmen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertraulichkeit ermöglichen</li> <li>• Störungen vermeiden</li> </ul> <p><b>2 Begrüßung</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blickkontakt aufnehmen</li> <li>• Grußformel äußern</li> <li>• Mit Namen anreden, Hand geben</li> </ul> <p><b>3 Vorstellung</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Namentlich vorstellen</li> <li>• Evtl. Funktion mitteilen</li> </ul> <p><b>4 Situierung</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Sitzen sprechen (Stuhl an Krankenbett)</li> <li>• Bequemlichkeit sichern</li> <li>• Nähe/Distanz abstimmen</li> <li>• Körperhaltung beachten</li> </ul> <p><b>5 Orientierung</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesprächsziele verdeutlichen</li> <li>• Zeitrahmen mitteilen</li> </ul>	<p><b>4 Details explorieren</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12</p> <p><b>1 Beschwerde-Dimensionen erfragen</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lokalisation und Ausstrahlung</li> <li>• Qualität „Welchen Charakter ...?“</li> <li>• Intensität „Wie stark ...?“ (Skala 0-10)</li> <li>• Funktionsstörung/Behinderung</li> <li>• Begleitzeichen</li> <li>• Zeit (Beginn, Verlauf, Dauer)</li> <li>• Kondition „Ich welcher Situation ...?“</li> </ul> <p><b>2 Subjektive Vorstellungen explorieren</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzepte „Was stellen Sie sich vor?“</li> <li>• Erklärungen „Sehen Sie selbst Ursachen?“</li> </ul> <p><b>3 Anamnese vervollständigen</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Systeme („Von Kopf bis Fuß“)</li> <li>• Allgemeinbefindlichkeiten, Schlaf etc.</li> <li>• Frühere Erkrankungen, Vorbehandlungen</li> <li>• Familiäre Erkrankungen, Risikofaktoren</li> <li>• Familie, Freunde, Beruf, Finanzen etc.</li> <li>• Auf Lücken zurückkommen</li> </ul>
<p><b>2 Anliegen anhören</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10</p> <p><b>1 Gespräch offen beginnen</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebot „Was kann ich für Sie tun?“</li> <li>• Konsultationsanlass „Was führt Sie her?“</li> <li>• Befindlichkeit „Wie geht es Ihnen?“</li> </ul> <p><b>2 Erzählen fördern - Rückmeldung geben</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hörersignale hm, ja, Nicken, Blickkontakt</li> <li>• Unterbrechungen vermeiden</li> <li>• Pausen tolerieren</li> <li>• Freie Themenentfaltung zulassen</li> </ul> <p><b>3 Aktiv zuhören – Verbal unterstützen</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Offen fragen „Wie kam das?“</li> <li>• Zum Weitersprechen ermutigen</li> <li>• Äußerungen wörtlich wiederholen</li> <li>• Äußerungen paraphrasieren</li> </ul> <p><b>4 Verständnis sichern</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rückfragen „Versteh ich richtig, dass ...?“</li> <li>• Zusammenfassen</li> </ul>	<p><b>5 Vorgehen abstimmen</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12</p> <p><b>1 Evidenz-basiertes Vorgehen planen</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was ist gesichert?</li> <li>• Hat Diagnostik Konsequenzen?</li> </ul> <p><b>2 Erwartungen klären</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorstellungen, Wünsche, Hoffnungen</li> <li>• „Was haben Sie sich vorgestellt?“</li> <li>• „Was könnte Ihrer Meinung nach helfen?“</li> <li>• Kontrollüberzeugungen</li> <li>• „Was könnten Sie selbst ändern?“</li> </ul> <p><b>3 Bisherige Befunde erklären</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (s. Diagnose mitteilen)</li> </ul> <p><b>4 Untersuchungs- bzw. Therapieplan festlegen</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entscheidungsmodell sondieren</li> <li>• Paternalismus – Dienstleistung – Kooperation</li> <li>• Vorschläge und Risiken besprechen</li> <li>• Reaktionen berücksichtigen</li> <li>• Konsens anstreben</li> </ul>
<p><b>3 Emotionen zulassen</b> <input type="checkbox"/> 8</p> <p><b>1 Emotionen beachten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbal (z. B. Metaphern)</li> <li>• Nonverbal (z. B. Gestik, Mimik)</li> </ul> <p><b>2 In die Situation des Patienten einfühlen</b></p> <p><b>3 Empathisch antworten</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angemessen Hilfe und Trost anbieten</li> <li>• Belastungen und Bewältigung anerkennen</li> </ul> <p><b>4 Emotionale Öffnung fördern</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansprechen „Nehme ich richtig wahr ...?“</li> <li>• Benennen „Sie sind dann traurig?“</li> <li>• Klären „Was fühlen Sie dann?“</li> <li>• Interpretieren „Ihre Angst kommt von ...“</li> </ul> <p><b>5 Eigene Emotionen als Indikator nutzen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abneigung, Interesse, Anspannung etc.</li> </ul>	<p><b>6 Resümee ziehen</b> <input type="checkbox"/> 4</p> <p><b>1 Gespräch zusammenfassen</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsultationsgrund, Beschwerden,</li> <li>• Diagnose, Therapievereinbarung</li> </ul> <p><b>2 Klärung noch offener Fragen anbieten</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information „Haben Sie noch Fragen?“</li> <li>• Zufriedenheit „Kommen Sie damit klar?“</li> </ul> <p><b>3 Folgetermine vereinbaren</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchungstermine vergeben</li> <li>• Gesprächstermin festlegen</li> <li>• Eventualitäten im Notfall regeln</li> </ul> <p><b>4 Patient verabschieden</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1</p> <p><b>5 Dokumentation vervollständigen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Übliche Codierung</li> <li>• Persönliche Gesprächseindrücke</li> <li>• Themen fürs Folgegespräch</li> </ul>

0 1 [ 0 = nicht erfüllt; 1 = erfüllt ]

0 1 2 3 4 [ 0 = nicht erfüllt ... 4 = voll erfüllt ]

50