



Aktives Zuhören effektiv vermitteln

Zwei Konzepte im Vergleich

Aktives Zuhören ist für das ärztliche Gespräch eine wichtige Gesprächsfertigkeit. Die Bedeutung dieser Fertigkeit wurde vielfach untersucht. Wir wissen auch, dass Gesprächsführungsfertigkeiten erlernbar sind. Offen bleibt aber, wie aktives Zuhören vermittelt werden soll, damit ein möglichst hoher positiver Effekt, d. h. eine Erhöhung der Patientenzufriedenheit bzw. Zufriedenheit des Arztes, im Arzt-Patienten-Gespräch erzielt wird. In diesem Beitrag wird dieser Frage nachgegangen und eine Pilotstudie zu diesem Thema vorgestellt.

Theoretischer Hintergrund

Die Relevanz guter Kommunikation zwischen Arzt und Patient wurde vielfach untersucht [24, 26]. Lehmann et al. [21] betonen, dass gute Kommunikation ein Schlüsselement ist, wenn es um die Koordination der Ziele des Arztes mit denen der Patienten geht. Rose et al. [32] zeigen, dass die Kommunikation zusammen mit der Selbstwirksamkeitserwartung von Diabetespatienten einen großen Einfluss auf die Selbstüberwachung des Blutzuckerspiegels hat. Innerhalb der kommunikativen Kompetenzen ist das aktive Zuhören von besonderer Bedeutung, da aktives Zuhören für verschiedene Bereiche der Arzt-Patienten-Kommunikation, wie z. B. die Mitteilung infauster Prognosen [35], genutzt werden kann.

Bereits 1995 zeigten Nugent und Halvorson [27], dass aktives Zuhören einen positiven Effekt bei der Verringerung von Depressivität hat. Weitere Studien zum Wirkungsgrad des Aktiven Zuhörens wurden in unterschiedlichen Berufsfeldern durchgeführt: z. B. in der Psychotherapie [12, 29], im Management [19] und besonders bei Unterstützungsangeboten von Krebspatienten [21, 15]. Zudem hat aktives Zuhören einen positiven Einfluss auf die Adhärenz der Patienten [23, 25, 43] und wird von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen präferiert [36]. Alle Untersuchungen betonen die Bedeutung des aktiven Zuhörens.

Dass kommunikative Fähigkeiten prinzipiell erlernbar sind [2, 17, 18] und dass Simulationspatienten, also eigens für ein bestimmtes Krankheitsbild geschulte (Laien-)Schauspieler, ein geeignetes „Mittel“ sind, um diese Fähigkeiten zu überprüfen, zeigten Wong et al. [42]. Hier wie auch in der Studie von Haak et al. [13] wurden in einem Prä-post-Design zwei Gespräche mit standardisierten Simulationspatienten geführt und mit dem Calgary Cambridge Observation Guide ausgewertet. In beiden Untersuchungen wurde gezeigt, dass die Interventionsgruppe beim zweiten Gespräch bessere kommunikative Fertigkeiten besaß als die jeweilige Kontrollgruppe. Simmenroth-Nayda et al. [38] zeigten – ebenfalls in einem Prä-post-Design mit zwei Simulationspatientengesprächen –, dass emotionale Aspekte der Gesprächsführung, wie beispielsweise „empathizes

with and supports patient“, schwieriger zu vermitteln sind als eher technische Aspekte, wie „closing the session“. Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass die Vermittlung des aktiven Zuhörens mit dem Fokus auf die technischen Aspekte leichter fällt als aktives Zuhören mit einem Fokus auf die Einstellung. Speziell die scheinbar schwierigere Vermittlung von emotionalen Aspekten der Gesprächsführung wirft die Frage auf, wie aktives Zuhören zu vermitteln ist, um einen möglichst hohen positiven Effekt, d. h. eine Erhöhung der Patientenzufriedenheit bzw. Zufriedenheit des Arztes, im Arzt-Patienten-Gespräch zu erzielen.

Zur Entwicklung der beiden Lehrkonzepte aktives Zuhören als Einstellung und aktives Zuhören als Technik wurden gängige Lehrbücher analysiert, da diese häufig als Grundlage für eine Seminarplanung in der curricularen Ausbildung der Studierenden der Humanmedizin dienen. Aktives Zuhören wurde in drei Bereiche und zwei Auslegungsarten (Einstellung und Technik) operationalisiert.

Der erste Bereich des aktiven Zuhörens ist das Paraphrasieren und Verbalisieren [6, 10, 22, 30, 37, 41]. Paraphrasieren bedeutet, dass die wichtigsten Informationen des Patienten vom Arzt mit eigenen Worten zusammengefasst werden. Der Patient kann dann nonverbal oder verbal Stellung nehmen, ob die Zusammenfassung des Arztes dem von ihm Gesagten entspricht. Dadurch findet beidseitig eine Rückkopplung statt.

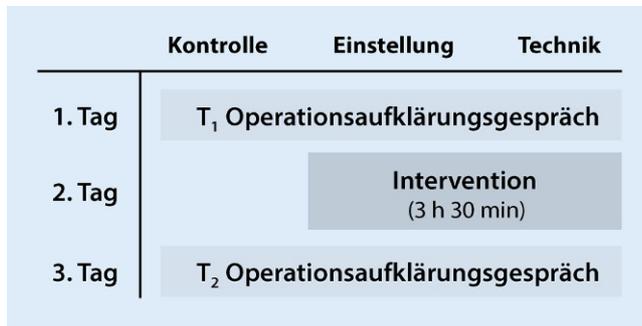


Abb. 1 ◀ Ablauf der Datenerhebung

Verbalisieren bedeutet, dass verbal oder nonverbal vermittelte emotionale Erlebnis-inhalte vom Arzt explizit angesprochen werden. Zu betonen ist, dass die Gefühle wertneutral expliziert werden. Auch hier findet eine Rückkopplung statt, indem der Patient sich affirmativ äußert oder die Verbalisierung zurückweist.

Der nächste Bereich sind die das aktive Zuhören begünstigenden Faktoren. Darunter fallen ein angenehmes Setting und die Minimierung von Störquellen [10, 41], eine zugewandte Körperhaltung, Blickkontakt, bejahendes Nicken, Pausen und Ausredenlassen des Gesprächspartners [11, 30, 37], ebenso wie Nachfragen, wenn etwas unklar ist [6, 30], offene Fragen [28, 37, 41] und ein bestätigendes „Ja“ [16, 28].

Der dritte Bereich betrifft die Funktion des aktiven Zuhörens, die darin liegt, dass sich der Gesprächspartner angenommen und verstanden fühlt [10, 30] und ihm die Zeit und der Raum gegeben werden, sich zu öffnen und die Richtung sowie das Tempo des Gesprächs überwiegend zu bestimmen. Rogers betont [31], dass „wenn es sich um eine zutreffende Wiedergabe eines Gefühls handelt, ermöglicht sie es dem Individuum fast immer, die Dinge, die es beschäftigt, noch freier auszudrücken.“ Auf der Patientenseite bewirkt aktives Zuhören eine Öffnung der Themen, auf der Arztseite hat es die Funktion, dass die Inhalte strukturiert und das Wissen über den Patienten erweitert werden, und ist Grundlage einer zielorientierten Argumentation über mögliche Therapien.

Aktives Zuhören in der Auslegungsart *Einstellung* bedeutet, dass der Zuhörer seinem Gegenüber all seine Auf-

merksamkeit widmet und versucht ihn zu verstehen [6]. Dabei nimmt der aktiv Zuhörende von seinen eigenen Perspektiven und Bewertungen losgelöst hypothetisch die Perspektive des Sprechers ein und gibt seine Wahrnehmung des Gesagten wieder. Dieser Perspektivwechsel ist das wesensbestimmende Merkmal des aktiven Zuhörens als Einstellung. Der *Technikansatz* wird am deutlichsten bei Preußners [28] beschrieben. Bei diesem Ansatz nimmt der Zuhörer per se keine andere Perspektive ein, sondern vollzieht bestimmte Sprechhandlungen, die dazu führen, dass der Patient sich öffnet. Durch kurze Bestätigung wird dem Gegenüber Interesse und Aufmerksamkeit signalisiert. Somit wird bei diesem Ansatz eine klare Zweck-Mittel-Beziehung zwischen der Technik und der Funktion des aktiven Zuhörens angestrebt. Mit diesen beiden Ausrichtungen müssen die Teilnehmer (folgend auch TN) beim Einstellungskonzept durch die abstrakten Inhalte einen weiten Lerntransfer von der Schulung zum nächsten Gespräch vollziehen, während die TN beim Technikkonzept einen nahen Lerntransfer vollziehen müssen [39].

Ziele und Forschungsfragen

Das Ziel der vorliegenden Pilotstudie ist, den Zusammenhang, den die Art der Vermittlung des aktiven Zuhörens auf das konkrete Arzt-Patienten-Gespräch hat, zu untersuchen. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden die unterschiedlichen Perspektiven des Arzt-Patienten-Gesprächs in vier Forschungsfragen differenziert:

1. Wie wirkt sich die Art der Vermittlung des aktiven Zuhörens als Einstellung bzw. als Technik auf die Zufriedenheit der Ärzte aus?

2. Wie wirkt sich die Art der Vermittlung des aktiven Zuhörens als Einstellung bzw. als Technik auf die Zufriedenheit der Patienten aus?
3. Sind die in Frage 1 und 2 vermuteten Unterschiede aus der Beobachterperspektive in der Interaktion zwischen Arzt und Patient wahrnehmbar?
4. Welche quantitativen Veränderungen im Gespräch (Operationsaufklärungsgespräch mit einem Elternteil) gibt es bezogen auf: die Länge des Gesprächs, beim Gesprächsbeginn der Angehörigen, in der Verteilung der Gesprächsanteile, in der Anzahl der gestellten Fragen des Gesprächsbeteiligten und in der Anzahl der Paraphrasen und Verbalisierungen aufseiten des Arztes?

Methoden

Um die Frage nach dem Zusammenhang zwischen der Vermittlung des aktiven Zuhörens und dem Arzt-Patienten-Gespräch zu beantworten, wurden in einem Prä-post-Design simulierte Arzt-Patienten-Gespräche mit Simulationspatienten, die eigens für die Untersuchung geschult wurden, und Studierenden der Humanmedizin (1. Semester) analysiert. Wüdrich et al. [44] zeigten in einer Pilotstudie, dass Simulationspatienten ein geeigneter Ersatz für reale Patienten in der Ausbildung sind. Es wurden drei Gruppen von Studierenden der Humanmedizin rekrutiert. Zwei Gruppen (jeweils $N = 6$) dienten dem Testen des jeweiligen Kurskonzeptes, eine als Kontrollgruppe ($N = 7$). Die Datenerhebung erstreckte sich pro Gruppe über drei Tage. Die beiden Testgruppen hatten am Tag vor und nach der Intervention (3 h 30 min Schulung in Kleingruppen), in welcher aktives Zuhören entsprechend als Technik bzw. als Einstellung vermittelt wurde, je ein Gespräch mit einem standardisierten Simulationspatienten (SP; [1, 3]). Die Kontrollgruppe hatte zwischen den beiden Gesprächen einen Tag Pause (▣ Abb. 1).

Beide Schulungskonzepte orientieren sich an den fünf Dimensionen des Lernprozesses bei kommunikativen Fähigkeiten nach Becker-Mrotzek und Brünner

O. Martin · K. Rockenbauch · E. Kleinert · Y. Stöbel-Richter

Aktives Zuhören effektiv vermitteln. Zwei Konzepte im Vergleich

Zusammenfassung

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patienten hat einen großen Einfluss auf Adhärenz, Behandlungszufriedenheit und Behandlungserfolg des Patienten. Patientenzentrierung und emotionale Unterstützung wirken sich dabei besonders positiv aus. Weitestgehend offen bleibt aber die Frage, wie man Ärzte motiviert, auch tatsächlich wertschätzend und empathisch mit den Patienten zu sprechen. Dieses Verhalten umzusetzen, erfordert eine Vielzahl kommunikativer Fertigkeiten, von denen das aktive Zuhören in zweifacher Hinsicht eine besondere Rolle spielt. Zum einen ist es als eine Gesprächsführungstechnik die Grundlage für unterschiedliche Gesprächskontexte, zum anderen wird gerade aktives Zuhören in den gängigen Lehrbüchern sehr unterschiedlich dargestellt: als Einstellung bzw. als Technik. Dieser Umstand wirft die Frage auf, wie aktives

Zuhören vermittelt werden soll, damit es nicht nur Anwendung im konkreten Gespräch findet, sondern auch eine größtmögliche Patientenzufriedenheit bewirkt. Ziel der vorliegenden Pilotstudie war, Veränderungen in simulierten Arzt-Patienten-Gesprächen zu untersuchen, die sich aus unterschiedlichen Vermittlungen des aktiven Zuhörens ergaben. Dazu wurden 3 Gruppen Anfang des ersten Semesters Humanmedizin ($N = 19$) rekrutiert, von denen 2 unterschiedlich im aktiven Zuhören geschult wurden (einstellungs- vs. technikorientiert). Die dritte Gruppe diente als Kontrollgruppe. In einem Prä-post-Design wurden Gespräche mit standardisierten Simulationspatienten geführt und anschließend ausgewertet. Bei der Analyse der Gespräche wurde sowohl die Teilnehmer- als auch die Beobachterperspektive berücksichtigt. Wenn- gleich die vorliegende Studie Pilotcharakter

besitzt, zeigt sie doch einige interessante Tendenzen auf: Grundsätzlich schnitten die Interventionsgruppen deutlich besser ab als die Kontrollgruppe, hier traten keine signifikanten Veränderungen auf. Im direkten Vergleich der beiden Interventionsgruppen lag die Gruppe, in der aktives Zuhören als Einstellung vermittelt wurde, vor der Gruppe, in welcher der Fokus auf technischen Aspekten des aktiven Zuhörens lag. Diese Gruppe (Einstellung) konnte sowohl aus Teilnehmerperspektive als auch aus Beobachterperspektive signifikant besser auf die Gefühle der Simulationspatienten eingehen.

Schlüsselwörter

Aktives Zuhören · Arzt-Patienten-Gespräch · Simulationspatienten · Sprechstunde

Effectively communicate active listening. Comparison of two concepts

Abstract

Communication between physicians and patients has a great influence on patient adherence, patient satisfaction and the success of treatment. In this context, patient centered care and emotional support have a high positive impact; however, it is unclear how physicians can be motivated to communicate with patients in an appreciative and empathetic way. The implementation of such behavior requires a multitude of communicative skills. One of them is active listening, which is very important in two respects. On the one hand active listening provides the basis for several conversational contexts as a special communication technique and on the other hand active listening is presented in current textbooks in different ways: as an attitude or as a technique. In light of this, the question arises how active

listening should be taught in order to be not only applicable in concrete conversations but also to lead to the highest possible level of patient satisfaction. The aim of this pilot study was to examine some variations in simulated doctor-patient conversations, which are the result of the different approaches to active listening. For this purpose three groups of first semester medical students were recruited, two of which were schooled in active listening in different ways (two groups of six students), i.e. attitude versus technique oriented. The third group (seven students) acted as the control group. In a pre-post design interviews with standardized simulation patients were conducted and subsequently evaluated. The analysis of these interviews was considered from the perspectives of participants and observers as well as the

quantitative aspects. This study revealed some interesting tendencies despite its status as a pilot study: in general, the two interventional groups performed significantly better than the control group in which no relevant changes occurred. In a direct comparison, the group in which active listening was taught from an attitude approach achieved better results than the group in which the focus was on the technical aspects of active listening. In the group with active listening schooled as an attitude, the response to the feelings of the standardized simulation patients was significantly better from the perspectives of both participants and observers.

Keywords

Active listening · Physician patient relation · Consultation · Simulation patients

[7]. Die beiden Schulungskonzepte¹ wurden möglichst identisch konzipiert, so dass das Hauptdistinktionsmerkmal das unterschiedliche Verständnis des aktiven Zuhörens war. In beiden Gruppen wurden zunächst zwei Übungen durchge-

führt, damit die TN sich kennenlernten. Im Anschluss wurde das Gespräch aus T₁ analysiert, in dem die TN Frau Krüger (Rollenname der SP) beschrieben haben, was sie gesagt hat, wie sie sich gefühlt hat und was sie gebraucht hätte. Die letzte Frage wurde in Kleingruppen bearbeitet. Die Ängste und Sorgen der SP wurden in allen Gruppen herausgearbeitet.

Inhalt der beiden Gespräche war eine Operationsaufklärung mit einem Eltern- teil über die bevorstehende Operation der Tochter. Im ersten Fall (T₁) ging es um eine Tonsillektomie (Gaumenmandelentfernung), im zweiten (T₂) um eine Adenotomie (Rachenmandelentfernung). Ziel des jeweiligen Aufklärungsgesprächs war es, dass die Schau-

¹ Die detaillierten Schulungskonzepte können gerne vom Autor bezogen werden.

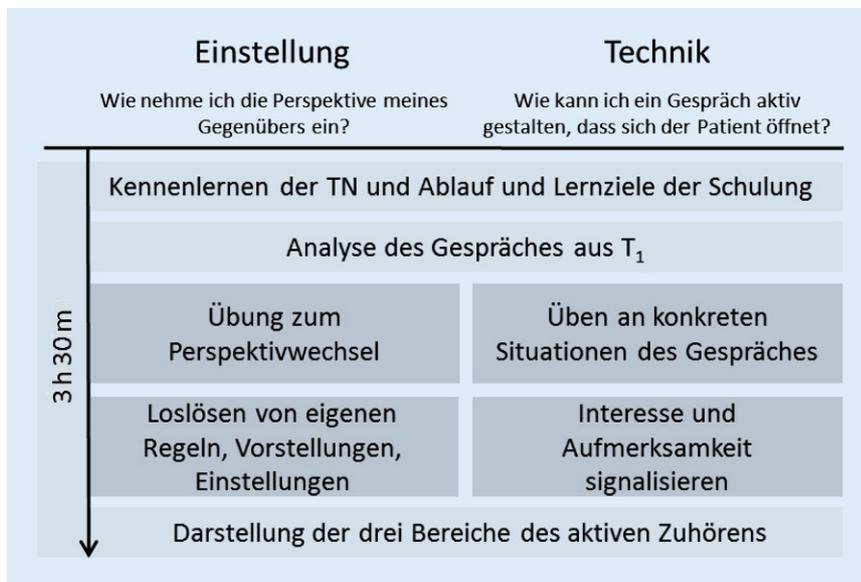


Abb. 2 ▲ Ablauf der Schulung. TN Teilnehmer

spielangehörigen (Eltern) einen Operationsaufklärungsbogen unterschreiben (▣ Abb. 2).

In der Einstellungsgruppe wurde nun eine Übung zum Perspektivwechsel in Anlehnung an Kumbruck und Derboven [20] durchgeführt. Bei der Übung handelt es sich um ein Kartenspiel, das nonverbal gespielt wird. Die TN bekommen unterschiedliche Regeln und können die Situation nur auflösen, wenn sie sich von ihren eigenen Vorgaben lösen und versuchen, die Regeln des Gegenübers wahrzunehmen. Der Schwerpunkt im Einstellungskonzept lag auf einer Übung zum Perspektivwechsel.

Im Gegensatz dazu wurde im Technikkonzept die Gesprächssituation aus T₁ simuliert, indem je zwei TN die Situation vor der Gruppe nachgespielt haben. Grundlage waren die Ergebnisse der Kleingruppenarbeit, in der die Ängste und Sorgen herausgearbeitet wurden. Die Rollenspiele wurden in der Gruppe analysiert. Die Angehörigenrolle wurde nach ihrer Zufriedenheit befragt und durch die Beobachterperspektive der TN komplettiert. Mittels Feedback wurde jeder TN individuell gecoacht. Jeder TN hatte einmal die SP-Rolle und einmal die Arztrolle inne. Der Schwerpunkt im Technikkonzept bestand darin, konkretes Gesprächsverhalten durch Wiederholungen zu üben und durch Rückmeldungen zu optimieren. Danach wurden in beiden

Gruppen die drei Bereiche des aktiven Zuhörens dargestellt.

Die Gespräche aus T₁ und T₂ wurden per Video aufgezeichnet und dienten als Grundlage der Analyse. In die Analyse der Fragestellung wurden drei Aspekte der Gesprächsauswertung integriert: Teilnehmerperspektive, Beobachterperspektive und quantitative Veränderungen.

Analyse

Nach jedem Gespräch wurden die Studierenden nach ihrer Zufriedenheit mit dem Gespräch gefragt. Diese Angabe erfolgte auf einer bipolaren Intervallskala, bei der nur die Endpunkte definiert waren [8] mit „sehr zufrieden“ (100 Punkte) und „gar nicht zufrieden“ (0 Punkte). Ebenso wurden die Simulationspatienten (SP) nach jedem Gespräch nach ihrer Zufriedenheit mit dem Gespräch insgesamt befragt. Zusätzlich wurden sie nach der Zustimmung zu dem Satz „Der Arzt ist verständnisvoll auf meine (verbalen und non-verbalen) Hinweise und Bedürfnisse eingegangen“ gefragt. Auch diese Einschätzung erfolgte auf einer bipolaren Intervallskala (0–100 Punkte) und ist ein Item des Berliner Global Rating (BGR; [34]).

Die Gespräche wurden zusätzlich von geschulten Beobachtern auf Basis des validierten BGR analysiert. Die

ses ist die deutsche Übersetzung des Calgary-Cambridge-Observation Guide (CCOG). Grundlage waren die per Videokamera aufgezeichneten Gespräche. Es umfasst vier Items, die auf einer fünfstufigen bipolaren Skala bewertet werden, wobei 5 die völlige Umsetzung und 1 keine Umsetzung des jeweiligen Items charakterisiert. Die Punktwerte der einzelnen Items werden zu einem Gesamtwert addiert und für eine bessere Vergleichbarkeit mit den Einzelitems durch vier dividiert. Die vier zu beurteilenden Items sind folgende:

1. Eingehen auf die Gefühle und Bedürfnisse der Patientin (Empathie)
2. Logischer Zusammenhang des Gesprächs (Struktur)
3. Verbaler Ausdruck
4. Nonverbaler Ausdruck

Die für dieses Verfahren eingesetzten drei Rater waren wissenschaftliche Mitarbeiter, die nicht mit den Inhalten des Projektes vertraut waren. Diese wurden zuvor geschult, damit die vier Items distinkt und die Abstände zwischen den Ausprägungsgraden objektivierbar sind. Der Ablauf der Rater-Schulung entsprach dem beschriebenen Ablauf für das Berliner Global Rating [34]. Als Erstes wurden Verständnisfragen zu den Itembeschreibungen geklärt und im Anschluss wurden zwei Videobeispiele, die als Benchmark dienten, gezeigt. Zunächst beurteilten die Rater unabhängig voneinander die kommunikativen Kompetenzen nach dem BGR. In einer anschließend von einer Kollegin, die nicht in das Projekt involviert war, moderierten Gruppendiskussion wurden zunächst alle Einschätzungen der Rater vorgetragen. Die Beurteilungen wurden gesammelt und bis zum Gruppenkonsens besprochen. Mit dem zweiten Videobeispiel wurde genauso verfahren. Es wurden 42 % der Gespräche (8) von zwei Ratern bewertet, um größere Abweichungen zu identifizieren. Die Überprüfung ergab, dass identisch geratet wurde, sodass die Bestimmung einer Interrater-Reliabilität einer Ressourcenschonung weichen musste.

Jedes Gespräch wurde außerdem in Bezug auf Länge, Gesprächsbeginn der SP, Gesprächsanteile, Anzahl der Fragen der Studierenden und der SP, Anzahl der

Tab. 1 Ergebnisse der Einstellungsgruppe

	Variable – Einstellungsgruppe N = 6	1. Gespräch	2. Gespräch	Post-prä-Differenzen	T/V	p
		Mittelwert ± SD				
Teilnehmerperspektive (bipolare Intervallskala 0–100)	Zufriedenheit der Studierenden	63,11 ± 15,27	69,82 ± 10,73	6,71 ± 18,26	–0,900	0,409
	Zufriedenheit der SP	40,76 ± 21,56	67,35 ± 12,12	26,59 ± 23,88	–2,731	0,041
	Eingehen auf Gefühle der SP Zustimmung der SP zu dem Satz: „Der Arzt ist verständnisvoll auf meine verbalen und nonverbalen Hinweise und Bedürfnisse eingegangen.“	38,51 ± 18,91	75,22 ± 11,23	36,70 ± 19,70	–4,563	0,006
Beobachterperspektive (5-stufige Likert-Skala 1–5)	BGR-Gesamt	2,38 ± 0,57	3,83 ± 0,68	1,46 ± 0,49	–7,362	0,001
	BGR-Gefühle ^a	1,50 ± 0,55	4,00 ± 0,89	2,50 ± 0,55	0	0,032
	BGR-Nonverbal ^a	2,50 ± 1,05	4,00 ± 0,89	1,50 ± 1,05	0	0,095
	BGR-Verbal ^a	2,50 ± 0,55	3,50 ± 1,05	1,00 ± 0,89	0	0,057
	BGR-Struktur ^a	3,00 ± 0,89	3,83 ± 0,75	0,83 ± 1,17	2	0,168
Quantitative Analyse	Verbalisierungen des aktiven Zuhörens bei den Studierenden ^a	0,17 ± 0,41	1,33 ± 1,03	1,17 ± 1,33	2,5	0,106
	Anzahl der Fragen der Studierenden	1,67 ± 0,52	11,33 ± 3,50	9,67 ± 3,44	–6,874	0,001
	Anzahl der Fragen der SP	8,67 ± 3,01	7,33 ± 3,08	–1,33 ± 3,67	0,890	0,414
	Durchschnittliche Länge des Gesprächs (min:s/Mittelwertdifferenzen, in s)	07:59 ± 01:37	11:09 ± 02:00	190 ± 145	–3,217	0,024
	Durchschnittlicher Zeitpunkt, ab dem die Simulationspatienten zum ersten Mal aktiv am Gespräch teilnahmen (min:s/Mittelwertdifferenzen in s)	00:58 ± 00:37	00:29 ± 00:08	–28 ± 39	1,761	0,139
	Durchschnittlicher Gesprächsanteil der Simulationspatienten (min:s/Mittelwertdifferenzen in s)	00:49 ± 00:15	01:53 ± 00:46	64 ± 57	–2,780	0,039

SD Standardabweichung, SP Simulationspatient, BGR Berliner Global Rating
^a Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test für gepaarte Stichproben.

Paraphrasen und Verbalisierungen ausgewertet.

Die statistische Datenanalyse erfolgte mit R Version 3.23. Der Fokus der Untersuchung lag auf den Veränderungen zwischen dem ersten und zweiten Gespräch innerhalb der drei Gruppen und bezog sich auf die Bewertung der Gespräche aus der Teilnehmerperspektive, der Beobachterperspektive und der quantitativen Auswertung der Gespräche. Die jeweiligen Items wurden auf Signifikanz überprüft. Spiegel [40] beschreibt, dass Signifikanzen auch bei kleinen Stichprobengrößen berechnet werden können. Die Verteilung der Items wurde mittels Q-Q-Plots überprüft. Aufgrund einer sehr großen Abweichung von der Normalverteilung wurde bei einzelnen Items auf einen T-Test für gepaarte Stichproben verzichtet und auf den nichtparametrischen Wilcoxon-Test zurückgegriffen. Der Gruppenvergleich zwischen den

Interventionsgruppen (Einstellung + Technik) und der Kontrollgruppe wurde bei den normalverteilten Items mittels Varianzanalyse berechnet, und bei den anderen Items wurde der nichtparametrische Kruskal-Wallis-Test verwendet. Auf eine α -Adjustierung wegen multiplen Testens wurde aufgrund des Explorationscharakters der Untersuchung verzichtet.

Stichprobe

Aufgrund des hohen Aufwands des Designs wurden insgesamt 19 Teilnehmer rekrutiert, die in drei Gruppen aufgeteilt wurden. In der ersten Vorlesung Anatomie wurde die Studie vorgestellt. Im Anschluss konnten sich die Teilnehmer eintragen. Die Zuteilung in die drei Gruppen erfolgte zufällig. Die beiden Interventionsgruppen umfassten sechs Studierende und die Kontrollgruppe sieben.

Alle 19 Studierenden befanden sich im ersten Studienjahr im Fach Humanmedizin, hatten Deutsch als Muttersprache und gaben an, keine Vorerfahrungen mit Kommunikationskursen o. Ä. zu haben. 17 Studierende gaben an, mindestens ein Praktikum in einer Klinik oder Arztpraxis absolviert zu haben. Drei Studierende gaben an, eine Ausbildung zum Physiotherapeuten abgeschlossen zu haben. In jeder Gruppe war ein Physiotherapeut vertreten.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung betrug das Durchschnittsalter der Teilnehmer ($n = 19$) 21,9 Jahre (SD 3,9). In der Einstellungsgruppe ($n = 6$) befanden sich zwei Studierende, die bereits ein Studium absolviert hatten. Durch diese beiden Teilnehmerinnen wurde der Altersdurchschnitt in dieser Gruppe auf 24,5 (SD 5,4) Jahre angehoben. Das Durchschnittsalter der Technikgruppe ($n = 6$) betrug 20,7 (SD 3,1) Jahre und in der Kon-

Tab. 2 Ergebnisse der Technikgruppe

	Variable – Technikgruppe, N = 6	1. Gespräch	2. Gespräch	Post-prä-Differenzen	T/V	p
		Mittelwert ± SD				
Teilnehmerperspektive (bipolare Intervallskala 0–100)	Zufriedenheit der Studierenden	69,4 ± 15,16	77,28 ± 8,08	7,87 ± 12,95	-1,487	0,197
	Zufriedenheit der SP	51,34 ± 24,90	49,25 ± 18,19	-2,09 ± 32,65	0,156	0,882
	Eingehen auf Gefühle der SP Zustimmung der SP zu dem Satz: „Der Arzt ist verständnisvoll auf meine verbalen und nonverbalen Hinweise und Bedürfnisse eingegangen.“	53,93 ± 30,38	55,93 ± 23,85	2,00 ± 39,27	-0,125	0,906
Beobachterperspektive (5-stufige Likert-Skala 1–5)	BGR-Gesamt	2,08 ± 0,77	3,17 ± 0,54	1,08 ± 0,75	-3,525	0,017
	BGR-Gefühle ^a	1,33 ± 0,52	2,50 ± 0,84	1,17 ± 0,75	0	0,053
	BGR-Nonverbal ^a	2,17 ± 1,17	2,83 ± 0,98	0,67 ± 1,51	0	0,098
	BGR-Verbal ^a	2,50 ± 1,38	3,67 ± 0,82	1,17 ± 1,17	1	0,423
	BGR-Struktur ^a	2,33 ± 1,21	3,67 ± 0,82	1,33 ± 1,37	2	0,089
Quantitative Analyse	Verbalisierungen des aktiven Zuhörens bei den Studierenden ^a	0,00 ± 0,00	0,33 ± 0,52	0,33 ± 0,52	0	0,877
	Anzahl der Fragen der Studierenden	4,33 ± 2,58	9,67 ± 2,42	5,33 ± 3,01	-4,339	0,007
	Anzahl der Fragen der SP	6,33 ± 4,13	6,00 ± 2,10	-0,33 ± 5,01	0,163	0,877
	Durchschnittliche Länge des Gesprächs (min:s/Mittelwertdifferenzen in s)	10:05 ± 05:29	09:09 ± 01:44	-56 ± 317	0,436	0,681
	Durchschnittlicher Zeitpunkt, ab dem die Simulationspatienten zum ersten Mal aktiv am Gespräch teilnahmen (min:s/Mittelwertdifferenzen in s)	00:43 ± 00:11	00:24 ± 00:12	-19,83 ± 22,43	2,166	0,083
	Durchschnittlicher Gesprächsanteil der Simulationspatienten (min:s/Mittelwertdifferenzen in s)	00:52 ± 00:21	01:03 ± 00:25	10,33 ± 28,61	-0,885	0,417

SD Standardabweichung, SP Simulationspatient, BGR Berliner Global Rating

^a Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test für gepaarte Stichproben.

trollgruppe ($n = 7$) 20,9 (SD 2,0) Jahre. Insgesamt nahmen an der Analyse mehr Frauen (68 %) als Männer (32 %) teil, was genau der Verteilung der Studienanfänger in der Humanmedizin des erhobenen Zeitraums entspricht.

Ergebnisse

Die meisten Veränderungen gab es in der Gruppe, die nach dem Einstellungskonzept geschult wurde. Die Gespräche der Technikgruppe ergaben aus der Teilnehmerperspektive keine Veränderungen, aber aus der Beobachterperspektive. In der Kontrollgruppe gab es keine signifikanten Veränderungen.

In **Tab. 1** sind die Ergebnisse für die Einstellungsgruppe aufgeführt. Sie zeigen, dass es bei den Simulationspatienten bei den Items „Zufriedenheit der SP“ und „Eingehen auf Gefühle“ jeweils einen signifikanten Zuwachs gab.

Bei der Bewertung der Gespräche nach dem BGR ist festzuhalten, dass in der Gesamtbewertung (Item BGR-Gesamt) die zweiten Gespräche deutlich besser bewertet wurden. Ähnlich verhält es sich mit den beiden für das aktive Zuhören relevanten Items (BGR-Gefühle und BGR-Nonverbal). Auch hier sind die Veränderungen zwischen beiden Gesprächen signifikant (**Tab. 1**).

Die quantitative Analyse der Gespräche ergab, dass die Studierenden im zweiten Gespräch signifikant mehr Fragen gestellt haben. Gleichzeitig haben sich die Gesprächslänge und der Gesprächsanteil der Simulationspatienten erhöht. Wenngleich es nicht auf dem 5 %-Niveau signifikant ist, zeigt die Einstellungsgruppe mit durchschnittlich 1,33 Verbalisierungen eine Tendenz auf.

Die Einschätzungen der Teilnehmer (Studierende und SP) unterschieden sich zwischen beiden Gesprächen nicht signi-

fikant. Somit haben sich weder die Zufriedenheit beider Gesprächspartner noch der Grad der wahrgenommenen Hinwendung signifikant verändert. Bei der Bewertung der Gespräche aus Beobachterperspektive mittels BGR verbesserten sich die Studierenden der Technikgruppe insgesamt von 2,08 auf 3,17 Punkte. Im Item BGR-Gefühle ist ein Anstieg von 1,33 auf 2,5 Punkte nicht signifikant, zeigt aber mit $p = 0,053$ eine gewisse Tendenz auf. Die quantitative Analyse ergab, dass einzig die Anzahl der Fragen seitens der Studierenden signifikant zunahm (**Tab. 2**).

In der Kontrollgruppe gab es keine signifikanten Veränderungen vom ersten zum zweiten Gespräch (**Tab. 3**).

Um zu überprüfen, ob die Interventionsgruppen sich positiv von der Kontrollgruppe unterscheiden, wurden beide Interventionsgruppen aufgrund der kleinen Stichprobe zusammenge-

Tab. 3 Ergebnisse der Kontrollgruppe

Variable – Kontrollgruppe, N = 7	1. Gespräch	2. Gespräch	Post-prä-Differenzen	T/V	p	
	Mittelwert ± SD					df für T-Test: 6
Teilnehmerperspektive (bipolare Intervallskala 0–100)	Zufriedenheit der Studierenden	65,44 ± 14,56	75,07 ± 21,14	9,63 ± 16,95	-1,392	0,213
	Zufriedenheit der SP	59,31 ± 20,56	62,68 ± 20,24	3,37 ± 26,58	-0,311	0,767
	Eingehen auf Gefühle der SP Zustimmung der SP zu dem Satz: „Der Arzt ist verständnisvoll auf meine verbalen und nonverbalen Hinweise und Bedürfnisse eingegangen.“	55,51 ± 24,07	66,59 ± 24,15	11,08 ± 31,93	-0,849	0,428
Beobachterperspektive (5-stufige Likert-Skala 1–5)	BGR-Gesamt	2,39 ± 0,45	2,75 ± 0,52	0,36 ± 0,73	-1,198	0,276
	BGR-Gefühle ^a	1,43 ± 0,54	1,57 ± 0,98	0,14 ± 0,99	4	0,850
	BGR-Nonverbal ^a	2,71 ± 1,38	3,29 ± 0,95	0,57 ± 1,76	0	0,174
	BGR-Verbal ^a	2,86 ± 0,38	3,43 ± 0,95	0,57 ± 0,73	10	0,548
	BGR-Struktur	2,57 ± 0,54	2,71 ± 0,49	0,14 ± 0,83	6	0,766
Quantitative Analyse	Verbalisierungen des aktiven Zuhörens bei den Studierenden ^a	0,00 ± 0,00	0,29 ± 0,49	0,29 ± 0,45	0	0,346
	Anzahl der Fragen der Studierenden	2,71 ± 1,38	3,57 ± 1,62	0,86 ± 1,96	-1,072	0,325
	Anzahl der Fragen der SP	4,86 ± 2,41	5,29 ± 1,50	0,43 ± 3,16	-0,333	0,751
	Durchschnittliche Länge des Gesprächs (min:s/Mittelwertdifferenzen in s)	06:54 ± 01:43	06:30 ± 00:56	-24 ± 131	0,453	0,666
	Durchschnittlicher Zeitpunkt, ab dem die Simulationspatienten zum ersten Mal aktiv am Gespräch teilnahmen (min:s/Mittelwertdifferenzen in s)	01:35 ± 00:58	01:18 ± 01:01	-17 ± 46	0,923	0,391
	Durchschnittlicher Gesprächsanteil der Simulationspatienten (min:s/Mittelwertdifferenzen in s)	00:38 ± 00:19	00:34 ± 00:24	-4 ± 33	0,293	0,779

SD Standardabweichung, SP Simulationspatient, BGR Berliner Global Rating

^a Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test für gepaarte Stichproben.

fasst und sich auf diesen Vergleich beschränkt. Im Gruppenvergleich wurde mittels Varianzanalyse bzw. Kruskal-Wallis-Test verglichen. Zu T₁ gab es außer im Item „Durchschnittlicher Zeitpunkt ab dem die Simulationspatienten zum ersten Mal aktiv am Gespräch teilnehmen“ (F = 4,231; p = 0,055) keine signifikanten Unterschiede. In der Kontrollgruppe nahmen die SP nach 01:35 min:s (SD = 00:58 min:s) aktiv am Gespräch teil. In den Interventionsgruppen wurden die SP schon nach knapp einer Minute einbezogen (M = 00:54, SD = 00:30 min:s). Die Ausgangssituation war also weitestgehend gleich, womit der Fokus des Vergleichs auf dem zweiten Messzeitpunkt liegt. Während es aus der Teilnehmerperspektive keine signifikanten Änderungen gab, sind die größten Unterschiede aus der Beobachterperspektive zu verzeichnen. Besonders das Item BGR-Gefühle

sticht hier mit 1,57 Punkten in der Kontrollgruppe und 3,25 Punkten in den Interventionsgruppen deutlich hervor. Zugleich werden die Gespräche in den Interventionsgruppen signifikant länger, der Gesprächsanteil der SP steigt an und sie werden deutlich früher ins Gespräch einbezogen. Hier sind auch die Anzahl der Fragen der Studierenden zu nennen, die deutlich ansteigen (Tab. 4).

Diskussion

Die vorliegende Pilotstudie hatte zum Ziel, mit einem Prä-post-Design den Einfluss der Vermittlung des aktiven Zuhörens auf Arzt-Patienten-Gespräche zu überprüfen. Dabei wurden die Teilnehmerperspektive, repräsentiert durch die Studierenden (Arztperspektive) und die Simulationspatienten (Patientenperspektive), die Beobachterperspektive und quantitative Aspekte ausgewertet.

Zunächst ist festzuhalten, dass die Zufriedenheit der TN unabhängig von der Intervention innerhalb der Gruppen von T₁ zu T₂ und im Gruppenvergleich konstant bleibt. Die Art der Vermittlung nimmt keinen Einfluss auf die Zufriedenheit des Gesprächs aus ärztlicher Perspektive (1. Forschungsfrage).

Die Technikgruppe erzielt aus Patientenperspektive keine Unterschiede (2. Forschungsfrage). In dieser Gruppe sind Unterschiede aus der Beobachterperspektive nur in dem Item BGR-Gesamt signifikant. Dieser Unterschied ist auf die Erhöhung der Anzahl der Nachfragen (zweiter Bereich des aktiven Zuhörens) seitens der Studierenden zurückzuführen. Mit den Nachfragen zum Befinden bzw. der Situation der Simulationspatienten signalisierten die Studierenden ein hohes Interesse an den Themen der SP. Trotz eines gesteigerten Interesses und der Bemühungen der

Tab. 4 Ergebnisse des Gruppenvergleichs zu T₂

	Gruppenvergleich (beide Interventionen vs. Kontrollgruppe)	Kontrollgruppe	Interventionsgruppen	F/ χ^2	p
		Mittelwert \pm SD		df = 1	
Teilnehmerperspektive (bipolare Intervallskala 0–100)	Zufriedenheit der Studierenden	75,07 \pm 21,14	73,55 \pm 9,86	0,046	0,832
	Zufriedenheit der SP	62,68 \pm 20,24	58,30 \pm 17,51	0,247	0,625
	Eingehen auf Gefühle der SP Zustimmung der SP zu dem Satz: „Der Arzt ist verständnisvoll auf meine verbalen und nonverbalen Hinweise und Bedürfnisse eingegangen.“	66,59 \pm 24,15	65,57 \pm 20,43	0,009	0,924
Beobachterperspektive (5-stufige Likert-Skala 1–5)	BGR-Gesamt	2,75 \pm 0,52	3,50 \pm 0,68	6,263	0,023
	BGR-Gefühle ^a	1,57 \pm 0,98	3,25 \pm 1,14	6,954	0,008
	BGR-Nonverbal ^a	3,29 \pm 0,95	3,42 \pm 1,08	0,135	0,713
	BGR-Verbal ^a	3,43 \pm 0,53	3,58 \pm 0,90	0,095	0,758
	BGR-Struktur ^a	2,71 \pm 0,49	3,75 \pm 0,87	6,510	0,011
Quantitative Analyse	Verbalisierungen des aktiven Zuhörens bei den Studierenden ^a	0,29 \pm 0,49	0,83 \pm 0,94	1,863	0,172
	Anzahl der Fragen der Studierenden	3,57 \pm 1,62	10,50 \pm 3,00	31,452	0,000
	Anzahl der Fragen der SP	5,29 \pm 1,50	6,67 \pm 2,61	1,627	0,219
	Durchschnittliche Länge des Gespräches (min:s)	06:30 \pm 00:56	10:09 \pm 02:04	19,161	0,000
	Durchschnittlicher Zeitpunkt, ab dem die Simulationspatienten zum ersten Mal aktiv am Gespräch teilnahmen (min:s)	01:18 \pm 01:01	00:30 \pm 00:09	7,579	0,014
	Durchschnittlicher Gesprächsanteil der Simulationspatienten (min:s)	00:34 \pm 00:24	01:28 \pm 00:44	8,676	0,009

SD Standardabweichung, SP Simulationspatient, BGR Berliner Global Rating

^a Kruskal-Wallis-Test.

Studierenden hatten die Simulationspatienten weder das Gefühl, dass ihre nonverbalen Hinweise und Bedürfnisse adäquat berücksichtigt wurden, noch waren sie mit den Gesprächen zu T₂ signifikant zufriedener.

Eine mögliche Erklärung dieses Phänomens ist, dass, wenn bestimmte Bedürfnisse unberücksichtigt bleiben, sich dies auf die Bewertung des gesamten Gesprächs auswirkt, auch wenn im Verlauf des Gesprächs noch auf nonverbale Hinweise und Bedürfnisse eingegangen wird, so wird dies nicht mehr von den Simulationspatienten wahrgenommen. Diese Wahrnehmung der SP kann aus der Beobachterperspektive nicht wahrgenommen werden, da sie nur in einer teilnehmenden Einstellung der Interaktionsteilnehmer möglich ist [14]. Im Umkehrschluss gilt, dass „erworbene Filter“ des Simulationspatienten nicht in der Beobachterperspektive greifen. Es gibt somit eine „Wahrnehmungslogik“ der Innen- bzw. Teilnehmerperspektive und der Außen- bzw. Beobachterperspektive, die jeweils ihre eigene Konsistenz besitzen. Eine Verbesserung wurde nur „von außen“ durch

die Rater wahrgenommen, eine Verbesserung der Zufriedenheit der SP blieb aus (3. Forschungsfrage).

Anders verhielt es sich in der Einstellungsgruppe: Zwar berichteten hier die Studierenden keine erhöhte Zufriedenheit zu T₂, aber die Simulationspatienten und die Rater nahmen Veränderungen wahr und bewerteten die zweiten Gespräche signifikant besser als die ersten. Eine Erklärung hierfür ist die Erhöhung der Zahl der Verbalisierungen zu T₂ in dieser Gruppe. Die SP fühlten sich emotional (besser) verstanden (Item: Eingehen auf Gefühle der SP) und die Zufriedenheit der SP stieg. Somit sind die zusätzlichen Verbalisierungen der emotionalen Erlebnisinhalte notwendig, um die Zufriedenheit der Simulationspatienten zu erhöhen (2. Forschungsfrage).

Es sei hier darauf verwiesen, dass es sich bei dem Technikkonzept mit den konkreten Übungen um einen nahen Lerntransfer und beim Einstellungskonzept mit der Übung zum Perspektivwechsel um einen verhältnismäßig weiten Lerntransfer handelt, womit aufgrund der Kürze der Intervention die

Technikgruppe Vorteile hatte, die Interventionsinhalte im zweiten Gespräch anzuwenden [39].

Trotz des nahen Lerntransfers der Inhalte des Technikkonzeptes blieben Verbalisierungen im zweiten Gespräch der Technikgruppe aus, während in der Einstellungsgruppe relativ häufig Gefühle angesprochen wurden. Dies steht im Widerspruch zu der Untersuchung von Simmenroth-Nayda et al. [38], die eher auf die Schwierigkeiten verwies, emotionale Aspekte der Gesprächsführung zu vermitteln. Die Ergebnisse zeigen, dass das Üben eines Perspektivwechsels scheinbar ein wichtiger Aspekt in der Vermittlung ist, um die Gefühle des Gegenübers verbalisieren zu können. Gleichzeitig belegen die Ergebnisse, dass Verbalisierungen ein wichtiger Einflussfaktor für die Zufriedenheit mit dem Arzt-Patienten-Gespräch aus Patientenperspektive sind [12, 15, 19, 21].

Die Fähigkeit zum Perspektivwechsel ist auch für das therapeutische Konzept der Mentalisierung sehr wichtig [9]. Hier konnte in verschiedenen Studien gezeigt werden, dass die mentalisierungsbasierte

Therapie sehr gute Erfolge erzielt [4, 5, 33]. Die Pilotstudie stützt diese Ergebnisse und deutet darauf hin, dass die Fähigkeit zum Perspektivwechsel von zentraler Bedeutung für die therapeutische und ärztliche Ausbildung ist.

Auch die in der Literatur [10, 30, 31] beschriebene Funktion des aktiven Zuhörens, dass sich der Gesprächspartner öffnet, lässt sich mit dem Gesprächsanteil der SP belegen. Wenngleich sich der Gesprächsanteil der SP verdoppelt, ist er mit knapp 2 min noch relativ gering. Dies liegt aber in der vorliegenden Erhebung in besonderem Maße an der Art des Gesprächs, da in einem Operationsaufklärungsgespräch die Informationsvermittlung durch den Arzt im Vordergrund steht.

Bei der Analyse der Gespräche (4. Forschungsfrage) zeigt sich weiterhin, dass die positiven Ergebnisse der Einstellungsgruppe aus der Innen- und Außenperspektive mit einer Erhöhung der durchschnittlichen Gesprächslänge einhergehen. Hier können somit weitere Ressourcen genutzt werden, da sich der Gesprächsanteil der SP zwar um ca. 1 min, sich aber gleichzeitig auch die Gesprächslänge insgesamt um 3 min erhöhte. Somit können die in Gesprächsführungskursen häufig geäußerten Bedenken, aktives Zuhören lasse die Gespräche aufseiten des Patienten ausufern, nicht bestätigt werden. Wenn die Studierenden deutlich mehr reden, kann hier im Sinne einer praxistauglichen Gesprächseffizienz Zeit „wieder gut gemacht werden“. Die Kontrollgruppe zeigt hier eine Tendenz auf: Allein durch Handlungsroutinen werden die Gespräche kürzer.

Gleichwohl handelt es sich aufgrund der Stichprobengröße um eine erste Tendenz, die weiter zu untersuchen ist. Es bleibt auch offen, inwieweit das Erlernen in die alltägliche Gesprächspraxis transferiert wird, da die Interventionen zu einem sehr frühen Zeitpunkt der Ausbildung stattfanden. Da die Einstellungsgruppe ein deutlich höheres Durchschnittsalter als die Technikgruppe hatte, müsste überprüft werden, ob das Alter eine wichtige Einflussgröße für das Erlernen kommunikativer Kompetenzen ist. Weitere Untersuchungen

müssten diese Aspekte aufgreifen und die Wirksamkeit einer Intervention für eine deutlich größere Stichprobe über einen längeren Zeitraum hinweg überprüfen, um einen langfristigen Transfer bis hin zum tatsächlichen Arzt-Patienten-Gespräch zu gewährleisten.

Fazit für die Praxis

- Die Ergebnisse der Pilotstudie zeigen, dass aktives Zuhören vor allem als eine Einstellung im Sinne eines Perspektivwechsels zu vermitteln ist, da die Zufriedenheit aus Patientensicht und aus Beobachterperspektive steigt.
- Die Gesprächsbeteiligung der Patienten erhöht sich, sowie die durchschnittliche Länge der Gespräche.
- Die Ergebnisse zeigen auch, dass das Zeitmanagement in diesem Kontext einen wichtigen Schulungsinhalt darstellt.

Korrespondenzadresse



O. Martin

Institut für medizinische Soziologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Str. 8,
06112 Halle, Deutschland
Olaf.martin@medizin.uni-halle.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. O. Martin, K. Rockenbauch, E. Kleinert und Y. Stöbel-Richter geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Adamo G (2003) Simulated and standardized patients in OSCEs: achievements and challenges 1992–2003. *Med Teach* 25(3):262–270. doi:10.1080/0142159031000100300
2. Ak M, Cinar O, Sutçigil L et al (2011) Communication skills training for emergency nurses. *Int J Med Sci* 8(5):397
3. Barrows HS, Abrahamson S (1964) The programmed patient, a technique for appraising student performance in clinical neurology. *J Med Educ* 39:802–805

4. Bateman A, Fonagy P (2008) 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 165(5):631–638. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07040636
5. Bateman A, Fonagy P (2009) Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 166(12):1355–1364. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09040539
6. Bay RH (1988) Erfolgreiche Gespräche durch aktives Zuhören. Expert, Renningen
7. Becker-Mrotzek M, Brünner G (2004) Der Erwerb kommunikativer Fähigkeiten: Kategorien und systematischer Überblick. In: Becker-Mrotzek M, Brünner G (Hrsg) Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Verlag für Gesprächsforschung, Radolfzell, S 29–46
8. Bortz J, Döring N (2002) Forschungsmethoden und Evaluation. Springer, Berlin
9. Brockmann J, Kirch H (2010) Konzept der Mentalisierung, Relevanz für die psychotherapeutische Behandlung. *Psychotherapeut* 55(4):279–290. doi:10.1007/s00278-010-0751-x
10. Crisand E (1990) Psychologie der Gesprächsführung. Sauer, Heidelberg
11. Dahmer H, Dahmer J (1992) Gesprächsführung. Eine praktische Anleitung. Thieme, Stuttgart
12. Fitzgerald P, Leudar I (2010) On active listening in person-centred, solution-focused psychotherapy. *J Pragmat* 42(12):3188–3198. doi:10.1016/j.pragma.2010.07.007
13. Haak R, Rosenbohm J, Koerfer A et al (2008) The effect of undergraduate education in communication skills: a randomised controlled clinical trial. *Eur J Dent Educ* 12(4):213–218. doi:10.1111/j.1600-0579.2008.00521.x
14. Habermas J (1983) Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln. Suhrkamp, Frankfurt
15. Harris SR, Templeton E (2001) Who's listening? Experiences of women with breast cancer in communicating with physicians. *Breast J* 7(6):444–449
16. von der Heyde A, von der Linde B (2009) Gesprächstechniken für Führungskräfte: Methoden und Übungen zur erfolgreichen Kommunikation. Haufe, Berlin
17. Huerta-Wong JE, Schoech R (2010) Experiential learning and learning environments, the case of active listening skills. *J Soc Work Educ* 46(1):85–101. doi:10.5175/JSWE.2010.200800105
18. Jungbauer J, Alfermann E (2001) Who's listening? Vermittlung psychosozialer Kompetenzen mangelhaft. *Psychother Psychosom Med Psychol* 53(07):319–321
19. Kubota S, Mishima N, Nagata S (2004) A study of the effects of active listening on listening attitudes of middle managers. *J Occup Health* 46(1):60–67
20. Kumbrock C, Derboven W (2009) Interkulturelles Training, Trainingsmanual zur Förderung interkultureller Kompetenzen in der Arbeit. Springer, Heidelberg
21. Lehmann C, Koch U, Mehnert A (2009) Die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation für die psychische Belastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei Krebspatienten: Ein Literaturüberblick über den gegenwärtigen Forschungsstand unter besonderer Berücksichtigung patientenseitiger Präferenzen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 59(7):e3–e27
22. Lippmann E (2006) Methoden im Coaching. In: Lippmann E (Hrsg) Coaching. Springer, Berlin, S 325–349

23. Little P, Everitt H, Williamson I et al (2001) Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 323(7318):908–911
24. Loh A, Simon D, Kriston L et al (2007) Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. *Dtsch Arztebl* 104(21):A1483–A1488
25. Lowes R (1998) Patient-centered care for better patient adherence. *Fam Pract Manag* 5:46–58
26. Mead N, Bower P (2002) Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns* 48(1):51–61. doi:10.1016/S0738-3991(02)00099-X
27. Nugent WR, Halvorson H (1995) Testing the effects of active listening. *Res Soc Work Pract* 5(2):152–175. doi:10.1177/104973159500500202
28. Preußners D (2006) *Sicheres Auftreten für Ingenieure im Vertrieb*. Gabler, Wiesbaden
29. Rimondini M, Del Piccolo L, Goss C et al (2006) Communication skills in psychiatry residents - how do they handle patient concerns? *Psychother Psychosom* 75(3):161–169. doi:10.1159/000091773
30. Rockenbach K, Decker O, Stöbel-Richter Y (Hrsg) (2006) *Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis*. Pabst, Lengerich
31. Rogers CR (1995) *Die nicht-direktive Beratung*. Fischer, München
32. Rose V, Harris M, Ho MT et al (2009) A better model of diabetes self-management? Interactions between GP communication and patient self-efficacy in self-monitoring of blood glucose. *Patient Educ Couns* 77(2):260–265
33. Rossouw TI, Fonagy P (2012) Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 51(12):1304–1313.e3. doi:10.1016/j.jaac.2012.09.018
34. Scheffer S (2009) *Validierung des Berliner Global Rating (BGR)*. Unveröffentlichte Dissertation, Freie Universität Berlin
35. Schilling G, Mehnert A (2014) Überbringen schlechter Nachrichten – eine Herausforderung für jeden Arzt. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 109(8):609–613
36. Schmidt E, Gramm L, Farin E (2012) Kommunikationspräferenzen chronischer Rückenschmerzpatienten in der medizinischen Rehabilitation. *Schmerz* 26(1):69–76. doi:10.1007/s00482-011-1105-5
37. Schweickhardt A (2006) Ärztliche Gesprächsführung. In: Fritzsche K, Wirsching M (Hrsg) *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Springer, Heidelberg, S 65–94
38. Simmenroth-Nayda A, Weiss C, Fischer T et al (2012) Do communication training programs improve students' communication skills? – a follow-up study. *BMC Res Notes* 5:486. doi:10.1186/1756-0500-5-486
39. Solga M (2008) Förderung des Lerntransfers. In: Ryschka J, Mattenklott A, Solga M (Hrsg) *Praxishandbuch Personalentwicklung*. Gabler, Wiesbaden, S 303–331
40. Spiegel MR (1961) *Theory and problems of statistics*. Schaum's outline series. McGraw-Hill Book, New York
41. Strauß B (Hrsg) (2004) *Lehrbuch medizinische Psychologie und medizinische Soziologie*. Hogrefe, Göttingen
42. Wong SY, Cheung AK, Lee A et al (2007) Improving general practitioners' interviewing skills in managing patients with depression and anxiety: A randomized controlled clinical trial. *Med Teach* 29(6):e175–e183
43. Wood W, Gray J (2000) An Integrative Review of Patient Medication Compliance from 1990–1998. *Worldviews Evid Based Nurs* E7(1):10–21. doi:10.1111/j.1524-475X.2000.00010.x
44. Wüdrich M, Peters J, Philipens A et al (2008) Einsatz von Simulationspatienten in den Lehrfächern Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenarzt* 79(11):1273–1282. doi:10.1007/s00115-008-2493-3

Fremdenfeindlichkeit schwächen – Altruismus stärken

Wissenschaftler der Uniklinik Bonn zeigen in einer aktuellen Studie, dass Oxytocin zusammen mit sozialen Normen die Spendenbereitschaft bei tendenziell skeptisch gegenüber Migranten eingestellten Menschen deutlich erhöht.

Unter der Leitung von Prof. René Hurlemann testete ein Forscherteam der Universität Bonn, des Laureate Institute for Brain Research in Tulsa (USA) und der Universität Lübeck 183 Probanden. Dabei handelte es sich um Studierende aus Deutschland, die eine Spendenaufgabe am Computer absolvieren mussten. Es wurden konkrete Spendenanliegen von 50 hilfsbedürftigen Menschen vorgestellt, von denen 25 aus Deutschland stammen, 25 weitere waren Flüchtlinge. Mit einem Startguthaben von 50 Euro konnten die Probanden für jeden Fall entscheiden, welche Summe sie spenden wollten. Was nicht gespendet wurde, durften die Testpersonen behalten. Zuerst wurde mit einem Fragebogen die persönliche Einstellung gegenüber Flüchtlingen abgefragt. Anschließend erhielt die Hälfte der Befragten das Bindungshormon Oxytocin, die andere Hälfte erhielt ein Placebo. Unter dem Einfluss von Oxytocin verdoppelten sich die Spenden für Flüchtlinge ebenso wie für Einheimische bei denjenigen Versuchsteilnehmern, die eine positive Einstellung gegenüber Flüchtlingen zeigten. Gaben die Testpersonen dagegen eine abwehrende Haltung Migranten gegenüber an, hatte Oxytocin keinerlei Wirkung. In einem weiteren Durchgang präsentierten die Forscher den Probanden bei jedem Fallbeispiel das durchschnittliche Spendenergebnis ihrer Vorgänger im ersten Experiment zusätzlich zur Oxytocingabe. Es zeigte sich, dass durch die kombinierte Darreichung von Hormon und sozialer Norm das Spendenaufkommen der Fremdenskeptiker bis auf fast 50 Prozent an das der altruistischen Gruppe heranreichte.

Literatur: N. Marsh, D. Scheele, J. Feinstein et al. (2017): Oxytocin-enforced norm compliance reduces xenophobic outgroup rejection, *PNAS*, DOI: 10.1073/pnas.1705853111.

Quelle: idw