

Langzeitnutzen eines Kommunikationstrainings für Ärzte bei der Arbeit mit Tumorkranken

Eine Studie aus Nordeuropa

Fragestellung

Wie beurteilen Onkologen Zufriedenheit und Lernerfolg nach einem Kommunikationstraining?

Hintergrund

In den letzten 2 Jahrzehnten wuchs das Interesse an der Kommunikationsfähigkeit von Ärzten. Eine Reihe von Studien zeigt, wie die Kommunikationspraxis von Ärzten und Pflegepersonal die psychische Anpassung und Lebensqualität von Krebspatienten positiv beeinflusst. Nun liegt eine aktuelle langfristige Follow-up-Studie eines Trainingsprogramms vor, das 1992 von der Nordic Cancer Union initiiert wurde.

Methodik

Die Autoren befragten 219 Ärzte aus fünf Ländern (Norwegen, Schweden, Dänemark, Finnland und Island) zu den dreiteiligen Gruppenkursen am Beginn, nach Abschluss und beim Follow-up 2–6 Jahre später mittels Selbstbeurteilungsfragebogen (Rücklaufquote 155 Ärzte, 71,1%). Die Gruppen arbeiteten zu je sechs Onkologen mit einem Lehrer (sechs erfahrene Kliniker) in drei Modulen: Nach drei Seminaren von je 3 h Dauer in 2-Wochen-Intervallen folgte im zweiten Modul ein 3-tägiger Intensiv-Wochenendkurs mit Erfahrungslernen mit Rollenspiel und Videomaterial. Das dritte Modul bestand aus weiteren drei Seminaren zu je 3 h. Die Lehrer wurden durch den international renommierten Psychoonkologen Peter Maguire aus Manchester, Großbritannien, ausgebildet. Das Format der Kurse war in allen drei nacheinander durchgeführten Serien identisch. Mittels Varianzanalyse wurden, bezogen auf einzelne Untergruppen, die Scores der Fragebogen auf einer 5-Punkte-Skala verglichen.

Ergebnisse

Die allgemeine Zufriedenheit der Ärzte mit dem Programm beim Follow-up war mit 94% hoch (62% „sehr“, 32% „ziemlich zufrieden“; Median [M] für die gesamte Stichprobe 4,5; Standardabweichung [SD] 0,7). Es gab keine signifikanten Unterschiede bei Alter und Geschlecht. Juniorärzte (bezüglich der klinischen Position) äußerten sich zufriedener als Seniorärzte. Teilnehmer des vollständigen Kurses waren zufriedener als jene, die am Intensiv-Wochenende nicht teilgenommen hatten ($p = 0,007$). Die Ärzte aus Dänemark und Schweden waren am zufriedensten, die Finnen am wenigsten zufrieden, und

Isländer und Norweger lagen dazwischen. Sowohl Ärztinnen ($p = 0,008$) als auch Juniorärzte ($p = 0,025$) gaben eine bessere Kommunikationsfähigkeit mit schwer kranken Patienten an (M: 3,7; SD 0,7). Unterschiede zwischen Ländern erreichten nicht das Signifikanzniveau. Ein erweitertes Wissen über psychologische Faktoren (M 3,6; SD 0,7) war nur mit der allgemeinen Zufriedenheit korreliert ($p < 0,001$), sonst jedoch weder mit Geschlecht, Position, Kursfertigstellung noch dem Herkunftsland. Die Fähigkeit, mit emotionalen Faktoren in der Arzt-Patient-Beziehung umzugehen (M 3,6; SD 0,7), hatte unabhängig von der Position bei Ärztinnen mehr zugenommen als bei den männlichen Kollegen ($p = 0,012$), und Juniorärzte gaben hier generell eine positivere Beurteilung ab ($p = 0,002$). Zudem zeigte sich ein Zusammenhang mit der allgemeinen Kurszufriedenheit ($p < 0,001$).

Lernerfolge wurden in den Basis-Kommunikationsfähigkeiten angegeben, (d.h. zuhören, Dominanz vermeiden, offene Fragen stellen, Sorgen der Patienten zulassen). Auf der persönlichen Ebene fühlten sich 59% der Ärzte angesichts ihrer Aufgaben sicherer und zuversichtlicher – sie waren motivierter, hatten weniger Sorgen, es fiel ihnen leichter, Arbeit vom Privatleben zu trennen. Sie hörten ihren Kollegen mehr zu und verstanden sie besser, wurden „bessere Zuhörer“, verwandten mehr offene Fragen und gaben den Patienten mehr Zeit. Sie fühlten sich zuversichtlicher in schwierigen Beratungen und verfügten über ein besseres Verständnis der Patienten. Die tägliche Arbeitsorganisation konnte besser strukturiert werden zugunsten von Patienten wie Familienangehörigen.

Schlussfolgerung

Das Ergebnis der Studie ist, dass 94% der Ärzte mit dem Kurs zufrieden waren und immerhin 87% der Ärzte auch 2–6 Jahre später noch angaben, er sei in Bezug auf die patientenbezogene Arbeit für sie nützlich gewesen. Das Kursprogramm war erfolgreich für die Teilnehmer, auch hinsichtlich der tatsächlichen Änderungen ihrer Kommunikationsleistung in der eigenen klinischen Praxis.

Korrespondenzadresse

Arnstein Finset, Department of Behavioral Sciences in Medicine, University of Oslo, POB 1111 Blindern, 0317 Oslo, Norwegen. E-Mail: arnstein.finset@basalmed.uio.no

Finset A, Ekeberg O, Eide H, et al. Long-term benefits of communication skills training for cancer doctors. *Psychooncology* 2003;12:686–93.

Referat und Kommentar >>



Doris Pouget-Schors
 Institut für Psychosomatik
 der TU München
 E-Mail: D.Pouget-Schors@
 lrz.tu-muenchen.de

International sind mehrere ähnliche Programme für „counseling skills workshops“ entwickelt worden (u.a. [1]), begleitet von Evaluationsstudien (u.a. von Peter Maguire, der in dieser Studie der Cheftrainer war). Sie zielen meist auf Medizinstudenten und junge Kollegen, aber auch erfahrene Onkologen, etwa in der Allgemeinpraxis und Inneren Medizin, und zeigen, dass Kommunikation wirklich gelernt werden kann, aber oft nur in beschränktem Ausmaß. Da hier die Teilnahme freiwillig war, fand eine Vorselektion von Interessierten statt. In den meisten Studien wird mit wenigen Ausnahmen der Kurs nur relativ kurz nach der Durchführung beurteilt. Ein nachweisbarer Langzeiteffekt nach 2–6 Jahren spricht ganz für diese Methode. Die Videoübungen zur Arzt-Patient-Beziehung waren für den Erfolg des Kurses entscheidend.

Unter den Stärken der Studie sind die große Anzahl der Teilnehmer und die standardisierten Lehrmethoden („train the trainers“) – ein Qualitätsmerkmal – zu nennen. Die Zeitinvestition von ca. 42 Kursstunden scheint aufgrund hoher Zufriedenheit und anhaltenden Nutzens als gut angelegt empfunden zu werden. Der Erfolg kommt nicht nur den Ärzten selbst, sondern auch ihren mit Depression, Angst oder Distress belasteten Tumorpatienten zugute – ein wichtiger Fortschritt. Aber hier beginnt das Dilemma: Eine offensichtliche Schwäche der Studie ist die Tatsache, dass dieses Ergebnis vollständig auf das Vertrauen in subjektive Antworten basiert, wie die Autoren auch selbst einräumen. Eine Überprüfung der tatsächlichen Änderungen ihrer Kommunikationsleistung in der eigenen klinischen Praxis wäre wünschenswert – wenn auch nur aufwendig realisierbar. Eine andere Beschränkung sind die Follow-up-Zeitschwankungen, die von 2 bis 6 Jahren reichen. Wer wie die Seniors bereits zu Beginn über Kommunikationsfähigkeiten verfügte, steigerte sich nicht mehr so effektiv – Erfahrung spielt eine große Rolle bei der Gesprächsführung. Zudem schätzten sich die Ärztinnen beim Umgang mit emotionalen Themen besser ein als ihre Kollegen.

Eine ungeklärte Frage ist, ob eine Übertragbarkeit der Ergebnisse des Programms der Nordic Cancer Union auf hiesige Verhältnisse möglich ist. In der neuen ärztlichen Approbationsordnung für Medizinstudenten hat die Kommunikation mit dem Patienten auch bei uns einen größeren Stellenwert erhalten. Der Berufsreport 2003 zur Beurteilung der Fort- und Weiterbildung in der BRD mit Ergebnissen der bislang umfangreichsten bundesweit repräsentativen Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten in Deutsch-

land [3] ergab u.a., dass die Zufriedenheit mit der Fort- und Weiterbildung u.a. von der Position und Fachzugehörigkeit abhängig ist. Wie viel davon wohl Kommunikationsthemen betraf?

Die Thematik berührt darüber hinaus Aufgaben und Erwartungen von Ärzten bzw. Pflegepersonal – zwischen Burn-out und besserer Verarbeitung der Belastungen des onkologischen Teams sowie Organisationsentwicklung und Implementierung psychoonkologischer Ansätze [2]. Eine für den onkologischen Akutversorgungsbereich durchgeführte Delphi-Befragung 25 ausgewählter onkologischer Experten in Deutschland ergab im Vergleich des aktuellen Ist-Zustands eine erhebliche Diskrepanz zum Desiderat „Soll-Zustand“ – z.B. sind psychosoziale Fortbildungsangebote für Ärzte nur in ca. einem Drittel der Kliniken vorhanden und Supervision noch in viel geringerem Ausmaß. Allerdings ist offen, welche tatsächlichen Effekte derartiger personalqualifizierender Maßnahmen im Hinblick auf Kriterien wie Arbeitszufriedenheit, subjektive Belastungen, Arbeitsunfähigkeiten oder Burn-out nachweisbar sind [4], die man sich als Nebeneffekt zusätzlich erhofft. Neben regionalen Fortbildungsangeboten bietet u.a. die Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung der Universität Heidelberg Seminare mit umschriebenen Lernzielen bzw. ein umfassendes berufsbegleitendes Curriculum an (silke_ludwig@med.uni-heidelberg.de).

Fazit: Die vorgelegte, sehr aktuelle Studie weist einen hohen, anhaltenden Zufriedenheits- und Lerneffekt nach, auch 2–6 Jahre nach dem offenbar exakt auf die Bedürfnisse der Teilnehmer zugeschnittenen Kommunikationstraining. Diese Ergebnisse können als sehr ermutigend bezeichnet werden.

Literatur

1. Maguire P. Improving communication with cancer patients. *Eur J Cancer* 1999;35:1415–22.
2. Pouget-Schors D, Frick E. Psychoonkologische Fortbildung für Ärzte und Pflegepersonal in der Onkologie. In: Sellschopp A, Fegg M, Frick E, et al., Hrsg. *Manual des Tumorzentrums München „Psychosoziale Onkologie“*. München: Zuckschwerdt, 2002:170–5.
3. Rohde V, Wellmann A, Bestmann B. Berufsreport 2003. Beurteilung der Fort- und Weiterbildung. *Dtsch Arztebl* 2004;101:B202–6.
4. Weis J, Koch U. Zur Frage psychoonkologischer Qualifikation des in der Onkologie tätigen Personals. In: Koch U, Weis J, Hrsg. *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Der Förderschwerpunkt „Rehabilitation bei Krebskranken“*. Stuttgart: Schattauer, 1998:283–90.

Schlüsselwörter: Onkologen, Arzt-Patient-Beziehung, Kommunikation, Training