

Einstellungen von Studierenden im 4. Studienjahr zur Erlangung kommunikativer Kompetenzen

**Anja Wollny, Attila Altiner, Jürgen in der Schmitt, André Karger,
Thomas Rotthoff, Achim Mortsiefer, Dorothea Büchtemann**

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Wollny, Anja, Attila Altiner, Jürgen in der Schmitt, André Karger, Thomas Rotthoff, Achim Mortsiefer, and Dorothea Büchtemann. 2011. "Einstellungen von Studierenden im 4. Studienjahr zur Erlangung kommunikativer Kompetenzen." Zeitschrift für Allgemeinmedizin 87 (3): 135-42.
<https://doi.org/10.3238/zfa.2011.135>.



Einstellungen von Studierenden im 4. Studienjahr zur Erlangung kommunikativer Kompetenzen

Attitudes of 4th Year Medical Students Regarding the Achievement of Communication Skills

Dorothea Büchtemann¹, Anja Wollny², Achim Mortsiefer³, Jürgen in der Schmitt³, Thomas Rotthoff⁴, Andre Karger⁵, Attila Altiner²

Hintergrund: Die Arzt-Patienten-Kommunikation als wichtiges Element einer patientenzentrierten Vorgehensweise steht immer stärker im Fokus der ärztlichen und öffentlichen Betrachtung. In einem qualitativen Teilprojekt der Düsseldorfer Studie „CoMeD“ sollte den Fragen nach der Wahrnehmung der eigenen medizinisch-kommunikativen Kompetenz von Medizinstudenten im 4. Studienjahr und ihrer Einstellungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation (auch im Unterricht) nachgegangen werden.

Methoden: Neun Studierende berichteten in narrativen Interviews über ihre Erfahrungen im Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation und im universitären Kommunikationsunterricht. Die Interviews wurden im Sinne der Grounded Theory kodiert.

Ergebnisse: Sowohl die Fallskizzen als auch die fallübergreifenden Ergebnisse verdeutlichen, dass bei den Studierenden in Bezug auf eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation vor allem der Wunsch nach Orientierung und das Erlernen von Effizienz im Vordergrund stehen. Neben dem Bedürfnis nach Kontrolle und Sicherheit geht es auch immer wieder um die „richtige“ Distanz zum Patienten, was als wichtiges Zeichen von Professionalität verstanden wird. Bei der Bewältigung dieser Problematiken empfinden sie den universitären Unterricht jedoch als nicht oder kaum hilfreich. So entsteht ein Widerspruch zwischen der vordergründig betonten Wichtigkeit einer guten Arzt-Patienten-Kommunikation und der Ablehnung von Kommunikationsübungen im Unterricht.

Schlussfolgerungen: Akzeptiert man die von ihnen (noch) nicht zu bewältigende Komplexität der im Studium vermittelten Inhalte, müssen in stärkerem Maße studentenzentrierte Formen für die Vermittlung kommunikativer Inhalte entwickelt werden.

Schlüsselwörter: Arzt-Patienten-Beziehung, kommunikative Kompetenz, medizinische Ausbildung, universitäre Lehre, qualitative Untersuchung

Background: Doctor-patient communication and patient-centeredness are of increasing importance to both doctors and the public. Within a qualitative study we focussed on 4th year medical students' self-perception of their own communicative competences, attitudes and their experiences during basic medical education.

Methods: We conducted in-depth interviews with nine students. After verbatim transcription the interviews were analysed according to grounded theory.

Results: Medical students define „good“ doctor-patient-communication in terms of „efficacy“ and „control“. Medical students are concerned about the „right distance“ to patients, which they perceive as a sign of professionalism. The results of our analysis show a discrepancy between students' acknowledgement of the importance of doctor-patient communication and a mostly emotional rejection of such educational content in the medical curriculum. Overwhelmed by the complexity of medicine, 4th year students have nothing more in need as gaining control on their performance. Thus a patient-centred attitude to communication, which allows a certain amount of uncertainty, seems unfavourable for medical students at this stage of their professional development.

Conclusions: Accepting this phenomenon may help to develop more student-centred approaches in education on medical communication.

Keywords: physician-patient relations, communication skills, undergraduate medical education, medical students, qualitative research

¹ Inkubator, Leuphana Universität Lüneburg

² Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Universität Rostock

³ Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

⁴ Studiendekanat der Medizinischen Fakultät, Universitätsklinikum Düsseldorf

⁵ Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Düsseldorf

Peer reviewed article eingereicht: 27.08.2010; akzeptiert: 13.02.2011

DOI 10.3238/zfa.2011.135

Hintergrund

Die Bedeutung der Arzt-Patienten-Kommunikation für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung wird im innerärztlichen sowie im öffentlichen Diskurs immer wieder hervorgehoben. Die patientenzentrierte Kommunikation gehört zukünftig mehr denn je zum unabdingbaren Handwerkszeug für Ärzte aller Fachrichtungen, sowohl im Hinblick auf den Umgang mit selbstbewussten und informierten Patienten, als auch angesichts der zunehmenden Bedeutung chronischer Krankheiten, deren erfolgreiche Behandlung nur durch die aktive Einbeziehung der Patienten sichergestellt werden kann.

Fristete die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen im Medizinstudium viele Jahrzehnte lang ein Schattendasein als Propädeutik in der „Vorklinik“, so gibt es seit einigen Jahren an den meisten medizinischen Fakultäten Bestrebungen, kommunikative Inhalte als integralen Bestandteil in das klinische Längsschnittcurriculum zu integrieren [1]. Dies geschieht vermehrt durch die Einführung des so genannten OSCE (Objective structured clinical examination) als Alternative zur Klausur [2, 3]. Oft wird in der Ausbildung dabei auf eine Kombination der Vermittlung von praktischen sowie technischen Fertigkeiten mit kommunikativer Anamneseerhebung und Gesprächsführung (mit oder ohne Schauspielpatienten) zurückgegriffen [4–7].

Die Erfahrungen mit der Aufwertung kommunikativer Lehrinhalte in der Curriculumsentwicklung sind bisher jedoch zwiespältig: Es zeigt sich zwar, dass die Bedeutung der so genannten „soft skills“ bei Lehrenden und Lernenden durchaus gesehen wird. Die Umsetzung und Vermittlung der sozialen Kompetenz, also der Fertigkeiten, die für eine „gute“ Arzt-Patienten-Kommunikation notwendig sind, stellt sich jedoch in der konkreten Unterrichtssituation als sehr komplex dar und als schwierig zu lehren [8, 9].

Das Lehrprojekt „CoMeD“ am Universitätsklinikum Düsseldorf wurde 2008 mit der Zielsetzung eingeführt, verstärkt ärztliche Gesprächskompetenz im Querschnitt der Fächer und im gesamten Längsschnitt des Medizinstudiums zu vermitteln sowie mit Hilfe moderner didaktischer Konzepte umzusetzen und zu

prüfen. CoMeD wurde von der Abteilung für Allgemeinmedizin, dem Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und dem Studiendekanat der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf initiiert und aus Studienbeiträgen finanziert. Daher wurden die CoMeD-Lehrkonzepte sowie die Prüfung (der CoMeD-OSCE) zunächst in den Fächern Allgemeinmedizin und Psychosomatik umgesetzt. Mittelfristig sollen das CoMeD-Curriculum und der Einsatz von CoMeD-Schauspielpatienten fächerübergreifend während des gesamten Medizinstudiums realisiert werden. Das CoMeD-Curriculum zur ärztlichen Kommunikation wurde auf Basis des Baseler Consensus Statements [10, 11] und unter Berücksichtigung bereits bestehender Ausbildungsinhalte entwickelt und beinhaltet u. a. CoMeD-Kurse mit klinikspezifischen kommunikativen Inhalten wie das „Überbringen schlechter Nachrichten“ oder der „Umgang mit einem aggressiv-fordernden Patienten“. Diese Kurse kommen im 4. Studienjahr in den Fächern Allgemeinmedizin und Psychosomatik und unter Verwendung von verschiedenen Didaktik-Konzepten (z. B. E-Learning, Problemorientiertes Lernen [POL], Schauspielpatienten) zum Einsatz [12].

Das Projekt CoMeD wird durch ein wissenschaftliches Evaluationsvorhaben unter Anwendung qualitativer und quantitativer Methoden begleitet. Im Rahmen der hier vorliegenden qualitativen Untersuchung wurden Studierende der Medizin vor der Absolvierung des reformierten Unterrichts im 4. Studienjahr interviewt. Folgende Forschungsfragen standen dabei im Mittelpunkt: Wie nehmen Medizinstudierende ihre eigenen medizinisch-kommunikativen Kompetenzen wahr? Welche Einstellungen haben sie zum Thema der Arzt-Patienten-Kommunikation? Über welche Erfahrungen verfügen sie im Hinblick auf die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen im bisherigen Studienverlauf?

Methoden

Datenerhebung

Die Datenerhebung fand im März 2009 in Düsseldorf statt. Es wurden 9 Medizinstudentinnen und -studenten im

4. Studienjahr, die im folgenden Sommersemester am Kurs Allgemeinmedizin teilnehmen würden, rekrutiert, um sie vor dem Erlernen spezifischer Kommunikationsinhalte im Kurs Allgemeinmedizin interviewen zu können.

Die Rekrutierung der Interviewpartner erfolgte dabei über das Studiendekanat Medizin, die eine in Bezug auf Alter und Geschlecht sortierte Liste aller 120 Studierenden des 4. Studienjahres erstellte. Auf eine erste Intervieweinladung an alle Studierenden im Januar 2009 meldeten sich die drei ersten Interviewpartner. Im Sinne eines purposeful sampling (selektives Stichprobenverfahren, welches bestimmte Faktoren bewusst voranstellt, nach denen potentielle Teilnehmer ausgewählt werden) wurden schrittweise 34 Studierende anhand von Alter, Geschlecht, Wohnort und Migrationshintergrund ausgewählt und noch einmal per Brief und anschließend telefonisch von einer der Forscherinnen kontaktiert. So konnten zwei weitere Männer und vier Frauen im Alter von 21 bis 38 Jahren für die Teilnahme an der Studie gewonnen werden. Diese hatten zu diesem Zeitpunkt das obligatorische Pflegepraktikum vor dem Studium und zusätzlich eine oder mehrere Famulaturen absolviert. Einige der interviewten Studierenden hatten vor Beginn des Medizinstudiums eine Ausbildung als Krankenpfleger oder -pflegehelfer abgeschlossen und arbeiten neben dem Studium in ihrem Beruf. Von den 26 nicht interviewten Studierenden konnten 14 telefonisch nicht erreicht werden, gaben zwei explizit an, nicht teilnehmen zu wollen und mit sechs Studierenden konnte kein geeigneter Zeitpunkt gefunden werden.

Da sich die eigenen kommunikativen Kompetenzen im Gespräch nicht einfach verbalisieren lassen und es nicht nur darum ging, die Meinungen der Studierenden zu ihren eigenen kommunikativen Kompetenzen zu ermitteln, wurden narrative Interviews [13, 14] durchgeführt. Die Erzählaufforderung lautete: „Wie ich schon am Telefon gesagt hatte, geht es um die Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Ich möchte dich bitten, mir von einer Situation oder ein Erlebnis mit einem Patient zu erzählen, welches dir jetzt einfällt. Du kannst dir dafür soviel Zeit nehmen, wie du möchtest. Ich werde dich erstmal nicht unterbrechen, sondern mir nur

Notizen machen und später darauf zurückkommen“. Nach der Stegreiferzählung wurden im internen Nachfrageteil die vom Interviewten gemachten Aussagen wieder aufgegriffen, und der Interviewte wurde mit narrativen Stimuli zum weiteren Erzählen angeregt. Fakultative externe Nachfragen bezogen sich vorwiegend auf Erklärungen zu vorherigen Schilderungen, Selbsteinschätzungen bzgl. der eigenen kommunikativen Kompetenz, Anmerkungen zum bisherigen Unterricht sowie Ideen und Wünsche zum zukünftigen Kommunikationsunterricht und kamen nur zum Einsatz, sofern sie von den Studierenden noch nicht selbst angesprochen wurden.

Die Interviewerin war den Studierenden vorab nicht bekannt. Als Soziologin war sie mit der Technik des Interviewens vertraut und wurde während der Erhebungsphase zweimal supervidiert.

Datenauswertung

Die im Durchschnitt 50-minütigen Interviews wurden nach Pseudonymisierung vollständig transkribiert. Die möglichst detaillierten Erzählungen sollten es ermöglichen, die Wahrnehmungsmuster der Studierenden in Bezug auf ihre eigenen kommunikativen Kompetenzen in der Analyse herausarbeiten zu können. Um einen ersten Überblick über die Daten bekommen und die weiteren Analyseschritte planen zu können, wurden die Interviews zunächst exploriert. Dabei standen folgende Fragen im Mittelpunkt: Welche Erfahrungen mit Patienten und im bisherigen Kommunikationsunterricht werden angesprochen? Wie taucht das Thema Kommunikation auf, latent oder manifest? Gibt es auf den ersten Blick Widersprüche? Mittels dieser ersten Globalanalyse [15] wurde zu jedem Interview ein ausführliches Memo verfasst.

In der sich anschließenden Analyse wurden die Interviews im Sinne der Grounded Theory [16] in einer multidisziplinären Arbeitsgruppe (eine Soziologin, eine Gesundheitswissenschaftlerin, ein Arzt) zunächst offen kodiert. Dabei wurde satzweise vorgegangen und einzelne Textfragmente, die latente Inhalte bargen, eingehend analysiert, indem sie in ihrer Struktur interpretiert und im Hinblick auf ähnliche Kontexte und entlegene Vergleiche untersucht wur-

den [17]. Daraus entstanden Hypothesen und Ideen, die die Grundaussage des jeweiligen Interviews zu klären halfen.

Im Prozess des selektiven Kodierens konnten in Bezug auf unsere Fragestellung (Wahrnehmung der Studierenden ihrer eigenen kommunikativen Kompetenzen) – zunächst für den Einzelfall – wichtige Begriffe und Kategorien [18] erarbeitet werden. Auf dieser Grundlage wurden Fallskizzen im Sinne von Fallrekonstruktionen als eine gängige Form sozialwissenschaftlicher Ergebnisdarstellung [16] geschrieben, um auch latent und unbewusst wirkende Sinnkonstruktionen und Deutungen in den Gesamtkontext des jeweiligen Interviews stellen und damit verdichtete Zusammenhänge am Einzelfall beschreiben zu können. Die in der Arbeit am Material und in der Forschergruppe erarbeiteten Kategorien entsprechen Konstrukten, welche aus dem Datenmaterial hervorgehen und sich letztlich in den Kategorien mit ihren Dimensionen widerspiegeln, aber nach einem iterativen und interpretativen Analyseprozess nicht mehr mit einzelnen konkreten Textstellen belegt werden können. Aus diesem Grund ist eine Reduktion auf Zitatebene nur begrenzt möglich. Einzelne Textbausteine werden im Folgenden mit Anführungszeichen gekennzeichnet und dienen lediglich der Veranschaulichung der Ergebnisse.

Anschließend wurden in einer fallübergreifenden Analyse alle Interviews mit den anhand der Einzelfälle gebildeten Kategorien und unter Einbezug der gebildeten Hypothesen aus den Fallskizzen axial codiert. Darüber hinaus wurden weitere Memos zu einzelnen Themen (z. B. „Lernziele“) geschrieben [16].

Um den Lesern einen Eindruck von der Vielgestaltigkeit und Komplexität der Interviews mit den Studierenden zum Thema ihrer Erfahrungen im Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation ermöglichen zu können, wollen wir im Folgenden drei der neun Fallskizzen vorstellen. Die vorgestellten Fälle wurden so ausgesucht, dass sie einen Einblick in das breite Spektrum des untersuchten Samples geben. Die aus Platzgründen gekürzten Falldarstellungen konzentrieren sich vor allem auf die geschilderten studentischen Patientenkontakte sowie die Einstellungen der Studierenden in Bezug auf die Arzt-Patienten-Kommunikation.

Wenngleich sich die Studierenden schon darin unterscheiden, wie das Thema der Arzt-Patienten-Kommunikation in den Interviews zur Sprache kommt, so weisen ihre Erzählungen über ihre eigenen Patientenkontakte doch gemeinsame Themen auf. Diese wurden nach den einzelnen Falldarstellungen in fallübergreifenden Kategorien zusammengefasst.

Ergebnisse

Fallanalysen

Michael, 28 Jahre alt, Krankenpfleger

Bei den Namen handelt es sich um Pseudonyme. Wörtliche Zitate der Studierenden werden in den Fallskizzen mit Anführungszeichen gekennzeichnet.

Aufgefordert, über ein Erlebnis mit einem Patienten zu erzählen, berichtet Michael im Interview insgesamt von zwei Patientinnen-Kontakten. Während die erste Erzählung eine Anamnese-situation im Unterricht auf einer unfallchirurgischen Station schildert, berichtet er in der zweiten Geschichte von einem Gespräch während seiner Pfllegetätigkeit mit einer Patientin, die an einem fortgeschrittenen Ösophagus-Karzinom leidet.

Im ersten Bericht schildert Michael zunächst, wie er sich bemüht, der unsicheren Patientin in der studentischen Anamnese-situation Sicherheit zu vermitteln. Darüber hinaus betrachtet er jedoch seine selbst wahrgenommene „Zurückhaltung“ bzw. „Distanziertheit“ in dieser Situation sehr kritisch. Er bedauert, nicht selbstsicher genug gewesen zu sein, um seine Aufmerksamkeit stärker auf die Patientin richten zu können.

Die Situation mit der zweiten, schwer an Krebs erkrankten Patientin stellt Michael als besonders belastend und schwierig dar. In dieser „Grenzsituation“ sei es ihm schwer gefallen, etwas Aufmunterndes zu sagen, da er „ihr nichts vorlügen“ wollte. Deshalb hätte er ihr vor allem zugehört und „ihr das Gefühl gegeben, dass man halt Interesse an ihrer Situation hat“. Aufgrund seiner als belastend erlebten Ratlosigkeit bei diesen schwierigen Fällen wünscht er sich kommunikative Mittel, um „standfester“ in solchen Gesprächen sein zu können.

In den Analysen von Michaels Erzählungen über seine Patientenkontakte wurden vor allem Berührungängste sowie die Angst, etwas falsch zu machen und keinen hinreichend „kompetenten“ Eindruck bei den Patienten erwecken zu können, erkennbar.

Im Verlauf des Interviews wird weiterhin deutlich, dass Michael kommunikative Kompetenzen als Teil des „sozialen“ Arztberufs und als Voraussetzung für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung betrachtet. Man sollte „sich auf sein Gegenüber als Individuum einlassen und sich entsprechend dann verhalten können“. Dieses Anliegen scheint deutlich darüber hinauszugehen, lediglich ein „Gefühl, dass man interessiert am Patienten ist“, vermitteln zu wollen.

Seine pflegerischen Erfahrungen erscheinen ihm in der Arzt-Patienten-Kommunikation selbst als wichtige Ressource. In der Pflege habe er gelernt, „verschiedene Patiententypen“ zu erkennen und dementsprechend unterschiedliche „Wege“ zu ihnen zu finden. Durch seine Ausbildung schätzt er sich im Unterschied zu vielen seiner Kommilitonen grundsätzlich als erfahrener und sicherer im Umgang mit Patienten ein. Diese später im Interview dargestellte Sicherheit spiegelt sich jedoch in den präsentierten Patientensituationen nicht wider.

Michael vermittelt den Eindruck, dass der Unterricht, wie er im Medizinstudium u. a. auf Station stattfindet, nicht seinem subjektiven Lernbedarf und seinen Interessen zu entsprechen scheint. Rollenspiele seien theoretisch sinnvoll, doch praktisch hänge ihre Wirkung sehr von der Nachbesprechung und dem Gruppenklima ab.

Monika, 23 Jahre alt

Monika verfügt nach eigenen Angaben über wenig Erfahrung mit Patienten, die sie allein untersucht hat. In den erzählten Episoden geht es vor allem um einen Patienten mit Bronchial-Karzinom, zu dem die Studentengruppe mehrmals „zur Anamnese geschickt“ wurde. Zum anderen erzählt sie ausführlicher von ihrer Begegnung mit einer 12-jährigen Patientin auf einer gynäkologischen Station, wo sie vor mehreren Jahren ihr Pflegepraktikum absolvierte.

Der zunächst geschilderte Patient erschien ihr im Umgang „problematisch“ zu sein, da er „vom Geistigen her“ weder

„seine Lage zu begreifen [schien], noch die Anamnesefragen beantworten“ konnte. In dieser Situation sei sie zwar „genervt“ gewesen, habe den Patienten schließlich aber so hingelassen, „wie er ist“.

Das 12-jährige Mädchen vertraut Monika im Gespräch „ihre ganze Geschichte“ an, ohne dass Monika darauf vorbereitet gewesen wäre. Obwohl Monika überfordert scheint, „beißt [sie] die Zähne zusammen“. Diese traumatische Erfahrung, die sie schnell „weggebuddelt“ habe, holt sie Jahre später im Unterricht der Psychosomatik ein. Hier scheint ihr ein Gespräch, das ihr der Dozent anbietet, im Umgang mit dieser „Katastrophe“ zu helfen.

In der Analyse fällt auf, dass Monika zunächst die im Interview geschilderten Situationen mit den Patienten als unbedeutend darstellt. Sie scheint – zumindest im Interview – wenig über diese zu reflektieren; über Details der Begegnungen oder über Perspektivwechsel zur Sicht der Patienten berichtet sie kaum. Generell wirkt ihr Blick auf die Patienten und ihren Umgang mit ihnen weitestgehend sachlich geprägt. Wie verschieden – und verschieden sympathisch – ihr die Patienten auch sein mögen, sie versucht stets ihrem „Grundsatz der Freundlichkeit“ zu folgen. Erst durch die Schilderung der schon lang zurück liegenden Begegnung mit der 12-jährigen Patientin gewinnt das Interview an Tiefe.

Insgesamt entsteht von Monika das Bild einer Person, die sich um ein starkes Selbstbild und um Kontrolle sowohl über ihre eigenen Emotionen als auch über die Situation mit dem Patienten bemüht. Andererseits klingt auch der Wunsch nach einer stärker empathisch geprägten Beziehung zu Patienten durch: Sie würde gern Patienten als Menschen, nicht nur als „Fall“, sehen („Also, das hoffe ich einfach, dass ich das bis zum Ende durchhalten kann, dass ich nicht abstumpfe. Das ist glaub' ich so das Größte, wovon man Angst haben muss, wenn man Arzt wird, dass man abstumpft“). Bezogen auf die Patienten wünscht sie sich dementsprechend zu lernen, „wie man halt so' ne Balance findet. Wie viel Nähe ist in Ordnung, wie viel Abstand braucht man“.

Abgesehen von diesem Nähe-Distanz-Problem äußert sie keine oder nur vage Vorstellungen vom Thema Arzt-Patienten-Beziehung bzw. Arzt-Patienten-

Kommunikation. Deshalb können wir vermuten, dass sie sich bisher nur wenig mit dem Thema der Beziehungsgestaltung zwischen Arzt und Patient auseinandergesetzt hat.

Monika stellt das bisherige Medizinstudium als nicht hilfreich für ihre soziale Kompetenz dar. Im Gegenteil, tiefe Enttäuschung und Vorwurf angesichts der psychischen Belastungen und des Gefühls damit „allein gelassen zu werden“ sind zwischen den Zeilen herauszuhören.

Sara, 21 Jahre alt

Im Interview bezieht sich Sara fast ausschließlich auf Erfahrungen mit Patienten, die sie im Rahmen des Unterrichts auf Station in Gruppen mit betreut hat. Da sie bislang nur über sehr wenig Erfahrung in selbstständiger Arzt-Patienten-Kommunikation verfügt, erzählt sie zunächst von ihrer ersten Anamnese bei einer älteren Patientin. Hier habe sie sich gewissenhaft vorbereitet (Beobachtung des sie betreuenden Arztes, Anfertigung von Notizen, Nachlesen in Büchern) und in der Situation nicht versucht, besonders kompetent zu erscheinen oder „Arzt zu spielen“. Mit dieser Herangehensweise trifft sie sowohl bei der Patientin als auch bei dem Arzt auf Verständnis, Ermutigung und Unterstützung.

Im weiteren Interviewverlauf erzählt Sara verschiedene Episoden mit anderen Kommilitonen und Stationsärzten, über deren mangelnde Einfühlbarkeit gegenüber den Patienten sie sich sehr empört. Ein Beispiel handelt von einer todkranken Krebspatientin, an deren Bett aus Mangel an anderen geeigneten Patienten Differenzialdiagnosen zu Husten unterrichtet wurden. Als die Frau ängstlich und ärgerlich reagiert, äußern Studenten Unverständnis und finden sie „anstrengend“, Sara jedoch verteidigt sie.

In der Analyse lässt sich erkennen, wie ernst Sara den Umgang mit Patienten nimmt, und wie sehr sie sich noch als Anfängerin einschätzt. Durch ihre Bereitschaft, die Perspektive der Patienten zu übernehmen, wird ihre Fähigkeit zur Empathie deutlich.

Darüber hinaus macht sie sich viele Gedanken, wie sie als „gute Ärztin“ später einmal mit Patienten umgehen möchte. Die ideale Beziehung zu den Patienten soll ihrer Meinung nach res-

pektvoll, empathisch, vertraut und langfristig sein. Insgesamt macht Sara bezüglich der Arzt-Patienten-Kommunikation einen hoch motivierten, sogar idealistischen Eindruck. Sie ist jedoch besorgt, wie sich später der berufliche Alltag gestalten wird und wie sie ihre Ideale realisieren kann. In kommunikativen und emotionalen Kompetenzen sieht sie die Lösung für viele Probleme und schätzt den Unterricht deshalb als notwendig dafür ein. Sie verbindet fehlende kommunikative Kompetenzen mit der Gefahr eigentlich vermeidbarer Frustrationen im Umgang mit Patienten. Dies wiederum begünstigt in ihrer Sicht unerwünschte Formen von Professionalität, d. h. starke Distanzierung vom Patienten bis hin zum Zynismus sowie der Verlust von Motivation und Freude an der Arbeit. Als besonders wichtig empfindet sie solche Kompetenzen im Bereich der „sprechenden“, hausärztlichen Medizin, für welche sie sich interessiert.

Im Studium fühlt sie sich jedoch bisher weitestgehend alleingelassen. Die Gruppenkontakte zu Patienten auf Station nimmt sie als gleichförmig und bedeutungslos wahr. Aus ihrer Sicht sind sie nicht wirklich versorgungsrelevant oder lehrreich. Ihrer Meinung nach ist das Studium hoffnungslos einseitig auf den Teil der Arztrolle, „dass man [...] Wissen hat“, fokussiert.

Fallübergreifende Auswertung

Relevanz von Arzt-Patienten-Kommunikation

Alle Studierenden bestätigen in den Interviews die große Wichtigkeit von guter Arzt-Patienten-Kommunikation. Bei einigen Interviewten scheint es sich aber eher um Äußerungen in Reaktion auf die wahrgenommenen sozialen Erwartungen der Interviewerin zu handeln. Manche scheinen noch keinen so genauen Begriff von der Arzt-Patienten-Kommunikation und ihrer Bedeutung zu haben und greifen gehörte und gelernte Fragmente bzw. Phrasen auf. Andere haben bereits Erfahrungen oder auch Beobachtungen gemacht, die sie feststellen lassen, dass Kommunikation für sie persönlich ein wichtiger Teil ihres Rollenverständnisses ist. Hier hat sich bereits eine persönliche Relevanz herausgebildet. Für die einen sichert eine gute

Arzt-Patienten-Kommunikation das Vertrauen in der Beziehung zu den Patienten sowie deren Mitarbeit und Zufriedenheit, für andere bedeutet sie eher eine Kontrolltechnik.

Selbstkonzept bezüglich kommunikativer Kompetenz

Grundsätzlich empfinden alle Studierenden Kommunikation und ihre Umsetzung in der praktischen Tätigkeit als schwierig. Ein genereller Mangel an Selbstvertrauen ist spürbar, der Grad der selbst wahrgenommenen Unsicherheit ist jedoch sehr verschieden. Diejenigen mit Vorerfahrung bzw. Nebentätigkeit in der Pflege fühlen sich sicherer und vertrauter im Umgang mit den Patienten, während bei den weniger Erfahrenen die Selbstwirksamkeitserwartung, v. a. bezogen auf schwierige Situationen, gering ist. Hilflosigkeit, Angst vor schwierigen Situationen, Sprachlosigkeit oder auch Unfähigkeit Leid zu bewältigen, werden bei einigen sehr deutlich.

Einstellung zu Arzt-Patienten-Kommunikation

Wenn es um gute Arzt-Patienten-Kommunikation geht, dann stehen für die Studierenden vor allem der Wunsch nach Orientierung (wie man Arzt-Patienten-Gespräche führt, wie man motiviert oder begleitet) und das Erlernen von Effizienz im Vordergrund. Einige Studierende denken stärker an partnerschaftliche Modelle als andere. Wichtig erscheint es fast allen Studierenden, das Gespräch steuern zu können und möglichst einfache Lösungen für konkrete Problemsituationen zu kennen, um z. B. „ausschweifende Patienten“ lenken zu können.

Ebenso geht es um die allgemeine Frage der Beziehungsgestaltung zum Patienten sowie speziell zur Bewältigung von fremdem Leid und von „Grenzsituationen“, d. h. außeralltägliche, sehr belastende Situationen, die die Anforderungen der „normalen“ Kommunikation überschreiten.

In diesem Zusammenhang denken die Studierenden immer wieder über die „richtige“ Distanz zum Patienten nach. „Professionalität“ ist hier ein Schlüsselbegriff; je nach Definition wird dadurch der Umgang mit den Patienten beeinflusst. Hierbei werden unterschiedliche Dimensionen sichtbar:

– „Professionelle Distanz“ kann die explizite Differenzierung zwischen privaten und beruflichen Beziehungen meinen. Professionalität bedeutet hier z. B. „sachlich und nett“, nachsichtiger (bei schwierigen Patienten) zu sein, aber auch der universalistische Aspekt (jedem Patienten gegenüber verpflichtet zu sein, ohne Ansehen der Person) spielt eine Rolle.

– „Professionelle Distanz“ kann auch Schutz vor Emotionen durch Distanzierung bedeuten, z. B. indem der Patient nur als einer von vielen betrachtet wird. Der Patient wird möglichst ent-individualisiert und mit emotionalem Abstand betrachtet. Das Konzept ist bekannt und wird für legitim und selbstverständlich sowie für die (einzig richtige) Lösung bezüglich des emotionalen Selbstschutzes gehalten.

– Distanziertheit wird von einigen als Bestandteil der Professionalität im Sinne einer medizinischen und persönlichen Souveränität als Arzt dargestellt. Während manche Studierende schon sehr frühzeitig um ein souveränes, kompetentes Bild nach außen bemüht sind, kritisieren andere die Distanz und „Kälte“ in der Arzt-Patienten-Beziehung heftig. Dementsprechend wird Mitgefühl von einigen als positiv, von den anderen jedoch als „unprofessionell“ empfunden. Stärkstes Symbol dieses Rollen- und Beziehungskonzepts ist jeweils der „weiße Kittel“, mit dem ein hoher Status, Selbstwertgefühl und stets Kompetenz assoziiert werden. Was die einen gern in ihr Selbstbild integrieren, empfinden die anderen jedoch als Narzissmus, der den Patienten zum „Beiwerk“ mache. Sie sehen sich eher nah am Patienten und schätzen sich als kompetent und doch menschlich-fehlbar ein.

Persönliche Beziehung zu Patienten (Blick auf die Patienten)

Die Studierenden nehmen sehr unterschiedliche Perspektiven im Hinblick auf die Patienten ein. Dabei wiederholen sich bestimmte Einordnungsmuster z. B. vom schwierigen, redseligen oder zudringlichen Patienten. In der Beziehungsgestaltung mit den Patienten versuchen die einen ein „gutes Klima“ zu schaffen, um effizient zu arbeiten und ein kompetentes Bild abzugeben. Die anderen versuchen dagegen empa-

thisch, respektvoll und hilfsbereit auf die Patienten zuzugehen. Während die einen den Patienten als Individuum betrachten, sehen die anderen ihn als einen von vielen. Der individuell angestrebte Grad der Nähe bzw. Distanz in der Arzt-Patienten-Beziehung unterscheidet sich sehr. Die einen sind weniger offen und an einer persönlichen Ebene interessiert, die anderen dagegen motiviert und idealistisch. Vor allem letztere sind jedoch auch unsicher, wie sie sich selbst in der Beziehung emotional schützen können, so dass Mitgefühl nicht zur Belastung wird. Die Erfahrungen in der Pflege erweisen sich als ganz besonders prägend, indem Berührungängste ab- und Empathiefähigkeit aufgebaut werden. Je geringer vermutlich die eigene, wahrgenommene kommunikative Kompetenz ist, desto stärker ausgeprägt erscheint der Wunsch, die Kontaktsituation steuern zu können.

Bewertung des Unterrichts im Hinblick auf kommunikative und soziale Kompetenzen

Die Studierenden empfinden den universitären Unterricht überwiegend als nicht oder kaum hilfreich. Patientenkontakte in diesem Rahmen, insbesondere die Anamnesegespräche, sind nach ihrem Empfinden durch Leistungsdruck und die Präsenz der Studierendengruppe dominiert, so dass individuelle Fähigkeiten und Sensibilität wenig gefördert werden.

Gegenüber den in manchen Kursen stattfindenden Rollenspielen unter Studierenden haben fast alle Interviewten eine negative, bestenfalls ambivalente Einstellung bezüglich des Realitätsgehalts, der Lernbereitschaft und möglicher Lerneffekte. Die Gruppensituation empfinden die Studierenden als kontraproduktiv, da sie vorwiegend als soziale Stresssituation wahrgenommen wird. Für einige Interviewte erscheinen Rollenspiele prinzipiell als sinnlos, da die Studierenden die Lehrziele nicht nachvollziehen können. Ein empathisches Gesprächsverhalten gehört für sie nicht zu den alltagsrelevanten Fähigkeiten im Beruf. Die meisten der Interviewten halten Rollenspiele zwar theoretisch für „sinnvoll“, praktisch jedoch blieben sie weit hinter ihrem Potenzial zurück. Zum einen seien die gespielten Situationen nicht realitätsnah genug, so dass die Lehrziele und der erlebte Alltag der Stu-

dierenden offenbar nicht zusammenpassen: „den Patienten 20 Minuten frei erzählen zu lassen ist natürlich schön und gut [...] aber es funktioniert im normalen Berufsleben natürlich überhaupt nicht!“. Zum anderen empfinden sie es als „albern“ und „absurd“, als Studenten miteinander zu üben. Es funktioniere weder, sich in die eigene Rolle hineinzuversetzen, noch den anderen in dessen „Rolle“ wahrzunehmen.

Neben den inhaltlichen und sozialen Aspekten bereiten einigen Studenten auch die Unterrichtsmethoden Probleme, die als „unprofessionell“ wahrgenommen werden. Da sie aus den anderen Fächern viel Faktenvermittlung und „Auswendiglernen“ gewöhnt sind, finden sie es schwierig, zu diskutieren, zu reflektieren oder gar „Theater zu spielen“.

Diskussion

Sind in der Evaluation oder Einschätzung von Studierenden bzgl. ihrer kommunikativen Kompetenz bislang hauptsächlich standardisierte Instrumente zur Anwendung gekommen [u. a. 5, 6], verfolgt die vorliegende qualitative Studie eine möglichst unvoreingenommene und offene Datenerhebung und -auswertung. Dabei wird hier – wie in der Auswertungen von Fragebögen auch – deutlich, dass die Studierenden der kommunikativen Kompetenz auf einer kognitiven Ebene eine große Bedeutung beimessen. Jedoch wird in der Analyse der narrativen Interviews offensichtlich, dass sich die meisten den Anforderungen noch nicht gewachsen fühlen. Der Wunsch nach Orientierung und Kontrolle über sich selbst und die Patienten beherrscht das „kommunikative Feld“ der geschilderten Arzt-Patienten-Interaktionen. Ein verbindendes Element der fallübergreifenden Ergebnisse kann damit in dem Aspekt des Kontroll- und Sicherheitsbedürfnisses auf Seiten der Studierenden gesehen werden.

Aufgrund der wenigen Erfahrungen in selbstständigen Arzt-Patienten-Kontakten ist es den Studierenden zu dieser Zeit der Ausbildung oft noch nicht möglich, die eigenen kommunikativen Kompetenzen mit der Perspektive der Patienten zu verbinden. Dagegen geht es den Studierenden in der Bewältigung

der Arzt-Patienten-Kontakte vor allem um das Erlernen und Üben des WIE der Befragung der Patienten sowie dem WAS an Informationen als eine Art „technische“ Herausforderung. Es geht ihnen also um die Kontrolle des erlernten recht großen medizinischen Wissens und dessen Anwendung. Hier machen sich die Studierenden sehr viele Gedanken darüber, wie sie auf andere Personen (Studierende, Patienten) wirken oder später einmal wirken wollen. Daneben ordnen sie die Patienten (vor-)schnell in bestimmte Kategorien (wie „schwierige“ oder „lustige“ Patienten) ein, mit der Erwartung sich hierdurch im Umgang mit den Patienten sicherer zu fühlen.

In dem Bemühen, sich und die Situation und damit das Handeln aller Beteiligten möglichst zu kontrollieren, fällt es den Studierenden schwer, sich mit der Patientenrolle zu identifizieren. Dies gilt ebenso für die im Unterricht verwendeten Rollenspiele und Kommunikationsübungen. Die Studierenden sind in diesen Situationen häufig weniger darauf bedacht, Kommunikation zu üben, als vielmehr darauf zu achten, wie sie auf ihre Kommilitonen wirken, ohne ihr Gesicht zu „verlieren“. Die Kontrollbedürfnisse einerseits und die gleichzeitige Ablehnung von Kommunikationsübungen im Unterricht andererseits enden so in einem didaktischen Dilemma.

Da die Studierenden zu diesem Zeitpunkt nicht selbst in wirkliche Entscheidungsfindungen involviert sind, gibt es für sie offenbar zunächst auch keinen Grund, die Relevanz der Kommunikation tatsächlich zu erfahren. Das für die Studierenden im 4. Studienjahr so im Vordergrund stehende Bedürfnis nach Kontrolle darf jedoch nicht vorschnell als „unreifes“ Verhalten bewertet werden.

Möglicherweise ist es dem Ausbildungsstand der Studierenden sogar angemessen. Denn die sich ihnen darstellende Komplexität der ärztlichen Betreuung, ist von ihnen auf Basis der im Studium erlernten Fähigkeiten (noch) nicht zu bewältigen. Darüber hinaus sind aber auch beginnende Selbstreflexionen zu erkennen, die für die Studierenden zu diesem Zeitpunkt aber eher „schmerzlich“ zu sein scheinen, als konstruktiv in die Interaktion einfließen zu können.

Dipl.-Soz. Dorothea Büchtemann, MPH ...



... studierte Soziologie in Leipzig und Public Health in Hannover. Derzeit beschäftigt sie sich als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Lüneburg mit der integrierten Versorgung psychiatrischer Erkrankungen.

Obwohl es mit dem gewählten methodischen Vorgehen zwar möglich ist, die Wahrnehmungs- und Deutungsweisen der Studierenden bzgl. ihrer kommunikativen Kompetenzen herauszuarbeiten, kann es als eine Schwäche dieser Studie angesehen werden, dass die Teilnehmerzahl und -auswahl stark von der eingeschränkten Bereitschaft und mehr noch von der Verfügbarkeit der Studierenden abhing. Darüber hinaus wurden nur Studierende im 4. Studienjahr in die Studie eingeschlossen, was eine generelle Aussage zur Wahrnehmung der eigenen kommunikativen Fähigkeiten von Medizinstudierenden nicht zulässt. Dazu kommt noch die regionale Eingeschränktheit, welche auch Sozialisierungseffekte in Bezug auf die Universität Düsseldorf beinhalten könnte.

Schlussfolgerungen

Akzeptiert man das sich herauskristallisierende Phänomen des Kontroll- und Sicherheitsbedürfnisses auf Seiten der Studierenden in den erlebten Patientenkontakten, müssen in stärkerem Maße studentenzentrierte Formen bei der Vermittlung kommunikativer Inhalte entwickelt werden. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass eine zu starke Konfrontation mit dem Anspruch an eine gute kommunikative Kompetenz auch Widerstände gegen praktische Kommunikationsübungen produzieren kann. Deshalb erscheint das nicht-konfrontative Heranführen an bestimmte kommunikative Techniken, die von den Studierenden in einem geschützten Raum eher spielerisch erlernt werden, erfolgversprechend [19, 20]. Da auch ausgefeilte

didaktische Konzepte, wie der Einsatz standardisierter Schauspielpatienten (SPs) [21, 2], das postulierte didaktische Dilemma selbst nicht vollständig beseitigen können, legen die hier generierten Hypothesen nahe, den Studierenden häufiger die Möglichkeit zu „unbeobachtetem“ Patientenkontakt zu geben, um gelernte Fähigkeiten erproben zu können.

Darüber hinaus wird deutlich, dass die Arzt-Patienten-Kommunikation auch – oder gerade – nach dem Studium wichtiger Inhalt der ärztlichen Fort- und Weiterbildung sein sollte [22, 23], denn mit zunehmender Erfahrung sollte sich das beschriebene „Kontrollbedürfnis“ zumindest vermindern und mehr und mehr durch die Fähigkeit zur Selbstreflexion ersetzt werden.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Attila Altiner
Institut für Allgemeinmedizin
Universität Rostock
Postfach 10 08 88, 18055 Rostock
Tel.: 0381-494 2480, Fax: 0381-494 2482

Literatur

1. Nikendei C, Weyrich P, Jünger J, Schrauth M. Medical education in Germany. *Med Teach* 2009; 31: 591–600
2. Chenot JE, Ehrhardt M. Objective structured clinical examination (OSCE) in der medizinischen Ausbildung: Eine Alternative zur Klausur. *Z Allg Med* 2003; 79: 437–442
3. Gulich M. Prüfungen zur Beurteilung komplexer Lehrziele. *Z Allg Med* 2003; 79: 507–511
4. Fischer T, Simmenroth-Nayda A, Herrmann-Lingen C. Medizinische Basisfähigkeiten – ein Unterrichtskonzept im Rahmen der neuen Approbationsordnung. *Z Allg Med* 2003; 79: 432–436
5. Brenk-Franz K, Kubieziel H, Schulz S, Gensichen J. Simulationspatienten in der allgemeinmedizinischen Lehre. Das Jenaer Programm – eine Pilotstudie. *Z Allg Med* 2010; 86: 152–158
6. Sennekamp M, Gilbert K, Schäfer HM, Gerlach FM. Neukonzeption eines Kurses zur ärztlichen Gesprächsführung im Rahmen der vorklinischen Ausbildung von Studierenden der Medizin. *Z Allg Med* 2008; 84: 382–387
7. Simmenroth-Nayda A, Gagyor I, Ahrens D et al. Instant Aging“ eine Unterrichts-Methode zur Verbesserung der Empathiefähigkeit von Studierenden gegenüber Älteren und chronisch Kranken. *Z Allg Med* 2007; 83: 252–255
8. Batenburg V, Smal JA. Does a communication course influence medical students' attitudes? *Med Teach* 1997; 19: 263–269
9. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is there hardening of the heart during medical school? *Acad Med* 2008; 83: 244–249
10. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G et al. Baseler Consensus Statement "Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium": Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen. *Z Med Ausbild* 2008; 25: 1–7
11. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G et al. Committee Communication and Social Competencies of the Association for Medical Education Gesellschaft für Medizinische Ausbildung; Basel Workshop Participants. *Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi survey. Patient Educ Couns* 2010; 81: 259–266
12. Informationen zum Projekt finden sich unter: <http://www.comed-duesseldorf.de/> (letzter Zugriff: 24.1.2011)
13. Schütze F. Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. Bielefeld: Fakultät für Soziologie, 1977
14. Küsters Y. *Narrative Interviews*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2006
15. Flick U. *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 2000
16. Strauss AL. *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung*. München: UTB Fink, 1998

17. Wollny A, Marx G. Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. Teil 2: Qualitative Inhaltsanalyse vs. Grounded Theory. *Z Allg Med* 2009; 85: 32–41
18. Muckel P. Die Entwicklung von Kategorien mit der Methode der Grounded Theory. In: Mey G, Muckel K (Hrsg). *Grounded Theory Reader*. Köln: Zentrum für Historische Sozialforschung, 2007: 211–231
19. Weyrich P, Schrauth M, Kraus B et al. Undergraduate technical skills training guided by student tutors – analysis of tutors' attitudes, tutees' acceptance and learning progress in an innovative teaching model. *BMC Med Educ* 2008; 8: 18
20. Pruskil S, Dieterich A, Schwantes M, Schwantes U. Peer teaching: Students teaching students in "Breaking bad news". 12th International Ottawa Conference on Clinical Competence, New York, 20.-24.05.2006
21. Ortwein H, Fröhmel A, Burger W. Einsatz von Simulationspatienten als Lehr-, Lern- und Prüfungsform. *Psychother Psych Med* 2006; 56: 23–29
22. Nikendei C, Kraus B, Schrauth M et al. Integration of role-playing into technical skills training: a randomized controlled trial. *Med Teach* 2007; 29: 956–960
23. Bosse HM, Nikendei C, Hoffmann K et al. Kommunikationsschulung mittels „Standardisierter Eltern“ für Ärzte im Fachbereich der Pädiatrie – strukturierte Kompetenzvermittlung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2007; 101: 661–666



ÄRZTLICHE AKUPUNKTUR

- Qualitätsstandard seit 1951
- gemeinnützig
- authentische Dozenten
- Wissenschaftsförderung
- für die tägliche Praxis
- 130 Qualitätszirkel
- zertifiziert durch ÄK
- Internationale Anerkennung

Grundausbildung Zusatzbezeichnung bundesweit, nächster Einstieg am 01.04.11 in Düsseldorf möglich

Neue Vollausbildung: „**Meister der Akupunktur DÄGfA**“, „**Meister der Ost-Asiatischen Medizin DÄGfA**“

Akupunktur in der Allgemeinmedizin - integrativ und praxisbezogen -

Pragmatische Ansätze bei häufigen Symptomen, Fallbeispiele, praktische Übungen, Akupunktur beim Hausbesuch
Referenten: Rüdinger et al. am **26./27.03.2011 in Hamburg**

Schmerztherapie	19./20.03.11	Berlin	Neurologie	02./03.04.11	Bad Nauheim
Orthopädie	09./10.04.11	Hattingen	Psychiatrie	07./08.05.11	München

25. Akupunktur-Woche Bad Nauheim vom 30.05.-05.06.2011

Grundkurse kompakt · **Spezialkurse** unter anderem mit Yamamoto, Birch, Al-Khafaji, Romoli

Fachkurse Dermatologie/Allergologie, Palliativmedizin, Orthopädie, Pädiatrie

Japanische Akupunktur - Chinesische Arzneitherapie - Tibetische Medizin

Qigong und Abendveranstaltungen gebührenfrei

Anmeldung und Informationen:

Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur e.V., gegr. 1951 · Würmtalstr. 54 · 81375 München

Tel. 089/7100511 · Fax 089/7100525 · fz@daegfa.de · www.daegfa.de