

„Das ärztliche Gespräch“, Pilotprojekt zur Entwicklung eines Curriculums zum Thema professionelle Kommunikation für Medizinstudenten

A. Klambeck
Abt. für Neurologische Rehabilitation, Universitätsklinikum Benjamin Franklin, FU Berlin

Zusammenfassung

Der zweisemestrige Kurs „Das ärztliche Gespräch“ wurde als Projektstudium mit Studenten der Humboldt-Universität und der Freien Universität zu Berlin durchgeführt. Es nahmen 20 Studenten des 1. klinischen Semesters aufgeteilt in zwei Gruppen teil. Jedes Semester fanden ca. 10 Terminen à 120 Minuten statt. Die Gruppe der jeweils zwei Tutoren pro Studentengruppe bestand aus Ärzten in der Weiterbildung, Ärzten im Praktikum und Studenten. Der Kurs „Das ärztliche Gespräch“ fand als Teilprojekt im Rahmen des größeren Projekts „Ausbildung kommunikativer Fähigkeiten in der Medizin“ statt, zu dem unter anderem auch den Kurs „Wahrheit am Krankenbett – schlechte Nachrichten mitteilen“ (siehe dazu u.a. Brunklaus in diesem Band) gehört. Folgende Methoden wurden im Kurs eingesetzt:

1. Gruppendiskussionen mit Feedback,
2. Anamneseerhebung nach Adler (1992),
3. Rollenspiele,
4. Der Calgary-Cambridge Observation Guide (Hg. u.a. Kurtz u. Silvermann 1998),
5. Simulationspatienten und Videoanalyse,
6. Anamnesegruppensetting (Konzeptentstehung in Heidelberg 1977),
7. Statusspiele nach Keith Johnstone (1993),
8. Balint-Gruppe (Balint 1957).

Der Kurs fand bis heute in vielerlei Hinsicht ein positives Echo (zufriedene Teilnehmer, Oskar Kuhn Preis 2000 (1. Platz), Einfluss auf Konzeptentwicklung des Interaktionsstreifens im Reformstudiengang Medizin und der Pflichtveranstaltung „Das ärztliche Gespräch“ (Teil 1) im Regelstudiengang an der Humboldt-Universität zu Berlin, organisiert durch die allgemeinmedizinische Abteilung Prof. Dr. Ulrich Schwantes.

Schlüsselwörter

Anamnese · Gesprächstechnik · Interaktion · Kommunikation · medizinische Ausbildung · Studentenunterricht

Doctor-Patient Communication: A Pilot Project about Professional Communication for Medical Students

A one-year course on professional communication for medical student was organised for students of the two faculties of medicine in Berlin (Freie Universität and Humboldt Universität). 20 students took part in 20 sessions each lasting for two hours. The students were distributed on two groups each led by two tutors who were doctors or medical students in their final year. The

course on professional communication was part of a bigger project on teaching communication skills entailing also courses on breaking bad news and other topics (See abstract of Brunklaus et al.). The following teaching methods were used:

1. Group discussion with feedback,
2. History taking according to R. Adler (1992),
3. Roleplays,
4. Calgary-Cambridge observation guide (Silvermann and Kurtz 1998),
5. Simulated patients and video-analysis,
6. Concept of history taking groups,
7. Methods of drama-playing according to Keith Johnstone (1993),
8. Balint-groups (Balint 1957).

The course project received positive evaluation by the participants and was awarded the Oskar-Kuhn-Preis-2001. The experience of this course further influenced the teaching methods and course content of sessions on doctor-patient communication, which have recently been introduced a part of the regular curriculum for all medical students.

Key words

Anamnesis · communication skills · interaction · medical education · students-teaching

Einleitung

Die Anamnese gilt als wichtigstes diagnostisches Instrument des Arztes. Eine professionelle Kommunikation mit verschiedenen Berufsgruppen und Patienten aus unterschiedlichen sozialen und kulturellen Zusammenhängen wird vom Arzt erwartet. Einen Kurs zu diesem Themenbereich ist in Deutschland nicht fester Bestandteil des Curriculums für Humanmedizin.

Ist Kommunikationskompetenz im „ärztlichen Gespräch“ lernrespektive lehrbar? Ist ein Unterschied der Fertigkeiten/Fähigkeiten zwischen spezifisch trainierten und untrainierten Studenten festzustellen?

Das Projektstudium „Das ärztliche Gespräch“ hatte zum Inhalt Studenten aus dem klinischen Abschnitt des Studiums Konzepte zur Struktur und zum Inhalt von Anamnesen und zum konstruktiven Üben von Kritik zu zeigen und einen Rahmen für praktische Übungen zu diesen Themen zu bieten.

Die angewendeten Methoden umfassten gestaffelt den Einsatz von Rollenspielen, Simulationspatienten, Videoaufzeichnungen und Patientengesprächen. Der Kurs bot Raum für Selbsterfahrung zum Thema Körpersprache und Diskussionen über Tabuthemen. Supervisionstechniken und -einrichtungen wurden als potenzielle „Hilfe für Helfer“ vorgestellt.

Teilnehmer und Tutoren des Projekts wurden mittels Fragebogen evaluiert. Geplant ist die Rekrutierung zukünftigen Tutoren aus den ehemaligen Teilnehmern des Kurses.

Das Projekt wurde durch die Ausbildungskommission der medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin gefördert.

Langfristiges Ziel des Pilotprojekts ist die Entwicklung eines Curriculums zum Thema professionelle Kommunikation für Medizinstudenten.

Als erstes stellt dieser Artikel die Entstehung und den organisatorischen Rahmen des Pilotprojekts „Das ärztliche Gespräch“ dar. Danach werden die dort eingesetzten Methoden skizziert. Als letztes folgt eine Beschreibung der Auswirkungen des Kurses auf andere Projekte.

Entwicklung/organisatorischer Rahmen

Der Kurs „Das ärztliche Gespräch“ wurde als Projektstudium im WS 2000/2001 und Sommersemester 2001 als zweisemestriger Kurs mit Studenten der Humboldt-Universität und der Freien Universität zu Berlin durchgeführt. Es nahmen 20 Studenten des 1. klinischen Semesters aufgeteilt in zwei Gruppen teil. Jedes Semester fand an ca. 10 Terminen à 120 Minuten statt. Jede Gruppe wurde von zwei Tutoren betreut. Die Gruppe der Tutoren war bezüglich ihres Ausbildungsstandes gemischt. Sie bestand aus Ärzten in der Weiterbildung, Ärzten im Praktikum und Studenten. Alle hatten mehrere Semester Erfahrung als Anamnesegruppentutoren. Alle zwei Wochen fand eine Tutorensupervision statt.

Der Kurs „Das ärztliche Gespräch“ fand als Teilprojekt im Rahmen des größeren Projekts „Ausbildung kommunikativer Fähigkeiten in der Medizin“ statt. Das Großprojekt umfasst bisher unter anderem auch den Kurs „Wahrheit am Krankenbett – schlechte Nachrichten mitteilen“ (siehe dazu u. a. den Beitrag Brunklaus in diesem Heft). Es wird von 6 Ärzten und werdenden Ärzten, die sich als (ehemalige) Anamnesegruppentutoren schon über mehrere Jahre kennen, geleitet.

Eingesetzte Methoden

Vorab ist zu bemerken, dass die zwei zuerst genannten Methoden für uns die Grundlage der Gruppenarbeit und der inhaltlichen Arbeit aller unserer Teilprojekte überhaupt bilden. Die übrigen Methoden wurden in verschiedener Häufigkeit verwendet. Für die Balint-Gruppe wurde eine außenstehende Person engagiert.

1. Gruppendiskussionen mit Feedback

Grundlage der Gruppenarbeit ist die Diskussion der Gruppenteilnehmer untereinander und die kritische Bewertung der in die Diskussion eingebrachten persönlichen Standpunkte aller Teilnehmer.

Die Hauptaufgabe der Gruppenleiter besteht in der Beförderung einer konstruktiven Arbeitsatmosphäre. Dies erreichen wir insbesondere durch die Einhaltung von Strukturen und Regeln für Kritik, die zum einen den einzelnen Teilnehmer vor persönlichen Angriffen schützen, zum anderen durch das Einbeziehen aller Teilnehmer in die Diskussion. Die Tutoren verstehen sich als Moderatoren der Gruppe und ergänzen die Gruppendiskussion

durch inhaltliche Beiträge, z. T. in Form von inhaltlichen Verdichtungen des von der Gruppe erarbeiteten, z. T. durch bisher unbeachtete Aspekte eines Themas oder durch das Aufwerfen eines Themas, das bisher nicht bearbeitet wurde.

2. Anamneseerhebung nach Adler (1992)

Die zehn Punkte einer Anamnese nach Adler werden inhaltlich besprochen und dienen in den zahlreichen Anamnesen während des Kurses der Orientierung. Sie werden als roter Faden im Kurs immer wieder in Bezug auf die jeweilige konkrete Anamnese aufgegriffen.

1. Vorstellung und Begrüßung,
2. Schaffen einer günstigen Situation,
3. Landkarte der Beschwerden,
4. jetziges Leiden mit sieben Qualitäten (zeitlicher Ablauf, Qualität, Intensität, Lokalisation und Ausstrahlung, Begleitzeichen, intensivierende und lindernde Faktoren, Umstände),
5. persönliche Anamnese,
6. Familienanamnese,
7. psychische Entwicklung,
8. Soziales,
9. Systemanamnese ergänzen,
10. Fragen und Pläne.

Wir bevorzugen dabei ein langsames Herantasten an die Komplexität einer Anamnese. Ermöglicht wird dies zum einen durch das Einführen der einzelnen Punkte der Anamnese Schritt für Schritt und nicht alle von Anfang an auf einmal. Zum anderen beginnen die Studenten zunächst im Rollenspiel also gruppenintern, dann an Simulationspatienten (mit Videoaufzeichnungen) und erst zuletzt mit klinischen Patienten Gesprächserfahrungen zu sammeln.

3. Rollenspiele

Zwei Teilnehmer der Gruppe übernehmen jeweils eine Rolle, der eine als Arzt, der andere als Patient. Die Rollen sind jeweils schriftlich fixiert und entstammen einem Pool austauschbarer Fallbeispiele, die den Tutoren zur Verfügung stehen. Die Spielenden bereiten sich ein paar Minuten auf ihre Rolle vor. Indem die zwei Stühle der Spielenden etwas aus dem Kreis herausgerückt werden, entsteht so etwas wie eine kleine Bühne. Die Rollenspiele sind jeweils zeitlich festgelegt und werden ggf. durch die Tutoren beendet, wenn die dafür vorgesehene Zeit überschritten wird.

In der anschließenden Gruppendiskussion werden die Inhalte des Gesprächs, die Gesprächsdynamik, die nonverbale Kommunikation sowie die Atmosphäre der jeweils konkreten Gesprächssituation diskutiert. Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene werden thematisiert.

Als erstes kommt immer der Interviewer zu Wort, dann der „Patient“ und danach die Gruppe.

Auf diesem Wege soll die Angst vor Gesprächen abgebaut, in kleinen Schritten an komplexe Gesprächseinheiten herangeführt, Änderungsvorschläge für das Gespräch direkt umgesetzt, unterschiedliche Verhaltensweisen in der gleichen Situation

ausprobiert und einzelne Gesprächssequenzen bewusst trainiert werden.

Als besonders wirksam bei dieser Methode erweist sich zum einen das direkte Feedback vom Teilnehmer in der Patientenrolle an den Interviewer, zum anderen die Erfahrungen, die der Teilnehmer in der Patientenrolle selbst sammelt. Beides ist ganz besonders wertvoll für ein Verständnis der Patientenproblematik. Erstes auch für die Selbsteinschätzung des Interviewers bezüglich seiner Wirkung auf den Patienten (siehe dazu auch Videoaufzeichnungen).

4. Der Calgary-Cambridge Observation Guide nach Kurtz und Silvermann (1998)

Hierbei handelt es sich um eine Liste von Lehr- und Lernzielen, die es Dozenten und Studenten ermöglichen, die verschiedenen Elemente kommunikativer Prozesse zu erfassen und im einzelnen z. B. anhand der oben erwähnten Rollenspiele zu üben.

Hier eine kurze Aufzählung der verschiedenen Ebenen einer Konsultation bzw. der Struktur für ihren Ablauf, gefolgt von einer exemplarischen Darstellung der einzelnen zur Ebene „Beginn der Sitzung“ gehörenden Schritte, die von den Studierenden und Dozenten im Verlauf der Übung beachtet werden sollen.

Ablauf eines Gesprächs

1. Beginn,
2. Erfassung der Information,
3. Herstellen einer Beziehung zwischen Arzt und Patient,
4. Erklären und Planen,
5. Beenden des Gesprächs.

zu Punkt 1: Beginn

- a) Den Kontakt herstellen
 - den Patienten begrüßen und sich nach dem Namen erkundigen,
 - sich vorstellen und die eigene Rolle/Funktion erklären,
 - den Patienten Interesse und Achtung entgegenbringen, darauf achten, dass der Patient sich entsprechend der Situation wohl fühlt.
- b) Den Grund für den Arztbesuch herausfinden
 - Eröffnungsfrage offen stellen. Herausfinden, welche Dinge der Patient heute besprechen möchte. Beispielsätze: „Was führt sie zu mir?“ oder „Wie geht es Ihnen?“
 - Den Patienten beim Vorbringen seines Anliegens aufmerksam zuhören und ihn ausreden lassen.
 - Alle Probleme erfassen und gegebenenfalls diese noch einmal zusammenfassen und ergänzen.
 - Plan erstellen, der die Bedürfnisse des Arztes (z.B. beschränkte Zeit, da volles Wartezimmer) und die des Patienten berücksichtigt.

5. Simulationspatienten und Videoanalyse

Ein Simulationspatient ist „eine Person, die trainiert wurde, einen Patienten oder einen Aspekt der Erkrankung eines Patienten entsprechend den Ausbildungsbedürfnissen zu simulieren“ (Barrows 1993).

Simulationspatienten werden von uns für Übungen zu Anamnesegesprächen eingesetzt. Für eine Evaluation von Kursen zum

Training kommunikativer Fähigkeiten sind sie auch besonders geeignet.

Wir haben Simulationspatienten für unser Projekt im Trainingszentrum für ärztliche Fähigkeiten des Reformstudiengangs Medizin selbst trainiert. Die Räume wurden uns großzügiger Weise kostenlos auch für die darauf folgenden Videoaufzeichnungen der Anamnesegespräche zur Verfügung gestellt.

Die Videoaufzeichnungen und Auswertungen im Kurs verliefen wie folgt: Die Gesprächssituation wurde von den Teilnehmern selbst gestaltet, die maximale Dauer des Gesprächs und der Videoaufzeichnung war jedoch begrenzt. Die Teilnehmer schauten sich selbständig ihr eigenes Video und das von mindestens zwei weiteren Teilnehmern komplett an. Zum folgenden Gruppentermin wurden dann einzelne Sequenzen der Videoaufzeichnungen gemeinsam in der Gruppe diskutiert. So wurde bei den ersten Videos insbesondere auf den Anfang und das Ende des Gesprächs geachtet, bei den weiteren Gesprächen dann auf Sequenzen aus dem Gesprächsverlauf. Im zweiten Semester des Kurses wurden besondere Schwierigkeiten in die Gesprächssituation durch die Simulationspatienten eingeführt (wie Redseligkeit, aggressives Verhalten gegen den Interviewer, usw.).

Die Videoaufnahmen ermöglichen eine Verbesserung der Möglichkeiten zur Selbstreflexion durch Beobachten der eigenen Person „von außen“ und durch die direkteren Vergleichsmöglichkeiten von Gesprächssequenzen (innerhalb eines Gesprächs und zwischen verschiedenen Gesprächen unterschiedlicher Teilnehmer mit dem gleichen Simulationspatienten).

6. Anamnesegruppensetting

Das Anamnesegruppensetting bezieht sich auf Anamnesegruppen, die seit ca. 20 Jahren in verschiedenen Städten Deutschlands, Österreichs und der Schweiz existieren (Konzept in Heidelberg 1977) entstanden ist. Damals suchten sich 9 Medizinstudenten einen Gruppenleiter, der ihnen die Anamneseerhebung in der assoziativen Gesprächstechnik nach Engel vermitteln sollte (Schüffel 1979). Es geht dabei um die „integrierte Erfassung physischer, sozialer und somatischer Daten in einem Anamnesegespräch“ (Adler 1979). Unter der Gruppenleitung von Thure von Uexküll entstand in Heidelberg die erste Anamnesegruppe für Studenten der Humanmedizin.

Eine Anamnesegruppensitzung wird mit einem so genannten „Blitz“ begonnen, d. h. jeder (der möchte) äußert in einem kurzen Satz beschreibend seinen aktuellen Gefühlszustand. Alle Äußerungen bleiben unkommentiert. Es folgt das Anamnesegespräch mit einem klinischen Patienten unterschiedlichster Abteilungen. Am Ende des Gesprächs wird der Patient verabschiedet und die Gruppe bleibt für sich. Anschließend wird das Nachgespräch begonnen. (Je nach Stil wird erneut „geblitzt“.) Der Interviewer hat im Nachgespräch als erster das Wort, um seine Eindrücke vom Gespräch zu schildern. Danach beginnt die Gruppendiskussion mit allen Teilnehmern. Sie haben bis dahin nur zugehört und dürfen selbst an den Patienten keine Fragen stellen, so dass es ein geschlossener Gesprächsablauf gewährleistet ist. (Ein Blitz wird je nach Stil auch zum Abschluss der Gruppendiskussion wiederholt.)

Termine	1. Semester	2. Semester
1	<ul style="list-style-type: none"> – Kennenlernen („erster Eindruck“ als Thema) – Lernziele, Erwartungen – Aufgaben der Tutoren, Vorstellung des Pilotprojekts 	Wiedersehen/Erfahrungsaustausch nach ersten Famulaturen
2	<ul style="list-style-type: none"> – Anamnese: Begrüßung, Gestaltung der Situation, Leiden, das zum Arztbesuch führt (Rollenspiele), – Feedback üben (Diskussion) 	vollständige Anamnese (Patientengespräch)
3	Rollenverhalten und Hierarchie (Statusspiele nach Keith Johnstone)	vollständige Anamnese (Patientengespräch)
4	Anamnese: aktuelle Beschwerden und ihre Bedeutung für den Patienten, Sozialanamnese (Rollenspiele)	Alkoholanamnese (theoretische Einführung durch Dr. Saloch-Vogel (Jüdisches Krankenhaus Berlin), Patientengespräch, „informeller“ Austausch)
5	– Anamnese: zusätzlich persönliche, Familien- und Systemanamnese sowie Beendigung des Gesprächs, Körpersprache des Interviewers, Körperkontakt, Beziehungsentwicklung während des Gesprächs (Simulationspatienten, Video)	Patientenaufklärung
6	– Auswertung der Videos	Anamnesen: Problemsituationen (Simulationspatienten und Video einschließlich Auswertung)
7		
8	Tabuthema (Rollenspiele)	Tabuthema (Rollenspiel)
9	vollständige Anamnese (Anamnesegruppensetting)	Ekkel/Anfassen/Körperkontakt
10	Auswertung des Semesters, Aufgabenstellung für Semesterferien	Feedback und Abschlussevaluation
11		Balint-Gruppe

Der Patient wird vorher über den genauen Ablauf der Sitzung aufgeklärt. Die Gruppe ist vor dem Gespräch nicht über die Art der Erkrankung informiert. Im besten Falle wissen auch die Tutoren nichts über den Patienten.

Für das Anamnesegespräch sind jeweils ca. 30 Minuten vorgesehen, für das Nachgespräch 1 bis 1 ½ h, je nach Stil.

7. Statusspiele nach Johnstone (1993)

Man kann sich nicht neutral verhalten. Jede Botschaft wird vom Empfänger modifiziert und jedes beiläufige, gewöhnliche Gespräch wird nicht vom Zufall, sondern von Motiven gelenkt. Das schwächste Motiv ist die Statusbestimmung und Status-Handlungen finden ununterbrochen statt (Johnstone 1993). Mit „Status“ ist hier nicht etwas gemeint was man hat (ein sozialer Status), sondern etwas, was man tut. Um ein bekanntes Beispiel außerhalb der Medizin zu nennen: Charly Chaplin ist ein Charakter, der von unten alle herabsetzt. Auch im Gespräch zwischen Arzt und Patient finden Statuskämpfe zur Festlegung einer „Hackordnung“ unabhängig vom sozialen Status statt. Statuskämpfe werden bis zur Festlegung einer „Hackordnung“ ausgefochten und dabei spielt es weniger eine Rolle was gesagt wird, sondern wie es gesagt wird.

Jeder Mensch hat einen persönlich bevorzugten Status: den Hochstatus oder den Tiefstatus. Es ist der, der der jeweiligen Person erfahrungsgemäß den sichersten Schutz gegen Angriffe bietet (Status als Abwehr).

Mit Übungen aus dem Repertoire Johnstones wird das Bewusstsein der Teilnehmer für nonverbale Kommunikation, die die „Hackordnung“ oder Beziehungsebene beeinflussen, gesteigert. Zu diesem Zweck werden Statusveränderungen erlebbar und beobachtbar gemacht. Es geht konkret insbesondere um Blickverhalten, Ton und die Art, wie sich ein Mensch im Raum und in Bezug zu anderen Personen bewegt.

Wenn ein Teilnehmer einen anderen Status „spielt“, als er meint zu „spielen“, so führt das zu einer Veränderung der Einschätzung seiner eigenen Person. Dabei geht es letztlich nicht darum alte Gewohnheiten abzulegen, sondern sie kennenzulernen und ggf. neue Verhaltensmöglichkeiten hinzuzugewinnen. Wichtiges Ziel ist auch die Entstehungs- und Erhaltungsmechanismen von asymmetrischen Beziehungen und Hierarchien beobachten zu können.

8. Balint-Gruppe nach Balint 1957

Wir integrieren eine Balint-Gruppensitzung in unseren Kurs aus zwei Gründen. Erstens unterstützen uns die in einer Balint-Gruppe verfolgten Ziel in unseren eigenen Kursinhalten wie dem Erkennen der therapeutischen Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung, dem verbesserten Verständnis des Patienten, dem leichteren Zugang zu Problempatienten. Zweitens weil wir den Studierenden die Balint-Gruppe als eine allen zugängliche und damit spätere für alle, unabhängig vom Tätigkeitsbereich mögliche Form der Supervision vorstellen möchten.

Die Balint-Gruppe besteht aus ca. 10 Ärzten und/oder Studierenden, die sich zusammenfinden, um über Problempatienten oder -situationen aus der Praxis und Klinik zu diskutieren. Der Gruppenleiter ist Psychotherapeut und verfügt über Erfahrungen in der Balint-Gruppenarbeit.

Auswirkungen/Einfluss auf die Konzeptentwicklung eines Kommunikationskurses im Regelstudiengang Medizin:

Der Kurs fand bis heute in vielerlei Hinsicht ein positives Echo:

1. Die teilnehmenden 20 Studenten waren sehr zufrieden mit der Veranstaltung.
2. Das Gesamtprojekt „Ausbildung kommunikativer Fähigkeiten in der Medizin“ wurde im Jahr 2000 mit dem Oskar-Kuhn-Preis ausgezeichnet (1. Platz).

3. Einige aus der Arbeitsgruppe „Ausbildung kommunikativer Fähigkeiten in der Medizin“ sind als Dozenten im Reformstudiengang im sog. Interaktionsstreifen engagiert. Heiderose Ortwein ist nun Mitarbeiterin des Reformstudiengangs und dort verantwortlich für die Ausbildung der Simulationspatienten.
 4. Die Arbeitsgruppe ist an der Konzeptentwicklung des Interaktionsstreifens im Reformstudiengang beteiligt.
 5. Die mit dem Kurs gesammelten Erfahrungen (strukturell, methodisch und inhaltlich) flossen im Frühjahr 2001 in die sich damals in Planung befindliche Pflichtveranstaltung „Das ärztliche Gespräch“ im Regelstudiengang an der Humboldt-Universität zu Berlin ein. Dies geschah in Form eines Vorschlags für einen Konzeptentwurf, der im Auftrag der allgemeinmedizinischen Abteilung erarbeitet wurde.
- Die derzeit stattfindende Pflichtveranstaltung wird von der Abteilung für Allgemeinmedizin betreut. Im WS 2001/02 und SS 2002 wird hier erstmals für zwei Jahrgänge im ersten klinischen Semester ein jeweils einsemestriger Kurs mit dem Titel „Ärztliche Gesprächsführung“ (Teil 1) durchgeführt.

Nach einem Semester Durchlauf der Pflichtveranstaltung ist

nun für das Sommersemester 2002 eine neue Fassung des Konzepts durch die allgemeinmedizinische Abteilung erarbeitet worden.

6. Einige aus der Arbeitsgruppe „Ausbildung kommunikativer Fähigkeiten in der Medizin“ sind als Dozenten im Pflichtkurs des Regelstudiengangs engagiert.

Hier eine kurze Zusammenstellung der Unterschiede und Parallelen zwischen Wahl- und Pflichtveranstaltung (siehe Tab.).

Den Werdegang der derzeit an der Humboldt-Universität zu Berlin stattfindenden Pflichtveranstaltung zur Ausbildung kommunikativer Fähigkeiten von Medizinstudenten verfolgt unsere für die Wahlveranstaltung verantwortliche Arbeitsgruppe natürlich mit großer Aufmerksamkeit, begleitet sie mit guten Wünschen und gestaltet sie weiterhin mit.

Literatur

- Adler R, Hemmeler W. Anamnese und körperliche Untersuchung. Gustav Fischer Verlag, 3. Auflage 1992: 9–21
- Adler R. Anamneseerhebung in der psychosomatischen Medizin. In: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. Von Uexküll Th (Hrsg): München, Wien, Baltimore 1979
- Balint M. The doctor, the patient and the illness. London: Pitman, 1957
- Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. Acad Med 1993; 68: 443–451
- Johnstone K. Improvisation und Theater. Berlin Alexanderverlag, 1993: 51–127
- Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. Radcliffe Medical Press Ltd. 1998
- Schüffel W, Schonecke OW. Die Anamneseerhebung als Gespräch. In: Balint-Methoden in der medizinischen Ausbildung. Luban-Plozza B, Egle U, Schüffel W (Hrsg). Stuttgart, New York 1979

Tab. Unterschiede und Parallelen zwischen Wahl- und Pflichtveranstaltung, hier eine kurze Zusammenfassung

Unterschiede	Wahlveranstaltung Projektstudium „Das ärztliche Gespräch“	Pflichtveranstaltung „Ärztliche Gesprächs- führung“
strukturell		
Kursdauer	2 Semester mit je 10–11 Terminen à 120 min	1 Semester mit je 10 Terminen à 90 min (zukünftig 5 Termine à 3 h)
Teilnehmer	pro Gruppe 10 20 Studenten eines Jahrgangs im 1. Klin. Semester	pro Gruppe bis zu 20 (eine Studiengruppe) alle Studenten zweier Jahrgänge im 1. Klin. Semester
Dozenten/Tutoren	Ärzte und Studenten mit Erfahrungen als Anamnesegruppen- tutoren	Ärzte und Studenten mit unterschiedlichen Ausbildungen
Ablauf	Im praktischen Teil manchmal Kleingruppen	im theoretischen Teil Großgruppe, im praktischen Teil ganz überwiegend Kleingruppen

methodisch

Keine wesentlichen Unterschiede (kein Frontalunterricht, statt dessen Gruppendiskussionen, Dozenten als „Moderatoren“, Visualisierungstechniken für Ergebnisse der Gruppenarbeit, Literatur und „Hausaufgaben“)

lernen anhand von:
Rollenspielen, Simulationspatienten, Videoaufzeichnungen und klinische Patienten, „Blitz(-licht)“)

Unterschied: Einsetzen von Kleingruppenarbeit (siehe strukturelle Unterschiede unter Ablauf)

Strukturelle und inhaltliche Gestaltungsfreiräume für die Teilnehmer

inhaltlich

Beide führen die Studenten in mehreren kleinen Schritten an die Anamnese als komplexe Struktur heran.

Feedbackregeln sind bei beiden Inhalt des Kurses

„der erste Eindruck“ und seine Entstehung werden explizit thematisiert

Korrespondenzadresse: Amelie Klambeck · Universitätsklinikum Benjamin Franklin · FU Berlin · Abt. für Neurologische Rehabilitation · Hindenburgdamm 30 · 12200 Berlin · E-mail: q5520584@bonsai.fernuni-hagen.de

Hat die Aussicht auf einen Arbeitsplatz Einfluss auf die Lebensqualität? – Eine vergleichende Untersuchung von Studierenden der Humanmedizin und Wirtschaftsmathematik

C. E. Rist

Universitätsklinikum Benjamin Franklin, FU Berlin, Abt. Allgemeinmedizin

Einleitung: Die Lebensqualitätsforschung erlebte in den vergangenen Jahren einen beispiellosen Boom. Auch im Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98 wurde eine Erhebung mit dem SF-36 (Short Form 36) durchgeführt, dem inzwischen international am häufigsten eingesetzten Instrument. Das Ziel unserer Untersuchung war, die Auswirkungen der Aussicht auf einen Arbeitsplatz auf die Lebensqualität von Medizin- und Wirtschaftsmathematikstudenten zu untersuchen.

Methoden: Studenten der Humanmedizin und Wirtschaftsmathematik wurden in ihrem jeweils letzten Studienabschnitt mit dem Fragebogen SF-36 sowie einem demografischen Datenblatt und Angaben zur zukünftigen Aussicht auf einen Arbeitsplatz befragt. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels SPSS für Windows 8.0.

Ergebnisse: Untersucht wurden 148 Medizinstudenten und 52 Studenten der Wirtschaftsmathematik. Die demografischen Daten sind der Tab. 1 zu entnehmen. Erwartungsgemäß war die Geschlechterverteilung bei den Wirtschaftsmathematikstudenten unausgeglichen. Es nehmen immer noch mehr Männer als Frauen diesen Studiengang auf, während bei den Medizinern die Geschlechterverteilung ausgeglichen ist.

Tab. 1 Demografische Angaben

	Medizinstudenten	Wirtschaftsmathematikstudenten
Frauen	49,1% (n = 78)	37,0% (n = 20)
Männer	50,9% (n = 81)	63% (n = 34)
Alter		
Mittelwert	25,8 J.	23,1 J.
Min. – Max.	22 – 35 J.	21 – 27 J.
Median	25 J.	23 J.
Aussicht auf einen Arbeitsplatz		
– ja	12,2%	18,5%
– nein	87,8%	81,5%

Die Altersverteilung war in den beiden Disziplinen auch unterschiedlich: Medizinstudenten waren im Durchschnitt zwei Jahre älter als Studenten der Wirtschaftsmathematik. Die Befragung wurde bei beiden Stichproben im 6. Semester durchgeführt.

Die Messung der Lebensqualitätsscores ergab, dass die Stichprobe der Wirtschaftsmathematiker in allen 8 Dimensionen höhere Scores als die Mediziner erzielten. Die Ergebnisse sind Tab. 2 zu entnehmen. Es konnten jedoch aufgrund der kleinen Stichproben keine signifikanten Unterschiede

Tab. 2 Lebensqualitätsscores (Mittelwert in Prozent)

	Medizinstudenten	Wirtschaftsmathematikstudenten
körperliche Gesundheit	98,79	105,36
körperliche Rollenfunktion	99,34	103,81
Schmerz	100,47	100,60
allgemeiner Gesundheitsstatus	99,52	103,30
Vitalität	93,17	121,38
soziale Funktion	97,18	109,94
soziale Rollenfunktion	96,93	110,67
geistige Gesundheit	98,29	106,78

festgestellt werden. Um die Fragestellung weiter abzuklären, ob die Aussicht auf einen Arbeitsplatz Auswirkungen auf die Scores der Lebensqualität hat, wurden Untergruppenauswertungen durchgeführt. In diesen Untergruppenauswertungen erzielten Studierende der Wirtschaftsmathematik mit Aussicht auf einen Arbeitsplatz signifikant ($p < 0,05$) bessere Scores in den Dimensionen Vitalität, allgemeiner Gesundheitsstatus und soziale Funktion als Studierende der Humanmedizin. Die Stichproben verhielten sich also gegenläufig. Die Erwartung, dass die Aussicht auf einen Arbeitsplatz auch die Scores der Lebensqualitätsdimensionen erhöht, traf nur für die Wirtschaftsmathematiker zu. Dagegen lassen sich bei Medizinstudenten mit Aussicht auf einen Arbeitsplatz schlechtere Werte ermitteln.

Schlussfolgerung: Wirtschaftsmathematikstudenten erfüllen das soziologische Theorem, dass eine gesicherte Zukunft auch eine bessere Lebensqualität bedeutet. Warum Medizinstudenten, die eine Aussicht auf einen Arbeitsplatz haben, eine schlechtere Lebensqualität aufweisen, muss weiter untersucht werden.

Literatur

- Bullinger M, Kirchberger I, Ware JE. Der deutsche SF-36 Health Survey. *Z Gesundheitswiss* 1995; 3 (1): 21–36
- Bullinger M. International validation and testing of quality of Life scales in relation to Germany. In: Guggenmoos-Holzmann I, Bloomfield K et al: *Quality of Life and health: concepts, methods and applications*. Berlin 1995: 27–38
- McHorney CA, Ware JE et al. The MOS-36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): Tests of Data Quality, Scaling Assumptions and Reliability Across Diverse Patient Groups. *Med Care* 1994; 32 (1): 40–66
- Parkerson GR, Broadhead WE, Tse CK. The health status and life satisfaction of first-year medical students. *Acad Med* 1990 Sept; 65 (9): 586–588
- Parkerson GR, Broadhead WE, Tse CJ. Comparison of the Duke Health Profile and the MOS Short-Form in Healthy Young Adults. *Med Care* 1991; 29 (7): 679–683
- Raj SR, Simpson CS, Hopmann WM, Singer MA. Health-related quality of life among final-year medical students. *CMAJ* 2000 Feb 22; 162 (4): 509–510
- The Short-Form-36 Health Survey in McDowell I, Newell C. *Measuring Health; A guide to rating scales and questionnaires*. Oxford 1996: 446–456
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS-36-Items Short Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and item Selection. *Med Care* 1992; 30 (6): 473–481

Korrespondenzadresse: Christiane E. Rist · Universitätsklinikum Benjamin-Franklin · Abt. Allgemeinmedizin · FU Berlin · E-mail: c.rist@enbw.com