

Aus dem Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Direktor: Herr Prof. Dr. Peter Kropp

„Innovationen bei der Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in der Mediziner Ausbildung [an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock]. Eine Querschnittsstudie vor dem Hintergrund des Bologna-Prozesses.“

Inauguraldissertation

zur

Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizinwissenschaften (Dr. rer. hum.)

der Medizinischen Fakultät

der Universität Rostock

vorgelegt von:

Peter Kuhnert, geboren am 27. Mai 1966 in Güstrow,
aus Güstrow

Rostock, 21. Dezember 2011

Dekan: Herr Prof. Dr. med. Emil Reisinger

1. Gutachter: Herr Prof. Dr. Peter Kropp, Universitätsmedizin Rostock, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
2. Gutachter: Frau Prof. Dr. Helga Joswig, Philosophische Fakultät an der Universität Rostock, Institut für Pädagogische Psychologie „Rosa und David Katz“
3. Gutachter: Frau Prof. Dr. Monika Hasenbring, Ruhr-Universität Bochum, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Datum der Einreichung: 21.12.2011

Datum der Verteidigung: 21.11.2012

In memoriam

Maria Ida Fischer

06.03.1911 – 01.11.2006

I

Textband

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung: Die Wahrnehmung des gegenwärtigen Verhältnisses zwischen Arzt und Patient in der medialen Öffentlichkeit	6
2	Zur Entwicklung des Medizinstudiums nach der ÄAppO von 2002	21
2.1	Die Besonderheiten des Medizinstudiums	21
2.2	Das Medizinstudium und der Bologna-Prozess	28
2.3	Entwicklungen an den Medizinischen Fakultäten als Reaktion auf die neue Approbationsordnung von 2002	31
3	Ausbildung kommunikativer Kompetenzen in der Mediziner Ausbildung	35
3.1	Arbeitsdefinitionen	35
3.1.1	Der Begriff „Sprache“	35
3.1.2	Der Begriff „Kommunikation“	37
3.1.3	Der Begriff der „kommunikativen Kompetenz“	38
3.2	Die Rolle der Arzt-Patient-Kommunikation innerhalb einer gewandelten Arzt- Patient-Beziehung	40
3.3	Innovationen zur Entwicklung kommunikativer Kompetenzen im Medizinstudium	49
3.3.1	Ein Überblick über innovatives Denken bei der Gestaltung von Lehrveranstaltungen zur Vermittlung von kommunikativen Kompetenzen	49
3.3.2	Das Studienhospital Münster	58
3.3.3	Das Curriculum Medicinale Heidelberg („HeiCumed“)	64
3.3.4	Der Modellstudiengang Medizin an der Berliner Charité	71
3.3.5	Das Theatrum Anatomicum Ulm	75
3.4	Hypothesenbildung als Fazit	78
4	Studiendesign	87
4.1	Auswahl der Fragen und Adressaten	87
4.1.1	Das „Basler Consensus Statement“ als Grundlage der empirischen Untersuchung	87
4.1.2	Zur Rolle des „Kölner Evaluationsbogens Kommunikation (KEK)“ innerhalb der empirischen Fragestellung	88

4.2	Adressaten der empirischen Untersuchung und Kriterien der Adressatenauswahl.....	90
4.3	Datenreduktion und Statistik.....	99
4.3.1	Aufbereitung der Fragebögen.....	99
4.3.2	Umgang mit fehlenden Daten.....	103
4.3.3	Eingesetzte Software	104
4.3.4	Darstellung der deskriptiven und inferenten Statistiken.....	104
5	Zum gegenwärtigen Stand und zu Perspektiven der kommunikativen Kompetenzvermittlung an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock.....	106
5.1	Gespräch mit dem Studiendekan der Medizinischen Fakultät an der Universität Rostock, Herrn Prof. Dr. med. Mittlmeier	106
5.2	Gespräch mit dem Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Herrn Prof. Dr. Kropp	110
5.3	Gespräch mit dem Leiter der Palliativstation am Universitätsklinikum Rostock, Herrn Prof. Dr. med. Junghanß	113
5.4	Gespräch mit dem Verantwortlichen für Lehre an der Kinder- und Jugendklinik am Uni-Klinikum Rostock, Herrn Prof. Dr. med. Plath	118
5.5	Gespräch mit dem Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Rostock, Herrn Prof. Dr. med. Altiner	122
6	Auswertung der Interviews und Spezifizierung der Hypothesen bezüglich des Studienortes Rostock	126
7	Deskriptive und inferente Statistiken.....	134
7.1	Deskriptive Statistiken	134
7.1.1	Auswertung der empirischen Daten aus dem Vorklinikum.....	134
7.1.1.1	Darstellung der allgemeinen Angaben zu Erfahrungen im bisherigen Studium.....	134
7.1.1.2	Darstellung der Angaben zu sozialen und kommunikativen Fähigkeiten ...	134

7.1.1.3 Darstellung der Angaben zur organisatorischen Struktur künftiger Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen	134
7.1.2 Auswertung der empirischen Daten aus den klinischen Semestern	134
7.1.2.1 Darstellung der allgemeinen Angaben zu Erfahrungen im bisherigen Studium	134
7.1.2.2 Darstellung der Angaben zu sozialen und kommunikativen Fähigkeiten ...	134
7.1.2.3 Darstellung der Angaben zur organisatorischen Struktur künftiger Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen	134
7.1.3 Auswertung der empirischen Daten aus der Ärztebefragung	
7.1.3.1 Darstellung der allgemeinen Angaben zu Erfahrungen im Studium an der Universität	134
7.1.3.2 Darstellung der Angaben zu sozialen und kommunikativen Fähigkeiten ...	135
7.1.3.3 Darstellung der Angaben zur organisatorischen Struktur künftiger Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen	135
7.1.4 Gesamtzusammenfassung aller Daten	135
7.1.4.1 Gesamtdarstellung zu Erfahrungen im Studium der Medizin	135
7.1.4.2 Gesamtdarstellung zu sozialen und kommunikativen Fähigkeiten	135
7.1.4.3 Gesamtdarstellung zur organisatorischen Struktur künftiger Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen	135
7.2 Inferente Statistiken	135
7.2.1 Gegenüberstellung der empirischen Daten: Studenten – Ärzte	135
7.2.2 Gegenüberstellung der empirischen Daten: Vorklinik – Ärzte	135
7.2.3 Gegenüberstellung der empirischen Daten: Klinik – Ärzte	135
7.2.4 Gegenüberstellung der empirischen Daten: Vorklinik – Klinik	135
7.3 Auswertung der freien Textfelder	136
7.3.1 Studienorte (ausschließlich Fragebogen Ä)	136
7.3.2 Begründung für die Einschätzung der Qualität der vorher besuchten Lehr Einrichtung	136
7.3.2.1 Begründung für die Einschätzung der Qualität der Ausbildung am Gymnasium	136
7.3.2.2 Begründung für die Einschätzung der Qualität	

der Lehre an der Universität als Vorbereitung auf den ärztlichen Alltag	138
7.3.3 Frage nach dem Zeitpunkt des ersten Patientenkontaktes	139
7.3.4 Frage nach der Belegung eines Kommunikationskurses innerhalb der Ausbildung	142
7.3.5 Frage nach der Kenntnis des Kölner Evaluationsbogens	143
7.3.6 Frage nach dem verantwortlichen Institut zur Organisation von Kommunikationskursen	143
7.3.7 Frage nach inhaltlichen Schwerpunkten für Kommunikationskurse bzw. Kommunikationslehrveranstaltungen	145
8 Diskussion	147
8.1 Interpretation der empirischen Daten unter medizinisch- fachlichem Aspekt	147
8.1.1 Interpretation der Vorklinik-Daten	147
8.1.2 Interpretation der Klinik-Daten	149
8.1.3 Interpretation der Ärzte-Daten	152
8.1.4 Interpretation der Gesamtdaten	154
8.1.5 Interpretation der Gegenüberstellung: Studenten – Ärzte	157
8.1.6 Interpretation der Gegenüberstellung: Vorkliniker – Ärzte	161
8.1.7 Interpretation der Gegenüberstellung: Kliniker – Ärzte	163
8.1.8 Interpretation der Gegenüberstellung: Vorkliniker – Kliniker	165
8.2 Schwachpunkte der Methode(n) und Fehlerdiskussion	167
8.3 Konklusion	169
8.3.1 Qualitative Ausprägung sozialer und kommunikativer Fähigkeiten als Grundlage für die inhaltliche Gestaltung von Lehrveranstaltungen zur Förderung kommunikativer Kompetenzen	169
8.3.2 Organisatorische Gestaltung von Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen	171
9 Zusammenfassung	173
9.1 Methoden- und Zielbeschreibung	173
9.2 Ergebnisdarstellung der empirischen Untersuchung	173
9.3 Schlussfolgerungen für die Gestaltung zukünftiger Lehrveranstaltungen	

zur Herausbildung kommunikativer Kompetenzen an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock	174
10 Abbildungsverzeichnis	176
10.1 Abbildungen im engeren Sinne	176
10.2 Bilder	177
10.3 Tabellen	177
11 Literaturliste.....	178
12 Danksagung	183

1 Einleitung: Die Wahrnehmung des gegenwärtigen Verhältnisses zwischen Arzt und Patient in der medialen Öffentlichkeit

Der Befund ist eindeutig.

Ärzte und Patienten¹ sehen sich durch eine breite mediale Aufmerksamkeit einem gesellschaftlichen Diskurs ausgesetzt, der für den Einzelnen kaum noch überschaubar ist, der aber gerade deshalb verdeutlicht, wie themenbreit und konfus die Situation in der Diskussion über das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten geworden ist. Im Mittelpunkt all dieser Auseinandersetzungen stehen die entscheidenden Fragen: Was ist ein guter Arzt? Wie wird der Arzt von heute gesellschaftlichen Erfordernissen, aber auch individuellen Vorstellungen von Patienten, Vorgesetzten und Institutionen gleichermaßen gerecht? Was wissen, erfahren, erwarten alle Seiten voneinander?

Diesen Fragen soll thesenartig anhand des STERN-Titelthemas *„Risiko Röntgen. Zu hohe Belastung, zweifelhafter Nutzen. Was Sie über CT, Kernspin und PET wissen müssen.“* vom 22.06.2011² nachgegangen werden.

I. Unprofessionelle Mediziner versus verunsicherte Patienten

„Experten klagen, dass ein großer Teil der heute angefertigten Aufnahmen keinen erwiesenen Nutzen hat. Dass vielerorts sowohl die Geräte als auch die befundenen Ärzte nicht auf dem letzten Stand sind.“³ [...] Eine Befragung zeigte, dass zum Teil nicht einmal Kinderärzte wissen, welches Risiko sie mit der Überweisung zum Röntgen oder CT in Kauf nehmen – nur ein Viertel der Pädiater kannte den Zusammenhang zwischen bösartigen Tumoren und Röntgenverfahren überhaupt.“⁴ [...] „Viele Mediziner überweisen ihre Patienten an den Kollegen in der Radiologie schlicht zur Absicherung ihrer eigenen Einschätzung – und schlimmstenfalls auch, weil sie keine haben.“⁵

¹ Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit immer nur die männliche Form der Personen- und Berufsbezeichnungen verwendet. Nur in Fällen, wo die Autoren selbst auf die Doppelformen wert legten (siehe die Angaben im Kapitel 3: Studiendesign), wurden diese beiden Formen auch so wiedergegeben.

² Heißmann, Nicole; Schweitzer, Arnd; Stollorz, Volker: Riskanter Durchblick. In: STERN Nr. 26/2011 vom 22.06.2011, S. 73-92.

³ Ebenda, S. 74.

⁴ Ebenda, S. 80.

⁵ Ebenda, S. 78.

Bereits ein Jahr zuvor berichtete das Hamburger Magazin unter Berufung auf Krankenhaus-Insider über den Krankenhausalltag: „Kollegen werden Neuzugänge miteinander verwechseln. Einem Mann werden sie irrtümlich den Bauch aufschneiden. Eine Schwester wird heikle Medikamente vertauschen, es wird gerade noch mal gut gehen. Eine todkranke Krebspatientin wird in ihrer Seelennot allein bleiben, weil die Warteliste des Klinikpsychologen länger ist als die Zeit, die der Frau zum Leben bleibt.“⁶ Diese Reihe ließe sich beliebig fortsetzen.⁷ Und weiter geht es mit Schlagwörtern:

- „Wer eingeliefert wird, ist ausgeliefert.
- Und doch macht der Klinikapparat oft eher krank als gesund.
- Mediziner, die außerhalb der weißen Welt über den wahren Zustand sprechen, riskieren Job und Karriere.
- Jeder der 18 Millionen Patienten (in einem Krankenhaus, P.K.), ..., darf froh sein, heil wieder herauszukommen.“⁸

Aber der Bericht zeichnet nicht nur ein Bild mangelnder Patientenversorgung, er benennt auch die verkrusteten Hierarchien, die mangelnde Weiterbildung des ärztlichen Personals und den Wust an Bürokratie als Gründe für den mangelnden Willen von jungen Ärzten, an Kliniken tätig zu werden.⁹ Ergänzt wird dieses Bild durch wenig geschulte Chef- und Oberärzte: „Erstes Credo unserer Abteilung: Bloßstellung hat noch keinem geschadet. Zweites Credo: die [sic!] Untergebenen immer wieder an ihre

⁶ Geisler, Annika: Krisengebiet Krankenhaus. In: STERN Nr. 36/2010 vom 09.09.2010, S. 38.

⁷ Das „Hamburger Abendblatt“ schreibt unter der Überschrift: „Patienten beschwerten sich über Ärzte“: „Manchmal kommt erst der Arzt, dann der Tod.“ Es folgt die Darstellung ärztlicher Kunstfehler. In: <http://www.abendblatt.de/politik/deutschland/article1050726/Patienten-beschwerten-sich-ueber-Aerzte.html> (Letzter Zugriff am: 03.07.2011). DIE WELT titelte am 30.03.2010: „Heiler ohne Wunder. Ein Arzt riet einer Mutter zum Abbruch der Chemotherapie. Ihre Tochter starb.“ In: DIE WELT vom 30.03.2010, S. 28. Die „Schweriner Volkszeitung“ stellt am 12.06.2009 fest: „Für die Unzufriedenheit mit den Kliniken im Land gibt es mehr als eine mögliche Erklärung. [...] Kosten- und Kontrolldruck durch die Kassen sowie der zunehmende Ärztenotstand lässt Zeit schmelzen, die eigentlich dem Patienten zugute kommen soll.“ In: „Schweriner Volkszeitung“ vom 12.06.2009, S. 7. Die gleiche Zeitung meldet nur vier Monate später: „Pfusch am Patienten. Zahl der Beschwerden über Behandlungsfehler steigt.“ In: „Schweriner Volkszeitung“ vom 14.10.2009, S. 3. Den Zwiespalt von Onkologen bei der Medikamentengabe und dem Umgang mit Patienten beschreibt Martina Keller in ihrem Beitrag: Der Preis des Lebens. In: DIE ZEIT Nr. 4/2011 vom 20.01.2011, S. 13-15.

⁸ Geisler, a.a.O., S. 38.

⁹ Ebenda, S. 40.

Unzulänglichkeiten erinnern.¹⁰ Organisationsmängel, Koordinationsfehler, Missverständnisse führen zu medizinischen Fehlentscheidungen.

Auf ein zentrales Manko macht *Bühren* in dem genannten Artikel aufmerksam: „Früher beklagten sich die Patienten, dass die Ärzte nur Latein sprächen. Heute können sie froh sein, wenn Doktoren überhaupt mit ihnen reden. Im Stationsalltag bleibt auf der Strecke, wonach sich die Kranken sehnen und wovon sie womöglich mehr profitieren könnten als von ihren sechs bis acht Arzneimitteln: Aufmerksamkeit, Anteilnahme, Empathie.“¹¹ *Bühren* beklagt die nicht ausreichende Ausbildung junger Mediziner in ärztlicher Gesprächsführung, Betreuung Schwerkranker und Sterbender sowie der Beratung von Angehörigen.¹² Wenig beruhigend für Ärzte sind die Schlussbemerkungen der Autorin:

- Jeder dritte Chirurg hält die Einnahme von leistungssteigernden Mitteln für nachvollziehbar.
- Ärzte werden leichter zu Alkoholikern.
- Die Suizidrate von Ärzten ist im Vergleich zu anderen Berufsgruppen höher.¹³

Mayer verteidigt die Ärzte: Er sieht die Ursachen für die sogenannten Kunstfehler im System:

- Mangelverwaltung im Gesundheitssystem
- Spardiktate
- Fehlen ausreichender Ressourcen
- Unzureichende Organisation von Großkliniken und Praxen
- Fehlende Ärzte (5.000 Arztstellen sind derzeit in Deutschland unbesetzt).¹⁴

Die nicht im Verdacht billiger Effekthascherei stehende FAZ geht einen Schritt weiter. Sie gibt Migräne-Patienten Therapiehinweise. Nachdem alle sechs konventionellen Behandlungsmöglichkeiten von Migräne (Halseinrenken, Kochsalzinjektionen in die Nervenbahnen, Ozontherapie, Amalgamentfernung, Frischzellenkur, Darmreinigung) als nutzlos abgestempelt wurden, findet der Leser drei Alternativen:

¹⁰ Ebenda.

¹¹ Ebenda, S. 44.

¹² Vgl.: ebenda, S. 44.

¹³ Ebenda.

¹⁴ Mayer, Kurt-Martin: Täter hinter dem Täter. In: FOCUS, Nr. 7/2011 vom 14.02.2011, S. 43.

- Gabe von Triptanen
- Verhaltenstherapie
- Ausdauersport.¹⁵

FAZnet. verweist aber auch auf die Leitlinien aus dem Internet und hebt somit die zweite große Informationsquelle für Patienten neben dem ärztlichen Gespräch, das – siehe oben – sträflich vernachlässigt wird, hervor. „Leitlinien sind der Versuch, das vorhandene Wissen über Diagnostik und Therapie einer Krankheit sinnvoll und nachhaltig zusammenzufassen. Sie sind die Auswertung einer meist unübersichtlich großen Zahl von Studien zum Thema. Sie fassen die Wissenschaft zum Thema zusammen. Leitlinien sind Empfehlungen für praktizierende Ärzte, keine Befehle.“¹⁶ Hielten sich die Ärzte an diese Leitlinien, wären ihre Behandlungsvorschläge besser, nebenwirkungsärmer und vor allem billiger. Leider sind einzelne Leitlinienkataloge so umfänglich, dass sie außer von den einzelnen Autoren kaum gelesen werden. Der neurologische Leitlinienkatalog umfasst 104 Leitlinien auf 969 Seiten, eine Kurzfassung wäre hier sicherlich hilfreich. Aber auch solche Kurzfassungen werden nur marginal wahrgenommen. Das „Deutsche Ärzteblatt“ veröffentlichte im Februar 2011 eine Studie, wonach 2.500 Ärzte 45 Fragen zu drei Krankheitsbildern beantworten sollten. 1.200 Ärzte antworteten. Davon hatten 40% der Hausärzte ausreichende Leitlinien-Kenntnisse. Inzwischen gibt es auch für Patienten Leitlinien, die von Selbsthilfegruppen beispielsweise in Arztpraxen verteilt werden. Leider widersprechen Patienten selbst mit dieser fundierten Grundlage kaum ihren Ärzten.¹⁷ Deutlich wird daraus aber ein offensichtlich gewandeltes Arzt-Patient-Verhältnis. Der Patient wird hier als Partner des Arztes verstanden. Partnerschaft setzt gegenseitiges Vertrauen voraus. Hier scheinen sich inzwischen Polaritäten herauszubilden: „Das Gefühl, auch selber für seine Gesundheit verantwortlich zu sein, ist in unserem Wohlfahrtsstaat nicht sehr ausgeprägt.“, stellt *Furtwängler* fest.¹⁸ Die Erwartungshaltung an die Ärzte scheint

¹⁵ Heier, Magnus: Medizinische Leitlinien. Blickt Dr. Heitmann noch durch? In: <http://www.faz.net/IN/INtemplates/faznet/default.asp?tpl=common/zwischenstasse.asp&dox={B7431DB0-30F3-7B64-2A6A-8FBA338D94F4}&rub={7F74ED2F-DF2B-4397-94CC-2D664921E7FF}>. (Letzter Zugriff am: 17.03.2011).

¹⁶ Ebenda.

¹⁷ Ebenda.

¹⁸ Furtwängler, Maria: Im Selbstzweifel bin ich gut. In: ZEIT-Magazin Nr. 12 vom 17.03.2011, S. 15.

ihrer Meinung nach außerordentlich hoch und geht in Richtung: „Mach(t) was!“¹⁹ Dies bestätigt auch *Koslick* in ihrem Beitrag: „Das Anspruchsdenken der Patienten werde immer größer. ‚Vielen fehlt das Verständnis dafür, dass es auch heute noch Krankheiten gibt, die nicht geheilt werden können.‘ Zum Glück gehöre zur Allgemeinmediziner Ausbildung aber auch zu lernen, mit Ansprüchen, die nicht erfüllt werden können, umzugehen.“²⁰ Flankiert werden diese Entwicklungen von tatsächlichen, empirisch nachweisbaren Fehlern in der Diagnostik. *Schäfer* beschreibt fünf Fallen, die eine fatale Eigendynamik beim diagnostischen Denken entfalten:

- Vorschnelle Diagnose
- Ankern (Festhalten am Ersteindruck ohne Revidieren der möglichen falschen Diagnose)
- Verfrühter Diagnoseschluss (ohne Abklären weiterer möglicher Aspekte Einleitung der Behandlung)
- Konzentration auf das Gewohnte (Orientierung an prototypischen Vorstellungen von Krankheitsbildern)
- Blindheit für seltene Krankheiten.²¹

Schäfer ergänzt diese Fehlstrategien, indem sie Ärzten kognitive Vereinfachungsstrategien nachweist und auf emotionale Fehlrurteile hindeutet.²² Sie fordert daher schon im Studium eine frühzeitige Aufklärung der Studierenden über Denkprozesse bei der Diagnostik und mögliche Probleme, insbesondere den Umgang mit Denkfallen, sie empfiehlt die Simulation von Diagnostikprozessen unter ständiger Anleitung zur Selbstreflexion. Weiter schlägt sie ein Kommunikationstraining vor, das den Umgang im Team mit Diagnostikentscheidungen abbildet, sowie Diskussionen über diagnostische Irrtümer.²³ Überschattet wird ein gelungenes Arzt-Patient-Verhältnis von fehlender fachlicher Kompetenz des Arztes, aber auch von fehlenden sozialen und Selbst-Kompetenzen des Mediziners. Erst wenn der Arzt über eine optimale

¹⁹ Ebenda.

²⁰ Koslik, Karin: Womit lockt man Mediziner von morgen? In: „Schweriner Volkszeitung“ vom 26./27.02.2011, S. 3 Eingefügt wurde als Zitat die Bemerkung des Studenten Paul Blaschke, Medizin-Student im PJ am Universitätsklinikum Rostock.

²¹ Schäfer, Annette: Wie Ärzte denken. In: Psychologie heute, Nr. 11/2008, S. 32.

²² Ebenda.

²³ Ebenda, S. 34f.

Handlungskompetenz verfügt, die den Patienten in seiner Autonomie anspricht, kann auch von einem gelungenen Verhältnis zwischen den Parteien die Rede sein.

II. Die professionalisierte Medizin im Dienste des Patienten

„Dabei sind die Werkzeuge der Radiologen ein Segen [...].“²⁴

Die Erfolge der Medizin(er) sind nicht wegzudiskutieren. Die Bandbreite der Erfolgsmeldungen reicht dabei vom doch etwas skurrilen „Dr. Wau“, der Krebs erschnüffeln kann²⁵, über die Darstellung neuer therapeutischer Methoden bei den unterschiedlichsten Krankheitsbildern²⁶ bis hin zu Zukunftsszenarien.²⁷ Dabei wird selbst einzelnen ärztlichen Berufsgruppen (in diesem Fall den Hausärzten) Respekt gezollt, wie der Beitrag von *Albrecht* beweist.²⁸ Schließlich sei der MLP-Gesundheitsreport zitiert, der diese positive Bilanz doch relativiert, wenn er resümiert, dass der Arztberuf an Attraktivität verloren hat, also die Erfolgsbilanzen der Forscher und Ärzte nicht korrelieren mit der Attraktivität des Berufs. 2009 empfanden 50% ihren Beruf als attraktiv, weniger attraktiv fanden ihn 47%.²⁹ Sicher ist dies eine Momentaufnahme, die auf den ersten Blick wie eine Steigerung der Attraktivität wirkt, aber erschreckend ist ja, dass offensichtlich die Hälfte der befragten Ärzte ihren Beruf nicht mehr als attraktiv empfindet. Zu Recht vertrauen Patienten Ärzten aufgrund deren fachlicher Kompetenz. Alle medizinischen Erfolge dienen dabei auch einem gelingenden Arzt-Patient-Verhältnis und umgekehrt.

²⁴ Heißmann, a.a.O., S. 74.

²⁵ Mappes-Niedek, Norbert: Dr. Wau kann Krebs erschnüffeln. In: „Schweriner Volkszeitung“ vom 12.03.2010, S. 8. und siehe dazu auch: Jutzi, Sebastian; Sanides, Silvia: Feine Nasen. In: FOCUS Nr. 7/2011 vom 14.02.2011, S. 64-66.

²⁶ Siehe dazu: Fichtner, Ullrich: Ein ganz besonderer Mensch. In: DER SPIEGEL Nr. 30/2011 vom 25.07.2011, S. 50-54; Koslik, Karin: Zusatzinfos aus dem Herz-MRT. In: „Schweriner Volkszeitung“ vom 08.02.2011, S. 23.; Felix, Gerlinde: Strahlen gegen den Krebs. In: WELT am Sonntag Nr. 10/2011 vom 06.03.2011, S.59; Thielicke, R.; Albers, R.; Niehaus, J.; Mayer, K.: Wege zurück ins Leben. In: FOCUS Nr. 7/2011 vom 14.02.2011, S. 80-83; Blech, Jörg: Heilsamer Stuhl. In: DER SPIEGEL, Nr. 10/2011 vom 05.03.2011, S. 121; Mayer, Kurt-Martin: Spezialteams gegen den Krebs. In: FOCUS Nr. 26/2010, S. 60-92. In dieser Ausgabe wird für die Patienten zugleich eine Liste mit allen empfehlenswerten Ärzten abgedruckt, die sich auf die unterschiedlichsten Arten von Krebs spezialisiert haben. Auch dies eine neue Form von Information und damit Kommunikation im spezifischen Bereich der Arzt-Patient-Beziehung.

²⁷ Siehe dazu: Skalli, Sami: Was die Medizin für uns bereithält. In: <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2010-12/ausblick-medizin-2011> (Letzter Zugriff am 03.07.2011); Höflinger, Laura: Es wird persönlich. Medikamente der Zukunft. In: „Der Tagesspiegel am Sonntag“ vom 21.11.2010, S. 24.

²⁸ Albrecht, Harro: Einer für alle. In: DIE ZEIT Nr. 18/2010 vom 29.04.2010, S. 39-41.

²⁹ Der Arztberuf verliert für Ärzte an Attraktivität. In: MLP-Gesundheitsreport 2009. Hrsg.: Institut für Demoskopie Allensbach: Allensbach am Bodensee, 2009, S.2.

III. Eine (über-)technisierte Medizin und der allein gelassene Patient

„Und der Bundesgerichtshof hat entschieden, dass eine nicht gerechtfertigte Untersuchung eine vorsätzliche Körperverletzung darstellen kann.“³⁰ [...] „Doch gerade die Rechtfertigung, der Nutzen der Untersuchung für den Patienten, steht eben oft genug infrage.“³¹

Die Überschriften sprechen für sich: „Schatten auf dem Schirm. Ist das hochgelobte Mammografie-Programm effizient genug?“³², „Leben am Schlauch. Für Schwerkranke und Sterbende ist eine Magensonde oft die wichtigste Verbindung zum Leben – für einige viel zu lange.“³³, „Nicht tot zu kriegen. Selbst wenn Forscher Panikmeldungen längst als Medizinlegenden entlarvt haben, kursieren diese im Netz und in den Medien weiter.“³⁴, „Die Herzmedizin geht fahrlässig in die Vollen. Von wegen sanft: Insider beklagen Wildwuchs bei Diagnosen.“³⁵, „Welcher Kopf ist normal? Wir brauchen eine Diskussion über ästhetisch angemessene Schädel.“³⁶ Titel, die Patienten das Fürchten lehren können.

Andererseits fürchten sich Ärzte vor einem Teil ihrer Patienten. *Bengsch* ermittelte beispielsweise für die Ängste von Ärzten vor natürlichen Geburten folgende Ursachen:

- Angst vor rechtlichen Folgen bei Gesundheitsschäden
- Zunehmende Anzahl von Risikoschwangerschaften
- Beachtung des „Zustands nach Sectio“
- Wirtschaftliche Interessen der Kliniken (für einen Kaiserschnitt erhält die rund 2.800 €, für eine natürliche Geburt nur rund 1.400 €).³⁷

So ist auf beiden Seiten eine Verunsicherung zu konstatieren, die nicht zu leugnen ist, die auch nicht allein durch mediale Berichterstattung zu erklären ist. Wenn im Folgenden von der Arzt-Patient-Kommunikation gesprochen wird, dann ist dieses Beziehungsgeflecht ebenfalls zu beachten.

³⁰ Heißmann, a.a.O., S. 76.

³¹ Ebenda.

³² Kuhr, N.; Bahnsen, U.: Schatten auf dem Schirm. In: DIE ZEIT Nr. 9/2010 vom 25.02.2010, S. 33f.

³³ Spiwak, Martin: Leben am Schlauch. In: DIE ZEIT Nr. 23/2009 vom 28.05.2009, S. 39f.

³⁴ Albrecht, Harro: Nicht tot zu kriegen. In: DIE ZEIT Nr. 7/2010 vom 11.02.2010, S. 31f.

³⁵ Von Lutterotti, Nicola: Die Herzmedizin geht fahrlässig in die Vollen. In: „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ Nr. 64/2010 vom 17.03.2010, S. N 1.

³⁶ Lossau, Norbert: Welcher Kopf ist normal? In: „WELT am Sonntag“ Nr. 13/2011 vom 27.03.2011, S. 70.

³⁷ Bengsch, Danielle: Der Trend zum Kaiserschnitt. In: WELT kompakt vom 24.03.2011, S. 28.

IV. Unzureichende Kommunikation als eine Komponente belasteter Arzt-Patient-Beziehung

„In der Medizin hat der Siegeszug der Bilder die konventionelle Diagnostik allmählich in den Hintergrund gedrängt – das aufmerksame Gespräch, die eingehende körperliche Untersuchung“, sagt der Allgemeinmediziner Stefan Gesenhues, Professor am Klinikum Duisburg-Essen. Dabei genügen in 80% aller Fälle die richtigen Fragen und die bloßen fünf Sinne, um die richtige Diagnose zu stellen.“³⁸ [...], „Da war der Patient, dessen Gallenblase er [Stefan Puig, Leiter des Forschungsprogramms für Evidenzbasierte Medizinische Diagnostik an der Medizinischen Paracelsus-Privatuniversität Salzburg, P.K.] per Ultraschall untersuchen sollte, da stimme etwas nicht. ‚Ich habe den Mann dann gefragt, ob er denn öfter Probleme mit der Galle habe‘, sagt der Radiologe. ‚Und da antwortete er mir: ‚Die ist doch längst rausoperiert.‘ Der Kollege hatte offenbar kaum mit dem Patienten gesprochen.“³⁹

Auf der Internetseite „washabich.de“ bieten Medizinstudenten der höheren Semester Übersetzungshilfen für Patienten an, die Arztbriefe oder Laborbefunde nicht verstehen. Nachdem das betreffende Dokument hochgeladen wurde, übersetzen die Studierenden die Berichte und Befunde in einen Klartext.⁴⁰ Dass solche Unternehmungen noch nötig sind, nimmt Wunder, schließlich sind die Bemühungen um eine klare, eine verständliche Kommunikation zwischen Arzt und Patient seit mehr als einem Jahrzehnt deutlich spürbar.⁴¹ Trotzdem bleiben Zweifel, ob diese Bemühungen von grundsätzlichem Erfolg sind. Zur Verdeutlichung soll folgendes Patienten-Beispiel dienen:

Werner Dosse ahnt nach einer angeblich erfolgreichen Darm-OP noch nicht, dass er zu einem Problem wird. Als nach der Rektumkarzinom-OP unerträgliche Schmerzen auftreten, beginnt ein Rennen auf der Suche nach dem richtigen, dem zuständigen Arzt, weder der Hausarzt noch der Onkologe gehen den Schmerzen auf den Grund. Erst drei Monate später, bei der Kontrolle der OP-Narbe, stellt man konsterniert fest: Dosse

³⁸ Heißmann, a.a.O., S. 78.

³⁹ Ebenda.

⁴⁰ Siehe dazu: Medizinerlatein entschlüsseln lassen. In: „Schweriner Volkszeitung“ vom 28.04.2011, S. 23.

⁴¹ Siehe dazu auch: Dworschak, Manfred: Facebook für Patienten. In: DER SPIEGEL Nr. 11/2011 vom 14.03.2011, S. 138.

leidet an einer Anastomoseinsuffizienz, hinzu kommt eine offene Darmnaht. Der Operateur entschuldigt sich, indem er dem Patienten die Schuld zuschiebt. Dieser hätte sich eben eher melden müssen. Also ist der Patient Dosse Teil des Kernproblems, weil er, unmündig, unwissend, das System nicht durchschaut; das strukturelle Problem, das Ursache für die folgenschwere Kommunikationsstörung zwischen den einzelnen Fachabteilungen ist, nicht kennt. Laut Gerd Nettekoven, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krebshilfe, besteht dieses Problem in der Trennung von stationärer Versorgung durch Klinikmediziner und ambulanter Weiterbehandlung durch niedergelassene Ärzte.⁴² Wenn nun gefordert wird, Patienten müssten Fragen stellen, den Mut haben, nach dem Oberarzt zu fragen, klingt das eher nach einem Patienten, dem man alles zutrauen muss, während der Arzt auf die entsprechenden Fragen wartet. Der Patient fühlt sich in solchen Situationen der Entscheidung aber völlig überrannt. Dann können ihm die weiter unten beschriebenen Netz-Modelle helfen (siehe das Augsburger „Mamma-Netz“). Aber auch für Patienten wie Dosse gibt es inzwischen weitere Ansätze. So gibt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen verschiedene Informationsblätter heraus, die den Patienten helfen sollen, beim Arztbesuch die entscheidenden Fragen zu stellen.⁴³ Eine zweite Lösung für Patienten wie Dosse sind zertifizierte Zentren. Dazu gehören:

- Spezialisierte und geprüfte Organkrebszentren
- Kommunale onkologische Schwerpunktkrankenhäuser
- Spitzenzentren der Forschung.

Entscheidend für Dosse wären die an diesen Zentren tätigen Lotsen, die dafür sorgen, dass Patienten mit ihren Anliegen den entsprechenden Ärzten vorgestellt werden.⁴⁴ Zukünftig sollen solche Erlebnisse, wie sie Dosse schildert, der absolute Ausnahmefall

⁴² Siehe dazu und zu dem dargestellten Fallbeispiel: Strassmann, Burkhard: Überlebt, aber wie? In: DIE ZEIT Nr. 40/2010 vom 30.09.2010, S. 43f.

⁴³ Bastian, H, Bender R, Kaiser T, Kirchner, H, Lange S, Müller de Comejo G, Noelle G, Sawicki PT: Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen für Bürger und Patienten. Methoden. Version 1.0 vom 01. März 2005. Hrsg.: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Köln 2005; Erstellung von evidenzbasierten Patienteninformationen zum Thema: Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen – COPD. Hrsg.: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Köln 2007; Erstellung eines Merkblatts für die Schwangere zur Unterstützung des ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die HIV-Testung im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinie [sic!] des G-BA. Hrsg.: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Köln 2007.

⁴⁴ Strassmann, a.a.O.

bleiben. Die Krankenkassen haben dazu bereits 2009/2010 Programme initiiert, die beide Seiten der Kommunikation zwischen Arzt und Patient im Blick haben. So startete die AOK 2009 eine Aufklärungskampagne für Patienten zur Vorbereitung auf das Arzt-Patient-Gespräch. In einer Checkliste wird der Patient sowohl mit Fragen der richtigen Arztwahl, des guten Gesprächs, seiner Rechte als Patient und der Vorgehensweise des Arztes bei Anamnese, Diagnose und Therapie vertraut gemacht.⁴⁵ „Nebenbei“ wird der Patient über typische Missverständnisse beim Arzt, dessen Fachlatein und Ansprüche an einen guten Arzt aufgeklärt.⁴⁶ Ärzten werden Schulungen zur Patientenkommunikation angeboten.⁴⁷ Zur bürokratischen Entlastung hat sich ein Dienstleistungsunternehmen etabliert, das die Befunde, OP-Berichte und Entlassungsbriefe von Diktiergeräten transkribiert.⁴⁸ Neu ist die Einrichtung von Ärztebewertungsportalen im Internet, die die Arztkommunikation als ein Element der Bewertungsskala aufweisen. So differenziert der Fragebogen der Bertelsmann-Stiftung aus dem Jahr 2010 nach folgenden Kriterien:

- „Der Arzt erklärt Diagnosen, Ursachen und Behandlungsmethoden so, dass ich alles verstehe.
- Bei einer Erkrankung klärt der Arzt mich über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten auf.
- Der Arzt bezieht mich in die Entscheidungen zu anstehenden Untersuchungen und Behandlungen mit ein.“⁴⁹

Der letzte Aspekt wird im folgenden Unterpunkt noch einmal näher dargestellt. Selbst fachfremde Medien stellen Ärztebewertungsportale mit ihren Vor- und Nachteilen in den Mittelpunkt ihrer Berichterstattung.⁵⁰ Die meinungsbildenden deutschen Magazine

⁴⁵ Siehe dazu: <http://www.aok.de/bundesweit/gesundheit/patientenrechte-patientengespraech-10543.php> (Letzter Zugriff am: 04.07.2011).

⁴⁶ Siehe dazu: <http://www.aok.de/bundesweit/arzt-patienten-kommunikation-sprechstunde-13283.php> (Letzter Zugriff am 04.07.2011).

⁴⁷ Siehe dazu als ein Beispiel: <http://www.kompass-o.de/> (letzter Zugriff am: 04.07.2011) oder auch: <http://www.tumorzentrum.ukerlangen.de/e1846/e3928/e4298/inhalt4300/KommunikationstraingNrnbergFlyer2010.pdf> (Letzter Zugriff am: 04.07.2011).

⁴⁸ Siehe dazu: Schwartz, Anne: Schreibservice füllt Marktlücke. In: „Schweriner Volkszeitung“ vom 05.04.2011, S. 15.

⁴⁹ http://www.aokgesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/arztundpraxis/prodialog/2010/prodialog_05_2010_web.pdf (Letzter Zugriff am 04.07.2011).

⁵⁰ Siehe dazu: Baur, Alexandra: Check-up für Ärzte. In: fonds magazin. Nr. 1/2011, S. 40f.

begleitenden Prozesse zur Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung erfahrungsgemäß recht kritisch.⁵¹

V. Mangelnde Patientenpartizipation als weitere Komponente belasteter Arzt-Patient-Beziehungen

„Eigentlich müssten das Patient und Arzt gemeinsam entscheiden. Oft aber erfährt der Patient gar nicht, dass es etwas zu entscheiden gibt, und weder der überweisende Arzt noch der Radiologe wägt das Für und Wider ab.“[...] „Als Patient nicht einfach mitzumachen, während der gesamte Medizinbetrieb auf Bildgebung drängt, ist schwierig. Doch Problembewusstsein ist der einzige Weg, sich zu schützen.“⁵²

Wie eine solche Herangehensweise aussehen könnte, beschreibt *Gehrman*n in seinem Beitrag über eine Herz-OP, die bei ihm selbst durchgeführt wurde. Ihm wird klar, so schreibt er, dass er diese „große OP auch deshalb sehr gut überstanden habe, weil ich (*Gehrman*n, P.K.) mich nicht in der Rolle des passiven Opfers eingerichtet habe. Sondern ein aktiver Patient gewesen bin. Vielleicht ist das eine bessere Garantie für die Zuwendung von Ärzten und Pflegerinnen, als sie jede Privatversicherung leisten kann.“⁵³ Dass dies ein singuläres Beispiel ist, zeigen empirische Untersuchungen. „Bei rund 1.000 Audiomitschnitten von Arzt-Patienten-Begegnungen kam heraus: Nur in sechs Prozent der Fälle wird über Vorteile und Risiken einer Therapiemethode aufgeklärt. Und lediglich in jeder fünften Unterredung werden die Wünsche des Patienten diskutiert.“⁵⁴ Damit das nicht so bleibt, initiierte das Bundesgesundheitsministerium im Jahr 2001 einen Förderschwerpunkt „Patient als Partner“. Mit Patientenschulungen und Kommunikationstrainings für Ärzte versuchte man, Patienten und Ärzte vom paternalistischen Arzt-Patient-Verhältnis zu einer partnerschaftlichen Beziehung zu bringen (siehe dazu auch ausführlicher Kapitel 3.2).⁵⁵ Erste Erfolge zeigten sich bei der Mitwirkung von Patientinnen an den bereits weiter oben beschriebenen Behandlungsleitlinien für Brustkrebs. Eine Gruppe von Frauen, die

⁵¹ Siehe dazu: HNO-Ärzte auf Honorarjagd. In: DER SPIEGEL, Nr. 8/2011 vom 21.02.2011, S. 71; Verteufeltes Glück der Freiheit. In: DER SPIEGEL Nr. 52/2010 vom 27.12.2010, S. 160; Blech, Jörg: Sprachlos in der Sprechstunde. In: DER SPIEGEL Nr. 7/2011 vom 14.02.2011, S. 120-128.

⁵² Heißmann, a.a.O., S. 80.

⁵³ Gehrman, Wolfgang: Ein Ökonom unterm Messer. In: DIE ZEIT, Nr. 12/2011 vom 17.03.2011, S. 31.

⁵⁴ Geisler, a.a.O., S. 44.

⁵⁵ Siehe dazu: Roth, Dorothea: Auf gleicher Augenhöhe. In: <http://www.freitag.de/pdf-archiv/Freitag-2006-32.pdf> (Letzter Zugriff am: 03.07.2011).

sich in der Vereinigung „Frauenselbsthilfe nach Krebs“ zusammengeschlossen hatte, machte hier von ihrem Recht Gebrauch und beriet Ärzte bei der Erstellung dieser Leitlinien. Die Erkenntnisse aus dieser Zusammenarbeit wurden dann weiterentwickelt und fanden sich in dem Modell „mamma-Netz“ wieder.⁵⁶ Das Modell „fördert die aktive Mitarbeit der Patientinnen durch Information und bei Bedarf eine persönliche Betreuung“.⁵⁷ Dabei wendet man die Case-Management-Methode an, die darauf setzt, dass der Informationsfluss zwischen den beteiligten Parteien nicht abreißt und der Patient ständig individuell betreut werden kann. Dies führt auch zu einer zeitlichen und emotionalen Entlastung der Gynäkologen und Onkologen, da bereits 48 Stunden nach Befundmitteilung Case-Managerinnen den Kontakt zu den Patientinnen aufnehmen. Dadurch kann der behandelnde Arzt davon ausgehen, dass er sich auf die weiteren Behandlungsschritte konzentrieren kann, ohne ständige Verständnisrückversicherungen beim Patienten anstellen zu müssen. Das erledigt für ihn der Case-Manager.⁵⁸ In Mecklenburg-Vorpommern wurde ein ähnliches Projekt unter dem Titel „Pro-Fil“ initiiert, das allerdings eher auf die Verbesserung der Säuglingsbetreuung setzt.⁵⁹ Inzwischen sitzen Patientenvertreter auch im Gemeinsamen Bundesausschuss, dem Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen. Seit Herbst 2006 werden Dozenten aus den Medizinischen Fakultäten geschult, um auch in der Mediziner-Ausbildung das partnerschaftliche Arzt-Patient-Modell verankern zu können. Trotz all dieser positiven Entwicklungen konstatiert *Roth* doch recht skeptisch: „Es wird wohl noch eine Ärztegeneration dauern, bis sich die Erkenntnis durchgesetzt hat, dass der Arzt nicht mehr der alleinige Hüter des Patientenwohls ist. [...] Aber ein grundlegender Klimawandel deutet sich an.“⁶⁰ Dieser geht von einer partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) zwischen Arzt und Patient aus, wie er in Abbildung 1 in idealtypischer Weise abgebildet wird.

⁵⁶ Siehe dazu: Mamma-Netz. Orientierung und Begleitung für Frauen mit Brustkrebs. Hrsg.: beta-Institut für sozialmedizinische Forschung und Entwicklung gGmbH. Augsburg 2005.

⁵⁷ Roth, a.a.O., S. 4.

⁵⁸ Ebenda, S. 8.

⁵⁹ Siehe dazu ausführlicher: Schüttpelz, Bert: Nachsorge funktioniert nur im Team. In: „Schweriner Volkszeitung“ vom 06.12.2011, S. 17.

⁶⁰ Ebenda, a.a.O.

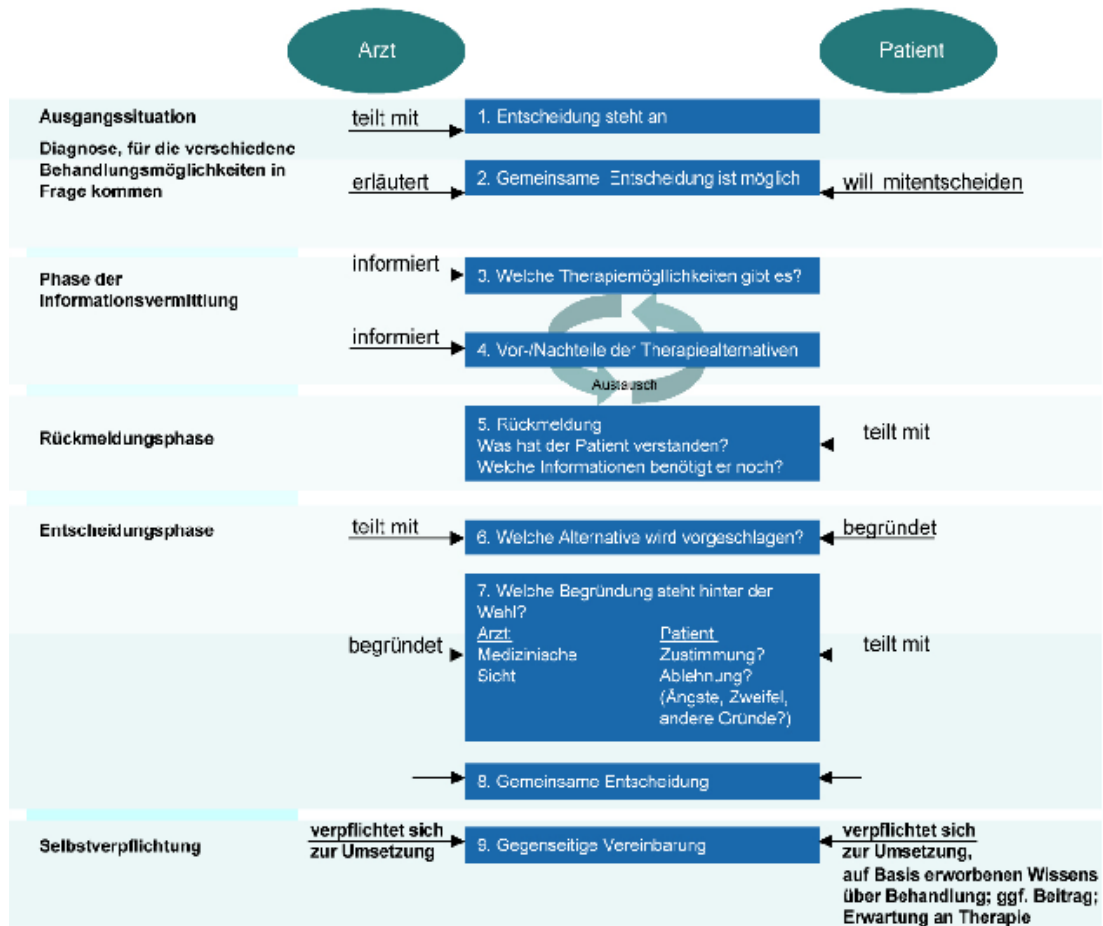


Abb. 1: Partizipative Entscheidungsfindung⁶¹

⁶¹ So gefunden in: <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/33804/Datei/2648/vom-patienten-zum-partner-ablauf-pdf.pdf> (Letzter Zugriff am: 19.08.2011).

VI. Grafische Zusammenfassung

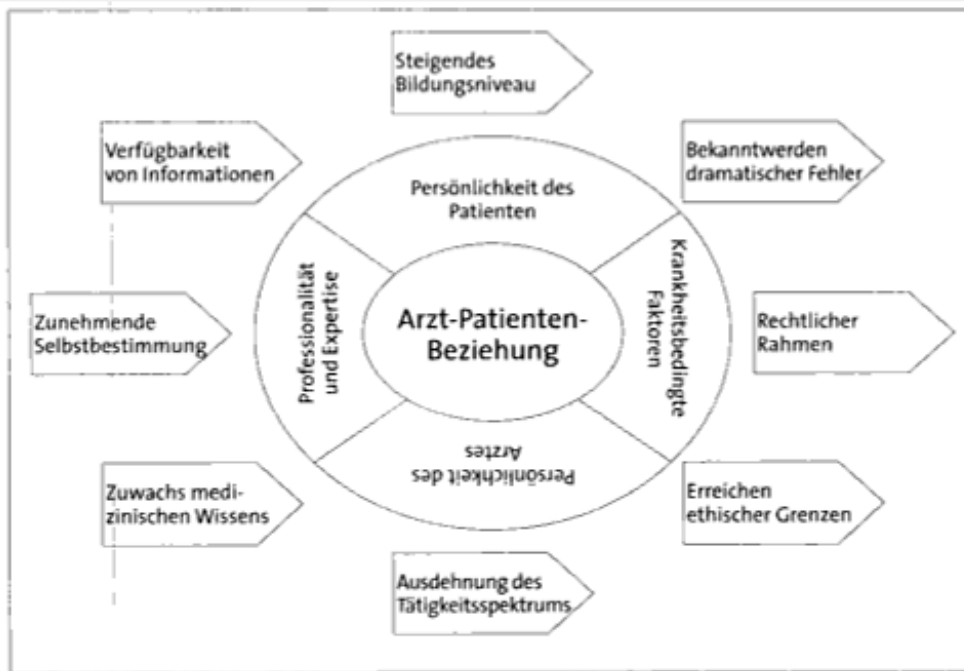


Abb. 2: Einflüsse auf die Arzt-Patient-Beziehung⁶²

Was also muss ein guter Arzt heute können?

„Laut einer Studie ist ein guter Arzt für die meisten Befragten „derjenige, der sich für seine Patienten Zeit nimmt. An zweiter Stelle stehen die Ausführlichkeit der Diagnose und die Art der Vermittlung. Eine wichtige Rolle spielt zudem das offene und ehrliche Arzt-Patient-Verhältnis. Fachliche Kompetenz folgt erst auf Rang vier.“⁶³

Fachliche Kompetenz kann der Patient nicht beurteilen, dazu ist er zu sehr in der Rolle des Laien trotz aller Informationen, die er sich außerhalb des ärztlichen Gesprächs beschaffen kann. Aber neben der fachlichen Kompetenz benötigt der gute Arzt von heute kommunikative Kompetenz. „Daran scheitern aber heute immer noch viele Ärzte, weil sie sich nicht genügend auf die überzeugende beratende Tätigkeit eingestellt haben. Wenn das Ergebnis der wissenschaftlichen Untersuchung ein kommentarloses Rezept ist, ist der fachlich gute Arzt gescheitert. Der Patient muss mit den Mitteln seiner

⁶² Schweickhardt, A.; Fritzsche, K.: Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2007, S. 26.

⁶³ Siehe dazu:

<http://www.berlinonline.de/berlinerzeitung/archiv/.bin/dump.fcgi/2009/0228/wissenschaft/0048/index.html> (Letzter Zugriff am: 06.07.2011).

Sprache, Denk- und Erfahrungswelt ein leicht zu begreifendes Model [sic!] seiner Erkrankung von seinem Arzt mitbekommen und eine nachvollziehbare Einsicht in die Notwendigkeit der Behandlung oder deren Unterlassung erhalten.“⁶⁴ Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass es um den Gleichtakt von fachlicher und kommunikativer (oder weiter gefasst: sozialer) Kompetenz geht. „Dass dieser Gleichtakt seit einiger Zeit nicht mehr gegeben ist, hängt nach Meinung der Expertenrunde auch mit Veränderungen in den Strukturen des Gesundheitswesens zusammen.“⁶⁵

Patienten dürfen einen guten Arzt erwarten.

„Dass gute Ärzte schwer zu finden sind, hängt vielleicht auch damit zusammen, dass in der Aus- und Weiterbildung manches schief läuft.“⁶⁶

Aber kann man lernen, ein guter Arzt zu sein?

Angehende Ärzte dürfen eine optimale Ausbildung erwarten, die sie befähigt, gute Ärzte zu werden. Wie das auf dem Gebiet der Kommunikation erreicht werden kann, soll Gegenstand dieser Arbeit sein.

Am 15.08.2011 erschien der SPIEGEL unter der Überschrift: „Überdosis Medizin. Nutzlose Pillen, unnötige Operationen, riskante Therapien.“ Inhalt? Siehe oben!

Der Befund ist eindeutig interpretierbar.

⁶⁴ Siehe dazu: <http://www.hasler.net/gutarzt.htm> (Letzter Zugriff am 06.07.2011).

⁶⁵ Siehe dazu Anmerkung 60.

⁶⁶ Ebenda.

2 Zur Entwicklung des Medizinstudiums nach der Ärztlichen Approbationsordnung von 2002

2.1 Die Besonderheiten des Medizinstudiums

Zwei Dokumente bestimmten in den vergangenen eineinhalb Jahrzehnten die Diskussionen um das Medizinstudium. Zum einen das Abschlussdokument zum Bologna-Prozess, auf den im kommenden Unterkapitel 2.2 gesondert eingegangen wird, und zum anderen die „Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) geändert worden ist“.⁶⁷ Die für diese Arbeit relevanten Forderungen umfassen folgende Aspekte: Hauptziel der Ausbildung ist der „wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausbildung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist.“⁶⁸ Insbesondere soll die Ausbildung „auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes“ erfolgen und „die für das ärztliche Handeln erforderlichen allgemeinen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in Diagnostik, Therapie, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ sowie „praktische Erfahrungen im Umgang mit Patienten, einschließlich der fächerübergreifenden Betrachtungsweise von Krankheiten und der Fähigkeit, die Behandlung zu koordinieren“, vermitteln.⁶⁹

Die unter Absatz 2 des §1 zusammengefassten Aspekte zur Dauer des Studiums und zu den Prüfungen werden hier als bekannt vorausgesetzt. Deutlich wird allein schon durch diese wenigen Ausführungen, dass das Medizinstudium als sehr anspruchsvoll und zeitintensiv angesehen werden muss. Im §28 der Approbationsordnung für Ärzte werden die Inhalte des Zweiten Abschnitts der Prüfung aufgelistet. Unter anderem heißt es dort:

„Er (der Prüfling, P.K.) hat insbesondere nachzuweisen, dass er

1. die Technik der Anamneseerhebung, der klinischen Untersuchungsmethoden und die Technik der grundlegenden Laboratoriumsmethoden beherrscht und dass er ihre Resultate beurteilen kann,

⁶⁷ http://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html (Letzter Zugriff am: 10.07.2011).

⁶⁸ Ebenda, S. 1.

⁶⁹ Ebenda.

2. in der Lage ist, die Informationen, die zur Stellung der Diagnose erforderlich sind, zu gewinnen und anzufordern [...],

8. die allgemeinen Regeln ärztlichen Verhaltens gegenüber Patienten unter Berücksichtigung insbesondere auch ethischer Fragestellungen kennt, sich der Situation entsprechend zu verhalten weiß und zu Hilfe und Betreuung auch bei chronisch und unheilbar Kranken sowie Sterbenden fähig ist.“⁷⁰

Damit wird deutlich, dass neben den zweifellos fachlichen Kenntnissen ebenso kommunikative, analytische als auch ethisch reflexive Fähigkeiten vorausgesetzt werden. Dies erfordert Flexibilität und eine hohe Stressbelastbarkeit.⁷¹ Briedis geht in seinem Beitrag auf weitere Besonderheiten des Medizinstudiums ein. Nachdem von 1999 bis 2006 ein leichter Rückgang der Medizin-Absolventen zu verzeichnen war, ist nun ein Anstieg der Absolventen zu konstatieren. Dabei nimmt der Anteil von Absolventinnen seit 2001/2002 stetig zu, während der Anteil der Männer seit 2005/2006 stagniert bzw. leicht sinkt. Inzwischen absolvierten über 6.000 Frauen im Gegensatz zu unter 4.000 Männern das Studium der Medizin erfolgreich.⁷²

Laut der HIS-Studienabbruchstudie von 2009 brechen unterdurchschnittlich wenig Studierende der Medizin ihr Studium ab. Während die Abbrecherquote insgesamt zwischen 17% und 26% an den Universitäten und Fachhochschulen liegen, stagniert die Quote bei den Medizinerinnen zwischen 5% und 11%.⁷³ Die Gründe sind vielfältig. Einer davon ist sicherlich das hohe Ausgangsniveau der Studierenden. Im „11. Studierendensurvey an Universitäten und Fachhochschulen“ wird diese Annahme

⁷⁰ Ebenda, S. 11. Siehe zu diesem Aspekt auch: de Ridder, Michael: Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin. München: Deutsche Verlags-Anstalt, 2010; ders.: Letzte Hilfe. In: DIE ZEIT Nr. 30/2010 vom 22.07.2010, S. 31; Nassehi, Armin: Sterben müssen, sterben wollen. In: DIE ZEIT Nr. 14/2010 vom 31.03.2010; Geyer, Christian: Tod aus Systemzwang? In: „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ vom 28.01.2010, S. 29; Lakotta, Beate: „Wer helfen will, kann das tun.“ In: DER SPIEGEL Nr. 29/2010 vom 19.07.2010, S. 104-107; Thomma, Norbert: „Ich möchte unter freiem Himmel sterben.“ Moderne Medizin kann vieles – doch wann darf ein Mensch das Leben verlassen? In: „Der Tagesspiegel am Sonntag“ vom 21.11.2010, S. S1; Kamann, Matthias: Gegen das Schweigekartell. In: DIE WELT vom 20.03.2010, S. 6; Albrecht, Harro: Schwarze Schafe? In: DIE ZEIT Nr. 40/2010 vom 30.09.2010, S. 48; Spiewak, Martin: Der Tod als Erlösung. In: DIE ZEIT Nr. 22/2010 vom 27.05.2010, S. 41.

⁷¹ Siehe dazu auch: <http://www.studienkredit.de/studium-finanzieren/studienfinanzierung-studiengang/medizinstudium/> (Letzter Zugriff am: 10.07.2011).

⁷² Briedis, Kolja: Was ist das Besondere an der Medizin? Ausgewählte Ergebnisse von HIS-Studien. Vortrag vom 15.03.2010 in Berlin. So gefunden in: [http://www.his.de/pdf/pub_vt/22/2010-03-15_Vortrag_Berlin\(MFT\).pdf](http://www.his.de/pdf/pub_vt/22/2010-03-15_Vortrag_Berlin(MFT).pdf) (Letzter Zugriff am: 10.07.2011).

⁷³ Ebenda, S. 6.

bestätigt. 33% der Leistungsbesten eines Jahrgangs (Notendurchschnitt 1,0 bis 1,4) studieren Medizin. Der Gesamtnotendurchschnitt aller Studierenden beträgt 1,78.⁷⁴ Dieser Bericht bestätigt auch den Anstieg der Frauenquote in diesem Fach. Waren es im Jahr 2000 63% aller Studierenden, so stieg die Anzahl der Frauen, die Medizin studierten, zehn Jahre später um zehn Prozent auf nun 73%.⁷⁵ Signifikant höher ist auch die Mobilitätsrate der Medizin-Studierenden. 47% der Studenten gehen für mehrere Monate ins Ausland, betrachtet man alle Studenten an Universitäten sind es nur 36%.⁷⁶ Dieses Argument wird im Bologna-Kapitel noch einmal aufgegriffen. Bei den Absolventen wird das Verhältnis noch auffälliger. 68% aller Medizin-Absolventen gehen ins Ausland, nur 39% aller anderen Studienrichtungen stehen dem gegenüber.⁷⁷ Nach wie vor ist ein Grund für die Aufnahme eines Studiums der Medizin (neben altruistischen und evt. auch hedonistischen Gründen) die spätere sichere Berufstätigkeit. Die Absolventenbefragungen von 2007, 2008 und 2009 ergaben hier Werte zwischen 86% und 96% aktuell als Arzt Tätig.⁷⁸ Diese Quote wird von vielen anderen Bereichen, insbesondere den Geisteswissenschaften, nicht erreicht. Zwischen 2% und 5% aller deutschen Ärzte gehen einer Erwerbstätigkeit im Ausland nach.⁷⁹ Die HIS-Absolventenbefragung von 2007 untersuchte Differenzen zwischen folgenden verfügbaren und geforderten Kompetenzen:

- „spezielles Fachwissen
- Zeitmanagement
- Fähigkeit, Verantwortung zu übernehmen
- Organisationsfähigkeit
- Fähigkeit, sich auf veränderte Umstände einzustellen
- Fähigkeit, vorhandenes Wissen auf neue Probleme anzuwenden
- Problemlösungsfähigkeit

⁷⁴ Multrus, Frank; Ramm, Michael, Bargel, Tino: Studiensituation und studentische Orientierungen. 11. Studierendensurvey an Universitäten und Fachhochschulen. Hrsg.: Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bonn, Berlin 2011, S. 2.

⁷⁵ Ebenda, S. 3.

⁷⁶ Ebenda, S. 7.

⁷⁷ Ebenda, S. 8.

⁷⁸ Ebenda, S. 9.

⁷⁹ Ebenda, S. 10.

- Fachübergreifendes Denken
- Selbständiges Arbeiten
- Schriftliche Ausdrucksfähigkeit
- Kooperationsfähigkeit
- Analytische Fähigkeiten
- Kenntnis wissenschaftlicher Methoden“.⁸⁰

Als größte Defizite wurden ermittelt:

- Fähigkeit, Verantwortung zu übernehmen (76%)⁸¹
- Spezielles Fachwissen (70%)
- Zeitmanagement (70%)
- Fähigkeit, vorhandenes Wissen auf neue Probleme anzuwenden (69%)
- Organisationsfähigkeit (68%).⁸²

Ein „großer“ bzw. „geringer Überschuss“ wurde folgenden Merkmalen bescheinigt:

- Kenntnis wissenschaftlicher Methoden (32%)⁸³
- Schriftliche Ausdrucksfähigkeit (20%).⁸⁴

Alle anderen Angaben sind schon nicht mehr signifikant (Sie liegen unter 10%).

Diese Ergebnisse widersprechen dem Studierendensurvey auf den ersten Blick. Die Befragung der Medizin-Studierenden für diese Studie erfolgte im WS 2009/2010 nach folgenden Items (In Klammern wurden die vergleichbaren Merkmale der HiS-Studie von *Briedis* gesetzt.):

- Autonomie (selbständiges Arbeiten)
- Problemlösung (Problemlösungsfähigkeit)
- Intellektuelle Fähigkeiten (Fähigkeit, sich auf veränderte Umstände einzustellen, sowie Fähigkeit, vorhandenes Wissen auf neue Probleme anzuwenden)
- Teamfähigkeit (Kooperationsfähigkeit)
- Kritikfähigkeit

⁸⁰ Briedis, S. 11.

⁸¹ Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Angaben zu „großes Defizit“ und „geringes Defizit“ summiert.

⁸² Briedis, a.a.O., S. 11.

⁸³ Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Angaben zu „großer Überschuss“ und „geringer Überschuss“ summiert.

⁸⁴ Briedis, a.a.O., S. 11.

- Planungsfähigkeit
- Arbeitstechnische Fähigkeiten (Kenntnis wissenschaftlicher Methoden)
- Soziale Verantwortung (Fähigkeit, Verantwortung zu übernehmen)
- Allgemeinbildung
- Fachübergreifendes Wissen (fachübergreifendes Denken)
- Sprachliche Fähigkeiten (teilweise: schriftliches Ausdrucksvermögen).⁸⁵

In Tabelle 1 soll ein Vergleich zwischen den beiden Studien versucht werden:

Lfd. Nr.	Item	Studierendensurvey/Multus: Angaben zu „großer“ und „geringer Überschuss“	HIS-Studie/Briedis: Angaben zu „sehr stark“ bzw. „stark ausgeprägt“
1	Autonomie/selbständiges Arbeiten	42	5
2	Problemlösung/Problemlösungsfähigkeit	23	2
3	Intellektuelle Fähigkeiten/ Fähigkeit, sich auf veränderte Umstände einzustellen, sowie Fähigkeit, vorhandenes Wissen auf neue Probleme anzuwenden	16	4+1
4	Teamfähigkeit/Kooperationsfähigkeit	12	6
5	Arbeitstechnische Fähigkeiten/ Kenntnis wissenschaftlicher Methoden	17	32
6	Soziale Verantwortung/ Fähigkeit, Verantwortung zu übernehmen	26	1
7	Fachübergreifendes Wissen/ fachübergreifendes Denken	8	9
8	Sprachliche Fähigkeiten/schriftliches Ausdrucksvermögen	3	20

Tabelle 1: Vergleich der beiden Studien (HIS und Studierendensurvey) hinsichtlich der erreichten Kompetenzen bei Studierenden der Medizin. Alle Angaben in Prozent.

Natürlich stellt sich hier die Frage der statistischen Vergleichbarkeit von absoluten Prozentzahlen. Diese kann an dieser Stelle nicht diskutiert werden. Darum wird auf die verhältnismäßige Gegenüberstellung orientiert. In beiden Untersuchungen fällt auf, dass die Teamfähigkeit und die intellektuellen Fähigkeiten (sich auf veränderte Umstände einstellen und vorhandenes Wissen auf neue Probleme anwenden) auch in absoluten

⁸⁵ Vgl. dazu: Multus, a.a.O., S. 37.

Zahlen als größtes Manko übereinstimmen. Ins Verhältnis gesetzt können folgende Merkmale ergänzt werden:

- Fachübergreifendes Denken
- Problemlösung
- Soziale Verantwortung.

Die für diese Arbeit wichtigen kommunikativen Kompetenzen lassen sich nicht belastbar vergleichen. Der Studierendensurvey hat allerdings die „sprachlichen Fähigkeiten“ durch die Befragten selbst einschätzen lassen. Nur 3% der befragten Medizin-Studenten sprachen von einer „sehr starken“ bis „starken Förderung“ dieser Kompetenzen im Studium.⁸⁶ *Briedis* bezeichnet sein Merkmal mit „Einübung in mündliche Präsentationen“.⁸⁷ Hier werteten 30% der Befragten diesen Aspekt mit „sehr gut“ bzw. „gut“.⁸⁸ Diese wie auch die Differenzen zwischen anderen Items beider Studien (siehe die Items: Kenntnis wissenschaftlicher Methoden, Autonomie sowie Problemlösungsfähigkeit) lässt sich mit dem von *Briedis* verwendeten „Äquivalenz“-Kriterium als Skaleneinteilung erklären. Dieses führte offenbar zu einer „Tendenz zur Mitte“, die der Studierendensurvey mit einer 6er-Skalierung umging.

Aus diesen Ausführungen ergibt sich ein erstes Fazit: Das Studium der Medizin gilt nach wie vor als anspruchsvoll, zeitintensiv und erfordert leistungsstarke, leistungsbereite und belastbare Menschen. Das Studium muss verstärkt darauf orientieren, dass die Studierenden teamfähig und flexibel sind. Sie müssen kognitive Transferleistungen erbringen, die nur durch fächerübergreifendes Denken erlangt werden können, dem eine Problemlösungskompetenz mit dem Bewusstsein der hohen sozialen Verantwortung zugrunde liegt. All dies kann nur durch Lehrveranstaltungen gelingen, die diese Merkmale auch kommunizieren. Die Approbationsordnung formuliert die Anforderungen an diese Lehrveranstaltungen entsprechend.⁸⁹ Folgende Übersicht soll dies abschließend verdeutlichen.

⁸⁶ Multrus, a.a.O., S. 37.

⁸⁷ Briedis, a.a.O., S. 13.

⁸⁸ Ebenda.

⁸⁹ Siehe dazu Anmerkung 66, S. 2 (§2, Absätze 1-4).

Lfd. Nr.	Gefordertes Merkmal laut § 2 der Ärztlichen Approbationsordnung ⁹⁰	Geförderte Kompetenz laut Studierendensurvey ⁹¹
1	Angebot von fächerübergreifendem Unterricht und Unterricht in Querschnittsbereichen	Förderung fächerübergreifenden Denkens und Ausprägung intellektueller Fähigkeiten
2	Zweckmäßig problemorientierte und am Lehrgegenstand ausgerichtete Lehrveranstaltungen	Problemlösungskompetenz
3	Angebot von integrierten Lehrveranstaltungen, in die geeignete klinische Fächer einbezogen werden	Intellektuelle Fähigkeiten
4	Eigenständige Bearbeitung von praktischen Aufgaben	Autonomie
5	Gewährleistung praktischer Anschauung in den Lehrveranstaltungen	Intellektuelle Fähigkeiten
6	Unterricht in kleinen Gruppen	Teamfähigkeit
7	Anwendungs- und gegenstandsbezogene Erörterung des Lehrstoffs	Sprachliche Fähigkeiten
8	Verdeutlichung fächerübergreifender Probleme und Beziehungen zwischen medizinischen Grundlagen und klinischen Anwendungen	Arbeitstechnische Fähigkeiten und Planungsfähigkeiten
9	Besprechung des dargestellten Stoffes und Üben des eigenständigen, problemorientierten Arbeitens	Sprachliche und intellektuelle Fähigkeiten

Tabelle 2: Übersicht der geforderten Qualitätsmerkmale laut § 2 der Ärztlichen Approbationsordnung und die dadurch geförderten Kompetenzen laut Studierendensurvey

⁹⁰ Zum vollständigen Titel: siehe Anmerkung 66. Der § 2 ist auf Seite 2 zu finden.

⁹¹ Zum vollständigen Titel: siehe Anmerkung 73. Die Merkmale sind auf Seite 37 nachzulesen.

2.2 Das Medizinstudium und der Bologna-Prozess

„Wer laut einen ‚Bachelor‘ als Eintrittspforte für ein Medizinstudium proklamiert, muß [sic!] sich fragen lassen, ob er bestenfalls ignorant oder blauäugig ist oder rein opportunistisch handelt. Der Bachelor macht nur dann Sinn, wenn er eine echte Option für einen Einstieg in einen zweistufigen Studiengang ist. [...] Für einen Bachelor in der Medizin gibt es bisher [...] keinen praktischen Markt. [...] Der Bachelor in der Medizin ist also eine der Bologna-Manie geopfert Türschildbezeichnung ohne Wert.“⁹²

„Wir bleiben beim Staatsexamen und ich (Philipp Rösler, damaliger Gesundheitsminister der BRD, P.K.) lehne Bachelor und Master in der Medizinausbildung ausdrücklich ab: [...] [D]er Bachelor soll ja per Definition ein erster berufsqualifizierender Abschluss sein, und das sehe ich (Philipp Rösler, damaliger Gesundheitsminister der BRD, P.K.) in der Medizin in der Form so nicht. [...] Mich interessiert die Qualität der Ausbildung. Und sie haben die beste Ausbildung und die besten Berufsaussichten mit der jetzigen Struktur des Staatsexamens. Und da wir als Ministerium die Ausbildung bis zum Staatsexamen in der Hand haben, wird sich daran auch nichts ändern.“⁹³

Stellt man beide Seiten gegeneinander, scheint es keine Lager zu geben. Sowohl Politik als auch die Ärztevertreter haben scheinbar den so oft beschworenen Konsens. Dass dem nicht so ist, soll eine Übersicht der Bologna-Befürworter und der Bologna-Gegner zeigen.

Argumente der Befürworter des Bologna-Prozesses in der Medizin	Argumente der Gegner des Bologna-Prozesses in der Medizin
• Neustrukturierung des Studiums bietet Chance zur „Entrümpelung“ der Inhalte ⁹⁴	• Bologna als Folge eines politischen und ökonomischen Nützlichkeitsdenkens ⁹⁵
• Schafft Basis für Erstellung eines kompetenzbasierten nationalen Lernzielkatalogs ⁹⁶	• Auch ohne Bologna ist Erstellung eines solchen Katalogs möglich ⁹⁷
• Chance für die Diskussion eines europäischen Kerncurriculums ⁹⁸	• Standardcurriculum als Garant für nationale und internationale

⁹² Bitter-Suermann, Dieter: Begrüßung und Eröffnung der Beratung auf dem Medizinischen Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland am 21.10.2010. In: MFT. Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland: Innovationen im Medizinstudium. Reformen in der medizinischen Lehre. Hrsg.: Dieter Bitter-Suermann. Berlin: Medizinischer Fakultätentag (MFT), 2011, S. 14f.

⁹³ Thiemann, Jan: „Ich fühle mich auf dem richtigen Weg.“ In: UNICUM. Das bundesweite Campus-Magazin Nr. 1/2011, S. 9.

⁹⁴ Vol. dazu: vom Lehn, Brigitta: Bachelor entzweit Mediziner. In: WELT am Sonntag Nr. 22 vom 31. Mai 2009, S. 77.

⁹⁵ Schily, Konrad: Leitwährung: Credit Point. In: DIE ZEIT Nr. 27/2009 vom 25.06.2009, S. 46.

⁹⁶ Vom Lehn, Brigitta, a.a.O.

⁹⁷ Ebenda.

	Mobilität existiert ⁹⁹
• Medizinstudenten, „die sich umorientieren wollen in Richtung Industrie, Verbände oder Krankenkassen“, sparen sich die klinische Phase. ¹⁰⁰	• 90% der Studierenden wollen Arzt werden, nur eine sehr geringe Anzahl will wechseln. ¹⁰¹
• Ingenieure und Wirtschaftswissenschaftler können als Quereinsteiger in den Master einsteigen. ¹⁰²	• Befürchtung: Bachelor-Mediziner als mittelalterliche Bader und Discount-Mediziner ¹⁰³
• Reform ist nicht mehr zu revidieren. ¹⁰⁴	• Kompromisse nur mit Gewalt möglich ¹⁰⁵
• Physikum als untaugliche Prüfung kann durch Bachelorabschluss ersetzt werden. ¹⁰⁶	• Nachwuchsmangel würde verstärkt, da Studierende ermutigt werden, nach der 1. Phase das Studium abzubrechen. ¹⁰⁷
• Leistungsstarke könnten parallel noch einen zusätzlichen Studiengang in Angriff nehmen. ¹⁰⁸	
• Bachelor ermöglicht Ausstieg aus dem Studium ohne Gesichtsverlust. ¹⁰⁹	• Steigende Abbrecherquote zu befürchten ¹¹⁰
• Kein Standardcurriculum mehr vorhanden, da zahlreiche Reformcurricula und Modellstudiengänge realisiert; dadurch Vergleichbarkeit der Leistungen nicht mehr gegeben und auch keine nationale Mobilität,	• Ziele von Bologna: Grenzenlosigkeit und Vergleichbarkeit des Studierens aus dem Blick geraten ¹¹²

⁹⁸ Vgl. dazu: Hibbeler, Birgit; Richter-Kuhlmann, Eva A.: Bologna-Prozess in der Medizin: Warten auf den großen Wurf.

In: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=bologna%2Dprozess&id=62325> (Letzter Zugriff am: 08.07.2011).

⁹⁹ Ebenda.

¹⁰⁰ Ebenda, siehe dazu aber auch: Wiarda, Jan-Martin: Operation Bachelor. In: <http://www.zeit.de/2009/25/C-Medizinbachelor> (Letzter Zugriff am: 08.07.2011).

¹⁰¹ Wiarda, Jan-Martin: Kein Ohr für Zwischentöne. In: DIE ZEIT Nr. 20/2010 vom 12.05.2010, S. 80.

¹⁰² Hibbeler, Richter-Kuhlmann, a.a.O.

¹⁰³ Wiarda, a.a.O.

¹⁰⁴ Frick, Marike: „Wir können nicht nur Genies ausbilden.“ In: DIE ZEIT Nr. 44/2010 vom 28.10.2010, S. 71.

¹⁰⁵ Schulze, Jan: Schwester, übernehmen Sie. In: „Financial Times Deutschland“ vom 05.01.2006, S. 29. Achtung: Das Zitat wurde der Homepage der medbörse entnommen. Diese Seite ist nicht mehr in Betrieb. Auf Nachfrage erklärte der Geschäftsführer am 08.07.2011, dass eine Archivierung der Links nicht stattgefunden habe. Die Nachricht selbst liegt auch nicht mehr bei der BÄK vor. Dafür wurde jetzt die Fundstelle genutzt, aus der sowohl die BÄK als auch die medbörse zitieren.

¹⁰⁶ Hibbeler; Richter-Kuhlmann, a.a.O.

¹⁰⁷ Ebenda.

¹⁰⁸ Ebenda.

¹⁰⁹ Ebenda.

¹¹⁰ Ebenda.

wie durch Bologna gefordert, mehr möglich ¹¹¹	
• Verzahnung von Vorklinik und Klinik besser möglich; der Bachelor nach der Vorklinik mit den Fächern Physik, Chemie und Anatomie ergibt allerdings keinen Sinn, dazu müssen die Inhalte in der Vorklinik geändert werden ¹¹³	• Ebnet den Weg zu Medizinschulen, „die der bisherigen Qualität der deutschen Hochschulausbildung nicht entsprechen“ ¹¹⁴
• Physikum stellt Studierende nicht besser als Abiturienten, darum muss qualitativ nach diesem Studienabschnitt nachgebessert werden. ¹¹⁵	
• Modellstudiengänge bieten sehr frühen Patientenkontakt, thematisch zusammengehörende Veranstaltungen werden zu Modulen zusammengefasst. ¹¹⁶	• Solide wissenschaftliche und spezifische Grundausbildung nicht in drei bis vier Jahren möglich ¹¹⁷
• Tatsächliche Qualität des traditionellen Medizinstudiums wenig ermutigend: geringe Kontakte zu den Lehrenden und ungenügende Beratung ¹¹⁸	• Verstärkung von Praxisanteilen sowie Einsatz von fall- und problemorientierten Lernangeboten auch ohne Bachelor-Master-Struktur durchsetzbar ¹¹⁹
• Bachelor und Master sind die Modelle für das 21. Jahrhundert. ¹²⁰	• MFT und BÄK auf Seite der Gegner: gegenseitige Anerkennung der Abschlüsse bereits durch EU-Richtlinie abgesichert und Mobilität bei Medizin-Studierenden am höchsten ¹²¹
• Hochschulrektorenkonferenz unterstützt den Bologna-Prozess auch in der Medizin. ¹²²	• Wissenschaftsrat der Bundesrepublik Deutschland auf der Seite der Gegner, da Bachelor-

¹¹² Schily, Konrad, a.a.O.

¹¹¹ Ebenda.

¹¹³ Hibbeler, Richter-Kuhlmann, a.a.O.

¹¹⁴ Ebenda.

¹¹⁵ Wiarda, a.a.O.

¹¹⁶ Ebenda.

¹¹⁷ Hibbeler, Richter-Kuhlmann, a.a.O.

¹¹⁸ Ebenda.

¹¹⁹ Sittig, Friedemann: Aus dem Plastikarm Blut entnehmen und Schweinehäute vernähen. In: „WELT am Sonntag“ Nr. 17/2010 vom 25.04.2010, S. 68.

¹²⁰ Siehe dazu Anmerkung 4.

¹²¹ Wiarda, a.a.O. sowie: Hibbeler, Richter-Kuhlmann, a.a.O. und: Ärzte gegen Bachelor-Master-System im Medizinstudium. In: http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/34418/Aerzte_gegen_Bachelor-Master-System_im_Medizinstudium.htm (Letzter Zugriff am: 08.07.2011).

¹²² Ebenda und: Medizinstudium, quo vadis? Auf dem Weg zu einer europäischen Ärzteausbildung. Hrsg.: Hochschulrektorenkonferenz. Bologna-Zentrum: Service für Hochschulen. Bonn 2010.

	Abschluss kein berufsqualifizierender Abschluss ¹²³
• Positives Beispiel: Schweiz ¹²⁴	• Negatives Beispiel: Dänemark ¹²⁵

Tabelle 3: Übersicht zur Argumentation der Bologna-Befürworter und der Bologna-Gegner

2.3 Entwicklungen an den Medizinischen Fakultäten als Reaktion auf die neue Approbationsordnung von 2002

Die Approbationsordnung für Ärzte aus dem Jahr 2002 kann als Reaktion auf das Bologna-Dokument gesehen werden, das eine größere Vergleichbarkeit der Studieninhalte und der Studienergebnisse postulierte, die Mobilität der Studierenden erhöhen und schließlich zu einem europäischen Bildungsraum beitragen wollte.

Nach der Diskussion und der Veröffentlichung der neuen Approbationsordnung setzte eine rege Umsetzungstätigkeit an den 36 Medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik ein, die sich in einer Dreiteilung strukturell und in einer inhaltlich horizontalen und vertikalen Verflechtung der vorklinischen und klinischen Semester niederschlug.

Putz hat diese Entwicklungen auf struktureller Ebene in folgende Studiengänge zusammengefasst:

1. klassische, fachlich gegliederte Regelstudiengänge
2. gemäßigt integrative reformierte Regelstudiengänge
3. voll integrative Modellstudiengänge (Experimentierklausel).¹²⁶

Die folgende Übersicht soll die Einordnung der einzelnen Fakultäten veranschaulichen:

¹²³ Hibbeler, Richter-Kuhlmann, a.a.O.

¹²⁴ Siehe dazu Anmerkung 3.

¹²⁵ Ebenda.

¹²⁶ Putz, Reinhard: Entwicklung der Studiengänge nach der neuen Approbationsordnung 2002. In: Innovationen im Medizinstudium. Reformen in der medizinischen Lehre. Hrsg.: Dieter Bitter-Suermann. Berlin, 2011, S. 20.

Klassische, gegliederte Regelstudiengänge	fachlich	Gemäßigt reformierte	integrative Studiengänge	Voll Modellstudiengänge (Experimentierklausel)	integrative
Bonn		Dresden		Aachen	
Düsseldorf		Frankfurt am Main		Berlin Charité	
Erlangen		Greifswald		Bochum	
Essen		Hamburg		Hannover	
Freiburg		Heidelberg		Köln	
Gießen		LMU-München		Mannheim	
Göttingen		Münster		Witten	
Halle		Tübingen			
Homburg					
Jena					
Kiel					
Leipzig					
Lübeck					
Magdeburg					
Mainz					
Marburg					
TU München					
Regensburg					
Rostock					
Ulm					
Würzburg					

Tabelle 4: Verteilung der Studiengangsformen nach der ÄAppO 2002 nach Putz¹²⁷

„Als gemäßigt integrative reformierte Regelstudiengänge“ beschreibt *Putz* „solche, bei denen sich die Reform entweder nur auf den klinischen Studienabschnitt bezogen hat oder eine Reform zwar sowohl für den vorklinischen und den klinischen Studienabschnitt eingeführt, die strukturelle Trennung zwischen beiden Abschnitten aber beibehalten wurde. An diesen Fakultäten finden beide Staatsexamensprüfungen weiterhin statt, sie unterscheiden sich damit von den Modellstudiengängen. Vollintegrative Modellstudiengänge nach der Experimentierklausel haben einen ganzheitlichen Studiengang nach eigenem Konzept unter Verzicht auf die Staatsexamensprüfung nach dem 2. Studienjahr eingeführt oder haben sich auf eine Neustrukturierung des PJ konzentriert.“¹²⁸

¹²⁷ Ebenda, S. 21.¹²⁸ Ebenda.

Wenn es im Folgenden um die Betrachtung der Rostocker Fakultät gehen wird, dann seien hier nur einige Bemerkungen zu den Veränderungen an den klassischen Regelstudiengängen notiert, zu denen Rostock zählt. Solche Neuerungen konstatiert *Putz*:

- „Unterrichtsorganisation als Lehr- und Lernspirale,
- Schaffung von fächerübergreifenden Themenblöcken mit aufsteigendem Komplexitätsgrad,
- Einführung moderner Lehr- und Lernkonzepte (POL, EBM, mediengestütztes Selbststudium),
- Etablierung von e-learning-Konzepten/-Plattformen,
- Bezug zu lokalen Forschungsschwerpunkten in der Lehre (Wahlfach-Forschungssemester; forschungsbezogene Schwerpunktcurricula),
- Einführung neuer, adäquater universitärer Prüfungsverfahren (schriftliche und PC-gestützte Tests, OSCEs, Schauspielerpatienten etc),
- Aufbau medizindidaktischer Einrichtungen,
- Schaffung von Lehrstühlen für Medizindidaktik oder die Verpflichtung zu medizindidaktischer Ausbildung in die Habilitationsordnung,
- Ausbau der Lehrevaluation,
- Einrichtung von Simulations- und Trainingszentren für die Ausbildung zur standardisierten Handlungsfähigkeit.¹²⁹

Die Vernetzung der einzelnen Fakultäten zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch ist dagegen weiterhin zu professionalisieren. Dabei liegt klar auf der Hand, dass lokale Gegebenheiten zu berücksichtigen sind, dass Modelle der einen Fakultät nicht ohne Weiteres auf die andere angewendet werden können, dass die Zahl der Studierenden schließlich auch Rahmen und Grenzen setzt, die zu berücksichtigen sind. Es darf auch angemerkt werden, dass die so viel gepriesene Mobilität der Medizin-Studierenden durch die Existenz von 22 klassischen, acht gemäßigt integrativen Reformstudiengängen und sieben voll integrativ reformierten Studiengängen stark eingeschränkt wird. Die von *Putz* aufgestellte Forderung, dass die einzelnen Fächer ihre

¹²⁹ Ebenda, S. 22-25.

Eigenständigkeit behalten müssen und nicht durch systematische Lehransätze (siehe die themen- und organbezogenen Blöcke) ihre Identität verlieren dürften, ist erörterungswürdig.¹³⁰ Schließlich melden die Reformstudiengänge derzeit keine Probleme mit eben dieser Vorgehensweise. *Hildebrandt* konstatiert darum auch, dass es „kein signifikantes Qualitätsproblem der Ausbildung in Deutschland“ gibt.¹³¹ Er verweist auf die „bundesweite Vergleichbarkeit und Transparenz durch das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP)“.¹³² Abschließend stellt *Hildebrandt* die Frage: „Kann die Reform-Therapie überhaupt nützen, wenn die wesentlichen Ziele schon erreicht sind?“¹³³ Es wird zu zeigen sein, dass mit behutsamen Änderungen sowohl auf der strukturellen als auch auf der inhaltlichen Ebene bestimmte Ziele auf dem Gebiet der Vermittlung kommunikativer Kompetenzen optimiert umgesetzt werden können.

¹³⁰ Ebenda, S. 27.

¹³¹ Hildebrandt, Volker: Fakten zur ärztlichen Ausbildung: Rückblick auf Erreichtes und nicht Erreichtes. In: http://www.mft-online.de/dokument/Hildebrandt_15_3_10.pdf (Letzter Zugriff am: 18.07.2011). Zu weiteren Ausführungen bezüglich der Ausbildungsqualität an den Medizinischen Fakultäten und den Reformstudiengängen siehe auch: Nippert, R.P.: Chancen und Risiken eines gestuften Studienganges aus der Sicht der Medizinischen Fakultäten. In: http://www.mft-online.de/tagungsberichte/2006_omft_greifswald/pdf/TOP4_Nippert.pdf (Letzter Zugriff am: 18.07.2011).

¹³² Ebenda.

¹³³ Ebenda.

3 Ausbildung kommunikativer Kompetenzen in der Medizinerbildung

3.1 Arbeitsdefinitionen

3.1.1 Der Begriff „Sprache“

Etymologisch betrachtet ist der Begriff seit dem 8. Jahrhundert bekannt und stellt eine Abstraktbildung zu „sprechen“ dar.¹³⁴ Das Verbum ist ebenfalls seit dem 8. Jahrhundert gebräuchlich und stammt vom ahd.: *sp(r)ehhan* bzw. dem alb.: *shpreh* ab, was so viel wie ausdrücken und lehren bedeutet.¹³⁵

Die einschlägige medizinische Fachliteratur verzichtet weitestgehend auf eine Definition des Begriffs „Sprache“.¹³⁶ Einzig *Gerber/Kropp* verweisen auf die Funktion von Sprache: „Sprache existiert zum Zweck der Kommunikation und des Denkens.“¹³⁷ *Deutscher* nimmt diese Idee auf, indem er der Sprache zwei Funktionen zuordnet: „In ihrer öffentlichen Rolle ist sie ein System von Konventionen, auf das sich die Sprachgemeinschaft zum Zweck der effektiven Kommunikation geeinigt hat. Die Sprache hat aber auch noch eine andere, private Existenz als ein System von Wissen, das jeder einzelne Sprecher in seinem oder ihrem Geist verinnerlicht hat. Wenn die Sprache als wirksames Kommunikationsmittel dienen soll, dann muss das private Wissenssystem in den Köpfen der Sprecher ziemlich genau dem öffentlichen System der sprachlichen Kommunikation entsprechen.“¹³⁸

Diesen systemhaften Charakter unterstreichen *Gerber/Kropp*, indem sie als Bestandteile dieses Systems Sprachlaute (Phoneme), Worteinheiten (Morpheme) und Satzeinheiten (Phrasen) herausstellen.¹³⁹ Ergänzt wird das Konstrukt durch syntaktische Regeln, die anschließend zu Sätzen mit einer Semantik führen. Obwohl nur ein begrenzter Vorrat an Zeichen und Regeln vorliegt, gibt es eine unbegrenzte Menge von Sätzen mit einer

¹³⁴ Kluge, Friedrich: Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. Bearbeitet von Elmar Seebold. Berlin, New York: de Gruyter, 1999, S. 782.

¹³⁵ Ebenda.

¹³⁶ Unter „einschlägig“ sollen hier die Lehrbücher zur Medizinischen Psychologie und zur Medizinischen Soziologie verstanden werden, da in diesem Fachgebiet vorrangig die Themen: Arzt-Patient-Beziehung, der Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden, Kooperationsbeziehungen, Konflikte in der Teamarbeit, Überforderung von Pflegekräften und Ärzten, chronische Arbeitsbelastung behandelt werden.

¹³⁷ Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Ihr roter Faden durchs Studium nach der neuen ÄAppO. Hrsg.: Wolf-Dieter Gerber und Peter Kropp. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2007, S. 178.

¹³⁸ Deutscher, Guy: Im Spiegel der Sprache. Warum die Welt in anderen Sprachen anders aussieht. München: C.H.Beck, 2010, S. 266.

¹³⁹ Vgl. dazu: Gerber, Kropp, a.a.O., S. 178.

unbegrenzten Semantik.¹⁴⁰ Roth verweist in diesem Zusammenhang auf die Verbindung zwischen der Sprache, dem Sprechen und dem Sprachverständnis.¹⁴¹ Er zeigt, dass alle drei Komponenten dem Menschen angeboren sind, deren Erwerb sich über Jahre erstreckt und ein extensives Üben voraussetzt. Nur der Mensch ist in der Lage, mit einer syntaktisch-grammatisch strukturierten Sprache ab dem 3. Lebensjahr zu kommunizieren.¹⁴² Dieser Aspekt stellt eine Besonderheit für das Thema dieser Arbeit dar, weil er damit Anforderungen an Ärzte formuliert, die mit Menschen kommunizieren müssen, die jünger als drei Jahre alt sind, bzw. die mit Menschen kommunizieren müssen, die sich nicht (mehr) dieses Systems bedienen können (siehe die Gruppe der Dementen oder die Gruppe komatöser Patienten bzw. Sterbender). Für diese Menschen kann die Nutzung von Gesten als Sprache zu einer vereinfachten Kommunikation genutzt werden. *Tomasello* verweist auf die Ursprünglichkeit dieser „Sprachform“.¹⁴³ „Meine (Michael Tomasello, P.K.) zentrale Behauptung [...] ist, daß [sic!] wir zuerst verstehen müssen, wie Menschen durch den Gebrauch natürlicher Gesten miteinander kommunizieren, bevor wir nachvollziehen können, wie Menschen durch den Gebrauch einer Sprache miteinander kommunizieren und wie diese Fertigkeit im Laufe der Evolution entstanden sein könnte. Meine (Michael Tomasello, P.K.) evolutionäre Hypothese wird nämlich lauten, daß [sic!] die ersten, nur beim Menschen vorkommenden Formen der Kommunikation im Zeigen und Gebärdenspiel bestanden. [...] Zeigen und Gebärden waren somit die entscheidenden Übergangsaspekte in der Evolution menschlicher Kommunikation und beinhalten schon die meisten der nur beim Menschen vorkommenden Formen sozialer Kognition und Motivation, die für die spätere Schaffung konventioneller Sprachen erforderlich waren.“¹⁴⁴ *Zimmer* fasst die für diese Arbeit relevanten Aspekte wegweisend zusammen: „Die Sprache wird immer nur unvollkommen weitergegeben. Das System reproduziert sich nicht fehlerlos. Nirgends ist eben vorgegeben, was richtig und was falsch ist; das ergibt sich allein aus dem

¹⁴⁰ Ebenda.

¹⁴¹ Roth, Gerhard: *Bildung braucht Persönlichkeit. Wie Lernen gelingt*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2011, S. 207.

¹⁴² Ebenda.

¹⁴³ Tomasello, Michael: *Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2009, S. 13.

¹⁴⁴ Ebenda.

gerade vorherrschenden Gebrauch. Jeder hält das für richtig, was er von klein auf gewohnt ist. Aber die Vorlagen, die er erhält, um die gültigen Regeln daraus abzuleiten und dann intuitiv zu beherrschen, sind oftmals dürftig. [...] Je weniger Sprache er hört und liest, je ungenauer er hinhört, je zufälliger und schadhafter Sprache ist, die er zu hören bekommt, desto lückenhafter und unsicherer wird das in seinem Kopf sich bildende sprachinhalte Regelwerk. [...] Wenn ein Transmissionsfehler von vielen gemacht wird, begründet er eine neue Orthodoxie: Das Falsche wird zum Richtigen, das Richtige zum Falschen. *Communis error facit ius* (Hervorhebung durch den Autor), ein allgemeiner Irrtum wird zum Gesetz, befand Kaiser Justinian.“¹⁴⁵

3.1.2 Der Begriff „Kommunikation“

Sprachgeschichtlich stammt der Begriff vom lateinischen Wort *communicatio* ab, was Mitteilung bedeutete und ein Abstraktum zum Lateinischen *communicare* (mitteilen, teilen, gemeinschaftlich machen) darstellte. Eine Verwandtschaft zum Lateinischen *communis* (gemeinschaftlich, allgemein, gemeinsam) kann angenommen werden.¹⁴⁶ Die syllabische Trennung des Begriffes fasst die Semantik des Begriffes zusammen: *con* (gemeinsam) und *munus* (Aufgabe, Leistung).¹⁴⁷ Inzwischen wird der Ausdruck, der erst seit dem 16. Jahrhundert belegt ist¹⁴⁸, von vielen verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen in Anspruch genommen.¹⁴⁹

Sprachwissenschaftlich betrachtet, wird zwischen der Kommunikation im engeren (a) und der Kommunikation im weiteren Sinne (b) unterschieden.

a) Zwischenmenschliche Verständigung mittels sprachlicher und nichtsprachlicher Mittel wie Gestik, Mimik, Stimme u.a. [...] ¹⁵⁰

¹⁴⁵ Zimmer, Dieter E.: Sprache in Zeiten ihrer Unverbesserlichkeit. Hamburg: Hoffmann und Campe, 2005, S. 43f.

¹⁴⁶ Vgl. dazu: Kluge, a.a.O., S. 466.

¹⁴⁷ Vgl. dazu: Metzler-Lexikon Sprache. Hrsg.: Helmut Glück. 4., aktualisierte und überarbeitete Ausgabe. Stuttgart und Weimar: J.B.Metzler, 2010, S. 342.

¹⁴⁸ Vgl. dazu: Kluge, a.a.O., S. 466.

¹⁴⁹ Vgl. dazu: Metzler-Lexikon, a.a.O., S. 342.

¹⁵⁰ Lexikon der Sprachwissenschaft. Hrsg.: Hadumod Bußmann. 4., durchgesehene und bibliographisch ergänzte Auflage. Stuttgart: Kröner, 2008, S. 346.

b) Jede Form von wechselseitiger Übermittlung von Information durch Zeichen/Symbole zwischen Lebewesen (Menschen, Tieren) oder zwischen Menschen und Daten verarbeitenden Maschinen.¹⁵¹

Sprachliche Kommunikation umfasst sowohl das Sprechen, das Sprachverstehen, das Lesen als auch das Schreiben.¹⁵² Zusammengefasst werden die Erkenntnisse in sogenannten Kommunikationsmodellen, wobei hier die Modelle von Watzlawick sowie Schulz von Thun am bekanntesten und anerkanntesten sind. Schulz von Thuns „Vier-Ohren-Modell“ wird von ihm inzwischen selbst als sein „Jugendwerk“¹⁵³ bezeichnet. Er ergänzte dieses Modell durch die „Theorie vom inneren Team“.¹⁵⁴

3.1.3 Der Begriff der „kommunikativen Kompetenz“

Abgeleitet wird der Kompetenz-Begriff aus den lateinischen Wörtern *competere* (zusammentreffen, etwas gemeinsam erstreben, gesetzlich erfordern) und *petere* (begehren, zu erlangen suchen) sowie dem Präfix *con-* (zuständig sein). Kompetenz meinte ursprünglich (ungefähr datiert im 16. Jahrhundert) das Recht auf Einkünfte.¹⁵⁵ Später entwickelte sich daraus offenbar die Bedeutung, für etwas zuständig zu sein, Fertigkeiten zu besitzen, die gemeinsam angestrebt wurden. Vornehmlich in den Bildungsdebatten (1967 durch Baacke¹⁵⁶ eingeführt) des ausgehenden 20. Jahrhunderts wurde der Begriff weiter differenziert. Klipperts Analyse lässt sich mühelos auf die Mediziner übertragen, wenn er schreibt: „Die Gründe für den Bedeutungszuwachs dieser extrafunktionalen Qualifikationen [Selbständigkeit, Eigeninitiative, Flexibilität, Kreativität, Durchhaltevermögen, Selbstkritikfähigkeit, Organisationsfähigkeit,

¹⁵¹ Ebenda.

¹⁵² Vgl. dazu: Roth, a.a.O., S. 207. Siehe ausführlicher dazu: Bartsch, Elmar; Marquart, Tobias: Grundwissen Kommunikation. Ausgangsfragen, Schlüsselthemen, Praxisfelder. Hrsg.: Richard Geisen, Stuttgart, Düsseldorf, Leipzig: Ernst Klett, 2006

¹⁵³ Schulz von Thun, Friedemann: „Wahrheit beginnt zu zweit.“ In: DIE ZEIT Nr. 37/2011 vom 08.09.2011, S. 89.

¹⁵⁴ Aus Platzgründen sei hier nur verwiesen auf: Schulz von Thun, Friedemann: Miteinander reden. Band 1. Störungen und Klärungen. Psychologie der Kommunikation. Hamburg: Rowohlt, 1999. Und: <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?print=1&textid=752> (Letzter Zugriff am: 22.09.2011).

¹⁵⁵ Kluge, a.a.O., S. 466.

¹⁵⁶ Yamashita, Hitoshi; Noro, Kayako: Kommunikative Kompetenz – Sprachliche Kompetenz. In: Sociolinguistics. An international Handbook of the science of Language and Society. Edited by Ulrich Ammon, Norbert Dittmar, Klaus J. Mathheier. First Volume. Berlin, New York: de Gruyter, 1987, S. 168.

Frustrationstoleranz, Teamfähigkeit, Problemlösungsvermögen, Kommunikationsfähigkeit, Methodenbeherrschung und Verantwortungsbewusstsein, P.K.] liegen vor allem im rasanten Wandel der Technik und der innerbetrieblichen Arbeitsorganisation sowie darin, dass sich das Fachwissen immer schneller verändert und erneuert. Die Halbwertszeit des Fachwissens ist in den letzten Jahrzehnten dramatisch abgesunken, mit der Folge, dass die Berufstätigen ständig umlernen und ihren Wissensstand aktualisieren müssen. [...] Das verlangt nicht nur entsprechende Methoden der Informationsbeschaffung und -verarbeitung, sondern auch und zugleich ein möglichst hohes Maß an Flexibilität, Offenheit, Ausdauer, Zielstrebigkeit, Selbstkritikbereitschaft und Problemlösungsvermögen.¹⁵⁷ Klippert leitet aus dieser Feststellung vier Kompetenzbereiche ab: die technische, die soziale, die demokratische und die Kompetenz zum Wissensmanagement.¹⁵⁸ Die für das Thema dieser Arbeit herausragende kommunikative Kompetenz¹⁵⁹ wird von Bußmann als „Grundbegriff eines pragma-linguistisch orientierten Modells sprachlicher Kommunikation“¹⁶⁰ definiert. Er versteht darunter, die „allgemeine Sprechfähigkeit von Individuen, die in der Lage sind, im Einklang mit wechselnden situativen und normativen Bedingungen psychischer, sozialer und linguistischer Natur miteinander zu kommunizieren, wobei Sprechen als symbolvermitteltes Handeln (=Interaktion) verstanden wird“.¹⁶¹ Wenn im Folgenden immer wieder von der Ausprägung von kommunikativer Kompetenz die Rede sein wird, dann meint dies also mehr als nur die sprachliche Kommunikation. Kommunikation ist demnach auch Interaktion, und dies nicht nur in sprachlicher Hinsicht.

¹⁵⁷ Klippert, Heinz: Pädagogische Schulentwicklung. Planungs- und Arbeitshilfen zur Förderung einer neuen Lernkultur. Weinheim und Basel: Beltz, 3., neu ausgestattete Auflage, 2008, S. 23f.

¹⁵⁸ Ebenda.

¹⁵⁹ Siehe dazu auch: Metzler-Lexikon, a.a.O., S. 343: Hier wird auch auf die Schrift von Habermas: „Theorien des kommunikativen Handelns.“ eingegangen.

¹⁶⁰ Lexikon der Sprachwissenschaft, a.a.O., S. 349.

¹⁶¹ Ebenda.

3.2 Die Rolle der Arzt-Patient-Kommunikation innerhalb einer gewandelten Arzt-Patient-Beziehung

Die Komplexität und Ambivalenz des Themas: Arzt-Patient-Beziehung und, daraus resultierend, deren kommunikatives Verhalten auf gesamtgesellschaftlicher Ebene wurde bereits ausführlich in der Einleitung dargelegt. In Abbildung 3 wird eine schematische Darstellung versucht, um den Zusammenhang der einzelnen Komplexe zu verdeutlichen. Der Kategorie „Kontext“ wurde bereits in der Einleitung bearbeitet. In diesem Kapitel sollen nun die Kategorien „Arzt und Patient“ sowie „Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung“ folgen.

Das in der Abbildung beschriebene Arzt-Patient-Rollenmuster erklären *Menz et al*, wie in Abb. 3 dargestellt.

a) Rolle des Arztes

- Forderung nach affektiver Neutralität
- Forderung nach Orientierungssicherheit für Patienten, Kollegen und restliches Krankenhauspersonal
- Forderung nach Kollektivitätsorientierung: Ausübung des Berufes erfolgt nicht in erster Linie auf Grundlage der Eigeninteressen des Arztes, sondern wegen der Forderungen, die sich aus den Krankheitsbildern der Patienten ergeben, sowie auf Grundlage der Erwartungen, die an andere Ärzte an den Betreffenden stellen.

b) Rolle des Patienten

- Unterordnung unter Praxis- bzw. Krankenhausordnung im Interesse der Gesundheitswiederherstellung
- Erfüllung der Erwartungen von Ärzten:
- Compliance
- Einhaltung der Praxis- bzw. Krankenhausordnung
- Informiertheit über die Krankheit
- Kooperationsbereitschaft

Daraus leiten sich vier Patientenkategorien ab:

- „Einmal-Patienten“: häufig in Krankenhäusern anzutreffen, da die Patienten einem ständigen Arztwechsel ausgesetzt sind und wenig kommunikativer Austausch zustande kommt
- Wissenschaftlich interessante Fälle oder persönlich sehr berührende Patienten
- „Profi-Patienten“: kennen die Stationsabläufe wegen der häufigen Aufenthalte sehr gut, zeichnen sich durch einen pseudowissenschaftlichen Sprachjargon aus; haben ein hohes Maß an Selbstpräsentation, häufige Versuche zur Aufhebung der Arzt-Patient-Asymmetrie; provozieren eine ablehnende Haltung der Ärzte
- „Privat- oder Sonderklassenpatienten“: Ärzte reagieren auf diese Patienten kaum klassifizierbar.¹⁶²

¹⁶² Siehe dazu ausführlicher: Menz, Florian; Lalouschek, Johanna; Gstettner, Andreas: Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung. Ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept. Wien: LIT, 2008, S. 8-19 und: Schröder, Hartmut: Theoretische Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion. In: Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht. Ergebnisse eines Expertentreffens. Hrsg.: Claudia Witt. Essen: kvc-Verlag, 2010, S. 93-117.

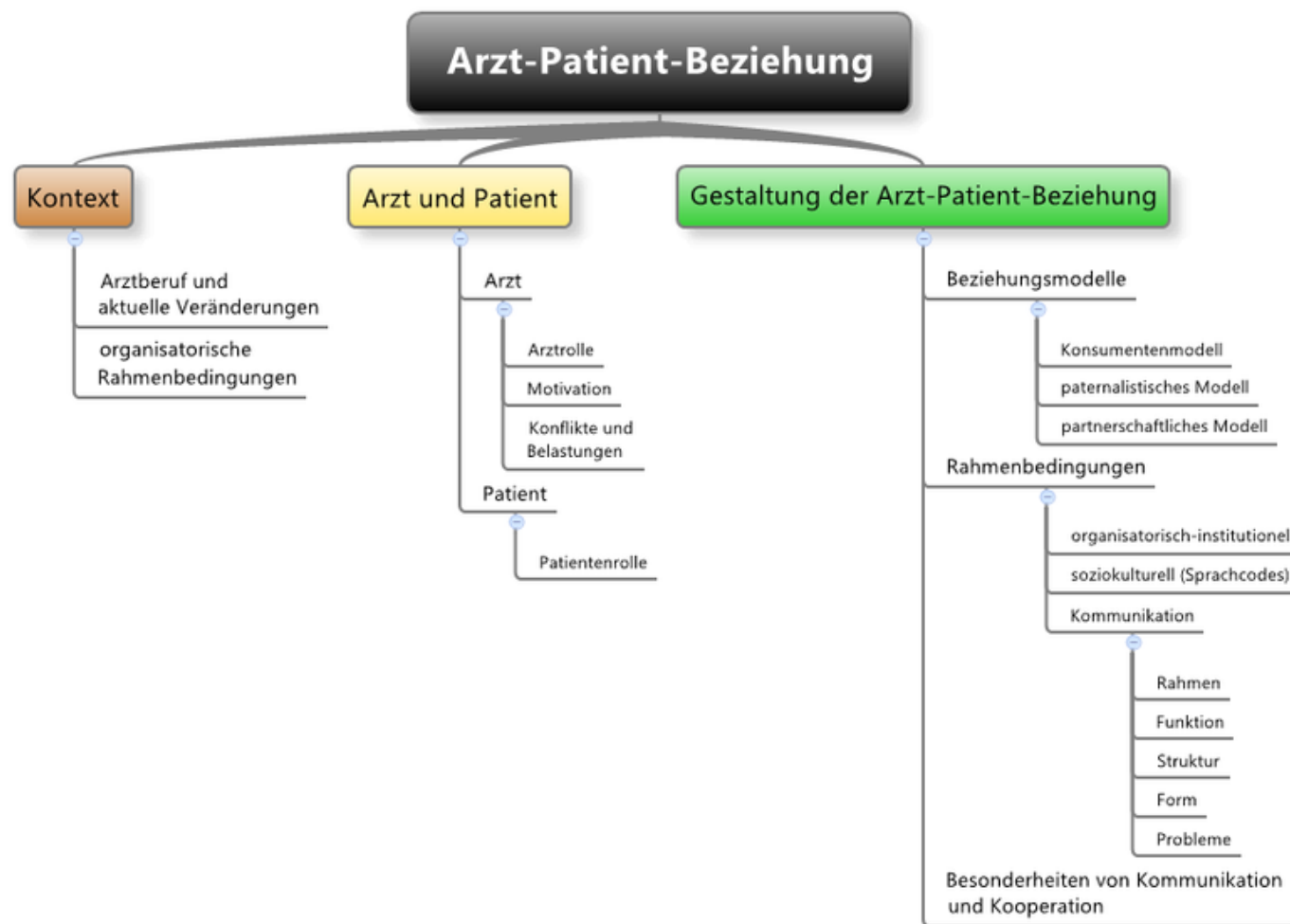


Abb. 3: Kontextuale Darstellung der Arzt-Patient-Beziehung¹⁶³

¹⁶³In: http://de.wikibooks.org/wiki/Elementarwissen_medizinische_Psychologie_und_medizinische_Soziologie:_Arzt-Patient-Beziehung (Letzter Zugriff am: 14.08.2011).

Die Literaturlage zu den Themen der Arzt-Patient-Beziehung und der Arzt-Patient-Kommunikation ist allein im deutschsprachigen Raum in den letzten zehn Jahren unüberschaubar geworden. *Schröder* verweist in diesem Zusammenhang auf eine Bibliografie von *Nowak* und *Spranz-Fogasy* (2007), die über 2.000 Publikationen zum Thema „Arzt-Patient-Interaktion“ ausweist.¹⁶⁴ Darum kann an dieser Stelle auch nur eine Überblicksdarstellung versucht werden. Zunächst ist davon auszugehen, dass es neben der fachmedizinischen Literatur ein großes linguistisches Interesse an dem Thema gibt. Generell lassen sich fünf Gruppen von wissenschaftlicher Literatur zum Thema unterscheiden:

1. Lehrbücher zum Thema, vorrangig für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie und Pflegeberufe¹⁶⁵
2. allgemeine theoretische Abhandlungen zum Thema ohne Praxisbeispiele¹⁶⁶
3. Bücher mit theoretischen Anleitungen und Praxisbeispielen zur Umsetzung der Grundlagen¹⁶⁷
4. Literatur zu ausgewählten Themen und Bereichen der Arzt-Patient-Kommunikation¹⁶⁸

¹⁶⁴ Schröder, Hartmut: Theoretische Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion. In: Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht. Ergebnisse eines Expertentreffens. Hrsg.: Claudia Witt. Essen: kvc-Verlag, 2010, S. 108. Die angesprochene Bibliografie wurde von Schröder zitiert: Nowak P, Spranz-Fogasy T. Literatur zur Arzt-Patient-Kommunikation. Institut für deutsche Sprache, Mannheim 2007.

¹⁶⁵ Neben den bereits zitierten Gerber/Kropp beispielsweise: Rothgangel, Simone: Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie. 2., überarbeitete Auflage, Stuttgart, New York: Thieme, 2010; Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Hrsg.: Strauß, Bernhard; Berger, Uwe; von Troschke, Jürgen; Brähler, Elmar, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe, 2004; Ekert, Bärbel; Ekert, Christiane: Psychologie für Pflegeberufe. Ein Lehr-, Lern- und Arbeitsbuch. Stuttgart, New York: Thieme, 2005.

¹⁶⁶ Neben der bereits zitierten Witt beispielsweise: Die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin. Die Kunst der Beziehungsgestaltung in der ärztlichen Heilkunde. Hrsg.: Hans-Christian Deter, Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 2010; Kutscher, Patric; Seßler, Helmut: Kommunikation – Erfolgsfaktor in der Medizin. Teamführung, Patientengespräch, Networking & Selbstmarketing. Heidelberg: Springer, 2007; Myerscough, Philip R.; Ford, Michael: Kommunikation mit Patienten. Die Chancen des ärztlichen Gesprächs nutzen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber, 2001.

¹⁶⁷ Bergner, Thomas M.H.: Wie geht's uns denn? Ärztliche Kommunikation optimieren. Stuttgart: Schattauer, 2009; Schweickhardt, A.; Fritsche, K.; Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2007; Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis. Hrsg.: Rockenbach, K., Decker, O., Stöbel-Richter, Y. Lengerich, Berlin, Bremen, Miami, Riga, Viernheim, Wien, Zagreb: Pabst Science Publishers, 2006; Welling, Heinz: Kommunikation in der Medizin. Leitfaden für die erfolgreiche Praxisführung. 2., überarbeitete Auflage, Landsberg: ecomed MEDIZIN, 2005; Helmich, Peter; Richter, Kerstin: 50 Rollenspiele als Kommunikationstraining für das Arzt-Patienten-Gespräch. Frankfurt am Main: Verlag für akademische Schriften, 2003; Koch, Axel; Kühn, Stefan: Richtig mit Patienten reden. Praktische Tips [sic!] für konkrete Situationen. Melsungen: Medizinische Verlagsgesellschaft, 1999.

5. empirische Untersuchungen¹⁶⁹.

In der Literatur werden aktuell drei bis vier Modelle der Arzt-Patient-Beziehung aufgeführt:

- (1) das paternalistische Modell
- (2) das Dienstleistungsmodell
- (3) das partnerschaftliche Modell.

Schweickhardt/Fritzsche ergänzen diese Aufzählung durch das patientenorientierte Modell.¹⁷⁰ *Geisler* zitiert *Emanuel* und *Emanuel*, die neben dem paternalistischen Modell noch unterscheiden zwischen:

- (1) dem informativen Modell (Dieses ist dem Dienstleistungsmodell gleichzusetzen.)
- (2) dem interpretativen Modell und
- (3) dem abwägenden Modell.¹⁷¹

¹⁶⁸ Ärztliche Aufklärung klipp & klar. Hrsg.: Friedrich Anton Weiser. Wien: Verlagshaus für Ärzte, 2009; Das Arzt-Patient-Gespräch. Hrsg.: Thorsten Langer & Martin W. Schnell. München: Hans Marseille, 2009; Langkafel, Peter; Lüdke, Christian: Breaking Bad News. Heidelberg, München, Landsberg, Berlin: ? 2008; Kowarowsky, Gert: Der schwierige Patient. Kommunikation und Patienteninteraktion im Praxisalltag. Stuttgart: Kohlhammer, 2005; Bucka-Lassen, E.: Das schwere Gespräch. Einschneidende Diagnosen menschlich vermitteln. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2005; Hören, sprechen, gestalten, beten, schweigen – Dimensionen der Kommunikation mit Schwerstkranken und Sterbenden. Hrsg.: Reiner Baumann, Peter Reiffenberg, Martin Weber. Mainz: Mainzer Hospizgesellschaft, 2005; Medizinische Kommunikation auf dem Prüfstand. Wie sag' ich's meinem Patienten? Hrsg.: Klaus Zapotoczky, Irmgard Samhaber, Peter G. Watzka. Linz: Universitätsverlag Rudolf Trauner, 2002.

¹⁶⁹ Neben der bereits oben zitierten Bibliografie mit zahlreichen Studien von Nowak und Spranz-Fogasy seien hier erwähnt: Leiß, Ottmar: Streifzüge durch ärztliche Welten. Essays zur biopsychosozialen Medizin. Zug: Die graue Edition, 2009; Quasebarth, Alexander: Arzt-Patienten-Kommunikation in der medizinischen Ausbildung. Münster: LIT, 1997; Menz, Florian: Der geheime Dialog. Medizinische Ausbildung und institutionalisierte Verschleierungen in der Arzt-Patient-Kommunikation. Eine diskursanalytische Studie. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Peter Lang, 1991.

¹⁷⁰ Schweickhardt/Fritzsche, a.a.O., S. 31ff.

¹⁷¹ Online-Version des Referates anlässlich der Veranstaltung: "Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitssystem? Zur Lage chronisch kranker und behinderter Menschen nach der Gesundheitsreform" - Gemeinsame Tagung von "Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft" (IMEW) und "Katholische Akademie". Berlin, 7. September 2004.

In: <http://www.linus-geisler.de/vortraege/0409bedarfsgerechtigkeit.html> (Letzter Zugriff am: 14.08.2011).

Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung (nach E.J. Emanuel / L.L. Emanuel)

- **Paternalistisches Modell:** auch Eltern- oder Priestermodell. - Der Arzt weiß, was das Beste für den Patienten ist.
- **Informatives Modell:** auch technisches oder Konsumentenmodell. - Der Arzt fungiert als technischer Experte, der dem Patienten fachliche Informationen als Entscheidungsgrundlage bietet.
- **Interpretatives Modell:** der Arzt als Berater und Begleiter des Patienten. - Der Arzt liefert Informationen, hilft bei der Klärung von Wertvorstellungen und schlägt Maßnahmen vor.
- **Abwägendes Modell:** der Arzt als Lehrer und Freund. - Der Arzt bespricht sich mit dem Patienten über die besten Handlungsmöglichkeiten.¹⁷²

Geisler führt als Ergänzung das aus den USA stammende Shared Decision Making (SDM) auf.

Alle weiter oben angeführten Modelle seien an dieser Stelle kurz charakterisiert:

(1) „Paternalistisches Modell

- Der Arzt hat die Rolle des "Halbgottes in Weiß"
- Patient bleibt passiv und wird auf seinen körperlichen Befund reduziert.
- Missachtung der Autonomie des Patienten

(2) Dienstleistungsmodell

- Arzt stellt Dienstleister da, Patient den Kunden
- Der Arzt ist Experte, die Entscheidungskompetenz bleibt beim Patienten
- Problem dieses Modells: viele Patienten wollen ihren Arzt nicht als technischen Experten sehen, sie erwarten eine emotionale Anteilnahme

(3) Partnerschaftliches Modell

- Kooperative Zusammenarbeit
- Patient wird als mündiger Mensch respektiert

¹⁷² Ebenda.

- Der Arzt hat die Aufgabe, den Patienten so aufzuklären, dass dieser zur begründeten Entscheidung befähigt wird
- Arzt und Patient sind gemeinsam für alle Entscheidungen verantwortlich
- Empathie, Echtheit und positive Wertschätzung als Grundlagen des Arztes dienen der optimalen Nutzung der therapeutischen Beziehung und der Verstärkung der Wirkungen des ärztlichen Handelns.¹⁷³

(4) Patientenorientiertes Modell

- Holt Patienten ab, wo er steht
- Das heißt: ausreichend Zeit für Anamnese, Informationsbedürfnis des Patienten wird befriedigt, verständliche Sprache des Arztes, Krankheitserleben und Krankheitsverständnis des Patienten werden vom Arzt erfragt
- Kann in alle anderen drei Beziehungsmuster münden
- Betont die Persönlichkeit des Patienten neben Erkrankung, Person des Arztes und Professionalität.¹⁷⁴

(5) Shared Decision Making (SDM)

- Betonung des dialogischen Prinzips
- Schrittweiser Informations-, Diskurs- und Vertrauensbildungsprozess
- Definieren gemeinsamer Therapieziele auf der Grundlage von gemeinsam erarbeiteten Wertvorstellungen, Präferenzen und Wünschen
- Erreichen und Verantworten dieser Ziele durch beide Parteien
- Arzt als Experte für das fachliche Wissen
- Patient als Experte für seine Erkrankung.¹⁷⁵

Die Einschränkungen, denen sich auch dieses Modell beugen muss, verdeutlicht Abbildung 4.

¹⁷³ So gefunden in: <http://flexikon.doccheck.com/Arzt-Patient-Beziehung?q=arzt-patient-beziehung> (Letzter Zugriff am: 14.08.2011).

¹⁷⁴ Schweikhardt/Fritzsche, a.a.O., S. 34.

¹⁷⁵ Siehe dazu Anmerkung 170.

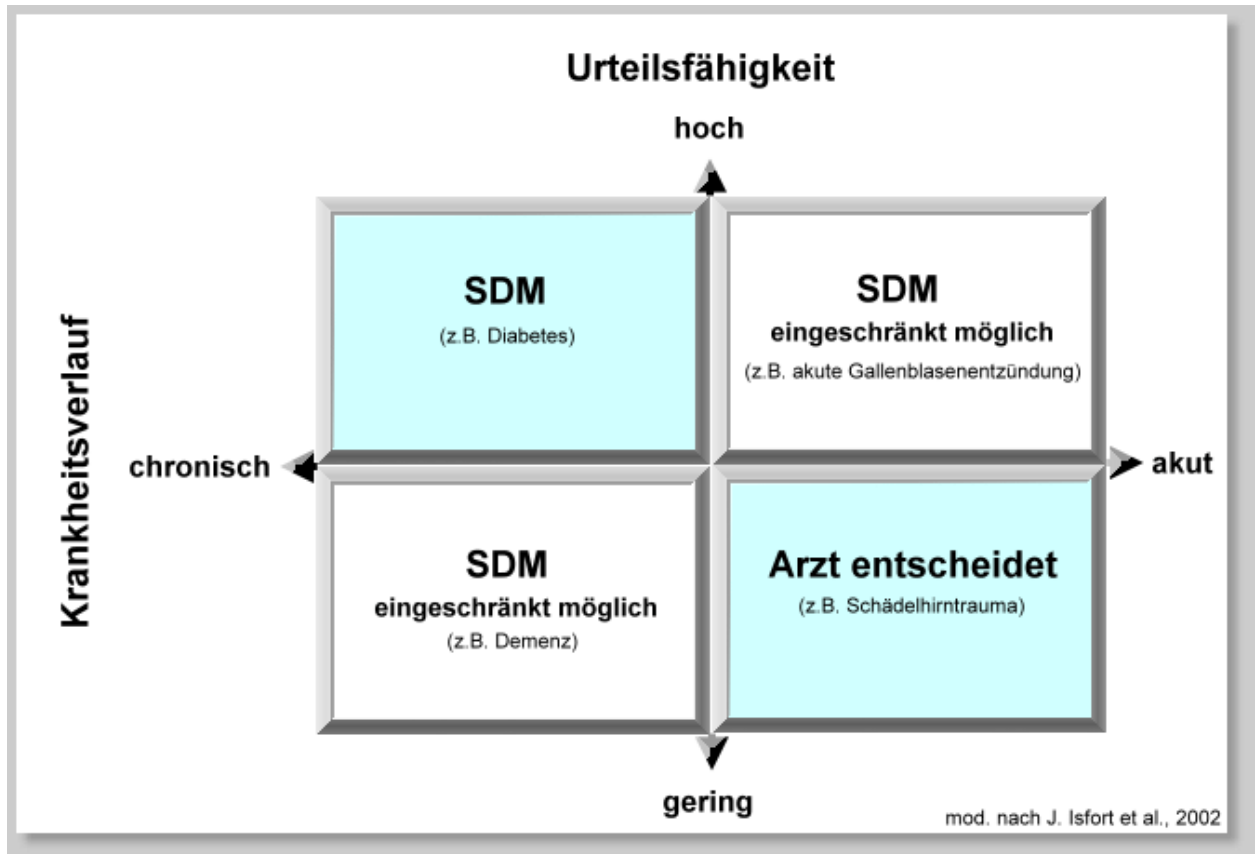


Abb. 4: Einschränkungen des SDM-Modells nach Geisler¹⁷⁶

Abschließend sei auch auf die kritischen Stimmen hingewiesen, was die Präferenz des partnerschaftlichen Modells betrifft: *Weiberg* schreibt, dass die „Überbetonung der Selbstbestimmung des Patienten kein konstruktives, vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arzt und Patient herstellen kann“.¹⁷⁷ Sie zitiert *Wolff*, der diese Hypothese begründet:

„Beide, Selbstbestimmung und Paternalismus, geben nur Teilaspekte der Arzt-Patient-Beziehung wieder und sind ihrer moralischen Natur nach ambivalent. Die ethische Problematik des Paternalismus liegt in der Vernachlässigung des Selbstbestimmungsrechtes und in dem unsicheren Vermögen des Arztes zu wissen, was -jenseits der medizinischen Indikation- das Beste für den Patienten ist. Die ethische Problematik des Selbstbestimmungsanspruches beruht auf dem Verkennen des erodierenden Einflusses der Krankheit auf die Integrität und das

¹⁷⁶ Siehe dazu Anmerkung 170.

¹⁷⁷ *Weiberg, Anja*: Das Arzt-Patient-Verhältnis im Krankenhaus. In: *Wiener Medizinische Wochenschrift*, Juli 2002 (vol. 152), Seite 326.

Entscheidungsvermögen des Kranken. Er übersieht auch den hohen Rang, den die Fürsorge unter den moralischen Pflichten des Arztes einnimmt.“¹⁷⁸

Es ist zu hoffen, dass die von *Weiberg* veröffentlichte Studie, wonach der überwiegende Teil der befragten Ärzte die Selbstbestimmung der Patienten zwar akzeptierte, davon aber nicht überzeugt war, heute nicht mehr zutrifft.¹⁷⁹

Einig ist man sich in einem Punkt: „Arztsein ist ein sprechender Beruf. Welche Kenntnisse, Fähigkeiten oder speziellen Qualitäten und Begabungen ein Arzt auch haben mag, erst im Gespräch mit seinem Patienten erhalten sie Gewicht, werden sie in die klinische Tätigkeit umsetzbar und können eine nützliche Wirkung entfalten.“¹⁸⁰ Patienten, erwarten heute von Ärzten, dass sie Zeit haben, dass sie ihnen zuhören, dass sie Raum bekommen, um sich äußern zu können, dass sie informiert werden und sich ihre Informationen nicht ausschließlich aus dem Internet „ziehen“ müssen¹⁸¹, dass der Arzt mit ihnen klar und verständlich spricht, dass er sich dem Patienten gegenüber empathisch zeigt.¹⁸² All dies muss eine zeitgemäße Ausbildung von Medizinstudierenden heute leisten.

¹⁷⁸ Ebenda.

¹⁷⁹ Weiberg, a.a.O., S. 326-329.

¹⁸⁰ Schultz, Schönemann, Lauber, Nikendei, Herzog, Jünger: Einsatz von Simulationspatienten im Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinerinnen und Mediziner (Medi-KIT): Bedarfsanalyse-Training-Perspektiven. In: Gruppendynamik und Organisationsberatung. Heft 1/2007, S. 20, so entnommen aus: http://www.medizinische-fakultaet-hd.uni-heidelberg.de/fileadmin/kompzent/Schultz_Einsatz_von_Simulationspatienten_in_MediKIT_2007.pdf (Letzter Zugriff am: 28.07.2011).

¹⁸¹ Siehe dazu ausführlicher: <http://yi.com/home/EysenbachGunther/scans/2003-11-medkit-interview-eysenbach.pdf> (Letzter Zugriff am: 14.08.2011).

¹⁸² Siehe dazu auch: Verheyen, Frank: Patientenzufriedenheit. Ergebnisse einer repräsentativen Studie in der ambulanten ärztlichen Versorgung.

In: <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/226688/Datei/5099/WINEG-Studie-Patientenzufriedenheit-Pr%C3%A4sentation.pdf> (Letzter Zugriff am: 14.08.2011).

3.3 Innovationen zur Entwicklung kommunikativer Kompetenzen im Medizinstudium

3.3.1 Ein Überblick über innovatives Denken bei der Gestaltung von Lehrveranstaltungen zur Vermittlung von kommunikativen Kompetenzen

Bevor vier herausragende Beispiele für die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen ausführlich vorgestellt werden, sollen die vielen Bemühungen um eine Verbesserung der Lehre an dieser Stelle erwähnt werden. Fast jede Fakultät, die auf dem Gebiet der kommunikativen Kompetenzvermittlung innovativ tätig geworden ist, nimmt für sich in Anspruch, ein nach dem Standort benanntes Modell begründet zu haben. So fallen in der Literatur Begriffe wie „Leipziger Gesprächsführungskurs“, „Jenaer Modell“, „Hamburger Modell“¹⁸³, „Kommunikationstraining in der interdisziplinären Onkologie“ (Würzburg), „POL-Kurs Nervensystem und Psyche“¹⁸⁴ (Dresden) oder das „Wittener Modell“ (Witten/Herdecke). Witten/Herdecke setzt bei der kommunikativen Kompetenzvermittlung auf vier Elemente:

1. ein Seminar zur Vermittlung von Kommunikationstheorien und zur Einführung in die Anamnesetechniken
2. Simulationspatientenkontakt
3. Realpatientenkontakt
4. eine zweitägige Blockveranstaltung zur Reflexion komplexer Kommunikationsstrukturen (siehe zur genauen Struktur: Abb. 5).

Eine Prüfung erfolgt bisher nicht. Es werden allerdings Teilnahme-Scheine ausgestellt (siehe dazu Abb. 6).

¹⁸³ Das Modell wird derzeit erneut überarbeitet. Dabei wird an eine Zusammenarbeit zwischen den Medizinem und den Lehrämtern gedacht. Erfahrungen aus dem „alten“ Modell sollen genutzt werden. Siehe zu diesem älteren Modell ausführlich: Petersen, C., Busche, W., Begelt, C., Huse-Kleinstoll: Projekt: Kommunikationstraining als Teil des Medizinstudiums: ein Modellversuch. So gefunden in: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2005-22/zma000008.shtml> (Letzter Zugriff am: 10.08.2011).

¹⁸⁴ Siehe dazu ausführlicher: Köllner, Volker, Gahn, Georg, Kallert, Thomas, Felber, Werner, Reichmann, Heinz, Dieter, Peter, Nitsche, Ines, Joraschky, Peter: Unterricht in der Psychosomatik und Psychotherapie im Dresdner DIPOL-Curriculum. Der POL-Kurs „Nervensystem und Psyche“. Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 2003, 53 (2), S. 7-55.

Sem.	Vor-/klinische Ausbildung	IC-I: Kommunikation
1	POL (Orthopädie), Untersuchungskurs, Allgemeinarztadaptionsprogramm	<ul style="list-style-type: none"> - Seminar: Der gute Arzt im Alltag I: Ideal und Realität der Kommunikation - Wahrnehmungspraktikum/ Tonbandaufnahme: Wie spricht der Arzt mit dem Patienten?
2	POL (Innere Medizin), Untersuchungskurs Allgemeinarztadaptionsprogramm	<ul style="list-style-type: none"> - Seminar: Der gute Arzt im Alltag II: Interprofessionalität – Medizin und Pflege - Wahrnehmungspraktikum/ Videoaufnahme: Wie verlaufen Gespräche zwischen Arzt und Patient in der Realität?
3	POL (Neurologie), Untersuchungskurs, Allgemeinarztadaptionsprogramm	<ul style="list-style-type: none"> - Anamneseseminar - SPK: Student im Allgemeinarztpraktikum, Fälle: Diabetes mellitus, Impfung, Hyperthyreose u.a.
4	POL, Klinische Blöcke (Internistik, Orthopädie, HNO, Dermatologie, Augenheilkunde)	<ul style="list-style-type: none"> - Zweitägige Blockveranstaltung I: Einführung in die systemische Haltung - SPK: Allgemeinarztpraxis: Gespräch über Klinikeinweisung
5	Klinische Blöcke (Neurologie, Psychiatrie, u.a.) Klinische Ausbildung	<ul style="list-style-type: none"> - Zweitägige Blockveranstaltung II: Fortsetzung - SPK: Aufnahmegespräch, Aufnahmegespräch in der Klinik mit älteren Patienten
6	Klinische Blöcke (Pädiatrie, Gynäkologie u.a.)	<ul style="list-style-type: none"> - SPK: Gespräch mit Patienten unter erschwerten Bedingungen (Ausfälle, Psychiatrie), Einbezug von Angehörigen, Betreuern
7	Klinische Blöcke (Unfallchirurgie, Anästhesie u.a.)	<ul style="list-style-type: none"> - RPK: Gespräch mit Kind/Eltern, Aufklärungsgespräch, Einholen einer Einverständniserklärung
8	Klinische Blöcke (Geriatric, Psychosomatik u.a.)	<ul style="list-style-type: none"> - Seminar: Umgang mit Sterbenden - RPK: Gespräch über schwierige (Differential-) Diagnosen, Patientenverfügung, Sterbebegleitung
9	Klinische Blöcke	<ul style="list-style-type: none"> - RPK: offenes Thema

Abb.5: Integration der Veranstaltungen im Curriculum „Kommunikation!“ in der vor-/klinischen Ausbildung in Witten/Herdecke¹⁸⁵

¹⁸⁵ Mitzkat, A, Schulz, C; Kasenda, B, Langer, T, Schnell MW. „ARZT IM GANZEN SPEKTRUM“. Die INTEGRIERTEN CURRICULA der Mediziner Ausbildung an der Universität Witten/Herdecke – Rückblick auf sechs Jahre Lehre im Hinblick auf Praxisorientierung und theoretische Vorgaben. In: <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2006-23/zma000285.shtml> (Letzter Zugriff am: 08.08.2011).

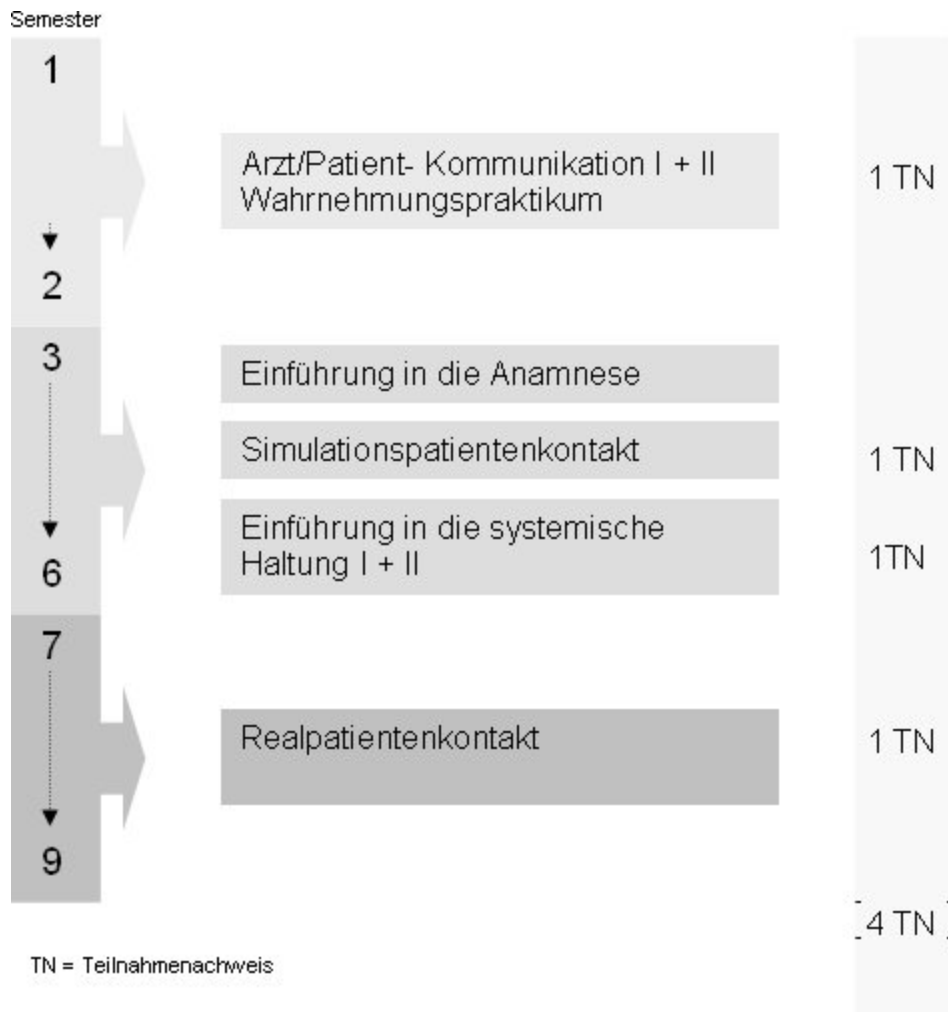


Abb. 6: Der Weg zum Leistungsnachweis im IC I Kommunikation in Witten/Herdecke ¹⁸⁶

Andere Fakultäten setzen auf spezielle Kommunikationstrainings der einzelnen Institute. So führte 2007 die „Interdisziplinäre Onkologie“ in Würzburg ein Training mit 10 standardisierten Patienten ein, das die Kommunikation mit Palliativpatienten verbessern soll. Inhaltlich setzte sich der Kurs aus fünf Elementen zusammen:

1. Überbringen einer schlechten Nachricht
2. Umgang mit emotionalen Reaktionen der Patienten
3. ehrliche Kommunikation mit Patienten, ohne deren Hoffnung zu zerstören
4. richtiges Zeitmaß im Gespräch finden

¹⁸⁶ Ebenda.

5. Einbeziehung von Patienten und Angehörigen in die Entscheidungsfindung hinsichtlich der Behandlungsoptionen.¹⁸⁷

Das Interdisziplinäre Trainings- und Simulationszentrum Würzburg (INTUS) arbeitet dabei eng mit dem Simulationszentrum Mainz (AQAI) zusammen. Dieses bietet neben Kursen zum Notfall- und Zwischenfallmanagement in der Anästhesiologie und Intensivmedizin auch ein Modul „Human Factors“ mit den Themen „Kommunikation, Teamarbeit und Führung sowie Entscheidungsfindung, Management und situative Aufmerksamkeit“ an.¹⁸⁸

Ein inhaltlich ähnlich gelagertes Seminar wie Würzburg führt seit 2008 auch die schon erwähnte Wittenener Universität durch: „Kommunikation mit Sterbenden“. Wie auch in Würzburg werden folgende methodische Elemente genutzt:

1. Kleingruppenarbeit
2. Rollenspiele mit standardisierten Patienten
3. Realpatientenkontakt
4. interaktives Feedback.¹⁸⁹

Während sowohl Dresden und Witten als auch Würzburg auf einsemestrige Lehrveranstaltungen setz(t)en, die aber (z.B. in Witten) dann modularen Charakter tragen und somit bis zum 9. bzw. 10. Semester weitergeführt werden, hat Erlangen-Nürnberg ein Modell entwickelt, das wegen seiner Teilnehmerzusammensetzung innovativ ist. Es handelt sich dabei um ein eintägiges (7,5-stündiges) Blockseminar für Medizinstudierende und Krankenpflegeschüler. Im Mittelpunkt steht auch hier das Überbringen schlechter Nachrichten. Jeweils 8 Teilnehmer (4 Medizinstudierende, 4 Krankenpflegeschüler) sind 2 Mentoren zugeordnet. Offensichtlich haben die Verantwortlichen in Erlangen-Nürnberg die Bedeutung des Pflegepersonals innerhalb des kognitiven und emotionalen Verarbeitungsprozesses nach dem ärztlichen

¹⁸⁷ Siehe dazu ausführlich: van Oorschot, B., Neuderth, S., Faller, H., Flentje, M.: Kommunikation mit Palliativpatienten – Erste Erfahrungen mit standardisierten Patienten im Rahmen der Interdisziplinären Onkologie. In: Zeitschrift für Palliativmedizin Nr. 9/2008, S. 120-125.

¹⁸⁸ So gefunden in: <http://www.aqai.eu/simulationszentrum-themen.php> (Letzter Zugriff am: 12.08.2011)

¹⁸⁹ Siehe dazu ausführlich: Schulz, C., Möller, M., Haynert, H., Schmalz, O., Schnell M.: Kommunikation mit Sterbenden – Beschreibung eines Seminars aus der palliativmedizinischen Ausbildung der Universität Witten/Herdecke. In: Zeitschrift für Palliativmedizin Nr. 9/2008, S. 181.

Aufklärungsgespräch erkannt. Der zeitliche Ablauf des Blockseminars wird in Abbildung 7 dargestellt.

Zeit	Kursinhalte	
10.00-10.20	<ul style="list-style-type: none"> • Begrüßung • Vorstellung der Teilnehmer • Erfahrungsaustausch zum Überbringen schlechter Nachrichten 	
10.20-10.30	<ul style="list-style-type: none"> • Klärung von Erwartungen und Befürchtungen der Teilnehmer • Vorstellung des Ablaufs der Lehrveranstaltung 	
10.30-11.00	<ul style="list-style-type: none"> • „Aufklärung pro und Contra“ 	
11.00-11.15	<ul style="list-style-type: none"> • Einteilung der Teilnehmenden in zwei Kleingruppen • Pause 	
11.15-11.30	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung in die Regeln konstruktiver Rückmeldung • Erläuterungen zu Methode und Ablauf des Gesprächs mit Simulationspatienten 	
11.30-13.00	Kleingruppe A <ul style="list-style-type: none"> • Gespräch mit Simulationspatient (Medizinstudent/in) • Gespräch mit Simulationspatient (Krankenpflegeschüler/in) 	Kleingruppe B <ul style="list-style-type: none"> • Gespräch mit Simulationspatient (Medizinstudent/in) • Gespräch mit Simulationspatient (Krankenpflegeschüler/in)
13.00-14.00	Mittagspause	
14.00-15.00	Expertengespräch	
15.00-15.15	Pause	
15.15-16.45	Kleingruppe A <ul style="list-style-type: none"> • Gespräch mit Simulationspatient (Medizinstudent/in) • Gespräch mit Simulationspatient (Krankenpflegeschüler/in) 	Kleingruppe B <ul style="list-style-type: none"> • Gespräch mit Simulationspatient (Medizinstudent/in) • Gespräch mit Simulationspatient (Krankenpflegeschüler/in)
16.45-17.00	Pause	
17.00-17.30	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftliche und mündliche Abschlussevaluation 	

Abb. 7: Übersicht über den zeitlichen Ablauf und die Kurseinheiten der Lehrveranstaltung¹⁹⁰

¹⁹⁰ Die Abbildung wurde entnommen aus: Schildmann J, Härlein J, Burchardi N, Schlögl M, Vollmann J.

Neu, aber sicherlich noch optimierbar ist der Leipziger Ansatz, mit aus der Pädagogik bekannten Portfolios (hier onlinebasiert) den Lern- und Kompetenzfortschritt der Medizinstudenten zu begleiten.¹⁹¹ Ebenfalls soll in dieser allgemeinen Übersicht der Bochumer Ansatz angedeutet werden. Ausgangspunkt des Strangs „Ärztliche Interaktion“ innerhalb des Modellstudiengangs Medizin an der Ruhr-Universität sind sogenannte Leitaaffekte. Bochum hat die Lehrveranstaltung in 6 Module zu je 4 Unterrichtseinheiten gegliedert:

1. Modul: Umgang mit Emotionen bei körperlichen Erkrankungen unter Berücksichtigung der Arzt-Patient-Beziehung
2. Modul: Emotion Scham
3. Modul: Emotion Angst
4. Modul: Emotion Trauer
5. Modul: Emotion Ärger und Motivation
6. Modul: Zusammenfassung.

Jedem Studierenden sind die Ausbildungsziele für jedes Modul bekannt (siehe dazu das Beispiel für das Modul 1 in Abb. 8).

Die Aufklärung schwer kranker Patienten im interprofessionellen Kontext: Ein Lehrprojekt für Medizinstudenten und Krankenpflegeschüler. In: <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2006-23/zma000286.shtml> (Letzter Zugriff am: 10.08.2011).

¹⁹¹ Siehe dazu ausführlicher und auch kritischer: Glenewinkel, Clara; Rockenbach, Katrin: Gesprächsführung in der medizinischen Ausbildung im Lehr- und Lerncurriculum: Eine qualitative Analyse der Sicht Studierender auf den Leipziger Gesprächsführungskurs. In: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2009-26/zma000625.shtml> (Letzter Zugriff am: 10.08.2011).

Grundwissen	<p>Wissen, dass Lebensgeschichte, frühe Beziehungserfahrungen sowie aktuelle Beziehungen den Umgang mit der Krankheit und die Erwartungen an den Arzt beeinflussen.</p> <p>Die Bedeutung von Empathie in der Arzt-Patient-Beziehung erläutern können.</p> <p>Wissen, dass Affekte die Wahrnehmung (Kognition) konditionieren, körperliche Reaktionen durch hormonelle und neuronale Reaktionsschleifen hervorrufen und Verhaltensmuster maßgeblich beeinflussen.</p> <p>Übertragung und Gegenübertragung erläutern und den diagnostischen und therapeutischen Nutzen für die Arzt-Patient-Beziehung kennen.</p>
Anwendungs-bezogen	<p>In der Anamnese das subjektive Erleben in Bezug auf die Erkrankung das aktuelle Beziehungsgefüge und lebensgeschichtliche Ereignisse erfragen können.</p> <p>Bedeutungserteilung an Krankheit und Subjektive Krankheitstheorien erfragen können.</p> <p>Auf die eigenen Gefühle im Gespräch achten und diese diagnostisch nutzen können</p>
Professionelles Verhalten	<p>Eine Haltung der Selbstbeobachtung einnehmen können und sich insbesondere von negativen Gefühlen nicht leiten lassen</p> <p>Berücksichtigen, dass neben Sachkompetenz Empathie, Verstehen wollen, Respekt und eine ermutigende Haltung gegenüber dem Patienten eine wesentliche Rolle für das Gelingen der Arzt-Patient-Beziehung spielen.</p>

Abb.8: Ausbildungsziele: Strang „Ärztliche Interaktion“ 3. Semester: Umgang mit Emotionen bei körperlichen Erkrankungen unter Berücksichtigung der Arzt-Patient-Beziehung (1. Modul)¹⁹²

Neben der Kleingruppenarbeit, den Rollenspielen und den Videoaufnahmen nutzt Erlangen-Nürnberg Arbeitsblätter zum theoretischen Hintergrund und zu zusätzlichen Informationen auf einer Internet-Plattform.

Das „Jenaer Modell“ wurde an dieser Stelle aufgenommen, weil es zwei Elemente enthält, die für die Rostocker Medizinische Fakultät auch gültig sind:

1. Die Studierendenzahl ist mit 280 Studierenden pro Jahrgang relativ gering (wie in Rostock mit rund 240 Studierenden pro Jahrgang).
2. Auch in Jena übernimmt die Vermittlung psychosozialer und kommunikativer Kompetenzen hauptsächlich der Kurs „Medizinische Psychologie/Soziologie“.

¹⁹² Die Abbildung wurde entnommen aus: Veit I, Huenges B, Köster U, Pieper M, Rusche H. Wie kann der adäquate ärztliche Umgang mit Emotionen im Medizinstudium vermittelt werden? Ein Erfahrungsbericht aus dem Strang „Ärztliche Interaktion“ im Modellstudiengang Medizin der Ruhr-Universität Bochum. In: <http://www.irisveit.de/fileadmin/iris-veit/pdf/zma000622.pdf> (Letzter Zugriff am: 10.08.2011).

Der Kurs „Ärztliche Gesprächsführung“ ist als integratives Seminar mit 4 SWS (14-tägig) im 3. und 4. Semester der Vorklinik angesiedelt. Die Studierenden werden in 12 Gruppen aufgeteilt, die von insgesamt 6 Dozenten betreut werden. Die inhaltlichen Schwerpunkte sind der Abb. 9 zu entnehmen.

Methode	medizinpsychologische Themen im Kurs Medizinische Psychologie und Soziologie	Übung kommunikativer Fähigkeiten im Seminar Ärztliche Gesprächsführung
(A) Kommunikations- training • Videoanalysen • Rollenspiele • Kommunikative Fähigkeiten	1. Arzt-Patient-Kommunikation	Nonverbales, aktives Zuhören, schwierige Gesprächssituationen
	2. Anamnese, Visite	Beziehungsaufbau, Gesprächsstrukturierung (Anamnese), Anliegen klären
	3. Krankheitsverarbeitung, Compliance	Frage Techniken, Sprachstile, Fachsprache, Verstehen und Verständlichkeit
	4. Persönlichkeit	patientenzentrierte Gesprächsführung, Zusammenfassen, Nachfragen, Therapiemotivation stärken
	5. Gruppen / Teams	Konfliktmanagement, Moderation, Diskussionsleitung, Führung
(B) Standardisierte Patienten • Gespräch mit Standardisiertem Patienten führen • Beobachtungsaufgaben für die Studierenden • Feedbackrunde	6. Tod / Trauer	Schwierige Nachrichten, Umgang mit Emotionen, Schweigen und Pausen, Umgang mit Patientenverfügungen
	7. Stress / Entspannung	Erfragung der subjektiven Krankheitstheorie, unterstützende Kommunikation etc.
	8. Sexualität und Medizin	Rollenidentität wahrnehmen, Perspektivwechsel
	9. Transplantationsmedizin	Aufklärung und Beratung, Angehörigengespräche
	10. Interkulturelle Aspekte in der Medizin	Interkulturelle Kommunikation, Fremdsprache, Übersetzung, spezifische Krankheitstheorie und -verarbeitung erfragen
	11. Entwicklungspsychologie: Kinder	altersangemessene Kommunikation mit Kindern (Video)
	12. Entwicklungspsychologie: Alten	Kommunikation mit älteren Menschen, mit Demenzpatienten, Aphasikern
	13. Schmerz	Kommunikation mit Schmerzpatienten, Schmerzanamnese

Abb. 9: Integration der kommunikativen Kompetenzschulung in den Kurs Medizinische Psychologie und Soziologie an der Medizinischen Fakultät Jena¹⁹³

¹⁹³ Philipp, Svetlana; Merten, Kathleen: Erfahrungen mit Standardisierten Patienten im neuen Lehrkonzept zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen im Fach Medizinische Psychologie – das Jenaer Modell. Zeitschrift für Medizinische Psychologie Nr. 1/2006, S. 12.

Auch hier werden Videoanalysen, Rollenspiele und standardisierte Patienten (ab der 6. Lehrveranstaltung) eingesetzt. Dabei wird auf eine Parallelität zwischen den theoretischen Themen des Kurses „Medizinische Psychologie/Soziologie“ und den praktischen Übungen geachtet. Damit sollen Transferkompetenzen der Studierenden geschult werden.

Aber auch in Jena hat man erkannt: „Wichtig ist jedoch die Fortsetzung im 2. Studienabschnitt, um medizinisches Wissen in die kommunikativen Kompetenzen zu integrieren.“¹⁹⁴

Am Rande sei hier erwähnt, dass inzwischen auch die Wirtschaft das Thema „Kommunikation zwischen Arzt und Patient“ für sich entdeckt hat. So entwickelte die INMEDIA GmbH einen Simulator mit virtuellen Patienten in 25 unterschiedlichen Fachkliniken. Das Online-Programm ermöglicht es Studenten wie Dozenten in unterschiedlichen Schwierigkeitsstufen Diagnostik und Therapie praktisch und wirklichkeitsnah zu üben.¹⁹⁵ Das Programm wird den Fakultäten für 2.500 € pro Semester bzw. 500 € pro Fall angeboten.

Im Folgenden werden nun vier Fakultäten vorgestellt, die auf langjährige Erfahrungen bei der Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten zurückblicken können. Dabei liegt deren Innovativität nicht immer nur in den Inhalten, sondern auch bei der kreativen Gestaltung von Rahmenbedingungen für eine effektive Kompetenzvermittlung.

3.3.2 Das „Studienhospital Münster“

Das wohl bekannteste Skills Lab der Bundesrepublik befindet sich in Münster, das Studienhospital Münster an der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität. Das frühere Schwesternwohnheim zeichnen drei Orte ärztlichen Handelns aus:

- ein Krankenhaustrakt mit sechs Betten
- eine Hausarztpraxis mit Rezeption und Wartezimmer

¹⁹⁴ Ebenda, S. 19.

¹⁹⁵ Ausführlicher dazu in: http://www.inmedea.com/de/produkte_simulator.html und: http://www.inmedea.com/all/pdf/Factsheet_allgemein.pdf (Letzter Zugriff am: 12.08.2011). Ein interaktives Beispiel für das Training mit dem Simulator ist zu finden unter: <http://www.inmedea-simulator.net/med/scene/entry?> (Letzter Zugriff am: 12.08.2011).

- ein OP-Trakt.¹⁹⁶

Ab dem 4. Semester erhalten hier Medizin-Studierende die Möglichkeit, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten zu schulen. Die Übungen verfolgen diese Ziele:

- Training komplexer klinischer Handlungsabläufe
- Etablierung einer effizienteren Wissensvermittlung
- Lernen im situativen Kontext
- Abschaffung der Inkongruenz zwischen Lern- und (späterer) Arbeitssituation
- Einsatz von Emotionalität (als Voraussetzung für die bessere Erinnerung an bestimmte Situationen und dadurch bessere Reproduzierbarkeit des faktologischen und paradigmatischen Materials).¹⁹⁷

Die kumulativ gestalteten Lehrveranstaltungen ersetzen Seminare, die den „Unterricht am Krankenbett“ vorbereiteten. Gesonderte Stundenzuweisungen waren somit nicht erforderlich. Die Studierenden werden in Kleingruppen von maximal sechs Studierenden unterrichtet. Der Unterricht findet in Räumen statt, in denen sich wegklappbare Tische mit aufklappbaren Untersuchungsliegen befinden. Pro Untersuchungsraum wurden drei Liegen installiert, so können jeweils drei Studierende Untersuchungen an drei „Patienten“ (Studierenden) vornehmen, welche ein Dozent begleitet. Die Zeitersparnis liegt auf der Hand.

Die Atmosphäre des Studienhospitals ist dem eines realen Krankenhauses bis ins Detail nachempfunden:

- Optisch betont lang gezogene Gänge
- Grelles Licht
- Technische Einrichtung in den Patientenzimmern
- Typische Zeitschriften auf den Nachtschränken
- Desinfektionsmittel identisch mit denen im angrenzenden Krankenhaus (olfaktorischer Faktor!)

¹⁹⁶ Simulanten im Wartezimmer. Medizinstudenten üben an Schauspielern. In: <http://www.spiegel.de/unispiegel/studium/0,1518,591886,00.html> (Letzter Zugriff am: 22.07.2011).

¹⁹⁷ Wenn nicht anders angegeben, handelt es sich bei den Ausführungen um die Zusammenfassung eines Redebeitrages von Dr. Bernhard Marschall, Studiendekan der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, unter dem Titel: Beispiele für interaktive Unterrichtsformen: Studienhospital Münster. In: Innovationen im Medizinstudium, a.a.O., S. 113-120.

- Individuelle Ausgestaltung der Patientenzimmer von nüchtern-kühl bis freundlich-warm (siehe dazu Bild 1 und 2).



Bild 1: nüchtern-kühl eingerichtetes Patientenzimmer im Studienhospital Münster¹⁹⁸



Bild 2: freundlich-warm eingerichtetes Patientenzimmer im Studienhospital Münster¹⁹⁹

Albrecht verweist auf den Manipulationscharakter bestimmter Elemente, zum Beispiel zeigen Beobachtungen, dass Ärzte/Studierende bei „Gala“-Lesern eine größere Nähe

¹⁹⁸ <https://medicampus.uni-muenster.de/5084.html> (Letzter Zugriff am: 28.07.2011).

¹⁹⁹ Ebenda.

entwickelten als bei SPIEGEL-Lesern, dass kalte Krankenhauszimmer mit sehr leger gekleideten Patienten eher zum Hinsetzen einluden als umgekehrt.²⁰⁰

Zwar werden nach wie vor Modelle und Phantome im Studienhospital eingesetzt, inzwischen kommen aber über 50 standardisierte Simulationspatienten²⁰¹ zum täglichen Einsatz. Die Übungen vom 4. vorklinischen Semester bis zum 6. klinischen Semester werden immer komplexer aufgebaut und haben den unschätzbaren Wert der ständigen Wiederholbarkeit, was der Patientenlientel eines echten Krankenhauses mit einer durchschnittlichen Verweildauer von etwa 6,5 Tagen nicht zugemutet werden kann. Standardisierte Patienten haben zudem den Vorteil, an ihnen besonders schwere Emotionen trainieren zu können (Wut, Trauer, Angst). So steht zum Beispiel im 8. Semester das Thema „Organspende“ auf dem Plan. Wie kommuniziert man als Arzt den Angehörigen eines soeben verstorbenen Patienten und damit potenziellen Organspenders das Anliegen angemessen? Als standardisierte Patienten werden in Münster ausschließlich Personen mit einer schauspielerischen Grundausbildung eingesetzt. Ein Simulationspatienten-Trainer übernimmt deren Schulung.

Gekoppelt wird das Training mit dem Einsatz echter medizinischer Instrumente und Geräte zur Schulung des handwerklichen Geschicks, zum Beispiel beim Blutabnehmen und Katheterlegen.²⁰²

Nach Demonstrations- und Selbstübungsphasen (Stichwort: akutes Abdomen) nehmen die Studenten dann entsprechende Untersuchungen an den Simulationspatienten vor. Das Gespräch und die Untersuchung werden auf Video aufgenommen. Eine Aufnahme „seiner Untersuchung“ erhält jede Studierende am Ende der jeweiligen Einheit. Diese Aufnahme wurde vorab vom Team aufgearbeitet. Das Team konnte durch eine einseitig

²⁰⁰ Albrecht, Bernhard: Hilfe, komplizierte Patienten! In: GEO. Das neue Bild der Erde. Nr. 05/2009, S. 134.

²⁰¹ Zur Nutzung von Elementen aus der Theaterpädagogik siehe auch: Präsenz und Kommunikation im Klinikalltag – Tricks aus der Theaterkiste. Dies ist ein eintägiger Workshop für Ärzte, die ihre kommunikativen Fähigkeiten verbessern wollen. In: <http://www.medizinundmenschlichkeit.de/index.php/tricks-aus-der-theaterkiste.59.html> (Letzter Zugriff am: 04.09.2011).

²⁰² Billig, Michael: „Wie geht es mit der Verdauung?“ In: <http://www.berlinonline.de/berliner-zeitung/archiv/.bin/dump.fcgi/2011/0107/wissenschaft/0001/index.html> (Letzter Zugriff am: 22.07.2011).

verspiegelte Scheibe die Untersuchung beobachten und über Kopfhörer den Gesprächsverlauf verfolgen (siehe dazu Bild 3).²⁰³



Bild 3: Untersuchungs- und Beobachtungszimmer im Studienhospital Münster²⁰⁴

Hat der Student weitere Fragen nach dem Ansehen des Videos zu Hause, besteht für ihn die Möglichkeit, die Psychologin zu konsultieren. Diese ist direkt dem Studienhospital unterstellt und damit ständig verfügbarer Ansprechpartner.

„In einer Eigenevaluation der Selbständigkeit vor und nach dem Kurs (n=240) konnte eine deutliche Verbesserung vor allem in der Reproduzierbarkeit des Untersuchungsalgorithmus und der Gesprächsführung erzielt werden. [...] Als wesentliche Vorteile wurden von den Kursteilnehmern das zeitnahe Feedback, die Authentizität der Simulation und die zuvor definierten Lernziele angegeben.“²⁰⁵

Die Feedbacks erfolgen dabei nicht nur von den Studierenden und dem sie begleitenden Dozenten, sondern auch von den Simulationspatienten.

²⁰³ Die Darstellung einer vollständigen Simulations-Visite findet sich in: Blessing, Tabea: Visitenttraining im Studienhospital in Münster.

In: http://www.thieme.de/viamedici/studienort_muenster/vorklinik/visitenttraining.html (Letzter Zugriff am: 22.07.2011).

²⁰⁴ Entnommen aus: <https://medicampus.uni-muenster.de/5087.html?&L=0> (Letzter Zugriff am: 26.09.2011).

²⁰⁵ Hölzen, Jens Peter; Friedrichs, Hendrik; Hasenberg, Felicitas; Domagk, Dirk; Marschall, Bernhard; Senninger, Norbert; Vowinkel, Thorsten: Wertigkeit der Simulation in der chirurgischen Lehre am Beispiel der klinischen Untersuchung beim „Akuten Abdomen“.

In: <http://www.egms.de/static/de/meetings/dgch2011/11dgch472.shtml> (Letzter Zugriff am: 22.07.2011). Achtung: Die Schreibung der Autorennamen wurde angepasst, da die im Originaltext angegebenen Schreibungen falsch waren.

Klar wird den Studierenden dabei auch, dass die Gesprächsführung ohne Königsweg auskommen muss, dass jedes Gespräch seinen individuellen Charakter durch die beteiligten Protagonisten erhält.²⁰⁶ Diese besser verstehen zu lernen, gelingt durch eine weitere Methode: den Einsatz sogenannter Altersanzüge. „Gewichte und Schienen an den Gelenken lassen Kräfte schwinden und schränken die Beweglichkeit ein. Eine Spezialbrille reduziert das Sichtfeld und schwächt Kontraste ab. Ohrstöpsel simulieren Schwerhörigkeit, Handschuhe erschweren Fingerfertigkeiten und bereiten Probleme, wenn Gegenstände ertastet werden sollen.“²⁰⁷ So gelingt es auf eindrucksvolle Weise, Empathie für ältere und alte Persönlichkeiten bzw. stark eingeschränkte Patienten zu entwickeln. Außerdem verhindert dieses Prozedere eine allzu schnelle Diagnostizierung des Patienten in Richtung „Demenz“.

Neben dem Klinik-Bereich gibt es auch -wie bereits oben erwähnt- einen ambulanten Bereich mit einer Rezeption, einem Wartezimmer und vier Untersuchungsräumen. Die Räume sind voll funktionsfähig ausgestattet, sodass der obligatorische Sonografie-Kurs hier absolviert werden kann. Der Studierende lernt hier unter anderem Steuerungs- und Filterfunktionen des Allgemeinmediziners kennen.

Als Besonderheit des Studienhospitals gilt der 270°-Rundum-Projektionsraum, in dem „vom häuslichen Notfall, dem kleinen Fahrradunfall bis hin zum großen Autobahn-Crash“ alles simuliert werden kann.²⁰⁸

Im SimuScape Münster können all diese Situationen per Knopfdruck über vorproduzierte Videos realitätsnah abgebildet werden.

Wenngleich es auf den ersten Blick so scheint, als wäre Münster nur durch seine lokalen Besonderheiten erwähnenswert, entscheidend ist die konzeptionelle Herangehensweise. Alle Beteiligten, Ärztlicher Leiter, Psychologin, Simulationspatienten-Trainer und Lehrbeauftragte, alle betreuen ein solches Unterfangen nicht nebenberuflich, ehrenamtlich, sondern stellen sich einer ganz besonderen professionellen Verantwortung.

Das Studienhospital Münster wurde aus Spendengeldern, Eigenmitteln und Studiengebühren finanziert.²⁰⁹

²⁰⁶ Billig, Michael, a.a.O.

²⁰⁷ Ebenda.

²⁰⁸ Marschall, a.a.O., S. 119.

3.3.3 Das Curriculum Medicinale Heidelberg („HeiCumed“)

Was die Forschung und Publikationsbreite zum Thema „Kommunikative Kompetenzen und deren Vermittlung im Medizinstudium“ betrifft, so ist Heidelberg mit Sicherheit der produktivste Ort in der Bundesrepublik. 2001 wurde in Heidelberg der Reformstudiengang Medizin zum Regelstudiengang erhoben. „HeiCuMed“ stellt sich fünf Forderungen und will diese durch innovative Lehrmethoden erfüllen:

- Praxisnähe
- Modularität
- Fächerübergreifendes Lehren und Studieren
- Forschungsorientiertes Arbeiten
- Internationales Studieren.²¹⁰

Bereits zu diesem Zeitpunkt, also noch vor der neuen ÄAppO, erklärte Heidelberg das angestrebte Ziel: ein wesentlich höherer Klinik- und Patientenbezug. So wurde in der Vorklinik das Thema: „Organe und funktionelle Systeme“ eingeführt.²¹¹ Das entscheidend Neue für das hier zu behandelnde Thema der Kommunikationsschulung war aber schon in dieser Phase die Einführung des Hospitationsprogramms in Hausarztpraxen, welches sowohl im 1. als auch im 2. Fachsemester obligatorisch durchgeführt wird. Dabei lernen die Medizin-Studierenden bereits sehr frühzeitig, den Alltag einer Hausarztpraxis kennen, aber auch die Anforderungen, die sich aus dem Alltag ergeben. So können mit Sicherheit sowohl gelungene als auch weniger gelungene Arzt-Patient-Gespräche beobachtet werden. Heidelberg bemüht sich weiter um die Ausbildung von Ärzten zu Teamplayern. Dies soll durch die Bildung von festen Seminargruppen gewährleistet werden.

2001 wurde erstmals ein Kommunikationstraining mit standardisierten Patienten innerhalb des psychosomatischen Praktikums angeboten. Die Pflichtveranstaltung dauerte ein Semester mit jeweils zwei SWS. Dabei kamen auf jeweils zehn Teilnehmer

²⁰⁹ Billig, Michael, a.a.O.

²¹⁰ Duelli, Roman: Das Heidelberger Curriculum Medicinale HeiCuMed. In: http://www.mft-online.de/dokument/iim_duelli_heidelberg.pdf (Letzter Zugriff am: 25.07.2011).

²¹¹ Ders.: Organisationsbeispiele für Regelstudiengänge: Heidelberg. In: Innovationen im Medizinstudium, a.a.O., S. 75-79.

zwei Dozenten.²¹² Medizinischer Schwerpunkt waren zum einen die Erhebung der psychosomatischen Anamnese und zum anderen die Ermittlung verbaler und nonverbaler Therapieformen. Kommunikativer Schwerpunkt war die Reflexion der Arzt-Patient-Kommunikation. Letztgenannter Schwerpunkt wurde durch vier methodische Vorgehensweisen realisiert:

1. Kommunikationstraining mit standardisierten Patienten
2. Kommunikationstraining im Rollenspiel
3. Anamneseerhebung bei im Praktikum anwesenden Patienten
4. Anamneseerhebung bei Patienten auf Station.

Nach der Praktikumsevaluation ergab sich folgende Reihenfolge der beliebtesten methodischen Varianten:

1. Patientenbefragung im Praktikum
2. Patienteninterviews auf Station
3. Einsatz standardisierter Patienten
4. Rollenspiel.

Als „positive Begleiter“ wurden das didaktische Vorgehen der Dozenten, die Kursatmosphäre, die Auswahl der Krankheitsbilder und die Praxisorientiertheit genannt. Bemängelt wurde die zu geringe theoretische Wissensvermittlung. In Heidelberg wurde daraufhin ein Programm zur weiteren Erhöhung des Klinik- und Patientenbezugs erarbeitet, in dessen Ergebnis heute zehn klinische Fächer (neben der Inneren Medizin auch Chirurgie, Neurologie, Pathologie, Kinder- und Jugendmedizin, Psychosomatik, Psychiatrie u.a.) mit 82 standardisierten Patienten (13-78 Jahre) nach einem gemeinsamen Lernzielkatalog arbeiten.²¹³ Die einzelnen Themen wurden untereinander abgestimmt und wurden mittels OSCE und Mini-CEX (siehe dazu weiter unten nähere Erläuterungen) abgeprüft. Es können bessere kommunikative Fertigkeiten bei den

²¹² Dieser Abschnitt stellt die Zusammenfassung eines Beitrages von Nikendei et al dar. In: Nikendei, Christoph; Zipfel, Stephan; Roth, Christian; Löwe Bernd; Herzog, Wolfgang; Jünger, Jana: Kommunikations- und Interaktionstraining im psychosomatischen Praktikum: Einsatz von standardisierten Patienten. In: Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 2003, S. 440-445.

²¹³ Alle Angaben stammen aus: Jünger, J.; Nikendei, C.; Herzog, W.; Schultz, J.H.: 5 Jahre Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinstudenten: Von der Insellösung zum longitudinalen Curriculum. In: Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 2008, S. 78f.

Studierenden konstatiert werden als beim klassischen bed-side-teaching. *Jünger* vertritt die Auffassung, dass dieses spezielle Medizinische Kommunikations- und Interaktionstraining (Medi-KIT) auch in die Regelstudiengänge integrierbar ist.²¹⁴

Im Folgenden soll nun gezeigt werden, wie in Heidelberg das Medizinische Kommunikations- und Interaktionstraining organisiert wird.²¹⁵ Das Ziel des Trainings besteht in der Vermittlung von Kenntnissen zur „Gesprächsführung mit anspruchsvollen Gesprächspartnern und schwerwiegenden Inhalten in schwierigen Situationen“.²¹⁶ Als didaktische Elemente werden das Feedback der Simulationspatienten, der Studierenden und der betreuenden Dozenten, der parallele Einsatz der Teilnehmer auf Station und die thematische Begleitung durch die Leitsymptomvorlesungen (z.B. Kopfschmerzen, Atemnot, Bauchschmerzen) sowie die Übungen in den POL-Gruppen genutzt. An die Medi-KIT-Einheiten schließt sich Unterricht am Krankenbett und die Arbeit auf Station an.

Wie ist Medi-KIT in Heidelberg organisiert?

Die einzelnen Gruppen umfassen jeweils zwölf Studierende, die dann nochmals in vier Kleingruppen differenziert werden. Die nachfolgende Abbildung soll schematisch den Ablauf des Kurses skizzieren:

²¹⁴ Ebenda.

²¹⁵ Alle Angaben stammen aus: Schultz, a.a.O.

²¹⁶ Ebenda, S. 7.

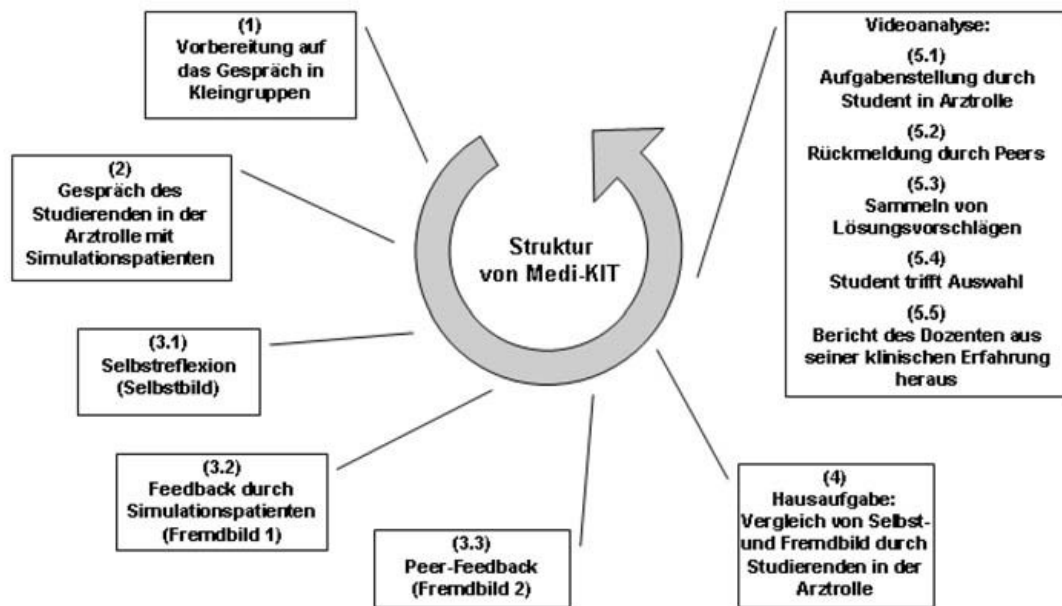


Abb. 10: Die Mikrostruktur des Medi-KIT-Unterrichts im Fach Innere Medizin an der Universität Heidelberg²¹⁷

In der Inneren Medizin durchläuft jede Medi-KIT-Gruppe im 14-Tage-Rhythmus vier Unterrichtseinheiten. Jede Unterrichtseinheit besteht aus zwei Terminen. Während des ersten Termins werden die Kleingruppen gebildet und Gespräche mit Simulationspatienten durchgeführt. Dabei stellt ein Studierender den Arzt, die beiden anderen fungieren als Beobachter. Der Studierende erhält dazu in schriftlicher Form den ärztlichen Arbeitsauftrag, Kenntnisse über Vorkontakte und Hinweise zu den Rahmenbedingungen. Die Gespräche dauern 7 Minuten und werden mit Videokameras aufgezeichnet. Anschließend findet die Feedbackrunde in einer festgelegten Reihenfolge statt:

1. Studierender in der Arztrolle
2. Simulationspatient
3. beobachtende Kommilitonen.

Die beiden beobachtenden Kommilitonen teilen sich ihre Beobachtungsaufgaben inhaltlich in medizinisch-fachliche und kommunikative Aspekte auf. Für den

²¹⁷ Schultz, a.a.O.

Studierenden in der Arztrolle ergibt sich nun als Hausaufgabe, Verbesserungsvorschläge für sein Gesprächsverhalten zu ermitteln. Er erarbeitet auch konkrete Beobachtungsaufgaben für die Videoanalyse in der Gruppe mit allen Teilnehmern während des zweiten Termins. Jede der vier Kleingruppen sieht den gleichen Simulationspatienten. Während des zweiten Termins erfolgt die Videoanalyse und alle zwölf Teilnehmer diskutieren mit dem Dozenten die einzelnen Gespräche. Vorab gibt der „Arzt-Student“ seine Gedanken und Gefühle während des Gesprächs wieder. Anschließend werden die Arbeitsaufträge aus der Hausaufgabe ausgewertet. Daraus werden Lösungen der Gruppe für den Studierenden in der Arztrolle abgeleitet. Anschließend äußert sich der Dozent zum Gesamtgeschehen.

Wie wird der Medi-KIT-Kurs vorbereitet?

1. Vorbereitung der Studierenden

Zu Beginn des Fachsemesters findet eine neunzigminütige Einführungsveranstaltung statt, auf der gruppenspezifische Übungen zur Vertrauensbildung durchgeführt und ein Überblick über das Konzept und den strukturellen Ablauf des Medi-KIT-Unterrichts gegeben wird. Ebenso stehen Feedbackregeln und Gesprächsführungstechniken auf dem Programm.

2. Vorbereitung der Dozenten

Die Dozenten werden während eines siebentägigen Workshops in der Anwendung der Feedbackregeln, dem Erkennen von Fallstricken bei der Gesprächsführung und gruppenspezifischen Besonderheiten geschult. Alle Dozenten müssen selbst mit Simulationspatienten Gespräche führen.

3. Vorbereitung der Simulationspatienten

Als Simulationspatienten werden ausschließlich gut ausgebildete Laienschauspieler eingesetzt. Diese werden während eines sechsstündigen Workshops mit drei Schwerpunkten auf ihre Tätigkeit vorbereitet:

- a) Rechtliche Aspekte
- b) Schauspielerische Spezifika
- c) Reflexionsfähigkeit.

Das Training der Simulationspatienten erfolgt durch Schauspieltrainer auf drei Ebenen:

- Eigenstudium und Rollenbesprechung

- Arbeit an der Rolle
- Rollen- und Feedbacktraining.

Dabei dienen Rollenskripte als Grundlage für die Trainings:

- Setting, familiäre Struktur, Daten des Patienten, aktuelle bekannte Symptome, Charaktereigenschaften
- Mögliche Fragen des Arztes und Antworten auf diese Fragen
- Spezifische kommunikative und medizinische Lernziele des Falls.

Wie sichert die Medizinische Fakultät der Qualität der Medi-KIT-Ausbildung?

Zunächst gibt es einen abgestimmten und beschlossenen Lernzielkatalog. Die Rollenabnahme erfolgt durch klinisch erfahrene Ärzte. Ein regelmäßiges Feedback sichert den nötigen Rücklauf durch die Studierenden. Für die standardisierten Patienten finden Rollennachschulungen statt, Gleiches gilt für die Dozenten bezüglich der Videoanalyse.

Wie erfolgt die Prüfung des Erlernten?

Während des vierwöchigen Einsatzes in den Lehrkrankenhäusern muss jeder Studierende einen ausführlichen Patientenbericht anfertigen, in dem er Anamnese, Interaktion und Somatik des Patienten darstellt. Dieser Bericht wird von einem Kliniker kontrolliert und mit dem Studierenden ausgewertet.

Zur Begleitung in der Verfertigungsphase des Patientenberichts gibt es wöchentliche Treffen mit dem betreuenden Dozenten.

Neben dem Patientenbericht muss sich der Studierende der sogenannten Mini-CEX (Mini Clinical Examination) unterziehen. Diese Prüfung besteht aus fünf Schwerpunkten:

1. körperliche Untersuchung direkt am Patienten
2. Kommunikationsformen
3. Organisationsverständnis
4. Effizienzdenken
5. klinische Entscheidungsfindung.

Sachkunde und kommunikative Kompetenz werden während der Prüfungen gleich gewichtet. Das bedeutet: Wer bei der Prüfung kommunikativer Kompetenzen versagt,

fällt durch.²¹⁸ Das gilt auch für die Durchführung von OSCE. Im OSCE muss der Studierende dann zehn Stationen im Hörsaal durchlaufen, in denen er Röntgenbilder, Laborwerte und EKG interpretiert, Kanülen an Patienten-Dummys legt, ein Anamnesegegespräch und eine Patientenberatung bei Medikamentennebenwirkungen durchführt. Für alle zehn Stationen stehen ihm insgesamt 70 Minuten zur Verfügung. Zusammenfassend lässt sich feststellen, Heidelberg setzt auf ein longitudinales Vermitteln kommunikativer Kompetenzen (siehe dazu Abbildung 11).

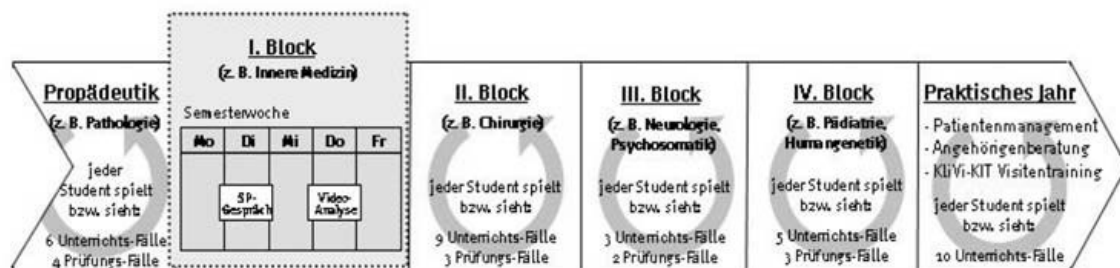


Abb. 11: Das longitudinale Kommunikations-Curriculum HeiCuMed an der Medizinischen Fakultät in Heidelberg²¹⁹

Der Lernzielkatalog zu diesem Aspekt der Mediziner-Ausbildung wurde hauptsächlich in folgenden Bereichen erarbeitet und zur interdisziplinären Diskussion vorbereitet:

- Medizinische Psychologie
- Psychiatrie
- Psychosomatik
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Allgemeinmedizin.

Dabei bauen die einzelnen Lernziele aufeinander auf und werden immer komplexer.

Es sei ergänzt, dass in Heidelberg zusätzlich Kommunikationsschulungen für bereits tätige Ärzte in den einzelnen Fachbereichen angeboten werden.²²⁰

²¹⁸ Siehe dazu auch ausführlicher: Kommunikations-Training mit Kamera und Köpfchen. In: Gesundheit und Gesellschaft. Spezial Nr. 6/2004, S. 2f.

²¹⁹ Siehe Anmerkung 209.

²²⁰ Siehe dazu ausführlich: Hoffmann K, Schultz JH, Conrad C, Hancke R, Lauber H, Schönemann J, Kraus B, Bosse HM, Huwendiek S, Hoffmann GF, Herzog W, Jünger J, Nikendei C. Kommunikationsschulung mittels „Standardisierter Eltern“ im Fachbereich Pädiatrie: Effekte auf die Selbst – und Fremdeinschätzung kommunikativer Kompetenzen – eine Studie im Kontrollgruppen-Design. So gefunden in: http://www.medizinische-fakultaet-hd.uni-heidelberg.de/fileadmin/kompzent/Hoffmann_et_al_Standardisierte_Eltern_Paediatric_GMS_Z_Med_Ausbildung.pdf (Letzter Zugriff am: 10.08.2011).

Alle Trainings in Heidelberg finden in den verschiedenen Fachrichtungen statt, ein separates Zentrum gibt es nicht. Somit sind auch keine gesonderten Baukosten für deren Errichtung entstanden.

3.3.4 Das reformierte Medizinstudium an der Charité Berlin

Die Berliner Charité gilt als konsequenteste Verfechterin eines Modellstudiengangs Medizin, der dem Bologna-Prozess am weitesten entgegenkommt. Der Prodekan für Lehre an der Charité, Manfred Gross, spricht von einem „bolognakompatiblen“ Lehrplan, der im Wintersemester 2010/2011 eingeführt wurde.²²¹ Dieser Plan soll nun beide Studiengänge, den klassischen Regelstudiengang und den Reformstudiengang miteinander verbinden.²²² DIE ZEIT stellte dazu fest: „An der Charité hat man nichts Geringeres vor, als das Medizinstudium neu zu erfinden.“²²³ Nach dem Studium sollen die angehenden Ärzte unter anderem „über Kommunikations-, Interaktions- und Teamfähigkeit verfügen, Entscheidungsfähigkeit und Verantwortungsbewusstsein zeigen“.²²⁴ Durchgehende und modulübergreifende Übungen in Kommunikation, Interaktion und Teamarbeit prägen das neue Studium. Die Kompetenzbereiche wurden dementsprechend angepasst:

- „Wissenschaftliches Denken und Arbeiten
- Wissen weitergeben
- Medizinische Entscheidungsfindung
- Selbsteinschätzung, Persönlichkeitsentwicklung und Self-Care
- Kommunikation und Interaktion sowie Teamarbeit“.²²⁵

Die dazu genutzten Lernformen sind das bereits häufig praktizierte POL, praktische Untersuchungskurse, das Lernen mit Simulationspatienten, die Arbeit in Kleingruppen,

²²¹ Warnecke, Tilmann: Die Charité reformiert das Medizinstudium. In: <http://www.zeit.de/wissen/2010-06/aerzteausbildung-medizinstudium> (Letzter Zugriff am: 28.07.2011).

²²² Ein Modulplan für die 4x4-Wochenmodule pro Semester ist zu finden unter: http://www.charite.de/fileadmin/user_upload/portal/charite/presse/pressemitteilungen/2010/pressemappe-modellstudiengang-24-6-2010.pdf (Letzter Zugriff am: 28.07.2011).

²²³ Heinrich, Christian: Auf Herz und Nieren geprüft. In: DIE ZEIT Nr. 28/2011 vom 07. Juli 2011, S. 69.

²²⁴ Leitbild der Medizinischen Fakultät für den Modellstudiengang Medizin. In: http://www.charite.de/studium_lehre/studieren_an_der_charite/grundstaendige_studiengaenge/leitbild_de_s_modellstudiengangs_medizin/ (Letzter Zugriff am: 29.07.2011).

²²⁵ Ebenda.

eine gute Betreuung und ein hoher Praxisbezug.²²⁶ Hinzu kommt ein hohes Maß an Selbststudium, das jedem Studierenden abverlangt wird. Dazu war es nötig, ein entsprechendes Zentrum zu gründen, das es leisten kann, die gesamte Koordination dieser Aspekte zu bewerkstelligen. Immerhin müssen bis zu 20 Disziplinen koordiniert werden. Dabei werden jährlich 600 Erstsemester in diese neue Lehrweise eingeführt.²²⁷ Die Notwendigkeit einer konsequenten Begleitung ergibt sich auch aus der Tatsache, dass die ersten Untersuchungskurse nun bereits in der zweiten Studienwoche beginnen. Um all dies zu praktizieren, wurde das „Trainingszentrum für ärztliche Fertigkeiten (TÄF)“ gegründet. Es trägt die Verantwortung für die Organisation der praktischen Übungsteile (Simulationspatientengespräche, videokontrollierte Rollenspiele und Patientengespräche). Die Inhalte der einzelnen Übungen sind aufeinander abgestimmt und nehmen in ihrer Komplexität vom 1. bis zum 10. Semester zu.

Dabei werden folgende Inhalte vermittelt:

- „Grundlagen der Kommunikation und der ärztlichen Gesprächsführung
- Anamneseerhebung bei unterschiedlichen Patientinnen/Patienten (Allgemeine Anamnese, Sexualanamnese etc.) in unterschiedlichen Behandlungskontexten
- Aufklärungs- und Beratungsgespräche
- Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen als Patientinnen/Patienten
- Kommunikation mit psychiatrischen und neurologischen Patientinnen/Patienten
- Interkulturelle Kommunikation
- Überbringen schlechter Nachrichten
- Teamarbeit, Fehlervermeidung und Fehlermanagement“.²²⁸

Dazu werden pro Semester 45 Interaktionsgruppen à sieben Studierende gebildet, die mit ca. 100 Simulationspatienten (15-80 Jahre) ihre kommunikativen Kompetenzen trainieren. Insgesamt kommt das Zentrum auf rund 5.500 Einsätze von Simulationspatienten, die auch in Fremdsprachen agieren können. 250 Rollen sind

²²⁶ Ebenda.

²²⁷ Warnecke, Tilman: Neues Studium für die Charité. In: <http://www.tagesspiegel.de/wissen/neues-studium-fuer-die-charite/1870620.html> (Letzter Zugriff am: 26.09.2011).

²²⁸ „Lernen für die Medizin von morgen“ Dieter Scheffner Fachzentrum für medizinische Hochschullehre und evidenzbasierte Ausbildungsforschung. Arbeitsbereiche & Kompetenzen. In: http://www.charite.de/fileadmin/user_upload/portal/studium/Upload_Aktuelles/Factsheets_Lehre.pdf (Letzter Zugriff am: 28.07.2011).

ständig abrufbar. Jeder Studierende wird im Laufe seines Studiums rund 90 verschiedene Fälle begutachten können. Diese Simulationspatienten „qualifizieren sich für ihre Arbeit durch schauspielerisches Talent und gute Beobachtungsgabe“.²²⁹ Vorab werden die Simulationspatienten in einem speziellen Training auf ihren Rollencharakter, die aktuelle Lebenssituation des „Patienten“, dessen Bedürfnisse und das Feedback vorbereitet.²³⁰ An der Erarbeitung der Rollen sind mehrere Kliniken beteiligt, darunter: die Innere Medizin, die Pädiatrie, die Gynäkologie, die Anästhesiologie und andere.²³¹ Dabei setzt die Charité auf eine Kombination des Einsatzes von Simulationspatienten mit dem Videofeedback und den Einsatz von Modellen. „Dabei kann beispielsweise die Anamnese und körperliche Untersuchung am SP erfolgen, der durch den Gebrauch eines umschnallbaren Brusttastmodells auch ‚intim‘ untersuchbar wird. Dabei lassen sich so auch pathologische Befunde darstellen. Die folgende Blutentnahme kann dann an einem ebenfalls vom SP getragenen Injektionspad erfolgen.“²³² Die Videotechnik lässt sich von außen bedienen, damit entfällt die Anwesenheit des Kameramannes während des Gesprächs. Dafür sind Deckenkameras und ein Mikrophon im Raum installiert. „Die Bilder lassen sich zeitgleich oder Zeitversetzt [sic!] im gleichen und anderen Räumen wiedergeben [...]“.²³³

²²⁹ Ebenda.

²³⁰ Ebenda.

²³¹ Ebenda.

²³² Trainingszentrum für ärztliche Fertigkeiten: Simulationspatienten. In: http://taef.charite.de/fuer_lehrende/simulationspatienten/ (Letzter Zugriff am: 28.07.2011).

²³³ Dass.: Video. In: http://taef.charite.de/fuer_lehrende/video/ (Letzter Zugriff am: 28.07.2011).



Bild 4: Videoinstallation im Trainingszentrum für Ärztliche Fertigkeiten an der Charité²³⁴

Inzwischen werden die Studierenden auch auf diesem spezifischen Gebiet geprüft. Diese Prüfungen umfassen folgende Aspekte der ärztlichen Kommunikation:

- „Erstkontakt und Anamnese
- Beratung (z. B. Raucherentwöhnung)
- Aufklärung (z.B. vor Operationen)
- Überbringen schlechter Nachrichten
- Interkulturelle Kommunikation
- Entscheidungsfindung mit Patienten und Angehörigen
- Gesprächsführung mit Patienten, die nicht kooperieren wollen oder können
- Grundlegende Untersuchungstechniken wie z. B. Auskultieren, Perkutieren, Blutdruckmessen, Palpation
- Teamgespräche mit Simulationskollegen (z.B. Konfliktlösung im Mitarbeitergespräch).²³⁵

Für die Lehrveranstaltungen und Prüfungen stehen sechs Seminarräume, 19 Kleingruppenräume, sechs Themenräume, über 700 Modelle und 60 studentische Tutorien/Monat bereit.²³⁶

²³⁴ So gefunden in: http://taef.charite.de/fuer_lehrende/video/ (Letzter Zugriff am: 26.09.2011).

²³⁵ „Lernen für die Medizin von morgen“, a.a.O.

²³⁶ Trainingszentrum für ärztliche Fähigkeiten, a.a.O.

Die Umstellung auf den neuen Modellstudiengang kostet bis jetzt 1,6 Millionen Euro. Der Senat der Stadt Berlin hat seine Zusage gegeben, die vollen Kosten zu übernehmen.²³⁷

3.3.5 Das Theatrum Anatomicum Ulm

Die Parallelen zu Münster sind schnell erkannt: Studiengebühren in Höhe von 195.000 €²³⁸, nicht unerhebliche Geldmittel der Medizinischen Fakultät und des Landes Baden-Württemberg machten den Weg frei für den Bau des Theatrum Anatomicum, zwar nicht wie in Münster ein kleines Krankenhaus, dafür ein dem klassischen mittelalterlichen anatomischen Präparationssaal nachempfundener Trakt, ein Lehr-OP, der dem dritten Präparationssaal angegliedert ist.²³⁹ „Die Innenausstattung ist dem [sic!] historischen Sälen nachempfunden. Der OP-Tisch steht im Zentrum und an der hinteren Wand stehen die Studierenden auf Treppenstufen wie auf den Rängen eines Theaters und erhalten dadurch gute Sichtmöglichkeiten. Sie sehen entweder der Präparation eines Körperspenders zu oder lernen selbst, bei einer OP an einem anatomischen Präparat zu assistieren.“²⁴⁰ In dem Raum wurde Videotechnik installiert, diese ermöglicht, alle Eingriffe nach draußen zu übertragen (siehe dazu Bild 5 und 6).

²³⁷ So gefunden in: <http://www.morgenpost.de/printarchiv/berlin/article1332122/Neues-Medizinstudium-an-der-Charite.html> (Letzter Zugriff am: 26.09.2011).

²³⁸ Baur, Willi: Ulm für Mediziner Nachwuchsstudium immer attraktiver. In: <http://www.medilearn.de/medizinstudium/campus/Aktuelles/Uni-News/Ulm/> (Letzter Zugriff am: 24.07.2011).

²³⁹ Wenn nicht ausdrücklich anders angegeben, stellt dieser Text eine Zusammenfassung des Redebeitrages von Prof. Dr. med. M. Böckers mit dem Titel: „Beispiele für interaktive Unterrichtsformen: Das Theatrum Anatomicum Ulm“ dar. In: Innovationen im Medizinstudium, a.a.O., S. 123-129.

²⁴⁰ Ebenda, S. 125.



Bild 5: Innenansicht des Theatrum Anatomicum in Ulm²⁴¹



Bild 6: Demonstrationsvorführung im Theatrum Anatomicum in Ulm²⁴²

Wie gelingt nun die Ausbildung bestimmter kommunikativer Fähigkeiten?

- Darstellung wissenschaftlicher Zusammenhänge:

Im 3. Semester müssen alle Studierenden des Präparationskurses innerhalb ihrer Gruppen ein Poster über den präparierten klinischen Fall erstellen und auf einer Art wissenschaftlichen Konferenz vorstellen.

²⁴¹ <http://www.uni-ulm.de/med/fakultaet/studium-und-lehre/ulmer-lehr-und-lernkonzept/skills-labs-und-theatrum-anatomicum/theatrum-anatomicum.html?print=1> (Letzter Zugriff am: 28.07.2011).

²⁴² Ebenda.

- Entwicklung innerkollegialer Kommunikation:

Im makroskopisch-anatomischen Kurs „Fit für den OP (FOP)“ assistieren Studierende schon vor dem Physikum bei bauchchirurgischen Eingriffen. Diese Eingriffe orientieren sich thematisch an den Themen im Präpariersaal. Dabei werden Rollen, wie sie auch im OP zwischen den Chirurgen und dem Personal vorkommen, besetzt und kommunikativ nachempfunden.

- Arzt-Patient-Kommunikation:

In dem Ergänzungskurs „Anatomie im Bild (AiB)“ untersuchen sich die Medizin-Studierenden gegenseitig. „Dabei spielen sie in wechselnden Rollen Ärzte und Patienten. Das ist auch Teil des Kurskonzeptes: Einüben der Professionalität. Schließlich ist es nicht jeder gewöhnt, seine Kommilitonen in Unterwäsche zu sehen und zu untersuchen.“²⁴³ Simulationspatienten kommen ebenfalls zum Einsatz.

- Rollenfindung des Mediziners:

Im fakultativen Kurs „Dr. House revisited“ werden die ärztlichen Rollenmuster der Fernsehfigur diskutiert.

Böckers stellt fest, dass die Inhalte wie Kommunikation und Teamarbeit, ärztliche Rollenübernahme, Empathie, Zeitmanagement, Selbstreflexion, selbständiges Lernen und die Entwicklung von Lernstrategien vor und nach dem Präparationskurs im Theatrum empirisch untersucht wurden. Die von ihm konstatierten positiven Effekte wurden von *Lamp* kritisch hinterfragt. Er kommt zu dem Schluss, dass beispielsweise die Empathiefähigkeit der Studierenden während des Kurses zurückging.²⁴⁴ Insgesamt bleibt für Ulm zu konstatieren, dass auch hier mit räumlichen Umgestaltungen versucht wurde, ein „Echtheitsgefühl“ für die Studierenden herzustellen. Weiter wurden konzeptionelle Veränderungen vorgenommen, die im Sinne einer Verbindung von mehreren Fachbereichen zu verstehen sind. Außerdem wird auch hier Technik

²⁴³ Sturm, Eleni: Innovative Lehrmethoden als Schlüssel zum Erfolg. Anatomie an der Universität Ulm. In: http://www.thieme.de/viamedici/studienort_ulm/vorklinik/anatomie-lehre.html (Letzter Zugriff am: 24.07.2011).

²⁴⁴ Aus Platzgründen kann hier nicht im Detail auf diese Untersuchung eingegangen werden. Siehe dazu: Lamp, Christoph: Der makroskopische Präparierkurs der Anatomie. Eine quantitative Längsschnittuntersuchung zur Bedeutung des Präparierkurses für die Vermittlung von ärztlichen Kompetenzen. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm, 2010. In : http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=101284238x&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=101284238x.pdf (Letzter Zugriff am: 24.07.2011).

eingesetzt, um den Studierenden die Möglichkeit zu geben, eigenes Verhalten zu reflektieren. Rollenspiele, der Einsatz von Simulationspatienten und der Realität im OP nachempfundene Assistenzen ergänzen das Bild.

3.4 Hypothesenbildung als Fazit

Zusammenfassend lässt sich aus diesen theoretischen, der Fachliteratur entnommenen Darlegungen folgender Hypothesenkatalog für die Etablierung nachhaltiger Lehrveranstaltungen zur Förderung kommunikativer Kompetenzen erstellen. Dieser Katalog bildet die Grundlage für die Interviews mit Lehrenden an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock und die empirischen Untersuchungen an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock sowie an deren angeschlossenen Lehrkrankenhäusern. Mit „H“ wird die jeweilige Hypothese gekennzeichnet. Es folgt eine kurze Erläuterung des Gemeinten.

Es ist zu erwarten, dass

H1: longitudinale curricula bezüglich der Ausbildung kommunikativer Kompetenzen von den befragten Medizin-Studierenden und Ärzten an den Lehrkrankenhäusern der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock bevorzugt werden (Das meint einen Beginn der Lehrveranstaltungen im 1. Semester und eine stete Fortführung bis ins 10. Semester hinein.);

H2: die Befragten die entsprechenden Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen modular und kumulativ aufgebaut wissen wollen (Das meint: Der Schwierigkeitsgrad muss immer komplexer angelegt werden. Dabei ist nicht nur das Arzt-Patient-Gespräch in Form der Anamneseerhebung vordergründig zu behandeln, sondern alle möglichen Kommunikationsinhalte [z.B.: Konsile, Teambesprechungen, Mitarbeitergespräche zur Lösung von Problemen bzw. zur Einholung weiterer Meinungen, Angehörigengespräche, Aufklärungsgespräche, Kommunikation mit dementen oder anderweitig auffälligen bzw. kommunikativ eingeschränkten Patienten usw.] müssen einen angemessenen Raum einnehmen.);

H3: eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von den Teilnehmern an der empirischen Untersuchung gefordert wird (Dies setzt voraus, dass es einen breiten

Konsens aller am Lehrprozess beteiligten Institutionen darüber gibt, dass eine solche Schulung der Studierenden der Medizin zielführend und notwendig ist.);

H4: von den Befragten ein Methodenmix aus Rollenspielen, Gesprächen mit Simulationspatienten, echten Patienten sowie Videoaufzeichnungen der Gespräche und intensiven Feedbackrunden angestrebt wird (Dies erfordert eine entsprechende Ausbildung der Simulationspatienten in einer breiten Altersstreuung und in einer möglichst umfassenden Rollenbreite. Auch die betreuenden Dozenten müssen nicht nur klinische Erfahrungen besitzen, sondern müssen auch methodisch-didaktisch-kommunikativ geschult sein.);

H5: sich der überwiegende Teil der Befragten für die Vermittlung von theoretischen Grundkenntnissen vor den praktischen Übungen ausspricht.

Flankiert werden diese Hypothesen durch folgende Aspekte (nachfolgend mit „A“ abgekürzt):

A1: Es muss geklärt werden, inwiefern ein OSCE-Verfahren geeignet ist, die in den curricula formulierten Inhalte effizient zu prüfen.

A2: Zur organisatorischen Koordinierung muss eine Koordinierungsstelle eingerichtet werden, da ein Institut mit den vielfältigen Maßnahmen zur Organisation, Durchführung und Evaluation der Lehrveranstaltungen überfordert wäre.

A3: Skills Labs sollten in angemessener Ausstattung vorhanden sein.

A4: Die Fakultät muss für all diese Maßnahmen entsprechende finanzielle, materielle und organisatorische Mittel bereitstellen bzw. einfordern.

Als Diskussionsgrundlage für die Organisation all dieser Anforderungen kann das longitudinale, bologna-kompatible Modell-Curriculum „Kommunikative und soziale Kompetenzen“, welches erstmals 2009 publiziert wurde, gelten. Es enthält sowohl Lernzielformulierungen als auch organisatorische und inhaltliche Aspekte zur Schulung kommunikativer Kompetenzen bei Medizin-Studierenden.

1. Studienabschnitt

Im ersten Jahr erlernen die Studierenden Kommunikationsmodelle, Feedbackregeln und Basisfertigkeiten der Kommunikation und Teamkommunikation. Theoretische Grundlagen (z.B. Kommunikationsmodelle) lassen sich in Vorlesungen vermitteln, kommunikative und soziale Kompetenzen werden in Kleingruppen unter Supervision im Feedback und in Teamarbeit beispielsweise an Referaten oder Präsentationen praktisch geübt und anhand von schriftlichen Fallvignetten reflektiert. Basisfertigkeiten der Professionalisierung (z.B. Selbstorganisation und Selbstschutz) werden in Seminaren und Übungen vermittelt.

Im zweiten Jahr erlernen die Studierenden allgemeine Gesprächstechniken wie Fragetechniken, Gesprächsstrukturierung und Fertigkeiten für eine positive Beziehungsgestaltung; verschiedene Aspekte der ärztlichen sozialen Verantwortung werden gelehrt. Gesprächssituationen mit Patienten werden anhand von Videobeispielen auf diese Aspekte hin analysiert, Segmente im Rollenspiel mit Mits Studierenden und Simulationspatienten trainiert und reflektiert.

Im dritten Jahr vertiefen Studierende ihre Fertigkeiten der Anamneseerhebung in verschiedenen Settings mit Simulationspatienten, Angehörigen und Patienten. Studierende erlernen Elemente der gemeinsamen Entscheidungsfindung und üben sich weiterhin in Teamkommunikation und der Integration sozialer Kompetenzen.

2. Studienabschnitt

Im vierten und fünften Jahr werden spezifische Kommunikationstechniken vermittelt. Komplexe Kommunikationssituationen mit Patienten (z.B. „schwierige Patienten“ und „breaking bad news“) und im Team (z.B. in Planspielen) werden anhand von Simulationspatienten und Patienten unter Supervision in einer Vielzahl klinischer Fächer praktisch geübt und reflektiert. Evidenz- und ressourcenorientierte Beratungen, gesundheitsökonomische und juristische Aspekte sowie Fehlermanagement werden gelehrt, geübt und reflektiert.

Im sechsten Jahr vertiefen Studierende ihre kommunikativen und sozialen Kompetenzen vor allem im Kontakt mit Patienten und in schwierigen Teamsituationen zunächst unter Supervision und später selbständig. Reflexionseinheiten werden unter anderem in Experten- und Balintgruppen angeboten.

Abbildung 12: Lernzielformulierung für alle sechs Ausbildungsjahre²⁴⁵

²⁴⁵ Entnommen aus: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2009-26/zma000631.shtml> (Letzter Zugriff am: 19.09.2011).

A	Allgemeine kommunikative und soziale Kompetenzen	Didaktische Umsetzungsmöglichkeiten ³	Mögliche Prüfungsmethoden ⁴	Fächerbeispiele ⁵
A 1	Sozialverhalten und Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> Techniken des aktiven Zuhörens, verschiedene Fragetechniken sowie Feedbackregeln und nonverbale Aspekte der Kommunikation erlernen, anwenden und reflektieren (A 1.4, A 1.5, A 1.6, A 1.8) ¹	<ul style="list-style-type: none"> Videoanalyse Rollenspiel SP Übung SelbstStud 	MC OSCE 360°-assessment	MedPsych* Psychsom*
A 2	Soziale Verantwortung <ul style="list-style-type: none"> sich mit sozialen Wirkzusammenhängen auf Gesundheit und Krankheit, mit medizinischen Situationen, in denen kulturelle, soziale & weltanschauliche Aspekte eine wichtige Rolle spielen auseinander setzen ärztliches Handeln in gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die Bedeutung von gesellschaftlichen Wert- und Normsystemen auf das ärztliche Handeln einordnen und erkennen sich mit Stigmatisierungsprozessen, mit den gesellschaftlichen Erwartungen an den Arztberuf und dem Ausmaß und Grenzen der ärztlichen Verantwortung auseinandersetzen (A 2.1, A 2.2, A 2.4, A 2.5, A 2.6, A 2.7, A 2.8)	<ul style="list-style-type: none"> Referat Präsentation Mind-Mapping Selbst-Stud Diskussionsrunde mit stud. Moderation Projekte mit anderen Heilberufen, fachübergreifend 	MC Referat Hausarbeit (Reflexion, Referat oder Hausarbeit als Teil eines Portfolio)	Med Soz Ethik MedGesch Psychsom Pflege
A 3	Selbstreflexion <ul style="list-style-type: none"> eigene Emotionen im Kontakt mit anderen erkennen, eigene Stärken, Schwächen und Grenzen identifizieren sowie eigene Wünsche, Befürchtungen und Ziele ansprechen eigene Normen und Werte, Stereotypen, soziale Vorurteile und eigenes Verhalten kritisch überprüfen und alternative Verhaltensmöglichkeiten konzipieren reflektieren, dass das eigene Handeln durch persönliche Erfahrungen, die aktuelle Situation, das Wissen und eigene Interessen beeinflusst wird die eigene Einstellung zur Arbeit sowie die Individualität und Wahrnehmung anderer Personen und andere Berufsgruppen in ihrer Expertise reflektieren (A 3.1, A 3.2, A 3.3, A 3.4, A 3.5, A 3.6, A 3.7, A 3.8, A 3.9)	<ul style="list-style-type: none"> Fallvignetten Metaplan Fish-bowl Reflexionsgespräch mit Tutoren, Mentoren, studentischer Gruppe Übung Balintgruppen Selbst-Stud 	Portfolio Hausarbeit	alle Fächer auch interprofessionell mit anderen Heilberufen
B 1	Ärztin-Patientin-Beziehung			
B 1.4	Theorien der Ä-P-Beziehung <ul style="list-style-type: none"> Modelle der Ä-P-Beziehung, das Verhältnis zwischen Ärztin und Patientin hinsichtlich Symmetrie und Asymmetrie und verschiedene Erklärungsmodelle von Krankheit und Gesundheit erläutern² (B 1.4.1, B 1.4.2, B 1.4.3)	<ul style="list-style-type: none"> Skript Videoanalyse Rollenspiel SP Selbst-Stud Projektarbeit 	MC z.B. mit Video-material oder Vignetten	MedPsych* MedSoz MedGesch Psychsom*
B 2	Teamarbeit			
B 2.1	Teamentwicklung und Arbeit im Team <ul style="list-style-type: none"> Bereitschaft zur Teamarbeit schaffen sowie die Fähigkeit, zu einem positiven Arbeitsklima beizutragen, eigene Interessen im Team zu formulieren und die eigene Rolle im Team zu reflektieren (B 2.1.4, B 2.1.7, B 2.1.9, B 2.1.11)	<ul style="list-style-type: none"> Gruppenarbeit mit Präsentation und Reflexion schriftl. Reflexion Rollenspiele mit interprofessionellen Skripten 	OSCE Portfolio 360°-assessment	alle Fächer auch interprofessionell mit anderen Heilberufen
B 3	Persönlichkeit und Professionalität			
B 3.1	Rollen und Identität bezogen auf die eigene Person			
B 3.4	Integration in professionelle Rahmenbedingungen <ul style="list-style-type: none"> mit Ungewissheit dem eigenen Ausbildungsstand entsprechend umgehen Grundwerte des menschlichen Zusammenarbeitens berücksichtigen (B 3.1.6, B 3.4.2)	<ul style="list-style-type: none"> Experten-/ Mentorengespräch Praxis-/ Stationstag Blockpraktika UaK Stärken-/ Schwächenprofil 	Portfolio Stations-beurteilung 360°-assessment	MedPsych* Mentoren-programm
B 3.2	Management und Selbstorganisation <ul style="list-style-type: none"> eigene Lernstrategien und Zeitmanagement mit Stärken und Schwächen beschreiben und reflektieren Ressourcen für das Selbststudium nutzen den Lernfortschritt dokumentieren und bewerten und den eigenen Lernbedarf gewichten (B 3.2.2, B 2.2.3, B 3.2.6, B 3.2.8, B 3.2.10 B 3.2.11)	<ul style="list-style-type: none"> schriftlicher Lernbericht einer Woche Studententagebuch 	Portfolio Klausur mit Fallvignette	Mentoren-programm
B 3.3	Selbstschutz <ul style="list-style-type: none"> Zeichen der Überlastung bei sich und anderen beschreiben verschiedene Möglichkeiten zur Hilfe bei beruflichen und persönlichen Problemen zu benennen, eigene Copingstrategien bewerten, Hilfe bzw. Unterstützung anfordern für einen Ausgleich von Arbeit und Erholung sorgen (B 3.3.1, B 3.3.2, B 3.3.4, B 3.3.5, B 3.3.8)	<ul style="list-style-type: none"> Schriftl. Reflexion einer Stud.-woche Besuch von Selbsthilfegruppen Balintgruppen Exkursion 	Portfolio	MedPsych*
B 4	Urteilsbildung und Entscheidungsfindung			
B 4.2	Kontextbedingungen			
B 4.5	Information <ul style="list-style-type: none"> entscheidungsrelevante psychische und soziale Ressourcen der Patientin eruieren und bei Entscheidungsprozessen andere Personen mit einbeziehen die Wechselwirkungen zwischen der Entscheidung und dem sozialen Umfeld der Patientin analysieren (B 4.2.2, B 4.2.3, B 4.5.3)	<ul style="list-style-type: none"> Hausbesuch mit Pflegedienst Rollenspiel SP POL 	Portfolio Essay 360° - assessment-OSCE	MedPsych* MedSoz

¹ Verweise auf die einzelnen Ausbildungsziele im Basler Consensus Statement

² Der besseren Lesbarkeit wegen und um der Geschlechterverteilung im Medizinstudium (zurzeit ca. Zweidrittel Frauen) Rechnung zu tragen, wurde bei Personenangaben immer die weibliche Form gewählt. Beide Geschlechter sind immer in gleichberechtigter Weise gemeint. Abkürzungen: Ärztin-Patientin (Ä-P)

³ Abkürzungen Didaktikkonzepte: Simulationspatienten (SP), studentisches Rollenspiel (Rollenspiel), Problem orientiertes Lernen (POL) Morbidity- and Mortality-Konferenzen (MM-Konf), Selbststudium (SelbStud),

⁴ Abkürzungen Prüfungen: Multiple Choice Klausur (MC); objective structured clinical examination (OSCE),

⁵ Abkürzungen Fächer: Medizinische Psychologie (MedPsych), Medizinische Soziologie (MedSoz), Psychosomatik (Psychsom), Geschichte der Medizin (MedGesch), Innere Medizin (Innere), Chirurgie(Chir), Gynäkologie/Geburtshilfe (Gyn), Pädiatrie (Päd), Psychiatrie (Psych), Allgemeinmedizin (Allg.-med), Anästhesie (Anästh), Neurologie (Neuro), Dermatologie (Derma), Augenheilkunde (Augen), Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO) Urologie (Uro), Geriatrie (Ger), Pharmakologie (Pharma), Humangenetik (H-Genetik) Gesundheitsökonomie (GÖK)

* Diese Aufgaben werden in den einzelnen Fakultäten von verschiedenen Fächern wahrgenommen, in Deutschland am häufigsten von der Medizinischen Psychologie, an Schweizer Fakultäten auch von der Psychosomatik.

Praxisbeispiele im 1. und 2. Studienjahr

A 1 Sozialverhalten und Kommunikation: Feedbacktraining (Basel)

Wann: 1. Semester, Einführungsblock

Was: Mitstudierenden Feedback geben über Zusammenarbeit und Lernerfolg

Wie: 1 h VL, 2 h Übung, Vertiefung im Problemorientierten Tutoriat (8 Termine/Semester)

Wer: Psychosomatik, studentische Tutoren

Prüfung: OSCE-Station oder computerbasiert: Videos mit Fragen und offenes Antwortformat

Ansprechpartner: Wolf Langewitz, wlangewitz@uhbs.ch

B 2.1 Teamentwicklung und Arbeit im Team: Soziales Kompetenztraining (Berlin, Reformstudiengang)

Wann: 1. Semester-10. Semester

Was: 1. Semester: soziales Kompetenztraining und Reflexion des Gruppenprozesses; 2.-5. Semester Vertiefung der Inhalte; Reflexion des Gruppenprozesses und des Praxistags (wöchentliche Hospitation bei Fachärztin). 6. Semester: Teamarbeit mit „Simulationskollegen“, Unterstützung der Studierenden während des Blockpraktikums. 7.-9. Semester: Reflexion der Blockpraktika hinsichtlich Teamarbeit. Im 10. Semester Vertiefung des Themas Teamarbeit im Zusammenhang mit Fehlerprävention und -management sowie Visitsituationen.

Wie: alle 2 Wochen 4 Unterrichtsstunden im Rahmen der Übung Interaktion; Rollen- und Planspiele, Diskussion & Selbstreflexion, „Simulationskollege“, Videoanalyse, Fallbesprechungen und Supervision

Wer: speziell weiterqualifizierte Lehrende (Ärzte und Psychologen) verschiedener Fächer

Prüfung: keine zum Thema Teamarbeit

Ansprechpartnerin: Simone Scheffer; Simone.Scheffer@charite.de

Abb. 13: Aufschlüsselung der Lernziele und deren methodisch-inhaltliche Aufbereitung sowie Praxisbeispiele für das 1. und 2. Studienjahr²⁴⁶

²⁴⁶ Ebenda.

A	Allgemeine kommunikative und soziale Kompetenzen	Didaktische Umsetzungsmöglichkeiten	Mögliche Prüfungsmethoden	Fächerbeispiele
A 1	Sozialverhalten und Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> ein Gespräch von Anfang bis Ende in struktureller und in inhaltlicher Hinsicht gestalten Gesprächssituationen im Austausch mit anderen analysieren (A 1.1, A 1.2, A 1.7) 	<ul style="list-style-type: none"> Rollenspiel SP Videoanalyse Übung 	OSCE mit SP und Videoanalyse Self-assessment (Mini-CEX)	alle klinischen Fächer u.a. Innere, Chir, Gyn, Päd, Allg.-med, Derma, Ortho, Psych, Neuro
A 3	Selbstreflexion (Siehe 1. und 2. Studienjahr)			
B 1	Ärztin-Patientin-Beziehung			
B 1.2	Interaktion/Beziehungsgestaltung <ul style="list-style-type: none"> Techniken zum Aufbau und Erhalt einer empathischen Beziehung anwenden die Patientin als Partnerin in der Beziehungsgestaltung verstehen und ihr respektvoll begegnen Patienten-Erwartungen identifizieren und den medizinischen Informationsstand der Patientin erfragen die Rechte der Patientin patientenorientiert darlegen (B 1.2.1, B 1.2.2, B 1.2.3, B 1.2.8, B 1.2.9, B 1.2.10, B 1.2.11) 	<ul style="list-style-type: none"> Videoanalyse von Realsituation Rollenspiel SP mit Videokontrolle POL SelbstStud 	OSCE Self-assessment (Mini-CEX)	Alle klinischen Fächer u.a. Psych, Psychsom, Allg.-med., Gyn, Päd, Innere, Chir, AnästH, HNO, Uro, Neuro, Derma
B 2	Teamarbeit			
B 2.1	Teamentwicklung und Arbeit im Team <ul style="list-style-type: none"> gemeinsame Ziele, Aufgaben, Arbeitsabläufe und Gruppenregeln erarbeiten und dokumentieren, unterschiedliche Standpunkte der Teammitglieder wahrnehmen und respektieren Verantwortlichkeiten zu klären und zu dokumentieren förderliche & hemmende Faktoren für Teamarbeit aufzählen (B 2.1.1, B 2.1.2, B 2.1.5, B 2.1.8) 	<ul style="list-style-type: none"> Fallbesprechung in Gruppen Metaplan/Organigrammerstellung Schriftl. Reflexion Planspiel mit Supervision SelbstStud 	Hausarbeit 360° - assessment-OSCE	alle Fächer auch interprofessionell mit anderen Heilberufen
B 4	Urteilsbildung und Entscheidungsfindung			
B 4.1 B 4.4	Werte und Normen in der Entscheidungsfindung Zuständigkeiten der Entscheidungsfindung <ul style="list-style-type: none"> entscheidungsrelevante eigene Werte und Normen diskutieren und entscheidungsrelevante Werte und Normen der Patientin und weiterer Betroffener eruieren der Patientin an der Entscheidungsfindung eine aktive Beteiligung anbieten. (B 4.1.3, B 4.1.4, B 4.4.2) 	<ul style="list-style-type: none"> Gruppendiskussion Supervision Rollenspiele SP SelbstStud 	Portfolio OSCE Hausarbeit	alle klinischen Fächer

Praxisbeispiele im 3. Studienjahr

A 1 / B 1.2/ B4.1 und 4.4 Gesprächsführungskurs (Basel)

Wann: 3. Studienjahr

Was: Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung

Wie: Kleingruppen à 10 Studierende; 7 x 2 Stunden; Rollenspiel mit Skripten; Patientinnen unter Supervision

Wer: Dozierende aus Psychosomatik, Psychiatrie, Innere Medizin, Gynäkologie

Prüfung: OSCE mit klinischen Fällen; Portfolio von beeindruckenden Pat.-Kontakten

Ansprechpartner: Wolf Langewitz; wlangewitz@uhbs.ch

B 2.1 / 2.2 Teamentwicklung und Arbeit im Team (Heidelberg)

Wann: 3. Studienjahr

Was: Patientenübergabe, Kritikgespräch

Wie: 2 UE Mitarbeitergespräche mit Simulationspatienten

Wer: Medi-KIT- Trainingseinheit in der Inneren Medizin

Prüfung: in Planung OSCE Station

Ansprechpartnerin: Heike Lauber; Heike.Lauber@med.uni-heidelberg.de

Abb. 14: Aufschlüsselung der Lernziele und deren methodisch-inhaltliche Aufbereitung sowie Praxisbeispiele für das 3. Studienjahr²⁴⁷

²⁴⁷ Ebenda.

A	Allgemeine kommunikative und soziale Kompetenzen	Didaktische Umsetzungsmöglichkeiten	Mögliche Prüfungsmethoden	Fächerbeispiele
A 1	Sozialverhalten und Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> • schwierige Situationen und Kommunikationsstörungen erkennen und konstruktiv damit umgehen • situationsbezogenen Personen und Institutionen identifizieren, die zur Problemlösung beitragen können • Konfliktlösungsstrategien anwenden (A 1.3, A 1.9, A 1.10) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rollenspiel • SP • Filmbeispiel • Reflexionsgruppe mit und ohne Supervision 	OSCE 360°-assessment-OSCE	alle Fächer
A 2	Soziale Verantwortung <ul style="list-style-type: none"> • die wirtschaftlichen Bedingungen und Folgen ärztlichen Handelns überprüfen, das ärztliche Handeln in die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen einordnen, die gesellschaftlichen Erwartungen an den Arztberuf beurteilen • Ausmaß und Grenzen der ärztlichen Verantwortung diskutieren, ethische Dilemmata ärztlichen Handelns und Lösungsansätze sowie konkrete Ereignisse aus ihrem Studium im Hinblick auf ethische Grundprinzipien und standesrechtliche Normen diskutieren (A 2.3, A 2.4, A 2.7, A 2.8, A 2.9, A 2.10) 	<ul style="list-style-type: none"> • Referat • Präsentation • Mind Mapping • Diskussionsrunde • POL • SelbstStud 	Essay Klausur Portfolio	Med. Ethik alle klinischen und QS-Fächer u.a. Psych, Psychsom, Allg.-med, Gyn, Päd, Innere, Chir, Derma GÖK
A 3	Selbstreflexion (siehe 1. und 2. Studienjahr)			
A 4	Umgang mit Fehlern <ul style="list-style-type: none"> • Grundzüge der Fehlerentstehung beschreiben • typische Fehler in Entscheidungsfindungsprozessen und typische Fehlerquellen im Krankenhaus benennen • eigene Fehler angemessen ansprechen und analysieren, andere in adäquater Weise auf Fehler bzw. Fehlverhalten ansprechen und Hilfestellung anbieten (A 4.1, A 4.2, A 4.3, A 4.4, A 4.5, A 4.6) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fallvignette • Gruppendiskussion • Sim.-Kollege • Critical incident reporting system • MM-Konferenzen 	Essay Portfolio formatives 360°-assessment	alle Fächer auch interprofessionell mit anderen Heilberufen
B 1	Ärztin-Patientin-Beziehung			
B 1.1	Kommunikation in der Ärztin-Patientin-Beziehung			
B 1.2	Interaktion/Beziehungsgestaltung: <ul style="list-style-type: none"> • im Gespräch auf die Ressourcen der Patientin fokussieren und sich an den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Patientin bezüglich Information, Autonomie, Wahrheit und Verantwortung orientieren • die verschiedenen Bestandteile einer Krankengeschichte (Geschichte der Krankheit und der Patientin sowie der Ärztin-Patientin-Beziehung) beschreiben • kontextadäquat eine biographische Anamnese erheben, das aktuelle Problem der Patientin in deren Lebensgeschichte einordnen und bei der Betreuung von Patientinnen somatische, psychische und soziale Aspekte einbeziehen (B1.1.5, B1.2.4, B1.2.5, B 1.2.6, B 1.2.7) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fallvignette • Rollenspiel • SP • Gruppenreflexion • Balintgruppen 	Epikrise OSCE Fallbericht Self-assessment (Mini-CEX)	alle klinischen Fächer u.a. Psych, Psychsom, Allg.-med, Gyn, Päd, Innere, Chir, Derma, HNO, Augen, Ortho, Neuro, Ger
B 1.3	Subjektive Wirklichkeiten: Wert- und Zielkonflikte wahrnehmen und angemessen integrieren. <ul style="list-style-type: none"> • auf die subjektive Krankheitstheorie der Patientin eingehen und sie mit ihren eigenen ärztlichen Krankheitstheorien kontrastieren und integrieren und eigene Einschätzung gegenüber der Patientin als solche kennzeichnen. • Divergenzen zwischen eigenen Werten und Interessen und denen der Patientin wahrnehmen und berücksichtigen (B 1.3.1, B 1.3.2, B 1.3.3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fallvignette • Rollenspiel • SP und Video-Analyse • Gruppenreflexion 	Epikrise OSCE Portfolio	alle klinischen Fächer u.a. Psych, Psychsom., Allg.-med, Gyn, Innere, Derma, Ortho
B 4	Teamarbeit			
B 2.1	Teamentwicklung und Arbeit im Team <ul style="list-style-type: none"> • Verantwortung im Team übernehmen, klare Anweisungen geben, Aufgaben und Verantwortlichkeiten delegieren, die Zusammenarbeit im Team auswerten und Aufgaben beim Erreichen des Teamziels zum Abschluss bringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Video-Analyse • Planspiel in klinischen Situationen mit Supervision 	Gruppenhausarbeit/ Gruppenforschungsarbeit Portfolio 360°-assessment formativ	alle Fächer interdisziplinär auch interprofessionell mit anderen Heilberufen
B 3	Persönlichkeit und Professionalität			
B 3.1	Rollen und Identität <ul style="list-style-type: none"> • ärztliche Aufgaben, die dem Ausbildungsstand angemessen sind, beschreiben und erfüllen • Verantwortung dem Ausbildungsstand entsprechend übernehmen, teilen und abgeben • im ärztlichen Handeln kulturelle, soziale u. weltanschauliche Aspekte berücksichtigen und Möglichkeiten erläutern, die helfen, Rollenunklarheiten bearbeiten • die Grenzen ärztlicher Aufgaben beschreiben (B 3.1.1, B 3.1.2, B 3.1.3, B 3.1.4, B 3.1.5) 	<ul style="list-style-type: none"> • SP • Patienten • Literatur Review • UAK • POL • Übung 	Essay	alle klinischen Fächer u.a. Psych, Psychsom, Allg.-med, Gyn, Päd, Innere, Chir, Derma, Ortho, Neuro Mentorenprogramm

B 3.3 Selbstschutz (Siehe 1. und 2. Studienjahr)			
B 4 Urteilsbildung und Entscheidungsfindung			
B 4.1 Werte und Normen in der Entscheidungsfindung B 4.2 Kontextbedingungen <ul style="list-style-type: none"> rechtliche Grundlagen einer Entscheidung und Zuständigkeiten bei der Entscheidungsfindung erläutern und zeitliche und organisatorische Rahmenbedingungen für die Entscheidungsfindung klären. gesundheitsspolitische und –ökonomische Einflussfaktoren auf die Entscheidungsfindung identifizieren (B 4.1.2, B 4.2.1, B 4.2.4, B 4.2.5)	<ul style="list-style-type: none"> Referat Diskussionsgruppe Experten-gespräch Exkursionen 	Klausur Präsentation	MedSoz GÖK
B 4.3 Ungewissheit <ul style="list-style-type: none"> erklären, welche Informationen nötig sind, um Ungewissheit im Entscheidungsprozess zu minimieren, das Spektrum möglicher Konsequenzen einer Entscheidung diskutieren und Ungewissheit der Patientin gegenüber offen ansprechen getroffene Entscheidungen regelmäßig überprüfen, sie ggf. revidieren, Ungewissheit in Entscheidungssituationen akzeptieren und eigene Umgangsmöglichkeiten damit formulieren (B 4.3.1, B 4.3.2, B 4.3.3, B 4.3.4, B 4.3.5)	<ul style="list-style-type: none"> Rollenspiel SP mit Supervision Referat Balintgruppen SelbstStud 	Klausur Epikrise	Interdisziplinäre Lehre Experten-Gespräche Mentoring
B 4.4 Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung: <ul style="list-style-type: none"> feststellen, wie viel Verantwortung die Patientin für Entscheidungen übernehmen will und kann und die eigene Rolle in einer Entscheidungsfindungssituation verbalisieren die ärztliche Rolle in der Entscheidungsfindung im interprofessionellen Team identifizieren und Entscheidungen im Dialog mit Kollegen, Patienten und Angehörigen diskutieren (B 4.4.1, B 4.4.3, B 4.4.4, B 4.4.5)	<ul style="list-style-type: none"> Rollenspiel SP, Sim.-Kollege Interprof. Teamgespräch UAK 	Log-Buch Hausarbeit OSCE	Alle klinischen Fächer u.a. Onkologie; klinisch-theoretische Fächer u.a. Pharma, H-genetik
B 4.5 Information <ul style="list-style-type: none"> medizinische Maßnahmen bezüglich Vor- und Nachteilen und den zu erwartendem Erfolg darstellen (z. B. mit absoluten Häufigkeiten) und Konsequenzen eines Verzichts auf diagnostische und therapeutische Maßnahmen erklären (B 4.5.1, B 4.5.2)	<ul style="list-style-type: none"> Journal-Club Cochrane review Leitlinien SP, Patienten SelbstStud 	MC Hausarbeit	alle klinischen Fächer

Praxisbeispiele im 4. und 5. Studienjahr

A1 / B 1.1 / 1.2 Sozialverhalten; Kommunikation, Interaktion und Beziehungsgestaltung in der Ärztin-Patientin-Beziehung:

Interdisziplinäres Kommunikationstraining im Themenblock Psychosoziale Medizin (Hamburg)

Wann: 3.- 5. Studienjahr

Was: Vermittlung und Anwendung allgemeiner und spezifischer Kommunikationstechniken, bio-psycho-soziale Anamnese, Kommunikationsstrategien bei unterschiedlichen Beratungsanlässen

Wie: 3 h Vorbereitungsseminar, 2 h Kleingruppen-Übung mit Simulationspatienten, Feedback, Videokontrolle

Wer: Allgemeinmedizin, Psychosomatik, Psychiatrie, Kinder-/Jugendpsychiatrie, Med. Soziologie; Fachdozenten

Prüfung: OSCE

Ansprechpartnerin: Cadja Bachmann; c.bachmann@uke.uni-hamburg.de

B 1.1 / 1.2 Kommunikation, Interaktion und Beziehungsgestaltung in der Ärztin-Patientin-Beziehung Seminar Psychosomatik (Göttingen)

Wann: 4. Studienjahr

Was: Erheben einer psychosomatischen Anamnese (Posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung, Essstörung) mit SP unter Supervision.

Wie: 4x2 Doppelstunden Seminar: Kleingruppenunterricht mit Simulationspatienten, strukturiertes Feedback

Wer: Psychosomatik

Prüfung: Klausur, OSCE

Ansprechpartnerin: Anne Simmenroth-Nayda; asimmen@gwdg.de

Abb. 15: Aufschlüsselung der Lernziele und deren methodisch-inhaltliche Aufbereitung sowie Praxisbeispiele für das 4. und 5. Studienjahr²⁴⁸

²⁴⁸ Ebenda.

A	Allgemeine kommunikative und soziale Kompetenzen	Didaktische Umsetzungsmöglichkeiten	Mögliche Prüfungsmethoden	Fächerbeispiele
A 3	Selbstreflexion (Siehe 1. und 2. Studienjahr)			
A 4	Umgang mit Fehlern (Siehe 4. und 5. Studienjahr)			
B	Teamarbeit			
B 2.2	Führung <ul style="list-style-type: none"> Meinungsbildung in der Gruppe moderieren, Teammitglieder ermutigen, auch abweichende Meinungen zu äußern und dies honorieren die eigene Rolle im Team reflektieren und beschreiben; eigene Interessen benennen, diese von Teamzielen abgrenzen Teamarbeit hinsichtlich Rahmenbedingungen, Interdependenz innerhalb des Teams und zwischen den Teams sowie die Balance von „Ich“, „Wir“ und „Aufgabe“ analysieren dafür Sorge tragen, dass relevante Informationen zur Verfügung stehen und zum positiven Arbeitsklima beitragen (B 2.2.3, B 2.2.4, B 2.2.5, B 2.1.7, B 2.1.9, B 2.1.11, B 2.1.13)	<ul style="list-style-type: none"> Fallvignette Planspiel Reflexion und Supervision e-learning POL Rotierende Moderation Übungen zur kollegialen Supervision 		alle Fächer
B 3	Persönlichkeit und Professionalität			
B 3.2	Management und Selbstorganisation <ul style="list-style-type: none"> Strategien und Techniken (z. B. Priorisierung, Delegation) zum Zeitmanagement beschreiben und diese in ihrer ärztlichen Tätigkeit anwenden sowie für bestimmte Aufgaben (z.B. Selbststudium, Prüfungsvorbereitung, Patientenvorstellung, schwieriges Ä-P-Gespräch) einen Zeitplan erstellen wissenschaftliche Texte kritisch diskutieren, eigenes Wissen mit einer angemessenen Methode weitergeben und Fachwissen sowie wissenschaftliche Daten angemessen präsentieren geeignete Lernstrategien für das lebenslange Lernen für sich etablieren und anwenden sowie den eigenen Lernfortschritt dokumentieren und bewerten (B 3.2.1, B 3.2.3, B 3.2.4, B 3.2.5, B 3.2.7, B 3.2.9, B 3.2.10)	<ul style="list-style-type: none"> Expertengruppe mit Gruppenpuzzle Diskussionsgruppe e-learning interdisziplinäres Lernen Projektplanung 	360°-assessment Präsentation (Poster / Vortrag) Portfolio	alle Fächer
B 3.3	Selbstschutz <ul style="list-style-type: none"> Lösungsstrategien zur Belastungsreduktion im Arbeitstag anwenden (Copingstrategien, Balintgruppe, Supervision) wichtige Aspekte und Regelungen des für ihren Bereich relevanten Arbeitsschutzes beschreiben, Rechte (z.B. Pause, Urlaub, Krankheit) einfordern und nicht zulassen, dass der eigene Gesundheitszustand Patientinnen und anderen Personen gefährdet sich in verschiedenen Kontexten und Situationen angemessen abgrenzen (Ä-P-Beziehung, fordernde Patientin) (B 3.3.3, B 3.3.6, B 3.3.7, B 3.3.9, B 3.3.10)	<ul style="list-style-type: none"> Fallvignette Gruppenreflexion Videoanalyse Simulations-vorgesetzte SP Essay Balintgruppe 	OSCE	Interdisziplinäre Lehre; alle klinischen Fächer u.a. Psychosom Allg-med, Chir, Gyn, Anästh, Ortho
B 3.4	Integration in professionelle Rahmenbedingungen (Sozialisation): <ul style="list-style-type: none"> die professionellen Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns beschreiben und reflektieren und sie dem Ausbildungsstand angemessen einhalten ritualisierte Verhaltensmuster in der Medizin benennen selbstständig und aktiv den Austausch mit anderen Berufsgruppen suchen (B 3.4.1, B 3.4.3, B 3.4.4)	<ul style="list-style-type: none"> Referat Hospitationen UAK Interdisziplinäres/interprofessionelles Lernen 	360°-assessment Behandlungsplan erstellen	Med. Ethik; alle klinischen Fächer; auch interprofessionell mit anderen Heilberufen

Praxisbeispiele im 6. Studienjahr

B 2.1 / 2.2 Arbeit im Team/ Führung (Heidelberg) Wann: PJ Was: Internistisches Visitenttraining, Management in der chirurgischen Notaufnahme Wie: Internistisches Visitenttraining (4 UE), Management in der chirurgischen Notaufnahme (2 UE) Wer: Fächer der Inneren Medizin, Fächer der Chirurgie Prüfung: keine Ansprechpartner: Christoph Nikendei, christoph.nikendei@med.uni-heidelberg.de; Heike Lauber, heike.lauber@med.uni-heidelberg.de

Abb. 16: Aufschlüsselung der Lernziele und deren methodisch-inhaltliche Aufbereitung sowie Praxisbeispiele für das 6. Studienjahr²⁴⁹

²⁴⁹ Ebenda.

4 Studiendesign

4.1 Auswahl der Fragen und Adressaten

4.1.1 Das „Basler Consensus Statement“ als Grundlage der empirischen Untersuchung

Die Items²⁵⁰ der empirischen Untersuchung mussten zwei Aspekten in besonderer Weise entsprechen:

1. Sie mussten die gesamte Vielfalt ärztlicher Interaktion in kommunikativer Hinsicht abdecken, eine longitudinale Curriculumsentwicklung ermöglichen sowie mit dem in der Bildungsforschung derzeit vorherrschenden Kompetenz-Begriff operieren.
2. Sie mussten auch die in den Reformstudiengängen praktizierten Modelle berücksichtigen.

Das „Basler Consensus Statement“ erfüllt diese Voraussetzungen.²⁵¹ Es besteht aus zwei Blöcken (Block A: „Allgemeine kommunikative und soziale Kompetenzen“ und Block B: „Spezifische Kompetenzen“) mit jeweils vier Schwerpunktthemen:

Block A:

1. Sozialverhalten und Kommunikation
2. soziale Verantwortung
3. Selbstreflexion
4. Umgang mit Fehlern.

²⁵⁰ Die von *Roch et al.* durchgeführte empirische Erhebung und deren Items zur Prüfung ärztlicher Gesprächsführung konnte hier nicht zu Rate gezogen werden, da die Stichhaltigkeit der Untersuchung überzeugend von *Lischka* widerlegt wurde. Siehe dazu ausführlich: Roch K, Trubich A, Haidinger G, Metterauer L, Frischenschlager O. Unterricht in ärztlicher Gesprächsführung – eine vergleichende Erhebung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2010-27/zma000685.shtml> (Letzter Zugriff am: 12.08.2011). und: Lischka M. Vergleichende Erhebung zum Unterricht in ärztlicher Gesprächsführung – was rechtfertigt die Erstellung einer Rangliste? In: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2011-28/zma000721.shtml> (Letzter Zugriff am: 12.08.2011).

²⁵¹ Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langwitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S. Basler Consensus Statement „Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium“. Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen. In: <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2008-25/zma000567.shtml#att1>, (Letzter Zugriff am: 19.06.2011).

Block B:

1. Ärztin [sic!]-Patientin [sic!]-Beziehung
2. Teamarbeit
3. Persönlichkeit und Professionalität
4. Urteilsbildung und Entscheidungsfindung.²⁵²

Diese Schwerpunkte wurden nochmals in einzelne Themenaspekte gegliedert, die die dazugehörigen Ausbildungsziele definieren. Für die Nutzung dieser Aspekte als Items in der empirischen Untersuchung eignete sich das jeweilige Schwerpunktthema nur bedingt, weil nicht immer davon ausgegangen werden konnte, dass die Probanden die Weitläufigkeit des Begriffsfeldes erfassten. So wurde beispielsweise der Punkt „Persönlichkeit“ aus dem Block B 3 differenziert in: „Rollen und Identität bezogen auf die eigene Person“, „Management und Selbstorganisation“, „Selbstschutz“, „Integration in professionelle Rahmenbedingungen“ (Näheres dazu: siehe Kapitel 4.3.1). Als äußerst vorteilhaft erwies sich in diesem Zusammenhang die Ausformulierung der Ausbildungsziele, da hier interdisziplinäre Arbeit eine Grundlage erfährt, die für jeden Involvierten diskutierbar sein kann. Ebenso hervorhebenswert ist die Ausrichtung auf eine longitudinale Ausbildung (Möglichkeiten zur Teilmodularisierung bestehen trotzdem) und eine mögliche Ausrichtung auf den Wechsel zum Bachelor-Master-System im Medizinstudium. *Kiessling et al.* stellen fest, dass mit diesem Statement die angloamerikanischen Consensus Statements (erarbeitet in Toronto und Kalamazoo) erstmals eine deutschsprachige Entsprechung erfahren.²⁵³ Insgesamt liegen mit dem Statement 19 Themengebiete und 131 Ausbildungsziele vor.²⁵⁴

4.1.2 Zur Rolle des „Kölner Evaluationsbogens Kommunikation (KEK)“ innerhalb der empirischen Untersuchung

Ein ursprünglich angedachter Vergleich der Lernziele des „Basler Consensus Statements“ mit dem Kölner Evaluationsbogen²⁵⁵ hat sich als wenig hilfreich erwiesen.

²⁵² Ebenda.

²⁵³ <http://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2008-25/zma000567.pdf> (Letzter Zugriff am: 19.06.2011).

²⁵⁴ Ebenda.

²⁵⁵ <http://www.jhammes.de/KFK/KISAnamnese.pdf> (Letzter Zugriff am: 20.07.2011).

Die Hypothese, wonach der OSCE wesentliche Lernziele des Basler Consensus Statements abbildet, hat sich als weitestgehend falsch erwiesen, vielmehr stellt der KEK ein sehr konkretes Instrument zur Beobachtung konkreten kommunikativen Handelns dar.²⁵⁶ Mit seiner Hilfe könnten die wesentlichen Aspekte ärztlicher Kommunikation bezüglich der Patienten evaluiert werden. Dabei werden sechs Kategorien vorgeschlagen, die im Wesentlichen der Chronologie eines Arzt-Patient-Gesprächs entsprechen:

1. Beziehung aufbauen (5 Unterpunkte)
2. Anliegen anhören (4 Unterpunkte)
3. Emotionen zulassen (5 Unterpunkte)
4. Details explorieren (3 Unterpunkte)
5. Vorgehen abstimmen (4 Unterpunkte)
6. Resümee ziehen (5 Unterpunkte).

Dabei wendet der KEK eine Kombination aus binären Items und globalen Rankings an, wie sie von *Nikendei et al.* als optimal gefordert wird.²⁵⁷ Der erste Untersuchungsaspekt „Beziehung aufbauen“ enthält ausschließlich bipolare Items, der Prüfling kann so insgesamt vier Punkte erhalten.

Der zweite Beurteilungspunkt „Anliegen anhören“ enthält zwei bipolare und zwei globale Rankings mit einer jeweils fünfstufigen Likert-Skala.

Ausschließlich globale Rankings (2) enthält der dritte Beurteilungsaspekt „Emotionen zulassen“.

Gleiches gilt für den vierten Beurteilungskomplex „Details explorieren“. Hier werden drei globale Rankings verwendet.

Während der fünfte Komplex „Vorgehen abstimmen“ wiederum nur globale Rankings (3) aufweist, finden sich im sechsten Komplex „Resümee ziehen“ nur bipolare Items (4).

²⁵⁶ Siehe dazu auch: Koefer A, Obliers R, Thomas W, Köhle K. Prüfung kommunikativer Kompetenz. OSCE mit standardisierten Patienten. In: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2005-22/zma000149.shtml> (Letzter Zugriff am: 04.12.2011).

²⁵⁷ Siehe dazu ausführlicher: http://www.medizinische-fakultaet-hd.uni-heidelberg.de/fileadmin/kompzent/2006_praktische_tipps_osce_nikendei_und_juenger.pdf (Letzter Zugriff am: 20.07.2011).

Insgesamt kann der Prüfling somit 50 Punkte erhalten.

Damit ist dieser OSCE umfänglicher als vergleichbare. Allerdings bildet auch er nicht die Bandbreite ärztlicher Kommunikation ab. So kann (wie oben bereits angedeutet) eine Lernzielkontrolle laut Basler Consensus Statement nicht erfolgen. Zwar könnten die unter A1: Sozialverhalten und Kommunikation sowie B1: Ärztin-Patientin-Beziehung [sic!] aufgeführten Aspekte beobachtet und bewertet werden, ansatzweise gilt das auch für die Punkte A3: Selbstreflexion, B4: Urteilsfindung und Entscheidungsfindung (beispielsweise: Kontextbedingungen, Ungewissheit, Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung sowie Information). Aber schon B1.4: Theorien der Ärztin-Patientin-Beziehung [sic!] enthält Schwerpunkte, die mit dem KEK nicht zu prüfen sind. Die Aspekte B2: Teamarbeit, B3: Persönlichkeit und Professionalität können ebenfalls nicht mit diesem OSCE überprüft werden.

Es lässt sich also festhalten: Der Kölner Evaluationsbogen Kommunikation ist ein Prüfungsinstrument, um einfach strukturierte, ja standardisierte Arzt-Patient-Gespräche zu bewerten. Komplexe Gespräche, die womöglich unerwartete Reaktionen auf Patientenseite aufweisen, die auch eine andere zeitliche Dimension annehmen, können mit dem KEK nicht tiefgründig genug analysiert werden. Wenn aber alle Ziele des „Basler Consensus Statements“ als Grundlage für longitudinale Lehrveranstaltungen zur Ausbildung kommunikativer Fähigkeiten gelten sollen, dann muss in der Fakultät über weitreichende Prüfungsmodalitäten nachgedacht werden.

Für tätige Ärzte ist der KEK allerdings ein hinreichendes Instrument zur Kontrolle und Reflexion eigenen kommunikativen Handelns im Alltag. Der KEK sollte darum sowohl Studenten als auch Ärzten als Orientierungsmarke zur Verfügung stehen. Darum wurde explizit nach ihm in der empirischen Untersuchung gefragt.

4.2 Adressaten der empirischen Untersuchung und Kriterien der Adressatenwahl

Die empirische Untersuchung umfasste in der ursprünglichen Planung drei Schritte, wobei der erste in vier Etappen gegliedert wurde.

1. Schritt: Befragung der Ärztinnen und Ärzte an den Lehrkrankenhäusern der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock sowie aller Studierenden der Humanmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock

1. Etappe: Dezember 2009 - Februar 2010: Pilotprojekt am KMG-Klinikum Güstrow, Befragung von 125 Ärztinnen und Ärzten sowie 9 PJ-lern: Erfassung der Daten mithilfe von Fragebögen;

2. Etappe: Januar 2010 - Februar 2010: Befragung von 435 Vorklinikern an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock: Erfassung der Daten mithilfe von Fragebögen;

3. Etappe: Juni 2010 - Juli 2010: Befragung von 735 Klinikern und 132 PJ-lern an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock: Erfassung der Daten mithilfe von evasys.;

4. Etappe: Juni 2010 – August 2010: Befragung aller Ärztinnen und Ärzte an den Lehrkrankenhäusern der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock: Erfassung der Daten über evasys.

Für die 4. Etappe bedeutete das im Einzelnen:

Universitätsklinikum Rostock: 546 Ärztinnen und Ärzte sowie 65 PJ-ler (Stand 30.06.2010);

Klinikum Südstadt Rostock: 176 Ärztinnen und Ärzte sowie 24 PJ-ler (Stand: August 2010);

HELIOS-Kliniken Schwerin: 420 Ärztinnen und Ärzte sowie 4 PJ-ler (Stand: 26.07.2010);

Hanse-Klinikum Wismar: 105 Ärztinnen und Ärzte sowie 8 PJ-ler (Stand: 26.09.2010);

Kreiskrankenhaus Prignitz: 65 Ärztinnen und Ärzte sowie 11 PJ-ler (Stand: 22.09.2010);

Müritz-Klinikum Waren: 69 Ärztinnen und Ärzte sowie 6 PJ-ler (Stand: 09.08.2010).

Vom Stift Bethlehem Ludwigslust liegen keine Angaben vor, da sich das Stift an der empirischen Untersuchung auf Wunsch des Ärztlichen Direktors, Herrn Dr. med. Krebs, nicht beteiligt hat.

Vom Kreiskrankenhaus Prignitz wurden zwar obige Daten übermittelt, an der empirischen Untersuchung beteiligten sich allerdings keine Ärztin und kein Arzt.

Vom Klinikum Südstadt wurden zwar ebenfalls die Daten übermittelt, hier wurde nur in einem einzigen Fall eine Rückmeldung von Daten konstatiert.

[Die PJ-ler wurden gesondert darauf hingewiesen, den Fragebogen nur einmal auszufüllen, um quantitative und dadurch dann auch qualitative Fehler zu vermeiden. Die unterschiedliche Anzahl in der Summierung (132 PJ-ler zu 137 PJ-lern ergibt sich aus der natürlichen Fluktuation an den einzelnen Kliniken.]

Die Adressatenauswahl ergibt sich aus drei wesentlichen Gründen:

1. Studenten der Medizinischen Fakultät(en) sollen Nutznießer künftiger Lehrveranstaltungen zur Verbesserung der kommunikativen Fertigkeiten sein. Darum müssen ihre Vorstellungen von den Inhalten, der Organisation und der Durchführung dieser Lehrveranstaltungen unbedingt Berücksichtigung finden.
2. Zur Ermittlung der Ausgangsbasis bezüglich der kommunikativen Fähigkeiten genügt es nicht, die Seite der Lehrenden (siehe dazu Kapitel 5) zu erfassen (noch dazu ohne empirische Untersuchungen, sondern nur durch die Interviewtechnik), sondern es muss auch eine Selbstreflexion der Studenten (hier empirisch abgesichert) als Grundlage für die Schlussfolgerungen genutzt werden.
3. Gradmesser jeglicher Ausbildung ist die Praxis. Darum ist es nur folgerichtig, wenn die Praktiker, also Ärztinnen und Ärzte, die Items bezüglich der Inhalte, der Organisation und der Durchführung sowie der Selbstreflexion eigener kommunikativer Fähigkeiten analysieren. Es wurden nur Ärztinnen und Ärzte der Lehrkrankenhäuser befragt, da hier von einem erheblichen Interesse an gut ausgebildeten Studenten (insbesondere zunächst PJ-lern) ausgegangen werden kann. Außerdem sind gerade an diesen Standorten Auseinandersetzungen mit Studieninhalten aktuell.

Die Befragung der Studierenden und der Ärzte an den Lehrkrankenhäusern wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock begutachtet und unter dem Aktenzeichen A 2010 04 positiv beschieden.

In Tabelle 5 werden die Teilnehmerzahlen für die VK, K und Ä differenziert dargestellt.

Dabei entsprechen die Codierungen folgenden Einrichtungen:

- ärzte01: Universitätsklinikum Rostock
- ärzte02: Südstadt-Klinikum Rostock
- ärzte03: HELIOS-Kliniken Schwerin: Klinikum

ärzte04: HELIOS-Kliniken: Carl-Friedrich-Flemming-Klinik
 ärzte05: Waren-Klinikum Waren an der Müritz
 ärzte06: Hanse-Klinikum Wismar
 ärzte07: Stift Bethlehem Ludwigslust
 ärzte08: Kreiskrankenhaus Prignitz

Lfd. Nr.	Adressat/Codierung	Gesamtzahl der Adressaten	TN an der Online-Befragung	Anteil der TN in %
1	Vorklinik (VK)	435	217	49.8
2	Klinik (K)	735	276	37.5
3	Pilotprojekt: LKH Güstrow (abgeschlossen : Januar 2010)	133	58	43.6
4	aerzte01	571	64	11.2
5	ärzte02	200	1	0.5
6	ärzte03	378	47	12.4
7	ärzte04	48	9	18.7
8	ärzte05	75	11	14.6
9	ärzte06	113	10	8.8
10	ärzte07 (TN abgelehnt)	-	-	-
11	ärzte08	76	0	0
12	Gesamt	2764	693	25.0

Tabelle 5: Gesamtzahl der Befragten und endgültige Teilnehmerzahl an der empirischen Untersuchung

Die Gruppen der Ärzte von der lfd. Nr. 03 bis zur lfd. Nr. 11 wurden bei der Auswertung der Daten summiert und unter Ä (Ärzte) aufgeführt.

2. Schritt: Interviews mit den (Pro-)Dekanen bzw. Studiendekanen der Medizinischen Fakultäten, die Reformstudiengänge eingerichtet haben. Angeschrieben wurden im Januar/Februar 2011):

- Herr Prof. Dr. Rusche und Herr Prof. Dr. Schäfer, Ruhr-Universität Bochum;
- Herr Universitätsprofessor Dr. Dott, RWTH Aachen;
- Herr Dr. Duelli, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg;
- Herr Dr. Marschall, Westfälische Wilhelms-Universität Münster;
- Herrn Prof. Dr. Gross, Charité Berlin;
- Herr Dr. Böckers, Universität Ulm;
- Herr Prof. Dr. Haller, Medizinische Hochschule Hannover.

Mit Ausnahme von Herrn Prof. Dr. Gross war keiner der angeschriebenen Interviewpartner zu einem Gespräch bereit. Die Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg mailte eine umfängliche Artikelsammlung über ihr Kommunikationskonzept. Da es durch die geringe Beteiligung keine vergleichbaren Parameter geben konnte, wurde diese Methode nicht weiterverfolgt, sondern durch die Literaturlauswertung ersetzt.

Hier ergab sich die Wahl der Gesprächsteilnehmer aus inhaltlichen und organisatorischen Gründen. Alle Universitäten bzw. medizinischen Hochschulen setzen Reformkonzepte um und haben im Zuge dieser Realisierung umfangreiche Neustrukturierungen der Ausbildung im Bereich der Kommunikationsschulung vorgenommen. Hier wäre es interessant gewesen, Übernahmelmöglichkeiten durch die Fakultäten zu prüfen, die bei einem klassischen Stil der Ausbildung geblieben sind.

3. Schritt: Interviews mit Lehrenden an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock (angeschrieben und durchgeführt im Zeitraum vom Juni bis August 2011):

Angeschrieben wurden folgende Dozentinnen und Dozenten:

- Herr Prof. Dr. med. Mittlmeier, Studiendekan;
- Herr Prof. Dr. Kropp, Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie;
- Herr Prof. Dr. med. Junghanß, Leiter der Palliativstation am Universitätsklinikum;
- Herr Prof. Dr. med. Plath, Verantwortlicher für die Lehre an der Kinder- und Jugendklinik;
- Herr Prof. Dr. med. Altiner, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin.

Für die Auswahl der Interviewpartner gab es sowohl inhaltliche als auch organisatorische Gründe. So musste die Frage geklärt werden, ob es generell Interesse der Fakultät an einer Verbesserung der Lehre hinsichtlich kommunikativer Fähigkeiten gibt oder ob die bisherige Ausbildung als ausreichend gut oder sehr gut angesehen wird. Zu prüfen war, ob sich die Fakultät organisatorisch eine Ausweitung der Lehre auf dem Gebiet der Kommunikationsschulung vorstellen kann, ob es Valenzen zu erschließen gibt. Dass der Verantwortliche für die bisherige Ausbildung auf diesem Gebiet, Herr Prof. Dr. Kropp, in den Kreis der Interviewpartner einbezogen werden musste, ergab sich von selbst. Wenn eine enge Verzahnung möglichst vieler Bereiche der Fakultät laut Aussage der Teilnehmer an der empirischen Untersuchung angestrebt werden sollte, dann muss auf Erfahrungen auf den einzelnen Gebieten zurückgegriffen werden. Darum wurde insbesondere die Allgemeinmedizin konsultiert, die in der empirischen Untersuchung als zweithäufigster Partner neben dem Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie angegeben wurde. Erfahrungen auf dem Gebiet der Kommunikationsschulung liegen aus der Kinder- und Jugendklinik vor. „Die Arzt-Patient-Kommunikation ist für die Krankheitsverarbeitung und das Krankheitserleben von Krebspatienten eine wesentliche Determinante. [...] Eine in der modernen Onkologie zunehmende Inkongruenz auf Patientenseite von Krankheitserleben und diagnostizierter Krankheit kompliziert die Arzt-Patient-Kommunikation zudem.“²⁵⁸ Gerade auf dem Gebiet der Kommunikationsschulung in diesem Bereich sollte besonderes Gewicht gelegt werden. Inzwischen gibt es in Rostock auch hier entsprechende Angebote. Diese Erfahrungswerte sollten dargestellt werden. Aufgrund der spezifischen Zielstellungen für die Interviews mit den Partnern aus der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock ergaben sich dementsprechend auch recht individuelle Aufgabenstellungen für die einzelnen Professoren. Gleich war allerdings die Fragestellung nach der Prüfung kommunikativer Fähigkeiten, hier besonders der Aspekt des Einsatzes von OSCE-Prüfungsverfahren an vielen Fakultäten. Die Interviews gehen sowohl organisatorischen und inhaltlichen Fragen nach.

²⁵⁸ Kappauf, H.W.: Kommunikation in der Onkologie. In: Der Onkologe Nr. 11/2004, S. 1251.

Fragenkatalog für die Interviews

Interview mit Herrn Prof. Mittlmeier:

1. In der Selbstdarstellung der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock zur Evaluation durch die Kommission des Verbundes Norddeutscher Universitäten, die 2008 veröffentlicht wurde, war von der geplanten Einrichtung einer Graduiertenschule unter Federführung von Prof. Benecke (Klinik für Neurologie) die Rede. Ein Element des Unterrichts neben dem Erwerb und Üben praktischer Fähigkeiten durch Simulation (skills lab) sollten Kommunikationsschulungen sein.

Wie weit ist dieses Vorhaben realisiert worden? Welche Erfolge gibt es zu verzeichnen, welche Optimierungsstrategien werden verfolgt? Mit welchen Erfolgen hat sich die angesprochene Ausbildung zum Master of Medical Education entwickelt?

2. Grundlagenfächer (Bio, Che, Phy) wurden in ihrem Umfang vermindert, fachliche Schwerpunkte auf die Biochemie, die Anatomie und die Physiologie übertragen. Sehen Sie sowohl in der vorklinischen wie auch in der klinischen Ausbildung überhaupt noch freie Valenzen, um Aspekte zur Steigerung kommunikativer Kompetenzen der Studierenden zu integrieren? Immerhin fordern von allen befragten Studierenden und Ärzten rund 82% die Kopplung solcher Inhalte mit fachspezifischen Aspekten, Stichwort: interdisziplinäres Arbeiten.

3. Derzeit wird keine konkrete LV zum Erlernen kommunikativer Interaktionstechniken an der Medizinischen Fakultät vorgehalten, nur das Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie bietet einen Wahlpflichtkurs in Blockform an. Von allen Befragten lehnten über 72% diese Form der LV ab. Vielmehr wurde insbesondere von den tätigen Ärzten gefordert, eine durchgängige LV anzubieten, die, kumulativ organisiert, vom 1.-10. Semester durchgeführt wird. Wie sehen Sie die Chancen an der Fakultät zur Organisation und Durchführung einer solchen Pflicht-LV?

4. Der überwiegende Teil der Befragten sprach sich für eine enge Verzahnung des Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie mit der Allgemeinmedizin aus, was die Vermittlung kommunikativer und sozialer Kompetenzen betrifft. Welche organisatorischen Möglichkeiten sehen Sie, hier eine Zusammenarbeit im Interesse der Studierenden zu organisieren?

5. In der Selbstbeschreibung der Medizinischen Fakultät ist zu lesen, dass die Überprüfung theoretischer Kenntnisse und praktischer Fertigkeiten durch Multiple Choice Tests und mündliche Prüfungen erfolgt. Dabei sollen auch Patientengespräche und Kollegendiskussionen zuvor in LV geübt und diskutiert worden sein. Könnten Sie darstellen, wie solche kommunikativen Fertigkeiten an der Fakultät geprüft werden? Inwiefern sind hier die geforderten Lehr- und Lernziele formuliert worden, was die kommunikativen und sozialen Fertigkeiten betrifft?

6. Die Evaluationskommission empfahl der Fakultät: „Neue Lehrmethoden sollten insbesondere im Hinblick auf das Leitbild ‚algorithmischen ärztlichen Denkens‘ und die damit verbundenen ärztlichen Kommunikationstechniken und Verhaltensweisen eingesetzt werden.“ Inwiefern sind diese Empfehlungen bisher umgesetzt worden?

Interview mit Herrn Prof. Kropp:

1. Wie schätzen Sie den Grad der kommunikativen Fähigkeiten der Studierenden der Medizin im vorklinischen und klinischen Bereich ein? Können überhaupt Tendenzen festgestellt werden, wenn man die jetzige Situation betrachtet?
2. Welche Anstrengungen werden von Ihrem Institut unternommen, um die geforderten kommunikativen Kompetenzen auszubilden? Schätzen Sie die Nachhaltigkeit dieser Anstrengungen ein.
3. Weder Vorlesungen noch Blockseminaren wird eine besondere Eignung zum Erreichen des Ausbildungsziels „Ärztliche Entscheidung und Therapie“, zugebilligt. Problemorientiertes Lernen wird laut Evaluationsbericht gar nicht praktiziert, ein eigenständiges und systematisches Training zur Vermittlung ärztlicher Kommunikationstechniken und professioneller Verhaltensweisen wird im Rahmen der klinischen Fächer nicht angeboten. Welche Möglichkeiten sehen Sie als Direktor eines vergleichsweise kleinen Instituts, um hier Abhilfe zu schaffen? Wäre eine Zusammenarbeit mit anderen Kliniken für Sie vorstell- und realisierbar?
4. Studienergebnisse zeigen eine Abnahme von Empathie und Patientenzentrierung im Laufe des Medizinstudiums. Wie kann man dem aus Ihrer Sicht entgegenwirken? Stichwort: Weg von der Insellösung hin zu einer longitudinalen Curriculumsentwicklung hinsichtlich der kommunikativen und sozialen Kompetenzen der Studierenden.
5. Inwiefern halten Sie ein OSCE-Prüfungsverfahren für geeignet, praktische (kommunikative und soziale) Fertigkeiten zu prüfen?

Interview mit Herrn Prof. Plath:

1. Im Evaluationsbericht der Norddeutschen Universitäten, 2008 veröffentlicht, wurde die Klinik für Kinderheilkunde besonders wegen dreier Aspekte hervorgehoben:
 - wegen des problem-based learnings;
 - wegen einer Kommunikationsschulung mit Kindern;
 - wegen des Einsatzes eines Simultantrainers.
 Könnten Sie darstellen, wie die Kommunikationsschulung gestaltet wird? Welche Chancen einer interdisziplinären Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Kommunikationsschulung von Studierenden der Medizin sehen Sie als realisierbar an?
2. Könnten Sie sich in der vorklinischen und in der klinischen Ausbildung einen durchgängigen Strang zur Ausbildung kommunikativer Fähigkeiten bei Medizin-Studierenden vorstellen (Stichwort: longitudinale Curricula mit Schwerpunkt auf Entwicklung kommunikativer und sozialer Kompetenzen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen)?
3. Inwiefern halten Sie ein OSCE-Prüfungsverfahren für geeignet, praktische (kommunikative und soziale) Fertigkeiten zu prüfen?

Interview mit Herrn Prof. Altiner:

1. Der Presse war zu entnehmen, dass Sie derzeit an der Entwicklung eines Programms arbeiten, das die kommunikativen Fähigkeiten von zukünftigen Ärzten im Umgang mit ihren Patienten erleichtern und verbessern soll. Könnten Sie dieses Programm

darstellen? Inwiefern findet es bereits Eingang in die Ausbildung von Studierenden der Medizin an der Fakultät?

2. Mehr als die Hälfte aller Befragten in einer empirischen Untersuchung sprachen sich für eine enge Verzahnung der Ausbildung auf dem Gebiet der kommunikativen und sozialen Kompetenzen zwischen der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie sowie den Allgemeinmediziner*innen aus. Für wie realistisch halten Sie Überlegungen, auf diesem Gebiet eine engere Zusammenarbeit beider Institute anzustreben? Gibt es Vorüberlegungen, hier konkrete Lehrangebote, die verpflichtend werden, anzubieten?

3. Inwiefern halten Sie ein OSCE-Prüfungsverfahren für geeignet, praktische (kommunikative und soziale) Fertigkeiten zu prüfen?

Interview mit Herrn Prof. Junghans:

1. Bei der Befragung an der Medizinischen Fakultät und an den Lehrkrankenhäusern wurde auch die Frage gestellt: Welche Lehrinhalte sollte eine LV aufweisen, die kommunikative und soziale Kompetenzen der Medizin-Studierenden vermitteln soll. Selbst die bereits praktisch tätigen Ärzte forderten hier eine bessere Vermittlung von Gesprächstechniken bei der Übermittlung infauster Prognosen, im Umgang mit schwerstkranken Patienten und im Umgang mit Sterbenden. Wie bereiten Sie derzeit Studierende der Medizin auf diese wichtigen Techniken vor? Gibt es dazu organisatorisch verpflichtende Strukturen/LV, die innerhalb der Ausbildung vorgeschrieben sind?

2. In der einschlägigen Fachliteratur wird sogar über gesonderte Lehrveranstaltungen der Palliativmediziner diskutiert, in denen Simulationspatienten agieren und ausschließlich Aufklärungsgespräche geübt werden. Halten Sie solche speziellen Veranstaltungen im engen Rahmen des Klinik- und Studienalltags an der Fakultät für realisierbar?

3. Die Palliativmedizin gilt zunehmend als eine immer bedeutendere Fachrichtung. Welche strukturellen und inhaltlichen Entwicklungen können Sie sich vorstellen, um die kommunikativen Fertigkeiten von Studierenden zu entwickeln? Welche Angebote halten Sie für realistisch, um hier optimal vorzugehen?

4. Inwiefern halten Sie ein OSCE-Prüfungsverfahren für geeignet, praktische (kommunikative und soziale) Fertigkeiten zu prüfen?

Die Tabelle 6 gibt eine Übersicht, welche Hypothese bzw. welcher Aspekt aus dem Abschnitt 3.4 mit dem jeweiligen Interview verifiziert werden sollte.

Lfd. Nr.	Interviewpartner	Frage	Hypothesen- und Aspektverifizierung
01	Prof. Dr. med. Mittlmeier	1	H4
		2	H3, A4
		3	H2, A2, A4
		4	H3, A4
		5	H1, A1
		6	H4
02	Prof. Dr. Kropp	1	H1, H2, H5
		2	H2
		3	H1, H2, H3, H4
		4	H1
		5	A1
03	Prof. Dr. med. Junghanß	1	H1, H2
		2	H4
		3	H1, H2, H3, H4, A4
		4	A1
04	Prof. Dr. med. Plath	1	H3, H4, A3
		2	H1, H2
		3	A1
05	Prof. Dr. med. Altiner	1	H4
		2	H3
		3	A1

Tabelle 6: Hypothesen- und Aspektverifizierung durch die Interviews

4.3 Datenreduktion und Statistik

4.3.1 Aufbereitung der Fragebögen

Die Gestaltung der Fragebögen erfolgte in fünf Kategorien:

- 0 Codierung der Probanden mithilfe einer Ziffern-Buchstaben-Kombination (Geburtsdatum der Mutter, die ersten beiden Buchstaben des Vornamens der Mutter, der Geburtsdatum der Probanden); diese Codierung war nötig, um die angestrebte

Längsschnittstudie vorzubereiten, die nach etwa sechs Jahren eine Zuordnung der Probanden ermöglichen soll.

1 Allgemeine Angaben zur Person

(darunter: Alter und Geschlecht [für alle Probanden]; für VK und K: abgeschlossene Berufsausbildung sowie Studiensemester; für Ä: Tätigkeitsbereich/Station sowie Dienstverhältnis]

2 Allgemeine Angaben zu Erfahrungen im [bisherigen, gilt nur für VK und K] Studium

(darunter: Vorbereitung des Gymnasiums [für VK und K] bzw. der Universität [für Ä] auf das Studium [VK und K] bzw. den Berufsalltag [für Ä]; Qualität der Lehre, Praxisbezug in den Lehrveranstaltungen sowie Handlungs- und Patientenorientierung, Frage nach dem ersten Patientenkontakt, Textfeld für eine Begründung)

3 Angaben zu sozialen und kommunikativen Fähigkeiten

(Bedeutung des Arzt-Patient-Verhältnisses, Bedeutung der Kommunikationsfähigkeiten des Arztes für ein gelungenes Arzt-Patient-Verhältnis und Einschätzung der eigenen kommunikativen Fähigkeiten gemäß dem „Basler Consensus Statement“: A, A2, A3, A4, B1.1, B1.2, B1.4, B2.1, B2.2, B3.1, B3.2, B3.3, B3.4, B4.1, B4.2, B4.3, B4.4, B4.5; Teilnahme an einem Kommunikationskurs während [für VK und K] oder nach [für Ä] der Ausbildung mit Datum und verantwortlichem Institut, Einschätzung der kommunikativen Kompetenzvermittlung in der Ausbildung; Frage nach Kölner Evaluationsbogen, evt. woher bekannt)

4 Ausblicke

(zur organisatorischen und inhaltlichen Gestaltung von Lehrveranstaltungen zur Ausbildung kommunikativer Kompetenzen: Kopplung von fachspezifischen Inhalten mit kommunikativen; gelegentliche Bezugnahme auf kommunikative Inhalte; ausbildungsbegleitende modularisierte Lehrveranstaltungen vom 1. bis 8./10. Semester; Lehrveranstaltungen als Pflichtveranstaltungen; regelmäßiger Rhythmus der Lehrveranstaltungen; Lehrveranstaltungen als Blockveranstaltungen; Beginn der Lehrveranstaltungen im klinischen Bereich; theoretische Aspekte in der Vorklinik, praktische Aspekte im klinischen Bereich der Ausbildung; Übungen in Großgruppen; Lehrveranstaltung als Projektarbeit; Einsatz von Schauspielstudenten in den

Lehrveranstaltungen; Medizin-Studierende in den Arzt-Patient-Rollen; Videoaufzeichnungen als Pflicht; Feedbacktechniken als Grundlage für die Vervollkommen der kommunikativen Fähigkeiten; Frage nach dem verantwortlichen Institut für die Organisation und Durchführung der Lehrveranstaltungen, inhaltliche Schwerpunkte von Kommunikationslehrveranstaltungen als Textfeld).

Zur Ermittlung der Graduierungen wurde eine fünfstellige Likert-Skala eingesetzt:

- 1 hoher Grad der Ablehnung/unwichtig/mangelhaft
- 2 teilweise Ablehnung/weniger wichtig/ausreichend
- 3 unentschieden/befriedigend
- 4 überwiegender Grad der Zustimmung/wichtig/gut
- 5 hoher Grad der Zustimmung/sehr wichtig/sehr gut.

Für die Interviews mit den Universitäten der Reformstudiengänge wurden standardisierte Fragen verwendet, die sich an den Fragebögen aus der VK, der K und den Ä orientierten. Zusätzlich wurden die Punkte III und IV eingefügt, nämlich die Frage nach der Prüfung von kommunikativen Fähigkeiten und die Frage nach den Transfermöglichkeiten reformorientierter Studiengänge auf klassische Studiengänge.

FRAGEBOGEN ZUR ERFASSUNG DER INHALTLICHEN, METHODISCHEN UND ORGANISATORISCHEN STRUKTUREN DER VERMITTLUNG KOMMUNIKATIVER KOMPETENZEN IN DEN REFORM- BZW. MODELLSTUDIENGÄNGEN AUSGEWÄHLTER MEDIZINISCHER FAKULTÄTEN

I. Inhaltliche Aspekte der Kompetenzvermittlung

Bitte entscheiden Sie, inwiefern folgende Items in Ihren LV zur kommunikativen Kompetenzvermittlung eine Rolle spielen:

1. Allgemeine kommunikative und soziale Kompetenzen;
2. Soziale Verantwortung;
3. Selbstreflexion;
4. Umgang mit Fehlern;
5. Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung;
6. Interaktion/Beziehungsgestaltung;
7. Theorien der Arzt-Patient-Beziehung;
8. Teamentwicklung und Arbeit im Team;
9. Führungskompetenzen;

10. Rollen und Identität - bezogen auf die eigene Person;
 11. Management und Selbstorganisation;
 12. Selbstschutz;
 13. Integration in professionelle Rahmenbedingungen;
 14. Werte und Normen in der Entscheidungsfindung;
 15. Beachtung von Kontextbedingungen bei der Urteilsfindung;
 16. Berücksichtigung von Ungewissheit bei der Urteilsfindung;
 17. Kenntnisse über die Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung;
 18. Fähigkeit zur Informationsbeschaffung innerhalb des Prozesses zur Urteilsfindung;
 19. weitere Inhalte, die durch die Punkte 1 – 18 nicht erfasst sind:
-
-
-

II. Organisatorische Aspekte der Kompetenzvermittlung

Bitte entscheiden Sie, inwieweit folgende Aussagen auf die organisatorische Gestaltung Ihrer LV zutreffen.

20. Die Lehrveranstaltungen werden mit anderen praktischen fachspezifischen Aspekten gekoppelt (Beispiel: Das schwere Patientengespräch-Übermittlung schlechter Nachrichten gekoppelt mit Diagnoseübungen im onkologischen Bereich oder Übungen zur Anamneseerhebung auf einer onkologischen Station).
21. Die Lehrveranstaltungen werden nicht gesondert als eigenständige Veranstaltungen organisiert, sondern jedes Fachgebiet geht bei entsprechender Gelegenheit auf soziale und kommunikative Aspekte ein.
22. Die Lehrveranstaltungen werden ausbildungsbegleitend organisiert, das heißt: Sie beginnen im ersten Semester und werden dann (aufbauend auf einzelne Module) bis zum achten bzw. zehnten Semester fortgeführt.
23. Die LV sind Pflichtveranstaltungen.
24. Die Lehrveranstaltungen werden im regelmäßigen Rhythmus durchgeführt (wöchentlich 2 oder mehr SWS).
25. Die Lehrveranstaltungen werden im Block in Form von Wochenendkursen angeboten (Freitagabend bis Sonntagnachmittag).
26. Die Lehrveranstaltungen beginnen erst in der klinischen Phase der Ausbildung (sofern in Ihrem Studiengang noch eine erkennbare Trennung von klinischem und vorklinischem Teil vorhanden ist).
27. In der vorklinischen Phase bzw. zu Beginn der Mediziner-Ausbildung stehen theoretische Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion im Vordergrund, in der klinischen Phase bzw. im weiteren Verlauf der Ausbildung praktische Übungen.
28. Wie hoch ist Ihrer Meinung nach der Grad des Erkenntnisgewinns bei der Übung in Großgruppen (10 TN und mehr)?
29. Wie schätzen Sie die Realisierbarkeit von Projektarbeit mit diesem Themenschwerpunkt innerhalb Ihrer Ausbildung ein?

30. Die Lehrveranstaltungen werden vorrangig patientenorientiert mithilfe von Übungen mit standardisierten Patienten (beispielsweise Schauspielstudenten, Schauspielern bzw. anderem geschulten Personal) durchgeführt.
31. In den Lehrveranstaltungen werden Rollenspiele verstärkt eingesetzt (das heißt: Übungen der Studenten untereinander, wechselnd in der Arzt- bzw. Patientenrolle).
32. Videoaufzeichnungen gelten in solchen LV als Pflicht.
33. Die Anwendung unterschiedlicher Feedbacktechniken wird als eine grundlegende Methode zur Erkenntnisgewinnung innerhalb solcher Lehrveranstaltungen praktiziert.
34. An welchem Institut sind diese Lehrveranstaltungen verantwortlich angesiedelt?

III. Prüfung der kommunikativen Kompetenzen

35. Praktische Prüfung am Krankenbett
 36. Praktische Prüfung im skills-lab
 37. Praktische Prüfung im Seminar
 38. Theoretische Prüfung mit multiple choice-Verfahren
 39. Theoretische Prüfung mit offenen Fragen
 40. Kopplung von theoretischer und praktischer Prüfung
 41. andere Prüfungsformen:
42. Welche Erfolge lassen sich bereits jetzt (statistisch) nachweisen?

IV. Transformationsmöglichkeiten

43. Welche Aspekte Ihrer kommunikativen Kompetenzvermittlung halten Sie auf die Rahmenbedingungen eines Regelstudiums der Medizin für übertragbar?

4.3.2 Umgang mit fehlenden Daten

Da es keine Möglichkeit gab, fehlende Daten nachträglich einzufordern und einzuarbeiten, wurden diese bei der empirischen Untersuchung nicht weiter berücksichtigt. Wenn von einem LKH nur ein Mitarbeiter geantwortet hat, wie im Fall des Südstadt-Klinikums, wurde die gesamte Kohorte zur Grundlage der Berechnungen genommen. Dies hat aber keine weitreichenden Auswirkungen auf das Gesamtergebnis,

da die Kohorte Ä unter eben diesem Aspekt zusammengefasst wurde und die einzelnen Teilergebnisse der Klinken nicht von Belang waren.

Durch die Interviewtechnik (Gespräche mit ausgewählten Professoren der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock) konnten alle Hypothesenpunkte abgedeckt werden.

4.3.3 Eingesetzte Software

Die Erstellung der Fragebögen erfolgte mithilfe des lizenzierten Lehrevaluationssystems der Universität Rostock EvaSys, Version 4.1 (1853) der Firma Electric Paper GmbH.

Zur Auswertung der Fragebögen wurde die Version 19 von SPSS Statistics der Firma IBM verwendet.

4.3.4 Deskriptive und inferente Statistiken

Insgesamt wurden drei Kohorten gebildet: Die Studenten der vorklinischen Semester 1 bis 4 (VK), die Studenten der klinischen Semester 5-10 (K inklusive PJ-ler, wenn zu diesem Zeitpunkt unter der Mailadresse der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock erreichbar) und die Kohorte der an den LKH tätigen Ärzte (Ä, darunter auch mit PJ-lern, wenn zu diesem Zeitpunkt in den LKH anwesend).

Zunächst wurden in den deskriptiven Statistiken die Daten der einzelnen Kohorten über Häufigkeitstabellen dargestellt. Dabei wurde gemäß der Fragebögen vorgegangen, also zunächst die Auswertung der allgemeinen Erfahrungen im [bisherigen] Studium, dann die Auswertung der Angaben zu sozialen und kommunikativen Fähigkeiten und abschließend die Auswertung der Daten zu der inhaltlichen und organisatorischen Struktur zukünftiger Lehrveranstaltungen zur Festigung kommunikativer Kompetenzen. Abschließend erfolgte eine Gesamtzusammenfassung aller Daten zu den Erfahrungen im [bisherigen] Studium der Medizin, zu sozialen und kommunikativen Fähigkeiten und zur inhaltlichen und organisatorischen Struktur künftiger Lehrveranstaltungen. Zur quantitativ begründbaren Rechtfertigung für die aus den Daten zu ziehenden Schlussfolgerungen wurden Medianberechnungen auf dem Niveau von Ordinalskalen verwendet. Zur Feststellung der Verteilung der Häufigkeiten wurde eine Perzentilen-Analyse herangezogen.

Innerhalb der inferenten Statistiken wurden dann alle Kohorten miteinander verglichen, also die Vorkliniker und die Ärzte, die Kliniker und die Ärzte, die Vorkliniker und die Kliniker. Zusätzlich wurde eine neue Kohorte gebildet: die Studenten als Summe aus den Kohorten der VK und der K. Auch hier wurden alle Daten miteinander verglichen.

Die Signifikanz wurde für $p \leq 0.05$ festgelegt. Für $p \leq 0,01$ galt: „sehr signifikant“ und für $p \leq 0,10$ „grenzwertig signifikant“.

Für alle kontinuierlich verlaufenden Variablen wurde ein Test auf Normalverteilung vorgeschaltet. Bei Vorliegen einer Normalverteilung wurde mit parametrischen Verfahren weitergerechnet. Im Falle der Verletzung der Normalverteilung wurde mit nonparametrischen Verfahren auf Rangreihenniveau gerechnet.

5 Zum gegenwärtigen Stand und zu Perspektiven der kommunikativen Kompetenzvermittlung an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock

5.1 Gespräch mit dem Studiendekan der Medizinischen Fakultät an der Universität Rostock, Herrn Prof. Dr. med. Mittlmeier²⁵⁹

1. In der Selbstdarstellung der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock zur Evaluation durch die Kommission des Verbundes Norddeutscher Universitäten, die 2008 veröffentlicht wurde, war von der geplanten Einrichtung einer Graduiertenschule unter Federführung von Prof. Benecke (Klinik für Neurologie) die Rede. Ein Element des Unterrichts neben dem Erwerb und Üben praktischer Fähigkeiten durch Simulation (skills lab) sollten Kommunikationsschulungen sein.

Wie weit ist dieses Vorhaben realisiert worden? Welche Erfolge gibt es zu verzeichnen, welche Optimierungsstrategien werden verfolgt? Mit welchen Erfolgen hat sich die angesprochene Ausbildung zum Master of Medical Education entwickelt?

Mittlmeier: Ein Graduiertenkolleg (WELISA) wurde in der Tat erfolgreich umgesetzt; auch der neu an der Medizinischen Fakultät eingerichtete Promotionsstudiengang „Molekulare Mechanismen regenerativer Prozesse“ kooperiert mit der letztjährig etablierten Graduiertenakademie der Universität Rostock unter Federführung von Frau Prof. Dr. van Rienen.

2. Grundlagenfächer (Bio, Che, Phy) wurden in ihrem Umfang vermindert, fachliche Schwerpunkte unter anderem auf die Biochemie, die Anatomie, die Physiologie und die Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie übertragen. Sehen Sie sowohl in der vorklinischen wie auch in der klinischen Ausbildung überhaupt noch freie Valenzen, um Aspekte zur Steigerung kommunikativer Kompetenzen der Studierenden zu integrieren? Immerhin fordern von allen befragten Studierenden und Ärzten rund 82% die Kopplung

²⁵⁹ Der Text wurde am 07.09.2011 von Prof. Dr. med. Mittlmeier autorisiert.

solcher Inhalte mit fachspezifischen Aspekten, Stichwort: interdisziplinäres Arbeiten.

Mittlmeier: Eine Forderung nach der Steigerung kommunikativer Kompetenzen und die systematische Lehre derselben ist generell wünschenswert. Dies muss nicht zwangsläufig bedeuten, dass generell zusätzliche LV zu etablieren sind. Die Vermittlung dieser Kenntnisse und Fertigkeiten kann durchaus in die existenten LV eingewoben werden, wobei der Expertise der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie hier durchaus Schrittmacherfunktion und Wegweisung zukommt. Es kann aber somit auch bedeuten, hier die jeweiligen Fachkumdevertreter gesondert zu schulen, so dass diese den Part in ihren eigenen Veranstaltungen wahrnehmen können.

3. Derzeit werden kommunikative und soziale Kompetenzen im vorklinischen Bereich innerhalb der LV am Institut für Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie geschult, im klinischen Bereich bietet das gleiche Institut einen Wahlpflichtkurs in Blockform an. Von allen Befragten lehnten über 72% diese Form (Blockkurs) der LV ab. Vielmehr wurde insbesondere von den tätigen Ärzten gefordert, eine durchgängige LV anzubieten, die, kumulativ organisiert, vom 1.-10. Semester durchgeführt wird. Wie sehen Sie die Chancen an der Fakultät zur Organisation und Durchführung einer solchen Pflicht-LV?

Mittlmeier: Bei allen zusätzlichen Maßnahmen, die wir als wünschenswert detektiert haben, ist zu beachten, dass wir einmal an eine Gesamtstundenhöchstzahl gebunden sind, die wir nicht einfach überschreiten können, ohne zeitgleich Kürzungen in anderen Bereichen vorzunehmen. Zum anderen ist es aus meiner Sicht nicht trivial, eine durchgängige LV über alle Semester (außer PJ) einer Institution und noch dazu einer personell limitierten zuzumuten. Hier ist weiterer Ideenreichtum gefragt, wie dies mit den vorhandenen Ressourcen zu „stemmen“ ist.

4. Der überwiegende Teil der Befragten sprach sich für eine enge Verzahnung des Instituts für Medizinische Psychologie und Soziologie mit der Allgemeinmedizin aus, was die Vermittlung kommunikativer und sozialer Kompetenzen betrifft. Welche organisatorischen Möglichkeiten sehen Sie, hier eine Zusammenarbeit im Interesse der Studierenden zu organisieren?

Mittlmeier: Eine derartige Kooperation sehe ich als sehr vielversprechend und fruchtbar an; die Allgemeinmedizin soll perspektivisch nach Vorstellung des Lehrverantwortlichen von einer derzeit noch geübten Blockveranstaltung zu einer fortlaufenden LV umstrukturiert werden. Hemmnisse sind derzeit noch Stundenplankollisionen, die nicht einfach abzubauen sind. Die Allgemeinmedizin könnte in der Klinik nach meiner Vorstellung einen wesentlichen Part in der vertiefenden Schulung der kommunikativen Fähigkeiten der Studierenden übernehmen.

5. In der Selbstbeschreibung der Medizinischen Fakultät ist zu lesen, dass die Überprüfung theoretischer Kenntnisse und praktischer Fertigkeiten durch Multiple Choice Tests und mündliche Prüfungen erfolgt. Dabei sollen auch Patientengespräche und Kollegendiskussionen zuvor in LV geübt und diskutiert worden sein. Könnten Sie darstellen, wie solche kommunikativen Fertigkeiten an der Fakultät geprüft werden? Inwiefern sind hier die geforderten Lehr- und Lernziele formuliert worden, was die kommunikativen und sozialen Fertigkeiten betrifft?

Mittlmeier: Neben den unbestrittenen Vorteilen valider MC-Tests sind diese Verfahren kaum für die Vermittlung oder Prüfung von kommunikativen Fähigkeiten geeignet. Wir haben nun bereits 4 Jahre Erfahrungen mit OSCE-Prüfungen, die ein sicheres Instrument für die Überprüfung des Leistungserfolgs auch auf diesem Gebiet darstellen können. Im Weiteren haben wir im Vorjahr durch Frau PD Dr. J. Jünger, Heidelberg, eine eindruckliche Vorstellung vermittelt bekommen, wie mit Patientenschauspielern bei überschaubaren Kosten hier ein phantastisches Instrument geschaffen werden kann,

die kommunikativen Fähigkeiten zu trainieren und den Erfolg zu bemessen. Die Etablierung dieser Lehrform ist erklärtes Ziel auch im klinischen Bereich.

6. Die Evaluationskommission empfahl der Fakultät: „Neue Lehrmethoden sollten insbesondere im Hinblick auf das Leitbild ‚algorithmischen ärztlichen Denkens‘ und die damit verbundenen ärztlichen Kommunikationstechniken und Verhaltensweisen eingesetzt werden.“ Inwiefern sind diese Empfehlungen bisher umgesetzt worden? Vielleicht könnten Sie hier darstellen, welche Erfahrungen aus den Reformstudiengängen aufgegriffen wurden, um die Effektivität des Studiums weiter zu steigern?

Mittlmeier: Nicht zuletzt aufgrund der im Nachgang zum Evaluationsbericht implementierten „core group“ Lehre, die erfolgreich und konstant gearbeitet hat und weiter arbeitet, der mittlerweile vorhandenen Expertise in der Systematik neuer Lehrformen (1 abgeschlossener MME, 1 weiterer in Ausbildung, 4 erfolgreiche OSCE's), des regelmäßigen Didaktiktrainings für HabilitationsanwärterInnen, der erfolgreichen Errichtung des Skills Lab und der systematischen Schaffung von Anreizen für eine nachhaltige Lehre mit Einrichtung der LOM Lehre („Lehrpreis“) seit 2010 sind wesentliche Bausteine für eine komplexere Schulung und Prüfung von hard und soft skills unserer Studierenden gelegt worden. Diese neuen Lehrformen werden auch von den Studierenden gut angenommen. Wie erwähnt, sollen Simulationspatienten in weiteren LV Verwendung finden. Hier haben wir Kontakte nach Heidelberg und Münster intensiviert und auch erste Ansätze für eine ortsübergreifende Leistungsüberprüfung („elektronische“ Prüfungen, Uni Münster) der jeweiligen Studenten geschaffen, die langfristig eine Art „bench-marking“ erlauben werden. Der Systematisierung der universitätsinternen Prüfungen mit den Instrumenten der regelhaften Qualitätsüberprüfung kommt aus meiner Sicht wesentliche Bedeutung zu, hier auch messbare Indikatoren für das Erreichte zu schaffen und einen Vergleich auch über Semester hinweg zu ermöglichen. Der Studiendekan ist seit mehr als 1 Jahr der AG Lehre des MFT beigetreten und hofft, dass dies günstige Voraussetzungen schafft für

die erfolgreiche Implementierung des NLKM – nach der Fertigstellung - am Standort Rostock, eine wahre Titanenaufgabe.

5.2 Gespräch mit dem Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Herrn Prof. Dr. Kropp²⁶⁰

1 a) Wie schätzen Sie den Grad der kommunikativen Fähigkeiten der Studierenden der Medizin im vorklinischen und klinischen Bereich ein?

Kropp: Der Grad kommunikativer Fertigkeiten bei Studierenden im vorklinischen Bereich ist meiner Einschätzung nach zunächst sehr gering. Es fehlen Grundlagen der Kontaktaufnahme, des Herstellens einer verbindlichen Beziehungsstruktur zum Patienten und des Wissens über die Wirkung bestimmter Gesprächsinhalte.

Im klinischen Bereich dagegen sind zumindest die Grundlagen einer tragfähigen Kontaktnahme (Blickkontakt, eigenes Sich-Vorstellen, Händedruck, Zugehen auf den Patienten) größtenteils vorhanden. Dies liegt vielleicht auch daran, dass dies sehr intensiv im vorklinischen Studienabschnitt eingeübt wird. Ich beobachte aber nach wie vor, dass Studierende im klinischen Abschnitt vor bestimmten (z.B. ernsten) Gesprächen starke Angst empfinden und diese zu meiden versuchen.

1 b) Können überhaupt Tendenzen festgestellt werden, wenn man die jetzige Situation betrachtet?

Kropp: Ja. Abhängig von Vorerfahrungen (Rettungssanitäter, Arbeit auf der Station) verfügen manche Studenten bereits in der Vorklinik über gute kommunikative Fähigkeiten. Eine langjährige Tendenz in die eine oder andere Richtung vermag ich nicht zu erkennen.

²⁶⁰ Der Text wurde am 16.08.2011 von Prof. Dr. Kropp autorisiert.

2. Welche Anstrengungen werden von Ihrem Institut unternommen, um die geforderten kommunikativen Kompetenzen auszubilden? Schätzen Sie die Nachhaltigkeit dieser Anstrengungen ein.

Kropp: Im Plan verankert ist mit etwa 30% der Unterrichtsstundenzahl ein Kommunikationsmodul, in dem die Grundlagen kommunikativer Fertigkeiten erarbeitet und eingeübt werden. Dazu gehört, dass jeder Student die Grundlagen durchführt, keiner wird ausgeschlossen. Dies erfolgt mit Studierenden der HMT als Simulationspatienten. Über die Nachhaltigkeit können noch keine Aussagen getroffen werden, weil wir erst einmal die erstmalige OSCE-Prüfung im 9. Semester mitgemacht haben. Dort haben etwa 80% der Studierenden den Erstkontakt (Begrüßung mit Handschlag, namentliche Nennung, Blickkontakt) korrekt durchgeführt. Schwierig wird es dann bei der Gestaltung der offenen/geschlossenen Fragen und der Erklärung des biopsychosozialen Krankheitsmodells. Ganz schlecht sieht es aus beim „aktiven Zuhören“, also bei der Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte.

3. Weder Vorlesungen noch Blockseminaren wird eine besondere Eignung zum Erreichen des Ausbildungsziels ‚Ärztliche Entscheidung und Therapie‘, zugebilligt. Problemorientiertes Lernen wird laut Evaluationsbericht gar nicht praktiziert, ein eigenständiges und systematisches Training zur Vermittlung ärztlicher Kommunikationstechniken und professioneller Verhaltensweisen wird im Rahmen der klinischen Fächer nicht angeboten. Welche Möglichkeiten sehen Sie als Direktor eines vergleichsweise kleinen Instituts, um hier Abhilfe zu schaffen? Wäre eine Zusammenarbeit mit anderen Kliniken für Sie vorstell- und realisierbar?

Kropp: Folgende Möglichkeiten bestehen bzw. sehe ich:

- Wir haben seit 2011 eine Kooperation mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, bei der Patienten aus der KPP in unseren (vorklinischen) Unterricht kommen und von Studierenden exploriert werden. Auf wissenschaftlicher Ebene kooperieren wir mit dem Institut für Allgemeinmedizin, hier wäre denkbar, gemeinsame

Ausbildungsmodule zu entwickeln, um einen Mehrwert in der studentischen Ausbildung zu erreichen.

- Seit einem Jahr beteiligen wir uns an der OSCE, dadurch wird die Wertigkeit klinisch-praktischer Erfahrungen erhöht
- Für das WS 2011/12 ist beabsichtigt, schrittweise ein POL-Modul in das Seminar Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie mit einzuarbeiten.
- Ein systematisches Training zum Erwerb kommunikativer Fertigkeiten erfolgt aktuell auf der Basis von Wahlpflicht-Fächern im klinischen Bereich

4. Studienergebnisse zeigen eine Abnahme von Empathie und Patientenzentrierung im Laufe des Medizinstudiums. Wie kann man dem aus Ihrer Sicht entgegenwirken. Stichwort: Weg von der Insellösung hin zu einer longitudinalen Curriculumsentwicklung hinsichtlich der kommunikativen und sozialen Kompetenzen der Studierenden?

Kropp: Die Beobachtung einer Abnahme von Patientenzentrierung im Verlauf des Studiums kann ich nicht bestätigen; ich meine vielmehr, dass eine Verlagerung zugunsten von Expertenwissen stattfindet und die Patientenzentrierung dadurch überdeckt wird. Erst nach mehreren Jahren der Berufspraxis, wenn das Expertenwissen zum klinischen Blick geworden ist, kommt die Patientenzentriertheit wieder zu Tage. Dennoch halte ich ein Querschnittsfach „Kommunikation“, welches semesterbegleitend über mehrere Semester gelehrt wird, für sehr sinnvoll.

5. Inwiefern halten Sie ein OSCE-Prüfungsverfahren für geeignet, praktische (kommunikative und soziale) Fertigkeiten zu prüfen?

Kropp: Eine OSCE halte ich für sehr sinnvoll und hoch-effektiv. Nicht nur, weil dadurch Fertigkeiten und nicht nur Wissen abgefragt werden, sondern sie fördert auch die Kommunikation zwischen den Fächern, zumal ein Parcours von mehreren Stationen durchlaufen werden muss.

5.3 Gespräch mit dem Leiter der Palliativstation am Universitätsklinikum Rostock, Herrn Prof. Dr. med. Junghanß²⁶¹

1. Bei der Befragung an der Medizinischen Fakultät und an den Lehrkrankenhäusern wurde auch die Frage gestellt: Welche Lehrinhalte sollte eine LV aufweisen, die kommunikative und soziale Kompetenzen der Medizin-Studierenden vermitteln soll. Selbst die bereits praktisch tätigen Ärzte forderten hier eine bessere Vermittlung von Gesprächstechniken bei der Übermittlung infauster Prognosen, im Umgang mit schwerstkranken Patienten und im Umgang mit Sterbenden. Wie bereiten Sie derzeit Studierende der Medizin auf diese wichtigen Techniken vor? Gibt es dazu organisatorisch verpflichtende Strukturen/LV, die innerhalb der Ausbildung vorgeschrieben sind?

Junghanß: a) Gesprächstechniken sind aus meiner Sicht ein extrem wichtiges Element – wenn nicht das wichtigste Element - des ärztlichen Handelns. Die Ausbildung in den Gesprächstechniken wird bisher im Medizinstudium nur unzureichend widerspiegelt, insbesondere die Übermittlung von infausten Prognosen bzw. die Gesprächsführung mit schwerstkranken Patienten. Die bisherige Lehrkörperausstattung erlaubt es bisher nicht, umfassend das ganze Semester in diesen Techniken zu unterrichten. Deswegen habe ich in der Vergangenheit folgende Strategien gewählt, um den Studierenden der Medizin die Techniken der Gesprächsführungen nahe zu bringen. Im Sinne eines „Bedside Teachings“ nehme ich bei fast allen Patientengesprächen, die ich führe, entweder angehende Ärzte (PJ-Studenten, Famulanten, Blockpraktikanten) oder Ärzte in der Weiterbildung mit in das Gespräch. In der Regel versuche ich dabei, das Gespräch mit der auszubildenden Person vorzubereiten. Dabei gehen wir gedanklich durch, wie das Gespräch ablaufen könnte und worauf wir vorbereitet sein müssen. Nach dem Gespräch erfolgt eine Reflexion und Aufarbeitung des Gesprächs. Somit hat der Auszubildende einen Lerneffekt und als „Nebeneffekt“ habe ich eine Reflexion und einen Feedbackmechanismus meiner Gesprächsführung. Dieses Vorgehen wird auch von

²⁶¹ Der Text wurde am 17.08.2011 von Prof. Dr. med. Junghanß autorisiert.

den anderen Oberärzten und Ärzten unserer Abteilung praktiziert. Das Motto, welches wir hier verfolgen, lautet: Man kann bei jedem Patientengespräch lernen, egal wer es führt.

b) Im Jahr 2006 haben wir ein Wahlpflichtfach Palliativmedizin an der Universität Rostock etabliert. In diesem Wahlpflichtfach widmen wir drei 2h-Blöcke der Kommunikation. Wir führen dabei u. a. Rollenspiele durch und bereiten die Studenten auf Gesprächssituationen vor.

c) Ich bemühe mich, bei Veranstaltungen, die sich mit der Kommunikation beschäftigen, mitzuwirken. Beispiele dafür sind: freiwillige Studentenveranstaltungen oder die Veranstaltungen des Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Meines Wissens gibt es außer der Lehrveranstaltung des Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie in der Vorklinik sowie dem Wahlpflichtfach Palliativmedizin in der Klinik keine Pflichtveranstaltungen bezüglich der Kommunikation innerhalb der ärztlichen Ausbildung. Dieses wird sich aber in der Zukunft, zumindest für den klinischen Bereich, ändern (siehe Antwort Frage 2).

2. In der einschlägigen Fachliteratur wird sogar über gesonderte Lehrveranstaltungen der Palliativmediziner diskutiert, in denen Simulationspatienten agieren und ausschließlich Aufklärungsgespräche geübt werden. Halten Sie solche speziellen Veranstaltungen im engen Rahmen des Klinik- und Studienalltags an der Fakultät für realisierbar?

Junghanß: Erfreulicherweise ist dem Fach Palliativmedizin durch die Fakultätsleitung zunächst eine 20-stündige Weiterbildung im Rahmen der klinischen Ausbildung zuerkannt worden. Es ist geplant, ab dem Wintersemester 2012/2013 die Weiterbildungszeit in diesem Fachgebiet auf 40 Stunden zu erhöhen. Alles, was ich im Folgenden beschreibe, wird erstmalig im Wintersemester 2011/2012, dann für Studenten des 9. Semesters, umgesetzt werden. Ab dem Wintersemester 2012/2013 ist es geplant, dass wir Palliativlehrveranstaltungen einerseits in einem frühen klinischen

Semester durchführen (6./7. Semester, 20 Stunden) sowie in einem späten klinischen Semester (9./10. Semester, 20 Stunden).

Wir werden im Rahmen der Lehre des Fachs Palliativmedizin einen Schwerpunkt im Bereich der Gesprächsführung, insbesondere auch der Überbringung schlechter Nachrichten („breaking bad news“) haben.

Wir haben uns diesbezüglich mit anderen Palliativmedizin-Lehrenden Deutschlands getroffen und ausgetauscht. Dabei wurde deutlich, dass es insbesondere im Bereich der emotional sehr bewegenden Themen eventuell sinnvoll ist, nicht bzw. nicht ausschließlich mit Rollenspielen innerhalb der Studenten zu agieren, sondern dass man sinnvoller Weise mit Schauspielern arbeitet. Ich habe diesbezüglich eine Kooperation mit dem Rostocker Schauspielhaus initiiert. Es wird nun so sein, dass wir Seminargruppen von einer Größe von 25 Studenten bilden, denen wir im Sinne eines Blockpraktikums an drei Tagen in der Woche (Mittwoch 08:00-13:00 Uhr, Donnerstag 08:00-13:00 Uhr sowie freitags ganztags) die Inhalte der Palliativmedizin nahe bringen. Wir werden an jedem Tag Rollenspiele mit den Schauspielern durchführen. Die Rollen, welche die Schauspieler spielen, werden spezifisch für die Schauspieler von mir bzw. von meinen Kollegen geschrieben. Erfreulicherweise haben sich eine große Anzahl der Rostocker Schauspieler bereit erklärt mitzuwirken. Inhalte werden u.a. die Überbringung einer Neudiagnose, einer lebensbegrenzenden Erkrankung bzw. einer schweren Erkrankung, Therapieziel-Änderung, Ablehnung der gegenwärtigen Krankheitssituation etc. sein. Diese Ausbildung werden wir jede Woche bei einer anderen Studentengruppe durchführen, so dass wir innerhalb eines Semesters (10 Wochen) ein ganzes klinisches Semester mit 230 bis 250 Studenten ausbilden können.

Nach meinem Kenntnisstand sind wir neben den Universitäten Köln und München gegenwärtig die einzige Universität, die im Rahmen der Ausbildung Palliativmedizin diese Fähigkeiten so umfassend vermittelt. Ich hoffe nunmehr, dass der Lehrkörper für die Palliativmedizin diesbezüglich auch entsprechend ausgestattet wird.

Die Durchführung von Rollenspielen, speziell in der Palliativmedizin, aber auch in der Onkologie, ist insofern bedeutsam, als dass rein statistisch gesehen jeder 10. Student unmittelbar mit einer Trauersituation in seinem familiären Umfeld

konfrontiert ist. Das bedeutet, dass wir hier auch Backup-Mechanismen schaffen müssen, falls ein Student emotional überfordert ist. Hierzu werden wir eine Psychologin im Hintergrund bereithalten, zu der die Studenten gehen können. Die Studenten können auch ohne Angabe von Gründen den Raum verlassen.

Da ich denke, dass nicht nur die Übung solcher Gespräche, sondern auch die Praxis extrem wichtig ist, werden wir den Studenten ermöglichen (ca. 10% des Semesters), wochenweise bei uns auf der Station zu hospitieren bzw. uns ihre Telefonnummer zu hinterlassen, damit wir sie bei entsprechenden Gesprächen dazurufen können. Dieses Verfahren hatten wir in der Vergangenheit schon sehr erfolgreich im Rahmen des Wahlpflichtfaches Palliativmedizin praktizieren können.

Des Weiteren haben wir seit Beginn des Jahres die Möglichkeit, PJ-Studenten im Rahmen ihres Wahltertials bei uns in der Palliativmedizin auszubilden. Dieses Angebot wird bereits von Studenten der Humanmedizin in Rostock wahrgenommen. Auch hier gehören wir in Deutschland zu den wenigen Fakultäten, die dieses ihren Studenten ermöglicht.

3. Die Palliativmedizin gilt zunehmend als eine immer bedeutendere Fachrichtung. Welche strukturellen und inhaltlichen Entwicklungen können Sie sich vorstellen, um die kommunikativen Fertigkeiten von Studierenden zu entwickeln? Welche Angebote halten sie für realistisch, um hier optimal vorzugehen?

Junghanß: Die Palliativmedizin ist in der Ausbildung angehender Ärzte als auch der Ärzte in Weiterbildung ein extrem wichtiges Fachgebiet. Ein Grund hierfür liegt in der Tatsache, dass die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung ansteigt, so dass viele der Medizinstudenten noch nicht unmittelbar mit einem Trauerfall bzw. mit dem Sterben konfrontiert waren. Es ist also umso wichtiger, sich einer Einstellung zum Sterben bewusst zu werden und auch die medizinischen sowie die kommunikativen Techniken diesbezüglich zu erlernen. Das Lehrkonzept, was ich unter 2.) geschildert habe, sollte einen wesentlichen Beitrag zur Optimierung der Ausbildung der Studierenden im Fach der Palliativmedizin leisten. Die Rostocker

Fakultät ist mit 40 Semesterwochenstunden eine Fakultät, die diesem Fachbereich sehr viel Zeit widmet bzw. widmen wird. Dafür bin ich sehr dankbar.

Eine inhaltliche und organisatorische Zusammenarbeit mit anderen Kliniken halte ich für durchaus sinnvoll und anzustreben. Dies sehe ich insbesondere mit dem Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, aber auch mit einem Bereich für Psychoonkologie oder anderen Abteilungen, die sich mit Tumorbehandlungen beschäftigen, sowie mit den Intensivstationen. Die inhaltliche und organisatorische Zusammenarbeit ist insofern sinnvoll, als dass man z. B. Gesprächstechniken in der Vorklinik üben und nachher einen Übergang in die klinische Umsetzung als logische Sequenz erreichen kann. Ebenso ist es sinnvoll, dass sich die Lehrkörper übergreifend zusammensetzen. Das bedeutet, dass die Vorkliniker sich mit den in der Klinik Lehrenden austauschen und umgekehrt. Über die genaue Umsetzung dieser Punkte wird es hoffentlich in den nächsten Wochen und Monaten Klarheit geben.

Ich darf vielleicht ergänzend noch anfügen, dass ich allen Studierenden, egal ob ich sie im 5. oder 6. oder in einem höher klinischen Semester treffe, immer nahe lege, dass sie bei so vielen Aufklärungsgesprächen bzw. Arzt-Patientengesprächen mitgehen, wie nur möglich. Meine persönliche Erfahrung zeigt, dass man nur durch die Anwesenheit in solchen Gesprächen suffizient seine Techniken verbessern kann.

4. Inwiefern halten Sie ein OSCE-Prüfungsverfahren für geeignet, praktische (kommunikative und soziale) Fertigkeiten zu prüfen?

Junghanß: Ich halte das OSCE-Prüfungsverfahren für geeignet, um die praktischen, kommunikativen und sozialen Fertigkeiten zu prüfen, allerdings braucht man einen entsprechenden Zeitrahmen.

5.4 Gespräch mit dem Verantwortlichen für Studium und Lehre an der Kinder- und Jugendklinik am Universitätsklinikum Rostock, Herrn Prof. Dr. med. Plath²⁶²

Ich antworte Ihnen als Hochschullehrer, Kinderarzt und Neonatologe, der nach Erreichung der Altersgrenze mit Wirkung vom 01.04.2008 aus seinem dienstrechtlichen Abhängigkeitsverhältnis zum Universitäts-Klinikum Rostock und zur Universität Rostock in den Ruhestand verabschiedet wurde.

Den Auftrag eines Hochschullehrers für Kinderheilkunde und Neonatologie habe ich über diesen Zeitpunkt hinaus erfüllt.

Seit Mai 2010 versehe ich in Erfüllung eines Honorarvertrages mit dem Dekan der Medizinischen Fakultät Rostock alle Aufgaben in Studium und Lehre im Schwerpunkt Neonatologie des Fachgebietes Kinderheilkunde, insbesondere am Standort Klinikum Südstadt Rostock.

Darüber hinaus koordiniere ich auf Ersuchen der Direktoren der Universitäts- Kinder- und Jugendklinik Rostock seit Mai 2010 Studium und Lehre der Kinderheilkunde an der Universitäts- Kinder- und Jugendklinik Rostock.

1. Im Evaluationsbericht der Norddeutschen Universitäten, 2008 veröffentlicht, wurde die Klinik für Kinderheilkunde besonders wegen dreier Aspekte hervorgehoben:

- wegen des problem-based learnings;
- wegen einer Kommunikationsschulung mit Kindern;
- wegen des Einsatzes eines Simultantrainers.

Könnten Sie darstellen, wie die Kommunikationsschulung gestaltet wird? Welche Chancen einer interdisziplinären Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Kommunikationsschulung von Studierenden der Medizin sehen Sie als realisierbar an?

Plath: Was heißt Kommunikation?

²⁶² Der Text wurde am 29.08.2011 von Prof. Dr. med. Plath autorisiert.

commūnicātio, ōnis, f. (communico), die **Mitteilung**, I) im allg.: civitatis, Cic.: utilitatum, Cic.: sermonis, *Unterredung*, Cic.: nominum, *gleiche Benennung mehrerer Gegenstände*, Plin. – Plur., portus, navigationes, communicationes, Ps. Apul. Ascl. 8. – II) insbes., als rhet. t. t. = ἀνακοίνωσις, die **Mitteilung** (der Gedanke), vermittelt der man sich an die Zuhörer wendet u. sie gleichs. mit zu Rate zieht, Cic. de or. 3, 204. Quint. 9, 1, 30; 9, 2, 20 u. 23.

[Lateinisch-deutsches Handwörterbuch: communicatio. Georges: Lateinisch-Deutsch / Deutsch-Lateinisch, S. 12285(vgl. Georges-LDHW Bd. 1, S. 1326) <http://www.digitale-bibliothek.de/band69.htm> , s.a. Kleines LATEINISCH-DEUTSCHES und DEUTSCH-LATEINISCHES HANDWÖRTERBUCH von Karl Ernst Georges -Lateinisch-Deutscher Teil, neunte verbesserte und vermehrte Auflage von Heinrich Georges, Hahnsche Buchhandlung, Hannover und Leipzig, 1909, S.523] Eine Mitteilung, eine Unterredung, die Vermittlung eines Gedankens, „vermittelt dessen man sich an die Zuhörer wendet und sie gleichsam mit zu Rate zieht“.²⁶³

Was bedeutet dem Kinderarzt Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen?

Vom Mutterleib an kommuniziert das Kind mit seiner Umwelt. Es signalisiert: Hier bin ich, ich brauche dich, hilf mir, das kann ich, das fehlt mir, aber auch, das kann ich schon für dich tun, ich bin für dich da, ich helfe dir. Diese Mitteilung erfolgt demnach nicht nur verbal. Mit allen seinen Sinnen bringt sich das kleine Menschlein interaktiv in die umgebenden Netzwerke ein. Es tastet und fühlt, es schmeckt, es sieht, es hört, es zeigt Lust und Schmerz – alles schon im Mutterleib. Mit seinem ersten Schrei nach seinem ersten Atemzug beginnt es zu rufen. Dann erst wächst in einem Jahr die Sprache hinzu. Wir Erwachsenen müssen diese Signalsysteme reaktivieren oder dürfen sie nie verkümmern lassen, wenn wir uns den Kleinsten verständlich machen wollen. Wir Ärzte werden von den Eltern zu Rate gezogen, wenn sie mit ihrem Kind nicht mehr weiter wissen, wenn ihnen bange wird. In Ihrem Auftrag begegnen wir deren Kind. Der Arzt teilt sich dem Kinde mit. Arzt und Kind sehen sich, fühlen sich, riechen sich, hören sich. Diese gegenseitige Mitteilung, Kommunikation, geschieht in Bruchteilen einer Sekunde, in ruhigen Momenten, über eine Weile, auf jeden Fall in einer Zeiteinheit. Das

²⁶³ Da Herr Prof. Dr. med. Plath das Interview schriftlich einreichte, mussten die Zitierregeln, wie er sie anwendete, übernommen werden, um ein eigenmächtiges Eingreifen in seinen Text zu vermeiden.

bedeutet, der Grad der sinnlichen Wahrnehmung und die gewährte Zeit nehmen Einfluss auf die Intensität der Kommunikation. Unseren Studierenden vermitteln wir die Fähigkeit einer fachgerechte Perzeption und Apperception altersspezifischer Kommunikationssignale des Kindes und ihre Beantwortung. Das ist ein Traditionsbestandteil der Kinderheilkunde, der gesamten klinischen Medizin überhaupt. Analyse des ersten Schreies, immer wieder Inspektion, Palpation, Perkussion, Auskultation, aber auch olfaktorische und gustatorische Signale. Das ist alles nicht neu, uralte Tradition, stets aktuell und perfektionierend komplettiert durch die apparative Steigerung unserer sinnlichen Wahrnehmung und völlig neue, durch menschliche Sinne nicht wahrnehmbare Signale. Dieser körperlichen vegetativen Kommunikationsschiene wächst dem Kind die intellektuelle Mitteilungsfähigkeit zu, die vom Arzt analytisch zu Kenntnis zu nehmen ist und derer er sich zur Vermittlung seiner Botschaft an das Kind bedient. Man kann alle diese Einzelsignale in einer allgemeinen Gesamtbeurteilung bündeln. Neben der Fähigkeit der gediegenen Erfassung und Wahrnehmung einzelner Zeichen vermitteln wir unseren Studierenden ebenso die Fähigkeit zu deren Abwägung und abschließenden Zusammenfügung zu einem Gesamtbild. Die Studierenden begegnen dem Fachgebiet Kinderheilkunde während ihres Curriculums an der Medizinischen Fakultät in folgenden Abschnitten:

Obligatorische Lehrveranstaltungen:

3. Semester Präsentation des Fachgebietes in der Vorklinik

5./6. Semester Klinische Propädeutik

8. Semester Hauptkolleg

9./10. Semester Blockpraktikum

Wahlpflichtveranstaltungen

5.-8. Semester Kinderheilkunde Speziell

5.-8. Semester Neonatologie

Durch alle diese Lehrveranstaltung zieht sich wie ein didaktisch ‚Roter Faden‘ die Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten.

2. Könnten Sie sich in der vorklinischen und in der klinischen Ausbildung einen durchgängigen Strang zur Ausbildung kommunikativer Fähigkeiten bei

Medizin-Studierenden vorstellen (Stichwort: longitudinale Curricula mit Schwerpunkt auf Entwicklung kommunikativer und sozialer Kompetenzen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen)?

Plath: Der Strang existiert bereits. Wenn Sie die unter 1. vorgenommene ganzheitliche Betrachtung berücksichtigen, geht das weit über psychologisch-didaktisch-intellektuelle Aspekte hinaus. Der Strang besteht in der Vermittlung allen medizinischen Wissens, die den Arzt befähigt, dem Patienten eine Mitteilung zu machen, eine hilfreiche Unterredung zu führen und einen Gedanken vorzutragen, *„vermittels dessen er sich an seinen Patienten wendet und ihn gleichsam mit zu Rate zieht“*.

Unsere löblichen Absichten, den Studierenden eine individuelle, einfühlsame, geduldige Kommunikation mit den Patienten und deren Eltern am Krankenbett und/oder im Sprechzimmer vorzuleben, setzen wir noch in erstaunlich vielen Fällen um. Leider konterkariert die Minimierung der Ausbildungsarzt-Studierenden-Ratio die prospektive Garantie, wirklich allen Kommilitonen diese Fähigkeiten in gleicher Qualität zu vermitteln. Anlässlich der Semester-Stundenplanbesprechungen, andere gemeinsame Besprechungen zur Lehre gibt es praktisch nicht, höre ich gelegentlich auch aus anderen Fachgebieten ähnliche Bedenken. Es ist fraglich, ob die interdisziplinäre Addition der guten Absichten den personellen Notstand in den mittleren Stockwerken der Lehre zu kompensieren vermag. Erfahrungsaustausche fanden wiederholt statt, sie sind hilfreich und können auch zeitweilig von motivierten Einzelpersonlichkeiten aufrechterhalten werden. Die Chance der strukturellen Institutionalisierung auf dem Gebiet der Kommunikationsschulung von Studierenden der Medizin an der Medizinischen Fakultät Rostock halte ich momentan für eher unrealistisch.

3. Inwiefern halten Sie ein OSCE-Prüfungsverfahren für geeignet, praktische (kommunikative und soziale) Fertigkeiten zu prüfen?

Plath: Derzeit nicht! Dazu sind andere Methoden mit hohem Personalaufwand erforderlich, z. B. standardisierte Szenarien. Herr Kuhnert, Kinderheilkunde ist gelebte,

geduldige empathische Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen. Sich dazu zu befleißigen, lehren wir unsere jungen Kolleginnen und Kollegen.

5.5 Gespräch mit den Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Rostock, Herrn Prof. Dr. med. Altiner²⁶⁴

1. Der Presse war zu entnehmen, dass Sie derzeit an der Entwicklung eines Programms arbeiten, dass die kommunikativen Fähigkeiten von zukünftigen Ärzten im Umgang mit ihren Patienten erleichtern und verbessern soll. Könnten Sie dieses Programm darstellen? Inwiefern findet es bereits Eingang in die Ausbildung von Studierenden der Medizin an der Fakultät?

Altiner: Wir haben ein Trainingsmodul zur narrativen Gesprächsführung, wir nennen es narrative Gesprächsführung, das sagt, gerade in der hausärztlichen kontinuierlichen Versorgung von Patienten ist es von großer Bedeutung, dass die Patienten ihre eigene Agenda entwickeln können, und das kann man nur in Form einer Narration, also nicht durch Abfragen noch so gut vorformulierter Fragen. Und zum anderen benutzen wir die Interviewtechnik aus der qualitativen Sozialforschung. Es gibt einen Workshop, der dauert vier Stunden, und den setzen wir in unterschiedlichen Bereichen ein. Wir machen das mit Ärzten, wir machen das mit Wissenschaftlern, wir machen das aber auch mit Studierenden. Wir haben diesen Workshop hier bei uns an der Uni im Rahmen einer freiwilligen Veranstaltung ein paar Mal schon durchgeführt und bieten diesen Kurs jetzt als Wahlpflichtkurs „Narrative Gesprächsführung in der Hausarztpraxis“ an. Und wenn Sie es ganz genau wissen wollen, was wir da machen, dann müssen Sie einfach mal vorbeikommen und selbst an diesem Workshop teilnehmen.

2. Mehr als die Hälfte alle Befragten in einer empirischen Untersuchung sprachen sich für eine enge Verzahnung der Ausbildung auf dem Gebiet der kommunikativen und sozialen Kompetenzen zwischen der Medizinischen Psychologie und den Allgemeinmedizinern aus. Für wie realistisch halten Sie

²⁶⁴ Der Text wurde am 03.08.2011 von Prof. Dr. med. Altiner autorisiert.

Überlegungen, auf diesem Gebiet eine engere Zusammenarbeit beider Institute anzustreben? Gibt es Vorüberlegungen, hier konkrete Lehrangebote, die verpflichtend werden, anzubieten?

Altiner: Nun ich halte das prinzipiell für sehr realistisch, eine engere Zusammenarbeit der beiden Institute anzustreben. In dem Fall, dass man schaut, dass man eben Inhalte des Unterrichts insofern aufeinander abstimmt, bewusste Redundanzen zu vermeiden. Ich glaube aber, dass das bei weitem nicht ausreicht, wenn sich hier nur Medizinische Psychologie, Soziologie und Allgemeinmedizin zusammentun. Denn wenn es uns wirklich darum geht, kommunikative und soziale Kompetenzen zu verbessern, dann müssen diese kommunikativen und sozialen Kompetenzen Inhalte aller Fächer sein, wo Patientenkontakt stattfindet. Ich glaube, dass es dazu auch ganz gute Chancen gäbe, denn jetzt stellen Sie sich mal vor, in der Rechtsmedizin, da geht's zum Teil ja darum, mit Gewaltopfern zu sprechen. Ja, das ist hoch kommunikationssensibel. Und in der Chirurgie muss es darum gehen, zum Beispiel Enttäuschungen von Patienten vorzubeugen, und dieses geht manchmal nur, wenn man im Vorfeld realistische Erwartungen an den operativen Eingriff vermitteln kann. Also, ich denke, hier müsste man viel umfassendere Wirkungen anstreben. Vorüberlegungen, konkrete Lehrangebote, die verpflichtend sind, aufzustellen, gibt es meines Wissens nicht. In der Tat, wenn man hier was Verpflichtendes macht, glaube ich auch, dass es wieder ganz wichtig ist, dass das eben nicht nur aus einer Richtung kommt, sondern von allen Fächern der Patientenversorgung mitgetragen wird.

3. Inwiefern halten Sie ein OSCE-Prüfungsverfahren für geeignet, praktische (kommunikative und soziale) Fertigkeiten zu prüfen?

Altiner: Ich denke, dass das im Prinzip möglich ist, ich habe aber noch kein einziges OSCE erlebt, in dem das tatsächlich in nennenswerter Weise abgefragt worden wäre. Die Problematik beginnt dann, wenn die kommunikativen Fertigkeiten eine klinische Situation darstellen.

Das Problem der Studierenden in der Medizin ist es, dass sie es nach meinen Erfahrungen unter Umständen schaffen, sehr konkrete Dinge in einem OSCE zu

reproduzieren, also z.B. in einer Gesprächssituation, wo man sagt, stellen Sie offene Fragen oder begrüßen Sie den Patienten oder halten Sie Augenkontakt. Aber im Rahmen unserer bisherigen Lehre schaffen sie es nicht, z.B. in einer Entscheidungssituation, wo es verschiedene therapeutische Optionen gibt, einerseits das zu erkennen, dass es verschiedene therapeutische Optionen gibt und diese dann auch noch entsprechend mit dem Patienten zu kommunizieren, wie z.B. das Krankheitskonzept eines Patienten zu explorieren. Das ist also sehr schwierig, d.h. entsprechend dem Ausbildungsstand der Studierenden muss man da sehr stark unterbrechen. Und insofern glaube ich, dass wir mit den OSCEs, so wie wir sie machen, mal ganz abgesehen davon, dass wir keine geeigneten Instrumente und Rater haben, die in der Lage sind, wirklich mit akzeptabler Reliabilität und Validität diese Dinge abzu prüfen, dass man das in einen OSCE schon einbauen kann. Aber sehr stark fokussiert und sehr stark reduziert. Und das ist für mich als Allgemeinmediziner natürlich sehr schade, weil für mich besteht ja eine Situation, wie man sie ja auch in einem OSCE prüfen würde, immer sowohl aus der klinischen Situation, aus den Patientenpräferenzen, aus der jeweiligen Behandlungssituation mit deren Umständen und dann auch in einer möglichst gelungenen Arzt-Patient-Kommunikation. Dieses dann runterzudampfen auf sehr einfache, dann auch eben gut überprüfbare Fragestellungen ist sehr anspruchsvoll, sehr schwierig und auch ein bisschen unbefriedigend. Alles, was ich bisher an OSCEs gesehen habe, ist dann so stark operationalisiert, dass man sich hinterher fragt: „Lohnt sich der Aufwand eigentlich?“ Insofern ist da eine gewisse Skepsis. Ich glaube, dass es Sinn macht, in einem OSCE-Prüfungsverfahren zu prüfen, wenn wir die kommunikativen Fähigkeiten von Beginn an, was schon mit der Auswahl der Studierenden angeht, stärker in den Mittelpunkt stellen und dann vom ersten bis zum zehnten Semester in jedem Semester unterrichten und vertiefen. Und dann sind die Studierenden vielleicht auch in der Lage, dass wir mit einem guten Gewissen sie in etwas komplexeren Situationen in einem OSCE prüfen können. Wo wir dann auch die Transferleistung bewerten können, ob es jemand im OSCE schafft, die Grundlagen der von uns vermittelten Kommunikationsfähigkeiten in einer gestellten, aber dann doch sonst realen klinischen Situation anzuwenden.

6 Auswertung der Interviews und Spezifizierung der Hypothesen bezüglich des Studienortes Rostock

Durch die Interviews sollte eine Korrelation zwischen den aus dem Literaturstudium gewonnenen Hypothesen und den Ergebnissen der nachfolgenden empirischen Untersuchungen hergestellt werden. Dazu werden nun die Hypothesen (H1 bis H5) sowie die Begleitaspekte (A1 bis A4) aus dem Kapitel 3.4 mit den Antworten aus den fünf Interviews mit Lehrenden der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock zueinander in Beziehung gesetzt und dadurch die Konkretisierung auf den Standort Rostock ermöglicht, ohne durch die Regionalisierung eine Bedeutungseinengung der Arbeit zuzulassen.

- **Es müssen longitudinale curricula in den Medizinischen Fakultäten diskutiert und fixiert werden. Das meint einen Beginn im 1. Semester und eine stete Fortführung bis ins 10. Semester hinein.**

Bisher gibt es an der Medizinischen Fakultät Rostock kein longitudinales Curriculum zur Ausbildung kommunikativer Kompetenzen bei den Medizin-Studierenden. Zwar fordert *Altiner* eine durchgängige Ausbildung in Kommunikation vom 1. bis zum 10. Semester und verlangt auch eine Berücksichtigung von kommunikativen sowie sozialen Kompetenzen bei der Auswahl der Studierenden für das Studium, aber eine Verständigung über einen Lernzielkatalog, wie er in den vorgestellten Einrichtungen in Heidelberg oder Münster vorliegt oder wie er vorgeschlagen wurde (siehe dazu Kapitel 3.4), dieser durchgängige, konsequente Strang wird noch vermisst. *Kropp* verweist auf die Grundlagenvermittlung in der Vorklinik im Kurs des Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie und bezeichnet das Angebot der Wahlpflichtfächer in der Klinik als ein systematisches Training der kommunikativen Kompetenzen, das kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass dieses Angebot nicht von jedem Medizin-Studierenden der Klinik genutzt werden muss. *Mittlmeier* setzt auf die Implementierung des NKLM (Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog)²⁶⁵ in Rostock, sobald dieser fertiggestellt ist.

²⁶⁵ Siehe dazu ausführlicher: <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2009-26/zma000627.shtml> (Letzter Zugriff am: 09.09.2011).

- **Die entsprechenden Lehrveranstaltungen müssen modular und kumulativ aufgebaut sein, das meint: Der Schwierigkeitsgrad muss immer komplexer angelegt sein. Dabei ist nicht nur das Arzt-Patient-Gespräch in Form der Anamneseerhebung vordergründig zu behandeln, sondern alle möglichen Kommunikationsinhalte (z.B.: Konsile, Teambesprechungen, Mitarbeitergespräche zur Lösung von Problemen bzw. zur Einholung weiterer Meinungen, Angehörigengespräche, Aufklärungsgespräche, Kommunikation mit dementen oder anderweitig auffälligen bzw. kommunikativ eingeschränkten Patienten usw.) müssen einen angemessenen Raum einnehmen.**

Von einem breit gefächerten modularen Aufbau kann bei der Vermittlung kommunikativer Kompetenzen an der Medizinischen Fakultät Rostock schon deshalb nicht gesprochen werden, weil viele Lehrveranstaltungen zu diesem Thema als Wahlpflichtkurse angeboten werden und damit nicht alle Studierenden betreffen müssen, was aber erforderlich wäre. So erreicht zwar das Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie noch alle Studierenden der Vorklinik mit seinem Kommunikationskurs innerhalb der Ausbildung (30 % der Gesamtstundenzahl stehen dafür zur Verfügung), zwar wird auch ein POL-Modul im WS 2011/2012 eingeführt, aber dies entspricht nicht den Vorstellungen eines modularen und kumulativen Aufbaus.²⁶⁶ Drei Wahlpflichtfächer ergänzen diese Grundlagenvermittlung aus der Vorklinik dann im klinischen Bereich, einmal der Kurs im Bereich der Allgemeinmedizin „Narrative Gesprächsführung in der Hausarztpraxis“²⁶⁷, in der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie „Kommunikation in ärztlichen Grenzsituationen“ und der Kurs in der Palliativmedizin.²⁶⁸ Plath spricht von

²⁶⁶ Siehe dazu die Aachener Erfahrungen: Woltering V, Herrler A, Spreckelsen C. Problemorientiertes Lernen (POL) als Blended Learning: erste Evaluationsergebnisse zu einem Pilotprojekt im Aachener Modellstudiengang Medizin. In: <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2008-25/zma000530.shtml> (Letzter Zugriff am: 04.12.2011).

²⁶⁷ Zu Erfahrungen mit Kommunikationstrainings in der allgemeinmedizinischen Lehre siehe auch: Bachmann C, Barzel A, van den Bussche H. Kommunikationstraining in der allgemeinmedizinischen Lehre. Beratungsgespräche mit Simulationspatienten. In: <http://www.egms.de/static/de/meetings/gma2006/06gma036.shtml> (Letzter Zugriff am: 04.12.2011).

²⁶⁸ Siehe dazu das Aachener Modell: van Oorschot B, Neuderth S, Peath C, Bepperling A, Flentje M, Faller H. Kommunikation in der Palliativsituation: Ein Trainingskonzept mit standardisierten Patienten. In: <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2008-25/zma000538.shtml> (Letzter Zugriff am:

einem „roten Faden“, der die gesamte Ausbildung in der Kinder- und Jugendmedizin durchzieht: im 3. Semester und vom 5. bis zum 8. Semester. *Junghanß* fordert eine engere Zusammenarbeit zwischen den Kollegen der Lehre in der Vorklinik und der Klinik, sieht aber in einem engen Zeitfenster positive Signale für eine Verständigung zu diesem Thema. Die in der Hypothese angesprochene thematische Breite kann in keiner der Lehrveranstaltungen erkannt werden.

- **Die Lehrveranstaltungen sind interdisziplinär zu organisieren. Dies setzt voraus, dass es einen breiten Konsens aller am Lehrprozess beteiligten Institutionen darüber gibt, dass eine solche Schulung der Studierenden der Medizin zielführend und notwendig ist.**

Eine weitreichende, alle Institute betreffende Zusammenarbeit gibt es nicht. *Kropp* betont die Zusammenarbeit zwischen dem Institut für Medizinische Psychologie und Medizinischen Soziologie mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, er sieht auch Chancen für die Zusammenarbeit mit der Allgemeinmedizin. *Junghanß* hält eine mögliche Kooperation mit den Abteilungen, die sich mit Tumorbehandlungen beschäftigen, mit den ITS, mit der Psychoonkologie und der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie für „sinnvoll und anzustreben“, aber hier fehlen offensichtlich die entsprechenden Impulse und Mittel. Auf die verweist *Plath*, wenn er die Chance für eine strukturelle Institutionalisierung auf dem Gebiet der Kommunikation als „unrealistisch“ bezeichnet. Als Grund macht er den „personellen Notstand in den mittleren Stockwerken der Lehre“ aus. *Altiner* fordert eine Zusammenarbeit aller Fächer mit Patientenkontakt, also beispielsweise auch der Rechtsmedizin und der Chirurgie. Er spricht sich für eine enge Zusammenarbeit zwischen der Allgemeinmedizin und der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie aus, kennt aber auch keine weiteren Überlegungen oder gar Lehrveranstaltungen, die den Gedanken der Interdisziplinarität bereits in sich tragen.

- **Skills Labs sollten in angemessener Ausstattung vorhanden sein.**

Ein Skills Lab wurde erfolgreich eingerichtet. Inwiefern dieses der Schulung kommunikativer Fähigkeiten dient, ist aus den Interviews nicht abzulesen.

- **Als methodische Herangehensweisen an die Schulung kommunikativer Fähigkeiten werden Rollenspiele, Gespräche mit Simulationspatienten, mit echten Patienten, Videoaufzeichnungen der Gespräche und intensive Feedbackrunden in Kleingruppen von höchstens 10 Teilnehmern eingesetzt.**

Rollenspiele mit Simulationspatienten werden bereits in den genannten Abteilungen bzw. Instituten eingesetzt. *Kropp* arbeitet hier mit HMT-Studenten als Simulationspatienten zusammen, lässt Patienten aus der Klinik für Psychologie und Psychotherapie explorieren und verweist auf die Einführung eines POL-Kurses im WS 2011/2012. *Junghanß* nutzt die Chancen des „bed-side-teaching“, wobei das Arzt-Patient-Gespräch mit den Studierenden vorbereitet, durchgeführt und ausgewertet wird. Das Gespräch selbst führt der Arzt. Im Wahlpflichtfach „Palliativmedizin“ gibt es drei 2h-Blöcke zu Fragen und zur Vervollkommen kommunikativer Fähigkeiten. Auch hier wird mit Rollenspielen gearbeitet, vorher werden die theoretischen Grundlagen vermittelt. Ab dem WS 2012/2013 gibt es am Institut für Palliativmedizin eine 40h-Weiterbildung und darin eingeschlossen ein Blockpraktikum mit Rollenspielen, das Schauspieler des Volkstheaters Rostock mitgestalten. Rollenkarten werden von den Mitarbeitern des Instituts erarbeitet. Parallel dazu wird ein back-up-Mechanismus installiert, um bei Überforderung von Studenten sofort handeln zu können. Seit Jahren bietet das Institut Hospitationen auf Station an und ermöglicht es Studierenden auf Freiwilligenbasis, an schweren Gesprächen mit Patienten teilzunehmen. Gleiches gilt für Studierende des Wahlterials „Palliativmedizin“. *Plath* verweist auf die fehlende personellen Möglichkeiten, um eine breite methodische Palette zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen anbieten zu können. Darum wird es auch kaum möglich sein, ohne personelle Aufstockung Kommunikationsschulungen für spezielle

Fachbereiche anzubieten, wie es beispielsweise in Heidelberg in der Pädiatrie geschieht.²⁶⁹

- **Der vorhergehende Punkt erfordert eine entsprechende Ausbildung der Simulationspatienten in einer breiten Altersstreuung und in einer möglichst umfassenden Rollenbreite. Auch die betreuenden Dozenten müssen nicht nur klinische Erfahrungen besitzen, sondern müssen auch methodisch-didaktisch-kommunikativ geschult sein.**

Ob die HMT-Studenten eine besondere Schulung erfahren, ist nicht bekannt, die Schauspieler erhalten Rollenkarten. Ob die Dozenten, die Lehrveranstaltungen zum Thema „Kommunikation“ anbieten, eine gesonderte Ausbildung erhalten haben, bleibt fraglich. *Mittlmeier* fordert allerdings eine solche gesonderte Schulung der Fachvertreter.²⁷⁰ Er verweist in diesem Zusammenhang auf die Didaktiktrainings für Habilitationsanwärter.

- **Vor den praktischen Übungen müssen theoretische Grundkenntnisse vermittelt werden.**

Dies wird durch den Kurs im Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie gewährleistet. Auch die Kurse in der Allgemeinmedizin und in der Palliativmedizin werden durch theoretische Einführungen charakterisiert. In der Kinder- und Jugendmedizin ergibt sich das offenbar durch die Lehrinhalte automatisch. Dieser Aspekt wird auch durch die Heidelberger Erfahrungen gestützt. Hier wurde nach der Durchführung der ersten Kommunikationstrainings die mangelnde theoretische Wissensvermittlung beklagt.²⁷¹

²⁶⁹ Siehe dazu ausführlicher: Hoffmann K, Schultz JH, Conrad C, Hancke R, Lauber H, Schönmeyer J, Kraus B, Bosse HM, Huwendiek S, Hoffmann GF, Herzog W, Jünger J, Nikendei C. Kommunikationsschulung mittels „Standardisierter Eltern“ im Fachbereich Pädiatrie. Effekte auf die Selbst- und Fremdeinschätzung kommunikativer Kompetenzen – eine Studie im Kontrollgruppen-Design. In: <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2007-24/zma000407.shtml> (Letzter Zugriff am: 04.12.2011).

²⁷⁰ Siehe dazu auch: Härter, Martin: Es geht um die Veränderung einer hierarchischen Beziehung.“ In: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 104, Heft 34-35 vom 27. August 2007, S. A2320.

²⁷¹ Siehe dazu Anmerkung 212 und die Ausführungen auf Seite 65.

- **Es muss geklärt werden, inwiefern ein OSCE-Verfahren geeignet ist, die in den curricula formulierten Inhalte effizient zu prüfen.**

In dieser Frage gingen die Meinungen am weitesten auseinander. Während *Kropp* das OSCE-Verfahren als „sehr sinnvoll und hoch-effektiv“ bezeichnet und *Mittlmeier* auf die bereits vierjährigen Erfahrungswerte verweist, die „ein sicheres Instrument für die Überprüfung des Leistungserfolgs“ darstellen, spricht *Plath* von diesem Prüfungsverfahren als „derzeit nicht vorstellbar“. Er begründet dies mit einem zu hohen Personalaufwand. Ähnlich wie *Kropp* äußert sich *Junghanß*. Er hält die OSCE „prinzipiell für geeignet“, verweist aber auf den entsprechenden Zeitaufwand. *Altiner* kritisiert die Inhalte der bisher durchgeführten OSCE. Er bemängelt die zu starke Reduzierung des Anforderungsniveaus und empfindet dies als absolut unbefriedigend. Zwar erbringen die Studierenden bei einfachen und vorgegebenen Anforderungen ihre Leistungen, aber komplexere Sachverhalte können mit den OSCE nicht erfasst werden.²⁷² Vielleicht wäre es möglich, die jetzt eingesetzten OSCE zu kombinieren mit der Checkliste „Professionelles ärztliches Kommunikationsverhalten“ der Universität Wien. Dabei gibt es wesentlich mehr Evaluierungspunkte und der Komplexitätsgrad der Prüfung wird dadurch erhöht.²⁷³

Kropp verweist an anderer Stelle darauf, dass Studierende zwar in der Lage sind, Grundlagen der Kommunikation mit Patienten umzusetzen, aber bei schwierigeren Gesprächen mit Ängsten reagieren. Ähnliches gilt für das aktive Zuhören, was offensichtlich vielen Studierenden sehr schwer fällt.²⁷⁴ Das lässt sich aber mit einem OSCE-Verfahren auch unmöglich prüfen.

- **Zur organisatorischen Koordinierung muss eine Koordinierungsstelle eingerichtet werden, da ein Institut mit den vielfältigen Maßnahmen zur**

²⁷² Siehe dazu auch: Möltner A, Schultz JH, Jünger J. Strukturanalyse eines OSCE im Fach „Innere Medizin“. Praktische und kommunikative Fertigkeiten gegenüber Fakten- und Entscheidungswissen. In: <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2007-24/zma000358.shtml> (Letzter Zugriff am: 04.12.2011).

²⁷³ Siehe dazu ausführlicher: Pucher-Matzner I, Gleiss A, Schmidts M, Frischenschlager O. Die Checkliste PK „Professionelles ärztliches Kommunikationsverhalten“ in Unterricht und Evaluation kommunikativer Fertigkeiten im Medizinstudium. In: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2006-23/zma000287.shtml> (Letzter Zugriff am: 04.12.2011).

²⁷⁴ Siehe dazu ausführlicher: Lange, Alfred: Arzt-Patient-Beziehung: Gelungene Kommunikation fängt mit gutem Zuhören an. In: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=57157> (Letzter Zugriff am: 04.12.2011).

Organisation, Durchführung und Evaluation der Lehrveranstaltungen überfordert wäre.

Grundsätzlich stimmt *Mittlmeier* dieser Auffassung zu, wenn er meint, dass er es als „nicht trivial“ bezeichnet, einer personell limitierten Institution eine durchgängige Lehrveranstaltung zuzumuten.

Die Einrichtung einer übergeordneten Anlaufstelle ist dringend erforderlich, da alle jetzigen Bemühungen um eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf das Engagement einzelner Institute zurückzuführen ist. *Plath* spricht von „motivierten Einzelpersonlichkeiten“, die Erfahrungsaustausche organisieren. Ein einzelnes Institut oder zwei Institute wären mit einer solchen Koordinierung überfordert. *Junghanß* erwartet in den kommenden Wochen und Monaten hier Entscheidungen im Fakultätsrahmen, um den Austausch mit Lehrenden aus der Vorklinik und der Klinik zu forcieren.

- **Die Fakultät muss für all diese Maßnahmen entsprechende finanzielle, materielle und organisatorische Mittel bereitstellen bzw. einfordern.**

Für die Palliativmedizin kann gesagt werden, dass es hier bereits eine organisatorische Ressourcenerschließung gab, dies kann aber nur ein erster Schritt sein, um das Gesamtkonzept zu befördern. *Mittlmeier* führt hier die Gesamtstundenzahl ins Feld, die es nicht erlaubt, neue Lehrveranstaltungen ohne Kürzungen bei anderen Veranstaltungen zu organisieren. Der von ihm geforderte „Ideenreichtum“ sollte in allen Instituten zur Diskussion gestellt werden.

- **Fazit:**

Generell gibt es bei den Interviewten eine große Übereinstimmung hinsichtlich der Bedeutung und Notwendigkeit der Ausprägung kommunikativer Kompetenzen bei den Medizin-Studierenden. Durch die Kontaktierungen von Heidelberg und Münster ist es gelungen, das Bewusstsein für andere Lehr- und Lernformen weiter zu schärfen.

Dringend erforderlich für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Kommunikation ist in Rostock die Zusammenfassung aller Institutsinteressen unter einem Dach. Hier müssen die Grundlagen für die Diskussion über ein longitudinales

Curriculum geschaffen werden, das den modularen Charakter solcher Lehrveranstaltungen berücksichtigt. Dies wäre evt. möglich, wenn der NKLK fertiggestellt ist. Zu sehr scheint die Förderung kommunikativer Kompetenzen noch von den Einzelinteressen der Lehrenden und deren Engagement abhängig zu sein. Die Themenbreite kommunikativer Schulungen muss erweitert werden. Hier sei nochmals auf die Forderungen von *Schäfer* aus dem Kapitel 1 verwiesen, die forderte, dass auch Diskussionen über diagnostische Irrtümer, Teamentscheidungen und anderes in Kommunikationsschulungen einbezogen werden müssten.²⁷⁵ Die methodische Schulung aller Partner im Vermittlungsprozess sollte professionalisiert werden. Die Nutzung der OSCE-Verfahren wird derzeit empirisch begleitet, um den tatsächlichen Nutzen für die Ausbildung kommunikativer Fähigkeiten verifizieren zu können.²⁷⁶ Um den von *Mittlmeier* geforderten „Ideenreichtum“ umzusetzen, wäre eine Zusammenarbeit mit dem Institut für Schulpädagogik zu diskutieren. Hier liegt mit dem sogenannten „Lehrertraining“ ein Modell vor, das darauf abzielt, Lehramtsstudenten praktisch auf den Lehreralltag vorzubereiten. Sowohl die Räumlichkeiten als auch das Equipment (2 leistungsfähige Videokameras mit Stativen, ein Beamer mit hoher Auflösung) sowie eine Theaterpädagogin und der Autor dieser Arbeit garantieren mit ihrem Know-how, dass hier für zukünftige Ärzte eine entsprechende Lehrveranstaltung angeboten werden könnte. Dieser Kurs lebt von kurzen, theaterpädagogisch begründeten Übungen zur Öffnung der Studenten, es folgen sehr kurze Improvisationsübungen, die auf zukünftige Ärzte zugeschnitten werden können, dann wird eine rund zehnminütige Einheit mit theoretischen Kenntnisvermittlungen angeschlossen. Das würde bedeuten, hier könnten die Medizin-Studierenden ihr Wissen aus dem Kurs der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie wiederholen. Dann wird an praktischen Situationen geübt. Auch das „Lehrertraining“ soll in den folgenden Semestern mit Studenten der HMT praxisorientierter gestaltet werden, damit nicht nur Rollenspiele der Studenten untereinander stattfinden. Eine Auslagerung dieser Übungen aus dem Bereich der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie könnte diesen Bereich

²⁷⁵ Siehe dazu Anmerkung 21.

²⁷⁶ Siehe dazu auch: Pucher-Matzner I, Frischenschlager O, Eisenwort B, Gleiss A, Schmidts M. Entwicklung eines Instruments zur Beurteilung kommunikativer Fähigkeiten im Medizinstudium. In: <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2007-24/zma000379.shtml> (Letzter Zugriff am: 04.12.2011).

zunächst entlasten, bis Lösungen gefunden werden, die allgemein dazu führen, den Prozess auf sicherere Schienen zu führen. Derzeit arbeiten zwei Lehramtsstudenten an einer umfangreichen Evaluation des Seminars, das ab dem kommenden Sommersemester als Grund- und Aufbaukurs angeboten werden soll. Hier soll vorab ein Kontakt mit der Münchner Ludwig-Maximilians- Universität hergestellt werden, die mit solchen Trainings bereits sichtbare Erfolge zu verzeichnen hat.²⁷⁷ Auch hier können Synergieeffekte durch die Medizinische Fakultät genutzt werden. Diese liegen in der laienhaften Herangehensweise beider Gruppierungen begründet. Die Studierenden der Medizin treffen auf „Patienten“ bzw. deren Angehörige, die noch erst der Schulung bedürfen, wenn es um sehr konkrete kommunikative Aspekte gehen wird. Lehramtsstudenten treffen auf „Schüler“, die sich nicht aus Furcht vor dem eigenen späteren Einsatz im Seminar freundlich bewegen. Beide Seiten können sich also zunächst (insbesondere was die Studierenden der Vorklinik betrifft) auf unvoreingenommene Partner einstellen. Erst mit der späteren Ausbildung (klinische Semester) könnten dann die ausgebildeten HMT-Studenten zum Einsatz kommen. Da der Kurs wöchentlich stattfindet, wären hier Kontinuität und Effizienz gegeben, die die Kurse der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie unterstützen. Im Februar 2012 werden sechs Lehramtsstudierende den zweiten Durchlauf des Kurses evaluieren und anschließend in der vorlesungsfreien Zeit ein Konzept zur Umsetzung theoriegeleiteter Fragestellungen erarbeiten. Dazu zählt auch die Weichenstellung für die weitere inhaltlich-methodische Orientierung des Trainings: ob nun in der Tradition der Humanistischen Psychologie und Kommunikationspsychologie, des Mikroteaching, der Verhaltensmodifikation, der Kognitionspsychologie oder als ein integratives Trainingsverfahren.²⁷⁸ Ziel ist es, dass die Grundlagen für die Gründung des Rostocker Mediziner- und Lehrer-Trainingszentrums (RoMeLeTZ) gelegt werden.

²⁷⁷ Siehe dazu ausführlicher: <http://www.paed.uni-muenchen.de/Lehrertraining/> (Letzter Zugriff am: 09.09.2011).

²⁷⁸ Siehe dazu ausführlich: Toepell, Susanne: Lehrertrainings im deutschen Sprachraum. Einzeldarstellungen und Entwicklungsverläufe. München: Herbert Utz, 2010.

7 Deskriptive und inferente Statistiken

7.1 Deskriptive Statistiken

7.1.1 Auswertung der empirischen Daten aus dem Vorklinikum

7.1.1.1 Darstellung der allgemeinen Angaben zu Erfahrungen im bisherigen Studium

Die Auswertungstabellen zu diesem Unterkapitel sind im Teil II dieser Arbeit (Materialienband) im Kapitel 5.1.1.1 zu finden.

7.1.1.2 Darstellung der Angaben zu sozialen und kommunikativen Fähigkeiten

Die Auswertungstabellen zu diesem Unterkapitel sind im Teil II dieser Arbeit (Materialienband) im Kapitel 5.1.1.2 zu finden.

7.1.1.3 Darstellung der Angaben zur organisatorischen Struktur künftiger Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen

Die Auswertungstabellen zu diesem Unterkapitel sind im Teil II dieser Arbeit (Materialienband) im Kapitel 5.1.1.3 zu finden.

7.1.2 Auswertung der empirischen Daten aus den klinischen Semestern

7.1.2.1 Darstellung der allgemeinen Angaben zu Erfahrungen im bisherigen Studium

Die Auswertungstabellen zu diesem Unterkapitel sind im Teil II dieser Arbeit (Materialienband) im Kapitel 5.1.2.1 zu finden.

7.1.2.2 Darstellung der Angaben zu sozialen und kommunikativen Fähigkeiten

Die Auswertungstabellen zu diesem Unterkapitel sind im Teil II dieser Arbeit (Materialienband) im Kapitel 5.1.2.2 zu finden.

7.1.2.3 Darstellung der Angaben zur organisatorischen Struktur zukünftiger Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen

Die Auswertungstabellen zu diesem Unterkapitel sind im Teil II dieser Arbeit (Materialienband) im Kapitel 5.1.2.3 zu finden.

7.1.3 Auswertung der empirischen Daten aus der Ärztebefragung

7.1.3.1 Darstellung der allgemeinen Angaben zu Erfahrungen im Studium

Die Auswertungstabellen zu diesem Unterkapitel sind im Teil II dieser Arbeit (Materialienband) im Kapitel 5.1.3.1 zu finden.

7.1.3.2 Darstellung der Angaben zu sozialen und kommunikativen Fähigkeiten

Die Auswertungstabellen zu diesem Unterkapitel sind im Teil II dieser Arbeit (Materialienband) im Kapitel 5.1.3.2 zu finden.

7.1.3.3 Darstellung der Angaben zur organisatorischen Struktur künftiger Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen

Die Auswertungstabellen zu diesem Unterkapitel sind im Teil II dieser Arbeit (Materialienband) im Kapitel 5.1.3.3 zu finden.

7.1.4 Gesamtzusammenfassung aller Daten

7.1.4.1 Gesamtdarstellung zu Erfahrungen im Studium der Medizin

Die Auswertungstabellen zu diesem Unterkapitel sind im Teil II dieser Arbeit (Materialienband) im Kapitel 5.1.4.1 zu finden.

7.1.4.2 Gesamtdarstellung zu sozialen und kommunikativen Fähigkeiten

Die Auswertungstabellen zu diesem Unterkapitel sind im Teil II dieser Arbeit (Materialienband) im Kapitel 5.1.4.2 zu finden.

7.1.4.3 Gesamtdarstellung zur organisatorischen Struktur künftiger Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten

Die Auswertungstabellen zu diesem Unterkapitel sind im Teil II dieser Arbeit (Materialienband) im Kapitel 5.1.4.3 zu finden.

7.2 Inferente Statistiken

7.2.1 Gegenüberstellung der empirischen Daten: Studenten – Ärzte

Die Auswertungstabellen zu diesem Unterkapitel sind im Teil II dieser Arbeit (Materialienband) im Kapitel 5.2.1 zu finden.

7.2.2 Gegenüberstellung der empirischen Daten: Vorklinik – Ärzte

Die Auswertungstabellen zu diesem Unterkapitel sind im Teil II dieser Arbeit (Materialienband) im Kapitel 5.2.2 zu finden.

7.2.3 Gegenüberstellung der empirischen Daten: Klinik – Ärzte

Die Auswertungstabellen zu diesem Unterkapitel sind im Teil II dieser Arbeit (Materialienband) im Kapitel 5.2.3 zu finden.

7.2.4 Gegenüberstellung der empirischen Daten: Vorklinik – Klinik

Die Auswertungstabellen zu diesem Unterkapitel sind im Teil II dieser Arbeit (Materialienband) im Kapitel 5.2.4 zu finden.

7.3 Auswertung der freien Textfelder

Hinweis: In allen freien Textfeldern waren Mehrfachnennungen möglich. Darum stimmt die Anzahl der Antworten nicht immer mit der Anzahl der TN an der empirischen Untersuchung überein.

7.3.1 Studienorte (ausschließlich Fragebogen Ä)

Aufgrund des statistisch nicht belastbaren Materials (quantitativ zu wenige Rückmeldungen aus der Ärzteschaft vom jeweiligen Studienort) konnte die Interpretation des Items entfallen. Darum erfolgt hier nur die Darstellung der aufgeführten Studienorte. Sie stellen einen Querschnitt aller Studienorte Medizinischer Fakultäten dar. Mit Ausnahme von Düsseldorf, Homburg, Ulm, Dresden, Tübingen, Köln, Mannheim und Witten sind alle Standorte vertreten. In der quantitativen Ordnung:

- Rostock (15 Nennungen)
- Berliner Charité (13 Nennungen)
- Göttingen (7 Nennungen)
- Greifswald (6 Nennungen)
- Lübeck (5 Nennungen)
- Freiburg , Halle, Kiel, Hamburg (je 4 Nennungen)
- Essen, Leipzig, Mainz, Regensburg, Bochum, Hannover (je 3 Nennungen)
- Bonn, Erlangen, Magdeburg, Marburg, Würzburg, Frankfurt am Main, Münster (je 2 Nennungen)
- Gießen, Jena, TU München, Heidelberg, LMU-München, Aachen (je eine Nennung).

Im Ausland absolvierte Studienzeit:

- Warschau, Australien, Stettin, Bari, Buenos Aires, Bologna, Amman (je eine Nennung).

7.3.2 Begründung für die Einschätzung der Qualität der vorher besuchten Lehreinrichtung

7.3.2.1 Begründung für die Einschätzung der Qualität der Ausbildung am Gymnasium

1. Begründung für die überwiegend positive Einschätzung der Vorbereitung durch das Gymnasium

Es wurden alle Äußerungen der Teilnehmer in inhaltlichen Blöcken zusammengefasst.

Daraus ergaben sich folgende Schwerpunkte:

Alle naturwissenschaftlichen Fächer (Biologie, Physik, Chemie, Mathematik) in der Schule verhelfen zu einem im Studium notwendigen naturwissenschaftlichen Denken.

Die Qualität dieses Unterrichts an den Gymnasien wurde überwiegend mit gut und sehr gut eingeschätzt (insgesamt 152 Nennungen, davon 50 VK).

Die (Leistungs-)Kurse in Biologie und Chemie haben für das Studium eine (sehr) gute Vorarbeit geleistet (insgesamt 45 Nennungen, davon 13 VK).

Die Schule hat gelehrt, selbständig zu arbeiten und zu lernen (insgesamt 37 Nennungen, davon 16 VK).

2. Begründung für die überwiegend negative Einschätzung der Vorbereitung durch das Gymnasium

Die Schule hat zu wenig vertiefend die naturwissenschaftlichen Fächer behandelt bzw. es war systembedingt nicht möglich, alle naturwissenschaftlichen Fächer zu belegen (insgesamt 65 Nennungen, davon 30 VK).

Die Schule hat zu wenig bzw. gar nicht auf das selbständige Lernen und Arbeiten vorbereitet (insgesamt 30 Nennungen, davon 12 VK).

Die Schule hat keine Lerntechniken (explizit) und Möglichkeiten zum Umgang mit massiven Stoffmengen gelehrt (insgesamt 13 Nennungen).

Es folgen fehlende Fähigkeiten zum Umgang mit der sehr knapp bemessenen Zeit, fehlende Kenntnisse zu Mitschreibtechniken während der Vorlesungen (zuzüglich hier noch 2 VK) und fehlende Erfahrungen im Umgang mit Leistungsdruck und Prüfungen (jeweils insgesamt 13 Nennungen).

Immerhin haben insgesamt 32 TN (davon acht VK) angemerkt, dass die Fragestellung insofern irrelevant sei, da Universität und Gymnasium in ihren Anforderungen nicht vergleichbar wären. Ein Teilnehmer meinte, es seien außer Fleiß keine besonderen Fähigkeiten zum Studium der Medizin notwendig. Ein weiterer TN sah die Leistung des Gymnasiums darin begründet, dass er dort Lesen und Schreiben gelernt hätte. Ein TN fand die Fragestellung „albern“, da es nicht Aufgabe des Gymnasiums sei, auf das

Studium (der Medizin) vorzubereiten. Auf fehlende kommunikative Fähigkeiten verweist ein einziger TN.

Singuläre Items waren: die Qualität des Lateinunterrichts bzw. überhaupt das Angebot dessen, die (zu langen) Wartezeiten auf das Studium, die Rolle des Leistungssports für die Ausbildung von Zeitmanagementfähigkeiten und die gute Vorbereitung auf das Studium durch die Ausbildung an der Berufsschule.

Auffällig ist die stark fachlich ausgerichtete Item-Wahl. Die freie Textfeldmethode war gewählt worden, um zu erkennen, inwieweit die Studierenden überhaupt soziale und kommunikative Fähigkeiten als wesentlich für das Studium der Medizin ansehen. Der außerordentlich verschwindend kleine Teil der TN, der das Item überhaupt erwähnt, zeigt hier den immensen Bedarf an Schulungen auf diesem Gebiet.

7.3.2.2 Begründung für die Einschätzung der Qualität der Lehre an der Universität als Vorbereitung auf den ärztlichen Alltag

1. Begründung für die überwiegend positive Einschätzung der Vorbereitung auf den ärztlichen Alltag durch die Universität

Insgesamt gaben nur 22 TN eine verwertbare Stellungnahme zu den positiven Wertungen ab. Die hier angefügte Rangfolge hat darum nur einen außerordentlich geringen Aussagewert. Acht TN hoben die breite Grundlagenausbildung hervor. Fünf TN lobten explizit die hervorragende klinische Ausbildung. Je drei TN lobten die vielen Praktika und die vielen Patientenkontakte. Je einmal wurden die gute anatomische Ausbildung, die sehr gute Vorklinik und die praxisorientierte Ausbildung genannt.

2. Begründung für die überwiegend negative Einschätzung der Vorbereitung auf den ärztlichen Alltag durch die Universität

Wesentlich mehr Begründungen (insgesamt 116 Nennungen) gab es für die Begründung der negativen Wertungen.

An erster Stelle stand hier das Item „keine Praxis“ bzw. „keine praxisrelevante Ausbildung“ (insgesamt 51 Nennungen). 15 TN vermissten in ihrer akademischen Ausbildung die Vermittlung von Gesprächskompetenzen. Auf Platz 3 der Mängelliste stand die fehlende Vermittlung betriebswissenschaftlicher Kenntnisse. Es folgt die Abrechnungspraxis mit zwölf Nennungen. Das Studium als zu verschult und zu wenig

untereinander vernetzt empfanden zehn TN ihre Ausbildung. Sieben TN bemängelten die Vorbereitung auf das Schreiben der Patientendokumentationen. Fünf TN gingen sehr ins Detail, wenn sie anmerkten, dass sie in ihrer Ausbildung keine OP-Unterweisung erhalten hätten, die Vermittlung der Instrumentenkunde für die Chirurgie nicht erfolgte und keine chirurgischen Übungen zur handwerklichen Perfektionierung angeboten wurden. Jeweils drei TN bemängelten die fehlende Vorbereitung auf den Umgang mit auffälligen Patienten / psychisch kranken Patienten, die fehlende Aufklärung über den Stationsablauf („Alltag auf Station“) und meinten, dass die Blockpraktika insgesamt zu kurz und zu wenig ergiebig wären. Zwei TN befanden die ausbildenden Ärzte für zu wenig mit ihrem Fachgebiet vertraut. Ein TN meinte, dass die vermittelten Inhalte irrelevant bzw. veraltet seien. Ebenfalls ein TN vermisste die Vermittlung von Behandlungsleitlinien in seiner Ausbildung. Ein TN meinte, dass Praxisnähe mit „Bespaßung“ der Studierenden verwechselt werde.

7.3.3 Frage nach dem Zeitpunkt des ersten Patientenkontaktes

Es wurden insgesamt 344 Nennungen registriert, die in 21 Kategorien differenziert wurden.²⁷⁹

- Pflegepraktikum nach dem VK (126 Nennungen)
- Pflegepraktikum vor dem Studium (95 Nennungen)
- Propädeutik/Kloppkurs (43 Nennungen)
- Famulatur (12 Nennungen)
- Famulatur nach dem 5. Semester (12 Nennungen)
- FSJ bzw. Zivildienst (10 Nennungen)
- 2. Semester: Berufsfelderkundung (19 Nennungen)
- 3. Studienjahr (neun Nennungen)
- Untersuchungskurs im 5. Semester (acht Nennungen)
- 5. Semester Innere Medizin (acht Nennungen)

²⁷⁹ Siehe dazu auch: Trojan A, Schulz T, Weidmann K, Frost M, Döhner J, Albrecht NJ, von dem Knesebeck O. Patientenkontakte im ersten Abschnitt der ärztlichen Ausbildung: Der Hamburger Kurs in Medizinischer Soziologie. In: <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2006-23/zma000281.shtml> (Letzter Zugriff am: 04.12.2011).

Es folgten mit noch weniger Nennungen die Kategorien: Patientenvorstellung in der VK, Sitzwache nach dem 1. Semester, Famulatur nach dem 3. Semester, Kurs Neuroanatomie im 2. Semester, Präparierkurs, 1. Lehrjahr, 1. klinischer Abschnitt, 10. Fachsemester, Schulpraktikum, normaler Stationsdienst und das Praktische Jahr.

Einige TN an der Befragung ergänzten die statistischen Angaben durch verbale Äußerungen bezüglich der Qualität ihres Pflegpraktikums bzw. ihres ersten Patientenkontaktes. Diese werden der Vollständigkeit halber hier wiedergegeben:

- Erster Patientenkontakt in der Vorlesung: die m.E. manchmal entwürdigende Zurschaustellung von Patienten;
- Erster Patientenkontakt fand zunächst nur im pflegerischen Bereich statt.
- Blockpraktika: meistens allerdings absolut mangelhaft betreut und ohne Anleitung oder Kontrolle durch Lehrende erfolgt. Es gab wenig Anleitung, aber viel Ärger, wenn Eigeninitiative gezeigt wurde.
- Erster Kontakt während der klinischen Propädeutik, allerdings nur zwei richtige körperliche Untersuchungen zu zweit während des gesamten Semesters; allgemein: zu wenig praxisbezogen und die damit einhergehende Unsicherheit, wie man den Klinikalltag bewältigen kann;
- Erster Kontakt nach dem 5. Semester während der Famulatur, vorher noch keine Anamnese / keinen Umgang mit Patienten gelernt, bei Praktikum Dermatologie Patientenkontakt, aber kaum klinische Untersuchungen/Anamnese gelehrt, klinischer Untersuchungskurs im 9. Semester viel zu spät;
- Was die Uni Rostock [...] anbietet, hat nichts mit praxisorientierter Lehre zu tun, bed-side-teaching oder Modellstudiengänge wie in Hannover müssten her.
- Praktika auf Station mit zum Teil sehr guter, zum Teil sehr schlechter Betreuung hinsichtlich dem Zeigen von Untersuchungstechniken etc.
- Patientenkontakt beim Schieberwechseln, Essenbringen, Blutdruck- und Pulsmessen;
- Patientenkontakt eher auf der Ebene des Essensausteilens. Die Ärzte beachten einen da noch nicht so sehr, obwohl sie doch einem den Beruf näher bringen könnten.

- Eine Patientin musste sich vor 30 Studenten nackt ausziehen und bekam von der Ärztin zu hören, sie sei zu fett. Dann musste sie sicher zehn Minuten so stehen bleiben. Einige ähnliche Ereignisse, aber auch einige gute Erfahrungen.
- Patientenkontakt im Untersuchungskurs. Allerdings war der Kontakt auf den Bauch des Patienten beschränkt bzw. seine Lunge oder was sonst gerade von den zwölf Studierenden der Reihe nach inspiziert wurde.
- Patientenkontakt nur rein pflegerischer Art;
- Pflegedienstpraktikum in der Vorklinik: Urinente und Bettpfanne entleeren;
- Patientenkontakt während des Waschens um 6.30 Uhr;
- Patienten den Hintern abwischen
- Zusatzinfo: Habe ein Jahr in Norwegen studiert – jede Woche mindestens zwei Patienten untersucht und weitere in Vorlesungen gesehen (wurden da auch von Studenten befragt und untersucht und nicht vom Dozenten!!!)
- Richtiger Patientenkontakt im 5. Fachsemester zum Untersuchungskurs: Der Arzt wollte, dass wir gleich beim ersten Mal alleine eine Anamnese und eine körperliche Untersuchung durchführen sollten. Fühlte mich dabei extrem inkompetent, leider ...
- Im Studium werden wir eher von echten Patienten ferngehalten, in Blockpraktika haben Ärzte keine Zeit und schicken uns nach Hause.
- Sinnvoller Patientenkontakt am ehesten privat durch Jobs im Rettungsdienst seit dem 1. Semester, im Studium im 5. Semester durch die Famulaturen, während der Semester sehr wenig und erst durch viel zu kurze Blockpraktika;
- So früh wie möglich (5. Semester) und so kontinuierlich wie möglich, nicht fünf Minuten/Woche ein Semester lang in klinischer Propädeutik;
- Untersuchungskurs im 5. Semester: Das kann allerdings nicht als echter Patientenkontakt gewertet werden!
- Es gab so gut wie keinen Unterricht am Krankenbett (auch wenn die Ortho und Derma die Kurse so betiteln).

- Patientenkontakt während des Pflegepraktikums, Form: Pflege, aber auch teilweise ärztliche Tätigkeit durch das Wohlwollen der dortigen Ärzte und Schwestern;
- Kontakt während des Pflegepraktikums, meist als Mädchen für alles, oftmals die psychische Unterstützung vieler.

7.3.4 Frage nach der Belegung eines Kommunikationskurses innerhalb der Ausbildung

Von den 134 TN, die bereits einen Kommunikationskurs in der Ausbildung belegt hatten, gaben 90 TN einen Hinweis auf das Institut, an dem dieser durchgeführt wurde. Von diesen 90 Nennungen konnten 57 klassifiziert werden, und zwar:

- Kommunikationskurs im Fach „Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie“ (17 Nennungen)
- Wahlpflichtkurs: „Kommunikation in ärztlichen Grenzsituationen“ [Institut Medizinische Psychologie und Soziologie] (zwölf Nennungen)
- skills-lab in der Allgemeinmedizin/„Narrative Gesprächsführung“ als Wahlpflichtkurs (acht Nennungen)
- Kurse, die durch den Arbeitgeber (Kliniken) organisiert wurden (acht Nennungen)
- Kommunikationskurse in der Privatwirtschaft (sechs Nennungen)
- Mobiles Aufklärungsteam (fünf Nennungen).

Es folgen dann nur noch singuläre Nennungen, wie das Sprachenzentrum, Kurse im Wahlpflichtfach der Palliativmedizin, Kurse beim bvmd, Debattierkurse an Gymnasien, über die KV organisierte Kurse, im Ausland absolvierte Kurse (Ungarn, Brasilien, Schweiz) und Kurse bei den Erziehungswissenschaftlern in Greifswald.

Durch diese Antworten sind Näherungen bezüglich evt. Verantwortlichkeiten innerhalb der Fakultätshierarchien erwartet worden. Diese Frage steht damit auch in einem engen Zusammenhang zur vorletzten Frage im Fragebogen, nämlich nach dem verantwortlichen Institut für Kommunikationskurse.

7.3.5 Frage nach der Kenntnis des Kölner Evaluationsbogens

Obwohl nur zehn TN der Kölner Evaluationsbogen bekannt war, beantworteten elf TN die Frage, woher sie ihn kannten. Davon gaben fünf TN an, dass sie den Bogen aus den Lehrveranstaltungen der Psychologie kennen, zwei TN kennen den Bogen aus der Palliativmedizin, ein TN aus dem Wahlfach „Kommunikation in ärztlichen Grenzsituationen“, ein TN hat den Fragebogen beantwortet und zurückgeschickt (Adressat unbekannt), ein TN kennt den Bogen aus dem Wahlfach „Statistik“ und ein TN wusste von dem Bogen aus den Curriculumsdiskussionen.

7.3.6 Frage nach dem verantwortlichen Institut zur Organisation von Kommunikationskursen

Obwohl als freies Textfeld konzipiert, konnte hier mit SPSS eine verlässliche Differenzierung in 36 Kategorien erfolgen, die in Tabelle 7 dargestellt wird.

Sehr eindeutig sprechen sich die Befragten für eine Verantwortlichkeit des Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie aus. Das war auch nicht anders zu erwarten, gehört dieses Institut mit seinen Lehrveranstaltungen doch generell zu den Wegweisern, wenn es um die Ausbildung kommunikativer Kompetenzen geht. Interessant sind die gewünschten Kooperationen: An erster Stelle steht hier das Institut für Allgemeinmedizin, die Innere Medizin und die Forderung nach einer Zusammenarbeit aller Institute. Dies ist in Auswertung der Interviews eine durchaus in der Fakultät anerkannte Meinung. Von den Allgemeinmedizinern, von der Inneren Medizin, hier besonders von der Palliativmedizin, sind bereits positive Signale zur Zusammenarbeit ausgesandt worden. Problematisch bleibt die Frage der Organisation, die nicht von einem Institut allein geleistet werden kann, gerade wenn man bedenkt, dass auch eine thematische Abstimmung erfolgen muss und die Stundenplansituation eine solche Koordination kaum zulässt. Hier sind Innovationen gefragt, die nur von einem gesonderten Kompetenzzentrum geleistet werden kann, eine Stelle, die es vermag, alle Interessen zu bündeln, vor allem aber, den organisatorischen Aufwand und den personellen Schlüssel zu erfassen und zu koordinieren. Dieses Zentrum muss in

erster Linie „Kommunikationszentrum“ für alle beteiligten Partner sein. Den Nutzen von zentralen Trainingszentren haben *Segarra et al.* eindeutig nachgewiesen.²⁸⁰

15. An welchem Institut sollte Ihrer Meinung nach eine solche LV angesiedelt sein?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Medizinische Psychologie/Psychologie/Psychiatrie/Soziologie	197	28,6	50,6
	Allgemeinmedizin	42	6,1	10,8
	alle Institute	30	4,3	7,7
	Innere Medizin	18	2,6	4,6
	alle ausbildenden Einrichtungen	11	1,6	2,8
	Medizinische Psychologie/Allgemeinmedizin	10	1,4	2,6
	mehrere Institute	8	1,2	2,1
	ein Institut mit Kompetenz	8	1,2	2,1
	nebensächlich	7	1,0	1,8
	Innere Medizin/Chirurgie	5	,7	1,3
	Innere Medizin/Medizinische Psychologie	4	,6	1,0
	alle Kliniken	4	,6	1,0
	Medizinische Psychologie/Ethik	3	,4	,8
	Innere Medizin/Onkologie/Pädiatrie/Psychiatrie	3	,4	,8
	Onkologie	3	,4	,8
	Palliativmedizin	3	,4	,8
	alle Institute unter Führung der Psychologie	3	,4	,8
	Institut für medizinische Ausbildung	3	,4	,8
	ein noch zu schaffendes Institut	3	,4	,8
	Allgemeinmedizin/Innere Medizin	2	,3	,5
	Allgemeinmedizin/Psychologie/Onkologie	2	,3	,5
	Innere Medizin/Onkologie	2	,3	,5
	Innere Medizin/Onkologie/Palliativmedizin	2	,3	,5
	Sozialmedizin	2	,3	,5
	skills lab	2	,3	,5
	alle Institute außer Psychologie	2	,3	,5
	Medizinische Psychologie/Chirurgie/Innere Medizin	1	,1	,3
	Medizinische Psychologie in der VK/Chirurgie/Innere Medizin/Urologie/Gynäkologie	1	,1	,3
	Allgemeinmedizin/Psychologie/Innere Medizin	1	,1	,3
	Allgemeinmedizin/Psychologie/Palliativmedizin	1	,1	,3
	Onkologie/Pädiatrie	1	,1	,3
	Theologie/Psychologie	1	,1	,3
	Ärztammer	1	,1	,3
	ein gut erreichbares Institut	1	,1	,3
	kein einzelnes Institut	1	,1	,3
	Sprachzentrum	1	,1	,3
	Gesamt	389	56,4	100,0
Fehlend	keine Angabe	288	41,7	
	weiß nicht/keine Ahnung	13	1,9	
	Gesamt	301	43,6	
Gesamt		690	100,0	

Tabelle 7: Darstellung der Ergebnisse aus der Frage 15 des Fragebogens: An welchem Institut sollte Ihrer Meinung nach eine solche Lehrveranstaltung angesiedelt sein?

²⁸⁰ Segarra LM, Schwedler A, Weih M, Hahn EG, Schmidt A. Der Einsatz von medizinischen Trainingszentren für die Ausbildung zum Arzt in Deutschland, Österreich und der deutschsprachigen Schweiz. In: <http://www.egms.de/static/de/meetings/gma2008/08gma027.shtml> (Letzter Zugriff am: 04.12.2011).

7.3.7 Frage nach inhaltlichen Schwerpunkten für Kommunikationskurse bzw. Kommunikationslehrveranstaltungen

Hier wurden 415 Nennungen vorgenommen, die für diese Darstellung in 35 Gruppen klassifiziert wurden. Für die ersten zehn Rangplätze wird die Anzahl der Nennungen angegeben:

- Überbringen schlechter Nachrichten (114 Nennungen)
- Umgang mit schwierigen Patienten (38 Nennungen)
- Aufklärung von Patienten über ihren aktuellen Gesundheitszustand [darunter wurde auch die Nennung: „Finden einer angemessenen Sprache“ subsumiert] (34 Nennungen)
- Angehörigengespräche (31 Nennungen)
- Kommunikation in Hierarchien [hierunter wurde auch aufgenommen: „Kommunikation im Team, im OP, mit dem Pflegepersonal, im Konsil] (25 Nennungen)
- Umgang mit Sterbenden und mit dem Tod (17 Nennungen)
- Herstellen eines Vertrauensverhältnisses zum Patienten (16 Nennungen)
- Anamnesetechniken (15 Nennungen)
- Kommunikation mit Kindern (zwölf Nennungen)
- Umgang mit psychotischen Patienten (neun Nennungen)
- Umgang mit dementen, alten oder beatmeten Patienten (neun Nennungen).

Es folgten mit weniger Nennungen:

- Umgang mit Forderungen von Patienten, die nicht erfüllbar sind
- Umgang mit Compliance-Problemen
- Gespräche mit Erziehungsberechtigten bei minderjährigen Kindern
- Ausbildung von Empathiefähigkeiten
- Fähigkeit zur Selbsteinschätzung
- Erlernen der notwendigen Abgrenzung von Empathie und Distanz
- Zeitmanagement bei der Arzt-Patient-Kommunikation
- Verhalten bei Behandlungsfehlern
- Analyse von Kommunikationsfehlern

- Einschätzung eigener Kompetenzbereiche
- Lesen von nonverbalen Signalen
- Umgang mit Suchtpatienten
- Umgang mit suizidgefährdeten Patienten
- Abbau von Vorurteilen gegenüber Patienten
- Gesprächsbeginn
- Umgang mit der Schweigepflicht
- Umgang mit Kritik
- Umgang mit Behinderten
- Patienteneinbeziehung bei Therapieentscheidungen
- Abklärung ethischer Fragen: Ist alles sinnvoll, was medizinisch machbar ist?
- Schriftliche Kommunikation im ärztlichen Alltag
- Umgang bei Verdacht auf Kindesmissbrauch
- Umgang mit Menschen, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind.

Fünf TN hoben explizit hervor, dass sie weder etwas von Kommunikationsschulungen noch von dem Einsatz von Schauspielern hielten, sie begründeten ihre Meinung mit dem Argument, dass es auf den einzelnen Stationen genügend Patienten gebe, die für die Schulung von Studenten zur Verfügung stünden.

8 Diskussion

8.1 Interpretation der empirischen Daten unter medizinisch-fachlichem Aspekt²⁸¹

8.1.1 Interpretation der Vorklinik-Daten²⁸²

Im ersten Abschnitt der empirischen Untersuchungen sollten die allgemeinen Angaben zu Erfahrungen im Studium gebündelt und evaluiert werden. Gerade für die Vorkliniker ist hier der frühe Zeitpunkt der Befragung, zwei bzw. drei Monate nach Studienbeginn, zu berücksichtigen, sodass ihre Erfahrungswerte kaum belastbar sind.

Sowohl der Vorbereitungsgrad auf das Studium durch die Gymnasien als auch der Grad der Anwendbarkeit des Wissens im späteren Beruf wurden mit einem Median von 3.00 gewichtet. Die 75er Perzentile von jeweils 4.00 deutet auf eine tendenziell gute Einschätzung hin. Die bisherige Lehre an der Medizinischen Fakultät Rostock wird mit „gut“ (Medianwert) eingeschätzt. Handlungs- und Patientenorientierung wird allen LV mit einem Median von 3.00 und einer 75er Perzentile von 4.00 und damit ebenfalls tendenziell gut zugestanden. Es wird zu zeigen sein, ob diese positive Einschätzung sich bei der Gegenüberstellung der Daten von VK und K bestätigen, da die Erfahrungswerte der K wesentlich umfangreicher sind. Positiv könnte sich in jedem Fall die Kopplung von Übungen zur Arzt-Patient-Kommunikation mit praktischen Übungen in Fertigkeiten wie Blutentnahme, Anlegen von Verbänden etc. auswirken. Göttingen kann mit dieser Herangehensweise bereits gute Ergebnisse verbuchen.²⁸³

Im zweiten Abschnitt der Befragung sollte ermittelt werden, welches Selbstbild die TN bezüglich ihrer eigenen kommunikativen Kompetenzen entwickelt haben. Eine vorsichtige Korrelation mit den Ergebnissen aus den Interviews im Kapitel 5 ist hier möglich.

Die VK-TN haben den höchsten Median von 5.00 bei den Fragen nach der Bedeutung des Arzt-Patient-Verhältnisses und der Bedeutung der kommunikativen Fähigkeiten des

²⁸¹ Eine belastbare literaturbasierte Diskussion der empirischen Daten kann ausschließlich im Kapitel 8.1.4 erfolgen, da es eine nach Vorklinikern und Klinikern unterscheidende und vergleichende empirische Fachliteratur bezüglich der untersuchten Items derzeit nicht in ausreichendem Maße gibt.

²⁸² Siehe dazu im Materialienband die Tabellen 5.1.1.1 (1) – 5.1.1.3(15).

²⁸³ Siehe dazu: Fischer T, Chenot JF, Kleiber C, Kochen MM, Simmenroth-Nayda A, Staats H, Hermann-Lingen C. Kurs „ärztliche Basisfähigkeiten“ – Evaluation eines primärärztlich orientierten Unterrichtskonzepts im Rahmen der neuen Approbationsordnung. In: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2005-22/zma000059.shtml> (Letzter Zugriff am: 04.12.2011).

Arztes innerhalb dieser Beziehung. Damit wird die in der Literaturrecherche bereits ausführlich dargelegte Auffassung durch die VK bestätigt. Die 75er Perzentile von 5.00 bestätigt diese Auffassung zusätzlich. Diese Ergebnisse korrelieren mit der ähnlich angelegten Studie an der JWK-Universität Frankfurt am Main von 2007.²⁸⁴

Bei der Selbsteinschätzung, die immer subjektiv geprägten Faktoren unterliegt, schätzen sich alle VK-TN überwiegend gut ein: Der Median von 4.00 umfasst mit Ausnahme der Items „Umgang mit Fehlern“, „Theorien der Arzt-Patient-Kommunikation“ und „Kenntnisse über die Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung“ (Median von 3.00) alle anderen abgefragten Items. Dies beweist einerseits die Notwendigkeit einer breiten theoretischen Grundlagenvermittlung, andererseits aber auch die Selbstüberschätzung der VK-TN. Dass die Frage „Haben Sie innerhalb Ihrer Ausbildung schon einmal einen Kommunikationskurs absolviert?“ einen Median von 2.00 erhält, liegt an der Annahme der TN, auch die LV im Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie sowie Debattierkurse an den Gymnasien seien bereits Kommunikationskurse.

Interessant wird auch hier sein, ob die mit einer 4.00 versehene 75er Perzentile bei der Einschätzung der Frage: „Halten Sie die Vermittlung von kommunikativen Techniken und deren Anwendbarkeit in konkreten Situationen innerhalb Ihrer Ausbildung für ausreichend?“ bei den K Bestand haben wird.

Im dritten Abschnitt der Befragung ging es um die Darstellung der Angaben zur organisatorischen Struktur künftiger LV zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen.

Den höchsten Zuspruch mit einem Median von 4.00 erhielten vier Items, aus denen Folgendes geschlossen werden kann:

Die LV sollten mit anderen praktischen fachspezifischen Aspekten gekoppelt und nicht als eigenständige LV angeboten werden. Jedes Fachgebiet/Institut sollte auf kommunikative Aspekte eingehen. Der modulare Charakter (vom 1. bis zum 10. Semester mit immer komplexeren Inhalten) wird gefordert. Ebenso positiv (mit einer

²⁸⁴ Sennekamp M, Gilbert K, Gensichen J, Gerlach F. Anamneseerhebung und Gesprächsführung. Bedarfs- und Erwartungsanalyse bei Studierenden der Vorklinik als Grundlage für eine modulare Kurs-Neugestaltung. In: <http://www.egms.de/static/de/meetings/gma2006/06gma121.shtml> (Letzter Zugriff am: 04.12.2011).

50er und 75er Perzentile von 4.00) wird der Einsatz von Rollenspielen der Studenten untereinander eingeschätzt. Dies ist eine Bestätigung für die methodische Herangehensweise der im Interview befragten Institute und der in der Literaturrecherche vorgestellten Varianten. Der Einsatz standardisierter Patienten ist mit einer 75er Perzentile von 4.00 ebenso positiv bewertet worden (Median von 3.00). Gleiches gilt für den Pflichtcharakter der LV und deren regelmäßige Durchführung in einem wöchentlichen bzw. vierzehntäglichen Rhythmus.

Ebenfalls mit einem Median von 3.00 und einer 75er Perzentile von 4.00 liegt die Forderung nach einer theoretischen Grundlagenvermittlung im VK. Damit wird einem Beginn der LV erst in der klinischen Phase eine Absage erteilt, die sich empirisch durch einen Median von 2.00 beweisen lässt. Positiv mit einem Median von jeweils 3.00 und einer 75er Perzentile von 4.00 erwarten die VK-TN Videoaufzeichnungen und ausführliche Feedbackrunden zu den aufgezeichneten Gesprächen als grundlegende Methode zum Erkenntnisgewinn. Damit sind die Herangehensweisen der im Kapitel 3 dargestellten Fakultäten und der in den Interviews ermittelten Methoden als belastbar richtig durch die VK-TN bestimmt worden.

Unentschieden, und das sicher aus Gründen der recht geringen Erfahrungen im Studium, zeigten sich die VK bei der Einschätzung von Projektarbeit im Medizinstudium bezüglich des Themas Kommunikation und bei der Bewertung der Effizienz von Großgruppen (jeweils 3.00-Median bei 3.00 75er Perzentile). Dies ist sicher auch noch den Erfahrungen aus der Schulzeit geschuldet.

Empirisch nachweislich abgelehnt als Organisationsform wurden Blockveranstaltungen. Mit einem Median von 1.00 und einer 75er Perzentile von 2.00 dürften damit die in einer solchen Form angebotenen Kurse zur ärztlichen Gesprächsführung in Grenzsituationen vom Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie und auch andere LV in dieser Organisationsform abgelehnt werden.

8.1.2 Interpretation der Klinik-Daten²⁸⁵

Im ersten Abschnitt zur Darstellung der allgemeinen Angaben zu Erfahrungen im bisherigen Studium liegt der Median bei drei von fünf qualitativen Fragen bei 3.00. Die

²⁸⁵ Siehe dazu im Materialienband die Tabellen 5.1.2.1(1) bis 5.1.2.3(15).

K-TN fühlen sich durch das Gymnasium eher befriedigend auf das Studium der Medizin vorbereitet. Bei einer 75er Perzentile von 4.00 kann hier von einer tendenziell positiven Richtung zum „Gut“ ausgegangen werden. Gleiches gilt für die Beurteilung der Qualität der Lehre an der Medizinischen Fakultät Rostock. Kritischer sehen die K-TN die Qualität der LV bezüglich der Items „Anwendbarkeit auf den späteren Berufsalltag“, „Handlungsorientierung“ und „Patientenorientierung“. Während die Anwendbarkeit des Wissens im späteren Berufsalltag noch mit einem Median von 3.00 ein „befriedigendes“ Urteil erhält (die 75er Perzentile von 3.00 lässt keine „gute“ Tendenz erkennen), werden Handlungs- und Patientenorientierung in den LV mit einem Median von je 2.00 als „ausreichend“ und einer 75er Perzentile von 3.00 in Richtung „befriedigend“ evaluiert. Dies lässt den Schluss zu, dass die Gesamtheit der LV noch nicht den Weg gegangen ist, den die Reformstudiengänge beschreiben. Aber auch hier gilt: Nicht nur die Reformstudiengänge, sondern auch die klassischen Studiengänge können von der Wissensvermittlung auf die Wissenserarbeitung unter Nutzung aller Sinne (nicht nur des Hörsinns in der Vorlesung) umschalten. Das in der Pädagogik genutzte Prinzip der Handlungsorientierung im Unterricht wäre hier sicherlich nutzbringend.

Bei der Interpretation der Daten zu den sozialen und kommunikativen Fähigkeiten fällt der höchstmögliche Median von 5.00 (bei allen Perzentilstufen ebenfalls ein Wert von 5.00) für die Bestimmung der Bedeutung eines gelungenen Arzt-Patient-Verhältnisses und der Bedeutung der kommunikativen Fähigkeiten des Arztes innerhalb dieser Beziehung auf. Diese korrelieren mit den Daten der VK und übertreffen diese noch. Ein Zeichen für die Akzeptanz des Alleinstellungsmerkmals dieser Items.

Mit Ausnahme der Items „allgemeine soziale und kommunikative Kompetenzen“, „Umgang mit Fehlern“, „Theorien der Arzt-Patient-Kommunikation“, „Führungskompetenzen“, „Selbstschutz“, „Integration in professionelle Rahmenbedingungen“ und „Kenntnisse über Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung“ (alle ein Median von 3.00 mit einer 75er Perzentile von 4.00) geben sich die K-TN „gute“ Noten. Dabei sticht die 75er Perzentile von 5.00 bei dem Item „soziale Verantwortung“ heraus. Diese ergibt sich auch aus dem späteren Berufsfeld der Betroffenen.

Die oben genannten Items müssen also weiterhin noch besser in LV der Institute integriert werden.

Nur einen Median von 2.00 (75er Perzentile bleibt bei 2.00) erhält die Beurteilung, ob die K-TN die Vermittlung von kommunikativen Techniken innerhalb der Ausbildung für ausreichend halten. Ein Zeichen dafür, dass die Anstrengungen einzelner Institute offensichtlich nicht ausreichen, um hier einen positiven Wert zu erzielen.

Die K-TN sprechen sich im dritten Abschnitt der Empirie für LV aus, die mit anderen praktischen fachspezifischen Themen gekoppelt werden. Bei einem Median von 5.00 und einer 75er Perzentile von 5.00 kann hier von einem eindeutigen Ergebnis gesprochen werden. Ähnlich hoch sind die Forderungen nach LV, die modularisiert (vom 1. bis zum 10. Semester mit immer komplexeren Inhalten) als Pflichtveranstaltungen in einem regelmäßigen Rhythmus durchgeführt werden. Hier liegt jeweils ein Median von 4.00 und eine 75er Perzentile von 5.00 vor. Der Anwendung von unterschiedlichen Feedbacktechniken kann ein ähnlich hoher Wert zugeordnet werden: ein Median von 4.00 bei selber 75er Perzentile. Unentschieden sind die K-TN bei der Beurteilung von Projektarbeit zum Thema „Kommunikation“, tendenziell sehen die K-TN hier eine befriedigende bis gute Chance, Projektarbeit im Studium zu realisieren. Methodisch sollte sowohl mit Rollenspielen als auch mit standardisierten Patienten geübt werden (bei einem Median von 4.00 und demselben Perzentilewert), was von der Mehrheit offensichtlich gewünscht wird. Kritisch stehen die K-TN Videoaufzeichnungen gegenüber. Hier kann nur spekuliert werden, ob evt. schlechte Erfahrungen Ursache dafür sind. Evt. könnten hier methodische Schritte, wie sie die RWTH Aachen geht, zu einer Entspannung führen. Hier werden Lehrmedien von den Studierenden selbst hergestellt, um dann in den entsprechenden Lehrveranstaltungen zur Schulung kommunikativer Kompetenzen verwendet zu werden.²⁸⁶ In vergleichbaren Gruppen der Lehramtsausbildung, aber auch bei empirischen Untersuchungen in anderen Medizinstudiengängen wurden Videoaufzeichnungen immer wieder ausdrücklich gewünscht.

²⁸⁶ Siehe dazu ausführlicher: Beckers S, Sopka S, Ohnesorge-Radtke U, Rossaint R. Produktion von Lehrmedien im Qualifikationsprofil „Neue Medien, Kommunikation, Didaktik der Medizin“ im Modellstudiengang Humanmedizin Aachen. In: <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2008-25/zma000545.shtml> (Letzter Zugriff am: 04.12.2011).

Großgruppen mit über zehn TN werden abgelehnt. *Weise et al.* konnten auf dem Gebiet des Kleingruppenunterrichts in der Onkologie bei den entsprechenden Evaluationen Bestnoten erzielen.²⁸⁷

Unterricht in Blockform wird ebenfalls abgelehnt.

Die Ergebnisse zum Beginn der LV sind widersprüchlich. Einerseits wollen die K-TN erst in der klinischen Phase der Ausbildung mit solchen LV starten, andererseits gibt es dieselben Werte (Median von 3.00, 75er Perzentile von 4.00) für die Frage nach dem Beginn in der vorklinischen Ausbildung mit theoretischen Grundlagen. Evt. hat es hier einen Effekt des „Durchkreuzens“ gegeben, ohne den Inhalt der Fragen weiter zu beachten. Näheres dazu in der Fehlerdiskussion in Kapitel 8.2.

8.1.3 Interpretation der Ärzte-Daten²⁸⁸

Die im ersten Abschnitt der Empirie erfragten Qualitätsmerkmale des Studiums erhielten mit einer Ausnahme das Prädikat „befriedigend“, sowohl die Vorbereitung des Studiums auf den Berufsalltag als auch die Anwendbarkeit des im Studium erworbenen Wissens, die Handlungs- und die Patientenorientierung wurden mit dieser Note eingeschätzt. Mit Ausnahme der Patientenorientierung erhalten diese Einschätzungen noch tendenziell eine Richtung zum „Gut“, wenn man den 75er Perzentilewert von 4.00 berücksichtigt. Bei der Patientenorientierung bleibt der Wert bei 3.00. Diese Einschätzungen verwundern, da bei der freien Textfeldbegründung der fehlende Praxis- und Patientenbezug zu den am häufigsten genannten Gründen für ein weniger optimal vorbereitendes Studium angegeben wurden.

Ähnlich wie bei den K-TN schätzen auch die Ä-TN die Bedeutung der kommunikativen Fähigkeiten innerhalb einer gelungenen Arzt-Patienten-Beziehung sehr hoch mit einem Median von 5.00 ein, der 75er Perzentilewert ist gleich.

Bei der Selbsteinschätzung der eigenen kommunikativen Kompetenzen geben sich die Ä-TN mit wenigen Ausnahmen gute Noten. Nur bei den Items „allgemeine soziale und

²⁸⁷ Siehe dazu ausführlicher: Weide R, Heymann J, Thomalla J, Köppler H. Interaktiver Kleingruppenunterricht für Medizinstudenten der klinischen Semester in einer onkologischen Gemeinschaftspraxis. In: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2007-24/zma000365.shtml> (Letzter Zugriff am: 04.12.2011).

²⁸⁸ Siehe dazu im Materialienband die Tabellen 5.1.3.1(1) bis 5.1.3.3(15).

kommunikative Fähigkeiten“, „Theorien der Arzt-Patient-Kommunikation“ und „Selbstschutz“ geht die Selbsteinschätzung mit dem Median von 3.00 in Richtung „befriedigend“. Gerade in diesen genannten Bereichen (zwar immer noch mit dem 75er Perzentilewert von 4.00) dürften Ärzte Weiterbildungen und Schulungen erwarten. Betrachtet man die 75er Perzentilewerte, fällt auf, dass bei den Items „soziale Verantwortung“, „Werte und Normen in der Entscheidungsfindung“, „Fähigkeiten zur Informationsbeschaffung“ und „Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung“ mit dem Wert von 5.00 der höchste erreicht wird. Dies ist mit den hohen ethischen und fachlichen Ansprüchen der Ä-TN zu erklären. Es zeigt aber auch, dass diese Items für sehr wichtig im ärztlichen Alltag angesehen werden. Im Vergleich zu den VK- und K-TN sind hier (signifikante?) Unterschiede zu erwarten.

Bemängelt wird auch von den Ä-TN die noch nicht ausreichende Vermittlung von kommunikativen Techniken. Zwar gibt es tendenziell eine „befriedigende“ Richtung, aber das Ergebnis zeigt auch die aktuelle Brisanz des Themas, gerade wenn man Meinungen berücksichtigt, die allein auf den Krankenhaus- bzw. Praxisalltag zur Ausbildung kommunikativer Kompetenzen setzen.

Die Interpretation der Daten zur organisatorischen Struktur künftiger LV ergibt durch den Median von 5.00 und demselben 75er Perzentilewert eine sehr große Zustimmung für LV, die mit anderen praktischen fachspezifischen Aspekten gekoppelt werden. Eine hohe Zustimmung mit einem hohen Medianwert von 4.00 (tendenziell sehr hohe Zustimmung durch den 75er Perzentilewert von 5.00) erhalten die Items der modularisierten Pflichtveranstaltung, die nicht gesondert organisiert werden, sondern von jedem Fachgebiet bei Gelegenheit aufgegriffen werden. Dass sich einzelne Items widersprechen, wurde auch von den Ä-TN in der Mehrheit nicht erkannt. Näheres dazu in der Fehlerdiskussion im Kapitel 8.2.

Schlussfolgernd kann festgestellt werden, dass Wahlpflichtkurse auch von den Ä-TN abgelehnt werden, da diese nicht von allen Studierenden besucht werden müssen.

Blockkurse und Großgruppen werden mit Medianen von 2.00 abgelehnt.

Unentschieden, aber mit einer deutlich widersprüchlichen Tendenz, zeigen sich die Ergebnisse zu dem Beginn der LV. Während einerseits ein Beginn in der klinischen Phase tendenziell begrüßt wird (Medianwert: 3.00, 75er Perzentile: 4.00), wird

andererseits die Vermittlung theoretischer Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion im Vorklinikum tendenziell begrüßt (gleiche Verteilung wie oben). Zu erklären ist das nur mit der Unentschiedenheit der Ä-TN. Methodisch erwarten die Ä-TN bevorzugt den Einsatz von Rollenspielen (Median: 4.00, gleicher Perzentilewert) und den Einsatz von standardisierten Patienten (Median: 3.00, Perzentilewert: 4.00).

Unentschieden mit einer progressiven Tendenz zeigen sich die Ä-TN beim Einsatz von Videoaufnahmen (Median: 3.00, Perzentile: 4.00), während sie sich eindeutig für Feedbacktechniken als Methode zum Erkenntnisgewinn (Median: 4.00, Perzentile: 4.00) aussprechen.

8.1.4 Interpretation der Gesamtdaten²⁸⁹

Wegen der unterschiedlichen Fragestellungen können bei der Interpretation der Gesamtdarstellung nur die Fragen 2 bis 5 aus dem Block I der empirischen Untersuchung berücksichtigt werden.

Generell wird dabei die Qualität der Lehre an den medizinischen Fakultäten (da hier auch die Ä-TN mit unterschiedlichen Studienorten einfließen) mit „befriedigend“ und positiver Tendenz zum „Gut“ (Median von 3.00, 75er Perzentile von 4.00) eingeschätzt. Selbiges gilt für die Einschätzung der Anwendbarkeit des Wissens aus dem Studium im Berufsalltag. Handlungs- und Patientenorientierung werden mit einem Medianwert von 3.00 ebenfalls „befriedigend“ bewertet, allerdings liegt hier der 75er Perzentilewert auch bei 3.00. Es kann also von Optimierungsbedarf bezüglich dieser Items ausgegangen werden. Die bereits in den vorhergehenden Kapiteln dargestellte Ausnahmestellung der Bedeutung einer gelungenen Arzt-Patient-Beziehung kann sich bei der Gesamtdarstellung nur fortsetzen. Sowohl der Median- als auch der 75er Perzentilewert von 5.00 machen das deutlich. Den Kommunikationsfähigkeiten des Arztes wird eine außerordentlich große Bedeutung beigemessen, was für das Alleinstellungsmerkmal der Items spricht. Damit bewahrheiten sich die in der aktuellen Diskussion aufgestellten Thesen, wonach das Arzt-Patient-Verhältnis von enormer Bedeutung ist. Hier spielt zunehmend aber auch die Frage des mündigen Patienten und

²⁸⁹ Siehe dazu im Materialienband die Tabellen 5.1.4.1(1) bis 5.1.4.3(15).

was bzw. wer sich dahinter verbirgt eine entscheidende Rolle.²⁹⁰ Dass die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ein wesentlicher Bestandteil des Arzt-Patient-Verhältnisses ist und als solcher auch wahrgenommen wird, bestätigt auch die neueste Befragung der Medizinischen Hochschule Hannover vom November 2011. Auch hier forderten die Befragten eine bessere Kommunikation zwischen Arzt und Patient ein.²⁹¹

Die Vermittlung von kommunikativen Techniken halten die meisten TN nur für „befriedigend“. Damit erhält dieses Item innerhalb des zweiten Blocks zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Fähigkeiten die schlechtesten Werte (Median von 3.00 und 75er Perzentile ebenfalls von 3.00). Diese Einschätzung stimmt mit den Aussagen im Kapitel 1 überein. Die von *Bühren* beklagte Ausbildungssituation muss also weiter verbessert werden.²⁹² Auch *Briedis* hatte diese Situation in der HIS-Studie explizit auf die Ausbildung kommunikativer Kompetenzen bezogen.²⁹³

Überwiegend „gut“ schätzen die TN ihre eigenen kommunikativen Fähigkeiten ein. Damit entsprechen die TN an der Befragung den Forderungen von *Klippert* in idealer Weise.²⁹⁴ Er verlangte in seinem Beitrag eine breite Methodenpalette zur Informationsbeschaffung, ein hohes Maß an Flexibilität, Offenheit, Ausdauer, Zielstrebigkeit, Selbstkritikbereitschaft und Problemlösungsvermögen.

Ausnahmen bilden die Items „soziale Verantwortung“ (hier deutet sich eine Tendenz zum „Sehr gut“ an), „Umgang mit Fehlern (wird als „befriedigend“ eingeschätzt mit Tendenz zum „Gut“), Gleiches gilt für „Theorien der Arzt-Patient-Kommunikation“ und „Selbstschutz“ sowie „Kenntnisse über die Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung“. Das lässt die Schlussfolgerung zu, dass in künftigen LV gerade diese Items stärker in den Focus gerückt werden müssen, um eine bessere Vorbereitung

²⁹⁰ Siehe dazu ausführlicher: Dieterich, Anja: Arzt-Patient-Beziehung im Wandel: Eigenverantwortlich, informiert, anspruchsvoll. In: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=56904> (Letzter Zugriff am: 04.12.2011).

²⁹¹ Siehe dazu ausführlich:

<http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLA VE&SystemType=2&Logo nId=63fbff82ca2750c12351d47fe2f622e0&DocId=003764691&Page=1> (Letzter Zugriff am: 04.12.2011).

²⁹² Siehe dazu Anmerkung 6 und die Aussagen auf Seite 8.

²⁹³ Siehe dazu Anmerkung 71 und die Ausführungen auf Seite 26.

²⁹⁴ Siehe dazu Anmerkung 156 und die Erkenntnisse auf Seite 39.

auf den Berufsalltag zu gewährleisten. Besonders der innerkollegiale Austausch, wie er auch von *Nettekoven* formuliert wurde, gehört zu dieser Themenbreite.²⁹⁵

Wie sollen solche zukünftigen LV organisiert werden?

Alle TN votieren für regelmäßig stattfindende Pflichtveranstaltungen, die mit anderen praktischen fachspezifischen Aspekten gekoppelt werden. Sie entsprechen damit der bereits an anderen medizinischen Fakultäten herrschenden Auffassung, wonach eine interdisziplinäre Herangehensweise am effektivsten und motivierendsten für Medizin-Studierende sind. Hamburg soll hier als Beispiel gelten.²⁹⁶

Die Befragten sprechen sich dafür aus, dass die LV nicht gesondert als eigenständige LV organisiert werden, sondern jedes Fachgebiet/Institut auf kommunikative Aspekte eingeht. Dass das im Widerspruch zu allen anderen Items steht, ist vielen TN offensichtlich nicht aufgefallen. Betont wird der modulare, longitudinale Charakter solcher LV. Auch hier sind die Angaben der TN widersprüchlich. Während einerseits ein Median von 3.00 die meisten TN unentschieden zeigt, was den Beginn der LV in der klinischen Phase betrifft (75er Perzentile von 4.00 deutet eher auf Zustimmung), wollen die TN andererseits (aber auch hier eher unentschieden) im VK bereits theoretische Grundlagen der Arzt-Patient-Interaktion behandelt wissen. Die 75er Perzentile von 4.00 deutet auch hier eher auf eine zustimmende Haltung.

Die Mehrheit der TN spricht sich methodisch für den Einsatz von Rollenspielen und standardisierten Patienten aus. Großgruppen von mehr als zehn TN und Blockveranstaltungen werden abgelehnt.²⁹⁷ Damit bestätigen die Befragten die bereits zu diesem Thema erschienene Studie, wonach TN an dem Kurs „Ärztliche Basisfähigkeiten“ deutliche Verbesserungen im Prä-Post-Vergleich bezüglich kommunikativer Kompetenzen aufwiesen. Gerade bei der Anwendung von offenen und geschlossenen Fragen, beim Gestalten eines strukturierten Abschlusses und einer

²⁹⁵ Siehe dazu Anmerkung 42.

²⁹⁶ Siehe dazu ausführlicher: Bachmann C, Barzel A, Dunkelberg S, Schrom K, Ehrhardt M, van den Bussche H. Fachübergreifendes Kommunikationstraining mit Simulationspatienten: ein Pilotprojekt ins Curriculum. In: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2008-25/zma000542.shtml> (Letzter Zugriff am: 04.12.2011).

²⁹⁷ Simmenroth-Nayda A, Weiß C, Chenot JF, Scherer M, Fischer T, Kocham MM, Himmel W. Verbessern Anamneseübungen die kommunikativen Fähigkeiten von Studierenden? Ein Prä-Post-Vergleich. In: <http://www.egms.de/static/de/meetings/gma2006/06gma049.shtml> (Letzter Zugriff am: 04.12.2011).

empathischen Grundhaltung konnten signifikante Verbesserungen konstatiert werden. Als Methoden wurden Rollenspiele, Gespräche mit Simulationspatienten und videogestützte Anamneseauswertungen eingesetzt.

Unentschieden sind die TN, ob sich solche LV auch in Projektform anbieten lassen, sehen hier aber eher Potenzial. Gleiches gilt für die Aufzeichnung von Gesprächen auf Video. Deutlicher ist das Votum für die Anwendung von Feedbacktechniken zum Erkenntnisgewinn mit einem Median von 4.00 und gleichem 75er Perzentilewert.

8.1.5 Interpretation der Gegenüberstellung: Studenten – Ärzte²⁹⁸

Allgemeine Vorbemerkung:

Insgesamt wurden 71 Signifikanzen festgestellt. Diese wurden differenziert in: „signifikant“ (p weniger als 0,05), „sehr signifikant“ (p weniger als 0,01) und „grenzwertig signifikant“ (p weniger als 0,10). Es traten bei der Gegenüberstellung „Studenten – Ärzte“ 13 Signifikanzen auf, bei der Gegenüberstellung „Vorklinik – Ärzte“ 20 Signifikanzen, bei der Gegenüberstellung „Klinik – Ärzte“ 16 Signifikanzen und bei der Gegenüberstellung „Vorklinik – Klinik“ 22 Signifikanzen.

Bei der Beurteilung der Handlungsorientierung in den Lehrveranstaltungen konnte eine Signifikanz zwischen Ärzten und Studenten (Tab. 5.2.1 (1))²⁹⁹ erwartet werden: Diese ergibt sich aus drei Sachverhalten:

- Studienort
- Alter der Probanden
- Definition des Begriffs bzw. Wahrnehmung der Handlungsorientierung in den Lehrveranstaltungen.

So könnte es sein, dass Absolventen von Reformstudiengängen tatsächlich eine höhere Handlungsorientierung an ihren Studienorten festgestellt habe. Länger praktizierende Ärzte haben auch in den freien Textfeldern betont, dass ihre Ausbildung außerordentlich theorielastig war, sodass auch hier die Verschiebungen erklärbar wären. Hinzu kommt,

²⁹⁸ Bei der Interpretation der Gegenüberstellungen wurden aus Platzgründen ausschließlich die signifikanten Daten einbezogen.

²⁹⁹ Alle Tabellenangaben beziehen sich auf den Band II: Materialienband.

dass womöglich die Erinnerung an einzelne Lehrveranstaltungen andere, positive Erfahrungen überdeckt („Halo-Effekt“). Was genau unter der Handlungsorientierung verstanden wurde, ist nicht zu ermitteln. Bei der Formulierung der Fragebögen wurde auf eine Definition verzichtet.

Bei der Beurteilung der Patientenorientierung (Tab. 5.2.1(2)) kann Ähnliches vermutet werden. Die Rostocker Studenten geben den Lehrveranstaltungen in der Regel sehr schlechte bis schlechte Noten, was dieses Item betrifft, der größte Teil ist unentschieden. Dies trifft auch auf die Ärzte zu. Dabei ist der Anteil der Studenten, der den Lehrveranstaltungen nur einen sehr geringen Grad der Patientenorientierung bescheinigt, wesentlich höher als der Anteil der Ärzte, der dieser Auffassung ist. Auch hier könnte der Studienort der Ärzte eine Rolle spielen.

Ein weiteres signifikantes Ergebnis trat bei der Bedeutung der Kommunikationsfähigkeiten des Arztes gegenüber dem Patienten auf (Tab. 5.2.1(4)). Da hier die Ärzte eher zu einem „Unentschieden“ neigten, ist zu vermuten, dass zwei Aspekte hier eine Rolle spielen könnten:

- die Frage der technisierten Medizin und
- der Zeitaspekt.

Es ist weiter oben bereits beschrieben worden, dass in Zeiten der Hochleistungsmedizin auch ein Glaube an das Alleinstellungsmerkmal der Technik mehr und mehr Raum greift. Diese Technisierung könnte zu einem Abbau der Kommunikation mit den Patienten zugunsten eines vermehrten Einsatzes der Technik führen. Zeitliche Aspekte spielen insofern eine Rolle, als Ärzten immer weniger Zeit für die Kommunikation mit den Patienten zur Verfügung steht. Außerdem gibt es für die Abrechnung von Gesprächen mit Patienten nach wie vor weniger Entgeltpunkte als für die Durchführung von technischen Maßnahmen.

Als sehr signifikant wurde die Einschätzung der eigenen Kenntnisse und Fähigkeiten innerhalb der Kommunikation mit Patienten (Tab. 5.2.1(10)) ermittelt. Grund dafür ist mit Sicherheit die fehlende Erfahrung der Studenten im Umgang mit Patienten. Hier korreliert dieses Ergebnis auch mit den Ergebnissen aus der Handlungs- und Patientenorientierung sowie aus den Ergebnissen der freien Textfeldauswertung. Ärzte

schneiden hier besser ab, weil sie durch den täglichen Umgang mit Patienten hier zumindest in ihrer Eigeneinschätzung bessere Fähigkeiten entwickelt haben.

Als grenzwertig zwischen signifikant und sehr signifikant erwies sich das Item zu „Kenntnissen und Fähigkeiten über Normen und Werte bei der Entscheidungsfindung“ (Tab. 5.2.1(19)). Auch hier gilt das vorher Gesagte. Ärzte können die Bandbreite dieser Fragestellung sicher auch anders für sich interpretieren (angefangen über Fragen der Patientenbeteiligung am Therapiegeschehen bis hin zu Fragen der Sterbehilfe) als Studierende, die dies aufgrund mangelnder Erfahrungen nicht abschätzen könnten.

Sehr signifikant schnitt der Vergleich bezüglich des Items „Beachtung von Kontextbedingungen bei der Urteilsfindung“ ab (Tab. 5.2.1(20)). Dass Studenten hier eher zu befriedigenden und guten Urteilen tendierten, während die Ärzte sich deutlich im guten und sehr guten Bereich sahen, entspricht evt. auch der Bescheidenheit der Studenten oder ihrem mangelnden Wissen über evt. Kontexte innerhalb von ärztlichen Entscheidungen. Ärzte sind hier aufgrund der alltäglichen Herausforderung mit Sicherheit im Vorteil.

Das gilt auch für das Item zur Berücksichtigung von „Ungewissheit in der Urteilsfindung“ (Tab. 5.2.1(21)).

Dass Studierenden Kenntnisse über den Ablauf von alltäglichen Maßnahmen innerhalb einer Klinik (mit Sicherheit auch in einer Praxis) fehlen, verdeutlicht die große Signifikanz bei der „Beurteilung von Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung“ (Tab. 5.2.1 (22)). Hier sehen sich die Studenten wesentlich schlechter vorbereitet auf solche Entscheidungsprozesse als die tätigen Ärzte. Die Kenntnis über Hierarchien im Krankenhausalltag sowie Kenntnisse über die hierarchische Kommunikation, wie sie bereits in der Auswertung der freien Textfelder angesprochen wurden, spielen eine gewichtige Rolle.

Dieses Ergebnis korreliert auch mit dem signifikanten Ergebnis aus dem Item zur „Informationsbeschaffung innerhalb des Prozesses zur Urteilsfindung“ (Tab. 5.2.1(23)). Hier sehen sich Studenten zwar eher gut vorbereitet, stehen den Ärzten aber doch nach. Darum ist es ein Beweis für die Richtigkeit dieser Angaben, wenn der überwiegende Teil der Studenten mit der Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten (Tab. 5.2.1(25)) an der Medizinischen Fakultät Rostock nicht oder teilweise nicht zufrieden ist. Der sehr

signifikante Ergebniswert gegenüber den Ärzten ist wieder mit unterschiedlichen Studienorten zu erklären und damit besseren Erfahrungen von dort her.

Zukünftige Lehrveranstaltungen sehen beide verglichenen Gruppen im Ergebnis sehr signifikant (Tab. 5.2.1(30)). Verständlicherweise sehen Ärzte hier ein breites Betätigungsfeld für die Lehre, da sie auch die Rolle der Kommunikation besonders hervorgehoben haben. Die Studierenden werden den Pflichtcharakter schon wegen der erhöhten Arbeitsbelastung kritisch sehen, da diese besonders in Hinblick auf die Lernpensen in den freien Textfeldern hervorgehoben wurde. Die Aussicht auf weitere Lehrveranstaltungen wird die Studierenden somit abgeschreckt haben. Ärzte dagegen plädieren (siehe dazu auch wieder Auswertung der freien Textfelder) für ein praktischer orientiertes Lehrangebot, das besonders den Einsatz am Patientenbett als eine Form der Unterweisung in kommunikative Fähigkeiten ansieht. Ärzte werden darum auch eher zu einer Pflichtveranstaltung tendieren. Dies untermauert auch nochmals die Thesenauswertung aus den Interviews, wo eindeutig das Angebot an Wahlpflichtkursen kritisch betrachtet wurde. Hier ist deutlich ablesbar, dass die Praktiker von solchen Organisationsformen bezüglich der Kommunikationsschulung wenig halten.

Eine nur grenzwertige Signifikanz weist die Untersuchung der Effektivität von Großgruppen auf (Tab. 5.2.1(34)). Die Studierenden sind hier noch weniger skeptisch eingestellt als die Ärzte. Erklärung dafür dürfte die Tendenz zur Gruppenarbeit sein, die an Schulen und Universitäten immer mehr Einzug hält, aber deren Grenzen bei mehr als fünf TN in der Gruppe deutlich wird. Effektivität gelingt nur in kleineren (Lern-) Gruppen, das ist auch der Erfahrungswert von Studierenden, die gerade im Studium der Medizin häufig zusammen lernen, um sich auf die Prüfungen vorzubereiten. Ärzte sind hier evt. von den großen Konsilen geleitet worden, von größeren Teambesprechungen, die natürlich anders organisiert werden und die durch deren hierarchische Struktur auch anders verlaufen und dadurch auch zu besseren Ergebnissen führen als studentische Großgruppen, die einem evt. Gruppenzwang (in welche Richtung auch immer) unterliegen.

Obwohl heutige Studenten es gewohnt sind, fotografiert zu werden, auf Videotechnik gebannt zu sein, im Internet präsent zu sein, obwohl dies eine Generation der Technik und der technischen Omnipräsenz ist, weigert sich über ein Viertel der Studentenschaft,

die Übungsgespräche auf Video aufnehmen zu lassen (Tab 5.2.1(38)). Dies verwundert, Ärzte stehen der Technik wesentlich aufgeschlossener gegenüber, vermutlich auch deshalb, weil sie den Wert der Aufnahmen für Evaluationen bereits erkannt haben. Für Studierende bedeutet womöglich die Besprechung der Videoaufnahmen ein Vorführen, das unbedingt vermieden werden soll. Evt. ist auch das Wort „Pflicht“ in der Itemformulierung abschreckend gewesen. Vermutlich sind Ärzte auch eher bereit, sich beobachten zu lassen, weil sie lernen wollen, eine bessere Kommunikationstechnik anzuwenden. Studenten sehen diesen Vorteil wohl nicht, weil ihnen die Erfahrungen im behutsamen Umgang mit Feedbacks fehlen. Ein Grund mehr, diese als eine Form des Erkenntnisgewinns in Kommunikationsseminaren einzusetzen.

8.1.6 Interpretation der Gegenüberstellung: Vorkliniker – Ärzte

Da es sich bei den Vorklinkern um Studierende im 1. Semester handelte, die ihr Studium gerade begonnen hatten, mussten hier in der Gegenüberstellung deutliche Signifikanzen erwartet werden. Die Ergebnisse in der Befragung sind darum auch nur recht wenig belastbar, vermutlich sehen viele Studierende inzwischen den einen oder anderen Sachverhalt wesentlich differenzierter.

Die Handlungsorientierung in den Lehrveranstaltungen wird von den Vorklinikern im Vergleich zu den Ärzten wesentlich positiver bewertet. Das kann zum einen an der tatsächlichen Verbesserung der Lehre liegen, würde aber mit der Meinung der Kliniker und der Studentenschaft als Gesamtheit kollidieren. Zumindest sind in den ersten drei Monaten des Studiums für die Vorkliniker genügend Momente der Handlungsorientierung gegeben (Tab. 5.2.2(1)). Dieser Wert fällt sehr signifikant auf.

Ebenfalls sehr signifikant unterscheiden sich Ärzte und Vorkliniker in der Bewertung der Patientenorientierung in den Lehrveranstaltungen (Tab. 5.2.2(2)). Allerdings tendieren hier die Studierenden eher zu einer geringeren Patientenorientierung, die erfahrungsgemäß in den ersten Semestern des klassischen Medizinstudiums auch nicht gegeben ist bzw. gegeben sein kann. In den Reformstudiengängen oder teilweise reformierten Studiengängen wurden hier bereits Vorkehrungen getroffen, um Studierende möglichst frühzeitig durch Hospitationen in Arztpraxen oder Praktika in Lehrkrankenhäusern in Kontakt zu Patienten zu bringen.

Die Bedeutung der Kommunikation für ein gelungenes Arzt-Patient-Verhältnis (Tab. 5.2.2(4)) sehen Ärzte im Vergleich zu den Vorklinikern bedeutsamer an, die Vorkliniker zeigten sich hier eher unentschieden, sicherlich auch deshalb, weil ihnen zu Beginn des Studiums nur wenige Kenntnisse über Anamnese, über Diagnostik und Therapie sowie deren Zusammenhang innerhalb der Patientenpartizipation geläufig sind. Ärzte dagegen erleben tagtäglich die Bedeutung des Patientengesprächs, wenn es denn zu einem solchen aufgrund der dargelegten Probleme kommt.

Die Bandbreite ärztlichen Handelns wird erst in den abgefragten Items zu vorhandenen Kenntnissen bzw. Fähigkeiten deutlich. Es ist darum nicht weiter verwunderlich, dass die Signifikanzen in diesem Bereich des Fragebogens besonders deutlich hervorgetreten sind. In jedem Fall, ob nun „soziale Verantwortung“, „Selbstreflexion“, „Kommunikation in der „Arzt-Patient-Beziehung“, „Werte und Normen in der Entscheidungsfindung“, „Beachtung von Kontextbedingungen bei der Urteilsfindung“, „Kenntnisse über die Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung“ oder bei dem Item „Fähigkeit zur Informationsbeschaffung innerhalb des Prozesses zur Urteilsfindung“, in jedem Fall ist zu berücksichtigen, dass den Vorklinikern drei Erklärungsmuster für die entstandenen Signifikanzen zugeschrieben werden müssen:

- fehlende Vergleichsmöglichkeiten, um ihre Kenntnisse und Fähigkeiten realistisch einschätzen zu können;
- mangelnde Selbsteinschätzungsfähigkeiten (Tendenz zur Selbstüberschätzung oder Selbstunterschätzung);
- Fehlende Kenntnisse über konkrete Abläufe innerhalb ärztlicher Tätigkeitsfelder.

Gegen dieses Muster spricht die Tendenz der Vorkliniker, Mittelwerte zu kreuzen. Bei der Frage nach der Qualität der Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten entschieden sich viele der TN für ein „unentschieden“ (Tab. 5.2.2(25)), tendierten sowohl nach links wie auch nach rechts und fielen an den Rändern ab, während die Ärzte hier kontinuierlich urteilten. Zu erklären ist das womöglich damit, dass die Studierenden in diesem Teil der Ausbildung im Fach „Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie“ Einheiten mit Kommunikationstrainings absolvieren, sodass der Eindruck entstehen könnte, dies sei nur ein Strang zur Ausbildung kommunikativer Fähigkeiten und dieser fände seine Fortsetzung in den kommenden Jahren der Ausbildung, was

nachweislich nur sehr selektiv zutrifft, wie die Interviews mit den Lehrenden an der Medizinischen Fakultät bewiesen haben.

Die Tendenz zur Mitte und die möglichen Erklärungsmuster gelten auch für die Organisation kommender LV (Tab. 5.2.2(26), (27), (28), (29), (30), (33), (34), (35) und (39)).

8.1.7 Interpretation der Gegenüberstellung: Kliniker – Ärzte

Die im vorherigen Kapitel geäußerte Vermutung bezüglich der Vorkliniker und deren differenzierter Einschätzung des Studiums hinsichtlich dessen Handlungs- und Patientenorientiertheit (Tab. 5.2.3(1) und 5.2.3(2)) bestätigt sich bei den Klinikern auf sehr signifikante Weise. In beiden Items geben die Kliniker im Vergleich zu den Ärzten schlechte Werte zu Protokoll. Dies ist nur mit der tatsächlichen Situation in Rostock zu erklären. Sowohl die Patientenorientierung als auch die Handlungsorientierung werden nur mit „sehr gering“ angegeben. Im Vergleich zu den Ärzten ist hier bei beiden Items festzustellen, dass die Ärzte tendenziell bessere Noten vergeben (in jedem Fall in Richtung „hoher Grad“, die Kliniker tendenziell in Richtung „geringer Grad“ und „sehr geringer Grad“). Eine momentane Frustration kann hier zwar vermutet werden, es gibt dafür aber keine Anzeichen, vielmehr ist anzunehmen, dass die Bemühungen um eine handlungs- und patientenorientierte Ausbildung bei den Studenten nicht ankommen bzw. die Bemühungen nicht wirksam sind.

Sehr signifikant ist auch die Beurteilung der Bedeutung von Kommunikationsfähigkeiten für eine gelungene Arzt-Patient-Beziehung (Tab. 5.2.3(4)). Warum die Ärzte hier häufiger im Bereich des „unentschieden“ kreuzten, kann auch an der Desillusionierung der in Kliniken tätigen Ärzte liegen. Vermutet werden kann auch, dass Ärzte, die eher wenig Patientenkontakt haben, der kommunikativ gestaltet wird (beispielsweise Chirurgen, Radiologen, Unfallchirurgen, Ärzte auf der ITS), den Wert der Kommunikation geringer schätzen als die Fähigkeiten, schnell und entschlossen sowie handwerklich korrekt zu handeln.

Diese These scheint dann wieder wenig belastbar zu sein, wenn man die Werte für die Einschätzung der Kenntnisse und Fähigkeiten hinsichtlich der Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung betrachtet. Hier sehen sich die Ärzte besser als die Kliniker,

was am Ausbildungsstand der Kliniker festzumachen ist und auch mit den Ergebnissen aus der Auswertung der freien Textfelder sowie den Ergebnissen aus der Frage, ob die Kliniker mit der Vermittlung kommunikativer Kenntnisse und Fähigkeiten zufrieden sind (Tab. 5.2.3(25)), korreliert. Auch hier wird die Lehre auf diesem Gebiet von den Klinikern stark kritisiert. Über zwei Drittel von ihnen geben der Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten schlechte bzw. sehr schlechte Noten. Darum können sich die Kliniker auch bei der Selbsteinschätzung eher weniger gute Noten bezüglich dieser Items geben, ein Zeichen für die Belastbarkeit der Daten.

Schlechter sehen sich die Studenten der klinischen Semester auch bei ihren Fähigkeiten bezüglich der „Integration in professionelle Rahmenbedingungen“ (Tab. 5.2.3(18)). Das wird durch Aussagen in den freien Textfeldern gestützt, die zu wenig Praxis beklagen, aber auch keine kontinuierlichen Linien. Die Reformstudiengänge versuchen diesem Mangel beizukommen, indem sie Lernstränge entwickelt haben, an die sich alle anderen Themen andocken. Dies wird auch von den Studierenden und Ärzten so gesehen, wenn man die Antworten auf die Fragen 1 und 2 des Abschnitts III näher betrachtet. Mangelnde Praxiserfahrungen der Studierenden der Klinik könnten auch der Grund dafür sein, warum Ärzte signifikant besser ihre Leistungen im Bereich der „Werte und Normen in der Entscheidungsfindung“ (Tab. 5.2.3(19), bei der „Beachtung von Kontextbedingungen bei der Urteilsfindung“ (5.2.3(20)), bei der „Berücksichtigung von Ungewissheit bei der Urteilsfindung“ (Tab. 5.2.3(21)), bei den „Kenntnissen über die Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung“ (Tab. 5.2.3(22)) sowie bei der „Fähigkeit zur Informationsbeschaffung innerhalb des Prozesses zur Urteilsfindung“ (Tab. 5.2.3(23)) einschätzen. Das wäre durchaus auch nicht unbedingt kritisch zu hinterfragen, sondern eher ein Zeichen dafür, dass den Studierenden auch Zeit gegeben werden muss, eigene Erfahrungen zu sammeln. Andererseits muss die Frage gestellt werden, wie die Lehre solche theoretischen Aspekte zukünftig abdecken will und kann. Auch bei den Klinikern fällt bei der Beantwortung der Fragen zur Organisationsstruktur zukünftiger LV auf, dass sie den Pflichtcharakter (Tab. 5.2.3(30)) signifikant anders sehen als Ärzte. Das mag auch mit den Belastungen innerhalb des Studiums zu tun haben, kann aber auch gedeutet werden als eine Zustimmung zu den bisher angebotenen Wahlpflichtkursen an der Fakultät. Der von den in den Interviews hervorgehobene

Einsatz von standardisierten Patienten dürfte sehr im Interesse der Kliniker sein, da sie signifikant mehr fordern, dass Lehrveranstaltungen zum Thema „Kommunikation“ mit standardisierten Patienten durchgeführt werden (Tab. 5.2.3(37)). Ärzte sind hier zurückhaltender, vermutlich weil sie den realen Patientenkontakt für wirkungsvoller halten. Es sei aber auf die Realität verwiesen, wo es Patientensituationen gibt, die eine Übung nicht ratsam erscheinen lassen (beispielsweise: psychisch gestörte Patienten oder Patienten mit infauster Prognose). Studenten der klinischen Semester sind auch signifikant positiver eingestellt, wenn es um den Einsatz von Rollenspielen (Tab. 5.3.2(38)) geht. Die Ärzte sind hier zurückhaltender, evt. auch aus dem Grund, weil sie aus ihrer Ausbildung eine solche Vorgehensweise nicht kennen oder aber schlechte Erfahrungen während schlechter Fortbildungsveranstaltungen gemacht haben.

Auch bei den Klinikern fällt deren Ablehnung gegenüber Videoaufzeichnungen auf. Es kann nur vermutet werden, dass diese Haltung auch wieder auf den Vorführeffekt zurückzuführen ist, das heißt, die Studierenden fühlen sich schon in einer herausgehobenen Rolle, da sie um das Sozialprestige ihres zukünftigen Berufes wissen. Das wird ihnen vermutlich auch oft genug vermittelt. Maßnahmen, die diesen Status angeblich beeinträchtigen, werden darum abgelehnt. Die Werte zu diesem Item sind im Vergleich sogar sehr signifikant. Offenbar ändert sich diese Einstellung mit zunehmender Praxis.

8.1.8 Interpretation der Gegenüberstellung: Vorkliniker – Kliniker

Diese Gegenüberstellung ist besonders deshalb von Interesse, da sie evt. Meinungsentwicklungen innerhalb der Ausbildung verdeutlichen kann. In keiner anderen Gegenüberstellung wurden so viele und hochgradige Signifikanzen festgestellt. Ein Zeichen für die Richtigkeit der These.

Sehr signifikant sind die Vergleiche zwischen der Beurteilung der Handlungs- und Patientenorientiertheit der Lehrveranstaltungen (Tab. 5.2.4(1) und 5.2.4(2)) an der Medizinischen Fakultät. Grundsätzlich geben die Studenten der klinischen Semester den Lehrveranstaltungen schlechtere Noten, was den Bezug zu diesen Items angeht. Dies hängt natürlich mit den längeren Erfahrungen dieser Studierenden zusammen. Wenn über 62% (Handlungsorientierung) und über 50% (Patientenorientierung) als „sehr

gering“ und „gering“ einschätzen, dann muss dies auch von den Beteiligten an der Lehre diskutiert werden.

Bei der Ermittlung der Bedeutung von Kommunikation innerhalb einer gelungenen Arzt-Patient-Beziehung traten ebenfalls sehr signifikante Ergebnisse auf (Tab. 5.2.4(3) und 5.2.4(4)). Den Studierenden in der Vorklinik war die Bedeutung einer gelungenen Arzt-Patient-Beziehung noch nicht in allen Nuancen bekannt, auch die Rolle der Kommunikation schätzten sie geringer ein. Daraus ergibt sich eine weitere Steigerung der Effizienz in der Lehre auf diesem Gebiet. Einige Studierende nehmen ihr Studium offensichtlich im Glauben an die medizinische Technik und die ärztlichen Fähigkeiten auf, die aber nicht kommunikative Aspekte umfassen.

Realistisch schätzen die Vorklinker ihre allgemeinen sozialen und kommunikativen Fähigkeiten ein (Tab. 5.2.4(6)). Hier „unterliegen“ sie signifikant den Klinikern, ein Beweis für die Steigerung dieser angesprochenen Fähigkeiten, die die Kliniker im Laufe ihrer Ausbildung erlangen. Trotzdem korrelieren diese Ergebnisse mit der Meinung der Kliniker, hier noch nicht genügend Ausbildung in kommunikativen Aspekten zu erhalten (Tab. 5.2.4(25)). Immerhin sind über zwei Drittel der Kliniker der Auffassung, dass die Vermittlung kommunikativer Techniken in der Ausbildung nicht ausreicht. Dies trifft nur auf weniger als ein Drittel der Vorklinker zu, die offenbar der Meinung sind, dass sich die Seminare in der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie zu kommunikativen Fragen durch das gesamte Studium hindurchziehen.

Diese Aussagen treffen auch auf die Items „soziale Verantwortung“, „Selbstreflexion“, „Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung“, „Führungskompetenzen“ und „Kenntnisse über die Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung“ (Tab. 5.2.4(7), (8), (10), (14) und (22)) zu. Dass hier immer die Vorklinker in der Selbsteinschätzung schlechtere Werte aufweisen, spricht eher für die Ehrlichkeit der getätigten Aussagen und für die wachsende Profilierung während des Studiums.

Zwangsläufig müssen die Schlussfolgerungen beider Gruppen auch signifikant auseinanderfallen. Während sich die Kliniker massiv (über 90%) für eine Kopplung fachspezifischer Inhalte mit kommunikativen Aspekten aussprechen, plädieren dafür bei den Vorklinikern nur rund 72% (Tab. 5.2.4(26)). Erklärbar ist das mit den Inhalten der einzelnen LV, die den Vorklinikern bekannt sind. Die in den ersten Semestern

stattfindenden Lehrveranstaltungen sind Grundlagenfächer, hier wird noch weniger auf die diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen eingegangen, sodass den Studierenden der Vorklinik eine Kopplung von Inhalten eher unwahrscheinlich bzw. schwer vorstellbar erscheint.

Die Kliniker lehnen eigenständige Veranstaltungen mit großer Wahrscheinlichkeit deshalb ab, weil sie an die derzeitigen Belastungen im Studium denken und zusätzliche Belastungen vermeiden wollen (Tab. 5.2.4(27)), die Vorkliniker stehen diesem Angebot evt. wegen der Euphorie des Neubeginns darum offener gegenüber.

Sehr signifikant sind die Unterschiede bei der Beurteilung der organisatorischen Ausgestaltung der Lehrveranstaltungen zur Ausbildung kommunikativer Fähigkeiten (Tab. 5.2.4 (28), (29), (30), (31), (34), (35), (36) und (39)). Hier präferieren die Kliniker im Gegensatz zu den Vorklinikern eine kumulative, regelmäßige, auf Teilnahmepflicht beruhende, in Kleingruppen stattfindende Organisationsform, in der mit standardisierten Patienten gearbeitet und ein regelmäßiges Feedback gegeben wird. Die Erklärung für die Abweichungen liegt sicherlich wieder in dem frühen Befragungszeitraum bei den Vorklinikern.

8.2 Schwachpunkte der Methode(n) und Fehlerdiskussion

Zur Hypothesenbildung und -stützung wurden drei Methoden gewählt: das Literaturstudium, die Interviewtechnik und die empirische Befragung mithilfe von Fragebögen und Online-Befragungen mit dem evasys-System der Universität Rostock. Aus oben beschriebenen Gründen ist die Literaturrecherche natürlich nur ein kleiner Ausschnitt der allein im deutschsprachigen Raum erschienenen Literatur. Aus Platzgründen konnte hier nicht mehr geleistet werden.

Die Auswahl der Interviewpartner richtete sich nach den Kriterien, wie sie bereits im Studiendesign (siehe Kap. 4) beschrieben wurden, hier wäre es mit Sicherheit noch effektiver gewesen, die Befragung auf ein breiteres Fundament zu heben. Außerdem wurden nur Bereiche erfasst und angeschrieben, die bereits mit dem Thema „Kommunikation“ in Verbindung gebracht werden konnten. Institute, in denen womöglich das Thema auch gelehrt wird, die aber darüber wenig publiziert haben,

konnten wegen der Unkenntnis nicht berücksichtigt werden, auch dies sicher ein Aspekt, der bemängelt werden muss.

Die Befragung der Vorkliniker mit Fragebögen wies den Makel auf, dass aus logistischen Gründen mehrere Kurse den Fragebogen der Kliniker erhielten, noch dazu ein noch nicht fertiggestelltes Exemplar des Bogens, sodass fast die Hälfte der VK den ersten Block innerhalb der Empirie nur zur Hälfte beantworten konnte. Die Ärzte bemängelten den Umgang mit Abkürzungen auf ihrem Fragebogen: Das Kürzel LV (nur in der ersten Frage einmal erklärt) wurde von vielen zunächst als „linke Vene“ interpretiert.

Bei der Befragung der Ärzte war die große Abhängigkeit von dem Engagement der Ärztlichen Direktoren deutlich spürbar. Die im Vergleich zu den Studierenden recht geringe Anzahl der Rückläufe ist aber in der Gesamtbetrachtung mit 25% aller Befragten eine zufrieden stellende Größe.

Wie bereits *Schildmann* feststellte, unterliegt die Befragung aller Teilnehmer der Gefahr der systematischen Fehleinschätzung im Sinne einer „Über- oder auch Unterschätzung der eigenen Fähigkeiten. Die wissenschaftliche Grundlage dafür, die Selbsteinschätzung als Indikator für die Bewertung der Effektivität [...] zu verwenden, ist der von *Bandura* (Hervorhebung durch den Autor) postulierte Zusammenhang zwischen Selbsteinschätzung und tatsächlichen Verhaltensänderungen im Kontext sozialer Lernprozesse. [...] Die Daten internationaler Beobachtungsstudien stützen die Ergebnisse jener Studien, die sich methodisch auf die Messung der Selbsteinschätzung beschränken.“³⁰⁰

Als wenig durchdacht hat sich die Verwendung einer fünfstufigen Likert-Skala herausgestellt, die sehr häufig Mittelwerte („befriedigend“, „nicht entscheidbar“, „unentschieden“) lieferte. Die Gefahr des „Durchkreuzens“ war hier immanent gegeben. Hier sollte bei der späteren Längsschnittsstudie eine neue Skalierung vorgenommen werden.

³⁰⁰ Schildmann, a.a.O. und Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review* 1977; 84: 191-215.

Vorwürfe der recht oberflächlichen Auswertung aller Daten (obwohl alle anderen rechnerischen Parameter zur Intensivierung der Interpretation vorhanden waren) müssen akzeptiert, können aber mit dem Verweis auf die Ökonomie gekontert werden.

Schließlich bleiben die Auswahl der Reformstudiengänge und die Verengung der Arbeit auf den Studienstandort Rostock zu konstatieren, der als klassischer Studiengang konzipiert ist. Auch hier gilt, dass aufgrund der sehr umfänglichen Empirie und der gewählten anderen beiden Methoden zur Hypothesenerarbeitung und deren Stützung bzw. Eruierung keine Möglichkeit einer noch intensiveren Auseinandersetzung möglich war. Ziel der Arbeit war ein Vorschlag zur Diskussion für die Rostocker Medizinische Fakultät unter Berücksichtigung des jetzigen Standes. Um eine regionale Einengung zu verhindern, wurde darum der weiter greifende Ansatz über Innovationen in der Bundesrepublik gewählt.

Hinzu kam die Überlegung, dass ein solcher Vorschlag bologna-kompatibel sein sollte, um evt. Entwicklungen in dieser Richtung, die zwar politisch derzeit nicht gewollt sind, aber evt. ja doch in einem kleinen Zeitfenster organisiert werden müssen, begegnen zu können. Auch hier blieb aus oben dargestellten Gründen kein Raum, sehr in die Tiefe des Bologna-Prozesses vorzudringen.

8.3 Konklusion

8.3.1 Qualitative Ausprägung sozialer und kommunikativer Fähigkeiten als Grundlage für die inhaltliche Gestaltung von Lehrveranstaltungen zur Förderung kommunikativer Kompetenzen

Die Vermittlung von kommunikativen Techniken halten die meisten TN nur für „befriedigend“. Damit erhält dieses Item innerhalb des zweiten Blocks zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Fähigkeiten die schlechtesten Werte. Überwiegend „gut“ schätzen die TN ihre eigenen kommunikativen Fähigkeiten ein. Dies betraf folgende Items:

- Allgemeine kommunikative und soziale Kompetenzen
- Selbstreflexion
- Interaktion/Beziehungsgestaltung
- Teamentwicklung und Arbeit im Team

- Führungskompetenzen
- Rolle und Identität bezogen auf die eigenen Person
- Management und Organisation
- Integration in professionelle Rahmenbedingungen
- Werte und Normen in der Entscheidungsfindung
- Beachtung von Kontextbedingungen bei der Urteilsfindung
- Berücksichtigung von Ungewissheit bei der Urteilsfindung
- Fähigkeit zur Informationsbeschaffung innerhalb des Prozesses zur Urteilsfindung.

Ausnahmen bilden die Items „soziale Verantwortung“ (hier deutet sich eine Tendenz zum „Sehr gut“ an), „Umgang mit Fehlern (wird als „befriedigend“ eingeschätzt mit Tendenz zum „Gut“), Gleiches gilt für „Theorien der Arzt-Patient-Kommunikation“ und „Selbstschutz“ sowie „Kenntnisse über die Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung“. Das lässt die Schlussfolgerung zu, dass in künftigen LV gerade diese Items stärker in den Focus gerückt werden müssen, um eine bessere Vorbereitung auf den Berufsalltag zu gewährleisten. Hinzu kommen jene Schwerpunkte, die sich aus der Auswertung der freien Textfelder ergeben:

- Überbringen schlechter Nachrichten
- Umgang mit schwierigen Patienten
- Aufklärung von Patienten über ihren aktuellen Gesundheitszustand (darunter wurde auch die Nennung: „Finden einer angemessenen Sprache“ subsumiert)
- Angehörigengespräche
- Kommunikation in Hierarchien (hierunter wurde auch aufgenommen: „Kommunikation im Team, im OP, mit dem Pflegepersonal, im Konsil)
- Umgang mit Sterbenden und mit dem Tod
- Herstellen eines Vertrauensverhältnisses zum Patienten
- Anamnesetechniken
- Kommunikation mit Kindern
- Umgang mit psychotischen Patienten

- Umgang mit dementen, alten oder beatmeten Patienten.³⁰¹

8.3.2 Organisatorische Gestaltung von Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen

Wie bereits im 7. Kapitel interpretiert, erwarten die Befragten eine modular konzipierte, im 1. Semester beginnende und sich bis ins 10. Semester erstreckende, regelmäßig stattfindende, an praktischen und fachspezifischen Themen ausgerichtete Pflichtveranstaltung, in der sowohl mit Rollenspielen als auch mit standardisierten Patienten gearbeitet wird. Die Gruppengröße sollte zehn TN nicht überschreiten. Videoaufnahmen und anschließende Feedbackrunden sollen zum Erkenntnisgewinn beitragen. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Institute sollte angestrebt werden. Hierzu wäre es notwendig, neben den offenbar noch nicht regelmäßig organisierten Abstimmungen im Wahlpflichtbereich von jedem Institut einen kommunikativ orientierten Kurs zu verlangen. Damit soll erreicht werden, dass jeder Medizin-Studierende während seiner Ausbildung mindestens einen Kommunikationskurs belegen muss, der nicht in den Pflichtbereich der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie fällt. Der Ablehnung von Blockveranstaltungen könnte dadurch begegnet werden, dass es eine Wiederbelebung des Seminars „Ärztliche Gesprächsführung in Grenzsituationen“ im wöchentlichen Rhythmus (wie bereits im WS 2007/2008) gibt. Die vorgeschlagene Zusammenarbeit mit dem Institut für Schulpädagogik setzt eine medizinische Schulung der Dozenten voraus, die aber bei entsprechender Bereitschaft durch Hospitationen in Lehrveranstaltungen der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie geleistet werden kann, ohne zusätzliche personelle Ressourcen zu belasten. Im Endeffekt kann es gelingen, mit der Gründung des Rostocker Mediziner- und Lehrer-Trainingszentrums (RoMeLeTZ) Drittmittel des Bundes einzufordern, da dieses Modell erst- und damit einmalig in der Bundesrepublik etabliert werden könnte. Die Fakultät wird damit einer Forderung des Bundesgesundheitsministeriums aus dem Jahr 2001

³⁰¹ Mit der Umsetzung dieser Schwerpunkte in die Ausbildung entspräche die Medizinische Fakultät Rostock auch den Forderungen der Ärztlichen Approbationsordnung, wie sie in Kapitel 2.1 (S. 21f) aufgeführt wurden.

(„Patient als Partner“) nachkommen, wie sie im Kapitel 1 beschrieben wurde.³⁰² Im Moment gibt es nur gesonderte Trainings, also Zentren, die Lehrer und Mediziner getrennt voneinander ausbilden, was die Ausbildung kommunikativer Kompetenzen betrifft.

³⁰² Siehe dazu Anmerkung 55.

9 Zusammenfassung

9.1 Methoden- und Zielbeschreibung

Ziel der Arbeit war es, die organisatorisch-inhaltlich-methodische Struktur von Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen innerhalb einer optimierten, partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung darzustellen. Ein Focus wurde neben den Reformstudiengängen auch auf die Medizinische Fakultät der Universität Rostock gelegt. Empirisch sollte geprüft werden, welche Erwartungen Studierende der Medizin und Ärzte an den Lehrkrankenhäusern der Medizinischen Fakultät bezüglich der Gestaltung zukünftiger Lehrveranstaltungen mit obigem Thema haben und welche Erfolge bis jetzt zu verzeichnen sind. Abschließend will die Arbeit eine Diskussionsgrundlage bieten, die sowohl die Erwartungshaltung aller Beteiligten als auch die Ressourcen der Medizinischen Fakultät berücksichtigt.

Neben der Literaturrecherche zur Ermittlung des Stands kommunikativer Kompetenzvermittlung an anderen medizinischen Fakultäten in der Bundesrepublik (insbesondere der Reformstudiengänge) wurden Interviews mit Lehrenden an der Medizinischen Fakultät Rostock (Prof. Dr. med. Mittlmeier, Prof. Dr. Kropp, Prof. Dr. med. Altiner, Prof. Dr. med. Plath, Prof. Dr. med. Junghanß) geführt, um die Situation in Rostock zu eruieren. Zusätzlich wurde eine empirische Untersuchung (Fragebogen und Online-Befragung aller Studierenden der VK und der K, PJ-ler und Ärzte an den Lehrkrankenhäusern der Medizinischen Fakultät) durchgeführt. Die Items wurden dem „Basler Consensus Statement“ entnommen und mit dem Kölner Evaluationsbogen abgeglichen.

9.2 Ergebnisdarstellung der empirischen Untersuchung

Insgesamt beteiligten sich 690 Studierende, PJ-ler und Ärzte an der Befragung. Das entspricht einer Rücklaufquote von 25%. Insgesamt wurden 71 Signifikanzen unterschiedlichen Grades („sehr signifikant“, „signifikant“ und „grenzwertig signifikant“) festgestellt. Es traten bei der Gegenüberstellung „Studenten – Ärzte“ 13 Signifikanzen auf, bei der Gegenüberstellung „Vorklinik – Ärzte“ 20 Signifikanzen, bei der Gegenüberstellung „Klinik – Ärzte“ 16 Signifikanzen und bei der Gegenüberstellung „Vorklinik – Klinik“ 22 Signifikanzen.

Übereinstimmend wird die Lehre an den Medizinischen Fakultäten als „gut“ eingeschätzt. Mit zunehmender Studiendauer nimmt die Unzufriedenheit mit der Handlungs- und Patientenorientierung in den Lehrveranstaltungen zu. Auch die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen wird zunehmend kritischer eingeschätzt. Von den Lehrenden, mit denen die Interviews geführt wurden, wird die Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten positiver gesehen, als die Auswertung der empirischen Daten der Vorkliniker und Kliniker dies vermuten lässt. Ein Zeichen dafür, dass die Anstrengungen in der Lehre (noch) nicht von den Studierenden honoriert werden.

9.3 Schlussfolgerungen für die Gestaltung zukünftiger Lehrveranstaltungen zur Herausbildung kommunikativer Kompetenzen an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock

Die Befragten erwarten eine modular konzipierte, im 1. Semester beginnende und sich bis ins 10. Semester erstreckende, regelmäßig stattfindende, an praktischen und fachspezifischen Themen ausgerichtete Pflichtveranstaltung, in der sowohl mit Rollenspielen als auch mit standardisierten Patienten gearbeitet wird. Die Gruppengröße sollte zehn TN nicht überschreiten. Videoaufnahmen und anschließende Feedbackrunden sollen zum Erkenntnisgewinn beitragen. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Institute unter der Federführung des Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie sollte angestrebt werden. Als eine kurzfristige Lösung wird die Zusammenarbeit mit dem Institut für Schulpädagogik (Kurs: „Lehrer-Training“) vorgeschlagen, mittelfristig die Etablierung des Rostocker Mediziner- und Lehrertrainingszentrums (RoMeLeTZ), das als inhaltliche, organisatorische und methodisch-didaktische Koordinierungsstelle für alle Institute fungiert. Die Einwerbung von Drittmitteln beim Bund für ein solches Projekt, das alle oben beschriebenen Anforderungen an zukünftige Lehrveranstaltungen zur Ausprägung kommunikativer Kompetenzen erfüllen soll, könnte die Medizinische Fakultät von der wichtigen Kostenfrage befreien. Die empirische Untersuchung und die Vorschläge zur konzeptionellen Zusammenarbeit zwischen Schulpädagogen und Medizinern müssen langfristig geplant und begleitet werden. Grundlage für die Diskussion sollte das Modell-Curriculum „Kommunikative und soziale Kompetenzen sein“ sein. Es ist

unumgänglich, diese Untersuchung als Längsschnittstudie nach der Etablierung der gemeinsamen Kurse von Schulpädagogen und Medizinerinnen nach rund fünf Jahren zu wiederholen. Dann können weitere Schritte zur Etablierung dieses neuen Modells eingeleitet werden.

10 Abbildungsverzeichnis³⁰³

10.1 Abbildungen im engeren Sinne

Abb. 1: Partizipative Entscheidungsfindung

Abb. 2: Einflüsse auf die Arzt-Patient-Beziehung

Abb. 3: Kontextuale Darstellung der Arzt-Patient-Beziehung

Abb. 4: Einschränkungen des SDM-Modells nach Geisler

Abb. 5: Integration der Veranstaltungen im Curriculum „Kommunikation!“ in der vor-/klinischen Ausbildung in Witten/Herdecke

Abb. 6: Der Weg zum Leistungsnachweis im IC I Kommunikation in Witten/Herdecke

Abb. 7: Übersicht über den zeitlichen Ablauf und die Kurseinheiten der Lehrveranstaltung

Abb. 8: Ausbildungsziele: Strang „Ärztliche Interaktion“ 3. Semester: Umgang mit Emotionen bei körperlichen Erkrankungen unter Berücksichtigung der Arzt-Patient-Beziehung (1. Modul)

Abb. 9: Integration der kommunikativen Kompetenzschulung in den Kurs Medizinische Psychologie und Soziologie an der Medizinischen Fakultät Jena

Abb. 10: Die Mikrostruktur des Medi-KIT-Unterrichts im Fach Innere Medizin an der Universität Heidelberg

Abb. 11: Das longitudinale Kommunikations-Curriculum HeiCuMed an der Medizinischen Fakultät in Heidelberg

Abb. 12: Lernzielformulierung für alle sechs Ausbildungsjahre

Abb. 13: Aufschlüsselung der Lernziele und deren methodisch- inhaltliche Aufbereitung sowie Praxisbeispiele für das 1. und 2. Studienjahr

Abb. 14: Aufschlüsselung der Lernziele und deren methodisch- inhaltliche Aufbereitung sowie Praxisbeispiele für das 3. Studienjahr

Abb. 15: Aufschlüsselung der Lernziele und deren methodisch- inhaltliche Aufbereitung sowie Praxisbeispiele für das 4. und 5. Studienjahr

Abb. 16: Aufschlüsselung der Lernziele und deren methodisch- inhaltliche Aufbereitung sowie Praxisbeispiele für das 6. Studienjahr

³⁰³ Unter Abbildungen sollen hier Abbildungen im engeren Sinne, Bilder und Tabellen verstanden werden. Diese Differenzierung wurde auch in der Arbeit so verwendet.

10.2 Bilder

Bild 1: nüchtern-kühl eingerichtetes Patientenzimmer im Studienhospital Münster

Bild 2: freundlich-warm eingerichtetes Patientenzimmer im Studienhospital Münster

Bild 3: Untersuchungs- und Beobachtungszimmer im Studienhospital Münster

Bild 4: Videoinstallation im Trainingszentrum für Ärztliche Fertigkeiten an der Charité

Bild 5: Innenansicht des Theatrum Anatomicum in Ulm

Bild 6: Demonstrationsvorführung im Theatrum Anatomicum in Ulm

10.3 Tabellen

Tabelle 1: Vergleich der beiden Studien (HIS und Studierendensurvey) hinsichtlich der erreichten Kompetenzen bei Studierenden der Medizin

Tabelle 2: Übersicht der geförderten Qualitätsmerkmale laut § 2 der Ärztlichen Approbationsordnung und die dadurch geförderten Kompetenzen laut Studierendensurvey

Tabelle 3: Übersicht zur Argumentation der Bologna-Befürworter und der Bologna-Gegner

Tabelle 4: Verteilung der Studiengangsformen nach der ÄAppO 2002 nach Putz

Tabelle 5: Gesamtzahl der Befragten und endgültige Teilnehmerzahl an der empirischen Untersuchung

Tabelle 6: Hypothesen- und Aspekterverifizierung durch die Interviews

Tabelle 7: Darstellung der Ergebnisse aus der Frage 15 des Fragebogens: An welchem Institut sollte Ihrer Meinung nach eine solche Lehrveranstaltung angesiedelt sein?

11 Literaturliste³⁰⁴

Hinweis zur Zitier- und zu den Quellennachweisen:

Grundsätzlich wurde sich um eine einheitliche Zitierweise bemüht. Allerdings fordern einige Zeitschriften (beispielsweise die „Zeitschrift der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung“) und Verlage gesonderte Zitierweisen bestimmter Artikel oder Textauszüge. Diesen Forderungen wurde Genüge getan.

1. Bengel, Jürgen; Jerusalem, Matthias (2009): Handbuch der Gesundheitspsychologie und medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe (Handbuch der Psychologie, / hrsg. von J. Bengel... ; Bd. 12).
2. Bergner, Thomas M. H. (2009): Wie geht's uns denn? Ärztliche Kommunikation optimieren; 11 Tabellen. Stuttgart: Schattauer.
3. Berth, Hendrik (2008): Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A bis Z. Göttingen: Hogrefe.
4. Bickley, Lynn S.; Bates, Barbara (2009): Approach to the patient. Philadelphia: Lippincott (Bates' visual guide to physical assessment: student set on CD-ROM; student resource CD-ROM / Lynn S. Bickley; Vol. 13).
5. Bischoff, Alexander; Meyer, Bernd (2008): Die fremden Sprachen, die fremden Kranken. Dolmetschen im medizinischen Kontext = Foreign languages, foreign patients: interpreting in a medical context. Berlin: VWB Verl. für Wiss. und Bildung (Curare, Zeitschrift für Medizinethnologie, Vol. 31.2008,2/3).
6. Boldt, Joachim; Vollmann, Jochen (2009): Klinische Ethik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis. Frankfurt am Main: Campus (Kultur der Medizin, Bd. 29).
7. Brähler, Elmar (2008): Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf. Mit 31 Tabellen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
8. Brähler, Elmar; Hinz, Andreas; Scheer, Jörn W. (2008): Der Gießener Beschwerdebogen. Manual ; GBB-24. 3. überarb. und neu normierte. Aufl. Bern: Huber.

³⁰⁴ Aus Platzgründen wurde nur die Literatur aus den vergangenen drei Jahren aufgeführt.

9. Breuer, Hans-Willi (2008): Mit dem Arzt auf Augenhöhe. Das kann ich erwarten - Mögliches und Unmögliches in der Medizin. Orig.-Ausg. Hannover: Humboldt (Medizin & Gesundheit).
10. Diegelmann, Christa; Isermann, Margarete; Beyer, Jörg (2010): Ressourcenorientierte Psychoonkologie. Psyche und Körper ermutigen. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
11. Dorfmueller, Monika; Abbrederis, Katharina (2009): Psychoonkologie. Diagnostik - Methoden - Therapieverfahren ; [mit dem Plus im Web ; Zugangscode im Buch]. München: Elsevier Urban & Fischer.
12. Franz, Matthias (2008): Medizin und Beziehung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
13. Geisler, Linus (2008): Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege. 5., erw. aktualisierte Aufl. Frankfurt am Main: pmi verl.
14. Grätz, Juliane; Marneros, Andreas (2009): Behandlungsvereinbarungen in der Gemeindepsychiatrie. Evaluation der Erfahrungen. Univ., Medizinische Fakultät, Diss.--Halle, 2009.
15. Harth, Wolfgang (2009): Clinical management in psychodermatology. Berlin: Springer.
16. Hausmann, Clemens (2009): Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe. Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis. 2., überarb. und erw. Aufl. Wien: facultas.wuv.
17. Hoefert, Hans-Wolfgang; Demmel, Hans-Joachim (2008): Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus. Heidelberg: Economica-Verl. (Gesundheitswesen in der Praxis).
18. Hontschik, Bernd (2009): Herzenssachen. So schön kann Medizin sein. Frankfurt am Main: Weissbooks GmbH.
19. Kasten, Erich; Sabel, Bernhard A. (2009): Medizinische Psychologie, medizinische Soziologie. [mit vielen klinischen Bezügen; Stand Examen Frühjahr 2009]. 16. Aufl. Stuttgart: Thieme (Schwarze Reihe, : Original-Prüfungsfragen mit Kommentar...).

20. Klusen, Norbert; Fließgarten, Anja; Nebling, Thomas (2009): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges. (Beiträge zum Gesundheitsmanagement, 24).
21. Koch, Uwe; Weis, Joachim (2009): Psychoonkologie. Eine Disziplin in der Entwicklung. Göttingen: Hogrefe (Jahrbuch der medizinischen Psychologie, 22).
22. Kübler-Ross, Elisabeth (2009): Über den Tod und das Leben danach. 38. Aufl. Güllenheim: Verl. Silberschnur.
23. Lang, Klaus; Schmeling-Kludas, Christoph; Koch, Uwe (2008): Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Das Hamburger Kursprogramm ; mit 11 Tabellen, 34 Arbeitspapieren und 222 Arbeitsfolien ; [Praxismanual]. 1. unveränd. Nachdr. Stuttgart: Schattauer.
24. Langer, Thorsten; Schnell, Martin W. (2009): Das Arzt-Patient/ Patient-Arzt-Gespräch. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. München: Marseille.
25. Langkafel, Peter; Lüdke, Christian (2008): Breaking bad news. Das Überbringen schlechter Nachrichten in der Medizin. Heidelberg: Economica-Verl. (Gesundheitswesen in der Praxis).
26. Lown, Bernard (2008): Die verlorene Kunst des Heilens. Anstiftung zum Umdenken. 2., erw. und ill. Aufl., 1. Nachdr. Stuttgart: Schattauer.
27. Matzick, Sigrid (2008): Zukunftsaufgabe Gesundheitsberatung. Strategien für Gesundheitsberufe, Perspektiven für Patienten und Verbraucher. 2. Aufl. Lage: Jacobs (Gesundheit, Pflege, soziale Arbeit, 26).
28. Muthny, Fritz A.; Bermejo, Isaac; Atay, Halil (2009): Interkulturelle Medizin. Laientheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen. Köln: Dt. Ärzte-Verl.
29. Niethammer, Dietrich; Schmeling-Kludas, Christoph (2008): Das sprachlose Kind. Vom ehrlichen Umgang mit schwer kranken und sterbenden Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Schattauer (Schriftenreihe der Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin).
30. Pflüger, Eva; Schönwälder, Thomas (2008): Kommunikation in der Arztpraxis. Führen, Coachen, Managen. Heidelberg: Economica (Arzt & Wirtschaft - Bibliothek).

31. Pilnick, Alison (2009): Communication in healthcare settings: participation, policy and new technologies. Oxford: Blackwell Publ. (Sociology of health & illness Special issue, 31.2009,6).
32. Sachse, Rainer (2009): Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten. 5. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl.
33. Sator, Marlene (2009): "Irgendwie schwierig das zu differenzieren!". Schmerzdifferenzierung - eine gesprächsanalytische Untersuchung ärztlicher Erstgespräche an der Kopfschmerzambulanz. Wien, Univ., Diss., 2009.
34. Schrimpf, Ulrike; Bahnemann, Markus (2010): Deutsch für Ärztinnen und Ärzte. Kommunikationstraining für Klinik und Praxis ; mit Audio-CD. Heidelberg: Springer Medizin.
35. Schröder, Ann Sophie (2008): Würde in der Behandlung schwer kranker Menschen. Univ., FB Medizin, Diss.--Hamburg, 2008.
36. Schwarz, Reinhold; Singer, Susanne; Schwarz-Singer (2008): Einführung psychosoziale Onkologie. Mit 49 Tabellen. München: Reinhardt (UTB Medizin, Psychologie, 3071).
37. Schweickhardt, Axel; Geigges, Werner; Fritzsche, Kurt (2009): Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. 2. erw. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
38. Seelos, Hans-Jürgen (2008): Patientensouveränität und Patientenführung. Medizinmanagement in Theorie und Praxis. 1. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
39. Seidel, Wolfgang (2009): Emotionspsychologie im Krankenhaus. Ein Leitfaden zur Überlebenskunst für Ärzte, Pflegende und Patienten. 1. Aufl. Berlin: Springer; Spektrum Akademischer Verl.
40. Silverman, Jonathan; Kurtz, Suzanne; Draper, Juliet (2008): Skills for communicating with patients. 2. ed., reprint. Oxford: Radcliffe.
41. Slesina, Wolfgang; Knerr, Astrid (2008): Warum manche Ärzte mit Selbsthilfegruppen kooperieren - und andere nicht: Ansatzpunkte für die Aktivierung bisher nicht kooperationsaktiver Ärzte. Ergebnisse einer Studie. Halle: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Sektion Medizinische Soziologie.

42. Stührmann, Sabine (2008): Die Arzt-Patient-Beziehung in der stationären Psychiatrie. Von der Compliance zur Kooperation. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
43. Swanson, Todd A.; Kim, Sandra I.; Hussain, Nadeem N. (2008): Behavioral science. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins (USMLE step 1).
44. Vollmann, Jochen (2008): Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. Beiträge zur Klinischen Ethik. Stuttgart: Kohlhammer.
45. Wittkowski, Joachim; Schröder, Christina (2008): Angemessene Betreuung am Ende des Lebens. Barrieren und Strategien zu ihrer Überwindung ; mit 3 Tabellen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

12 Danksagung

Zunächst danke ich dem Betreuer dieser Arbeit, Herrn Prof. Dr. Kropp, Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, für seine Bereitschaft, einem „Externen“ die Promotion an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock zu ermöglichen. Ich danke ihm für seine schnellen Reaktionen auf zahllose Mails, für sein Interview innerhalb dieser Arbeit und die Ermutigung während der zwei Jahre, die zum Verfassen der Arbeit nötig waren.

Mein Dank geht auch an die Lehrenden an der Medizinischen Fakultät, die neben Herrn Prof. Dr. Kropp für die Interviews zur Verfügung standen:

1. Herrn Prof. Dr. med. Altiner;
2. Herrn Prof. Dr. med. Junghanß,
3. Herrn Prof. Dr. med. Mittlmeier;
4. Herrn Prof. Dr. med. Plath.

Ich danke ausdrücklich allen Teilnehmern an der empirischen Untersuchung: den Ärzten an den Lehrkrankenhäusern der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock, den Ärztlichen Direktoren, die sich für das Bearbeiten der elektronischen Fragebögen eingesetzt haben, den Studierenden der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock.

Ganz besonders möchte ich den Einsatz des Ärztlichen Direktors des KMG-Klinikums Güstrow, Herrn Dr. med. Kaiser, hervorheben, der während der Pilotphase des Projekts mit großem Engagement für eine hohe Rücklaufquote sorgte.

Ich danke Herrn Dr. med. Westphal für die Kontakthanbahnung zum KMG-Klinikum Güstrow.

Ich danke Frau PD Dr. med. Jana Jünger von der Medizinischen Fakultät Heidelberg für ihre Artikelzusammenstellung.

Ich danke Herrn Prof. Dr. med. Gross von der Berliner Charité für seine grundsätzliche Bereitschaft zu einem Interview.

Dank gebührt auch Frau Astrid Martin vom Rechenzentrum der Universität Rostock, die trotz der Fußball-WM so manchen Nachmittag im Rechenzentrum verbrachte, um mich das Einmaleins empirischen Denkens zu lehren.

Schließlich danke ich Herrn Pascal Zurek ausdrücklich für seine Unterstützung bei der Erstellung des Layouts für beide Bände dieser Arbeit.

Peter Kuhnert,
im Dezember 2011

II

Materialienband

Inhaltsverzeichnis

1	Musterblatt für den Fragebogen: Empirische Untersuchung bei den Vorklinikern.....	3
2	Musterblatt für den Fragebogen: Empirische Untersuchung bei den Klinikern.....	8
3	Musterblatt für den Fragebogen: Empirische Untersuchung bei den Ärzten	8
4	Hinweis zur Tabellenzählung.....	9
5	Deskriptive und inferente Statistiken	10
5.1	Deskriptive Statistiken	10
5.1.1	Auswertung der empirischen Daten aus dem Vorklinikum	10
5.1.1.1	Darstellung der allgemeinen Angaben zu Erfahrungen im bisherigen Studium (VK)	10
5.1.1.2	Darstellung der Angaben zu sozialen und kommunikativen Fähigkeiten (VK).....	12
5.1.1.3	Darstellung der Angaben zur organisatorischen Struktur künftiger Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen (VK)	18
5.1.2	Auswertung der empirischen Daten aus den klinischen Semestern	22
5.1.2.1	Darstellung der allgemeinen Angaben zu Erfahrungen im bisherigen Studium (K).....	22
5.1.2.2	Darstellung der Angaben zu sozialen und kommunikativen Fähigkeiten (K).....	24
5.1.2.3	Darstellung der Angaben zur organisatorischen Struktur zukünftiger Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen (K)	30
5.1.3	Auswertung der empirischen Daten aus der Ärztebefragung	35
5.1.3.1	Darstellung der allgemeinen Angaben zu Erfahrungen im Studium (Ä)	35
5.1.3.2	Darstellung der Angaben zu sozialen und kommunikativen Fähigkeiten (Ä).....	37
5.1.3.3	Darstellung der Angaben zur organisatorischen Struktur künftiger Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen (Ä)	43
5.1.4	Gesamtzusammenfassung aller Daten.....	48
5.1.4.1	Gesamtdarstellung zu Erfahrungen im Studium der Medizin (VK+K+Ä).....	48
5.1.4.2	Gesamtdarstellung zu sozialen und kommunikativen Fähigkeiten (VK+K+Ä).....	50
5.1.4.3	Gesamtdarstellung zur organisatorischen Struktur künftiger Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten (VK+K+Ä)	56
5.2	Inferente Statistiken	61
5.2.1	Gegenüberstellung der empirischen Daten: Studenten – Ärzte.....	61
5.2.2	Gegenüberstellung der empirischen Daten: Vorklinik – Ärzte	75
5.2.3	Gegenüberstellung der empirischen Daten: Klinik – Ärzte	90
5.2.4	Gegenüberstellung der empirischen Daten: Vorklinik – Klinik.....	106

1 Musterblatt für den Fragebogen: Empirische Untersuchung bei den Vorklinikern

Aus formatierungstechnischen Gründen erfolgt die Darstellung des Fragebogens ab der nächsten Seite.

EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG (VK)

Bitte codieren Sie Ihren Fragebogen wie folgt:

- Kästchen 1 und 2: **Geburts**tag Ihrer Mutter
- Kästchen 3 und 4: die ersten zwei Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter
- Kästchen 5 und 6: Ihr **Geburts**tag

Beispiel:

☐2 ☐7 ☐A ☐N ☐0 ☐6

Abschnitt I: Allgemeine Angaben zur Person

1. Alter:
2. Geschlecht:
3. Besitzen Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem medizinisch orientierten Beruf? Wenn ja, in welchem Beruf?
 - Gesundheits- und Krankenpfleger
 - Kindergesundheits- und Krankenpfleger
 - Altenpfleger
 - Hebamme
 - Physiotherapeut
 - Medizinisch-Technischer Radiologieassistent
 - Operationstechnischer Assistent
 - Anderer:
4. In welchem Semester studieren Sie derzeit Humanmedizin?

1 2 3 4 5 6
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐
☐w ☐m

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐ _____
☐ ☐

Abschnitt II: Angaben zu sozialen und kommunikativen Fähigkeiten

1. Für wie wichtig schätzen Sie ein gelungenes Arzt-Patient-Verhältnis ein?
2. Welche Bedeutung haben Ihrer Meinung nach die Kommunikationsfähigkeiten eines Arztes gegenüber dem Patienten?
3. Beurteilen Sie den Grad Ihrer kommunikativen Fähigkeiten nach dem Schulabschluss.

Legende:

- 1 = hoher Grad der Ablehnung/unwichtig/mangelhaft
 2 = teilweise Ablehnung/weniger wichtig/ausreichend
 3 = nicht entscheidbar/befriedigend
 4 = überwiegender Grad der Zustimmung/wichtig/gut
 5 = voller Grad der Zustimmung/sehr wichtig/sehr gut

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Allgemeine kommunikative und soziale Kompetenzen;

- Soziale Verantwortung;
- Selbstreflexion;
- Umgang mit Fehlern;
- Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung;
- Interaktion/Beziehungsgestaltung;
- Theorien der Arzt-Patient-Beziehung;
- Teamentwicklung und Arbeit im Team;
- Führungskompetenzen;
- Rollen und Identität - bezogen auf die eigenen Person;
- Management und Selbstorganisation;
- Selbstschutz;
- Integration in professionelle Rahmenbedingungen;
- Werte und Normen in der Entscheidungsfindung;
- Beachtung von Kontextbedingungen bei der Urteilsfindung;
- Berücksichtigung von Ungewissheit bei der Urteilsfindung;
- Kenntnisse über die Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung;

- Fähigkeit zur Informationsbeschaffung innerhalb des Prozesses zur Urteilsfindung.

5. Haben Sie innerhalb Ihrer Ausbildung schon einmal einen Kommunikationskurs belegt? (wenn ja – wann und an welchem Institut?)

6. Halten Sie die Vermittlung von kommunikativen Techniken und deren Anwendung in konkreten Situationen innerhalb der Ausbildung für ausreichend?

Abschnitt III: Ausblicke

Gehen Sie von der Annahme aus, dass Veranstaltungen zur Verbesserung Ihrer kommunikativen Fähigkeiten innerhalb der Arzt-Patient-Interaktion geplant sind. Schätzen Sie die Gewichtung folgender Items bei der Organisation und Durchführung einer solchen Veranstaltung ein.

1. Die Lehrveranstaltungen sollten mit anderen praktischen fachspezifischen Aspekten gekoppelt werden (Beispiel: Das schwere Patientengespräch - Übermittlung schlechter Nachrichten gekoppelt mit Diagnoseübungen im onkologischen Bereich oder Übungen zur Anamneseerhebung auf einer onkologischen Station).
2. Die Lehrveranstaltungen sollten nicht gesondert als eigenständige Veranstaltungen organisiert werden, sondern jedes Fachgebiet sollte bei entsprechender Gelegenheit auf soziale und kommunikative Aspekte eingehen.
3. Die Lehrveranstaltungen sollten ausbildungsbegleitend organisiert werden, das heißt im ersten Semester beginnen und dann (aufbauend auf einzelne Module) bis zum achten bzw. zehnten Semester fortgeführt werden.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		
<hr/>				
<hr/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Die LV sollten Pflichtveranstaltungen werden.
5. Die Lehrveranstaltung sollte im regelmäßigen Rhythmus durchgeführt werden (wöchentlich 1 SWS, vierzehntäglich 2 SWS).
6. Die Lehrveranstaltung sollte im Block in Form von Wochenendkursen angeboten werden (Freitagabend bis Sonntagnachmittag).
7. Die Lehrveranstaltungen sollten erst in der klinischen Phase der Ausbildung beginnen.
8. In der vorklinischen Ausbildung sollten theoretische Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion im Vordergrund stehen, in der klinischen Phase praktische Übungen.
9. Wie hoch ist der Grad des Erkenntnisgewinns bei der Übung in Großgruppen (10 TN und mehr)?
10. Wie schätzen Sie die Realisierbarkeit von Projektarbeit mit diesem Themenschwerpunkt innerhalb Ihrer Ausbildung ein?
11. Die Lehrveranstaltungen sollten vorrangig patientenorientiert mithilfe von Übungen mit standardisierten Patienten (beispielsweise Schauspielstudenten) durchgeführt werden.
12. In den Lehrveranstaltungen sollten Rollenspiele verstärkt eingesetzt werden (das heißt: Übungen der Studenten untereinander, wechselnd in der Arzt- bzw. Patientenrolle).
13. Videoaufzeichnungen sollten in solchen LV als Pflicht gelten.
14. Die Anwendung unterschiedlicher Feedbacktechniken wird als eine grundlegende Methode zur Erkenntnisgewinnung innerhalb solcher Lehrveranstaltungen praktiziert.
15. An welchem Institut sollte Ihrer Meinung nach eine solche Lehrveranstaltung angesiedelt sein?
16. Geben Sie hier mögliche, Sie interessierende Schwerpunkte/Themen von Kommunikationskursen an:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Musterblatt für den Fragebogen: Empirische Untersuchung bei den Klinikern

Der Fragebogen für die Studenten der Klinik entspricht dem der Vorklinik-Studenten.

3 Musterblatt für den Fragebogen: Empirische Untersuchung bei den Ärzten

Der Fragebogen der Ärzte entspricht in den Abschnitten II, III und IV dem der VK bzw.

K. Nur im Abschnitt I wurden die Fragen 3 und 4 geändert. Sie lauteten:

Frage 3: In welchem medizinischen Bereich/auf welcher medizinischen Station sind Sie tätig?

Frage 4: In welchem Dienstverhältnis befinden Sie sich?

4 Hinweis zur Tabellenzählung

Um das Auffinden der Tabellen im Materialienband zu erleichtern und die Systematik beizubehalten, wie sie sich aus der Gliederung der Arbeit ergibt, wurden die Tabellen mit den jeweiligen Gliederungspunkten der Arbeit, denen sie zugeordnet wurden, versehen. Statt der ersten Ziffer „7“ (wie im Band I) musste hier aus textbedingten Gründen die „5“ gesetzt werden. Erst die letzte Ziffer gibt die fortlaufende Zählung an.

5 Deskriptive und inferente Statistiken

5.1 Deskriptive Statistiken

5.1.1 Auswertung der empirischen Daten aus dem Vorklinikum

5.1.1.1 Darstellung der allgemeinen Angaben zu Erfahrungen im bisherigen Studium (VK)

2. Geschlecht:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weiblich	148	68,8	68,8	68,8
	männlich	67	31,2	31,2	100,0
	Gesamt	215	100,0	100,0	

Tab. 5.1.1.1 (1)

3. Besitzen Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem medizinisch orientierten Beruf?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	22	10,2	17,5	17,5
	nein	104	48,4	82,5	100,0
	Gesamt	126	58,6	100,0	
Fehlend	System	89	41,4		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.1 (2)

1. Fühlen Sie sich durch das Gymnasium optimal vorbereitet auf das Medizinstudium?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	1	,5	,8	,8
	ausreichend	20	9,3	16,1	16,9
	befriedigend	34	15,8	27,4	44,4
	gut	58	27,0	46,8	91,1
	sehr gut	11	5,1	8,9	100,0
	Gesamt	124	57,7	100,0	
Fehlend	System	91	42,3		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.1 (3)

2. Wie beurteilen Sie generell die Qualität der Lehre an der Medizinischen Fakultät Ihres Studienortes?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ausreichend	9	4,2	7,3	7,3
	befriedigend	16	7,4	13,0	20,3
	gut	80	37,2	65,0	85,4
	sehr gut	18	8,4	14,6	100,0
	Gesamt	123	57,2	100,0	
Fehlend	System	92	42,8		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.1 (4)

3. Schätzen Sie den Grad der Anwendbarkeit Ihres Wissens aus dem Studium im jetzigen Berufsalltag ein.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr geringer Grad	1	,5	,8	,8
	geringer Grad	9	4,2	7,4	8,3
	unentschieden	36	16,7	29,8	38,0
	hoher Grad	59	27,4	48,8	86,8
	sehr hoher Grad	16	7,4	13,2	100,0
	Gesamt	121	56,3	100,0	
Fehlend	System	94	43,7		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.1 (5)

4. Beurteilen Sie den Grad der Handlungsorientierung in den Lehrveranstaltungen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr geringer Grad	1	,5	,9	,9
	geringer Grad	7	3,3	6,4	7,3
	unentschieden	58	27,0	52,7	60,0
	hoher Grad	41	19,1	37,3	97,3
	sehr hoher Grad	3	1,4	2,7	100,0
	Gesamt	110	51,2	100,0	
Fehlend	System	105	48,8		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.1 (6)

5. Schätzen Sie den Grad der Patientenorientierung in den Lehrveranstaltungen ein.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr geringer Grad	4	1,9	3,7	3,7
	geringer Grad	13	6,0	12,1	15,9
	unentschieden	55	25,6	51,4	67,3
	hoher Grad	29	13,5	27,1	94,4
	sehr hoher Grad	6	2,8	5,6	100,0
	Gesamt	107	49,8	100,0	
Fehlend	System	108	50,2		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.1 (7)

5.1.1.2 Darstellung der Angaben zu sozialen und kommunikativen Fähigkeiten (VK)

1. Für wie wichtig schätzen Sie ein gelungenes Arzt-Patient-Verhältnis ein?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	unwichtig	7	3,3	5,6	5,6
	eher unwichtig	3	1,4	2,4	7,9
	weder noch	3	1,4	2,4	10,3
	eher wichtig	19	8,8	15,1	25,4
	sehr wichtig	94	43,7	74,6	100,0
	Gesamt	126	58,6	100,0	
Fehlend	System	89	41,4		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.2 (1)

2. Welche Bedeutung haben Ihrer Meinung nach die Kommunikationsfähigkeiten eines Arztes gegenüber dem Patienten?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	unwichtig	8	3,7	3,7	3,7
	eher unwichtig	6	2,8	2,8	6,5
	weder noch	6	2,8	2,8	9,3
	eher wichtig	69	32,1	32,1	41,4
	sehr wichtig	126	58,6	58,6	100,0
	Gesamt	215	100,0	100,0	

Tab. 5.1.1.2 (2)

3. Beurteilen Sie den Grad Ihrer kommunikativen Fähigkeiten nach dem Schulabschluss.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	1	,5	,5	,5
	ausreichend	20	9,3	9,3	9,8
	befriedigend	80	37,2	37,4	47,2
	gut	97	45,1	45,3	92,5
	sehr gut	16	7,4	7,5	100,0
	Gesamt	214	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.2 (3)

4. Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten hinsichtlich allgemeiner kommunikativer und sozialer Kompetenzen derzeit ein?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	2	,9	,9	,9
	ausreichend	16	7,4	7,5	8,4
	befriedigend	41	19,1	19,2	27,6
	gut	119	55,3	55,6	83,2
	sehr gut	36	16,7	16,8	100,0
	Gesamt	214	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.2 (4)

- soziale Verantwortung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	5	2,3	2,3	2,3
	ausreichend	9	4,2	4,2	6,5
	befriedigend	46	21,4	21,4	27,9
	gut	109	50,7	50,7	78,6
	sehr gut	46	21,4	21,4	100,0
	Gesamt	215	100,0	100,0	

Tab. 5.1.1.2 (5)

- Selbstreflexion;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	4	1,9	1,9	1,9
	ausreichend	15	7,0	7,0	8,9
	befriedigend	82	38,1	38,3	47,2
	gut	91	42,3	42,5	89,7
	sehr gut	22	10,2	10,3	100,0
	Gesamt	214	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.2 (6)

- Umgang mit Fehlern;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	2	,9	,9	,9
	ausreichend	26	12,1	12,1	13,0
	befriedigend	90	41,9	41,9	54,9
	gut	84	39,1	39,1	94,0
	sehr gut	13	6,0	6,0	100,0
	Gesamt	215	100,0	100,0	

Tab. 5.1.1.2 (7)

- Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	1	,5	,5	,5
	ausreichend	25	11,6	12,4	12,9
	befriedigend	67	31,2	33,2	46,0
	gut	89	41,4	44,1	90,1
	sehr gut	20	9,3	9,9	100,0
	Gesamt	202	94,0	100,0	
Fehlend	System	13	6,0		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.2 (8)

- Interaktion/Beziehungsgestaltung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	3	1,4	1,4	1,4
	ausreichend	14	6,5	6,7	8,2
	befriedigend	69	32,1	33,2	41,3
	gut	109	50,7	52,4	93,8
	sehr gut	13	6,0	6,3	100,0
	Gesamt	208	96,7	100,0	
Fehlend	System	7	3,3		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.2 (9)

- Theorien der Arzt-Patient-Kommunikation;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	10	4,7	5,2	5,2
	ausreichend	45	20,9	23,2	28,4
	befriedigend	76	35,3	39,2	67,5
	gut	52	24,2	26,8	94,3
	sehr gut	11	5,1	5,7	100,0
	Gesamt	194	90,2	100,0	
Fehlend	System	21	9,8		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.2 (10)

- Teamentwicklung und Arbeit im Team;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	3	1,4	1,4	1,4
	ausreichend	17	7,9	8,1	9,6
	befriedigend	34	15,8	16,3	25,8
	gut	107	49,8	51,2	77,0
	sehr gut	48	22,3	23,0	100,0
	Gesamt	209	97,2	100,0	
Fehlend	System	6	2,8		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.2 (11)

- Führungskompetenzen;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	3	1,4	1,4	1,4
	ausreichend	23	10,7	10,7	12,1
	befriedigend	60	27,9	28,0	40,2
	gut	102	47,4	47,7	87,9
	sehr gut	26	12,1	12,1	100,0
	Gesamt	214	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.2 (12)

- Rolle und Identität, bezogen auf die eigene Person;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	5	2,3	2,4	2,4
	ausreichend	16	7,4	7,7	10,0
	befriedigend	54	25,1	25,8	35,9
	gut	106	49,3	50,7	86,6
	sehr gut	28	13,0	13,4	100,0
	Gesamt	209	97,2	100,0	
Fehlend	System	6	2,8		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.2 (13)

- Management und Organisation;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	5	2,3	2,3	2,3
	ausreichend	31	14,4	14,4	16,7
	befriedigend	55	25,6	25,6	42,3
	gut	80	37,2	37,2	79,5
	sehr gut	44	20,5	20,5	100,0
	Gesamt	215	100,0	100,0	

Tab. 5.1.1.2 (14)

- Selbstschutz;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	5	2,3	2,3	2,3
	ausreichend	35	16,3	16,4	18,8
	befriedigend	62	28,8	29,1	47,9
	gut	82	38,1	38,5	86,4
	sehr gut	29	13,5	13,6	100,0
	Gesamt	213	99,1	100,0	
Fehlend	System	2	,9		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.2 (15)

- Integration in professionelle Rahmenbedingungen;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	1	,5	,5	,5
	ausreichend	18	8,4	8,5	9,0
	befriedigend	75	34,9	35,4	44,3
	gut	95	44,2	44,8	89,2
	sehr gut	23	10,7	10,8	100,0
	Gesamt	212	98,6	100,0	
Fehlend	System	3	1,4		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.2 (16)

- Werte und Normen in der Entscheidungsfindung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	6	2,8	2,8	2,8
	ausreichend	12	5,6	5,7	8,5
	befriedigend	48	22,3	22,6	31,1
	gut	119	55,3	56,1	87,3
	sehr gut	27	12,6	12,7	100,0
	Gesamt	212	98,6	100,0	
Fehlend	System	3	1,4		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.2 (17)

- Beachtung von Kontextbedingungen bei der Urteilsfindung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	3	1,4	1,4	1,4
	ausreichend	13	6,0	6,2	7,7
	befriedigend	67	31,2	32,1	39,7
	gut	109	50,7	52,2	91,9
	sehr gut	17	7,9	8,1	100,0
	Gesamt	209	97,2	100,0	
Fehlend	System	6	2,8		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.2 (18)

- Berücksichtigung von Ungewissheit bei der Urteilsfindung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	3	1,4	1,5	1,5
	ausreichend	18	8,4	8,8	10,3
	befriedigend	76	35,3	37,3	47,5
	gut	84	39,1	41,2	88,7
	sehr gut	23	10,7	11,3	100,0
	Gesamt	204	94,9	100,0	
Fehlend	System	11	5,1		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.2 (19)

- Kenntnisse über die Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	5	2,3	2,6	2,6
	ausreichend	26	12,1	13,4	16,0
	befriedigend	87	40,5	44,8	60,8
	gut	67	31,2	34,5	95,4
	sehr gut	9	4,2	4,6	100,0
	Gesamt	194	90,2	100,0	
Fehlend	System	21	9,8		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.2 (20)

- Fähigkeit zur Informationsbeschaffung innerhalb des Prozesses zur Urteilsfindung.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	4	1,9	1,9	1,9
	ausreichend	18	8,4	8,7	10,7
	befriedigend	45	20,9	21,8	32,5
	gut	101	47,0	49,0	81,6
	sehr gut	38	17,7	18,4	100,0
	Gesamt	206	95,8	100,0	
Fehlend	System	9	4,2		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.2 (21)

5. Haben Sie innerhalb Ihrer Ausbildung schon einmal einen Kommunikationskurs belegt?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	22	10,2	13,6	13,6
	nein	140	65,1	86,4	100,0
	Gesamt	162	75,3	100,0	
Fehlend	System	53	24,7		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.2 (22)

6. Halten Sie die Vermittlung von kommunikativen Techniken und deren Anwendung in konkreten Situationen innerhalb Ihrer Ausbildung für ausreichend?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	12	5,6	6,7	6,7
	teilweise Ablehnung	46	21,4	25,7	32,4
	nicht entscheidbar	72	33,5	40,2	72,6
	überwiegender Grad der Zustimmung	42	19,5	23,5	96,1
	hoher Grad der Zustimmung	7	3,3	3,9	100,0
	Gesamt	179	83,3	100,0	
Fehlend	System	36	16,7		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.2 (23)

5.1.1.3 Darstellung der Angaben zur organisatorischen Struktur künftiger Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen (VK)

1. Die Lehrveranstaltungen (LV) sollten mit anderen praktischen fachspezifischen Aspekten gekoppelt werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	9	4,2	4,2	4,2
	teilweise Ablehnung	17	7,9	7,9	12,1
	nicht entscheidbar	33	15,3	15,3	27,4
	übewiegender Grad der Zustimmung	89	41,4	41,4	68,8
	hoher Grad der Zustimmung	67	31,2	31,2	100,0
	Gesamt	215	100,0	100,0	

Tab. 5.1.1.3 (1)

2. Die LV sollten nicht gesondert als eigenständige Veranstaltungen organisiert werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	7	3,3	3,3	3,3
	teilweise Ablehnung	39	18,1	18,1	21,4
	nicht entscheidbar	59	27,4	27,4	48,8
	übewiegender Grad der Zustimmung	75	34,9	34,9	83,7
	hoher Grad der Zustimmung	35	16,3	16,3	100,0
	Gesamt	215	100,0	100,0	

Tab. 5.1.1.3 (2)

3. Die LV sollten ausbildungsbegleitend organisiert werden, das heißt im ersten Semester beginnen und im 10. Semester enden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	16	7,4	7,5	7,5
	teilweise Ablehnung	29	13,5	13,6	21,0
	nicht entscheidbar	60	27,9	28,0	49,1
	übewiegender Grad der Zustimmung	72	33,5	33,6	82,7
	hoher Grad der Zustimmung	37	17,2	17,3	100,0
	Gesamt	214	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.3 (3)

4. Die LV sollten Pflichtveranstaltungen werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	31	14,4	14,4	14,4
	teilweise Ablehnung	44	20,5	20,5	34,9
	nicht entscheidbar	65	30,2	30,2	65,1
	überwiegender Grad der Zustimmung	44	20,5	20,5	85,6
	hoher Grad der Zustimmung	31	14,4	14,4	100,0
	Gesamt	215	100,0	100,0	

Tab. 5.1.1.3 (4)

5. Die LV sollten in regelmäßigen Rhythmus durchgeführt werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	15	7,0	7,1	7,1
	teilweise Ablehnung	29	13,5	13,7	20,8
	nicht entscheidbar	70	32,6	33,0	53,8
	überwiegender Grad der Zustimmung	69	32,1	32,5	86,3
	hoher Grad der Zustimmung	29	13,5	13,7	100,0
	Gesamt	212	98,6	100,0	
Fehlend	System	3	1,4		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.3 (5)

6. Die LV sollten in Blockform (z.B. von Freitagabend bis Sonntagnachmittag) angeboten werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	110	51,2	51,6	51,6
	teilweise Ablehnung	58	27,0	27,2	78,9
	nicht entscheidbar	24	11,2	11,3	90,1
	überwiegender Grad der Zustimmung	13	6,0	6,1	96,2
	hoher Grad der Zustimmung	8	3,7	3,8	100,0
	Gesamt	213	99,1	100,0	
Fehlend	System	2	,9		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.3 (6)

7. Die LV sollten erst in der klinischen Phase der Ausbildung beginnen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	69	32,1	32,2	32,2
	teilweise Ablehnung	52	24,2	24,3	56,5
	nicht entscheidbar	38	17,7	17,8	74,3
	überwiegender Grad der Zustimmung	34	15,8	15,9	90,2
	hoher Grad der Zustimmung	21	9,8	9,8	100,0
	Gesamt	214	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.3 (7)

8. In der vorklinischen Ausbildung sollten theoretische Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion im Vordergrund stehen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	26	12,1	12,1	12,1
	teilweise Ablehnung	37	17,2	17,3	29,4
	nicht entscheidbar	75	34,9	35,0	64,5
	überwiegender Grad der Zustimmung	55	25,6	25,7	90,2
	hoher Grad der Zustimmung	21	9,8	9,8	100,0
	Gesamt	214	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.3 (8)

9. Wie hoch ist Ihrer Meinung nach der Grad des Erkenntnisgewinns bei der Übung in Großgruppen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gering	14	6,5	6,8	6,8
	gering	67	31,2	32,5	39,3
	mittel	89	41,4	43,2	82,5
	hoch	30	14,0	14,6	97,1
	sehr hoch	6	2,8	2,9	100,0
	Gesamt	206	95,8	100,0	
Fehlend	System	9	4,2		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.3 (9)

10. Wie schätzen Sie die Realisierbarkeit von Projektarbeit mit dem Thema „Kommunikation“ ein?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gering	7	3,3	3,3	3,3
	gering	57	26,5	27,3	30,6
	mittel	96	44,7	45,9	76,6
	hoch	44	20,5	21,1	97,6
	sehr hoch	5	2,3	2,4	100,0
	Gesamt	209	97,2	100,0	
Fehlend	System	6	2,8		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.3 (10)

11. Die LV sollten vorrangig patientenorientiert mithilfe von Übungen mit standardisierten Patienten erfolgen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	20	9,3	9,3	9,3
	teilweise Ablehnung	34	15,8	15,9	25,2
	nicht entscheidbar	55	25,6	25,7	50,9
	überwiegender Grad der Zustimmung	78	36,3	36,4	87,4
	hoher Grad der Zustimmung	27	12,6	12,6	100,0
	Gesamt	214	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.3 (11)

12. In den LV sollten Rollenspiele verstärkt eingesetzt werden (das heißt: Übungen der Studenten untereinander).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	18	8,4	8,4	8,4
	teilweise Ablehnung	32	14,9	14,9	23,3
	nicht entscheidbar	57	26,5	26,5	49,8
	überwiegender Grad der Zustimmung	75	34,9	34,9	84,7
	hoher Grad der Zustimmung	33	15,3	15,3	100,0
	Gesamt	215	100,0	100,0	

Tab. 5.1.1.3 (12)

13. Videoaufzeichnungen sollten in diesen LV als Pflicht gelten.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	47	21,9	22,2	22,2
	teilweise Ablehnung	52	24,2	24,5	46,7
	nicht entscheidbar	56	26,0	26,4	73,1
	überwiegender Grad der Zustimmung	45	20,9	21,2	94,3
	hoher Grad der Zustimmung	12	5,6	5,7	100,0
	Gesamt	212	98,6	100,0	
Fehlend	System	3	1,4		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.3 (13)

14. Die Anwendung unterschiedlicher Feedbacktechniken wird als eine grundlegende Methode zum Erkenntnisgewinn eingesetzt.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	6	2,8	2,9	2,9
	teilweise Ablehnung	24	11,2	11,7	14,6
	nicht entscheidbar	84	39,1	40,8	55,3
	überwiegender Grad der Zustimmung	75	34,9	36,4	91,7
	hoher Grad der Zustimmung	17	7,9	8,3	100,0
	Gesamt	206	95,8	100,0	
Fehlend	System	9	4,2		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.3 (14)

15. An welchem Institut sollte Ihrer Meinung nach eine solche LV angesiedelt sein?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Medizinische Psychologie/Psychologie/Psychiatrie/Soziologie	41	19,1	71,9	71,9
	Innere Medizin	1	,5	1,8	73,7
	Innere Medizin/Medizinische Psychologie	1	,5	1,8	75,4
	mehrere Institute	1	,5	1,8	77,2
	alle Institute	8	3,7	14,0	91,2
	alle ausbildenden Einrichtungen	2	,9	3,5	94,7
	ein noch zu schaffendes Institut	1	,5	1,8	96,5
	ein Institut mit Kompetenz	1	,5	1,8	98,2
	Sprachenzentrum	1	,5	1,8	100,0
	Gesamt	57	26,5	100,0	
	weiß nicht/keine Ahnung	2	,9		
	keine Angabe	156	72,6		
Fehlend	Gesamt	158	73,5		
Gesamt		215	100,0		

Tab. 5.1.1.3 (15)

5.1.2 Auswertung der empirischen Daten aus den klinischen Semestern

5.1.2.1 Darstellung der allgemeinen Angaben zu Erfahrungen im bisherigen Studium (K)

2. Geschlecht:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weiblich	199	71,8	72,1	72,1
	männlich	77	27,8	27,9	100,0
	Gesamt	276	99,6	100,0	
Fehlend	System	1	,4		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.1 (1)

3. Besitzen Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem medizinisch orientierten Beruf?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	28	10,1	10,1	10,1
	nein	249	89,9	89,9	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.1 (2)

1. Fühlen Sie sich durch das Gymnasium optimal vorbereitet auf das Medizinstudium?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	21	7,6	7,6	7,6
	ausreichend	62	22,4	22,4	30,0
	befriedigend	79	28,5	28,5	58,5
	gut	85	30,7	30,7	89,2
	sehr gut	30	10,8	10,8	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.1 (3)

2. Wie beurteilen Sie generell die Qualität der Lehre an der Medizinischen Fakultät Ihres Studienortes?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	20	7,2	7,2	7,2
	ausreichend	67	24,2	24,2	31,4
	befriedigend	120	43,3	43,3	74,7
	gut	68	24,5	24,5	99,3
	sehr gut	2	,7	,7	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.1 (4)

3. Schätzen Sie den Grad der Anwendbarkeit Ihres Wissens aus dem Studium im späteren Berufsalltag ein.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr geringer Grad	15	5,4	5,4	5,4
	geringer Grad	97	35,0	35,0	40,4
	unentschieden	113	40,8	40,8	81,2
	hoher Grad	47	17,0	17,0	98,2
	sehr hoher Grad	5	1,8	1,8	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.1 (5)

4. Beurteilen Sie den Grad der Handlungsorientierung in den Lehrveranstaltungen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr geringer Grad	48	17,3	17,3	17,3
	geringer Grad	125	45,1	45,1	62,5
	unentschieden	90	32,5	32,5	94,9
	hoher Grad	11	4,0	4,0	98,9
	sehr hoher Grad	3	1,1	1,1	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.1 (6)

5. Schätzen Sie den Grad der Patientenorientierung in den Lehrveranstaltungen ein.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr geringer Grad	49	17,7	17,7	17,7
	geringer Grad	120	43,3	43,3	61,0
	unentschieden	92	33,2	33,2	94,2
	hoher Grad	12	4,3	4,3	98,6
	sehr hoher Grad	4	1,4	1,4	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.1 (7)

5.1.2.2 Darstellung der Angaben zu sozialen und kommunikativen Fähigkeiten (K)

1. Für wie wichtig schätzen Sie ein gelungenes Arzt-Patient-Verhältnis ein?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	eher unwichtig	1	,4	,4	,4
	eher wichtig	35	12,6	12,7	13,0
	sehr wichtig	240	86,6	87,0	100,0
	Gesamt	276	99,6	100,0	
Fehlend	System	1	,4		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.2 (1)

2. Welche Bedeutung haben Ihrer Meinung nach die Kommunikationsfähigkeiten eines Arztes gegenüber dem Patienten?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weder noch	1	,4	,4	,4
	eher wichtig	62	22,4	22,5	22,9
	sehr wichtig	212	76,5	77,1	100,0
	Gesamt	275	99,3	100,0	
Fehlend	System	2	,7		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.2 (2)

3. Beurteilen Sie den Grad Ihrer kommunikativen Fähigkeiten nach dem Schulabschluss.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	5	1,8	1,8	1,8
	ausreichend	33	11,9	12,0	13,9
	befriedigend	109	39,4	39,8	53,6
	gut	112	40,4	40,9	94,5
	sehr gut	15	5,4	5,5	100,0
	Gesamt	274	98,9	100,0	
Fehlend	System	3	1,1		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.2 (3)

4. Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten hinsichtlich allgemeiner kommunikativer und sozialer Kompetenzen derzeit ein?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ausreichend	9	3,2	3,4	3,4
	befriedigend	37	13,4	13,8	17,2
	gut	162	58,5	60,4	77,6
	sehr gut	60	21,7	22,4	100,0
	Gesamt	268	96,8	100,0	
Fehlend	System	9	3,2		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.2 (4)

- soziale Verantwortung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ausreichend	5	1,8	1,8	1,8
	befriedigend	45	16,2	16,3	18,1
	gut	151	54,5	54,7	72,8
	sehr gut	75	27,1	27,2	100,0
	Gesamt	276	99,6	100,0	
Fehlend	System	1	,4		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.2 (5)

- Selbstreflexion;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ausreichend	10	3,6	3,6	3,6
	befriedigend	71	25,6	25,7	29,3
	gut	153	55,2	55,4	84,8
	sehr gut	42	15,2	15,2	100,0
	Gesamt	276	99,6	100,0	
Fehlend	System	1	,4		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.2 (6)

- Umgang mit Fehlern;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	3	1,1	1,1	1,1
	ausreichend	24	8,7	8,8	9,9
	befriedigend	117	42,2	42,7	52,6
	gut	120	43,3	43,8	96,4
	sehr gut	10	3,6	3,6	100,0
	Gesamt	274	98,9	100,0	
Fehlend	System	3	1,1		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.2 (7)

- Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	2	,7	,7	,7
	ausreichend	13	4,7	4,7	5,4
	befriedigend	78	28,2	28,2	33,6
	gut	156	56,3	56,3	89,9
	sehr gut	28	10,1	10,1	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.2 (8)

- Interaktion/Beziehungsgestaltung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	1	,4	,4	,4
	ausreichend	15	5,4	5,4	5,8
	befriedigend	93	33,6	33,6	39,4
	gut	140	50,5	50,5	89,9
	sehr gut	28	10,1	10,1	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.2 (9)

- Theorien der Arzt-Patient-Kommunikation;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	11	4,0	4,0	4,0
	ausreichend	55	19,9	19,9	23,8
	befriedigend	112	40,4	40,4	64,3
	gut	87	31,4	31,4	95,7
	sehr gut	12	4,3	4,3	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.2 (10)

- Teamentwicklung und Arbeit im Team;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	2	,7	,7	,7
	ausreichend	16	5,8	5,8	6,5
	befriedigend	47	17,0	17,0	23,5
	gut	151	54,5	54,5	78,0
	sehr gut	61	22,0	22,0	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.2 (11)

- Führungskompetenzen;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	10	3,6	3,6	3,6
	ausreichend	49	17,7	17,7	21,3
	befriedigend	102	36,8	36,8	58,1
	gut	95	34,3	34,3	92,4
	sehr gut	21	7,6	7,6	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.2 (12)

- Rolle und Identität, bezogen auf die eigene Person;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	3	1,1	1,1	1,1
	ausreichend	13	4,7	4,7	5,8
	befriedigend	79	28,5	28,7	34,5
	gut	135	48,7	49,1	83,6
	sehr gut	45	16,2	16,4	100,0
	Gesamt	275	99,3	100,0	
Fehlend	System	2	,7		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.2 (13)

- Management und Organisation;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	2	,7	,7	,7
	ausreichend	21	7,6	7,6	8,3
	befriedigend	82	29,6	29,6	37,9
	gut	117	42,2	42,2	80,1
	sehr gut	55	19,9	19,9	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.2 (14)

- Selbstschutz;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	7	2,5	2,5	2,5
	ausreichend	38	13,7	13,8	16,3
	befriedigend	103	37,2	37,3	53,6
	gut	108	39,0	39,1	92,8
	sehr gut	20	7,2	7,2	100,0
	Gesamt	276	99,6	100,0	
Fehlend	System	1	,4		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.2 (15)

- Integration in professionelle Rahmenbedingungen;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	4	1,4	1,4	1,4
	ausreichend	31	11,2	11,2	12,6
	befriedigend	106	38,3	38,3	50,9
	gut	122	44,0	44,0	94,9
	sehr gut	14	5,1	5,1	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.2 (16)

- Werte und Normen in der Entscheidungsfindung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	2	,7	,7	,7
	ausreichend	16	5,8	5,8	6,5
	befriedigend	73	26,4	26,4	32,9
	gut	152	54,9	54,9	87,7
	sehr gut	34	12,3	12,3	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.2 (17)

- Beachtung von Kontextbedingungen bei der Urteilsfindung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	2	,7	,7	,7
	ausreichend	15	5,4	5,4	6,2
	befriedigend	107	38,6	38,8	44,9
	gut	138	49,8	50,0	94,9
	sehr gut	14	5,1	5,1	100,0
	Gesamt	276	99,6	100,0	
Fehlend	System	1	,4		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.2 (18)

- Berücksichtigung von Ungewissheit bei der Urteilsfindung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	4	1,4	1,5	1,5
	ausreichend	24	8,7	8,8	10,2
	befriedigend	108	39,0	39,4	49,6
	gut	124	44,8	45,3	94,9
	sehr gut	14	5,1	5,1	100,0
	Gesamt	274	98,9	100,0	
Fehlend	System	3	1,1		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.2 (19)

- Kenntnisse über die Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	9	3,2	3,3	3,3
	ausreichend	60	21,7	21,7	25,0
	befriedigend	134	48,4	48,6	73,6
	gut	66	23,8	23,9	97,5
	sehr gut	7	2,5	2,5	100,0
	Gesamt	276	99,6	100,0	
Fehlend	System	1	,4		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.2 (20)

- Fähigkeit zur Informationsbeschaffung innerhalb des Prozesses zur Urteilsfindung.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	1	,4	,4	,4
	ausreichend	18	6,5	6,6	7,0
	befriedigend	77	27,8	28,2	35,2
	gut	132	47,7	48,4	83,5
	sehr gut	45	16,2	16,5	100,0
	Gesamt	273	98,6	100,0	
Fehlend	System	4	1,4		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.2 (21)

5. Haben Sie innerhalb Ihrer Ausbildung schon einmal einen Kommunikationskurs belegt?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	51	18,4	18,4	18,4
	nein	226	81,6	81,6	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.2 (22)

6. Halten Sie die Vermittlung von kommunikativen Techniken und deren Anwendung in konkreten Situationen innerhalb Ihrer Ausbildung für ausreichend?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	57	20,6	20,9	20,9
	teilweise Ablehnung	127	45,8	46,5	67,4
	nicht entscheidbar	58	20,9	21,2	88,6
	überwiegender Grad der Zustimmung	23	8,3	8,4	97,1
	hoher Grad der Zustimmung	8	2,9	2,9	100,0
	Gesamt	273	98,6	100,0	
Fehlend	System	4	1,4		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.2 (23)

7. Ist Ihnen der Kölner Evaluationsbogen (KEK) bekannt?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	6	2,2	2,2	2,2
	nein	267	96,4	97,8	100,0
	Gesamt	273	98,6	100,0	
Fehlend	System	4	1,4		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.2 (24)

5.1.2.3 Darstellung der Angaben zur organisatorischen Struktur zukünftiger Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen (K)

1. Die Lehrveranstaltungen (LV) sollten mit anderen praktischen fachspezifischen Aspekten gekoppelt werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	2	,7	,7	,7
	teilweise Ablehnung	9	3,2	3,2	4,0
	nicht entscheidbar	19	6,9	6,9	10,8
	übewiegender Grad der Zustimmung	101	36,5	36,5	47,3
	hoher Grad der Zustimmung	146	52,7	52,7	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.3 (1)

2. Die LV sollten nicht gesondert als eigenständige Veranstaltungen organisiert werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	16	5,8	5,8	5,8
	teilweise Ablehnung	47	17,0	17,0	22,7
	nicht entscheidbar	49	17,7	17,7	40,4
	übewiegender Grad der Zustimmung	98	35,4	35,4	75,8
	hoher Grad der Zustimmung	67	24,2	24,2	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.3 (2)

3. Die LV sollten ausbildungsbegleitend organisiert werden, das heißt im ersten Semester beginnen und im 10. Semester enden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	11	4,0	4,0	4,0
	teilweise Ablehnung	48	17,3	17,3	21,3
	nicht entscheidbar	45	16,2	16,2	37,5
	übewiegender Grad der Zustimmung	67	24,2	24,2	61,7
	hoher Grad der Zustimmung	106	38,3	38,3	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.3 (3)

4. Die LV sollten Pflichtveranstaltungen werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	31	11,2	11,2	11,2
	teilweise Ablehnung	42	15,2	15,2	26,4
	nicht entscheidbar	57	20,6	20,6	46,9
	überwiegender Grad der Zustimmung	63	22,7	22,7	69,7
	hoher Grad der Zustimmung	84	30,3	30,3	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.3 (4)

5. Die LV sollten in regelmäßigen Rhythmus durchgeführt werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	15	5,4	5,5	5,5
	teilweise Ablehnung	45	16,2	16,4	21,8
	nicht entscheidbar	53	19,1	19,3	41,1
	überwiegender Grad der Zustimmung	88	31,8	32,0	73,1
	hoher Grad der Zustimmung	74	26,7	26,9	100,0
	Gesamt	275	99,3	100,0	
Fehlend	System	2	,7		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.3 (5)

6. Die LV sollten in Blockform (z.B. von Freitagabend bis Sonntagnachmittag) angeboten werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	120	43,3	43,6	43,6
	teilweise Ablehnung	68	24,5	24,7	68,4
	nicht entscheidbar	29	10,5	10,5	78,9
	überwiegender Grad der Zustimmung	38	13,7	13,8	92,7
	hoher Grad der Zustimmung	20	7,2	7,3	100,0
	Gesamt	275	99,3	100,0	
Fehlend	System	2	,7		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.3 (6)

7. Die LV sollten erst in der klinischen Phase der Ausbildung beginnen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	51	18,4	18,5	18,5
	teilweise Ablehnung	55	19,9	20,0	38,5
	nicht entscheidbar	50	18,1	18,2	56,7
	überwiegender Grad der Zustimmung	59	21,3	21,5	78,2
	hoher Grad der Zustimmung	60	21,7	21,8	100,0
	Gesamt	275	99,3	100,0	
Fehlend	System	2	,7		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.3 (7)

8. In der vorklinischen Ausbildung sollten theoretische Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion im Vordergrund stehen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	39	14,1	14,1	14,1
	teilweise Ablehnung	49	17,7	17,8	31,9
	nicht entscheidbar	68	24,5	24,6	56,5
	überwiegender Grad der Zustimmung	77	27,8	27,9	84,4
	hoher Grad der Zustimmung	43	15,5	15,6	100,0
	Gesamt	276	99,6	100,0	
Fehlend	System	1	,4		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.3 (8)

9. Wie hoch ist Ihrer Meinung nach der Grad des Erkenntnisgewinns bei der Übung in Großgruppen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gering	68	24,5	24,5	24,5
	gering	117	42,2	42,2	66,8
	mittel	62	22,4	22,4	89,2
	hoch	25	9,0	9,0	98,2
	sehr hoch	5	1,8	1,8	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.3 (9)

10. Wie schätzen Sie die Realisierbarkeit von Projektarbeit mit dem Thema „Kommunikation“ ein?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gering	22	7,9	7,9	7,9
	gering	71	25,6	25,6	33,6
	mittel	98	35,4	35,4	69,0
	hoch	63	22,7	22,7	91,7
	sehr hoch	23	8,3	8,3	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.3 (10)

11. Die LV sollten vorrangig patientenorientiert mithilfe von Übungen mit standardisierten Patienten erfolgen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	11	4,0	4,0	4,0
	teilweise Ablehnung	31	11,2	11,2	15,2
	nicht entscheidbar	57	20,6	20,7	35,9
	überwiegender Grad der Zustimmung	111	40,1	40,2	76,1
	hoher Grad der Zustimmung	66	23,8	23,9	100,0
	Gesamt	276	99,6	100,0	
Fehlend	System	1	,4		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.3 (11)

12. In den LV sollten Rollenspiele verstärkt eingesetzt werden (das heißt: Übungen der Studenten untereinander).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	27	9,7	9,7	9,7
	teilweise Ablehnung	41	14,8	14,8	24,5
	nicht entscheidbar	68	24,5	24,5	49,1
	überwiegender Grad der Zustimmung	85	30,7	30,7	79,8
	hoher Grad der Zustimmung	56	20,2	20,2	100,0
	Gesamt	277	100,0	100,0	

Tab. 5.1.2.3 (12)

13. Videoaufzeichnungen sollten in diesen LV als Pflicht gelten.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	77	27,8	28,1	28,1
	teilweise Ablehnung	75	27,1	27,4	55,5
	nicht entscheidbar	64	23,1	23,4	78,8
	überwiegender Grad der Zustimmung	46	16,6	16,8	95,6
	hoher Grad der Zustimmung	12	4,3	4,4	100,0
	Gesamt	274	98,9	100,0	
Fehlend	System	3	1,1		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.3 (13)

14. Die Anwendung unterschiedlicher Feedbacktechniken wird als eine grundlegende Methode zum Erkenntnisgewinn eingesetzt.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	5	1,8	1,8	1,8
	teilweise Ablehnung	12	4,3	4,4	6,2
	nicht entscheidbar	88	31,8	32,0	38,2
	überwiegender Grad der Zustimmung	112	40,4	40,7	78,9
	hoher Grad der Zustimmung	58	20,9	21,1	100,0
	Gesamt	275	99,3	100,0	
Fehlend	System	2	,7		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.3 (14)

15. An welchem Institut sollte Ihrer Meinung nach eine solche LV angesiedelt sein?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Medizinische Psychologie/Psychologie/Psychiatrie/Soziologie	97	35,0	47,1	47,1
	Medizinische Psychologie/Allgemeinmedizin	10	3,6	4,9	51,9
	Allgemeinmedizin	40	14,4	19,4	71,4
	Allgemeinmedizin/Innere Medizin	1	,4	,5	71,8
	Allgemeinmedizin/Psychologie/Onkologie	1	,4	,5	72,3
	Allgemeinmedizin/Psychologie/Innere Medizin	1	,4	,5	72,8
	Allgemeinmedizin/Psychologie/Palliativmedizin	1	,4	,5	73,3
	Innere Medizin	15	5,4	7,3	80,6
	Innere Medizin/Onkologie/Pädiatrie/Psychiatrie	1	,4	,5	81,1
	Innere Medizin/Onkologie	2	,7	1,0	82,0
	Innere Medizin/Onkologie/Palliativmedizin	2	,7	1,0	83,0
	Innere Medizin/Chirurgie	2	,7	1,0	84,0
	Innere Medizin/Medizinische Psychologie	3	1,1	1,5	85,4
	Onkologie/Pädiatrie	1	,4	,5	85,9
	Palliativmedizin	1	,4	,5	86,4
	Sozialmedizin	1	,4	,5	86,9
	skills lab	2	,7	1,0	87,9
	alle Institute unter Führung der Psychologie	1	,4	,5	88,3
	mehrere Institute	3	1,1	1,5	89,8
	alle Institute außer Psychologie	1	,4	,5	90,3
	Institut für medizinische Ausbildung	2	,7	1,0	91,3
	alle Kliniken	1	,4	,5	91,7
	alle Institute	11	4,0	5,3	97,1
	ein noch zu schaffendes Institut	1	,4	,5	97,6
	ein Institut mit Kompetenz	2	,7	1,0	98,5
	ein gut erreichbares Institut	1	,4	,5	99,0
	kein einzelnes Institut	1	,4	,5	99,5
	nebensächlich	1	,4	,5	100,0
	Gesamt	206	74,4	100,0	
Fehlend	weiß nicht/keine Ahnung	3	1,1		
	keine Angabe	68	24,5		
	Gesamt	71	25,6		
Gesamt		277	100,0		

Tab. 5.1.2.3 (15)

5.1.3 Auswertung der empirischen Daten aus der Ärztebefragung

5.1.3.1 Darstellung der allgemeinen Angaben zu Erfahrungen im Studium (Ä)

2. Geschlecht:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weiblich	80	40,4	40,6	40,6
	männlich	117	59,1	59,4	100,0
	Gesamt	197	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.1 (1)

4. In welchem Dienstverhältnis befinden Sie sich?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	PJ	21	10,6	10,8	10,8
	Assistenzarzt	53	26,8	27,2	37,9
	Stationsarzt	40	20,2	20,5	58,5
	Oberarzt	59	29,8	30,3	88,7
	Chefarzt	22	11,1	11,3	100,0
	Gesamt	195	98,5	100,0	
Fehlend	System	3	1,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.1 (2)

1. Fühlen Sie sich durch das Studium optimal vorbereitet auf den ärztlichen Alltag?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	7	3,5	3,6	3,6
	ausreichend	45	22,7	23,2	26,8
	befriedigend	86	43,4	44,3	71,1
	gut	44	22,2	22,7	93,8
	sehr gut	12	6,1	6,2	100,0
	Gesamt	194	98,0	100,0	
Fehlend	System	4	2,0		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.1 (3)

2. Wie beurteilen Sie generell die Qualität der Lehre an der Medizinischen Fakultät Ihres Studienortes?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	2	1,0	1,0	1,0
	ausreichend	21	10,6	10,8	11,8
	befriedigend	65	32,8	33,3	45,1
	gut	96	48,5	49,2	94,4
	sehr gut	11	5,6	5,6	100,0
	Gesamt	195	98,5	100,0	
Fehlend	System	3	1,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.1 (4)

3. Schätzen Sie den Grad der Anwendbarkeit Ihres Wissens aus dem Studium im jetzigen Berufsalltag ein.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr geringer Grad	3	1,5	1,5	1,5
	geringer Grad	35	17,7	17,9	19,5
	unentschieden	81	40,9	41,5	61,0
	hoher Grad	67	33,8	34,4	95,4
	sehr hoher Grad	9	4,5	4,6	100,0
	Gesamt	195	98,5	100,0	
Fehlend	System	3	1,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.1 (5)

4. Beurteilen Sie den Grad der Handlungsorientierung in den Lehrveranstaltungen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr geringer Grad	10	5,1	5,2	5,2
	geringer Grad	58	29,3	30,1	35,2
	unentschieden	79	39,9	40,9	76,2
	hoher Grad	44	22,2	22,8	99,0
	sehr hoher Grad	2	1,0	1,0	100,0
	Gesamt	193	97,5	100,0	
Fehlend	System	5	2,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.1 (6)

5. Schätzen Sie den Grad der Patientenorientierung in den Lehrveranstaltungen ein.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr geringer Grad	15	7,6	7,8	7,8
	geringer Grad	63	31,8	32,8	40,6
	unentschieden	73	36,9	38,0	78,6
	hoher Grad	31	15,7	16,1	94,8
	sehr hoher Grad	10	5,1	5,2	100,0
	Gesamt	192	97,0	100,0	
Fehlend	System	6	3,0		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.1 (7)

5.1.3.2 Darstellung der Angaben zu sozialen und kommunikativen Fähigkeiten (Ä)

1. Für wie wichtig schätzen Sie ein gelungenes Arzt-Patient-Verhältnis ein?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	unwichtig	6	3,0	3,0	3,0
	eher unwichtig	2	1,0	1,0	4,1
	weder noch	3	1,5	1,5	5,6
	eher wichtig	27	13,6	13,7	19,3
	sehr wichtig	159	80,3	80,7	100,0
	Gesamt	197	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (1)

2. Welche Bedeutung haben Ihrer Meinung nach die Kommunikationsfähigkeiten eines Arztes gegenüber dem Patienten?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	unwichtig	5	2,5	2,6	2,6
	eher unwichtig	1	,5	,5	3,1
	weder noch	9	4,5	4,6	7,7
	eher wichtig	39	19,7	20,0	27,7
	sehr wichtig	141	71,2	72,3	100,0
	Gesamt	195	98,5	100,0	
Fehlend	System	3	1,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (2)

3. Beurteilen Sie den Grad Ihrer kommunikativen Fähigkeiten nach dem Studienabschluss..

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	2	1,0	1,0	1,0
	ausreichend	24	12,1	12,2	13,3
	befriedigend	92	46,5	46,9	60,2
	gut	67	33,8	34,2	94,4
	sehr gut	11	5,6	5,6	100,0
	Gesamt	196	99,0	100,0	
Fehlend	System	2	1,0		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (3)

4. Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten hinsichtlich allgemeiner kommunikativer und sozialer Kompetenzen derzeit ein?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	2	1,0	1,1	1,1
	ausreichend	6	3,0	3,2	4,3
	befriedigend	26	13,1	13,8	18,1
	gut	109	55,1	58,0	76,1
	sehr gut	45	22,7	23,9	100,0
	Gesamt	188	94,9	100,0	
Fehlend	System	10	5,1		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (4)

- soziale Verantwortung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	1	,5	,5	,5
	ausreichend	9	4,5	4,6	5,1
	befriedigend	25	12,6	12,7	17,8
	gut	97	49,0	49,2	67,0
	sehr gut	65	32,8	33,0	100,0
	Gesamt	197	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (5)

- Selbstreflexion;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	1	,5	,5	,5
	ausreichend	16	8,1	8,1	8,6
	befriedigend	52	26,3	26,4	35,0
	gut	93	47,0	47,2	82,2
	sehr gut	35	17,7	17,8	100,0
	Gesamt	197	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (6)

- Umgang mit Fehlern;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ausreichend	15	7,6	7,6	7,6
	befriedigend	83	41,9	42,1	49,7
	gut	85	42,9	43,1	92,9
	sehr gut	14	7,1	7,1	100,0
	Gesamt	197	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (7)

- Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	1	,5	,5	,5
	ausreichend	6	3,0	3,0	3,6
	befriedigend	28	14,1	14,2	17,8
	gut	105	53,0	53,3	71,1
	sehr gut	57	28,8	28,9	100,0
	Gesamt	197	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (8)

- Interaktion/Beziehungsgestaltung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	1	,5	,5	,5
	ausreichend	16	8,1	8,2	8,7
	befriedigend	47	23,7	24,0	32,7
	gut	107	54,0	54,6	87,2
	sehr gut	25	12,6	12,8	100,0
	Gesamt	196	99,0	100,0	
Fehlend	System	2	1,0		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (9)

- Theorien der Arzt-Patient-Kommunikation;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	12	6,1	6,1	6,1
	ausreichend	43	21,7	21,9	28,1
	befriedigend	78	39,4	39,8	67,9
	gut	48	24,2	24,5	92,3
	sehr gut	15	7,6	7,7	100,0
	Gesamt	196	99,0	100,0	
Fehlend	System	2	1,0		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (10)

- Teamentwicklung und Arbeit im Team;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	4	2,0	2,0	2,0
	ausreichend	19	9,6	9,6	11,7
	befriedigend	39	19,7	19,8	31,5
	gut	106	53,5	53,8	85,3
	sehr gut	29	14,6	14,7	100,0
	Gesamt	197	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (11)

- Führungskompetenzen;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	4	2,0	2,0	2,0
	ausreichend	20	10,1	10,2	12,2
	befriedigend	71	35,9	36,0	48,2
	gut	80	40,4	40,6	88,8
	sehr gut	22	11,1	11,2	100,0
	Gesamt	197	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (12)

- Rolle und Identität, bezogen auf die eigene Person;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ausreichend	13	6,6	6,7	6,7
	befriedigend	54	27,3	27,8	34,5
	gut	88	44,4	45,4	79,9
	sehr gut	39	19,7	20,1	100,0
	Gesamt	194	98,0	100,0	
Fehlend	System	4	2,0		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (13)

- Management und Organisation;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	1	,5	,5	,5
	ausreichend	14	7,1	7,1	7,6
	befriedigend	56	28,3	28,4	36,0
	gut	85	42,9	43,1	79,2
	sehr gut	41	20,7	20,8	100,0
	Gesamt	197	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (14)

- Selbstschutz;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	4	2,0	2,0	2,0
	ausreichend	35	17,7	17,8	19,8
	befriedigend	77	38,9	39,1	58,9
	gut	58	29,3	29,4	88,3
	sehr gut	23	11,6	11,7	100,0
	Gesamt	197	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (15)

- Integration in professionelle Rahmenbedingungen;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	1	,5	,5	,5
	ausreichend	15	7,6	7,6	8,1
	befriedigend	64	32,3	32,5	40,6
	gut	95	48,0	48,2	88,8
	sehr gut	22	11,1	11,2	100,0
	Gesamt	197	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (16)

- Werte und Normen in der Entscheidungsfindung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	1	,5	,5	,5
	ausreichend	9	4,5	4,6	5,1
	befriedigend	34	17,2	17,3	22,3
	gut	104	52,5	52,8	75,1
	sehr gut	49	24,7	24,9	100,0
	Gesamt	197	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (17)

- Beachtung von Kontextbedingungen bei der Urteilsfindung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	1	,5	,5	,5
	ausreichend	14	7,1	7,1	7,7
	befriedigend	48	24,2	24,5	32,1
	gut	99	50,0	50,5	82,7
	sehr gut	34	17,2	17,3	100,0
	Gesamt	196	99,0	100,0	
Fehlend	System	2	1,0		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (18)

- Berücksichtigung von Ungewissheit bei der Urteilsfindung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	1	,5	,5	,5
	ausreichend	10	5,1	5,1	5,6
	befriedigend	60	30,3	30,8	36,4
	gut	94	47,5	48,2	84,6
	sehr gut	30	15,2	15,4	100,0
	Gesamt	195	98,5	100,0	
Fehlend	System	3	1,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (19)

- Kenntnisse über die Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	6	3,0	3,1	3,1
	ausreichend	19	9,6	9,7	12,8
	befriedigend	50	25,3	25,5	38,3
	gut	85	42,9	43,4	81,6
	sehr gut	36	18,2	18,4	100,0
	Gesamt	196	99,0	100,0	
Fehlend	System	2	1,0		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (20)

- Fähigkeit zur Informationsbeschaffung innerhalb des Prozesses zur Urteilsfindung.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	5	2,5	2,6	2,6
	ausreichend	5	2,5	2,6	5,1
	befriedigend	35	17,7	17,9	23,0
	gut	102	51,5	52,0	75,0
	sehr gut	49	24,7	25,0	100,0
	Gesamt	196	99,0	100,0	
Fehlend	System	2	1,0		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (21)

5. Haben Sie innerhalb Ihrer Ausbildung schon einmal einen Kommunikationskurs belegt?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	61	30,8	31,0	31,0
	nein	136	68,7	69,0	100,0
	Gesamt	197	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (22)

6. Halten Sie die Vermittlung von kommunikativen Techniken und deren Anwendung in konkreten Situationen innerhalb Ihrer Ausbildung für ausreichend?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	29	14,6	14,9	14,9
	teilweise Ablehnung	51	25,8	26,3	41,2
	nicht entscheidbar	49	24,7	25,3	66,5
	überwiegender Grad der Zustimmung	35	17,7	18,0	84,5
	hoher Grad der Zustimmung	30	15,2	15,5	100,0
	Gesamt	194	98,0	100,0	
Fehlend	System	4	2,0		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (23)

7. Ist Ihnen der Kölner Evaluationsbogen (KEK) bekannt?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	4	2,0	2,0	2,0
	nein	193	97,5	98,0	100,0
	Gesamt	197	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.2 (24)

5.1.3.3 Darstellung der Angaben zur organisatorischen Struktur künftiger Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen (Ä)

1. Die Lehrveranstaltungen (LV) sollten mit anderen praktischen fachspezifischen Aspekten gekoppelt werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	5	2,5	2,6	2,6
	teilweise Ablehnung	8	4,0	4,1	6,6
	nicht entscheidbar	18	9,1	9,2	15,8
	übewiegender Grad der Zustimmung	68	34,3	34,7	50,5
	hoher Grad der Zustimmung	97	49,0	49,5	100,0
	Gesamt	196	99,0	100,0	
Fehlend	System	2	1,0		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.3 (1)

2. Die LV sollten nicht gesondert als eigenständige Veranstaltungen organisiert werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	16	8,1	8,1	8,1
	teilweise Ablehnung	40	20,2	20,3	28,4
	nicht entscheidbar	36	18,2	18,3	46,7
	übewiegender Grad der Zustimmung	58	29,3	29,4	76,1
	hoher Grad der Zustimmung	47	23,7	23,9	100,0
	Gesamt	197	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.3 (2)

3. Die LV sollten ausbildungsbegleitend organisiert werden, das heißt im ersten Semester beginnen und im 10. Semester enden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	10	5,1	5,1	5,1
	teilweise Ablehnung	32	16,2	16,2	21,3
	nicht entscheidbar	25	12,6	12,7	34,0
	übewiegender Grad der Zustimmung	61	30,8	31,0	65,0
	hoher Grad der Zustimmung	69	34,8	35,0	100,0
	Gesamt	197	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.3 (3)

4. Die LV sollten Pflichtveranstaltungen werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	10	5,1	5,1	5,1
	teilweise Ablehnung	21	10,6	10,7	15,7
	nicht entscheidbar	36	18,2	18,3	34,0
	überwiegender Grad der Zustimmung	51	25,8	25,9	59,9
	hoher Grad der Zustimmung	79	39,9	40,1	100,0
	Gesamt	197	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.3 (4)

5. Die LV sollten in regelmäßigen Rhythmus durchgeführt werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	7	3,5	3,6	3,6
	teilweise Ablehnung	32	16,2	16,5	20,1
	nicht entscheidbar	43	21,7	22,2	42,3
	überwiegender Grad der Zustimmung	70	35,4	36,1	78,4
	hoher Grad der Zustimmung	42	21,2	21,6	100,0
	Gesamt	194	98,0	100,0	
Fehlend	System	4	2,0		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.3 (5)

6. Die LV sollten in Blockform (z.B. von Freitagabend bis Sonntagnachmittag) angeboten werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	82	41,4	42,3	42,3
	teilweise Ablehnung	61	30,8	31,4	73,7
	nicht entscheidbar	22	11,1	11,3	85,1
	überwiegender Grad der Zustimmung	18	9,1	9,3	94,3
	hoher Grad der Zustimmung	11	5,6	5,7	100,0
	Gesamt	194	98,0	100,0	
Fehlend	System	4	2,0		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.3 (6)

7. Die LV sollten erst in der klinischen Phase der Ausbildung beginnen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	50	25,3	25,8	25,8
	teilweise Ablehnung	44	22,2	22,7	48,5
	nicht entscheidbar	29	14,6	14,9	63,4
	überwiegender Grad der Zustimmung	36	18,2	18,6	82,0
	hoher Grad der Zustimmung	35	17,7	18,0	100,0
	Gesamt	194	98,0	100,0	
Fehlend	System	4	2,0		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.3 (7)

8. In der vorklinischen Ausbildung sollten theoretische Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion im Vordergrund stehen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	27	13,6	13,7	13,7
	teilweise Ablehnung	39	19,7	19,8	33,5
	nicht entscheidbar	41	20,7	20,8	54,3
	überwiegender Grad der Zustimmung	63	31,8	32,0	86,3
	hoher Grad der Zustimmung	27	13,6	13,7	100,0
	Gesamt	197	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.3 (8)

9. Wie hoch ist Ihrer Meinung nach der Grad des Erkenntnisgewinns bei der Übung in Großgruppen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gering	39	19,7	19,9	19,9
	gering	88	44,4	44,9	64,8
	mittel	49	24,7	25,0	89,8
	hoch	13	6,6	6,6	96,4
	sehr hoch	7	3,5	3,6	100,0
	Gesamt	196	99,0	100,0	
Fehlend	System	2	1,0		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.3 (9)

10. Wie schätzen Sie die Realisierbarkeit von Projektarbeit mit dem Thema „Kommunikation“ ein?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gering	9	4,5	4,6	4,6
	gering	57	28,8	29,4	34,0
	mittel	58	29,3	29,9	63,9
	hoch	51	25,8	26,3	90,2
	sehr hoch	19	9,6	9,8	100,0
	Gesamt	194	98,0	100,0	
Fehlend	System	4	2,0		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.3 (10)

11. Die LV sollten vorrangig patientenorientiert mithilfe von Übungen mit standardisierten Patienten erfolgen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	12	6,1	6,3	6,3
	teilweise Ablehnung	39	19,7	20,3	26,6
	nicht entscheidbar	47	23,7	24,5	51,0
	überwiegender Grad der Zustimmung	58	29,3	30,2	81,3
	hoher Grad der Zustimmung	36	18,2	18,8	100,0
	Gesamt	192	97,0	100,0	
Fehlend	System	6	3,0		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.3 (11)

12. In den LV sollten Rollenspiele verstärkt eingesetzt werden (das heißt: Übungen der Studenten untereinander).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	9	4,5	4,6	4,6
	teilweise Ablehnung	35	17,7	17,9	22,4
	nicht entscheidbar	40	20,2	20,4	42,9
	überwiegender Grad der Zustimmung	82	41,4	41,8	84,7
	hoher Grad der Zustimmung	30	15,2	15,3	100,0
	Gesamt	196	99,0	100,0	
Fehlend	System	2	1,0		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.3 (12)

13. Videoaufzeichnungen sollten in diesen LV als Pflicht gelten.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	33	16,7	16,8	16,8
	teilweise Ablehnung	50	25,3	25,5	42,3
	nicht entscheidbar	52	26,3	26,5	68,9
	überwiegender Grad der Zustimmung	41	20,7	20,9	89,8
	hoher Grad der Zustimmung	20	10,1	10,2	100,0
	Gesamt	196	99,0	100,0	
Fehlend	System	2	1,0		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.3 (13)

14. Die Anwendung unterschiedlicher Feedbacktechniken wird als eine grundlegende Methode zum Erkenntnisgewinn eingesetzt.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	2	1,0	1,0	1,0
	teilweise Ablehnung	15	7,6	7,6	8,6
	nicht entscheidbar	65	32,8	33,0	41,6
	überwiegender Grad der Zustimmung	72	36,4	36,5	78,2
	hoher Grad der Zustimmung	43	21,7	21,8	100,0
	Gesamt	197	99,5	100,0	
Fehlend	System	1	,5		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.3 (14)

15. An welchem Institut sollte Ihrer Meinung nach eine solche LV angesiedelt sein?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Medizinische Psychologie/Psychologie/Psychiatrie/Soziologie	59	29,8	46,8	46,8
	Medizinische Psychologie/Chirurgie/Innere Medizin	1	,5	,8	47,6
	Medizinische Psychologie in der VK/Chirurgie/Innere Medizin/Urologie/Gynäkologie	1	,5	,8	48,4
	Medizinische Psychologie/Ethik	3	1,5	2,4	50,8
	Allgemeinmedizin	2	1,0	1,6	52,4
	Allgemeinmedizin/Innere Medizin	1	,5	,8	53,2
	Allgemeinmedizin/Psychologie/Onkologie	1	,5	,8	54,0
	Innere Medizin	2	1,0	1,6	55,6
	Innere Medizin/Onkologie/Pädiatrie/Psychiatrie	2	1,0	1,6	57,1
	Innere Medizin/Chirurgie	3	1,5	2,4	59,5
	Onkologie	3	1,5	2,4	61,9
	Palliativmedizin	2	1,0	1,6	63,5
	Theologie/Psychologie	1	,5	,8	64,3
	Sozialmedizin	1	,5	,8	65,1
	alle Institute unter Führung der Psychologie	2	1,0	1,6	66,7
	mehrere Institute	4	2,0	3,2	69,8
	alle Institute außer Psychologie	1	,5	,8	70,6
	Institut für medizinische Ausbildung	1	,5	,8	71,4
	alle Kliniken	3	1,5	2,4	73,8
	alle Institute	11	5,6	8,7	82,5
	alle ausbildenden Einrichtungen	9	4,5	7,1	89,7
	ein noch zu schaffendes Institut	1	,5	,8	90,5
	Ärzttekammer	1	,5	,8	91,3
	ein Institut mit Kompetenz	5	2,5	4,0	95,2
	nebensächlich	6	3,0	4,8	100,0
	Gesamt	126	63,6	100,0	
Fehlend	weiß nicht/keine Ahnung	8	4,0		
	keine Angabe	64	32,3		
	Gesamt	72	36,4		
Gesamt		198	100,0		

Tab. 5.1.3.3 (15)

5.1.4 Gesamtzusammenfassung aller Daten

5.1.4.1 Gesamtdarstellung zu Erfahrungen im Studium der Medizin (VK+K+Ä)

2. Geschlecht:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weiblich	427	61,9	62,1	62,1
	männlich	261	37,8	37,9	100,0
	Gesamt	688	99,7	100,0	
Fehlend	System	2	,3		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.1 (1)

3. Besitzen Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem medizinisch orientierten Beruf?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	50	7,2	12,4	12,4
	nein	353	51,2	87,6	100,0
	Gesamt	403	58,4	100,0	
Fehlend	System	287	41,6		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.1 (2)

2. Wie beurteilen Sie generell die Qualität der Lehre an der Medizinischen Fakultät Ihres Studienortes?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	22	3,2	3,7	3,7
	ausreichend	97	14,1	16,3	20,0
	befriedigend	201	29,1	33,8	53,8
	gut	244	35,4	41,0	94,8
	sehr gut	31	4,5	5,2	100,0
	Gesamt	595	86,2	100,0	
Fehlend	System	95	13,8		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.1 (3)

3. Schätzen Sie den Grad der Anwendbarkeit Ihres Wissens aus dem Studium im jetzigen/späteren Berufsalltag ein.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr geringer Grad	19	2,8	3,2	3,2
	geringer Grad	141	20,4	23,8	27,0
	unentschieden	230	33,3	38,8	65,8
	hoher Grad	173	25,1	29,2	94,9
	sehr hoher Grad	30	4,3	5,1	100,0
	Gesamt	593	85,9	100,0	
Fehlend	System	97	14,1		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.1 (4)

4. Beurteilen Sie den Grad der Handlungsorientierung in den Lehrveranstaltungen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr geringer Grad	59	8,6	10,2	10,2
	geringer Grad	190	27,5	32,8	42,9
	unentschieden	227	32,9	39,1	82,1
	hoher Grad	96	13,9	16,6	98,6
	sehr hoher Grad	8	1,2	1,4	100,0
	Gesamt	580	84,1	100,0	
Fehlend	System	110	15,9		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.1 (5)

5. Schätzen Sie den Grad der Patientenorientierung in den Lehrveranstaltungen ein.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr geringer Grad	68	9,9	11,8	11,8
	geringer Grad	196	28,4	34,0	45,8
	unentschieden	220	31,9	38,2	84,0
	hoher Grad	72	10,4	12,5	96,5
	sehr hoher Grad	20	2,9	3,5	100,0
	Gesamt	576	83,5	100,0	
Fehlend	System	114	16,5		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.1 (6)

5.1.4.2 Gesamtdarstellung zu sozialen und kommunikativen Fähigkeiten (VK+K+Ä)

1. Für wie wichtig schätzen Sie ein gelungenes Arzt-Patient-Verhältnis ein?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	unwichtig	13	1,9	2,2	2,2
	eher unwichtig	6	,9	1,0	3,2
	weder noch	6	,9	1,0	4,2
	eher wichtig	81	11,7	13,5	17,7
	sehr wichtig	493	71,4	82,3	100,0
	Gesamt	599	86,8	100,0	
Fehlend	System	91	13,2		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (1)

2. Welche Bedeutung haben Ihrer Meinung nach die Kommunikationsfähigkeiten eines Arztes gegenüber dem Patienten?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	unwichtig	13	1,9	1,9	1,9
	eher unwichtig	7	1,0	1,0	2,9
	weder noch	16	2,3	2,3	5,3
	eher wichtig	170	24,6	24,8	30,1
	sehr wichtig	479	69,4	69,9	100,0
	Gesamt	685	99,3	100,0	
Fehlend	System	5	,7		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (2)

3. Beurteilen Sie den Grad Ihrer kommunikativen Fähigkeiten nach dem Schul-/Studienabschluss.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	8	1,2	1,2	1,2
	ausreichend	77	11,2	11,3	12,4
	befriedigend	281	40,7	41,1	53,5
	gut	276	40,0	40,4	93,9
	sehr gut	42	6,1	6,1	100,0
	Gesamt	684	99,1	100,0	
Fehlend	System	6	,9		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (3)

4. Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten hinsichtlich allgemeiner kommunikativer und sozialer Kompetenzen derzeit ein?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	4	,6	,6	,6
	ausreichend	31	4,5	4,6	5,2
	befriedigend	104	15,1	15,5	20,7
	gut	390	56,5	58,2	79,0
	sehr gut	141	20,4	21,0	100,0
	Gesamt	670	97,1	100,0	
Fehlend	System	20	2,9		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (4)

- soziale Verantwortung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	6	,9	,9	,9
	ausreichend	23	3,3	3,3	4,2
	befriedigend	116	16,8	16,9	21,1
	gut	357	51,7	51,9	73,0
	sehr gut	186	27,0	27,0	100,0
	Gesamt	688	99,7	100,0	
Fehlend	System	2	,3		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (5)

- Selbstreflexion;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	5	,7	,7	,7
	ausreichend	41	5,9	6,0	6,7
	befriedigend	205	29,7	29,8	36,5
	gut	337	48,8	49,1	85,6
	sehr gut	99	14,3	14,4	100,0
	Gesamt	687	99,6	100,0	
Fehlend	System	3	,4		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (6)

- Umgang mit Fehlern;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	5	,7	,7	,7
	ausreichend	65	9,4	9,5	10,2
	befriedigend	290	42,0	42,3	52,5
	gut	289	41,9	42,1	94,6
	sehr gut	37	5,4	5,4	100,0
	Gesamt	686	99,4	100,0	
Fehlend	System	4	,6		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (7)

- Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	4	,6	,6	,6
	ausreichend	44	6,4	6,5	7,1
	befriedigend	173	25,1	25,6	32,7
	gut	350	50,7	51,8	84,5
	sehr gut	105	15,2	15,5	100,0
	Gesamt	676	98,0	100,0	
Fehlend	System	14	2,0		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (8)

- Interaktion/Beziehungsgestaltung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	5	,7	,7	,7
	ausreichend	45	6,5	6,6	7,3
	befriedigend	209	30,3	30,7	38,0
	gut	356	51,6	52,3	90,3
	sehr gut	66	9,6	9,7	100,0
	Gesamt	681	98,7	100,0	
Fehlend	System	9	1,3		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (9)

- Theorien der Arzt-Patient-Kommunikation;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	33	4,8	4,9	4,9
	ausreichend	143	20,7	21,4	26,4
	befriedigend	266	38,6	39,9	66,3
	gut	187	27,1	28,0	94,3
	sehr gut	38	5,5	5,7	100,0
	Gesamt	667	96,7	100,0	
Fehlend	System	23	3,3		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (10)

- Teamentwicklung und Arbeit im Team;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	9	1,3	1,3	1,3
	ausreichend	52	7,5	7,6	8,9
	befriedigend	120	17,4	17,6	26,5
	gut	364	52,8	53,3	79,8
	sehr gut	138	20,0	20,2	100,0
	Gesamt	683	99,0	100,0	
Fehlend	System	7	1,0		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (11)

- Führungskompetenzen;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	17	2,5	2,5	2,5
	ausreichend	92	13,3	13,4	15,8
	befriedigend	233	33,8	33,9	49,7
	gut	277	40,1	40,3	90,0
	sehr gut	69	10,0	10,0	100,0
	Gesamt	688	99,7	100,0	
Fehlend	System	2	,3		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (12)

- Rolle und Identität, bezogen auf die eigene Person;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	8	1,2	1,2	1,2
	ausreichend	42	6,1	6,2	7,4
	befriedigend	187	27,1	27,6	35,0
	gut	329	47,7	48,5	83,5
	sehr gut	112	16,2	16,5	100,0
	Gesamt	678	98,3	100,0	
Fehlend	System	12	1,7		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (13)

- Management und Organisation;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	8	1,2	1,2	1,2
	ausreichend	66	9,6	9,6	10,7
	befriedigend	193	28,0	28,0	38,8
	gut	282	40,9	40,9	79,7
	sehr gut	140	20,3	20,3	100,0
	Gesamt	689	99,9	100,0	
Fehlend	System	1	,1		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (14)

- Selbstschutz;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	16	2,3	2,3	2,3
	ausreichend	108	15,7	15,7	18,1
	befriedigend	242	35,1	35,3	53,4
	gut	248	35,9	36,2	89,5
	sehr gut	72	10,4	10,5	100,0
	Gesamt	686	99,4	100,0	
Fehlend	System	4	,6		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (15)

- Integration in professionelle Rahmenbedingungen;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	6	,9	,9	,9
	ausreichend	64	9,3	9,3	10,2
	befriedigend	245	35,5	35,7	45,9
	gut	312	45,2	45,5	91,4
	sehr gut	59	8,6	8,6	100,0
	Gesamt	686	99,4	100,0	
Fehlend	System	4	,6		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (16)

- Werte und Normen in der Entscheidungsfindung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	9	1,3	1,3	1,3
	ausreichend	37	5,4	5,4	6,7
	befriedigend	155	22,5	22,6	29,3
	gut	375	54,3	54,7	84,0
	sehr gut	110	15,9	16,0	100,0
	Gesamt	686	99,4	100,0	
Fehlend	System	4	,6		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (17)

- Beachtung von Kontextbedingungen bei der Urteilsfindung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	6	,9	,9	,9
	ausreichend	42	6,1	6,2	7,0
	befriedigend	222	32,2	32,6	39,6
	gut	346	50,1	50,8	90,5
	sehr gut	65	9,4	9,5	100,0
	Gesamt	681	98,7	100,0	
Fehlend	System	9	1,3		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (18)

- Berücksichtigung von Ungewissheit bei der Urteilsfindung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	8	1,2	1,2	1,2
	ausreichend	52	7,5	7,7	8,9
	befriedigend	244	35,4	36,3	45,2
	gut	302	43,8	44,9	90,0
	sehr gut	67	9,7	10,0	100,0
	Gesamt	673	97,5	100,0	
Fehlend	System	17	2,5		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (19)

- Kenntnisse über die Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung;

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	20	2,9	3,0	3,0
	ausreichend	105	15,2	15,8	18,8
	befriedigend	271	39,3	40,7	59,5
	gut	218	31,6	32,7	92,2
	sehr gut	52	7,5	7,8	100,0
	Gesamt	666	96,5	100,0	
Fehlend	System	24	3,5		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (20)

- Fähigkeit zur Informationsbeschaffung innerhalb des Prozesses zur Urteilsfindung.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mangelhaft	10	1,4	1,5	1,5
	ausreichend	41	5,9	6,1	7,6
	befriedigend	157	22,8	23,3	30,8
	gut	335	48,6	49,6	80,4
	sehr gut	132	19,1	19,6	100,0
	Gesamt	675	97,8	100,0	
Fehlend	System	15	2,2		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (21)

5. Haben Sie innerhalb Ihrer Ausbildung schon einmal einen Kommunikationskurs belegt?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	134	19,4	21,1	21,1
	nein	502	72,8	78,9	100,0
	Gesamt	636	92,2	100,0	
Fehlend	System	54	7,8		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (22)

6. Halten Sie die Vermittlung von kommunikativen Techniken und deren Anwendung in konkreten Situationen innerhalb Ihrer Ausbildung für ausreichend?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	98	14,2	15,2	15,2
	teilweise Ablehnung	224	32,5	34,7	49,8
	nicht entscheidbar	179	25,9	27,7	77,6
	überwiegender Grad der Zustimmung	100	14,5	15,5	93,0
	hoher Grad der Zustimmung	45	6,5	7,0	100,0
	Gesamt	646	93,6	100,0	
Fehlend	System	44	6,4		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (23)

7. Ist Ihnen der Kölner Evaluationsbogen (KEK) bekannt?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	10	1,4	2,1	2,1
	nein	460	66,7	97,9	100,0
	Gesamt	470	68,1	100,0	
Fehlend	System	220	31,9		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.2 (24)

5.1.4.3 Gesamtdarstellung zur organisatorischen Struktur künftiger Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten (VK+K+Ä)

1. Die Lehrveranstaltungen (LV) sollten mit anderen praktischen fachspezifischen Aspekten gekoppelt werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	16	2,3	2,3	2,3
	teilweise Ablehnung	34	4,9	4,9	7,3
	nicht entscheidbar	70	10,1	10,2	17,4
	übewiegender Grad der Zustimmung	258	37,4	37,5	54,9
	hoher Grad der Zustimmung	310	44,9	45,1	100,0
	Gesamt	688	99,7	100,0	
Fehlend	System	2	,3		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.3 (1)

2. Die LV sollten nicht gesondert als eigenständige Veranstaltungen organisiert werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	39	5,7	5,7	5,7
	teilweise Ablehnung	126	18,3	18,3	23,9
	nicht entscheidbar	144	20,9	20,9	44,8
	übewiegender Grad der Zustimmung	231	33,5	33,5	78,4
	hoher Grad der Zustimmung	149	21,6	21,6	100,0
	Gesamt	689	99,9	100,0	
Fehlend	System	1	,1		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.3 (2)

3. Die LV sollten ausbildungsbegleitend organisiert werden, das heißt im ersten Semester beginnen und im 10. Semester enden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	37	5,4	5,4	5,4
	teilweise Ablehnung	109	15,8	15,8	21,2
	nicht entscheidbar	130	18,8	18,9	40,1
	übewiegender Grad der Zustimmung	200	29,0	29,1	69,2
	hoher Grad der Zustimmung	212	30,7	30,8	100,0
	Gesamt	688	99,7	100,0	
Fehlend	System	2	,3		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.3 (3)

4. Die LV sollten Pflichtveranstaltungen werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	72	10,4	10,4	10,4
	teilweise Ablehnung	107	15,5	15,5	26,0
	nicht entscheidbar	158	22,9	22,9	48,9
	überwiegender Grad der Zustimmung	158	22,9	22,9	71,8
	hoher Grad der Zustimmung	194	28,1	28,2	100,0
	Gesamt	689	99,9	100,0	
Fehlend	System	1	,1		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.3 (4)

5. Die LV sollten im regelmäßigen Rhythmus durchgeführt werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	37	5,4	5,4	5,4
	teilweise Ablehnung	106	15,4	15,6	21,0
	nicht entscheidbar	166	24,1	24,4	45,4
	überwiegender Grad der Zustimmung	227	32,9	33,3	78,7
	hoher Grad der Zustimmung	145	21,0	21,3	100,0
	Gesamt	681	98,7	100,0	
Fehlend	System	9	1,3		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.3 (5)

6. Die LV sollten in Blockform (z.B. von Freitagabend bis Sonntagnachmittag) angeboten werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	312	45,2	45,7	45,7
	teilweise Ablehnung	187	27,1	27,4	73,2
	nicht entscheidbar	75	10,9	11,0	84,2
	überwiegender Grad der Zustimmung	69	10,0	10,1	94,3
	hoher Grad der Zustimmung	39	5,7	5,7	100,0
	Gesamt	682	98,8	100,0	
Fehlend	System	8	1,2		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.3 (6)

7. Die LV sollten erst in der klinischen Phase der Ausbildung beginnen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	170	24,6	24,9	24,9
	teilweise Ablehnung	151	21,9	22,1	47,0
	nicht entscheidbar	117	17,0	17,1	64,1
	überwiegender Grad der Zustimmung	129	18,7	18,9	83,0
	hoher Grad der Zustimmung	116	16,8	17,0	100,0
	Gesamt	683	99,0	100,0	
Fehlend	System	7	1,0		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.3 (7)

8. In der vorklinischen Ausbildung sollten theoretische Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion im Vordergrund stehen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	92	13,3	13,4	13,4
	teilweise Ablehnung	125	18,1	18,2	31,6
	nicht entscheidbar	184	26,7	26,8	58,4
	überwiegender Grad der Zustimmung	195	28,3	28,4	86,8
	hoher Grad der Zustimmung	91	13,2	13,2	100,0
	Gesamt	687	99,6	100,0	
Fehlend	System	3	,4		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.3 (8)

9. Wie hoch ist Ihrer Meinung nach der Grad des Erkenntnisgewinns bei der Übung in Großgruppen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gering	121	17,5	17,8	17,8
	gering	272	39,4	40,1	57,9
	mittel	200	29,0	29,5	87,3
	hoch	68	9,9	10,0	97,3
	sehr hoch	18	2,6	2,7	100,0
	Gesamt	679	98,4	100,0	
Fehlend	System	11	1,6		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.3 (9)

10. Wie schätzen Sie die Realisierbarkeit von Projektarbeit mit dem Thema „Kommunikation“ ein?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gering	38	5,5	5,6	5,6
	gering	185	26,8	27,2	32,8
	mittel	252	36,5	37,1	69,9
	hoch	158	22,9	23,2	93,1
	sehr hoch	47	6,8	6,9	100,0
	Gesamt	680	98,6	100,0	
Fehlend	System	10	1,4		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.3 (10)

11. Die LV sollten vorrangig patientenorientiert mithilfe von Übungen mit standardisierten Patienten erfolgen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	43	6,2	6,3	6,3
	teilweise Ablehnung	104	15,1	15,2	21,6
	nicht entscheidbar	159	23,0	23,3	44,9
	überwiegender Grad der Zustimmung	247	35,8	36,2	81,1
	hoher Grad der Zustimmung	129	18,7	18,9	100,0
	Gesamt	682	98,8	100,0	
Fehlend	System	8	1,2		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.3 (11)

12. In den LV sollten Rollenspiele verstärkt eingesetzt werden (das heißt: Übungen der Studenten untereinander).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	54	7,8	7,8	7,8
	teilweise Ablehnung	108	15,7	15,7	23,5
	nicht entscheidbar	165	23,9	24,0	47,5
	überwiegender Grad der Zustimmung	242	35,1	35,2	82,7
	hoher Grad der Zustimmung	119	17,2	17,3	100,0
	Gesamt	688	99,7	100,0	
Fehlend	System	2	,3		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.3 (12)

13. Videoaufzeichnungen sollten in diesen LV als Pflicht gelten.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	157	22,8	23,0	23,0
	teilweise Ablehnung	177	25,7	26,0	49,0
	nicht entscheidbar	172	24,9	25,2	74,2
	überwiegender Grad der Zustimmung	132	19,1	19,4	93,5
	hoher Grad der Zustimmung	44	6,4	6,5	100,0
	Gesamt	682	98,8	100,0	
Fehlend	System	8	1,2		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.3 (13)

14. Die Anwendung unterschiedlicher Feedbacktechniken wird als eine grundlegende Methode zum Erkenntnisgewinn eingesetzt.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hoher Grad der Ablehnung	13	1,9	1,9	1,9
	teilweise Ablehnung	51	7,4	7,5	9,4
	nicht entscheidbar	237	34,3	35,0	44,4
	überwiegender Grad der Zustimmung	259	37,5	38,2	82,6
	hoher Grad der Zustimmung	118	17,1	17,4	100,0
	Gesamt	678	98,3	100,0	
Fehlend	System	12	1,7		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.3 (14)

15. An welchem Institut sollte Ihrer Meinung nach eine solche LV angesiedelt sein?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Medizinische Psychologie/ Psychologie/Psychiatrie/Soziologie	197	28,6	50,6	50,6
	Medizinische Psychologie/Chirurgie/Innere Medizin	1	,1	,3	50,9
	Medizinische Psychologie in der VK/Chirurgie/Innere Medizin/ Urologie/Gynäkologie	1	,1	,3	51,2
	Medizinische Psychologie/Allgemeinmedizin	10	1,4	2,6	53,7
	Medizinische Psychologie/Ethik	3	,4	,8	54,5
	Allgemeinmedizin	42	6,1	10,8	65,3
	Allgemeinmedizin/Innere Medizin	2	,3	,5	65,8
	Allgemeinmedizin/Psychologie/ Onkologie	2	,3	,5	66,3
	Allgemeinmedizin/Psychologie/ Innere Medizin	1	,1	,3	66,6
	Allgemeinmedizin/Psychologie/ Palliativmedizin	1	,1	,3	66,8
	Innere Medizin	18	2,6	4,6	71,5
	Innere Medizin/Onkologie/Pädiatrie/ Psychiatrie	3	,4	,8	72,2
	Innere Medizin/Onkologie	2	,3	,5	72,8
	Innere Medizin/Onkologie/Palliativmedizin	2	,3	,5	73,3
	Innere Medizin/Chirurgie	5	,7	1,3	74,6
	Innere Medizin/Medizinische Psychologie	4	,6	1,0	75,6
	Onkologie	3	,4	,8	76,3
	Onkologie/Pädiatrie	1	,1	,3	76,6
	Palliativmedizin	3	,4	,8	77,4
	Theologie/Psychologie	1	,1	,3	77,6
	Sozialmedizin	2	,3	,5	78,1
	skills lab	2	,3	,5	78,7
	alle Institute unter Führung der Psychologie	3	,4	,8	79,4
	mehrere Institute	8	1,2	2,1	81,5
	alle Institute außer Psychologie	2	,3	,5	82,0
	Institut für medizinische Ausbildung	3	,4	,8	82,8
	alle Kliniken	4	,6	1,0	83,8
	alle Institute	30	4,3	7,7	91,5
	alle ausbildenden Einrichtungen	11	1,6	2,8	94,3
	ein noch zu schaffendes Institut	3	,4	,8	95,1
	Ärztammer	1	,1	,3	95,4
	ein Institut mit Kompetenz	8	1,2	2,1	97,4
	ein gut erreichbares Institut	1	,1	,3	97,7
	kein einzelnes Institut	1	,1	,3	97,9
	Sprachenzentrum	1	,1	,3	98,2
	nebensächlich	7	1,0	1,8	100,0
	Gesamt	389	56,4	100,0	
Fehlend	weiß nicht/keine Ahnung	13	1,9		
	keine Angabe	288	41,7		
	Gesamt	301	43,6		
Gesamt		690	100,0		

Tab. 5.1.4.3 (16)

5.2 Inferente Statistiken

5.2.1 Gegenüberstellung der empirischen Daten: Studenten – Ärzte

			4. Beurteilen Sie den Grad der Handlungsorientierung in den Lehrveranstaltungen.					
			sehr geringer Grad	geringer Grad	unentschieden	hoher Grad	sehr hoher Grad	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	10	58	79	44	2	193
		% innerhalb von Gruppe	5,2%	30,1%	40,9%	22,8%	1,0%	100,0%
	Studenten	Anzahl	49	132	148	52	6	387
		% innerhalb von Gruppe	12,7%	34,1%	38,2%	13,4%	1,6%	100,0%
Gesamt	Anzahl	59	190	227	96	8	580	
	% innerhalb von Gruppe	10,2%	32,8%	39,1%	16,6%	1,4%	100,0%	

Tab. 5.2.1 (1)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 15,033 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,005.

			5. Schätzen Sie den Grad der Patientenorientierung in den Lehrveranstaltungen ein.					Gesamt
			sehr geringer Grad	geringer Grad	unentschieden	hoher Grad	sehr hoher Grad	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	15	63	73	31	10	192
		% innerhalb von Gruppe	7,8%	32,8%	38,0%	16,1%	5,2%	100,0%
	Studenten	Anzahl	53	133	147	41	10	384
		% innerhalb von Gruppe	13,8%	34,6%	38,3%	10,7%	2,6%	100,0%
Gesamt	Anzahl	68	196	220	72	20	576	
	% innerhalb von Gruppe	11,8%	34,0%	38,2%	12,5%	3,5%	100,0%	

Tab. 5.2.1 (2)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 9,579 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,048.

			1. Für wie wichtig schätzen Sie ein gelungenes Arzt-Patient-Verhältnis ein?					Gesamt
			unwichtig	eher unwichtig	weder noch	eher wichtig	sehr wichtig	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	6	2	3	27	159	197
		% innerhalb von Gruppe	3,0%	1,0%	1,5%	13,7%	80,7%	100,0%
	Studenten	Anzahl	7	4	3	54	334	402
		% innerhalb von Gruppe	1,7%	1,0%	,7%	13,4%	83,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	13	6	6	81	493	599	
	% innerhalb von Gruppe	2,2%	1,0%	1,0%	13,5%	82,3%	100,0%	

Tab. 5.2.1 (3)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 1,931 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,748.

			2. Welche Bedeutung haben Ihrer Meinung nach die Kommunikationsfähigkeiten eines Arztes gegenüber dem Patienten?					Gesamt
			unwichtig	eher unwichtig	weder noch	eher wichtig	sehr wichtig	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	5	1	9	39	141	195
		% innerhalb von Gruppe	2,6%	,5%	4,6%	20,0%	72,3%	100,0%
	Studenten	Anzahl	8	6	7	131	338	490
		% innerhalb von Gruppe	1,6%	1,2%	1,4%	26,7%	69,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	13	7	16	170	479	685	
	% innerhalb von Gruppe	1,9%	1,0%	2,3%	24,8%	69,9%	100,0%	

Tab. 5.2.1 (4)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 10,164 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,038.

			3. Beurteilen Sie den Grad Ihrer kommunikativen Fähigkeiten nach dem Schulabschluss.					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	2	24	92	67	11	196
		% innerhalb von Gruppe	1,0%	12,2%	46,9%	34,2%	5,6%	100,0%
	Studenten	Anzahl	6	53	189	209	31	488
		% innerhalb von Gruppe	1,2%	10,9%	38,7%	42,8%	6,4%	100,0%
Gesamt	Anzahl	8	77	281	276	42	684	
	% innerhalb von Gruppe	1,2%	11,3%	41,1%	40,4%	6,1%	100,0%	

Tab. 5.2.1 (5)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 5,298 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,258.

			4. Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten hinsichtlich allgemeiner kommunikativer und sozialer Kompetenzen derzeit ein?					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	2	6	26	109	45	188
		% innerhalb von Gruppe	1,1%	3,2%	13,8%	58,0%	23,9%	100,0%
	Studenten	Anzahl	2	25	78	281	96	482
		% innerhalb von Gruppe	,4%	5,2%	16,2%	58,3%	19,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	4	31	104	390	141	670
		% innerhalb von Gruppe	,6%	4,6%	15,5%	58,2%	21,0%	100,0%

Tab. 5.2.1 (6)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 3,640 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,457.

			- soziale Verantwortung;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	1	9	25	97	65	197
		% innerhalb von Gruppe	,5%	4,6%	12,7%	49,2%	33,0%	100,0%
	Studenten	Anzahl	5	14	91	260	121	491
		% innerhalb von Gruppe	1,0%	2,9%	18,5%	53,0%	24,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	6	23	116	357	186	688
		% innerhalb von Gruppe	,9%	3,3%	16,9%	51,9%	27,0%	100,0%

Tab. 5.2.1 (7)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 8,509 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,075.

			- Selbstreflexion;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	1	16	52	93	35	197
		% innerhalb von Gruppe	,5%	8,1%	26,4%	47,2%	17,8%	100,0%
	Studenten	Anzahl	4	25	153	244	64	490
		% innerhalb von Gruppe	,8%	5,1%	31,2%	49,8%	13,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	5	41	205	337	99	687	
	% innerhalb von Gruppe	,7%	6,0%	29,8%	49,1%	14,4%	100,0%	

Tab. 5.2.1 (8)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 5,779 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,216.

			- Umgang mit Fehlern;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	0	15	83	85	14	197
		% innerhalb von Gruppe	0,0%	7,6%	42,1%	43,1%	7,1%	100,0%
	Studenten	Anzahl	5	50	207	204	23	489
		% innerhalb von Gruppe	1,0%	10,2%	42,3%	41,7%	4,7%	100,0%
Gesamt	Anzahl	5	65	290	289	37	686	
	% innerhalb von Gruppe	0,7%	9,5%	42,3%	42,1%	5,4%	100,0%	

Tab. 5.2.1 (9)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 4,597 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,331.

			- Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	1	6	28	105	57	197
		% innerhalb von Gruppe	,5%	3,0%	14,2%	53,3%	28,9%	100,0%
	Studenten	Anzahl	3	38	145	245	48	479
		% innerhalb von Gruppe	,6%	7,9%	30,3%	51,1%	10,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	4	44	173	350	105	676	
	% innerhalb von Gruppe	,6%	6,5%	25,6%	51,8%	15,5%	100,0%	

Tab. 5.2.1 (10)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 51,493 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			- Interaktion/Beziehungsgestaltung;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	1	16	47	107	25	196
		% innerhalb von Gruppe	,5%	8,2%	24,0%	54,6%	12,8%	100,0%
	Studenten	Anzahl	4	29	162	249	41	485
		% innerhalb von Gruppe	,8%	6,0%	33,4%	51,3%	8,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	5	45	209	356	66	681
		% innerhalb von Gruppe	,7%	6,6%	30,7%	52,3%	9,7%	100,0%

Tab. 5.2.1 (11)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 8,181 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,085.

			- Theorien der Arzt-Patient-Kommunikation;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	12	43	78	48	15	196
		% innerhalb von Gruppe	6,1%	21,9%	39,8%	24,5%	7,7%	100,0%
	Studenten	Anzahl	21	100	188	139	23	471
		% innerhalb von Gruppe	4,5%	21,2%	39,9%	29,5%	4,9%	100,0%
Gesamt	Anzahl	33	143	266	187	38	667	
	% innerhalb von Gruppe	4,9%	21,4%	39,9%	28,0%	5,7%	100,0%	

Tab. 5.2.1 (12)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 3,916 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,417.

			- Teamentwicklung und Arbeit im Team;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	4	19	39	106	29	197
		% innerhalb von Gruppe	2,0%	9,6%	19,8%	53,8%	14,7%	100,0%
	Studenten	Anzahl	5	33	81	258	109	486
		% innerhalb von Gruppe	1,0%	6,8%	16,7%	53,1%	22,4%	100,0%
Gesamt	Anzahl	9	52	120	364	138	683	
	% innerhalb von Gruppe	1,3%	7,6%	17,6%	53,3%	20,2%	100,0%	

Tab. 5.2.1 (13)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 7,484 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,112.

			- Führungskompetenzen;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	4	20	71	80	22	197
		% innerhalb von Gruppe	2,0%	10,2%	36,0%	40,6%	11,2%	100,0%
	Studenten	Anzahl	13	72	162	197	47	491
		% innerhalb von Gruppe	2,6%	14,7%	33,0%	40,1%	9,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	17	92	233	277	69	688
		% innerhalb von Gruppe	2,5%	13,4%	33,9%	40,3%	10,0%	100,0%

Tab. 5.2.1 (14)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 3,107 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,540.

			- Rolle und Identität, bezogen auf die eigene Person;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	0	13	54	88	39	194
		% innerhalb von Gruppe	0,0%	6,7%	27,8%	45,4%	20,1%	100,0%
	Studenten	Anzahl	8	29	133	241	73	484
		% innerhalb von Gruppe	1,7%	6,0%	27,5%	49,8%	15,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	8	42	187	329	112	678
		% innerhalb von Gruppe	1,2%	6,2%	27,6%	48,5%	16,5%	100,0%

Tab. 5.2.1 (15)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 5,999 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,199.

			- Management und Organisation;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	1	14	56	85	41	197
		% innerhalb von Gruppe	0,5%	7,1%	28,4%	43,1%	20,8%	100,0%
	Studenten	Anzahl	7	52	137	197	99	492
		% innerhalb von Gruppe	1,4%	10,6%	27,8%	40,0%	20,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	8	66	193	282	140	689	
	% innerhalb von Gruppe	1,2%	9,6%	28,0%	40,9%	20,3%	100,0%	

Tab. 5.2.1 (16)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 3,157 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,532.

			- Selbstschutz;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	4	35	77	58	23	197
		% innerhalb von Gruppe	2,0%	17,8%	39,1%	29,4%	11,7%	100,0%
	Studenten	Anzahl	12	73	165	190	49	489
		% innerhalb von Gruppe	2,5%	14,9%	33,7%	38,9%	10,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	16	108	242	248	72	686
		% innerhalb von Gruppe	2,3%	15,7%	35,3%	36,2%	10,5%	100,0%

Tab. 5.2.1 (17)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 5,771 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,217.

			- Integration in professionelle Rahmenbedingungen;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	1	15	64	95	22	197
		% innerhalb von Gruppe	,5%	7,6%	32,5%	48,2%	11,2%	100,0%
	Studenten	Anzahl	5	49	181	217	37	489
		% innerhalb von Gruppe	1,0%	10,0%	37,0%	44,4%	7,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	6	64	245	312	59	686
		% innerhalb von Gruppe	,9%	9,3%	35,7%	45,5%	8,6%	100,0%

Tab. 5.2.1 (18)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 4,667 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,322.

			- Werte und Normen in der Entscheidungsfindung;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	1	9	34	104	49	197
		% innerhalb von Gruppe	0,5%	4,6%	17,3%	52,8%	24,9%	100,0%
	Studenten	Anzahl	8	28	121	271	61	489
		% innerhalb von Gruppe	1,6%	5,7%	24,7%	55,4%	12,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	9	37	155	375	110	686
		% innerhalb von Gruppe	1,3%	5,4%	22,6%	54,7%	16,0%	100,0%

Tab. 5.2.1 (19)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 18,834 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,001.

			- Beachtung von Kontextbedingungen bei der Urteilsfindung;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	1	14	48	99	34	196
		% innerhalb von Gruppe	,5%	7,1%	24,5%	50,5%	17,3%	100,0%
	Studenten	Anzahl	5	28	174	247	31	485
		% innerhalb von Gruppe	1,0%	5,8%	35,9%	50,9%	6,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	6	42	222	346	65	681
		% innerhalb von Gruppe	,9%	6,2%	32,6%	50,8%	9,5%	100,0%

Tab. 5.2.1 (20)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 23,963 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			- Berücksichtigung von Ungewissheit bei der Urteilsfindung;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	1	10	60	94	30	195
		% innerhalb von Gruppe	0,5%	5,1%	30,8%	48,2%	15,4%	100,0%
	Studenten	Anzahl	7	42	184	208	37	478
		% innerhalb von Gruppe	1,5%	8,8%	38,5%	43,5%	7,7%	100,0%
Gesamt	Anzahl	8	52	244	302	67	673	
	% innerhalb von Gruppe	1,2%	7,7%	36,3%	44,9%	10,0%	100,0%	

Tab. 5.2.1 (21)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 14,541 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,006.

			- Kenntnisse über die Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	6	19	50	85	36	196
		% innerhalb von Gruppe	3,1%	9,7%	25,5%	43,4%	18,4%	100,0%
	Studenten	Anzahl	14	86	221	133	16	470
		% innerhalb von Gruppe	3,0%	18,3%	47,0%	28,3%	3,4%	100,0%
Gesamt	Anzahl	20	105	271	218	52	666	
	% innerhalb von Gruppe	3,0%	15,8%	40,7%	32,7%	7,8%	100,0%	

Tab. 5.2.1 (22)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 71,487 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			- Fähigkeit zur Informationsbeschaffung innerhalb des Prozesses zur Urteilsfindung.					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	5	5	35	102	49	196
		% innerhalb von Gruppe	2,6%	2,6%	17,9%	52,0%	25,0%	100,0%
	Studenten	Anzahl	5	36	122	233	83	479
		% innerhalb von Gruppe	1,0%	7,5%	25,5%	48,6%	17,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	10	41	157	335	132	675
		% innerhalb von Gruppe	1,5%	6,1%	23,3%	49,6%	19,6%	100,0%

Tab. 5.2.1 (23)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 15,752 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,003.

			5. Haben Sie innerhalb Ihrer Ausbildung schon einmal einen Kommunikationskurs belegt?		Gesamt
			ja	nein	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	61	136	197
		% innerhalb von Gruppe	31,0%	69,0%	100,0%
	Studenten	Anzahl	73	366	439
		% innerhalb von Gruppe	16,6%	83,4%	100,0%
Gesamt	Anzahl	134	502	636	
	% innerhalb von Gruppe	21,1%	78,9%	100,0%	

Tab. 5.2.1 (24)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 16,804 bei $df = 1$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			6. Halten Sie die Vermittlung von kommunikativen Techniken und deren Anwendung in konkreten Situationen innerhalb Ihrer Ausbildung für ausreichend?					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	29	51	49	35	30	194
		% innerhalb von Gruppe	14,9%	26,3%	25,3%	18,0%	15,5%	100,0%
	Studenten	Anzahl	69	173	130	65	15	452
		% innerhalb von Gruppe	15,3%	38,3%	28,8%	14,4%	3,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	98	224	179	100	45	646
		% innerhalb von Gruppe	15,2%	34,7%	27,7%	15,5%	7,0%	100,0%

Tab. 5.2.1 (25)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 36,153 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			7. Ist Ihnen der Kölner Evaluationsbogen (KEK) bekannt?		Gesamt
			ja	nein	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	4	193	197
		% innerhalb von Gruppe	2,0%	98,0%	100,0%
	Studenten	Anzahl	6	267	273
		% innerhalb von Gruppe	2,2%	97,8%	100,0%
Gesamt	Anzahl	10	460	470	
	% innerhalb von Gruppe	2,1%	97,9%	100,0%	

Tab. 5.2.1 (26)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 0,015 bei $df = 1$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,901.

			1. Die Lehrveranstaltungen (LV) sollten mit anderen praktischen fachspezifischen Aspekten gekoppelt werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	übewiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	5	8	18	68	97	196
		% innerhalb von Gruppe	2,6%	4,1%	9,2%	34,7%	49,5%	100,0%
	Studenten	Anzahl	11	26	52	190	213	492
		% innerhalb von Gruppe	2,2%	5,3%	10,6%	38,6%	43,3%	100,0%
Gesamt	Anzahl		16	34	70	258	310	688
	% innerhalb von Gruppe		2,3%	4,9%	10,2%	37,5%	45,1%	100,0%

Tab. 5.2.1 (27)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 2,505 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,644.

			2. Die LV sollten nicht gesondert als eigenständige Veranstaltungen organisiert werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	übewiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	16	40	36	58	47	197
		% innerhalb von Gruppe	8,1%	20,3%	18,3%	29,4%	23,9%	100,0%
	Studenten	Anzahl	23	86	108	173	102	492
		% innerhalb von Gruppe	4,7%	17,5%	22,0%	35,2%	20,7%	100,0%
Gesamt	Anzahl		39	126	144	231	149	689
	% innerhalb von Gruppe		5,7%	18,3%	20,9%	33,5%	21,6%	100,0%

Tab. 5.2.1 (28)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 6,486 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,166.

			3. Die LV sollten ausbildungsbegleitend organisiert werden, das heißt im ersten Semester beginnen und im 10. Semester enden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	übewiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	10	32	25	61	69	197
		% innerhalb von Gruppe	5,1%	16,2%	12,7%	31,0%	35,0%	100,0%
	Studenten	Anzahl	27	77	105	139	143	491
		% innerhalb von Gruppe	5,5%	15,7%	21,4%	28,3%	29,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl		37	109	130	200	212	688
	% innerhalb von Gruppe		5,4%	15,8%	18,9%	29,1%	30,8%	100,0%

Tab. 5.2.1 (29)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 7,629 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,106.

			4. Die LV sollten Pflichtveranstaltungen werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	10	21	36	51	79	197
		% innerhalb von Gruppe	5,1%	10,7%	18,3%	25,9%	40,1%	100,0%
	Studenten	Anzahl	62	86	122	107	115	492
		% innerhalb von Gruppe	12,6%	17,5%	24,8%	21,7%	23,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	72	107	158	158	194	689
		% innerhalb von Gruppe	10,4%	15,5%	22,9%	22,9%	28,2%	100,0%

Tab. 5.2.1 (30)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 29,478 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			5. Die LV sollten im regelmäßigen Rhythmus durchgeführt werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	7	32	43	70	42	194
		% innerhalb von Gruppe	3,6%	16,5%	22,2%	36,1%	21,6%	100,0%
	Studenten	Anzahl	30	74	123	157	103	487
		% innerhalb von Gruppe	6,2%	15,2%	25,3%	32,2%	21,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	37	106	166	227	145	681
		% innerhalb von Gruppe	5,4%	15,6%	24,4%	33,3%	21,3%	100,0%

Tab. 5.2.1 (31)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 2,989 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,560.

			6. Die LV sollten in Blockform (z.B. von Freitagabend bis Sonntagnachmittag) angeboten werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	82	61	22	18	11	194
		% innerhalb von Gruppe	42,3%	31,4%	11,3%	9,3%	5,7%	100,0%
	Studenten	Anzahl	230	126	53	51	28	488
		% innerhalb von Gruppe	47,1%	25,8%	10,9%	10,5%	5,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	312	187	75	69	39	682
		% innerhalb von Gruppe	45,7%	27,4%	11,0%	10,1%	5,7%	100,0%

Tab. 5.2.1 (32)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 2,537 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,638.

			7. Die LV sollten erst in der klinischen Phase der Ausbildung beginnen.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	50	44	29	36	35	194
		% innerhalb von Gruppe	25,8%	22,7%	14,9%	18,6%	18,0%	100,0%
	Studenten	Anzahl	120	107	88	93	81	489
		% innerhalb von Gruppe	24,5%	21,9%	18,0%	19,0%	16,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	170	151	117	129	116	683
		% innerhalb von Gruppe	24,9%	22,1%	17,1%	18,9%	17,0%	100,0%

Tab. 5.2.1 (33)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 1,072 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,899.

			8. In der vorklinischen Ausbildung sollten theoretische Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion im Vordergrund stehen.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	27	39	41	63	27	197
		% innerhalb von Gruppe	13,7%	19,8%	20,8%	32,0%	13,7%	100,0%
	Studenten	Anzahl	65	86	143	132	64	490
		% innerhalb von Gruppe	13,3%	17,6%	29,2%	26,9%	13,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	92	125	184	195	91	687
		% innerhalb von Gruppe	13,4%	18,2%	26,8%	28,4%	13,2%	100,0%

Tab. 5.2.1 (34)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 5,388 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,250.

			9. Wie hoch ist Ihrer Meinung nach der Grad des Erkenntnisgewinns bei der Übung in Großgruppen?					Gesamt
			sehr gering	gering	mittel	hoch	sehr hoch	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	39	88	49	13	7	196
		% innerhalb von Gruppe	19,9%	44,9%	25,0%	6,6%	3,6%	100,0%
	Studenten	Anzahl	82	184	151	55	11	483
		% innerhalb von Gruppe	17,0%	38,1%	31,3%	11,4%	2,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	121	272	200	68	18	679
		% innerhalb von Gruppe	17,8%	40,1%	29,5%	10,0%	2,7%	100,0%

Tab. 5.2.1 (35)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 8,162 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,086.

			10. Wie schätzen Sie die Realisierbarkeit von Projektarbeit mit dem Thema „Kommunikation“ ein?					
			sehr gering	gering	mittel	hoch	sehr hoch	Gesamt
Gruppe	Ärzte	Anzahl	9	57	58	51	19	194
		% innerhalb von Gruppe	4,6%	29,4%	29,9%	26,3%	9,8%	100,0%
	Studenten	Anzahl	29	128	194	107	28	486
		% innerhalb von Gruppe	6,0%	26,3%	39,9%	22,0%	5,8%	100,0%
Gesamt	Anzahl	38	185	252	158	47	680	
	% innerhalb von Gruppe	5,6%	27,2%	37,1%	23,2%	6,9%	100,0%	

Tab. 5.2.1 (36)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 9,018 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,061.

			11. Die LV sollten vorrangig patientenorientiert mithilfe von Übungen mit standardisierten Patienten erfolgen.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	12	39	47	58	36	192
		% innerhalb von Gruppe	6,3%	20,3%	24,5%	30,2%	18,8%	100,0%
	Studenten	Anzahl	31	65	112	189	93	490
		% innerhalb von Gruppe	6,3%	13,3%	22,9%	38,6%	19,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	43	104	159	247	129	682	
	% innerhalb von Gruppe	6,3%	15,2%	23,3%	36,2%	18,9%	100,0%	

Tab. 5.2.1 (37)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 7,317 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,120.

			12. In den LV sollten Rollenspiele verstärkt eingesetzt werden (das heißt: Übungen der Studenten untereinander).					
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	9	35	40	82	30	196
		% innerhalb von Gruppe	4,6%	17,9%	20,4%	41,8%	15,3%	100,0%
	Studenten	Anzahl	45	73	125	160	89	492
		% innerhalb von Gruppe	9,1%	14,8%	25,4%	32,5%	18,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	54	108	165	242	119	688	
	% innerhalb von Gruppe	7,8%	15,7%	24,0%	35,2%	17,3%	100,0%	

Tab. 5.2.1 (38)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 10,065 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,039.

			13. Videoaufzeichnungen sollten in diesen LV als Pflicht gelten.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	33	50	52	41	20	196
		% innerhalb von Gruppe	16,8%	25,5%	26,5%	20,9%	10,2%	100,0%
	Studenten	Anzahl	124	127	120	91	24	486
		% innerhalb von Gruppe	25,5%	26,1%	24,7%	18,7%	4,9%	100,0%
Gesamt	Anzahl	157	177	172	132	44	682	
	% innerhalb von Gruppe	23,0%	26,0%	25,2%	19,4%	6,5%	100,0%	

Tab. 5.2.1 (39)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 11,127 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,025.

			14. Die Anwendung unterschiedlicher Feedbacktechniken wird als eine grundlegende Methode zum Erkenntnisgewinn eingesetzt.					
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Gruppe	Ärzte	Anzahl	2	15	65	72	43	197
		% innerhalb von Gruppe	1,0%	7,6%	33,0%	36,5%	21,8%	100,0%
	Studenten	Anzahl	11	36	172	187	75	481
		% innerhalb von Gruppe	2,3%	7,5%	35,8%	38,9%	15,6%	100,0%
Gesamt	Anzahl	13	51	237	259	118	678	
	% innerhalb von Gruppe	1,9%	7,5%	35,0%	38,2%	17,4%	100,0%	

Tab. 5.2.1 (40)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 4,807 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,308.

		15. An welchem Institut sollte Ihrer Meinung nach eine solche LV angesiedelt sein?																																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
G Ärzt r e u p p e	Anzahl	59	1	1	0	3	2	1	1	0	0	2	2	0	0	3	0	3	0	2	1	1	0	2	4	1	1	3	11	9	1	1	5	0	0	0	6
	% innerhalb von Gruppe	46,8	,8	,8	,0	2,4	1,6	,8	,8	,0	,0	1,6	1,6	,0	,0	2,4	,0	2,4	,0	1,6	,8	,8	,0	1,6	3,2	,8	,8	2,4	8,7	7,1	,8	,8	4,0	,0	,0	,0	4,8
Stud ente n	Anzahl	138	0	0	10	0	40	1	1	1	1	16	1	2	2	2	4	0	1	1	0	1	2	1	4	1	2	1	19	2	2	0	3	1	1	1	1
	% innerhalb von Gruppe	52,5	,0	,0	3,8	,0	15,2	,4	,4	,4	,4	6,1	,4	,8	,8	,8	1,5	,0	,4	,4	,0	,4	,8	,4	1,5	,4	,8	,4	7,2	,8	,8	,0	1,1	,4	,4	,4	,4
Gesam t	Anzahl	197	1	1	10	3	42	2	2	1	1	18	3	2	2	5	4	3	1	3	1	2	2	3	8	2	3	4	30	11	3	1	8	1	1	1	7
	% innerhalb von Gruppe	50,6	,3	,3	2,6	,8	10,8	,5	,5	,3	,3	4,6	,8	,5	,5	1,3	1,0	,8	,3	,8	,3	,5	,5	,8	2,1	,5	,8	1,0	7,7	2,8	,8	,3	2,1	,3	,3	,3	1,8

Tab. 5.2.1 (41)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 89,303 bei $df = 35$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

Schlüssel zu. Tab. 5.2.1 (41):

- 1 Medizinische Psychologie/Psychologie/Psychiatrie/Soziologie
- 2 Medizinische Psychologie/Chirurgie/Innere Medizin
- 3 Medizinische Psychologie in der VK/Chirurgie/Innere Medizin/Urologie/Gynäkologie
- 4 Medizinische Psychologie/Allgemeinmedizin
- 5 Medizinische Psychologie/Ethik
- 6 Allgemeinmedizin
- 7 Allgemeinmedizin/Innere Medizin
- 8 Allgemeinmedizin/Psychologie/Onkologie
- 9 Allgemeinmedizin/Psychologie/Innere Medizin
- 10 Allgemeinmedizin/Psychologie/Palliativmedizin
- 11 Innere Medizin
- 12 Innere Medizin/Onkologie/Pädiatrie/Psychiatrie
- 13 Innere Medizin/Onkologie
- 14 Innere Medizin/Onkologie/Palliativmedizin
- 15 Innere Medizin/Chirurgie
- 16 Innere Medizin/Medizinische Psychologie
- 17 Onkologie
- 18 Onkologie/Pädiatrie
- 19 Palliativmedizin
- 20 Theologie/Psychologie
- 21 Sozialmedizin
- 22 skills lab
- 23 alle Institute unter Führung der Psychologie
- 24 mehrere Institute
- 25 alle Institute außer Psychologie
- 26 Institut für medizinische Ausbildung
- 27 alle Kliniken
- 28 alle Institute
- 29 alle ausbildenden Einrichtungen
- 30 ein noch zu schaffendes Institut
- 31 Ärztekammer
- 32 ein Institut mit Kompetenz
- 33 ein gut erreichbares Institut
- 34 kein einzelnes Institut
- 35 Sprachenzentrum
- 36 nebensächlich

5.2.2 Gegenüberstellung der empirischen Daten: Vorklinik – Ärzte

			4. Beurteilen Sie den Grad der Handlungsorientierung in den Lehrveranstaltungen.					Gesamt
			sehr geringer Grad	geringer Grad	unentschieden	hoher Grad	sehr hoher Grad	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	10	58	79	44	2	193
		% innerhalb von Statusgruppe	5,2%	30,1%	40,9%	22,8%	1,0%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	1	7	58	41	3	110
		% innerhalb von Statusgruppe	,9%	6,4%	52,7%	37,3%	2,7%	100,0%
Gesamt	Anzahl	11	65	137	85	5	303	
	% innerhalb von Statusgruppe	3,6%	21,5%	45,2%	28,1%	1,7%	100,0%	

Tab. 5.2.2 (1)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 30,453 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			5. Schätzen Sie den Grad der Patientenorientierung in den Lehrveranstaltungen ein.					Gesamt
			sehr geringer Grad	geringer Grad	unentschieden	hoher Grad	sehr hoher Grad	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	15	63	73	31	10	192
		% innerhalb von Statusgruppe	7,8%	32,8%	38,0%	16,1%	5,2%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	4	13	55	29	6	107
		% innerhalb von Statusgruppe	3,7%	12,1%	51,4%	27,1%	5,6%	100,0%
Gesamt	Anzahl	19	76	128	60	16	299	
	% innerhalb von Statusgruppe	6,4%	25,4%	42,8%	20,1%	5,4%	100,0%	

Tab. 5.2.2 (2)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 20,341 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			1. Für wie wichtig schätzen Sie ein gelungenes Arzt-Patient-Verhältnis ein?					Gesamt
			unwichtig	eher unwichtig	weder noch	eher wichtig	sehr wichtig	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	6	2	3	27	159	197
		% innerhalb von Statusgruppe	3,0%	1,0%	1,5%	13,7%	80,7%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	7	3	3	19	94	126
		% innerhalb von Statusgruppe	5,6%	2,4%	2,4%	15,1%	74,6%	100,0%
Gesamt	Anzahl	13	5	6	46	253	323	
	% innerhalb von Statusgruppe	4,0%	1,5%	1,9%	14,2%	78,3%	100,0%	

Tab. 5.2.2 (3)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 2,901 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,574.

			2. Welche Bedeutung haben Ihrer Meinung nach die Kommunikationsfähigkeiten eines Arztes gegenüber dem Patienten?					Gesamt
			unwichtig	eher unwichtig	weder noch	eher wichtig	sehr wichtig	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	5	1	9	39	141	195
		% innerhalb von Statusgruppe	2,6%	,5%	4,6%	20,0%	72,3%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	8	6	6	69	126	215
		% innerhalb von Statusgruppe	3,7%	2,8%	2,8%	32,1%	58,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	13	7	15	108	267	410
		% innerhalb von Statusgruppe	3,2%	1,7%	3,7%	26,3%	65,1%	100,0%

Tab. 5.2.2 (4)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 13,095 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,011.

			3. Beurteilen Sie den Grad Ihrer kommunikativen Fähigkeiten nach dem Schulabschluss.					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	2	24	92	67	11	196
		% innerhalb von Statusgruppe	1,0%	12,2%	46,9%	34,2%	5,6%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	1	20	80	97	16	214
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	9,3%	37,4%	45,3%	7,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	3	44	172	164	27	410
		% innerhalb von Statusgruppe	,7%	10,7%	42,0%	40,0%	6,6%	100,0%

Tab. 5.2.2 (5)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 7,171 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,127.

			4. Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten hinsichtlich allgemeiner kommunikativer und sozialer Kompetenzen derzeit ein?					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	2	6	26	109	45	188
		% innerhalb von Statusgruppe	1,1%	3,2%	13,8%	58,0%	23,9%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	2	16	41	119	36	214
		% innerhalb von Statusgruppe	,9%	7,5%	19,2%	55,6%	16,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	4	22	67	228	81	402
		% innerhalb von Statusgruppe	1,0%	5,5%	16,7%	56,7%	20,1%	100,0%

Tab. 5.2.2 (6)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 7,693 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,104.

			- soziale Verantwortung;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	1	9	25	97	65	197
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	4,6%	12,7%	49,2%	33,0%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	5	9	46	109	46	215
		% innerhalb von Statusgruppe	2,3%	4,2%	21,4%	50,7%	21,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	6	18	71	206	111	412
		% innerhalb von Statusgruppe	1,5%	4,4%	17,2%	50,0%	26,9%	100,0%

Tab. 5.2.2 (7)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 12,066 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,017.

			- Selbstreflexion;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	1	16	52	93	35	197
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	8,1%	26,4%	47,2%	17,8%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	4	15	82	91	22	214
		% innerhalb von Statusgruppe	1,9%	7,0%	38,3%	42,5%	10,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	5	31	134	184	57	411
		% innerhalb von Statusgruppe	1,2%	7,5%	32,6%	44,8%	13,9%	100,0%

Tab. 5.2.2 (8)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 10,851 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,028.

			- Umgang mit Fehlern;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	0	15	83	85	14	197
		% innerhalb von Statusgruppe	,0%	7,6%	42,1%	43,1%	7,1%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	2	26	90	84	13	215
		% innerhalb von Statusgruppe	,9%	12,1%	41,9%	39,1%	6,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	2	41	173	169	27	412
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	10,0%	42,0%	41,0%	6,6%	100,0%

Tab. 5.2.2 (9)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 4,500 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,343.

			- Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	1	6	28	105	57	197
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	3,0%	14,2%	53,3%	28,9%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	1	25	67	89	20	202
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	12,4%	33,2%	44,1%	9,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	2	31	95	194	77	399
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	7,8%	23,8%	48,6%	19,3%	100,0%

Tab. 5.2.2 (10)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 46,699 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			- Interaktion/Beziehungsgestaltung;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	1	16	47	107	25	196
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	8,2%	24,0%	54,6%	12,8%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	3	14	69	109	13	208
		% innerhalb von Statusgruppe	1,4%	6,7%	33,2%	52,4%	6,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	4	30	116	216	38	404
		% innerhalb von Statusgruppe	1,0%	7,4%	28,7%	53,5%	9,4%	100,0%

Tab. 5.2.2 (11)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 8,765 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,067.

			- Theorien der Arzt-Patient-Kommunikation;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	12	43	78	48	15	196
		% innerhalb von Statusgruppe	6,1%	21,9%	39,8%	24,5%	7,7%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	10	45	76	52	11	194
		% innerhalb von Statusgruppe	5,2%	23,2%	39,2%	26,8%	5,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	22	88	154	100	26	390
		% innerhalb von Statusgruppe	5,6%	22,6%	39,5%	25,6%	6,7%	100,0%

Tab. 5.2.2 (12)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 1,018 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,907.

			- Teamentwicklung und Arbeit im Team;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	4	19	39	106	29	197
		% innerhalb von Statusgruppe	2,0%	9,6%	19,8%	53,8%	14,7%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	3	17	34	107	48	209
		% innerhalb von Statusgruppe	1,4%	8,1%	16,3%	51,2%	23,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	7	36	73	213	77	406
		% innerhalb von Statusgruppe	1,7%	8,9%	18,0%	52,5%	19,0%	100,0%

Tab. 5.2.2 (13)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 4,939 bei df = 4. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,294.

			- Führungskompetenzen;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	4	20	71	80	22	197
		% innerhalb von Statusgruppe	2,0%	10,2%	36,0%	40,6%	11,2%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	3	23	60	102	26	214
		% innerhalb von Statusgruppe	1,4%	10,7%	28,0%	47,7%	12,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	7	43	131	182	48	411
		% innerhalb von Statusgruppe	1,7%	10,5%	31,9%	44,3%	11,7%	100,0%

Tab. 5.2.2 (14)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 3,571 bei df = 4. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,467.

			- Rolle und Identität, bezogen auf die eigene Person;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	0	13	54	88	39	194
		% innerhalb von Statusgruppe	0,0%	6,7%	27,8%	45,4%	20,1%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	5	16	54	106	28	209
		% innerhalb von Statusgruppe	2,4%	7,7%	25,8%	50,7%	13,4%	100,0%
Gesamt	Anzahl	5	29	108	194	67	403	
	% innerhalb von Statusgruppe	1,2%	7,2%	26,8%	48,1%	16,6%	100,0%	

Tab. 5.2.2 (15)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 8,240 bei df = 4. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,083.

			- Management und Organisation;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	1	14	56	85	41	197
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	7,1%	28,4%	43,1%	20,8%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	5	31	55	80	44	215
		% innerhalb von Statusgruppe	2,3%	14,4%	25,6%	37,2%	20,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	6	45	111	165	85	412
		% innerhalb von Statusgruppe	1,5%	10,9%	26,9%	40,0%	20,6%	100,0%

Tab. 5.2.2 (16)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 8,858 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,072.

			- Selbstschutz;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	4	35	77	58	23	197
		% innerhalb von Statusgruppe	2,0%	17,8%	39,1%	29,4%	11,7%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	5	35	62	82	29	213
		% innerhalb von Statusgruppe	2,3%	16,4%	29,1%	38,5%	13,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	9	70	139	140	52	410
		% innerhalb von Statusgruppe	2,2%	17,1%	33,9%	34,1%	12,7%	100,0%

Tab. 5.2.2 (17)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 5,921 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,205.

			- Integration in professionelle Rahmenbedingungen;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	1	15	64	95	22	197
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	7,6%	32,5%	48,2%	11,2%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	1	18	75	95	23	212
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	8,5%	35,4%	44,8%	10,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	2	33	139	190	45	409
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	8,1%	34,0%	46,5%	11,0%	100,0%

Tab. 5.2.2 (18)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 0,616 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,961.

			- Werte und Normen in der Entscheidungsfindung;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	1	9	34	104	49	197
		% innerhalb von Statusgruppe	1,5%	4,6%	17,3%	52,8%	24,9%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	6	12	48	119	27	212
		% innerhalb von Statusgruppe	2,8%	5,7%	22,6%	56,1%	12,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	7	21	82	223	76	409
		% innerhalb von Statusgruppe	1,7%	5,1%	20,0%	54,5%	18,6%	100,0%

Tab. 5.2.2 (19)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 13,235 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,010.

			- Beachtung von Kontextbedingungen bei der Urteilsfindung;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	1	14	48	99	34	196
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	7,1%	24,5%	50,5%	17,3%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	3	13	67	109	17	209
		% innerhalb von Statusgruppe	1,4%	6,2%	32,1%	52,2%	8,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	4	27	115	208	51	405
		% innerhalb von Statusgruppe	1,0%	6,7%	28,4%	51,4%	12,6%	100,0%

Tab. 5.2.2 (20)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 9,917 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,042.

			- Berücksichtigung von Ungewissheit bei der Urteilsfindung:					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	1	10	60	94	30	195
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	5,1%	30,8%	48,2%	15,4%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	3	18	76	84	23	204
		% innerhalb von Statusgruppe	1,5%	8,8%	37,3%	41,2%	11,3%	100,0%
Gesamt	Anzahl	4	28	136	178	53	399	
	% innerhalb von Statusgruppe	1,0%	7,0%	34,1%	44,6%	13,3%	100,0%	

Tab. 5.2.2 (21)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 6,455 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,168.

			- Kenntnisse über die Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	6	19	50	85	36	196
		% innerhalb von Statusgruppe	3,1%	9,7%	25,5%	43,4%	18,4%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	5	26	87	67	9	194
		% innerhalb von Statusgruppe	2,6%	13,4%	44,8%	34,5%	4,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	11	45	137	152	45	390
		% innerhalb von Statusgruppe	2,8%	11,5%	35,1%	39,0%	11,5%	100,0%

Tab. 5.2.2 (22)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 29,495 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			- Fähigkeit zur Informationsbeschaffung innerhalb des Prozesses zur Urteilsfindung.					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	5	5	35	102	49	196
		% innerhalb von Statusgruppe	2,6%	2,6%	17,9%	52,0%	25,0%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	4	18	45	101	38	206
		% innerhalb von Statusgruppe	1,9%	8,7%	21,8%	49,0%	18,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	9	23	80	203	87	402
		% innerhalb von Statusgruppe	2,2%	5,7%	19,9%	50,5%	21,6%	100,0%

Tab. 5.2.2 (23)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 9,862 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,043.

			5. Haben Sie innerhalb Ihrer Ausbildung schon einmal einen Kommunikationskurs belegt?		Gesamt
			ja	nein	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	61	136	197
		% innerhalb von Statusgruppe	31,0%	69,0%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	22	140	162
		% innerhalb von Statusgruppe	13,6%	86,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	83	276	359
		% innerhalb von Statusgruppe	23,1%	76,9%	100,0%

Tab. 5.2.2 (24)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 15,115 bei $df = 1$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			6. Halten Sie die Vermittlung von kommunikativen Techniken und deren Anwendung in konkreten Situationen innerhalb Ihrer Ausbildung für ausreichend?					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	29	51	49	35	30	194
		% innerhalb von Statusgruppe	14,9%	26,3%	25,3%	18,0%	15,5%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	12	46	72	42	7	179
		% innerhalb von Statusgruppe	6,7%	25,7%	40,2%	23,5%	3,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	41	97	121	77	37	373
		% innerhalb von Statusgruppe	11,0%	26,0%	32,4%	20,6%	9,9%	100,0%

Tab. 5.2.2 (25)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 26,051 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			1. Die Lehrveranstaltungen (LV) sollten mit anderen praktischen fachspezifischen Aspekten gekoppelt werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	5	8	18	68	97	196
		% innerhalb von Statusgruppe	2,6%	4,1%	9,2%	34,7%	49,5%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	9	17	33	89	67	215
		% innerhalb von Statusgruppe	4,2%	7,9%	15,3%	41,4%	31,2%	100,0%
Gesamt		Anzahl	14	25	51	157	164	411
		% innerhalb von Statusgruppe	3,4%	6,1%	12,4%	38,2%	39,9%	100,0%

Tab. 5.2.2 (26)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 16,248 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,003.

			2. Die LV sollten nicht gesondert als eigenständige Veranstaltungen organisiert werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	übewiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	16	40	36	58	47	197
		% innerhalb von Statusgruppe	8,1%	20,3%	18,3%	29,4%	23,9%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	7	39	59	75	35	215
		% innerhalb von Statusgruppe	3,3%	18,1%	27,4%	34,9%	16,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	23	79	95	133	82	412
		% innerhalb von Statusgruppe	5,6%	19,2%	23,1%	32,3%	19,9%	100,0%

Tab. 5.2.2 (27)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 12,269 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,015.

			3. Die LV sollten ausbildungsbegleitend organisiert werden, das heißt im ersten Semester beginnen und im 10. Semester enden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	10	32	25	61	69	197
		% innerhalb von Statusgruppe	5,1%	16,2%	12,7%	31,0%	35,0%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	16	29	60	72	37	214
		% innerhalb von Statusgruppe	7,5%	13,6%	28,0%	33,6%	17,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	26	61	85	133	106	411
		% innerhalb von Statusgruppe	6,3%	14,8%	20,7%	32,4%	25,8%	100,0%

Tab. 5.2.2 (27)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 25,855 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			4. Die LV sollten Pflichtveranstaltungen werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	10	21	36	51	79	197
		% innerhalb von Statusgruppe	5,1%	10,7%	18,3%	25,9%	40,1%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	31	44	65	44	31	215
		% innerhalb von Statusgruppe	14,4%	20,5%	30,2%	20,5%	14,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	41	65	101	95	110	412
		% innerhalb von Statusgruppe	10,0%	15,8%	24,5%	23,1%	26,7%	100,0%

Tab. 5.2.2 (28)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 47,988 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			5. Die LV sollten im regelmäßigen Rhythmus durchgeführt werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	7	32	43	70	42	194
		% innerhalb von Statusgruppe	3,6%	16,5%	22,2%	36,1%	21,6%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	15	29	70	69	29	212
		% innerhalb von Statusgruppe	7,1%	13,7%	33,0%	32,5%	13,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	22	61	113	139	71	406
		% innerhalb von Statusgruppe	5,4%	15,0%	27,8%	34,2%	17,5%	100,0%

Tab. 5.2.2 (29)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 11,119 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,025.

			6. Die LV sollten in Blockform (z.B. von Freitagabend bis Sonntagnachmittag) angeboten werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	82	61	22	18	11	194
		% innerhalb von Statusgruppe	42,3%	31,4%	11,3%	9,3%	5,7%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	110	58	24	13	8	213
		% innerhalb von Statusgruppe	51,6%	27,2%	11,3%	6,1%	3,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	192	119	46	31	19	407
		% innerhalb von Statusgruppe	47,2%	29,2%	11,3%	7,6%	4,7%	100,0%

Tab. 5.2.2 (30)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 4,649 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,325.

			7. Die LV sollten erst in der klinischen Phase der Ausbildung beginnen.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	50	44	29	36	35	194
		% innerhalb von Statusgruppe	25,8%	22,7%	14,9%	18,6%	18,0%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	69	52	38	34	21	214
		% innerhalb von Statusgruppe	32,2%	24,3%	17,8%	15,9%	9,8%	100,0%
Gesamt	Anzahl	119	96	67	70	56	408	
	% innerhalb von Statusgruppe	29,2%	23,5%	16,4%	17,2%	13,7%	100,0%	

Tab. 5.2.2 (31)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 7,504 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,112.

			8. In der vorklinischen Ausbildung sollten theoretische Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion im Vordergrund stehen.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	27	39	41	63	27	197
		% innerhalb von Statusgruppe	13,7%	19,8%	20,8%	32,0%	13,7%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	26	37	75	55	21	214
		% innerhalb von Statusgruppe	12,1%	17,3%	35,0%	25,7%	9,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	53	76	116	118	48	411
		% innerhalb von Statusgruppe	12,9%	18,5%	28,2%	28,7%	11,7%	100,0%

Tab. 5.2.2 (32)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 10,644 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,031.

			9. Wie hoch ist Ihrer Meinung nach der Grad des Erkenntnisgewinns bei der Übung in Großgruppen?					Gesamt
			sehr gering	gering	mittel	hoch	sehr hoch	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	39	88	49	13	7	196
		% innerhalb von Statusgruppe	19,9%	44,9%	25,0%	6,6%	3,6%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	14	67	89	30	6	206
		% innerhalb von Statusgruppe	6,8%	32,5%	43,2%	14,6%	2,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	53	155	138	43	13	402
		% innerhalb von Statusgruppe	13,2%	38,6%	34,3%	10,7%	3,2%	100,0%

Tab. 5.2.2 (33)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 32,801 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			10. Wie schätzen Sie die Realisierbarkeit von Projektarbeit mit dem Thema „Kommunikation“ ein?					Gesamt
			sehr gering	gering	mittel	hoch	sehr hoch	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	9	57	58	51	19	194
		% innerhalb von Statusgruppe	4,6%	29,4%	29,9%	26,3%	9,8%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	7	57	96	44	5	209
		% innerhalb von Statusgruppe	3,3%	27,3%	45,9%	21,1%	2,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	16	114	154	95	24	403
		% innerhalb von Statusgruppe	4,0%	28,3%	38,2%	23,6%	6,0%	100,0%

ab. 5.2.2 (34)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 17,775 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,001.

			11. Die LV sollten vorrangig patientenorientiert mithilfe von Übungen mit standardisierten Patienten erfolgen.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	12	39	47	58	36	192
		% innerhalb von Statusgruppe	6,3%	20,3%	24,5%	30,2%	18,8%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	20	34	55	78	27	214
		% innerhalb von Statusgruppe	9,3%	15,9%	25,7%	36,4%	12,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	32	73	102	136	63	406
		% innerhalb von Statusgruppe	7,9%	18,0%	25,1%	33,5%	15,5%	100,0%

Tab. 5.2.2 (35)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 6,022 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,197.

			12. In den LV sollten Rollenspiele verstärkt eingesetzt werden (das heißt: Übungen der Studenten untereinander).					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	9	35	40	82	30	196
		% innerhalb von Statusgruppe	4,6%	17,9%	20,4%	41,8%	15,3%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	18	32	57	75	33	215
		% innerhalb von Statusgruppe	8,4%	14,9%	26,5%	34,9%	15,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	27	67	97	157	63	411
		% innerhalb von Statusgruppe	6,6%	16,3%	23,6%	38,2%	15,3%	100,0%

Tab. 5.2.2 (36)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 5,703 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,222.

			13. Videoaufzeichnungen sollten in diesen LV als Pflicht gelten.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	33	50	52	41	20	196
		% innerhalb von Statusgruppe	16,8%	25,5%	26,5%	20,9%	10,2%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	47	52	56	45	12	212
		% innerhalb von Statusgruppe	22,2%	24,5%	26,4%	21,2%	5,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	80	102	108	86	32	408
		% innerhalb von Statusgruppe	19,6%	25,0%	26,5%	21,1%	7,8%	100,0%

Tab. 5.2.2 (37)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 4,202 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,379.

			14. Die Anwendung unterschiedlicher Feedbacktechniken wird als eine grundlegende Methode zum Erkenntnisgewinn eingesetzt.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	2	15	65	72	43	197
		% innerhalb von Statusgruppe	1,0%	7,6%	33,0%	36,5%	21,8%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	6	24	84	75	17	206
		% innerhalb von Statusgruppe	2,9%	11,7%	40,8%	36,4%	8,3%	100,0%
Gesamt	Anzahl	8	39	149	147	60	403	
	% innerhalb von Statusgruppe	2,0%	9,7%	37,0%	36,5%	14,9%	100,0%	

Tab. 5.2.2 (38)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 17,635 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,001.

			15. An welchem Institut sollte Ihrer Meinung nach eine solche LV angesiedelt sein?																										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Status- gruppe	Ärzt e	Anzahl	59	1	1	3	2	1	1	2	2	3	0	3	2	1	1	2	4	1	1	3	11	9	1	1	5	0	6
		% innerhalb von Status- gruppe	46,8	,8	,8	2,4	1,6	,8	,8	1,6	1,6	2,4	,0	2,4	1,6	,8	,8	1,6	3,2	,8	,8	2,4	8,7	7,1	,8	,8	4,0	,0	4,8
	Stud ente n Vork linik	Anzahl	41	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8	2	1	0	1	1	0
		% innerhalb von Status- gruppe	71,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0	1,8	,0	,0	1,8	,0	,0	,0	,0	,0	1,8	,0	,0	,0	14,0	3,5	1,8	,0	1,8	1,8	,0
Gesamt		Anzahl	100	1	1	3	2	1	1	3	2	3	1	3	2	1	1	2	5	1	1	3	19	11	2	1	6	1	6
		% innerhalb von Status- gruppe	54,6	,5	,5	1,6	1,1	,5	,5	1,6	1,1	1,6	,5	1,6	1,1	,5	,5	1,1	2,7	,5	,5	1,6	10,4	6,0	1,1	,5	3,3	,5	3,3

Tab. 5.2.2 (39)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 27,921 bei $df = 26$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,362.

Schlüssel zu Tab. 5.2.2 (39):

- 1 Medizinische Psychologie/Psychologie/Psychiatrie/Soziologie
- 2 Medizinische Psychologie/Chirurgie/Innere Medizin
- 3 Medizinische Psychologie in der VK/Chirurgie/Innere Medizin/Urologie/Gynäkologie
- 4 Medizinische Psychologie/Ethik
- 5 Allgemeinmedizin
- 6 Allgemeinmedizin/Innere Medizin
- 7 Allgemeinmedizin/Psychologie/Onkologie
- 8 Innere Medizin
- 9 Innere Medizin/Onkologie/Pädiatrie/Psychiatrie
- 10 Innere Medizin/Chirurgie
- 11 Innere Medizin/Medizinische Psychologie
- 12 Onkologie
- 13 Palliativmedizin
- 14 Theologie/Psychologie
- 15 Sozialmedizin
- 16 alle Institute unter Führung der Psychologie
- 17 mehrere Institute
- 18 alle Institute außer Psychologie
- 19 Institut für medizinische Ausbildung
- 20 alle Kliniken
- 21 alle Institute
- 22 alle ausbildenden Einrichtungen
- 23 ein noch zu schaffendes Institut
- 24 Ärztekammer
- 25 ein Institut mit Kompetenz
- 26 Sprachenzentrum
- 27 nebensächlich

5.2.3 Gegenüberstellung der empirischen Daten: Klinik – Ärzte

			4. Beurteilen Sie den Grad der Handlungsorientierung in den Lehrveranstaltungen.					Gesamt
			sehr geringer Grad	geringer Grad	unentschieden	hoher Grad	sehr hoher Grad	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	10	58	79	44	2	193
		% innerhalb von Statusgruppe	5,2%	30,1%	40,9%	22,8%	1,0%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	48	125	90	11	3	277
		% innerhalb von Statusgruppe	17,3%	45,1%	32,5%	4,0%	1,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	58	183	169	55	5	470
		% innerhalb von Statusgruppe	12,3%	38,9%	36,0%	11,7%	1,1%	100,0%

Tab. 5.2.3 (1)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 56,949 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			5. Schätzen Sie den Grad der Patientenorientierung in den Lehrveranstaltungen ein.					Gesamt
			sehr geringer Grad	geringer Grad	unentschieden	hoher Grad	sehr hoher Grad	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	15	63	73	31	10	192
		% innerhalb von Statusgruppe	7,8%	32,8%	38,0%	16,1%	5,2%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	49	120	92	12	4	277
		% innerhalb von Statusgruppe	17,7%	43,3%	33,2%	4,3%	1,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	64	183	165	43	14	469
		% innerhalb von Statusgruppe	13,6%	39,0%	35,2%	9,2%	3,0%	100,0%

Tab. 5.2.3 (2)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 34,706 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			1. Für wie wichtig schätzen Sie ein gelungenes Arzt-Patient-Verhältnis ein?					Gesamt
			unwichtig	eher unwichtig	weder noch	eher wichtig	sehr wichtig	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	6	2	3	27	159	197
		% innerhalb von Statusgruppe	3,0%	1,0%	1,5%	13,7%	80,7%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	0	1	0	35	240	276
		% innerhalb von Statusgruppe	,0%	,4%	,0%	12,7%	87,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	6	3	3	62	399	473
		% innerhalb von Statusgruppe	1,3%	,6%	,6%	13,1%	84,4%	100,0%

Tab. 5.2.3 (3)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 14,005 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,007.

			2. Welche Bedeutung haben Ihrer Meinung nach die Kommunikationsfähigkeiten eines Arztes gegenüber dem Patienten?					Gesamt
			unwichtig	eher unwichtig	weder noch	eher wichtig	sehr wichtig	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	5	1	9	39	141	195
		% innerhalb von Statusgruppe	2,6%	,5%	4,6%	20,0%	72,3%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	0	0	1	62	212	275
		% innerhalb von Statusgruppe	,0%	,0%	,4%	22,5%	77,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	5	1	10	101	353	470
		% innerhalb von Statusgruppe	1,1%	,2%	2,1%	21,5%	75,1%	100,0%

Tab. 5.2.3 (4)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 18,847 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,001.

			3. Beurteilen Sie den Grad Ihrer kommunikativen Fähigkeiten nach dem Schulabschluss.					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	2	24	92	67	11	196
		% innerhalb von Statusgruppe	1,0%	12,2%	46,9%	34,2%	5,6%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	5	33	109	112	15	274
		% innerhalb von Statusgruppe	1,8%	12,0%	39,8%	40,9%	5,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	7	57	201	179	26	470
		% innerhalb von Statusgruppe	1,5%	12,1%	42,8%	38,1%	5,5%	100,0%

Tab. 5.2.3 (5)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 3,217 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,522.

			4. Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten hinsichtlich allgemeiner kommunikativer und sozialer Kompetenzen derzeit ein?					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	2	6	26	109	45	188
		% innerhalb von Statusgruppe	1,1%	3,2%	13,8%	58,0%	23,9%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	0	9	37	162	60	268
		% innerhalb von Statusgruppe	,0%	3,4%	13,8%	60,4%	22,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	2	15	63	271	105	456
		% innerhalb von Statusgruppe	,4%	3,3%	13,8%	59,4%	23,0%	100,0%

Tab. 5.2.3 (6)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 3,089 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,543.

			- soziale Verantwortung;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	1	9	25	97	65	197
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	4,6%	12,7%	49,2%	33,0%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	0	5	45	151	75	276
		% innerhalb von Statusgruppe	,0%	1,8%	16,3%	54,7%	27,2%	100,0%
Gesamt		Anzahl	1	14	70	248	140	473
		% innerhalb von Statusgruppe	,2%	3,0%	14,8%	52,4%	29,6%	100,0%

Tab. 5.2.3 (7)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 7,340 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,119.

			- Selbstreflexion;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	1	16	52	93	35	197
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	8,1%	26,4%	47,2%	17,8%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	0	10	71	153	42	276
		% innerhalb von Statusgruppe	,0%	3,6%	25,7%	55,4%	15,2%	100,0%
Gesamt		Anzahl	1	26	123	246	77	473
		% innerhalb von Statusgruppe	,2%	5,5%	26,0%	52,0%	16,3%	100,0%

Tab. 5.2.3 (8)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 7,608 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,107.

			- Umgang mit Fehlern;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	0	15	83	85	14	197
		% innerhalb von Statusgruppe	,0%	7,6%	42,1%	43,1%	7,1%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	3	24	117	120	10	274
		% innerhalb von Statusgruppe	1,1%	8,8%	42,7%	43,8%	3,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	3	39	200	205	24	471
		% innerhalb von Statusgruppe	,6%	8,3%	42,5%	43,5%	5,1%	100,0%

Tab. 5.2.3 (9)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 5,046 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,283.

			- Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	1	6	28	105	57	197
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	3,0%	14,2%	53,3%	28,9%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	2	13	78	156	28	277
		% innerhalb von Statusgruppe	,7%	4,7%	28,2%	56,3%	10,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	3	19	106	261	85	474	
	% innerhalb von Statusgruppe	,6%	4,0%	22,4%	55,1%	17,9%	100,0%	

Tab. 5.2.3 (10)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 33,818 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			- Interaktion/Beziehungsgestaltung;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	1	16	47	107	25	196
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	8,2%	24,0%	54,6%	12,8%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	1	15	93	140	28	277
		% innerhalb von Statusgruppe	,4%	5,4%	33,6%	50,5%	10,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	2	31	140	247	53	473
		% innerhalb von Statusgruppe	,4%	6,6%	29,6%	52,2%	11,2%	100,0%

Tab. 5.2.3 (11)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 6,031 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,197.

			- Theorien der Arzt-Patient-Kommunikation;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	12	43	78	48	15	196
		% innerhalb von Statusgruppe	6,1%	21,9%	39,8%	24,5%	7,7%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	11	55	112	87	12	277
		% innerhalb von Statusgruppe	4,0%	19,9%	40,4%	31,4%	4,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	23	98	190	135	27	473
		% innerhalb von Statusgruppe	4,9%	20,7%	40,2%	28,5%	5,7%	100,0%

Tab. 5.2.3 (12)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 5,487 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,241.

			- Teamentwicklung und Arbeit im Team;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	4	19	39	106	29	197
		% innerhalb von Statusgruppe	2,0%	9,6%	19,8%	53,8%	14,7%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	2	16	47	151	61	277
		% innerhalb von Statusgruppe	,7%	5,8%	17,0%	54,5%	22,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	6	35	86	257	90	474	
	% innerhalb von Statusgruppe	1,3%	7,4%	18,1%	54,2%	19,0%	100,0%	

Tab. 5.2.3 (13)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 7,641 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,106.

			- Führungskompetenzen;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	4	20	71	80	22	197
		% innerhalb von Statusgruppe	2,0%	10,2%	36,0%	40,6%	11,2%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	10	49	102	95	21	277
		% innerhalb von Statusgruppe	3,6%	17,7%	36,8%	34,3%	7,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	14	69	173	175	43	474
		% innerhalb von Statusgruppe	3,0%	14,6%	36,5%	36,9%	9,1%	100,0%

Tab. 5.2.3 (14)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 8,360 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,079.

			- Rolle und Identität, bezogen auf die eigene Person;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	0	13	54	88	39	194
		% innerhalb von Statusgruppe	0,0%	6,7%	27,8%	45,4%	20,1%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	3	13	79	135	45	275
		% innerhalb von Statusgruppe	1,1%	4,7%	28,7%	49,1%	16,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	3	26	133	223	84	469
		% innerhalb von Statusgruppe	0,6%	5,5%	28,4%	47,5%	17,9%	100,0%

Tab. 5.2.3 (15)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 4,169 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,384.

			- Management und Organisation;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	1	14	56	85	41	197
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	7,1%	28,4%	43,1%	20,8%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	2	21	82	117	55	277
		% innerhalb von Statusgruppe	,7%	7,6%	29,6%	42,2%	19,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	3	35	138	202	96	474
		% innerhalb von Statusgruppe	,6%	7,4%	29,1%	42,6%	20,3%	100,0%

Tab. 5.2.3 (16)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 0,248 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,993.

			- Selbstschutz;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	4	35	77	58	23	197
		% innerhalb von Statusgruppe	2,0%	17,8%	39,1%	29,4%	11,7%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	7	38	103	108	20	276
		% innerhalb von Statusgruppe	2,5%	13,8%	37,3%	39,1%	7,2%	100,0%
Gesamt		Anzahl	11	73	180	166	43	473
		% innerhalb von Statusgruppe	2,3%	15,4%	38,1%	35,1%	9,1%	100,0%

Tab. 5.2.3 (17)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 6,966 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,138.

			- Integration in professionelle Rahmenbedingungen;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	1	15	64	95	22	197
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	7,6%	32,5%	48,2%	11,2%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	4	31	106	122	14	277
		% innerhalb von Statusgruppe	1,4%	11,2%	38,3%	44,0%	5,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	5	46	170	217	36	474	
	% innerhalb von Statusgruppe	1,1%	9,7%	35,9%	45,8%	7,6%	100,0%	

Tab. 5.2.3 (18)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 9,652 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,047.

			- Werte und Normen in der Entscheidungsfindung;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	1	9	34	104	49	197
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	4,6%	17,3%	52,8%	24,9%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	2	16	73	152	34	277
		% innerhalb von Statusgruppe	,7%	5,8%	26,4%	54,9%	12,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	3	25	107	256	83	474
		% innerhalb von Statusgruppe	,6%	5,3%	22,6%	54,0%	17,5%	100,0%

Tab. 5.2.3 (19)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 15,149 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,004.

			- Beachtung von Kontextbedingungen bei der Urteilsfindung;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	1	14	48	99	34	196
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	7,1%	24,5%	50,5%	17,3%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	2	15	107	138	14	276
		% innerhalb von Statusgruppe	,7%	5,4%	38,8%	50,0%	5,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	3	29	155	237	48	472	
	% innerhalb von Statusgruppe	,6%	6,1%	32,8%	50,2%	10,2%	100,0%	

Tab. 5.2.3 (20)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 24,728 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			- Berücksichtigung von Ungewissheit bei der Urteilsfindung;					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	1	10	60	94	30	195
		% innerhalb von Statusgruppe	1,5%	5,1%	30,8%	48,2%	15,4%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	4	24	108	124	14	274
		% innerhalb von Statusgruppe	1,5%	8,8%	39,4%	45,3%	5,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	5	34	168	218	44	469	
	% innerhalb von Statusgruppe	1,1%	7,2%	35,8%	46,5%	9,4%	100,0%	

Tab. 5.2.3 (21)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 18,442 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,001.

			- Kenntnisse über die Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung:					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	6	19	50	85	36	196
		% innerhalb von Statusgruppe	3,1%	9,7%	25,5%	43,4%	18,4%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	9	60	134	66	7	276
		% innerhalb von Statusgruppe	3,3%	21,7%	48,6%	23,9%	2,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	15	79	184	151	43	472
		% innerhalb von Statusgruppe	3,2%	16,7%	39,0%	32,0%	9,1%	100,0%

Tab. 5.2.3 (22)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 70,645 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			- Fähigkeit zur Informationsbeschaffung innerhalb des Prozesses zur Urteilsfindung.					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	5	5	35	102	49	196
		% innerhalb von Statusgruppe	2,6%	2,6%	17,9%	52,0%	25,0%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	1	18	77	132	45	273
		% innerhalb von Statusgruppe	,4%	6,6%	28,2%	48,4%	16,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	6	23	112	234	94	469
		% innerhalb von Statusgruppe	1,3%	4,9%	23,9%	49,9%	20,0%	100,0%

Tab. 5.2.3 (23)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 17,614 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,001.

			5. Haben Sie innerhalb Ihrer Ausbildung schon einmal einen Kommunikationskurs belegt?		Gesamt
			ja	nein	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	61	136	197
		% innerhalb von Statusgruppe	31,0%	69,0%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	51	226	277
		% innerhalb von Statusgruppe	18,4%	81,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	112	362	474
		% innerhalb von Statusgruppe	23,6%	76,4%	100,0%

Tab. 5.2.3 (24)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 10,053 bei $df = 1$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,002.

			6. Halten Sie die Vermittlung von kommunikativen Techniken und deren Anwendung in konkreten Situationen innerhalb Ihrer Ausbildung für ausreichend?					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	29	51	49	35	30	194
		% innerhalb von Statusgruppe	14,9%	26,3%	25,3%	18,0%	15,5%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	57	127	58	23	8	273
		% innerhalb von Statusgruppe	20,9%	46,5%	21,2%	8,4%	2,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	86	178	107	58	38	467
		% innerhalb von Statusgruppe	18,4%	38,1%	22,9%	12,4%	8,1%	100,0%

Tab. 5.2.3 (25)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 45,480 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			7. Ist Ihnen der Kölner Evaluationsbogen (KEK) bekannt?		Gesamt
			ja	nein	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	4	193	197
		% innerhalb von Statusgruppe	2,0%	98,0%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	6	267	273
		% innerhalb von Statusgruppe	2,2%	97,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	10	460	470
		% innerhalb von Statusgruppe	2,1%	97,9%	100,0%

Tab. 5.2.3 (26)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 0,015 bei $df = 1$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,901.

			1. Die Lehrveranstaltungen (LV) sollten mit anderen praktischen fachspezifischen Aspekten gekoppelt werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	5	8	18	68	97	196
		% innerhalb von Statusgruppe	2,6%	4,1%	9,2%	34,7%	49,5%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	2	9	19	101	146	277
		% innerhalb von Statusgruppe	,7%	3,2%	6,9%	36,5%	52,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	7	17	37	169	243	473
		% innerhalb von Statusgruppe	1,5%	3,6%	7,8%	35,7%	51,4%	100,0%

Tab. 5.2.3 (27)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 3,941 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,414.

			2. Die LV sollten nicht gesondert als eigenständige Veranstaltungen organisiert werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	übewiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	16	40	36	58	47	197
		% innerhalb von Statusgruppe	8,1%	20,3%	18,3%	29,4%	23,9%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	16	47	49	98	67	277
		% innerhalb von Statusgruppe	5,8%	17,0%	17,7%	35,4%	24,2%	100,0%
Gesamt		Anzahl	32	87	85	156	114	474
		% innerhalb von Statusgruppe	6,8%	18,4%	17,9%	32,9%	24,1%	100,0%

Tab. 5.2.3 (28)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 2,897 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,575.

			3. Die LV sollten ausbildungsbegleitend organisiert werden, das heißt im ersten Semester beginnen und im 10. Semester enden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	übewiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	10	32	25	61	69	197
		% innerhalb von Statusgruppe	5,1%	16,2%	12,7%	31,0%	35,0%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	11	48	45	67	106	277
		% innerhalb von Statusgruppe	4,0%	17,3%	16,2%	24,2%	38,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	21	80	70	128	175	474
		% innerhalb von Statusgruppe	4,4%	16,9%	14,8%	27,0%	36,9%	100,0%

Tab. 5.2.3 (29)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 3,668 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,453.

			4. Die LV sollten Pflichtveranstaltungen werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	10	21	36	51	79	197
		% innerhalb von Statusgruppe	5,1%	10,7%	18,3%	25,9%	40,1%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	31	42	57	63	84	277
		% innerhalb von Statusgruppe	11,2%	15,2%	20,6%	22,7%	30,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	41	63	93	114	163	474
		% innerhalb von Statusgruppe	8,6%	13,3%	19,6%	24,1%	34,4%	100,0%

Tab. 5.2.3 (30)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 10,718 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,030.

			5. Die LV sollten im regelmäßigen Rhythmus durchgeführt werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	7	32	43	70	42	194
		% innerhalb von Statusgruppe	3,6%	16,5%	22,2%	36,1%	21,6%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	15	45	53	88	74	275
		% innerhalb von Statusgruppe	5,5%	16,4%	19,3%	32,0%	26,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	22	77	96	158	116	469
		% innerhalb von Statusgruppe	4,7%	16,4%	20,5%	33,7%	24,7%	100,0%

Tab. 5.2.3 (31)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 3,128 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,537.

			6. Die LV sollten in Blockform (z.B. von Freitagabend bis Sonntagnachmittag) angeboten werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	82	61	22	18	11	194
		% innerhalb von Statusgruppe	42,3%	31,4%	11,3%	9,3%	5,7%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	120	68	29	38	20	275
		% innerhalb von Statusgruppe	43,6%	24,7%	10,5%	13,8%	7,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	202	129	51	56	31	469
		% innerhalb von Statusgruppe	43,1%	27,5%	10,9%	11,9%	6,6%	100,0%

Tab. 5.2.3 (32)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 4,386 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,356.

			7. Die LV sollten erst in der klinischen Phase der Ausbildung beginnen.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	50	44	29	36	35	194
		% innerhalb von Statusgruppe	25,8%	22,7%	14,9%	18,6%	18,0%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	51	55	50	59	60	275
		% innerhalb von Statusgruppe	18,5%	20,0%	18,2%	21,5%	21,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	101	99	79	95	95	469
		% innerhalb von Statusgruppe	21,5%	21,1%	16,8%	20,3%	20,3%	100,0%

Tab. 5.2.3 (33)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 5,125 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,275.

			8. In der vorklinischen Ausbildung sollten theoretische Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion im Vordergrund stehen.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	27	39	41	63	27	197
		% innerhalb von Statusgruppe	13,7%	19,8%	20,8%	32,0%	13,7%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	39	49	68	77	43	276
		% innerhalb von Statusgruppe	14,1%	17,8%	24,6%	27,9%	15,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	66	88	109	140	70	473
		% innerhalb von Statusgruppe	14,0%	18,6%	23,0%	29,6%	14,8%	100,0%

Tab. 5.2.3 (34)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 1,923 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,750.

			9. Wie hoch ist Ihrer Meinung nach der Grad des Erkenntnisgewinns bei der Übung in Großgruppen?					Gesamt
			sehr gering	gering	mittel	hoch	sehr hoch	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	39	88	49	13	7	196
		% innerhalb von Statusgruppe	19,9%	44,9%	25,0%	6,6%	3,6%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	68	117	62	25	5	277
		% innerhalb von Statusgruppe	24,5%	42,2%	22,4%	9,0%	1,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	107	205	111	38	12	473
		% innerhalb von Statusgruppe	22,6%	43,3%	23,5%	8,0%	2,5%	100,0%

Tab. 5.2.3 (35)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 3,849 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,427.

			10. Wie schätzen Sie die Realisierbarkeit von Projektarbeit mit dem Thema „Kommunikation“ ein?					Gesamt
			sehr gering	gering	mittel	hoch	sehr hoch	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	9	57	58	51	19	194
		% innerhalb von Statusgruppe	4,6%	29,4%	29,9%	26,3%	9,8%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	22	71	98	63	23	277
		% innerhalb von Statusgruppe	7,9%	25,6%	35,4%	22,7%	8,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	31	128	156	114	42	471
		% innerhalb von Statusgruppe	6,6%	27,2%	33,1%	24,2%	8,9%	100,0%

Tab. 5.2.3 (36)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 4,393 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,355.

			11. Die LV sollten vorrangig patientenorientiert mithilfe von Übungen mit standardisierten Patienten erfolgen.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	12	39	47	58	36	192
		% innerhalb von Statusgruppe	6,3%	20,3%	24,5%	30,2%	18,8%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	11	31	57	111	66	276
		% innerhalb von Statusgruppe	4,0%	11,2%	20,7%	40,2%	23,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	23	70	104	169	102	468
		% innerhalb von Statusgruppe	4,9%	15,0%	22,2%	36,1%	21,8%	100,0%

Tab. 5.2.3 (37)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 12,696 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,013.

			12. In den LV sollten Rollenspiele verstärkt eingesetzt werden (das heißt: Übungen der Studenten untereinander).					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	9	35	40	82	30	196
		% innerhalb von Statusgruppe	4,6%	17,9%	20,4%	41,8%	15,3%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	27	41	68	85	56	277
		% innerhalb von Statusgruppe	9,7%	14,8%	24,5%	30,7%	20,2%	100,0%
Gesamt		Anzahl	36	76	108	167	86	473
		% innerhalb von Statusgruppe	7,6%	16,1%	22,8%	35,3%	18,2%	100,0%

Tab. 5.2.3 (38)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 11,102 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,025.

			13. Videoaufzeichnungen sollten in diesen LV als Pflicht gelten.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	33	50	52	41	20	196
		% innerhalb von Statusgruppe	16,8%	25,5%	26,5%	20,9%	10,2%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	77	75	64	46	12	274
		% innerhalb von Statusgruppe	28,1%	27,4%	23,4%	16,8%	4,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	110	125	116	87	32	470
		% innerhalb von Statusgruppe	23,4%	26,6%	24,7%	18,5%	6,8%	100,0%

Tab. 5.2.3 (39)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 13,557 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,009.

			14. Die Anwendung unterschiedlicher Feedbacktechniken wird als eine grundlegende Methode zum Erkenntnisgewinn eingesetzt.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Ärzte	Anzahl	2	15	65	72	43	197
		% innerhalb von Statusgruppe	1,0%	7,6%	33,0%	36,5%	21,8%	100,0%
	Studenten Klinik	Anzahl	5	12	88	112	58	275
		% innerhalb von Statusgruppe	1,8%	4,4%	32,0%	40,7%	21,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	7	27	153	184	101	472
		% innerhalb von Statusgruppe	1,5%	5,7%	32,4%	39,0%	21,4%	100,0%

Tab. 5.2.3 (40)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 3,197 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,525.

		15. An welchem Institut sollte Ihrer Meinung nach eine solche LV angesiedelt sein?																																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	
S t a t u s g	Ärzte	Anzahl	59	1	1	0	3	2	1	1	0	0	2	2	0	0	3	0	3	0	2	1	1	0	2	4	1	1	3	11	9	1	1	5	0	0	6
	% innerhalb von Statusgruppe	46,8	,8	,8	,0	2,4	1,6	,8	,8	,0	,0	1,6	1,6	,0	,0	2,4	,0	2,4	,0	1,6	,8	,8	,0	1,6	3,2	,8	,8	2,4	8,7	7,1	,8	,8	4,0	,0	,0	4,8	
r u p p e	Studenten	Anzahl	97	0	0	10	0	40	1	1	1	1	15	1	2	2	2	3	0	1	1	0	1	2	1	3	1	2	1	11	0	1	0	2	1	1	1
	Klinik	% innerhalb von Statusgruppe	47,1	,0	,0	4,9	,0	19,4	,5	,5	,5	,5	7,3	,5	1,0	1,0	1,0	1,5	,0	,5	,5	,0	,5	1,0	,5	1,5	,5	1,0	,5	5,3	,0	,5	,0	1,0	,5	,5	,5
Gesamt		Anzahl	156	1	1	10	3	42	2	2	1	1	17	3	2	2	5	3	3	1	3	1	2	2	3	7	2	3	4	22	9	2	1	7	1	1	7
	% innerhalb von Statusgruppe	47,0	,3	,3	3,0	,9	12,7	,6	,6	,3	,3	5,1	,9	,6	,6	1,5	,9	,9	,3	,9	,3	,6	,6	,9	2,1	,6	,9	1,2	6,6	2,7	,6	,3	2,1	,3	,3	2,1	

Tab. 5.2.3 (41)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 90,064 bei $df = 34$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

Schlüssel zu Tab. 5.2.3 (41):

- 1 Medizinische Psychologie/Psychologie/Psychiatrie/Soziologie
- 2 Medizinische Psychologie/Chirurgie/Innere Medizin
- 3 Medizinische Psychologie in der VK/Chirurgie/Innere Medizin/Urologie/Gynäkologie
- 4 Medizinische Psychologie/Allgemeinmedizin
- 5 Medizinische Psychologie/Ethik
- 6 Allgemeinmedizin
- 7 Allgemeinmedizin/Innere Medizin
- 8 Allgemeinmedizin/Psychologie/Onkologie
- 9 Allgemeinmedizin/Psychologie/Innere Medizin
- 10 Allgemeinmedizin/Psychologie/Palliativmedizin
- 11 Innere Medizin
- 12 Innere Medizin/Onkologie/Pädiatrie/Psychiatrie
- 13 Innere Medizin/Onkologie
- 14 Innere Medizin/Onkologie/Palliativmedizin
- 15 Innere Medizin/Chirurgie
- 16 Innere Medizin/Medizinische Psychologie
- 17 Onkologie
- 18 Onkologie/Pädiatrie
- 19 Palliativmedizin
- 20 Theologie/Psychologie
- 21 Sozialmedizin
- 22 skills lab
- 23 alle Institute unter Führung der Psychologie
- 24 mehrere Institute
- 25 alle Institute außer Psychologie
- 26 Institut für medizinische Ausbildung
- 27 alle Kliniken
- 28 alle Institute
- 29 alle ausbildenden Einrichtungen
- 30 ein noch zu schaffendes Institut
- 31 Ärztekammer
- 32 ein Institut mit Kompetenz
- 33 ein gut erreichbares Institut
- 34 kein einzelnes Institut
- 35 nebensächlich

5.2.4 Gegenüberstellung der empirischen Daten: Vorklinik – Klinik

			4. Beurteilen Sie den Grad der Handlungsorientierung in den Lehrveranstaltungen.					Gesamt
			sehr geringer Grad	geringer Grad	unentschieden	hoher Grad	sehr hoher Grad	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	48	125	90	11	3	277
		% innerhalb von Statusgruppe	17,3%	45,1%	32,5%	4,0%	1,1%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	1	7	58	41	3	110
		% innerhalb von Statusgruppe	,9%	6,4%	52,7%	37,3%	2,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	49	132	148	52	6	387
		% innerhalb von Statusgruppe	12,7%	34,1%	38,2%	13,4%	1,6%	100,0%

Tab. 5.2.4 (1)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 126,235 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			5. Schätzen Sie den Grad der Patientenorientierung in den Lehrveranstaltungen ein.					Gesamt
			sehr geringer Grad	geringer Grad	unentschieden	hoher Grad	sehr hoher Grad	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	49	120	92	12	4	277
		% innerhalb von Statusgruppe	17,7%	43,3%	33,2%	4,3%	1,4%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	4	13	55	29	6	107
		% innerhalb von Statusgruppe	3,7%	12,1%	51,4%	27,1%	5,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	53	133	147	41	10	384
		% innerhalb von Statusgruppe	13,8%	34,6%	38,3%	10,7%	2,6%	100,0%

Tab. 5.2.4 (2)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 81,829 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			1. Für wie wichtig schätzen Sie ein gelungenes Arzt-Patient-Verhältnis ein?					Gesamt
			unwichtig	eher unwichtig	weder noch	eher wichtig	sehr wichtig	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	0	1	0	35	240	276
		% innerhalb von Statusgruppe	0,0%	4,0%	0,0%	12,7%	87,0%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	7	3	3	19	94	126
		% innerhalb von Statusgruppe	5,6%	2,4%	2,4%	15,1%	74,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	7	4	3	54	334	402
		% innerhalb von Statusgruppe	1,7%	1,0%	0,7%	13,4%	83,1%	100,0%

Tab. 5.2.4 (3)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 27,407 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			2. Welche Bedeutung haben Ihrer Meinung nach die Kommunikationsfähigkeiten eines Arztes gegenüber dem Patienten?					Gesamt
			unwichtig	eher unwichtig	weder noch	eher wichtig	sehr wichtig	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	0	0	1	62	212	275
		% innerhalb von Statusgruppe	,0%	,0%	,4%	22,5%	77,1%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	8	6	6	69	126	215
		% innerhalb von Statusgruppe	3,7%	2,8%	2,8%	32,1%	58,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	8	6	7	131	338	490
		% innerhalb von Statusgruppe	1,6%	1,2%	1,4%	26,7%	69,0%	100,0%

Tab. 5.2.4 (4)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 32,975 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			3. Beurteilen Sie den Grad Ihrer kommunikativen Fähigkeiten nach dem Schulabschluss.					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	5	33	109	112	15	274
		% innerhalb von Statusgruppe	1,8%	12,0%	39,8%	40,9%	5,5%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	1	20	80	97	16	214
		% innerhalb von Statusgruppe	,5%	9,3%	37,4%	45,3%	7,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	6	53	189	209	31	488
		% innerhalb von Statusgruppe	1,2%	10,9%	38,7%	42,8%	6,4%	100,0%

Tab. 5.2.4 (5)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 4,099 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,393.

			4. Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten hinsichtlich allgemeiner kommunikativer und sozialer Kompetenzen derzeit ein?					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	0	9	37	162	60	268
		% innerhalb von Statusgruppe	,0%	3,4%	13,8%	60,4%	22,4%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	2	16	41	119	36	214
		% innerhalb von Statusgruppe	,9%	7,5%	19,2%	55,6%	16,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	2	25	78	281	96	482
		% innerhalb von Statusgruppe	,4%	5,2%	16,2%	58,3%	19,9%	100,0%

Tab. 5.2.4 (6)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 10,831 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,029.

			- soziale Verantwortung:					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	0	5	45	151	75	276
		% innerhalb von Statusgruppe	0,0%	1,8%	16,3%	54,7%	27,2%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	5	9	46	109	46	215
		% innerhalb von Statusgruppe	2,3%	4,2%	21,4%	50,7%	21,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	5	14	91	260	121	491
		% innerhalb von Statusgruppe	1,0%	2,9%	18,5%	53,0%	24,6%	100,0%

Tab. 5.2.4 (7)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 12,503 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,014.

			- Selbstreflexion:					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	0	10	71	153	42	276
		% innerhalb von Statusgruppe	0,0%	3,6%	25,7%	55,4%	15,2%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	4	15	82	91	22	214
		% innerhalb von Statusgruppe	1,9%	7,0%	38,3%	42,5%	10,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	4	25	153	244	64	490
		% innerhalb von Statusgruppe	0,8%	5,1%	31,2%	49,8%	13,1%	100,0%

Tab. 5.2.4 (8)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 20,275 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			- Umgang mit Fehlern:					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	3	24	117	120	10	274
		% innerhalb von Statusgruppe	1,1%	8,8%	42,7%	43,8%	3,6%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	2	26	90	84	13	215
		% innerhalb von Statusgruppe	0,9%	12,1%	41,9%	39,1%	6,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	5	50	207	204	23	489
		% innerhalb von Statusgruppe	1,0%	10,2%	42,3%	41,7%	4,7%	100,0%

Tab. 5.2.4 (9)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 3,478 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,481.

			- Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung:					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	2	13	78	156	28	277
		% innerhalb von Statusgruppe	7%	4,7%	28,2%	56,3%	10,1%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	1	25	67	89	20	202
		% innerhalb von Statusgruppe	5%	12,4%	33,2%	44,1%	9,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	3	38	145	245	48	479
		% innerhalb von Statusgruppe	6%	7,9%	30,3%	51,1%	10,0%	100,0%

Tab. 5.2.4 (10)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 13,193 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,010.

			- Interaktion/Beziehungsgestaltung:					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	1	15	93	140	28	277
		% innerhalb von Statusgruppe	4%	5,4%	33,6%	50,5%	10,1%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	3	14	69	109	13	208
		% innerhalb von Statusgruppe	1,4%	6,7%	33,2%	52,4%	6,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	4	29	162	249	41	485
		% innerhalb von Statusgruppe	8%	6,0%	33,4%	51,3%	8,5%	100,0%

Tab. 5.2.4 (11)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 4,206 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,379.

			- Theorien der Arzt-Patient-Kommunikation:					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	11	55	112	87	12	277
		% innerhalb von Statusgruppe	4,0%	19,9%	40,4%	31,4%	4,3%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	10	45	76	52	11	194
		% innerhalb von Statusgruppe	5,2%	23,2%	39,2%	26,8%	5,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	21	100	188	139	23	471
		% innerhalb von Statusgruppe	4,5%	21,2%	39,9%	29,5%	4,9%	100,0%

Tab. 5.2.4 (12)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 2,241 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,692.

			- Teamentwicklung und Arbeit im Team:					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	2	16	47	151	61	277
		% innerhalb von Statusgruppe	7,7%	5,8%	17,0%	54,5%	22,0%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	3	17	34	107	48	209
		% innerhalb von Statusgruppe	1,4%	8,1%	16,3%	51,2%	23,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	5	33	81	258	109	486
		% innerhalb von Statusgruppe	1,0%	6,8%	16,7%	53,1%	22,4%	100,0%

Tab. 5.2.4 (13)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 1,894 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,755.

			- Führungskompetenzen:					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	10	49	102	95	21	277
		% innerhalb von Statusgruppe	3,6%	17,7%	36,8%	34,3%	7,6%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	3	23	60	102	26	214
		% innerhalb von Statusgruppe	1,4%	10,7%	28,0%	47,7%	12,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	13	72	162	197	47	491
		% innerhalb von Statusgruppe	2,6%	14,7%	33,0%	40,1%	9,6%	100,0%

Tab. 5.2.4 (14)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 17,024 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,002.

			- Rolle und Identität, bezogen auf die eigene Person:					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	3	13	79	135	45	275
		% innerhalb von Statusgruppe	1,1%	4,7%	28,7%	49,1%	16,4%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	5	16	54	106	28	209
		% innerhalb von Statusgruppe	2,4%	7,7%	25,8%	50,7%	13,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	8	29	133	241	73	484
		% innerhalb von Statusgruppe	1,7%	6,0%	27,5%	49,8%	15,1%	100,0%

Tab. 5.2.4 (15)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 4,033 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,402.

			- Management und Organisation:					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	2	21	82	117	55	277
		% innerhalb von Statusgruppe	7%	7,6%	29,6%	42,2%	19,9%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	5	31	55	80	44	215
		% innerhalb von Statusgruppe	2,3%	14,4%	25,6%	37,2%	20,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	7	52	137	197	99	492
		% innerhalb von Statusgruppe	1,4%	10,6%	27,8%	40,0%	20,1%	100,0%

Tab. 5.2.4 (16)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 9,032 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,060.

			- Selbstschutz:					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	7	38	103	108	20	276
		% innerhalb von Statusgruppe	2,5%	13,8%	37,3%	39,1%	7,2%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	5	35	62	82	29	213
		% innerhalb von Statusgruppe	2,3%	16,4%	29,1%	38,5%	13,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	12	73	165	190	49	489
		% innerhalb von Statusgruppe	2,5%	14,9%	33,7%	38,9%	10,0%	100,0%

Tab. 5.2.4 (17)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 7,870 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,096.

			- Integration in professionelle Rahmenbedingungen:					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	4	31	106	122	14	277
		% innerhalb von Statusgruppe	1,4%	11,2%	38,3%	44,0%	5,1%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	1	18	75	95	23	212
		% innerhalb von Statusgruppe	5%	8,5%	35,4%	44,8%	10,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	5	49	181	217	37	489
		% innerhalb von Statusgruppe	1,0%	10,0%	37,0%	44,4%	7,6%	100,0%

Tab. 5.2.4 (18)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 7,601 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,107.

			- Werte und Normen in der Entscheidungsfindung:					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	2	16	73	152	34	277
		% innerhalb von Statusgruppe	7,7%	5,8%	26,4%	54,9%	12,3%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	6	12	48	119	27	212
		% innerhalb von Statusgruppe	2,8%	5,7%	22,6%	56,1%	12,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	8	28	121	271	61	489
		% innerhalb von Statusgruppe	1,6%	5,7%	24,7%	55,4%	12,5%	100,0%

Tab. 5.2.4 (19)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 3,989 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,408.

			- Beachtung von Kontextbedingungen bei der Urteilsfindung:					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	2	15	107	138	14	276
		% innerhalb von Statusgruppe	7,7%	5,4%	38,8%	50,0%	5,1%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	3	13	67	109	17	209
		% innerhalb von Statusgruppe	1,4%	6,2%	32,1%	52,2%	8,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	5	28	174	247	31	485
		% innerhalb von Statusgruppe	1,0%	5,8%	35,9%	50,9%	6,4%	100,0%

Tab. 5.2.4 (20)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 4,055 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,399.

			- Berücksichtigung von Ungewissheit bei der Urteilsfindung:					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	4	24	108	124	14	274
		% innerhalb von Statusgruppe	1,5%	8,8%	39,4%	45,3%	5,1%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	3	18	76	84	23	204
		% innerhalb von Statusgruppe	1,5%	8,8%	37,3%	41,2%	11,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	7	42	184	208	37	478
		% innerhalb von Statusgruppe	1,5%	8,8%	38,5%	43,5%	7,7%	100,0%

Tab. 5.2.4 (21)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 6,331 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,176.

			- Kenntnisse über die Zuständigkeiten im Prozess der Entscheidungsfindung:					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	9	60	134	66	7	276
		% innerhalb von Statusgruppe	3,3%	21,7%	48,6%	23,9%	2,5%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	5	26	87	67	9	194
		% innerhalb von Statusgruppe	2,6%	13,4%	44,8%	34,5%	4,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	14	86	221	133	16	470
		% innerhalb von Statusgruppe	3,0%	18,3%	47,0%	28,3%	3,4%	100,0%

Tab. 5.2.4 (22)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 10,862 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,028.

			- Fähigkeit zur Informationsbeschaffung innerhalb des Prozesses zur Urteilsfindung:					Gesamt
			mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	1	18	77	132	45	273
		% innerhalb von Statusgruppe	,4%	6,6%	28,2%	48,4%	16,5%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	4	18	45	101	38	206
		% innerhalb von Statusgruppe	1,9%	8,7%	21,8%	49,0%	18,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	5	36	122	233	83	479
		% innerhalb von Statusgruppe	1,0%	7,5%	25,5%	48,6%	17,3%	100,0%

Tab. 5.2.4 (23)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 5,647 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,227.

			5. Haben Sie innerhalb Ihrer Ausbildung schon einmal einen Kommunikationskurs belegt?		Gesamt
			ja	nein	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	51	226	277
		% innerhalb von Statusgruppe	18,4%	81,6%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	22	140	162
		% innerhalb von Statusgruppe	13,6%	86,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	73	366	439
		% innerhalb von Statusgruppe	16,6%	83,4%	100,0%

Tab. 5.2.4 (24)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 1,721 bei $df = 1$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,190.

			6. Halten Sie die Vermittlung von kommunikativen Techniken und deren Anwendung in konkreten Situationen für ausreichend?					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	57	127	58	23	8	273
		% innerhalb von Statusgruppe	20,9%	46,5%	21,2%	8,4%	2,9%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	12	46	72	42	7	179
		% innerhalb von Statusgruppe	6,7%	25,7%	40,2%	23,5%	3,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	69	173	130	65	15	452
		% innerhalb von Statusgruppe	15,3%	38,3%	28,8%	14,4%	3,3%	100,0%

Tab. 5.2.4 (25)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 57,332 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			1. Die Lehrveranstaltungen (LV) sollten mit anderen praktischen fachspezifischen Aspekten gekoppelt werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	2	9	19	101	146	277
		% innerhalb von Statusgruppe	7%	3,2%	6,9%	36,5%	52,7%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	9	17	33	89	67	215
		% innerhalb von Statusgruppe	4,2%	7,9%	15,3%	41,4%	31,2%	100,0%
Gesamt		Anzahl	11	26	52	190	213	492
		% innerhalb von Statusgruppe	2,2%	5,3%	10,6%	38,6%	43,3%	100,0%

Tab. 5.2.4 (26)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 33,462 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			2. Die LV sollten nicht gesondert als eigenständige Veranstaltungen organisiert werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	16	47	49	98	67	277
		% innerhalb von Statusgruppe	5,8%	17,0%	17,7%	35,4%	24,2%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	7	39	59	75	35	215
		% innerhalb von Statusgruppe	3,3%	18,1%	27,4%	34,9%	16,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	23	86	108	173	102	492
		% innerhalb von Statusgruppe	4,7%	17,5%	22,0%	35,2%	20,7%	100,0%

Tab. 5.2.4 (27)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 10,645 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,031.

			3. Die LV sollten ausbildungsbegleitend organisiert werden, das heißt im ersten Semester beginnen und dann im 10. Semester enden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	11	48	45	67	106	277
		% innerhalb von Statusgruppe	4,0%	17,3%	16,2%	24,2%	38,3%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	16	29	60	72	37	214
		% innerhalb von Statusgruppe	7,5%	13,6%	28,0%	33,6%	17,3%	100,0%
Gesamt	Anzahl	27	77	105	139	143	491	
	% innerhalb von Statusgruppe	5,5%	15,7%	21,4%	28,3%	29,1%	100,0%	

Tab. 5.2.4 (28)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 33,702 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			4. Die LV sollten Pflichtveranstaltungen werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	31	42	57	63	84	277
		% innerhalb von Statusgruppe	11,2%	15,2%	20,6%	22,7%	30,3%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	31	44	65	44	31	215
		% innerhalb von Statusgruppe	14,4%	20,5%	30,2%	20,5%	14,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	62	86	122	107	115	492
		% innerhalb von Statusgruppe	12,6%	17,5%	24,8%	21,7%	23,4%	100,0%

Tab. 5.2.4 (29)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 20,890 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			5. Die LV sollten im regelmäßigen Rhythmus durchgeführt werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	15	45	53	88	74	275
		% innerhalb von Statusgruppe	5,5%	16,4%	19,3%	32,0%	26,9%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	15	29	70	69	29	212
		% innerhalb von Statusgruppe	7,1%	13,7%	33,0%	32,5%	13,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	30	74	123	157	103	487
		% innerhalb von Statusgruppe	6,2%	15,2%	25,3%	32,2%	21,1%	100,0%

Tab. 5.2.4 (30)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 19,953 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,001.

			6. Die LV sollten in Blockform (z.B. von Freitagabend bis Sonntagnachmittag) angeboten werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	120	68	29	38	20	275
		% innerhalb von Statusgruppe	43,6%	24,7%	10,5%	13,8%	7,3%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	110	58	24	13	8	213
		% innerhalb von Statusgruppe	51,6%	27,2%	11,3%	6,1%	3,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	230	126	53	51	28	488
		% innerhalb von Statusgruppe	47,1%	25,8%	10,9%	10,5%	5,7%	100,0%

Tab. 5.2.4 (31)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 11,405 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,022.

			7. Die LV sollten erst in der klinischen Phase der Ausbildung beginnen.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad de Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	51	55	50	59	60	275
		% innerhalb von Statusgruppe	18,5%	20,0%	18,2%	21,5%	21,8%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	69	52	38	34	21	214
		% innerhalb von Statusgruppe	32,2%	24,3%	17,8%	15,9%	9,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	120	107	88	93	81	489
		% innerhalb von Statusgruppe	24,5%	21,9%	18,0%	19,0%	16,6%	100,0%

Tab. 5.2.4 (32)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 22,662 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			8. In der vorklinischen Ausbildung sollten theoretische Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion im Vordergrund stehen.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	39	49	68	77	43	276
		% innerhalb von Statusgruppe	14,1%	17,8%	24,6%	27,9%	15,6%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	26	37	75	55	21	214
		% innerhalb von Statusgruppe	12,1%	17,3%	35,0%	25,7%	9,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	65	86	143	132	64	490
		% innerhalb von Statusgruppe	13,3%	17,6%	29,2%	26,9%	13,1%	100,0%

Tab. 5.2.4 (33)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 8,132 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,087.

			9. Wie hoch ist Ihrer Meinung nach der Grad des Erkenntnisgewinns bei der Übung in Großgruppen?					Gesamt
			sehr gering	gering	mittel	hoch	sehr hoch	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	68	117	62	25	5	277
		% innerhalb von Statusgruppe	24,5%	42,2%	22,4%	9,0%	1,8%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	14	67	89	30	6	206
		% innerhalb von Statusgruppe	6,8%	32,5%	43,2%	14,6%	2,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	82	184	151	55	11	483
		% innerhalb von Statusgruppe	17,0%	38,1%	31,3%	11,4%	2,3%	100,0%

Tab. 5.2.4 (34)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 45,058 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			10. Wie schätzen Sie die Realisierbarkeit von Projektarbeit mit dem Thema „Kommunikation“ ein?					Gesamt
			sehr gering	gering	mittel	hoch	sehr hoch	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	22	71	98	63	23	277
		% innerhalb von Statusgruppe	7,9%	25,6%	35,4%	22,7%	8,3%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	7	57	96	44	5	209
		% innerhalb von Statusgruppe	3,3%	27,3%	45,9%	21,1%	2,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	29	128	194	107	28	486
		% innerhalb von Statusgruppe	6,0%	26,3%	39,9%	22,0%	5,8%	100,0%

Tab. 5.2.4 (35)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 15,036 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,005.

			11. Die LV sollten vorrangig patientenorientiert mithilfe von Übungen mit standardisierten Patienten durchgeführt werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	11	31	57	111	66	276
		% innerhalb von Statusgruppe	4,0%	11,2%	20,7%	40,2%	23,9%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	20	34	55	78	27	214
		% innerhalb von Statusgruppe	9,3%	15,9%	25,7%	36,4%	12,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	31	65	112	189	93	490
		% innerhalb von Statusgruppe	6,3%	13,3%	22,9%	38,6%	19,0%	100,0%

Tab. 5.2.4 (36)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 17,336 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,002.

			12. In den LV sollten Rollenspiele verstärkt eingesetzt werden.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	27	41	68	85	56	277
		% innerhalb von Statusgruppe	9,7%	14,8%	24,5%	30,7%	20,2%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	18	32	57	75	33	215
		% innerhalb von Statusgruppe	8,4%	14,9%	26,5%	34,9%	15,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	45	73	125	160	89	492
		% innerhalb von Statusgruppe	9,1%	14,8%	25,4%	32,5%	18,1%	100,0%

Tab. 5.2.4 (37)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 2,676 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,613.

			13. Videoaufzeichnungen sollten in diesen LV als Pflicht gelten.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	77	75	64	46	12	274
		% innerhalb von Statusgruppe	28,1%	27,4%	23,4%	16,8%	4,4%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	47	52	56	45	12	212
		% innerhalb von Statusgruppe	22,2%	24,5%	26,4%	21,2%	5,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	124	127	120	91	24	486
		% innerhalb von Statusgruppe	25,5%	26,1%	24,7%	18,7%	4,9%	100,0%

Tab. 5.2.4 (38)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 4,125 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,389.

			14. Die Anwendung unterschiedlicher Feedbacktechniken wird als eine grundlegende Methode zum Erkenntnisgewinn angesehen.					Gesamt
			hoher Grad der Ablehnung	teilweise Ablehnung	nicht entscheidbar	überwiegender Grad der Zustimmung	hoher Grad der Zustimmung	
Statusgruppe	Studenten Klinik	Anzahl	5	12	88	112	58	275
		% innerhalb von Statusgruppe	1,8%	4,4%	32,0%	40,7%	21,1%	100,0%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	6	24	84	75	17	206
		% innerhalb von Statusgruppe	2,9%	11,7%	40,8%	36,4%	8,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	11	36	172	187	75	481
		% innerhalb von Statusgruppe	2,3%	7,5%	35,8%	38,9%	15,6%	100,0%

Tab. 5.2.4 (39)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 24,525 bei $df = 4$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,000.

			15. An welchem Institut sollte Ihrer Meinung nach eine solche LV angesiedelt sein?																													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Status- gruppe	Studenten Klinik	Anzahl	97	10	40	1	1	1	1	15	1	2	2	2	3	1	1	1	2	1	3	1	2	1	11	0	1	2	1	1	0	1
	% innerhalb von Status- gruppe	47,1	4,9	19,4	,5	,5	,5	,5	,5	7,3	,5	1,0	1,0	1,0	1,5	,5	,5	,5	1,0	,5	1,5	,5	1,0	,5	5,3	,0	,5	1,0	,5	,5	,0	,5%
	Studenten Vorklinik	Anzahl	41	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8	2	1	1	0	0	1	0
		% innerhalb von Status- gruppe	71,9	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	1,8	,0	,0	,0	,0	1,8	,0	,0	,0	,0	,0	1,8	,0	,0	,0	14,0	3,5	1,8	1,8	,0	,0	1,8
Gesamt		Anzahl	138	10	40	1	1	1	1	16	1	2	2	2	4	1	1	1	2	1	4	1	2	1	19	2	2	3	1	1	1	1
		% innerhalb von Status- gruppe	52,5	3,8	15,2	,4	,4	,4	,4	,4	6,1	,4	,8	,8	,8	1,5	,4	,4	,4	,8	,4	1,5	,4	,8	,4	7,2	,8	,8	1,1	,4	,4	,4

Tab. 5.2.4 (40)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergab einen Wert von 44,721 bei $df = 29$. Die asymptotische Signifikanz lag bei 0,031.

Schlüssel zu Tab. 5.2.4 (40):

- 1 Medizinische Psychologie/Psychologie/Psychiatrie/Soziologie
- 2 Medizinische Psychologie/Allgemeinmedizin
- 3 Allgemeinmedizin
- 4 Allgemeinmedizin/Innere Medizin
- 5 Allgemeinmedizin/Psychologie/Onkologie
- 6 Allgemeinmedizin/Psychologie/Innere Medizin
- 7 Allgemeinmedizin/Psychologie/Palliativmedizin
- 8 Innere Medizin
- 9 Innere Medizin/Onkologie/Pädiatrie/Psychiatrie
- 10 Innere Medizin/Onkologie
- 11 Innere Medizin/Onkologie/Palliativmedizin
- 12 Innere Medizin/Chirurgie
- 13 Innere Medizin/Medizinische Psychologie
- 14 Onkologie/Pädiatrie
- 15 Palliativmedizin
- 16 Sozialmedizin
- 17 skills lab
- 18 alle Institute unter Führung der Psychologie
- 19 mehrere Institute
- 20 alle Institute außer Psychologie
- 21 Institut für medizinische Ausbildung
- 22 alle Kliniken
- 23 alle Institute
- 24 alle ausbildenden Einrichtungen
- 25 ein noch zu schaffendes Institut
- 26 ein Institut mit Kompetenz
- 27 ein gut erreichbares Institut
- 28 kein einzelnes Institut
- 29 Sprachenzentrum
- 30 nebensächlich