

Weisheitsbezogene Kompetenz im medizinischen Kontext

Wisdom-related competence in the medical context

Abstract

Purpose: Wisdom-related competence supports effective action in complex social situations as they occur in everyday clinical practice. The concept of wisdom-related competence by Stark [1] postulates 13 knowledge and attitude categories which constitute wisdom-related competence. We distinguish wisdom-relevant and wisdom-specific knowledge and attitude dimensions. Using the method of dilemma discussion, a content analysis was performed in order to reveal the level of wisdom-related competence in medical students.

Methods: Four complex scenarios were generated according to the criteria of complex situations by Dörner [2]. These scenarios were processed by 15 medical students in an interview. On the basis of the interview transcripts, a content analysis was performed with the help of a specific coding manual.

Results: Subjects reached in average only 43% of the theoretical maximum (156.47 of 364 possible points; $SD=61.50$). Eight out of 13 categories showed similar mean structures (between $M=12.53$, $SD=6.23$ and $M=16.33$, $SD=5.33$; theoretical maximum: 28 points); the means of the categories "ontogenetic knowledge", "contextualism/relativism", "limitation of one's own knowledge", "knowledge about relative indetermination of life course" and "tolerance/acceptance of ambiguity" were much lower (between $M=7.63$, $SD=3.89$ and $M=10.07$, $SD=7.12$). Additionally, many subjects had lower individual scores for the last scenario (blood transfusion).

Conclusion: The results indicate a need for stronger communication of adequate wisdom-related competence (meaning knowledge and attitudes) in order to act constructively in complex social situations.

Keywords: psychological wisdom research, medical education, wisdom-related competence

Miriam Hoffmann¹
Robin Stark¹

1 Universität des Saarlandes,
Fakultät für Empirische
Humanwissenschaften,
Fachrichtung
Erziehungswissenschaft,
Saarbrücken, Deutschland

Zusammenfassung

Zielsetzung: Weisheitsbezogene Kompetenz bietet wertvolle Hilfestellung zum effektiven Handeln in komplexen sozialen Situationen, wie sie im Klinikalltag auftreten. Das Modell der weisheitsbezogenen Kompetenz nach Stark [1] postuliert 13 Wissens- bzw. Haltungsdimensionen, die weisheitsbezogene Kompetenz konstituieren. Unterschieden wird zwischen weisheitsrelevanten und weisheitsspezifischen Wissens- bzw. Haltungsdimensionen. Mittels der Methode der Dilemmadiskussion wurde inhaltsanalytisch untersucht, in welchem Maße Studierende der Medizin über diese Kompetenz verfügen.

Methodik: Anhand der Kriterien für komplexe Situationen nach Dörner [2] wurden vier komplexe Szenarien erstellt, die 15 Studierende der Medizin im Rahmen eines Interviews bearbeiteten. Die Interviewtranskripte wurden mittels eines eigens erstellten Kodierleitfadens inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse: Die Probanden erreichten im Mittel nur 43% des theoretischen Maximums (156.47 von 364 möglichen Punkten; $SD=61.50$). 8 von 13 Kategorien weisen ähnliche Mittelwertstrukturen auf (zwischen $M=12.53$, $SD=6.23$ und $M=16.33$, $SD=5.33$; theoretisches Maximum: 28 Punkte); die Mittelwerte der Kategorien „ontogenetisches Wissen“,

„Kontextualismus/Relativismus“, „Begrenztheit des eigenen Wissens“, „Wissen über die relative Unbestimmtheit des Lebensverlaufs“ und „Ungewissheitstoleranz/-bejahung“ liegen deutlich niedriger (zwischen $M=7.63$; $SD=3.89$ und $M=10.07$; $SD=7.12$). Zusätzlich ergaben sich bei vielen Probanden niedrigere individuelle Mittelwerte für das vierte Szenario (Thema Bluttransfusion).

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse sprechen für einen Bedarf an verstärkter Vermittlung weisheitsbezogener Kompetenz (im Sinne von Wissen und Haltungen), um in komplexen sozialen Situationen konstruktiv handeln zu können.

Schlüsselwörter: psychologische Weisheitsforschung, medizinische Ausbildung, psychosoziale Kompetenz

Theoretischer Hintergrund und Fragestellung

Ärztinnen und Ärzte¹ befinden sich in der heutigen Zeit im Spannungsfeld konkurrierender Anforderungen: Moderne Krankenhäuser werden zunehmend ökonomisiert und nach den Kriterien eines Dienstleistungsunternehmens effizienter und kostendeckender gestaltet – nicht zuletzt durch Umorganisation und Stellenabbau, was zur Folge hat, dass weniger medizinisches Personal mehr Patienten in kürzerer Zeit behandeln muss [3]. Auf der anderen Seite fordert die neue Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) von 2002 die Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten, die „für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind“ [4], wobei sie explizit die „Einflüsse von Familie, Gesellschaft und Umwelt auf die Gesundheit, die Organisation des Gesundheitswesens und die Bewältigung von Krankheitsfolgen“ nennt [ebd.]: Der Mensch als Ganzes rückt in den Vordergrund. Eine patientenzentrierte Grundhaltung und eine darauf basierende Arzt-Patienten-Interaktion steigert nachweislich nicht nur die Zufriedenheit beider Seiten, sondern auch das Wohlbefinden der Patienten [5]. Zudem verringert sie die Anzahl der Überweisungen an Fachärzte und angeordnete Laboruntersuchungen und senkt somit auch entstehende Kosten [ebd.] – ein Aspekt, der besonders im Hinblick auf die angestrebte Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern [3] zunehmend an Relevanz gewinnt.

In der Praxis jedoch tendieren Studierende der Medizin im Laufe ihrer Ausbildung zu einem paternalistischen, arztzentrierten Bild der Arzt-Patienten-Beziehung [6]. Deutsche Studierende der Medizin schätzen ihre ärztlichen Basisfähigkeiten zudem als mangelhaft ein [7]; in verschiedenen Befragungen gaben zwischen einem Fünftel und einem Viertel befragter Absolventen an, sich durch das Medizinstudium schlecht bis sehr schlecht auf den Arztberuf vorbereitet zu fühlen [8], [9]. Dies betrifft nicht nur „technische“ Kompetenzen, sondern auch und besonders den Umgang mit Patienten sowie die Fähigkeit, eigenständig Entscheidungen in Bezug auf Diagnose und Therapie zu treffen [7]. Gerade bei diesen Kompetenzbereichen, die Absolventen als wichtigste Voraussetzungen für die erfolgreiche Ausübung des Arztberufes einstufen

[8], wird die Vermittlung im Rahmen des Studiums als unbefriedigend beurteilt [ebd., [9]].

Das Konzept der „Weisheit“ erscheint vor diesem Hintergrund zunächst etwas befremdlich. Doch besonders in Zeiten der Wissensexplosion und des rapiden gesellschaftlichen Wandels kann die Beschäftigung mit Weisheit wertvolles „Orientierungswissen“ [10] liefern, das den Umgang mit komplexen Problemstellungen (nicht nur in der Domäne Medizin) entscheidend erleichtert. Gerade im Bereich der sozialen Interaktion (hier: der Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in) bietet die Auseinandersetzung mit „Weisheit“ neue, konstruktive Impulse – nicht nur für die individuelle Weiterentwicklung, sondern auch für die Verbesserung der institutionellen Vermittlung von Soft Skills [11], beispielsweise im Rahmen der medizinischen Ausbildung [12].

Ausgehend von Modellen aus der psychologischen Weisheitsforschung, vornehmlich dem Berliner Weisheitsmodell der Forschungsgruppe um Paul Baltes und Ursula Staudinger [10], [13], [14], [15], [16] und der Balance Theory of Wisdom nach Robert J. Sternberg [11], [17], wurde das Modell weisheitsbezogener Kompetenz entwickelt. Es unterscheidet weisheitsrelevante und weisheitsspezifische Wissens- und Haltungsdimensionen als Bestandteile weisheitsbezogener Kompetenz [12], [1] (siehe Abbildung 1).

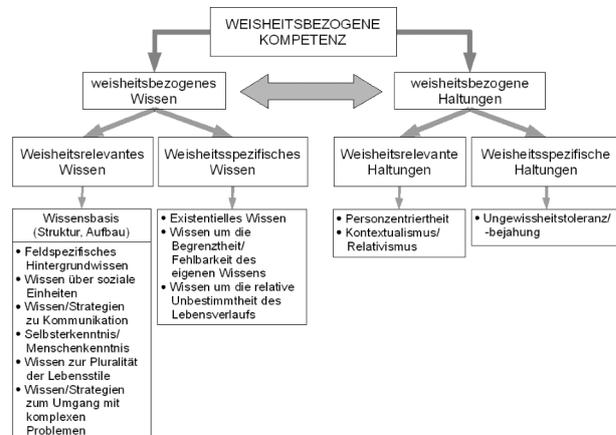


Abbildung 1: Modell der weisheitsbezogenen Kompetenz nach Stark [1]

„Weisheitsrelevantes Wissen/ weisheitsrelevante Haltungen“ bezeichnen für die Entstehung von Weisheit

notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen. Dies bedeutet, dass eine Person, die diese Voraussetzungen erfüllt, noch nicht als „weise“ gelten kann – denn auch „gebildete“ Personen sind zu überaus „unweisen“ Handlungen fähig [18]. Als „**weisheitsspezifisches Wissen/ weisheitsspezifische Haltungen**“ werden Aspekte bezeichnet, die für „weise“ handelnde Personen charakteristisch sind. Ihre Genese wird durch noch zu untersuchende spezifische Bedingungen und Faktoren unterstützt, z.B. durch begünstigende Erfahrungskontexte, Verfügbarkeit von Mentoren, berufliche Tätigkeit etc. [10], [14], [15]. Die weisheitsrelevante Wissensbasis setzt sich aus verschiedenen Wissensbereichen zusammen: neben **feldspezifischem Hintergrundwissen**, welches auf ein bestimmtes Wissensgebiet oder Feld bezogen ist (im Falle der vorliegenden Studie medizinisches und medizinjuristisches Fachwissen) gehört auch **Wissen über soziale Einheiten** dazu, welches Normen, Regeln, Erwartungsstrukturen und alle Mechanismen umfasst, die zum erfolgreichen Handeln in einem bestimmten sozialen Kontext (hier: dem Krankenhausbetrieb) befähigen [11], [12]. Zur erfolgreichen Interaktion bedarf es zudem eines umfangreichen praxisbezogenen **Wissens** und praktischer **Strategien zu Kommunikation**, Gesprächsführung und Ratgebung. Hilfreich ist hierbei ein hohes Maß an Wissen von und Einsicht in sich selbst und die Mitmenschen, also neben der Fähigkeit zur **Selbsterkenntnis** bzw. Selbstreflexion [10] auch Wissen über und Verstehen von anderen Menschen (**Menschenkenntnis**). Auf einer abstrakteren Ebene bedeutet dies **ontogenetisches Wissen** über die Entwicklung von Menschen und die Pluralität von Lebensstilen: Hiermit ist allgemeines und spezifisches Wissen über entwicklungs- und persönlichkeitspsychologische Aspekte des Lebens [ebd.] gemeint.

Komplexe Lebenssituationen, die sich durch Intransparenz, Variablenvielfalt, Dynamik und Interdependenz der Variablen auszeichnen, machen die Anwendung von **Wissen und Strategien zum Umgang mit komplexen Problemen** erforderlich, beispielsweise das erfolgreiche Erfassen relevanter Situationsmerkmale zur Einleitung eines effektiven Problemlöseprozesses [2]. In formaler Hinsicht lässt sich die weisheitsbezogene **Wissensbasis** als tief, breit und vernetzt charakterisieren [10], [19]; ihr **Aufbau** und ihre **Struktur** stellen eine wichtige Voraussetzung für weisheitsbezogenes Handeln dar.

Eng mit den oben erläuterten weisheitsrelevanten Wissensdimensionen verbunden sind **weisheitsrelevante Haltungen**: In Anlehnung an Prinzipien der personenzentrierten Gesprächstherapie [20] sind Achtung, Empathie und Echtheit zentrale Haltungen, welche der Handelnde in der Interaktion mit anderen mitbringen muss, um konstruktiv sozial interagieren zu können. Diese Dimensionen werden unter dem Begriff **Personenzentriertheit** zusammengefasst. Die Begriffe **Kontextualismus** und **Relativismus** bezeichnen eine kompetente Grundhaltung gegenüber der Kontextualität von Verhalten. Diese beinhaltet nicht nur das Wissen um Relativität (wie im Berliner Weisheitsmodell vorgesehen), sondern ermöglicht zudem eine Annahme oder Bejahung der Kontextspezifität von Lösungs-

ansätzen statt der rigiden Anwendung abstrakter Prinzipien wie „Gerechtigkeit“ oder „Fairness“ [14].

Zum **weisheitsspezifischen Wissen** wird Wissen über Grenzsituationen des menschlichen Daseins oder auch **existentielles Wissen** gezählt. Es beinhaltet neben Kenntnissen über die Auswirkung von Grenzsituationen auf die Persönlichkeitsentwicklung auch das Verständnis für Menschen in einer derartigen Situation [10]. Des Weiteren zeichnen sich „weise“ Personen durch **Wissen um die Begrenztheit und Fehlbarkeit des (eigenen) Wissens** aus, das heißt, eigene Fähigkeiten und deren Grenzen werden korrekt eingeschätzt. Es besteht außerdem **Wissen um die relative Unbestimmtheit des Lebensverlaufs**, also die Erkenntnis, dass sich menschliches Leben durch eine Vielzahl völlig unvorhersehbarer Ereignisse (sowohl positiv als auch negativ empfundener Natur) auszeichnet und daher nur bedingt im Voraus geplant werden kann [12], [19]. Die diesen weisheitsspezifischen Wissensdimensionen zugeordnete **weisheitsspezifische Haltungsdimension** ist eine hohe **Ungewissheitstoleranz/-bejahung**. Diese besteht im Erkennen und Annehmen von Ambiguität, wie sie besonders in komplexen Situationen auftritt. Ungewissheit (im Sinne von Unkenntnis aller Fakten, Zusammenhänge und möglichen Konsequenzen einer Situation [19]) wird nicht als Bedrohung, sondern als Herausforderung empfunden.

In der Literatur zu medizinischen Basisfähigkeiten wird die Fähigkeit zum Umgang mit Patienten oftmals unter dem Begriff der „kommunikativen Kompetenz“ [21] zusammengefasst. Diese Umschreibung greift jedoch unserer Meinung nach zu kurz, wie aufgrund der obigen Erläuterungen der verschiedenen Aspekte weisheitsbezogener Kompetenz deutlich geworden sein sollte.

Die Methode der Dilemmaanalyse

Um das Ausmaß weisheitsbezogener Kompetenz erfassen zu können, bedarf es einer effizienten und replizierbaren Untersuchungsmethode. In der psychologischen Weisheitsforschung, besonders im Rahmen des Berliner Weisheitsmodells, finden halbstandardisierte Interviews breite Verwendung. Auch im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde diese Interviewmethode gewählt, sowohl in Anlehnung an das von Baltes & Staudinger [16] entwickelte Verfahren zur Erfassung weisheitsbezogenen Wissens, als auch an das Moral Judgement Interview (MJI) zur Erfassung moralischen Urteilsvermögens nach Kohlberg [22], [23].

Beide Interviewverfahren basieren auf Dilemmasituationen, die den Probanden zur Bearbeitung vorgelegt werden: Denkmuster bei der Situationsanalyse sollen expliziert und Lösungsmöglichkeiten entwickelt und begründet werden. Die Dilemmata sind hypothetischer Natur, betreffen also die Teilnehmer nicht tatsächlich [23] – ein Umstand, der in der Literatur kritisiert wird als „gestellt, unecht und außerhalb der Lebenswelt“ [ebd., S. 456, eigene Übersetzung] der Probanden liegend. Die Antwort einer Person auf eine hypothetische Dilemmasituation könne nicht als repräsentativ für das Denken und Handeln in

einer tatsächlichen Situation gelten [ebd.]. Dagegen ist einzuwenden, dass auch die Verwendung konkreter Dilemmasituationen nicht garantiert, dass die Antwort einer Person auf ihr tatsächliches Verhalten übertragen werden kann [ebd.]. Für den Einsatz abstrakter gehaltener Dilemmasituationen spricht, dass diese sich durch ein hohes Maß an Standardisierung auszeichnen, was die Objektivität der Durchführung und besonders der Auswertung der gewonnenen Daten erleichtert [ebd.]. Die Interviewmethode hängt in hohem Maße von der Verbalisierungsfähigkeit der Interviewten ab. In einem Interview werden nur die kognitiven Strukturen abgebildet, die auch explizit verbalisiert werden können, was eine gewisse Unvollständigkeit der Abbildung der tatsächlich vorhandenen Strukturen und Kompetenzen nahelegt [ebd.]. Andererseits bietet ein halbstandardisiertes Interview wesentlich mehr Möglichkeiten zur Erfassung individueller Kompetenz als beispielsweise ein schriftlicher Fragebogen.

In der vorliegenden Untersuchung wurden in Zusammenarbeit mit Experten aus der Medizin (pädiatrische Onkologie) insgesamt vier Szenarien entwickelt, die als exemplarisch für eine Reihe von Konfliktsituationen gelten können und ausreichend Praxisbezug aufweisen [12]. Diese Szenarien werden weiter unten (siehe 2. Methode) beschrieben.

Forschungsfragen: Es wurde untersucht, in welchem Ausmaß Studierende der Medizin über weisheitsbezogene Kompetenz verfügen. Des Weiteren wurde untersucht, ob sich über alle vier Szenarien hinweg Defizite in bestimmten Wissens- oder Haltungsdimensionen erkennen lassen.

Methode

Stichprobe

Interviewt wurden 15 Studierende der Medizin an der Universitätsklinik Homburg/Saar (neun Frauen, sechs Männer); die Teilnahme am Interview war freiwillig. Die Teilnehmer wurden durch Aushänge im Raum des Universitätsgeländes und private Kontakte gewonnen. Zur Gewährleistung einer vergleichbaren medizinischen Fachwissensbasis der Interviewpartner wurde der erfolgreiche Abschluss des Physikums als Teilnahmebedingung vorausgesetzt.

Die Probanden (kurz: Pbn) befanden sich zwischen dem 8. und 22. Fachsemester (durchschnittlich 10.6 Semester; $SD = 3.56$), wobei sich 10 der 15 Teilnehmer im 8. und 9. Fachsemester befanden, und waren zwischen 23 und 31 Jahren alt (Durchschnittsalter 26.8 Jahre; $SD = 2.62$).

Instrumente

Begleitfragebogen

Zusätzlich zu demographischen Daten (Alter, Geschlecht, Semesterzahl) wurden mittels eines Begleitfragebogens Daten zu bereits bestehender Vorerfahrung im Umgang

mit Patienten bzw. Erfahrung als Patient erfasst (z.B. vorherige Ausbildung im medizinischen Bereich, Praktika im Studium, eigene längere Krankenhausaufenthalte etc.). Weiterhin wurde die subjektiv wahrgenommene Relevanz und der Realitätsbezug der vier verwendeten Szenarien mittels einer sechsstufigen Likertskala (von 1 „überhaupt nicht realistisch bzw. relevant“ bis 6 „sehr realistisch bzw. relevant“) erfragt.

Szenarien und Leitfragen

Anhand einer im Vorfeld der Studie durchgeführten Expertenbefragung und ausgehend von den von Dörner [2] postulierten Anforderungen komplexer Probleme (Intransparenz, Vielschichtigkeit, Dynamik) wurden vier Szenarien entwickelt, die den Interviewteilnehmern zur Bearbeitung präsentiert wurden. Alle vier Szenarien erfassen problematische Aspekte der Arzt-Patienten-Kommunikation aus dem Klinikalltag.

- **Szenario 1:** Nach einer Operation wurde versehentlich ein Bauchtuch im Körper des Patienten belassen und der Proband hat die Aufgabe, den Betroffenen davon zu unterrichten.
- **Szenario 2:** Es wurde bei einem Patienten eine HIV-Testung vorgenommen. Der Proband erfährt, dass das Testergebnis positiv und der Patient somit HIV-infiziert ist und trifft den Patienten zufällig auf dem Flur. Dieser fragt, ob sein Ergebnis bereits vorliege.
- **Szenario 3:** In der Notaufnahme verstirbt ein Patient nach einem Unfall an seinen Verletzungen; dem Probanden obliegt es nun als diensthabender Arzt, die Angehörigen zu fragen, ob dem Verstorbenen Organe zur Transplantation entnommen werden dürfen.
- **Szenario 4:** Ein Kind wird ins Krankenhaus eingeliefert und benötigt dringend eine Bluttransfusion. Die Eltern des Kindes gehören jedoch den Zeugen Jehovas an, welche Bluttransfusionen aus religiösen Gründen strikt ablehnen.

Die Szenarien 1 bis 3 lassen sich unter dem Aspekt von „breaking bad news“, also dem Überbringen schlechter Nachrichten, subsumieren. Szenario 1 hat zusätzlich hierzu den Aspekt des Kunstfehlers und die Vermeidung einer Klage zum Inhalt, Szenario 2 die Vermittlung einer infausten Diagnose und die Szenarien 3 und 4 die Erzielung einer Einverständniserklärung („informed consent“ [21]) – wobei im vierten Szenario zudem Konflikte, die sich im Umgang mit einer religiösen Minderheit ergeben, thematisiert werden. Alle vier Szenarien unterscheiden sich somit in Kontext und Adressat der Kommunikationssituation [12] und erfordern umfassende Kompetenz zur erfolgreichen Konfliktlösung. Das Interview wurde durch fünf Leitfragen grob strukturiert, um den Pbn eine Orientierungshilfe zu bieten, ohne die Antworten suggestiv zu beeinflussen.

Kodierleitfaden

Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und transkribiert; die Transkripte wurden mittels eines Kodierleitfadens inhaltsanalytisch [24], [25] ausgewertet. Der Leitfa-

den ist in Inhalt und Form an die von Staudinger, Smith & Baltès [16] verwendeten Untersuchungsinstrumente angelehnt. Er umfasst analog zum Modell der weisheitsbezogenen Kompetenz nach Stark [16] vier übergeordnete Kategorien: weisheitsrelevantes Wissen, weisheitsspezifisches Wissen, weisheitsrelevante Haltungen, weisheitsspezifische Haltungen. Insgesamt umfassen diese vier übergeordneten Kategorien 13 zu kodierende Unterkategorien (für eine detaillierte Übersicht siehe Abbildung 1); zu jeder Unterkategorie wurden ideale Antworten formuliert bzw. Kriterien für eine ideale Antwort expliziert [12] (für ein Beispiel siehe Abbildung 2).

Kategorie „Existentielles Wissen“

7 Punkte erhält eine Antwort, wenn sie in überdurchschnittlichem Maße mit der Idealvorstellung übereinstimmt. Existentielles Wissen ist in hohem Maße vorhanden und wird auch explizit verbalisiert; es findet eine Annahme der Situation (im Gegensatz zu einer Abwehrhaltung) statt. Der Handelnde verfügt nicht nur über die Fähigkeit zur konstruktiven Auseinandersetzung mit existentiellen Fragen, sondern kann sich auch in andere Menschen in derartigen Situationen hinein versetzen und ihnen Ratschläge zum besseren Umgang mit existentiellen Problemen erteilen.

Beispiel:

[Szenario 2: HIV] „...so zwischen Tür und Angel kann man das dem Patienten eben nicht sagen, weil ich meine, das beeinflusst jetzt ja sein ganzes nachfolgendes Leben. Da kann ich den nicht so stehen lassen...“
 „...würde natürlich erstmal noch auf seine Ängste eingehen und ihn fragen, wie er sich jetzt damit fühlt und wie er sich jetzt das praktisch vorstellt, ja, eben, dass er einfach sagt, was in ihm vorgeht und überhaupt darüber dann mal spricht...“

4 Punkte erhält eine Antwort, wenn sie in durchschnittlichem Maße mit der Idealvorstellung übereinstimmt. Existentielles Wissen ist zwar vorhanden, wird jedoch nicht vermittelt, es werden somit keine Ratschläge erteilt. Oder der Handelnde ist sich der Existentialität der Situation durchaus bewusst und kann sich auch in gewissem Maße in andere betroffene Personen hinein versetzen, fühlt sich jedoch überfordert und weiß nicht, was er anderen in dieser Situation raten würde.

Beispiel:

[Szenario 1: Bauchtuch] „Die Situation an sich ist natürlich auch sehr riskant, weil das einen zusätzlichen Eingriff bedeutet und...ja, dem Patienten eventuell auch schaden kann.“

1 Punkt erhält eine Antwort, wenn sie in unterdurchschnittlichem Maße mit der Idealvorstellung übereinstimmt. Existentielle Fragen werden nicht erkannt oder ignoriert, ebenso wie die Position, in der sich der betroffene Andere befindet. Es kommt zu einer Abwehrhaltung, in der die Existentialität der Situation ignoriert oder gar negiert wird.

Beispiel:

[Szenario 1: Bauchtuch] „...das ist keine komplette Katastrophe, denn die Patientin ist noch am Leben. Wahrscheinlich ist es schlimmer für mich, weil mich meine Kollegen für einen kompletten Idioten halten, sollte ich der Hauptverantwortliche für diesen Quatsch sein.“

Abbildung 2: Beispiel für das Kriterium "existentielles Wissen" mit Kriterien einer idealen Antwort sowie Beispielen aus den Interviewtranskripten

Bewertet und kodiert wurde der Grad der Übereinstimmung eines Transkriptes mit der im Kodierleitfaden beschriebenen idealen Antwort anhand einer 7-Punkte-Skala, wobei 7 Punkte höchste Übereinstimmung mit einer idealen Antwort bedeuteten, 1 Punkt sehr wenig bis keine Übereinstimmung. Nicht genannte Unterkategorien wurden gesondert mit „nicht vorhanden“ (kurz: „n. v.“) kodiert und gingen als fehlende Werte in die Berechnung der Mittelwerte ein.

Die Intra- und Interkoderreliabilitäten des Kodierleitfadens waren zufriedenstellend: Intrakoderreliabilität $CR=0.859$; Interkoderreliabilität $CR=0.817$, berechnet nach Holsti, 1969 [24].

Ergebnisse

Von den 15 Probanden gaben 14 an, bereits über Vorerfahrung mit Patienten zu verfügen. Am häufigsten wurden hier Praktika und Famulaturen im Rahmen des Studiums genannt (9 Personen), weiterhin hatten 4 Personen bereits eine Ausbildung im medizinischen Bereich absolviert. Bezüglich der Erfahrung als Patient gaben lediglich zwei der 15 Personen an, längere Krankenhausaufenthalte erlebt zu haben.

Die Probanden stufte alle vier verwendeten Szenarien als realistisch bis sehr realistisch ein (M zwischen 5.07 und 5.93); die Szenarien 1 und 4 wurden als eher irrelevant ($M=3.6$ für beide Szenarien, $SD=1.60$ bzw. 1.88) für den persönlichen Klinikalltag angesehen, die Szenarien 2 und 3 wurden jedoch als relevant ($M=5.4$ bzw. 5.33; $SD=.74$ bzw. .72) eingestuft. Des Weiteren befürworteten 14 der 15 Probanden die Auseinandersetzung mit derartigen Szenarien und hielten sie für ein geeignetes Mittel, um spezielle Kompetenzen im Umgang mit Patienten zu erfassen bzw. zu fördern; lediglich eine Person hielt die Szenariomethode für ungeeignet.

Im Rahmen der Einzelfallanalysen wurde mittels Addition der erzielten Punktwerte aller 13 Kategorien ein Gesamtscore für das Interview berechnet. Maximal möglich waren 7 Punkte mal 13 Kategorien mal vier Szenarien = 364 Punkte. Die Gesamtscores der Pbn lagen zwischen 55 und 248 Punkten (siehe Abbildung 3); der Mittelwert der Stichprobe lag bei 156.47 Punkten ($SD=61.50$). Die Pbn erreichten im Mittel also nur 43% des theoretischen Maximums.

Gesamtscores der Stichprobe

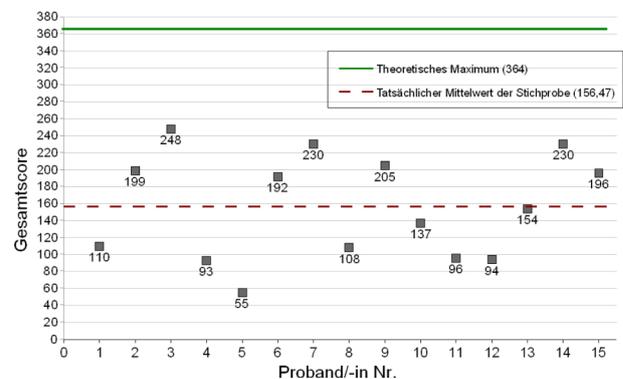


Abbildung 3: Gesamtscores der Stichprobe

Abbildung 4 liefert einen Überblick über die genaue Zusammensetzung der Gesamtscores der einzelnen Personen. In jeder Kategorie konnten insgesamt maximal 7 Punkte mal vier Szenarien = 28 Punkte erreicht werden. Die Kategorienmittelwerte lagen in acht der 13 Kategorien zwischen 12.53 ($SD=6.23$; Kategorie „existentielles Wissen“) und 16.33 ($SD=5.33$; Kategorie „Selbsterkenntnis/Menschenkenntnis“), wobei sich alle 13 Kategorien durch eine hohe Streuung auszeichneten. Niedrigere Mittelwerte zeigten sich in den Kategorien „ontogenetisches Wissen“ ($M=10.07$; $SD=7.12$), „Kontextualismus/Relativismus“ ($M=10.73$; $SD=5.81$), „Begrenztheit des eigenen Wissens“ ($M=10.20$; $SD=6.61$), „Wissen

über die relative Unbestimmtheit des Lebensverlaufs“ ($M=7.64$; $SD=6.07$) und „Ungewissheitstoleranz/-bejahung“ ($M=7.63$; $SD=3.89$).

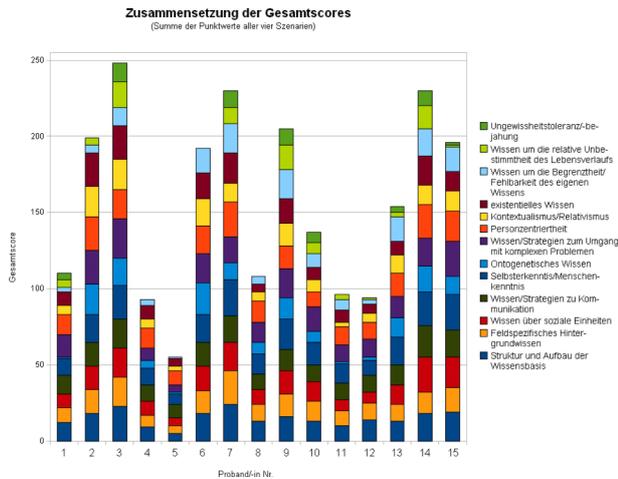


Abbildung 4: Zusammensetzung der Gesamtscores der Einzelpersonen

Die zusammenfassende Betrachtung aller Einzelfallanalysen ergab in sieben der 13 Kategorien eine hohe Zahl fehlender Werte, die Kategorien „Wissen um die relative Unbestimmtheit des Lebensverlaufs“ sowie „Ungewissheitstoleranz/-bejahung“ wiesen mit Abstand die meisten fehlenden Werte auf; mehr als die Hälfte der Probanden nannte diese Aspekte während des Interviews nicht. Betrachtet man zusätzlich die Mittelwerte für die einzelnen Szenarien, ergibt sich folgendes Bild: Die Szenarien 1 bis 3 wiesen relativ ähnliche Mittelwertstrukturen auf, die Mittelwerte des vierten Szenarios hingegen waren in neun der 13 Kategorien niedriger. In den Kategorien „Wissen über soziale Einheiten“, „Wissen zu Kommunikation“, „existentielles Wissen“, „Personenzentriertheit“ und „Kontextualismus/Relativismus“ unterschied sich Szenario 4 am deutlichsten von den anderen drei Szenarien: Bei einem Großteil der Probanden kam hier es zu einem regelrechten „Einbruch“ der erzielten Werte in den oben genannten Kategorien. Aufgrund der geringen Stichprobengröße kann keine zuverlässige inferenzstatistische Absicherung der Mittelwertsunterschiede vorgenommen werden; diese beobachtete Tendenz gilt es deshalb in nachfolgenden Studien mit größeren und damit repräsentativen Stichproben zu überprüfen.

Diskussion

Ausmaß der weisheitsbezogenen Kompetenz bei Studierenden der Medizin

Einleitend sei darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse der hier vorgestellten Studie auf einer sehr kleinen Stichprobe von 15 Personen beruhen und daher keine statistisch abgesicherten Rückschlüsse auf die Gesamtpopulation der Studierenden der Medizin in Deutschland

zulassen. Dennoch sind die Autoren der Meinung, dass sich auch durch kleinere Pilotprojekte wie dem vorgestellten wertvolle Impulse und Anregungen für die medizinische Ausbildung gewinnen lassen.

Insgesamt weisen die Ergebnisse über alle Kategorien hinweg auf eine eher niedrige Ausprägung weisheitsbezogener Kompetenz innerhalb der untersuchten Stichprobe hin. Nur wenige Probanden erreichten sehr hohe Punktwerte; die 7-Punkte-Skala wurde nicht vollständig ausgeschöpft. Dieses Ergebnis deckt sich mit bisherigen Ergebnissen der psychologischen Weisheitsforschung, dass nur wenige Personen hohe bis sehr hohe Werte erzielten und die Äußerung der im Kodierleitfaden entwickelten „Idealantworten“ spontan nur den wenigsten gelingt [26], [27].

Andererseits können niedrige Werte auch auf die Interviewmethode zurückzuführen sein: In einer Studie von Studinger & Baltes [28] erzielten Personen, die sich mit einem (realen oder vorgestellten) Gesprächspartner über das Szenario berieten, höhere Mittelwerte als in der Einzelinterviewmethode. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass Individuen über ein höheres „Weisheitspotential“ verfügen, welches in verschiedenen Settings in unterschiedlich hohem Maße zur Entfaltung kommen kann. Somit würden sich verschiedene Situationstypen als förderlich oder hinderlich für die Entfaltung des individuellen „Weisheitspotentials“ erweisen.

Defizite bei bestimmten Wissens- oder Haltungskategorien

Besonders hohe Defizite zeigten sich bei der untersuchten Stichprobe in den Kategorien „Wissen um die Unbestimmtheit des Lebensverlaufs“ sowie „Ungewissheitstoleranz/-bejahung“. Ein Zusammenhang mit dem geringen Lebensalter der Interviewten und daher angenommener geringer Lebenserfahrung erscheint in Anlehnung an Ergebnisse der Untersuchungen im Rahmen des Berliner Weisheitsmodells eher unwahrscheinlich, da sich dort nicht das biologische Alter, sondern das Ausmaß der erfahrenen kritischen Lebensereignisse als stärkerer Prädiktor für erzielte Weisheitswerte erwies [26], [27]. Aufgrund fehlender detaillierter biographischer Daten können hierzu jedoch keine gesicherten Aussagen getroffen werden. Allerdings ist anzumerken, dass verschiedentlich in der Literatur eine sukzessive Ontogenese weisheitsbezogener Kompetenz angenommen wird [27], [29], bei der Ungewissheitstoleranz am Ende steht, sich also erst später im Laufe der individuellen Persönlichkeitsentwicklung zeigt. Die hohen fehlenden Werte in den beiden Kategorien können jedoch auch inhaltlichen Aspekten der Untersuchung geschuldet sein: Die direkte Aufforderung zur Reaktion erzeugte eventuell bei den Probanden das Gefühl, schnell reagieren zu müssen, Ungewissheit erschien somit möglicherweise als unangebracht. Zudem wiesen auch die vier Szenarien inhaltlich hohen Aufforderungscharakter auf (Zeitdruck, Treffen lebensnotwendiger

Entscheidungen [12]), was diesen Eindruck bei den Probanden noch verstärkt haben könnte.

Unterschiede der gezeigten Kompetenz zwischen den vier Szenarien

Besonders das vierte Szenario („Bluttransfusion“) unterschied sich von den anderen drei Szenarien. Viele der 15 Probanden ließen große Wissenslücken und Mangel an Perspektivenübernahme erkennen: Die eigene Handlung wurde oftmals auf der Basis von Vorurteilen und einer ablehnenden Haltung den Kommunikationspartnern gegenüber geplant. Besonders in Kategorien der sozialen Interaktion (z.B. „Wissen über soziale Einheiten“, „Person-zentriertheit“) erzielten viele Pbn im vierten Szenario niedrigere Werte als in den anderen drei Szenarien, im Gegensatz zu den Werten abstrakterer, emotional nicht „aufgeladener“ Kategorien (wie z.B. Wissen zum Umgang mit komplexen Problemen), in denen sich die vier Szenarien nicht voneinander unterschieden. Dieses Ergebnis könnte darauf hindeuten, dass sich im Rahmen weisheitsbezogenen Wissens möglicherweise situationsspezifische und situationsunabhängige Merkmale unterscheiden lassen [26]. Diese Annahme bedarf jedoch noch einer Bestätigung durch weitere, auf diesen Aspekt zielende Untersuchungen an repräsentativen Stichproben ausreichender Größe.

Ausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung liefern Indizien für ein bestehendes Defizit bei Studierenden der Medizin im Hinblick auf weisheitsbezogene Kompetenz. Es scheint Bedarf zu bestehen, bereits im Rahmen der medizinischen Ausbildung angemessene Kompetenz (im Sinne von Wissen und Haltungen) zu erwerben, um im komplexen Spannungsfeld zwischen Patienten, Angehörigen und Verordnungen „weise“ handeln zu können. Während der vorliegenden Untersuchung wurde ein großes Interesse der Beteiligten an entsprechenden Trainingsmaßnahmen deutlich [12]. Angeregt wurde zum Einen die Bearbeitung von Szenarien im Dialog mit erfahrenen Klinikärzten; zum Anderen wurde die Umsetzung solcher Fallgeschichten als echte Szenen mit Hilfe von standardisierten Patienten vorgeschlagen. Das Bedürfnis nach verstärkter Vermittlung psychosozialer Kompetenzen im Rahmen des Medizinstudiums ist weiterhin hoch, wie die Ergebnisse dieser Studie aufzeigen.

Wenn auch „Weisheit“ als idealer Endpunkt einer integrierten Wissens- und Charakterentwicklung [15] nicht direkt gelehrt werden kann, so bietet die psychologische Weisheitsforschung dennoch eine Orientierung, die die Entwicklung von Unterrichtszielen zur gezielten Vermittlung von „Urteils- und Ratgebefähigkeit in schwierigen und wichtigen Lebensfragen“ [[10], S. 72] leiten kann. Gerade im Rahmen der medizinischen Ausbildung könnten anhand eines „weisheitsorientierten“ Curriculums Wissen und Haltungen zur produktiven Konfliktbewälti-

gung und zum kompetenten Umgang mit komplexen Situationen des Klinikalltags vermittelt werden.

Anmerkung

¹Im vorliegenden Artikel wird versucht, geschlechtsneutrale Formulierungen zu verwenden. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden an manchen Stellen lediglich die männlichen Wortformen verwandt (Proband, Teilnehmer,...); gemeint sind an diesen Stellen jedoch natürlich immer beide Geschlechter.

Literatur

1. Stark R. Weisheitsbezogene Kompetenz als Grundlage konstruktiven Problemlösens in komplexen sozialen Situationen. Frankfurt am Main: 20. Kongress der DGfE. 2006: Poster.
2. Dörner D. Die Logik des Mislingens. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 1989.
3. Vogd W. Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Perspektive der ärztlichen Akteure. Bern: Huber; 2006.
4. Bundesministerium für Gesundheit. Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002. Bundesgesetzbl. 2002;Teil I: Nr. 44.
5. Stewart M, Brown JD, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Westen WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Practice*. 2000;49(9):797-804.
6. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, Rogers JC. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ*. 2002;36(6):568-574. DOI:10.1046/j.1365-2923.2002.01233.x.
7. Fischer T, Chenot J-F, Simmenroth-Nayda A, Heinemann S, Kochen MM, Himmel W. Learning core clinical skills – a survey at 3 time points during medical education. *Med Teach*. 2007;29(4):397-399.
8. Jungbauer J, Kamenik C, Alfermann D, Brähler E. Wie bewerten Ärzte rückblickend ihr Medizinstudium? Ergebnisse einer Absolventenbefragung. *Gesundheitswesen*. 2004;66(1):51-56. DOI:10.1055/s-2004-812705.
9. Federkeil G. CHE Alumni-Ranking Medizin. Ergebnisse einer vergleichenden Absolventenbefragung Humanmedizin des Centrums für Hochschulentwicklung. Gütersloh: Centrum für Hochschulentwicklung. 2004:S57.
10. Staudinger UM, Baltes PB. Weisheit als Gegenstand psychologischer Forschung. *Psychol Rundsch*. 1996;47:57-77.
11. Sternberg RJ. Why schools should teach for wisdom: the balance theory of wisdom in educational settings. *Educ Psychol*. 2001;36(4):227-245. DOI:10.1207/S15326985EP3604_2.
12. Hoffmann MC. „Also, ich als Arzt oder Ärztin hab' ja nicht wirklich ‚ne Ahnung“. Weisheitsbezogene Kompetenzen im medizinischen Kontext. Saarbrücken: Universität des Saarlandes. 2008: Magisterarbeit.
13. Baltes PB, Smith J. Toward a psychology of wisdom and its ontogenesis. In Sternberg RJ, editor. *Wisdom. Its nature, origins, and development*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990:S87-120.
14. Pasupathi M, Staudinger U. Do advanced moral reasoners also show wisdom? Linking moral reasoning and wisdom-related knowledge and judgement. *Int J Behav Dev*. 2001;25(5):401-415. DOI:10.1080/016502501316934833.

15. Staudinger UM. A Psychology of Wisdom: History and recent developments. *Res Hum Dev.* 2008;5(2):107-120. DOI:10.1080/15427600802034835.
16. Staudinger UM, Smith J, Baltes PB. Handbuch zur Erfassung von weisheitsbezogenem Wissen. Materialien aus der Bildungsforschung Nr. 46. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung; 1994.
17. Sternberg RJ. A balance theory of wisdom. *Rev Gen Psychol.* 1998;2(4):347-365. DOI:10.1037/1089-2680.2.4.347.
18. Sternberg RJ. Why smart people can be so foolish. *Eur Psychol.* 2004;9(3):145-150. DOI:10.1027/1016-9040.9.3.145.
19. Baltes PB, Staudinger U. Wisdom. A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *Am Psychol.* 2000;55(1):122-136. DOI:10.1037/0003-066X.55.1.122.
20. Rogers CR, Schmid P. Person-zentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl R. Rogers. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag; 1991.
21. Yedidia MJ, Colleen CG, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, Snyder CW, Lazare A, Lipkin M. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA.* 2003;290(9):1157-1165. DOI:10.1001/jama.290.9.1157.
22. Colby A, Kohlberg L. The measurement of moral judgment. Volume I and II. New York: Columbia University Press; 1987.
23. Rest JR. Issues and Methodology in Moral Judgment. In Modgil S & Modgil C (Hrsg). Lawrence Kohlberg: consensus and controversy. Philadelphia: Falmer Press; 1986:S471-480.
24. Früh W. Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis. 6. überarbeitete Auflage. Konstanz: UVK Medien; 2007.
25. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studien-Verlag; 1997.
26. Maercker A. Existentielle Konfrontation: Eine Untersuchung im Rahmen eines psychologischen Weisheitsparadigmas. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung; 1995. (Studien und Berichte des Max-Planck-Institutes für Bildungsforschung; Nr. 62: Dissertationsschrift).
27. Maercker A, Böhmgig-Krumhaar SA, Staudinger UM. Existentielle Konfrontation als Zugang zu weisheitsbezogenem Wissen und Urteilen: Eine Untersuchung von Weisheitsnominierten. *Z Entwicklungspsychol Pädagog Psychol.* 1998;30(1):2-12.
28. Staudinger U, Baltes PB. Interactive minds: A facilitative setting for wisdom-related performance? *J Pers Soc Psychol.* 1996;71:746-762. DOI:10.1037/0022-3514.71.4.746
29. Pasupathi M, Staudinger UM, Baltes PB. Seeds of Wisdom: adolescent's knowledge and judgment about difficult life problems. *Dev Psychol.* 2001;37(3):351-361. DOI:10.1037/0012-1649.37.3.351.

Korrespondenzadresse:

Miriam Hoffmann, M.A.
 Universität des Saarlandes, Fakultät für Empirische
 Humanwissenschaften, Fachrichtung
 Erziehungswissenschaft, 66123 Saarbrücken,
 Deutschland
 miriam.hoffmann@mx.uni-saarland.de

Bitte zitieren als

Hoffmann M, Stark R. Weisheitsbezogene Kompetenz im medizinischen Kontext. *GMS Z Med Ausbild.* 2009;26(4):Doc41.

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2009-26/zma000634.shtml>

Eingereicht: 13.05.2009

Überarbeitet: 28.09.2009

Angenommen: 05.10.2009

Veröffentlicht: 16.11.2009

Copyright

©2009 Hoffmann et al. Dieser Artikel ist ein Open Access-Artikel und steht unter den Creative Commons Lizenzbedingungen (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.de>). Er darf vervielfältigt, verbreitet und öffentlich zugänglich gemacht werden, vorausgesetzt dass Autor und Quelle genannt werden.