

Unterricht in ärztlicher Gesprächsführung - eine vergleichende Erhebung in Deutschland, Österreich und der Schweiz

Teaching of doctor-patient communication: A survey in Austria, Germany, and Switzerland

Abstract

One of the main hallmarks of reform initiatives in undergraduate medical education is the introduction in the curricula of teaching communication and social skills. In this respect, new educational goals are to be defined and appropriate teaching methods as well as adequate examination procedures have to be developed.

Following the publication of a German Consensus Statement (Basel Consensus Statement) we report the results of a survey of 32 medical curricula in German-speaking countries, conducted from January 2008 to February 2009. In order to examine the status quo of teaching methods, a structured questionnaire was applied. It surveys educational goals, teaching methods, examination procedures, lecturers' qualifications, time frames, etc.

Results: It turns out that structural conditions and their implementation vary considerably, and that planning rarely is based on educational goals or on research in this field.

Keywords: communication skills, social competencies, Basel Consensus Statement, undergraduate medical education, didactics, assessment

Zusammenfassung

Eines der Merkmale reformierter medizinischer Studiengänge ist die Einführung des Unterrichts kommunikativer und sozialer Kompetenzen. In diesem Zusammenhang waren und sind Lernziele zu definieren, adäquate Unterrichtsmethoden sowie Standards und Überprüfungsverfahren zu entwickeln. Mit einiger Verspätung gegenüber dem angloamerikanischen Raum setzte diese Entwicklung auch in Europa ein. Erst jüngst erfolgte ein Versuch, auch für den deutschsprachigen Raum Standards zu erarbeiten.

Wir berichten über die Ergebnisse einer Erhebung des Status quo des Unterrichts in kommunikativen Kompetenzen an 32 deutschsprachigen medizinischen Studiengängen (bzw. Fakultäten), welche im Zeitraum von Jänner 2008 bis Februar 2009 durchgeführt wurde. Die Erhebung wurde mittels strukturiertem Fragebogen durchgeführt. Dieser bildet u.a. longitudinale Struktur und zeitlichen Umfang, Lernziele, Methodik, Didaktik, Überprüfungsverfahren und Qualifikation der Lehrenden ab.

Ergebnisse: Die Heterogenität der Unterrichtsstruktur ist beträchtlich. Wir gewinnen den Eindruck, dass derzeit die Planung nach sehr unterschiedlichen Überlegungen erfolgt und dass dabei selten lernzielorientiert und literaturbasiert vorgegangen wird.

Schlüsselwörter: Kommunikative Fertigkeiten, soziale Kompetenzen, Basel Consensus Statement, medizinische Ausbildung, Didaktik, Prüfung

Katharina Roch¹
Angela Trubrich¹
Gerald Haidinger²
Lukas Mitterauer³
Oskar
Frischenschlager¹

1 Medizinische Universität
Wien, Zentrum für Public
Health, Institut für
Medizinische Psychologie,
Wien, Österreich

2 Medizinische Universität
Wien, Zentrum für Public
Health, Abteilung für
Epidemiologie, Wien,
Österreich

3 Medizinische Universität
Wien, Besondere Einrichtung
für Qualitätssicherung, Wien,
Österreich

Einleitung

Traditionell liegt der Schwerpunkt bei der Planung eines medizinischen Studienganges auf der Wissensvermittlung und Wissensüberprüfung. Die Erkenntnis, dass kommunikative und soziale Kompetenzen sowie erwünschte berufsbezogene Einstellungen nicht implizit erworben werden, sondern explizit unterrichtet und überprüft werden müssen, hat sich erst im Laufe der Reformbestrebungen der letzten Jahrzehnte durchgesetzt. Ein Motor dieser Entwicklung war wohl, nach ersten Vorstößen in den Siebzigerjahren [1] die Entwicklung im Bereich der Patientenrechte, welche aufgeklärte und mündige Patienten erfordern, und die zunehmende Artikuliertheit der PatientInnen über Defizite in der Arzt-Patient-Kommunikation, wonach sie „sich nicht verstanden fühlen“, „nicht genug aufgeklärt seien“ und „man ihnen nicht richtig zuhört“. Dem gegenüber steht die Erkenntnis, dass ein Großteil der diagnostisch und therapeutisch relevanten Information aus dem Anamnesegespräch gewonnen wird [2].

Die sich daraus ergebenden Reformbestrebungen mündeten im Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation nebst zahlreichen Forschungen in Vorschläge für Standardsetzungen. Die bekanntesten sind der „Toronto Consensus“ von 1991 [2], das „Kalamazoo Consensus Statement“ aus dem Jahre 2002 [3], das „Calgary-Cambridge“-Modell 1998 [4] und das erst jüngst publizierte „Basel Consensus Statement“ von 2007 [5]. Letzteres ist das Ergebnis einer mehrphasigen Delphibefragung mit insgesamt über 100 ExpertInnen aus 30 Fakultäten des deutschen Sprachraums und der Formulierung von 131 prioritären Lernzielen in 19 Themenbereichen [5].

Die vorliegende Erhebung strebt einen Überblick über den Ist-Zustand des Unterrichts in kommunikativen Kompetenzen an medizinischen Studiengängen (bzw. Fakultäten) in Deutschland, Österreich und der Schweiz an.

Methoden

Es wurde eine strukturierte Vollerhebung der Unterrichtsverhältnisse an allen 41 deutschsprachigen medizinischen Studiengängen bzw. Fakultäten (4 in Österreich, 34 in Deutschland, 3 in der Schweiz, siehe Tabelle 1) angestrebt. Zu diesem Zweck wurde ein Fragenkatalog (siehe Anhang) erstellt und es wurden im Zeitraum von Jänner 2008 bis Februar 2009 die unterrichts- bzw. planungsverantwortlichen Personen der jeweiligen Standorte kontaktiert. Die erste Kontaktaufnahme mit den planungsverantwortlichen Personen erfolgte mittels E-Mail. Die Befragten wurden über das Ziel der Untersuchung informiert und gebeten, einen Termin für ein telefonisches Interview zur Verfügung zu stellen.

Berücksichtigt wurden nur Pflichtlehrveranstaltungen, also solche, die obligater Bestandteil des Curriculums sind, da nur Pflichtlehrveranstaltungen signalisieren, dass die Curriculumsplanung ein Qualifikationsprofil anstrebt, in dem kommunikativen Kompetenzen eine dem Wissen

und anderen Fertigkeiten gleichzuhaltende Bedeutung eingeräumt wird.

In einem zweiten Schritt wurde zum Zweck der Vergleichbarkeit der Studiengänge eine Evaluierung jeder einzelnen Lehrveranstaltung vorgenommen und mit einer Punktebewertung versehen (siehe Tabelle 2). Die Erfassung des zeitlichen Unterrichtsumfanges gestaltete sich schwierig, da nicht an allen Standorten vergleichbare Daten über den zeitlichen Umfang in Minuten verfügbar waren. Deshalb wurde der Faktor Zeit nicht bei der Punktevergabe berücksichtigt. Bei Erfüllung aller einzelnen Kriterien ergibt sich eine maximal erreichbare Punkteanzahl von 23 Punkten pro Lehrveranstaltung. Weiters bilden die Summenscores aller Lehrveranstaltungen eines Studiengangs (bzw. einer Fakultät) die Grundlage für einen, in einem zweiten Schritt vorgenommenen, interuniversitären Vergleich.

Tabelle 2: Punktevergabe im Fragebogen

Punktevergabe		
Art Lehrveranstaltung	Vorlesung	1
	Seminar	2
	Praktikum/Übung	3
Lernziele definiert	Nein	0
	Ja	1
Gruppengröße	>20	1
	11 - 20	2
	0 - 10	3
Anwesenheitsverpflichtung	Nein	0
	Ja	1
Explizite Beurteilung der Mitarbeit	Nein	0
	Ja	1
Voraussetzungen für das Lehrpersonal	Nein	0
	Ja	1
Schulung Lehrpersonal	Nein	0
	Ja	1
Didaktik	Lehrfilme	1
	Rollenspiele	2
	Simulationspatienten	3
	Realpatienten	4
Prüfung	Nein	0
	Ja	1

Ergebnisse

Von den 41 medizinischen Studiengängen im deutschsprachigen Raum konnten im Untersuchungszeitraum 78% der Studiengänge (n=32) dokumentiert werden. Es liegen von allen vier österreichischen sowie allen drei Schweizer medizinischen Universitäten Daten vor. In Deutschland konnten nur von 74% der Studiengänge (n=25) Datensätze erhoben werden (siehe Tabelle 1). Zum Teil ist es auf Umstellungen in den Studienplänen zurück zu führen, dass von manchen Universitäten keine Auskünfte eingeholt werden konnten; zum Teil konnten

Tabelle 1: Übersicht über die erzielten Punktwerte der einzelnen deutschsprachigen medizinischen Studiengänge (bzw. Fakultäten), nach Anzahl der Gesamtpunkte sortiert.

	Punkte gesamt	Zahl der Lehrveranstaltungen	Punkte für Didaktik	Realpatienten Kontakt	Prüfung	Mittelwert**
Berlin Neu*	162	10	52	Ja	Ja	16,2
Bern	96	6	30	Nein	Ja	16,0
Lübeck*	92	7	37	Ja	Ja	13,1
Zürich	60	4	24	Ja	Nein	15,0
Köln	46	3	20	Ja	Ja	15,3
Innsbruck	45	4	12	Ja	Ja	11,3
Witten- Herdecke*	44	4	13	Ja	Ja	11,0
Graz*	44	3	16	Ja	Ja	14,7
Basel*	42	3	13	Ja	Ja	14,0
Leipzig	42	3	15	Ja	Ja	14,0
Würzburg*	41	3	14	Nein	Ja	13,7
Greifswald	41	3	15	Nein	Ja	13,7
Wien	39	3	9	Nein	Ja	13,0
Salzburg*	38	3	12	Ja	Ja	12,7
Mainz	36	3	11	Ja	Ja	12,0
Magdeburg*	34	3	12	Ja	Ja	11,3
Dresden	34	2	18	Ja	Ja	17,0
Tübingen*	32	2	14	Ja	Ja	16,0
Homburg*	29	2	10	Nein	Ja	14,5
Göttingen*	27	2	11	Ja	Ja	13,5
Ulm	26	2	10	Ja	Ja	13,0
Berlin Alt	26	2	5	Nein	Ja	13,0
Giessen	24	3	3	Nein	Ja	8,0
Essen	20	2	4	Nein	Nein	10,0
Regensburg*	19	1	8	Ja	Ja	19,0
Frankfurt*	18	1	9	Ja	Ja	18,0
Bonn*	17	1	6	Nein	Ja	17,0
Jena*	17	1	9	Ja	Nein	17,0
Marburg*	15	1	6	Nein	Ja	15,0
Münster*	14	1	5	Nein	Nein	14,0
München*	13	1	3	Nein	Nein	13,0
Halle	0	0	0	Nein	Nein	0,0

Fußnote: * uneinheitliche Strukturierung, bzw. kein Mittelwert erhebbar, da nur eine Lehrveranstaltung

** Gesamtpunkte dividiert durch die Zahl der Lehrveranstaltungen

trotz mehrfacher Versuche über den gesamten Untersuchungszeitraum Kontaktpersonen nicht erreicht werden. Die in die Auswertung inkludierten medizinischen Studiengänge unterscheiden sich voneinander sowohl hinsichtlich der Anzahl der Lehrveranstaltungen, als auch des zeitlichen Gesamtumfanges und der zum Einsatz gelangenden Methoden und der Didaktik. Insgesamt konnten an den 32 ausgewerteten Studiengängen 90 Lehrveranstaltungen erhoben werden. Im Mittel werden damit pro Studiengang 2,8 Lehrveranstaltungen geführt, zwischen 0 und 10. Die Bandbreite der Punktezuweisungen rangiert von 0 bis 162, wobei der Reformstudiengang in Berlin sowohl aufgrund der Anzahl der Lehrveranstaltungen (n=10) als auch aufgrund der anspruchsvolleren Didaktik 162

Punkte erhielt, die Universität Halle hingegen angibt, keine verpflichtende Lehrveranstaltung zum Thema zu führen (Stand Jänner 2008).

Um das methodische Niveau sichtbar und vergleichbar zu machen, wurden Mittelwerte der Gesamtpunkte pro Lehrveranstaltung und Studiengang berechnet. Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, verringert sich dadurch die Bandbreite deutlich. Sehr hoch rangieren die Universitäten Frankfurt und Dresden.

Aus Abbildung 1 wird die verwendete Breite an didaktischen Möglichkeiten (Lehrfilm, Rollenspiel, Simulationspatienten, Realpatienten) ersichtlich, wobei nur in drei Curricula alle vier Methoden im universitären Alltag ange-

wendet werden. Die Großzahl der Lehrgänge arbeitet mit zwei oder drei der genannten Methoden.

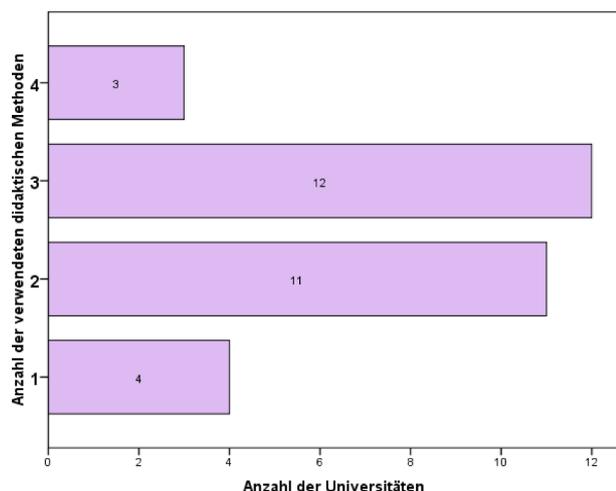


Abbildung 1: Aufteilung der untersuchten Studiengänge nach Anzahl der verwendeten didaktischen Methoden

Die Verteilung der didaktischen Mittel: In 47% Lehrveranstaltungen (n=42) werden Videoanalysen als Unterrichtsmittel verwendet, in 61% der Lehrveranstaltungen (n=55) arbeiten die Lehrenden mit Rollenspielen, in 60% der Lehrveranstaltungen (n=54) werden Simulationspatienten als didaktische Methode eingesetzt und in 31% der Lehrveranstaltungen (n=28) wird der Unterricht anhand realer Patienten abgehalten.

Unter Bedachtnahme auf die Tatsache, dass ein am praktischen Üben orientierter Unterrichtsbetrieb nicht mit Gruppengrößen von mehr als 10 TeilnehmerInnen produktiv stattfinden kann [6], ist auch der folgende Vergleich interessant: Von den insgesamt 90 Lehrveranstaltungen werden 16% in Gruppen (n=14) mit mehr als 20 Studierenden pro Einheit abgehalten, in 40% der Lehrveranstaltungen (n=36) wird in Gruppen von 11 bis 20 TeilnehmerInnen und in 43% der Lehrveranstaltungen (n=39) wird in Gruppen bis zu 10 Studierenden gearbeitet. In 57% der erhobenen Lehrveranstaltungen wird daher die Gruppengröße, die eine übende Aktivität der TeilnehmerInnen ermöglicht, überschritten.

Lernziele werden in 88 der 90 Lehrveranstaltungen (98%) spezifisch definiert, weiters besteht in 96% der Lehrveranstaltungen (n=86) eine Anwesenheitspflicht der Studierenden. Die Mitarbeit wird in 40% der Unterrichtseinheiten (n=36) vorausgesetzt und überprüft. Eine Prüfung am Ende der Lehrveranstaltung wird in 66% der Veranstaltungen (n=59) vorgenommen.

In 52 der 90 Lehrveranstaltungen (58%) werden fachspezifische Kenntnisse des Lehrpersonals vorausgesetzt und in 68% Lehrveranstaltungen (n=61) findet eine gezielte Schulung des Lehrpersonals statt.

Diskussion

Angestoßen durch die Entwicklungen im angloamerikanischen Raum [2], [3], [4] fanden sich innerhalb der Gesell-

schaft für Medizinische Ausbildung (GMA) ExpertInnen zusammen und arbeiten seit mehreren Jahren an der Weiterentwicklung des Unterrichts in kommunikativen Kompetenzen in medizinischen Studiengängen. Im Rahmen einer Arbeitsgruppe um Claudia Kiessling werden regelmäßig Workshops zum Thema der curricularen Weiterentwicklung veranstaltet. Einer dieser Workshops mündete in die Erarbeitung des Basel Consensus Statements [5], das im internationalen Vergleich eine deutliche Weiterentwicklung und Differenzierung der Lernzieldefinition und Standardsetzung darstellt. In dessen Folge entstand die Idee, eine Übersicht über den Status quo des Unterrichts im deutschen Sprachraum zu erarbeiten. Wir sind bei der Planung des Fragebogens (siehe Anhang) von einer übersichtlichen Struktur eines Teilcurriculums, das über planungsverantwortliche Personen abgerufen werden kann, ausgegangen. Daher geht der zur Anwendung gekommene Fragebogen (siehe Anhang) von Lehrveranstaltungen aus, die eine erfassbare organisatorische und inhaltliche Struktur aufweisen. Tatsächlich stellte sich erst im Zuge der Erhebung heraus, dass an manchen Standorten eine im Studienplan ausgewiesene Lehrveranstaltung de facto organisatorisch aufgesplittet ist, sodass die Planung, Gestaltung und Organisation von unterschiedlichen Personen oder Instituten durchgeführt wird. Aus den sich daraus ergebenden Erhebungsschwierigkeiten folgen Unschärfen bei der Auswertung und der evaluativen Einordnung mancher Curricula. Auch beim Vergleich des zeitlichen Unterrichtsumfanges ergaben sich Schwierigkeiten, da nicht an allen Standorten entsprechende Angaben über den zeitlichen Umfang in Minuten verfügbar waren und daher auch die Umrechnung in vergleichbare zeitliche Unterrichtseinheiten nicht exakt erfolgen konnte.

Es fällt weiters auf, dass sich die meisten medizinischen Universitäten gerade in einer grundlegenden Umstellung des Studienplans befinden und dies auch den Gesprächsführungsunterricht betrifft.

Viele Universitäten beginnen gerade erst, kommunikative Kompetenzen als Pflichtunterricht im Medizinstudium einzuführen. Es wird daher in naher Zukunft möglich sein, auch von den dann inzwischen etablierten Studienplänen Daten zu erheben. Die größte Problematik zeigt sich im Fehlen von zuständigen Studienabteilungen, sehr oft erfolgt die Koordination durch mehrere klinische oder universitäre Abteilungen. Auch in Studienplanführern werden oft keine genauen Angaben gemacht und vielerorts ist der Unterricht kommunikativer Kompetenzen in andere Kurse mit eingebunden und wird gelegentlich nur im Ausmaß einer Doppelstunde explizit unterrichtet.

Es muss daran erinnert werden, dass in der vorliegenden Studie nur der Pflichtunterricht in die Auswertung einfließt und folglich auch verglichen wird. Es besteht aber vielerorts ein sehr breites Angebot an Frei- und Wahlfächern, welche durch unsere Vorgabe nicht in die Übersicht einfließen, da diese Module nicht von allen Studierenden belegt werden (müssen).

Ein weiteres Problem hat sich in der Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Lehrveranstaltungen ergeben. Durch

den manchmal nicht erhebenden zeitlichen Umfang wurden möglicherweise Lehrveranstaltungen besser bewertet als andere, obwohl der zeitliche Aufwand für die Studierenden sehr unterschiedlich ist. Weiters werden manche Lehrveranstaltungen sowohl im Format einer Vorlesung und eines Praktikums abgehalten oder als Seminar mit Praktikum, wofür bei der Auswertung aus Gründen der Übersichtlichkeit keine eigenen Untergruppen gebildet wurden.

Der Reformstudiengang in Berlin liegt durch einen kontinuierlichen Unterricht über 10 Semester, mit unterschiedlichen, aufeinander aufbauenden Lernzielen, Gruppengrößen mit höchstens 10 Studierenden, Unterricht mittels Videoanalyse, Rollenspiel, SimulationspatientInnen und RealpatientInnen, speziell geschultem Lehrpersonal und mehreren Überprüfungen mittels OSCE (objective structured clinical examination) [7] an der Spitze der Punktebewertung. Auch im Vergleich zum dort parallel geführten Regelstudiengang ergeben sich große Unterschiede: während der Reformstudiengang zehn Lehrveranstaltungen beinhaltet, existieren im Regelstudiengang nur zwei Kurse zum Thema Gesprächsführung.

2. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991;303(6814):1385-1387. DOI:10.1136/bmj.303.6814.1385
3. Makoul G. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Acad Med*. 2001;76(4):390-393. DOI:10.1097/00001888-200104000-00021
4. Harrison C, Hart J, Wass J. Learning to communicate using the Calgary-Cambridge framework. *Clin Teach*. 2007;4:159-164. DOI:10.1111/j.1743-498X.2007.00177.x
5. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz 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. *GMS Z Med Ausbild*. 2008;25(2):Doc83. Zugänglich unter: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2008-25/zma000567.shtml>
6. Petersen C, Busche W, Bergelt C, Huse-Kleinstoll G. Kommunikationstraining als Teil des Medizinstudiums: Ein Modellversuch. *GMS Z Med Ausbild*. 2005;22(1):Doc08. Zugänglich unter: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2005-22/zma000008.shtml>
7. Selby C, Osman L, Davis M, Lee M. How to do it: Set up and run an objective structured clinical exam. *BMJ*. 1995;310(6988):1187-1190

Schlussfolgerung

Bei aller möglichen methodischen Unschärfe fällt auf, dass die Heterogenität der Unterrichtsplanung an deutschsprachigen medizinischen Studiengängen in Bezug auf kommunikative Kompetenzen sehr groß ist. Nur in einzelnen expliziten Reformstudiengängen scheint mit der überprüfbaren Kompetenzentwicklung, mit einem dem Lernziel angemessenen zeitlichen Umfang und adäquaten didaktischen Methoden wirklich Ernst gemacht zu werden. Einerseits besteht unter ExpertInnen des deutschen Sprachraumes Konsens über die zu erreichenden Lernziele, andererseits scheint dies – zum Zeitpunkt der Erhebung - von den betroffenen Universitäten nicht entsprechend umgesetzt worden zu sein.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Oskar Frischenschlager
Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health,
Institut für Medizinische Psychologie, Severingasse 9,
A-1090 Wien, Österreich, Tel.: +431 4277 656 20, Fax:
+431 4277 9 656
oskar.frischenschlager@meduniwien.ac.at

Bitte zitieren als

Roch K, Trubrich A, Haidinger G, Mitterauer L, Frischenschlager O. Unterricht in ärztlicher Gesprächsführung - eine vergleichende Erhebung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. *GMS Z Med Ausbild*. 2010;27(3):Doc48. DOI: 10.3205/zma000685, URN: urn:nbn:de:0183-zma0006859

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2010-27/zma000685.shtml>

Eingereicht: 10.12.2009

Überarbeitet: 17.03.2010

Angenommen: 01.04.2010

Veröffentlicht: 17.05.2010

Copyright

©2010 Roch 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.

Anhänge

Verfügbar unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2010-27/zma000685.shtml>

1. Anhang Fragebogen.pdf (56 KB)
Fragebogen

Literatur

1. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-136. DOI:10.1126/science.847460