

DAS MODELLPROJEKT "KOMMUNIKATIVE KOMPETENZ IM MEDIZINSTUDIUM" IN HANNOVER - EINE KRITIK DER DERZEITIGEN SITUATION UND EIN VERBESSERUNGSVORSCHLAG

MATTHIAS PERLETH¹, JÜRGEN COLLATZ², GISELA C. FISCHER³, HANNOVER

Zusammenfassung

Die Qualität in der Ausbildung von Anamnesetechniken hat an deutschen Hochschulen ihre Mängel. Es fehlen didaktische Konzepte, die geeignet wären, diese primäre Fähigkeit zu vermitteln, sowie Standards der Beurteilung des Ausbildungsstands der Studierenden hinsichtlich ihrer kommunikativen Kompetenz.

In diesem Beitrag wird eine Kritik der gegenwärtigen Ausbildungssituation formuliert und ein Verbesserungsvorschlag präsentiert. Die Überlegungen zu einem Curriculum in kommunikativer Kompetenz enthalten im Kern einen Anamnesekurs, der seit 1992 in Hannover als Elective durchgeführt wird. Der Anamnesekurs basiert auf der Grundlage eines Konzeptes von kommunikativer Kompetenz, die befähigen soll, auf der interaktiven, formellen und Informationsebene möglichst patientenzentriert diagnostische, therapeutische und beratende Funktionen wahrzunehmen.

In einem schrittweisen Vorgehen wird zu Beginn jeder Sitzung eine Gruppe von maximal 12 Studierenden in ein kommunikationspsychologisches Problem eingeführt. Anhand epidemiologisch häufiger und typischer Problemstellungen wird bei Simulationspatienten eine symptombezogene Anamnese erhoben. Dabei werden auch sukzessive problematische Gesprächsführungsaspekte integriert. Die wesentlichen Elemente des Anamnesekurses sind neben dem Einsatz von Simulationspatienten, problembezogene Gesprächssituation und strukturiertes Feedback. Bestandteile des strukturierten

Feedback sind subjektive Rückmeldungen der "peer group", Analyse eines Videomitschnitts und der Einsatz einer adaptierten Version der Maastricht History-Taking and Advice Checklist (MAAS-R2-deutsch). Erste Erfahrungen mit dem Kurskonzept werden geschildert.

Summary

In response to the lack of adequate teaching of communication skills in German undergraduate medical education, a course focussing on basic communication skills as well as the role perception of students in the primary care setting was developed. Up to 12 students meet in weekly sessions. In the first part of each session, theoretical aspects of the physician-patient interaction are discussed in a sociomedical and primary care context. Additionally, a reason for encounter typical for the primary care setting is introduced, e.g. headache. In the next part, a simulated patient with the aforementioned chief complaint is presented to the students. A voluntary student takes the history of the SP with an upper time limit of 15 minutes. The encounter is recorded on videotape. Finally, a structured feedback is given using free statements of the participants and of the SP, a modified version of the MAAS-R2 rating scale, and a review of the videotape. Results of an analysis of the students' ratings as well as satisfaction with the course show, that the course is highly valued by the participating students and that it may serve as a model of teaching communication skills early in the curriculum.

1 Einleitung

Nach zwei Jahren naturwissenschaftlich orientierten Medizinstudiums, das den Umgang mit Leichen und die

Erfassung der Funktionsprinzipien des Körpers vorzieht, sollen die Studierenden der Medizin in Deutschland plötzlich auf "Klinik" umschalten. Beim Wechsel in die klinische Ausbildung werden Kenntnisse, etwa in

¹ Dr. med. M. Perleth, Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

² Dr. J. Collatz, Arbeitsbereich Medizinsoziologie, Abteilung Allgemeinmedizin, MHH

³ Prof. Dr. G. C. Fischer, Abteilung Allgemeinmedizin, MHH

Medizinischer Psychologie, vorausgesetzt, die nun angewandt werden sollen.

Ärztliches Ausbildungsziel, in §1 der Approbationsordnung für Ärzte definiert, ist "auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis- und patientenbezogen" der Erwerb der "grundlegenden medizinischen, fächerübergreifenden und methodischen Kenntnisse, die praktischen Fertigkeiten und psychischen Fähigkeiten, die geistigen und ethischen Grundlagen der Medizin und eine dem einzelnen und der Allgemeinheit verpflichtete ärztliche Einstellung"(1). Damit sind die Vorgaben des Gesetzgebers klar umrissen und die Erwartung der Gesellschaft an die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte sind formuliert. Die Umsetzung wird in die Hände der Universitäten gelegt, der Staat behält sich allerdings eine Überprüfung in Form des dreigeteilten Staatsexamens vor.

Trotzdem leidet die derzeitige deutsche Medizinerbildung unter der Diskrepanz von Ausbildungsziel und tatsächlichem Ausbildungsergebnis. Die siebte Novelle der Approbationsordnung, in die erstmals überhaupt ein Ausbildungsziel aufgenommen wurde, hat diese Diskrepanz nicht aufheben können. Auch die von Uexküll und Wesiack verfaßte "Theorie der Humanmedizin" (20), oder der vom Wissenschaftsrat geforderte "Paradigmenwechsel" (24) in der Medizin wurden bislang nur unzureichend berücksichtigt: mit etwas gutem Willen finden sich Anklänge im eingangs zitierten Ausbildungsziel; einen Niederschlag im Studium finden sie kaum.

Auf der Ebene der Hochschulen fehlen geeignete Evaluationsinstrumente, sowohl im Hinblick auf die studentischen Leistungen wie auch bezogen auf die Qua-

lität der Lehre. Die staatliche Qualitätssicherung, zum weitaus größten Teil in Form von Multiple-Choice-Prüfungen, erfüllt nicht ihren Zweck, erfaßt sie doch hauptsächlich Reproduktionswissen, nicht primärärztliche Kompetenz oder gar "fächerübergreifende und methodische Kenntnisse", sie erfaßt ebenfalls nur unzureichend "praktische Fertigkeiten und psychische Fähigkeiten" (13). Universitäten und Gesetzgeber schieben sich gegenseitig die Verantwortung für diese Misere zu.

Der Vorwurf, das Medizinstudium verlaufe in den Geleisen, die bereits vor über hundert Jahren verlegt wurden, mittlerweile aber eine didaktische Nebenstrecke darstellen, gilt auch für die Ausbildung in ärztlicher Gesprächsführung. Neuere Erkenntnisse der Pädagogik und Didaktik finden bisher kaum Eingang in die Ausbildung in ärztlicher Gesprächsführung.

Der erwähnte Übergang von der vorklinischen in die klinische Ausbildung leidet unter anderem darunter, daß von den in Medizinischer Psychologie und Medizinischer Soziologie erworbenen Kenntnissen, etwa zur Arzt- und Patientenrolle, im klinischen Unterricht kein Gebrauch gemacht wird, sei es aufgrund mangelnder Kenntnis seitens der Dozenten, sei es aufgrund mangelnder Abstimmung mit den vorklinischen Lehrinhalten.

In diesem Beitrag soll die schlechte Ausbildungssituation in der Arzt-Patienten-Interaktion aufgezeigt und ein Vorschlag zur Verbesserung formuliert werden. Im Rahmen eines Projektes der AG-Studienreform und der Abteilung Allgemeinmedizin an der MHH wurden seit 1992 bereits erste Erfahrungen mit diesem Konzept gesammelt (29). Das Konzept wurde mittlerweile weiterentwickelt und die Erfahrungen aus den letzten drei Semestern sollen hier ebenfalls kurz dargestellt werden.

Das Kurskonzept wird als Bestandteil einer weitergehenden Konzeption gesehen, die bereits an anderer Stelle vertieft dargestellt wurde (27). Das Curriculum basiert auf der schrittweisen Einführung realitätsnaher und patientenbezogener Situationen, wie das nachstehende Schema zusammenfaßt.

Schema: Curriculum kommunikative Kompetenz

Inhalt / Form	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5./6. Jahr
		Wahrnehmung, Kommunikationsformen	Allgemeine Anamnese	Spezial-anamnese besondere Situationen	Differentialdiagnose Problem-anamnese
Student ↔ Student	[Diagramm: Ein schattiertes Dreieck, das von links nach rechts über die Spalten hinweg zunimmt]				
Student ↔ Sim.-Patient	[Diagramm: Ein schattiertes Dreieck, das von links nach rechts über die Spalten hinweg zunimmt]				
Student ↔ Patient	[Diagramm: Ein schattiertes Dreieck, das von links nach rechts über die Spalten hinweg zunimmt]				

2 Kritische Betrachtung der Ausbildung in ärztlicher Gesprächsführung

Es ist über zehn Jahre her, daß das Konzept des Sprechens mit Patienten als Diagnose- und Therapiemaßnahme in die medizinteoretische Diskussion eingeführt wurde (20). In einem System hierarchisch angeordneter Ebenen (3) mit jeweils unterschiedlichen Zeichensystemen beschrieben die Autoren physiologische, psychologische und soziologische Vorgänge, die die individuelle Wirklichkeit von Patienten und von Ärzten bestimmten. Folgerichtig müsse die Interpretation dieser Zeichen als Lehrstoff in das Studium der Medizin integriert werden.

Aber auch schon vorher wurde die Bedeutung des ärztlichen Gespräches für die Arzt-Patient-Interaktion erkannt und wurden Ausbildungsmängel definiert. Zu den identifizierten Mängeln gehören demnach, die wirkliche Natur der Beschwerden zu erkennen und die Aussagen des Patienten "auf den Punkt zu bringen". Psychologische, soziale und ökologische Aspekte, deren Bedeutung in Anbetracht des veränderten Morbiditätsspektrums (mehr chronische Krankheiten, mehr ältere Patienten) noch weiter zunimmt, werden vernachlässigt und wichtige verbale und non-verbale Hinweise werden nicht erkannt und gedeutet. Schließlich werden Verhaltensfehler gegenüber den Patienten, wie der Versuch, eine zu starke Kontrolle über diese auszuüben, angeführt. Der Schluß, zu dem Maguire & Rutter kommen, ist ebenso aktuell wie ihre Mängelliste: Daß die herkömmlichen Methoden der klinischen Ausbildung offensichtlich nicht ausreichen, die Studierenden adäquat in ihren Anamnesefähigkeiten zu schulen (10, 26).

Kommunikative und psychosoziale Kompetenz ist ebenso lehr- und lernbar wie Gesprächstechnik und Informationsgewinnung. Diese schlichte Tatsache wird allerdings nicht selten angezweifelt und dem die Behauptung gegenübergestellt, mit den richtigen "menschlichen Qualitäten" stelle sich schon die geforderte Kompetenz ein (11, 17).

Neben diesen beschriebenen Defiziten, die der klinischen Ausbildung angelastet werden können, existiert eine generelle Kritik an der einseitigen Ausrichtung der Schulmedizin am biomedizinischen Modell, das das Krankheitsgeschehen auf Ursache und Wirkung im biologischen System reduziert. Im Abschlußbericht des Murrhardter Kreises zur Reform des Medizinstudiums "Das Arztbild der Zukunft" werden die Wurzeln der Krise der Medizin aufgezeigt. Dazu gehören unter anderem der "objektivierte Zugang zum Patienten" und der "reduktionistische somatische Krankheitsbegriff" aufgrund der naturwissenschaftlichen Ausrichtung der Medizin (16). Für diese Krise können die Universitäten und das Medizinstudium allerdings nur bedingt verantwortlich gemacht werden.

Das curriculare Korrelat zu den beschriebenen Ausbildungsmängeln findet sich im Konzept der Untersuchungskurse. Obwohl diese Form des Unterrichts nirgends vorgeschrieben ist, hat sie sich fast überall durchgesetzt. Das Lehren und Erlernen der Anamnesefähigkeiten findet in den U-Kursen statt. In der Praxis gibt es in der Regel weder eine Supervision noch eine systematische Schulung von Techniken und Inhalten der Anamnese. Der Unterricht ruht auf den Schultern von rudimentär oder gar nicht didaktisch ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten, die zudem im Alltag der hochspezialisierten und -technisierten Universitätskliniken nur einen begrenzten Einblick in die besonderen Aspekte relative seltener Krankheitsbilder meist schwerkranker Patienten bieten können- und das in der Regel unter Zeitdruck. Ein expliziter Kursus für alle Studierenden zum Erlernen und Einüben des ärztlichen Gespräches existiert in Deutschland nicht; nur sehr vereinzelt bestehen zusätzliche Angebote für wenige Studierende.

Im folgenden sollen die Kritikpunkte sachlich geordnet wiedergegeben werden. Es wird dabei deutlich, daß die Ausbildung in ärztlicher Gesprächsführung nicht nur Erhebung der Anamnese bedeutet. Vielmehr verstehen wir darunter eine umfassende Ausbildung in den verschiedenen Formen der Interaktion zwischen Arzt und Patient. Dazu gehören die Aspekte der ärztlichen Konsultation, wie Erläuterung des Befundes, Beratung und Therapievereinbarung; dazu gehört aber auch der Umgang mit problematischen Situationen (Sterbefall, Aufklärung bei Krebskranken, Sexualität, Sucht, chronisch Kranke, Compliance) und mit Angehörigen.

2.1 Erhebung der Krankengeschichte

Habeck unterscheidet die Systematik der Methoden der Erhebung der Anamnese (die Anamnestik) vom Prozeß der Anamnese (die Anamneseerhebung) und dem Ergebnis (die Menge der anamnестischen Daten). Zahlreiche Faktoren, die die Anamneseerhebung beeinflussen sind in der Vergangenheit aus der Perspektive der Kommunikationsforschung identifiziert worden. Diese kann man in patientenseitige und arztseitige Einflußfaktoren sowie in Interaktionsvariablen einteilen. Eine detailreiche Darstellung dieser Aspekte findet sich bei Habeck (31). Viele dieser Erkenntnisse gehen in die modernen Kurskonzeptionen zur Vermittlung kommunikativer Kompetenz explizit oder implizit ein (2, 7, 11, 17, 26). In der internationalen Literatur wird auch auf die im Vergleich zur Gesprächstechnik größere Schwierigkeit hingewiesen, adäquate Informationen von den Patienten zu erhalten (14, 22).

In der Praxis der klinischen Ausbildung wird der Schwerpunkt der Anamneseerhebung häufig nur darauf gelegt, überhaupt die Informationen zu erhalten, die eventuell zur Diagnosestellung verhelfen können. Da die Dozenten den Gesprächen in der Regel nicht beiwohnen, kann eine Rückmeldung nur indirekt über die Menge und Qualität der erhobenen Daten erfolgen. Sachliche Fehler, Ungereimtheiten, versteckte Hinweise

der Patienten und letztlich die Gesamtsituation werden nicht reflektiert. So entsteht bei den Studierenden der Eindruck, das "Drumherum" sei Nebensache, wichtig sei es nur, möglichst schnell die Krankheit zu erraten. Außerdem können sich so Verhaltensweisen verfestigen, die den späteren Umgang mit den Patienten bestimmen, aber eher ungeeignet für eine fruchtbare Arzt-Patienten-Beziehung sind. Dieses fehlende Feedback ist als einer der gravierendsten Mängel in der klinischen Ausbildung überhaupt anzusehen, denn ein detailliertes Feedback hat nachweislich einen sehr guten Lerneffekt (8, 15, 18, 22).

Häufig wird es auch versäumt, die Krankheitskonzepte der Patienten zu erfragen, die bei der Evaluation persönlicher und psychosozialer Faktoren im Sinne einer Verzerrung der Aussagen der Patienten unbedingt berücksichtigt werden sollten (21). Durch diese Nicht-einbeziehung der Patientenperspektive gehen möglicherweise wertvolle Informationen verloren.

Das Krankengut in den Universitätskliniken ist nicht geeignet, als erster Zugang zu Patienten zu dienen. Zum einen werden viele "geeignete" Patienten von den Dozenten wiederholt für den Unterricht ausgewählt und dadurch stark strapaziert. Oft wird das Unterrichtsklima dann durch verständlicherweise genervte oder lustlose Patienten beeinträchtigt. Zum anderen sind Patienten mit komplexen und schweren Krankheitsbildern denkbar ungeeignet und auch gar nicht notwendig, elementare Kenntnisse und Fähigkeiten einzuüben. Das in Universitätskliniken dominierende hochselektierte Krankengut führt zu einer falschen Vorstellung von den häufigen Gesundheitsbeeinträchtigungen. Patienten mit leichteren Gesundheitsstörungen, vor allem aber mit chronischen Krankheiten und Behinderungen und anderen, in der hausärztlichen Praxis auftretenden Problemen werden dann oft nicht mehr ernst genommen.

Neben der fehlenden Supervision findet auch keine Evaluation statt. Der im Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung vorgesehene Block "Umgang mit Patienten", der mit Multiple-Choice-Fragen geprüft wird, kann nicht ernsthaft als valide Evaluation angesehen werden.⁴ Offensichtlich existiert in Deutschland kein Konsens darüber, welches die Standards in der Ausbildung der Anamnesefähigkeiten sind. So blieben bislang Lehrbücher und Lehrstoffkataloge bei Ansätzen zu Vorgaben stehen und die Umsetzung dieser Inhalte in konkrete Lehrangebote wurde weitgehend vernachlässigt.

2.2 Situationsbezogene ärztliche Gespräche

Arzt-Patient-Begegnungen in unterschiedlichen Situationen erfordern unterschiedliche Vorgehensweisen. Die Ausbildung am Krankenbett trägt dem nur zum Teil Rechnung. So lernen die Studierenden zwar verschiedene Abteilungen und die Besonderheiten der jeweiligen Anamnese kennen, mehr als ein Einblick ist aber oft nicht möglich. Außerdem beschränkt sich fast der gesamte Unterricht auf das Krankenhaus. Die eigentlich häufigste Begegnung, die Konsultation in der Praxis des niedergelassenen Arztes, wird vernachlässigt. Gerade hier lassen sich aber am deutlichsten verschiedene Phasen der Konsultation unterscheiden: Prädiagnostische Phase (Orientierung, Erwartungshaltung des Patienten), Diagnosephase (Anamnese und Befund), Information (Aufklärung und Beratung) sowie die Behandlungsplanung. Der ausschließliche Unterricht am Krankenbett berücksichtigt nur die Diagnosephase.

Weitere Defizite bestehen in den Bereichen, die Beratung, Aufklärung und persönliche und familiäre Probleme der Patienten betreffen. Unter Beratung ist sowohl die individuelle Beratung des Patienten zu immer wiederkehrenden Fragestellungen (Umgang mit chronischen Behinderungen, Auswirkungen von Krankheit auf den Alltag und die Arbeitswelt, Impfungen bei Reisen ins Ausland etc.) wie auch Hilfestellung bei Konsultation von Fachärzten und Spezialambulanzen zur weiteren Diagnostik und Therapie und Gesundheitsberatung zu verstehen. Im Medizinstudium kommen die Studierenden mit diesen Aspekten meist nur auf der Basis des Kennenlernens, nicht des Lösens in Berührung, etwa im Kursus Allgemeinmedizin/Familienmedizin.

Analog dazu bleiben den Studierenden die Bedeutung und ethischen Konflikte bei Aufklärungsgesprächen eher fremd, wenn sie nicht in Famulaturen oder bei anderen Gelegenheiten damit zufällig konfrontiert werden. Was kann man einem Krebspatienten mit systemischer Metastasierung an Aufklärung zumuten, welche Rolle spielen die Angehörigen, wie reagiert man selbst in der Rolle des Arztes? Derartige Probleme sind sicherlich nicht pauschal lösbar; die Studierenden werden aber nicht einmal in die Problematik eingeführt, so daß sie meist ohne Vorbereitung, das heißt, ohne eine eigene Position entwickelt zu haben, im Praxisalltag damit umgehen müssen.

⁴ Auch wenn dies gelegentlich suggeriert wird (vgl. Neumann, D.; Voigtmann, K.: Hochschulen im Vergleich. Eine Analyse der schriftlichen Ergebnisse der Ärztlichen Vorprüfung 1984 - 1991. Dtsch. Ärztebl 1995; 92: A 256 - 261).

3 Anamnese-Kurs an der Medizinischen Hochschule Hannover

3.1 Einleitung

Die AG Studienreform an der Medizinischen Hochschule Hannover führte Anfang 1992 das Wochenendseminar "Neues Lehren, Neues Lernen" zur Reformierung des Medizinstudiums durch, an dem Studierende und Hochschulangehörige anderer um eine Studienreform bemühter Hochschulen (Berlin, Witten-Herdecke, Ulm u.a.) und der Medizinischen Hochschule Hannover teilnahmen. Bei dieser Veranstaltung entstand die Idee zur Konzeption und praktischen Durchführung eines besonderen Anamnese-Unterrichts, der die Studierenden auf die tatsächlichen Anforderungen des Arzt-Patienten-Gesprächs vorbereiten sollte (9).

Prinzipiell ist das Kurskonzept an Nordamerikanische und niederländische Vorbilder angelehnt und wurde in ähnlicher Form bereits im sogenannten Münsteraner Modell (einem von der Bund-Länder-Kommission von 1980 - 1985 geförderten Modellversuch zur Integration außeruniversitärer Krankenhäuser in die Lehre) bzw. seinen Vorläufern, umgesetzt (30). Der Anamnesekurs basiert auf der Grundlage eines Konzeptes von kommunikativer Kompetenz, die befähigen soll, auf der interaktiven, formellen und Informationsebene möglichst patientenzentriert diagnostische, therapeutische und beratende Funktionen wahrzunehmen. Zielvorstellung ist ein Unterrichtsangebot, daß einerseits ähnlich den "Anamnese-Gruppen" Anamnesegespräche im Beisein einer studentischen Gruppe beinhaltet, andererseits jedoch vom Inhalt her stärker auf den Austausch von für das ärztliche Handeln notwendigen Informationen hin ausgerichtet wird. Dieser patientenzentrierte Ansatz basiert auf einer gewissenhaften Analyse von Symptomen und Zeichen und versucht ein Verständnis der Gefühle des Patienten zu erreichen, sowie die Bedeutung der Beschwerden auf das tägliche Leben zu erfassen. Zudem wird von vorneherein Wert auf Möglichkeiten zur objektiven Einschätzung der Gesprächsführung gelegt.

Der Aufbau des Kurses resultiert aus lerntheoretischen Überlegungen, wonach hierbei folgende Aspekte besonders lernförderlich angesehen werden:

- Vorgehen vom Einfachen zum Komplizierten
- Lernen in der Gruppe
- Entwicklung der Fähigkeit zur Selbstkorrektur durch Eigenerfahrung und die Korrektur durch die gleichberechtigten Gruppenmitglieder

3.2 Kurs-Konzeption

3.2.1 Rahmenbedingungen

Da das Lehrangebot in ärztlicher Gesprächsführung als unerläßlicher Bestandteil der ärztlichen Ausbildung angesehen wird, wurde von vorneherein auf eine institutionelle Anbindung dieses Angebotes geachtet. Der Kurs fand daher zunächst im Anschluß an einen regulären Pflichtkurs der Abteilung Allgemeinmedizin statt und wurde im Unterrichtsprogramm für Studierende der klinischen Semester als "freiwilliger Fortsetzungskurs" des o.g. Kurses angekündigt.

Mit dieser Anbindung wurde gleichzeitig erreicht, daß für einzelne Termine Patienten der Allgemeinmedizinischen Sprechstunde zur Verfügung standen. Der Kurs fand erstmals in der zweiten Hälfte des Sommersemesters 1992 an insgesamt fünf Terminen à 2 Zeitstunden statt.

3.2.2 Lernziele

Es wurde versucht, die Ausbildungsziele an den aktuellen Anforderungen des Berufsfeldes "Arzt" zu orientieren. Diese mußten in Form entsprechender Lernziele konkretisiert werden, bevor sie letztendlich für die Unterrichtssituation umgesetzt werden konnten. Gegenüber der medizinisch-inhaltlichen Komponente wurde der 'nicht-kognitive' Anteil (Fertigkeiten und Einstellungen) relativ höher gewichtet. Die Lernziele lassen sich in erster Annäherung wie folgt beschreiben:

Inhalt

- vollständige Anamnese (Prädiagnostische Phase, Diagnosephase, Information und Planung [Zusatzuntersuchungen, Therapie, Verlaufskontrolle etc.])
- Spezialanamneseformen (z. B. Berufsanamnese)
- Anamnese unter problematischen Gesprächsbedingungen
- Anamnesegespräch zu mit Tabus belegten Bereichen (Sexualität, Medikamentenmißbrauch)
- Beratungs- und Aufklärungsgespräche (z. B. vor diagnostischen Eingriffen)
- Einbeziehung psychologischer und soziologischer Aspekte

Technik

- Rahmenbedingungen des Gesprächs (geeignete Atmosphäre schaffen)

- Strukturierung des Gespräches
- verständliche Sprache
- Rückmeldung einholen
- Wahrnehmung verbaler/nonverbaler Hinweise des Patienten
- adäquate Reaktion auf Gefühle des Patienten (Empathie)
- Wahrnehmung und Reflexion eigener Gefühle in Bezug auf Patient und Situation
- Dokumentation und geeignete Informationsweitergabe

3.2.3 Kursablauf

In einem schrittweisen Vorgehen wird zu Beginn jeder Sitzung eine Gruppe von maximal 12 Studierenden in ein kommunikationspsychologisches Problem eingeführt. Anhand epidemiologisch häufiger und typischer Problemstellungen wird bei Simulationspatienten eine symptombezogene Anamnese erhoben. Dabei werden auch sukzessive problematische Gesprachsfuhrungsaspekte integriert. Die Anamnese wird auf Video aufgezeichnet. Anschließend findet ein strukturiertes Feedback statt, das freie Kommentare, Videofeedback und ein Rating anhand einer modifizierten Version der Maastricht History-taking and Advice Checklist (MAAS-R2) beinhaltet.

3.2.4 Formen / Didaktik

Bei der Wahl der Vermittlungsform soll zum einen ein enger Bezug zur Berufsrealitat erreicht werden, zum anderen sollen die Studierenden so aktiv wie möglich beteiligt werden. Hiermit kann den Teilnehmenden die Relevanz von Lerninhalten erlebbar gemacht und die Motivation zum Lernen gefördert werden.

Simulationspatienten

Aufgrund der positiven internationalen und eigenen Erfahrungen und den vielfältigen Vorteilen von Rollenspielen werden Simulationspatienten in unserem Kurs favorisiert. Simulationspatienten sind Personen, die nach entsprechender Instruktion Aspekte einer Erkrankung (hier: die Anamnese) simulieren (5, 19). Sie werden seit den 60er Jahren vornehmlich in den USA im Medizinstudium eingesetzt. Daneben wird der Begriff auch für den Einsatz von Personen als simulierte Patienten zur Qualitätssicherung bei niedergelassenen Ärzten verwendet (z. B. Niederlande).

Dieser Zugang bietet verschiedene Vorteile gegenüber "echten" Patienten: Wie generell bei Simulationspatienten wird die Belastung für die echten Patienten reduziert, mehrere Interviewer können den gleichen Patienten anamnestizieren und die Anamnesegespräche können vergleichend evaluiert werden. Insgesamt wird eine besser standardisierte Situation geschaffen, der Einsatz der Simulationspatienten kann vorgeplant werden. Videoaufnahmen sind relativ problemlos möglich. Wenn der Simulationspatient aus den Reihen der teilnehmenden Studierenden bzw. von Studierenden höheren Semesters kommt, ergeben sich zusätzlich die Möglichkeiten, sich selbst einmal in der Rolle des Patienten, einmal in der Rolle des Arztes zu erleben und somit Selbsterfahrungen zu sammeln, die eine verstärkte Reflexion des eigenen Handelns fördern. Simulationspatienten können zusätzlich ein qualifizierteres Feedback geben. Außerdem besteht die Möglichkeit, die praktisch auch in unserem Kurs angewandt wird, lediglich Teile einer Anamnese durchzuführen (30).

Bisher werden sowohl Medizinstudierende wie auch professionelle Schauspieler als Simulationspatienten eingesetzt. Die Instruktion erfolgt anhand einer vorgegebenen Rollenbeschreibung einige Tage vor der Sitzung.

Problembezogene Gesprächssituation

Ein wesentliches Element des Kurses ist die Auswahl von symptombezogenen Patientenproblemen. Nach einer klinischen Einführung in die Problemstellung des jeweiligen Themas und einer theoretischen Einführung in die Anamnesetechnik (z. B. Kommunikationsmodell, Fragetechniken, Interaktion, nonverbale Kommunikation) werden je Sitzung zwei bis drei Anamnesen durchgeführt. In einem Zeitraum von maximal 15 Minuten soll eine symptombezogene Anamnese erhoben werden, in die je nach Problemstellung auch Aspekte der Eigen-, Sozial-, Arbeitsplatz- etc. Anamnese einbezogen werden (z. B. Ernährungsgewohnheiten beim Symptom Durchfall). Diese Situation entspricht der typischen Konsultation im Setting der Primarmedizin.

Der wesentliche Lerneffekt hierbei besteht darin, neben der Schaffung eines verstärkten Bewusstseins für die Morbidität in der Bevölkerung, selbstlimitierende Episoden und Befindensstorungen von schwerwiegenden Erkrankungen bereits durch die Anamnese abzugrenzen. Eine Vor- und Nachbesprechung der jeweiligen Symptome trägt hierzu bei.

Feedback

Die Anamnesegespräche werden in einem dreistufigen Prozeß analysiert.

- Unmittelbare Rückmeldung subjektiver Art ("positives" und "negatives" Feedback durch jeweils einen vorher bestimmten Studierenden; Rückmeldung durch den Simulationspatienten und den Interviewer selbst).

- Maastricht History-taking and Advice Checklist" (MAAS-R2)
- Analyse einer Videoaufzeichnung

Im Vordergrund steht bei diesen Assessmentmethoden weniger die Kenntnisprüfung, sondern viel mehr das Erfassen von Fertigkeiten und Einstellungen. Auf diese Weise soll die Selbsteinschätzung der Studierenden gefördert, eine inhaltliche Rückmeldung gegeben und eine Struktur in den Feedback-Prozess gebracht werden.

Subjektive Rückmeldung: Hierfür wird bereits vor dem Gespräch jeweils ein Studierender für positives und einer für negatives Feedback bestimmt. Im Anschluß an das geführte Gespräch wird in folgender Weise verfahren: Zunächst kommt der

vorher für das positive Feedback bestimmte Teilnehmer zu Wort, dann der für das negative Feedback bestimmte und erst anschließend können auch der "Arzt", der "Patient" und die übrigen Gruppenteilnehmer Feedback geben. Diese Reihenfolge wurde zum gewählt, um zu heftige persönliche Konfrontation zu vermeiden, außerdem wird so das Ansprechen negativer Aspekte erleichtert.

MAAS-R2-Checkliste: Um eine strukturierte und halbstandardisierte Vorgabe zur Bewertung inhaltlicher und technischer Aspekte der Anamnese zu erhalten, hat sich die Maastricht History-taking and Advice Checklist (MAAS-R2) bewährt (22), die in einer übersetzten und adaptierten Version vorliegt.⁵

Tabelle 1: Komponenten der MAAS-R2 (deutsch)

Analytische Items	Globale Items
Charakteristik der Beschwerden	Einführung
Selbsthilfe	Generelle Orientierung
Eigenanamnese	Gründe für die Konsultation
Ätiologie	Erwartungen des Patienten
Soziale-/Familien-/Berufsanamnese	Ankündigungen
	Patientenorientierung
	Zusammenfassungen
	Gefühle und Reaktionen auf Gefühle

Die MAAS-R2 ermöglicht die Bewertung einer gesamten ärztlichen Konsultation nach den Kriterien: "Strukturierung, Systematik und Ausgewogenheit", "Arzt-Patient-Beziehung" und Medizinisch-fachliche Qualität". Die Checkliste wird zu Beginn verteilt und nach der Anamnese oder während der Videoanalyse von den Studierenden ausgefüllt. Um die Reliabilität zu erhöhen, ist es notwendig, bei der Vorbesprechung die Checkliste detailliert zu besprechen.

Videoaufzeichnung: Das Anamnesegespräch wird aufgezeichnet und im Anschluß gemeinsam von der Gruppe angesehen und besprochen. Hierbei wird auf vorher besprochene Sachverhalte rekurriert und eine Bewertung der Arzt-Patient-Interaktion vorgenommen. Das Selbsterfahrungselement für die Studierenden hat sich als besonders wertvoll herausgestellt. Akzeptanzprobleme bestehen bisher nicht.

3.2.5 Inhaltliche Struktur

Eine besondere Schwierigkeit bei der Entwicklung zum klinischen tätigen Arzt ergibt sich aus der Notwendigkeit, im Verlauf einer Anamnese die Informationen des Patienten zu diagnostischen Hypothesen zu verdichten und entsprechend der sich hieraus ergebenden differentialdiagnostischen Überlegungen weiterzufragen.

Da diese Anforderung für das in der Universitätsklinik typischen Patientengut zu einer zu starken Konzentration auf "Kleingedrucktes" im medizinischen Kontext führen kann, werden Probleme ausgewählt, die die epidemiologischen Gegebenheiten im unselektierten Patientengut widerspiegeln. Konstituierendes Element hierbei ist das Setting einer Allgemeinpraxis. Für eine Reihe dieser häufigen Symptome wurden differentialdiagnostische Leitfäden entwickelt (s. Anhang), die den

⁵ Übersetzung durch M.Perleth und Elizabeth Ball.

Teilnehmenden vorher zur Verfügung stehen. Sie sollen über Lücken hinweghelfen, die sonst die Anamneseerhebung blockieren würden.

Die behandelten Probleme entsprechen den häufigsten Beratungsanlässen im unselektierten Patientengut, wie es in der Allgemeinpraxis angetroffen wird. Folgende Themen wurden bisher bearbeitet:

- Husten
- Kopfschmerz
- Durchfall
- Fieber
- Dyspnoe
- Halsschmerzen
- Bauchschmerzen
- Harnwegsinfektion

Da ein umfassendes Anamnesegespräch, das alle Teilkomponenten (u.a. Familienanamnese, Arbeitsplatzanamnese, Medikamente, Ernährung, Körperfunktionen, biographische Aspekte ...) berücksichtigt, erfahrungsgemäß eine halbe bis eine volle Stunde dauert, werden im Kurs Schwerpunkte auf bestimmte Anamnesebausteine gelegt. Wo möglich, werden diese Schwerpunkte "passend" zum Krankheitsbild gewählt (z.B. Ernährungsgewohnheiten bei Durchfallerkrankungen) und

hier eingeübt.

Geplant ist für die Zukunft noch eine stärkere Berücksichtigung von:

- besonderen Anamneseformen, wie Beratungsgesprächen, Aufklärung des Patienten über eine schwerwiegende Erkrankung etc.
- Anamnese bei Migranten
- die Auseinandersetzung mit "schwierigen" Patienten
- komplexe, seltene Problemsituationen

4 Bisherige Erfahrungen

Der Kurs wurde seit 1992 zweimal jährlich (außer 1994) angeboten. Es nahmen jeweils 6 bis 12 Studierende vornehmlich der ersten drei Studienjahre teil. Die Gründe, warum die Studierenden den Kurs wählten reichten von Unzufriedenheit mit der Ausbildung in Anamneseerhebung, Mangel an Gelegenheiten, selbst Erfahrungen in Anamneseerhebung zu sammeln, Unsicherheit im Umgang mit Patienten bis zum Bedürfnis, ein Feedback zu dem eigenen gezeigten Verhalten zu bekommen.

Die Ergebnisse der ersten Bewertungen mit Hilfe des deutschen MAAS-R2 wurden analysiert, um Werte zur Reliabilität der Checkliste zu erhalten. Die Ergebnisse sind in der Tabelle zusammengefaßt.

Tabelle 2: Ergebnisse der ersten Auswertung des MAAS-R2-deutsch (N=14)

Parameter	Durchschnittlicher Score	Spanne	Höchstmöglicher Score	Beobachtete Übereinstimmung (%)	Kappa
Analytische Items	24,6	14 - 33	48	79 - 93	-
Globale Items	21,4	13 - 32	40	38 - 75	-
Summe	46	34 - 60	88	64 - 86	0,02 - 0,67

Wie aus der Tabelle ersichtlich, erreichten die analytischen Scores erwartungsgemäß höhere Werte und stimmten auch besser zwischen den Bewertern überein. Die niedrigeren Werte der globalen Items zeigen, daß Studierende weniger Probleme mit dem medizinischen Inhalt von Fragen haben, als mit der Art der Fragestellung.

Die beobachtete Übereinstimmung war definiert als Prozentsatz der Items, die von mindestens zwei Bewertern übereinstimmend bewertet wurden. Die Gesamtzahl der Items beträgt 22 (14 analytische und 8 globale). Die beobachtete Übereinstimmung wurde um die zufällige Übereinstimmung korrigiert, was Kappa-Werte zwischen 0,02 und 0,67 ergab. Die große Schwankungsbreite ist durch die kleine Fallzahl zu erklären.

5 Schlußfolgerungen

An theoretischen Modellen (vgl. z. B. 31) und Konzepten zur Vermittlung kommunikativer Kompetenz mangelt es nicht, wohl aber an deren praktischer Umsetzung im Kontext einer gerade die grundlegenden ärztlichen

Kompetenzen vernachlässigenden Approbationsordnung.

Unser Kurskonzept scheint den ersten Erfahrungen gemäß prinzipiell geeignet zu sein, kommunikative Kompetenz für vorklinische Studierende und Studierende im Ersten Klinischen Abschnitt zu vermitteln. Der Kurs mit seinen einzelnen Elementen hat sich als durchführbar erwiesen. Die Akzeptanz des Kurses ist in der Regel sehr gut. Im gegenwärtigen Curriculum erscheint es durchaus plausibel, daß falsche Verhaltensweisen in der Kommunikation mit Patienten durch einen derartigen Kurs erfolgreich verhindert werden könnten. Ebenso wird dem verzerrten Bild der Morbiditätsstruktur durch das hochselektierte Krankengut in der Universitätsklinik durch die Konzentration auf häufige Symptome und Krankheiten entgegengewirkt.

Die modifizierte Version des MAAS-R2 kann als wertvolle Hilfe bei der Selbst- und Fremdeinschätzung der Anamnesefähigkeiten sowie bei der Schulung der Einschätzung der kommunikativen Kompetenz eingeschätzt werden.

Literatur

1. Approbationsordnung (ApprO) für Ärzte in der Fassung vom 21. 12. 1989. BGBl, Teil 1, Nr. 62: 2549 - 2559
2. Betchart, N. S.; Anderson, D. G.; Thompson, T. L.; Mumford, E. A tutorial approach to improving medical student's interviewing skills. *J Med Educ* 1984; 59: 431 - 433
3. Engel, G. L. The biopsychosocial model and medical education. *N Eng J Med* 1982; 306: 802 - 805
4. Göbel, E.; Remstedt, S. (Hrsg.). Leitfaden zur Studienreform für Medizinstudierende. Frankfurt 1991
5. Habeck, D. Simulationspatienten. *Med Ausb* 1984; 1: 11 - 18
6. Helfer, R.; Hess, J. Experimental model for making objective measurements of interviewing skills. *J Clin Psychol* 1970; 26: 327 - 331
7. Hutter, M. J.; Dungey, C. I.; Zakus, G. E.; Moore, V. J.; Ott, J. E.; Favret, A. C. Interviewing skills: a comprehensive approach to teaching and evaluation. *J Med Educ* 1977; 52: 328 - 333
8. Kirby, R. L. Running commentary recorded simultaneously to enhance videotape as an aid to learning interviewing skills. *Med Educ* 1983; 17: 28 - 30
9. Körner, T. Wochenendseminar zur Medizinstudienreform in Hannover. *Z Med Psych* 1992; 3: 101 - 102
10. Maguire, G. P.; Rutter, D. R. History taking for medical students. I. Deficiencies in performance. *Lancet* II 1976: 556 - 558
11. Maguire, P. Can communication skills be taught? *Br J Hosp Med* 1990; 43: 215 - 216
12. Pabst, R. Was wurde aus den Reformideen? 25 Jahre Ausbildung von Medizinstudenten an der Medizinischen Hochschule Hannover. *Dtsch. Ärztebl.* 1990; 87: 2691
13. Perleth, M. Zur Frage der Einschätzung klinischer Kompetenz im Medizinstudium - ein Beitrag zur Diskussion um die Einführung der Multiple-Choice-Prüfung. *hochschule ost* 1994; 3: 51 - 58
14. Preven, D. W.; Kachur, E. K.; Kupfer, R. B.; Waters, J. A. Interviewing skills of first-year medical students. *J Med Educ* 1986; 61: 842 - 844
15. Pritchard, D. A. Students, Patients, and Videotapes. *Med J Aust* 1991; 155: 389, 392 - 393
16. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt, Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. Abschlußbericht des Murhardter Kreises. In: Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Nr. 26, Bleicher Verlag 1995³
17. Schüffel, W. (Hrsg.). Sprechen mit Kranken. Erfahrungen studentischer Anamnesegruppen, München - Wien - Baltimore 1983
18. Stillman, P. L.; Burpeau, Di Gregorio M. Y.; Nicholson, G. I.; Sabers, D. L.; Stillman, A. E. Six years of experience using patient instructors to teach interviewing skills. *J Med Educ* 1983; 58: 941 - 946
19. Stillman, P.; Swanson, D.; Regan, M. B.; Philbin, M. M.; Nelson, V.; Ebert, T.; Ley, B.; Parrino, T.; Shorey, J.; Stillman, A. Assessment of clinical skills of residents utilizing standardized patients. A follow-up study and recommendations for application. *Ann Intern Med.* 1991; 114: 393 - 401
20. Uexküll, T. von; Wesiack, W. Theorie der Humanmedizin, München-Wien-Baltimore 1988
21. Uexküll, T. von (Hrsg.). Psychosomatische Medizin, München-Wien-Baltimore 1990⁴
22. Van-Thiel, J.; Kraan, H. F.; Van-Der-Vleuten, C. P. Reliability and feasibility of measuring medical interviewing skills: the revised Maastricht History-Taking and Advice Checklist. *Med Educ* 1991; 25: 224 - 229
23. Verordnung über die Kapazitätsermittlung zur Vergabe von Studienplätzen (Kapazitätsverordnung - KapVO). Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt, Jg. 44, Nr. 26, Juli 1990
24. Wissenschaftsrat (Hrsg.). Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums, Bremen 3. 7. 1992
25. World Conference on Medical Education of the World Federation for Medical Education: The Edinburgh Declaration, formuliert am 12. August 1988. *Lancet* 1988, II (8606): 464
26. Wright, A. D.; Green, I. D.; Fleetwood-Walker, P. M.; Bishop, J. M.; Wishart, E. H.; Swire, H. Patterns of acquisition of interview skills by medical students. *Lancet* 1980; 2 (8201): 964 - 966
27. Altenschmidt, A.; Perleth, M. Defizite in der Ausbildung zur ärztlichen Gesprächsführung und ein Vorschlag zur Verbesserung. In: Carl Gustav Carus Stiftung (Hrsg.) Was heißt es, Arzt/Ärztin im bio-psycho-sozialen Betreuungskonzept zu sein? Zürich: Carl Gustav Carus Stiftung, 1995: 275 - 301
28. Weihs, K.; Chapados, J. T. Interviewing skills training - a study. *Soc Sci Med* 1986; 23: 31 - 34
29. Schug, S.; Perleth, M.; Altenschmidt, A.; Hartmann, C.; Hecke, F. Training skills for general practice/family medicine in German undergraduate education - history taking, diagnostic reasoning and advice with simulated patients. European General Practice Research Workshop. Leuven, 1992
30. Habeck, D.; Breucker, G.; Paetz, K. Zusammenfassende Darstellung des Münsteraner Modellversuches und Schlußfolgerungen. *Medizinische Ausbildung* 1986; 3: 41 - 58
31. Habeck, D. Systematische Aspekte der Anamnese und Anamnese. *Med. Welt* 1977; 28: 8 - 22

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Matthias Perleth
Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin
Medizinische Hochschule Hannover
OE 5410
30623 Hannover
Tel.: 0511-532-4451
Fax: 0511-532-5347
E-Mail: PERLETH@EPI.MH-HANNOVER.DE