

## »Patientenzentrierte Medizin« in der Ausbildung

### 1. Einleitung

Patientenzentriertes ärztliches Vorgehen führt nachgewiesenermaßen zu besseren Behandlungsergebnissen (Klemperer 2005). Brown definiert das patientenzentrierte Vorgehen als eine sechs Komponenten umfassende klinische Methode (Brown et al. 2001). Wesentliche Elemente sind dabei die Berücksichtigung der subjektiven Erlebniswelt des Patienten, seines bio-psycho-sozialen Kontextes und die Einbindung des Patienten in einen gemeinsamen Entscheidungsprozess unter besonderer Berücksichtigung seiner salutogenen Ressourcen. Dieser Therapieansatz setzt auf der ärztlichen Seite eine reflektierte professionelle Haltung auf der Basis von Akzeptanz und Wertschätzung des Patienten voraus. Gleichzeitig ist von Seiten des Patienten die zumindest grundsätzliche Bereitschaft notwendig, an dem Prozess seiner Gesundwerdung oder Gesunderhaltung aktiv mitzuarbeiten. Das traditionelle, paternalistisch geprägte Arzt-Patient-Verhältnis kann diesen Anforderungen nur sehr begrenzt gerecht werden.

Während in der nationalen und internationalen Öffentlichkeit das paternalistische Modell zunehmend kritisch diskutiert und die Mitentscheidung von Seiten der Patienten auch auf politischer Ebene gefordert wird, haben entsprechende Lehrinhalte an deutschen Universitäten bisher kaum Niederschlag in der studentischen Ausbildung gefunden. Für den notwendigen universitären Umdenkprozess kommt den bisher existierenden Reformstudiengängen Medizin und der Verabschiedung der neuen Approbationsordnung (AppOÄ 2002) Schrittmacher-Funktion zu. Als Beispiel werden hier entsprechende Lehrangebote aus dem Reform- und Regelstudiengang der Charité vorgestellt.

### 2. Theoretische Modelle

In der Realität und aus Tradition spielt das paternalistische Modell in der Arzt-Patienten-Beziehung die weitaus größte Rolle. Der Arzt hat dabei als »Wissender« in einer immer komplexeren Medizin die Führung des »unwissenden« Patienten zu übernehmen. Auf dieser Grundla-

ge gibt er dem Patienten zu dessen Wohle entsprechende Anweisungen. Je nachdem, ob er sie befolgt, wird der Patient als »compliant« oder »non-compliant« bezeichnet. Dieses Modell korreliert sehr eng mit einer ausschließlich naturwissenschaftlich ausgerichteten, technisierten und zunehmend spezialisierten Medizin, die sich der menschlichen Seite des Patienten weitgehend entfremdet hat.

Das Unbehagen über diese Situation formuliert Engel bereits 1977 (Engel 1977). Er beschreibt ein »Bio-psycho-soziales Modell«, um darauf zu verweisen, dass Diagnostik und Therapie nicht nur auf einer ausschließlich naturwissenschaftlichen Basis betrieben werden können. Vielmehr sollte der Patient durch die Berücksichtigung seiner vielfältigen Dimensionen in seiner Gesamtheit am therapeutischen Prozess beteiligt sein.

1989 veröffentlichten Stewart und Roter das »Disease-Illness-Modell«. Dabei werden die Begriffe »Disease« und »Illness« einander gegenübergestellt. »Disease« entspricht der naturwissenschaftlich definierten Krankheit und der dazugehörigen ärztlichen Vorstellungswelt. »Illness« dagegen ist Ausdruck des individuell und subjektiv erlebten »Krankseins« samt den damit verbundenen Bildern, Ideen, Ängsten und Wünschen des Patienten. Sie postulieren, dass diese beiden Seiten durch einen gemeinsamen Verständigungsprozess in Einklang zu bringen seien.

Aaron Antonovsky (1993, 1997) konzipiert das »Modell der Salutogenese« als Gegenstück zur Pathogenese, die üblicherweise den Algorithmus des ärztlichen Vorgehens diktiert. Gesundheit wird von ihm nicht als Zustand verstanden, der durch die Abwesenheit von Krankheit gekennzeichnet ist. Vielmehr sieht er darin den aktiven Prozess der Gesundwerdung und Gesunderhaltung basierend auf dem Gefühl zu verstehen und verstanden zu werden (comprehensibility), dem Gefühl handlungsfähig zu sein (manageability) und dem Gefühl von Sinnhaftigkeit (meaningfulness). Auch dieses Modell impliziert innerhalb des therapeutischen Prozesses einen Austausch zwischen Arzt und Patient über seine subjektive Erlebniswelt. Gleichzeitig werden Patienten zu aktiven Partnern bei der Gesundheitsbildung bzw. Gesunderhaltung.

Dass Patienten diesen aktiven Part auch übernehmen und bei Entscheidungen einbezogen sein möchten, zeigt eine weitere Untersuchung (Strull et al. 1984). Diese Ergebnisse wurden durch uns einige Jahre später in einem anderen Kontext bestätigt (Schwantes et al. 1997). In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass zunächst im anglo-amerikanischen Raum, und in den letzten Jahren auch in Deutschland, die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Patient und Arzt beforscht und diskutiert wird.

Entsprechende Forschungsprojekte zu den Themen »shared decision making« (SDM) oder »Partizipative Entscheidungsfindung« (PEF) wurden und werden durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) gefördert. SDM bzw. PEF ist dadurch definiert, dass zwei Personen – Patient und Arzt – entscheiden, beide am Prozess der Entscheidungsfindung aktiv beteiligt sind, sich beide gegenseitig informieren und beide der Behandlungsentscheidung zustimmen und diese aktiv umsetzen (Charles et al. 1997).

So begrüßenswert es ist, dass die »vernachlässigte andere Hälfte in der Beratung« (Elwyn et al. 2003) zunehmend einbezogen wird, sind dabei auch Grenzen und potentielle Nachteile zu erwägen. Der Wissensvorsprung des Arztes und die rasanten Weiterentwicklungen im Bereich der naturwissenschaftlichen Medizin werden die Mitentscheidung von Patienten in vielen Bereichen begrenzen. Es könnte sogar dazu führen, dass Patienten besonders in unklaren oder kritischen Situationen die Entscheidung und damit ein großes Stück Verantwortung übernehmen müssen, während sie bei im medizinischen Sinne eindeutigen Entscheidungen wenig einbezogen werden. Dies ist beispielsweise zu erwarten, wenn sich Entscheidungen auf Leitlinien stützen, die »evidenzbasiert« entwickelt wurden.

Das Konzept der 2001 von Brown beschriebenen »patientenzentrierten klinischen Methode« integriert viele Aspekte der oben aufgeführten Modelle und wird dem geänderten Anforderungsprofil in der medizinischen Versorgung gerecht. Wesentliche Bereiche der Medizin, die neuerdings wieder stärker in den Blick geraten wie Gesundheitsförderung, Prävention, Betreuung chronisch kranker, multimorbider und geriatrischer Patienten, verlangen ein ganzheitliches Vorgehen auf der Basis einer tragfähigen Patient-Arzt-Beziehung. Dabei gilt es, die vielfältigen Ressourcen des Patienten (wieder) zu entdecken und zu aktivieren, ebenso wie die Entwicklung eines neuen gesundheitsorientierten Lebensstils zu unterstützen. Liegen Einschränkungen vor, die durch medizinische Maßnahmen nicht beseitigt werden können, müssen Wege gefunden werden, die helfen, den alltäglichen Umgang erträglicher zu gestalten. Zukünftig wird es verstärkt – auch aus ökonomischen Gründen – darum gehen, dass »gesundheitsfördernde Ärzte« mit »eigenverantwortlichen Patienten« umgehen können.

Diese Anforderungen werden in den sechs Komponenten der patientenzentrierten klinischen Methode nach Brown abgebildet:

1. Die Exploration der Vorstellungen und Konzepte des Patienten von Krankheit und Gesundheit.
2. Die Integration dieser Konzepte zum Verständnis der ganzen Person und des soziokulturellen Kontextes.

3. Das Finden einer gemeinsamen Grundlage für Patient und Arzt bezüglich des weiteren Vorgehens. Dies umfasst im Besonderen die gemeinsame Definition des Problems und des Behandlungsziels sowie die Festlegung, wer welche Rolle dabei übernimmt.

4. Prävention und Gesundheitsförderung.

5. Das Pflegen und Verbessern der Patient-Arzt-Beziehung als Basis einer kontinuierlichen Zusammenarbeit.

6. Der realistische Umgang mit Zeit und der erforderlichen emotionalen und physischen Energie.

Die praktische Umsetzung dieser Methode erfordert vom Arzt neben dem notwendigen theoretischen Wissen auch praktische Fertigkeiten, Selbstreflexion und eine von Akzeptanz und Wertschätzung des Patienten geprägte innere Einstellung. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, entsprechende Qualifizierungsmöglichkeiten in der Aus-, Weiter- und Fortbildung anzubieten.

### 3. Die patientenzentrierte Medizin in der Ausbildung

Schon Engel hat sein »bio-psycho-soziales Modell« 1977 als neue Herausforderung für die Ausbildung formuliert. Es geht eben darum, die wachsenden Kenntnisse um die Krankheiten nicht weiterhin mit einer Ignorierung des Kranken zu verbinden (Canguilhem 1978). Ein Studium, das im vorklinischen Abschnitt zunächst die naturwissenschaftlichen Grundlagen lehrt, und im klinischen Abschnitt auf die theoretischen Inhalte der Pathologie und Pathogenese die Kenntnisse von Krankheiten aufbaut, lässt wenig Platz für die Patienten mit ihren unwägbaren Anforderungen, die weit über das rein Medizinische hinausgehen. Der Kontakt zum Patienten bleibt auf einige Praktika beschränkt. Bei den von den Studierenden selbst zu organisierenden Famulaturen nehmen diese in der hierarchischen Struktur der Krankenhäuser meistens, gemessen an den anderen in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzten, eine Schlusslichtposition ein. Dies ändert sich in der Regel auch im Praktischen Jahr, dem letzten Studienabschnitt, nicht wesentlich. Hinzu kommt das »hidden curriculum«, der »unterschwellige« Lehrplan, der das ärztliche Handeln als auf das Erkennen und Behandeln von Krankheit begrenzt erscheinen lässt. Übungen zum Umgang mit Patienten, Training in Gesprächsführung, die Reflexion der eigenen menschlichen Betroffenheit werden als sogenannte »soft skills« eher abgewertet und finden, wenn überhaupt, meist fakultativ statt.

Engels Überlegungen, bereits in der Ausbildung den Grundstein zur ganzheitlichen Herangehensweise zu legen, wurden dennoch aufgegriffen.

Die Ergebnisse der Diskussion in Deutschland dürften ihren Niederschlag in der neuen Approbationsordnung für Ärzte gefunden haben. Im Paragraphen 1 wird formuliert: »Ziel der ärztlichen Ausbildung ist der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist.« Weiter heißt es: »Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind.« Die Form des Unterrichts wird detailliert festgelegt. Es wird großer Wert auf kleine Gruppen und eine praxisnahe Ausbildung gelegt. Unterricht am Krankenbett in einer Gruppenstärke von drei Studierenden und Blockpraktika in den fünf großen Fächern Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie und Gynäkologie sollen den Kontakt zu den Patienten sichern. Wieweit die Vorgaben in die jeweiligen Studienordnungen umgesetzt werden, muss abgewartet werden.

Die Vermittlung eines patientenzentrierten Vorgehens dürfte weder für die meisten Fakultäten selbstverständlich sein, noch allein durch die Anpassung an die neuen vorgegebenen Unterrichtsformen erreicht werden.

#### 4. *Die Situation an deutschen Hochschulen*

Im Jahr 2002 bei der feierlichen Verabschiedung des vorangegangenen Jahrgangs von der Charité, zu dem weit über 500 Studienabgänger der Medizin eingeladen waren, hielt ein junger Arzt damals noch im Status der Teilapprobation als AiP eine für unser Thema bemerkenswerte Rede. Er sprach davon, dass er – wie viele in seinem Jahrgang – Medizin studiert hatte, weil er neben dem fachlichen Wissen und Können vor allem an der Begegnung mit Menschen, den Patienten, interessiert war. In den ersten vier Semestern bis zum Physikum, trug er vor, lernten sie alles über die naturwissenschaftlichen Grundlagen. Patienten sahen sie keine. Es sei versprochen worden, das folge im klinischen Abschnitt des Studiums. In den klinischen Semestern wurden zunächst wieder die theoretischen Grundlagen der klinischen Fächer vermittelt. Patienten würden sie in der Famulatur sehen, habe es geheißen. In der Famulatur sei man dann der letzte in einer langen Schlange gewesen – ohne Kontakt zum Patienten. Das habe sich bis zum Ende des Studiums fortgesetzt. Jetzt als junger Assistent sei er täglich mit Patienten zusammen, und auf diese Begegnung sei er schlecht vorbereitet.

Eine 2003 in Leipzig durchgeführte Untersuchung (Jungbauer et al. 2003) bestätigt das hier Vorgetragene. In einer rückblickenden Bewertung des

Medizinstudiums wurde von Berufsanfängern das Folgende als am wichtigsten betrachtet: *Allgemeine ärztliche Kompetenz* (Grundlagenwissen, Praktische Fähigkeiten, interdisziplinäre Denkweise), *soziale Kompetenz* (Psychosoziale Kompetenz, Umgang mit Patienten, Kommunikation), *Arbeitsorganisation* (Teamwork, Organisationsfähigkeit, Durchsetzungsfähigkeit, konzentriertes Arbeiten). In Bezug auf die Fachkompetenz fühlen sich die Studienabgänger gut vorbereitet. Im Hinblick auf die wirklichen Erfordernisse im Berufsleben werden jedoch große Mängel beklagt. Als die eklatantesten Ausbildungsdefizite werden in absteigender Reihenfolge beschrieben: praktische Fähigkeiten, Umgang mit Patienten, psychosoziale Kompetenz, Kommunikationsfähigkeit, Teamwork, interdisziplinäre Denkweise, Organisationsfähigkeit. 37,9% glaubten auf den Klinikalltag gut bis sehr gut vorbereitet seien, 38,5% mittel und 23,6% schlecht bis sehr schlecht.

In einer eigenen Befragung unter Studierenden an zwölf Medizinischen Fakultäten in Deutschland (Schildmann/Kampmann/Schwantes 2004), die sich explizit auf kommunikative Fähigkeiten bezog, konnten wir feststellen, dass unter den befragten Fakultäten nur an zweien obligate Kurse dieses Inhaltes angeboten wurden. Es waren Witten-Herdecke und die Charité, also die beiden Fakultäten, an denen ein reformierter Studiengang eingerichtet war. An der Charité war zum Zeitpunkt der Befragung ein Kurs in Ärztlicher Gesprächsführung auch für den Regelstudiengang implementiert worden. Bezogen auf alle befragten Studierenden wurde die praktische Ausbildung in Kommunikation als unterdurchschnittlich angegeben, auch im Hinblick auf die fakultativen Angebote. Die eigenen Fähigkeiten wurden entsprechend niedrig bewertet, insbesondere bei speziellen Themen wie Sexualanamnese oder dem Überbringen einer schlechten Nachricht.

##### 5. Die Kurse »Interaktion« und »Ärztliche Gesprächsführung« an der Charité

Die Ausbildung prägt die professionelle Haltung, und diese entscheidet wiederum darüber, welcher Umgang mit dem Patienten gewählt wird. Ist die patientenzentrierte Herangehensweise ein Ausbildungsziel, muss sie auch vermittelt werden. Im Folgenden soll am Beispiel zweier Lehrveranstaltungen an der Charité beschrieben werden, wie in der Ausbildung entsprechende Fähigkeiten trainiert werden.

Eine Besonderheit der Charité ist seit 1999 die Koexistenz eines Reformstudiengangs mit 63 Studierenden pro Jahrgang und eines Regelstudiengangs mit zukünftig 300 Studierenden pro Semester. Im Reform-

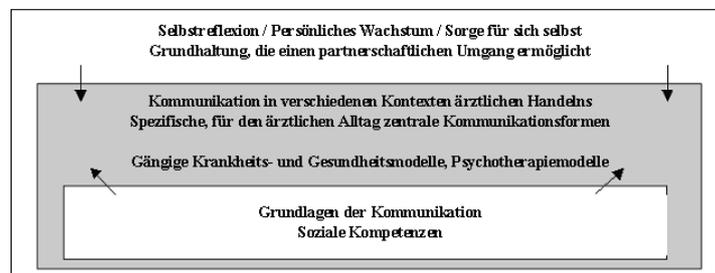
studiengang wird nach einem eigenen Curriculum unterrichtet, das durch hohe Praxisbezogenheit, Lernen in Kleingruppen, Aufhebung der Grenzen zwischen Vorklinik und Klinik und Interdisziplinarität gekennzeichnet ist. Vom ersten Semester an wird nach dem Prinzip des »Problemorientierten Lernens« (POL) unterrichtet, d.h. es findet von Beginn an eine Mischung aus theoretischem, praktischem und fallbezogenem Unterricht statt. Ab dem zweiten Semester nehmen die Studierenden an einem Praxispraktikum teil, das obligat einmal wöchentlich in einer Praxis der Primärversorgung in einem eins-zu-eins Lehrer-Schüler-Verhältnis durchgeführt wird. Im Folgenden soll die Lehrveranstaltung »Interaktion« des Reformstudienganges dargestellt werden, in der die Ausbildung in Kommunikation und Interaktion erfolgt. Elemente daraus wurden sehr früh in den Regelstudiengang transferiert. Seit 2001 wird dort, ebenfalls obligat für alle Studierenden, ein Kurs in ärztlicher Gesprächsführung durchgeführt, über dessen Inhalte hier ebenfalls berichtet werden soll.

#### *A. »Interaktion« im Reformstudiengang an der Charité*

Interaktion findet als Pflichtveranstaltung mit zwei Semesterwochenstunden während des gesamten Studiums statt. In Kleingruppen mit je sieben Studierenden, geleitet von Ärztinnen/Ärzten oder Psychologinnen/Psychologen werden Grundlagen der Kommunikation vermittelt, sowie soziale Kompetenzen und vielfältige Situationen aus dem professionellen Kontext eingeübt. Es erfolgt eine Auseinandersetzung mit den gängigen Psychotherapie-, Gesundheits- und Krankheitsmodellen. Großer Wert wird auf Wechsel der Perspektiven gelegt; Situationen sollen aus der Sicht des Arztes und des Patienten wahrgenommen werden. Es soll eine Grundhaltung für partnerschaftlichen Umgang vermittelt werden, sowohl mit Patienten wie auch mit Kolleginnen und Kollegen oder anderen Mitarbeitern im Gesundheitssystem. Die Reflexion der eigenen Person, die persönliche Entwicklung und Sorge für sich erhält ebenfalls einen angemessenen Rahmen (vgl. Abb. 1). Methoden des Unterrichts sind neben Diskussion, Gruppenarbeit und Rollenspielen vor allem das Gesprächstraining mit Simulationspatienten. Simulationspatienten sind Schauspieler oder begabte Laien, die ausgehend von einem realen Fall, die Rolle eines Patienten spielen. Das Training der Rolle umfasst die Darstellung der krankheitsbezogenen Symptome ebenso wie des lebensgeschichtlichen Hintergrundes. Darüber hinaus sind die Simulationspatienten darin geschult, den Studierenden ein angemessenes Feedback zu dem jeweiligen Gespräch oder der Untersuchung zu geben. Über

diese Übungen hinaus haben die Studierenden im Laufe der Semester Kontakte zu realen Patienten, Angehörigen von Selbsthilfegruppen und anderen Berufsgruppen. Der Inhalt passt sich in den Rahmen der jeweiligen Semester ein, d.h. die ausgewählten Rollen der Simulationspatienten stimmen mit den thematischen Inhalten des laufenden Curriculums weitgehend überein (vgl. Terzioglu et al. 2003).

Abb.1: Theoretisches Modell für die Lehrveranstaltung Interaktion (nach Terzioglu et al. 2003)



*B. »Ärztliche Gesprächsführung« im Regelstudiengang an der Charité*

Ausgehend von den Erfahrungen im Reformstudiengang richtete die Arbeitsgruppe Schwantes, Kampmann, Schlünder im Jahr 2001 unter der nachdrücklichen Förderung der damaligen Studiendekanin Ingrid Reisinger einen obligaten Gesprächsführungskurs auch für die Studierenden des Regelstudiengangs ein (Kampmann et al. 2001). Nach unserem Wissensstand wurde damit zum ersten Mal innerhalb eines Regelstudiengangs an einer deutschen medizinischen Fakultät der Unterricht in kommunikativer Kompetenz als eigenständiger scheinpflichtiger Kurs implementiert. Komprimiert auf das erste klinische Semester wurde ergänzend zum Untersuchungskurs damals für ca. 240 Studierende ein Konzept entwickelt, bei dem in Kleingruppen zu max. 10 Studierenden in 20 Unterrichtsstunden die grundlegenden Gesprächskompetenzen vermittelt wurden. Auch hier lag der Schwerpunkt neben der erforderlichen Gruppenarbeit auf Übungen mit Simulationspatienten. Gegen Ende des Kurses führten die Studierenden dann Gespräche mit realen Patienten, die entweder von Stationen oder aus hausärztlichen Praxen rekrutiert wurden.

Ziel der Gespräche mit Simulations- oder realen Patienten war es nicht, möglichst rasch zu einer fundierten Diagnose zu gelangen, sondern den Patienten in seinem Anliegen und aus seinem Lebenskontext

heraus zu verstehen. Grundlegend wurden zunächst Kenntnisse und praktische Fertigkeiten zur Kommunikation vermittelt. Feedbackregeln, Übungen zu dem Modell von F. Schulz von Thun (1989) und zur nonverbalen Kommunikation bereiteten das Gespräch mit den Simulationspatienten vor. Bei dem Training wurde besonderer Wert auf die Entwicklung eines emotionalen Verständnisses (Empathie) und auf die Reflexion der eigenen Gefühle im Umgang mit dem Patienten gelegt.

Beispielsweise wurde im Training eine einfach zu verstehende Patientensituation in emotional unterschiedlicher Einfärbung dargeboten. Zwei verschiedene Simulationspatienten haben nacheinander mal in einer depressiven (hilflosen) und mal in einer selbstwertgestörten (aggressiven) Ausprägung ihr Anliegen vorgetragen. Sie wünschten wegen starker Kopfschmerzen eine Arbeitsunfähigkeitbescheinigung. Überraschend und nachhaltig beeindruckend für die Studierenden war, dass trotz der unmittelbaren Aufeinanderfolge bei identischer Faktenlage die Entscheidungen der »Studenten-Ärzte« oft gegensätzlich ausfielen. Gefühle beim »Arzt«, durch den Patienten ausgelöst, wurden so als starker Einflussfaktor bei der Entscheidungsfindung aufgedeckt.

Erweitert wurden diese Erfahrungen mit Übungen zur Wertschätzung des Patienten. Damit soll neben einem möglichst umfassenden Verständnis des Patienten (Faktensammlung in Anamnese und Untersuchung) Offenheit und Aufmerksamkeit für die Ressourcen des Patienten gebahnt werden. So sollen individuelle Lösungen im Abgleich mit den medizinischen Optionen ermöglicht werden (Cabié/Isebaert 1997; Isebaert 2004).

Dahinter steht die Überlegung, dass patientenzentrierte Medizin im umfassenden Sinne nur möglich ist, wenn eine bestimmte innere Haltung bei den Beteiligten vorhanden ist. Basis ist auf ärztlicher Seite die Akzeptanz des Patienten, die nicht an irgendwelche Bedingungen geknüpft ist. Durch eine professionelle Gesprächsführung soll gegenseitiges Verständnis entwickelt und gesichert werden. So wie der Arzt Informationen zu den medizinischen Konzepten gibt, so teilt auch der Patient seine dauerhaften oder aktuellen Bedingtheiten mit. Bei der Aufklärung des Patienten über die nächsten notwendigen Schritte sollte der Arzt umgekehrt Informationen über die Bedürfnisse und Erwartungen des Patienten aufnehmen. Grundlage für diesen Kommunikationsstil ist dabei die gegenseitige Wertschätzung. So wie der Patient Vertrauen in den Arzt hat, muss dieser dem Patienten zutrauen, sich an der Entscheidung beteiligen zu können und dafür die Verantwortung mit zu tragen.

Die Lehrveranstaltung »Ärztliche Gesprächsführung« hat neben der Vermittlung der erforderlichen Kenntnisse und kommunikativen Fertigkeiten

die Entwicklung einer adäquaten professionellen Haltung bei den zukünftigen Ärzten und Ärztinnen zum Ziel.

Eine Methode verdient dabei besondere Hervorhebung. Die Auswertung und die gemeinsame Diskussion eines Übungsgesprächs laufen idealerweise »ritualisiert« ab. Die nicht involvierten Teilnehmer erhalten Beobachtungsaufgaben zu den wahrgenommenen Emotionen, zu den nonverbalen Äußerungen und zu den Momenten, an denen sich entscheidende Änderungen im Gespräch ergeben haben. Die Akteure selbst – jeder Studierende ist wenigstens einmal in der aktiven Rolle – üben Selbst-Feedback, indem sie zunächst ihr eigenes Handeln reflektieren. Anschließend werden sie aufgefordert, sich in die Position des Patienten zu begeben, konkret seinen Platz und seine Sitzhaltung einzunehmen und seine Situation zu reflektieren. In einem dritten Schritt bewertet der »Arzt« die abgelaufene Situation aus einer Metaposition in der Betrachtung dessen, wie beide miteinander agieren konnten (Handrock 1999). Ergänzt werden Selbstwahrnehmung und Selbst-Feedback durch ein Feedback der Simulationspatienten, die für diese Aufgabe eigens geschult werden. Der konsequent geübte Wechsel der Perspektive fördert das Einfühlungsvermögen in die Lage des Patienten und die Fähigkeit, professionell das Geschehen beurteilen zu können. Unabdingbar im Ablauf der Unterrichtsveranstaltung ist der beispielhafte Umgang der Gruppenleiter mit den Studierenden, der sich durch Wertschätzung, Zutrauen in die sich entwickelnden Fähigkeiten des Lernenden und ressourcenförderndes Feedback auszeichnen sollte.

Der Kurs erfährt durch die Studierenden eine ausgesprochen zustimmende Beurteilung. Inzwischen ist er nach Einführung einer neuen Studienordnung auf Grundlage der neuen Approbationsordnung für Ärzte (AppOÄ 2002) Teil des »Interdisziplinären Untersuchungskurses«, der wiederum vom Institut für Allgemeinmedizin der Charité organisiert wird. Mit geringfügig reduzierter Stundenzahl wird er inhaltlich unverändert weiter geführt und ist durch die explizite Benennung in der Studienordnung der Charité abgesichert. Ergänzt wird der Kurs »Ärztliche Gesprächsführung« durch eine spezielle Übung im »Überbringen schlechter Nachrichten«, obligat für alle Studierenden am Ende des Studiums. Auch die Gestaltung dieses Kurses obliegt dem Institut für Allgemeinmedizin. Abgerundet wird das Konzept durch das einwöchige Blockpraktikum Allgemeinmedizin, das die Studierenden bei einem niedergelassenen Allgemeinarzt oder -ärztin absolvieren. In der Praxis haben sie dann ausreichende Möglichkeiten, Kontakte zu Patienten außerhalb der Sonderbedingungen eines stationären Aufenthaltes zu erleben.

## 6. Die Entwicklung an deutschen Medizinischen Fakultäten

Zur Überprüfung der aktuellen Situation an den deutschen medizinischen Fakultäten konnten wir uns eines Surrogat-Parameters bedienen, dem Einsatz von Simulationspatienten. Diese gelten international und auch national als unverzichtbar, wenn es um das effektive Training in kommunikativen Fähigkeiten geht.

Simulationspatienten haben verschiedene Vorteile. Sie können in ihrem Auftreten weitgehend »standardisiert« werden, sie lassen sich auf ein geplantes Ausbildungsziel hin trainieren. Die von ihnen eingeübte Rolle ist bei Bedarf abrufbar und kann in unterschiedlichen »Arzt«-Begegnungen immer wieder »gespielt« werden. Besondere Bedeutung kommt den strukturierten Feedbacks zu, die die Studierenden von den Simulationspatienten nach dem Gespräch erhalten. Schließlich lassen sich Simulationspatienten auch in praktischen Prüfungen, den sogenannten OSCEs (Objectif Structured Clinical Examinations), einsetzen. Weiterhin sind Simulationspatienten bei Wiederholungen der Gespräche belastbarer als reale Patienten. Die Rollen der Simulationspatienten fußen auf realen Patientengeschichten, die ein wenig für den jeweiligen Simulationspatienten modifiziert werden. Sie lassen sich hinsichtlich der emotionalen Situation variieren. Der psychosoziale Hintergrund, der allerdings erst nach entsprechenden Nachfragen preisgegeben wird, wird dabei genauso eingeübt wie die medizinischen Fakten des Falles. Gerade um neues Verhalten einzuüben, sind Simulationspatienten besonders geeignet, da reale Patienten nach unseren Erfahrungen meistens durch längere Patienten-Karrieren im hergebrachten System die vermuteten Erwartungen des Arztes antizipieren. In der Regel stellen sie sich auf ein paternalistisches, störungszentriertes Modell ein.

Wenn man unterstellt, dass an Fakultäten, die Kommunikationstraining regelhaft durchführen, der Einsatz von Simulationspatienten erforderlich ist, kann man erfragen, inwieweit diese für die Ausbildung eingesetzt werden. In einem Survey, der aus dem Reformstudiengang der Charité heraus durchgeführt wurde (Fröhmel 2004), wurden alle medizinischen Fakultäten nach dem Einsatz von Simulationspatienten befragt. 31 von 36 haben geantwortet; das entspricht 86%. An einem Drittel der Fakultäten werden bereits Simulationspatienten eingesetzt, dreimal bereits seit 2000. Etwa ein weiteres Drittel plant deren Einsatz in naher Zukunft. Allerdings ist die Umsetzung an den meisten Universitäten noch sehr unterschiedlich. Erst in neun Fakultäten werden sie tatsächlich in Kursen wie »Ärztliche Gesprächsführung« eingesetzt. Meistens erfolgt deren Einsatz für das Training der Anamneseerhebung. Simulationspatienten

spielen bei körperlichen Untersuchungen im Gegensatz zu amerikanischen Universitäten hierzulande so gut wie keine Rolle. Ähnliches gilt auch für die Prüfungen. Bislang stellen die Simulationspatienten an keiner deutschen Fakultät sogenannte Teaching associates oder Teaching assistants. Diese Variante meint, dass Simulationspatienten nach entsprechender Qualifikation eigenständig (und ohne Überwachung) Studierende ausbilden und diese sogar innerhalb eines komplexeren Bewertungssystems hinsichtlich ihrer Fähigkeiten im Umgang mit Patienten beurteilen.

Nach unserer Erfahrung werden die Gesprächsführungskurse von den Lehrenden meist sehr positiv erlebt. Dazu tragen der Unterricht in kleinen Gruppen, das meist große Interesse der Studierenden an dem Thema und die Simulationspatienten bei. Deren Einsatz wird meist als sehr gewinnbringende didaktische Methode erlebt. Die gute Lehrerfahrung nimmt auch Einfluss auf die Haltung der Lehrenden selbst und leistet dadurch einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zur Fakultätsentwicklung. Gleichzeitig werden an den Fakultäten die Förderung kommunikativer Kompetenzen bei den Studierenden und der Einsatz neuer Lehrmethoden, wie z.B. der von Simulationspatienten, oft kontrovers diskutiert. Die Zahl der Fakultäten, die sich an diesen neuen Lehrangeboten beteiligen, ist noch klein. Es bleibt daher abzuwarten, in wie weit die neue Approbationsordnung dahingehend umgesetzt wird, dass nicht nur die Lehrstrukturen sondern auch die Lehrinhalte verändert werden.

### *7. Zusammenfassung*

Der medizinische Versorgungsauftrag insbesondere im primärärztlichen Bereich verschiebt sich zunehmend. Die Betreuung chronisch kranker und/oder geriatrischer Patienten nimmt einen immer breiteren Raum ein. Ebenso wird die hohe Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung erkannt. Um solchen Anforderungen gerecht werden zu können, ist eine auf den Patienten »zugeschneiderte« Medizin gefordert. Sie sollte sich an den individuellen Gegebenheiten des einzelnen Patienten orientieren und ihn zur langfristigen Zusammenarbeit motivieren. Diese Anforderungen erfüllt im besonderem Maße die »Patientenzentrierte Medizin«. Ihre Herangehensweise integriert die subjektiven Krankheits- und Gesundheitskonzepte des Patienten, berücksichtigt dessen bio-psycho-soziale Dimensionen, bindet ihn in die Entscheidung mit ein, orientiert sich an der Gesundheitsförderung und basiert auf einem gut funktionierenden Patient-Arzt-Verhältnis. Sie fördert die Reflexion des eigenen ärztlichen Selbstverständnisses und beruht auf

einer akzeptierenden und wertschätzenden Grundhaltung im Umgang mit Patienten.

Der Kompetenzerwerb, um nach dieser Methode arbeiten zu können, wird jedoch in der Ausbildung, wie auch in der Weiter- und Fortbildung kaum angeboten. Die dargestellten Beispiele von Kommunikations-/ Interaktionsunterricht zeigen, dass derartige Lehrangebote realisierbar sind und von den Studierenden gut angenommen werden. Daher ist auch im Hinblick auf die Forderung der neuen Approbationsordnung nach einer patientenbezogenen Ausbildung an den Universitäten die feste curriculare Einbindung von Gesprächsführungskursen in das Medizinstudium zu fordern. Darüber hinaus sollten sie obligate Bestandteile in der Weiter- und Fortbildung sein.

Korrespondenzadresse:

Dr. Margareta Kampmann  
 Prof. Dr. Ulrich Schwantes  
 Institut für Allgemeinmedizin  
 Charité-Mitte, Universitätsmedizin Berlin  
 Schumannstraße 20-21  
 10117 Berlin

### *Literatur*

- Antonovsky, A. (1993): The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med.*, 36, 6:725-33
- Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit*, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen: dgvt
- AppOÄ (2002): Approbationsordnung für Ärzte; Bundesgesetzblatt I Nr. 44 v. 3. Juli 2002. Bonn
- Brown, J.B.; Steward, M.; Ryan, B.L. (2001): *Assessing communication between Patients and physicians: the measure of patient-centered communication*, London: Centre for studies in family medicine (working paper series 95-2, 2nd edition)
- Cabié, M.C.; Isebaert, L. (1997): *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Paris: Erès
- Canguilhem, G. (1978): *On the Normal and the Pathological*. Dordrecht: Reidel. Originally published as *Le Normal et le Pathologique* (1966). Paris: Presse Universitaires de France
- Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1994): *Shared decision making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes two to tango)*, Centre for Health Economics and Policy Analysis Working Paper and Policy Commentary Series 94-18. McMaster University
- Elwyn, G.; Edwards, A.; Kinnersey, P. (2003): *Shared decision making in der Grundversorgung. Die vernachlässigte zweite Hälfte in der Beratung*. In: Scheibler, F.; Pfaff, H. (Hrsg.): *Shared decision making*. Weinheim: Juventa, 55-68

- Emmanuel, E.J.; Emmanuel, L.L. (1992): Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 267: 221-226
- Engel, G.L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129-36
- Engel, G.L. (1978): The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Ann NY Acad Sci.*, 310: 169-87
- Fröhmel, A. (i. V.): Survey zum Einsatz von Simulationspatienten an deutschen medizinischen Fakultäten
- Handrock, A. (1999): Sprache und Verständlichkeit. Berlin: Quintessenz-Verlags-GmbH
- Isebaert, L. (2004): Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie. Stuttgart: Thieme-Verlag
- Jungbauer, J.; Alfermann, D.; Kamenik, C.; Brähler, E. (2003): Vermittlung psychosozialer Kompetenzen mangelhaft. Ergebnisse einer Befragung ehemaliger Medizinstudierender an sieben deutschen Universitäten, *PPmP*, 07
- Kampmann, M.; Schlünder, M.; Schwantes, U. (2001): Die ärztliche Gesprächsführung – ein neuer obligater Unterricht an der Charité. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 77 (Kongress-Abstracts): 4-5
- Klemperer, D. (2003): Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen – Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Berlin
- Levenstein, J.H.; Brown J.B.; Weston, W.W.; Stewart, M.; McCracken, E.C.; McWhinney, I. (1989): Patient-centered clinical interviewing. In: M. Stewart; D. Roter (Eds.): *Communicating with Medical Patients*. London: Sage Publications, 107-120
- Strull, W.M.; Lo, B.; Charles, G. (1984): Do patients want to participate in medical decision making? *JAMA* 252, 21: 2990-4
- Scheibler, F. (2004): Shared Decision-Making. *Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung*. Bern: Verlag Hans Huber
- Scheibler, F.; Schwantes, U.; Kampmann, M.; Pfaff, H. (2005): Shared decision making. *Gesundheit – Gesellschaft und Wissenschaft* 5, 1: 23-31
- Schildmann, J., Kampmann, M.; Schwantes, U. (2004): Unterricht in Anamnese und kommunikativen Fähigkeiten: eine Befragung von Studierenden an 12 Fakultäten, *Z. Ärztl. Fortbildung und Qualitätssicherung* 98, 4: 287-92
- Schwantes, U., Dechering, S; Helmich, P. (1997): Wünsche und Vorstellungen alter Menschen im Zusammenhang mit ihrem Lebensende; *Z. Allg. Med.* 73; Abstract-Band
- Schulz von Thun, F. (1989): *Miteinander reden*. 3 Bände. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch
- Stewart, M.; Roter, D. (Hg.) (1989) *Communicating with Medical Patients*. London: Sage Publications
- Terzioglu, P; Jonitz, B.; Schwantes, U; Burger, W. (2003): Kommunikative und soziale Kompetenzen: Vermittlung muss im Medizinstudium beginnen. *Deutsches Ärzteblatt* 100, 36: S. A-2277/B-1897/C-1797