

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophie (Dr. phil.)
des Fachbereichs Erziehungswissenschaften
der Philipps-Universität Marburg

**Schulung kommunikativer Fähigkeiten als integrativer
Bestandteil der universitären Ausbildung von
Medizinstudierenden**

Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines neuen
didaktischen Konzeptes am Beispiel eines Kurses
zur ärztlichen Gesprächsführung

vorgelegt von
Monika Sennekamp
aus Köln

Gutachter:

Erstgutachterin: Prof. Dr. Heike Schnoor

Zweitgutachter: Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, MPH
Institut für Allgemeinmedizin der
Goethe Universität Frankfurt am Main

Marburg an der Lahn im November 2015

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Problemkreis und Relevanz des Themas.....	1
1.2	Zielsetzungen und Fragestellungen	6
2	Grundlagen und theoretische Einbettung	9
2.1	Schulung kommunikativer Fähigkeiten in der medizinischen Ausbildung	9
2.2	Konzeptionelle Grundlagen.....	12
2.3	Lerntheoretische Grundlagen.....	15
2.4	Hochschuldidaktische Grundlagen.....	19
2.4.1	Allgemeines.....	19
2.4.2	Lernziele	24
2.4.3	Methodische Gestaltung	27
2.4.4	Qualifizierung der Lehrenden	28
2.4.5	Evaluation.....	30
3	Entwicklung und Implementierung eines neuen Kurskonzeptes	35
3.1	Vorgehensweise.....	35
3.2	Analyse des Bedarfs	38
3.2.1	Entwicklung eines Fragebogens zur Befragung der Zielgruppe	38
3.2.2	Ergebnisse der Bedarfsanalyse	43
3.3	Analyse der bestehenden Rahmenbedingungen	53
3.4	Schlussfolgerungen aus den Analysen.....	57
3.5	Das neue Kurskonzept.....	58
3.5.1	Erforderliche Änderungen der Rahmenbedingungen	58
3.5.2	Lernziele und Inhalte	60
3.5.3	Methodische Gestaltung.....	65
3.5.4	Unterrichtsmaterialien.....	67

3.5.5	Qualifizierung der Lehrenden	69
3.5.6	Einführung ins Curriculum	73
4	Evaluation des neuen Kurses	75
4.1	Übersicht über den Evaluationsprozess	75
4.2	Verwendete Evaluationsinstrumente	78
4.3	Evaluation und Evaluationsergebnisse der einzelnen Kursmodule	83
4.3.1	Evaluation der einzelnen Kursmodule durch Studierende	83
4.3.2	Ergebnisse der Evaluation einzelner Kursmodule durch Studierende	84
4.3.3	Evaluation der einzelnen Kursmodule durch Dozenten	92
4.3.4	Ergebnisse der Evaluation einzelner Kursmodule durch Dozenten	93
4.4	Abschlussevaluationen und Evaluationsergebnisse des Kurses	101
4.4.1	Abschlussevaluationsbögen für Studierende	101
4.4.2	Ergebnisse der selbstentwickelten Abschlussevaluation durch Studierende	103
4.4.3	Ergebnisse der Abschlussevaluation des Fachbereichs Medizin durch Studierende	114
4.4.4	Qualitative Befragung der Dozenten	116
4.4.5	Abschlussevaluationen für Dozenten	116
4.4.6	Ergebnisse der Abschlussevaluation durch Dozenten	117
4.5	Evaluation und Ergebnisse der Dozentenschulungen	124
4.5.1	Evaluationsbogen für die Dozentenschulung	124
4.5.2	Evaluationsergebnisse der Dozentenschulungen	126
5	Überprüfung der Wirksamkeit des neuen Konzeptes	136
5.1	Vorgehensweise	136
5.2	Erreichen der Lernziele im Vergleich mit dem alten Kurs	136
5.3	Selbsteinschätzungen der Studierenden zu verschiedenen Aspekten vor und nach dem Kurs	138
5.4	Überprüfung der kommunikativen Fähigkeiten der Studierenden	142
5.4.1	Durchführung praktischer Prüfungen	142
5.4.2	Vergleich von Selbst- und Fremdeinschätzungen	147

6	Optimierung des Kurskonzeptes	149
6.1	Vorbemerkung	149
6.2	Anamnesegespräche	149
6.3	Struktur der Module	150
6.4	Kursinhalte der einzelnen Module	152
6.5	Kursmaterialien	156
7	Einflussfaktoren auf den Kurs	157
7.1	Dozenten	157
7.2	Einflussfaktoren auf die Selbsteinschätzung und den Lernzuwachs der Studierenden	159
8	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	169
9	Fazit und Ausblick	183
	Abbildungsverzeichnis	187
	Tabellenverzeichnis	193
	Literaturverzeichnis	195
	Anhang	205

1 Einleitung

1.1 Problemkreis und Relevanz des Themas

Seit Jahren findet eine öffentliche Diskussion über die Qualität der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten statt. So schreibt beispielsweise DER SPIEGEL (2011) in einem Artikel mit dem Titel „Sprachlos in der Sprechstunde“:

„Viele Ärzte versagen in der Kunst des Heilens – sie hören den Kranken nicht zu. Die schlechte Kommunikation und der Trend zum Spezialistentum führen zu falschen Diagnosen und sinnlosen Behandlungen. Schulmediziner müssen lernen, wieder den ganzen Menschen zu sehen.“

Das Problem liegt häufig schon im Erstgespräch des Arztes¹ mit dem Patienten begründet, wie der Artikel „Patientengespräche: Ärzte richten immer wieder seelische Schäden an“, deutlich macht:

„Ärzte hören Patienten kaum noch richtig zu – die Folgen sind verheerend: Ursache der meisten Fehlbehandlungen ist das erste Gespräch zwischen dem Kranken und dem Mediziner.“ (SPIEGEL ONLINE WISSENSCHAFT 2011).

Auch im wissenschaftlichen Bereich befassen sich inzwischen zahlreiche Studien mit diesem Thema. Mehrere Übersichtsarbeiten zeigen, dass Patienten mit dem Kommunikationsverhalten ihrer Ärzte und der Qualität der Arzt-Patient Gespräche unzufrieden sind (KURTZ et al. 2006, SIMPSON et al. 1991, BUDDENBERG & ABEL 2004). In einer europäischen Vergleichsstudie, in der Patienten die kommunikativen Kompetenzen ihrer Ärzte bewerten, belegt Deutschland den vorletzten Platz (COULTER & JENKINSON 2005). Dies wird auch durch andere Studienergebnisse bestätigt. Schon nach elf bis 24 Sekunden unterbrechen Ärzte ihre Patienten (WILM et al. 2004) und die Dauer eines Arzt-Patientengesprächs liegt in Deutschland im Durchschnitt bei acht bis neun Minuten. Im europäischen Vergleich werden damit in Deutschland die kürzesten Arzt-Patientengespräche geführt. Auffällig sind

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird ausschliesslich die männliche Form verwendet. Damit sind aber immer sowohl männliche als auch weibliche Personen gemeint.

im Vergleich zu den Nachbarländern eine geringere Patientenorientierung und eine deutlich stärkere Gewichtung medizinischer Aspekte. Außerdem sind die Arbeitsbelastung und Arbeitsunzufriedenheit der Ärzte in Deutschland im Vergleich am höchsten. (BARMER GEK 2010, BAHRS 2003, DEVEUGELE 2002, KOCH et al. 2011). Pro Jahr hat ein Hausarzt in Deutschland im Schnitt 10.000 Patientenkontakte. Somit behandelt er durchschnittlich 250 Patienten pro Woche, also etwa 50 Patienten pro Tag. Damit liegt Deutschland international an erster Stelle. Im Vergleich dazu behandeln beispielsweise die Hausärzte in Schweden im Durchschnitt nur 50 Patienten pro Woche und damit 10 Patienten am Tag. (KOCH et al. 2011). Ärzte mit schlechten kommunikativen Fähigkeiten weisen häufiger Burn-out-Symptome auf als ihre Kollegen, die sich in diesem Bereich kompetenter fühlen (KURTZ et al. 2006). In seinem Berufsleben führt ein Arzt ca. 200.000 Anamnesegespräche. Studien haben gezeigt, dass drei von vier Diagnosen allein durch ein gutes Anamnesegespräch richtig gestellt werden können und Ärzte mit einer hohen Gesprächsführungskompetenz in ihrem Beruf zufriedener sind. (KURTZ et al. 2006, MAGUIRE & PITCEATHLY 2002). Dies wirkt sich nicht zuletzt auch auf ökonomische Aspekte aus: Zufriedene Patienten werden seltener mehrere Ärzte für ihre Erkrankung aufsuchen und die Adhärenz des Patienten – darunter versteht man, inwiefern das Verhalten des Patienten mit den gemeinsam mit dem Arzt vereinbarten Empfehlungen übereinstimmt – wird größer. In einer Meta-Analyse wurde der Zusammenhang zwischen ärztlicher Gesprächsführung und der Adhärenz von Patienten untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass die ärztliche Gesprächsführung signifikant mit der Adhärenz korreliert: So besteht ein 19% höheres Risiko von Nicht-Adhärenz bei den Patienten, deren Ärzte ein schlechtes Kommunikationsverhalten zeigten. (HASKARD-ZOLNIEREK & DIMATTEO 2009).

Gute ärztliche Gesprächsführung gehört also zu den Kernkompetenzen eines jeden Arztes und ist in seinem Berufsalltag von hoher Bedeutung. Schon die Medizinstudierenden weisen diesem Thema eine hohe Priorität zu: In einer Studie von JUNGBAUER et al. (2003) priorisieren die befragten Medizinabsolventen die soziale Kompetenz im Umgang mit Patienten als Voraussetzung für die Berufsausübung vor den praktischen ärztlichen Fähigkeiten. Gleichzeitig beschreiben sie in diesem Bereich das eklatanteste Ausbildungsdefizit. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass Ärzte in Kommunikation und Gesprächsführung ausgebildet werden müssen. Dies wird auch gesellschaftspolitisch von verschiedenen Seiten

gefordert. So schreibt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten von 2001 im Abschnitt 1.1 „Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten“:

„In der Ausbildung für die ärztliche Gesprächsführung wurden wiederholt Ausbildungsmängel identifiziert. Zu diesen Mängeln gehört die Fähigkeit, die wirkliche Natur der Beschwerden zu erkennen und die Aussagen des Patienten ‚auf den Punkt zu bringen‘.“ (SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN 2001).

Der Sachverständigenrat empfiehlt weiterhin, psychosoziale Basiskompetenzen vermehrt in das Medizinstudium zu integrieren und den Medizinstudierenden besonders durch Feedbacks von erfahrenen Lehrenden die Möglichkeit zu geben, ihre Arztpersönlichkeit zu entwickeln:

„Bereits im Studium müssen angehende Ärzte systematisch den Einsatz ihrer eigenen persönlichkeitsprägenden Ressourcen als kommunikatives Medium erlernen. Zur Herausbildung ihrer jeweiligen Arztpersönlichkeit benötigen sie ein Feedback über ihre Wirkung auf den Kranken.“ (SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN 2001).

Auch die Approbationsordnung für Ärzte der Bundesrepublik Deutschland von 2002 sieht die Vermittlung kommunikativer und sozialer Kompetenzen in der Ausbildung zukünftiger Ärzte ausdrücklich vor. In der neuesten Änderung der Ärztlichen Approbationsordnung wird die Ausbildung der Medizinstudierenden in ärztlicher Gesprächsführung explizit hervorgehoben:

„Ziel der ärztlichen Ausbildung ist der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist. (...) Die Ausbildung soll auch Gesichtspunkte ärztlicher Gesprächsführung (...) beinhalten.“ (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2002).

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland hat in ihrem „Vorschlag für ein Kerncurriculum für die medizinische Ausbildung“ dieses Defizit aufgenommen, indem

sie zwei der neun Kompetenzbereiche speziell den kommunikativen und sozialen Kompetenzen zuordnet (BVMD 2006).

Die Ausbildung von Medizinstudierenden im Bereich der ärztlichen Gesprächsführung muss also deutschlandweit fest in den Curricula der medizinischen Fakultäten verankert werden. Dazu muss jedoch auch im Bereich der Hochschullehre ein Wandel stattfinden. Wenn die wachsenden Anforderungen von Gesellschaft, Wissenschaft, Wirtschaft und Kultur erfüllt werden sollen, werden eine gute Qualität der Lehre und eine neuartige Lehrkultur an deutschen Hochschulen in Zukunft eine entscheidende Rolle spielen. Die aktuelle Diskussion über die „gute Lehre“, die seit fast 20 Jahren in Deutschland, Europa und den USA verstärkt geführt wird, spiegelt dieses Verständnis von Hochschullehre wider. In Deutschland haben sich der Wissenschaftsrat (WR), die Kultusministerkonferenz (KMK) und die Hochschulrektorenkonferenz (HRK) immer wieder mit Faktoren guter Lehre und der „Qualität der Lehre“ befasst, (WISSENSCHAFTSRAT 2008, KULTUSMINISTERKONFERENZ 2005, BERENDT 2006). Der Wissenschaftsrat zeigt mit seinen 2008 herausgegebenen „Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Lehre und Studium“ Wege auf, welche die Qualität von Lehre und Studium verbessern sollen. An Universitäten und Hochschulen soll eine „Lehrkultur“ etabliert werden, welche die Leistungen in der Lehre anerkennt und auszeichnet. Diese Lehrkultur soll sich unter anderem durch Veranstaltungsformen auszeichnen, welche Lehr- und Lernsituationen schaffen, die das aktive Lernen der Studierenden unterstützen und sowohl fachliche als auch überfachliche Kompetenzen beinhalten:

„Die Studierenden in ihrem Lernen bestmöglich zu unterstützen, steht im Mittelpunkt aller Anstrengungen der Lehrenden und der Hochschulen in Studium und Lehre. Lehrende sollten selbstorganisiertes Lernen fördern und die Studienprozesse auf die Aneignung von fachlichen sowie überfachlichen Kompetenzen ausrichten. Eigeninitiative und Eigenverantwortung der Studierenden sollten gleichermaßen gefördert und eingefordert werden. Ein solches Rollenverständnis von Lehrenden und Lernenden ist zu flankieren mit Veranstaltungsformen, die förderliche Lehr- und Lernsituationen schaffen und das aktive Lernen unterstützen“ (WISSENSCHAFTSRAT 2008).

Die Qualität der Hochschullehre hängt wesentlich von der Lehrkompetenz der Hochschullehrer im fachlichen und didaktischen Bereich ab und wird von den Rahmenbedingungen vor Ort geprägt. Die didaktischen Kompetenzen der Hochschullehrer werden jedoch häufig als defizitär eingestuft. Daher sollen die Lehrenden in ihrer Lehrkompetenz professionell ausgebildet werden:

„Es gibt weiterhin einen Mangel an Angeboten zur Vermittlung von Lehrkompetenz. Die Fähigkeit, zu lehren und Studierende zum Lernen anzuregen, wird im deutschen Hochschulsystem nur unzureichend sowie wenig systematisch vermittelt und gelernt. Dadurch entsteht ein Kontrast: Während die Forschung an Universitäten hoch professionalisiert ist, trifft dies für die Lehre vielfach nicht zu. Hochschullehrer aller Hochschularten sind als Lehrende weitgehend Autodidakten“ (WISSENSCHAFTSRAT 2008).

Auch in dem von der Kultusministerkonferenz herausgegebenen Bericht zur „Qualitätssicherung in der Lehre“ wird die Förderung der Lehrkompetenz betont. So heißt es beispielsweise, dass sicherzustellen ist, dass die Lehrkompetenz ein wesentliches nachzuweisendes Kriterium im Rahmen von Berufungsverfahren darstellt:

„In allen Ländern ist die pädagogische Eignung bzw. hochschuldidaktische Kompetenz hochschulrechtliche Voraussetzung für die Einstellung als Professor/in. Bei der Überprüfung und Neufestlegung von Berufungszusagen können Leistungen in der Lehre berücksichtigt werden.“ (KULTUSMINISTERKONFERENZ 2005).

Im medizinischen Bereich fehlen jedoch Konzepte in der studentischen Ausbildung, die auf pädagogischen Überlegungen und Grundsätzen basieren und die wissenschaftliche Erkenntnisse in Bezug auf das Lehren und Lernen Erwachsener beinhalten. Dies hängt sicherlich auch mit den Rahmenbedingungen der Hochschullehre an medizinischen Fakultäten zusammen, welche häufig mit besonderen Schwierigkeiten verbunden sind: Die Lehrenden sind einerseits als Dozenten für den studentischen Unterricht zuständig. Gleichzeitig sind sie aber auch als Ärzte für die Patientenversorgung verantwortlich und somit in den Alltag auf ihren Stationen eingebunden. Kollidieren diese beiden Bereiche zeitlich oder personell miteinander, hat die Patientenversorgung Vorrang. Mit der vorliegenden Arbeit soll dieses Spannungsfeld verringert werden, indem ein Konzept

entwickelt, implementiert und evaluiert wird, das auf pädagogischen Überlegungen basiert und mit möglichst geringem Aufwand von den Dozenten in der studentischen Lehre umgesetzt werden kann.

1.2 Zielsetzungen und Fragestellungen

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, ein didaktisch innovatives Konzept im Bereich der Schulung kommunikativer Fähigkeiten zu entwickeln, welches als integrativer Bestandteil in das Medizinstudium implementiert werden kann. Das neue Konzept soll eine für alle Studierenden einheitliche, fundierte Basisausbildung in ärztlicher Gesprächsführung und Anamneseerhebung beinhalten. Wie dieses Konzept in der Praxis implementiert werden kann, soll exemplarisch an der Neugestaltung eines Kurses zur ärztlichen Gesprächsführung an der Goethe Universität in Frankfurt am Main gezeigt werden. Um den Erfolg bzw. mögliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung identifizieren zu können, soll das Konzept longitudinal über mehrere Jahre hinweg durchgeführt und evaluiert werden. Auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse sollen in einem weiteren Schritt erste Optimierungen vorgenommen werden. Weiterhin soll überprüft werden, ob sich die kommunikativen Fähigkeiten der Medizinstudierenden durch die Teilnahme an dem Kurs tatsächlich verbessern. Dies soll sowohl durch Selbsteinschätzungen der Studierenden als auch durch objektive Fremdeinschätzungen untersucht werden. Um die Relevanz des Themas aus Sicht der Ärzte und Studierenden beurteilen zu können, sollen beide Zielgruppen während der gesamten Studiendauer schriftlich zu diesem Aspekt befragt werden.

Aus diesen Zielsetzungen ergeben sich folgende konkrete, grundsätzliche Fragestellungen bezogen auf das neue Konzept:

- Wie kann ein innovatives Konzept zur Schulung kommunikativer Fähigkeiten von Medizinstudierenden auf der Grundlage hochschuldidaktischer Grundsätze und unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen vor Ort entwickelt werden?
- Wie kann ein solches Konzept erfolgreich in ein bestehendes Curriculum implementiert werden?
- Wie lässt sich eine gute Qualität in der Durchführung des Konzeptes erreichen und sicherstellen?

Der Erfolg des Konzeptes soll durch die Selbsteinschätzung der Studierenden in Bezug auf ihre kommunikativen Fähigkeiten vor bzw. nach dem Kurs überprüft werden.

Die Objektivität der Selbsteinschätzungen der Studierenden soll durch folgende Fragen geklärt werden:

- Inwieweit sind die Selbsteinschätzungen der Studierenden in Bezug auf ihre kommunikativen Fähigkeiten mit objektiven Fremdeinschätzungen vergleichbar, d.h. inwieweit spiegeln die Selbsteinschätzungen von Studierenden als „robustes“ Maß tatsächlich deren Kompetenz wider?
- Welcher Zeitpunkt ist am besten geeignet, um Studierende ihre kommunikativen Kompetenzen möglichst objektiv selbst einschätzen zu lassen?

Als Grundlage für weitere Forschungen in diesem Bereich wird außerdem den Fragen nachgegangen, für wie relevant Ärzte und Medizinstudierende die ärztliche Gesprächsführung für ihren (späteren) Beruf halten und in wieweit weitere Faktoren (Alter, Geschlecht, Vorerfahrungen im medizinischen Bereich, vorherige Ausbildung) einen Einfluss auf die Selbsteinschätzungen der Studierenden in Bezug auf ihre kommunikativen Fähigkeiten haben.

2 Grundlagen und theoretische Einbettung

2.1 Schulung kommunikativer Fähigkeiten in der medizinischen Ausbildung

Zu Beginn dieser Studie stellte sich zunächst die Frage, ob es möglich ist, Medizinstudierende im Bereich ihrer kommunikativen Fähigkeiten zu schulen und ob sie dadurch im ärztlichen Alltag besser kommunizieren können. Es zeigte sich, dass in zahlreichen Studien bereits nachgewiesen werden konnte, dass die Fähigkeit gut zu kommunizieren erlernt werden kann. (ROTER & HALL 1989, MAGUIRE 1990, ROTHER et al. 1995, EVANS et al. 1996, LANGEWITZ et al. 1998, ASPEGREN 1999, MAGUIRE & PITCEATHLY 2002, YEDIDIA et al. 2003, HOBMA et al. 2006, KURTZ et al. 2006, SILVERMAN 2009, HASKARD-ZOLNIEREK & DIMATTEO 2009). So schreibt beispielsweise ASPEGREN (1999) in seinem Review:

„There is overwhelming evidence for a positive effect of communication skills training. Randomized studies have shown that medical students (...) can and do learn different communication skills by training.“

In einem zweiten Schritt wurde überlegt, welche Inhalte ein Kurs beinhalten muss, in dem Basisfertigkeiten der ärztlichen Gesprächsführung und Anamneseerhebung erarbeitet werden sollen. Die Inhalte des Medizinstudiums werden in Deutschland in erster Linie durch die Ärztliche Approbationsordnung bestimmt. Das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) – eine zentrale Einrichtung der Länder – unterstützt die Landesprüfungsämter bei der Durchführung der bundeseinheitlichen schriftlichen Prüfungen im Sinne der Approbationsordnung für Ärzte. Das IMPP ist unter anderem für die Erstellung der Prüfungsaufgaben verantwortlich. Zum Prüfungsstoff für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (nach dem vierten Semester) heißt es in der ärztlichen Approbationsordnung dazu:

„(...) Die Prüfungen schließen Aspekte ein, die die Verknüpfung dieses Grundlagenwissens mit klinischen Anteilen sichern, wie (...) die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung.“ (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2002).

Diese sehr allgemein gehaltene Formulierung wird im Teilkatalog „*Grundlagen der Medizinischen Psychologie und der Medizinischen Soziologie*“ des IMPP Gegenstandskatalogs präzisiert. Für die Entwicklung des vorliegenden Konzeptes sind insbesondere die Inhalte folgender Bereiche zu berücksichtigen: *Kommunikation und Interaktion* (Bereich *Arzt-Patient-Beziehung*) sowie *Exploration und Anamnese* (Bereich *Untersuchung und Gespräch*). Beides ist dem Oberbegriff *Ärztliches Handeln* zugeordnet. (INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE UND PHARMAZEUTISCHE PRÜFUNGSFRAGEN 2005).

Zusätzlich wurde der Stand der Forschung auch auf internationaler Ebene recherchiert. Vor allem im angloamerikanischen Raum haben sich in den letzten 20 bis 25 Jahren viele Experten Gedanken darüber gemacht, wie der Bereich der Arzt-Patient Kommunikation ins Curriculum der medizinischen Ausbildung aufgenommen werden kann. Diese Überlegungen sind in sogenannten Consensus Statements zur ärztlichen Kommunikation aufgegangen und werden im Folgenden kurz dargestellt. Zum Zeitpunkt der Recherchen für die vorliegende Arbeit wurden vier solcher Consensus Statements veröffentlicht:

Im Jahr 1991 wurde das „*Doctor-patient communication: the Toronto Consensus Statement*“ von SIMPSON et al. (1991) publiziert. Dieses Consensus-Statement gibt eine Übersicht über drei Themenbereiche: Die wichtigsten Fakten, die über die Arzt-Patient Kommunikation bekannt sind, die wichtigsten Dinge, die getan werden können, um die momentane Situation zu verbessern sowie die Frage nach den wichtigsten unbeantworteten Fragen.

Im Jahr 1992 wurde das „*Consensus statement from the Workshop on the Teaching and Assessment of Communication Skills in Canadian Medical Schools*“ (WORKSHOP REPORT 1992) veröffentlicht. In diesem Consensus Statement werden generelle Prinzipien der Arzt-Patient Kommunikation formuliert sowie Empfehlungen und Notwendigkeiten zur Implementierung von Programmen zur Förderung kommunikativer Kompetenzen an alle medizinischen Fakultäten in Kanada gegeben.

Im Jahr 1999 folgte das „*Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement.*“ (MAKOUL & SCHOFIELD 1999). In diesem Consensus Statement werden acht Empfehlungen gegeben, wie kommunikative Kompetenzen in der Ausbildung von Medizinstudierenden umgesetzt werden sollten. Hier heißt es: „*Teaching and assessment should be based on a broad view of communication in medicine;*

Communication skills teaching and clinical teaching should be consistent and complementary; Teaching should define, and help students achieve, patient-centred communication tasks; Communication teaching and assessment should foster personal and professional growth; There should be a planned and coherent framework for communication skills teaching; Students' ability to achieve communication tasks should be assessed directly; Communication skills teaching and assessment programmes should be evaluated; Faculty development should be supported and adequately resourced."

Zwei Jahre später veröffentlicht MAKOUL (2001a) das sog. "Kalamazoo consensus statement", in dem sehr konkret folgende sieben wichtige Punkte benannt werden, die einen nützlichen Rahmen für Standards von kommunikationsorientierten Curricula bilden: Arzt-Patient-Beziehung aufbauen, Gespräch eröffnen, Informationen zusammentragen, die Perspektive des Patienten verstehen, Informationen teilen, die weitere Behandlung mit dem Patienten absprechen und sich darüber einig sein sowie das Ende des Gesprächs vorbereiten.

Ein Vergleich dieser Consensus Statements macht deutlich, dass in den zehn Jahren, die zwischen dem ersten und vierten Consensus Statement liegen, eine deutliche Konkretisierung in den Empfehlungen der Umsetzung kommunikativer Kompetenzen im Medizinstudium stattfand. Wurden zunächst eher allgemeine und generelle Prinzipien der Arzt-Patient Kommunikation beschrieben und auf die Notwendigkeit der Umsetzung dieser Inhalte an medizinischen Fakultäten aufmerksam gemacht, so benennen die beiden letzten Consensus Statements deutlich konkretere Inhalte. In welchem Studienabschnitt welche Inhalte unterrichtet werden sollen, wird jedoch bisher nicht beschrieben. Ebenso fehlen konkrete didaktische oder methodische Empfehlungen für die praktische Umsetzung. Hochschuldidaktische oder lerntheoretische Hintergründe werden nicht beleuchtet.

Im deutschsprachigen Raum existierte zum Zeitpunkt der Recherchen zur vorliegenden Arbeit nichts Vergleichbares. Hier wurden erst in den letzten Jahren Forschung und Entwicklung in diesem Bereich vorangetrieben. In einer ersten eher allgemein gehaltenen Arbeit wird eine erste „Taxonomie von Ausbildungszielen für professionelles Verhalten für das Medizinstudium“ vorgestellt (SCHUBERT et al. 2005). In den darauf folgenden Jahren fanden

mehrere Workshops und Delphi-Befragungen statt, in die auch neue Erkenntnisse eingeflossen sind, welche erst im Rahmen der Bearbeitung der vorliegenden Arbeit gewonnen wurden (BACHMANN et al. 2009). Das erste deutschsprachige Consensus Statement zur Kommunikation wurde international im Jahr 2010 veröffentlicht: „*Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi survey.*“ (KIESSLING et al. 2010). Dieses Basler Consensus Statement besteht aus fünf Kompetenzbereichen, für die jeweils verschiedene Themengebiete und Ausbildungsziele festgelegt wurden. Insgesamt umfasst das Statement 19 Themengebiete und 131 Ausbildungsziele für den Bereich der kommunikativen und sozialen Kompetenzen im Medizinstudium.

2.2 Konzeptionelle Grundlagen

Der erste Schritt der Entwicklung für ein neues didaktisches Konzept zur Schulung kommunikativer Fähigkeiten von Medizinstudierenden lag im Rahmen dieser Arbeit in einer systematischen Literaturrecherche zu bereits existierenden Konzepten in diesem Bereich. Hierbei wurde zunächst zu Beginn im Jahr 2006 eine Recherche in MEDPILOT² durchgeführt. In MEDPILOT wurde anhand der Begriffe „*Ausbildung UND Medizin UND Kommunikation UND Konzept*“ recherchiert. Diese Recherche erzielte 382 Treffer in deutscher oder englischer Sprache. Es gab insgesamt vier Dubletten, so dass insgesamt 378 Treffer auf ihre Relevanz hin analysiert wurden. Dabei kristallisierten sich sechs Treffer heraus, die einen Zusammenhang mit den Fragestellungen dieser Arbeit erkennen ließen: KENDRICK & FREELING (1993), MARTIN (2003), FISCHER (2005), LOSH et al. (2005), NIKENDEI et al. (2005) und TROJAN et al. (2006). Nach zusätzlichen Handrecherchen konnten noch zwei weitere relevante Arbeiten identifiziert werden: PETERSEN et al. (2005)

² MEDPILOT ist eine Meta-Suchmaschine, die in der PubMed-Datenbank sowie deutschsprachigen Medizineliteraturdatenbanken recherchiert.

und JUENGER & KOELLNER (2003). Nach Durchsicht der Volltexte zeigte sich, dass keine Studie die Entwicklung eines konkreten Kurskonzeptes beschreibt, welches auf aktuellen lerntheoretischen und hochschuldidaktischen Grundlagen basiert. Die Studien beschreiben lediglich, dass ein neues Kurskonzept eingesetzt wurde und im Anschluss daran werden die Evaluationsergebnisse vorgestellt. Häufig wird in diesen Arbeiten auch die Schulung kommunikativer Kompetenzen mit der Schulung praktischer ärztlicher Fertigkeiten, wie beispielsweise das Üben von Blutentnahmen oder Anlegen von Verbänden, verknüpft. Einige Ergebnisse sind jedoch auch für die vorliegende Arbeit durchaus interessant. Zusammengefasst lassen sich diese wie folgt beschreiben:

Ein Kurs zum Training ärztlicher Gesprächsführung scheint an großen Universitäten mit vielen Studierenden durchführbar zu sein. Studierende beschreiben die Methode des Rollenspiels als lehrreich, um Anamnesegespräche zu üben.

Vorgegebene Strukturen oder Orientierungshilfen, die den Studierenden zeigen, welche Aspekte und Inhalte zu welchem Zeitpunkt während eines Anamnesegesprächs mit dem Patienten besprochen werden sollten, werden als sehr hilfreich eingeschätzt.

Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung bereits ins Curriculum der Vorklinik aufzunehmen und Studierende früh darin zu trainieren, wird als sehr sinnvoll beschrieben.

Bei der inhaltlichen Gestaltung des Anamnesegesprächs scheint die Orientierung an einer typischen allgemeinmedizinischen Anamnese sehr geeignet zu sein.

Das Geben von Feedback zu einzelnen Aufgaben, welche die Studierenden zu lösen hatten, wurde von den Studierenden als hilfreich eingeschätzt.

Viele der Ärzte, die heute ärztliche Gesprächsführung unterrichten sollen, wurden in ihrer eigenen Studienzeit in diesem Bereich nicht ausgebildet, da dies kein Bestandteil des Curriculums war.

Die Schulung in ärztlicher Gesprächsführung wurde von den Ärzten, die später als Dozenten eingesetzt wurden, als hilfreich empfunden. Wie eine Dozentenschulung konkret gestaltet ist, wird jedoch nicht beschrieben.

Ein Vergleich zwischen Ärzten und Peers als Lehrende zeigt, dass Studierende die Ärzte kompetenter und hilfreicher einschätzen als ihre Kommilitonen.

Im nächsten Schritt wurden die bereits bestehenden Konzepte in Deutschland genauer untersucht, da bei der großen Unterschiedlichkeit der medizinischen Ausbildung in den einzelnen Ländern eine Übertragbarkeit von Konzepten im eigenen Land am besten möglich ist. Mit den Herausgebern aller drei in Deutschland publizierten Konzepte wurde Kontakt aufgenommen, um einen differenzierteren Einblick zu erhalten. Bei zwei Standorten fanden daraufhin Treffen und Besuche der einzelnen Kurse vor Ort statt. Dabei wurden die konkrete Umsetzung in der Praxis angeschaut und mit den Verantwortlichen Gespräche über die Konzepte, deren Durchführung und mögliche Probleme geführt. Am dritten Standort wurde mit dem Verantwortlichen telefonisch gesprochen. Das Ergebnis dieser Untersuchung lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Eine Einbindung ins Curriculum und eine verpflichtende Teilnahme aller Studierenden an den Gesprächsführungskursen wird als sehr wichtig und sinnvoll angesehen.

Bei allen Standorten sind lediglich einzelne Fächer für die Kurse verantwortlich (meist die Psychosomatik, die Medizinische Soziologie/Psychologie oder die Allgemeinmedizin).

Dozentenschulungen speziell für diese Kurse finden nicht statt; meist führen die Konzeptentwickler die Kurse mit Kollegen und studentischen Tutoren durch.

Die inhaltliche Schwerpunktsetzung der einzelnen Kurse ist sehr unterschiedlich. Teilweise wird der Fokus auf medizinische Inhalte gelegt, teilweise auf die Verknüpfung von Untersuchungstechniken mit Aspekten der ärztlichen Gesprächsführung oder auch eher theoretischen Aspekten.

Keinem Konzept liegt eine vorherige umfangreiche Bedarfsanalyse der Zielgruppe zugrunde.

Weiterhin liegt keinem der Konzepte eine Fundierung auf hochschuldidaktischen und lernpsychologischen Theorien zugrunde.

Im Rahmen dieser Arbeit soll daher in einem nächsten Schritt untersucht werden, welche lerntheoretischen und hochschuldidaktischen Grundlagen für die Entwicklung eines solchen Konzeptes beachtet werden müssen. Dies wird in den beiden folgenden Abschnitten dargestellt.

2.3 Lerntheoretische Grundlagen

Ein wesentliches Ziel der Hochschulausbildung besteht darin, Studierenden für die Vorbereitung auf ihren Beruf, Wissen und Kompetenzen so zu vermitteln, dass sie zu verantwortlichem Handeln befähigt werden. Das Fachwissen ist eine notwendige und wichtige Bedingung für die Bewältigung berufsfeldbezogener Aufgaben, es reicht aber alleine nicht aus. Zusätzlich werden von den Studierenden in ihrem späteren Beruf Handlungskompetenzen, wie beispielsweise kommunikative Kompetenzen, gefordert (vgl. Abschnitt 1.1). Dies bedeutet, dass auch die universitäre Ausbildung und damit die Hochschullehre nicht auf die Lernebenen des Gedächtnisses und Verstehens beschränkt sein dürfen. Vielmehr muss sie sich vor allem auf die Lernebenen der Anwendung, sowie deren Analyse, Synthese und Evaluation beziehen, um Studierende entsprechend vorzubereiten (PFÄFFLI 2005, BERENDT 2006). Auf der Seite der Studierenden kann dies nur gelingen, wenn diese aktiv und eigenverantwortlich den Prozess und Erfolg ihres Lernens steuern. Passives Lernen ermöglicht keine Interaktion zwischen Lernenden und Inhalten. Dadurch wird das notwendige, tiefere inhaltliche Verständnis verhindert (BERRYMAN 1993). Die Folge ist „träges Wissen“ – ein Wissen, das zwar theoretisch erworben, aber in realen Problemsituationen nicht angewendet werden kann, wie WHITEHEAD schon 1929 zeigen konnte.

Die neuesten Erkenntnisse aus der Lernforschung und Neurodidaktik bestätigen dies. Es besteht inzwischen Einigkeit darüber, dass „effektive“ und „gute Lehre“ nicht gleichzusetzen ist mit einer reinen Vermittlung von Wissen. Lernen ist immer ein individueller Prozess, der auch nur individuell geleistet werden kann. SPITZER (2007) schreibt dazu in seinem Buch „Lernen – Gehirnforschung und die Schule des Lebens“:

„Vermitteln kann man eine Mietwohnung oder vielleicht sogar eine Heirat. „Stoff“ jedenfalls kann man nicht vermitteln! Ebenso wenig wie Hunger. Hunger produziert sich jeder selbst, und Lernen produziert sich auch jeder selbst. Jeder auf seine Weise; und jeder lernt auch auf seine Weise und eben genau dasjenige, was in das Gefüge seiner Synapsengewichte am besten passt.“

Für den Lernenden spielen dabei sein Vorwissen und seine sozialen Deutungsmuster eine entscheidende Rolle. Die Informationen, welche die Lehrenden weitergeben, sind nicht mehr als „(...) *der Rohstoff für die Bildung von Wissen. Damit daraus Wissen wird, muss man sie mit Erfahrungen verknüpfen.*“ (MEUELER 2009). Das bedeutet, dass die Aneignung von Wissen, Kompetenzen, Haltungen und Fertigkeiten die ureigenste Sache der Lernenden selbst ist und bleibt und damit unverwechselbare Subjektleistungen darstellen (MEUELER 2009). Auf der Seite der Lehrenden bedeutet dies, dass all ihre Kraftanstrengungen umsonst sind, wenn ihr Gegenüber nicht lernen will oder kann. Nach EINSIEDLER (1981) versteht man unter Lehren „*die Unterstützung von internalen Lernprozessen eines Individuums durch externale Maßnahmen der Lebensweltgestaltung*“. Die Aufgabe von Lehrenden ist es also, zu Mittlern zwischen den Lernsubjekten und den Lerngegenständen zu werden und im Gegenüber die Hauptperson der Lern-Lehr-Zusammenhänge zu sehen. Ziel ist es, die Lernenden dazu anzuregen, sich in Bezug auf die Lerngegenstände selbst auf die Lernreise zu machen. Dieser Paradigmenwechsel des sogenannten „*shift from teaching to learning*“, also der Übergang vom stoff- bzw. lehrerorientierten zum lernerbezogenen Unterricht findet in der hochschuldidaktischen Diskussion und damit innerhalb der Erwachsenenbildung seit den 1990er Jahren statt (MEUELER 2009; SPITZER 2007; BERENDT 2006; ROTH 1996; TIETGENS 1997; WILDT 2006b). Seit dieser Zeit wird auch vermehrt das Lehren und Lernen Erwachsener in den Blick genommen, das bis dahin relativ wenig empirisch erforscht wurde. So schreibt MEUELER (2009) in seinem Beitrag „*Didaktik der Erwachsenenbildung – Weiterbildung als offenes Projekt*“ im Handbuch *Erwachsenenbildung / Weiterbildung*:

„Es gibt bislang keine allseits bekannte und bewährte Didaktik als Lehre vom Lehren und Lernen in der Erwachsenenbildung/Weiterbildung (EB/WB)“.

Dennoch gibt es nach TIETGENS (1997) einige Grundsätze, die beim Lehren und Lernen Erwachsener beachtet werden sollten: Das Lehren muss an den Lebenswelten der Einzelnen ausgerichtet werden (*Lebensweltorientierung*). Die Lernanforderungen sollen darauf ausgerichtet werden, konkrete Fälle des Alltags bewältigen zu können (*Alltagsorientierung*). Die Orientierung an Konflikten sowie an speziellen Aufgaben soll der Forderung nach Lebensnähe entsprechen (*Problemorientierung*).

Aktuell werden in der Literatur zur Lehr- und Lernforschung im Kontext der Erwachsenenbildung zwei zentrale Ansätze unterschieden: der „Instructional Design-Ansatz“ und der „situierter Ansatz zum Lehren und Lernen“ (MANDL et al. 2004).

Beim „Instructional Design-Ansatz“ wird dem Lernenden das Wissen sachlich strukturiert vermittelt. Die systematische Planung und Entwicklung von Lernumgebungen und Lernmaterialien auf der Grundlage pädagogischer Theorien stehen hierbei im Vordergrund. Der theoretische Ansatz geht ursprünglich auf GAGNÉ & SKOWRONEK (1973) in den 1960er Jahren zurück („The Conditions of Learning“). Der Schwerpunkt im „Instructional Design Ansatz“ liegt also auf der Instruktion. Ziel des Ansatzes ist die Bereitstellung von sogenannten Instruktionsplänen, die dem Lehrenden erlauben, u.a. geeignete Methoden auszuwählen. Im Vorfeld werden die Lernbedürfnisse, die Lernziele und Methoden geplant. Die zur Verfügung stehenden Rahmenbedingungen werden in die Planung mit einbezogen. (MANDL et al. 2004). Bei der Umsetzung dieses Ansatzes müssen folgende Aspekte berücksichtigt werden: Die Ermittlung des spezifischen Wissensbedarfs, die Analyse der Zielgruppe und der Rahmenbedingungen, die Festlegung der Lernziele und die Auswahl der Inhalte, die Planung der Lehr-Lern-Methode und der Medien, die Entwicklung des Lernmaterials sowie die Evaluation. (ISSING & KLIMSA 2002).

Der zweite zentrale Ansatz fokussiert die Situation und den Kontext, in denen Lernen stattfindet und wird daher „situiertes Lernen“ genannt. Diesem Ansatz liegt eine konstruktivistische Auffassung von Lehren und Lernen zugrunde. Es wird davon ausgegangen, dass Wissen selbständig und aktiv in einem Handlungskontext erworben werden muss. (MANDL et al. 2004). Aus dieser Perspektive ergeben sich nach REINMANN-ROTHMEIER & MANDL (2001) und MANDL et al. (2004) folgende zentrale Prozessmerkmale für das Lernen: Lernen ist ein aktiver Konstruktionsprozess, der die selbständige und eigenaktive Beteiligung des Lernenden am Lernprozess voraussetzt und das zu erwerbende Wissen in bereits vorhandene Wissensstrukturen einbaut. Der Lerner steuert also sein Lernen selbst. Lernen ist sowohl ein emotionaler als auch ein sozialer und situativer Prozess, d.h. die Interaktion mit anderen und die Lernumgebung spielen eine wesentliche Rolle. Eine zentrale Anforderung von diesem Standpunkt aus ist daher die ähnliche Gestaltung der Lern- und Anwendungssituation, da Wissen als stark kontextgebunden angesehen wird.

Es gibt verschiedene Theoriemodelle des situierten Lernens, von denen für diese Arbeit vor allem der Ansatz des „Cognitive Apprenticeship“ von Interesse ist. Die Hauptvertreter dieses Ansatzes sind Allan Collins, John Seely Brown und Susan Newman. Im Cognitive Apprenticeship-Ansatz sollen Lernende bei der Lösung von Problemen angeleitet und unterstützt werden. Es wird eine praxisnahe Einbettung von Problemstellungen in Anwendungskontexte gefordert, die von den Lernenden mit Unterstützung von Seiten des Lehrenden gelöst werden können. (BROWN et al. 1989, MANDL et al. 2004). BROWN et al. (1989) beschreiben Cognitive Apprenticeship folgendermaßen:

„Cognitive apprenticeship methods try to enculturate students into authentic practices through activity and social interaction in a way similar to that evident – and evidently successful – in craft apprenticeship.“

Die verschiedenen Aufgaben sind an das Lernniveau der Lerner angepasst und werden sukzessive komplexer. Für die konkrete Umsetzung der Inhalte müssen die Lehrenden darauf achten, das Wissen so aufzubereiten, dass es in verschiedenen Kontexten angewendet werden kann. (MANDL et al. 2004). Über das gemeinsame Bearbeiten von Problemen sollen die Lernenden nach und nach in eine Expertenkultur hinein wachsen (REINMANN-ROTHMEIER & MANDL 2001). Als Ausgangspunkt dient eine authentische Aufgabe, die der Lernende zunächst meist noch nicht lösen kann. Im ersten Schritt zeigt der Lehrende dem Lernenden eine mögliche Bearbeitung der Aufgabe (*Modeling*). Danach leitet der Lehrende den Lernenden an (*Coaching*). Im dritten Schritt wird der Lernende nur noch teilweise unterstützt (*Scaffolding*) und im letzten Schritt soll der Lernende die Aufgabe möglichst ohne Hilfe lösen können (*Fading*). (MANDL et al. 2004, BROWN et al. 1989).

Der „Instructional Design-Ansatz“ und der situierte Ansatz des „Cognitive Apprenticeship“ werden in der vorliegenden Arbeit nicht konkurrierend sondern vielmehr integrierend verstanden. Lernen kann dann gut gelingen, wenn es eine Kombination aus guter Instruktion und Anregung auf Seiten der Lehrenden sowie die selbständige und aktive Auseinandersetzung mit dem Lerngegenstand auf Seiten der Lernenden gibt. Dieses Verständnis vom Lernen Erwachsener spiegelt sich auch im Ansatz des „problemorientierten Lernens“ nach MANDL et al. (2004) wider:

„Der Lernprozess wird als eigenaktiv und konstruktiv angesehen, der jedoch durch geeignete Unterstützung durch den Lehrenden angeregt, gefördert und verbessert werden kann.“

Auf der Grundlage dieser theoretischen Einbettung ergeben sich für die Planung und Durchführung von Lehrveranstaltungen an Hochschulen wichtige Konsequenzen, die in den folgenden Abschnitten näher erläutert werden.

2.4 Hochschuldidaktische Grundlagen

2.4.1 Allgemeines

Lehren und Lernen an Hochschulen, also die Hochschuldidaktik, weist einige spezifische Besonderheiten auf, die im Folgenden näher beschrieben werden. Hochschuldidaktik knüpft an das allgemeine Verständnis von Didaktik an. Abgeleitet vom griechischen Wort „didaskein“ wird es heute mit „Lehre vom Lehren und Lernen“ übersetzt (DUDEN 1990). In der Hochschullehre treten *Lehrende*, *Lernende* und der *Lerngegenstand*, also das wissenschaftliche Wissen, in Beziehung zueinander. WILDT (2006a) nennt dies das „*didaktische Dreieck*“. Lehrende begleiten ihre Lernenden auf dem Weg zur Wissenschaft: *„Lehre öffnet den Zugang zur Wissenschaft und ist zugleich ‚personenbezogene Dienstleistung‘.“* Dieses didaktische Dreieck ist eingebettet in einen Handlungsraum, der durch die folgenden, so genannten „didaktischen Variablen“ dimensioniert ist: Ziele, Inhalte, Medien, Methoden, Sozialformen, Lernsituation, Raum/Zeit sowie die Messung des Lehr-Lernerfolgs durch Evaluationen. Wenn gelehrt wird, spielen diese didaktischen Variablen immer eine große Rolle. Daher sollte sich der Lehrende hierzu von der Planung einer Lehrveranstaltung bis zu ihrer Durchführung und Evaluation Gedanken machen. (WILDT 2006a). Die folgenden konkreten Gestaltungsprinzipien der Hochschuldidaktik präzisieren diese didaktischen Variablen (vgl. MANDL et al. 2004):

- *Authentizität und Anwendungsbezug*: die Lehrveranstaltung soll den Lernenden reale Problemstellungen und authentische Aufgaben und Situationen zur Verfügung stellen. Dadurch kann das anwendungsbezogene Wissen gefördert werden.
- *Multiple Kontexte und Perspektiven*: die Lernumgebung soll ermöglichen, dass die Lerninhalte in verschiedenen Situationen geübt und aus mehreren Blickwinkeln betrachtet und reflektiert werden können. Dadurch kann der Transfer von Wissen ermöglicht werden.
- *Soziale Lernarrangements*: Die Rahmenbedingungen der Lehrveranstaltungen sollen so gestaltet sein, dass soziale Lernarrangements angeboten werden, die kooperatives Lernen und Problemlösen fördern.
- *Instruktionale Anleitung und Unterstützung*: Der Lehrende leitet die Lernenden an, unterstützt sie, stellt präzise Aufgaben und gibt ausführliches und häufiges Feedback.

Das Ziel einer guten Hochschuldidaktik besteht darin, Studierende während des Studiums möglichst optimal auf ihre künftigen beruflichen Tätigkeiten vorzubereiten. Die seit einigen Jahren zunehmende Orientierung an der Vermittlung und Überprüfung von sogenannten „Schlüsselkompetenzen“ bzw. „Schlüsselqualifikationen“ macht deutlich, dass eine reine fachwissenschaftliche Ausbildung an Universitäten heutzutage nicht mehr ausreicht. (ORTH 1999, WILDT & WILDT 2006, FABRY 2008). So schreiben beispielsweise WILDT & WILDT (2006): „Insbesondere aber im Kompetenzdiskurs tritt zutage, dass die Ziele der Hochschulbildung nicht in fachlichen Bezügen aufgehen.“

Die Wissenschaften erzeugen in einem rasanten Tempo ständig neues Wissen. Welches Wissen jedoch Bestand haben wird und wirklich dauerhaft relevant ist, zeigt sich oft erst viel später. Sollen die Studierenden von heute auch am Ende ihrer Ausbildung für ihren Beruf gut qualifiziert sein, so müssen sie während der Ausbildung auch fachunabhängige Kompetenzen, wie beispielsweise kommunikative Kompetenzen, lernen. Bei der Entwicklung von kompetenzorientierten Unterrichtsmodulen stellt sich daher die Frage, was ein Student „(...) am Ende eines Studiums können soll (im Sinne von fachlichen und überfachlichen Kompetenzen).“ (CURSIEFEN & SCHRÖDER 2012). Nach WEINERT (2002) versteht man unter Kompetenzen:

„(...) die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können.“

Beim Kompetenzbegriff wirken also Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen in komplexer Weise zusammen. Berufliche Handlungskompetenzen werden in der Regel in fünf Kompetenzbereiche unterschieden: Methodenkompetenz, Fachkompetenz, Sozialkompetenz und Selbstkompetenz. Übergreifend über diese vier Bereiche wird als fünfte die Reflexionskompetenz verstanden, da sie in all diesen Bereichen eine wichtige Rolle spielt (vgl. PFÄFFLI 2005). Eine Orientierung an Kompetenzen hat in der Hochschullehre somit *„(...) weitreichende Konsequenzen für die Wahl der Inhalte, Ziele und Unterrichtsverfahren.“* (PFÄFFLI 2005). Vor allem in Unterrichtssituationen, in denen komplexe Aufgaben behandelt werden, die sich möglichst auf authentische Situationen aus dem späteren Berufsalltag beziehen, spielt die Kompetenzorientierung eine wichtige Rolle. So kann die Bearbeitung des Lerngegenstandes aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet und gefordert werden (vgl. WILDT & WILDT 2006). Eine solche geeignete, authentische Situation aus dem Berufsalltag eines Arztes ist beispielsweise das Führen eines Anamnesegesprächs mit einem Patienten.

Die Orientierung an Kompetenzen hat in den letzten Jahren an vielen Hochschulen vor allem wegen der Umstellung des Bachelor-Master-Systems im Zusammenhang mit dem Bologna-Prozess stattgefunden. Von dieser Umstellung sind die Regelstudiengänge der Humanmedizin in Deutschland (noch) nicht betroffen. Aber auch in der medizinischen Ausbildung wird die Diskussion um die Kompetenzorientierung verstärkt geführt. Dies zeigt sich unter anderem ganz konkret in der aktuellen Bemühung um den „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin“ (NKLM), der von der „Lenkungsgruppe NKLM“ und der „GMA (Gesellschaft für medizinische Ausbildung) Projektgruppe NKLM entwickelt wird. Ziel des NKLM ist es,

„(...) in Abstimmung mit dem MFT [Medizinischer Fakultätentag, Anm. d. Verf.] einen Fachqualifikationsrahmen für das medizinische Studium auszuarbeiten, der die

Entwicklung eines Curriculums der gestuften Studienstruktur möglich macht (...).“
(HAHN & FISCHER 2009).

Der NKLM soll aus verschiedenen Kompetenzbereichen bestehen. Ein Bereich wird dabei der ärztlichen Gesprächsführung und dem „Arzt als Kommunikator“ zugeordnet sein.

Die ärztliche Ausbildung an Kompetenzen zu orientieren hat weitreichende Konsequenzen, welche sich auch auf die Curriculumsplanung und die Konzeption von neuen Kurskonzepten auswirken. Hierbei ist grundsätzlich die von KERN et al. (1998) aufgestellte Curriculumsentwicklung hilfreich. Er stellt diese als einen Prozess in sechs Schritten dar (zit. nach: FABRY 2008):

1. *Probleme identifizieren und allgemeinen Bedarf ermitteln:* die Ausbildung der Medizinstudierenden muss sich am Bedarf des Gesundheitswesens orientieren und auf dort bestehende Probleme und Defizite reagieren.
2. *Bedarf der Zielgruppe ermitteln:* Eine an Kompetenzen orientierte Ausbildung setzt zwingend voraus, dass einerseits bekannt ist, welche Voraussetzungen die Studierenden mitbringen und andererseits auf welche Anforderungen die Absolventen vorbereitet werden sollen.
3. *Ausbildungs- und Lernziele formulieren:* Für die verschiedenen Ebenen des Curriculums werden Ausbildungs- und Lernziele formuliert. Eine wichtige Aufgabe besteht dabei in der Operationalisierung von Kompetenzen in möglichst spezifische und messbare Lernziele.
4. *Lehrinhalte und -methoden auswählen:* Die Lernziele dienen als Richtschnur für die Auswahl der Lehrinhalte und Methoden. Hier ist eine präzise Formulierung der Lernziele wichtig. Wird beispielsweise ein hoher Grad von Selbständigkeit bei bestimmten Fertigkeiten verlangt, müssen methodisch entsprechend umfangreiche praktische Übungen vorgesehen werden. Wissen allein kann z.B. auch in einer Vorlesung vermittelt werden.
5. *Curriculum umsetzen und durchführen:* Dies erfordert die entsprechenden Ressourcen und die Unterstützung der Fakultät.

6. *Ergebnisse evaluieren*: Die Evaluation bezieht sich zum einen auf den individuellen Erfolg der Studierenden, ihren Lernfortschritt und ihre Leistungen, zum anderen aber auch auf den Erfolg und die Akzeptanz des gesamten Curriculums.

Der hochschuldidaktische Diskurs betont weiterhin im sogenannten „Constructive Alignment“ die Kohärenz zwischen dem jeweiligen Lehr- / Lernkonzept, den beabsichtigten „Learning Outcomes“ (also den Kompetenzen) sowie den passenden Prüfungsformaten (WILDT & WILDT 2006, BIGGS & TANG 2011).

In der konkreten Umsetzung sollten Studierende

„(...) im Sinne eines Constructive Alignment Lernaufgaben erhalten, die Aspekte des Wissens von und für etwas (etwa berufliche Aufgaben), des Könnens mit etwas und des angemessenen Handelns dazu unter bestimmten situierten Bedingungen berücksichtigen und die (Selbst- und Fremd-)Überprüfung des individuellen Learning Outcomes in verschiedenen Phasen des Lernprozesses (einschließlich der summativen Leistungskontrollen) und im Vergleich ermöglichen.“ (WILDT & WILDT 2006).

In den folgenden Abschnitten (2.4.2 bis 2.4.5) wird näher auf die von WILDT (2006a) beschriebenen didaktischen Variablen eingegangen, welche bei der Entwicklung eines neuen hochschuldidaktischen Kurskonzeptes berücksichtigt werden müssen. In Kapitel drei wird dann im ersten Abschnitt die Vorgehensweise der einzelnen Schritte der Konzeptentwicklung dargestellt. Im Abschnitt 3.5 werden die einzelnen didaktischen Variablen konkret in Bezug auf die Gestaltung und Umsetzung des neuen Kurskonzeptes an der Universität Frankfurt beschrieben.

2.4.2 Lernziele

Um eine hohe Ausbildungsqualität zu gewährleisten und den Anforderungen und Zielen der Ausbildung und des späteren Berufslebens gerecht zu werden, müssen Curricula und Lehrveranstaltungen systematisch geplant werden (PETERBEN 2000). Durch die Festlegung von Lernzielen können die Inhalte der Ausbildung definiert und spezifiziert werden. MAGER (1972) hat bereits 1965 folgende Definition von Lernzielen formuliert, die bis heute Bestand hat:

„Unter Lernziel versteht man eine Absicht, die durch die Beschreibung der erwünschten Veränderung im Lernenden mitgeteilt wird – eine Beschreibung von Eigenschaften, die der Lernende nach erfolgreicher Lernerfahrung erworben hat.“

Für Studierende schaffen Lernziele Transparenz, da sie dadurch die angestrebten Ergebnisse und Prozesse klarer erkennen und somit erfolgreicher und motivierter lernen können. Für Lehrende sind Lernziele handlungsleitend, da durch sie die inhaltliche Ausrichtung der Lehrveranstaltung festgelegt wird. Somit bieten Lernziele eine Arbeitshilfe für Studierende und Dozenten. (PFÄFFLI 2005, FABRY 2008). MAGER (1994) beschreibt in seinem Buch „Lernziele und Unterricht“ die Notwendigkeit der Festlegung von Zielen für den Unterricht:

„Wenn klar definierte Ziele fehlen, gibt es keine solide Grundlage für die Auswahl oder Gestaltung von Unterrichtsmaterialien, Inhalten oder Verfahren. Wenn Sie nicht wissen, wohin Sie wollen, ist es schwer, geeignete Mittel auszuwählen, um dorthin zu gelangen. (...) Ein zweiter wichtiger Grund für die Festlegung von Unterrichtszielen hat unmittelbar damit zu tun, daß man hinterher feststellen kann, ob sie erreicht wurden. Tests oder Prüfungen sind die Meilensteine auf dem Weg des Lernens. (...) Ein dritter Vorteil (...) liegt darin, daß sie auch dem Schüler eine Grundlage für die Planung seiner eigenen Anstrengungen zum Erreichen dieser Ziele bieten.“

Je nach Funktion und dem Ziel, das in der Ausbildung erreicht werden soll, ist es sinnvoll, die Lernziele auf verschiedenen Hierarchie-Ebenen zu unterscheiden. MÖLLER (1973) spricht hierbei auch vom Abstraktionsniveau von Lernzielen und hat bereits im Jahr 1973 folgende Lernziel-Hierarchie eingeführt, die bis heute Bestand hat:

1. *Richtlernziel* für das Curriculum
2. *Groblernziel* für ein Fach
3. *Feinlernziel* für einen Kurs

Richtlernziele sind Ziele, die für die gesamte Ausbildung gelten sollen. Sie sind sehr allgemein gefasst und meist eher abstrakt formuliert. Sie sind beispielsweise im Leitbild oder Curriculum eines Studiengangs verankert. Groblernziele beschreiben Lernziele für einzelne Fächer und beziehen sich oft auf zu erreichende Kompetenzen. Sie betreffen größere Lerneinheiten und werden in den Curricula der einzelnen Fächer dargestellt. Feinlernziele sind schließlich die Lernziele für einzelne Kurse, welche konkret beschreiben, was Lernende am Ende einer Kursstunde gelernt haben sollten. Sie definieren also gleichzeitig ein zu erreichendes Lernergebnis, welches überprüfbar sein sollte. (PFÄFFLI 2005, FABRY 2008, MÖLLER 1973).

In welcher Art und Weise Lernziele präzise formuliert werden können und sollen, wird von MAGER (1994) konkret beschrieben. So nennt er drei Kennzeichen, die eine zweckmäßige Zielbeschreibung beinhalten sollten: „1. *Tätigkeit (Was der Lernende tun können wird)*; 2. *Bedingungen (Wichtige Bedingungen, unter denen die Tätigkeit ausgeführt wird)*; 3. *Kriterien (Die Qualität oder die Ebene der Tätigkeit – z.B. Perfektion –, die als akzeptabel angesehen wird.*“

Für die konkrete Beschreibung, also die Operationalisierung von Lernzielen kann weiterhin die sogenannte „SMARTe“ Lernzieldefinition herangezogen werden. Diese Form der Lernzielbestimmung geht ursprünglich auf den Ökonomen DRUCKER (1998) zurück. Er hat mit dieser Form der Zielbeschreibung die strategischen Ziele des Unternehmens und der Mitarbeiter umgesetzt, indem diese Ziele für die einzelnen Abteilungen und für die Mitarbeiter gemeinsam in Form einer „SMARTen“ Beschreibung festgelegt wurden. Das Akronym SMART steht dabei ursprünglich für die englischen Begriffe: *specific, measurable, attainable, realistic, timed*. Im Deutschen werden sie üblicherweise mit den Begriffen: *spezifisch, messbar, angemessen, realistisch, terminiert* übersetzt.

Weiterhin werden Lernziele üblicherweise in die kognitive (Wissen), affektive (Einstellungen) und psychomotorische (Fertigkeiten) Domäne unterteilt. Für jeden dieser Bereiche sind verschiedene Kategoriensysteme (Taxonomien) entwickelt worden. (FABRY 2008). Nach dem Erziehungswissenschaftler BLOOM (1976) wird unter einer Taxonomie in diesem Zusammenhang „*eine Klassifikation eines Schülerverhaltens, das die beabsichtigten Ergebnisse des Erziehungsprozesses repräsentiert*“ verstanden. Im kognitiven und affektiven Bereich haben sich die Lernziel-Taxonomien von Benjamin Bloom und seiner Arbeitsgruppe durchgesetzt, die die Lernziele im kognitiven Bereich bereits im Jahr 1956 folgenden Kategorien zuordnen: „*Wissen, Verstehen, Anwendung, Analyse, Synthese und Bewertung*“ (BLOOM 1976). Die Lernziel-Taxonomie im affektiven Bereich wurde 1964 von KRATHWOHL et al. (1978) veröffentlicht und wird in die Kategorien: „*aufnehmen, reagieren, werten, Wertordnung, Bestimmtsein durch Werte*“ unterteilt. Für den psychomotorischen Bereich ist die Kategorisierung nach DAVE bekannt geworden, der 1968 erstmals eine Taxonomie für den psychomotorischen Bereich aufstellte. Ziele in diesem Bereich beziehen sich danach „*auf den Erwerb von praktischen Fertigkeiten und Verhaltensmustern*“. Hierbei werden folgende fünf Kategorien voneinander unterschieden: *Imitation, Manipulation, Präzision, Handlungsgliederung und Naturalisierung* (DAVE 1968). Diese drei Taxonomien sind nicht getrennt voneinander zu betrachten, sondern stehen in vielfältigen Beziehungen zueinander. So heißt es bei KRATHWOHL et al. (1978):

„Die Tatsache ist aber klar, daß beide Bereiche eng miteinander verbunden sind. Jedes affektive Verhalten hat ein bestimmtes kognitives Verhalten als Gegenstück und umgekehrt. (...) Im Prinzip wird jeder Bereich als Hilfsmittel für den anderen gebraucht (...). Unsere Trennung zwischen dem affektiven und dem kognitiven Bereich dient einem analytischen Zweck und ist rein willkürlich.“

Ein Ziel dieser Taxonomien besteht darin, „*eine eindeutige Kommunikation über Lehrziele und verwandte Gegenstände zu ermöglichen.*“ (DAVE 1968). Für die Curriculums- und Unterrichtsplanung sind diese Taxonomien hilfreiche Instrumente, da der Unterricht durch die vorab konkret definierten Lernziele transparenter wird und den Studierenden aufgezeigt wird, was von ihnen erwartet wird. Durch die Operationalisierung von Lernzielen werden die erwarteten Lernergebnisse spezifiziert und überprüfbar gemacht. Dadurch ist es auch möglich, geeignete und angepasste Evaluationsinstrumente und Prüfungen zu entwickeln.

2.4.3 Methodische Gestaltung

Bei der Entwicklung eines neuen Kurskonzeptes, welches die in Abschnitt 2.3 dargestellten lerntheoretischen Grundlagen berücksichtigen soll, stellt sich die Frage, wie ein solches Kurskonzept methodisch möglichst optimal gestaltet sein kann. Denn die Methoden einer Lehrveranstaltung sind die *„Arbeitsformen, die dazu dienen, günstige Voraussetzungen für ein gelingendes Lernen zu schaffen.“* (MEUELER 2009). Dabei hängen der Unterricht und die Wahl der Methoden ganz wesentlich von der Vorstellung der Lehrenden über Lehre und Unterrichten ab:

„Teaching is not a matter of transmitting but of engaging students in active learning, building their knowledge in terms of what they already understand.“ (BIGGS & TANG 2011).

Im Sinne des „Constructive alignment“ (vgl. Abschnitt 2.4.1) muss der Lehrende möglichst präzise überlegen, wie er seine Inhalte dem Lerner vermitteln kann. Es steht also nicht mehr der Lehrende mit seinen zu vermittelnden Inhalten im Vordergrund, sondern der Lerner mit seinen individuellen Voraussetzungen. Bei der Wahl einer Lehrmethode ist zu beachten, dass es nicht „die“ beste Methode gibt. Die Methode hängt immer davon ab, was im Kurs erreicht werden soll, welche Ziele vorab definiert wurden und welche Ressourcen zur Verfügung stehen. (BIGGS & TANG 2011).

Lernprozesse und anspruchsvolle Lernergebnisse können dann besonders erfolgreich in Gang gesetzt werden, wenn sie mit konkreten Erfahrungen verknüpft werden. Studierende sollten selbst die Möglichkeit haben, bestimmte Handlungen auszuführen, wie beispielsweise ein Anamnesegespräch zu führen. Daher ist es sinnvoll, in Lehrveranstaltungen möglichst viele konkrete Lerngelegenheiten zu schaffen, die ein Lernen durch Handeln ermöglichen. (PFÄFFLI 2005, FLEISCHMANN et al. 2014). Weiterhin werden die Bedeutung des Feedbacks, des sozialen Lernens und erfahrungsbasierte Methoden als besonders effektive Methoden im studentischen Unterricht hervorgehoben (BIGGS & TANG 2011, FABRY 2008, PFÄFFLI 2005, FLEISCHMANN et al. 2014). So schreibt FABRY (2008):

„Bei der konkreten Umsetzung ist zu beachten, dass erfahrungsbasierte Methoden, bei denen die Studierenden am besten jeweils im Einzelgespräch mit Patienten selbst

aktiv sind und unmittelbares Feedback (sowohl von Dozentenseite als auch aus der Peer-Group) zu ihrer Leistung erhalten, gegenüber stärker dozentenorientierten, darbietenden Methoden viele didaktische Vorteile haben.“

Auch BIGGS & TANG (2011) messen dem Feedback während Lehrveranstaltungen eine große Bedeutung zu:

“Feedback is meant to bridge the gap between where they are und where they should be. Feedback can be provided by the teacher, by other students and by the students themselves, each such source giving a different aspect to the feedback.”

Und nicht zuletzt wird auch vom SACHVERSTÄNDIGENRAT (2001) die Bedeutung des Feedbacks als Methode in der medizinischen Ausbildung in Deutschland klar formuliert:

„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 mit Auswirkung auf die Qualität und Inhalte der Gesprächsführung.“

2.4.4 Qualifizierung der Lehrenden

Der Dozent spielt im Unterricht und im Lernprozess der Studierenden eine wesentliche Rolle. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass der Lehrer, seine Persönlichkeit und sein Verhältnis zu den Schülern einen großen Einfluss auf den Lernerfolg der Schüler haben (HATTIE 2012). An deutschen Hochschulen wird allerdings die Qualität der Lehrkompetenz von Lehrenden immer wieder bemängelt (BRENDEL et al. 2006, AUFERKORTE-MICHAELIS et al. 2007, FLEISCHMANN et al. 2014, WISSENSCHAFTSRAT 2008, SACHVERSTÄNDIGENRAT 2001). Im Bereich der Medizin muss dabei zusätzlich beachtet werden, dass die Lehrenden hier *„(...) aufgrund der Verpflichtungen in der Krankenversorgung einer besonderen Belastung unterliegen.“* (WISSENSCHAFTSRAT 2008). Neben ihrer Fachexpertise benötigen

die Lehrenden Grundlagenwissen und fachübergreifende Kompetenzen im hochschuldidaktischen Bereich, wie beispielsweise Kenntnisse über Bedingungen von aktivierenden Lehr- und Lernprozessen, Steuerung von sozialen Prozessen sowie das angemessene Geben von Feedback an Studierende. (BRENDEL et al. 2006, AUFERKORTE-MICHAELIS et al. 2007, FLEISCHMANN et al. 2014, WISSENSCHAFTSRAT 2008). So fordert unter anderem der WISSENSCHAFTSRAT (2008) eine systematische Qualifizierung der Lehrenden an Hochschulen:

„Die Fähigkeit, zu lehren und Studierende zum Lernen anzuregen, wird im deutschen Hochschulsystem nur unzureichend sowie wenig systematisch vermittelt und gelernt. Dadurch entsteht ein Kontrast: Während die Forschung an Universitäten hoch professionalisiert ist, trifft dies für die Lehre vielfach nicht zu. Hochschullehrer aller Hochschularten sind als Lehrende weitgehend Autodidakten. Das Lehren lernen sie vielfach nur informell in der Durchführung von Lehrveranstaltungen.“

Im Gegensatz zu ihrer Fachkompetenz beruht die Lehrkompetenz der Hochschullehrer nicht auf einer umfassenden Ausbildung, *„(...) sondern auf einem durch ‚learning by doing‘ erworbenen intuitiven Erfahrungsschatz; dementsprechend ist die Hochschullehre (...) überwiegend durch ein semiprofessionelles Handeln geprägt.“* (FLEISCHMANN et al. 2014). Viele Hochschullehrer fühlen sich gerade zu Beginn ihres Berufslebens mit dieser Tätigkeit überfordert und es wird wohl eher selten der Fall sein, dass sich Lehrende vor einer Lehrveranstaltung *„(...) konkrete und vor allem theoriegeleitete Gedanken darüber machen, wie sie den Lernprozess der Studierenden gestalten wollen.“* (SCHÖN & GERBER). Im internationalen Vergleich zeigt sich:

„(...) dass Maßnahmen der hochschuldidaktisch inspirierten Personalentwicklung umso wirksamer werden, je mehr es ihnen gelingt, einen Wandel in den Lernkonzepten der Lehrenden zu induzieren und so den ‚Shift from Teaching to Learning‘ individuell zu vollziehen.“ (WILDT 2006b).

Eine Etablierung dieser neuen Lernkonzepte an Hochschulen hängt somit zu einem großen Teil von der Qualifizierung der Lehrenden ab, wie auch REINMANN-ROTHMEIER & MANDL (1998) anhand der Durchführung und Evaluation von zwei Projekten konkret zeigen konnte. So schreibt sie:

„Wenn wir kreative Ansätze wie das Konzept der Problemorientierung zur Verbesserung des Lehrens und Lernens wirklich realisieren wollen, brauchen wir zum einen eine intensive Qualifizierung der Lehrenden und zum anderen eine tiefgreifende Veränderung von Curriculum und Assessment.“

Die Lehrenden müssen also entsprechend didaktisch und methodisch qualifiziert werden. Auf diese Weise können sie in diesem Bereich unterstützt und auf die Anforderungen, die an sie gestellt werden, vorbereitet werden.

Im Bereich der allgemeinen hochschuldidaktischen Qualifizierung werden in Deutschland inzwischen über verschiedene hochschuldidaktische Institutionen Kurse und Fortbildungsveranstaltungen für Lehrende angeboten (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HOCHSCHULDIDAKTIK). Da diese Kurse in der Regel meist freiwillig und nicht fachspezifisch ausgerichtet sind, empfiehlt es sich bei der Entwicklung von neuen Kurskonzepten, ein spezifisches, verpflichtendes Schulungsangebot für die Lehrenden zu entwickeln, das auf das neue Kurskonzept zugeschnitten ist.

2.4.5 Evaluation

In der Sozialforschung werden sowohl die Bedeutung als auch die Durchführung des Themas Evaluation unterschiedlich verstanden und verwendet. Das Wort Evaluation ist auf das lateinische Verb *valere* (wert sein) zurückzuführen und wurde später im Französischen mit *évaluer qc.* (etw. bewerten) und im Englischen mit *to evaluate sth.* (etw. bewerten) in den Sprachgebrauch aufgenommen. So bedeutet der Begriff der Evaluation allgemein die Bewertung einer Sache oder eines Prozesses.

Evaluationen spielen also vor allem bei der Bewertung und damit auch bei der sich daran anschließenden Optimierung von neuen Konzepten eine wesentliche Rolle. In den 1970er Jahren wurden in den USA im Zusammenhang mit der Professionalisierung der Evaluationsforschung wichtige Kriterien zur Erfassung der Qualität von Evaluation festgelegt

(STUFFLEBEAM 1972, SANDERS & BEYWL 2006). Eine wesentliche Rolle spielten hierbei die vom Joint Committee on Standards for Educational Evaluation vorgelegten „Standards for Evaluation“ (SANDERS & BEYWL 2006). Die Deutsche Gesellschaft für Evaluation hat sich an diesen Kriterien orientiert und im Jahr 2002 ihre „Standards für Evaluation“ veröffentlicht. In diesen Standards werden vier grundlegende Eigenschaften beschrieben, welche Evaluationen aufweisen sollen (DEGEVAL 2002):

Eine Evaluation soll sich an den beschriebenen Evaluationszwecken und an den Informationsbedürfnissen der Teilnehmer ausrichten, sie soll also *nützlich* sein. Weiterhin sollte sie gut *durchführbar* sein, indem sie realistisch geplant, gut durchdacht sowie diplomatisch und kostenbewusst gestaltet ist. Während der Evaluation sollte ein respektvoller und *fairer Umgang* mit den beteiligten Personen sichergestellt werden. Die Evaluation sollte *gültige Informationen* und Ergebnisse zum jeweiligen Gegenstand und den entsprechenden Fragestellungen hervorbringen und vermitteln. Diese Standards richten sich an die Evaluatoren, die Auftraggeber von Evaluationen sowie an die Beteiligten des Evaluationsgegenstandes. Sie sollen unter anderem die Qualität von Evaluationen sichern, eine Orientierung bei der Planung und Durchführung von Evaluationen bieten sowie Transparenz über Evaluation als professionelle Praxis schaffen.

Je nach Evaluationsgegenstand sind die Ziele, welche mit den Evaluationen verfolgt werden, unterschiedlich. Allgemein lassen sich nach STOCKMANN (2004) vier grundlegende Ziele unterscheiden:

Gewinnung von Erkenntnissen: Die durch Evaluationen gewonnenen Erkenntnisse sollen den Auftraggebern und den Zielgruppen nutzen. So kann es beispielsweise zu Beginn einer neuen Maßnahme von Interesse sein, welchen Bedarf die Zielgruppe hat. Später könnten der reibungslose Programmablauf oder auch die Akzeptanz des Programms im Erkenntnisinteresse stehen. Das Ziel besteht in der Sammlung von Informationen für die Gewinnung von Erkenntnissen, um diese anhand der zuvor festgelegten Bewertungskriterien zu beurteilen und daraus Steuerungsentscheidungen abzuleiten und gegebenenfalls Defizite zu beseitigen.

Ausübung von Kontrolle: Eine Evaluation legt in der Regel offen, ob alle Beteiligten ihre Aufgaben erfüllt haben. Das bedeutet, dass mit jeder Evaluation auch direkt oder indirekt eine Form der Kontrolle verbunden ist.

Schaffung von Transparenz: Evaluationen bieten die Möglichkeit, zwischen den verschiedenen Beteiligten einen Dialog in Gang zu bringen. Auf der Basis der Evaluationsergebnisse können gemeinsam Konsequenzen für die weitere Zusammenarbeit gezogen werden. Dies bedeutet, dass Evaluationen auch eine Basis für gemeinsames Lernen bieten kann.

Dokumentation des Erfolges (Legitimation): Die aus Evaluationen gewonnenen Daten bieten die Möglichkeit, nachprüfbar nachzuweisen, welcher Output und welche Wirkungen über längere Zeit hinweg mit welchem Input erzielt wurden. Dabei geht es auch um das Prüfen der Nachhaltigkeit des durchgeführten Programms. Die Ergebnisse können wiederum als Legitimation der eigenen Arbeit genutzt werden.

Bei einer umfangreicheren Evaluation von Bildungsprogrammen werden oft verschiedene Ziele angestrebt, die eng miteinander verbunden sind. Evaluationen können zu unterschiedlichen Zeitpunkten und unter verschiedenen Analyse-Perspektiven bzw. Aufgabenstellungen durchgeführt werden (vgl. STUFFLEBEAM 1972; STOCKMANN 2004):

Soll die Planung eines Programms oder einer Maßnahme verbessert werden, so spricht man von *ex-ante Evaluationen*. Eng damit verknüpft ist die *Kontextevaluation*, deren Ziel darin besteht, die Voraussetzungen, unter denen eine Reform erfolgen soll, sowie unbefriedigte Bedürfnisse und die mit ihnen verbundenen Probleme zu bestimmen. Es geht also darum, Mängel zu erkennen. Nach einer konzeptuellen Analyse wird der Untersuchungsbereich identifiziert und anschließend mit empirischen Untersuchungen wie beispielsweise Umfragen oder Fragebögen erschlossen. Die *Inputevaluation* zu Beginn einer Maßnahme dient der Entscheidung über die Verteilung von Ressourcen zur Realisierung von Programmzielen. Dabei werden relevante Möglichkeiten, Strategien und Pläne zur Realisierung der Ziele beurteilt. In diesem Schritt wird versucht, auftretende Probleme bei der Umsetzung zu erkennen. Dies kann beispielsweise durch eine Befragung von Experten geschehen. Liegt der Fokus der Betrachtung auf den Durchführungsprozessen, so spricht man von *on-going*

Evaluationen. Ziel ist die kontinuierliche Kontrolle und Verbesserung der Pläne und Verfahren, daher wird in diesem Zusammenhang auch von einer *Prozessevaluation* gesprochen. Während der einzelnen Stadien der Implementation sollen Unzulänglichkeiten entdeckt werden. Es ist hilfreich, wenn der Evaluator bereit ist, am Programm mitzuarbeiten. Sollen nach der Maßnahme die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von den durchgeführten Interventionen bestimmt werden, so ist dies durch sogenannte *ex-post Evaluationen* möglich. Das Ziel besteht darin, nach Beendigung des Projekts seine Wirksamkeit festzustellen, daher spricht man hier auch von einer *Produktevaluation*. Die Ergebnisse sollten sich auf die Ziele, den Kontext, den Input und den Prozess beziehen. Eine Möglichkeit diese Verbesserungen zu messen, besteht in der Durchführung sogenannter reflexiver Kontrollen. Damit ist gemeint, dass sich die Versuchsgruppe ihre eigenen Kontrolldaten liefert, so dass die Messwerte der Teilnehmer vor und nach der Intervention beobachtet werden können. Die Differenz zwischen vorher und nachher ergibt dann den sogenannten Nettoeffekt. Eine Weiterentwicklung oder auch Modifikation und Übertragung auf andere Bereiche kann hier Gegenstand der Interpretation der Ergebnisse sein. (vgl. STOCKMANN 2004).

Nach BEYWL et al. (2011) lassen sich vier verschiedene Arten von Evaluationen unterscheiden, die davon abhängen, wer in welcher Rolle für die Evaluation verantwortlich ist: *Fremdevaluation*, *Peer-Evaluation*, *Inhouse-Evaluation* und *Selbstevaluation*. Da in der vorliegenden Arbeit hauptsächlich Selbstevaluationen durchgeführt wurden, wird hierauf im Folgenden kurz eingegangen: Selbstevaluationen werden häufig bei neuartigen Programmen eingesetzt, bei denen es darum geht, zeitnah Ergebnisse zu erhalten, welche dann konkrete Verbesserungen des Konzeptes ermöglichen. Sie ist also an Outcomes orientiert,

„(...) d.h. sie verbindet ihre Interventionen und ihre Untersuchungsperspektive mit den angestrebten Lernprozessen oder Lernresultaten bei den Studierenden. Wenn Lernziel-erreichungen (Outcomes) gemessen werden geht es nicht darum, die Leistung der Studierenden zu beurteilen (...), sondern darum, einen Rückschluss auf die eigene Lehrveranstaltung und die Eignung von deren didaktischem Konzept zu ziehen.“
(BEYWL et al. 2011).

Diejenigen, die für die Evaluation verantwortlich sind, verantworten auch den Evaluationsgegenstand, sind also „Insider“. Der Vorteil ist, dass Evaluation und Umsetzung in einer

Hand liegen, die Ergebnisse erwünscht sind und Änderungen zeitnah umgesetzt werden können. Nachteilig bei der Selbstevaluation ist, dass die Lehre aus der Innenperspektive betrachtet wird und somit die Perspektiven anderer in Konflikt mit der eigenen Sichtweise kommen können. Damit ist kein neutrales, unabhängiges Urteil zu erwarten. Bei der Umsetzung im Alltag ist es wichtig, Selbstevaluation von Anfang an bei der Veranstaltungsplanung mit zu berücksichtigen, d.h. Lehren und Untersuchen wird parallel geplant und ver- schränkt sich in der Praxis immer wieder. (vgl. BEYWL et al. 2011).

Insgesamt können Evaluationen entweder *formativ* oder *summativ* gestaltet sein. Haben sie einen eher prozessorientierten Charakter, dann spricht man von einer formativen Evaluation. Diese werden vor allem bei der Entwicklung und Implementierung neuer Programme eingesetzt. Die Ergebnisse fließen dabei häufig in den weiteren Verlauf des Programms mit ein. Somit zielt die formative Evaluation unter anderem auf die Vermittlung handlungsrelevanten Wissens. Ist die Evaluation eher ergebnisorientiert und zusammenfassend angelegt, spricht man von einer summativen Form der Evaluation. Diese findet meist am Ende einer Maßnahme statt (STOCKMANN 2004, BÖTTCHER 2006, BORTZ & DÖRING 2002, STUFFLEBEAM 1972). In der vorliegenden Arbeit wurden sowohl formative als auch summative Evaluationen durchgeführt.

In Abschnitt 4.1 ist der gesamte Evaluationsprozess, der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführt wurde, in Form einer Tabelle dargestellt. Diese verdeutlicht die Analyseperspektiven, die Phasen des Evaluationsprozesses, die Art, das Konzept sowie die Funktion der jeweiligen Evaluationen und beschreibt die angestrebten Ziele sowie die konkret verwendeten Instrumente.

3 Entwicklung und Implementierung eines neuen Kurskonzeptes

3.1 Vorgehensweise

Die Entwicklung, Implementierung und Evaluation des neuen Kurskonzeptes orientiert sich weitgehend an den in Abschnitt 2.4.1 dargestellten sechs Schritten nach KERN et al. (1998). Zusätzlich zu diesen sechs Schritten wurde zum einen eine Analyse der Rahmenbedingungen durchgeführt und zum anderen wurden die Dozenten, die diesen Kurs später halten sollten, in Form einer eintägigen Dozentenschulung qualifiziert, um eine erfolgreiche Implementierung zu gewährleisten. Im Folgenden wird auf die einzelnen Schritte, nach denen das neue Kurskonzept entwickelt, implementiert und evaluiert wurde, näher eingegangen.

Im ersten Schritt nach KERN et al. (1998) sollen die Probleme identifiziert und der allgemeine Bedarf ermittelt werden. Wie bereits in Abschnitt 1.1 dargestellt, ist die bisherige Ausbildung der Medizinstudierenden im Bereich ihrer ärztlichen Gesprächsführung unzureichend, obwohl sie kommunikative Kompetenzen in ihrem Beruf dringend benötigen. Die systematische Literaturrecherche und die Besuche an anderen medizinischen Fakultäten zu bereits bestehenden Konzepten in diesem Bereich haben gezeigt, dass es in Deutschland bisher kein adäquates Konzept gibt, welches für die Ausbildung in Frankfurt am Main hätte übernommen werden können (vgl. Abschnitt 2.2).

Der zweite Schritt nach KERN et al. (1998) zeigt auf, dass bei der Entwicklung eines neuen Konzeptes eine konkrete Bedarfsanalyse der Zielgruppe essentiell ist, was sich auch im beschriebenen Paradigmenwechsel des *shift from teaching to learning* widerspiegelt (vgl. Abschnitt 2.3). Auch HATTIE (2012) konnte in seinen Meta-Analysen über guten Unterricht zeigen, dass die Lernvoraussetzungen der Lernenden für die Vorhersage des Leistungszuwachses sehr bedeutsam ist (Effektstärke von $d=0,67$). Mit Hilfe einer Bedarfsanalyse können die Lernvoraussetzungen und Bedürfnisse der Studierenden in Bezug auf die Inhalte und Methoden, die im neuen Kurs vermittelt und eingesetzt werden sollen, erfasst werden. Für das neu zu entwickelnde Konzept im Rahmen dieser Arbeit wurde daher nach der systematischen Literaturrecherche und der Analyse der bestehenden Konzepte, ein

Fragebogen konzipiert und ausgewertet, der diese Aspekte bei der Zielgruppe erhebt (vgl. Abschnitt 3.2).

Um ein neues Konzept erfolgreich entwickeln und implementieren zu können, ist weiterhin eine Analyse der bestehenden Rahmenbedingungen sowie des Curriculums notwendig. Dies wird in Abschnitt 3.3 beschrieben. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse und Schlussfolgerungen (vgl. Abschnitt 3.4) wird im darauf folgenden Abschnitt 3.5 das neue Kurskonzept mit seinen Lernzielen, Methoden, Unterrichtsmaterialien sowie der Dozentenschulung konkret vorgestellt. Die Evaluation des Konzeptes auf verschiedenen Ebenen wird in Kapitel vier dargestellt. Im fünften Kapitel werden verschiedene Ebenen der Überprüfung der Wirksamkeit des neuen Konzeptes beschrieben und daran anschließend im sechsten Kapitel die Optimierungen des Kurskonzeptes. Unterschiedliche Einflussfaktoren auf den Kurs und die Selbsteinschätzungen der Studierenden werden in Kapitel sieben dargestellt. In den beiden letzten Kapiteln 8 und 9 werden die Ergebnisse diskutiert und die Schlussfolgerungen aufgezeigt, die aus dem Projekt gezogen werden können. Die folgende Abbildung stellt die beschriebene Vorgehensweise als Übersicht dar (vgl. Abb. 1).

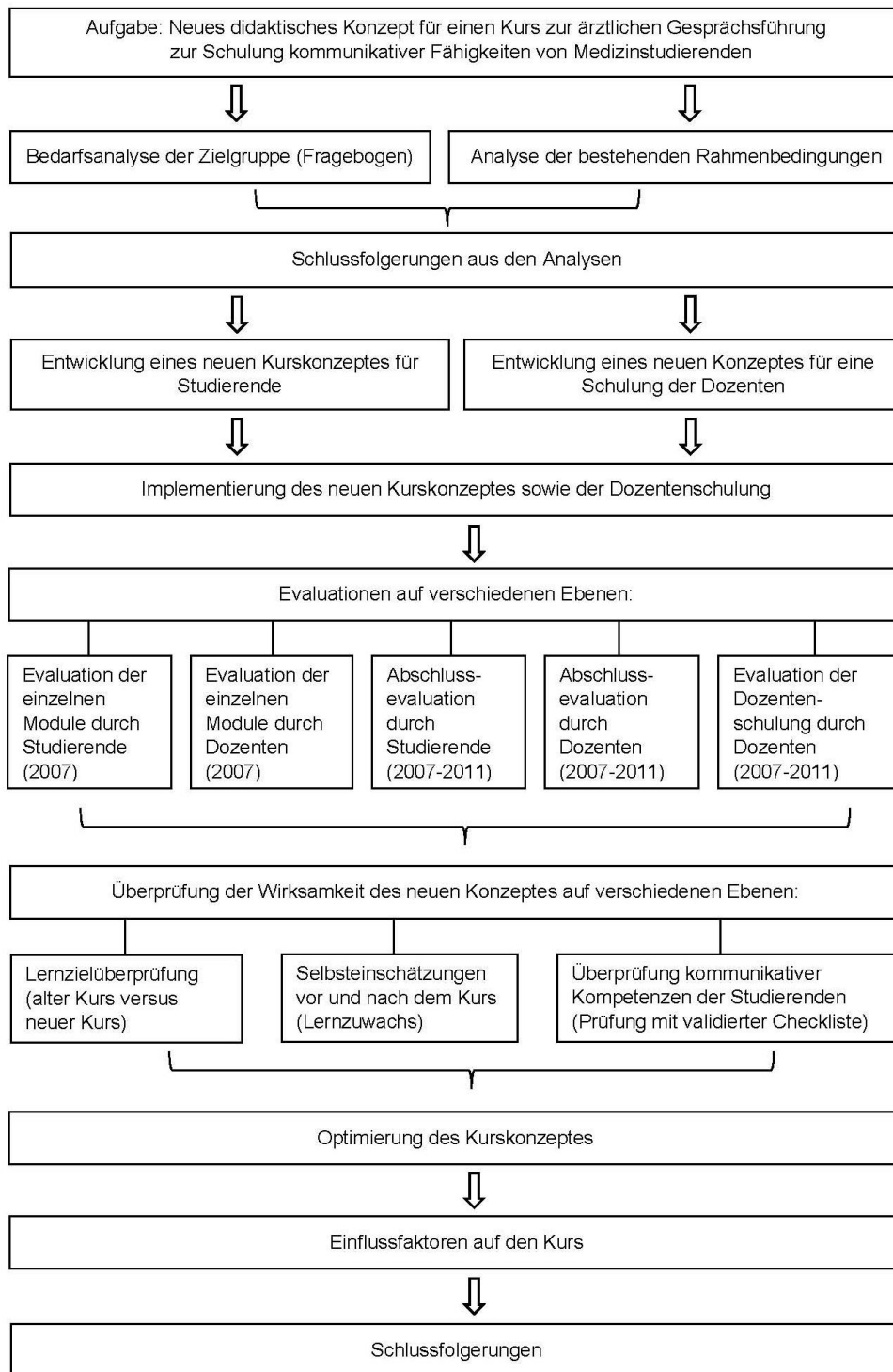


Abb. 1: Übersicht über die einzelnen Schritte der Entwicklung, Implementierung und Evaluation des neuen didaktischen Kurskonzeptes zur ärztlichen Gesprächsführung.

3.2 Analyse des Bedarfs

3.2.1 Entwicklung eines Fragebogens zur Befragung der Zielgruppe

Eine notwendige Voraussetzung für die Entwicklung eines neuen Kurskonzeptes besteht in der Analyse des Bedarfs der Zielgruppe. Dieser ergibt sich zum einen aus dem bisher beschriebenen Anspruch an die medizinische Ausbildung und zum anderen aber auch aus den konkreten Bedürfnissen der Zielgruppe selbst. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden dazu das Vorwissen und die Wünsche der Studierenden, die den bestehenden Kurs gerade absolviert hatten, in Bezug auf die Inhalte und Methoden des neuen Kurskonzeptes erhoben und ausgewertet. Diese Erhebung bei den Studierenden wird im Folgenden *Bedarfsanalyse* genannt.

Die Bedarfsanalyse wurde mittels eines selbstentwickelten, strukturierten, schriftlichen Fragebogens durchgeführt. Diese Untersuchungsvariante ist gegenüber einer mündlichen Befragung – wie beispielsweise Interviews mit einzelnen Studierenden – für den vorliegenden Fall besonders geeignet, da es sich hier um eine homogene Gruppe (Medizinstudierende des vierten Semesters) handelt. Außerdem kann damit eine große Zahl von Studierenden einbezogen werden, so dass man einen Querschnitt über die gesamte Teilnehmerpopulation erhält. (vgl. BORTZ & DÖRING 2002).

Der Fragebogen wurde in Papierform ausgeteilt, um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erreichen, auch wenn diese Form in der Auswertung aufwendiger ist als beispielsweise eine Online-Umfrage, da die Daten per Hand in eine Datenbank eingegeben werden müssen. Die Rücklaufstatistik spielt dabei eine wichtige Rolle, wie BORTZ & DÖRING (2002) schreiben: „*Entscheidend für die Verwertbarkeit der Ergebnisse schriftlicher Befragungen ist die Zusammensetzung der Stichprobe der Antwortter.*“ Daher wurde eine Vollerhebung der Zielgruppe durchgeführt.

Bei schriftlichen Befragungen besteht meist ein Nachteil in der unkontrollierten Erhebungssituation, da diese Befragungen häufig privat in unterschiedlichen Umgebungen ausgefüllt werden (BORTZ & DÖRING 2002). Um diesen Nachteil der unkontrollierten Erhebungs-

situation zu vermeiden, wurde der Fragebogen dieser Studie bei der Ausgabe der Teilnahmebescheinigungen (Scheinausgabe), und damit unter quasi standardisierten Bedingungen, ausgegeben. Weiterhin sollte allgemein bei Befragungen darauf geachtet werden, dass der Effekt der *Sozialen Erwünschtheit* möglichst gering gehalten wird (MOOSBRUGGER et al. 2007). Daher werden am Anfang des Fragebogens der Untersuchungsgegenstand und das Ziel der Befragung beschrieben. Da keine persönlichen Daten erhoben wurden, war die Anonymität der Teilnehmer gewährleistet und so der Effekt der Sozialen Erwünschtheit gering.

Die Konzeption des Fragebogens, die Auswahl der Fragen und die Festlegung der einzelnen Inhalte erfolgte nach dem von BORTZ & DÖRING (2002) vorgeschlagenen Vorgehen, das zunächst in Form eines Brainstormings stattfindet: *„Dies ist eine typische Aufgabe für ein Team, deren [sic!] Mitglieder z.B. im Rahmen eines ‚Brainstorming‘ durch gegenseitige Inspiration möglichst viele spontane Ideen produzieren.“* Bei den Frage- und Antwortformulierungen wurde darauf geachtet, diese – entsprechend der gängigen wissenschaftlichen Praxis – möglichst leicht verständlich, kurz und konkret zu beschreiben. Nach Möglichkeit wurden keine Fremdwörter oder unverständlichen Begriffe verwendet; suggestive Fragen wurden vermieden. (vgl. BORTZ & DÖRING 2002, PORST 1998, BÜHNER 2006, MOOSBRUGGER et al. 2007).

Der Fragebogen besteht aus insgesamt 17 Fragen mit unterschiedlichen Antwortformaten. Die einzelnen Fragen lassen sich inhaltlich in verschiedene Bereiche gliedern und werden im Folgenden vorgestellt:

Bei den ersten fünf Fragen handelt es sich um Fragen mit gebundenem Antwortformat in Form von fünfstufigen, verbalen bipolaren Ratingskalen (*Likert-Skalen*) mit Abstufungen des Zutreffens. Das bedeutet, dass die einzelnen Skalenpunkte mit Worten bezeichnet werden („trifft voll und ganz zu“, „trifft zu“, „trifft teilweise zu“, „trifft nicht zu“, „trifft gar nicht zu“). Bipolar bedeutet, dass die Skala *„(...) des jeweiligen Items von einem positiven Pol, der eine starke Zustimmung (...) ausdrückt, über einen Indifferenzbereich zu einem negativen Pol, der eine starke Ablehnung (...) ausdrückt“* (MOOSBRUGGER et al. 2007), reicht. Diese Form der Ratingskala *„(...) hat den Vorteil, dass die Interpretation der Skalenpunkte intersubjektiv einheitlicher erfolgt (...).“* (MOOSBRUGGER et al. 2007).

Zunächst wurden die Studierenden gefragt, wie sicher bzw. gut vorbereitet sie sich in Bezug auf verschiedene Situationen der Arzt-Patient Kommunikation fühlen:

- *Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit "schwierigen" Patienten (z.B. depressive, schweigsame, abhängige Patienten)?* (Likert-Skala: „sehr unsicher – unsicher – relativ sicher – sicher – sehr sicher“)
- *Wie gut fühlen Sie sich darauf vorbereitet, einem Patienten eine schlechte Nachricht zu überbringen?* (Likert-Skala: „sehr schlecht – schlecht – einigermaßen – gut – sehr gut“)
- *Wie gut fühlen Sie sich darauf vorbereitet, "heikle" Themen, wie z.B. Alkohol, Drogen oder Sexualität im Gespräch anzusprechen?* (Likert-Skala: „sehr schlecht – schlecht – einigermaßen – gut – sehr gut“)

Die folgenden beiden Items erfragen, ob die Studierenden die Ausbildung in ärztlicher Gesprächsführung sowie deren theoretischen Hintergründe für relevant halten:

- *In wieweit halten Sie die Ausbildung in den Bereichen Gesprächsführung und Kommunikation für Ihre spätere Berufsausbildung für relevant?* (Likert-Skala: „sehr unwichtig – unwichtig – relativ wichtig – wichtig – sehr wichtig“)
- *Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach das Wissen der theoretischen Hintergründe von Kommunikation für Ihren späteren Beruf?* (Likert-Skala: „sehr unwichtig – unwichtig – relativ wichtig – wichtig – sehr wichtig“)

Bei der folgenden Frage hatten die Studierenden die Möglichkeit, die Methoden anzukreuzen, die im neuen Kurs verwendet werden sollten. Bei dieser Frage handelt es sich um eine geschlossene Auswahlfrage mit insgesamt neun verschiedenen, vorgegebenen Antwortmöglichkeiten. Es konnten Mehrfachantworten gegeben werden. An diese vorgegebenen geschlossenen Fragen wurde noch eine halboffene Frage als zusätzliche Kategorie angehängt („Sonstiges“). Diese kann wie eine offene Frage beantwortet werden. (vgl. PORST 1998).

- *In welcher Form sollten Seminare zum Thema Gesprächsführung / Kommunikation durchgeführt werden? Welche Methoden sind Ihrer Meinung nach effektiv? (Mehrfachantworten zu folgenden Nennungen möglich):*
 - *Anamnese mit echtem Patienten*
 - *"Vorzeige-Anamnese"*
 - *Videoanalyse eigener Gespräche*
 - *Rollenspiel (Dozenten und Studierende)*
 - *Dokumentiertes Gespräch (auf Video) analysieren*
 - *Gespräch mit Simulationspatienten*
 - *Rollenspiel (Studierende)*
 - *Rollenspiel (Dozenten)*
 - *per Video an Gespräch teilnehmen – danach Analyse*
 - *Sonstiges (Freitext)*

Der darauf folgende Fragenblock bezieht sich auf die bereits erworbenen Kenntnisse der Studierenden im Bereich der ärztlichen Gesprächsführung, um das Vorwissen zu eruieren. Auf eine Einstiegsfrage mit fünfstufiger Likert-Skala, folgen mehrere Auswahlfragen mit zwei Antwort-Alternativen (ja, nein), also dichotome Fragen. Teilweise werden diese zur genaueren Analyse mit Auswahlfragen präzisiert, welche vier verschiedene Antwortmöglichkeiten (geschlossen), sowie eine zusätzliche Kategorie „Sonstiges“ (halboffen) vorgeben. Mehrfachantworten sind auch an dieser Stelle möglich.

- *Wenn Sie morgen ein Anamnesegespräch führen müssten, wie gut fühlen Sie sich darauf vorbereitet? (Likert-Skala: „sehr schlecht – schlecht – einigermaßen – gut – sehr gut“)*
- *Wurde Ihnen der grundsätzliche Ablauf eines Anamnesegesprächs vermittelt?(dichotom: ja, nein)*
- *Kennen Sie die wichtigsten Gliederungspunkte der Anamnese? (dichotom: ja, nein)*
- *Haben Sie etwas über die Rahmenbedingungen (z.B. Sitzordnung, Gestaltung der Räumlichkeiten) eines Anamnese-Gesprächs gelernt? (dichotom: ja, nein)*

- *Können Sie mit dem Begriff „nonverbale Kommunikation“ etwas verbinden? (dichotom: ja, nein)*
 - *Aus welchem Zusammenhang kennen Sie die nonverbale Kommunikation? (Mehrfachnennungen möglich: Schule, Studium, frühere Ausbildung, Freizeit, Sonstiges – Freitext)*
- *Welche Gesprächstechniken sind Ihnen bekannt? (keine, folgende sind mir bekannt – Mehrfachnennungen möglich: „Aktives Zuhören“, Verbalisieren, Paraphrasieren, Offene Fragen stellen, Sonstiges – Freitext)*
 - *Aus welchem Zusammenhang kennen Sie die Gesprächstechniken? (Mehrfachnennungen möglich: Schule, Studium, frühere Ausbildung, Freizeit, Sonstiges – Freitext)*

Den Abschluss des Fragebogens bilden drei offene, strukturierte Fragen, bei denen die Studierenden zum einen besonders wichtige Inhalte der ärztlichen Gesprächsführung, zum anderen Unsicherheiten in diesem Bereich sowie bereits Erlerntes während des Studiums in Form von Freitext angeben können. Diese Fragen lauten folgendermaßen:

- *Welche Inhalte im Themenbereich der Gesprächsführung und Kommunikation sind Ihnen persönlich besonders wichtig?*
- *In welchen Bereichen fühlen Sie sich noch unsicher? / Wo würden Sie gerne mehr Hintergrundwissen bekommen?*
- *Welche Inhalte in diesen Bereichen haben Sie während Ihres Studiums bereits gelernt?*

Am Ende des Fragebogens hatten die Studierenden zusätzlich die Möglichkeit, Anmerkungen in Form von Freitext hinzuzufügen.

Die Pilotierung des Fragebogens fand in Form einer *focus group* mit einer Pädagogin, einer Ärztin und zwei Studierenden statt. Hierbei wurden Verständlichkeit und Handhabung des Fragebogens überprüft. (vgl. PORST 1998). Nach minimalen Veränderungen wurde der Fragebogen dann im Jahr 2006 allen 321 Studierenden des vierten vorklinischen Semesters

am Semesterende ausgeteilt. Anschließend wurden die Ergebnisse mit SPSS 18.0 ausgewertet. Der Original-Fragebogen ist in Anhang 1 beigefügt.

3.2.2 Ergebnisse der Bedarfsanalyse

Der in Abschnitt 3.1 vorgestellte Fragebogen wurde an 321 Studierende ausgegeben und von 235 Studierenden anonym ausgefüllt, womit eine gute Rücklaufquote von 73,2% erreicht wurde. Damit können die Ergebnisse nach FRIEDRICHS (1999) und KROMREY (2006) als repräsentativ für diese Stichprobe angesehen werden. Die deskriptiven Statistiken für die Fragen mit fünfstufiger Likert-Skala sind in der folgenden Tab. 1 dargestellt. Die detaillierte Auswertung und Darstellung der einzelnen Ergebnisse folgt daran anschließend.

Tab. 1: Deskriptive Statistik der Bedarfsanalyse aus dem Jahr 2006 (fünfstufige Likert-Skala; je kleiner der Wert, desto positiver die Antwort).

		Umgang mit "schwierigen" Patienten	Überbringen einer schlechten Nachricht	Ansprechen "heikler" Themen	Relevanz für Berufs- ausbildung	Bedeutung theoretischer Hintergründe	Vorbereitung auf Anamnese- gespräch
N	Gültig	232	231	234	234	234	232
	Fehlend	3	4	1	1	1	3
Minimum		1	1	1	1	1	1
Maximum		5	5	5	5	5	5
Mittelwert		3,13	3,40	2,55	1,39	2,03	2,76
Standardfehler des Mittelwertes		,055	,058	,050	,044	,056	,051
Median		3,00	3,00	3,00	1,00	2,00	3,00
Standardabweichung		,834	,888	,770	,667	,863	,774

Die Ergebnisse zur ersten Frage zeigen, dass anspruchsvolle Kommunikationssituationen, in denen beispielsweise mit depressiven oder schweisamen Patienten ein Gespräch geführt werden soll, die meisten Studierenden überfordern würden. Nur 21,6% der Medizinstudierenden fühlen sich im Umgang mit diesen „schwierigen“ Patienten sehr sicher oder sicher, auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „sehr sicher“ bis „sehr unsicher“ (vgl. Abb. 2).

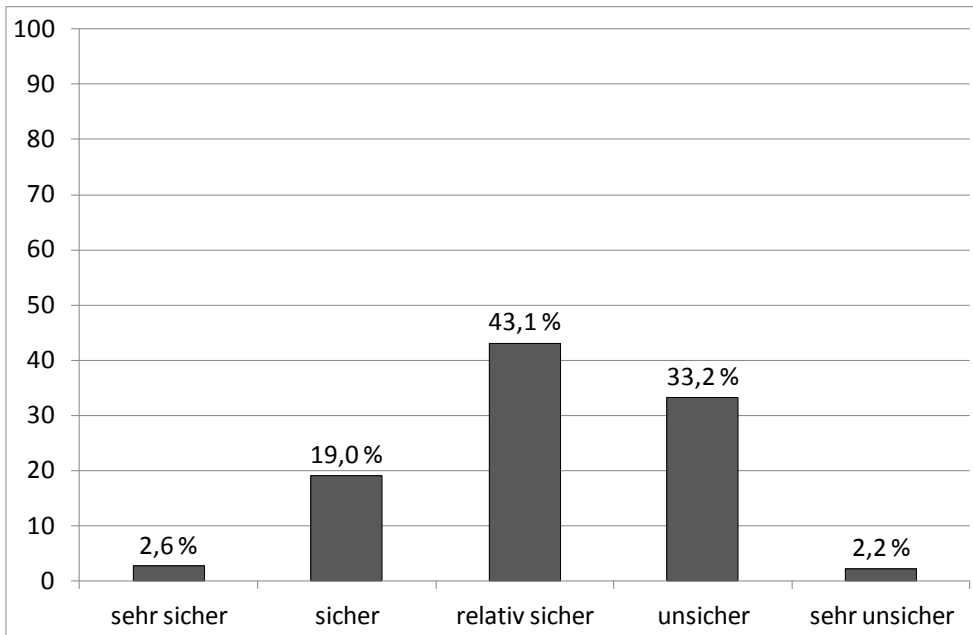


Abb. 2: Sicherheit im Umgang mit "schwierigen" Patienten. Selbsteinschätzung der Medizinstudierenden des vierten Semesters im Jahr 2006 (N=232) auf fünfstufiger Likert-Skala.

Auch die Aufgabe, einem Patienten eine schlechte Nachricht überbringen zu müssen, fällt den meisten Studierenden sehr schwer. Auf die Frage: „*Wie gut fühlen Sie sich darauf vorbereitet, einem Patienten eine schlechte Nachricht zu überbringen?*“ antworten 12,1% mit „sehr gut“ bzw. „gut“. Im Gegensatz dazu schätzen sich viele Medizinstudierende besser ein, wenn sie „heikle“ Themen, wie z.B. Alkohol- oder Drogenkonsum oder auch Fragen zur Sexualität im Gespräch mit dem Patienten besprechen sollen. Hier geben 47,4% an, „sehr gut“ bzw. „gut“ darauf vorbereitet zu sein (vgl. Abb. 3).

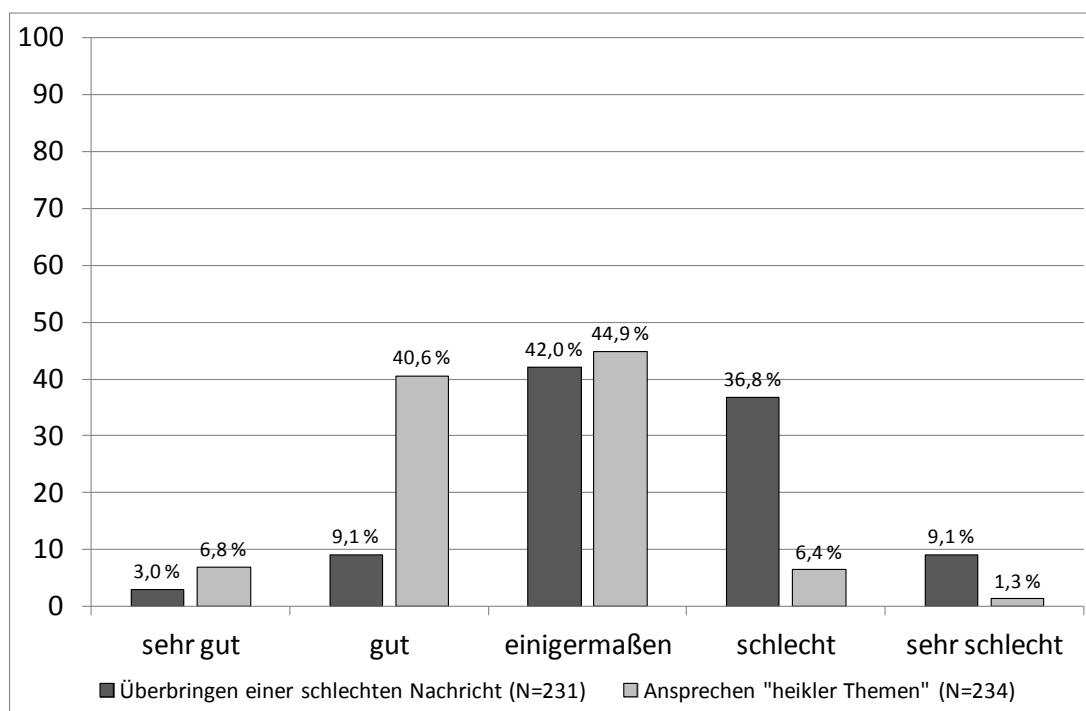


Abb. 3: Selbsteinschätzung der Studierenden des vierten Semesters im Jahr 2006 in Bezug auf schwierige Themen in der Kommunikation mit Patienten auf fünfstufiger Likert-Skala.

Der Ausbildung in ärztlicher Gesprächsführung messen die Studierenden einen sehr hohen Stellenwert bei, wie die Beantwortung folgender Frage zeigt: „*In wieweit halten Sie die Ausbildung in den Bereichen Gesprächsführung und Kommunikation für Ihren späteren Beruf für relevant?*“ Auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „sehr wichtig“ bis „sehr unwichtig“ gaben 94% der Studierenden an, dass ihnen dies „sehr wichtig“ bzw. „wichtig“ sei (vgl. Abb. 4). Theoretische Hintergründe im Bereich der Kommunikation und Gesprächsführung für ihren späteren Beruf waren 70,9% der Studierenden sehr wichtig bzw. wichtig (vgl. Abb. 5).

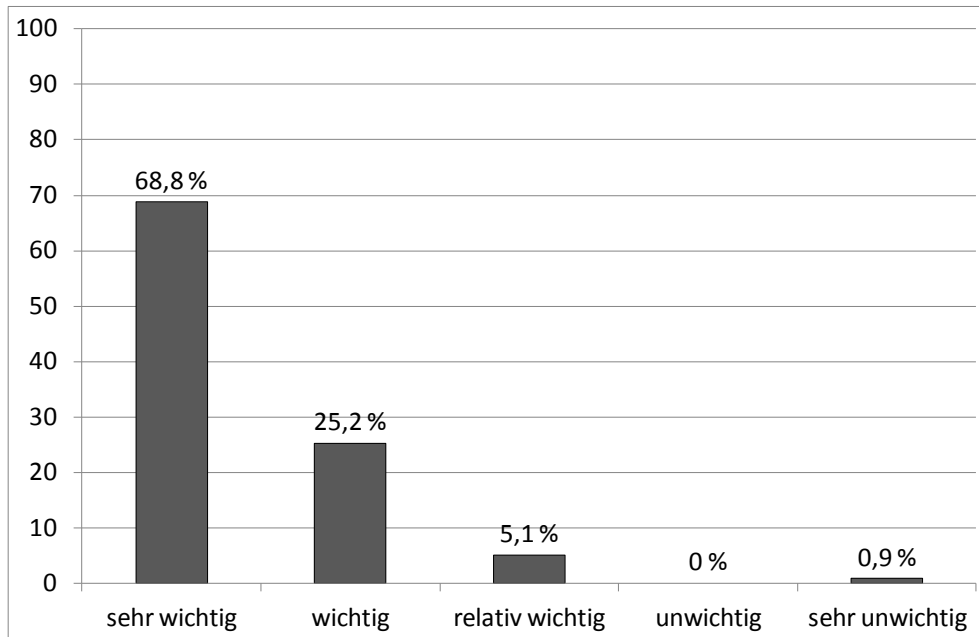


Abb. 4: Relevanz der Ausbildung in Gesprächsführung für den späteren Beruf. Selbsteinschätzung der Medizinstudierenden des vierten Semesters im Jahr 2006 (N=232) auf fünfstufiger Likert-Skala.

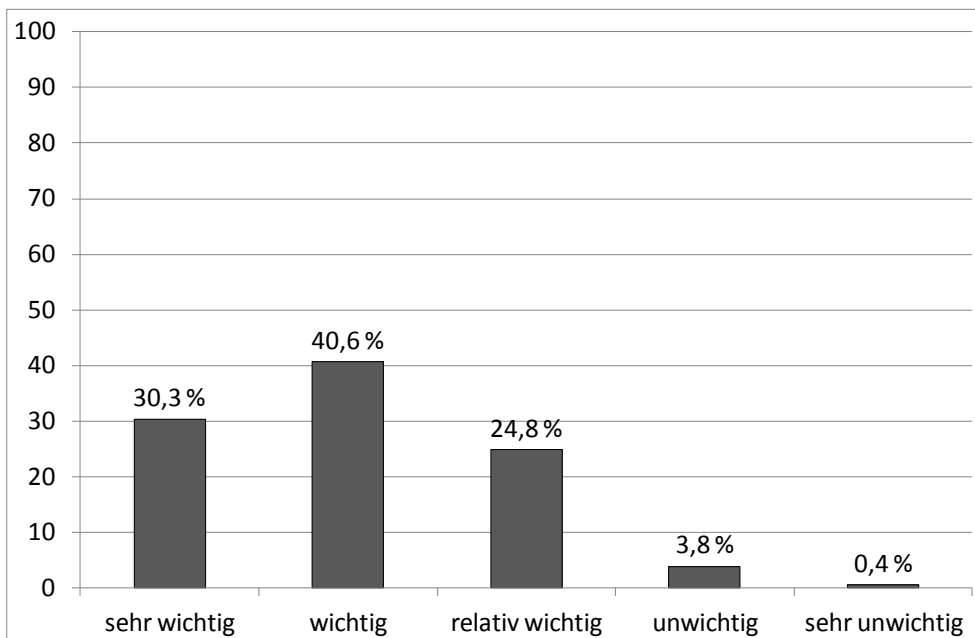


Abb. 5: Bedeutung der theoretischen Hintergründe von Kommunikation für den späteren Beruf. Selbsteinschätzung der Medizinstudierenden des vierten Semesters im Jahr 2006 (N=234) auf fünfstufiger Likert-Skala.

Für die methodische Gestaltung des neuen Kurskonzeptes wurden die Studierenden gefragt, welche Methoden sie aus ihrer Sicht in einem Kurs zur Anamneseerhebung und Gesprächsführung bevorzugen und als effektiv einschätzen würden. Abb. 6 zeigt, dass sich fast alle Medizinstudierenden wünschen, ein Anamnesegespräch mit einem „echten“ Patienten führen zu können (95,6%). Eine „ideale Anamnese“ in Form einer vorgeführten Anamnese durch den Dozenten des Kurses wünschen sich 52% der Studierenden. Die Möglichkeit ein eigenes Gespräch auf Video aufzuzeichnen und anschließend zu analysieren, wird von 43,2% der Medizinstudierenden als effektive Methode genannt. Knapp ein Drittel der Befragten (31,3%) sehen ein Rollenspiel, das Dozenten und Studierenden miteinander führen, als effektiv an.

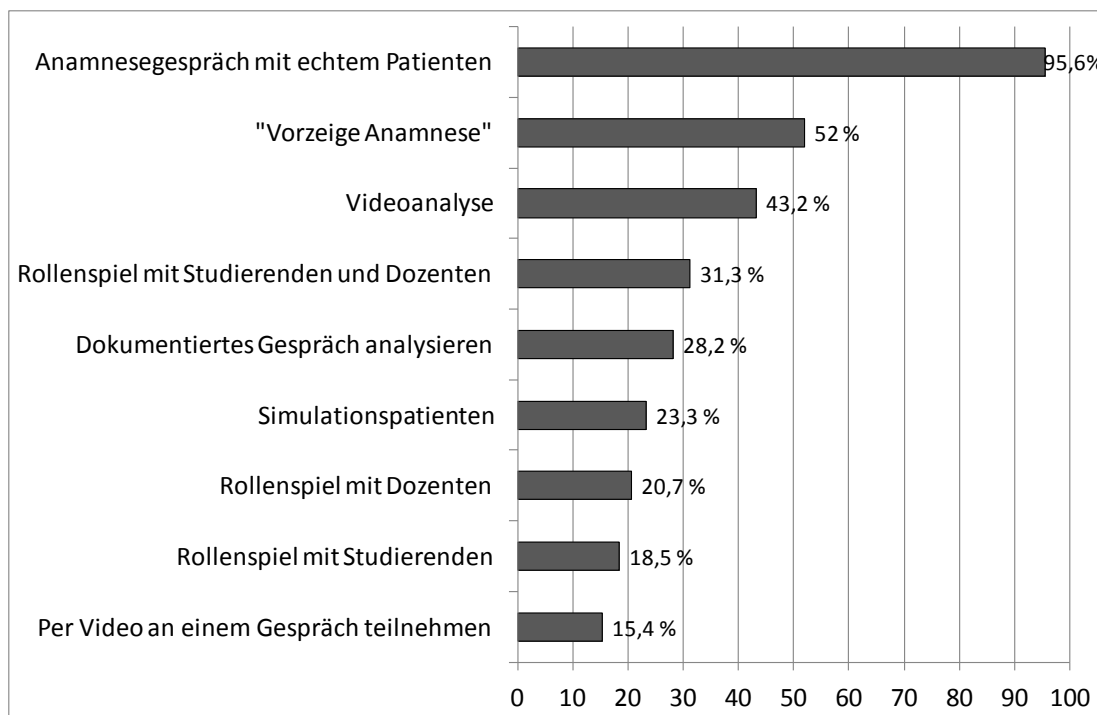


Abb. 6: Effektive Methoden für einen Kurs zur Anamneseerhebung und Gesprächsführung aus Sicht der Studierenden im Jahr 2006 (N=235). Mehrfachnennungen waren möglich.

Um das Vorwissen der Studierenden zu erfassen, wurden sie gefragt, wie gut sie sich bisher darauf vorbereitet fühlen, ein Anamnesegespräch zu führen. Wie in Abb. 7 zu sehen ist, gaben 32,3% der Studierenden an, sich sehr gut oder gut auf Anamnesegespräche vorbereitet zu fühlen.

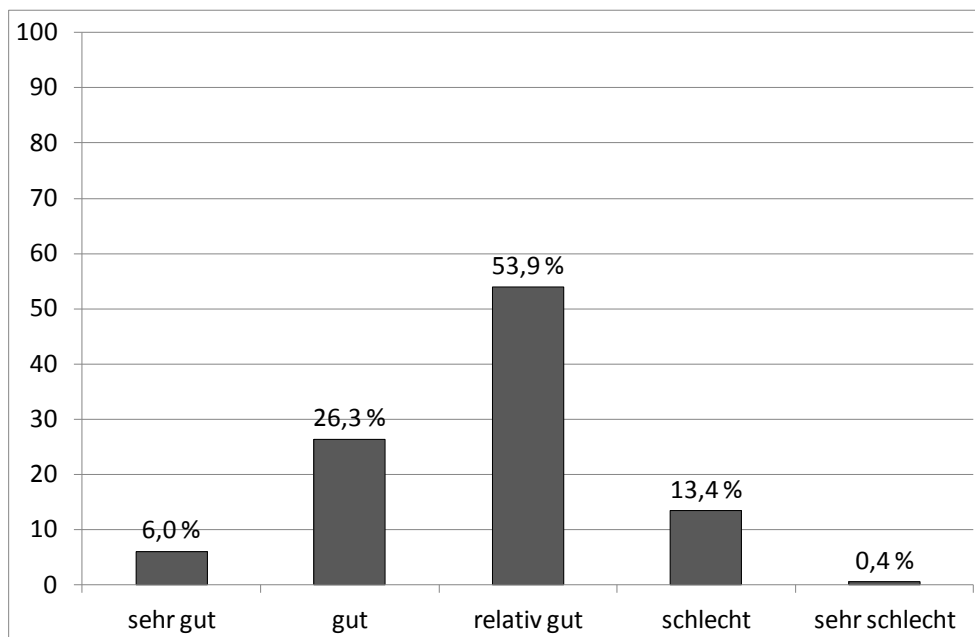


Abb. 7: Selbsteinschätzung der Studierenden des vierten Semesters im Jahr 2006 in Bezug auf ihre Vorbereitung, ein Anamnesegespräch zu führen (N=232) auf fünfstufiger Likert-Skala.

Auf die Frage, ob ihnen der grundsätzliche Ablauf eines Anamnesegesprächs im bisherigen Kurs vermittelt worden sei, antworteten 97% der Studierenden mit „ja“. Die detailliertere Frage nach dem Wissen der wichtigsten Gliederungspunkte einer Anamnese beantworteten lediglich 75,9% der Studierenden mit „ja“, 23,3% mit „teilweise“ und 0,9% mit „nein“.

Die folgenden drei Fragen bezogen sich auf das bereits erworbene Wissen der Studierenden zu verschiedenen Themen der Kommunikation. Auf die Frage: „*Haben Sie etwas über die Rahmenbedingungen (z.B. Sitzordnung, Gestaltung der Räumlichkeiten) eines Anamnese-Gesprächs gelernt?*“ antworteten 65,5% der Studierenden mit „ja“; 34,5% der Studierenden verneinten, in dem stattgefundenen Anamnesekurs darüber etwas gelernt zu haben.

Die Frage „*Können Sie mit dem Begriff „Nonverbale Kommunikation“ etwas verbinden?*“ beantworteten 93% der Studierenden mit „ja“. Für die Kursplanung war an dieser Stelle von

Interesse, woher den Studierenden die Nonverbale Kommunikation bekannt war. Hier waren Mehrfachnennungen möglich. Die Ergebnisse sind in Abb. 8 dargestellt.

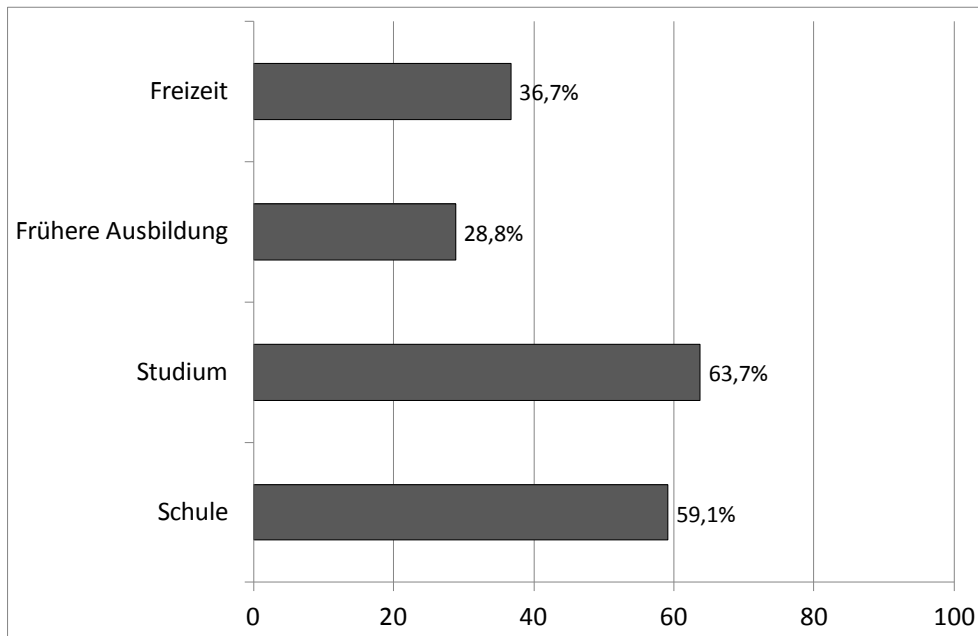


Abb. 8: Kontexte, aus denen den Studierenden die Nonverbale Kommunikation bekannt war (Mehrfachnennungen waren möglich, N=228).

Die Frage „*Welche Gesprächstechniken sind Ihnen bekannt?*“ wurde durch die drei vorgegebenen Antwortkategorien „*Aktives Zuhören*“, „*Verbalisieren*“ und „*Paraphrasieren*“ strukturiert, um zu vermeiden, dass an dieser Stelle zu viele unterschiedliche Einzelantworten gegeben werden. Da diese drei Gesprächstechniken auch im neuen Kurs vermittelt werden sollten, wurden sie an dieser Stelle abgefragt. Die Antworten der Studierenden fielen hierzu sehr unterschiedlich aus, wie Abb. 9 zeigt. So war den meisten Befragten (75,9%) das *Aktive Zuhören* bekannt, während die Technik des *Paraphrasierens* nur 26,6% kannten. Das *Verbalisieren* war gut der Hälfte der Studierenden (58,6%) als Gesprächstechnik bekannt.

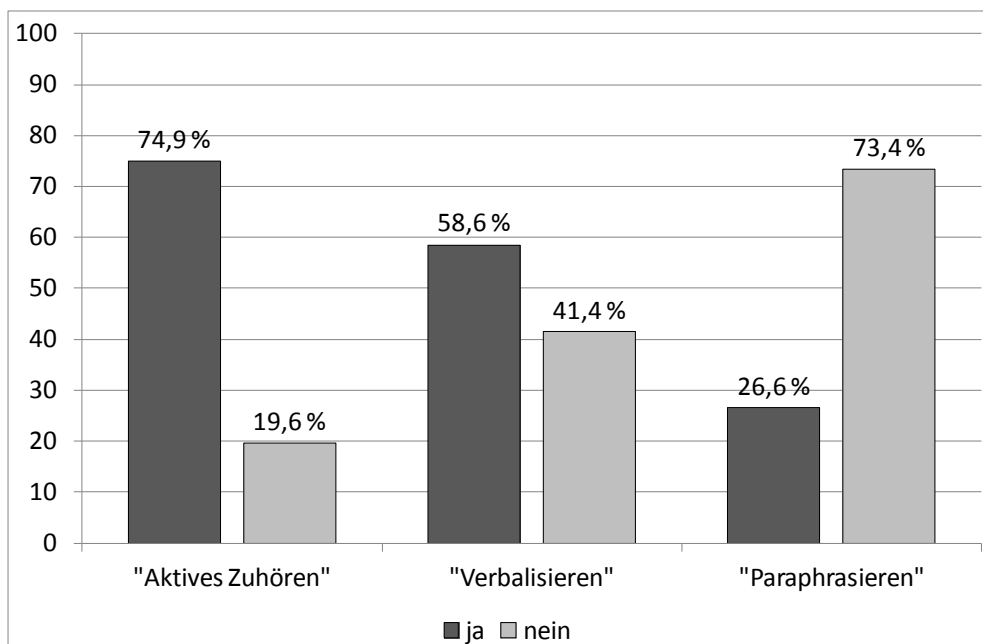


Abb. 9: Angabe der Studierenden des vierten Semesters im Jahr 2006 in Bezug auf ihre Kenntnisse zu den Gesprächstechniken „Aktives Zuhören“, „Verbalisieren“, „Paraphrasieren“ (N=228). Zwei Antwortmöglichkeiten („ja – „nein“).

Auch bei den Gesprächstechniken sollte angegeben werden, woher die Studierenden sie kennen (Mehrfachnennungen waren möglich). Hier zeigte sich deutlich, dass dieses Thema vor allem während des Studiums behandelt worden war (vgl. Abb. 10).

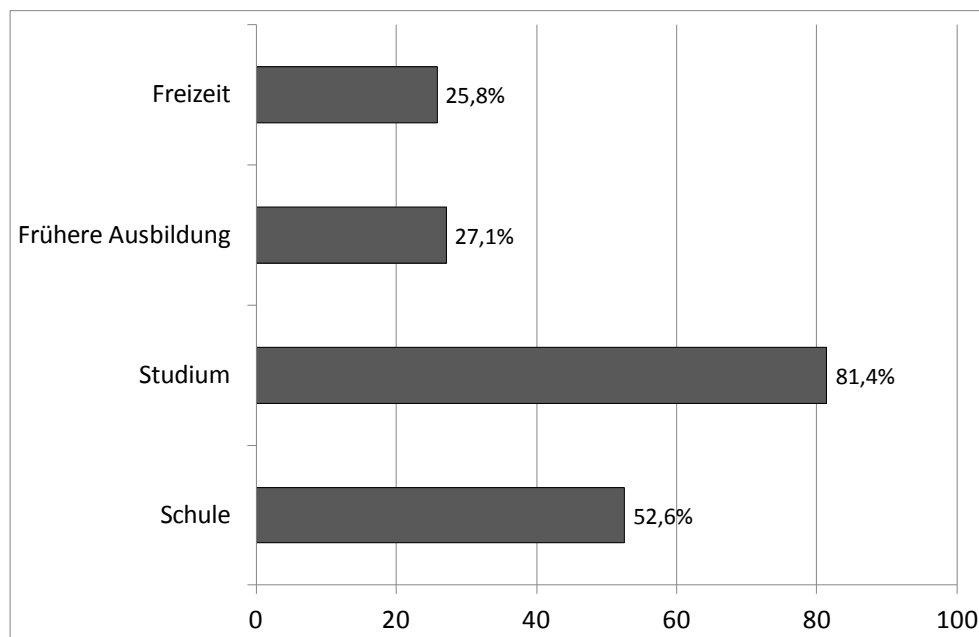


Abb. 10: Kontexte, aus denen den Studierenden Gesprächstechniken bekannt sind (Mehrfachnennungen möglich, N=228).

Abschließend hatten die Studierenden die Möglichkeit, im Rahmen von drei Freitext-Fragen, weitere, bisher nicht berücksichtigte, wichtige persönliche Angaben bzw. Anmerkungen zu machen. Die Antworten wurden thematisch geclustert und sind in den Abbildungen 11 und 12 dargestellt. Die Zusammenfassungen sind nach Häufigkeit der Nennungen in Prozent dargestellt. Im Sinne der Repräsentativität wurden ab einer Anzahl von fünf Prozent die Antworten der Studierenden in die Darstellung aufgenommen.

Auf die erste Frage: „*Welche Inhalte im Themenbereich der Gesprächsführung und Kommunikation sind Ihnen persönlich besonders wichtig?*“ antworteten insgesamt 124 Studierende. Dem Patienten zuzuhören bzw. auf den Patienten einzugehen war 16% bzw. 15% der Antwortenden besonders wichtig. Eine gute Gliederung des Gesprächs, der Umgang mit schwierigen Patienten sowie offene Fragen im Gespräch zu stellen wurde weiterhin von vielen Studierenden als besonders wichtig erachtet (vgl. Abb. 11).

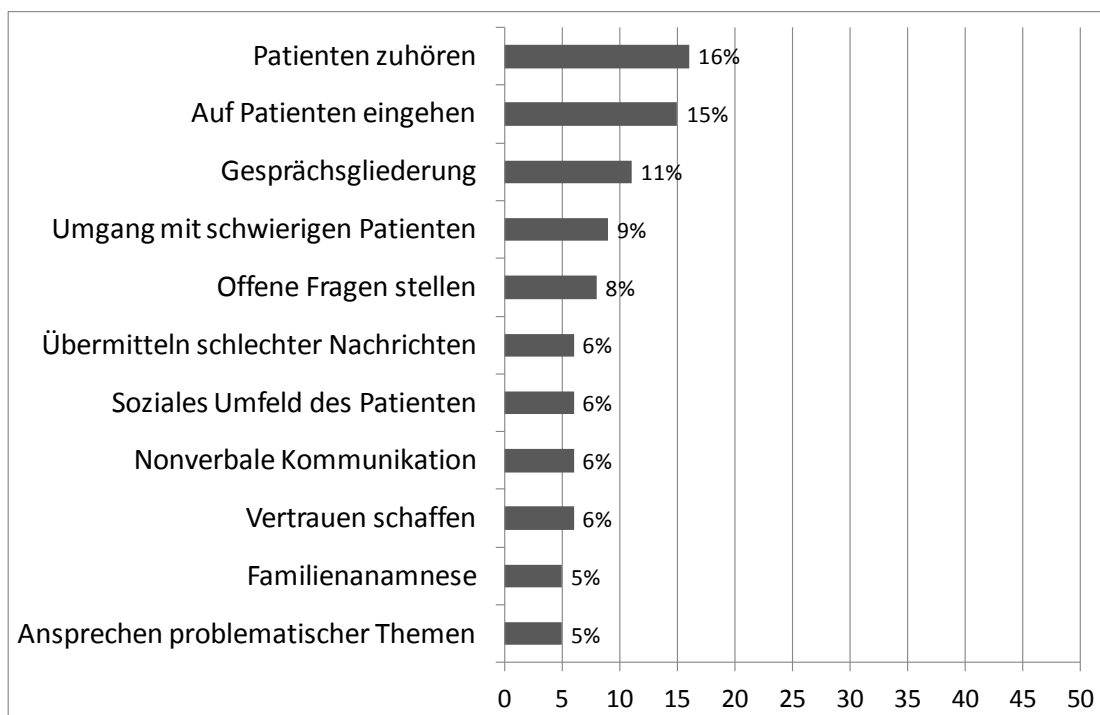


Abb. 11: Inhalte der ärztlichen Gesprächsführung, die den Studierenden besonders wichtig sind. Thematisch geclusterte Freitext-Antworten von N=124 Studierenden.

Die zweite Frage „*Welche Inhalte in diesen Bereichen haben Sie während Ihres Studiums bereits gelernt?*“ beantworteten insgesamt 63 Studierende. Hier konnten nur drei Antwortcluster gebildet werden. 13% der Antwortenden sagten, dass sie während ihres Studiums bisher keine dieser Inhalte gelernt hatten. Demgegenüber nannten 11%, dass sie das Stellen offener Fragen gelernt hätten und 10 % nannten an dieser Stelle den Ablauf eines Anamnesegesprächs, der ihnen vermittelt worden war.

Auf die dritte Frage „*In welchen Bereichen fühlen Sie sich noch unsicher? / Wo würden Sie gerne mehr Hintergrundwissen bekommen?*“ antworteten 99 der befragten Studierenden. Besonders beim Überbringen schlechter Nachrichten (28%) sowie beim Umgang mit schwierigen Patienten (21%) waren sich die Antwortenden noch recht unsicher. Aber auch beim Aufbau eines Anamnesegesprächs, dem Ansprechen heikler Themen sowie dem praktischen Üben wünschten sich die Studierenden noch mehr Unterstützung (vgl. Abb. 12).

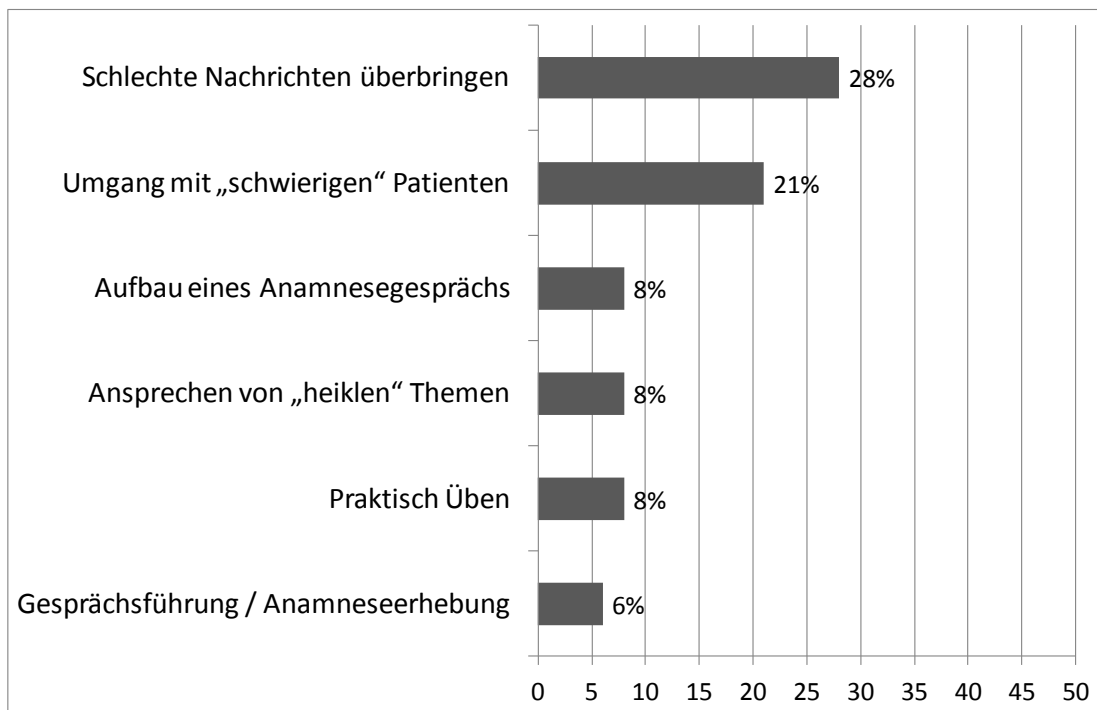


Abb. 12: Bereiche der ärztlichen Gesprächsführung, in denen sich die Studierenden noch unsicher fühlen. Thematisch geclusterte Freitext-Antworten von N=99 Studierenden.

3.3 Analyse der bestehenden Rahmenbedingungen

Wie in Abschnitt 2.3 beschrieben, ist die Lernumgebung ein wichtiger Faktor für gelingendes Lernen. Lernen ist immer auch ein situativer Prozess und damit von den Rahmenbedingungen abhängig. Bei der Neukonzeption eines Kurses sind daher die institutionell vorgegebenen Rahmenbedingungen vor Ort, die zur Verfügung stehenden Ressourcen sowie inhaltliche Abstimmungen mit den Verantwortlichen anderer Kurse von entscheidender Bedeutung. Nur auf diese Weise kann ein Konzept passgenau und erfolgreich in ein bereits bestehendes Curriculum integriert werden.

Für die Kursentwicklung im Rahmen dieser Arbeit wurden daher das Curriculum und die bestehenden Strukturen des Medizinstudiums an der Goethe Universität in Frankfurt am Main analysiert. Darüber hinaus wurden mit den Verantwortlichen vor Ort (Studiendekan, Unterrichtsbeauftragte, Dozenten) Gespräche geführt, um einen detaillierteren Überblick über die praktische Umsetzung der curricularen Inhalte zu erhalten, welche die hier relevanten Themen der ärztlichen Gesprächsführung betreffen.

Der Fachbereich Medizin der Goethe Universität Frankfurt besteht aus insgesamt 24 Kliniken und Instituten mit verschiedenen Forschungsschwerpunkten (Stand 2007). Neben der Forschung ist die Ausbildung von Studierenden der Medizin integraler Bestandteil der einzelnen Kliniken und Institute. Pro Jahr studieren in Frankfurt im vorklinischen Studienabschnitt ca. 380 Studierende Humanmedizin. Das Studium besteht aus insgesamt 12 Semestern. Es ist in einen vorklinischen (1. bis 4. Semester) und einen klinischen Studienabschnitt (5. bis 10. Semester) sowie das Praktische Jahr (11. bis 12. Semester) unterteilt. Nach dem vierten Semester findet der erste Abschnitt und nach dem zwölften Semester der zweite Abschnitt der Ärztlichen Prüfung statt (Stand 2007).

Im Curriculum des Fachbereichs Medizin an der Goethe Universität Frankfurt werden unter anderem folgende Richtlernziele (vgl. Abschnitt 2.4.2) als besonders wichtig angegeben (DEKANAT FACHBEREICH MEDIZIN 2014):

- *„Ausrichtung der Studieninhalte sowohl an den Bedürfnissen der praktisch tätigen Ärztinnen und Ärzte als auch an den Forschungsschwerpunkten unseres Fachbereichs“*
- *„Kompatibilität mit internationalen Standards der Mediziner Ausbildung“*
- *„Praxisbezug der Ausbildung“*
- *„Hohe psychosoziale Kompetenz in der Arzt-Patient-Beziehung“*

Die Pflichtkurse, welche die Studierenden belegen müssen, sind in jedem Semester vorgegeben, so dass alle Studierenden in derselben Reihenfolge dieselben Kurse durchlaufen. Im vorklinischen Studienabschnitt belegen die Studierenden hauptsächlich theoretische Kurse. Ab dem fünften Semester ändert sich dies. Von diesem Zeitpunkt an sind die

Studierenden regelmäßig in Form von Blockpraktika und Famulaturen auf verschiedenen Stationen in den Klinikalltag eingebunden und somit im Kontakt mit vielen Patienten.

Die bisherige Vorbereitung auf diese unterschiedlichen Kommunikationssituationen, auf welche die Studierenden bei ihren Praktika mit den Patienten treffen, findet im vierten vorklinischen Semester im Fach „Psychosoziale Grundlagen der Medizin“ statt. Der Kursverantwortliche des Faches „Psychosoziale Grundlagen der Medizin“ erläuterte in einem Abstimmungsgespräch zu den Kursinhalten, dass im Seminar „Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie“, welches mit 1,5 SWS unterrichtet wird, hauptsächlich Sachverhalte, Begriffe und Theorien vermittelt werden, welche für die schriftliche Prüfung nach dem vierten Semester relevant sind. Das Thema Kommunikation und ärztliche Gesprächsführung wird dabei lediglich an einem Seminartermin behandelt. Praktische Übungen oder Analysen konkreter Kommunikationssituationen finden dabei jedoch nicht statt.

Weiterhin existiert im vierten vorklinischen Semester der Kurs „Praktikum zur Einführung in die klinische Medizin“. Dieser Pflichtkurs besteht inhaltlich und organisatorisch aus zwei verschiedenen Teilen und soll die Studierenden auf den Kontakt mit den Patienten im klinischen Studienabschnitt vorbereiten. Im sog. „Untersuchungskurs klinische Medizin“ (UKM) werden den Studierenden von Tutoren aus höheren Semestern verschiedene klinische Untersuchungstechniken vermittelt. Lehrinhalt des anderen Teils ist die Vermittlung der Vorgehensweise bei der Anamneseerhebung. Da eine gelungene Anamneseerhebung gute kommunikative Fähigkeiten voraussetzt, wurde dieser Kursteil für die angestrebte Neugestaltung im Rahmen der vorliegenden Arbeit ausgewählt. Im Folgenden wird dieser Kursteil als „EKM-Kurs“ bezeichnet.

In Gesprächen mit dem Unterrichtsbeauftragten der Klinik für Innere Medizin zeigte sich, dass in dieser Klinik ab dem Sommersemester 2007 für alle Studierenden des fünften Semesters ein neuer, verpflichtender Kurs implementiert werden sollte, um den Studierenden strukturiert klinische Untersuchungstechniken zu vermitteln.

Dies war für die Planung des zeitlichen Umfangs der einzelnen Kursteile (Anamneseteil und Untersuchungsteil) des im Rahmen dieser Arbeit neu zu entwickelnden Kurskonzeptes von Bedeutung. Der zeitliche Umfang der beiden Kursteile ist im Curriculum nicht festgelegt.

Bisher wurden beide Kurse mit insgesamt jeweils 10 Zeitstunden unterrichtet. Das Curriculum sieht vor, dass der Kurs zur Anamneseerhebung in Kleingruppen mit jeweils 15 Studierenden fachbereichsweit von Ärzten in den verschiedenen Kliniken und Instituten durchgeführt wird, so dass der Kurs insgesamt in ca. 26 Gruppen parallel läuft. Die Studierenden werden dabei zufällig in eine dieser Kursgruppen eingeteilt. Lernziele oder ein inhaltliches Konzept waren für diesen Kurs bisher nicht definiert. So war bislang auch die Erarbeitung kommunikativer Grundkenntnisse für die ärztliche Gesprächsführung, welche für eine Anamneseerhebung essentiell sind, curricular nicht verankert. Dies zeigte sich auch in den Scheinvergabekriterien, welche für diesen Kurs folgendermaßen lauteten:

„1. Regelmäßige Teilnahme: Die Teilnahme gilt als regelmäßig, wenn die Studierenden nicht mehr als eine Doppelstunde versäumt haben. 2. Erfolgreiche Teilnahme: Die erfolgreiche Teilnahme ist gegeben, wenn die Studierenden über einen Patienten eine qualifizierte schriftliche Ausarbeitung im Sinne einer Epikrise erstellt haben.“ (Beschluss des Fachbereichsrates Nr. R 249/2005).

Die Gestaltung des Kurses war in den einzelnen Gruppen sehr stark von den jeweiligen Dozenten (Ärzten) abhängig. Häufige Wechsel und Vertretungen der Dozenten bei den Anamnesekursen verhinderten oft eine kontinuierliche, sinnvoll aufeinander aufbauende Arbeit. Da die Kurse in den Räumen der jeweiligen Kliniken und Institute durchgeführt werden, ist die Ausstattung der Unterrichtsräume sehr verschieden. So gibt es Räume, in denen Beamer, Laptop, Pinnwand, Flipchart und Moderationsmaterialien zur Verfügung stehen und andere Räume, in denen nahezu keine Ausstattung vorhanden ist.

Eine Qualifizierung der Dozenten, welche die Anamnesekurse durchführen, gab es nicht. Die Dozenten zeigten den Studierenden die (Fach-)Anamnese, welche sie selbst in ihrem jeweiligen Fachgebiet täglich erheben. Da somit jede Abteilung ihre fachspezifischen Anamnesen vermittelte, waren auch die gelernten Inhalte der Studierenden je nach Kurszuteilung sehr unterschiedlich. Dies hängt sicherlich auch damit zusammen, dass sich innerhalb des Fachbereichs Medizin der Goethe Universität Frankfurt am Main jede Klinik bzw. jedes Institut als eigenständig versteht und daher die Lehre individuell gestaltet; gemeinsame, übergreifende Lehr-Veranstaltungen sind sehr selten. Abstimmungen untereinander oder aufeinander aufbauende Lehrinhalte gibt es praktisch nicht, da die Inhalte und

Schwerpunkte der einzelnen Lehrveranstaltungen oft individuell gesetzt werden. In verschiedenen Gesprächen mit dem Studiendekan wurde jedoch Unterstützung bei der Umsetzung des neuen, fachbereichsweiten Kurskonzeptes zugesagt.

3.4 Schlussfolgerungen aus den Analysen

Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse zeigen, dass die Studierenden die Ausbildung in ärztlicher Gesprächsführung für ihren späteren Beruf als enorm wichtig ansehen. Bisher fühlen sich die Studierenden auf das Führen von Anamnesegesprächen lediglich mittelmäßig vorbereitet. Schwierigere Gesprächssituationen würden die meisten Studierenden überfordern. Einige kommunikationstheoretische Inhalte haben die Studierenden bereits gelernt, vorwiegend während des bisherigen Studiums. Methodisch wünschen sich fast alle Studierenden mehr praktische Übungen in den Lehrveranstaltungen, wie beispielsweise das Führen eines Anamnesegesprächs mit einem echten Patienten.

Insbesondere aus den Freitext-Antworten geht hervor, dass die Lerninhalte des bestehenden Kurses in den einzelnen Gruppen sehr heterogen waren, so dass die Studierenden mit sehr unterschiedlichen Voraussetzungen in den klinischen Studienabschnitt gehen. Dies lässt sich mit einem einheitlichen Kurskonzept vermeiden, auch wenn der Kurs fachbereichsweit an verschiedenen Kliniken und Instituten durchgeführt wird. Daraus ergibt sich jedoch die Problematik, dass ein solches einheitliches Konzept weiterhin von Dozenten der unterschiedlichen Kliniken und Institute durchgeführt werden muss. Zur Gewährleistung einheitlicher Grundlagen und einer möglichst einheitlichen Vermittlung ist es notwendig, dass Lernziele definiert und die Dozenten geschult werden. Dies muss bei der Planung eines neuen Kurskonzeptes berücksichtigt werden.

Die Analyse der bestehenden Rahmenbedingungen hat gezeigt, dass das Thema der ärztlichen Gesprächsführung bisher im Frankfurter Curriculum nicht fest verankert war. Daher erschien es sinnvoll, es in den bereits bestehenden Anamnesekurs mit aufzunehmen. Der zeitliche Umfang des Untersuchungskurses und des Anamneseurses ist im Curriculum

nicht festgelegt. Beide Kurse wurden mit jeweils der Hälfte der zur Verfügung stehenden Zeit durchgeführt. Um dem ermittelten Bedarf gerecht zu werden, sollte in Zukunft mehr Zeit für die Anamneseerhebung eingeplant werden.

Für die curriculare Einbettung eines Themas muss dieses in der Regel einem bestimmten Fach zugeordnet werden. Die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen einem einzelnen Fach zuzuordnen, scheint dagegen wenig sinnvoll, da es verschiedenste Kommunikationssituationen im Alltag von Ärzten gibt, die nicht fachspezifisch sind (z.B. Aufklärungsgespräch vor einer Operation oder einem Eingriff, Überbringen einer schlechten Nachricht, Umgang mit schwierigen Patienten, etc.). Sinnvoller ist daher eine kontinuierliche Ausbildung der Medizinstudierenden, unabhängig von einem einzelnen Fach. Vorteilhaft scheint ein Konzept, das mit einem umfassenden, verpflichtenden Grundlagenkurs für alle Studierenden beginnt und auch übertragbar ist, so dass es auch von anderen Universitäten in ihren Lehrveranstaltungen eingesetzt werden kann. Für den deutschsprachigen Raum bietet sich dafür eine Orientierung an den Grobzielen des Basler Consensus Statements an (BACHMANN et al. 2009) (vgl. Abschnitt 2.4.2).

3.5 Das neue Kurskonzept

3.5.1 Erforderliche Änderungen der Rahmenbedingungen

Ein Ziel des neu gestalteten Kurses besteht darin, zukünftig alle Medizinstudierenden in Frankfurt am Main im Bereich der Anamneseerhebung und ärztlichen Gesprächsführung grundlegend auszubilden. Bisher wird im Fach „Psychosoziale Grundlagen der Medizin“ der Themenkomplex „Kommunikation und Gesprächsführung“ nur theoretisch vermittelt. Im Sinne eines aufeinander abgestimmten Curriculums und zur Vermeidung von Doppelungen der Inhalte, wurde gemeinsam mit den Verantwortlichen dieses Faches beschlossen, diesen Themenkomplex aus dem Fach „Psychosoziale Grundlagen der Medizin“ zu streichen und

die Inhalte dafür in den neuen Kurs zu integrieren, zumal beide Lehrveranstaltungen im vierten Semester stattfinden.

Durch die Implementierung eines neuen klinischen Untersuchungskurses im Fach Innere Medizin im fünften Semester schien es sinnvoll, den Teil der klinischen Untersuchungstechniken des bestehenden EKM-Kurses zu reduzieren, um auch hier Doppelungen der Inhalte zu vermeiden. Das neue Kurskonzept soll also Schwerpunkte auf die Anamneseerhebung und ärztliche Gesprächsführung legen, wie es auch den Ergebnissen aus der Bedarfsanalyse entspricht (vgl. Abschnitt 3.4). Daher werden ab dem Jahr 2007 für diesen Teil des Kurses sieben und für den Teil der klinischen Untersuchungstechniken drei Termine mit jeweils zwei Zeitstunden curricular verankert.

Um den Kurs entsprechend der in Kapitel 2 beschriebenen Methodik und Didaktik der Erwachsenenbildung durchführen zu können, sollte die Gruppengröße der einzelnen Kurse nur so groß sein, dass aktives Lernen stattfinden kann. Dies impliziert, dass alle Studierenden die Möglichkeit haben müssen, ein Anamnesegespräch mit einem Patienten eigenständig durchzuführen. Die methodische Gestaltung des neuen Kurses erlaubt zwei Anamnesegespräche pro Kurstermin (vgl. Abschnitt 3.5.3). Bei sieben Kursterminen ergibt dies eine maximale Gruppengröße von 14 Studierenden. Um aktives Lernen in Form der selbstständigen Anamnesegespräche tatsächlich zu gewährleisten, müssen die Scheinvergabekriterien des Kurses dahingehend geändert werden, dass neben der regelmäßigen Teilnahme auch eine eigenständige Durchführung eines Anamnesegesprächs mit einem Patienten für jeden Studierenden verpflichtend ist. Um diese Änderungen langfristig im Curriculum zu verankern und zu gewährleisten, dass sie auch umgesetzt werden, wurden die bestehenden Scheinvergabekriterien (vgl. Abschnitt 3.3) durch einen Beschluss des Fachbereichsrates folgendermaßen geändert: *„Die erfolgreiche Teilnahme ist gegeben, wenn die Studierenden konstruktiv im Kurs mitarbeiten und ein eigenes Anamnesegespräch mit einem Patienten unter Observation des betreuenden Hochschullehrenden durchführen.“* (Beschluss des Fachbereichsrates Nr. R 42/2009).

Geht man davon aus, dass die knapp 400 Studierenden in Gruppen zu maximal 14 Studierende eingeteilt werden, braucht man insgesamt ca. 30 Kurse und damit auch mindestens 30 Dozenten, die diese Kurse parallel durchführen. Da der Kurs keinem bestimmten Fach, Klinik oder Institut zugeordnet ist, sondern im gesamten Fachbereich

verankert ist, müssen auch die Dozenten aus den verschiedenen Kliniken und Instituten rekrutiert werden. Hier sollten die größeren Abteilungen mehr Dozenten zur Verfügung stellen als die kleineren. Da die Inhalte des neuen Kurskonzeptes in der ärztlichen Gesprächsführung liegen und damit ein Fokus auf nicht medizinische Inhalte gelegt wird, müssen die Dozenten zunächst selbst für den neuen Kurs qualifiziert werden. Nur dann können sie den Studierenden die neuen Inhalte kompetent weitergeben. Um dies zu gewährleisten, ist eine Dozentenschulung notwendig, die von einem Experten in diesem Bereich durchgeführt werden sollte. Alle Dozenten des neuen Kurses müssen daher nun zuvor verpflichtend an einer ganztägigen Dozentenschulung teilnehmen.

Das neue Kurskonzept soll einen einheitlichen Unterricht aller Studierenden gewährleisten. Betrachtet man die unterschiedliche Ausstattung der Unterrichtsräume, so muss das neue Kurskonzept so flexibel gestaltet werden, dass dies berücksichtigt wird. Das bedeutet, dass das Konzept vielfältige Unterrichtsmaterialien bieten sollte, die entsprechend der jeweiligen Ausstattung eingesetzt werden können (vgl. Abschnitt 3.5.4).

3.5.2 Lernziele und Inhalte

Die inhaltliche Ausgestaltung eines neuen Kurses ist von mehreren Faktoren abhängig und muss sich an verschiedene Vorgaben halten. So müssen sich die Richtlernziele (vgl. Abschnitt 2.4.2) dieses neuen EKM-Kurses an den von der ärztlichen Approbationsordnung geforderten Inhalten der ärztlichen Gesprächsführung und Anamneseerhebung orientieren. In der Approbationsordnung für Ärzte von 2002 wird die Bedeutung dieses Themas explizit in zwei Absätzen hervorgehoben. So heißt es in §1 Absatz 1:

„Die Ausbildung soll auch Gesichtspunkte ärztlicher Gesprächsführung sowie ärztlicher Qualitätssicherung beinhalten und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und mit Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens fördern.“

Und in §28 Absatz 2 heißt es:

„In der Prüfung hat der Prüfling fallbezogen zu zeigen, dass er die während des Studiums erworbenen Kenntnisse in der Praxis anzuwenden weiß und über die für den Arzt erforderlichen fächerübergreifenden Grundkenntnisse und über die notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten, auch in der ärztlichen Gesprächsführung verfügt. Er hat insbesondere nachzuweisen, dass er (...) die Technik der Anamneseerhebung (...) beherrscht. (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2002).

Weiterhin müssen auch die vom IMPP (Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen) formulierten Gegenstandskataloge bei der Planung berücksichtigt werden. Diese bilden die Grundlage für den ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung nach dem fünften Semester. Im Rahmen dieser Arbeit wurde der Gegenstandskatalog 1, *„Teilkatalog Grundlagen der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie“* (INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE UND PHARMAZEUTISCHE PRÜFUNGSFRAGEN 2005) zugrunde gelegt. Hierbei wurden vor allem die Bereiche *„Kommunikation und Interaktion“*, *„Besonderheiten der Kommunikation und Interaktion“* sowie *„Exploration und Anamnese“* berücksichtigt.

Eine weitere Grundlage für die Entwicklung des neuen Kurskonzeptes bildeten die Groblernziele des Basler Consensus Statements für das zweite Studienjahr, da der Kurs im vierten Semester, also gegen Ende des zweiten Studienjahres, durchgeführt wird. Im Basler Consensus Statement werden für das zweite Jahr folgende Groblernziele beschrieben:

„Im zweiten Jahr erlernen die Studierenden allgemeine Gesprächstechniken wie Fragetechniken, Gesprächsstrukturierung und Fertigkeiten für eine positive Beziehungsgestaltung; verschiedene Aspekte der ärztlichen sozialen Verantwortung werden gelehrt. Gesprächssituationen mit Patienten werden anhand von Video-beispielen auf diese Aspekte hin analysiert, Segmente im Rollenspiel mit Mit-studierenden und Simulationspatienten trainiert und reflektiert.“ (BACHMANN et al. 2009).

Zusätzlich werden aus dem ersten Jahr folgende Groblernziele mit in das Konzept aufgenommen, da sie für einen Anamnesekurs essentiell sind und im Frankfurter Curriculum bisher nicht vorhanden sind:

„Im ersten Jahr erlernen die Studierenden Kommunikationsmodelle, Feedbackregeln und Basisfertigkeiten der Kommunikation (...). Kommunikative und soziale Kompetenzen werden in Kleingruppen unter Supervision im Feedback (...) praktisch geübt (...).“ (BACHMANN et al. 2009).

Die Feinlernziele des neuen Kurses basieren auf den Ergebnissen des erhobenen Vorwissens der Studierenden (vgl. Abschnitt 3.2.2). Basierend auf den beschriebenen Richt- und Groblernzielen sowie auf der Grundlage der Ergebnisse der Bedarfsanalyse wurden für den neuen EKM-Kurs die Inhalte und Feinlernziele entwickelt, die in Tab. 2 dargestellt sind. Neben dem praktischen Üben von Anamnesegesprächen sollen an den einzelnen Kurs-terminen verschiedene kommunikationstheoretische Grundlagen erarbeitet werden, um auf diese Weise die Gespräche kontinuierlich zu verbessern und umfassend reflektieren zu können.

Tab. 2: Inhalte und Lernziele des EKM-Kurses im Jahr 2007 in Bezug auf das jeweilige Kursmodul.

Modul	Inhalte	Lernziele
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführung in das Thema Anamneseerhebung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sie können den Begriff „Anamnese“ definieren ▪ Sie können die Gliederung einer ausführlichen Anamnese benennen ▪ Sie können eine Erst-Anamnese von einer symptombezogenen Anamnese unterscheiden
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Ablauf eines Anamnesegesprächs ▪ Grundlagen des Feedbacks 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sie können den Ablauf eines Anamnese-Gesprächs beschreiben ▪ Bei der selbst durchgeführten Anamnese mit einem Patienten reflektieren Sie den Beginn, den Abschluss und das Setting des Gesprächs ▪ Sie können die Grundlagen und Techniken des Feedbacks benennen ▪ Sie geben Ihren Kommilitonen konstruktives Feedback
3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die „Kunst der Frage“ ▪ Grundlagen der Kommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sie können verschiedene Fragetechniken und Fragetypen aufzählen ▪ Sie können verschiedene Fragetypen voneinander unterscheiden ▪ Sie können das Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun beschreiben.
4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktives Zuhören / Gesprächstechniken ▪ Grundhaltungen nach Rogers (Empathie, Akzeptanz, Kongruenz) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sie können die wesentlichen Merkmale des Aktiven Zuhörens benennen ▪ Sie können verschiedene Gesprächstechniken beschreiben und anwenden ▪ Sie können die Grundhaltungen der Gesprächsführung nach Carl Rogers darstellen und im Gespräch durchführen

Tab. 2 (Forts.): Inhalte und Lernziele des EKM-Kurses im Jahr 2007 in Bezug auf das jeweilige Kursmodul.

Modul	Inhalte	Lernziele
5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nonverbale Kommunikation ▪ Die Pause im Gespräch 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sie können die wesentlichen Merkmale der Nonverbalen Kommunikation beschreiben ▪ Sie können die verschiedenen Bedeutungen der Pause in Gesprächen benennen und im eigenen Gespräch anwenden
6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzt-Patienten-Beziehung ▪ Gesprächsstile (direktiv – non-direktiv) ▪ Partizipative Entscheidungsfindung ▪ Compliance/Adhärenz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sie können verschiedene Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung beschreiben und voneinander unterscheiden ▪ Sie können den direktiven vom non-direktiven Gesprächsstil unterscheiden ▪ Sie können das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung darstellen ▪ Sie können die wichtigsten Merkmale der Compliance / Adhärenz benennen
7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wahrnehmung ▪ Übertragung und Gegenübertragung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sie können die Grundlagen der menschlichen Wahrnehmung und Wahrnehmungstäuschungen benennen ▪ Sie können die wesentlichen Aspekte der Übertragung und Gegenübertragung beschreiben

3.5.3 Methodische Gestaltung

Wie in Abschnitt 2.4.3 beschrieben, sollte die methodische Gestaltung eines innovativen Kurses in der Erwachsenenbildung den Einsatz von Feedback, sozialem Lernen und erfahrungsbasierten Methoden berücksichtigen. Außerdem sollte auch auf die Bedürfnisse und das Vorwissen der Studierenden eingegangen werden. Fast alle Studierenden des EKM-Kurses wünschen sich – in Bezug auf die methodische Gestaltung des Kurses – Anamnese-gespräche mit Patienten führen zu können (vgl. Abschnitt 3.2.2). Dies wurde bei der Entwicklung des neuen Kurskonzeptes berücksichtigt. So ist der Einsatz von Patienten, mit denen die Studierenden Anamnese-gespräche führen, zentraler Bestandteil des Kurses. Im neuen Kurskonzept sind die einzelnen Kurstermine (Module) jeweils in zwei Abschnitte zu je einer Zeitstunde aufgeteilt:

Im ersten Teil führen zwei Studierende nacheinander jeweils ein Anamnese-gespräch mit einem Patienten. Ein Studierender wartet dabei so lange außerhalb des Raumes, bis sein Kommilitone das erste Gespräch mit dem Patienten geführt hat und die restliche Gruppe (einschließlich Dozent und Patient) dem ersten Studierenden Feedback gegeben hat. Danach ist er selbst an der Reihe und bekommt im Anschluss ebenfalls strukturierte Rückmeldungen. In dieser Phase werden auch medizinische Fragen gemeinsam besprochen. So können im Laufe der sieben Kurstermine alle Studierenden einmal die Arztrolle übernehmen und unmittelbar danach eine Rückmeldung durch die Gruppe, den Dozenten und den Patienten erfahren. Für die „Beobachter“ besteht die Spannung in diesem Kursteil vor allem in dem Vergleich der beiden Gespräche mit demselben Patienten. Die beiden Studierenden führen hierbei, je nach Vorerfahrung und persönlichem Kommunikationsverhalten, zwei ganz unterschiedliche Gespräche.

Im zweiten Kursteil, der ohne Patienten stattfindet, werden jeweils verschiedene kommunikationstheoretische Aspekte behandelt, die den Studierenden strukturiert und abwechslungsreich vermittelt werden. Die Themen werden in Form von Gruppenarbeiten, kurzen Vorträgen der Dozenten, Diskussionen, Einzelarbeit und Kartenabfragen behandelt. Aktive und reflexive Phasen wechseln sich dabei ab. Die aktive Teilnahme der Studierenden steht im Vordergrund und wird durch praxisnahe Übungen sowie vorgefertigte Materialien,

die jeder Dozent in Form einer vorbereiteten „Toolbox“ erhält, unterstützt (vgl. Abschnitt 3.5.4).

Feedback

Das Feedback, welches die „Beobachter“ den Studierenden geben, die das Gespräch geführt haben, findet auf eine vorgegebene, strukturierte Art und Weise statt. Um allgemeine Bewertungen und unkonkrete Beschreibungen zu vermeiden, wurden speziell für diesen Kurs Feedbackbögen entwickelt, deren Gestaltung sehr innovativ ist. Außerdem wurde Feedback als ein Thema im theoretischen Teil des zweiten Kurstermins integriert.

Die Feedbackbögen wurden den Inhalten der einzelnen Module entsprechend inhaltlich gestaltet. Sie werden von Modul zu Modul komplexer, indem die theoretischen Inhalte, die in den einzelnen Modulen erarbeitet werden, nach und nach in den Feedbackbogen als Beobachtungsaufgaben aufgenommen werden. So werden beispielsweise im dritten Modul die Bereiche „Gliederung einer Anamnese“, also die einzelnen medizinischen Aspekte einer Anamnese, welche im ersten Modul erarbeitet werden, die Struktur und der Ablauf eines Anamnesegesprächs sowie das Thema Feedback – diese Aspekte werden im zweiten Modul erarbeitet – als einzelne Beobachtungsaufgaben in den Feedbackbogen des dritten Moduls aufgenommen. Im dritten Modul wird das Thema Fragetechniken und Fragetypen behandelt. Die Beobachtungsaufgaben zu diesem Themenbereich werden dann im Feedbackbogen des vierten Moduls integriert. Im siebten Modul sind somit die Feedbackbögen am umfangreichsten und die Beobachter müssen während des Gesprächs auf viele verschiedene Aspekte achten. Um die Beobachter nicht zu überfordern und die Feedbackrunde möglichst interessant zu gestalten, achtet jeder Studierende nur auf einen Themenbereich. In den ersten Modulen achten somit mehrere Studierende auf ein Thema, in den letzten Modulen achtet dann fast jeder Studierende auf ein anderes Thema. Die Dozenten erhalten einen Feedbackbogen, der alle Aspekte, die von den verschiedenen Studierenden beobachtet werden, zusammenfasst und geben entsprechend zu den Bereichen Rückmeldung, die ihnen aufgefallen sind.

Durch die Verwendung dieser Feedbackbögen wird sehr konkret eine Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis hergestellt. Die Feedbackrunden, die Gruppenarbeiten und die Diskussionen fördern die Kooperation der Studierenden untereinander und schaffen ein angenehmes, faires Gruppenklima, in dem Fehler gemacht werden dürfen und sollen, um miteinander und voneinander lernen zu können.

Durch den modularen Aufbau, die verpflichtende Dozentenschulung (vgl. Abschnitt 3.5.5) und die Ausrüstung aller Dozenten mit zum größten Teil selbsterklärenden Arbeitsmaterialien für jeden Kursteil werden gute Voraussetzungen für einen einheitlichen Unterricht durch alle Dozenten der beteiligten Kliniken geschaffen, der nicht von technischen Möglichkeiten wie Beamern für Powerpoint-Präsentation oder Videogeräten für Aufnahmen von Patientengesprächen abhängig ist.

3.5.4 Unterrichtsmaterialien

Die Dozenten, die den neuen Kurs durchführen, erhalten umfangreiche Unterrichtsmaterialien, die im Rahmen dieser Arbeit speziell für diesen Kurs entwickelt wurden. Damit sollen sie, neben der Dozentenschulung, eine möglichst optimale Vorbereitung auf den Kurs bekommen und bei der Durchführung des Kurses unterstützt werden. Die praktische Umsetzung dieser Idee fand in Form einer sog. „Toolbox“ statt (vgl. Abb. 13). Diese Toolbox ist eine große Kiste, in der alle Materialien für den Kurs zusammengestellt sind. Jeder Dozent erhält eine eigene Toolbox für seine Gruppe. Materialien, die alle Studierenden erhalten sollen, sind jeweils in der Anzahl der teilnehmenden Studierenden des Kurses verfügbar und damit direkt im Kurs einsetzbar.



Abb. 13: Die Toolbox mit allen Unterrichtsmaterialien für die Dozenten der einzelnen Kurse.

Die Toolbox enthält eine kleine *Moderationsbox*, in der sich eine CD mit einer Power Point Präsentation zum Kurs sowie Moderationskarten, Marker, Klebestreifen, Magnete und vorgefertigte Rollenspiele befinden. Diese Rollenspiele sind für den Fall beigefügt, dass ein Patient kurzfristig doch nicht zur Verfügung stehen sollte und ein Studierender oder der Dozent die Patientenrolle übernehmen muss.

Weiterhin beinhaltet die Toolbox insgesamt sieben verschiedene Fächermappen (eine Mappe pro Modul), die jeweils folgende Materialien enthalten:

Ein *Plakat mit den Themen und Lernzielen* des Moduls im A3 Format. In Anhang 2 sind die Themen und Lernziele aller sieben Module beigefügt.

Detaillierte, spezifisch für diesen Kurs entwickelte *Ablaufpläne* für jedes Modul, die jeweils gleich gestaltet sind. Neben den Themen und Lernzielen des Moduls folgt in tabellarischer Form der zeitliche und inhaltliche Ablauf des Moduls. Für jede Lehrsequenz werden dabei in einzelnen Spalten die Dauer, die Inhalte, die Methoden und benötigten Materialien beschrieben. In Anhang 3 sind die Ablaufpläne der sieben Module beigefügt.

Ausführliche *Skripte* für die Dozenten zu den entsprechenden Themen der einzelnen Module. In diesen Skripten sind Hintergrundinformationen zu den theoretischen Inhalten

dargestellt und die Übungen, welche im Kurs durchgeführt werden sollen, werden ausführlich beschrieben.

Speziell entwickelte *Feedbackbögen* für Studierende und Dozenten, die zunehmend komplexer werden, indem sie die Inhalte der jeweils vorausgehenden Module mit aufnehmen (vgl. Abschnitt 3.5.3). Diese sind in den Anhängen 4 und 5 beigelegt.

Außerdem *Arbeitsblätter* für die Studierenden, *vorgefertigte Plakate* und *Karten für Gruppenarbeiten*, *Evaluationsbögen für Dozenten und Studierende* sowie bereits *adressierte Rückumschläge*, welche zur kontinuierlichen Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung des Kurses beitragen.

Notfalls sollen mit diesen Materialien auch kurzfristig einspringende Dozenten in der Lage sein, sich schnell in den Kursaufbau, die Inhalte und die jeweiligen Lernziele einzuarbeiten, um den Kurs durchführen zu können. Weiterhin haben die Studierenden die Möglichkeit, im Internet zu jedem Modul ein Kurs-Skript herunterzuladen.

3.5.5 Qualifizierung der Lehrenden

Ein besonderes Merkmal des neuen Kurskonzeptes ist die einheitliche Gestaltung des Kurses in den 30 parallel laufenden Gruppen. Um für alle Studierenden des vierten Semesters eine sowohl inhaltlich als auch methodisch-didaktisch vergleichbare Durchführung zu gewährleisten, ist eine entsprechende Qualifizierung der Lehrenden sehr wichtig (vgl. Abschnitt 2.4.4). Diese Qualifizierung ist jedoch mit besonderen Herausforderungen verbunden: Zum einen ist es in Frankfurt bisher nicht üblich, dass es spezielle Schulungen für Lehrende zur Vorbereitung auf einen Kurs gibt. Zum anderen müssen die Lehrenden, Ärzte der verschiedenen Kliniken und Institute, nicht nur methodisch-didaktisch im Bereich ihrer Lehrkompetenz, sondern auch inhaltlich im Bereich ihrer kommunikativen Kompetenzen geschult werden, da ihnen beide Bereiche während ihrer eigenen Aus- und Weiterbildung nicht vermittelt wurden. Um diese Herausforderungen im Rahmen der Entwicklung des

neuen Kurskonzeptes zu lösen, wurde speziell für die Lehrenden dieses Kurses eine eintägige Schulung konzipiert. Diese Dozentenschulung bereitet die Lehrenden sowohl im hochschuldidaktischen Bereich als auch inhaltlich im Bereich der kommunikativen Kompetenzen auf den Kurs vor.

Im Folgenden wird die Entwicklung dieses neuen Schulungskonzeptes kurz beschrieben. Dabei werden die spezifischen Rahmenbedingungen, welche bei der Durchführung der Schulung zu berücksichtigen waren, näher erläutert und es wird auf die inhaltliche und methodisch-didaktische Gestaltung der Schulung eingegangen.

Rahmenbedingungen

Grundvoraussetzung für einen gelingenden und ungestörten Schulungsablauf sind angemessene Räumlichkeiten sowie die kontinuierliche Teilnahme aller Teilnehmer an der Schulung. Auf dem Gelände und damit in allen Räumen des Klinikums gibt es jedoch ein Pager-Rufsystem. Jeder Arzt, der in der Patientenversorgung einer Klinik arbeitet, trägt einen Pager bei sich, so dass er auf seine Station gerufen werden kann und damit jederzeit erreichbar ist. Für einen ungestörten Schulungsablauf ist dies jedoch problematisch, da damit eine konzentrierte und kontinuierliche Arbeitsatmosphäre gestört wird. Aus diesem Grund wurden Räumlichkeiten außerhalb des Klinikums gesucht. Diese konnten an einem anderen Campus der Universität gefunden werden, sie standen kostenlos zur Verfügung.

Weiterhin ist für das Gelingen von neuen Konzepten die Unterstützung von Seiten der Leitung des Fachbereichs von großer Bedeutung. So war es in diesem Fall sehr wichtig und hilfreich, dass die Dozentenschulung vom Studiendekan als verpflichtende Veranstaltung für die durchführenden Dozenten deklariert und ein entsprechendes Einladungsschreiben zur Teilnahme an der Dozentenschulung von ihm unterschrieben wurde (vgl. Anhang 6).

Um sowohl die ärztliche als auch die pädagogische Perspektive und Herangehensweise an die verschiedenen Schulungsinhalte zu berücksichtigen, wurde das Schulungskonzept in Absprache mit einer Ärztin erarbeitet. So sollte angemessen auf die Zielgruppe eingegangen und das Vorwissen der Teilnehmer berücksichtigt werden. Die Schulung selbst wurde interdisziplinär in Form von *team-teaching* (Ärztin und Pädagogin) durchgeführt, um

entstehende Fragen und Probleme des medizinischen Alltags von beiden Perspektiven beleuchten und beantworten zu können.

Die Gruppengröße sollte 20 Teilnehmer nicht überschreiten, damit Gruppendiskussionen und Kleingruppenarbeiten effektiv durchgeführt werden können und die Teilnehmer die Möglichkeit haben, sich untereinander kennenzulernen. Hierbei spielen auch Raumgestaltung und Sitzordnung eine große Rolle, da sie einen Einfluss auf die Interaktion der Teilnehmer haben. Um Gruppendiskussionen und Kleingruppenarbeiten leicht zu ermöglichen, werden die Tische in U-Form, und einige Stühle in den Innenkreis gestellt, so dass ohne großen Aufwand Kleingruppen gebildet werden können. Mit Hilfe von Namensschildern wird vorab eine Sitzordnung der Teilnehmer festgelegt. Es wird darauf geachtet, dass nach Möglichkeit Männer und Frauen abwechselnd und Teilnehmer aus derselben Klinik oder demselben Institut nicht nebeneinander sitzen. Auf diese Weise soll von Beginn an ein gutes Arbeitsklima hergestellt und konstruktive Kleingruppenarbeiten ermöglicht werden. Weiterhin werden Getränke und Kleinigkeiten zum Essen bereitgestellt, um eine angenehme Atmosphäre herzustellen.

Ärzte müssen regelmäßig an Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen und diese durch Fortbildungspunkte, sogenannte CME-Punkte (Continuing Medical Education) belegen. Dies soll der medizinischen Qualitätssicherung und damit einer verbesserten medizinischen Versorgung dienen.³ Es ist daher sinnvoll, Schulungsangebote dieser Art zertifizieren zu lassen, um den Teilnehmern auf diese Weise einen zusätzlichen Anreiz und Nutzen zu bieten. Die im Rahmen dieser Arbeit neu entwickelte Dozentenschulung wurde als Fortbildungsmaßnahme bei der Landesärztekammer Hessen angemeldet und mit 10 CME-Punkten zertifiziert.

³ Die Ärztekammern der einzelnen Bundesländer zertifizieren die jeweiligen Fortbildungsveranstaltungen. In einem Zeitraum von fünf Jahren müssen mindestens 250 CME-Punkte nachgewiesen werden.

Inhaltliche Gestaltung und Ablauf der Dozentenschulung

Die Schulung wurde speziell für die Dozenten, die das neue Kurskonzept in die Praxis umsetzen sollen, konzipiert. Daher wurden die Inhalte der Dozentenschulung konkret auf die Inhalte des neuen Kurskonzeptes abgestimmt (vgl. Abschnitt 3.5.2). Der Fokus der Schulung liegt auf der gemeinsamen Erarbeitung dieser Inhalte. Der Ablauf der Schulung ist wie folgt: zunächst findet eine Begrüßung und Vorstellungsrunde der Teilnehmer statt. Im Anschluss daran werden die curricular vorgegebenen Rahmenbedingungen, wie Scheinvergabekriterien, Kursdauer und Gruppengröße geklärt. Dann wird den Teilnehmern das Prinzip der in Abschnitt 3.5.4 beschriebenen „Toolboxen“ mit den Arbeitsmaterialien für jeden Kurstag, die speziell für diesen Kurs entwickelt worden sind, vorgestellt. Im Anschluss daran werden der Ablauf und die Inhalte der sieben Module gemeinsam erarbeitet, Übungen exemplarisch durchgeführt und Hintergrundinformationen zu den einzelnen Modulthemen des neuen Kurskonzeptes gegeben.

Ein wesentlicher Schwerpunkt der Dozentenschulung wurde auf das Thema Feedback gelegt. Dieses Thema spielt nämlich zum einen später während des Kurses selbst eine wichtige Rolle (die Dozenten sollen den Studierenden in jedem Modul Feedback zu ihrem Anamnesegespräch geben) und zum anderen wird immer wieder betont, dass Ärzte in diesem Bereich schlecht ausgebildet sind. So schreibt unter anderem der Wissenschaftsrat in seinen Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Lehre und Studium, dass die Studierenden ihre Professoren in Bezug auf ein Feedback zu ihren Leistungen und ihren Lernfortschritt extrem schlecht bewerten (WISSENSCHAFTSRAT 2008). Während der Schulung wird daher immer wieder aktiv Feedback-Geben unter den Teilnehmern geübt.

Zum Abschluss der Schulung schreiben die Dozenten in Kleingruppen ein möglichst realistisches Rollenspiel, welches ein Anamnesegespräch mit einem Patienten beinhaltet und später im Kurs mit einem Studierenden anstelle eines Patienten eingesetzt werden kann. Eines dieser Rollenspiele wird dann von zwei Teilnehmern durchgeführt. Dieses Gespräch soll zum einen der Veranschaulichung eines Anamnesegesprächs dienen, da diese Gespräche Hauptbestandteil der zukünftigen Kurse sind. Zum anderen soll anhand dieses Gesprächs praktisch geübt werden, wie Feedback im künftigen Kurs richtig gegeben und empfangen werden soll. Anhand der erarbeiteten Feedback-Regeln und mit Hilfe der Beobachtungsbögen, die in den Toolboxen vorhanden sind, geben die anderen Kursteilnehmer eine

Rückmeldung zu diesem Gespräch, ähnlich wie später die Dozenten und Peers den Studierenden, die das Anamnesegespräch im Kurs durchgeführt haben. Gleichzeitig dient dieses simulierte Anamnesegespräch zum Abschluss der Schulung als Zusammenfassung der wesentlichen Schulungsinhalte, da das Gespräch zeigt, ob die erarbeiteten Inhalte der Schulung nun auch konkret umgesetzt werden können. Jeder Teilnehmer erhält außerdem ein Schulungsskript mit allen wesentlichen Inhalten (vgl. Anhang 7).

Methodisch-didaktische Gestaltung

Insbesondere bei zeitlich längeren Lehrveranstaltungen spielt die methodisch-didaktische Gestaltung eine wesentliche Rolle, um die Aufmerksamkeit und das Interesse der Teilnehmenden sowie die aktive Auseinandersetzung mit den Inhalten möglichst während der gesamten Zeit zu gewährleisten. Daher wurde bei der methodisch-didaktischen Gestaltung viel Wert auf einen abwechslungsreichen Ablauf der Schulung gelegt. So werden die Inhalte der Schulung in Form von vielen verschiedenen Methoden (Einzelarbeiten, Partnerarbeiten, Murmelgruppen, Gruppenarbeiten, Diskussionen, Übungen, Rollenspielen und Simulationen) gemeinsam erarbeitet (vgl. Ablaufplan der Dozentenschulung in Anhang 8). Es wurde darauf geachtet, dass alle Übungen, welche die zukünftigen Dozenten später mit den Studierenden in ihren Kursen durchführen sollen, im Rahmen der Schulung selbst ausprobiert und besprochen werden.

3.5.6 Einführung ins Curriculum

Das in diesem Kapitel beschriebene neue Kurskonzept zu Grundlagen der Anamneseerhebung und ärztlicher Gesprächsführung wurde auf der Grundlage der lerntheoretischen und hochschuldidaktischen Überlegungen, den Ergebnissen aus der Bedarfsanalyse und den Rahmenbedingungen vor Ort, entwickelt. Es ist passgenau auf die zukünftigen Lerner und

deren Lernumgebung zugeschnitten und wurde erstmals im Sommersemester 2007 in das bestehende Frankfurter Curriculum der Humanmedizin für alle Studierende des vierten vorklinischen Semesters implementiert. In 30 verschiedenen Gruppen zu je 13 Studierenden werden seither sieben zweistündige Kurstermine durchgeführt.

4 Evaluation des neuen Kurses

4.1 Übersicht über den Evaluationsprozess

In Tab. 3 ist der gesamte Evaluationsprozess, welcher dem neuen Kurskonzept zugrunde liegt, dargestellt. Wie bereits in Abschnitt 2.4.5 beschrieben, lässt sich dieser Prozess nach STUFFLEBEAM (1972) und STOCKMANN (2004) in drei verschiedene Phasen unterteilen: Die *Planungsphase*, die *Implementationsphase* und die *Wirkungsphase*. Die Ziele, die Funktionen und die daraus resultierenden Maßnahmen im Rahmen dieser Studie werden im Folgenden näher erläutert:

Die *ex-ante* Analyseperspektive der Planungsphase des neuen Konzeptes verfolgte zwei große Ziele. Erstens sollte der Bedarf der Zielgruppe, also der Medizinstudierenden des vierten vorklinischen Semesters, erhoben werden. In Form einer formativen Kontextevaluation wurden dazu die Bedürfnisse, Probleme und Kenntnisse der Medizinstudierenden in Bezug auf den gerade absolvierten EKM-Kurs schriftlich mit einem Fragebogen erhoben. Diese Analyse, einschließlich der Ergebnisse, wurden bereits in Abschnitt 3.2 dargestellt. Das zweite Ziel während der Planungsphase bestand darin, Möglichkeiten, Strategien und Pläne zur Realisierung des neuen Kurskonzeptes zu eruieren. Für diese formative Inputevaluation wurden am Fachbereich Medizin Gespräche mit Experten sowie Analysen der Rahmenbedingungen durchgeführt. Diese Analysen sind im Abschnitt 3.3 näher beschrieben.

Die *on-going* Analyseperspektive besteht aus verschiedenen Teilen, welche während der Implementationsphase des neuen Kurskonzeptes durchgeführt wurden. So wurden sowohl die Studierenden als auch die Dozenten zunächst im Jahr 2007, als der neu entwickelte Kurs erstmalig durchgeführt wurde, gebeten, jedes einzelne Kursmodul zu evaluieren. Die Ziele dieser formativen Evaluationen bestanden darin, eine Rückmeldung zur Angemessenheit, Durchführbarkeit und Zufriedenheit des neuen Kurskonzeptes zu erhalten, um nachfolgend das Konzept überarbeiten und optimieren zu können. Weiterhin wurden die Studierenden und Dozenten jedes Jahr nach dem Kurs in Form von verschiedenen kontinuierlichen, formativen Prozessevaluationen zu diversen Aspekten des Kurses befragt. Hierbei wurden

die Studierenden zusätzlich im Sinne einer Kontrollfunktion gefragt, ob Ihnen der grundsätzliche Ablauf eines Anamnesegesprächs vermittelt wurde und sie die wichtigsten Gliederungspunkte einer Anamnese kennen. Diese Evaluationen wurden in Form von Fragebögen durchgeführt, da diese eine Normierung und überprüfbare Gütekriterien gewährleisten. Zudem sind Fragebögen ökonomisch am sinnvollsten, weil dadurch eine große Zielgruppe erreicht wird (vgl. RINDERMANN 2009). Durch die Befragung aller Teilnehmenden kann auf diese Weise eine möglichst repräsentative Evaluation erreicht werden.

Wie in Abschnitt 3.5.5 bereits beschrieben, ist für die Dozenten, die den neuen Kurs durchführen, eine ganztägige Dozentenschulung verpflichtend. Mit Hilfe der formativen Prozessevaluation nach jeder Dozentenschulung wurden die Akzeptanz und Zufriedenheit dieser Schulung erhoben und die Bereiche benannt, welche verbessert werden sollten.

Die *ex-post* Analyseperspektive zielt auf die Wirksamkeit eines neuen Projektes oder einer durchgeführten Maßnahme (vgl. BORTZ & DÖRING 2002). Somit stellt sie auch eine Legitimationsfunktion dar, welche beweisen soll, dass die neue Maßnahme tatsächlich Verbesserungen darstellt. Wie in Abschnitt 2.4.5 erläutert, besteht eine Möglichkeit diese Verbesserungen zu messen darin, sogenannte reflexive Kontrollen durchzuführen. Dies wurde in der vorliegenden Arbeit durch den Einsatz von selbstentwickelten Selbsteinschätzungsbögen verwirklicht. Durch Befragungen der Studierenden vor und nach dem Kurs wurde auf diese Weise der individuelle Lernzuwachs der Studierenden im Bereich ihrer kommunikativen Kompetenzen gemessen (vgl. Abschnitt 5.3). Eine weitere Möglichkeit der *ex-post* Analyseperspektive besteht in der summativen Evaluation, welche gut in Form von Prüfungen, in denen unabhängige Beobachter die Leistungen der Prüflinge anhand vorab definierter Kriterien bewerten, durchgeführt werden können. Im Jahr 2007, nachdem der erste neue Kurs stattgefunden hatte, wurde zunächst eine Pilotierung einer solchen Prüfung durchgeführt. Diese Pilotierung ist sehr erfolgreich verlaufen. Daher fand in den beiden folgenden Jahren 2008 und 2009 für alle Studierenden verpflichtend eine Prüfung statt. Da sich in der Pilotphase zeigte, dass es kein adäquates Bewertungsinstrument gibt, welches die kommunikativen Kompetenzen der Studierenden valide misst, wurde zusätzlich ein solches Bewertungsinstrument entwickelt und validiert und dann in den verpflichtenden Prüfungen eingesetzt (SENNEKAMP et al. 2012). Dieses Bewertungsinstrument ist in Abschnitt 5.4 näher dargestellt.

Tab. 3: Übersicht über den Evaluationsprozess des neuen Kurses.

Der Evaluationsprozess - eine Übersicht							
Analyseperspektive	Phase des Prozesses	Art der Evaluation	Evaluationskonzept	Funktion	Ziel	Instrument	
"Ex-ante"	Planungsphase	Kontextevaluation	formativ/intern	Erkenntnisfunktion	Bedarf der Zielgruppe analysieren.	Fragebogen an Studierende des 4. vorklinischen Semesters, die den Kurs gerade absolviert hatten.	
		Inputevaluation	formativ	Erkenntnisfunktion	Möglichkeiten, Strategien und Pläne zur Realisierung beurteilen. Ressourcen und Rahmenbedingungen vor Ort eruieren.	Befragung der Verantwortlichen vor Ort (Expertenbefragung). Analyse der Rahmenbedingungen.	
"On-going"	Implementationsphase	Prozessevaluation	formativ/intern	Erkenntnisfunktion	Angemessenheit, Durchführbarkeit und Zufriedenheit des neuen Kurskonzeptes beurteilen. Akzeptanz/Zufriedenheit der verpflichtenden Dozentenschulung messen.	Evaluationsbögen im Jahr 2007 nach jedem Modul (Studierende und Dozenten). Jährliche Evaluationsbögen (selbstentwickelte und vorgegebene vom Fachbereich) nach dem gesamten Kurs (Studierende und Dozenten). Jährlicher Evaluationsbogen nach der Dozentenschulung.	
				Kontrollfunktion	Wurden die wichtigsten Inhalte vermittelt?		
"Ex-post"	Wirkungsphase	Produktevaluation	summativ intern und summativ extern	Legitimationsfunktion	Messung des Lernzuwachses in Form von Selbsteinschätzungen. Überprüfung der Ziele des Kurskonzeptes.	Selbsteinschätzungs-Fragebögen für Studierende vor und nach dem Kurs (jährlich). Pilotierung einer Prüfung im Jahr 2007. Prüfungen in den Jahren 2008 und 2009. Entwicklung eines Prüfungsinstrumentes (FROCK).	

4.2 Verwendete Evaluationsinstrumente

Wie in Tab. 3 dargestellt, wurden im Rahmen dieser Arbeit zu verschiedenen Zeitpunkten Evaluationsinstrumente mit unterschiedlichen Intentionen eingesetzt. In den folgenden Abschnitten werden chronologisch die einzelnen Evaluationsinstrumente, deren Einsatz sowie die Ergebnisse der Evaluationen und die daraus folgenden Konsequenzen beschrieben. Eine chronologische Übersicht aller Evaluationsinstrumente, welche die Zielgruppen, die Instrumente sowie die Inhalte darstellt, zeigt Tabelle 4. Alle beschriebenen Evaluationsinstrumente sind im Anhang beigefügt (vgl. Anhänge 9 bis 13). Die Entwicklung der einzelnen Evaluationsinstrumente erfolgte nach dem von RINDERMANN (2009) beschriebenen synthetischen Konstruktionsverfahren. Bei diesem Verfahren sollte

„Die Beurteilung der Veranstaltungsqualität (..) durch eine ausgewogene Mischung vorgegebener standardisierter Items, veranstaltungsspezifischer (und/oder selbst formulierter) Fragen und offener Fragen, auf die schriftlich in eigener Formulierung geantwortet werden kann, vorgenommen werden.“

So wurden in der vorliegenden Arbeit in einem ersten Schritt Studierende, Dozenten und Experten in Form von offenen Befragungen zu möglichen Items befragt. Im zweiten Schritt wurden Items aus ähnlichen bestehenden Fragebögen aufgenommen (*synkretistische Itemgenerierung*) (RINDERMANN 2009; RINDERMANN & AMELANG 1994) und in einem dritten Schritt wurden einige Items aufgrund kursspezifischer Inhalte in den Fragebogen integriert.

Im Rahmen dieser Arbeit werden zwei Zielgruppen – Studierende und Dozenten – unterschieden, die während des Erhebungszeitraums zu unterschiedlichen Zeitpunkten befragt wurden.

Die Studierenden wurden im ersten Jahr der Kursdurchführung (2007) zu allen sieben Modulen des neuen Kurskonzeptes jeweils am Ende des Moduls befragt, um konkrete inhaltliche Verbesserungen durchführen zu können.

Longitudinal wurden die Studierenden über fünf Jahre hinweg von 2007 bis 2011 am Ende des Kurses mit einem Abschluss-Evaluationsbogen gebeten, den gesamten Kurs zusammenfassend zu beurteilen. In den Jahren 2008 bis 2010 füllten die Studierenden außerdem nach

Abschluss des Kurses einen Evaluationsbogen des Dekanats des Fachbereichs Medizin aus. Hierbei handelt es sich um einen einheitlichen Bogen, der nach allen Lehrveranstaltungen ausgegeben und im Anschluss daran im Dekanat ausgewertet wird. Seit dem Jahr 2008 werden zusätzlich zu Beginn des Kurses die Selbsteinschätzungen der Studierenden in Bezug auf ihre Fähigkeit, Anamnesegespräche zu führen sowie eine Bewertung zur Relevanz ärztlicher Gesprächsführung für ihren späteren Beruf abgefragt. Befragungen von Studierenden als Zielgruppe

„(...) haben den großen Vorteil (...), daß sie [die Studierenden, Anm. d. Verf.] die Veranstaltungen im Vergleich zu möglichen Experten viel öfter besuchen (...). Und: Sie sind die eigentlichen Adressaten der Lehre, sie müssen durch die Lehre lernen, das Hochschulstudium ist für sie konzipiert.“ (RINDERMANN 2009).

Ebenso wie die Studierenden wurden die Dozenten im ersten Jahr der Kursdurchführung (2007) gebeten, die sieben Module des neuen Kurskonzeptes zu bewerten. Außerdem wurden die Dozenten im ersten Jahr nach Abschluss des Kurses qualitativ zu Möglichkeiten der Optimierung des Kurses befragt. Auch die Dozenten wurden longitudinal von 2007 bis 2011 nach Abschluss der einzelnen Kurse anhand eines Evaluationsbogens gebeten, ihren durchgeführten Kurs zusammenfassend zu beurteilen. Daneben wurden sie im Rahmen der verpflichtenden Dozentenschulung jährlich gebeten, die einzelnen Inhalte, das Kurskonzept sowie die Durchführung der Dozentenschulung zu bewerten.

Bei einigen Fragestellungen ist vor allem der longitudinale Vergleich über den gesamten Erhebungszeitraum hinweg von Interesse. Die Ergebnisse zu diesen Fragestellungen werden daher zusammenfassend dargestellt. Um mögliche Einflussfaktoren innerhalb der befragten Gruppe zu untersuchen, wurden die Studierenden zu ihrem Alter und Geschlecht sowie ihren Vorerfahrungen im medizinischen Bereich und ihren vorherigen Ausbildungen befragt. Um dieselben Studierenden vor und nach dem Kurs miteinander vergleichen zu können und gleichzeitig den Datenschutz der Studierenden zu wahren, wurde ein fünfstelliger Code eingeführt, der auf jedem Evaluationsbogen von den Studierenden eingetragen werden sollte. Dieser Code stellt eine Pseudonymisierung dar. Der Vorteil zur Anonymisierung besteht darin, dass verschiedene Evaluationsbögen, die auf dieselbe Art pseudonymisiert

wurden, miteinander in Bezug gesetzt und verglichen werden können. Dieser Code ist nach folgenden Angaben zusammengesetzt: Dritter Buchstabe des Vornamens des Vaters, vierter Buchstabe des Geburtsortes, zweiter Buchstabe des Geburtsnamens der Mutter, vierter Buchstabe des eigenen Vornamens (bzw. letzter), fünfte Ziffer der Matrikel-Nummer.

Die Rücklaufquoten der einzelnen Evaluationen waren unterschiedlich hoch, da das Ausfüllen der Bögen freiwillig war. Die in den Toolboxen für die einzelnen Evaluationen beigefügten adressierten Rückumschläge führten jedoch insgesamt zu guten Rücklaufquoten. Diese sind bei den Ergebnisdarstellungen jeweils mit angegeben.

Tab. 4: Übersicht über die verwendeten Evaluationsinstrumente in chronologischer Reihenfolge.

Jahr	Zielgruppe	Instrument	Inhalte
2006	Studierende	Fragebogen	Zielgruppenanalyse
2007	Studierende	Modul-Evaluationsbogen	Beurteilung nach jedem Kursmodul
		Abschluss-Evaluationsbogen	Zusammenfassende Beurteilung am Kursende
	Dozenten	Evaluationsbogen zur Dozentenschulung	Bewertung der verpflichtenden Dozentenschulung in Bezug auf die einzelnen Inhalte, das Kurskonzept und die Durchführung der Schulung
		Modul-Evaluationsbogen	Beurteilung nach jedem Kursmodul
		Abschluss-Evaluationsbogen	Zusammenfassende Beurteilung am Kursende
		Qualitative Befragung	Nach Abschluss des Kurses qualitative Befragung der Kurs-Dozenten in Bezug auf Optimierungsmöglichkeiten

Tab. 4 (Forts.): Übersicht über die verwendeten Evaluationsinstrumente in chronologischer Reihenfolge.

Jahr	Zielgruppe	Instrument	Inhalte
2008	Studierende	Eingangsbefragung	Selbsteinschätzung in Bezug auf Fähigkeit, Anamnesegespräch zu führen; Relevanz von ärztlicher Gesprächsführung für späteren Beruf; Freitext
		Abschluss-Evaluationsbogen	Zusammenfassende Beurteilung am Kursende
		Evaluation durch das Dekanat	Pflicht-Evaluationsbogen mit vorgegebenen Items, der nach Kursende durch das Dekanat ausgegeben wird
2008	Dozenten	Evaluationsbogen zur Dozentenschulung	Bewertung der verpflichtenden Dozentenschulung in Bezug auf die einzelnen Inhalte, das Kurskonzept und die Durchführung der Schulung.
		Abschluss-Evaluationsbogen	Zusammenfassende Beurteilung am Kursende
2009	Studierende	Eingangsbefragung	Selbsteinschätzung in Bezug auf Fähigkeit, Anamnesegespräch zu führen; Relevanz von ärztlicher Gesprächsführung für späteren Beruf; Freitext
		Abschluss-Evaluationsbogen	Zusammenfassende Beurteilung am Kursende
		Evaluation durch das Dekanat	Pflicht-Evaluationsbogen mit vorgegebenen Items, der nach Kursende durch das Dekanat ausgegeben wird
	Dozenten	Evaluationsbogen zur Dozentenschulung	Bewertung der verpflichtenden Dozentenschulung in Bezug auf die einzelnen Inhalte, das Kurskonzept und die Durchführung der Schulung.
		Abschluss-Evaluationsbogen	Zusammenfassende Beurteilung am Kursende

Tab. 4 (Forts.): Übersicht über die verwendeten Evaluationsinstrumente in chronologischer Reihenfolge.

Jahr	Zielgruppe	Instrument	Inhalte
2010	Studierende	Eingangsbefragung	Selbsteinschätzung in Bezug auf Fähigkeit, Anamnesegespräch zu führen; Relevanz von ärztlicher Gesprächsführung für späteren Beruf; Freitext
		Abschluss-Evaluationsbogen	Zusammenfassende Beurteilung am Kursende
		Evaluation durch das Dekanat	Pflicht-Evaluationsbogen mit vorgegebenen Items, der nach Kursende durch das Dekanat ausgegeben wird
	Dozenten	Evaluationsbogen zur Dozentenschulung	Bewertung der verpflichtenden Dozentenschulung in Bezug auf die einzelnen Inhalte, das Kurskonzept und die Durchführung der Schulung.
		Abschluss-Evaluationsbogen	Zusammenfassende Beurteilung am Kursende
2011	Studierende	Eingangsbefragung	Selbsteinschätzung in Bezug auf Fähigkeit, Anamnesegespräch zu führen; Relevanz von ärztlicher Gesprächsführung für späteren Beruf; Freitext
		Abschluss-Evaluationsbogen	Zusammenfassende Beurteilung am Kursende
	Dozenten	Evaluationsbogen zur Dozentenschulung	Bewertung der verpflichtenden Dozentenschulung in Bezug auf die einzelnen Inhalte, das Kurskonzept und die Durchführung der Schulung.
		Abschluss-Evaluationsbogen	Zusammenfassende Beurteilung am Kursende

Die Zielgruppenanalyse sowie deren Ergebnisse aus dem Jahr 2006 wurden bereits detailliert in Abschnitt 3.2 dargestellt und werden daher hier nicht erläutert. In den folgenden Abschnitten 4.3 bis 4.5 werden nun die weiteren in Tabelle 4 dargestellten Evaluationsinstrumente und die Ergebnisse der jeweiligen Evaluationen näher dargestellt.

4.3 Evaluation und Evaluationsergebnisse der einzelnen Kursmodule

4.3.1 Evaluation der einzelnen Kursmodule durch Studierende

Nach der Neukonzeption des Kurses stand im Jahr 2007 zunächst die inhaltliche Überprüfung und Analyse der einzelnen Kursmodule im Vordergrund. Daher wurden für jedes der sieben Module individuelle Evaluationsbögen (eine Seite DIN A4) entwickelt, welche jeweils nach den einzelnen Modulen von den Studierenden ausgefüllt wurden. Diese Evaluationsbögen waren jeweils gleich aufgebaut: Zunächst wurden die folgenden sechs Items auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bzw. „sehr hoch“ bis 6 „sehr schlecht“ bzw. „sehr niedrig“ abgefragt: „Organisation des Seminars“, „Struktur des Seminars“, „Durchführung durch den Dozenten“, „Lernziel-Vermittlung“, „eigene Vorerfahrungen zu diesem Thema“ sowie „persönlicher Lernzuwachs“. Es folgten zwei Freitext-Fragen zu den Inhalten des jeweiligen Moduls: „Welche Inhalte waren für Sie persönlich besonders interessant?“ und „welche Inhalte waren für Sie persönlich am wenigsten interessant?“ Im Anschluss daran sollten die einzelnen Modul-Themen bewertet werden (wiederum auf einer sechsstufigen Likert-Skala). Die einzelnen Themen der sieben Module sind in Abschnitt 3.5.2 beschrieben und dort in Tab. 2 zusammengestellt. Zusätzlich zu den modulspezifischen Themen wurden die Studierenden in jedem Modul gefragt, wie sie die „live-Anamnesen“ bewerten (Item „*Anamnese mit dem Patienten*“), die ein wesentlicher Bestandteil jedes Moduls sind. Am Ende des Bogens hatten die Studierenden

die Möglichkeit, Anmerkungen in Form von Freitext hinzuzufügen. Diese sieben Modul-Evaluationsbögen sind in Anhang 9 beigefügt.

4.3.2 Ergebnisse der Evaluation einzelner Kursmodule durch Studierende

Allgemeine Angaben

Im Jahr 2007 haben insgesamt 389 Studierende am neuen EKM-Kurs teilgenommen. Da das Ausfüllen der Evaluationsbögen nach den einzelnen Modulen freiwillig war, schwanken die Rückläufe der von den Studierenden ausgefüllten Evaluationsbögen von N=160 bis N=301. Damit ergeben sich Rücklaufquoten von 41% bis 77%, was als repräsentativ angesehen werden kann (vgl. FRIEDRICHS 1999). Insgesamt ist eine deutlich höhere Beteiligung der Studierenden an den Evaluationen der ersten Module im Vergleich zu den letzten Modulen zu beobachten. Im Folgenden werden die Ergebnisse thematisch zusammengefasst dargestellt.

Organisation und Struktur

Die Studierenden waren insgesamt mit der Organisation und der Struktur der einzelnen Module sehr zufrieden. So bewerteten sie die Organisation über die sieben Module hinweg mit Mittelwerten von 1,54 bis 1,79 auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“. Die Struktur bewerteten sie entsprechend mit Mittelwerten von 1,6 bis 1,83 (vgl. Abb. 14).

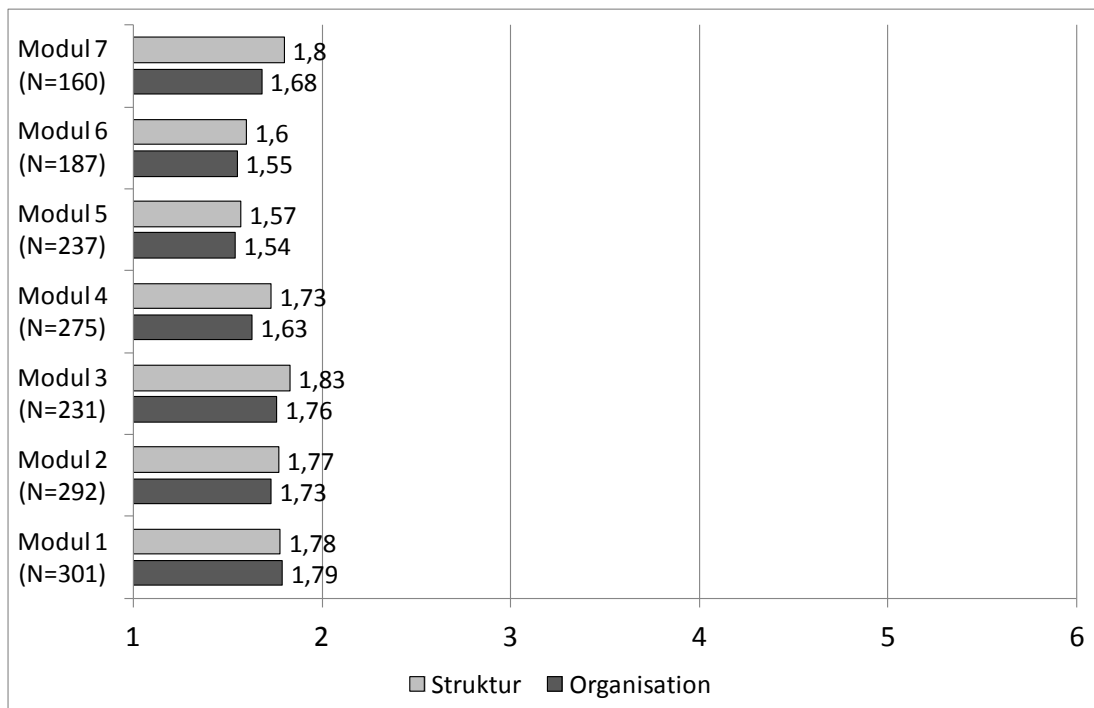


Abb. 14: Ergebnisse der Modul-Evaluationen durch Studierende zu den Items „Organisation des Seminars“ und „Struktur des Seminars“ im Jahr 2007. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“.

Bewertung der Dozenten und des Anamnesegesprächs

Die Durchführung des Kurses durch die Dozenten wurde von den Studierenden besonders gut bewertet. Über alle sieben Module hinweg erhielten die Dozenten sehr gute Bewertungen. Die Mittelwerte liegen hier zwischen 1,29 und 1,52. Auch die Vermittlung der Lernziele durch die Dozenten wird von den Studierenden sehr positiv bewertet. Hier werden Mittelwerte von 1,56 bis 1,86 erreicht. Die beiden Anamnesegespräche mit Patienten, welche in jedem Modul von zwei Studierenden „live“ geführt und anschließend von dem Dozenten und den Kommilitonen bewertet werden, wurden von den Studierenden sehr gut bewertet (Mittelwerte zwischen 1,54 und 1,67). Die Ergebnisse sind in Abb. 15 dargestellt.

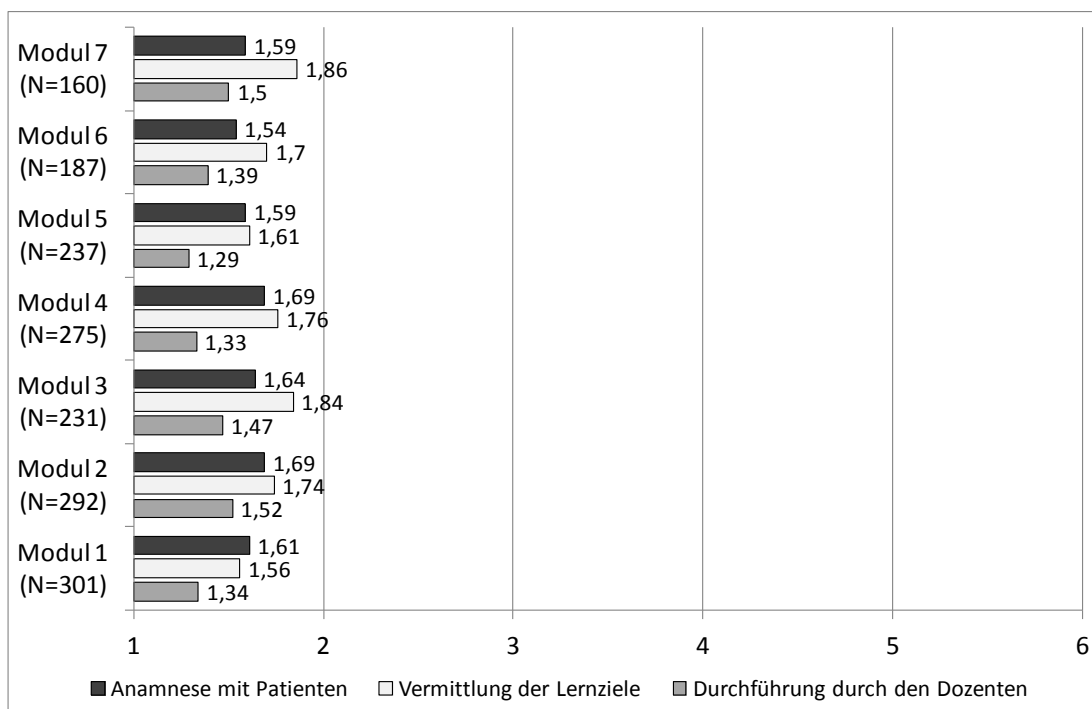


Abb. 15: Ergebnisse der Modul-Evaluationen durch Studierende zu den Items „Durchführung durch den Dozenten“, „Vermittlung der Lernziele“ und „Anamnese mit Patienten“ im Jahr 2007. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“.

Eigene Vorerfahrungen und persönlicher Lernzuwachs

Die Studierenden wurden in den einzelnen Modul-Evaluationen gebeten, ihre Vorerfahrungen zu den jeweiligen Themen der Module auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr hoch“ bis 6 „sehr niedrig“ anzugeben. Hier zeigt sich, dass die Studierenden zu Beginn des Kurses im ersten Modul ihre Vorerfahrungen recht gering einschätzen (Mittelwert von 3,6). Je mehr Module sie besucht hatten, desto höher schätzen sie ihre eigenen Vorerfahrungen ein. So liegt der Mittelwert des siebten Moduls bei 2,71. Ihren persönlichen Lernzuwachs schätzen die Studierenden über die sieben Module hinweg relativ gleichbleibend als hoch ein. Hierbei schwanken die Ergebnisse der Mittelwerte zwischen 2,21 und 2,47, wiederum gemessen auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr hoch“ bis 6 „sehr niedrig“ (vgl. Abb. 16).

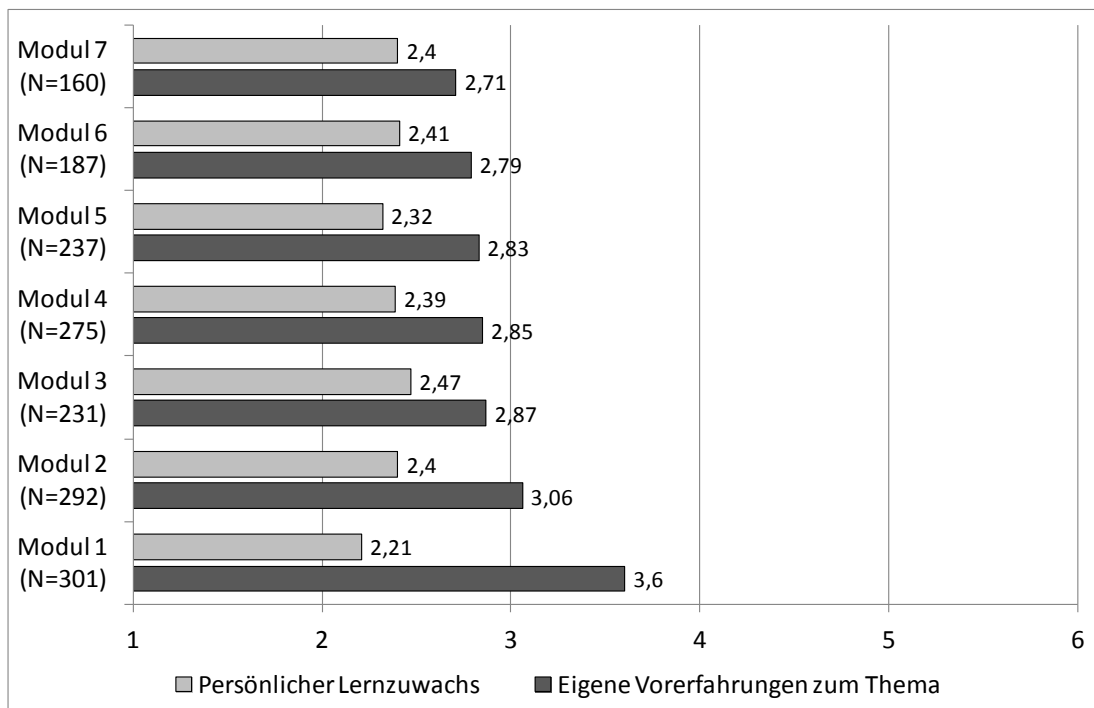


Abb. 16: Ergebnisse der Modul-Evaluationen durch Studierende zu den Items „Eigene Vorerfahrungen zum Thema“ und „Persönlicher Lernzuwachs“ im Jahr 2007. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr hoch“ bis 6 „sehr niedrig“.

Inhalte der einzelnen Module

Jedes Kursmodul beinhaltet verschiedene Themen. Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Themen, zusammengefasst nach den einzelnen Kursmodulen, dargestellt. Die einzelnen Themen wurden von den Studierenden auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ insgesamt mit „sehr gut“ bis „gut“ bewertet. Wie in Abb. 17 dargestellt, bewerteten die Studierenden das Thema „*Einführung in die Anamneseerhebung*“ am besten (Mittelwert von 1,7), das Thema „*Übertragung und Gegenübertragung*“ wurde hingegen am schlechtesten bewertet (Mittelwert von 2,45).

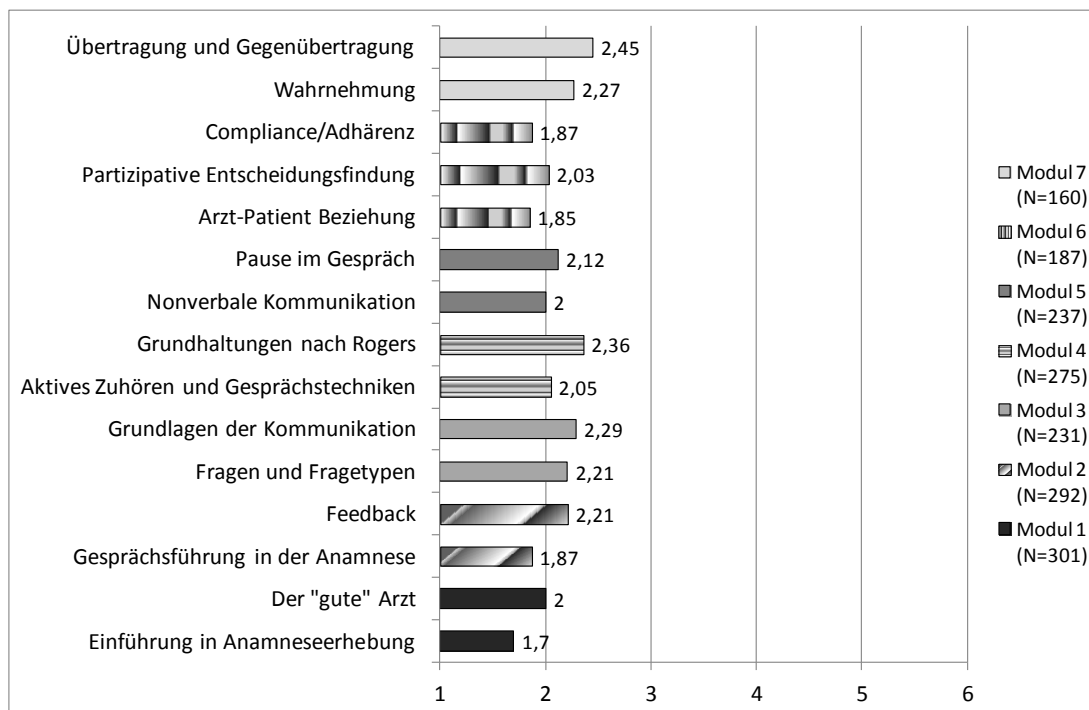


Abb. 17: Ergebnisse der Modul-Evaluationen durch Studierende zu den Inhalten der einzelnen Module im Jahr 2007. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“.

Um die Relevanz, den Bedarf und die Wünsche der Studierenden zu den einzelnen Inhalten des neuen Kurskonzeptes zu berücksichtigen, wurden die Studierenden gebeten, die für sie persönlich am interessantesten und am wenigsten interessanten Inhalte in Form von Freitext-Antworten zu nennen. Für die Auswertung wurden inhaltsgleiche Antworten zusammengefasst und nach der Häufigkeit der Nennungen sortiert (vgl. Tab. 5). Um die Repräsentativität der Freitext-Antworten, auch unabhängig von den verschiedenen Rückläufen der einzelnen Module (N=160 bis N=301) zu gewährleisten, wurden nur die Antworten in die Darstellung einbezogen, welche von mindestens 5% der Studierenden angegeben wurden.

Die Ergebnisse zeigen, dass die „*Anamnese mit Patienten*“ von den Studierenden in jedem Modul als besonders interessant bewertet wurden. So geben mindestens 21% bis maximal 46% der Studierenden an, dass dies den Kurs besonders interessant macht. Insgesamt geben die Studierenden bei den Freitext-Antworten viel häufiger „interessante Inhalte“ als „weniger interessante Inhalte“ an. Das Thema „*Feedback*“ wird von den Studierenden sehr unterschiedlich bewertet. Während 19% der Studierenden dieses Thema weniger interessant finden, geben auf der anderen Seite 10% der Befragten an, dass ihnen dieses Thema besonders wichtig ist. Auch das Thema „*Grundlagen der Kommunikation*“ wird von den Studierenden unterschiedlich bewertet. So beschreiben es 5% der Studierenden als weniger interessant, 13% halten es jedoch für besonders wichtig. Das Thema der Fragetypen wird hingegen von vielen Studierenden (14%) als interessant bewertet. In den Modulen vier bis sieben werden keine Inhalte angegeben, welche die Studierenden als weniger interessant bewerten. Die Themen „*Grundhaltungen nach Rogers*“, „*Nonverbale Kommunikation*“, „*Pausen im Gespräch*“, „*Arzt-Patient-Beziehung*“ sowie „*Wahrnehmung*“ halten die Studierenden für besonders wichtig.

Tab. 5: Freitext-Antworten der Studierenden im Jahr 2007 zu den Inhalten der sieben Module des neuen Kurskonzeptes.

Modul 1: Einführung Anamneseerhebung		
N=301	Anzahl	Interessante Inhalte
	46%	„Anamnese mit Patienten“
	15%	„Struktur / Gliederung einer Anamnese“
	5%	„Patientenvorstellung“
	Anzahl	Weniger interessante Inhalte
	Keine Angabe über 5%	
Modul 2: Ablauf Anamnesegespräch / Feedback		
(N=292)	Anzahl	Interessante Inhalte
	35%	„Anamnese mit Patienten“
	10%	„Feedback“
	Anzahl	Weniger interessante Inhalte
	19%	„Feedback“
Modul 3: Fragetechniken / Grundlagen Kommunikation		
(N=231)	Anzahl	Interessante Inhalte
	26%	„Anamnese mit Patienten“
	14%	„Fragetypen“
	13%	„Grundlagen der Kommunikation“
	Anzahl	Weniger interessante Inhalte
	5%	„Grundlagen der Kommunikation“

Tab. 5 (Forts.): Freitext-Antworten der Studierenden im Jahr 2007 zu den Inhalten der sieben Module des neuen Kurskonzeptes.

Modul 4: Gesprächstechniken		
(N=275)	Anzahl	Interessante Inhalte
	22%	„Anamnese mit Patienten“
	7%	„Grundhaltungen nach Rogers“
	6%	„Krankheitsbesprechung des Patienten“
	Anzahl	Weniger interessante Inhalte
	Keine Angabe über 5%	
Modul 5: Nonverbale Kommunikation		
(N=237)	Anzahl	Interessante Inhalte
	21%	„Anamnese mit Patienten“
	8%	„Nonverbale Kommunikation“
	8%	„Pausen im Gespräch“
	Anzahl	Weniger interessante Inhalte
	Keine Angabe über 5%	
Modul 6: Arzt-Patient-Beziehung		
(N=187)	Anzahl	Interessante Inhalte
	21%	„Anamnese mit Patienten“
	6%	„Arzt-Patient-Beziehung“
	Anzahl	Weniger interessante Inhalte
	Keine Angabe über 5%	

Tab. 5 (Forts.): Freitext-Antworten der Studierenden im Jahr 2007 zu den Inhalten der sieben Module des neuen Kurskonzeptes.

Modul 7: Wahrnehmung / Übertragung und Gegenübertragung		
(N=160)	Anzahl	Interessante Inhalte
	28%	<i>„Anamnese mit Patienten“</i>
	11%	<i>„Wahrnehmung und Wahrnehmungstäuschungen“</i>
	Anzahl	Weniger interessante Inhalte
	Keine Angabe über 5%	

4.3.3 Evaluation der einzelnen Kursmodule durch Dozenten

Im Jahr 2007 fand der EKM-Kurs in insgesamt 31 Gruppen statt, d.h. es konnten maximal 31 Dozenten pro Modul Rückmeldungen zum Kurs geben. Ähnlich wie bei den Studierenden, schwanken auch bei den Dozenten die Rückläufe der Evaluationsbögen recht stark: Sie reichten von N=21 im ersten Modul bis N=7 im siebten Modul und entsprechen damit Rücklaufquoten von 23% bis 68%. Die Ergebnisse des siebten Moduls können aufgrund des geringen Rücklaufs daher sicherlich eher als Tendenz verstanden werden.

Auch für die Dozenten wurden einseitige Evaluationsbögen entwickelt, welche jeweils nach den Modulen von den Dozenten ausgefüllt werden sollten. Der Aufbau dieser sieben verschiedenen Evaluationsbögen war jeweils gleich. Der erste, allgemeine Teil bestand aus den folgenden fünf Items, die auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ bewertet werden sollten: „*Struktur des Moduls*“, „*Durchführbarkeit des Moduls*“, „*Skript*“, „*Materialien*“ sowie „*Bewertung des Moduls insgesamt*“. Im zweiten Teil wurden die Themen und Inhalte der einzelnen Module evaluiert. Hier bewerteten die

Dozenten dieselben Items wie die Studierenden. Darüber hinaus konnten *Anmerkungen* in Form von Freitext angegeben werden. Diese sieben verschiedenen Modul-Evaluationsbögen sind in Anhang 10 beigefügt.

4.3.4 Ergebnisse der Evaluation einzelner Kursmodule durch Dozenten

Struktur, Durchführbarkeit und globale Bewertung der einzelnen Module

Die Dozenten waren insgesamt mit der Struktur und Durchführbarkeit der einzelnen Module des Kurses sehr zufrieden. Auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ bewerteten sie die Struktur der Module mit Mittelwerten von 1,59 bis 3,14. Die Durchführbarkeit entsprechend mit Mittelwerten von 1,71 bis 3,14. Auffällig ist die deutlich schlechtere Bewertung des siebten Moduls. Die Ergebnisse der einzelnen Module sind in Abb. 18 dargestellt.

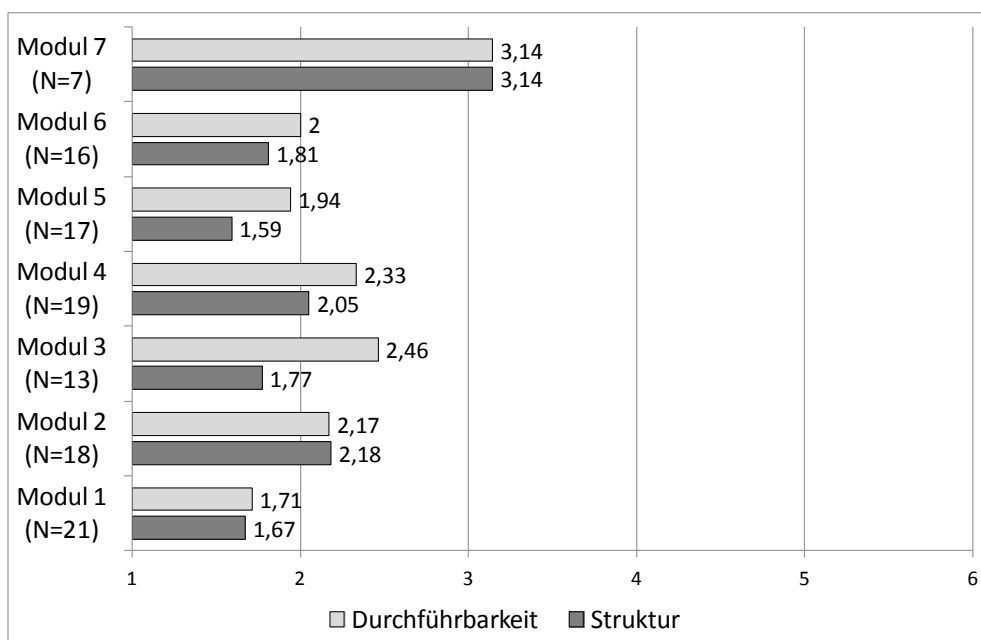


Abb. 18: Ergebnisse der Modul-Evaluationen durch Dozenten zu den Items „Struktur des Moduls“ und „Durchführbarkeit des Moduls“ im Jahr 2007. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“.

Skript und Materialien zu den einzelnen Kursmodulen

Die Skripte mit den Hintergrundinformationen zu den theoretischen Inhalten der einzelnen Module sowie die Materialien in Form von vorgefertigten Flipchartplakaten, Kärtchen, Arbeitsblättern etc., welche den Dozenten in der Toolbox für die einzelnen Module zur Verfügung gestellt wurden, wurden insgesamt gut bewertet. Die Mittelwerte bei der Beurteilung der Skripte liegen zwischen 1,79 und 2,86 auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“; die Bewertung der Materialien wird entsprechend mit Mittelwerten zwischen 1,67 und 3,0 angegeben (vgl. Abb. 19). Auch bei dieser Bewertung wird das siebte Modul, das nur sieben Dozenten bewertet haben, im Gegensatz zu den anderen Modulen deutlich schlechter beurteilt.

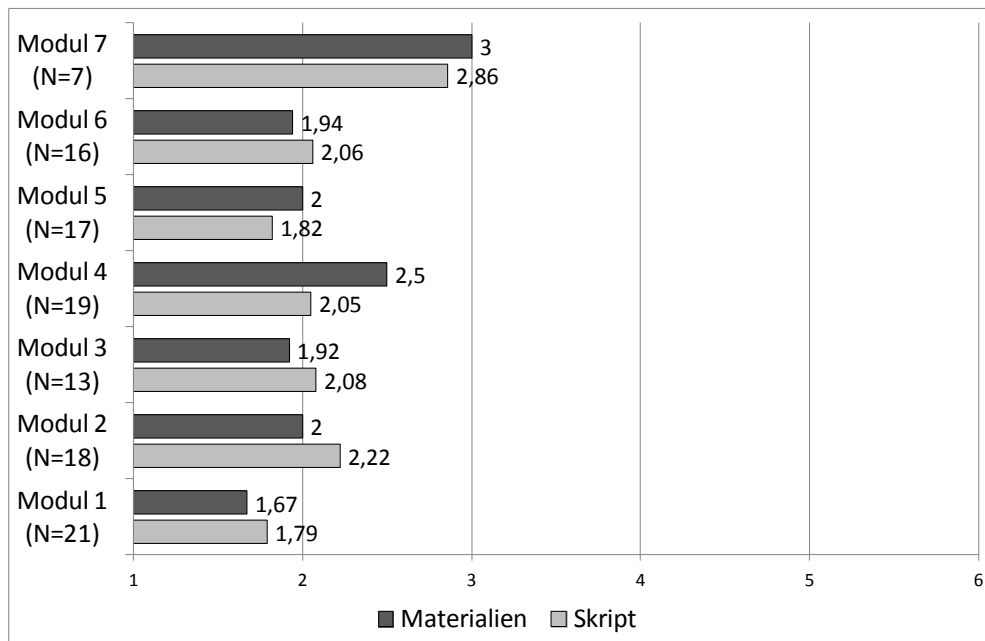


Abb. 19: Ergebnisse der Modul-Evaluationen durch die Dozenten im Jahr 2007 zu den Items „Skript des Moduls“ und „Materialien zu dem Modul“. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“.

Globalbewertung und Bewertung des Anamnesegesprächs

In der Globalbewertung beurteilten die Dozenten das erste Modul am besten mit einem Mittelwert von 1,76, das siebte Modul hingegen am schlechtesten, mit einem Mittelwert von 3,14 auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“. Die Anamnesegespräche mit den Patienten bewerteten die Dozenten über alle Module hinweg sehr positiv. Hier wurde das fünfte Modul besonders gut bewertet (Mittelwert von 1,12), das erste Modul schnitt bei dieser Bewertung mit dem immer noch sehr guten Mittelwert von 1,62 am schlechtesten ab (vgl. Abb. 20).

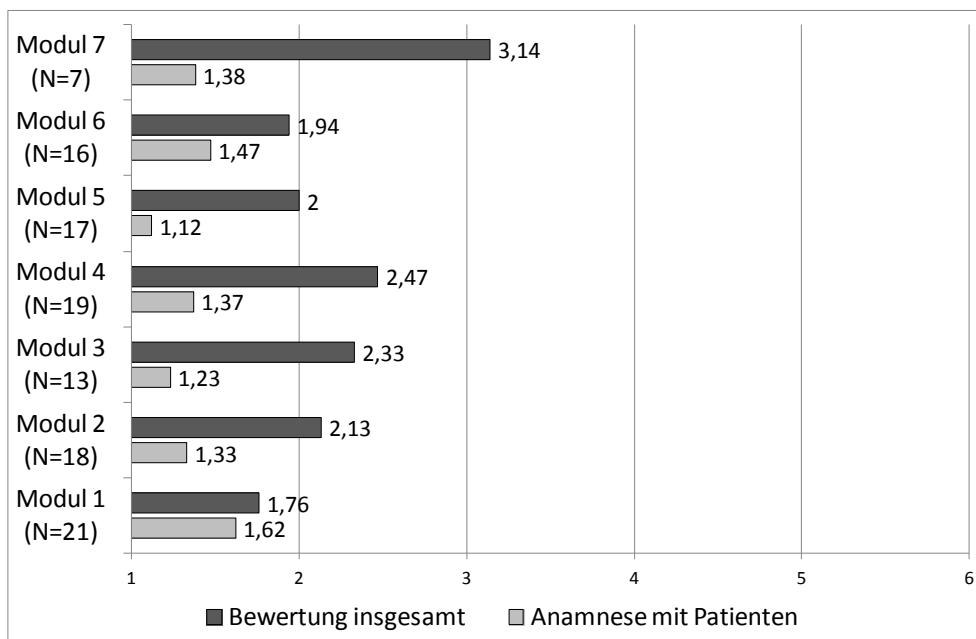


Abb. 20: Ergebnisse der Modul-Evaluationen durch die Dozenten im Jahr 2007 zu den Items „Bewertung insgesamt“ und „Anamnese mit Patienten“. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“.

Themen der einzelnen Module

Die einzelnen Themen der sieben Module wurden von den Dozenten sehr unterschiedlich evaluiert (vgl. Abb. 21). Am besten bewerteten sie die Themen „*Nonverbale Kommunikation*“ (Modul 5) mit einem Mittelwert von 1,53 und „*Einführung in die Anamneseerhebung*“ (Modul 1) mit einem Mittelwert von 1,57. Am schlechtesten wurden die Themen „*Übertragung und Gegenübertragung*“ (Modul 7) mit einem Mittelwert von 3,43 sowie „*Grundlagen der Kommunikation*“ (Modul 3) mit einem Mittelwert von 3,08 bewertet.

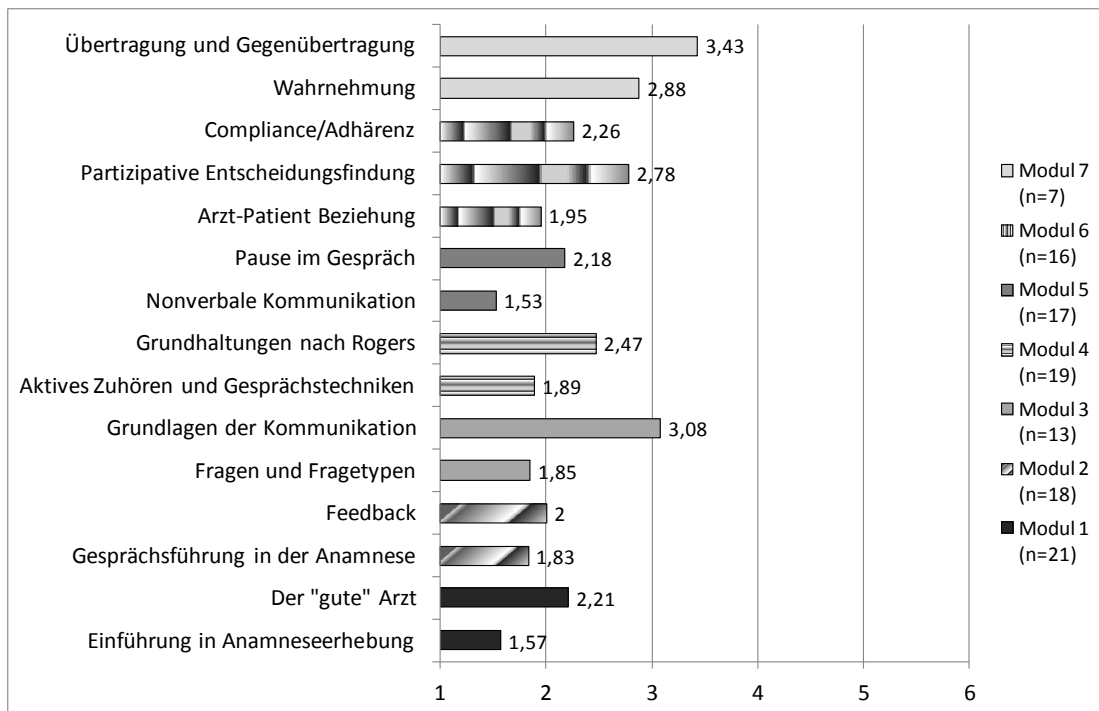


Abb. 21: Ergebnisse der Modul-Evaluationen durch Dozenten zu den einzelnen Themen der sieben Module im Jahr 2007. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“.

Anmerkungen der Dozenten

In Form von Freitext-Antworten hatten die Dozenten die Möglichkeit, Anmerkungen zu den einzelnen Kursmodulen hinzuzufügen. Da es sich hier meist um Einzelaussagen handelt, werden im Folgenden exemplarisch einige Aussagen, bezogen auf das jeweilige Modul, wiedergegeben. Mehrere ähnliche Aussagen werden zusammengefasst wiedergegeben (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: Anmerkungen der Dozenten zu den sieben Modulen des neuen Kurskonzeptes in Form von Freitext im Jahr 2007.

Modul 1: Einführung Anamneseerhebung		
N=21	Anzahl	Anmerkungen (positiv)
	2	Motivierte Studierende
	1	„Toolbox ist große Hilfe.“
	1	„Gutes Konzept, Modul gut durchführbar.“
	Anzahl	Anmerkungen (negativ)
	2	Zeitplan problematisch
	1	„Zeitdruck“
	1	„zu viel Zeit“
Modul 2: Ablauf Anamnesegespräch / Feedback		
N=18	Anzahl	Anmerkungen (positiv)
	1	„Mit „echtem“ Patienten geht es besser.“
	1	„Vorbereitung auf das Seminar weiterhin hilfreich.“
	1	Mitarbeit der Studierenden sehr gut.“
	Anzahl	Anmerkungen (negativ)
	2	Zeit zu knapp bemessen.

Tab. 6 (Forts.): Anmerkungen der Dozenten zu den sieben Modulen des neuen Kurskonzeptes in Form von Freitext im Jahr 2007.

Modul 3: Fragetechniken / Grundlagen Kommunikation		
N=13	Anzahl	Anmerkungen (positiv)
	1	<i>„Insgesamt großes Interesse der Studierenden“</i>
	1	<i>„Wichtiges Modul!“</i>
	Anzahl	Anmerkungen (negativ)
	2	Zeitpensum des Moduls sehr eng bemessen.
	2	Thema zu schwierig, zu abstrakt
Modul 4: Gesprächstechniken		
N=19	Anzahl	Anmerkungen (positiv)
	1	<i>„Studenten waren sehr offen und haben gut mitgearbeitet!“</i>
	1	<i>„Grundlagen nach Rogers fanden guten Anklang.“</i>
	Anzahl	Anmerkungen (negativ)
	4	Zu viel Stoff
	1	Zu viel Theorie
Modul 5: Nonverbale Kommunikation		
N=17	Anzahl	Anmerkungen (positiv)
	1	<i>„Engagierte, lernbereite Studenten.“</i>

Tab. 6 (Forts.): Anmerkungen der Dozenten zu den sieben Modulen des neuen Kurskonzeptes in Form von Freitext im Jahr 2007.

Modul 6: Arzt-Patient-Beziehung		
N=16	Anzahl	Anmerkungen (positiv)
	1	„Die Materialien in der Toolbox waren sehr gut.“
	1	„Anamnesen werden immer besser.“
	1	„Feedback läuft gut.“
	Anzahl	Anmerkungen (negativ)
	2	Zeit etwas knapp
Modul 7: Wahrnehmung / Übertragung und Gegenübertragung		
N=7	Anzahl	Anmerkungen (negativ)
	4	Inhalte für Studierende nicht so interessant, da vieles schon bekannt.

4.4 Abschlussevaluationen und Evaluationsergebnisse des Kurses

4.4.1 Abschlussevaluationsbögen für Studierende

Selbstentwickelter Evaluationsbogen

In Form eines zweiseitigen, selbstentwickelten Evaluationsbogens werden die Studierenden in jedem Jahr nach dem letzten Kursmodul gebeten, den Kurs zusammenfassend zu bewerten. Neben den Angaben zu ihrem Geschlecht und ihrem Alter, werden auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ folgende Items abgefragt: *„Organisation des Kurses“*, *„Struktur des Gesamtkurses“*, *„Aufbau des Kurses“*, *„Themenauswahl“*, *„Feedbackbögen“*, *„Zufriedenheit mit dem Kurs“* sowie *„Persönlicher Lernzuwachs“*. Ein Hauptziel des Kurses liegt darin, die Studierenden auf das Führen von Anamnesegesprächen vorzubereiten. Im Sinne der beschriebenen Kontrollfunktion im Evaluationsprozess (vgl. Abschnitt 4.1) werden die Studierenden mit diesem Evaluationsbogen zu ihrer selbst eingeschätzten Kompetenz in diesem Bereich befragt. Dazu wird auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ folgendes Item abgefragt: *„Wenn Sie morgen ein Anamnesegespräch führen müssten, wie gut fühlen Sie sich darauf vorbereitet?“*. Weiterhin werden die Studierenden in Form von ja/nein Fragen zu folgenden Aspekten befragt: *„Wurde Ihnen der grundsätzliche Ablauf eines Anamnesegesprächs vermittelt?“*, *„Kennen Sie die wichtigsten Gliederungspunkte einer Anamnese?“* Die beiden daran anschließenden Fragen *„In wieweit halten Sie die Ausbildung in den Bereichen Gesprächsführung und Kommunikation für Ihre spätere Berufsausbildung für relevant?“* und *„Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach das Wissen der theoretischen Hintergründe von Kommunikation für Ihren späteren Beruf?“* werden wiederum auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr wichtig“ bis 6 „sehr unwichtig“ abgefragt. Zum Abschluss des Evaluationsbogens haben die Studierenden die Möglichkeit in Form von Freitext folgende Fragen zu beantworten: *„Welche Inhalte im Themenbereich der Gesprächsführung und Kommunikation sind Ihnen persönlich besonders wichtig?“*, *„In welchen Bereichen fühlen Sie sich noch unsicher? / Wo würden Sie gerne mehr*

Hintergrundwissen bekommen?“, „Was hat Ihnen am Kurs besonders gut gefallen?“, „Was könnte man noch verbessern?“, „Anmerkungen“.

Dieser Evaluationsbogen (vgl. Anhang 11) wird nach Abschluss des Kurses in dieser Form seit dem Jahr 2007 verwendet und gewährleistet daher eine gute Vergleichbarkeit der einzelnen Items über die Jahre. Für den Studienzeitraum von fünf Jahren, der den Auswertungen dieser Arbeit zugrunde liegt, liegen hier die Daten von 1.179 Studierenden vor.

Evaluationsbogen des Fachbereichs Medizin

Neben dem oben beschriebenen selbstentwickelten Evaluationsbogen füllen die Studierenden nach Abschluss des Kurses zusätzlich einen Evaluationsbogen des Fachbereichs Medizin aus, der standardmäßig nach allen Lehrveranstaltungen eingesetzt wird. Der Bogen enthält immer auch einige kursspezifische Items und wird vom Dekanat ausgewertet. Nach der Erhebung im Jahr 2007 wurde dieser Evaluationsbogen stark überarbeitet. Die vormals fünfstufige Likert-Skala wurde durch eine sechsstufige Likert-Skala ersetzt, einzelne Items wurden umformuliert bzw. gestrichen und neue Items wurden hinzugefügt, so dass die Ergebnisse aus dem Jahr 2007 mit den späteren nicht verglichen werden können. Außerdem wurde der Bogen im Jahr 2011 nicht an die Studierenden ausgeteilt, so dass in dieser Arbeit lediglich die Ergebnisse der Jahre 2008 bis 2010 dargestellt werden können. Auch während dieser Zeit wurden noch einzelne Items geändert, so dass nicht von jedem Item über den gesamten Erhebungszeitraum Daten vorliegen. Außerdem werden in diesem Bogen einige Items abgefragt, die im Rahmen dieser Arbeit nicht von Interesse sind. Trotz dieser Schwierigkeiten konnten durch dieses Evaluationsinstrument zusätzliche, unabhängige Auswertungen in diese Arbeit einfließen und mit den selbstentwickelten Evaluationen verglichen werden. Folgende Items wurden zum Vergleich aufgenommen und die Ergebnisse ausgewertet: *„Anamneseerhebung war sehr lehrreich“, „Lehrende haben Probleme der Anamneseerhebung herausgearbeitet“, „engagierte Dozenten“* sowie *„angenehme Kurs-Atmosphäre“*.

Diese Evaluationsbögen wurden in den drei Jahren von insgesamt 1.079 Studierenden des vierten vorklinischen Semesters nach Abschluss des EKM-Kurses ausgefüllt.

4.4.2 Ergebnisse der selbstentwickelten Abschlussevaluation durch Studierende

Bewertung der Organisation, der Struktur sowie des Aufbaus des Kurses

Die Studierenden-Evaluationen, die nach dem Kurs ausgegeben wurden, zeigten seit der Neustrukturierung des Kurses im Jahr 2007 in Bezug auf die Organisation des Kurses sehr gute bis gute Ergebnisse. Die Mittelwerte liegen hier zwischen 1,83 und 2,4 auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“. Auch die neue Struktur (Mittelwerte von 1,94 bis 2,25) und den neuen Aufbau des Kurses (Mittelwerte von 1,91 bis 2,31) bewerteten die Studierenden positiv (vgl. Abb. 22).

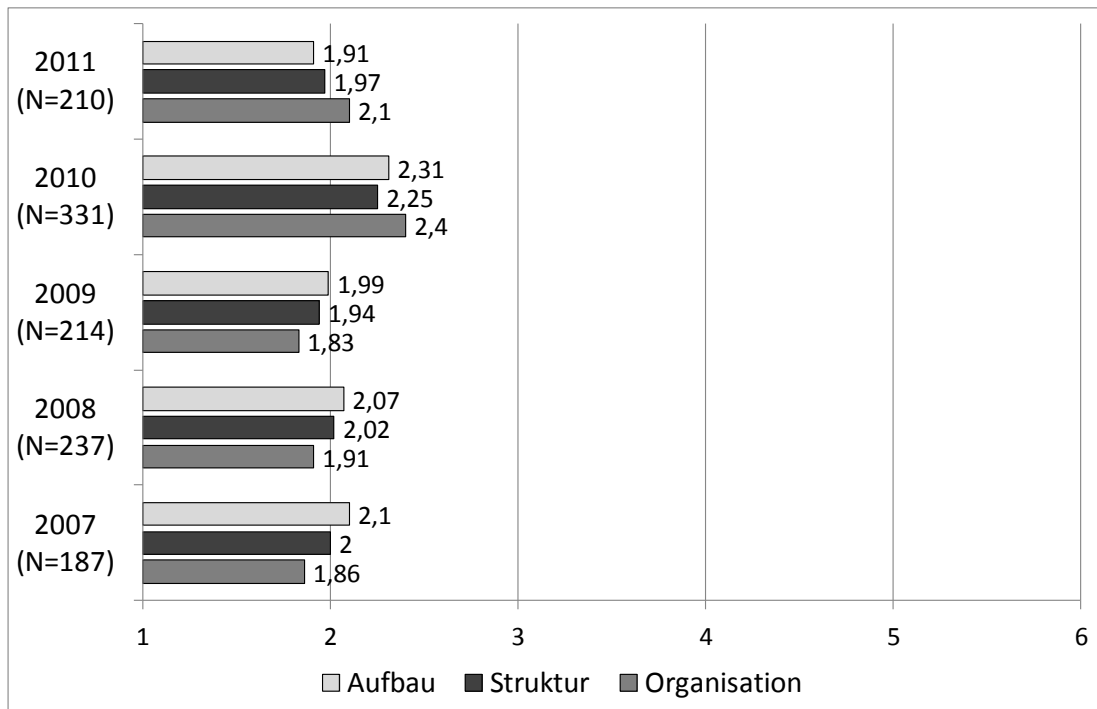


Abb. 22: Ergebnisse der Studierenden-Evaluationen in Bezug auf die Organisation, die Struktur und den Aufbau des Kurses auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ über einen Erhebungszeitraum von fünf Jahren (2007 bis 2011).

Bewertung der Auswahl der Themen des Kurses sowie der Feedbackbögen

Die einzelnen Themen, die in den Kursen behandelt wurden, wurden von den Studierenden in der Abschluss-Evaluation nach dem gesamten Kurs gut bewertet. Die Mittelwerte liegen bei diesem Item zwischen 2,08 und 2,55 auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“. Die Feedbackbögen, welche während der Kurse zur strukturierten Rückmeldung bei den Anamnesegesprächen der Studierenden mit den Patienten eingesetzt werden, wurden zu Beginn lediglich mittelmäßig bewertet, ab dem Jahr 2008 bewerteten die Studierenden diese jedoch besser (Mittelwerte von 2,39 bis 3,27). Insgesamt fällt auf, dass

im ersten Jahr der Kursdurchführung sowohl die Kursthemen als auch die Feedbackbögen am schlechtesten bewertet wurden.

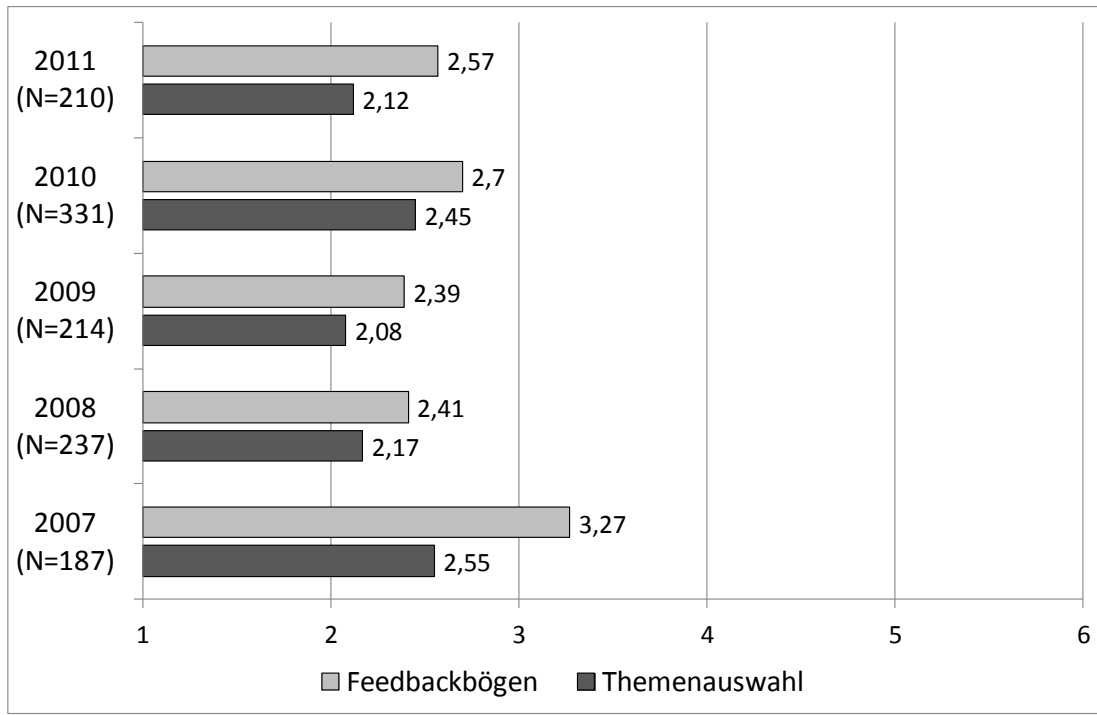


Abb. 23: Ergebnisse der Studierenden-Evaluationen in Bezug auf ihre Bewertung der Auswahl der einzelnen Kursthemen sowie der Feedbackbögen auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ über einen Erhebungszeitraum von fünf Jahren (2007 bis 2011).

Zufriedenheit mit dem Kurs und persönlicher Lernzuwachs

Mit dem neu entwickelten Kurs sind die Studierenden insgesamt sehr zufrieden, was sich in den Mittelwerten dieses Items von 1,81 bis 2,26 auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr zufrieden“ bis 6 „sehr unzufrieden“ über den Erhebungszeitraum von fünf Jahren hinweg widerspiegelt. Ihren persönlichen Lernzuwachs schätzen die Studierenden hoch ein, im Mittel zwischen 2,34 und 2,66, auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr hoch“ bis 6 „sehr niedrig“ (vgl. Abb. 24).

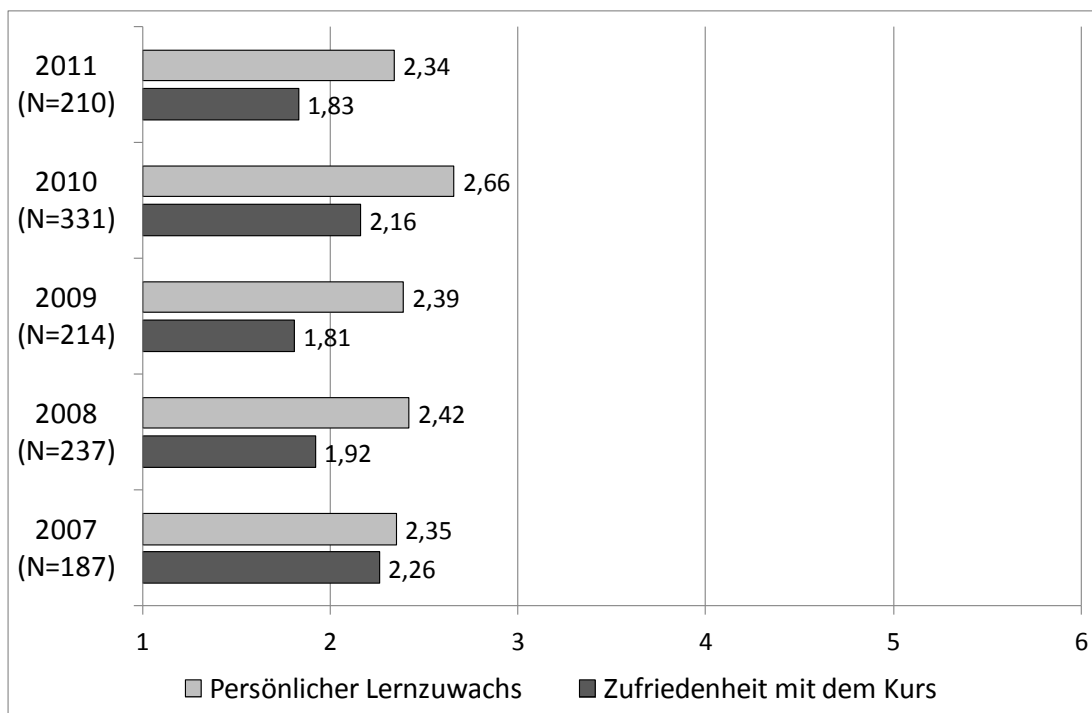


Abb. 24: Ergebnisse der Studierenden-Evaluationen in Bezug auf ihre Zufriedenheit mit dem neuen Kurs und ihren persönlich eingeschätzten Lernzuwachs durch den Kurs auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr zufrieden“ bzw. „sehr hoch“ bis 6 „sehr unzufrieden“ bzw. „sehr niedrig“ über einen Erhebungszeitraum von fünf Jahren (2007 bis 2011).

Selbsteinschätzung in Bezug auf das Führen von Anamnesegesprächen

Die Ergebnisse der Evaluation zu der Frage, wie gut sich die Studierenden nach dem Kurs auf das Führen von Anamnesegesprächen vorbereitet fühlen, sind in der folgenden Abb. 25 dargestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Studierenden in den Jahren 2007 bis 2011 nach dem Kurs gut auf das Führen von Anamnesegesprächen vorbereitet fühlten (Mittelwert über fünf Jahre hinweg zwischen 2,01 bis 2,53).

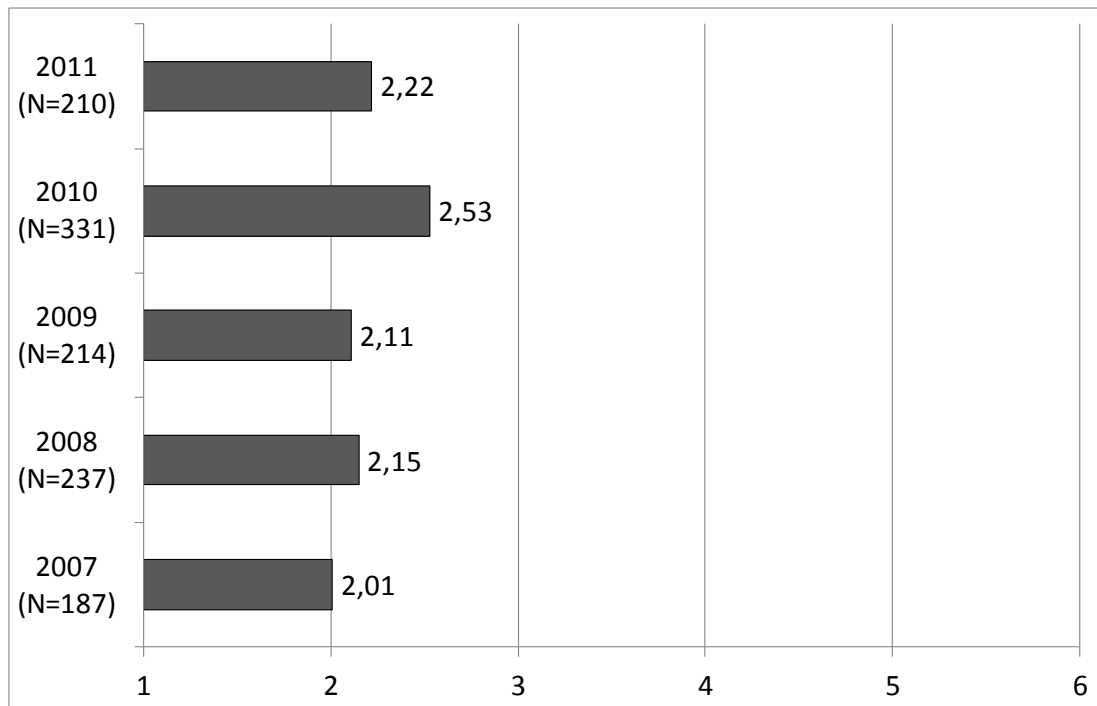


Abb. 25: Selbsteinschätzungen der Medizinstudierenden des vierten Semesters nach dem EKM-Kurs in Bezug auf ihre Fähigkeit, Anamnesegespräche zu führen. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“. Schriftliche Befragung über fünf Jahre hinweg (2007-2011).

Ablauf und Gliederung eines Anamnesegespräches

Die Ergebnisse der Studierenden-Evaluationen nach dem Kurs aus den Jahren 2007 bis 2011 in Bezug auf die Fragen: „*Wurde Ihnen der Ablauf eines Anamnesegesprächs vermittelt?*“ sowie „*Kennen Sie die wichtigsten Gliederungspunkte einer Anamnese?*“ zeigen, dass seit der Neukonzeption des Kurses im Jahr 2007 fast alle Studierenden diese Frage bejahen (vgl. Abb. 26). Dies war vor der Neukonzeption des Kurses nicht der Fall (vgl. Abschnitt 5.2).

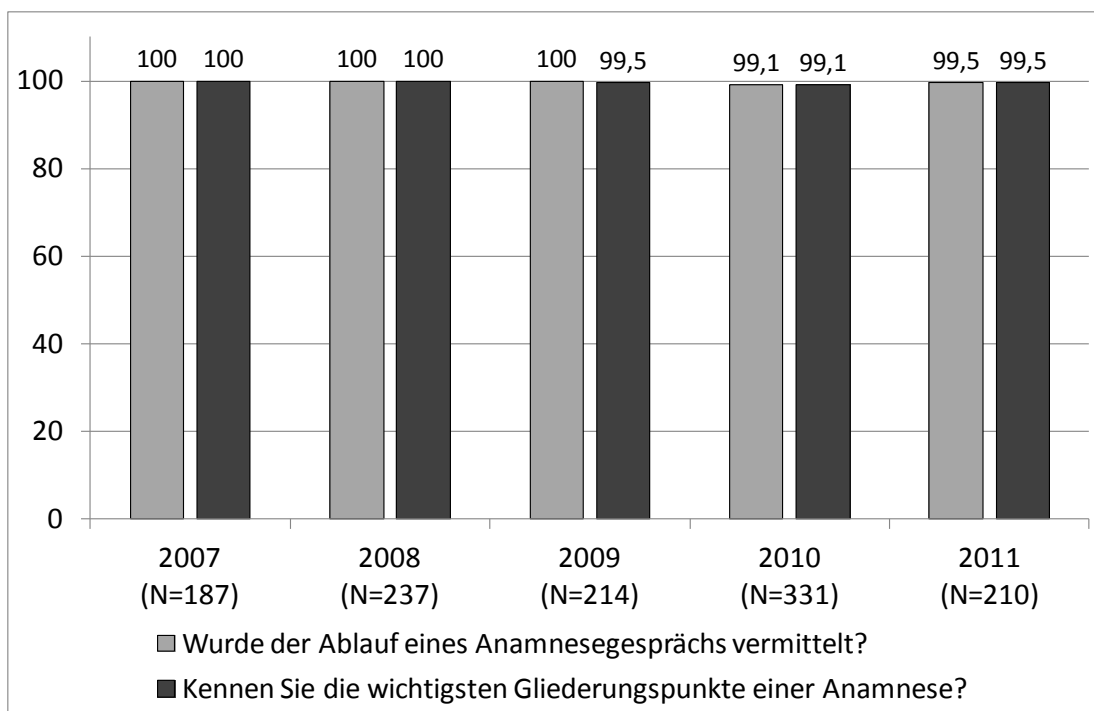


Abb. 26: Ergebnisse der Studierenden-Evaluationen der Jahre 2007-2011 in Bezug auf die Fragen, ob der Ablauf eines Anamnesegesprächs im Kurs vermittelt wurde und ob die Studierenden die Gliederungspunkte einer Anamnese kennen (ja/nein Fragen; Ja-Antworten in Prozent).

Relevanz von Kommunikation und Gesprächsführung für den späteren Beruf

Die Ergebnisse zu den Fragen, in wieweit die Studierenden die Ausbildung im Bereich der ärztlichen Gesprächsführung für Ihre spätere Berufsausbildung für relevant halten und wie wichtig ihnen das Wissen theoretischer Hintergründe von Kommunikation für ihren späteren Beruf ist, sind in Abb. 27 dargestellt. Hier zeigt sich, dass die Studierenden über den Erhebungszeitraum von fünf Jahren hinweg auf der einen Seite dem Bereich der ärztlichen Gesprächsführung eine sehr hohe Bedeutung beimessen (Mittelwerte von 1,29 bis 1,67), sie das Wissen der theoretischen Hintergründe von Kommunikation für ihren späteren Beruf im Vergleich dazu jedoch etwas weniger wichtig einschätzen (Mittelwerte von 2,14 bis 2,6), jeweils auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr wichtig“ bis 6 „sehr unwichtig“.

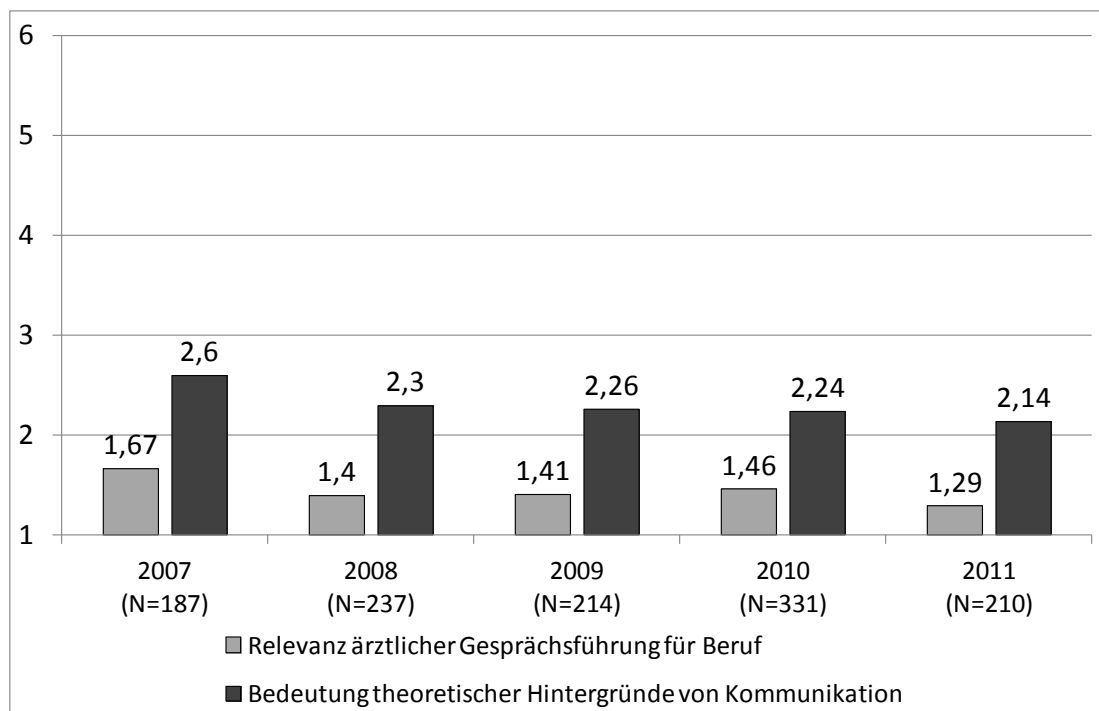


Abb. 27: Relevanz von ärztlicher Gesprächsführung und die Bedeutung theoretischer Hintergründe von Kommunikation für späteren Beruf nach Einschätzung der Studierenden des vierten Semesters. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr wichtig“ bis 6 „sehr unwichtig“.

Freitext-Antworten

Den Abschluss dieses Evaluationsbogens bilden sechs Freitext-Fragen (vgl. Abschnitt 4.4.1). Aufgrund der Vielzahl unterschiedlicher Antworten wurden die Antworten der Studierenden über den Untersuchungszeitraum von fünf Jahren hinweg thematisch zusammengefasst und in Prozent-Angaben der jeweils Antwortenden dargestellt. Die Gesamtzahl der Antwortenden pro Item wurde jeweils mit angegeben. Mehrfachnennungen waren möglich. Die Gesamtstichprobengröße beträgt $N=1.179$. Die Untergrenze der Anzahl der Antworten, die in dieser Arbeit dargestellt werden, liegt bei 5%. Ergänzend werden einige Freitexte der Studierenden in Form von Originalzitaten exemplarisch wiedergegeben.

Persönlich wichtige Inhalte im Themenbereich Gesprächsführung und Kommunikation

Über den fünfjährigen Erhebungszeitraum hinweg haben 536 Studierende die Frage: „*Welche Inhalte im Themenbereich der Gesprächsführung und Kommunikation sind Ihnen persönlich besonders wichtig?*“ beantwortet. Bei den insgesamt 1.179 ausgefüllten Evaluationsbögen wurde diese Frage also von 45% der Studierenden beantwortet. Die Themen *verbale/nonverbale Kommunikation, Arzt-Patient Beziehung* sowie *Empathie* sind 15% der Antwortenden persönlich sehr wichtig. So schreibt ein Studierender zu dieser Frage: „*Ich empfand die Nonverbale Kommunikation als besonders interessant und aufschlussreich. Sie schult die Aufmerksamkeit des Arztes gegenüber seines Patienten.*“ Weiterhin geben viele Befragte an, dass die Themen *Fragetechniken* (14%), *Struktur des Gesprächs* (11%) sowie *Aktives Zuhören* (9%) für ihre Kommunikation mit Patienten eine wichtige Rolle spielen (vgl. Abb. 28).

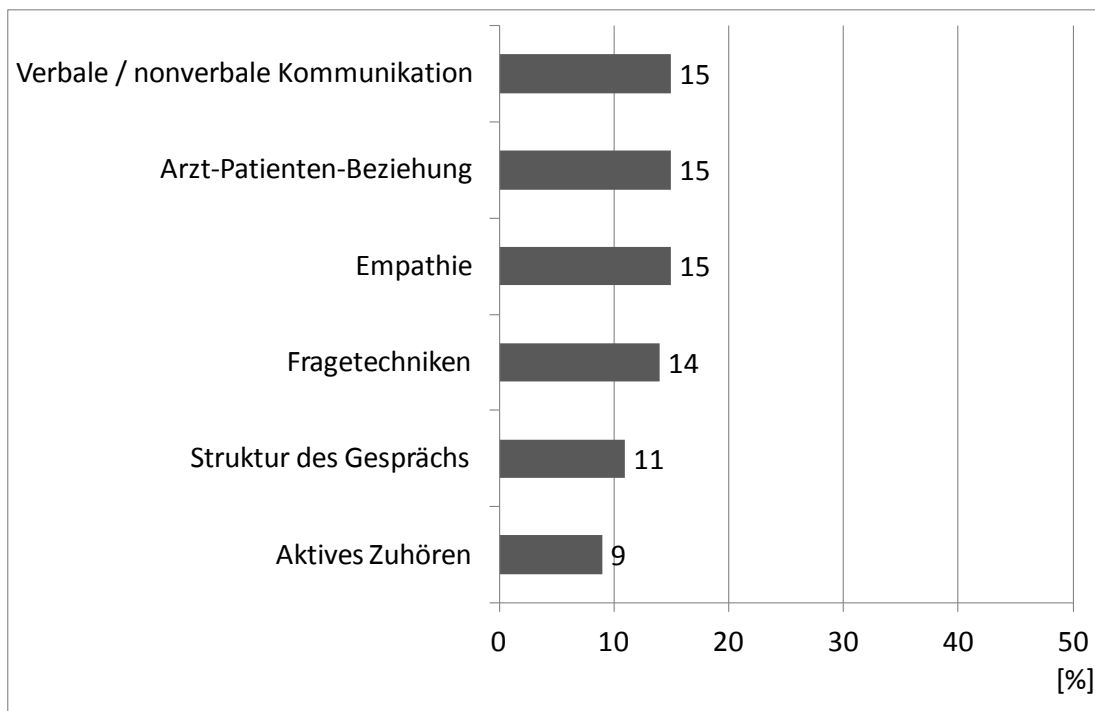


Abb. 28: Ergebnisse zur Freitext-Frage: „Welche Inhalte im Themenbereich der Gesprächsführung und Kommunikation sind Ihnen persönlich besonders wichtig?“ Von 45% der Evaluationsteilnehmer (N=536) während der Jahre 2007-2011 ausgefüllt. Angabe in Prozent der Antwortenden.

Unsicherheiten

Die Studierenden wurden weiterhin gefragt, in welchen Bereichen der Arzt-Patient Kommunikation sie sich noch unsicher fühlen bzw. wo sie gerne noch mehr Hintergrundwissen bekommen möchten. Diese Frage beantworteten insgesamt deutlich weniger Studierende (N=395 und damit 34%) als die Frage nach persönlich wichtigen Inhalten (s.o.). Wichtig ist es den Befragten, den *Umgang mit „schwierigen“ Patienten* zu üben und mehr *fachliches Wissen* zu erlangen (17%). Viele wünschen sich auch noch mehr Möglichkeiten Anamnesegespräche zu führen, wie folgendes Zitat eines Studierenden zeigt: „*Ich würde gerne mehr Anamnesegespräche führen, um mehr Übung zu bekommen.*“ 9% der Antwortenden würden gerne das *Überbringen von schlechten Nachrichten* üben (vgl. Abb. 29).

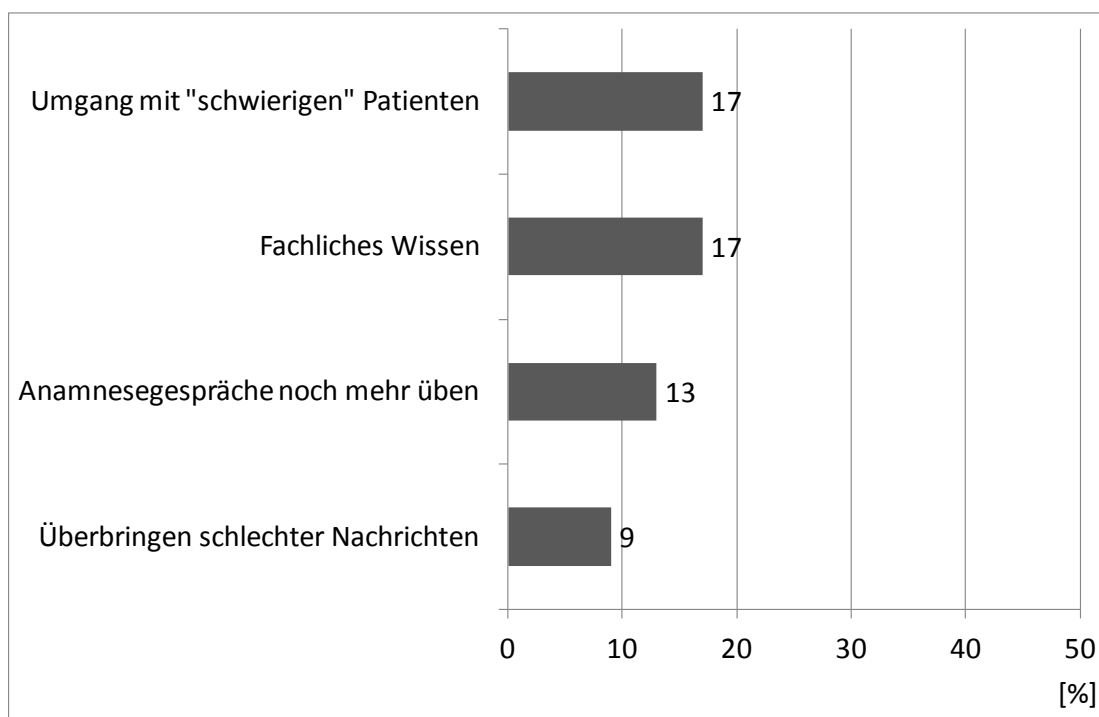


Abb. 29: Ergebnisse zur Freitext-Frage: „In welchen Bereichen der Arzt-Patient Kommunikation fühlen Sie sich noch unsicher?“ Von 34% der Evaluationsteilnehmer (N=395) während der Jahre 2007-2011 ausgefüllt. Angabe in Prozent der Antwortenden.

Gut gefallen am Kurs

Die Frage „*Was hat Ihnen am Kurs besonders gut gefallen?*“ beantworteten 70% (N=828) der Studierenden (vgl. Abb. 30). Besonders die selbst durchgeführten Anamnesegespräche mit den Patienten wurden von 35% der Befragten als besonders hilfreich und gut angegeben. So schreibt ein Studierender, dass es ihm besonders gefallen habe, „*dass er [der Kurs] immer aus einem kurzen theoretischen Teil bestand und danach das Gelernte praktisch durchgeführt [wurde]*“. Auch der Kontakt zu echten Patienten wurde von vielen Studierenden (23%) als besonders bereichernd empfunden. Weitere wesentliche Aspekte, welche von vielen Studierenden besonders positiv an diesem Kurs hervorgehoben wurden, waren die Kurs-Atmosphäre (18%), die netten und kompetenten Dozenten (17%) sowie das

Feedback zu den Gesprächen (9%). Ein Studierender fasst den Kurs mit folgendem Satz zusammen: „Gute Abwechslung zu den anderen Kursen im 4. Semester und ein Stück Motivation, es in den klinischen Teil des Studiums zu schaffen.“

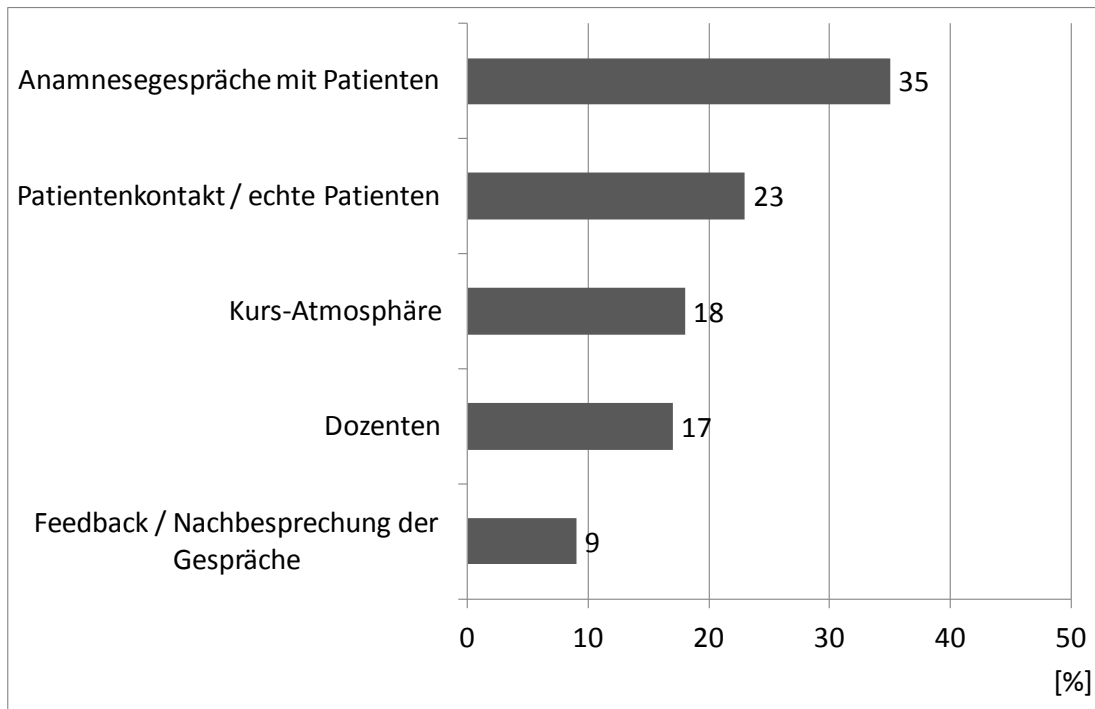


Abb. 30: Ergebnisse zur Freitext-Frage: „Was hat Ihnen am Kurs besonders gut gefallen?“ Von 70% der Evaluationsteilnehmer (N=823) während der Jahre 2007-2011 ausgefüllt. Angabe in Prozent der Antwortenden.

Verbesserungsvorschläge

Die Frage „Was könnte man noch verbessern?“ beantworteten insgesamt 455 der 1.179 Studierenden, also 39% derjenigen, die einen Evaluationsbogen abgegeben hatten. Bei dieser Freitext-Frage wurden viele Einzelnennungen angegeben, die aufgrund mangelnder Repräsentativität (< 5% der Antwortenden) hier nicht dargestellt werden. Einige Studierende (11%) geben an, dass im Kurs weniger Theorie vermittelt werden sollte. So macht

beispielsweise ein Studierender folgenden Verbesserungsvorschlag: *„Weniger Theorie bzw. selbständiges Vorbereiten dieser, dann im Kurs nur praktische Übungen.“* Einige Studierende (10%) wünschen sich, mehr Anamnesegespräche mit Patienten üben zu können. So schreibt ein Teilnehmer: *„Mehr Anamnesen! Mindestens zwei pro Teilnehmer.“* Einige der Befragten (7%) wünschen sich einen anderen Zeitpunkt im Studienverlauf, da nach dem vierten vorklinischen Semester das erste Staatsexamen stattfindet, für das die Studierenden sehr viel lernen müssen.

Allgemeine Anmerkungen

Am Ende des Evaluationsbogens hatten die Studierenden die Möglichkeit, Anmerkungen in Form von Freitext hinzuzufügen. Dies nutzten 18% (N=210) der Befragten. Ein großer Teil (24%) gab hier an, dass ihnen der Kurs sehr gut gefallen hat, wie folgende Zitate zeigen: *„Hat mir gut gefallen, danke!“, „Wirklich guter und sinnvoller Kurs!“, „Danke für den Motivationsschub vor dem Physikum!“*. Auch werden die Dozenten des Kurses von vielen Studierenden besonders lobend erwähnt bzw. als sehr gut beschrieben (17%): *„Sehr nette und kompetente Dozentin!“, „Dozenten haben das gut gemacht!“*.

4.4.3 Ergebnisse der Abschlussevaluation des Fachbereichs Medizin durch Studierende

Bei den Evaluationen durch das Dekanat des Fachbereichs Medizin sind im Rahmen dieser Arbeit die in Abb. 31 dargestellten Items von Interesse, da diese die Items der selbstentwickelten Fragebögen um weitere Aspekte ergänzen bzw. einen Vergleich mit ähnlichen Items ermöglichen. Die Items wurden auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr unzufrieden“ bis 6 „sehr zufrieden“ angekreuzt. Die Studierenden bewerteten die Anamneseerhebungen mit Mittelwerten von 4,81 bis 5,02 über den Erhebungszeitraum von drei Jahren

hinweg als sehr lehrreich. Das Herausarbeiten der Probleme bei Anamneseerhebungen ist den Dozenten, laut Evaluation der Studierenden, sehr gut gelungen (Mittelwerte von 4,87 bis 5). Im Jahr 2009 wurden die beiden Items „*engagierte Dozenten*“ und „*angenehme Kurs-Atmosphäre*“ zusätzlich im Evaluationsbogen aufgenommen. Die Kurs-Atmosphäre bewerteten die Studierenden als sehr angenehm (Mittelwerte von 5,2 und 5,48) und die Dozenten wurden von ihnen als extrem engagiert (Mittelwerte von 5,26 und 5,37) eingeschätzt.

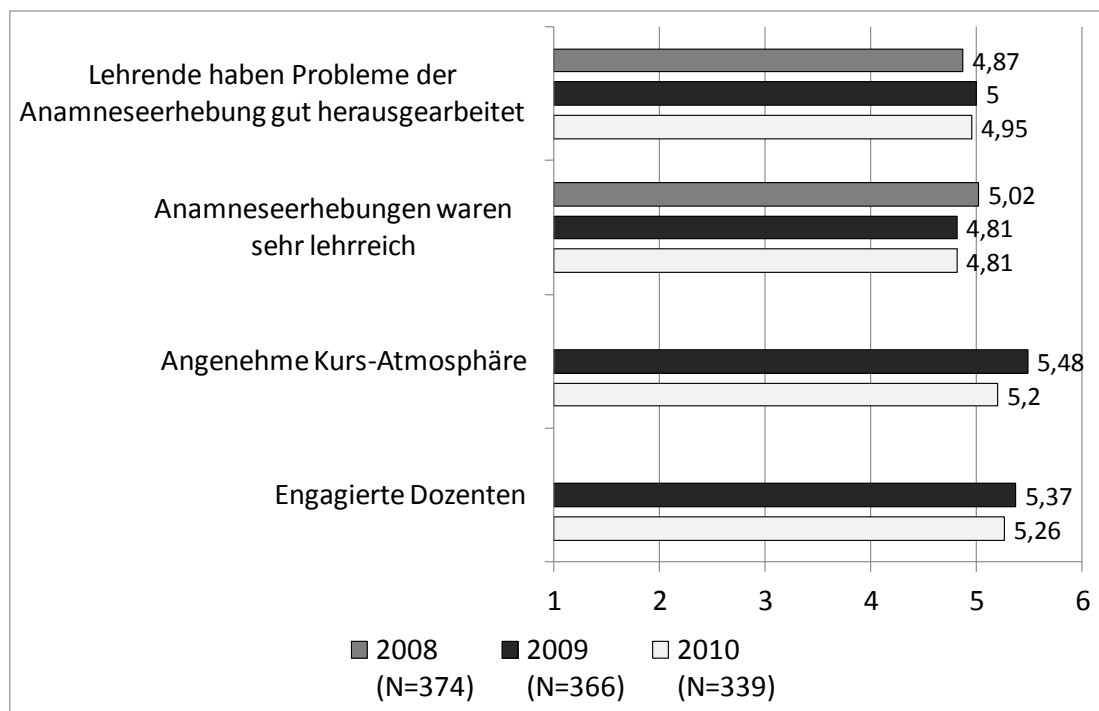


Abb. 31: Ergebnisse der Studierenden-Evaluationen durch den Fachbereich Medizin in Bezug auf die Kursinhalte, die Kurs-Atmosphäre und das Engagement der Dozenten. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr unzufrieden“ bis 6 „sehr zufrieden“. Angabe in Mittelwerten. Schriftliche Befragung über einen Zeitraum von drei Jahren (N=1.079).

4.4.4 Qualitative Befragung der Dozenten

Nach dem ersten Kurs im Jahr 2007 wurden die Dozenten gebeten, an einer freiwilligen Feedbackrunde zu dem durchgeführten Kurs teilzunehmen oder alternativ schriftlich eine kurze Rückmeldung zu geben, um zu erfahren, ob das neue Konzept in dieser Form umsetzbar ist und was noch verbessert werden kann.

An dieser Feedbackrunde haben drei Dozenten teilgenommen; zwei Dozenten haben eine schriftliche Rückmeldung zum durchgeführten Kurs gegeben. Zusammenfassend lobten die Dozenten das gute Kurskonzept und meinten, dass der Kurs sowohl ihnen als auch den Studierenden viel Spaß gemacht hat. Die Kursmaterialien und die Vorbereitung auf den Kurs durch die Dozentschulung wurden als gute Unterstützung angesehen. Insgesamt empfanden die Dozenten die Zeit für die einzelnen Module eher zu kurz und mit zu vielen Inhalten gefüllt. Inhaltlich empfanden einige Dozenten die Themen zu „psychologisch“, so wurde von einem Dozenten der Vorschlag gemacht, diesen Kurs nur von Mitarbeitern der medizinischen Psychologie durchführen zu lassen. Das „*Vier-Ohren-Modell*“ nach F. Schulz von Thun, welches in einem Modul vermittelt werden soll, war einigen Dozenten zu kompliziert; das Thema „*Fragetypen*“ hätten sie hingegen gerne ausführlicher behandelt.

Als weitere Anregungen wurden folgende Aspekte genannt: Im ersten Modul eine „Vorzeige-Anamnese“ vorführen (per Video oder durch Dozenten), Visite/Anamnese am Krankenbett (in der Klinik), das Thema Tod und Sterben als weiteres Modul aufnehmen und neben der bestehenden Dozentschulung eine zusätzliche für Fortgeschrittene anbieten.

4.4.5 Abschlussevaluationen für Dozenten

Um die Rückmeldequote zu erhöhen, werden die Dozenten seit dem Jahr 2008 gebeten, den Kurs in Form eines selbstentwickelten, zweiseitigen Evaluationsbogens nach dem letzten Kurstag zusammenfassend zu bewerten. Dieser Evaluationsbogen beinhaltet folgende Items, die auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ bewertet werden sollen: „*Organisation des Kurses*“, „*Struktur des Kurses*“, „*Aufbau des Kurses*“,

„Themenauswahl“, „Beobachtungsbögen“ sowie „Zufriedenheit mit dem Kurs“. Außerdem werden die Dozenten gefragt, für wie relevant sie die Themen Kommunikation und Gesprächsführung für ihr ärztliches Handeln halten und welche Bedeutung sie dem Wissen von theoretischen Hintergründen von Kommunikation beimessen. Zum Abschluss des Evaluationsbogens haben die Dozenten die Möglichkeit in Form von Freitext folgende Fragen zu beantworten: „*Welche Inhalte im Themenbereich der Gesprächsführung und Kommunikation sind Ihnen persönlich besonders wichtig?*“, „*In welchen Bereichen würden Sie gerne mehr Hintergrundwissen bekommen?*“, „*Was hat Ihnen am Kurs besonders gut gefallen?*“, „*Was könnte man noch verbessern?*“, „*Vorschläge für den klinischen Abschnitt zu dem Themenbereich Kommunikation und Gesprächsführung*“ sowie „*Anmerkungen*“.

Dieser Evaluationsbogen wird seit dem Jahr 2008 in dieser Form eingesetzt und gewährleistet daher eine gute Vergleichbarkeit der einzelnen Items innerhalb des hier betrachteten Zeitraums von vier Jahren bis 2011. Da das Ausfüllen der Bögen freiwillig ist, waren die Rücklaufquoten in den einzelnen Jahren unterschiedlich hoch. In den vier Jahren wurde der EKM-Kurs in insgesamt 121 Kurs-Gruppen durchgeführt (ca. 30 Gruppen pro Jahr). Insgesamt füllten 51 Dozenten den Abschlussevaluationsbogen aus, womit die Rücklaufquote bei 42% liegt. Ein exemplarischer Bogen ist in Anhang 12 beigelegt.

4.4.6 Ergebnisse der Abschlussevaluation durch Dozenten

Kursspezifische Items

Die Ergebnisse zeigen, dass die Dozenten mit dem Kurs insgesamt sehr zufrieden waren. Sowohl die Organisation als auch die Struktur und der Aufbau des Kurses sowie die Themenauswahl der einzelnen Module werden von den Dozenten sehr positiv bewertet (vgl. Abb. 32).

Vergleicht man innerhalb der einzeln abgefragten Items die Ergebnisse longitudinal über den Untersuchungszeitraum von vier Jahren, so fällt auf, dass insgesamt eine deutliche Verbesserung der Ergebnisse vom Jahr 2008 bis zum Jahr 2011 stattgefunden hat. Dies spiegelt sich auch in dem globalen Item „Zufriedenheit mit dem Kurs“ wider. Die Beobachtungsbögen wurden von den Dozenten in den Jahren 2008 und 2009 nur mittelmäßig bewertet (Mittelwerte von 2,46 bzw. 2,44). Daher wurden sie überarbeitet und neu gestaltet. In den Jahren 2010 und 2011 wurden sie daraufhin deutlich besser mit Mittelwerten von 2,13 bzw. 1,85 bewertet.

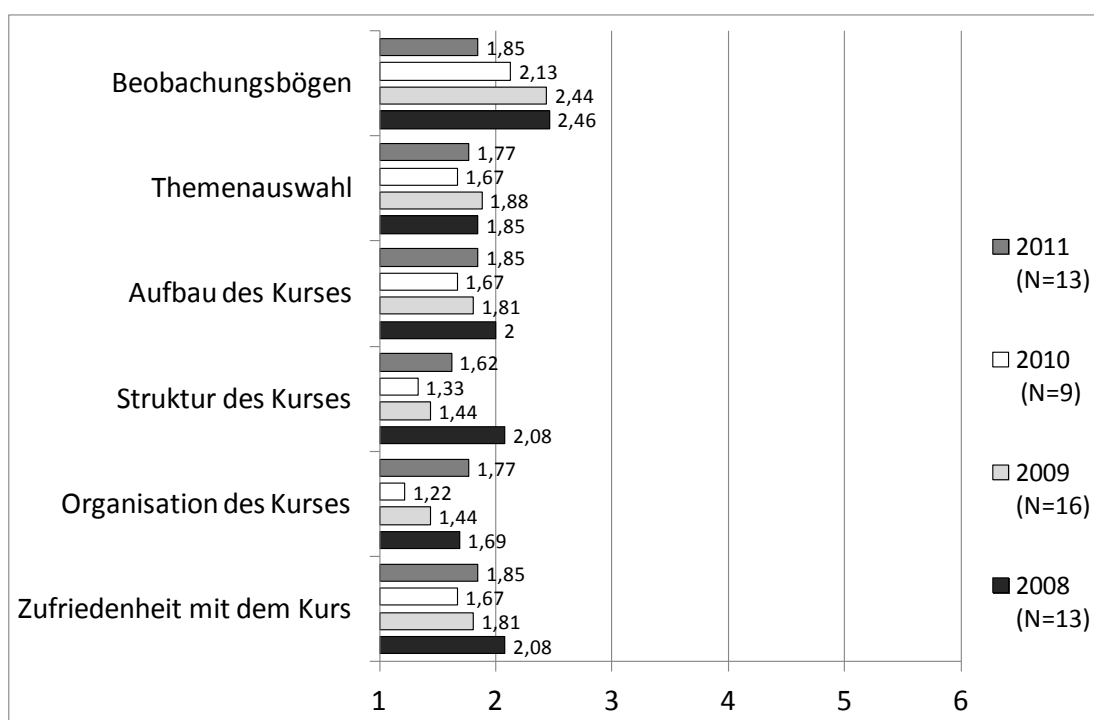


Abb. 32: Ergebnisse der Evaluationen durch die Dozenten zu den durchgeführten Kursen in den Jahren 2008-2011. Angaben auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“.

Relevanz von Kommunikation und Gesprächsführung

Die Ergebnisse der Befragungen der Dozenten zur Relevanz von Kommunikation und Gesprächsführung für ihr ärztliches Handeln sowie zu ihrer Einschätzung der Bedeutung des Wissens theoretischer Hintergründe von Kommunikation sind in Abb. 33 dargestellt. Über den gesamten Betrachtungszeitraum von vier Jahren schätzen die Dozenten der EKM-Kurse die ärztliche Gesprächsführung für sehr relevant ein (Mittelwerte von 1,22 bis 1,62). Auch die Bedeutung theoretischer Hintergründe von Kommunikation wird von Seiten der Dozenten als wichtig erachtet (Mittelwerte von 1,77 bis 2,31). Diese wird allerdings insgesamt als etwas weniger bedeutsam eingestuft. Interessanterweise nimmt die Bedeutung beider Themen in der Einschätzung der Dozenten von Jahr zu Jahr zu.

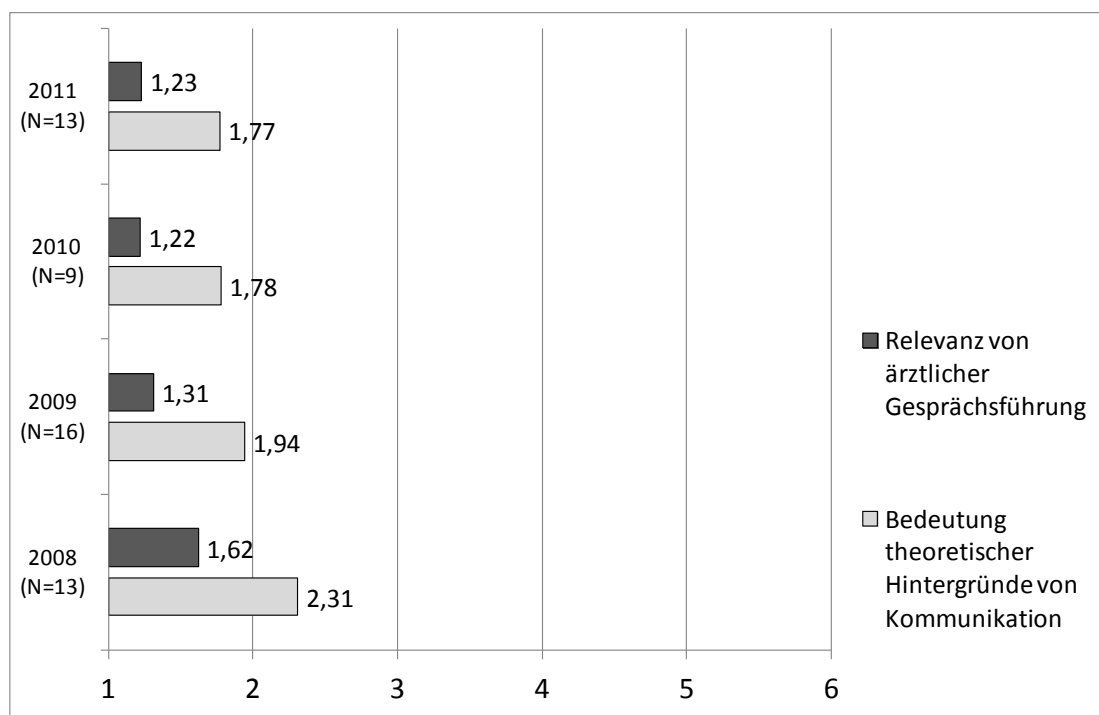


Abb. 33: Ergebnisse der Befragungen der Dozenten des EKM-Kurses zur Relevanz der ärztlichen Gesprächsführung und Bedeutung theoretischer Hintergründe von Kommunikation auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr wichtig“ bis 6 „sehr unwichtig“.

Freitext-Fragen

Den Abschluss des Evaluationsbogens für die Dozenten bilden sechs Freitext-Fragen (vgl. Abschnitt 4.4.4). Im Betrachtungszeitraum wurden insgesamt 51 Evaluationsbögen ausgefüllt und ausgewertet. Aufgrund der Vielzahl unterschiedlicher Antworten wurden die Antworten zu jeder Frage thematisch zusammengefasst. Die Ergebnisse werden über die vier Jahre hinweg in Prozent-Angaben der jeweils Antwortenden dargestellt; die Anzahl der Antwortenden ist dabei immer angegeben. Die Untergrenze der Zahl der Antworten, die in dieser Arbeit dargestellt werden, liegt bei 5%. Einige Freitexte der Dozenten werden exemplarisch zur Veranschaulichung in Form von Originalzitaten wiedergegeben.

Persönlich wichtige Inhalte im Themenbereich Gesprächsführung und Kommunikation

Über den vierjährigen Betrachtungszeitraum hinweg haben 30 Dozenten die Frage: „*Welche Inhalte im Themenbereich der Gesprächsführung und Kommunikation sind Ihnen persönlich besonders wichtig?*“ beantwortet. Bei den insgesamt 51 ausgefüllten Evaluationsbögen wurde diese Frage also von 59% der Dozenten beantwortet. Das Thema *Grundhaltungen nach Rogers/empathischer Patientenumgang* ist 30% der Antwortenden persönlich sehr wichtig. So schreibt ein Dozent zu dieser Frage: „*Erlernen des respektvollen und empathischen Patientenumgangs*“. Weiterhin gaben viele Befragte an, dass die Themen *Arzt-Patient-Beziehung* und *nonverbale Kommunikation* (23%) sowie der *Umgang mit „schwierigen“ Patienten* (17%) für ihre Kommunikation mit Patienten eine wichtige Rolle spielen (vgl. Abb. 34), wie das folgende Zitat eines Dozenten zeigt: „*Verständnis dafür entwickeln, dass oft nicht der Inhalt, sondern die Art und Weise des Gesagten bei den Patienten in Erinnerung bleibt*“.

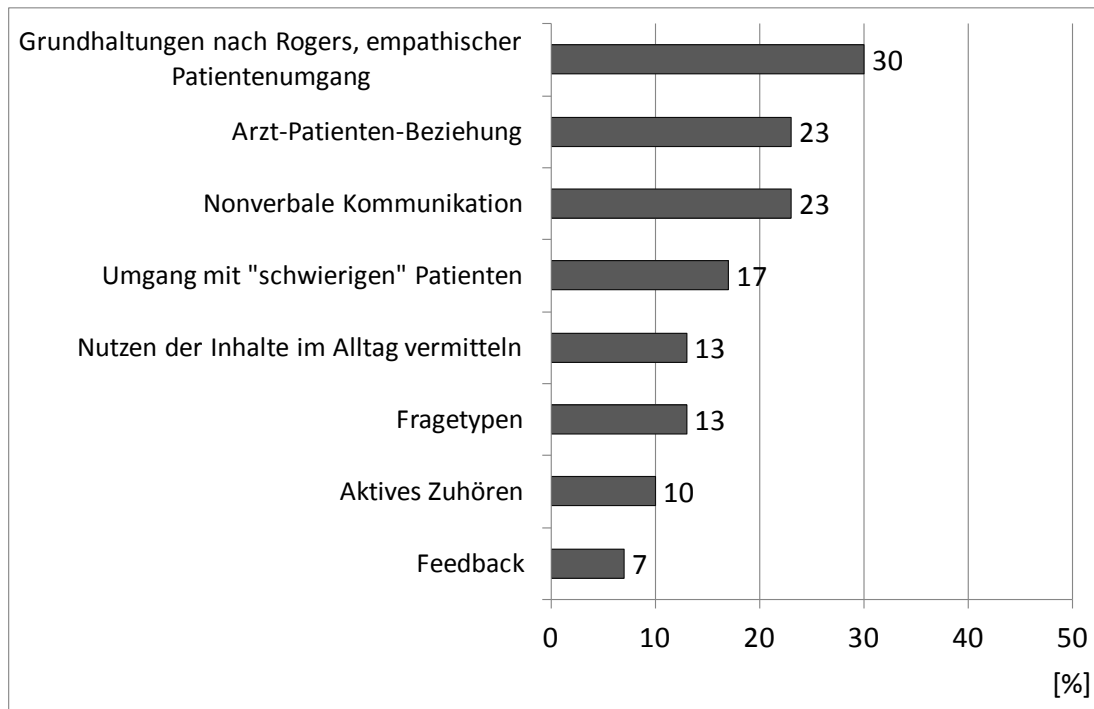


Abb. 34: Ergebnisse zur Freitext-Frage: „Welche Inhalte im Themenbereich der Gesprächsführung und Kommunikation sind Ihnen persönlich besonders wichtig?“ Von 59% der Evaluationsteilnehmer ausgefüllt (N=30). Angabe in Prozent der Antwortenden.

Unsicherheiten

Die Dozenten wurden weiterhin gefragt, in welchen Bereichen der Arzt-Patient Kommunikation sie sich noch unsicher fühlen bzw. wo sie gerne noch mehr Hintergrundwissen bekommen möchten. Diese Frage beantworteten insgesamt recht wenige Dozenten (N=9 und damit 18%). Von diesen neun Dozenten gaben drei an, dass sie keine weiteren Hintergrundinformationen benötigen und sich in keinem Bereich unsicher fühlen, wie beispielsweise die folgende Aussage eines Dozenten zeigt: *„Ich benötige keine weiteren Hintergrundinformationen, ich fühlte mich durch die Skripte hinreichend über das Thema informiert.“* Zwei Dozenten gaben an, dass sie sich bei Gesprächen mit „schwierigen“ Patienten unsicher fühlen.

Gut gefallen am Kurs

Die Frage „*Was hat Ihnen am Kurs besonders gut gefallen?*“ beantworteten 71% (N=36) der Dozenten. Besonders die gute Mitarbeit und die motivierten Studierenden haben vielen Dozenten (47%) sehr gut gefallen und sie eher überrascht, wie folgendes Zitat eines Dozenten zeigt: „*Die Studenten waren sehr engagiert, das hatte ich am Freitagnachmittag nicht erwartet*“. Die vorbereiteten Materialien und die Toolbox zu diesem Kurs wurden von 33% der Befragten als besonders hilfreich und gut angegeben. So schreibt ein Dozent, dass ihm besonders die „*exzellente Kursvorbereitung und hervorragende Kursmaterialien*“ gefallen haben. Auch das Feedback zu den einzelnen Anamnesegesprächen wurde von einigen Dozenten (8%) als bereichernd empfunden.

Verbesserungsvorschläge

Die Frage „*Was könnte man noch verbessern?*“ beantworteten insgesamt 51% (N=26) der Dozenten, die einen Evaluationsbogen abgegeben hatten. Bei dieser Freitext-Frage wurden, ähnlich wie bei den Studierenden, viele Einzelnennungen angegeben, die aufgrund mangelnder Repräsentativität hier nicht dargestellt werden. Einige Dozenten (12%) gaben an, dass der Einsatz von Simulationspatienten anstelle echter Patienten für den Kurs von Vorteil wäre, da beispielsweise die Patienten auf ihrer Station meist operiert sind und eine „*aktuelle Anamnese [...] daher nur eingeschränkt [möglich ist]; es entsteht keine Beratungssituation wie beim normalen Erstkontakt*.“ Weiterhin machen einige Dozenten (12%) den Vorschlag, die einzelnen Themen der Module zu komprimieren, also mehr Themen in einem Modul zu behandeln. Zwei Dozenten (8%) wünschen sich, dass die Studierenden mehr Anamnesegespräche mit den Patienten üben (vgl. Abb. 35). So schreibt ein Dozent: „*Der theoretische Teil ist sehr intensiv und teils zu sehr analysiert, wichtiger wären mehr praktische Übungen/Anamnesegespräche mit Patienten, z.B. 2 Patientengespräche pro Student*.“

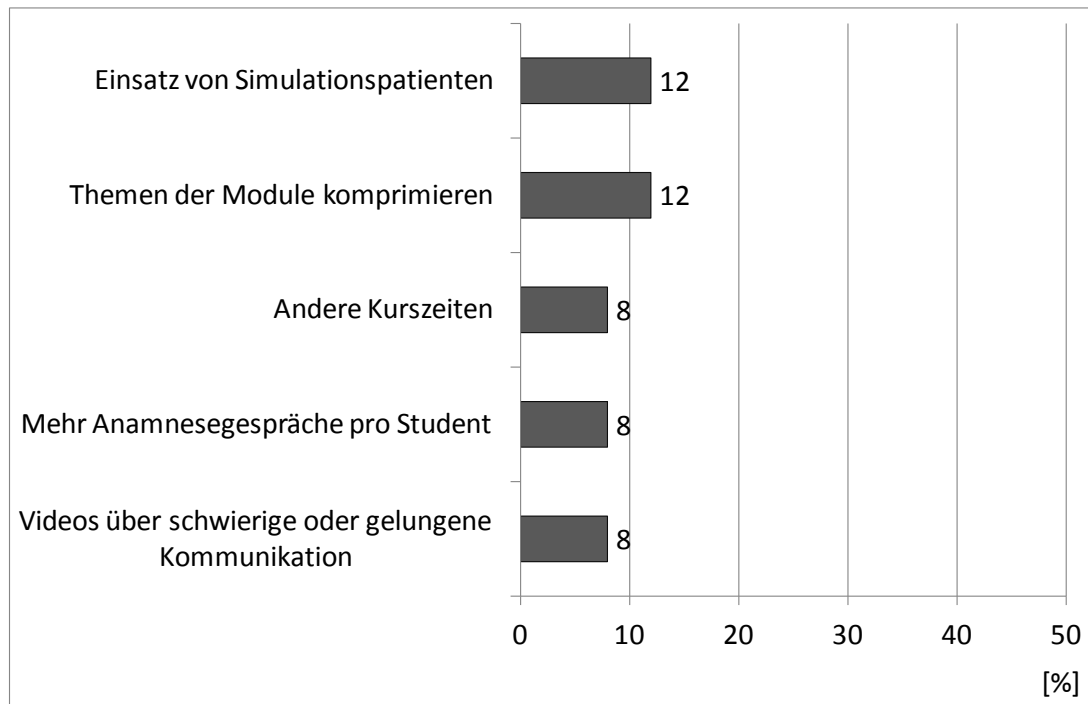


Abb. 35: Ergebnisse zur Freitext-Frage: „Was könnte man noch verbessern?“ Von 51% der Evaluationsteilnehmer ausgefüllt (N=26). Angabe in Prozent der Teilnehmenden.

Vorschläge für den klinischen Studienabschnitt zu dem Themenbereich Kommunikation und Gesprächsführung

Die Dozenten hatten an dieser Stelle des Evaluationsbogens die Möglichkeit, eigene Vorschläge zum Themenbereich der ärztlichen Gesprächsführung für den klinischen Studienabschnitt zu machen. Dies nutzten 25% der Dozenten (N=13), welche den Evaluationsbogen abgegeben hatten. Einige Dozenten (23%) wünschen sich im Verlauf des klinischen Studienabschnittes Kommunikationstrainings für Studierende mit Simulationspatienten, zwei Dozenten ein Seminar zum Thema „Überbringen schlechter Nachrichten“ und zwei weitere Einzel-Coachings im Bereich ärztlicher Gesprächsführung (15%).

Anmerkungen

Am Ende des Evaluationsbogens hatten die Dozenten die Möglichkeit, Anmerkungen in Form von Freitext hinzuzufügen. Dies nutzten 39% (N=20) der Befragten. 65% der Antwortenden gaben hier an, dass ihnen der Kurs sehr gut gefallen hat, sie sich sehr gut durch die Toolbox und die Kursmaterialien auf die einzelnen Kurstermine vorbereitet fühlen und ihnen der Kurs viel Spaß gemacht hat, wie folgendes Zitat zeigt: „*Hat Spaß gemacht - gerne wieder. Insgesamt Note "1" für diesen Kurs, der sehr gut vorbereitet ist!*“. Einige Dozenten (15%) wünschen sich eine Vereinfachung der Feedbackbögen, da diese in der Praxis teilweise etwas kompliziert zu handhaben wären.

4.5 Evaluation und Ergebnisse der Dozentenschulungen

4.5.1 Evaluationsbogen für die Dozentenschulung

Wie in Abschnitt 3.5.5 beschrieben, ist die Dozentenschulung ein wesentlicher Bestandteil des neuen Kurskonzeptes und wird daher von Beginn an, seit dem Jahr 2007, kontinuierlich in Form eines selbstentwickelten, zweiseitigen Evaluationsbogens bewertet. Dieser Evaluationsbogen besteht aus drei Teilbereichen: „*1. Allgemeines*“, „*2. Einzelne Übungen/Inhalte*“ und „*3. Das Kurskonzept*“:

Im ersten Teil *Allgemeines* werden die Dozenten gebeten auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ folgende Items zu bewerten: „*Organisation des Seminars*“, „*Struktur des Seminars*“, „*Durchführung des Seminars*“ und die „*Seminarleitung*“.

Im zweiten Teil *Einzelne Übungen/Inhalte* können die Dozenten zunächst die folgenden beiden Freitext Fragen beantworten: „*Welche Übungen/Inhalte waren für Sie persönlich besonders hilfreich?*“ und „*Welche Übungen/Inhalte waren für Sie am wenigsten*

hilfreich?“. Im Anschluss daran werden die folgenden neun Items, welche einzelne Übungen und Inhalte der Schulung widerspiegeln, in Form einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ abgefragt: „*Aufbau eines Anamnesegesprächs*“, „*Nähe – Distanz*“, „*Feedback*“, „*Fragetypen*“, „*Kommunikation (verbal/nonverbal)*“, „*Aktives Zuhören/Gesprächstechniken*“, „*Arzt-Patient-Beziehung*“, „*Rollenspiel*“, sowie „*Persönlicher Lernzuwachs (insgesamt)*“.

Im dritten Teil des Evaluationsbogens wurde das *Kurskonzept* evaluiert. Die folgenden fünf Items sollen auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ bewertet werden: „*Verständlichkeit*“, „*Aufbau*“, „*Themenauswahl*“, „*Inhalt der Toolbox*“ sowie „*Feedbackbögen*“.

Nach jedem dieser drei Teile haben die Dozenten die Möglichkeit neben der Bewertung der vorgegebenen Items, eigene „*Anmerkungen*“ in Form von Freitext hinzuzufügen.

Dieser Evaluationsbogen wird zum Abschluss jeder Dozentenschulung ausgeteilt und von den Dozenten ausgefüllt. So konnte hier bisher eine Rücklaufquote von 100 % in jedem Jahr erreicht werden. Die Anzahl der ausgefüllten Bögen spiegelt damit zugleich die Gruppengröße der einzelnen Dozentenschulungen wider. Insgesamt haben im Betrachtungszeitraum (2007 bis 2011) 78 Dozenten an den Dozentenschulungen teilgenommen. Auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse wurde die Dozentenschulung kontinuierlich optimiert. Um die Ergebnisse longitudinal miteinander vergleichen zu können, wurde der Evaluationsbogen über die Jahre hinweg nur minimal verändert: ab dem Jahr 2008 wurde im Teil „*inhaltliche Aspekte*“ das Item „*Aufbau eines Anamnesegesprächs*“ hinzugefügt, da dieses Thema in der Schulung ab dem Jahr 2008 ausführlicher besprochen wurde als es zunächst im Konzept von 2007 vorgesehen war. Der Evaluationsbogen ist in Anhang 13 beigelegt. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den einzelnen Teilbereichen des Evaluationsbogens dargestellt.

4.5.2 Evaluationsergebnisse der Dozentenschulungen

Allgemeiner Teil

Der longitudinale Vergleich über den Betrachtungszeitraum von fünf Jahren zeigt bei den Items zum allgemeinen Teil insgesamt eine deutliche Verbesserung in allen Bereichen. So verbesserte sich die Organisation der Dozentenschulung von einem Mittelwert von 1,83 im Jahr 2007 auf einen Mittelwert von 1,09 im Jahr 2011. Die Struktur und Durchführung der Schulung wurden im ersten Jahr mit Mittelwerten von 1,92 bzw. 2,04 bewertet, später verbesserten sich diese Bewertungen auf Mittelwerte zwischen 1,0 und 1,18. Die Seminarleitung wurde schon 2007 mit einem Mittelwert von 1,73 gut bewertet, in den späteren Jahren verbesserte sich die Bewertung bis zu einem Mittelwert von 1,0 bzw. 1,1 (vgl. Abb. 36).

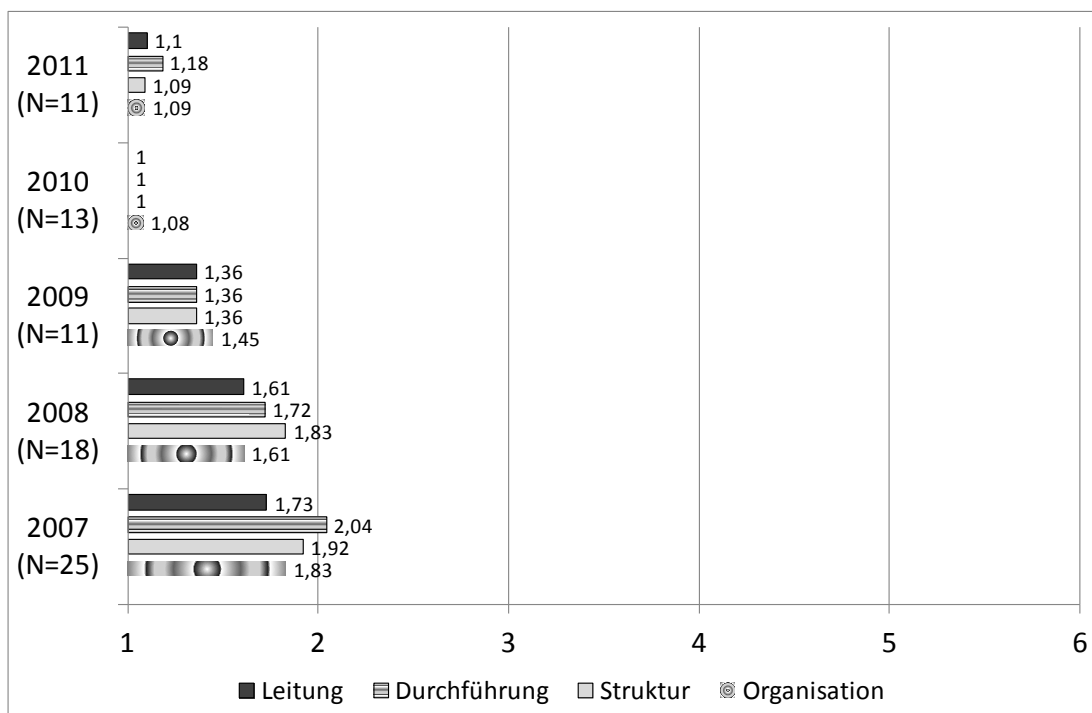


Abb. 36: Ergebnisse der Evaluationen zu den Dozentenschulungen im Erhebungszeitraum 2007-2011 zum allgemeinen Teil des Evaluationsbogens. Angaben auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“.

Freitext-Anmerkungen zum allgemeinen Teil

Die Freitext-Anmerkungen zum allgemeinen Teil sind zusammengefasst in Tabelle 7 dargestellt. Zur Veranschaulichung werden einige Aussagen der Dozenten als Zitate exemplarisch wiedergegeben. Insgesamt haben 23 der 78 Dozenten (29%) die Möglichkeit genutzt, an dieser Stelle Freitext hinzuzufügen. Sechs Dozenten (26%) machten hier Anmerkungen zu den Rahmenbedingungen der Schulung, hier vor allem den Ort und die Länge der Schulung. 15 Dozenten (65%) äußerten sich zur Durchführung der Schulung und hoben hierbei besonders die Struktur, die Professionalität und die gute Leitung der Dozentenschulung hervor. Außerdem gab es zwei „Sonstige“ Anmerkungen.

Tab. 7: Freitext-Antworten der Dozenten in der Evaluation nach der Dozentenschulung zum Item „Anmerkungen“, zusammengefasst nach Anzahl der Nennungen und Themenbereiche über den Erhebungszeitraum von 2007 bis 2011 (N=23).

Rahmenbedingungen		
Anzahl	Themenbereich	Exemplarische Zitate
4 (17%)	Ort	„Der Veranstaltungsort hat sich als geeignet und sehr vorteilhaft erwiesen (Abstand zum Klinikum)“ „Positiv: weg von der Uni, keine Piepser“
2 (9%)	Zeit	„Zeitraumen ggf. zu lang“
Durchführung		
Anzahl	Themenbereich	Exemplarische Zitate
10 (43%)	Struktur	„Sehr durchdacht → gut strukturiert“ „Sehr enge Festlegung des EKM-Kurses“
3 (13%)	Professionalität	„Sehr professionelle Durchführung, ich bin sehr positiv überrascht“
2 (9%)	Leitung	„Hochmotivierte Leiter des Dozentenurses, denen ihre Aufgabe am Herzen lag und dieses auch an mich weitergegeben haben und ich auch hoffentlich an meine Studenten.“ „Diplom-Pädagogin und Allgemeinmediziner gut.“
Sonstiges		
Anzahl	Themenbereich	Exemplarische Zitate
2 (9%)		„Irgendwas geht immer noch besser, aber so war alles ok!“ „Vielen Dank!“

Einzelne Übungen/Inhalte der Dozentenschulung

Freitext zu hilfreichen bzw. weniger hilfreichen Inhalten und Übungen

Im zweiten Teil des Evaluationsbogens zur Dozentenschulung hatten die Teilnehmer zunächst die Möglichkeit in Form von Freitext die für sie als besonders hilfreich bzw. weniger hilfreich erlebten und durchgeführten Übungen und Inhalte der Dozentenschulung zu benennen. In Tab. 8 sind die Nennungen, sortiert nach Anzahl, dargestellt. Der Freitext zu „*hilfreiche Übungen / Inhalte*“ wurde von insgesamt 61 der 78 Dozenten (78%) ausgefüllt. Das Rollenspiel eines exemplarischen Anamnesegesprächs, welches am Ende der Dozentenschulung von zwei Teilnehmern durchgeführt und anschließend von allen gemeinsam analysiert und diskutiert wird, wurde von 31 Dozenten (51%) als besonders hilfreich bewertet. Auch die Auseinandersetzung mit dem Thema Feedback wurde von vielen Dozenten als sehr wichtig erachtet. Sechs Dozenten (10%) beschreiben alle durchgeführten Übungen und behandelten Inhalte als hilfreich.

Deutlich weniger Dozenten, nur 33 der 78 Schulungsteilnehmer und damit 42%, benennen im Freitext „*weniger hilfreiche Übungen / Inhalte*“. Sieben Dozenten (21%) bewerteten an dieser Stelle die Übung „Nähe-Distanz“ als weniger hilfreich und vier Dozenten hätten auf das Rollenspiel am Ende der Schulung verzichten können. Zwei Dozenten gaben im ersten Jahr der Dozentenschulung an, dass sie das Kommunikationsmodell („Vier-Ohren-Modell“ nach F. Schulz von Thun) unübersichtlich und weniger hilfreich fanden. Fünf Dozenten gaben an dieser Stelle an, dass alle Übungen bzw. Inhalte für sie hilfreich waren.

Tab. 8: Freitext-Antworten der Dozenten in der Evaluation nach der Dozentenschulung zum Item „Hilfreiche Übungen / Inhalte“ nach Anzahl der Nennungen. Fünfjähriger Erhebungszeitraum von 2007 bis 2011 (N=61). Mehrfachnennungen möglich.

Hilfreiche Übungen / Inhalte (N=61)		
Anzahl	Prozent	Übung / Inhalt
31	51%	Rollenspiel
15	25%	Feedback
6	10%	Alle
4	7%	Kommunikationstheorien
4	7%	Aktives Zuhören
4	7%	Arzt-Patient Beziehung
3	5%	Fragetypen
3	5%	Verwendete Lehrmethoden
Weniger hilfreiche Übungen / Inhalte (N=33)		
Anzahl	Prozent	Übung / Inhalt
7	21%	Nähe-Distanz
4	12%	Rollenspiel
2	6%	„Vier-Ohren-Modell“

Vorgegebene Items zu den Inhalten und Übungen

Die Evaluationsergebnisse zu den einzelnen Inhalten und Übungen der Dozentenschulung sind in den Abb. 37 und Abb. 38 dargestellt. Das Item „*Aufbau eines Anamnesegesprächs*“ wurde, wie bereits erwähnt, dem Evaluationsbogen im Jahr 2008 hinzugefügt. Insgesamt zeigt sich eine deutliche Verbesserung in der Bewertung der einzelnen Inhalte seit Beginn der Dozentenschulung im Jahr 2007 über alle abgefragten Items hinweg. Es zeigt sich aber auch, dass einzelne Inhalte von den verschiedenen Teilnehmergruppen teilweise recht unterschiedlich bewertet werden. So bewerteten beispielsweise die Teilnehmer der Schulung im Jahr 2010 die Übung „*Nähe-Distanz*“ mit einem Mittelwert von 1,38 und ein Jahr später wurde diese Übung mit einem Mittelwert von 2,55 bewertet.

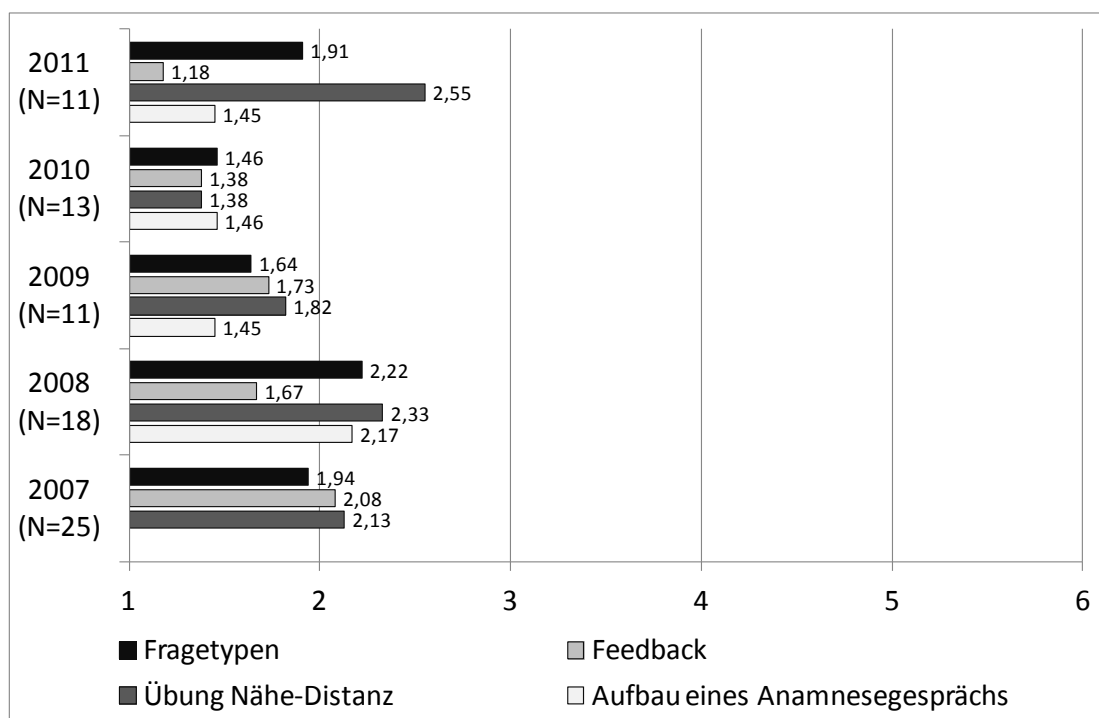


Abb. 37: Ergebnisse der Evaluationen der Dozentenschulung zu den inhaltlichen Aspekten: „Aufbau eines Anamnesegesprächs“, Übung „Nähe-Distanz“, „Feedback“ und „Fragetypen“. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“.

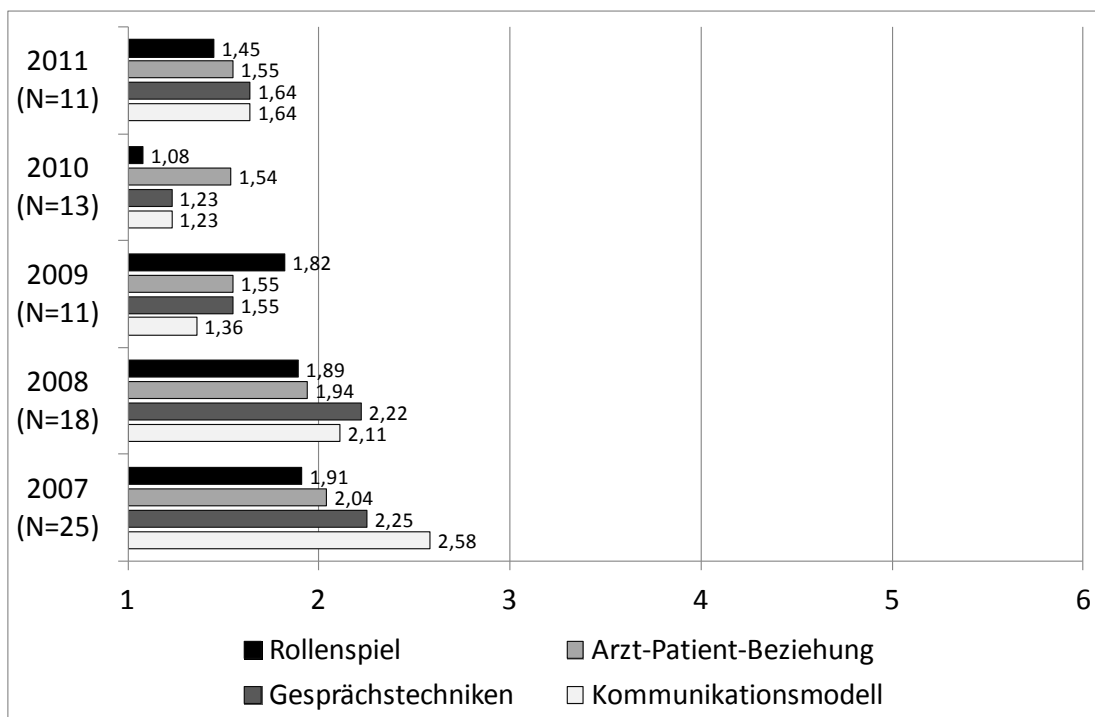


Abb. 38: Ergebnisse der Evaluationen der Dozentenschulung zu den inhaltlichen Aspekten: „Kommunikationsmodell“, „Gesprächstechniken“, „Arzt-Patient-Beziehung“ und „Rollenspiel“. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“.

Persönlicher Lernzuwachs

Ihren persönlichen Lernzuwachs durch die Teilnahme an der Dozentenschulung geben die Befragten in den ersten beiden Jahren der Schulung mit Mittelwerten zwischen 2,36 bzw. 2,44 an. In den Jahren 2010 bzw. 2011 bewerteten die Dozenten ihren Lernzuwachs deutlich höher mit Mittelwerten von 1,54 bzw. 1,64, auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr hoch“ bis 6 „sehr niedrig“ (vgl. Abb. 39).

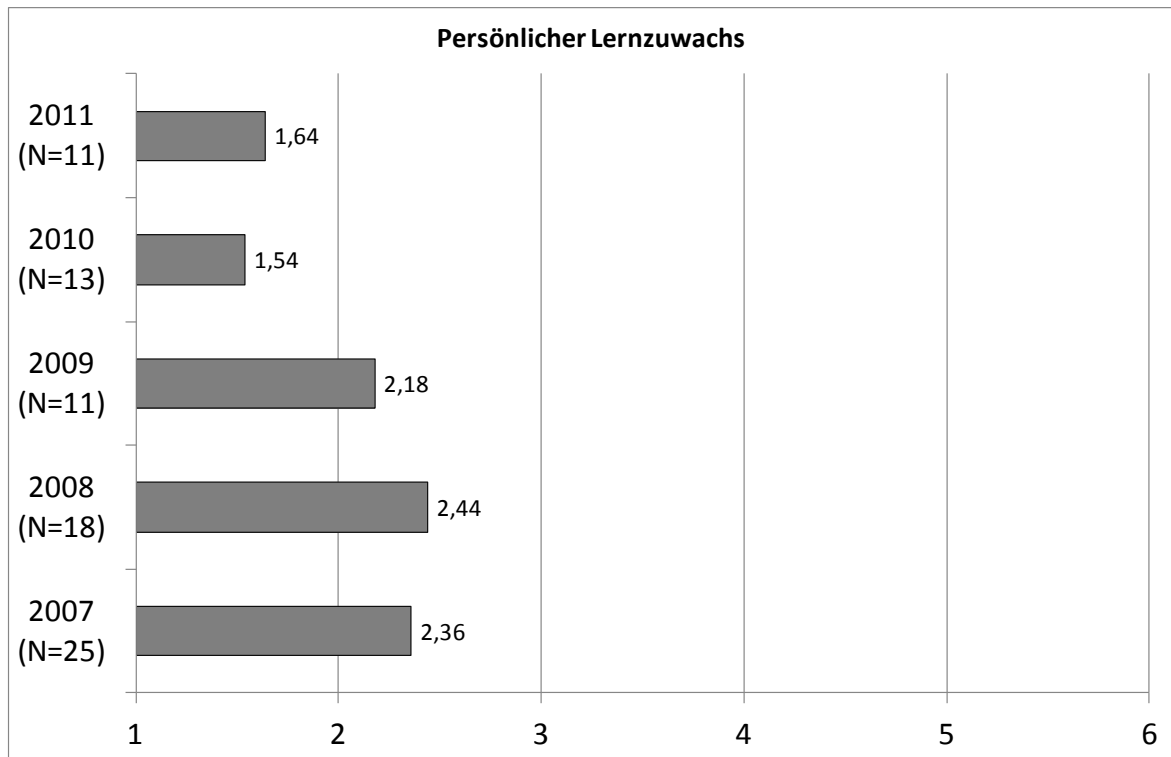


Abb. 39: Ergebnisse der Evaluation zum „persönlichen Lernzuwachs“ der Dozenten durch die Dozentenschulung. Erhoben im Zeitraum von 2007-2011 auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr hoch“ bis 6 „sehr niedrig“.

Freitext-Anmerkungen zu den Übungen und Inhalten

Auch zu dem Bereich „Einzelne Übungen/Inhalte“ der Dozentenschulung hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, Anmerkungen in Form von Freitext hinzuzufügen. Hier wurden insgesamt lediglich fünf Anmerkungen gemacht (6%). Ein Teilnehmer schreibt an dieser Stelle: „*Vor allem die aktiven Parts fördern die Selbstreflexion und den Erkenntnisgewinn, vor allem im Rahmen des Feedbacks*“, ein anderer Teilnehmer hätte sich mehr Material zu den einzelnen Übungen gewünscht, wie folgendes Zitat zeigt: „*Günstiger wäre es gewesen, mehr Material dazu auszuteilen*“.

Konzept des neuen Kurses

Der dritte Teil des Evaluationsbogens umfasst die bereits beschriebenen fünf Items zum Konzept des neuen Kurses, die wiederum auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ bewertet werden sollten. Wie in Abb. 40 dargestellt, ist eine deutliche Verbesserung der Bewertungen zu den einzelnen Teilaspekten des neuen Konzeptes im Laufe der fünf Jahre zu beobachten. So bewerteten die Dozenten im Jahr 2007 die Verständlichkeit des Kurskonzeptes mit einem Mittelwert von 2,0 und im Jahr 2011 mit einem Mittelwert von 1,0. Auch der Aufbau des Kurskonzeptes, die Themenauswahl, die Inhalte der Toolbox sowie die Beobachtungsbögen wurden im ersten Jahr mit „guten“ Mittelwerten von 1,84 bis 2,2 bewertet und im Jahr 2011 dann durchweg mit „sehr guten“ Mittelwerten von 1,0 bis 1,2.

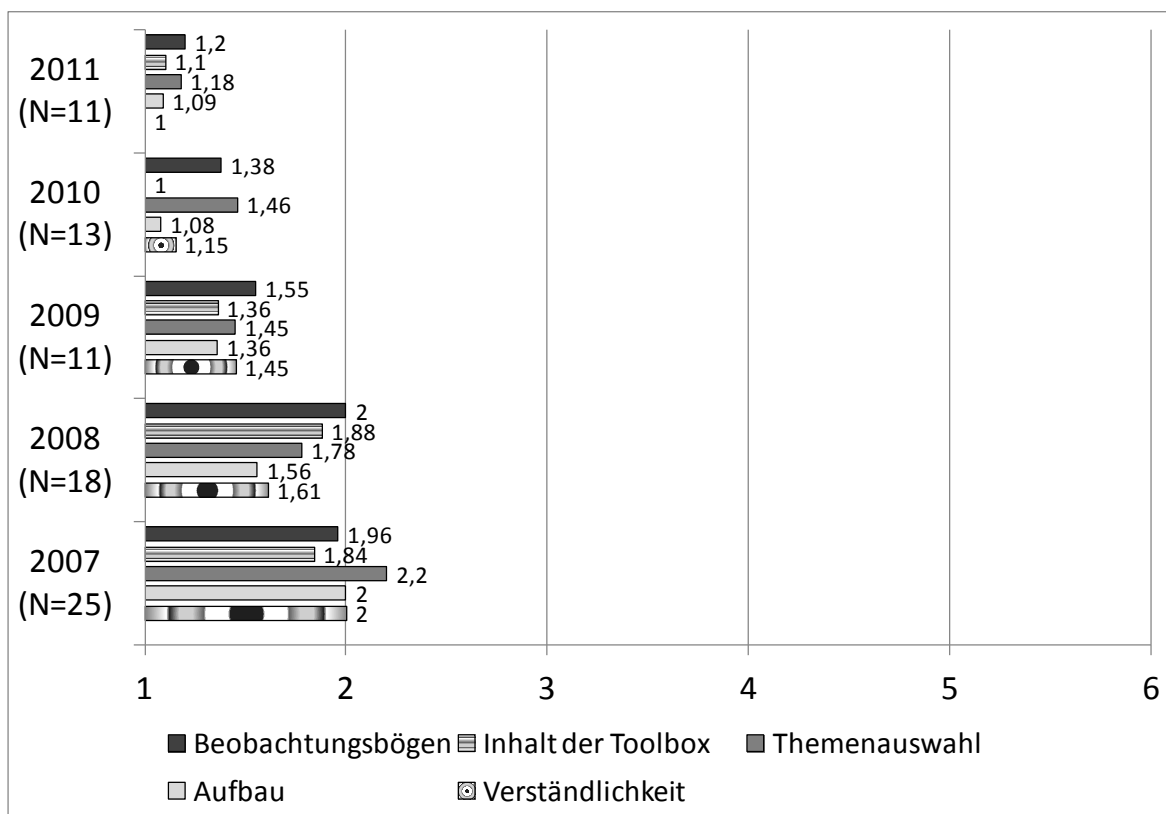


Abb. 40: Ergebnisse der Evaluationen der Dozentenschulung zum Konzept des neuen Kurses. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“.

Freitext-Anmerkungen zum Konzept

Neben diesen vorgegebenen Items zum Konzept konnten die Teilnehmer der Dozentenschulung an dieser Stelle wieder Anmerkungen zum Konzept in Form von Freitext hinzufügen. Diese Option wurde von 22 der 78 (28%) Dozenten genutzt. Vor allem das gute Konzept (sieben Nennungen) und die Feedbackbögen (drei Nennungen) wurden als besonders gelungen angesehen. So schreiben beispielsweise zwei Dozenten zum Konzept: *„Die Toolbox ist eine tolle Idee und nimmt dem Dozent viel Arbeit ab!!!“*; *„Wie gut aufgearbeitet eine Kursvorbereitung sein kann. Damit erhöhen sich die Chancen auf erfolgreiche Vermittlung des Wissens an Studierende enorm.“* Zu den Feedbackbögen meint ein Teilnehmer: *„Besonders positiv: Lernspirale in den Feedbackbögen“*. Ein Dozent schreibt an dieser Stelle: *„Da wünscht man sich selbst nochmal Student zu sein.“*

5 Überprüfung der Wirksamkeit des neuen Konzeptes

5.1 Vorgehensweise

Um die Wirksamkeit des neuen Konzeptes zu überprüfen, wurden im Rahmen dieser Arbeit insgesamt drei verschiedene Maßnahmen durchgeführt:

Erstens wurde vergleichend – altes versus neues Kurskonzept – überprüft, inwieweit die Grobziele des Kurses erreicht wurden. Zweitens wurden die in Abschnitt 4.1 beschriebenen reflexiven Kontrollen in Form von Selbsteinschätzungsbögen, welche die Studierenden vor und nach dem Kurs ausfüllten, durchgeführt. Drittens wurden nach Abschluss des Kurses praktische Prüfungen (summative Evaluationen) durchgeführt, in denen die kommunikativen Kompetenzen der Studierenden von unabhängigen Prüfern bewertet wurden. Im Zusammenhang mit diesen Prüfungen wurde auch die Selbsteinschätzung der Studierenden zu verschiedenen Zeitpunkten mit der Einschätzung der Prüfer verglichen.

Da die Überprüfung der Wirksamkeit für die Beurteilung der Qualität des neuen Kurskonzeptes maßgebend ist, werden im Folgenden neben den Mittelwerten auch weitere statistische Parameter mit angegeben.

5.2 Erreichen der Lernziele im Vergleich mit dem alten Kurs

Wie in Abschnitt 3.5.2 beschrieben, verlangt die ärztliche Approbationsordnung (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2002), dass Studierende zu Beginn ihres Studiums Grundlagen ärztlicher Gesprächsführung und Anamneseerhebung erlernen. Um zu eruieren, ob diese Ziele in Frankfurt am Ende des vorklinischen Studienabschnittes erreicht werden,

wurden die Studierenden nach dem Kurs im Jahr 2006 im Rahmen der Bedarfsanalyse (vgl. Abschnitt 3.2.2) gefragt, wie gut sie sich nach dem Kurs auf das Führen von Anamnese-gesprächen vorbereitet fühlen, ob ihnen der Ablauf eines Anamnesegesprächs im Kurs vermittelt wurde und ob sie die wichtigsten Gliederungspunkte einer Anamnese kennen. Dieselben Fragen wurden auch in den folgenden Jahren im Rahmen der bereits dargestellten Abschlussevaluation (vgl. Abschnitt 4.4.2) erhoben. Die Ergebnisse der im Jahr 2006 erhobenen Daten wurden dabei zur besseren Vergleichbarkeit von einer fünfstufigen auf eine sechsstufige Likert-Skala umgerechnet. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Studierenden (N=235) im Jahr 2006 nach dem alten Kurs nur mittelmäßig auf das Führen von Anamnesegesprächen vorbereitet fühlen (Mittelwert von 3,2), während sich die Studierenden im Jahr 2007 (N=187) nach dem neuen Kurskonzept gut vorbereitet fühlten (Mittelwert von 2,01).

Der Vergleich der Ergebnisse der Studierenden-Evaluationen nach dem Kurs aus den Jahren 2006 versus 2007 in Bezug auf die Frage: „*Wurde Ihnen der Ablauf eines Anamnesegesprächs vermittelt?*“ zeigt eine leichte Verbesserung: so bejahten im Jahr 2006 94,9% der Studierenden (N=235) diese Frage, im Jahr 2007 waren es 100% der Studierenden (N=187).

Eine deutliche Verbesserung zeigte sich bei der Beantwortung der Frage: „*Kennen Sie die wichtigsten Gliederungspunkte einer Anamnese?*“ Hier antworteten im Jahr 2006 lediglich 74,9% der Studierenden (N=235) mit „ja“. Im folgenden Jahr bejahten dies 100% der Befragten (N=187).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass mit dem neuen Kurskonzept seit dem Jahr 2007 die Lernziele des Kurses deutlich besser erreicht wurden als im Jahr zuvor.

5.3 Selbsteinschätzungen der Studierenden zu verschiedenen Aspekten vor und nach dem Kurs

Um den individuellen Lernzuwachs der Studierenden, ihre Haltung und Einstellung zum Thema der ärztlichen Gesprächsführung sowie mögliche Einflussfaktoren (Alter, Geschlecht, Vorerfahrungen, vorherige Ausbildung) zu eruieren, werden den Studierenden seit dem Jahr 2008 in Form eines selbstentwickelten Selbsteinschätzungsbogens zunächst vor Beginn des Kurses folgende Fragen gestellt: *„Wenn Sie morgen ein Anamnesegespräch führen müssten, wie würden Sie Ihre Fähigkeiten in diesem Bereich einschätzen?“*, *„Inwieweit halten Sie die Ausbildung in den Bereichen Gesprächsführung und Kommunikation für Ihre spätere Berufsausbildung für relevant?“* und *„Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach das Wissen der theoretischen Hintergründe von Kommunikation für Ihren späteren Beruf?“*. Diese Items werden auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bzw. „sehr wichtig“ bis 6 „sehr schlecht“ bzw. „sehr unwichtig“ abgefragt. Die Studierenden werden außerdem gebeten, soziodemographische Angaben (Geschlecht und Alter) sowie ihre Vorerfahrungen im medizinischen Bereich, z.B. durch eine Arbeit beim Rettungsdienst oder durch eine vorangegangene Pflegeausbildung und ihre gegebenenfalls im Vorfeld abgeschlossenen Ausbildungen anzugeben. Dieser Bogen liegt den Toolboxen seit dem Jahr 2008 bei und wird immer zu Beginn des ersten Moduls von den jeweiligen Dozenten ausgeteilt (vgl. Anhang 14). Der Rücklauf dieser Bögen war in allen vier Jahren des Betrachtungszeitraums sehr hoch. Die Rücklaufquote lag im Jahr 2008 bei 80%, in den Jahren 2009 und 2010 bei 83% und im Jahr 2011 bei 82%.

Relevanz ärztlicher Gesprächsführung

Die Ausbildung in ärztlicher Gesprächsführung wurde von fast allen Studierenden über den gesamten Betrachtungszeitraum hinweg als sehr relevant bewertet. Wie in Abb. 41 zu sehen, beantworteten die Studierenden die Frage: *„Inwieweit halten Sie die Ausbildung in den Bereichen Gesprächsführung und Kommunikation für Ihre spätere Berufsausbildung für*

relevant?“ mit Mittelwerten zwischen 1,32 und 1,43 und messen damit diesem Thema eine sehr hohe berufs- und praxisrelevante Bedeutung zu. Auch die Frage nach dem Wissen der theoretischen Hintergründe von Kommunikation wird von den Studierenden als „wichtig“ angesehen, wie die Mittelwerte zwischen 1,97 und 2,22 auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr wichtig“ bis 6 „sehr unwichtig“ zeigen.

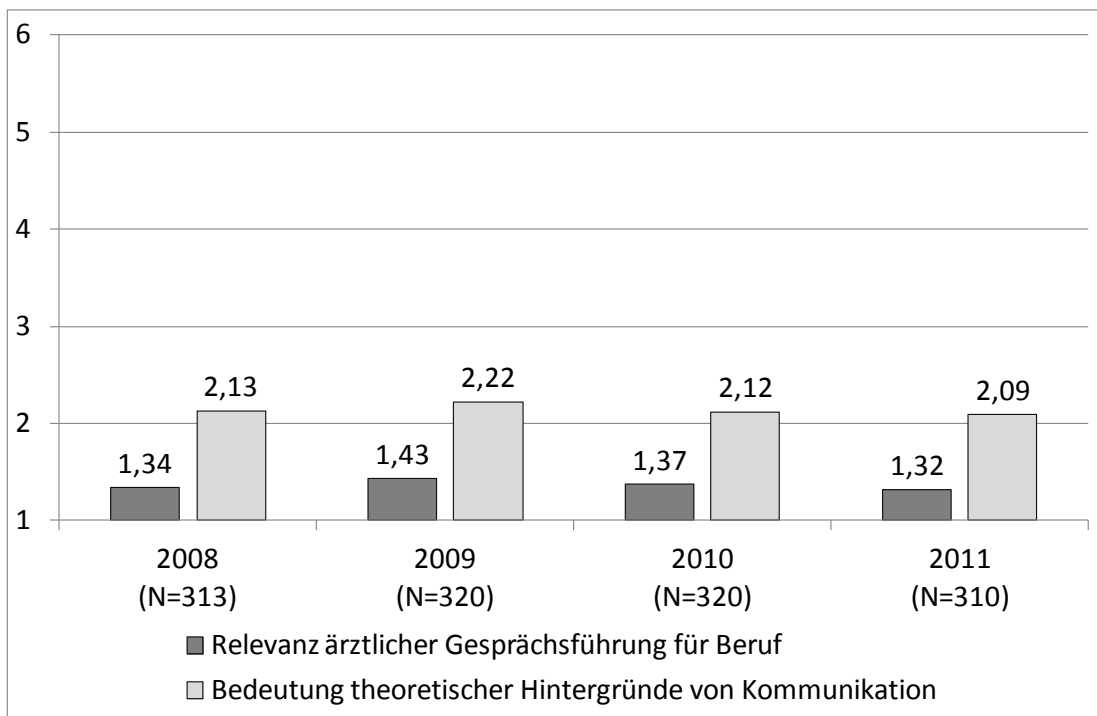


Abb. 41: Ergebnisse der Befragungen der Studierenden vor dem EKM-Kurs zur Relevanz und theoretischen Bedeutung der Themen Kommunikation und ärztliche Gesprächsführung auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr wichtig“ bis 6 „sehr unwichtig“.

Diese Ergebnisse fallen ähnlich aus wie die Ergebnisse zu denselben Fragestellungen innerhalb der Bedarfsanalyse im Jahr 2006 (vgl. Abschnitt 3.2.2). Auch die Ergebnisse zu diesen Fragestellungen im Rahmen der Abschlussevaluationen nach dem EKM-Kurs zeigen sehr ähnliche Werte (vgl. Abschnitt 4.4.2). Darin drückt sich die hohe Relevanz dieses Themas für die Studierenden über den gesamten Erhebungszeitraum aus.

Lernzuwachs der Studierenden

Um den Lernzuwachs der Studierenden individuell zu messen, wurden die Antworten der Studierenden auf den Selbsteinschätzungsbögen mit den Antworten der Studierenden zu denselben Fragen auf dem bereits beschriebenen Abschluss-Evaluationsbogen verglichen (vgl. Abschnitt 4.4.1). Ein individueller Vergleich war durch den fünfstelligen Code zur Pseudonymisierung, den die Studierenden auf den Bögen angaben, möglich (vgl. Abschnitt 4.2). So konnten die Selbsteinschätzungen der Studierenden vor und nach dem Kurs miteinander verglichen werden. Durch die 1:1-Zuordnung der einzelnen Studierenden ergeben sich niedrigere Fallzahlen, da vor und nach dem Kurs teilweise verschiedene Studierende die Evaluationsbögen abgegeben haben. Die Fallzahlen sind jedoch trotzdem so hoch, dass statistische Auswertungen sinnvoll sind. Zur Berechnung wurde der Wilcoxon-Test für Paardifferenzen durchgeführt. Dieser Test wird dann angewendet, wenn man dieselbe Stichprobe zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten untersucht (vgl. BORTZ 1999). Wie in Tab. 9 dargestellt, erhält man in allen Jahren signifikante Ergebnisse auf einem zweiseitigen Signifikanzniveau von $p < 0,001$. Dies zeigt, dass sich die Studierenden nach Absolvieren des Kurses signifikant besser auf das Führen von Anamnesegesprächen vorbereitet fühlen als zu Beginn des Kurses. In Abb. 42 sind die genauen Ergebnisse dieses individuellen Kompetenzzuwachses dargestellt.

Tab. 9: Selbsteinschätzungen der Studierenden vor und nach dem EKM-Kurs in Bezug auf ihre Fähigkeit, ein Anamnesegespräch zu führen. Berechnung der Unterschiede mittels Wilcoxon-Test. Untersuchungszeitraum: 2008-2011.

Wilcoxon-Test				
	2008 (N=114) Selbsteinschätzung vor und nach EKM Kurs	2009 (N=142) Selbsteinschätzung vor und nach EKM Kurs	2010 (N=194) Selbsteinschätzung vor und nach EKM Kurs	2011 (N=143) Selbsteinschätzung vor und nach EKM Kurs
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000

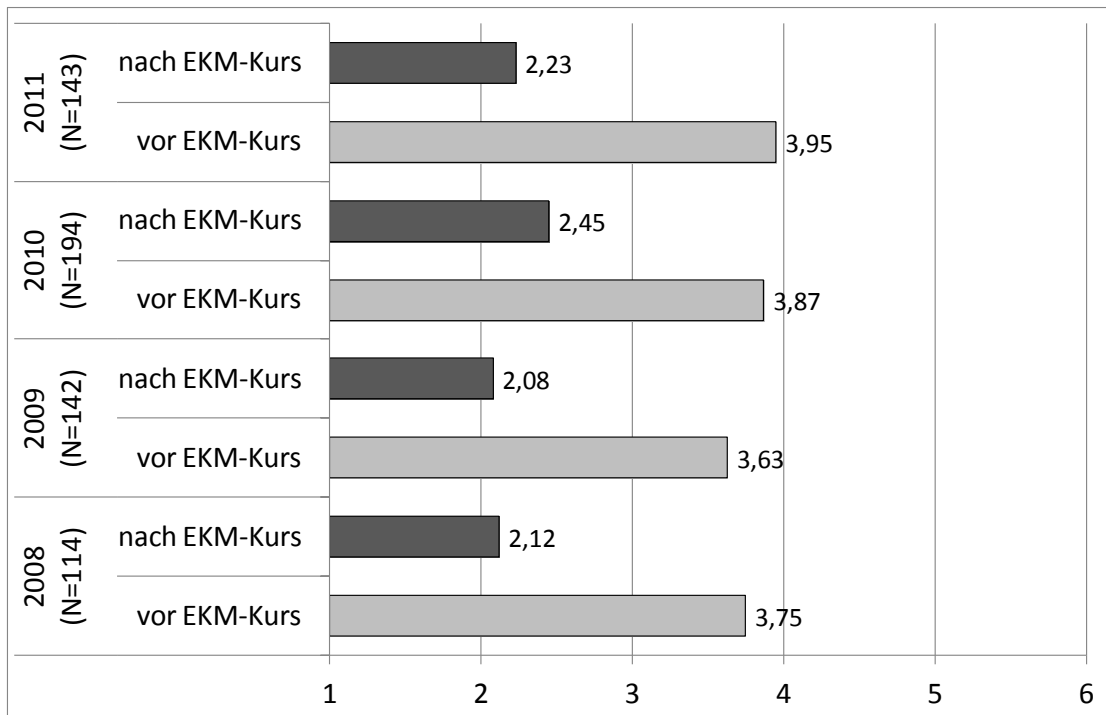


Abb. 42: Vergleich der Selbsteinschätzungen der Studierenden vor und nach dem EKM-Kurs zur Frage nach Ihrer Fähigkeit, wie gut sie darauf vorbereitet sind, ein Anamnesegespräch zu führen, auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ in den Jahren 2008 bis 2011.

5.4 Überprüfung der kommunikativen Fähigkeiten der Studierenden

5.4.1 Durchführung praktischer Prüfungen

Eine weitere Möglichkeit, die Wirksamkeit des neuen Konzeptes zu überprüfen, besteht in der Konzeption und Durchführung einer Prüfung, welche möglichst objektiv und valide misst, inwieweit die Teilnehmer des Kurses die intendierten Lernziele erreicht haben. Bei der Durchführung einer solchen Prüfung ist der didaktische Grundsatz, dass sich die Form der Prüfung an den vorher definierten Lernzielen und Methoden des Unterrichts orientieren soll, zu berücksichtigen, wie auch John Biggs schreibt:

„Thus, any course needs to be designed so that the learning activities and assessment tasks are aligned with the learning outcomes that are intended in the course. This means that the system is consistent.” (BIGGS & TANG 2011).

Kommunikative Kompetenzen von Studierenden möglichst objektiv zu bewerten, stellt eine besondere Herausforderung dar. In der praktischen Umsetzung bedeutet dies eine neue und sehr aufwendige Form der Prüfung. Eine solche wurde in den Jahren 2008 und 2009 als praktische Prüfung jeweils nach dem EKM-Kurs durchgeführt, in der jeder Studierende in der Rolle eines Arztes ein fünfminütiges Anamnesegespräch zu führen hatte. Im Anschluss daran erhielt jeder Studierende vom geschulten Prüfer, der sich dieses Gespräch angeschaut und bewertet hatte, ein ausführliches Feedback. Dieses diente dazu, neben der Überprüfung der erlernten kommunikativen Fähigkeiten, den Studierenden die Möglichkeit zu geben, ihre kommunikativen Kompetenzen weiter zu verbessern. Die Teilnahme an dieser Prüfung war für die Studierenden verpflichtend, jedoch nicht bestehensrelevant.

Um die Studierenden miteinander vergleichen zu können, sollte die Prüfungssituation für alle Studierenden möglichst gleich gestaltet sein. Dies wurde durch die drei folgenden Faktoren gewährleistet:

Erstens erhielten alle Studierenden dieselbe Aufgabe, die folgendermaßen lautete:

„Sie machen Urlaubsvertretung in einer Praxis und sehen einen Ihnen unbekanntem Patienten/Patientin in Ihrem Sprechzimmer sitzen. Erheben Sie eine vollständige Anamnese. Hierfür haben Sie 5 Minuten Zeit. Im Vordergrund stehen Ihre Gesprächsführung und das Sammeln von Informationen. Sie müssen keine Diagnose stellen.“

Zweitens wurden speziell für diese Prüfung sogenannte Simulationspatienten geschult. Simulationspatienten, oder auch Schauspielpatienten genannt, simulieren einen „echten“ Patienten mit einem bestimmten Krankheitsbild und einer Persönlichkeit. In Form kurzer Rollenspiele können so die kommunikativen Kompetenzen der Medizinstudierenden gezielt geprüft werden, ohne dass wirklich kranke Menschen dadurch belastet werden. Ein großer Vorteil für die Prüfungssituation besteht darin, dass diese Simulationspatienten mehrmals hintereinander dieselbe Rolle spielen können und somit die Objektivität und Vergleichbarkeit der Prüfung hoch ist. Im Anhang ist das Rollenskript, welches speziell für diese Prüfung entwickelt wurde und auf dessen Grundlage die Simulationspatienten geschult wurden, beigelegt (vgl. Anhang 15).

Drittens wurde eine valide Checkliste verwendet, anhand derer der Prüfer den Studierenden objektiv beobachten und bewerten kann. Da es keine validierte deutschsprachige Checkliste für diese Form der Prüfung gab, wurde in einem aufwendigen Prozess die „Frankfurter Observer Checkliste Kommunikation (FrOCK)“ entwickelt und validiert. Die genaue Anwendung und die verschiedenen Ankreuz-Möglichkeiten der Checkliste wurden mit den Prüfern in einem zweistündigen Prüfer-Training ausführlich erklärt und geübt. Ein eigens dafür entwickeltes Prüfer-Manual sowie zwei Videos mit Beispiel-Anamnesegesprächen mit geschulten Simulationspatienten unterstützten dieses Training. Die Prüfer hatten so die Möglichkeit, vorab anhand von zwei Beispiel-Anamnesegesprächen die FrOCK kennenzulernen und den Umgang mit ihr zu üben.

Die FrOCK wurde bereits an anderer Stelle ausführlich beschrieben und publiziert (vgl. SENNEKAMP et al. 2012) und wird daher im Rahmen dieser Arbeit im Folgenden nur kurz vorgestellt:

Entwicklung der FrOCK

Ziel bei der Entwicklung der FrOCK war, eine übersichtliche Checkliste zur Überprüfung kommunikativer und fachlicher Kompetenzen zu erstellen, welche alle psychometrischen Anforderungen erfüllt und in Prüfungen eingesetzt werden kann. Diese Checkliste sollte klar strukturiert und einfach handhabbar sein sowie während einer Prüfung in wenigen Minuten auszufüllen sein.

Als Grundlage für eine objektive und faire Bewertung der Studierenden wurde innerhalb eines interdisziplinären Teams von Ärzten, Pädagogen, Psychologen und Studierenden ein Anforderungskatalog für die FrOCK erarbeitet. Dieser basiert zum einen auf der Auswertung diverser Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Fachliteratur und zum anderen auf Erfahrungen und ausführlichen Feedbackgesprächen im Umgang mit bestehenden Bewertungsinstrumenten. Zusammengefasst ist die Beachtung der folgenden Punkte die Voraussetzung für eine gute Handhabung einer solchen Checkliste und gewährleistet damit eine gute Qualität der Ergebnisse:

Die einzelnen Items müssen so konstruiert und formuliert sein, dass jedem Item nur ein sachlicher Inhalt oder Gedanke zugrunde liegt. Damit wird der Spielraum für subjektive Deutungen minimiert (SCHIRMER 2005, HUBER 2005).

Das Bewertungsinstrument sollte klar strukturiert und übersichtlich sein, damit es während eines kurzen Prüfungsgesprächs eingesetzt werden kann.

Die Antwort-Skalen sollten minimal, am besten dichotom, sein und nach Möglichkeit nur das Vorhandensein oder die Abwesenheit eines Verhaltens abbilden (HUBER 2005, MAKOUL 2001b).

Die einzelnen Items sollten sowohl in der Reihenfolge des Auftretens im Gespräch als auch nach inhaltlichen Gesichtspunkten in einzelne Blöcke zusammengefasst werden.

Eine Schulung der Prüfer im Umgang mit dem Prüfungsinstrument anhand klarer Codier-Regeln ist eine notwendige Voraussetzung zur Erfüllung der psychometrischen Testgütekriterien (SCHIRMER 2005, MAKOUL 2001b).

Das Layout sollte so gestaltet sein, dass das gesamte Instrument nur eine Seite umfasst und die einzelnen Blöcke optisch deutlich voneinander zu unterscheiden sind.

Gestaltung der FrOCK

Auf dieser Grundlage wurde die erste Version der FrOCK generiert: Sie besteht aus insgesamt 31 Items, die in vier große Bereiche aufgeteilt sind: *Beginn und Abschluss des Gesprächs*, *Gesprächsführung*, *Kontaktfähigkeit (Empathie)* sowie *Fachliches (Erstkontakt)*. Der Bereich *Fachliches* kann dabei, je nach Einsatz der Checkliste, variabel gestaltet werden. Die für die vorliegende Prüfung validierte Checkliste beinhaltet in diesem Bereich Items zur Anamneseerhebung (Erstkontakt mit einem Patienten). Die Antwortmöglichkeiten der ersten drei Bereiche sind dichotom gestaltet („ja/nein“); beim fachlichen Teil gibt es die Antwortoptionen: „ja/teilweise/nein“, da diesen Items mehrere Einzelaspekte zugrunde liegen. So muss der Studierende beispielsweise bei der *Genussmittelanamnese* den Patienten mindestens zu zwei Genussmitteln (Alkohol, Zigaretten, Drogen) befragen, um ein „ja“ auf der Checkliste zu erhalten. Diese Antwortformate sind das Ergebnis umfangreicher psychometrischer Testungen während der Pilotphase. Alle Items sind mit Punktwerten hinterlegt (ja = 2 Punkte, teilweise = 1 Punkt, nein = 0 Punkte). Die Summe aus den Punkten der einzelnen Items ergibt einen Gesamtscore, der die Prüfungsleistung des Studierenden abbildet. Am Ende der Checkliste gibt es mehrere Möglichkeiten der Bewertung: *Gesamteindruck des Beobachters*, *Selbsteinschätzung des Studierenden*, *Gesamteindruck des Simulationspatienten*, jeweils in Schulnoten von 1 „sehr gut“ bis 6 „ungenügend“. Die FrOCK ist in Anhang 16 beigefügt.

Pilotierung und Validierung der Checkliste

Die „face validity“ der ersten Fassung der Checkliste wurde in Form eines Expertenzirkels von 38 Ärzten, die in der studentischen Ausbildung erfahren sind, kritisch geprüft. Die überarbeitete FrOCK wurde im Anschluss daran in mehreren Schritten validiert. Die finale Version wurde dann erstmals in der Prüfung nach dem EKM-Kurs im Jahr 2008 mit 371

Studierenden, 18 Simulationspatienten (neun weiblich und neun männlich) und 17 Prüfern (neun weiblich und acht männlich) eingesetzt.

Um sowohl die Interrater- als auch die Intrarater-Reliabilität der kommunikativen Kompetenzen der Studierenden zu messen, wurden während der Prüfung 2009 mit Einverständnis der Studierenden randomisiert 37 Gespräche auf Video aufgezeichnet. Bei der Interrater-Reliabilität wurden diese 37 Gespräche vier Monate nach der Prüfung von fünf Prüfern zeitgleich bewertet, so dass hier 185 Bewertungen vorliegen.

Die Intrarater-Reliabilität wurde berechnet, indem drei Prüfer dieselben 37 Studierenden zu zwei verschiedene Zeitpunkten bewerteten (während der Prüfung und vier Monate später auf Video).

Sowohl bei der Interrater-Reliabilität als auch bei der Intrarater-Reliabilität wurde das Maß der Übereinstimmung („percentage of raw agreement“) als Maß der Reliabilität gewählt, weil bekanntermaßen das sonst übliche Maß („Kappa statistics“) bei hohen Übereinstimmungen keine interpretierbaren Werte mehr liefert. Für die Berechnungen wurden univariate Analysen durchgeführt

Die Ergebnisse der Analysen zeigen, dass die FrOCK eine valide und reliable Checkliste ist, die in Prüfungssituationen eingesetzt werden kann, um sowohl kommunikative als auch fachliche Kompetenzen von Medizinstudierenden zu bewerten. So zeigten fast alle Items eine sehr hohe Interrater- und Intrarater-Reliabilität.

Dieser integrative Ansatz, inhaltliche und kommunikative Kompetenzen miteinander in einer Checkliste zu kombinieren, wird bisher nur selten praktiziert, jedoch auch von anderen Autoren als sehr sinnvoll beschrieben (KURTZ 2003, SILVERMAN 2009).

5.4.2 Vergleich von Selbst- und Fremdeinschätzungen

Eine Fragestellung dieser Arbeit lautet, inwieweit die Selbsteinschätzungen der Studierenden in Bezug auf ihre kommunikativen Kompetenzen mit objektiven Fremdeinschätzungen übereinstimmen (vgl. Abschnitt 1.2). In diesem Zusammenhang sollte außerdem untersucht werden, inwieweit die Selbsteinschätzungen der Studierenden zu verschiedenen Befragungszeitpunkten variieren und welche Einschätzung am ehesten mit einer Fremdeinschätzung übereinstimmt.

Die Selbsteinschätzungen der Studierenden vor und nach dem Kurs wurden bereits im Abschnitt 5.3 dargestellt. Sie sind zur besseren Übersicht für die Jahre der Prüfung (2008 und 2009) in Tab. 10 nochmals mit aufgeführt. Neben diesen beiden Selbsteinschätzungen wurden die Studierenden im Jahr 2008 vor ihrer praktischen Prüfung gebeten, ihre Selbsteinschätzung in Bezug auf ihre Kompetenz, ein Anamnesegespräch zu führen, schriftlich anzugeben. Die Frage *„Wie gut schätzen Sie Ihre Fähigkeit ein, ein Anamnesegespräch zu führen?“* sollten sie auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „ungenügend“ angeben. Diesen Bogen haben 353 Studierende ausgefüllt (Rücklauf von 94%). Die Studierenden schätzten sich insgesamt mit einem Mittelwert von 2,75 (SD=0,70) ein. Vier Studierende schätzten sich mit „sehr gut“ ein, ein Studierender mit „ungenügend“, die übrigen im Bereich zwischen „gut“ und „ausreichend“.

Nach der Prüfung und vor dem Feedback des Prüfers wurden die Studierenden erneut gebeten, sich selbst in Bezug auf das gerade stattgefundenene Gespräch zu bewerten. Die Studierenden (N=373) bewerteten sich hier mit einem Mittelwert von 2,62 (SD=0,53) nach Schulnoten von 1 „sehr gut“ bis 6 „ungenügend“. Zwei Studierende schätzten sich selbst mit einem „sehr gut“ ein, ein Studierender gab sich selbst ein „ausreichend“. Die Prüfer bewerteten die Studierenden (N=370) im Durchschnitt mit einer Note von 2,41 (SD=0,79). Die Prüfer bewerteten 30 Studierende mit „sehr gut“, als schlechteste Note gab ein Prüfer einem Studierenden ein „mangelhaft“.

Die Studierenden wurden auch im Jahr 2009 nach der Prüfung gebeten, sich in Bezug auf ihr durchgeführtes Anamnesegespräch selbst einzuschätzen. Hier zeigt sich eine große Übereinstimmung zwischen den Einschätzungen der Studierenden und der Prüfer. Die Studierenden (N=366) schätzten sich mit einem Mittelwert von 2,51 (SD=0,57) nach

Schulnoten von 1 „sehr gut“ bis 6 „ungenügend“ ein. Lediglich jeweils ein Studierender schätze sich mit einem „sehr gut“ bzw. „mangelhaft“ ein. Die Prüfer bewerteten die Studierenden (N=371) mit einem Mittelwert von 2,54 (SD=0,93). Hier wurde 45 Mal die Note „sehr gut“ und einmal die Note „ungenügend“ gegeben. Da die Einschätzung vor der Prüfung für die Studierenden mit zusätzlichem Stress verbunden war und die Ergebnisse aus dem Jahr 2008 zeigten, dass die Einschätzung nach der Prüfung realistischer war, wurden die Studierenden im Jahr 2009 vor der Prüfung nicht mehr befragt. In Tab. 10 sind die beschriebenen Ergebnisse zusammengefasst dargestellt.

Tab. 10: Selbsteinschätzungen der Studierenden sowie Bewertung der Prüfer in Bezug auf die Fähigkeit der Studierenden, ein Anamnesegespräch zu führen für die beiden Prüfungsjahre. Angaben auf sechsstufiger Likert-Skala bzw. in Schulnoten von 1 „sehr gut“ bis 6 „ungenügend“.

	Einschätzung vor EKM-Kurs		Einschätzung nach EKM-Kurs		Einschätzung vor Prüfung		Einschätzung nach Prüfung		Bewertungen Prüfer	
2008	3,75	N=114	2,12	N=114	2,75	N=353	2,62	N=373	2,41	N=370
2009	3,63	N=142	2,08	N=142	nicht erhoben		2,51	N=366	2,54	N=371

Die Noten der Prüfer zeigen, dass die Studierenden in beiden untersuchten Jahren insgesamt gute Prüfungen absolviert haben. Im Sinne der summativen Evaluation kann damit der Erfolg und die Wirksamkeit des neuen Kurskonzeptes bestätigt werden. Die Selbsteinschätzungen der Studierenden nach der Prüfung weisen eine hohe Übereinstimmung mit den Bewertungen der Prüfer anhand der validierten Checkliste auf und können daher sehr gut als realistische Einschätzung der eigenen Leistung betrachtet werden.

6 Optimierung des Kurskonzeptes

6.1 Vorbemerkung

Die Grundlagen für die Überarbeitung und Optimierung des neuen Kurskonzeptes bildeten die Ergebnisse der einzelnen Modul-Evaluationen durch die Studierenden und Dozenten aus dem Jahr 2007. Die Bereiche, welche sowohl die Studierenden als auch die Dozenten als verbesserungswürdig beschrieben hatten, wurden für die Durchführung im folgenden Jahr überarbeitet. Um vergleichend zu sehen, in welchen Bereichen Übereinstimmungen herrschen, werden im Folgenden die Ergebnisse der Evaluationen der Studierenden mit denen der Dozenten verglichen.

6.2 Anamnesegespräche

Ein Kernstück des neuen Kurskonzeptes sind die „live-Anamnesegespräche“, welche die Studierenden mit Patienten führen und die im Anschluss von der Gruppe und dem Dozenten in Form eines strukturierten Feedbacks analysiert werden. Diese Anamnesegespräche wurden sowohl von den Studierenden als auch von den Dozenten über alle Module hinweg sehr positiv bewertet (vgl. Abb. 43). Die Studierenden bewerteten diese Anamnesegespräche im Durchschnitt mit einem Mittelwert von 1,62, die Dozenten mit einem Mittelwert von 1,36. Auch die bereits dargestellten Freitext-Antworten der Studierenden (vgl. Tab. 5) zeigen, dass die Anamnesegespräche mit den Patienten in jedem Modul als besonders interessant angesehen werden. Daher sollte dieser Teil des Kurses auf jeden Fall beibehalten werden.

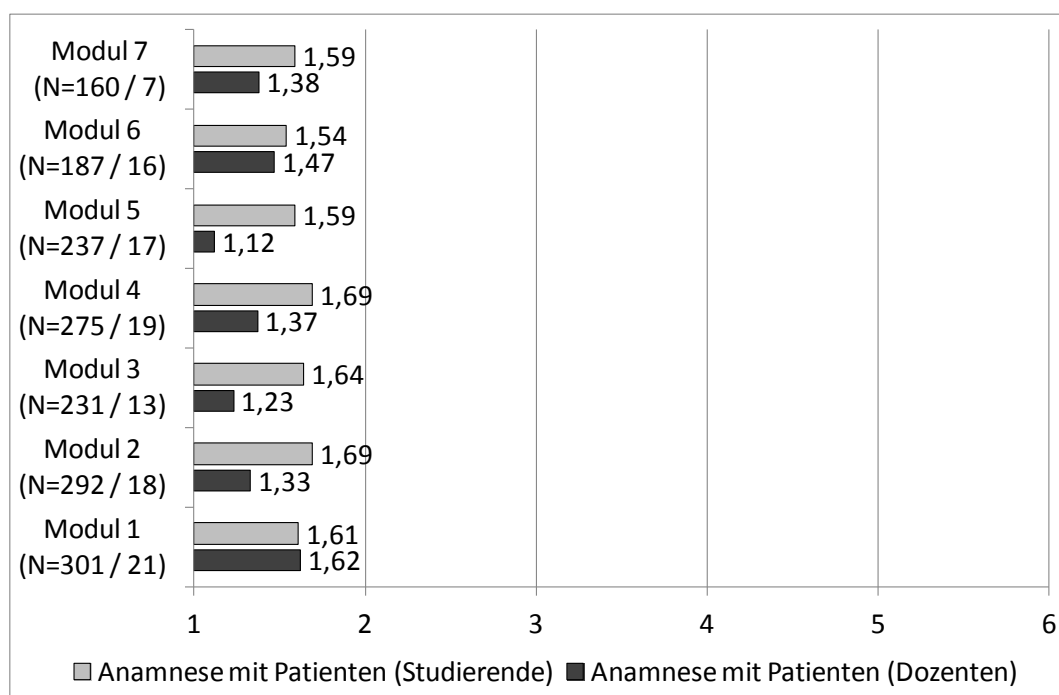


Abb. 43: Bewertung des Items „Anamnese mit Patienten“ durch Studierende und Dozenten auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ im Jahr 2007 nach dem jeweiligen Modul.

6.3 Struktur der Module

Die Struktur der einzelnen Module wurde von den Studierenden und Dozenten insgesamt gut bis sehr gut bewertet (vgl. Abb. 44). Die Dozenten bewerteten das zweite und vierte Modul etwas schlechter, das siebte Modul deutlich schlechter. Bei diesem liegt allerdings mit $N=7$ nur eine sehr niedrige Rückmeldequote vor. Die Ergebnisse der Studierenden zeigen hingegen keine großen Unterschiede über die sieben Module hinweg. Tendenziell bewerteten die Studierenden das dritte und siebte Modul etwas schlechter. Die bereits dargestellten Freitext-Antworten der Dozenten (vgl. Tab. 6) machen deutlich, dass einige Dozenten die Zeit in den Modulen zwei, drei, vier und sechs als zu knapp bemessen empfunden haben. Bei der Optimierung des Kurskonzeptes wurde daher auf den Zeitumfang und die Ausführlichkeit der einzelnen Themen innerhalb der Module geachtet.

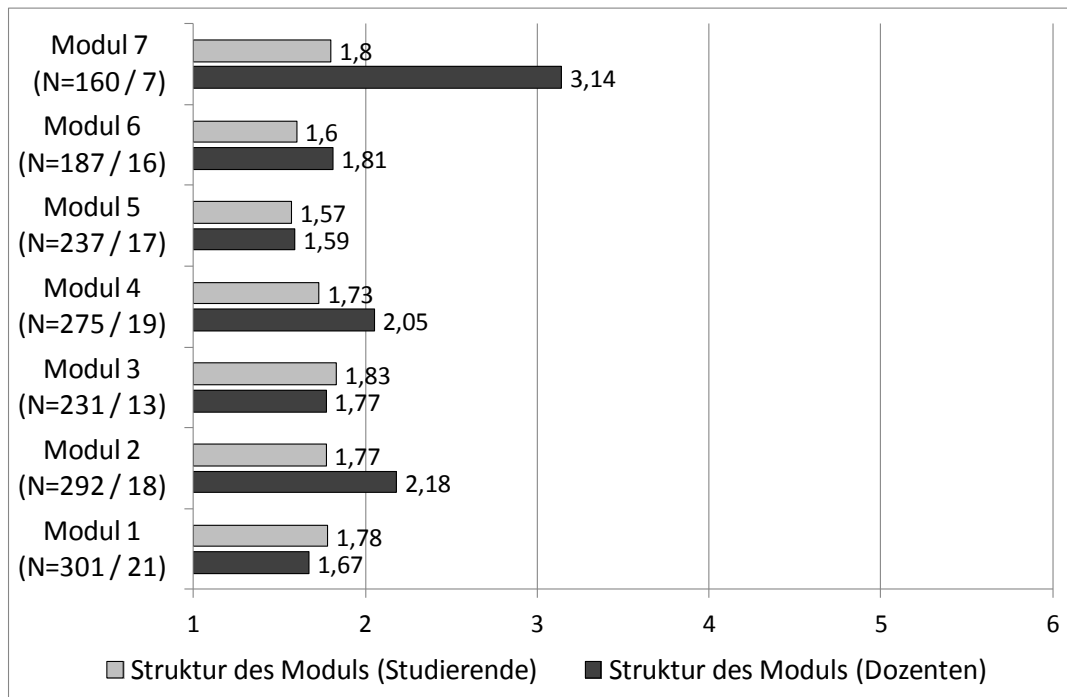


Abb. 44: Bewertung des Items „Struktur des Moduls“ durch Studierende und Dozenten auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 („sehr gut“) bis 6 („sehr schlecht“) im Jahr 2007 nach dem jeweiligen Modul.

6.4 Kursinhalte der einzelnen Module

In Abbildung 45 sind die Bewertungen der einzelnen Inhalte der sieben Module durch Studierende und Dozenten im Vergleich dargestellt.

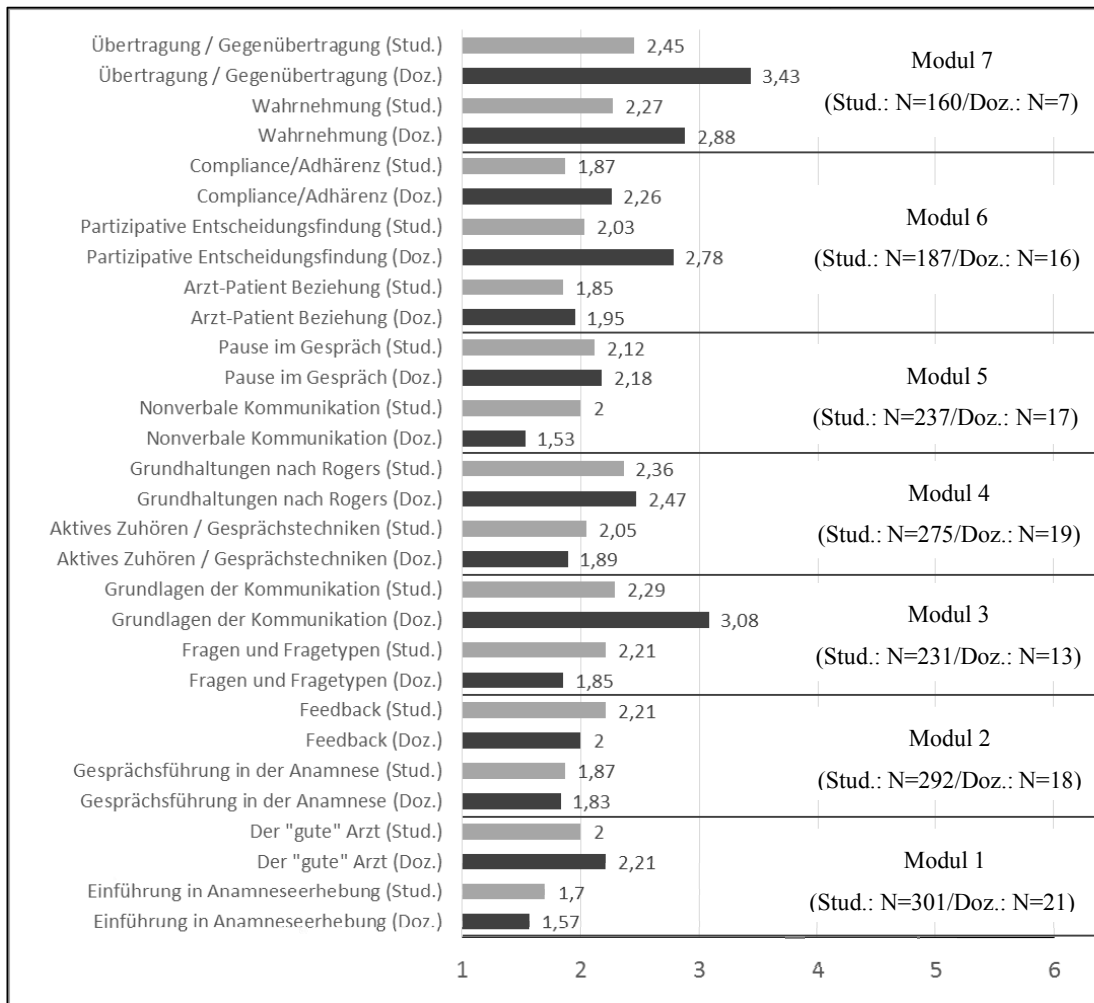


Abb. 465: Bewertung der einzelnen Kursinhalte der sieben Module durch Studierende (Stud.) und Dozenten (Doz.) auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ im Jahr 2007 nach dem jeweiligen Modul.

Die meisten Module wurden durchgängig mit „gut“ bewertet. Für die Optimierung des Kurskonzeptes mussten vor allem die Inhalte detailliert betrachtet werden, welche sowohl von den Studierenden als auch von den Dozenten schlechter bewertet wurden. Dies trifft auf

die Themen: *Grundlagen der Kommunikation* (drittes Modul), *Grundhaltungen nach Rogers* (viertes Modul), *Wahrnehmung* sowie *Übertragung und Gegenübertragung* (siebtes Modul) zu. Gründe für die schlechtere Bewertung dieser Themen finden sich vor allem in den bereits dargestellten Freitext-Antworten der Dozenten (vgl. Tab. 6). In Bezug auf die oben genannten Themen gaben die Dozenten an, dass die theoretischen Inhalte des dritten und vierten Moduls zu schwierig waren, sowohl vom theoretischen Konzept her als auch in der Vermittlung. Die Inhalte des siebten Moduls waren wohl schon vielen Studierenden bekannt; daher war die Bearbeitung dieser Themen im Kurs weniger interessant. In den Freitext-Antworten der Studierenden finden sich keine weiteren inhaltlichen Gründe für die schlechtere Bewertung der genannten Themen.

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wurde das Kurskonzept in folgenden Bereichen überarbeitet:

Im dritten Modul wird nur noch das Thema *die Kunst der Frage* bearbeitet. Dieses Thema wird in Zukunft ausführlicher behandelt. In den einzelnen, teilweise neu hinzugefügten Übungen ist nun mehr Zeit eingeplant.

Im vierten Modul werden jetzt die beiden Themen *verbale und nonverbale Kommunikation* behandelt. Inhaltlich wurde ursprünglich bei dem Thema *verbale Kommunikation* das *Vier-Ohren Modell* nach Friedemann Schulz von Thun unterrichtet. Dieses wurde von vielen Dozenten als zu kompliziert betrachtet und in der Vermittlung als schwierig empfunden. Daher wurde dieses Modell ersetzt durch die *Vier Axiome* nach Paul Watzlawick, zu denen es jeweils praktische Übungen für die Studierenden gibt.

Im fünften Modul wurden die Themen *Aktives Zuhören/Gesprächstechniken* und *Grundhaltungen nach Rogers* zusammengefasst. Inhaltlich wurden diese Themen praxisorientierter mit mehr Übungen gestaltet. Da diese Themen in vielen Freitext-Antworten im Rahmen der Abschlussevaluationen sowohl von den Studierenden als auch von den Dozenten als besonders wichtig beschrieben wurden (vgl. Abb. 28 und Abb. 34), wurden sie, trotz der etwas schlechteren Bewertungen, im Konzept beibehalten.

Die Themen des siebten Moduls wurden ersetzt durch das Thema *der schwierige Patient*. Bei diesem Thema sollen die Studierenden das Anamnesegespräch mit einem Patienten, der kommunikativ „schwierig“ ist, wie beispielsweise ein Patient, der ununterbrochen redet oder

einer, der sehr schweigsam ist, führen. Im Anschluss daran sollen im Kurs der Umgang und Lösungsmöglichkeiten mit „schwierigen“ Patienten gemeinsam erarbeitet werden. Dieses Thema wurde sowohl von den Studierenden als auch von den Dozenten in verschiedenen Evaluationen immer wieder als besonders wichtig hervorgehoben und als eine Herausforderung beschrieben. In der folgenden Tab. 11 sind die überarbeiteten Inhalte mit ihren dazugehörigen Lernzielen dargestellt. In dieser Form wird das Kurskonzept seit dem Jahr 2008 eingesetzt. Auch in den folgenden Jahren wurde das Konzept kontinuierlich evaluiert und in einigen Teilbereichen weiter optimiert.

Tab. 11: Übersicht der einzelnen Module des EKM-Kurses mit dazugehörigen Inhalten und Lernzielen, wie sie seit dem Jahr 2008 – nach Überarbeitung aufgrund der Modulevaluationen im Jahr 2007 – unterrichtet werden.

Modul	Inhalte	Lernziele
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführung in das Thema Anamneseerhebung ▪ Ärztliche Schweigepflicht 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sie können den Begriff „Anamnese“ definieren ▪ Sie können die Gliederung einer ausführlichen Anamnese benennen ▪ Sie können eine Erst-Anamnese von einer symptombezogenen Anamnese unterscheiden ▪ Sie können die Grundlagen der ärztlichen Schweigepflicht nennen
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Ablauf eines Anamnesegesprächs ▪ Grundlagen des Feedbacks 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sie können den Ablauf eines Anamnese-Gesprächs beschreiben ▪ Bei der selbst durchgeführten Anamnese mit einem Patienten reflektieren Sie den Beginn, den Abschluss und das Setting des Gesprächs ▪ Sie können die Grundlagen und Techniken des Feedbacks benennen ▪ Sie geben Ihren Kommilitonen konstruktives Feedback

Tab. 11 (Forts.): Übersicht der einzelnen Module des EKM-Kurses mit dazugehörigen Inhalten und Lernzielen, wie sie seit dem Jahr 2008 – nach Überarbeitung aufgrund der Modulevaluationen im Jahr 2007 – unterrichtet werden.

Modul	Inhalte	Lernziele
3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die „Kunst der Frage“ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sie können verschiedene Fragetechniken und Fragetypen aufzählen ▪ Sie können verschiedene Fragetypen voneinander unterscheiden ▪ Im Gespräch können Sie gezielt verschiedene Fragetechniken und -typen anwenden
4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundmerkmale der Kommunikation ▪ Die nonverbale Kommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sie können die wichtigsten Grundmerkmale der Kommunikation beschreiben ▪ Sie können die Bedeutung der nonverbalen Kommunikation erklären
5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktives Zuhören / Gesprächstechniken ▪ Grundhaltungen nach Rogers (Empathie, Akzeptanz, Kongruenz) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sie können die wesentlichen Merkmale des Aktiven Zuhörens benennen ▪ Sie können verschiedene Gesprächstechniken beschreiben und anwenden ▪ Sie können die Grundhaltungen der Gesprächsführung nach Carl Rogers darstellen und im Gespräch durchführen
6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Arzt-Patient Beziehung ▪ Der Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sie können verschiedene Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung beschreiben und voneinander unterscheiden ▪ Sie können das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung darstellen
7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der „schwierige“ Patient 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sie können eine Anamnese mit einem „schwierigen“ Patienten durchführen

6.5 Kursmaterialien

Die vielfältigen und umfangreichen Materialien für den neuen Kurs wurden bereits im Abschnitt 3.5.4 dargestellt. In den folgenden Jahren wurden diese Materialien kontinuierlich erweitert und verbessert. So wurde beispielsweise eine DVD mit jeweils einem guten und einem schlechten Beispiel eines Anamnesegesprächs erstellt, welche im Unterricht zu Demonstrationszwecken eingesetzt werden kann. Solche Beispiel-Gespräche auf DVD wurden mehrfach in den Evaluationen der Dozenten (vgl. Abb. 35) und in der Bedarfsanalyse der Studierenden (vgl. Abb. 6) gewünscht.

Einige Dozenten hatten Schwierigkeiten, geeignete Patienten von ihren Stationen für die Anamnesegespräche zu rekrutieren. Sie wünschten sich, bei Bedarf auf Simulationspatienten zurückgreifen zu können (vgl. Abb. 35). Daher wurden Simulationspatienten mit verschiedenen Krankheitsbildern speziell für diese Anamnesegespräche trainiert und den Dozenten für ihre Kurse zur Verfügung gestellt.

Die Feedbackbögen wurden von den Studierenden im ersten Jahr der Kursdurchführung nur mittelmäßig bewertet (vgl. Abb. 23). Der Einsatz der Bögen im Unterricht schien teilweise etwas kompliziert zu sein. Daher wurden die Bögen kontinuierlich verbessert. Schon im zweiten Jahr der Kursdurchführung bewerteten die Studierenden die Bögen dadurch deutlich besser (vgl. Abb. 23). Das Format wurde auf DIN A5 Blätter verkleinert und jeder Studierende erhält nun einen eigenen Bogen mit einem einzelnen zu beobachtenden Themengebiet. Die Bögen sind äußerlich leicht durch verschiedene Farben zu unterscheiden, so dass der Dozent beim Austeilen schnell sehen kann, wer welchen Bogen hat und damit welches Thema beobachtet (vgl. Anhang 4). Außerdem wurde der Feedbackbogen für die Dozenten überarbeitet und übersichtlicher gestaltet, so dass die einzelnen zu beobachtenden Aspekte nun auf maximal zwei Seiten zusammengefasst sind. In Anhang 5 ist exemplarisch der Dozenten-Feedbackbogen des siebten Moduls beigefügt.

7 Einflussfaktoren auf den Kurs

7.1 Dozenten

Ein wesentlicher Faktor im Hinblick auf das Gelingen und eine hohe Qualität des Kurses sind die Dozenten, welche die einzelnen Kurse durchführen. Dies wird auch in den Freitext-Antworten der Studierenden sehr deutlich (vgl. Abschnitt 4.4.2). Bei der Entwicklung des Kurskonzeptes wurde davon ausgegangen, dass alle sieben Kurstermine einer Gruppe des EKM-Kurses von einem Dozenten durchgeführt werden. Während der Implementierungsphase hat sich jedoch gezeigt, dass die einzelnen Kliniken und Institute oft Schwierigkeiten hatten, einen Dozenten für alle sieben Termine freizustellen. Daher wurde der EKM-Kurs letztendlich in relativ vielen Gruppen von mehreren Dozenten durchgeführt. Hierbei stellte sich die Frage, ob sich dadurch die Qualität verschlechtert. Daher wurde untersucht, mit welchen Kursen die Studierenden zufriedener waren und sich besser auf das Führen eines Anamnesegesprächs vorbereitet fühlen: mit Kursen, die von einem Dozenten durchgeführt wurden oder mit Kursen, die von mehreren Dozenten gehalten wurden. In den Evaluationen der Jahre 2007 bis 2011 wurden deshalb die beiden Variablen „Zufriedenheit mit dem Kurs“ und „Vorbereitung auf ein Anamnesegespräch“ in Beziehung gesetzt zur Durchführung des Kurses durch einen Dozenten versus zur Durchführung durch mehrere Dozenten. Die Information, ob ein Kurs von einem oder mehreren Dozenten durchgeführt wird, ist durch die Einteilungslisten, welche die einzelnen Kliniken und Institute vor Kursbeginn herausgeben, bekannt. Jeder Kurs-Gruppe ist eine Nummer zugewiesen, die auf allen Evaluationsbögen der Studierenden abgefragt wird. Für den beschriebenen Vergleich konnten die Abschlussevaluationen der Studierenden berücksichtigt werden, welche auf ihrem Evaluationsbogen ihre Kursnummer angegeben hatten (N=1.162). In Abb. sind die Ergebnisse, zusammengefasst über den gesamten fünfjährigen Untersuchungszeitraum, dargestellt. Es zeigt sich, dass die Zufriedenheit der Studierenden und ihre gefühlte Kompetenz in Bezug auf die Vorbereitung von Anamnesegesprächen unabhängig davon sind, ob ein oder mehrere Dozenten diesen Kurs durchführen. Die Qualität der Durchführung des Konzeptes ist somit nicht von der Anzahl der Dozenten, die einen Kurs durchführen, abhängig.

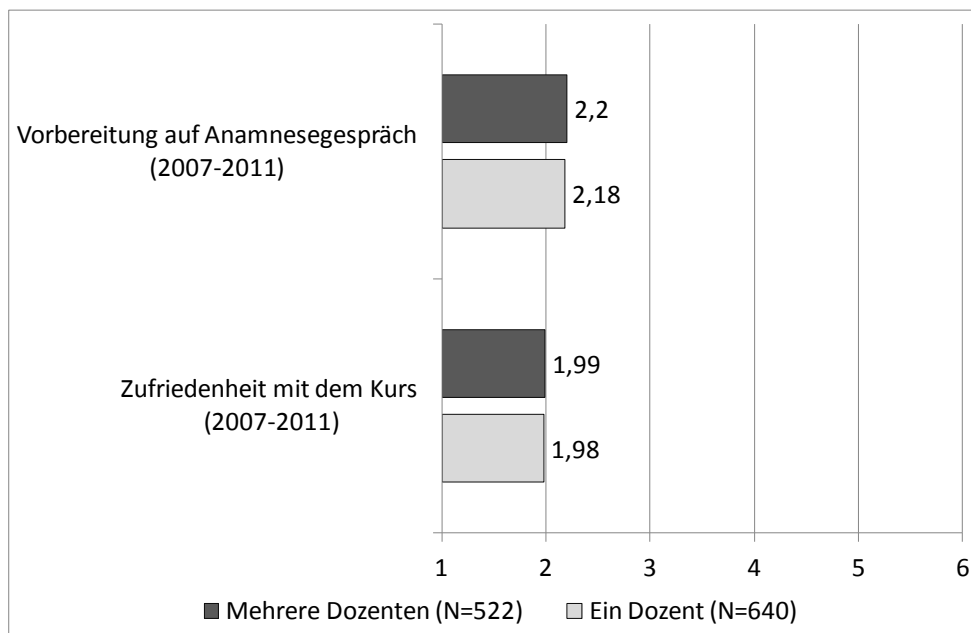


Abb. 46: Zufriedenheit der Studierenden mit dem Kurs und Einschätzung der Vorbereitung auf ein Anamnesegespräch bei Durchführung der EKM-Kurse durch einen Dozenten versus mehrere Dozenten pro Kurs-Gruppe. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr zufrieden“ bzw. „sehr gut“ bis 6 „sehr unzufrieden“ bzw. „sehr schlecht“.

Weitere Faktoren, die einen positiven Einfluss auf die einzelnen Kurse haben, sind zum einen die Vorbereitung der Dozenten durch die Teilnahme an der Dozentenschulung und zum anderen die zunehmende Erfahrung der Dozenten bei mehrfacher Kursdurchführung über die Jahre.

In den Jahren 2007 bis 2011 fanden fünf EKM-Kurse mit insgesamt 151 Kurs-Gruppen statt, an deren Durchführung 143 verschiedene Dozenten beteiligt waren. Viele dieser Dozenten haben über mehrere Jahre hinweg die Kurse gehalten. So waren 26 Dozenten bei zwei Kursen beteiligt, 17 Dozenten bei drei Kursen und 14 Dozenten bei vier Kursen. Vier Dozenten waren jedes Jahr, also insgesamt bei fünf Kursen beteiligt und 82 Dozenten nur in einem Jahr. Daraus ergeben sich insgesamt 261 „Kurs-Beteiligungen“ von Dozenten und somit ein Durchschnitt von 1,73 Dozenten pro Kurs-Gruppe.

An der Dozentenschulung haben in den Jahren 2007-2011 insgesamt 78 der 143 Dozenten (55%) teilgenommen. Die Gründe für die Nicht-Teilnahme an der Dozentenschulung lagen

zu einem großen Teil darin, dass die zu schulenden Dozenten am Tag der Schulung kurzfristig für Kollegen einspringen und auf ihrer Station aushelfen mussten. Einige berichteten auch, dass ihre Vorgesetzten sie nicht zur Schulung hätten gehen lassen. Teilweise wurden auch während des Semesters kurzfristig andere Dozenten für den Kurs eingesetzt, die entsprechend nicht geschult waren.

7.2 Einflussfaktoren auf die Selbsteinschätzung und den Lernzuwachs der Studierenden

Eine Fragestellung dieser Arbeit (vgl. Abschnitt 1.2) beschäftigt sich damit, welche Faktoren einen Einfluss auf die Selbsteinschätzung und den Lernzuwachs der Studierenden haben könnten. Diese Faktoren sollen dazu dienen, die Zielgruppe (die Studierenden) genauer zu analysieren, um die Heterogenität der Lerngruppe erfassen und entsprechend nutzen zu können. So könnten diese Ergebnisse bei der Kursdurchführung beispielsweise konstruktiv für die Zusammensetzung von Kleingruppen oder auch bei der Durchführung praktischer Übungen genutzt werden. Auf diese Weise soll eine möglichst lernförderliche Gestaltung der einzelnen Gruppen erreicht werden.

Zur Ermittlung solcher Einflussfaktoren wurde eine genauere Datenanalyse durchgeführt. In Form einer nichtparametrischen Korrelation nach Spearman wurde zunächst der Einfluss der vier Prädiktoren, in diesem Fall die soziodemographische Angaben „Alter, Geschlecht, im Vorfeld absolvierte Ausbildung“ sowie „Erfahrungen im medizinischen Bereich“ auf die abhängige Variable „Wenn Sie morgen ein Anamnesegespräch führen müssten, wie würden Sie Ihre Fähigkeiten in diesem Bereich einschätzen?“ gemessen. Eine nichtparametrische Korrelation nach Spearman wird dann berechnet, wenn zum einen mindestens eine der Variablen ordinalskaliert ist (dies ist im vorliegenden Fall die abhängige Variable „Fähigkeit Anamnesegespräch“) und/oder zum anderen eine der Variablen dichotom ist (dies sind in diesem Fall die Variablen: „Geschlecht“, „im Vorfeld absolvierte Ausbildung“, „Erfahrungen

im medizinischen Bereich“). Diese Variablen wurden jeweils mit 0 („keine vorherige Ausbildung“ bzw. „keine Erfahrungen im medizinischen Bereich“) und 1 („vorherige Ausbildung“ bzw. „Erfahrungen im medizinischen Bereich“) kodiert. In die Analyse wurden alle über den vierjährigen Untersuchungszeitraum von 2008 bis 2011 erhaltenen Fragebögen (N=1.264) eingeschlossen, welche die Studierenden zu Beginn des EKM-Kurses ausgefüllt hatten (vgl. Abschnitt 5.3).

Die Korrelationsmatrix ist in Tab. 12 dargestellt und zeigt Rückläufe zwischen N=1.214 bis N=1.259. Die teilweise etwas niedrigeren Gesamtzahlen von N gehen auf einzelne fehlende Werte zurück. Bezugnehmend auf die Definition von BÜHL & ZÖFEL (2002) werden Korrelationskoeffizienten $<0,2$ mit „sehr geringer Korrelation“ beschrieben. Daher werden auch in dieser Arbeit Korrelationskoeffizienten $<0,2$ als nicht einflussreich berücksichtigt.

Die Ergebnisse zeigen, dass das Alter ($r=0,266$), die Ausbildung ($r=0,347$) und die Vorerfahrungen ($r=0,203$) einen Einfluss auf die Selbsteinschätzung, ein Anamnesegespräch zu führen, haben. Das Geschlecht hingegen hat keinen Einfluss ($r=-0,086$). Die in der Tabelle mit angegebenen Signifikanzen werden hier nicht weiter beachtet, da die Stichprobe mit N=1.259 Studierenden sehr groß ist und damit die Betrachtung des Signifikanzniveaus zu ungenau wäre, wie EDER (2003) schreibt: „Bei der Berechnung von Korrelation spielt *n* keine Rolle, sondern lediglich die Proportion der Zahlen in der Tabelle.“ Das bedeutet, wenn die Personenanzahl (*n*) sehr groß ist, dann kann leicht ein sehr kleiner Zusammenhang hochsignifikant sein. Ist hingegen die Personenanzahl sehr klein, dann ist oft auch ein sehr großer Zusammenhang noch nicht signifikant.

Tab. 12: Nichtparametrische Korrelation nach Spearman. Korrelationsmatrix der abhängigen Variablen „Fähigkeit Anamnesegespräch“ auf die vier Prädiktoren „Alter“, „Geschlecht“, „Ausbildung“ sowie „Vorerfahrungen“. Untersuchungszeitraum 2008-2011.

		Geschlecht	Alter	Ausbildung	Vorerfahrungen
Fähigkeit, Anamnesegespräch zu führen	Korrelationskoeffizient (r)	-0,086	0,266	0,347	0,203
	Signifikanz (zweiseitig)	0,002	0,000	0,000	0,000
	N	1257	1214	1259	1257

Die Korrelationsmatrix zeigt, dass die drei Prädiktoren „Alter“, „Ausbildung“ sowie „Vorerfahrungen“ mit der abhängigen Variablen „Fähigkeit, ein Anamnesegespräch zu führen“ korrelieren. Aufgrund dieser Ergebnisse kann im Anschluss an die Korrelationsanalyse eine ordinale Regression der Daten durchgeführt werden. Damit soll „(...) *der Zusammenhang zwischen einer oder mehreren erklärenden Variablen auf der einen Seite und einer abhängigen Variablen auf der anderen Seite untersucht [werden]*“. (BROSIUS 2011). Mit Hilfe der Regressionsgleichung soll sich „*aus den Werten der erklärenden Variablen eine möglichst gute Schätzung für die Werte der abhängigen Variablen errechnen lassen.*“ (BROSIUS 2011). Bezogen auf den EKM-Kurs bedeutet dies, dass versucht wird, die Variablen herauszufiltern, welche einen Einfluss darauf haben, dass sich bestimmte Studierende besser einschätzen, ein Anamnesegespräch zu führen als andere.

Vorerfahrungen im medizinischen Bereich

Studierende, die vor dem Kurs bereits Erfahrungen im medizinischen Bereich gesammelt hatten, wie beispielsweise durch das Arbeiten beim Rettungsdienst oder in Pflegeeinrichtungen, schätzen ihre Kompetenz im Führen von Anamnesegesprächen besser ein als ihre Kommilitonen ohne medizinische Vorerfahrungen. Der Vergleich über die beobachteten vier Jahre hinweg zeigt, dass sich Studierende ohne medizinische Vorerfahrungen in ihrer Kompetenz, Anamnesegespräche zu führen, im Mittel von 3,92 bis 4,05 auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ einschätzen. Ihre Kommilitonen mit medizinischer Vorerfahrung schätzen sich etwas besser ein (Mittelwerte zwischen 3,37 und 3,71). Diese Unterschiede sind in allen vier Jahren signifikant (auf einem zweiseitigen Signifikanzniveau, $p < 0,01$). Dies spiegelt sich auch in der Effektgröße wider, welche die praktische Relevanz eines statistisch signifikanten Unterschiedes beschreibt. Üblicherweise werden die Effekte in drei Kategorien klassifiziert: kleiner Effekt ($d > 0,20$), mittlerer Effekt ($d > 0,50$), großer Effekt ($d > 0,80$) (vgl. BORTZ & DÖRING 2002, LENHARD & LENHARD 2015). Die Effektgrößen zeigen insgesamt kleine bis mittlere Werte (vgl. Tab. 13).

Tab. 13: Vergleich der Selbsteinschätzungen der Studierenden mit und ohne Vorerfahrungen im medizinischen Bereich in Bezug auf Ihre Fähigkeit, Anamnesegespräche zu führen. Mittelwerte (AM), Standardabweichung (SD), Stichprobe (N), Signifikanz und Effektgrößen. Angabe auf sechsstufiger Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“.

	2008			2009			2010			2011		
	AM	SD	N	AM	SD	N	AM	SD	N	AM	SD	N
Ohne Vorerfahrung	3,92	1,12	179	3,95	1,08	178	3,95	1,07	173	4,05	1,00	151
Mit Vorerfahrung	3,43	1,06	132	3,37	1,01	142	3,56	1,07	145	3,71	1,04	157
Signifikanz (zweiseitig)	p=0,000			p=0,000			p=0,001			p=0,004		
Effektgröße	d=0,45			d=0,55			d=0,36			d=0,33		

Vorherige Ausbildung der Studierenden

Die Ergebnisse der ordinalen Regressionsanalyse über den gesamten vierjährigen Untersuchungszeitraum zeigen, dass sich Studierende ohne vorherige Ausbildung im Führen von Anamnesegesprächen im Mittel zwischen 3,92 und 4,1, auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“, einschätzen. Studierende mit vorheriger Ausbildung schätzen hier hingegen ihre Fähigkeiten mit Mittelwerten von 2,88 bis 3,22 sehr viel besser ein (vgl. Tab. 14). Hier zeigen sich in allen Jahren signifikante Unterschiede auf einem zweiseitigen Signifikanzniveau $p < 0,01$. Dies spiegelt sich auch in den Effektgrößen wider, die bei den vorliegenden Daten in den Jahren 2008 und 2010 einen mittleren Effekt und in den Jahren 2009 und 2011 einen großen Effekt zeigen. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss jedoch berücksichtigt werden, dass es insgesamt deutlich mehr Studierende gab, die im Vorfeld keine Ausbildung absolviert hatten.

Tab. 14: Vergleich der Selbsteinschätzungen der Studierenden mit und ohne vorherige Ausbildung in Bezug auf Ihre Fähigkeit, Anamnesegespräche zu führen. Mittelwerte (AM), Standardabweichung (SD), Stichprobe (N), Signifikanz und Effektgrößen. Angabe auf sechsstufiger Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“.

	2008			2009			2010			2011		
	AM	SD	N	AM	SD	N	AM	SD	N	AM	SD	N
Ohne Ausbildung	3,93	1,07	214	3,95	1,01	244	3,92	1,06	261	4,1	0,95	238
Mit Ausbildung	3,22	1,06	97	2,88	0,89	76	3,15	1,01	59	3,11	0,96	70
Signifikanz (zweiseitig)	p=0,000			p=0,000			p=0,000			p=0,000		
Effektgröße	d=0,67			d=1,09			d=0,73			d=1,04		

Alter der Studierenden

Die nichtparametrische Korrelation nach Spearman hat gezeigt, dass das Alter der Studierenden einen mittleren Einfluss auf die Selbsteinschätzung der Fähigkeit der Studierenden hat, Anamnesegespräche zu führen ($r_s=0,266$; vgl. Tab. 12). Wie bereits beschrieben und in Tab. 14 dargestellt, schätzen Studierende, die vorab eine Ausbildung absolviert hatten, ihre Kompetenz, Anamnesegespräche zu führen, deutlich besser ein als ihre Kommilitonen ohne Ausbildung. Da Studierende mit vorheriger Ausbildung älter sind, wird angenommen, dass diese Studierenden ihre Gesprächsführungskompetenz am höchsten einschätzen. Daher soll in einem weiteren Schritt untersucht werden, inwieweit die beiden Variablen Alter und vorherige Ausbildung in Bezug auf die Selbsteinschätzung, ein Anamnesegespräch zu führen, zusammenhängen. Dazu wurde eine Korrelation nach Spearman durchgeführt, die zeigt, dass diese beiden Variablen eine mittlere Korrelation zueinander aufweisen ($r_s=0,625$). Um zu differenzieren, welche Variable den größeren Einfluss auf die Selbsteinschätzung hat, wurden im nächsten Schritt zwei partielle Korrelationen durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Korrelation zwischen der Fähigkeit ein Anamnesegespräch zu führen und dem Alter der Studierenden unter Kontrolle der Variable „Ausbildung“ zu einem Herabsinken und Verschwinden statistischer Signifikanz führt ($r=0,048$; $p=0,096$). Im anderen Fall, also der Korrelation zwischen der Fähigkeit ein Anamnesegespräch zu führen und der Ausbildung der Studierenden unter Kontrolle der

Variable „Alter“ sind der Ergebnisse weiterhin signifikant ($r=0,252$; $p=0,000$). Weiterhin wurden die Daten der Studierenden, die ihr Alter angegeben hatten, aufgeteilt: Studierende mit vorheriger Ausbildung ($n=283$) versus Studierende ohne Ausbildung ($n=929$). In Bezug auf ihr Alter wurde eine ordinale logistische Regressionsanalyse durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen: Wenn die Studierenden keine Ausbildung gemacht haben, spielt ihr Alter eine signifikante Rolle bei der Selbsteinschätzung, d.h. je älter sie sind, desto besser schätzen sie sich ein ($p=0,016$). Haben die Studierenden jedoch eine Ausbildung absolviert, hat ihr Alter keinen signifikanten Einfluss auf ihre Selbsteinschätzung ($p=0,0383$).

Es lässt sich demnach nicht zeigen, dass die älteren Studierenden mit vorheriger Ausbildung ihre Kompetenz, Anamnesegespräche zu führen, am höchsten einschätzen. Vielmehr konnte gezeigt werden, dass eine vorherige Ausbildung einen größeren Einfluss auf die Selbsteinschätzung der Studierenden hat als ihr Alter und die beiden Variablen Alter und Ausbildung getrennt voneinander betrachtet werden müssen.

Geschlecht der Studierenden

Ein Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Studierenden zeigt, dass sich Männer in ihrer Kompetenz Anamnesegespräche zu führen im Mittel besser einschätzen als ihre weiblichen Kommilitoninnen. Für die Befragung vor dem EKM-Kurs sind die Werte dabei über den vierjährigen Untersuchungszeitraum hinweg in allen Jahren ähnlich. Auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ schätzen sich die Männer im Mittel von 3,49 bis 3,79 ein, wobei sich die Einschätzung vom Jahr 2008 bis zum Jahr 2011 kontinuierlich verschlechtert hat. Die Frauen schätzen sich relativ konstant zwischen 3,75 und 3,91 ein. Im Jahr 2008 ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen mit $p=0,008$ signifikant (auf einem zweiseitigen Signifikanzniveau, $p < 0,01$). In den folgenden Jahren zeigen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede in der Selbsteinschätzung zwischen Männern und Frauen. Dementsprechend niedrig sind die Effektgrößen, die mit Ausnahme des Jahres 2008 sehr gering sind (vgl. Tab. 15).

Tab. 15: Vergleich der Selbsteinschätzungen der männlichen und weiblichen Studierenden in Bezug auf Ihre Fähigkeit, Anamnesegespräche zu führen. Mittelwerte (AM), Standardabweichung (SD), Stichprobe (N), Signifikanz und Effektgrößen. Angabe auf sechsstufiger Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“.

	2008			2009			2010			2011		
	AM	SD	N	AM	SD	N	AM	SD	N	AM	SD	N
Männer	3,49	1,08	115	3,57	1,18	101	3,69	1,17	123	3,79	1,11	97
Frauen	3,83	1,14	195	3,75	1,03	219	3,83	1,03	196	3,91	1,00	210
Signifikanz (zweiseitig)	p=0,008			p=0,180			p=0,262			p=0,362		
Effektgröße	d=0,3			d=0,17			d=0,13			d=0,12		

In einer weiteren Analyse wurde untersucht, ob die Frauen oder die Männer durch die Teilnahme am EKM-Kurs einen höheren Lernzuwachs haben, wer also mehr von diesem Kurs profitiert. Mit Hilfe der Codes auf den Evaluationsbögen wurden die einzelnen Studierenden einander zugeordnet (Befragungszeitpunkte waren vor dem EKM-Kurs und nach dem EKM-Kurs). Auf beiden Bögen wurde die Frage gestellt, wie gut die Studierenden ihre Fähigkeit, ein Anamnesegespräch zu führen, einschätzen. Im Anschluss daran wurden die beiden Gruppen (Männer und Frauen) vergleichend analysiert. In Abb. sind die Ergebnisse der individuellen Selbsteinschätzungen in den Jahren 2008 bis 2011 vor und nach dem EKM-Kurs getrennt nach Männern und Frauen, dargestellt. Die jeweilige Verteilung der Männer und Frauen kann als repräsentativ angesehen werden. Der Anteil der weiblichen Medizinstudierenden liegt in Frankfurt seit einigen Jahren bei ca. 60% (GOETHE-UNIVERSITÄT FRANKFURT A.M. GLEICHSTELLUNGSBÜRO 2013).

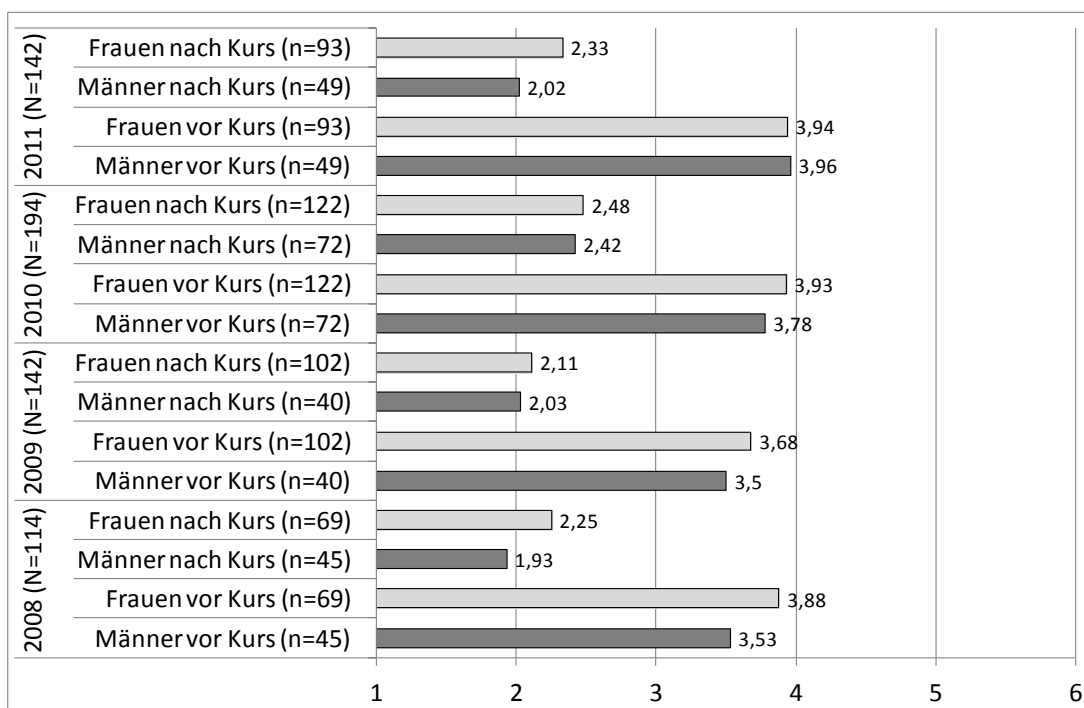


Abb. 47: Vergleich Selbsteinschätzung der Studierenden vor und nach dem EKM-Kurs in Bezug auf ihre Kompetenz, Anamnesegespräche zu führen, getrennt nach Männern und Frauen, auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“.

Die Differenz zwischen der Selbsteinschätzung vor und nach dem EKM-Kurs, jeweils unterschieden nach Geschlecht und Jahr der Erhebung, ist in Abb. 478 dargestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass in den Jahren 2008 bis 2010 die Frauen leicht höhere Werte aufweisen als die Männer, d.h. die Frauen geben einen etwas höheren Lernzuwachs durch den EKM-Kurs an als die Männer. Im Jahr 2011 ist jedoch die Differenz bei den Männern deutlich größer. Mit einem Wert von 1,94 geben die Männer hier über den gesamten Untersuchungszeitraum den höchsten Kompetenzzuwachs überhaupt an.

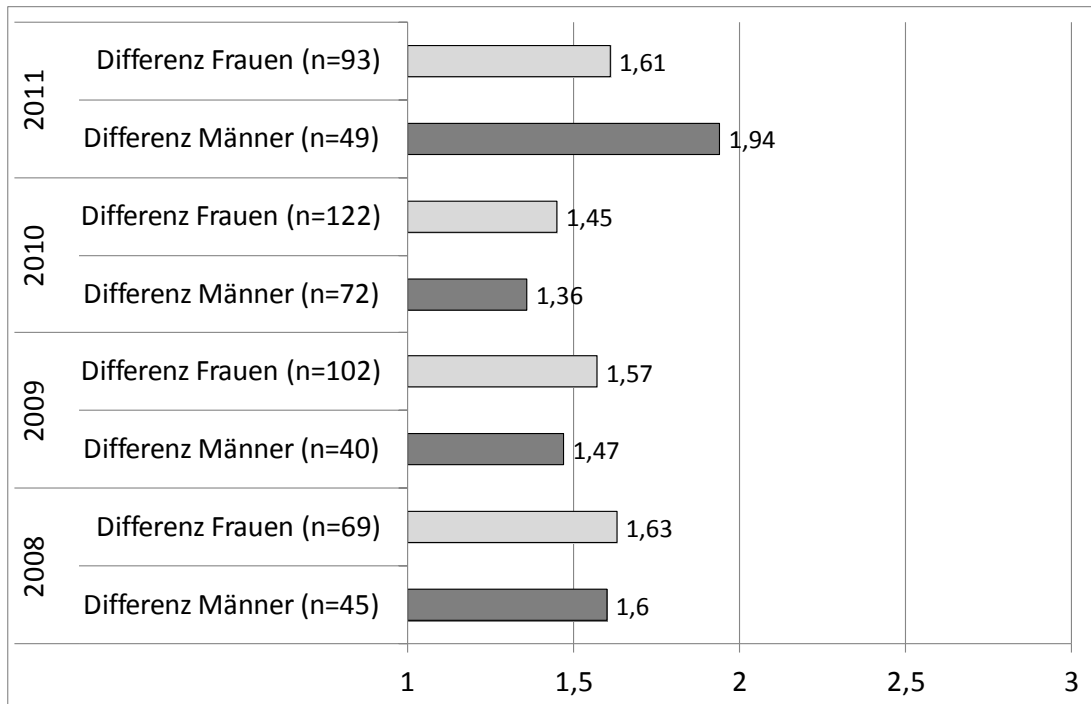


Abb. 478: Differenz der Selbsteinschätzungen der Studierenden vor und nach dem EKM-Kurs in Bezug auf ihre selbst eingeschätzte Kompetenz, Anamnese-gespräche zu führen, unterschieden nach Geschlecht.

8 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten wird seit Jahren bemängelt. Dies liegt zu einem wesentlichen Teil darin begründet, dass Medizinstudierende während ihres Studiums im Bereich kommunikativer Kompetenzen nicht ausgebildet werden, obwohl dies gesellschaftspolitisch von verschiedenen Seiten gefordert wird und seit 2002 auch in der Approbationsordnung verankert ist. An den medizinischen Fakultäten besteht jedoch das Problem, dass auch die in der Lehre aktiven Ärzte in der Regel weder inhaltlich im Bereich Kommunikation und Gesprächsführung noch methodisch und didaktisch für die Planung und Gestaltung von Lehrveranstaltungen ausgebildet worden sind. Meist sind sie sich daher bei der Vermittlung dieser Inhalte unsicher und fühlen sich nicht kompetent. Lehre wird so leider oft nach dem „learning by doing“ Prinzip durchgeführt. (vgl. Abschnitt 1.1).

In der Ausbildung der Humanmedizin an der Goethe Universität in Frankfurt am Main nahm das Thema der ärztlichen Gesprächsführung bis zum Jahr 2006 keinen hohen Stellenwert ein. Dies spiegelt sich unter anderem in den Ergebnissen der Studierendenbefragung aus der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Bedarfsanalyse wider, die der Vorbereitung für die Entwicklung eines neuen Kurskonzeptes zur ärztlichen Gesprächsführung und Anamneseerhebung diente. So fühlten sich die Studierenden nach dem bisherigen Anamnesekurs nur mittelmäßig auf das Führen von Anamnesegesprächen vorbereitet; schwierige Kommunikationssituationen hätten sie völlig überfordert. Die ärztliche Gesprächsführung wurde jedoch von fast allen Befragten als sehr bedeutsam und wichtig angesehen (vgl. Abschnitt 3.2.2). Auch die ausbildenden Ärzte (Dozenten) messen dem Thema der ärztlichen Gesprächsführung eine sehr hohe Bedeutung bei, wie verschiedene Befragungen im Rahmen dieser Arbeit gezeigt haben. Die Bedeutung und die hohe Relevanz dieses Themas für den ärztlichen Beruf sind also evident; eine Verbesserung in der Ausbildung der Medizinstudierenden in Frankfurt am Main war demnach anzustreben.

Das Ziel dieser Arbeit bestand darin, ein bedarfsgerechtes, didaktisch innovatives Kurskonzept für eine einheitliche, fundierte Basisausbildung in ärztlicher Gesprächsführung und Anamneseerhebung zu entwickeln und in das bestehende Curriculum in Frankfurt am Main zu integrieren. Im Anschluss daran sollte sowohl aus Sicht der Studierenden als auch durch eine Prüfung erhoben werden, ob sich die kommunikativen Fähigkeiten der Medizinstudierenden durch die Teilnahme an dem neu entwickelten Kurs tatsächlich verbessern. Gleichzeitig sollte longitudinal überprüft werden, für wie relevant Ärzte und Medizinstudierende die ärztliche Gesprächsführung für ihren (späteren) Beruf einschätzen und inwieweit verschiedene Faktoren außerhalb des Medizinstudiums (Alter, Geschlecht, Vorerfahrungen im medizinischen Bereich, vorherige Ausbildung) einen Einfluss auf die kommunikativen Fähigkeiten der Studierenden haben.

Bedarfsanalyse

Das neue Kurskonzept sollte möglichst passgenau auf die Zielgruppe – Studierende des vierten Semesters – zugeschnitten sein. Daher wurde zunächst eine Bedarfsanalyse mittels eines selbstentwickelten Fragebogens durchgeführt (vgl. Abschnitt 3.2.1). Die Ergebnisse zeigen, dass eine solche detaillierte Bedarfsanalyse im Vorfeld der Konzeptentwicklung sehr sinnvoll, wenn nicht sogar notwendig ist. Auf diese Weise ist es möglich, unter Berücksichtigung der bestehenden Rahmenbedingungen, ein neues Kurskonzept erfolgreich umzusetzen. Um eine repräsentative Erfassung des Bedarfs zu erhalten, sollten möglichst viele Mitglieder der Zielgruppe an der Befragung teilnehmen. Im vorliegenden Fall wurde die Befragung daher an die Ausgabe der Teilnahmebescheinigungen für den bisherigen EKM-Kurs gekoppelt. Die auf diese Weise durchgeführte Bedarfsanalyse hat bei der Implementierung des neuen Konzeptes erheblich zur Akzeptanz sowohl bei den Studierenden als auch bei den Dozenten beigetragen.

Im Bereich der Konzeptentwicklung zu einem Kurs der ärztlichen Gesprächsführung ist eine solche Bedarfsanalyse deutschlandweit hier erstmalig durchgeführt worden. Da sie sich als sehr wertvoll erwiesen hat, ist die Durchführung einer solchen auch für andere Standorte bzw. weitere Bereiche und Kontexte zu empfehlen.

Integration des neuen Konzeptes

Ein weiterer wichtiger Aspekt für die erfolgreiche Implementierung eines neuen Kurskonzepts sind Abstimmungsgespräche und die Festlegung der Scheinvergabekriterien. Um Doppelungen der Inhalte zu vermeiden wurden bei der Entwicklung dieses Kurses während der Planungsphase Abstimmungsgespräche mit den jeweiligen Verantwortlichen anderer Fächer geführt, die bisher ähnliche Inhalte in ihren Kursen vermittelten. Außerdem wurden die Kriterien der Scheinvergabe für den neu entwickelten Kurs geändert und offiziell beschlossen, so dass nun der Leistungsnachweis darin besteht, dass alle Studierenden während des Kurses ein Anamnesegespräch selbständig durchführen müssen. Weiterhin hat es sich sehr bewährt, eine verantwortliche Person einzusetzen, die neben der Konzeptentwicklung und Dozentenschulung auch für die kontinuierliche Evaluation und Optimierung des Konzeptes zuständig ist.

Für eine nachhaltige Implementierung war es wichtig, die Schulung der kommunikativen Kompetenzen für alle Medizinstudierenden möglichst verpflichtend in ihrer Ausbildung zu verankern (vgl. Abschnitt 1.1). Eine Möglichkeit dafür besteht in der Integration in einen bereits im Curriculum vorhandenen Pflichtkurs, um das Curriculum nicht verändern zu müssen. Dies war im vorliegenden Fall mit dem sog. EKM-Kurs (Einführung in die klinische Medizin) möglich, einem Pflichtkurs für alle Studierenden des vierten vorklinischen Semesters, der in ca. 30 Gruppen parallel durchgeführt wird. Die Dozenten dieser Kursgruppen sind Fachärzte der verschiedenen Kliniken.

Qualifizierung der Lehrenden

Um die Durchführungsqualität des neuen Kurses in allen 30 parallelen Kurs-Gruppen zu sichern, wurde eine ganztägige Dozentenschulung entwickelt, die seitdem jedes Jahr durchgeführt wird, da Ärzte im Gebiet der ärztlichen Gesprächsführung nicht per se Experten sind. Hier werden die Dozenten sowohl in den Inhalten des neuen Kurskonzeptes als auch im Bereich der hochschuldidaktischen Grundlagen speziell für diesen Kurs vorab intensiv

geschult. Dies war in Frankfurt bisher nicht üblich. Durchgeführt wurde diese Dozentenschulung mit einem interdisziplinären Team (Pädagogin und Mediziner), was von den Teilnehmenden durchweg sehr positiv bewertet wurde.

Die innovative Idee, die für den Kurs benötigten Materialien in Form von sog. „Toolboxen“ zur Unterstützung zur Verfügung zu stellen, wurde von den Dozenten sehr dankbar angenommen. Dozentenschulung und Toolboxen ermöglichen es den Dozenten, den Kurs mit den Studierenden gut vorbereitet durchzuführen, auch wenn die Inhalte nicht ihr eigentliches medizinisches Spezialgebiet betreffen. Weiterhin können sich durch diese Unterstützung auch kurzfristig einspringende Dozenten schnell in die Kursinhalte einarbeiten und damit den Kurs adäquat durchführen.

Die Dozentenschulung als wesentlicher Bestandteil des neuen Kurskonzepts bewirkt außerdem den Synergieeffekt einer doppelten Qualifizierung: Die Lehrenden – Ärzte, die ihre kommunikativen Fähigkeiten laut Studien selbst oft schlecht einschätzen – werden in der Dozentenschulung zunächst selbst in diesen Kompetenzen geschult. Damit verbessern sich ihre kommunikativen Fähigkeiten in zweierlei Hinsicht: zum einen können sie im Anschluss an die Schulung den Studierenden diese Inhalte kompetenter vermitteln und zum anderen erhalten sie die Möglichkeit, ihr eigenes Kommunikationsverhalten in der täglich ausgeübten ärztlichen Praxis zu reflektieren und gegebenenfalls zu optimieren.

Um eine möglichst hohe Teilnehmerquote zu erreichen, gibt es für die Teilnahme an der Dozentenschulung zum einen Fortbildungspunkte der Landesärztekammer und zum anderen wurde die Schulung als verpflichtende Voraussetzung für die Durchführung des neuen EKM-Kurses deklariert. Hierbei war die Unterstützung des Fachbereichs (Studiendekan) sehr hilfreich.

Zudem wurde die Dozentenschulung als Wahlmodul in die „Frankfurter Arbeitsstelle für Medizindidaktik“ (FAM) integriert, die allen Lehrenden am Fachbereich Medizin ein praxisnahes didaktisches Fortbildungsangebot zur Verfügung stellt. Dadurch konnte das wichtige Thema Kommunikation und ärztliche Gesprächsführung auch in der Fortbildung der Dozenten institutionell verankert werden.

Trotz der durch den Fachbereich vorgegebenen Verpflichtung für alle Dozenten lag die Teilnahmequote an der Dozentenschulung im Untersuchungszeitraum nur bei 55%. Eine

Ursache dafür liegt in der Priorisierung der Aufgaben dieser Ärzte oder ihrer Vorgesetzten (Arbeit auf Station wird als wichtiger angesehen als eine Dozentenschulung). Zum anderen besteht bei einigen Ärzten ein gewisser Unmut bzw. ein Unverständnis, zur Vorbereitung auf eine Lehrveranstaltung einen ganzen Arbeitstag zu „opfern“. Während der ersten Ursache wahrscheinlich nur mit Restriktionen begegnet werden kann, ist es wichtig, dem Unmut bzw. Unverständnis durch entsprechende Aufklärung zu begegnen (detaillierte Informationen zum Mehrwert der Schulung bzw. positive Mund-zu-Mund Propaganda). So haben die Evaluationen zur Dozentenschulung gezeigt, dass es gelingen kann, auch diesen Teilnehmern deutlich zu machen, dass die Vorbereitung auf den Kurs notwendig und sinnvoll ist und einen persönlichen Gewinn darstellt. Um die Qualität der einzelnen Kurs-Gruppen zu sichern, wurde festgelegt, dass nicht geschulte Dozenten einen Kurs nicht alleine durchführen dürfen.

Evaluation

Modul-Evaluation

Das neu entwickelte Kurskonzept und die Dozentenschulungen wurden kontinuierlich evaluiert. Diese Evaluationen wurden über einen Zeitraum von fünf Jahren statistisch ausgewertet. Im ersten Jahr der Kursdurchführung fand dabei eine ausführliche Evaluation jedes einzelnen Moduls statt. Wie in Abschnitt 4.3.2 und 4.3.4 beschrieben, beteiligten sich jeweils deutlich mehr Studierende und Dozenten an den Evaluationen der ersten Module als an denen der letzten Module, was auf eine gewisse „Evaluations-Müdigkeit“ bzw. „Evaluations-Sättigung“ schließen lässt. So beteiligten sich im siebten Modul nur noch sieben Dozenten, so dass die Ergebnisse dieser Modul-Evaluation aufgrund des geringen Rücklaufs eher als Tendenz zu interpretieren sind. Die geringen Rücklaufquoten der letzten Module waren u.a. ein Grund dafür, dass zur Bewertung des Kurses in den folgenden Jahren nur eine abschließende Evaluation des gesamten Kurses für Studierende und Dozenten eingesetzt wurde. Ein anderer Grund lag darin, dass im ersten Jahr der Durchführung mit dem neuen Konzept die Stärken und Schwächen möglichst detailliert analysiert werden sollten, um es daraufhin möglichst optimal verbessern zu können.

Die Ergebnisse der detaillierten Modul-Evaluationen zeigen, dass das Konzept über alle sieben Module hinweg insgesamt sehr gut bewertet wurde. Studierende und Dozenten waren sowohl mit der Struktur als auch mit der Organisation des Kurses zufrieden. Auf inhaltlicher Ebene konnte gezeigt werden, dass die Studierenden nach Absolvieren des neu gestalteten Kurses die Groblernziele des Kurses deutlich besser erreicht hatten als die Vergleichsgruppe im Jahr zuvor, die nach dem alten Konzept unterrichtet wurde.

Die Anamnesegespräche mit den Patienten wurden bei der Item-Abfrage und in den Freitext-Antworten sowohl von den Studierenden als auch von den Dozenten besonders gut bewertet. Dies hängt sicherlich zum einen damit zusammen, dass das Konzept auf der Grundlage des Bedarfs der Studierenden entwickelt wurde, der sich unter anderem darin äußerte, dass sich fast alle Studierenden wünschten, ein Anamnesegespräch mit einem Patienten führen zu können. Zum anderen haben die Studierenden in diesem Kurs das erste Mal in der Vorklinik direkten Kontakt zu Patienten und dabei die Möglichkeit, sich in die Rolle eines Arztes zu versetzen und aktiv ein erstes Arztgespräch zu führen, was immer wieder sehr positiv beschrieben wurde. Weiterhin bewerteten die Studierenden die Kursdurchführung durch die Dozenten sehr gut. Dies hängt wahrscheinlich von mehreren Faktoren ab. So sind die Dozenten der Kurse Ärzte aus verschiedenen Kliniken und Instituten und können daher aus ihren eigenen Erfahrungen des Alltags auf den Krankenstationen oder aus der Praxis berichten. Im Vergleich dazu sind viele Dozenten der sonstigen Kurse in der Vorklinik Theoretiker, die keinen Patientenkontakt haben. Auch der Unterricht unterscheidet sich wesentlich: die interaktiven Methoden, die gute Vorbereitung der Dozenten durch die Dozentschulung und die Toolbox setzen hier einen Gegenpol zum Unterricht der Vorklinik. Dies spiegelt sich auch in den guten Bewertungen von Seiten der Dozenten in Bezug auf die Unterrichtsmaterialien und Skripten wider.

Die eigenen Vorerfahrungen zum Thema der Anamneseerhebung und ärztlichen Gesprächsführung schätzen die Studierenden kontinuierlich von Modul zu Modul höher ein. Das deutet darauf hin, dass neben den selbst durchgeführten auch die beobachteten Anamnesegespräche zunehmend mehr eigene Sicherheit geben und damit von Modul zu Modul mehr Aspekte aus diesem Themenbereich in den eigenen Erfahrungsschatz aufgenommen werden.

Den persönlichen Lernzuwachs schätzen die Studierenden in den einzelnen Modulen relativ gleichbleibend hoch ein; er scheint also unabhängig vom jeweiligen Modulthema zu sein.

Zum einen bedeutet dies, dass die einzelnen Theorieteile der Module jeweils sowohl für die Studierenden interessante Inhalte bieten als auch vom Umfang her angemessen sind. Zum anderen zeigt dies, dass die Studierenden durch das Beobachten der Gespräche ihrer Kommilitonen kontinuierlich lernen. Damit wird der Ansatz des neuen Konzeptes bestätigt, jeweils die eine Hälfte eines Kurstermins mit der Durchführung von Anamnesegesprächen zu gestalten und in der anderen Hälfte theoretische Inhalte zu erarbeiten.

Abschluss-Evaluation Studierende

Der Kurs wird in jedem Jahr nach der Kursdurchführung mittels eines Fragebogens durch die Studierenden evaluiert. Die Ergebnisse dieser Evaluationen über die beobachteten fünf Jahre hinweg zeigen, dass sich die Studierenden wünschten, mehr Anamnesegespräche im Rahmen dieses Kurses selbst durchführen zu können. Eine Verkleinerung der Gruppengröße dieses Kurses wäre daher zukünftig eine gute Möglichkeit für die Studierenden, mehr praktische Erfahrungen zu sammeln. Weiterhin wünschten sich die Studierenden, im Rahmen dieses Kurses den Umgang mit „schwierigen“ Patienten zu üben. Dies wurde ab dem Jahr 2008 in das Kurskonzept aufgenommen und wird seitdem sehr positiv bewertet. Die longitudinale Bewertung der Auswahl der Themen des Kurses sowie der Feedbackbögen zeigen, dass nach der Optimierung des Kurskonzeptes nach dem ersten Jahr der Durchführung deutlich bessere Ergebnisse erzielt werden konnten und somit die Verbesserungen gelungen sind.

Ein weiteres Ergebnis dieser Evaluationen zeigt, dass im Jahr 2010 alle Items etwas schlechter bewertet werden. Gleichzeitig ist in diesem Jahr der größte Rücklauf mit N=331 gegeben. Dies könnte damit zu erklären sein, dass im Jahr 2010 die Evaluationsbögen für die Studierenden nicht im letzten Kursmodul ausgegeben, sondern bei der Scheinausgabe zum Ausfüllen ausgelegt wurden. Damit sollte eine höhere Rücklaufquote erzielt werden. Denn es hatte sich gezeigt, dass gerade im letzten Modul viele Studierende ihren erlaubten Fehlertermin wahrgenommen hatten. Bei der Scheinausgabe waren damit allerdings zwei Evaluationsbögen auszufüllen: Der allgemeine des Fachbereichs Medizin und der selbstentwickelte Bogen. Das wurde von einigen Studierenden bemängelt und legt die Annahme nahe, dass dies Einfluss auf die Evaluationsergebnisse gehabt haben könnte. Im

folgenden Jahr wurde der selbstentwickelte Evaluationsbogen daher wieder in die Toolbox integriert.

Der Einsatz der Evaluationsbögen, welche vom Fachbereich Medizin zur Qualitätssicherung der Lehrveranstaltungen eingesetzt werden, waren im untersuchten Zeitraum dieser Arbeit mit einigen Schwierigkeiten verbunden, wie bereits in Abschnitt 4.4.1 beschrieben. Trotzdem sind die Ergebnisse dieser Evaluation für die vorliegende Arbeit von Bedeutung, da auf diese Weise neben den Selbstevaluationen eine unabhängige Evaluation als externe Überprüfung des neu entwickelten Kurkonzeptes gegeben war.

Abschluss-Evaluation Dozenten

Der longitudinale Vergleich der Ergebnisse der Dozentenevaluationen von 2008-2011 zeigt eine deutliche Verbesserung in allen Items. Diese kontinuierliche Verbesserung der Ergebnisse ist damit zu erklären, dass der Kurs aufgrund der Evaluationsergebnisse kontinuierlich überarbeitet und optimiert wurde. In den Ergebnissen der Dozenten-Evaluationen fallen zwei Items besonders auf, deren Bewertung sich im Laufe des beobachteten Zeitraumes von vier Jahren kontinuierlich verbesserte: Zum einen das Item „*Relevanz ärztlicher Gesprächsführung für späteren Beruf*“ und zum anderen das Item „*Bedeutung theoretischer Hintergründe von Kommunikation und Gesprächsführung*“. Dies könnte einerseits auf die in den letzten Jahren verstärkt stattfindenden öffentlichen Diskussionen und Medienberichte zum ärztlichen Kommunikationsverhalten zurückzuführen sein. Andererseits könnte es auch damit zusammenhängen, dass nach und nach mehr Berufsanfänger diesen Kurs durchführen, die dieses Thema insgesamt als sehr bedeutsam einschätzen. Es ist aber auch möglich, dass die Dozenten, die diese Kurse über mehrere Jahre hinweg leiten, ihre eigene Gesprächsführung im Alltag mit den Patienten kritischer hinterfragen und entsprechend bedeutsamer bewerten. Aufgrund der anonymisierten Evaluationsbögen waren genauere Rückschlüsse im Rahmen dieser Arbeit leider nicht möglich, aber eine entsprechende Untersuchung wäre sicherlich ein interessanter Aspekt für weitere Studien in diesem Bereich.

Evaluation Dozentenschulung

Die Evaluationsergebnisse der Dozentenschulungen zeigen, dass über die untersuchten fünf Jahre hinweg fast alle Items kontinuierlich immer besser bewertet werden. Dies trifft insbesondere auf die Items zu, die sich auf die Durchführung, Organisation, Struktur und Leitung der Dozentenschulung beziehen. Aber auch die Items, die sich auf das Konzept des neuen Kurses beziehen, werden im Schnitt von Jahr zu Jahr besser bewertet. Ihren persönlichen Lernzuwachs durch die Teilnahme an der Dozentenschulung geben die Befragten in den letzten beiden untersuchten Jahren deutlich höher an als die Befragten in den ersten beiden Jahren der Durchführung. Wesentlich für die kontinuierlich bessere Bewertung war sicher die regelmäßige Überarbeitung und Verbesserung des Schulungskonzepts. Ein weiterer Grund liegt sicherlich aber auch darin, dass die Leiterinnen der Dozentenschulung im Laufe der Zeit mehr Sicherheit in der Schulungsdurchführung erlangt haben.

Die einzelnen Übungen und Inhalte der Dozentenschulung wurden dagegen über die Jahre hinweg unterschiedlich bewertet, obwohl sie meist in der gleichen Art und Weise durchgeführt bzw. vermittelt wurden. Dies kann durch die sehr heterogene Zusammensetzung der Gruppe erklärt werden, die ja aus Fachärzten verschiedener Kliniken mit unterschiedlichen Interessen und Erfahrungen in diesem Themenbereich besteht. Einzelne besonders gute oder schlechte Bewertungen haben dabei aufgrund der relativ geringen Teilnehmeranzahl in den einzelnen Dozentenschulungen einen starken Einfluss auf die Gesamtbewertung.

Bei der Dozentenschulung wird das Leitungsteam vor eine besondere Herausforderung gestellt. Die Teilnehmer befinden sich nämlich in einer Sondersituation: Auf der einen Seite sind sie Lernende in dieser Schulung, auf der anderen Seite sind sie diejenigen, die zukünftig die gerade selbst erlernten Inhalte als Dozenten unterrichten werden. Die meisten dieser Inhalte kommen aber nicht aus dem Arbeitsgebiet der Teilnehmer. Deshalb fällt es vielen schwer, eine Übung als Teilnehmer mitzumachen und gleichzeitig darüber zu reflektieren, wie sie als zukünftige Dozenten diese Übung im Unterricht einsetzen können und was damit erreicht werden soll. Aus dieser Erfahrung heraus wurden in den Ablauf der Schulung nach und nach Diskussionen und Erläuterungen zur „Meta-Ebene“ eingeflochten. Diese beleuchten die durchgeführten Übungen noch einmal aus einer anderen Perspektive, nämlich

der des Lehrenden: „*Warum haben wir genau diese Übung an dieser Stelle gemacht und was soll damit erreicht werden?*“. Weiterhin wurden die Inhalte der Schulung dahingehend reflektiert, dass gemeinsam der Transfer in den medizinischen Alltag diskutiert wurde: „*Warum ist dieses ‚pädagogische‘ Wissen für Sie im Alltag mit Patienten wichtig?*“. Diese verbalisierten Reflexionen könnten auch zu der kontinuierlichen Verbesserung der Bewertung der Dozentenschulungen im Laufe der fünf Jahre beigetragen haben.

Wirksamkeit des neuen Konzeptes

Auf der Ebene des individuellen Lernzuwachses zeigten die Ergebnisse der Selbsteinschätzungen der Studierenden vor und nach dem Kurs über den untersuchten Zeitraum von vier Jahren hinweg, dass sich die Studierenden nach dem Kurs signifikant kompetenter fühlen, ein Anamnesegespräch mit einem Patienten zu führen, als vor dem Kurs (vgl. Abschnitt 5.3). Während sie sich vor dem Kurs mit Mittelwerten zwischen 3,63 und 3,95 einschätzten, lag ihre Selbsteinschätzung nach dem Kurs im Mittel zwischen 2,08 und 2,45 (auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“). Die gefühlte Kompetenz nimmt also offensichtlich durch die Teilnahme an dem Kurs zwar stark zu, aber trotzdem bleiben weiterhin noch einige Unsicherheiten in diesem Bereich bestehen. Dies ist nicht verwunderlich, wenn man bedenkt, dass die Studierenden während des Kurses lediglich *ein* Anamnesegespräch selbst durchführen, auch wenn sie 13 weitere Gespräche von ihren Kommilitonen beobachten und bewerten können.

Der individuelle Lernzuwachs konnte durch die Verwendung eines Codes zur Pseudonymisierung ermittelt werden, mit dessen Hilfe eine Eins-zu-eins-Zuordnung der Studierenden möglich wurde. Leider fielen einige Zuordnungen aus der Analyse heraus, da die Codes manchmal nicht lesbar oder fehlerhaft ausgefüllt waren. Für Befragungen einer Kohorte zu verschiedenen Zeitpunkten kann dieses Verfahren jedoch sehr empfohlen werden.

Weiterhin wurde untersucht, ob und zu welchem Zeitpunkt die Selbsteinschätzung der Studierenden als Prädiktor für eine möglichst objektive Beurteilung der Kompetenz in Bezug auf das Führen eines Anamnesegespräches angesehen werden kann. Dazu wurden die Studierenden in den Jahren 2008 und 2009 zusätzlich vor und nach der Prüfung entsprechend

befragt. Als möglichst objektives Vergleichsmaß wurden die Bewertungen der Prüfer anhand der beschriebenen Checkliste FrOCK herangezogen (vgl. Abschnitt 5.4.2).

Die Ergebnisse zeigen, dass die Selbsteinschätzungen der Studierenden vor und nach der Prüfung deutlich schlechter ausfallen als direkt nach dem EKM-Kurs, wobei die Selbsteinschätzungen nach der Prüfung am besten mit den Bewertungen der Prüfer korrelieren. Auffällig sind hierbei die deutlich geringeren Standardabweichungen bei den Selbsteinschätzungen der Studierenden im Vergleich zu denen der Prüfer.

Die Selbsteinschätzung unmittelbar vor der Prüfung ist insgesamt die schlechteste, was aber wahrscheinlich wesentlich mit Unsicherheiten und möglichen Prüfungsängsten der Studierenden zusammenhängt. Damit ist sie als realistische Selbsteinschätzung nicht gut geeignet und wurde daher im folgenden Jahr nicht mehr erhoben.

Die Selbsteinschätzung unmittelbar nach der Prüfung im Vergleich mit der Einschätzung direkt nach dem EKM-Kurs zeigt, dass sich schon nach wenigen Wochen die Selbstwahrnehmung geändert hat. Ein wesentlicher Einfluss ist dabei der Prüfungssituation zuzuschreiben, die mit einer echten Situation auf Station oder in der Praxis gut vergleichbar ist. Die Studierenden können sich durch das Erleben dieser realistischen Prüfungssituation in ihren Kompetenzen deutlich realistischer einschätzen als in der „Euphorie“ direkt nach dem EKM-Kurs. Dies untermauert die Forderung, die kommunikativen Kompetenzen der Studierenden im gesamten Verlauf des Studiums im Sinne eines Spiralcurriculums kontinuierlich zu trainieren und zu prüfen.

Insgesamt weisen die Selbsteinschätzungen der Studierenden nach der Prüfung die höchste Übereinstimmung mit den objektiven Bewertungen der Prüfer auf und können damit sehr gut als realistische Einschätzung der Leistung eingesetzt werden. Es genügt daher, die Selbsteinschätzung zu diesem Zeitpunkt abzufragen. Für die Praxis kann man davon ausgehen, dass die Selbsteinschätzungen der Studierenden hinsichtlich ihrer Gesprächskompetenz auch nach einem realen Patientengespräch die tatsächliche Kompetenz gut wiedergibt.

Die formative Form der Prüfung mit der Möglichkeit, eine Rückmeldung zur erbrachten Leistung zu erhalten, wurde von den Studierenden sehr positiv bewertet, zumal diese Form im Medizinstudium leider nur sehr selten praktiziert wird. Es wäre sehr wünschenswert,

wenn während des Medizinstudiums kontinuierlich solche Prüfungen eingesetzt werden würden, da dadurch neben der Kompetenz die Reflexionsfähigkeit der Studierenden gesteigert würde. Leider sind solche Prüfungen mit einem großen organisatorischen und finanziellen Aufwand verbunden, der im vorliegenden Fall dazu geführt hat, dass diese Form der Prüfung nach zwei Jahren erfolgreicher Durchführung vom Fachbereich wieder abgeschafft wurde.

Einflussfaktoren

Ein Ziel dieser Arbeit bestand darin, verschiedene Variablen (Alter, Geschlecht, Vorerfahrungen im medizinischen Bereich sowie vorherige Ausbildung) herauszufiltern, welche einen Einfluss darauf haben könnten, dass sich bestimmte Studierende besser einschätzen, ein Anamnesegespräch zu führen, als andere. Wie in Abschnitt 7.2 beschrieben, schätzen ältere Studierende ohne vorherige Ausbildung bzw. Studierende, die bereits Vorerfahrungen im medizinischen Bereich gesammelt haben sowie Studierende, die vorab schon eine Ausbildung absolviert haben ihre Fähigkeit ein Anamnesegespräch zu führen besser ein als die jeweiligen Vergleichsgruppen. Männliche Studierende schätzen sich tendenziell etwas besser ein als ihre weiblichen Kommilitoninnen. Aus diesen Ergebnissen ergibt sich eine praktische Konsequenz für die künftige Kursdurchführung:

Zu Beginn des Kurses in den ersten Modulen herrscht bei den Studierenden oft eine große Unsicherheit, wie ein Anamnesegespräch gut geführt werden könnte. Es bietet sich daher an, die ersten Anamnesegespräche an die Studierenden zu vergeben, die eine oder mehrere der oben beschriebenen Variablen erfüllen. Die höhere Selbstsicherheit dieser Studierenden wird sich außerdem in einer höheren Qualität dieser ersten Gespräche widerspiegeln. Zur Auswahl der entsprechenden Studierenden könnte den Dozenten eine konkrete Handlungsanweisung zum gezielten Abfragen dieser Variablen zur Verfügung gestellt werden.

In den Jahren 2007 bis 2011 haben insgesamt 143 verschiedene Dozenten den neuen EKM-Kurs durchgeführt. Davon haben lediglich vier Dozenten den Kurs jedes Jahr, also insgesamt fünf Mal, gehalten. Demgegenüber haben 82 Dozenten den Kurs nur einmal durchgeführt. Diese sehr hohe Fluktuation macht deutlich, dass *eine* Dozentenschulung im ersten Jahr der

Implementierung des Konzeptes nicht ausreicht, sondern dass kontinuierlich jedes Jahr eine Schulung angeboten werden muss.

Interessant wäre an dieser Stelle ein Vergleich zwischen den Dozenten, die den EKM-Kurs mehrmals durchgeführt haben und denjenigen, die ihn nur einmal durchgeführt haben in Bezug auf die Zufriedenheit der Studierenden mit dem Kurs bzw. dessen Bewertung. Also die Klärung der Frage, ob die Erfahrung der einzelnen Dozenten mit dem Kurs einen Einfluss auf die Bewertung durch die Studierenden hat. Weiterhin wäre an dieser Stelle ein Vergleich interessant, ob die Dozenten, die im Vorfeld an der Dozentenschulung teilgenommen haben, von den Studierenden besser bewertet werden als die ungeschulten Dozenten. Leider sind diese beiden Analysen mit den vorliegenden Daten nicht möglich, da eine konkrete Zuordnung der Evaluationsergebnisse zu einzelnen Dozenten nicht gegeben ist. Weil die meisten Kurse von mehreren Dozenten gehalten wurden, wäre eine solche Auswertung nur auf Modul-Ebene sinnvoll. Dies ist jedoch nicht möglich, weil an den meisten Kurs-Gruppen mehrere Dozenten beteiligt waren, die nicht eindeutig einem einzelnen Modul zugeordnet werden können und es zudem auch während der Kursdurchführung häufig zu Änderungen der Besetzung in den einzelnen Modulen kam.

Es konnte jedoch untersucht werden, ob die Zufriedenheit der Studierenden und ihre gefühlte Kompetenz in Bezug auf die Vorbereitung von Anamnesegesprächen abhängig davon ist, ob ein oder mehrere Dozenten diesen Kurs durchführen (vgl. Abschnitt 7.1). Hier konnten keine Unterschiede festgestellt werden. Dies zeigt, dass das Konzept primär nicht personenabhängig ist. Die hohe Qualität wird also auch dann beibehalten, wenn eine Studierenden-gruppe von mehreren Dozenten unterrichtet wird.

9 Fazit und Ausblick

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde ein didaktisch innovatives Kurskonzept zur Schulung kommunikativer Fähigkeiten von Medizinstudierenden entwickelt und als integrativer Bestandteil in das Medizinstudium an der Goethe Universität in Frankfurt implementiert. Zusammengefasst können folgende Aussagen getroffen werden, die auch als Hilfestellung für weitere Konzepte in diesem oder auch anderen Bereichen dienen können:

Der innovative Ansatz, sowohl inhaltlich als auch methodisch-didaktisch, wichtige Forschungserkenntnisse und Konzeptideen aus der Erwachsenenbildung und Hochschuldidaktik in den Bereich der medizinischen Ausbildung zu integrieren, hat sich als sehr erfolgreich erwiesen. Für die Entwicklung und Implementierung neuer Kurskonzepte im medizinischen Bereich kann dieser Ansatz daher empfohlen werden. Es hat sich dabei als sehr wertvoll und wichtig erwiesen, zu Beginn der Konzeptentwicklung eine Bedarfsanalyse durchzuführen.

Um die Qualität des Kurses dauerhaft zu sichern, ist eine zentrale Organisation unabdingbar, auch wenn die einzelnen Kurs-Gruppen dezentral (Kliniken und Institute) durchgeführt werden. Die einzelnen Bestandteile des Konzeptes müssen dabei kontinuierlich evaluiert werden, damit Verbesserungen stattfinden können. Einheitliche Lehrmaterialien zur Verfügung zu stellen, trägt maßgeblich zu einer Erhöhung der Qualität des Kurses bei und findet große Akzeptanz und Dankbarkeit bei den Lehrenden. Diese Materialien in Form einer Toolbox zusammenzustellen hat sich dabei als sehr praktikabel erwiesen.

Die Dozenten des Kurses in Form einer verpflichtenden, ganztägigen Dozentenschulung auf den Kurs adäquat vorzubereiten spielt für die erfolgreiche Kurs-Durchführung eine wichtige Rolle. Diese Schulung zertifizieren und ggf. im Rahmen bereits bestehender Didaktik-Kurse vor Ort anerkennen zu lassen, erhöht den Anreiz für die Dozenten, daran teilzunehmen.

Die Unterstützung eines fachbereichsweit etablierten Kurses durch den Studiendekan und das Dekanat ist vor allem in Bezug auf die Verbindlichkeit der Durchführung und Verpflichtung der einzelnen Kliniken bzw. deren Leitungen erforderlich.

Die kommunikativen Kompetenzen der Studierenden in Form einer formativen Prüfung, also mit Rückmeldungen zu den Leistungen der Studierenden, zu bewerten, wird sowohl von Prüfern als auch von Studierenden als sehr bereichernd empfunden. Es empfiehlt sich dabei, die Leistungen der Studierenden mit einem möglichst objektiven Bewertungsinstrument (z.B. der FrOCK) zu messen. Es konnte gezeigt werden, dass aber auch die Selbsteinschätzung der Studierenden nach der Prüfung gut als realistische Einschätzung der Leistung dienen können.

Die Ergebnisse in Bezug auf den Lernzuwachs durch den Kurs zeigen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen deutliche Verbesserungen nach dem Kurs im Vergleich zu deren Einschätzungen vor dem Kurs. Dies zeigt, dass das Kurskonzept sowohl für die männlichen als auch für die weiblichen Studierenden gut geeignet ist, ihre kommunikativen Kompetenzen zu verbessern.

Aufbauend auf den Erkenntnissen dieser Arbeit ergeben sich darüber hinaus Vorschläge für die konkrete Weiterentwicklung des vorliegenden Konzeptes bzw. für die nachhaltige Vermittlung kommunikativer Kompetenzen im Medizinstudium aber auch für die Übertragung in andere Bereiche:

Es ist zu empfehlen, den Studierenden im klinischen Studienabschnitt, also ab dem fünften Semester, regelmäßig die Möglichkeit zu geben, ärztliche Gesprächssituationen zu üben. Nur dann können die erlernten Kompetenzen nachhaltig beibehalten werden. Dazu könnten im Sinne eines Spiralcurriculums die bereits im EKM-Kurs erarbeiteten Grundlagen der Gesprächsführung in weiteren Lehrveranstaltungen aufgegriffen und in spezifischeren Gesprächssituationen vertieft werden.

Grundsätzlich bieten sich für den Aufbau eines solchen Spiralcurriculums besonders Kurse an, die für alle Studierenden verpflichtend sind, wie z.B. die Blockpraktika Innere Medizin, Chirurgie oder Allgemeinmedizin. Hier könnten nach einer entsprechenden Vorbereitung in den zugehörigen Begleitseminaren echte Patientengespräche geführt und beurteilt werden.

Im Rahmen der Fortführung der vorliegenden Arbeit wurden in Frankfurt hierzu bereits erste positive Erfahrungen mit neuen Lehreinheiten gemacht. So wurden die Themen „Führen eines Aufklärungsgesprächs vor einer Operation“ und „Let’s talk about sex“ (HIV/STI-Prävention und Beratung im Arzt-Patientengespräch) in Form einer verpflichtenden Lehreinheit in das Blockpraktikum Innere Medizin aufgenommen. Weitere Themen wie das „Überbringen einer schlechten Nachricht“ oder der „Umgang mit Fehlern“ wurden im Rahmen von Wahlpflichtveranstaltungen ins Curriculum implementiert.

Da gezeigt werden konnte, dass Studierende ihre kommunikativen Kompetenzen nach einer Gesprächssituation im Rahmen einer Prüfung recht objektiv einschätzen, könnte die Abfrage der Selbsteinschätzung nach durchgeführten Patientengesprächen durchaus als wenig aufwendige Lernzielkontrolle in allen Abschnitten eines Spiralcurriculums eingesetzt werden, um den erreichten Ausbildungsstand und insbesondere auch den persönlichen Verbesserungsbedarf zu eruieren.

Für Kurse, die, wie der EKM-Kurs, in parallelen Kurs-Gruppen mit vielen Dozenten unterrichtet werden, ist für die Sicherung der Qualität auch auf die Auswahl der einzelnen Dozenten zu achten. Zum einen kann, wie beschrieben, nicht davon ausgegangen werden, dass alle Lehrenden an der zugehörigen Dozentenschulung teilgenommen haben. Zum anderen hängt die Lehrqualität sicher auch von der Erfahrung der Dozenten mit der Durchführung des Kurses bzw. einzelner Module ab. Dozenten, die nicht geschult sind, sollten in keinem Fall einen Kurs alleine durchführen. Nachdem gezeigt werden konnte, dass die Qualität jedoch nicht unbedingt davon abhängt, ob nur einer oder mehrere Dozenten den Kurs durchführen, sollte in jedem Fall darauf geachtet werden, dass ungeschulte Dozenten einen erfahrenen, geschulten Kollegen zur Seite gestellt bekommen, der sie in das Konzept und die Inhalte des Kurses einführt.

Weiterhin wäre es möglich, „Modul-Spezialisten“ auszubilden, die „ihr“ Modul in verschiedenen Kurs-Gruppen durchführen und damit zur Steigerung der Kursqualität eine große, spezifische Erfahrung einbringen können. Darauf aufbauend könnte ein „Dozenten-Netzwerk“ entstehen, das die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Lehre fördern würde und darüber hinaus auch Dozenten-Engpässe in einzelnen Kliniken ausgleichen könnte. Weiterhin hätten noch unerfahrene Dozenten die Möglichkeit,

gezielt Kontakt mit erfahrenen Kollegen aufzunehmen, um z.B. bei ihnen im Kurs hospitieren zu können. Zum Aufbau eines solchen „Dozenten-Netzwerks“ könnten die Dozentenschulungen genutzt werden.

Die im Rahmen dieser Arbeit nachgewiesene Wirksamkeit der Umsetzung von Forschungserkenntnissen aus Hochschuldidaktik und Erwachsenenbildung bei der Entwicklung des beschriebenen neuen Kurskonzeptes, legt eine solche Vorgehensweise für das gesamte Medizin-Curriculum oder auch für Curricula anderer Fachbereiche nahe. Dies bedeutet einerseits, bereits bestehende Kurse auf dieser Grundlage zu überprüfen und ggf. zu verbessern, andererseits aber auch neue Kurse entsprechend zu entwickeln.

Die Notwendigkeit kommunikative Kompetenzen zu schulen, wurde am Beispiel des Medizinstudiums deutlich gemacht und im Rahmen eines neuen Kurskonzeptes zur ärztlichen Gesprächsführung konkretisiert. Da kommunikative Kompetenzen in nahezu jedem Beruf eine wichtige Rolle spielen, sollten sie in der Ausbildung grundsätzlich gezielt geschult werden. Auch zur Entwicklung einer qualifizierten Ausbildung dieser Kompetenzen in anderen Fachbereichen können die Ergebnisse dieser Arbeit einen wesentlichen Beitrag leisten.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Übersicht über die einzelnen Schritte der Entwicklung, Implementierung und Evaluation des neuen didaktischen Kurskonzeptes zur ärztlichen Gesprächsführung	37
Abb. 2:	Sicherheit im Umgang mit "schwierigen" Patienten. Selbsteinschätzung der Medizinstudierenden des vierten Semesters im Jahr 2006 (N=232) auf fünfstufiger Likert-Skala.....	44
Abb. 3:	Selbsteinschätzung der Studierenden des vierten Semesters im Jahr 2006 in Bezug auf schwierige Themen in der Kommunikation mit Patienten auf fünfstufiger Likert-Skala.	45
Abb. 4:	Relevanz der Ausbildung in Gesprächsführung für den späteren Beruf. Selbsteinschätzung der Medizinstudierenden des vierten Semesters im Jahr 2006 (N=232) auf fünfstufiger Likert-Skala.....	46
Abb. 5:	Bedeutung der theoretischen Hintergründe von Kommunikation für den späteren Beruf. Selbsteinschätzung der Medizinstudierenden des vierten Semesters im Jahr 2006 (N=234) auf fünfstufiger Likert-Skala.....	46
Abb. 6:	Effektive Methoden für einen Kurs zur Anamneseerhebung und Gesprächsführung aus Sicht der Studierenden im Jahr 2006 (N=235). Mehrfachnennungen waren möglich.....	47
Abb. 7:	Selbsteinschätzung der Studierenden des vierten Semesters im Jahr 2006 in Bezug auf ihre Vorbereitung, ein Anamnesegespräch zu führen (N=232) auf fünfstufiger Likert-Skala.	48
Abb. 8:	Kontexte, aus denen den Studierenden die Nonverbale Kommunikation bekannt war (Mehrfachnennungen waren möglich, N=228).....	49
Abb. 9:	Angabe der Studierenden des vierten Semesters im Jahr 2006 in Bezug auf ihre Kenntnisse zu den Gesprächstechniken „Aktives Zuhören“, „Verbalisieren“, „Paraphrasieren“ (N=228). Zwei Antwortmöglichkeiten („ja – „nein“).....	50
Abb. 10:	Kontexte, aus denen den Studierenden Gesprächstechniken bekannt sind (Mehrfachnennungen möglich, N=228).....	51
Abb. 11:	Inhalte der ärztlichen Gesprächsführung, die den Studierenden besonders wichtig sind. Thematisch geclusterte Freitext-Antworten von N=124 Studierenden.	52
Abb. 12:	Bereiche der ärztlichen Gesprächsführung, in denen sich die Studierenden noch unsicher fühlen. Thematisch geclusterte Freitext-Antworten von N=99 Studierenden.	53

Abb. 13: Die Toolbox mit allen Unterrichtsmaterialien für die Dozenten der einzelnen Kurse.....	68
Abb. 14: Ergebnisse der Modul-Evaluationen durch Studierende zu den Items „Organisation des Seminars“ und „Struktur des Seminars“ im Jahr 2007. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“	85
Abb. 15: Ergebnisse der Modul-Evaluationen durch Studierende zu den Items „Durchführung durch den Dozenten“, „Vermittlung der Lernziele“ und „Anamnese mit Patienten“ im Jahr 2007. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“	86
Abb. 16: Ergebnisse der Modul-Evaluationen durch Studierende zu den Items „Eigene Vorerfahrungen zum Thema“ und „Persönlicher Lernzuwachs“ im Jahr 2007. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr hoch“ bis 6 „sehr niedrig“	87
Abb. 17: Ergebnisse der Modul-Evaluationen durch Studierende zu den Inhalten der einzelnen Module im Jahr 2007. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“	88
Abb. 18: Ergebnisse der Modul-Evaluationen durch Dozenten zu den Items „Struktur des Moduls“ und „Durchführbarkeit des Moduls“ im Jahr 2007. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“	94
Abb. 19: Ergebnisse der Modul-Evaluationen durch die Dozenten im Jahr 2007 zu den Items „Skript des Moduls“ und „Materialien zu dem Modul“. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“	95
Abb. 20: Ergebnisse der Modul-Evaluationen durch die Dozenten im Jahr 2007 zu den Items „Bewertung insgesamt“ und „Anamnese mit Patienten“. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“	96
Abb. 21: Ergebnisse der Modul-Evaluationen durch Dozenten zu den einzelnen Themen der sieben Module im Jahr 2007. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“	97
Abb. 22: Ergebnisse der Studierenden-Evaluationen in Bezug auf die Organisation, die Struktur und den Aufbau des Kurses auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ über einen Erhebungszeitraum von fünf Jahren (2007 bis 2011).	104
Abb. 23: Ergebnisse der Studierenden-Evaluationen in Bezug auf ihre Bewertung der Auswahl der einzelnen Kursthemen sowie der Feedbackbögen auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ über einen Erhebungszeitraum von fünf Jahren (2007 bis 2011)	105

Abb. 24:	Ergebnisse der Studierenden-Evaluationen in Bezug auf ihre Zufriedenheit mit dem neuen Kurs und ihren persönlich eingeschätzten Lernzuwachs durch den Kurs auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr zufrieden“ bzw. „sehr hoch“ bis 6 „sehr unzufrieden“ bzw. „sehr niedrig“ über einen Erhebungszeitraum von fünf Jahren (2007 bis 2011)	106
Abb. 25:	Selbsteinschätzungen der Medizinstudierenden des vierten Semesters nach dem EKM-Kurs in Bezug auf ihre Fähigkeit, Anamnesegespräche zu führen. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“. Schriftliche Befragung über fünf Jahre hinweg (2007-2011).....	107
Abb. 26:	Ergebnisse der Studierenden-Evaluationen der Jahre 2007-2011 in Bezug auf die Fragen, ob der Ablauf eines Anamnesegesprächs im Kurs vermittelt wurde und ob die Studierenden die Gliederungspunkte einer Anamnese kennen (ja/nein Fragen; Ja-Antworten in Prozent).....	108
Abb. 27:	Relevanz von ärztlicher Gesprächsführung und die Bedeutung theoretischer Hintergründe von Kommunikation für späteren Beruf nach Einschätzung der Studierenden des vierten Semesters. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr wichtig“ bis 6 „sehr unwichtig“.....	109
Abb. 28:	Ergebnisse zur Freitext-Frage: „Welche Inhalte im Themenbereich der Gesprächsführung und Kommunikation sind Ihnen persönlich besonders wichtig?“ Von 45% der Evaluationsteilnehmer (N=536) während der Jahre 2007-2011 ausgefüllt. Angabe in Prozent der Antwortenden.....	111
Abb. 29:	Ergebnisse zur Freitext-Frage: „In welchen Bereichen der Arzt-Patient Kommunikation fühlen Sie sich noch unsicher?“ Von 34% der Evaluationsteilnehmer (N=395) während der Jahre 2007-2011 ausgefüllt. Angabe in Prozent der Antwortenden.	112
Abb. 30:	Ergebnisse zur Freitext-Frage: „Was hat Ihnen am Kurs besonders gut gefallen?“ Von 70% der Evaluationsteilnehmer (N=823) während der Jahre 2007-2011 ausgefüllt. Angabe in Prozent der Antwortenden.....	113
Abb. 31:	Ergebnisse der Studierenden-Evaluationen durch den Fachbereich Medizin in Bezug auf die Kursinhalte, die Kurs-Atmosphäre und das Engagement der Dozenten. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr unzufrieden“ bis 6 „sehr zufrieden“. Angabe in Mittelwerten. Schriftliche Befragung über einen Zeitraum von drei Jahren (N=1.079).....	115
Abb. 32:	Ergebnisse der Evaluationen durch die Dozenten zu den durchgeführten Kursen in den Jahren 2008-2011. Angaben auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“.....	118

Abb. 33: Ergebnisse der Befragungen der Dozenten des EKM-Kurses zur Relevanz der ärztlichen Gesprächsführung und Bedeutung theoretischer Hintergründe von Kommunikation auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr wichtig“ bis 6 „sehr unwichtig“.	119
Abb. 34: Ergebnisse zur Freitext-Frage: „Welche Inhalte im Themenbereich der Gesprächsführung und Kommunikation sind Ihnen persönlich besonders wichtig?“ Von 59% der Evaluationsteilnehmer ausgefüllt (N=30). Angabe in Prozent der Antwortenden.	121
Abb. 35: Ergebnisse zur Freitext-Frage: „Was könnte man noch verbessern?“ Von 51% der Evaluationsteilnehmer ausgefüllt (N=26). Angabe in Prozent der Teilnehmenden	123
Abb. 36: Ergebnisse der Evaluationen zu den Dozentenschulungen im Erhebungszeitraum 2007-2011 zum allgemeinen Teil des Evaluationsbogens. Angaben auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“	126
Abb. 37: Ergebnisse der Evaluationen der Dozentenschulung zu den inhaltlichen Aspekten: „Aufbau eines Anamnesegesprächs“, Übung „Nähe-Distanz“, „Feedback“ und „Fragetypen“. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“	131
Abb. 38: Ergebnisse der Evaluationen der Dozentenschulung zu den inhaltlichen Aspekten: „Kommunikationsmodell“, „Gesprächstechniken“, „Arzt-Patient-Beziehung“ und „Rollenspiel“. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“	132
Abb. 39: Ergebnisse der Evaluation zum „persönlichen Lernzuwachs“ der Dozenten durch die Dozentenschulung. Erhoben im Zeitraum von 2007-2011 auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr hoch“ bis 6 „sehr niedrig“	133
Abb. 40: Ergebnisse der Evaluationen der Dozentenschulung zum Konzept des neuen Kurses. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“	134
Abb. 41: Ergebnisse der Befragungen der Studierenden vor dem EKM-Kurs zur Relevanz und theoretischen Bedeutung der Themen Kommunikation und ärztliche Gesprächsführung auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr wichtig“ bis 6 „sehr unwichtig“.	139
Abb. 42: Vergleich der Selbsteinschätzungen der Studierenden vor und nach dem EKM-Kurs zur Frage nach Ihrer Fähigkeit, wie gut sie darauf vorbereitet sind, ein Anamnesegespräch zu führen, auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ in den Jahren 2008 bis 2011	141
Abb. 43: Bewertung des Items „Anamnese mit Patienten“ durch Studierende und Dozenten auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ im Jahr 2007 nach dem jeweiligen Modul	150

Abb. 44: Bewertung des Items „Struktur des Moduls“ durch Studierende und Dozenten auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 („sehr gut“) bis 6 („sehr schlecht“) im Jahr 2007 nach dem jeweiligen Modul.....	151
Abb. 45: Bewertung der einzelnen Kursinhalte der sieben Module durch Studierende (Stud.) und Dozenten (Doz.) auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ im Jahr 2007 nach dem jeweiligen Modul.....	152
Abb. 46: Zufriedenheit der Studierenden mit dem Kurs und Einschätzung der Vorbereitung auf ein Anamnesegespräch bei Durchführung der EKM-Kurse durch einen Dozenten versus mehrere Dozenten pro Kurs-Gruppe. Sechsstufige Likert-Skala von 1 „sehr zufrieden“ bzw. „sehr gut“ bis 6 „sehr unzufrieden“ bzw. „sehr schlecht“	158
Abb. 47: Vergleich Selbsteinschätzung der Studierenden vor und nach dem EKM-Kurs in Bezug auf ihre Kompetenz, Anamnesegespräche zu führen, getrennt nach Männern und Frauen, auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“	166
Abb. 48: Differenz der Selbsteinschätzungen der Studierenden vor und nach dem EKM-Kurs in Bezug auf ihre selbst eingeschätzte Kompetenz, Anamnesegespräche zu führen, unterschieden nach Geschlecht.....	167

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Deskriptive Statistik der Bedarfsanalyse aus dem Jahr 2006 (fünfstufige Likert-Skala; je kleiner der Wert, desto positiver die Antwort).....	43
Tab. 2:	Inhalte und Lernziele des EKM-Kurses im Jahr 2007 in Bezug auf das jeweilige Kursmodul	63
Tab. 3:	Übersicht über den Evaluationsprozess des neuen Kurses.....	77
Tab. 4:	Übersicht über die verwendeten Evaluationsinstrumente in chronologischer Reihenfolge.....	80
Tab. 5:	Freitext-Antworten der Studierenden im Jahr 2007 zu den Inhalten der sieben Module des neuen Kurskonzeptes.	90
Tab. 6:	Anmerkungen der Dozenten zu den sieben Modulen des neuen Kurskonzeptes in Form von Freitext im Jahr 2007.....	98
Tab. 7:	Freitext-Antworten der Dozenten in der Evaluation nach der Dozentenschulung zum Item „Anmerkungen“, zusammengefasst nach Anzahl der Nennungen und Themenbereiche über den Erhebungszeitraum von 2007 bis 2011 (N=23).....	128
Tab. 8:	Freitext-Antworten der Dozenten in der Evaluation nach der Dozentenschulung zum Item „Hilfreiche Übungen / Inhalte“ nach Anzahl der Nennungen. Fünfjähriger Erhebungszeitraum von 2007 bis 2011 (N=61). Mehrfachnennungen möglich.	130
Tab. 9:	Selbsteinschätzungen der Studierenden vor und nach dem EKM-Kurs in Bezug auf ihre Fähigkeit, ein Anamnesegespräch zu führen. Berechnung der Unterschiede mittels Wilcoxon-Test. Untersuchungszeitraum: 2008-2011	140
Tab. 10:	Selbsteinschätzungen der Studierenden sowie Bewertung der Prüfer in Bezug auf die Fähigkeit der Studierenden, ein Anamnesegespräch zu führen für die beiden Prüfungsjahre. Angaben auf sechsstufiger Likert-Skala bzw. in Schulnoten von 1 „sehr gut“ bis 6 „ungenügend“.	148
Tab. 11:	Übersicht der einzelnen Module des EKM-Kurses mit dazugehörigen Inhalten und Lernzielen, wie sie seit dem Jahr 2008 – nach Überarbeitung aufgrund der Modulevaluationen im Jahr 2007 – unterrichtet werden.	154
Tab. 12:	Nichtparametrische Korrelation nach Spearman. Korrelationsmatrix der abhängigen Variablen „Fähigkeit Anamnesegespräch“ auf die vier Prädiktoren „Alter“, „Geschlecht“, „Ausbildung“ sowie „Vorerfahrungen“. Untersuchungszeitraum 2008-2011.	160

Tab. 13:	Vergleich der Selbsteinschätzungen der Studierenden mit und ohne Vorerfahrungen im medizinischen Bereich in Bezug auf Ihre Fähigkeit, Anamnesegespräche zu führen. Mittelwerte (AM), Standardabweichung (SD), Stichprobe (N), Signifikanz und Effektgrößen. Angabe auf sechsstufiger Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“	162
Tab. 14:	Vergleich der Selbsteinschätzungen der Studierenden mit und ohne vorherige Ausbildung in Bezug auf Ihre Fähigkeit, Anamnesegespräche zu führen. Mittelwerte (AM), Standardabweichung (SD), Stichprobe (N), Signifikanz und Effektgrößen. Angabe auf sechsstufiger Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“	163
Tab. 15:	Vergleich der Selbsteinschätzungen der männlichen und weiblichen Studierenden in Bezug auf Ihre Fähigkeit, Anamnesegespräche zu führen. Mittelwerte (AM), Standardabweichung (SD), Stichprobe (N), Signifikanz und Effektgrößen. Angabe auf sechsstufiger Likert-Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“	165

Literaturverzeichnis

ASPEGREN, K. (1999): BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Med Teach* 21, (6), 563–570.

AUFERKORTE-MICHAELIS, N., LADWIG, A., WIRTH, D. (2007): Anforderungsprofil: Lehrkompetenz – über die Haltung zur guten Lehre. *Journal Hochschuldidaktik* 18, (2), 4–6.

BACHMANN, C., HÖLZER, H., DIETERICH, A., FABRY, G., LANGEWITZ, W., LAUBER, H., ORTWEIN, H., PRUSKIL, S., SCHUBERT, S., SENNEKAMP, M., SIMMENROTH-NAYDA, A., SILBERNAGEL, W., SCHEFFER, S., KIESSLING, C. (2009): Longitudinales, bologna-kompatibles Modul-Curriculum "Kommunikative und Soziale Kompetenzen": Ergebnisse eines interdisziplinären Workshops deutschsprachiger medizinischer Fakultäten. *GMS Z Med Ausbild.* 26, (4).

BAHRS, O. (2003): Mein Hausarzt hat Zeit für mich – Wunsch und Wirklichkeit; Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 3, (1), 17–23.

BARMER GEK (2010): Arztreport. Zugriff am 04.04.2013 unter: http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame-PDF_Dokumente/Reports/PDF_Arztreport.property=Data.pdf.

BERENDT, B. (2006): Academic Staff Development im Kontext des Bologna-Prozesses. – Stellenwert und Stand hochschuldidaktischer Aus- und Weiterbildung. In: BERENDT, B. et al., (Hrsg): *Neues Handbuch Hochschullehre. Lehren und Lernen effizient gestalten*. Raabe, Berlin.

BERRYMAN, S. (1993): Learning for the Workplace. *Review of Research in Education* 19, (1), 343–401.

BEYWL, W., BESTVATER, H., FRIEDRICH, V. (2011): *Selbstevaluation in der Lehre – Ein Wegweiser für sichtbares Lernen und besseres Lehren*. Waxmann, Münster.

BIGGS, J., TANG, C. (2011): *Teaching for quality learning at university*. Open University Press, Maidenhead.

- BLOOM, B. (1976): Taxonomie von Lernzielen im kognitiven Bereich. Beltz, Weinheim, Basel.
- BORTZ, J. (1999): Statistik für Sozialwissenschaftler. Springer, Berlin.
- BORTZ, J., DÖRING, N. (2002): Forschungsmethoden und Evaluation – Für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer, Berlin.
- BÖTTCHER, W., Hrsg. (2006): Evaluation im Bildungswesen – Eine Einführung in Grundlagen und Praxisbeispiele. Juventa, Weinheim.
- BRENDEL, S., EGGENSBERGER, P., GLATHE, A. (2006): Das Kompetenzprofil von HochschullehrerInnen: – Eine Analyse des Bedarfs aus Sicht von Lehrenden und Veranstaltenden. Zeitschrift für Hochschulentwicklung 1, (2), 55–84.
- BROSIUS, F. (2011): SPSS 19. Hüthig-Jehle-Rehm, Heidelberg.
- BROWN JS, COLLINS A, DUGUID P (1989): Situated Cognition and the Culture of Learning. Educational Researcher (Vol. 18).
- BUDDEBERG, C., ABEL, T. (2004): Psychosoziale Medizin. Springer, Berlin.
- BÜHL, A., ZÖFEL, P. (2002): SPSS 11 – Einführung in die moderne Datenanalyse mit Windows. Pearson Studium, München.
- BÜHNER, M. (2006): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. Pearson Studium, München.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2002): Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002. Bundesgesetzblatt, 2405–2436. Zugriff am 04.04.2013 unter: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/_appro_2002/gesamt.pdf.
- BVMD (2006): Kerncurriculum für die medizinische Ausbildung in Deutschland - Ein Vorschlag der Medizinstudierenden Deutschlands. Zugriff am 04.04.2014 unter: <http://bvmd.de/fileadmin/SCOME/Kerncurriculum/Kerncurriculum.pdf>.
- COULTER, A., JENKINSON, C. (2005): European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. Eur J Public Health 15, (4), 355–360.

- CURSIEFEN, S., SCHRÖDER, M. (2012): Nexus Impulse für die Praxis. Kompetenzorientierung im Studium. Zugriff am 09.01.2014 unter: <http://www.hrk-nexus.de/impulse/kompetenzorientierung.pdf>
- DAVE, R. (1968): Eine Taxonomie pädagogischer Ziele und ihre Beziehung zur Leistungsmessung. In: INGENKAMP, K., MARSOLEK, T. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen der Testanwendung in der Schule. Bericht über die erste Internat. Arbeitstagung über Testanwendung in d. Schule vom 16. - 24.5.1967 in Berlin, Beltz, Weinheim, 225–237.
- DEKANAT FACHBEREICH MEDIZIN (2014): Curriculum Humanmedizin. Zugriff am 21.11.2014 unter: http://www.med.uni-frankfurt.de/stud_med/ausbild_konzept/ziele_neugestalt/index.html
- DER SPIEGEL (2011): Sprachlos in der Sprechstunde, Hamburg. Zugriff am 24.03.2014 unter: <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-76862475.html>.
- DeGEval – GESELLSCHAFT FÜR EVALUATION (2002): Standards für Evaluation. Zugriff am 10.03.2013 unter: <http://www.degeval.de/publikationen/standards-fuer-evaluation>.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HOCHSCHULDIDAKTIK (dghd): Deutsche Gesellschaft für Hochschuldidaktik (dghd). Zugriff am 24.03.2014 unter: <http://www.dghd.de/hochschuldidaktische-institutionen.html>.
- DEVEUGELE, M. (2002): Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. BMJ 325, (7362), 472.
- DRUCKER, P. (1998): Praxis des Managements – Ein Leitfaden für die Führungsaufgaben in der modernen Wirtschaft. ECON, Düsseldorf.
- DUDEN (1990): Das Fremdwörterbuch. Brockhaus, Mannheim.
- EDER, A. (2003): Statistik für Sozialwissenschaftler. Skriptum für Soziologie-Statistik, facultas. Zugriff am 31.08.2012 unter: <http://www.univie.ac.at/soziologie-statistik/pflege/VL/VO%205%20Chi-Quadrat.pdf>
- EINSIEDLER, W. (1981): Lehrmethoden. Urban & Schwarzenberg, München, Wien.
- EVANS, B., COMAN, G., GOSS, B. (1996): Consulting skills training and medical students' interviewing efficiency. Med Educ 30, (2), 121–128.

FABRY, G. (2008): Medizindidaktik – Ein Handbuch für die Praxis. Huber, Bern.

FISCHER T, C. (2005): Kurs "ärztliche Basisfähigkeiten" - Evaluation eines primärärztlich orientierten Unterrichtskonzeptes im Rahmen der neuen Approbationsordnung. GMS Z Med Ausbild. 22, (3).

FLEISCHMANN, A., JÄGER, C., STRASSER, A. (2014): Lehrkompetenz: Eine pragmatische Orientierungshilfe. In: BERENDT, B. et al., (Hrsg): Neues Handbuch Hochschullehre. Lehren und Lernen effizient gestalten. Raabe, Berlin.

FRIEDRICHS, J. (1999): Methoden empirischer Sozialforschung. Westdt. Verl., Opladen.

GAGNÉ, R., SKOWRONEK, H. (1973): Die Bedingungen des menschlichen Lernens. Schroedel, Hannover.

GOETHE-UNIVERSITÄT FRANKFURT A.M. GLEICHSTELLUNGSBÜRO. (2013): Gleichstellungsmonitor 2012 – Zahlen, Daten und Fakten zur Chancengleichheit an der Goethe-Universität. Zugriff am 03.03.2014 unter: <https://www2.uni-frankfurt.de/45770745/Gleichstellungsmonitor.pdf>.

HAHN, E., FISCHER MR (2009): Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) für Deutschland: – Zusammenarbeit der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Medizinischen Fakultätentages (MFT). GMS Z Med Ausbild. 26 (3).

HASKARD-ZOLNIEREK, K., DIMATTEO, MR (2009): Physician Communication and Patient Adherence to Treatment. Medical Care 47, (8), 826–834.

HATTIE, J. (2012): Visible learning for teachers – Maximizing impact on learning. Routledge, London.

HOBMA, S., RAM, P., MUIJTJENS, A., VAN DER VLEUTEN, C., GROU, R. (2006): Effective improvement of doctor-patient communication: a randomised controlled trial. Br J Gen Pract 56, (529), 580–586.

HUBER, P., BAROFFIO, A., CHAMOT, E., HERRMANN, F., NENDAZ, M., VU, N., (2005): Effects of item and rater characteristics on checklist recording: what should we look for? Med Educ 39 (8), 852-858.

- INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE UND PHARMAZEUTISCHE PRÜFUNGSFRAGEN (2005): IMPP- Gegenstandskatalog (IMPP-GK 1) für den schriftlichen Teil des ersten Abschnitts der ärztlichen Prüfung (ÄAPPO) vom 27. Juni 2002. – Teilkatalog "Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie".
- ISSING, L., KLIMSA, P., Hrsg. (2002): Information und Lernen mit Multimedia und Internet – Lehrbuch für Studium und Praxis. Beltz PVU, Weinheim.
- JUENGER, J., KOELLNER, V. (2003): Integration of a doctor/patient-communication-training into clinical teaching. Examples from the reform-curricula of Heidelberg and Dresden Universities. *Psychother Psychosom Med Psychol* 53, (2), 56–64.
- JUNGBAUER, J., ALFERMANN, D., KAMENIK, C., BRÄHLER, E. (2003): Vermittlung psychosozialer Kompetenzen mangelhaft - Ergebnisse einer Befragung ehemaliger Medizinstudierender an sieben deutschen Universitäten -. *Psychother Psychosom Med Psychol* 53, (7), 319–321.
- KENDRICK, T., FREELING, P. (1993): A communication skills course for preclinical students: evaluation of general practice based teaching using group methods. *Med Educ* 27, (3), 211–217.
- KERN, D., THOMAS, P., HOWARD DONNA M., BASS, E. (1998): Curriculum development for medical education – A six-step approach, Johns Hopkins Univ. Press, Baltimore.
- KIESSLING, C., DIETERICH, A., FABRY, G., HÖLZER, H., LANGEWITZ, W., MÜHLINGHAUS, I., PRUSKIL, S., SCHEFFER, S., SCHUBERT, S. (2010): Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi survey. *Patient Educ Couns* 81, (2), 259–266.
- KOCH, K., MIKSCH, A., SCHÜRMAN, C., JOOS, S., SAWICKI, P. (2011): The German health care system in international comparison: the primary care physicians' perspective. *Dtsch Arztebl Int* 108, (15), 255–261.
- KRATHWOHL, D., BLOOM, B., MASIA, B. (1978): Taxonomie von Lernzielen im affektiven Bereich. Beltz, Weinheim, Basel.
- KROMREY, H. (2006): Empirische Sozialforschung – Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung. Lucius & Lucius, Stuttgart.

KULTUSMINISTERKONFERENZ (2005): Qualitätssicherung in der Lehre. Zugriff am 09.11.2011 unter: <http://www.kmk.org/presse-und-aktuelles/pm2005/ergebnisse-der-311plenarsitzung.html>.

KURTZ, S., SILVERMAN, J., BENSON, J., DRAPER, J. (2003): Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med* 78, (8), 802-809.

KURTZ, S., SILVERMAN, J., DRAPER, J. (2006): Teaching and learning communication skills in medicine. Radcliffe, Oxford.

LANGEWITZ, W., EICH, P., KISS, A., WÖSSMER, B. (1998): Improving communication skills--a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med* 60, (3), 268–276.

LENHARD, W., LENHARD, A. (2015): Berechnung von Effekstärken. Bibergau.

LOSH, D., MAUKSCH, L., ARNOLD, R., MARESCA, T., STORCK, M., MAESTAS, R., GOLDSTEIN, E. (2005): Teaching inpatient communication skills to medical students: an innovative strategy. *Acad Med* 80, (2), 118–124.

MAGER, R. F. (1972): Lernziele und programmierter Unterricht. Beltz, Weinheim.

MAGER, R. F. (1994): Lernziele und Unterricht. Beltz, Weinheim.

MAGUIRE, P. (1990): Can communication skills be taught? *Br J Hosp Med* 43, (3), 215–216.

MAGUIRE, P., PITCEATHLY, C. (2002): Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 325, (7366), 697–700.

MAKOUL, G. (2001a): Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med* 76, (4), 390–393.

MAKOUL, G. (2001b): The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns* 45, (1), 23-34.

MAKOUL, G., SCHOFIELD, T. (1999): Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. Netherlands Institute of Primary Health Care. *Patient Educ Couns* 37, (2), 191–195.

- MANDL, H., KOPP, B., DVORAK, S. (2004): Aktuelle theoretische Ansätze und empirische Befunde im Bereich der Lehr-Lern-Forschung – Schwerpunkt Erwachsenenbildung – DIE, Bonn.
- MARTIN, D. (2003): Martin's Map: a conceptual framework for teaching and learning the medical interview using a patient-centred approach. *Med Educ* 37, (12), 1145–1153.
- MEUELER, E. (2009): Didaktik der Erwachsenenbildung – Weiterbildung als offenes Projekt, Handbuch Erwachsenenbildung, Weiterbildung. Verl. für Sozialwiss, Wiesbaden.
- MÖLLER, C. (1973): Technik der Lernplanung – Methoden u. Probleme d. Lernzielerstellung. Beltz, Weinheim, Basel.
- MOOSBRUGGER, H., KELAVA, A., MOOSBRUGGER-KELAVA, (Hrsg.) (2007): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. Springer, Berlin.
- NIKENDEI, C., SCHILLING, T., NAWROTH, P., HENSEL, M., HO, A., SCHWENGER, V., ZEIER, M., HERZOG, W., SCHELLBERG, D., KATUS, H., DENGLER, T., STREMMEL, W., MÜLLER, M., JÜNGER, J. (2005): Integriertes Skills-Lab-Konzept für die studentische Ausbildung in der Inneren Medizin. *Dtsch. Med. Wochenschr.* 130, (18), 1133–1138.
- ORTH, H. (1999): Schlüsselqualifikationen an deutschen Hochschulen. – Konzepte, Standpunkte und Perspektiven. Luchterhand, Neuwied.
- PETERSEN, C., BUSCHE, W., BERGELT, C., HUSE-KLEINSTOLL, G. (2005): Kommunikationstraining als Teil des Medizinstudiums. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 22 (1).
- PETERSEN, W. H. (2000): Handbuch Unterrichtsplanung – Grundfragen, Modelle, Stufen, Dimensionen. Oldenbourg, München.
- PFÄFFLI, B. (2005): Lehren an Hochschulen – Eine Hochschuldidaktik für den Aufbau von Wissen und Kompetenzen. Haupt, Bern.
- PORST, R. (1998): Im Vorfeld der Befragung: Planung, Fragebogenentwicklung, Pretesting. ZUMA-Arbeitsbericht 98/02.

- REINMANN-ROTHMEIER, G., MANDL, H. (1998): Wenn kreative Ansätze versanden: Implementation als verkannte Aufgabe. *Unterrichtswissenschaft* 26, (4), 292–311.
- REINMANN-ROTHMEIER, G., MANDL H (2001): Unterrichten und Lernumgebungen gestalten. In: KRAPP, A., WEIDENMANN, B., (Hrsg.): *Pädagogische Psychologie*. Ein Lehrbuch, Beltz, Weinheim.
- RINDERMANN, H. (2009): *Lehrevaluation. – Einführung und Überblick zu Forschung und Praxis der Lehrveranstaltungsevaluation an Hochschulen mit einem Beitrag zur Evaluation computerbasierten Unterrichts*. Empirische Pädagogik e.V, Landau.
- RINDERMANN, H., AMELANG, M. (1994): *Das Heidelberger Inventar zur Lehrveranstaltungs-Evaluation (HILVE) – Handanweisung*, Asanger, Heidelberg.
- ROTER, D., HALL, J. (1989): Studies of doctor-patient interaction. *Annu Rev Public Health* 10, 163–180.
- ROTER, D., HALL, J., KERN, D., BARKER, L., COLE, K., ROCA, R. (1995): Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 155, (17), 1877–1884.
- ROTH, G. (1996): *Das Gehirn und seine Wirklichkeit – Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen*, Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (2001): *Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. – Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege*, Bonn.
- SANDERS, J., BEYWL, W., (Hrsg.) (2006): *Handbuch der Evaluationsstandards – Die Standards des "Joint Committee on Standards for Educational Evaluation"*. Verl. für Sozialwiss., Wiesbaden.
- SCHIRMER, J., MAUKSCH, L., LANG, F., MARVEL, M., ZOPPI, K., EPSTEIN, R., BROCK, D., PRYZBYLSKI, M. (2005): Assessing communication competence: a review of current tools. *Fam Med* 37, (3), 184-192.
- SCHÖN, J., GERBER, J. (2013): Wie kommt hochschuldidaktisches Wissen in das Lehrhandeln? – Zur Bedeutung des Wissensmanagement in der Hochschuldidaktik. In: BERENDT, B. et al., (Hrsg.): *Neues Handbuch Hochschullehre. Lehren und Lernen effizient gestalten*. Raabe, Berlin.

- SCHUBERT, S., ORTWEIN, H., REMUS, A., SCHWANTES, U., KIESSLING, C. (2005): Taxonomie von Ausbildungszielen für professionelles Verhalten für das Medizinstudium. *GMS Z Med Ausbild* 22 (4).
- SENNEKAMP, M., GILBERT, K., GERLACH, F., GUETHLIN, C. (2012): Development and validation of the "FrOCK": Frankfurt Observer Communication Checklist. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 106, (8), 595–601.
- SILVERMAN, J. (2009): Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? *Patient Educ Couns* 76, (3), 361–367.
- SIMPSON, M., BUCKMAN, R., STEWART, M., MAGUIRE, P., LIPKIN, M., NOVACK, D., TILL, J. (1991): Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 303, (6814), 1385–1387.
- SPIEGEL ONLINE WISSENSCHAFT (2011): Patientengespräche: "Ärzte richten immer wieder seelische Schäden an". Zugriff am 24.03.2014 unter: <http://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/patientengespraech-aerzte-richten-immer-wieder-seelische-schaeden-an-a-745417.html>.
- SPITZER, M. (2007): Lernen – Gehirnforschung und die Schule des Lebens, Spektrum Akad. Verl, Berlin.
- STOCKMANN, R. (2004): Was ist eine gute Evaluation? – Einführung zu Funktionen und Methoden von Evaluationsverfahren. Zugriff am 26.10.2011 unter: http://www.ceval.de/typo3/fileadmin/user_upload/PDFs/workpaper9.pdf.
- STUFFLEBEAM, D. (1972): Evaluation als Entscheidungshilfe. In: WULF, C., (Hrsg.): Evaluation. Beschreibung und Bewertung von Unterricht, Curricula und Schulversuchen. Piper & Co. Verlag, München.
- TIETGENS, H. (1997): Allgemeine Bildungsangebote. In: WEINERT, F. E., MANDL, H., (Hrsg.): Psychologie der Erwachsenenbildung, Hogrefe, Göttingen.
- TROJAN, A., SCHULZ, T., WEIDTMANN, K., FROST, M., DÖHNER, H., ALBRECHT, N., VON DEM KNESEBECK, O. (2006): Patientenkontakte im ersten Abschnitt der ärztlichen Ausbildung. – Der Hamburger Kurs in medizinischer Soziologie. *GMS Z Med Ausbild*. 23, (4).
- WEINERT, F. (2002): Leistungsmessungen in Schulen. Beltz, Weinheim.

WHITEHEAD, A. (1929): *The Aims of Education and Other Essays*. The Free Press, New York.

WILDT, J. (2006a): Ein hochschuldidaktischer Blick auf Lehren und Lernen. – Eine kurze Einführung in die Hochschuldidaktik. In: BERENDT, B. et al., (Hrsg): *Neues Handbuch Hochschullehre. Lehren und Lernen effizient gestalten*. Raabe, Berlin.

WILDT, J. (2006b): Vom Lehren zum Lernen. – Zum Wandel der Lernkultur in modularisierten Studienstrukturen. In: BERENDT, B. et al., (Hrsg): *Neues Handbuch Hochschullehre. Lehren und Lernen effizient gestalten*. Raabe, Berlin.

WILDT, J., WILDT, B. (2006) – Ein Beitrag zur Förderung der Qualität von Hochschulbildung durch eine Weiterentwicklung des Prüfungssystems. In: BERENDT, B. et al., (Hrsg): *Neues Handbuch Hochschullehre. Lehren und Lernen effizient gestalten*. Raabe, Berlin.

WILM, S., KNAUF, A., PETERS, T., BAHRS, O. (2004): Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation? *Z Allg Med* 80, (2), 53–57.

WISSENSCHAFTSRAT (Hrsg.) (2008): *Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Lehre und Studium*. Zugriff am 24.03.2014 unter:
<http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/8639-08.pdf>.

WORKSHOP REPORT (1992): Consensus statement from the Workshop on the Teaching and Assessment of Communication Skills in Canadian Medical Schools. *Can Med Assoc J* 147, (8).

YEDIDIA, M., GILLESPIE, C., KACHUR, E., SCHWARTZ, M., OCKENE, J., CHEPAITIS, A., SNYDER, C., LAZARE, A., LIPKIN, M. (2003): Effect of communications training on medical student performance. *JAMA* 290, (9), 1157–1165.

Anhang

Anhang

Anhang 1: Fragebogen zur Erhebung der Ausgangssituation	208
Anhang 2: Themen und Lernziele der sieben Module	212
Anhang 3: Ablaufpläne der sieben Module	216
Anhang 4: Feedbackbögen für Studierende	229
Anhang 5: Feedbackbögen für Dozenten.....	237
Anhang 6: Einladungsschreiben Dozentenschulung.....	238
Anhang 7: Schulungsskript der Dozentenschulung	239
Anhang 8: Ablaufplan der Dozentenschulung.....	246
Anhang 9: Evaluationsbogen für Studierende nach jedem Modul im Jahr 2007	252
Anhang 10: Evaluationsbogen für Dozenten nach jedem Modul im Jahr 2007	259
Anhang 11: Abschluss-Evaluationsbogen nach Kursende für Studierende	266
Anhang 12: Abschluss-Evaluationsbogen nach Kursende für Dozenten	268
Anhang 13: Evaluationsbogen zur Dozentenschulung.....	270
Anhang 14: Selbsteinschätzungsbogen für Studierende	272
Anhang 15: Rollenskript für Simulationspatienten des EKM-Kurses	273
Anhang 16: Die „Frankfurter Observer Checkliste Kommunikation“ (FrOCK).....	276
Anhang 17: Urheberschaftserklärung	277

Anhang 1: Fragebogen zur Erhebung der Ausgangssituation



Studierendenevaluation zur Neugestaltung des EKM-Kurses

(Studierende des 4. vorklinischen Semesters)

Kurs-Nummer: _____

Liebe Studierende,

das Lehre-Team vom Institut für Allgemeinmedizin möchte gerne die Bereiche der Gesprächsführung und Kommunikation des EKM-Kurses verbessern. Dafür wären wir Ihnen für Ihre Mithilfe sehr dankbar, damit wir gezielt die von Ihnen als wichtigste benannten Inhalte weiter entwickeln können. In Form einer kurzen schriftlichen Erhebung möchten wir Ihnen daher gerne einige Fragen stellen.

1. Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit "schwierigen" Patienten (z.B. depressive, schweigsame, abhängige Patienten)?

sehr unsicher unsicher relativ sicher sicher sehr sicher

2. Wie gut fühlen Sie sich darauf vorbereitet, einem Patienten eine schlechte Nachricht zu überbringen?

sehr schlecht schlecht einigermaßen gut sehr gut

3. Wie gut fühlen Sie sich darauf vorbereitet, "heikle" Themen, wie z.B. Alkohol, Drogen oder Sexualität im Gespräch anzusprechen?

sehr schlecht schlecht einigermaßen gut sehr gut

4. In wieweit halten Sie die Ausbildung in den Bereichen Gesprächsführung und Kommunikation für Ihre spätere Berufsausbildung für relevant?

sehr unwichtig unwichtig relativ wichtig wichtig sehr wichtig

5. Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach das Wissen der theoretischen Hintergründe von Kommunikation für Ihren späteren Beruf?

sehr unwichtig unwichtig relativ wichtig wichtig sehr wichtig



6. In welcher Form sollten Seminare zum Thema Gesprächsführung / Kommunikation durchgeführt werden? Welche Methoden sind Ihrer Meinung nach effektiv?
(Mehrfachnennungen möglich)

- Anamnesegespräch mit einem echten Patienten (pro Sitzung führen ein bis zwei Studierende ein Gespräch mit einem Patienten)
- Gespräch mit Simulationspatienten (ein Schauspieler, der eine Krankheit oder Gesprächssituation simuliert, wird befragt)
- Rollenspiel mit Studierenden (Studierende spielen Patienten und Arzt, danach Reflexion)
- Rollenspiel mit Dozenten (Dozenten spielen Patient und Arzt, Studierende reflektieren)
- Rollenspiel mit Dozenten und Studierenden (Dozenten spielen Patienten, Studierende den Arzt, danach Reflexion)
- Videoanalyse (eigenes Verhalten im Gespräch aufnehmen und reflektieren)
- Dokumentiertes Gespräch (auf Video) analysieren
- Per Video an einem stattfindenden Gespräch „teilnehmen“ und nachher Patient und/oder Arzt zum Gespräch befragen
- „Vorzeige-Anamnese“ (zeigen einer gelungenen Anamnese vom Dozenten)
- Sonstiges: _____

7. Wenn Sie morgen ein Anamnesegespräch führen müssten, wie gut fühlen Sie sich darauf vorbereitet?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr schlecht | schlecht | relativ gut | gut | sehr gut |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Wurde Ihnen der grundsätzliche Ablauf eines Anamnesegesprächs vermittelt?

- Ja
- Nein

9. Kennen Sie die wichtigsten Gliederungspunkte der Anamnese?

- Ja
- Teilweise
- Nein

10. Haben Sie etwas über die Rahmenbedingungen (z.B. Sitzordnung, Gestaltung der Räumlichkeiten) eines Anamnese-Gesprächs gelernt?

- Ja
- Nein



11. Können Sie mit dem Begriff „nonverbale Kommunikation“ etwas verbinden?

- Nein
- Ja, das heißt: _____

11.a Aus welchem Zusammenhang kennen Sie die nonverbale Kommunikation?
(Mehrfachnennungen möglich)

- Schule
- Studium
- Frühere Ausbildung
- Freizeit
- Sonstiges: _____

12. Welche Gesprächstechniken sind Ihnen bekannt?

- keine

Folgende Gesprächstechniken sind mir bekannt (Mehrfachnennungen möglich)

- „Aktives Zuhören“
- Verbalisieren
- Paraphrasieren
- Offene Fragen stellen
- Sonstiges: _____

12.a Aus welchem Zusammenhang sind Ihnen diese Gesprächstechniken bekannt?
(Mehrfachnennungen möglich)

- Schule
- Studium
- Frühere Ausbildung
- Freizeit
- Sonstiges: _____

13. Welche Inhalte im Themenbereich der Gesprächsführung und Kommunikation sind Ihnen persönlich besonders wichtig?



14. Welche Inhalte in diesen Bereichen haben Sie während Ihres Studiums bereits gelernt?


15. In welchen Bereichen fühlen Sie sich noch unsicher? / Wo würden Sie gerne mehr Hintergrundwissen bekommen?

Anmerkungen:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Lehre-Team vom Institut für Allgemeinmedizin

Anhang 2: Themen und Lernziele der sieben Module

Fachbereich Medizin
„Einführung in die klinische Medizin“ (E104)

Modul I

Themen

- A Organisatorisches, Scheinvergabekriterien
- B Kursaufbau, Lernziele
- C Einführung in das Thema Anamneseerhebung
- D Ärztliche Schweigepflicht
- E Optional: Was macht einen „guten“ Arzt aus?


Lernziele

Sie können den Begriff „Anamnese“ definieren.

Sie können die Gliederungspunkte einer ausführlichen Anamnese aufzählen.

Sie können eine Erst-Anamnese von einer symptombezogenen Anamnese unterscheiden.

Sie lernen die Grundlagen der ärztlichen Schweigepflicht kennen.

Fachbereich Medizin
„Einführung in die klinische Medizin“ (E104)

Modul II

Themen

- A Ärztliche Gesprächsführung in der Anamnese
- B Feedback

Lernziele

Sie können den allgemeinen Ablauf eines Anamnese-Gesprächs beschreiben.

Bei der Anamnese mit einem Patienten reflektieren Sie den Beginn, den Abschluss und das Setting des Gesprächs.

Sie lernen, Ihren Kommilitonen konstruktives Feedback zu geben.

Modul III

Thema

Die Kunst der Frage

Lernziele

Sie können verschiedene Fragetechniken und Fragetypen voneinander unterscheiden.

Im Gespräch können sie gezielt verschiedene Fragetechniken und Fragetypen anwenden.

Modul IV

Themen

A Grundmerkmale der Kommunikation

B Die nonverbale Kommunikation

Lernziele

Sie können die wichtigsten Grundmerkmale der Kommunikation benennen.

Sie können die Bedeutung der nonverbalen Kommunikation beschreiben.

Modul V

Themen

- A Aktives Zuhören / Gesprächstechniken**
- B Grundhaltungen nach Rogers (Empathie, Akzeptanz, Kongruenz)**

Lernziele

Sie lernen die Bedeutung des Aktiven Zuhörens kennen.

Sie können verschiedene Gesprächstechniken anwenden.

Sie lernen die Grundhaltungen der Gesprächsführung nach Carl Rogers kennen und anwenden.

Modul VI

Themen

- A Die Arzt-Patienten Beziehung**
- B Der Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF)**

Lernziele

Sie lernen verschiedene Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung voneinander zu unterscheiden.

Sie lernen das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung kennen.

Modul VII

Themen

A Der „schwierige“ Patient

B Offene Fragen des Kurses klären

Lernziel

Sie lernen eine Anamnese mit einem schwierigen Patienten durchzuführen.

Anhang 3: Ablaufpläne der sieben Module

Modul 1

Übersicht Module – Modul I			
Zeit	Inhalte	Methoden	Materialien
25 Min.	Begrüßung A Organisatorisches und Scheinvergabekriterien → Laufzettel austeilen → Informationen zum Kurs siehe Skript (neue Scheinvergabekriterien!!!) B Kursaufbau und Lernziele des Gesamtkurses Seminarablauf und heutige Lernziele	Frontal	Teilnehmer-Liste der Studierenden Laufzettel Vorgefertigtes Plakat (A3) oder PPP Skript
20 Min.	Vorstellungsrunde	Plenum / Gespräch	
25 Min.	C Einführung in das Thema Anamneseerhebung Anamnese, was ist das? (Definition) Mit welcher Systematik sollte eine ausführliche Anamnese durchgeführt werden? Welche Gliederung gibt es? (Aktuelle Anamnese, Eigenanamnese, soziale, vegetative etc.). → vgl. „Gliederung einer Anamnese“ (allen Studierenden austeilen) „Gliederung einer Anamnese“ als Grundlage für die Epikrise (→ siehe Skript) Fachspezifische Anamneseformen und Unterschiede zwischen Erstanamnese und symptombezogener Anamnese beschreiben.	Erarbeitung im Plenum Gruppenarbeit, Kartenabfrage	Skript Moderationskarten, Stifte Handouts: Gliederung einer Anamnese
10 Min.	D Ärztliche Schweigepflicht Was versteht man unter der ärztlichen Schweigepflicht? Was gehört alles dazu? (→ siehe Skript, PPP)	Diskussion	Skript PPP

© Institut für Allgemeinmedizin sennekamp@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Übersicht Module – Modul I			
Zeit	Inhalte	Methoden	Materialien
15 Min.	Praktischer Teil - 1 Studierender führt ein Anamnese-Gespräch mit einem Patienten - die anderen Studierenden verfolgen das Gespräch und dokumentieren es im Feedbackbogen	Gespräch mit Patient	„Patient“ Feedbackbogen I
10 Min.	Stattgefundenes Gespräch beurteilen nach folgenden Fragestellungen: 1. Selbsteinschätzung des „Arztes“ → wie war das Gespräch für ihn? 2. Einschätzung des Patienten → wie war das Gespräch für ihn? 3. Feedback der Kommilitonen und des Dozenten - Klärung medizinischer Fragen - Vollständigkeit der Anamnese? Was wurde vergessen? - Was fiel sonst auf?	Plenum / Gespräch	
10 Min. / Puffer	E optional: Was macht für Sie einen „guten“ Arzt aus?	Gruppendiskussion	2 Übersichten und versch. Zeitungsausschnitte zu diesem Thema (auch PPP)
3 Min.	Selbsteinschätzungs-Bogen für Studierende Von Studierenden ausfüllen lassen. <i>Bitte im beigelegten Umschlag an uns zurück (per Hauspost). Danke!</i>	Einzelarbeit	Selbsteinschätzungs-bogen Briefumschlag
2 Min.	Zusammenfassung Verteilung der Hausaufgaben → Anamnese mit Familie/Freunden durchführen, Gliederung einprägen	Frontal	Handout: Gliederung einer Anamnese
	Handout für Studierende: - Gliederung einer Anamnese (für die Hausaufgaben) - Skript Modul I (können sich die Studierenden im Internet bei WebCT herunterladen)		

Modul 2

Übersicht Module – Modul II			
Zeit	Inhalte	Methoden	Materialien
10 Min.	Begrüßung Vorstellung der Themen / Seminarablauf Lernziele Kurze Wiederholung der Inhalte der letzten Sitzung Besprechung der Hausaufgaben (Anamnese mit Familie / Freunden)	Frontal Gespräch	Vorgefertigtes Plakat (A3) oder PPP Hausaufgabe der Studierenden
30 Min.	Praktischer Teil - 2 Studierende führen nacheinander jeweils ein Anamnese-Gespräch mit einem Patienten (pro Gespräch stehen ca. 15 Min. zur Verfügung, der zweite Studierende ist beim ersten Gespräch NICHT dabei!) - die anderen Studierenden beobachten unter vorgegebenen Fragestellungen die Gespräche anhand der Feedbackbögen. Einteilung der Studierenden erfolgt automatisch durch Fettdruck auf den Feedbackbögen; für Sie als Dozent gibt es je einen Bogen, der komplett fett gedruckt ist. Stattgefundenes Gespräch beurteilen nach folgenden Fragestellungen: 1. Selbsteinschätzung des „Arztes“ → wie war das Gespräch für ihn? 2. Einschätzung des Patienten → wie war das Gespräch für ihn? 3. Feedback der Kommilitonen und des Dozenten Die Studierenden, die das Gespräch als Ärzte geführt haben, bekommen nach den Rückmeldungen die ausgefüllten Bögen ihrer Kommilitonen als schriftliches Feedback.	Gespräch mit Patienten	„Patienten“ Feedbackbögen II für Studierende
10 Min.	Klärung medizinischer Fragen	Plenum / Gespräch	

© Institut für Allgemeinmedizin sennekamp@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Übersicht Module – Modul II			
Zeit	Inhalte	Methoden	Materialien
10 Min.	A Ärztliche Gesprächsführung in der Anamnese Die beiden stattgefundenen Anamnesegespräche Revue passieren lassen unter der Fragestellung: „Welche verschiedenen Gesprächsphasen konnten Sie bei den stattgefundenen Anamnesegesprächen unterscheiden?“ → Frage im Plenum bearbeiten → Phasen des Gesprächsverlaufs erarbeiten und visualisieren (oder PPP „Aufbau eines Anamnesegesprächs“)	Diskussion im Plenum	PPP / Skript PPP
10 Min.	Vertiefung einzelner Phasen: Stattgefundenen Gespräche beurteilen nach den Fragestellungen, auf die sich die Beobachter konzentriert haben. Der Fokus liegt dabei auf der ersten und letzten Phase: <i>In den Beginn investieren:</i> - Vorbereitung / Setting - Begrüßung <i>In das Ende investieren:</i> - Offene Fragen des Pat. klären - Gespräch beenden → nähere Informationen siehe Skript		Skript

Übersicht Module – Modul II		8	
10 Min. / Puffer	Optional Übungen „Einrichten“ ihres Sprechzimmers Simulieren Sie Ihr Anamnesegespräch / Ihren Arzt-Patienten-Kontakt. Beginnen Sie die Situation mit dem „Einrichten“ Ihres Sprechzimmers oder auch im Krankenzimmer am Krankenbett. Mögliche Hilfestellungen: - Wie und wo wollen Sie sitzen? - Gibt es einen Schreibtisch? - Wo soll der Patient sitzen? - Vergewissern Sie sich, dass die äußeren Bedingungen für das Gespräch günstig sind (Störungen fernhalten, auf gleicher Augenhöhe sprechen)	Übung: „Einrichten“ ihres Sprechzimmers (Partnerarbeit)	
	Nähe-Distanz Die Studierenden stellen sich jeweils in Paaren einander gegenüber stehend auf – und zwar so, dass der weitmögliche Abstand, den der Raum zulässt, gegeben ist. Abwechselnd gehen sie einen Schritt aufeinander zu. Sie bleiben in der Entfernung von ihren Kommilitonen stehen und sagen „stopp“, wenn es ihnen zu nahe bzw. unangenehm wird (es kann auch rückwärts gegangen werden, wenn einem Studierenden der Abstand zu nah sein sollte). Dann wird die Distanz zueinander gemessen und anhand der Abbildung „Distanzzonen“ die entsprechende Distanz bestimmt	Übung: Nähe-Distanz	Abb. Distanzzonen (siehe Skript), PPP
	Kulturelle Unterschiede – kleiner Exkurs – Unterschiedliches „Distanzbedürfnis“ bei verschiedenen Bevölkerungen (→ kurzer Text, s. Skript).		Skript
5 Min.	Bezug zum klinisches Alltag „Warum ist das Wissen der verschiedenen Distanzzonen für den klinischen Alltag wichtig?“ (s. auch Skript)	Diskussion	Skript

Übersicht Module – Modul II		9	
25 Min.	B Feedback Feedback ist ja inzwischen ein sehr gebräuchlicher Begriff, aber was versteht man eigentlich genau darunter? → <i>Stud.fragen:</i> „Was versteht man unter Feedback? Wozu dient es?“ Feedback heißt soviel wie „Rückmeldung“, wörtlich übersetzt heißt es „Rückfütterung“, d.h. man wird gefüttert mit etwas, was man von sich gegeben hat. Es gibt ein Modell, das sehr schön veranschaulicht, worum es beim Feedback geht: → Johari-Fenster vorstellen (s. Skript, PPP) Bei diesem Modell geht es um die Darstellung der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Es stellt die Veränderungen von Selbst- und Fremdwahrnehmung im Verlauf eines Feedbackprozesses dar. <i>Plakat (oder PPP) mit Johari-Fenster zeigen, die 4 Felder auf Plakat kleben, bei Erklärung des „blinden Flecks“ das 1. Feld ausklappen (Feld wird vergrößert und zeigt, was Feedback bewirkt).</i>	Diskussion Vortrag	Skript Plakat mit Johari-Fenster + Karten, PPP, Skript

Übersicht Module – Modul II		10	
	Jetzt geht es aber nicht darum, den anderen bloß zu stellen und möglichst alles „ganz offen“ zu sagen, sondern fähig zu sein, konstruktives Feedback geben zu können. Das heißt: welche Leitlinien oder Regeln lassen sich dafür aufstellen? → „Wie würden Sie gerne Feedback bekommen?“ → „Was sollte beim Feedback vermieden werden?“ Studierende sollen sich zu zweit überlegen, wie sie gerne Feedback bekommen möchten (Ergebnisse auf grüne Karten schreiben) und was beim Feedback vermieden werden sollte (Ergebnisse auf rote Karten schreiben). Pro Ergebnis eine Karte beschriften. Ergebnisse der Gruppen sammeln, Karten aufhängen lassen, gleiche Ergebnisse zusammen pinnen. → die Regeln, die allen wichtig sind, auf ein Flip-Chart Plakat schreiben und jedes Mal wieder aufhängen (evtl. Nennungen der Studierenden durch weitere Punkte ergänzen → siehe Skript). <i>Wenn wenig Zeit ist, kann auch das vorgefertigte Plakat mit den Feedback-Regeln aus der Mappe genommen und kurz besprochen und evtl. ergänzt werden, danach in Moderationsbox legen.</i> Regeln für den Feedback-Empfänger festlegen: <ul style="list-style-type: none"> • Zuhören, den anderen ausreden lassen und das Feedback annehmen • Nicht rechtfertigen, verteidigen oder argumentieren • Nachfragen, wenn etwas nicht verstanden wurde Ablauf des Feedbacks klären (→ siehe Skript) → Dozent achtet auf ein konstruktives Feedback-Gespräch <ol style="list-style-type: none"> 1. Selbsteinschätzung des Studierenden, der Gespräch geführt hat 2. Feedback der Gruppe 3. Feedback des Dozenten 	Gruppenarbeit Gespräch	Rote und grüne Karten, Stifte Flipchart-Plakat Plakat mit Feedback-Regeln oder PPP

© Institut für Allgemeinmedizin sennekamp@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Übersicht Module – Modul II		11	
	Praktischer Teil - Rückblick zum Feedback, das den Studierenden, die die Anamnese durchgeführt haben, gegeben wurde.	Diskussion	
5 Min.	Bezug zum klinisches Alltag „Welche Bedeutung hat das Thema Feedback für den klinischen Alltag?“ (s. auch Skript)	Diskussion	Skript
	Handout für Studierende: - Skript Modul II (können sich die Studierenden im Internet runterladen)		

Modul 3

Übersicht Module – Modul III		13	
Zeit	Inhalte	Methoden	Materialien
10 Min.	Begrüßung Vorstellung der Themen, Seminarablauf Lernziele Kurze Wiederholung der Inhalte der letzten Sitzung	Frontal	Vorgefertigtes Plakat (A3) oder PPP
40 Min.	Praktischer Teil - 2 Studierende führen nacheinander jeweils ein Anamnese-Gespräch mit einem Patienten (pro Gespräch stehen ca. 15 Min. zur Verfügung, der zweite Studierende ist beim ersten Gespräch NICHT dabei!) - die anderen Studierenden beobachten unter vorgegebenen Fragestellungen die Gespräche anhand der Feedbackbögen. Einteilung der Studierenden erfolgt automatisch durch Fettdruck auf den Feedbackbögen; für Sie als Dozent gibt es je einen Bogen, der komplett fett gedruckt ist. Stattgefundenes Gespräch beurteilen nach folgenden Fragestellungen: 1. Selbsteinschätzung des „Arztes“ → wie war das Gespräch für ihn? 2. Einschätzung des Patienten → wie war das Gespräch für ihn? 3. Feedback der Kommilitonen und des Dozenten zu: - Anamneserhebung - Ablauf des Gesprächs - Struktur des Gesprächs Die Studierenden, die das Gespräch als Ärzte geführt haben, bekommen nach den Rückmeldungen die ausgefüllten Bögen ihrer Kommilitonen als schriftliches Feedback.	Gespräch mit Patienten	„Patienten“ Feedbackbögen III für Studierende
10 Min.	Klärung medizinischer Fragen	Plenum / Gespräch	

© Institut für Allgemeinmedizin sennekamp@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Übersicht Module – Modul III		14	
30 Min.	<p>A Die Kunst der Frage</p> <p>Die beiden stattgefundenen Anamnesegespräche Revue passieren lassen unter den Fragestellungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welche Art von Fragen wurden in den beiden Gesprächen gestellt? - Wie gut verständlich waren die Fragen des Arztes? - Wie hat der Patient reagiert? - Wie wurde der Übergang zu den verschiedenen Themenbereichen gestaltet? <p>Einige mitgeschriebenen Äußerungen nennen lassen, dann gemeinsam analysieren.</p> <p>Welche Fragetypen kennen Sie?</p> <p>Antworten der Studierenden auf Karten mitschreiben, evtl. ergänzen und sortieren (→ siehe Skript).</p> <p>Vor- und Nachteile von einzelnen Fragetypen mit Studierenden gemeinsam erarbeiten.</p> <p>Zu jedem Fragetyp eine klinische Situation mit einbringen (wann ist diese Frage sinnvoll, wann nicht?)</p>		
		Zuruf-Frage	leere Karten, Stift, Skript oder PPP
5 Min.	<p>„Einige praktische Hinweise“ den Studierenden geben (→ siehe Skript):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Im Vorfeld beachten - Drei Grundregeln - Reihenfolge der Fragen 	Frontal	PPP, Skript
15 Min.	<p>Übung</p> <p>Geben Sie den Studierenden das Arbeitsblatt „Fragtypen-Übung“ aus.</p> <p>Lassen Sie dieses von den Studierenden bearbeiten.</p> <p>Besprechen Sie gemeinsam mit den Studierenden die Lösungen (ein Lösungsblatt befindet sich bei</p>	Einzel- oder Partnerarbeit Diskussion	Arbeitsblatt Fragetypen-Übung

Übersicht Module – Modul III		15	
	Ihren Unterlagen)		
10 Min.	<p>Bezug zum klinisches Alltag</p> <p>„Warum ist das Wissen der verschiedenen Fragetypen für den klinischen Alltag wichtig?“ (s. auch Skript)</p>	Diskussion	
	<p><u>Handout für Studierende:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Skript Modul III (können sich die Studierenden im Internet runterladen) 		

Modul 4

Übersicht Module – Modul IV 17

Zeit	Inhalte	Methoden	Materialien
10 Min.	Begrüßung Vorstellung der Themen, Seminarablauf Lernziele Kurze Wiederholung der Inhalte der letzten Sitzung	Frontal	Vorgefertigtes Plakat (A3) oder PPP
35 Min.	Praktischer Teil - 2 Studierende führen nacheinander jeweils ein Anamnese-Gespräch mit einem Patienten (pro Gespräch stehen ca. 15 Min. zur Verfügung, der zweite Studierende ist beim ersten Gespräch NICHT dabei!) - die anderen Studierenden beobachten unter vorgegebenen Fragestellungen die Gespräche anhand der Feedbackbögen. Einteilung der Studierenden erfolgt automatisch durch Fettdruck auf den Feedbackbögen; für Sie als Dozent gibt es je einen Bogen, der komplett fett gedruckt ist. Stattgefundenes Gespräch beurteilen nach folgenden Fragestellungen: 1. Selbsteinschätzung des „Arztes“ → wie war das Gespräch für ihn? 2. Einschätzung des Patienten → wie war das Gespräch für ihn? 3. Feedback der Kommilitonen und des Dozenten zu: - Anamneseerhebung - Ablauf des Gesprächs - Struktur des Gesprächs - Fragetypen Die Studierenden, die das Gespräch als Ärzte geführt haben, bekommen nach den Rückmeldungen die ausgefüllten Bögen ihrer Kommilitonen als schriftliches Feedback.	Gespräch mit Patienten	„Patienten“ Feedbackbögen IV für Studierende
10 Min.	Klärung medizinischer Fragen	Plenum / Gespräch	
5 Min.	Grundmerkmale der Kommunikation „Was heißt eigentlich Kommunikation?“ / „Wie würden Sie den Begriff definieren?“ → <i>Begriffe sammeln und ggf. ergänzen (mündlich)</i> → lat. Communicatio: Mitteilung → einer teilt dem anderen etwas mit, es gibt einen Sender und einen Empfänger		Flipchart (Überschrift zeigen) oder PPP

Übersicht Module – Modul IV 19

10 Min.	Kleine Kommunikations-Übung: Die Studierenden teilen sich in Zweiergruppen auf und setzen sich gegenüber auf zwei Stühle. Einer ist A, einer ist B → verteilen Sie die Rollen Stellen Sie sich folgende Situation vor: <i>Sie sitzen in einem Zug. Eine längere Fahrt liegt vor Ihnen. A hat sich auf die Fahrt gefreut. Denn A möchte gerne Leute kennen lernen. A möchte sich unterhalten. Er sucht die Kommunikation.</i> <i>B hat sich auch auf die Fahrt gefreut. Denn B freut sich, das er nun endlich seine Ruhe hat und sich entspannen kann. Er hat ein Buch dabei und will in Ruhe lesen. Er möchte nicht reden.</i> → Übung ca. 3 Minuten laufen lassen → Studierende sollen sich kurz zu zweit austauschen: wie ging es Ihnen in Rolle A bzw. B? Wieder im Plenum: „Was haben Sie als A gemacht, um ins Gespräch zu kommen?“ „Was haben Sie als B gemacht, um zu signalisieren, dass Sie Ihre Ruhe haben wollen?“ Wer hat denn jetzt wem was mitgeteilt? Hat B A etwas mitgeteilt? → 1. Grundmerkmal der Kommunikation: „Man kann nicht nicht kommunizieren.“ → egal was wir tun, wir verhalten uns immer (auch wenn wir schweigen)	Übung Diskussion	Flipchart (1. Merkmal aufdecken) oder PPP
---------	---	---	---

Übersicht Module – Modul IV		22	
	<p>Hier handelt es sich zwar nur um die möglichen Reaktionen, die sich ein Mensch vorstellt, aber das Grundprinzip wird hier sehr schön deutlich.</p> <p>Konsequenz: → Lerne die eigene Wirkung in der Kommunikation kennen → hole dir Feedback zu deinem Kommunikationsverhalten (darauf gehen wir später noch näher ein)</p>		
5 Min.	<p>Das 4. Grundmerkmal soll durch das folgende Beispiel deutlich werden: <i>Beispiel: Lorient – das Ei</i> → „was fällt in diesem Gespräch auf?“ / „wie läuft hier die Kommunikation ab?“ / „Warum läuft sie schief?“</p> <p>Ein 4. Grundmerkmal der Kommunikation besagt: „Jede Mitteilung hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt.“</p>		<p>CD → Audiodatei „Das Ei“ von Lorient</p> <p>Flipchart (4. Merkmal aufdecken)</p>
5 Min.	<p>Dies wird sehr schön in folgendem Modell verdeutlicht: → Das Eisberg-Modell</p> <p>Dieses Modell besagt, dass sich das Verhältnis von der Inhalts- zur Beziehungsebene der Kommunikation so verhält, wie bei einem Eisberg der sichtbare zum dem nicht sichtbaren Teil, der sich unter der Wasseroberfläche befindet.</p> <p>Dieser unsichtbare Teil macht in der Regel ca. 80% des Eisberges aus. → Ebenso wird die Kommunikation von der Beziehungsebene dominiert → Konflikte werden oft nicht auf der Inhaltsebene sondern auf der Beziehungsebene geführt → Inhalte (z.B. Sachinformationen für den Patienten) werden vom Patienten dann nicht „verstanden“/aufgenommen, wenn die Beziehungsebene (z.B. Ängste, Wut, ...) im Vordergrund stehen Als Zusammenfassung Flipchart zeigen</p>		<p>Flipchart-Plakat zeigen</p>

Übersicht Module – Modul IV		23	
5 Min.	<p>Bezug zum klinisches Alltag „Warum ist das Wissen der Grundlagen der Kommunikation für den klinischen Alltag wichtig?“ (s. auch Skript)</p>	Diskussion	Skript
5 Min. / Puffer	<p>Optional: Wichtige Fähigkeiten bei einem Anamnese-Gespräch: Man kann 3 verschiedene Fähigkeiten unterscheiden, die bei einem Anamnese-Gespräch wichtig sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inhaltliche Fähigkeiten 2. Prozess-Fähigkeiten 3. Wahrnehmungs-Fähigkeiten 	Frontal	Skript
5 Min. / Puffer	<p>Optional: Verschiedene Formen der Begrüßung</p>		Skript, PPP
	<p>Handout für Studierende: Skript Modul IV (können sich die Studierenden im Internet runterladen)</p>		

Modul 5

Übersicht Module – Modul V 25

Zeit	Inhalte	Methoden	Materialien
10 Min.	Begrüßung Vorstellung der Themen, Seminarablauf Lernziele Kurze Wiederholung der Inhalte der letzten Sitzung	Frontal	Vorgefertigtes Plakat (A3) oder PPP
30 Min.	<p>Praktischer Teil</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 Studierende führen nacheinander jeweils ein Anamnese-Gespräch mit einem Patienten (pro Gespräch stehen ca. 15 Min. zur Verfügung, der zweite Studierende ist beim ersten Gespräch NICHT dabei) - die anderen Studierenden beobachten unter vorgegebenen Fragestellungen die Gespräche anhand der Feedbackbögen. Einteilung der Studierenden erfolgt automatisch durch Fettdruck auf den Feedbackbögen; für Sie als Dozent gibt es je einen Bogen, der komplett fett gedruckt ist. <p>Stattgefundenes Gespräch beurteilen nach folgenden Fragestellungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selbsteinschätzung des „Arztes“ → wie war das Gespräch für ihn? 2. Einschätzung des Patienten → wie war das Gespräch für ihn? 3. Feedback der Kommilitonen und des Dozenten zu: <ul style="list-style-type: none"> - Anamneseerhebung - Ablauf des Gesprächs - Struktur des Gesprächs - Fragetypen - Kommunikationsverhalten - Nonverbale Kommunikation 	Gespräch mit Patienten	„Patienten“ Feedbackbögen V für Studierende

Übersicht Module – Modul V 26

10 Min.	Klärung medizinischer Fragen	Plenum / Gespräch	
15 Min.	<p>AKTIVES ZUHÖREN</p> <p>Zu diesem Themenbereich steigen wir mit einer Übung ein.</p> <p>Finden Sie sich dazu zu zweit zusammen. Es gibt einen Erzähler und einen Zuhörer. Machen Sie untereinander aus, wer welche Rolle übernimmt.</p> <p>Instruktion der „Erzähler“:</p> <p><i>„Sie sind Geschichten-Erzähler und erzählen ihrem Zuhörer gleich eine Geschichte. Ihre Aufgabe ist es, eine möglichst interessante Geschichte zu erzählen. Die Geschichte sollte ca. 5 Minuten dauern. Damit Sie sich vorbereiten können, können Sie sich gerne ein paar Notizen machen. Falls Ihnen auf die Schnelle keine Geschichte / Märchen einfällt, haben wir Ihnen ein Märchen mitgebracht, das Sie auch nehmen können.</i></p> <p><i>Bitte alle Erzähler nach draußen gehen.“</i></p> <p>Instruktion der „Zuhörer“:</p> <p><i>Ihre Aufgabe lautet folgendermaßen: Während der Erzähler seine Geschichte erzählt, verändern Sie Ihr Verhalten als Zuhörer. „Spielen“ Sie mit folgenden Reaktionen:</i></p> <p><i>Sie halten Blickkontakt bzw. schauen weg, Sie nicken, sagen „mhm, ja, ..“, oder verhalten sich eher „reglos“; Sie fragen an bestimmten Stellen nach oder fassen etwas zusammen bzw. lassen den Erzähler einfach reden und zeigen Desinteresse; wenn es sich in der Geschichte ergibt, gehen Sie auf die Gefühle des Erzählers ein.</i></p> <p><i>Ändern Sie Ihr Verhalten von Zeit zu Zeit und beobachten Sie genau, wie der Erzähler reagiert (nicht zu oft wechseln, max. jede 30 Sekunden - 1 Minute.).</i></p> <p>Gespräch nach ca. 5 Min. abbrechen.</p> <p>Alle kommen wieder im Plenum zusammen.</p>	Übung	Märchen „Rotkäppchen“

Übersicht Module – Modul V		27	
10 Min.	<p>Dozent fragt zuerst die Erzähler, wie für sie diese Übung war und wie es ihnen beim Erzählen ging.</p> <p>Anschließend werden die Zuhörer zu ihren Beobachtungen befragt.</p> <p>Welche Schlüsse ziehen wir aus dieser Übung?</p> <p>Das Aktive Zuhören ist DIE zentrale Gesprächsführungstechnik, die auf der Empfängerseite eingesetzt werden kann, um die Kommunikation zu verbessern, und zwar auf der Sach- und der Beziehungsebene</p> <p>1. Stufe: eigentlich selbstverständlich → ich höre aufmerksam zu, signalisiere dies durch Blickkontakt, nicken, „soziales Grunzen“ (mhm, ja,...) → <i>Karten anpinnen</i></p> <p>2. Stufe: ich überprüfe, ob ich das Gehörte richtig verstanden habe → Inhalte zusammenfassen, ich gebe mit meinen Worten wieder, was ich verstanden habe → <i>Karten anpinnen</i></p> <p>3. Stufe: Gefühle verstehen und wiederzuspiegeln: dazu hilft es, sich in den anderen hinein zu versetzen, seine Wünsche heraus zu hören, seine Gefühle zu verbalisieren → <i>Karten anpinnen</i></p> <p>→ dies spielt gerade beim Arzt eine große Rolle: viele Patienten kommen mit Ängsten, hier kann ihnen die Angst genommen werden, indem der Arzt auf sie eingeht</p>		Flipchartplakat + Karten
5 Min.	<p>Zusammenfassung: Techniken des Aktiven Zuhörens</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nonverbale Unterstützung (<i>Kopfnicken, Blickkontakt, „mhm“...</i>) - Nachfragen - Inhalte zusammenfassen - Paraphrasieren („Sie meinen also, dass...“) - Verbalisieren („Sie wirken ängstlich auf mich, ist das richtig?“) - Weiterentwickeln („Ich habe den Eindruck, dass Sie mit der bisherigen Behandlungsweise 		PPP

Übersicht Module – Modul V		28	
	<p><i>nicht zufrieden sind und sich eine stärkere Betonung von .. wünschen, würden Sie mir da zustimmen?“)</i></p>		
10 Min.	<p>B Grundhaltung des Arztes nach Carl Rogers</p> <p>Grundhaltungen nach Rogers kurz erläutern (→ vgl. Skript, PPP)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Empathie - Akzeptanz - Kongruenz 	Vortrag oder Gruppenarbeit (3er Gruppen)	Skript, PPP Handout: Gesprächstechniken / Grundhaltung nach Rogers
10 Min.	<p>Zusammenfassung Aktives Zuhören</p> <p>Abschließend sammeln, wann man das Aktive Zuhören einsetzen kann und worauf dabei zu achten ist. Zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - um eine gut Gesprächsbasis zu schaffen → auch für Folgekontakte wichtig - um Konflikte zu lösen - um komplexe Sachverhalte zu verstehen - um ein Thema (oder den Gesprächspartner) auf den Punkt zu bringen - dass der Patient sich traut, auch unangenehme Themen anzusprechen - dass der Patient sich angenommen und wertgeschätzt fühlt - ... <p>→ auf Flipchart schreiben</p>		Auf Flipchart zusammenfassen
5 Min.	<p>Optional</p> <p>Kapitel aus „Momo“ vorspielen (auf beigefügter CD, nach 2,5 Min. abbrechen) oder als Text im Skript vorlesen (lassen).</p>		„Momo“ (auf CD in PPP oder Text im Skript)
5 Min.	<p>Bezug zum klinisches Alltag</p> <p>„Warum ist das Wissen des Aktiven Zuhörens und der Grundhaltungen nach Rogers für den klinischen Alltag wichtig?“ (s. auch Skript)</p>		
	<p><u>Handout für Studierende:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Skript Modul V (können sich die Studierenden im Internet runterladen) 		

Modul 6

Übersicht Module – Modul VI		31	
Zeit	Inhalte	Methoden	Materialien
10 Min.	Begrüßung Vorstellung der Themen, Seminarablauf Lernziele Kurze Wiederholung der Inhalte der letzten Sitzung	Frontal	Vorgefertigtes Plakat (A3) oder PPP
30 Min.	Praktischer Teil - 2 Studierende führen nacheinander jeweils ein Anamnese-Gespräch mit einem Patienten (pro Gespräch stehen ca. 15 Min. zur Verfügung, der zweite Studierende ist beim ersten Gespräch NICHT dabei!) - die anderen Studierenden beobachten unter vorgegebenen Fragestellungen die Gespräche anhand der Feedbackbögen. Einteilung der Studierenden erfolgt automatisch durch Fettdruck auf den Feedbackbögen; für Sie als Dozent gibt es je einen Bogen, der komplett fett gedruckt ist. Stattgefundenes Gespräch beurteilen nach folgenden Fragestellungen: 1. Selbsteinschätzung des „Arztes“ → wie war das Gespräch für ihn? 2. Einschätzung des Patienten → wie war das Gespräch für ihn? 3. Feedback der Kommilitonen und des Dozenten zu: - Anamneseerhebung - Ablauf des Gesprächs - Struktur des Gesprächs - Fragetypen - Kommunikationsverhalten - Nonverbale Kommunikation - Aktives Zuhören und Gesprächstechniken	Gespräch mit Patienten	„Patienten“ Feedbackbögen VI für Studierende

Übersicht Module – Modul VI		32	
	- Grundhaltungen nach Rogers (Empathie, Akzeptanz, Kongruenz)		
10 Min.	Klärung medizinischer Fragen	Plenum / Gespräch	
25 Min.	A Die Arzt-Patienten-Beziehung Welche Arten von Arzt-Patienten-Beziehungen können Sie voneinander unterscheiden? → Umschläge mit vorgefertigten Papierstreifen an Studierende in 3 Gruppen verteilen. Die Studierenden sollen die Papierstreifen drei verschiedenen Kategorien zuordnen (Überschriften noch nicht nennen). Jede Gruppe stellt eine Kategorie vor, die anderen ergänzen ggf. Es lassen sich drei Arten von Arzt-Patient-Beziehungen voneinander unterscheiden (→ Karten mit Überschriften aufhängen): - Paternalistische Arzt-Patient-Beziehung - Konsumentenorientierte/Informationsorientierte Beziehung - Partnerschaftliche/kooperative Arzt-Patienten Beziehung Diskussion über verschiedene Arten der Arzt-Patienten-Beziehung, Vor- und Nachteile gemeinsam besprechen. Karten danach wieder mischen und in die Umschläge zurück sortieren.	Gruppenarbeit	Umschläge mit vorgefertigten Karten mit Aussagen zu versch. Arzt-Patienten-Beziehungen Karten mit Überschriften
10 Min. / Puffer	Optional (Übung) Diskussion über eigene Erfahrungen der Studierenden mit Ärzten - Beziehung zum Arzt beschreiben lassen (welche Art von Beziehung haben Sie meistens erlebt und wo haben Sie sich gut informiert und verstanden gefühlt) - Haben Sie Veränderungen festgestellt, wenn den Ärzten bekannt wurde, dass Sie Medizin studieren?	Diskussion	

Übersicht Module – Modul VI		33	
20 Min.	<p>B Der Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung Vortrag zu dem Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelle der medizinischen Entscheidungsfindung ▪ Gewünschtes Modell der Patienten für die Entscheidungsfindung (in Deutschland) ▪ Definition ▪ Ziele ▪ Der Prozess der Partizipativen Entscheidungsfindung ▪ Handlungsschritte zur Umsetzung der PEF ▪ Vorteile gemeinsamer Entscheidungsfindung 	Vortrag	PPP, Skript
5 Min.	<p>Compliance Begriffsklärung Ursachen der Non-Compliance</p>	Austausch mit Studierenden	PPP, Skript
5 Min. / Puffer	<p>Optional: Geschichte: „Meine Schwester und ich“ vorlesen (lassen)</p>		Geschichte (s. Skript)
5 Min.	<p>Bezug zum klinisches Alltag Warum ist das Wissen der Grundlagen der Arzt-Patienten Beziehung und der Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung für den klinischen Alltag wichtig? (s. auch Skript)</p>		
	<p><u>Handout für Studierende:</u> - Skript Modul VI (können sich die Studierenden im Internet runterladen)</p>		

Modul 7


Übersicht Module – Modul VII 35


Zeit	Inhalte	Methoden	Materialien
10 Min.	Begrüßung Vorstellung der Themen, Seminarablauf Lernziele Kurze Wiederholung der Inhalte der letzten Sitzung	Frontal	Vorgefertigtes Plakat (A3) oder PPP
30 Min.	Praktischer Teil - 2 Studierende führen nacheinander jeweils ein Anamnese-Gespräch mit einem Patienten (pro Gespräch stehen ca. 15 Min. zur Verfügung, der zweite Studierende ist beim ersten Gespräch NICHT dabei!) - die anderen Studierenden beobachten unter vorgegebenen Fragestellungen die Gespräche anhand der Feedbackbögen. Einteilung der Studierenden erfolgt automatisch durch Fettdruck auf den Feedbackbögen; für Sie als Dozent gibt es je einen Bogen, der komplett fett gedruckt ist. Stattgefundenes Gespräch beurteilen nach folgenden Fragestellungen: 1. Selbsteinschätzung des „Arztes“ → wie war das Gespräch für ihn? 2. Einschätzung des Patienten → wie war das Gespräch für ihn? 3. Feedback der Kommilitonen und des Dozenten zu: - Anamneseerhebung - Ablauf des Gesprächs - Struktur des Gesprächs - Fragetypen - Kommunikationsverhalten - Nonverbale Kommunikation - Aktives Zuhören und Gesprächstechniken	Gespräch mit Patienten	„Patienten“ / Rollenspiele Feedbackbögen VII für Studierende


Übersicht Module – Modul VII 36

	- Grundhaltungen nach Rogers (Empathie, Akzeptanz, Kongruenz) - Arzt-Patienten Beziehung		
20 Min.	Klärung medizinischer Fragen	Plenum / Gespräch	
40 Min.	A Der „schwierige“ Patient Je nach Patient Schwierigkeiten im Arzt-Patienten Kontakt mit Studierenden diskutieren. Wie kann man mit bestimmten „Eigenarten“ von Patienten umgehen, wie z.B. der „Vielredner“, der „Besserwisser“, der „Schweigsame“, der „aggressive“ Patient,... Schwierige Arzt-Patienten Kontakte thematisieren und Hilfen des Umgangs geben.	Diskussion	
10 Min.	Offene Fragen klären		
10 Min.	Fragebogen zur Evaluation des gesamten EKM-Kurses + Anwesenheitsliste Bitte im Umschlag ans Institut für Allgemeinmedizin schicken! Danke!	ausfüllen (nur Dozenten)	Evaluationsbögen

Anhang 4: Feedbackbögen für Studierende

	Fachbereich Medizin „Einführung in die klinische Medizin“ (EKM)
Anamnese-Teile (I)	
Aktuelle Anamnese (Beratungsanlass, Leitsymptom) “Was führt Sie zu mir?“, Sondierungsfragen und gezielte Fragen nach Analysefaktoren der Symptome, Beeinträchtigungen durch aktuelle Symptomatik, Begleitzeichen	
Eigenanamnese (systematisches Abfragen nach Symptomen der Organsysteme) Herz, Kreislauf, Lunge, Blutgefäße, Gastrointestinaltrakt, Urogenitaltrakt, Nervensystem, Bewegungsapparat, Sinnesfunktionen, bisherige Behandlungen, Allergien, Impfungen, Auslandsaufenthalte?	
Familienanamnese Erkrankungen, Todesursachen (Diabetes, KHK, Herzinfarkt, Krebs, Erbkrankheiten, ...) von Familienangehörigen	
Vegetative Anamnese Nahrungsaufnahme, Temperatur, Atemwege, Ausscheidung, Schlaf, Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit, ...	
Medikamentenanamnese Aktuelle Medikation (Allergien auf z. B. Antibiotika, Kontrastmittel), Selbstmedikation	
Genussmittelanamnese Was (Alkohol, Nikotin, Drogen), wie lange? Wie viel, wie oft [Zigaretten: packyears (py)]?	
Sozialanamnese Beruf (schädliche Substanzen, Arbeitsumfeld, Zufriedenheit), Herkunft, Familienstand, soziales Umfeld, Freizeit, Haustiere	

	Fachbereich Medizin „Einführung in die klinische Medizin“ (EKM)
Anamnese-Teile (II)	
Aktuelle Anamnese (Beratungsanlass, Leitsymptom) “Was führt Sie zu mir?“, Sondierungsfragen und gezielte Fragen nach Analysefaktoren der Symptome, Beeinträchtigungen durch aktuelle Symptomatik, Begleitzeichen	
Eigenanamnese (systematisches Abfragen nach Symptomen der Organsysteme) Herz, Kreislauf, Lunge, Blutgefäße, Gastrointestinaltrakt, Urogenitaltrakt, Nervensystem, Bewegungsapparat, Sinnesfunktionen, bisherige Behandlungen, Allergien, Impfungen, Auslandsaufenthalte?	
Familienanamnese Erkrankungen, Todesursachen (Diabetes, KHK, Herzinfarkt, Krebs, Erbkrankheiten,...) von Familienangehörigen	
Vegetative Anamnese Nahrungsaufnahme, Temperatur, Atemwege, Ausscheidung, Schlaf, Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit, ...	
Medikamentenanamnese Aktuelle Medikation (Allergien auf z. B. Antibiotika, Kontrastmittel), Selbstmedikation	
Genussmittelanamnese Was (Alkohol, Nikotin, Drogen), wie lange? Wie viel, wie oft [Zigaretten: packyears (py)]?	
Sozialanamnese Beruf (schädliche Substanzen, Arbeitsumfeld, Zufriedenheit), Herkunft, Familienstand, soziales Umfeld, Freizeit, Haustiere	

	Fachbereich Medizin „Einführung in die klinische Medizin“ (EKM)
Ablauf des Gesprächs	
Setting	
Arzt schafft günstigen Gesprächsrahmen	
Arzt sorgt für eine angenehme Atmosphäre	
Arzt setzt Körperkontakt angemessen ein (Sitzposition zueinander, Berührungen, Nähe/Distanz)	
Begrüßung / Beginn	
Arzt begrüßt und stellt sich vor (Name, Funktion, Blickkontakt)	
Klärt Identität des Patienten (Name, Alter)	
Informiert über geplantes Vorgehen und den vorgesehenen Zeitrahmen	
Abschluss	
Arzt gibt eine kurze Zusammenfassung der Konsultation	
Arzt informiert über weiteres Vorgehen	
Arzt stellt sicher, dass Infos zu weiteren Schritten verstanden wurden	

	Fachbereich Medizin „Einführung in die klinische Medizin“ (EKM)
Feedback	
Wie wurde Feedback gegeben?	
<u>Zur Erinnerung nochmal die Feedback-Regeln:</u> Beschreibend, konkret, konstruktiv, sachlich, „Ich“ statt „Man“ / subjektiv, ausgewogenes Feedback	
Feedback des Patienten:	
Feedback der Gruppe:	

	Fachbereich Medizin „Einführung in die klinische Medizin“ (EKM)
Themenbereich Fragen	
Wie lautete die erste Frage des Arztes?	
Welche Fragetypen hat der Arzt hauptsächlich verwendet? (offene Fragen, geschlossene Fragen, Alternativfragen, Rankingfragen, Suggestivfragen, Mehrfachfragen, Interpretationsfragen)	
Sind die Fragen des Arztes verständlich?	
Wie reagiert der Patient auf die Fragen des Arztes?	

Kommunikationsverhalten

Verbale Kommunikation

Der Arzt spricht so, dass der Patient ihn verstehen kann
(z.B. keine Fachsprache, -ausdrücke, deutliche Sprache, kein nuscheln,...).

Unklare bzw. missverständliche Aussagen des Patienten werden vom Arzt geklärt, wie zum Beispiel:

Der Arzt geht auf den Patienten ein. Er schafft es, eine Beziehung zum Patienten aufzubauen, z.B. durch folgende Verhaltensweisen:

Nonverbale Kommunikation

Das nonverbale Verhalten des Arztes stimmt mit seinem verbalen Verhalten überein (Sprache: Stimme, Lautstärke, Geschwindigkeit, Pausen; Körper: Mimik, Gestik, Körperhaltung, Blickkontakt; Objekt: Statussymbole, Kleidung, Raum: Distanz zueinander)

Der Arzt nimmt Bezug auf nonverbale Äußerungen des Patienten, wie zum Beispiel:

Aktives Zuhören und Grundhaltungen nach Rogers

Aktives Zuhören

Arzt hört dem Patienten aufmerksam, zugewandt zu. Dies zeigt sich durch folgende Verhaltensweisen:

Arzt setzt folgende Gesprächstechniken ein:

(z.B. paraphrasieren, verbalisieren, weiterentwickeln, nachfragen, Inhalte zusammenfassen, nonverbale Unterstützung)

Grundhaltungen nach Rogers

Arzt verhält sich empathisch (ist an Patient und seiner Situation interessiert)
Dies zeigt sich durch:

Arzt verhält sich wertschätzend
(achtet die Persönlichkeit des Patienten, vermeidet Wertungen)
Dies zeigt sich durch:

Arzt verhält sich kongruent (Arzt verhält sich echt, wahrhaftig gegenüber Patienten)
Dies zeigt sich durch:

Arzt-Patient Beziehung

Arzt fragt Patienten nach „seiner Diagnose“, erfährt „Krankensicht“ des Patienten.

Zum Beispiel durch folgende Äußerungen des Patienten:

Arzt berücksichtigt den Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung (Entscheidung wird gemeinsam getroffen).

Dies zeigt sich durch folgende Äußerungen:

Arzt thematisiert die Kooperationsbereitschaft des Patienten (Compliance).

Dies zeigt sich durch folgende Äußerungen:

Anhang 5: Feedbackbögen für Dozenten

Exemplarische Darstellung des Feedbackbogens des siebten Moduls

<p style="text-align: right; font-size: small;">Fachbereich Medizin „Einführung in die klinische Medizin“ (EKM)</p> <p style="text-align: center;">DOZENTENBOGEN MODUL VII</p> <p>Aktuelle Anamnese (Beratungsanlass, Leitsymptom) „Was führt Sie zu mir?“; Sondierungsfragen und gezielte Fragen nach Analysefaktoren der Symptome, Beeinträchtigungen durch aktuelle Symptomatik, Begleitsymptome</p> <p>Eigenanamnese (systematisches Abfragen nach Symptomen der Organsysteme) Herz, Kreislauf, Lunge, Blutgefäße, Gastrointestinaltrakt, Urogenitaltrakt, Nervensystem, Bewegungsapparat, Sinnesfunktionen, bisherige Behandlungen, Allergien, Impfungen, Auslandsaufenthalte?</p> <p>Familienanamnese Erkrankungen, Todesursachen (Diabetes, KHK, Herzinfarkt, Krebs, Erbkrankheiten,...) von Familienangehörigen</p> <p>Vegetative Anamnese Nahrungsaufnahme, Temperatur, Atemwege, Ausscheidung, Schlaf, Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit, ...</p> <p>Medikamentenanamnese Aktuelle Medikation (Allergien auf z. B. Antibiotika, Kontrastmittel), Selbstmedikation</p> <p>Genusmittelanamnese Was (Alkohol, Nikotin, Drogen), wie lange? Wie viel, wie oft [Zigaretten: packyears (py)]?</p> <p>Sozialanamnese Beruf (schädliche Substanzen, Arbeitsumfeld, Zufriedenheit), Herkunft, Familienstand, soziales Umfeld, Freizeit, Haustiere</p>	<p style="text-align: right; font-size: small;">Fachbereich Medizin „Einführung in die klinische Medizin“ (EKM)</p> <p style="text-align: center;">Ablauf des Gesprächs</p> <p>Setting</p> <p>Begrüßung</p> <p>Abschluss des Gesprächs</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Struktur des Gesprächs</p> <p>Zusammenfassung</p> <p>Roter Faden</p> <p>Zeitrahmen</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Themenbereich Fragen</p> <p>Erste Frage des Arztes?</p> <p>Welche Fragetypen hat der Arzt verwendet? (offene Fragen, geschlossene Fragen, Alternativfragen, Rankingfragen, Suggestivfragen, Mehrfachfragen, Interpretationsfragen)</p> <p>Verständliche Fragen?</p> <p>Wie reagiert der Patient auf die Fragen des Arztes?</p>
---	---

<p style="text-align: right; font-size: small;">Fachbereich Medizin „Einführung in die klinische Medizin“ (EKM)</p> <p style="text-align: center;">DOZENTENBOGEN MODUL VII</p> <p style="text-align: center;">Kommunikationsverhalten</p> <p>Der Arzt spricht so, dass der Patient ihn verstehen kann (z.B. keine Fachsprache, -ausdrücke, deutliche Sprache, kein muscheln,...).</p> <p>Unklare bzw. missverständliche Aussagen des Patienten werden vom Arzt geklärt, wie zum Beispiel:</p> <p>Der Arzt geht auf den Patienten ein. Er schafft es, eine Beziehung zum Patienten aufzubauen, z.B. durch folgende Verhaltensweisen:</p> <p>Nonverbale Kommunikation</p> <p>Das nonverbale Verhalten des Arztes stimmt mit seinem verbalen Verhalten überein (Sprache: Stimme, Lautstärke, Geschwindigkeit, Pausen; Körper: Mimik, Gestik, Körperhaltung, Blickkontakt; Objekt: Statussymbole, Kleidung, Raum: Distanz zueinander)</p> <p>Der Arzt nimmt Bezug auf nonverbale Äußerungen des Patienten, wie zum Beispiel:</p> <p>Aktives Zuhören und Grundhaltungen nach Rogers Arzt hört dem Patienten aufmerksam, zugewandt zu. Dies zeigt sich durch folgende Verhaltensweisen:</p> <p>Arzt setzt folgende Gesprächstechniken ein: (z.B. paraphrasieren, verbalisieren, weiterentwickeln, nachfragen, Inhalte zusammenfassen, nonverbale Unterstützung)</p>	<p style="text-align: right; font-size: small;">Fachbereich Medizin „Einführung in die klinische Medizin“ (EKM)</p> <p>Arzt verhält sich empathisch (ist an Patient und seiner Situation interessiert) Dies zeigt sich durch:</p> <p>Arzt verhält sich wertschätzend (achtet die Persönlichkeit des Patienten, vermeidet Wertungen). Dies zeigt sich durch:</p> <p>Arzt verhält sich kongruent (Arzt verhält sich echt, wahrhaftig gegenüber Patienten) Dies zeigt sich durch:</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Arzt-Patient Beziehung</p> <p>Arzt fragt Patienten nach „seiner Diagnose“, erfährt „Krankensicht“ des Patienten. Zum Beispiel durch folgende Äußerungen des Patienten:</p> <p>Arzt berücksichtigt den Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung (Entscheidung wird gemeinsam getroffen). Dies zeigt sich durch folgende Äußerungen:</p> <p>Arzt thematisiert die Kooperationsbereitschaft des Patienten (Compliance). Dies zeigt sich durch folgende Äußerungen:</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Feedback</p> <p>Wie wurde Feedback gegeben?</p> <hr/> <p>Sonstiges:</p>
---	---

Anhang 6: Einladungsschreiben Dozentenschulung

Fachbereich Medizin - Theodor-Stern-Kal 7 - 60590 Frankfurt

An den/die
Dozenten/Dozentin
am Universitätsklinikum
Frankfurt am Main
für den Kurs
Einführung in die klinische Medizin (EKM)

Der Studiendekan
Prof. Dr. Frank Nürnberger

Bearbeiterin: Taeuber/Sennekamp
Tel.: 069/6301-83970
Fax: 069/6301-6428
E-Mail: taeuber@
allgemeinmedizin.
uni-frankfurt.de

Dozentenschulung für den Kurs Einführung in die klinische Medizin (EKM)

Sehr geehrte Dozentin, sehr geehrter Dozent,

Sie haben sich zur o. g. Dozentenschulung angemeldet. Hiermit möchten wir Sie herzlich dazu einladen. Ziel dieses Kurses ist die Vermittlung einer einheitlichen Basisausbildung in ärztlicher Gesprächsführung sowie das Erlernen einer grundlegenden Anamneseerhebung für unsere Studierenden des 4. vorklinischen Semesters.

An folgendem Termin möchten wir Sie in die Inhalte dieses Kurses einführen:

Datum: Donnerstag, 25.03.2010
Uhrzeit: 09.00 Uhr bis 17.00 Uhr
Ort: Campus Westend, Grüneburgplatz 1
Raum: IG 1.411 (siehe Anfahrtsbeschreibung)

Da es sich um eine vom Fachbereich Medizin im Rahmen Ihrer Lehrtätigkeit durchgeführte Veranstaltung handelt, sind Sie für diese Dozentenschulung freizustellen. Zusätzlich haben wir für diese Schulung 10 CME-Punkte bei der Landesärztekammer Hessen beantragt. Bringen Sie daher bitte Ihren Barcode mit.

Falls Sie mit dem Auto kommen, ist es möglich, vorab für Sie einen Parkplatz auf dem Gelände zu reservieren. Teilen Sie uns dazu bitte bis zum 31. Februar Ihr Autokennzeichen mit.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Frank Nürnberger

Dipl. Päd. Monika Sennekamp

Assistentin des Dekans
Tel.: 069/63 01-60 10

Dekanatsleitung
Tel.: 069/63 01-56 82
Sekretariat
Tel.: 069/63 01-76 02
Internat. Angelegenheiten
Tel.: 069/63 01-62 89

Vorklinischer Studienabschnitt
Tel.: 069/63 01-56 85
Sekretariat
Tel.: 069/63 01-72 38

Klinischer Studienabschnitt und Praktisches Jahr
Tel.: 069/63 01-76 01
Qualitätsmanagement der Lehre
Tel.: 069/63 01-56 81
Sekretariat
Tel.: 069/63 01-56 84

Promotionen
Tel.: 069/63 01-72 40

Berufungen/Habilitationen
Tel.: 069/63 01-72 89

Forschungsreferat
Tel.: 069/63 01-83860

Ethikkommission
Tel.: 069/63 01-45 97
Sekretariat
Tel.: 069/63 01-72 39

Fachbereichs-Controlling
Tel.: 069/63 01-83618

Homepage:
www.med.uni-frankfurt.de

Anhang 7: Schulungsskript der Dozentenschulung

Dozentenschulung

des Kurses

Einführung in die klinische Medizin (EKM)



Inhalte:

Ansprechpartnerin : Dipl.-Päd. Monika Sennekamp
Tel. : 069 6301 7608
E-Mail : sennekamp@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Organisation:

Ansprechpartnerin : Gisela Taeuber
Tel. : 069 6301 83970
E-Mail : taeuber@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Ablauf der Dozentenschulung

- **Einführung**
- **Lernziele der Dozentenschulung**
- **Der EKM-Kurs**
 - **Kursaufbau**
 - **Lernziele des EKM-Kurses**
 - **Prüfungsrelevanz**
 - **Scheinvergabekriterien**
- **Toolbox & Materialien**
- **Ablauf der einzelnen EKM-Kurstermine**

Einführung

Die Ausbildung der Frankfurter Studierenden in Anamnesetechniken und ärztlicher Gesprächsführung, war bis 2007 unzureichend und unstrukturiert. Die Dozenten der einzelnen Kliniken und Institute haben individuelle, meist fachspezifische Anamnesen mit den jeweiligen Studierenden durchgeführt. Lernziele wurden meist nicht definiert.

In einem vom Fachbereich geförderten Projekt zur Verbesserung der Lehre wurde der Kurs EKM „Einführung in die klinische Medizin“ vom Institut für Allgemeinmedizin im Jahr 2007 neu konzipiert und wird seitdem jedes Sommersemester einheitlich am ganzen Klinikum eingesetzt. Es wurden sieben Module entwickelt, um eine einheitliche, fundierte Basisausbildung in ärztlicher Gesprächsführung und Anamnesetechnik der Frankfurter Studierenden zu erreichen.

In dieser Dozentenschulung lernen Sie das Konzept und die Inhalte des EKM-Kurses kennen. Sie erhalten alle Materialien zu diesem Kurs, so dass Sie ihn als Dozent in Ihrer Klinik / Ihrem Institut durchführen können.

Lernziele der Dozentenschulung

- Das Kurskonzept beschreiben können
- Grundlagen der **Anamneseerhebung und Gesprächsführung** benennen können
- Hintergründe erfahren, um den Kurs selbst durchführen zu können
- Methoden und Übungen kennenlernen und selbst ausprobieren, um sie im eigenen Kurs anwenden zu können

Der EKM-Kurs

Kursaufbau

- Zielgruppe : Studierende des 4. vorklinischen Semesters, keine Vorkenntnisse
 Gruppengröße : 14 Studierende
 Termine : 10 Termine jeweils 2 Zeitstunden, nach Zeitvorgabe vom Dekanat
 Kursteile : der Kurs besteht aus 2 Teilen:
- **Anamneseteil** an 7 Terminen (7 Module) durch **Dozenten** der einzelnen Kliniken
 - **Untersuchungsteil** an 3 Terminen durch **studentische Tutoren**

Anamneseteil:

- Modul I : Organisatorisches, Einführung in das Thema Anamneseerhebung, ärztliche Schweigepflicht
 Modul II : Ärztliche Gesprächsführung in der Anamnese, Feedback
 Modul III : „Die Kunst der Frage“
 Modul IV : Grundmerkmale der Kommunikation, die nonverbale Kommunikation
 Modul V : Aktives Zuhören / Gesprächstechniken, Grundhaltungen nach Rogers
 Modul VI : Die Arzt-Patient Beziehung, der Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung
 Modul VII : Der „schwierige“ Patient

Scheinvergabekriterien und Prüfungsrelevanz

1. Regelmäßige Teilnahme

„Die Teilnahme gilt als regelmäßig, wenn die Studierenden nicht mehr als eine Doppelstunde des gesamten Kurses (Anamnese- und Untersuchungsteil) versäumt haben.“

- Anwesenheitspflicht, max. 1 Fehlermin, Studierende erhalten Laufzettel. Anwesenheit bitte abzeichnen: Stempel! (liegt in der Toolbox) + Unterschrift

2. Erfolgreiche Teilnahme

„Die erfolgreiche Teilnahme ist gegeben, wenn die Studierenden konstruktiv im Kurs mitarbeiten und ein eigenes Anamnesegespräch mit einem Patienten unter Observation des betreuenden Hochschullehrenden durchführen.“

Die Scheine können von den Studierenden nach Semesterende nach erfolgreicher Kursteilnahme gegen Vorlage des Laufzettels im Institut für Allgemeinmedizin abgeholt werden.

Prüfungsrelevanz

- Im Staatsexamen M1 (ehem. Physikum) sind die Inhalte des EKM-Kurses prüfungsrelevant (nach ÄAppO 2002 IMPP-GK 1)

Ablauf des EKM-Kurses

Der Ablauf des Kurses ist in seiner Grundstruktur jedes Mal gleich angelegt:

- es stehen 2 Zeitstunden zur Verfügung
- der erste Kursteil besteht aus einer Anamneseerhebung mit einem Patienten durch zwei Studierende (nacheinander) und der Besprechung dieser beiden Gespräche
- der zweite Kursteil besteht aus der Erarbeitung der theoretischen Grundlagen zu Kommunikation und Gesprächsführung
- Es ist sinnvoll sich vor jedem Termin kurz mit dem Ablaufplan und den Inhalten auseinander zu setzen
- Zu den jeweiligen theoretischen Inhalten und zur Durchführung der Gruppenarbeiten des jeweiligen Moduls finden Sie Hintergrundinformationen im Dozentenskript. Im „Notfall“ haben Sie auch noch Zeit während der Gruppenarbeit der Studierenden sich über die theoretischen Inhalte zu informieren

Lernziele des EKM-Kurses

Nach Abschluss des Anamneseteils des EKM-Kurses sollen die Studierenden:

- Grundlagen der **Anamneseerhebung und Gesprächsführung** benennen können
- Theoretische **kommunikationswissenschaftliche Grundlagen** benennen können
- Die grundlegende Gestaltung der **Arzt-Patient-Beziehung** erläutern können
- Anamnesegespräche **analysieren und reflektieren** können
- Eigenständig eine vollständige Anamnese **durchführen** können

Dazu sollen die Studierenden am Ende eines jeden Moduls die jeweiligen Modul-Lernziele erreichen.

Aufbauend auf dem hier Erlernten sollten später in den klinischen Semestern weitere und fachspezifischere Kenntnisse vermittelt werden.

Folgende Inhalte sind daher **keine Lernziele des EKM-Kurses:**

- **keine speziellen oder fachspezifischen Anamnesen und Inhalte vermitteln**
Bitte versuchen Sie den Studierenden die „Basis-Anamnese“ beizubringen, auf die in den verschiedenen Fächern im klinischen Teil aufgebaut werden kann. Zudem sollte eine möglichst einheitliche Ausbildung der Studierenden über die verschiedenen Kurse / Dozenten gewährleistet sein.
- **keine zu ausführliche Besprechung der medizinischen Krankheitsbilder, von Diagnostik und Therapie**
Obwohl dies spannend ist und die Studierenden sehr interessiert sind, halten Sie die Besprechung möglichst kurz. Bedenken Sie, dass Sie bei den Studierenden der Vorklinik keinerlei Vorkenntnisse voraussetzen können. Sie benötigen die Zeit, um den Studierenden die im Modul vorgegebenen Lernziele zu vermitteln.

Vorbereitung

- Jedes Mal einen Patienten mitbringen
- Falls keine Patienten zur Verfügung stehen, kann man im Vorfeld einen Simulationspatienten schulen lassen (2-3 Wochen vorher Herrn Uwe Zinsser – Uwe.Zinsser@kgu.de, Tel.: 6301-84076 – Bescheid geben)
- Falls der Patient kurzfristig ausfällt, befinden sich in der Toolbox ersatzweise einige Rollenspiele
- Nehmen Sie die Moderationsbox und die Fächermappe des jeweiligen Moduls aus der Toolbox mit in den Unterricht. Dort finden Sie alle benötigten Materialien
- Pinnwand und / oder Magnettafel und / oder Flipchart hilfreich (nicht obligatorisch)

Zu Beginn

- Lernziele zu Kursbeginn besprechen (A3 Poster zum Aufhängen)
- Legen Sie sich das Dozentenskript bereit. Hier finden Sie nähere Informationen zu jedem Punkt des Ablaufplans

Erster Kursteil „Anamnesegespräch“

- 2 Studierende befragen getrennt voneinander denselben Patienten (*zweiter Studierender soll erstes Gespräch nicht mitverfolgen – „vor die Tür schicken“*). Jeder Studierende muss während des gesamten Kurses ein Anamnesegespräch führen
- Die anderen Studierenden beobachten die Gespräche und notieren auf den **Feedbackbögen** entsprechend ihrer Aufgaben ihre Eindrücke. Nach der Besprechung dieser Bögen in der Feedbackrunde bekommen dann die Studierenden, welche die Patienten-Gespräche geführt haben, die Bögen als schriftliches Feedback zu ihrem Gespräch
- Möglichst viele verschiedene Krankheitsbilder besprechen, damit es für die Studierenden auch medizinisch-inhaltlich interessant bleibt

Zweiter Kursteil „Theorie“

- Erarbeitung und Durchführung der theoretischen Grundlagen
- Nähere Hinweise und Anleitungen finden Sie im Ablaufplan und Dozentenskript
- Theoretische Hintergründe sind im Dozentenskript aufgeführt (wurden auch ausführlich in der Dozentenschulung vorgestellt und bearbeitet)
- Am Ende mit einer kurzen Diskussion zum Thema: „Warum ist dieses theoretische Wissen für den klinischen Alltag relevant?“ die Verbindung von Theorie und Praxis schaffen

Toolbox und Materialien

Allgemeine Hinweise zu Materialien und Toolbox

- Toolbox und Materialien sind Eigentum des Fachbereichs Medizin und werden Ihnen zur Unterstützung Ihrer Lehrtätigkeit zur Verfügung gestellt
- Bitte gehen Sie sorgfältig mit den Materialien um und bewahren Sie diese auf! Die Toolbox ist für mehrere Semester konzipiert!
- Die Dozenten sind nach Ablauf des Kurses für die Vollständigkeit der Toolbox und deren Übergabe an Kollegen verantwortlich.
- Bitte bringen Sie die Toolbox am Semesterende ins Institut für Allgemeinmedizin zurück!
- Sie können die Toolbox per Hauspost oder durch einen Hiwi an uns zurück geben.
- Toolboxes, die nicht zurück gegeben werden, müssen wir mit 50 € berechnen.

Aufbau der Toolbox

- Moderationsbox mit Karten, Stiften, Tesafilm, Magneten, CD mit PPP, Stempel und Stempelkissen für Laufzettel
- eine Fächermappe pro Modul (insgesamt sieben Fächermappen)

Inhalt der Fächermappen

- Vorgefertigte Plakate mit Themen und Lernzielen für die einzelnen Module
 - Ablaufplan als Übersicht für den Kurs-Ablauf gegliedert nach:
Zeit / Inhalte / Methoden / Materialien
 - Ausführliches Skript für Dozenten
 - vorgefertigte Karten / Plakate
 - Feedbackbögen für die Studierenden (im Ablaufplan wird an entsprechenden Stellen auf Fragen aus den Feedbackbögen verwiesen)
 - Selbsteinschätzungsbogen für Studierende im 1. Modul und ein Evaluationsbogen im 7. Modul für Dozenten, um den Kurs kontinuierlich verbessern zu können
- Bitte die Bögen an uns zurücksenden (Briefumschläge liegen bei)**

Studentenskripte

- für Anamnese- und Untersuchungsteil
- können von den Studierenden auf der Plattform OLAT heruntergeladen werden

Anhang 8: Ablaufplan der Dozentenschulung

Ablaufplan Dozentenschulung

Zeit	Inhalte	Methoden	Materialien
9 Uhr 30 Min.	Begrüßung Vorstellungsrunde <ul style="list-style-type: none"> Name Klinik / Arbeitsbereich seit wann dort tätig Erfahrungen im Bereich der Lehre / mit dem EKM-Kurs Erfahrungen im Bereich Kommunikation und Gesprächsführung 	Vorstellungsrunde	Namensschilder
9.30 Uhr 5 Min.	Ablauf der Dozentenschulung erläutern (orientiert sich an den einzelnen Modulen, einige „Pflicht-Elemente“, einige „Wahl-Elemente“)	frontal	Flipchart-Plakat
9.35 Uhr 45 Min.	Den Kurs vorstellen Hintergrundinformationen zum Kurs (Auftraggeber, Beteiligte, ...) Organisatorisches Scheinvergabe-Kriterien <ul style="list-style-type: none"> Skripte für Studierende im Netz bei WebCT Evaluationsbögen am Ende für den gesamten Kurs (dort alles aufschreiben, was gut bzw. schlecht gelaufen ist, um Kurs kontinuierlich zu verbessern) Selbsteinschätzungsbögen → im ersten Modul austeilen → Briefumschläge liegen bei, bitte an uns zurück schicken! 	frontal	PPP Schnellhefter mit Infos zum Kurs und Skript Toolbox

10.20 Uhr / 15 Min.	PAUSE		Getränke, Kekse
10.35 Uhr / 5 Min.	Zum 1. Modul: Einführung in das Thema Anamnese-Erhebung <ul style="list-style-type: none"> Erst-Anamnese Gliederung einer Anamnese Ärztliche Schweigepflicht Optional: „der gute Arzt“ Beispiel-Videos: negatives und positives Beispiel einer Anamnese → Einstimmung aufs Thema 	frontal	PPP (Folien 1-8) Gliederung einer Anamnese Filme pos. & neg. Anamnese
10.40 Uhr 5 Min.	Zum 2. Modul: Ablauf eines Anamnesegesprächs erklären (in PPP) → Bezug zum Feedbackbogen und zum Ablaufplan (II. Modul) → dort wird nach dem Ablauf des stattgefundenen Anamnesegesprächs gefragt. Den Studierenden sollen an dieser Stelle die verschiedenen Phasen eines Gesprächs verdeutlicht werden.	frontal	PPP (Folie 11+12), „Manual“ Aufbau Anamnesegespräch (A6)
10 Min.	Übung zum Setting: Nähe-Distanz Abbildung „Distanzzonen“ in PPP zeigen → Distanz bestimmen Relevanz für Kontakt mit Patienten gemeinsam erarbeiten	Übung	PPP (Folie 13)
25 Min.	Thema Feedback Feedback ist ja inzwischen ein sehr gebräuchlicher Begriff, aber was versteht man eigentlich genau darunter? Feedback heißt soviel wie „Rückmeldung“, wörtlich übersetzt heißt es „Rückfütterung“, d.h. man wird gefüttert mit etwas, was man von sich gegeben hat. Es gibt ein Modell, das sehr schön veranschaulicht, worum es beim Feedback geht:	Diskussion frontal	

	<p>→ Johari-Fenster vorstellen (s. Skript, PPP) Bei diesem Modell geht es um die Darstellung der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Es stellt die Veränderungen von Selbst- und Fremdwahrnehmung im Verlauf eines Feedbackprozesses dar.</p> <ul style="list-style-type: none"> Welche Regeln sollte man beim Feedback-Geben und Nehmen beachten? → mit der Gruppe der Studierenden Feedback Regeln erarbeiten, die dann immer angewendet werden sollten → mit Dozenten auch erarbeiten! <p>→ auf diese Art die Themen Feedback und Feedback-Regeln erarbeiten. Plakat mit Feedback-Regeln gemeinsam erstellen, evtl. zusätzliche ergänzen</p>	Zer Gruppen	<p>PPP (Folie 14) oder Plakat mit Johari-Fenster</p> <p>Leeres Plakat, Ergebnisse mitschreiben</p> <p>Flipchart-Plakat mit Regeln</p>
11.20 Uhr 20 Min.	<p>Zum 3. Modul:</p> <p>Fragtypen</p> <p>„Welche Fragetypen/-formen kennen Sie?“ „Was sind die Vor- und Nachteile der einzelnen Fragetypen?“ Zu jedem Fragetyp eine klinische Situation als Beispiel mit einbringen.</p> <p>Antworten der Dozenten auf Karten mitschreiben, clustern, evtl. ergänzen, Überschrifts-Karten zuordnen. Vor- und Nachteile von einzelnen Fragetypen gemeinsam besprechen (auf Arbeitsblatt verweisen)</p>	Zuruf-Frage	<p>leere Karten, Stifte</p> <p>PPP (Folie 19-21)</p> <p>Überschriftskarten</p>
10 Min.	<p>Arbeitsblatt „Fragetypen-Übung“ ausfüllen lassen Gemeinsam besprechen/Lösungen austeilen und vergleichen lassen</p>	Partnerarbeit	<p>Arbeitsblatt Fragetypen</p>
11.50 Uhr / 10 Min.	PAUSE		

12.00 Uhr 30 Min.	<p>Zum 4. Modul:</p> <p>Grundmerkmale der Kommunikation „Was heißt eigentlich Kommunikation?“ / „Wie würden Sie den Begriff definieren?“ → <i>Begriffe sammeln und ggf. ergänzen (mündlich)</i> → lat. Communicatio: Mitteilung → einer teilt dem anderen etwas mit, es gibt einen Sender und einen Empfänger</p> <p>Kleine Kommunikations-Übung: Die Dozenten teilen sich in Zweiergruppen auf und setzen sich gegenüber auf zwei Stühle. Einer ist A, einer ist B → verteilen Sie die Rollen Stellen Sie sich folgende Situation vor: <i>Sie sitzen in einem Zug. Eine längere Fahrt liegt vor Ihnen. A hat sich auf die Fahrt gefreut. Denn A möchte gerne Leute kennen lernen. A möchte sich unterhalten. Er sucht die Kommunikation. B hat sich auch auf die Fahrt gefreut. Denn B freut sich, das er nun endlich seine Ruhe hat und sich entspannen kann. Er hat ein Buch dabei und will in Ruhe lesen. Er möchte nicht reden.</i></p> <p>→ Übung ca. 3 Minuten laufen lassen → Studierende sollen sich kurz zu zweit austauschen: wie ging es Ihnen in Rolle A bzw. B?</p> <p>Wieder im Plenum: „Was haben Sie als A gemacht, um ins Gespräch zu kommen?“ „Was haben Sie als B gemacht, um zu signalisieren, dass Sie Ihre Ruhe haben wollen?“</p>	<p>Übung (zu zweit)</p> <p>Diskussion</p>	
--------------------------	---	---	--

	<p>enttäuscht, dass B sich nicht mit ihm unterhalten will → B ist genervt, dass A ihn andauernd „zutextet“ → die Kommunikation scheitert...</p> <p>„In Gesprächssituationen erleben wir unser eigenes Verhalten meistens als Reaktion auf das Verhalten des anderen“</p> <p>Dieses Grundmerkmal wird in der folgenden Geschichte sehr anschaulich beschrieben: → <i>Geschichte mit dem Hammer vorlesen</i></p>		Geschichte mit dem Hammer (Skript)
	<p>Konsequenz: → Lerne die eigene Wirkung in der Kommunikation kennen → hole dir Feedback zu deinem Kommunikationsverhalten (darauf gehen wir später noch näher ein)</p>		
	<p>Das 4. Grundmerkmal soll durch das folgende Beispiel deutlich werden: <i>Beispiel: Lorient – das Ei</i> → „was fällt in diesem Gespräch auf?“ / „wie läuft hier die Kommunikation ab?“ / „Warum läuft sie schief?“</p> <p>Ein 4. Grundmerkmal der Kommunikation besagt: „Jede Mitteilung hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt.“</p>		<p>CD → Audiodatei „Das Ei“ von Lorient</p> <p>Flipchart (4. Merkmal aufdecken) oder PPP</p>
	<p>Dies wird sehr schön in folgendem Modell verdeutlicht: → Das Eisberg-Modell</p> <p>Dieses Modell besagt, dass sich das Verhältnis von der Inhalts- zur Beziehungsebene der Kommunikation so verhält, wie bei einem Eisberg der sichtbare zum dem nicht sichtbaren Teil, der sich unter der Wasseroberfläche befindet.</p> <p>Dieser unsichtbare Teil macht in der Regel ca. 80% des Eisberges aus. → Ebenso wird die Kommunikation von der Beziehungsebene dominiert</p>		

	<p>→ Konflikte werden oft nicht auf der Inhaltsebene sondern auf der Beziehungsebene geführt</p> <p>→ Inhalte (z.B. Sachinformationen für den Patienten) werden vom Patienten dann nicht „verstanden“/aufgenommen, wenn die Beziehungsebene (z.B. Ängste, Wut, ...) im Vordergrund stehen</p> <p><i>Als Zusammenfassung Flipchart-Plakat zeigen</i></p> <p>→ diese 4 Grundmerkmale der Kommunikation sind angelehnt an die Axiome menschlicher Kommunikation nach Watzlawick!</p>		Flipchart-Plakat
13.05 Uhr 60 Min.	Mittagspause		
14.05 Uhr 10 Min.	<p>Zum 5. Modul: Aktives Zuhören / Gesprächstechniken</p> <p>Zu diesem Themenbereich steigen wir mit einer Übung ein. Finden Sie sich dazu zu zweit zusammen. Es gibt einen Erzähler und einen Zuhörer. Machen Sie untereinander aus, wer welche Rolle übernimmt.</p> <p>Instruktion der „Erzähler“: „Sie sind Geschichten-Erzähler und erzählen ihrem Zuhörer gleich eine Geschichte. Ihre Aufgabe ist es, eine möglichst interessante Geschichte zu erzählen. Die Geschichte sollte ca. 5 Minuten dauern. Damit Sie sich vorbereiten können, können Sie sich gerne ein paar Notizen machen. Falls Ihnen auf die Schnelle keine Geschichte / Märchen einfällt, haben wir Ihnen ein Märchen mitgebracht, das Sie auch nehmen können. Bitte alle Erzähler nach draußen gehen.“</p> <p>Instruktion der „Zuhörer“: Ihre Aufgabe lautet folgendermaßen: Während der Erzähler seine Geschichte erzählt, verändern Sie Ihr Verhalten als Zuhörer. „Spielen“ Sie mit folgenden Reaktionen: Sie halten Blickkontakt bzw. schauen weg, Sie nicken, sagen „mhm, ja, ..“ oder verhalten sich eher „reglos“; Sie fragen an bestimmten Stellen nach oder fassen etwas zusammen bzw. lassen den Erzähler einfach reden und zeigen Desinteresse; wenn es sich in der Geschichte ergibt, gehen Sie auf die Gefühle des Erzählers ein. Ändern Sie Ihr Verhalten von Zeit zu Zeit und beobachten Sie genau, wie der Erzähler reagiert (nicht zu oft wechseln, max. jede 30 Sek.).</p>	Übung	Märchen „Rotkäppchen“


7 Min.	<p>Gespräch nach ca. 5 Min. abbrechen.</p> <p>Alle kommen wieder im Plenum zusammen. Dozent fragt zuerst die Erzähler, wie sie diese Übung empfunden haben und wie es ihnen beim Erzählen ging. Anschließend werden die Zuhörer zu ihren Beobachtungen befragt.</p> <p>Welche Schlüsse ziehen Sie aus dieser Übung? Das Aktive Zuhören ist DIE zentrale Gesprächsführungstechnik, die auf der Empfängerseite eingesetzt werden kann, um die Kommunikation zu verbessern, und zwar auf der Sach- und der Beziehungsebene</p> <p>1. Stufe: eigentlich selbstverständlich → ich höre aufmerksam zu, signalisiere dies durch Blickkontakt, nicken, „soziales Grunzen“ (mhm, ja,...) → <i>Karten anpinnen</i></p> <p>2. Stufe: ich überprüfe, ob ich das Gehörte richtig verstanden habe → Inhalte zusammenfassen, ich gebe mit meinen Worten wieder, was ich verstanden habe → <i>Karten anpinnen</i></p> <p>3. Stufe: Gefühle verstehen und wiederzuspiegeln: dazu hilft es, sich in den anderen hinein zu versetzen, seine Wünsche heraus zu hören, seine Gefühle zu verbalisieren → <i>Karten anpinnen</i></p> <p>→ dies spielt gerade beim Arzt eine große Rolle: viele Patienten kommen mit Ängsten, hier kann ihnen die Angst genommen werden, indem der Arzt auf ihn eingeht</p>	Gespräch	Flipchartplakat + Karten
5 Min.	<p>Zusammenfassung: Techniken des Aktiven Zuhörens</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nonverbale Unterstützung (Kopfnicken, Blickkontakt, „mhm“,...) - Nachfragen 		Flipchart oder PPP (Folie 36)

	<ul style="list-style-type: none"> - Inhalte zusammenfassen - Paraphrasieren („Sie meinen also, dass...“) - Verbalisieren („Sie wirken ängstlich auf mich, ist das richtig?“) - Weiterentwickeln („Ich habe den Eindruck, dass Sie mit der bisherigen Behandlungsweise nicht zufrieden sind und sich eine stärkere Betonung von .. wünschen, würden Sie mir da zustimmen?“) 		
10 Min.	<p>B Grundhaltung des Arztes nach Carl Rogers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Empathie - Akzeptanz - Kongruenz <p>3er Gruppen bilden. Jeweils ein TN liest sich eine Grundhaltung durch und erklärt sie anschließend den beiden anderen in seiner Gruppe. Offene Punkte in Gruppe sammeln. Offene Fragen im Plenum besprechen.</p>	3er Gruppen Diskussion im Plenum	Skript, PPP (37-39) Handout: Gesprächstechniken / Rogers
5 Min.	<p>Zusammenfassung Aktives Zuhören</p> <p>Abschließend sammeln, wann man das Aktive Zuhören einsetzen kann und worauf dabei zu achten ist. Zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - um eine gut Gesprächsbasis zu schaffen → auch für Folgekontakte wichtig - um Konflikte zu lösen - um komplexe Sachverhalte zu verstehen - um ein Thema (oder den Gesprächspartner) auf den Punkt zu bringen 		Flipchart oder PPP (40)

	<ul style="list-style-type: none"> - dass der Patient sich traut, auch unangenehme Themen anzusprechen - dass der Patient sich angenommen und wertgeschätzt fühlt - ... 		
14.40 Uhr / 5 Min.	<p>Optional Kapitel aus „Momo“ vorspielen (auf beigelegter CD, nach 2,5 Min. abbrechen) oder als Text im Skript vorlesen (lassen). → schöne Zusammenfassung des Aktiven Zuhörens!</p>		„Momo“ (auf CD in PPP oder Text im Skript)
15.10 Uhr	<p>Zum 6. Modul: Thema: Arzt-Patient-Beziehungen</p>		
15 Min.	<p>Umschläge mit vorgefertigten Papierstreifen an Dozenten in 3-4 Gruppen verteilen. „Ordnen Sie die Karten 3 verschiedene Kategorien zu.“</p>	Gruppenarbeit	Umschläge mit vorgefertigten Karten mit Aussagen zu versch. Arzt-Patienten-Beziehungen
	<p>Ergebnisse sammeln und in 3 Kategorien sortieren. Jede Gruppe stellt eine andere Kategorie vor, die anderen ergänzen.</p>	Präsentation der Ergebnisse	Karten mit Überschriften
5 Min.	<p>Es lassen sich drei Arten von Arzt-Patient-Beziehungen voneinander unterscheiden (→ Überschriften-Karten aufhängen): <ol style="list-style-type: none"> 1. Paternalistische Arzt-Patient-Beziehung 2. Konsumentenorientierte/Informationsorientierte Beziehung 3. Partnerschaftliche/kooperative Arzt-Patienten Beziehung Zusammenfassungen entsprechenden Überschriften zuordnen und aufhängen Welche Zusammenfassungen passen zu welcher Überschrift? → Dozenten zuordnen lassen</p>	Plenum	vorgefertigte Karten mit Überschriften und Zusammenfassungen

5 Min.	Das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF)	Diskussion / Vortrag	PPP (Folie 44 ff.)
5 Min.	Thema Compliance		PPP (Folie 50 + 51)
15.40 Uhr / 10 Min.	Pause		
15.50 Uhr	Zum 7. Modul:		
5 Min.	<p>Der „schwierige“ Patient“ „schwierigen“ Patienten mitbringen (SP) und Anamnese von Studierenden durchführen lassen. Je nach „Schwierigkeit“ des Patienten, darauf eingehen. Z.B.: „Vielredner“, „Schweigsamer“, Aggressive,... → Übergang zum Thema Rollenspiele</p>		
30 Min.	<p>Thema Rollenspiele: Rollenspiele von Dozenten schreiben lassen zum Thema: „Der schwierige Patient“ Anleitung zum Schreiben von Rollenspielen</p>	Gruppenarbeit	Bücher Rollenspiele Anleitung Rollenspiele
16.25 Uhr / 15 Min.	<p>Ein erarbeitetes Rollenspiel durchführen Feedbackbogen (VII. Modul) von Dozenten ausfüllen lassen</p>	Rollenspiel	Feedbackbogen (des VII. Moduls)
15 Min.	<p>Feedback-Regeln noch mal zeigen und anhand dieser Regeln und mit Hilfe des Beobachtungsbogens Feedback geben: <ol style="list-style-type: none"> 1. Patient 2. „Arzt“ 3. Gruppe </p>	Plenum	Feedbackregeln
5 Min.	Feedback zum Workshop		Feedbackbogen
17.00 Uhr	ENDE		

Anhang 9: Evaluationsbogen für Studierende nach jedem Modul im Jahr 2007

	Fachbereich Medizin „Einführung in die klinische Medizin“ 2007
Studierenden-Evaluationsbogen Modul I	
1. Allgemeines	
	Sehr gut Sehr schlecht
Organisation des Seminars	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Struktur des Seminars	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durchführung durch Dozenten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lernziel-Vermittlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Sehr hoch Sehr niedrig
Eigene Vorerfahrungen zu diesem Thema	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Persönlicher Lernzuwachs (insgesamt)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Einzelne Inhalte	
Welche Inhalte waren für Sie persönlich besonders interessant?	
<hr/> <hr/>	
Welche Inhalte waren für Sie persönlich am wenigsten interessant?	
<hr/> <hr/>	
3. Beurteilung der einzelnen Themen	
	Sehr gut Sehr schlecht
Einführung in die Anamneseerhebung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Anamnese mit Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Der „gute“ Arzt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Anmerkungen:	
<hr/> <hr/> <hr/>	
Vielen Dank! ☺	
© Institut für Allgemeinmedizin	sennekamp@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Studierenden-Evaluationsbogen Modul II

1. Allgemeines

	Sehr gut	Sehr schlecht
Organisation des Seminars	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Struktur des Seminars	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Durchführung durch Dozenten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Lernziel-Vermittlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Sehr hoch	Sehr niedrig
Eigene Vorerfahrungen zu diesem Thema	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Persönlicher Lernzuwachs (insgesamt)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

2. Einzelne Inhalte

Welche Inhalte waren für Sie persönlich besonders interessant?

Welche Inhalte waren für Sie persönlich am wenigsten interessant?

3. Beurteilung der einzelnen Themen

	Sehr gut	Sehr schlecht
Anamnese mit Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Gesprächsführung in der Anamnese	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Feedback	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Anmerkungen:

Vielen Dank! ☺

Studierenden-Evaluationsbogen Modul III

1. Allgemeines

	Sehr gut					Sehr schlecht
Organisation des Seminars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Struktur des Seminars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung durch Dozenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lernziel-Vermittlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Vorerfahrungen zu diesem Thema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlicher Lernzuwachs (insgesamt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Einzelne Inhalte

Welche Inhalte waren für Sie persönlich besonders interessant?

Welche Inhalte waren für Sie persönlich am wenigsten interessant?

3. Beurteilung der einzelnen Themen

	Sehr gut					Sehr schlecht
Anamnese mit Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fragen und Fragetypen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen:

Vielen Dank! ☺

Studierenden-Evaluationsbogen Modul IV

1. Allgemeines

	Sehr gut					Sehr schlecht
Organisation des Seminars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Struktur des Seminars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung durch Dozenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lernziel-Vermittlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sehr hoch					Sehr niedrig
Eigene Vorerfahrungen zu diesem Thema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlicher Lernzuwachs (insgesamt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Einzelne Inhalte

Welche Inhalte waren für Sie persönlich besonders interessant?

Welche Inhalte waren für Sie persönlich am wenigsten interessant?

3. Beurteilung der einzelnen Themen

	Sehr gut					Sehr schlecht
Anamnese mit Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktives Zuhören/Gesprächstechniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundhaltungen nach Rogers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen:

Vielen Dank! ☺

Studierenden-Evaluationsbogen Modul V

1. Allgemeines

	Sehr gut	Sehr schlecht
Organisation des Seminars	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Struktur des Seminars	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Durchführung durch Dozenten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Lernziel-Vermittlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Eigene Vorerfahrungen zu diesem Thema	Sehr hoch	Sehr niedrig
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Persönlicher Lernzuwachs (insgesamt)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

2. Einzelne Inhalte

Welche Inhalte waren für Sie persönlich besonders interessant?

Welche Inhalte waren für Sie persönlich am wenigsten interessant?

3. Beurteilung der einzelnen Themen

	Sehr gut	Sehr schlecht
Anamnese mit Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nonverbale Kommunikation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Die Pause im Gespräch	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Anmerkungen:

Vielen Dank! ☺

Studierenden-Evaluationsbogen Modul VI

1. Allgemeines

	Sehr gut	Sehr schlecht
Organisation des Seminars	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Struktur des Seminars	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Durchführung durch Dozenten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Lernziel-Vermittlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Eigene Vorerfahrungen zu diesem Thema	Sehr hoch	Sehr niedrig
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Persönlicher Lernzuwachs (insgesamt)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

2. Einzelne Inhalte

Welche Inhalte waren für Sie persönlich besonders interessant?

Welche Inhalte waren für Sie persönlich am wenigsten interessant?

3. Beurteilung der einzelnen Themen

	Sehr gut	Sehr schlecht
Anamnese mit Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Arzt-Patienten-Beziehung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Partizipative Entscheidungsfindung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Compliance	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Anmerkungen:

Vielen Dank! ☺

Studierenden-Evaluationsbogen Modul VII

1. Allgemeines

	Sehr gut	Sehr schlecht			
Organisation des Seminars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Struktur des Seminars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung durch Dozenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lernziel-Vermittlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sehr hoch	Sehr niedrig			
Eigene Vorerfahrungen zu diesem Thema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlicher Lernzuwachs (insgesamt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Einzelne Inhalte

Welche Inhalte waren für Sie persönlich besonders interessant?

Welche Inhalte waren für Sie persönlich am wenigsten interessant?


3. Beurteilung der einzelnen Themen

	Sehr gut	Sehr schlecht			
Anamnese mit Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema Wahrnehmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übertragung/Gegenübertragung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen:

Vielen Dank! ☺

Anhang 10: Evaluationsbogen für Dozenten nach jedem Modul im Jahr 2007

 <p style="font-size: small;">JOHANN WOLFGANG GOETHE UNIVERSITÄT FRANKFURT AM MAIN</p>	<p style="font-size: small;">Fachbereich Medizin „Einführung in die klinische Medizin“ 2007</p>
<h3>Dozenten-Evaluationsbogen Modul I</h3>	
<p>1. Allgemeines</p>	
	Sehr gut Sehr schlecht
Struktur des Moduls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durchführbarkeit des Moduls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Skript	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Materialien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bewertung des Moduls insgesamt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>2. Durchführbarkeit der einzelnen Inhalte</p>	
	Sehr gut Sehr schlecht
Einführung in die Anamneseerhebung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Anamnese mit Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Der „gute“ Arzt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Anmerkungen (was lief gut? Was lief nicht gut? Verbesserungsvorschläge)</p>	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Vielen Dank! ☺	
© Institut für Allgemeinmedizin	sennekamp@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Dozenten-Evaluationsbogen Modul II

1. Allgemeines

	Sehr gut					Sehr schlecht
Struktur des Moduls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführbarkeit des Moduls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skript	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Materialien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertung des Moduls insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Durchführbarkeit der einzelnen Inhalte

	Sehr gut					Sehr schlecht
Anamnese mit Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesprächsführung in der Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feedback	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen (was lief gut? Was lief nicht gut? Verbesserungsvorschläge)

Vielen Dank! ☺

Dozenten-Evaluationsbogen Modul III

1. Allgemeines

	Sehr gut	Sehr schlecht
Struktur des Moduls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Durchführbarkeit des Moduls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Skript	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Materialien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Bewertung des Moduls insgesamt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

2. Durchführbarkeit der einzelnen Inhalte

	Sehr gut	Sehr schlecht
Anamnese mit Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Fragen und Fragetypen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Grundlagen der Kommunikation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Anmerkungen (was lief gut? Was lief nicht gut? Verbesserungsvorschläge)

Vielen Dank! ☺

Dozenten-Evaluationsbogen Modul IV

1. Allgemeines

	Sehr gut					Sehr schlecht
Struktur des Moduls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführbarkeit des Moduls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skript	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Materialien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertung des Moduls insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Durchführbarkeit der einzelnen Inhalte

	Sehr gut					Sehr schlecht
Anamnese mit Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktives Zuhören/Gesprächstechniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundhaltungen nach Rogers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen (was lief gut? Was lief nicht gut? Verbesserungsvorschläge)

Vielen Dank! ☺

Dozenten-Evaluationsbogen Modul V

1. Allgemeines

	Sehr gut					Sehr schlecht
Struktur des Moduls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführbarkeit des Moduls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skript	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Materialien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertung des Moduls insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Durchführbarkeit der einzelnen Inhalte

	Sehr gut					Sehr schlecht
Anamnese mit Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nonverbale Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pause im Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen (was lief gut? Was lief nicht gut? Verbesserungsvorschläge)

Vielen Dank! ☺

Dozenten-Evaluationsbogen Modul VI

1. Allgemeines

	Sehr gut	Sehr schlecht
Struktur des Moduls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführbarkeit des Moduls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skript	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Materialien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewertung des Moduls insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Durchführbarkeit der einzelnen Inhalte

	Sehr gut	Sehr schlecht
Anamnese mit Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt-Patienten-Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partizipative Entscheidungsfindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compliance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen (was lief gut? Was lief nicht gut? Verbesserungsvorschläge)

Vielen Dank! ☺

Dozenten-Evaluationsbogen Modul VII

1. Allgemeines

	Sehr gut	Sehr schlecht
Struktur des Moduls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Durchführbarkeit des Moduls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Skript	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Materialien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Bewertung des Moduls insgesamt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	


2. Durchführbarkeit der einzelnen Inhalte

	Sehr gut	Sehr schlecht
Anamnese mit Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Thema Wahrnehmung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Übertragung/Gegentübertragung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Anmerkungen (was lief gut? Was lief nicht gut? Verbesserungsvorschläge)

Vielen Dank! ☺

Anhang 11: Abschluss-Evaluationsbogen nach Kursende für Studierende

 <p style="font-size: small;">JOHANN WOLFGANG GOETHE UNIVERSITÄT FRANKFURT AM MAIN</p>	Fachbereich Medizin „Einführung in die klinische Medizin“ 2008										
<h3 style="margin: 0;">Abschluss-Evaluationsbogen EKM-Kurs 2008</h3>											
Kurs-Nummer: _____											
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Alter: _____										
Code:	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center; width: 50px;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">1</td> <td style="font-size: 8px;">2</td> <td style="font-size: 8px;">3</td> <td style="font-size: 8px;">4</td> <td style="font-size: 8px;">5</td> </tr> </table>						1	2	3	4	5
1	2	3	4	5							
<p style="font-size: small; margin: 0;">Code-Zusammensetzung:</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">1 Dritter Buchstabe des Vornamens des Vaters</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">2 Vierter Buchstabe Ihres Geburtsortes</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">3 Zweiter Buchstabe des Geburtsnamens Ihrer Mutter</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">4 Vierter Buchstabe Ihres Vornamens (bzw. letzter)</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">5 Fünfte Ziffer Ihrer Matrikel-Nummer</p>											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center; font-weight: bold;">Sehr gut</td> <td style="width: 30%; text-align: center; font-weight: bold;">Sehr schlecht</td> </tr> </table>			Sehr gut	Sehr schlecht							
	Sehr gut	Sehr schlecht									
Organisation des EKM-Kurses	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> </tr> </table>		☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐						
Struktur des Gesamtkurses	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> </tr> </table>		☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐						
Aufbau des Kurses	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> </tr> </table>		☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐						
Themenauswahl	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> </tr> </table>		☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐						
Feedbackbögen	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> </tr> </table>		☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐						
Zufriedenheit mit dem Kurs	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> </tr> </table>		☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐						
Persönlicher Lernzuwachs (insgesamt)	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> </tr> </table>		☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐						
Wenn Sie morgen ein Anamnesegespräch führen müssten, wie gut fühlen Sie sich darauf vorbereitet?	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">☐</td> </tr> </table>		☐	☐	☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐						
Wurde Ihnen der grundsätzliche Ablauf eines Anamnesegesprächs vermittelt?											
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein											
Kennen Sie die wichtigsten Gliederungspunkte einer Anamnese?											
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein											

In wie weit halten Sie die Ausbildung in den Bereichen Gesprächsführung und Kommunikation für Ihre spätere Berufsausbildung für relevant?

Sehr wichtig Sehr unwichtig

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach das Wissen der theoretischen Hintergründe von Kommunikation für Ihren späteren Beruf?

Sehr wichtig Sehr unwichtig

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Welche Inhalte im Themenbereich der Gesprächsführung und Kommunikation sind Ihnen persönlich besonders wichtig?

In welchen Bereichen fühlen Sie sich noch unsicher? / Wo würden Sie gerne mehr Hintergrundwissen bekommen?

Was hat Ihnen am Kurs besonders gut gefallen?

Was könnte man noch verbessern?

Anmerkungen:

Vielen Dank! ☺

Anhang 12: Abschluss-Evaluationsbogen nach Kursende für Dozenten

Abschluss-Evaluationsbogen EKM-Kurs 2008 - Dozenten -

	Sehr gut					Sehr schlecht
Zufriedenheit mit dem Kurs (insgesamt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation des EKM-Kurses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Struktur des Gesamtkurses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbau der einzelnen Module	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Themenauswahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feedbackbögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In wie weit halten Sie die Ausbildung in den Bereichen Gesprächsführung und Kommunikation für Ihren Beruf für relevant?

Sehr wichtig					Sehr unwichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach das Wissen der theoretischen Hintergründe von Kommunikation für Ihren Beruf?

Sehr wichtig					Sehr unwichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Inhalte im Themenbereich der Gesprächsführung und Kommunikation sind Ihnen persönlich besonders wichtig?

In welchen Bereichen fühlen Sie sich noch unsicher? / Wo würden Sie gerne mehr Hintergrundwissen bekommen?

Was hat Ihnen am Kurs besonders gut gefallen?

Was könnte man noch verbessern?

Vorschläge für den klinischen Abschnitt zu dem Themenbereich Kommunikation und Gesprächsführung:

Anmerkungen:


Vielen Dank! ☺

Freiwillig auszufüllen:

Name: _____

Kurs-Nummer: _____

Anhang 13: Evaluationsbogen zur Dozentenschulung

Dipl.-Päd. Monika Sennekamp Dr. med. Katja Gilbert	 <p style="font-size: small; margin: 0;"> Institut für Allgemein- medizin Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main </p>	Dozentenschulung März 2008
---	---	----------------------------

Feedbackbogen

1. Allgemeines

	Sehr gut	Sehr schlecht
Organisation des Seminars	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Struktur des Seminars	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Durchführung des Seminars	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Seminarleitung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Anmerkungen:

2. Einzelne Übungen/Inhalte

Welche Übungen/Inhalte waren für Sie persönlich besonders hilfreich?

Welche Übungen/Inhalte waren für Sie am wenigsten hilfreich?

	Sehr gut	Sehr schlecht
Aufbau eines Anamnesegesprächs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nähe – Distanz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Feedback	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Fragetypen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Kommunikation (verbal / nonverbal)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Dipl.-Päd. Monika Sennkamp
Dr. med. Katja Gilbert



Dozentenschulung März 2008

Sehr gut

Sehr schlecht

Aktives Zuhören /
Gesprächstechniken

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Arzt-Patient-Beziehung

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Rollenspiel

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Persönlicher Lernzuwachs
(insgesamt)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Anmerkungen:

3. Das neue Konzept des EKM-Kurses

Sehr gut

Sehr schlecht

Verständlichkeit

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Aufbau

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Themenauswahl

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Inhalt der Toolbox

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Feedbackbögen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Anmerkungen:

Vielen Dank! ☺

Anhang 14: Selbsteinschätzungsbogen für Studierende



Selbsteinschätzungsbogen für Studierende des 4. vorklinischen Semesters

1. Kurs-Nummer: _____

2. männlich weiblich Alter: _____

Code:

1	2	3	4	5

3. ggf. vorherige Ausbildung:

Code-Zusammensetzung:

1. Dritter Buchstabe des Vornamens des Vaters
2. Vierter Buchstabe Ihres Geburtsortes
3. Zweiter Buchstabe des Geburtsnamens Ihrer Mutter
4. Vierter Buchstabe Ihres Vornamens (bzw. letzter)
5. Fünfte Ziffer Ihrer Matrikel-Nummer

4. ggf. Vorerfahrungen im medizinischen Bereich:

5. Wenn Sie morgen ein Anamnesegespräch führen müssten, wie würden Sie Ihre Fähigkeiten in diesem Bereich einschätzen?

Sehr gut Sehr schlecht

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. In wie weit halten Sie die Ausbildung in den Bereichen Gesprächsführung und Kommunikation für Ihre spätere Berufsausbildung für relevant?

Sehr relevant Gar nicht relevant

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7. Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach das Wissen der theoretischen Hintergründe von Kommunikation für Ihren späteren Beruf?

Sehr wichtig Sehr unwichtig

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

8. Welche Inhalte in diesen Bereichen haben Sie während Ihres Studiums bereits gelernt?

9. In welchen Bereichen fühlen Sie sich noch unsicher? / Wo würden Sie gerne mehr Hintergrundwissen bekommen?

10. Anmerkungen:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!
Ihr Lehre-Team vom Institut für Allgemeinmedizin

Anhang 15: Rollenskript für Simulationspatienten des EKM-Kurses

Rollenskript für Simulationspatienten	J.W.Goethe-Universität Frankfurt 
<u>Krankheitsbild: Diabetes1</u>	
SP: Löhnert., Kevin	
Fach: Allgemeinmedizin	
Veranstaltung: EKM-Kurs	
Einsatzdatum:	
Donnerstag, 15.04.09 16.45 Uhr bis 17.45 Uhr, Haus 10C , 1.OG-Seminarraum	
<u>Sekretariat der Allgemeinmedizin, Frau Gisela Taeuber: 069-6301-83970</u>	
<u>Aufgabe des/der Studierenden</u>	
Sie sind vertretender Hausarzt eines Patienten mit vermehrtem Durst. Zusätzlich gibt er an, vermehrt Wasser lassen zu müssen. Bitte führen Sie eine Anamnese durch.	
<u>Gespieltes Krankheitsbild / Diagnose</u>	
Rolle eines an Diabetes mellitus Typ 1 leidenden Patienten	
Kennt der/die Pat. seine/ihre Diagnose ? (ja, nein = -----)	
nein	
<u>Sozialdaten</u>	
Name:	
Marcel Bischof	
Alter/geb.:	
18Jahre alt	
Größe:	
185	
Gewicht:	
75	
Beruf:	
Schüler, besuche die 12. Klasse des Gymnasiums	
Hobbys:	
Modellautos basteln	
Sport:	
Spiele dreimal pro Woche Tennis, jogge zweimal pro Woche	
<u>Familienanamnese</u>	
(Allgemeines zur Familie > z.B. „keine Herzerkrankungen“)	
nein	
<u>Eltern</u>	
Vater/Alter: (lebt, tot ?)	
Vater	
Erkrankungen:	
hatte vor Jahren eine Beinvenenthrombose	
Mutter/Alter: (lebt, tot?)	
Mutter, gesund	
Erkrankungen :	
nein	

Großeltern
Großeltern väterlicherseits an Altersschwäche verstorben, Großmutter mütterlicherseits war zuckerkrank und hatte eine Herzschwäche
Geschwister
Schwester 12J. (Mareike),
Erkrankungen
gesund
Lebenspartner/in
Ist der/die SP (alleinstehend, liiert, verheiratet, geschieden?)
liiert
Name/Alter :
Stephanie
Beruf:
Schülerin
Erkrankungen:
gesund
Wie/wann den/die Partner/in kennen gelernt?
Die war schon immer in der Parallelklasse, ist mir schon früher aufgefallen, habe sie immer mal im Flur gesehen, sie ist eine Hübsche, sind seit 1 Jahr zusammen. Schulhofliebe.
Biographie (geb. wo?, wohnhaft in, Familie, Schullaufbahn etc.)
Bin in Frankfurt aufgewachsen gehe hier zur Schule, meine Eltern sind eher bürgerlich, etwas streng aber ok. , insgesamt verständnisvoll. Nach dem Abitur möchte ich Flugzeugtechnik studieren.
Was ging dem Arztbesuch voraus? (Krankheitsverlauf-langfristig> Hintergrundwissen)
Habe seit 3 Wochen vermehrtes Durstgefühl, hat mich aber erst nicht beunruhigt, habe mir keine Gedanken gemacht. Die Klorennerei hat mich zwar schon genervt aber ich bin kein Typ der gleich zum Arzt läuft. Ich fühle mich aber inzwischen insgesamt immer schlapper und müde. In der Schule kann ich mich kaum noch konzentrieren. Haben gestern eine Klausur zurückbekommen. Die hatte ich total verhauen. 3 Punkte! Meine Mutter hat dann Stress gemacht und mich zum Arzt geschickt. Sitze jetzt im Arztzimmer und warte. > Darf alles erzählt werden!!!
Aktuelle Beschwerden/Symptome
(dem Stud. spontan erzählen):
<ul style="list-style-type: none"> • habe in der letzten Zeit großen Durst und muss ständig auf Toilette und große Mengen an Wasser lassen. • Symptomatik besteht seit drei Wochen • trinke momentan 5-6 Liter (Wasser, Saft) am Tag • Gewichtsverlust (Habe den Eindruck in der letzten Zeit etwas abgenommen zu haben, die Hosen sitzen etwas lockerer) • Appetit seit einigen Wochen schlechter • Schlaptheit, Müdigkeit (in der Schule kann ich mich nur schlecht konzentrieren)
Keine
<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen beim Wasserlassen • Sehstörungen • auch sonst keine Beschwerden

Was die Symptome verstärkt/verringert:

stärker: nein

geringer: nein

Erlaubte Hinweise/Fragen (wenn der Studierende stockt)

- bereits erwähnte Fakten/Symptome (kommentiert) wiederholen

Krankheitsanamnese

Bisherige Krankheiten/OPs

- Vor vier Jahren Appendektomie (Blindarmentzündung), sonst nie ernsthaft krank gewesen
- Zuletzt vor zwei Monaten Erkältung, sonst auch zuletzt nicht krank

Allergien

nein

Medikamente/Impfungen

nein

Lebensgewohnheiten

- Ernährung „normal“, esse aber auch gerne Süßigkeiten
- Rauche nicht
- trinke mal Alkohol auf Parties

Typ/Charakter (z.B. cholerisch, aggressiv)

Freundlich, zugewandt

Aktuelle Gefühle/Stimmungslage

unaufgeregt

Aktuelle Gedanken/Sorgen

nein

Körperausdruck/-haltung

normal

Auftreten/Sprache (nervös, Stottern, Stöhnen)

normal

Standardregeln f. Simulationspatienten bei EKM-Kursen

- Patient darf plaudern
- bei Anamnesen nicht nach der Diagnose oder dem weiteren Procedere fragen.
- generell nur Fragen stellen wenn sie gefordert bzw. ausdrücklich erlaubt sind.
- bei „Blackout“ des/der Studierenden ihn mittels Wiederholen bereits erwähnter Symptombilder wieder in die „Beziehung“ holen.
- alle Symptome verneinen, die nicht ausdrücklich vorgegeben sind.
- medizinische Fachbegriffe nachfragen

Anhang 16: Die „Frankfurter Observer Checkliste Kommunikation“ (FrOCK)

Prüfer:

Studierender:

FrOCK

„Frankfurter Observer Checkliste Kommunikation“

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.

Bitte füllen Sie bei Bedarf am Ende des Gesprächs in Form von ganzen Schulnoten (1-6) die drei angegebenen Bewertungen aus und geben Sie an, ob der Studierende Muttersprachler ist.

1 Beginn und Abschluss des Gesprächs		
<i>Gesprächsbeginn</i>		ja nein
1	Begrüßung („guten Tag“, ...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Vorstellung mit Namen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Vorstellung mit Funktion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Ansprechen des Patienten mit Namen / nach Namen fragen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Offene Eingangsfrage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<i>Gesprächsabschluss</i>		ja nein
6	Klärung offener Fragen des Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	Zusammenfassung wichtiger Gesprächsergebnisse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Besprechung des weiteren Vorgehens	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Verabschiedung des Patienten / Überleitung zur weiteren Behandlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2 Gesprächsführung		
<i>Strukturierung</i>		ja nein
1	Erkennbarer roter Faden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Raum-Geben zum Erzählen und für Fragen des Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Nachfragen zu genannten Krankheits-Symptomen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Verwendung geeigneter Fragetypen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<i>Zuhören & Sprache</i>		ja nein
5	Aufmerksames Zuhören	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	Verbale Unterstützung der Patienten-Aussagen (mhm, aha, ...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	Deutliche Sprache	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Keine oder erläuterte Fachausdrücke	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

3 Kontaktfähigkeit (Empathie)		
<i>Nonverbale Kommunikation</i>		ja nein
1	Blickkontakt zum Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Unterstützung der Patienten-Aussagen durch Mimik, Kopfnicken, ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Angemessene Körperhaltung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Angemessene räumliche Nähe / Distanz zum Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<i>Gesprächsatmosphäre</i>		ja nein
5	Höflich / respektvoll	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	Angenehme Atmosphäre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	Verständnis für Anliegen des Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

4 Fachliches (Erstkontakt)				
		ja	teilweise	nein
1	Aktueller Anlass (jetziges Leiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Medizinische Vorgeschichte (Eigenanamnese)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Familienanamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Vegetative Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Medikamentenanamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Genussmittelanamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Soziale Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bewertungen (bei Bedarf)	
Gesamteindruck des Beobachters (ganze Schulnoten 1-6)	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
Selbsteinschätzung des Studierenden (ganze Schulnoten 1-6)	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
Gesamteindruck des Patienten (ganze Schulnoten 1-6)	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
Muttersprachler	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Anhang 17: Urheberschaftserklärung

Ich versichere, dass ich die vorgelegte Dissertation selbst und ohne fremde Hilfe verfasst, nicht andere als die in ihr angegebenen Quellen oder Hilfsmittel benutzt, alle vollständig oder sinngemäß übernommenen Zitate als solche gekennzeichnet sowie die Dissertation in der vorliegenden oder einer ähnlichen Form noch bei keiner anderen in- oder ausländischen Hochschule anlässlich eines Promotionsgesuchs oder zu anderen Prüfungszwecken eingereicht habe.

.....

(Unterschrift)