

Daniela Vogel

Kognitive und soziale Kompetenz im Arztberuf

Ein Blick auf Erwerbs- und Erfassungsprozesse mit besonderem Fokus auf Empathie

EXTRAS ONLINE

 Springer

Kognitive und soziale Kompetenz im Arztberuf

Daniela Vogel

Kognitive und soziale Kompetenz im Arztberuf

Ein Blick auf Erwerbs- und
Erfassungsprozesse mit
besonderem Fokus auf Empathie



Springer

Daniela Vogel
Hamburg, Deutschland

Dissertation Universität Hamburg, 2017, u.d.T.: Vogel, Daniela: „Ärztliche Kompetenz: Lehren/Lernen – Beobachten – Prüfen. Ein pädagogischer Blick auf ärztliche Kompetenzfacetten unter besonderer Berücksichtigung der Empathie“

Ergänzendes Material zu diesem Buch finden Sie auf <http://extras.springer.com>.

ISBN 978-3-658-26379-9 ISBN 978-3-658-26380-5 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-26380-5>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Für meine Familie
Sara-Eliza und David Suazo

Danksagung

Es ist nicht genug zu wissen,
man muß auch anwenden;
es ist nicht genug zu wollen,
man muß auch thun.

Johann Wolfgang von Goethe (1830, 257)

Ohne die Unterstützung, den Rat und Beistand sowie die Geduld und Weitergabe wichtiger Erfahrungswerte verschiedener Personen wäre die vorliegende Dissertation nicht möglich gewesen, so dass ich an dieser Stelle die Möglichkeit nutzen möchte, mich bei einigen von ihnen besonders zu bedanken.

Mein erster Dank gilt Frau Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Telse Iwers für die Übernahme und Durchführung der Betreuung meiner Dissertation aus erziehungswissenschaftlicher Perspektive sowie ihrer Unterstützung während des Prozesses.

Insbesondere danken möchte ich auch Frau Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. Sigrid Harendza, für die außergewöhnlich guten Promotionsbedingungen, die in dieser Form wohl nur noch selten im wissenschaftlichen Bereich zu finden sind. Dazu gehören neben den großzügigen Freiräumen, insbesondere ihre Geduld, Unterstützung, menschliche Wertschätzung und ihr Vertrauen sowie die Weitergabe vieler wertvoller Hinweise und Erfahrungen, nicht nur im wissenschaftlichen Bereich, an denen ich persönlich und fachlich wachsen konnte.

Ebenso danke ich den beteiligten Studierenden, Pflegekräften und Oberärzten*innen ganz herzlich für ihre Teilnahme an den Untersuchungen.

Auch meiner Mutter Carmen und meinem Stiefvater Gernot möchte ich an dieser Stelle meinen herzlichen Dank aussprechen für ihre Liebe sowie moralische und oftmals auch organisatorische Unterstützung. Ebenso gebührt mein aufrichtiger Dank meinem Vater Michael und seiner viel zu früh von uns gegangenen Frau Undine ebenfalls für ihre Liebe, ihren Beistand und insbesondere auch dafür, das Leben auch aus anderen Perspektiven zu sehen und die Besonnenheit nicht zu verlieren.

Meiner Kollegin und Freundin Sarah möchte ich danken für ihre umfang- und so hilfreichen Korrekturarbeiten, sowie für den fachlichen und privaten Austausch an schönen und auch weniger schönen Tagen. Dieser war und wird hoffentlich auch weiterhin immer bereichernd sein und ich hoffe, mich bei ihrer Dissertation durch tatkräftige Unterstützung revanchieren zu können.

Mein ganz besonderer Dank gilt meinem Partner David, für seinen unbeirrbaren Glauben, den ich so bewundere, und für all die Unterstützung und das Nicht-Aufgeben, das er mir hat zuteil kommen lassen. Ebenso danke ich aus vollem Herzen meiner Tochter Sara-Eliza für die Herausforderungen, die sie mir jeden Tag stellt und ihren Blick auf das Leben und die Welt.

Inhalt

1 Einleitung und Überblick	1
1.1 Standortbestimmung der Arbeit	4
1.2 Aufbau der Arbeit	6
2 Begrifflichkeiten	9
2.1 Bildung	10
2.2 Qualifikation	11
2.3 Kompetenz	12
2.3.1 Persönlichkeit und Identität	15
2.3.2 Kontextbezug und Kompetenzelemente	17
2.3.3 Kompetenz und Performanz	19
2.3.4 Wissen	21
2.3.5 Kompetenzdimensionen	23
2.3.6 Zusammenfassendes Kompetenzverständnis	26
3 Kompetenzerwerb	29
3.1 Erwerbsmodelle	30
3.1.1 Kognitive Taxonomien	32
3.1.2 Zweidimensionale kognitive Taxonomie nach Krathwohl	35
3.1.3 Affektive und psychomotorische Taxonomien	37
3.2 Lerntheoretische Verbindungen	38
3.3 Kompetenz-Aneignungswege	43
3.4 Zusammenfassung Kompetenzerwerb	47

4 Kompetenzerfassung	49
4.1 Lernergebnisse und Constructive Alignment	50
4.2 Situative Bedingungen	52
4.3 Methodik der Kompetenzerfassung	53
4.3.1 Beurteilungsarten und Formen der Kompetenzerfassung.....	54
4.3.2 Prüfungsformate	57
4.3.3 Multiple-Choice-Klausuren	59
4.4 Qualitätskriterien von Messverfahren	63
4.5 Zusammenfassung Kompetenzerfassung	64
5 Ärztliche Kompetenz	67
5.1 Kompetenzerwerb und -erfassung - Aufbau, Ablauf und Inhalte des Medizinstudiums	70
5.1.1 Gesetzliche Vorgaben	70
5.1.2 Die medizinische Ausbildung an der Universität Hamburg.....	73
5.2 Ärztliche Rollen- und Kompetenzmodelle	77
5.2.1 CanMEDS-Rollenmodell	77
5.2.2 Rollenmodell des NKLM	79
5.2.3 Kompetenzebenen des NKLM	81
5.3 Die Arzt-Patienten-Beziehung	85
5.3.1 Beziehungsmodelle	85
5.3.2 Ärztliche Haltung und Verhaltensregeln	88
5.4 Empathie als bedeutende ärztliche Kompetenz	91
5.4.1 Zum Verständnis von Empathie - Emotion und Kognition	91
5.4.2 Empathie in der Medizin	94
5.5 Bedeutungseinsatz standardisierter Patienten	102

5.6	Empathietraining als Bestandteil eines Kommunikationstrainings	103
5.6.1	Theoretischer Rahmen des Kommunikationstrainings	104
5.6.2	Ablauf des Kommunikationstrainings	108
5.7	Zusammenfassung Ärztliche Kompetenz	110
6	Forschungsfragen und Hypothesen	113
7	Design und Methodik	117
7.1	Design der Studie	117
7.2	Analysemethoden	121
7.3	Erhebungsmethoden und -instrumente	125
7.3.1	Soziodemographische Daten	126
7.3.2	Instrumente zur Erfassung von Persönlichkeit und Empathie	126
7.4	Entwicklung einer kompetenzbasierten ärztlichen Prüfung	147
7.4.1	Erfassung von medizinischem Wissen durch einen Multiple-Choice-Test	148
7.4.2	Leistungen von Medizinabsolventen	154
7.4.3	Delphi-Verfahren	157
7.4.4	Entwicklung von Patientenfällen für den simulierten Arbeitstag	161
7.4.5	Konzeption des simulierten ersten Arbeitstages	163
7.4.6	Beurteilung ärztlicher Kompetenzfacetten	166
7.5	Umsetzung des Forschungsdesigns	176
7.5.1	Datenerhebung im mittleren Studienabschnitt	176
7.5.2	Datenerhebung der PJ-Studierenden	178
7.6	Zusammenfassung Design und Methodik	179

8 Ergebnisse	181
8.1 Beschreibung der Studierenden im mittleren Studienabschnitt	181
8.1.1 Soziodemographische Daten	181
8.1.2 Persönlichkeitsmerkmale (NEO-FFI)	183
8.1.3 Selbst- und Fremdeinschätzung der Empathie (IRI & CARE)	185
8.1.4 Zusammenhangsanalysen – selbst- und fremdeingeschätzte Empathie (IRI & CARE)	189
8.1.5 Zusammenhangsanalysen – Persönlichkeitsmerkmale und Empathie (NEO-FFI, IRI & CARE)	190
8.1.6 Zusammenfassung der Ergebnisse - Studierende im mittleren Studienabschnitt	194
8.2 Beschreibung der PJ-Studierenden	195
8.2.1 Soziodemographische Daten	195
8.2.2 Persönlichkeitsmerkmale (NEO-FFI)	197
8.2.3 Selbst- und Fremdeinschätzung der Empathie (IRI & CARE)	198
8.2.4 Zusammenhangsanalysen – selbst- und fremdeingeschätzte Empathie (IRI & CARE)	211
8.3 Kompetenzprüfung der PJ-Studierenden	215
8.3.1 Ergebnisse des Multiple-Choice-Tests (MC)	215
8.3.2 Beurteilungen der ärztlichen Kompetenzfacetten (FOCs)	217
8.3.3 Beurteilungen der Eignungsbewertungen (EPAs)	221
8.3.4 Zusammenhänge der Prüfungsinstrumente zu Persönlichkeitsmerkmalen und Empathie	224
8.3.5 Zusammenhänge der Prüfungsinstrumente untereinander	237
8.3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse - PJ-Studierende	242

8.4	Vergleich der Untersuchungsgruppen	245
8.4.1	Soziodemographischen Daten	246
8.4.2	Persönlichkeitsmerkmale (NEO-FFI)	247
8.4.3	Selbsteingeschätzte Empathie (IRI).....	248
8.4.4	Fremdeingeschätzte Empathie (CARE).....	249
8.4.5	Zusammenfassung des Gruppenvergleichs	252
9.	Diskussion	255
9.1	Kompetenz-Diskurs der Erfassungsverfahren.....	255
9.2	Diskussion der Ergebnisse beider Untersuchungsgruppen	259
9.2.1	Persönlichkeitsmerkmale (NEO-FFI)	259
9.2.2	Selbsteingeschätzte Empathie (IRI).....	260
9.2.3	Fremdeingeschätzte Empathie (CARE).....	261
9.2.4	Selbst- und fremdeingeschätzte Empathie (IRI & CARE).....	265
9.2.5	Persönlichkeit und selbsteingeschätzte Empathie (NEO-FFI & IRI)	266
9.2.6	Persönlichkeit und fremdeingeschätzte Empathie (NEO-FFI & CARE)	268
9.2.7	Der Gruppenvergleich - Studierende im mittleren Abschnitt zu PJ-Studierenden.....	269
9.3	Diskurs der weiteren erhobenen Aspekte der PJ-Studierenden.....	271
9.3.1	Wissen im Kontext der kompetenzbasierten Prüfung	271
9.3.2	Ärztliche Kompetenzfacetten, selbst- und fremdeingeschätzte Empathie (FOCS, IRI & CARE)	273
9.3.3	Ärztliche Kompetenzfacetten, Eignungsbewertungen und Persönlichkeit (FOCs, EPAs & NEO-FFI)	274

9.3.4	Ärztliche Eignungsbewertungen, selbst- und fremdeingeschätzte Empathie (EPAs, IRI & CARE)	275
9.4	Stärken und Schwächen der Arbeit	276
9.5	Fazit und Ausblick auf curriculare Entwicklungen	278
Literaturverzeichnis		285

Die Anhänge A und B sind als Zusatzmaterialien auf <http://extras.springer.com/> verfügbar.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Wissenschaftliche Schnittstellen - Standortbestimmung der Arbeit	5
Abbildung 2:	Vom Wissensaufbau zur Kompetenzentwicklung	30
Abbildung 3:	Stufen zur professionellen Kompetenz	31
Abbildung 4:	Kognitive Taxonomie nach Bloom et al.	33
Abbildung 5:	Theorien der betrieblichen Bildung	39
Abbildung 6:	Aneignungswege für Kompetenzen	44
Abbildung 7:	Constructive Alignment von Prüfung	52
Abbildung 8:	Vom Wissensaufbau zur Kompetenzentwicklung	65
Abbildung 9:	Kompetenz testtheoretisch	66
Abbildung 10:	The CanMEDS Roles Framework	78
Abbildung 11:	Gliederungsübersicht des NKLM	82
Abbildung 12:	Kompetenzebenen von NKLM im Vergleich zu Miller-Pyramide und Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training	83
Abbildung 13:	Verbindung zwischen Kompetenzdimensionen und ärztlichem Rollenmodell.....	84
Abbildung 14:	Vier Seiten der Nachricht - ein Modellstück der zwischenmenschlichen Kommunikation	106
Abbildung 15:	Studiendesign	120
Abbildung 16:	Fragenauswahl der deutschen und niederländischen Rater ...	150
Abbildung 17:	Punkteverteilung der deutschen und niederländischen Rater der ausgewählten 100 Fragen nach Disziplinen	153
Abbildung 18:	Vergleich mittlerer Ränge Neurotizismus Männer und Frauen - Studierende mittlerer Studienabschnitt	184
Abbildung 19:	Verteilung der Bewertungen über die CARE-Kategorien - Studierende mittlerer Studienabschnitt.....	187

Abbildung 20:	Vergleich mittlerer Ränge CARE - Externes und SP-Rating - Studierende mittlerer Studienabschnitt.....	188
Abbildung 21:	Streudiagramm Zusammenhang Neurotizismus und Empathischer Distress - Studierende mittlerer Studienabschnitt.....	191
Abbildung 22:	Streudiagramm Zusammenhang Offenheit und Fantasie - Studierende mittlerer Studienabschnitt.....	192
Abbildung 23:	Streudiagramm Zusammenhang Offenheit und Perspektivübernahme - Studierende mittlerer Studienabschnitt.....	192
Abbildung 24:	Verteilung der SP-Bewertungen über die CARE-Kategorien - PJ-Studierende.....	201
Abbildung 25:	Boxplots CARE nach SPs - PJ-Studierende	203
Abbildung 26:	Interaktion CARE-SP-Bewertung und Geschlecht der PJ-Studierenden	204
Abbildung 27:	Verteilung der externen Rating-Bewertungen aus Perspektive der SP-Rollen über die Kategorien - PJ-Studierende	205
Abbildung 28:	Interaktion CARE-Bewertungen der externen Rater - PJ-Studierende.....	206
Abbildung 29:	CARE-Bewertung externer Rater in Verbindung zum Geschlecht der PJ-Studierenden	208
Abbildung 30:	CARE-Bewertung externer Rater pro SP-Fall in Verbindung zum Geschlecht der PJ-Studierenden	209
Abbildung 31:	Vergleich CARE-SP-Bewertungen zu denen des 1. und 2. externen Raters - PJ-Studierende	210
Abbildung 32:	Ergebnis des MC-Tests nach Schulnoten - PJ-Studierende.....	215
Abbildung 33:	Ergebnis des MC-Tests nach repräsentierten Disziplinen - PJ-Studierende.....	216
Abbildung 34:	Säulendiagramm der FOC-Bewertungen durch die Oberärzte - PJ-Studierende	218
Abbildung 35:	Säulendiagramm der FOC-Bewertungen durch die Pflegekräfte - PJ-Studierende	219

Abbildung 36: Säulendiagramm der EPA-Bewertungen durch die Oberärzte - PJ-Studierende	221
Abbildung 37: Streudiagramm Zusammenhang FOC 1 – Wissenschaftlich und empirisch fundierte Arbeitsmethoden und MC-Test - PJ-Studierende.....	238
Abbildung 38: Streudiagramm Zusammenhang FOC 6 – Sicherheit und Risikomanagement der Pflegekräfte und MC-Test - PJ-Studierende.....	239
Abbildung 39: Boxplots externes CARE-Rating nach Studierendengruppen ..	251

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Taxonomie nach Krathwohl.....	35
Tabelle 2:	Prüfungsformate in Verbindung mit Lernergebnissen durch Kompetenzen formuliert.....	58
Tabelle 3:	Interne Konsistenz der NEO-FFI-Skalen.....	131
Tabelle 4:	Interne Konsistenz der NEO-FFI-Skalen - Männer	132
Tabelle 5:	Interne Konsistenz der NEO-FFI-Skalen - Frauen	132
Tabelle 6:	Interne Konsistenz der IRI-Skalen.....	137
Tabelle 7:	Interne Konsistenz der IRI-Skalen - Männer.....	139
Tabelle 8:	Interne Konsistenz der IRI-Skalen - Frauen	140
Tabelle 9:	Interne Konsistenz der CARE-Skala	143
Tabelle 10:	Test- und Fragencharakteristika des Pilottests	152
Tabelle 11:	Testcharakteristika des 100-Fragen-Tests.....	153
Tabelle 12:	Beurteilungen der Leistungen von Medizinabsolventen – Ergebnisse und Unterschiede.....	155
Tabelle 13:	Störungsplan während der Simulation.....	165
Tabelle 14:	Interne Konsistenz der FOCs	168
Tabelle 15:	Soziodemographische Daten - Studierende mittlerer Studienabschnitt	182
Tabelle 16:	NEO-FFI Ergebnisse und Geschlechtervergleich - Studierende mittlerer Studienabschnitt.....	183
Tabelle 17:	IRI Ergebnisse und Geschlechtervergleich - Studierende mittlerer Studienabschnitt.....	186
Tabelle 18:	Einteilung der CARE-Skala	187
Tabelle 19:	CARE-Ergebnisse - Studierende mittlerer Studienabschnitt	188
Tabelle 20:	Pearson Korrelationskoeffizienten r zwischen IRI und CARE- Studierende mittlerer Studienabschnitt.....	189
Tabelle 21:	Pearson Korrelationskoeffizienten r zwischen NEO-FFI und IRI - Studierende mittlerer Studienabschnitt	190

Tabelle 22:	Pearson-Korrelationskoeffizienten r zwischen NEO-FFI und CARE - Studierende mittlerer Studienabschnitt	193
Tabelle 23:	Soziodemographische Daten - PJ-Studierende	196
Tabelle 24:	NEO-FFI Selbsteinschätzungen und Geschlechtervergleich – PJ-Studierende	198
Tabelle 25:	IRI-Selbsteinschätzungen und Geschlechtervergleich– PJ-Studierende	199
Tabelle 26:	CARE-Ergebnisse der SPs - PJ-Studierende.....	202
Tabelle 27:	CARE-Ergebnisse der beiden externen Rater - PJ-Studierende	207
Tabelle 28:	CARE-Ergebnisse der externen Rater und der SPs - PJ-Studierende	211
Tabelle 29:	Pearson Korrelationskoeffizienten r zwischen CARE und IRI - PJ-Studierende.....	212
Tabelle 30:	Pearson Korrelationskoeffizienten r zwischen NEO-FFI und IRI - PJ-Studierende	213
Tabelle 31:	Pearson Korrelationskoeffizienten r zwischen NEO-FFI und CARE - PJ-Studierende	214
Tabelle 32:	Vergleich der FOCs der Pflegekräfte und Oberärzte	220
Tabelle 33:	Ergebnisse und Geschlechtervergleich der EPAs	222
Tabelle 34:	Pearson Korrelationskoeffizienten r zwischen NEO-FFI und FOCs der Oberärzte	225
Tabelle 35:	Pearson Korrelationskoeffizienten r zwischen NEO-FFI und FOCs der Pflegekräfte.....	227
Tabelle 36:	Pearson Korrelationskoeffizienten r zwischen NEO-FFI und EPAs.....	228
Tabelle 37:	Pearson Korrelationskoeffizienten r zwischen IRI und MC-Test	229
Tabelle 38:	Pearson Korrelationskoeffizienten r zwischen IRI und FOCs der Oberärzte	230
Tabelle 39:	Pearson Korrelationskoeffizienten r zwischen IRI und FOCs der Pflegekräfte	231
Tabelle 40:	Pearson Korrelationskoeffizienten r zwischen IRI und EPAs	232

Tabelle 41:	Pearson Korrelationskoeffizienten r zwischen CARE und FOCs der Oberärzte	235
Tabelle 42:	Pearson Korrelationskoeffizienten r zwischen CARE und FOCs der Pflegekräfte	236
Tabelle 43:	Pearson Korrelationskoeffizienten r zwischen CARE und EPAs	236
Tabelle 44:	Pearson Korrelationskoeffizienten r zwischen EPAs und MC-Test	240
Tabelle 45:	Pearson Korrelationskoeffizienten r zwischen EPAs und FOCs.....	241
Tabelle 46:	Gruppenvergleich der soziodemographischen Daten.....	247
Tabelle 47:	Gruppenvergleich der Persönlichkeitsmerkmale NEO-FFI	248
Tabelle 48:	Gruppenvergleich der selbsteingeschätzten Empathie IRI.....	249
Tabelle 49:	Gruppenvergleich der fremdeingeschätzten Empathie CARE....	250

Abkürzungsverzeichnis

ÄApprO	Approbationsordnung für Ärzte
AK DQR	Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
CARE	Consultation and Relational Empathy
DeSeCo	Definition and Selection of Competencies
EHEC	Enterohämorrhagische Escherichia Coli
EI	Emotionale Intelligenz
EPAs	Entrustable Professional Activities
FOCs	Facets of Competence
GMA	Gesellschaft für Medizinische Ausbildung
HPI	Hamburger Persönlichkeitsinventar
HUS	Hämolytisch-urämisches Syndrom
ICC	Intraklassenkorrelation
IMPP	Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
IRI	Interpersonal Reactivity Index
JSPE	Jefferson Scale of Physician Empathy
KliniCuM	Klinisches Curriculum Medizin
KMK	Kultusministerkonferenz
M/MW	Mittelwert
MC	Multiple Choice
<i>Mdn</i>	Median
MediTreff	Medizinisches Trainingszentrum eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten
MFT	Medizinischer Fakultätentag
NEO-FFI	NEO-Fünf-Faktoren-Inventar
NKLM	Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin

OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OSCE	Objective structured clinical examination
PISA	Programme for International Student Assessment
PJ	Praktisches Jahr
POL	Problemorientiertes Lernen
PPEF	Post Patient Encounter Forms
SP/SPs	Standardisierte*r Patient*in/Standardisierte Patienten*innen
UaK	Unterricht am Krankenbett
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit zum Thema ärztliche Kompetenz setzt sich einleitend intensiv mit den relevanten Begrifflichkeiten sowie pädagogisch-psychologischen Theorien zum Kompetenzerwerb und dessen Erfassung auseinander. Auf diesen Ansätzen aufbauend folgt die Darstellung des ärztlichen Kompetenzerwerbs und dessen Erfassung anhand gesetzlicher Vorgaben und der Gestaltung der humanmedizinischen Ausbildung an der Universität Hamburg. Daran anschließend findet sich die theoretische Auseinandersetzung mit in der Medizin vorherrschenden Rollen- und Kompetenzmodellen sowie mit der Arzt-Patienten-Beziehung, die eine besonders relevante Rolle im praktischen Kontext einnimmt. Gleichzeitig spielt in der Arzt-Patienten-Beziehung die ärztliche Empathie, die innerhalb der Arbeit in einem speziellen Fokus steht, eine besonders relevante Rolle, so dass, aufbauend auf der Darstellung der Arzt-Patienten-Beziehung, eine intensive Auseinandersetzung mit dieser folgt, was auch den Einsatz von standardisierten Patienten im medizinischen Curriculum und damit im Zusammenhang stehende Trainingsmaßnahmen einschließt. Mit diesen theoretischen Grundlagen nimmt die Arbeit besonders Bezug auf den Aspekt des Lehrens und Lernens ärztlicher Kompetenz und Empathie und schafft die theoretische Basis der daraus abgeleiteten Fragestellungen. Ziel der Arbeit ist es, neben dem Blick auf Lehr- und Lernprozesse ärztlicher Kompetenz, diese zu beobachten, zu erfassen und zu bewerten, wobei auch der Frage nachgegangen wird, ob und wie Empathie gelehrt und gelernt wird und welchen nachhaltigen Effekt Lehr-Lernkonzepte im Bereich der Förderung von sozialen Kompetenzen bei Medizinstudierenden haben, da dies bisher wenig untersucht ist. Dafür wurde methodisch eine neue kompetenzbasierte Prüfung für Medizinstudierende am Ende ihres Studiums entwickelt und eingesetzt. Diese umfasst einen medizinischen Wissenstest und eine einem ersten klinischen Arbeitstag ähnelnde Simulation, innerhalb derer die ärztliche Kompetenz der Studierenden anhand verschiedener Kompetenzfacetten durch Ober-

ärzte und Pflegekräfte bewertet wurde. Darüber hinaus wurden die Studierenden innerhalb der Simulation durch standardisierte Patienten hinsichtlich ihrer Empathie bewertet und haben sich auch selbst in ihrer Empathie und in Persönlichkeitsmerkmalen eingeschätzt. Durch die auf Video aufgezeichneten Konsultationsgespräche mit den standardisierten Patienten während der Simulation wurde darüber hinaus auch ein externes Rating der Empathie durchgeführt. Die Entwicklung und der Einsatz dieser neu konzipierten Prüfung, die darauf abzielt, zu überprüfen, wie angehende Ärzte mit unbekannten medizinischen Problemen umgehen und diese lösen, werden in der Arbeit intensiv dargestellt. Die Überprüfung ist deshalb von besonderer Relevanz, da es sich beim Lösen von unbekannten (klinischen) Problemen um einen wesentlichen Bestandteil der täglichen Arbeit eines klinisch tätigen Arztes handelt. Der Umgang mit grundsätzlich unbekannten Situationen ist dabei auch ein wesentlicher Teil der Kompetenzdefinition. Um der Frage nachzugehen, wie sich Empathie im Laufe des Studiums entwickelt, wurde eine Gruppe Medizinstudierender im mittleren Abschnitt ihres Studiums verglichen mit den in die Simulation involvierten Medizinstudierenden am Ende ihres Studiums. Dabei wurden die Studierenden im mittleren Abschnitt innerhalb eines Kommunikationstrainings, bei dem es auch um empathische Aspekte geht, und innerhalb dessen die Studierenden auch Patientengespräche führten, von den standardisierten Patienten und einem externen Rater mit dem gleichen Instrument wie die Studierenden am Ende ihres Studiums hinsichtlich ihrer Empathie bewertet. Auch haben die Studierenden im mittleren Abschnitt Selbsteinschätzungen ihrer Empathie und in Bezug auf Persönlichkeitsmerkmale abgegeben. Diese sowie die Empathie-Bewertungen der standardisierten Patienten und externen Rater beider Untersuchungsgruppen wurden auf signifikante Unterschiede hin untersucht, beim Vergleich der fremdeingeschätzten Empathie anhand einer Kovarianzanalyse.

Für die Studierenden am Ende ihres Studiums kann festgehalten werden, dass es gelungen ist, eine kompetenzbasierte Prüfung zu entwickeln, die den Anforderungen der Kompetenzdefinition gerecht wird und die so bisher einmalig im deutschen Sprachraum ist. Die Zusammenhangsergebnisse der eingesetzten Instrumente zeigten, dass es gelungen ist, wesentliche Facetten ärztlicher Kom-

petenz zu erfassen und in Beziehung zu setzen. Die ärztliche Empathie zeigte innerhalb dieses Settings keinen besonderen Stellenwert und der Empathievergleich der beiden Untersuchungsgruppen wies einen signifikanten Unterschied, allerdings ausschließlich beim externen Rating, zugunsten der Studierenden im mittleren Studienabschnitt auf. Aus Sicht des externen Ratings zeigte sich das Training also nicht nachhaltig bis zum Studienende. Dieser Befund unterstützt dabei andere Untersuchungsergebnisse, die eine Abnahme der Empathie im Verlauf des Medizinstudiums und weiter folgend in der ärztlichen Weiterbildung postulieren. Das neu entwickelte Erfassungs- und Prüfungsformat bietet die Möglichkeit, es im Rahmen einer weiteren Reformierung des Medizinstudiums am Ende des Studiums als kompetenzbasierte Arztreifeprüfung als Teil der medizinischen Abschlussprüfung einzusetzen. So können innerhalb dieses Settings neben wichtigen fachlichen Kompetenzen, wie beispielsweise wissenschaftlich und empirisch begründeten Arbeitsmethoden, auch soziale Kompetenzen, wie Empathie, Teamwork und Kollegialität geprüft werden, die in der Interaktion mit Patienten und auch Personen anderer Gesundheitsberufe eine wichtige Rolle spielen. Über die Erfassung ärztlicher Kompetenz anhand von Kompetenzfacetten, die sich in konkreten ärztlichen Handlungen innerhalb einer solchen Simulation zeigen können, wäre so ein Weg geebnet, um zu einer gemeinsamen Basis zu kommen, welches Niveau innerhalb der Prüfung mindestens nötig ist, um eine ärztliche Weiterbildungskompetenz für die Facharztausbildung zu erreichen. Darüber hinaus ist es der vorliegenden Arbeit ein Anliegen, Denkanstöße für die Integration pädagogischer Ansätze und Ideen in die Weiterentwicklung medizinischer Curricula zu geben.

Abstract

This doctoral thesis on the topic of medical competence begins with an in-depth analysis of related terms and pedagogical-psychological theories in the context of acquirement and assessment of competence. The presentation of medical competence and assessment thereof is based on these approaches as well as the legal requirements and the organisation of human medicine at the University of Hamburg. This is followed by a theoretical examination of the roles and competence models that predominate in medicine as well as the doctor-patient relationship, which plays a particularly relevant role in the practical context. At the same time, in the physician-patient relationship, medical empathy, which is a special focus of this thesis, plays a particularly relevant role. Based on the representation of the doctor-patient relationship, a comprehensive disquisition of the understanding of empathy, especially medical empathy, takes place. This includes employing standardised patients and related training measures in the medical curriculum. With this theoretical foundation, the thesis particularly addresses the aspect of teaching and learning of medical competence and empathy, and creates the theoretical base for the questions to be answered. The aim of this study is, besides describing the teaching and learning processes for medical competence, to observe, measure and assess medical competence. This includes the question if and how empathy is taught and learned, and what kind of sustainable effect teaching and learning programmes in the area of advancement of social competencies for medical students may have. Little research has been done in this area so far. A new competence-based assessment for medical graduates was methodically developed and applied. It includes a medical knowledge test and a simulation that is similar to a first clinical workday. During the simulation the students' medical competence was assessed by supervisors and nursing staff based on facets of competence. Furthermore, students' empathy was assessed during the simulation by standardised patients and students assessed themselves with respect to empathy and personality traits. In addition, an external rating of the students' empathy was undertaken using video-taped

consultations with the standardised patients. The development and application of this new assessment, which aims to test how doctors handle and solve unfamiliar medical problems, is reported in detail in this thesis. This assessment is particularly relevant because the solving of unfamiliar (clinical) problems is an essential part of the daily work of a clinically working physician. Handling generally unfamiliar tasks is a fundamental element of the definition of competence. To investigate how empathy develops during medical undergraduate studies, a group of medical students in the middle of their studies was compared with medical students at the end of their studies who were involved in the simulation. Students in the middle of their studies were assessed by standardised patients and external raters as part of a communication training exercise, which also included empathic aspects and in which the students held consultations with standardised patients, too. The standardised patients and external raters used the same rating instrument to assess empathy as was used for the students at the end of their studies. The students in the middle of their studies also filled out self-assessments on their empathy and personality traits. These, as well as the empathy ratings of the standardised patients and external raters of both groups, were analysed for significant differences, and the externally assessed empathy values were compared using a covariance analysis. In general, the development of a competence-based assessment for students at the end of their studies was successful. It meets the required standards for the definition of competence and is unique in German-speaking countries. The correlation results of the instruments employed show that measuring and relating the main facets of medical competence has been successful. Medical empathy did not show a particular value in this setting, and the comparison of empathy between both groups presented a significant difference only in the external rating in favour of the students in the middle of their studies. From the perspective of the external rating, the communication training was not sustained until the end of the medical studies. This result supports other research results, which postulate a decrease in empathy during medical studies and subsequently during postgraduate training. The newly developed assessment and testing format offers, as part of a further reform of medical studies, the possibility to apply it as a competence-based component in final medical examinations. Therefore, in the context of this setting, it is possible,

in addition to important professional competencies such as scientifically and empirically based working methods, to assess social competencies such as empathy, teamwork and collegiality, which play an important role in the interaction with patients and staff from other health professions. By assessing medical competence using these facets of competence, which can be observed in actual medical activities within such a simulation, a way can be paved to achieve a common basis to establish a minimum level necessary within the examination to obtain higher medical education competence for postgraduate specialist training. Furthermore, the present work's particular interest is to provide thought-provoking impulses for the integration of pedagogical approaches and ideas to advance the development of medical curricula further.



1 Einleitung und Überblick

In Krankheitssituationen wünschen sich Betroffene fachlich, sozial und emotional kompetente Ärztinnen und Ärzte¹, denen sie sich anvertrauen können und von denen sie Unterstützung erfahren. Dabei nimmt jedes Mitglied unserer Gesellschaft mit unterschiedlicher Quantität und in verschiedenen Abständen die Patientenrolle ein, womit der Beruf des Arztes mit dem Ziel der Erhaltung menschlicher Gesundheit eine besondere gesamtgesellschaftliche Stellung einnimmt. Denn Gesundheit und Krankheit sowie der Umgang damit stellt eine wesentliche Aufgabe jeglicher Gesellschaft dar, und spiegelt sich mit entsprechenden Stärken und Schwächen innerhalb der Gesellschaft als Gesundheitssystem wider. Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit zeigt sich dabei als Handlung in der Patientenversorgung. Mit dem Anliegen wieder gesund zu werden, steht der Patient als kranker, leidender Mensch dabei dem gesunden und fachlich ausgebildeten Arzt gegenüber, von dessen Hilfe, Fürsorge und Verantwortung er abhängig ist und dem er sein Vertrauen entgegenbringt (Geisler, 2002). An der Auseinandersetzung zu kompetentem professionellem ärztlichem Handeln besteht dabei schon seit Jahrhunderten reges Interesse, wie der bis in die Antike zurück gehende hippokratische Eid, als eine erste grundlegende Version ärztlicher Ethik, zeigt (Schubert, Ortwein, Remus, Schwantes, & Kiessling, 2005). An diesen angelehnte grundlegende ärztliche Prinzipien finden sich noch heute im ärztlichen Gelöbnis wieder, das in den Berufsordnungen der Landesärztekammern verankert ist (Ärztekammer Hamburg, 2000). Das oberste Gebot ist dabei auch in diesem, die Gesundheit der Patienten zu erhalten und wiederherzustellen. Auch eine Suche mit den Schlagworten ‚ärztliche Kompetenz‘ bei dem Online-Suchdienst Google zeigt mit 845.000 Ergebnissen (Stand: 25.10.2016), dass das Thema entsprechend der gesellschaftlichen Bedeutung von Ärzten und ärztlichem Handeln

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit zugunsten des generischen Maskulinums auf die gleichzeitige Verwendung der männlichen und weiblichen Schreibweise verzichtet. Es sind ausdrücklich, wenn nicht anders gekennzeichnet, beide Geschlechter gemeint.

ein großes Interesse hervorruft, wie auch die wachsende Zahl und Beteiligung an ärztlichen Bewertungsportalen im Internet zeigt. Was genau aber ärztliche Kompetenz ist, dazu findet sich keine allgemeingültige Definition. Geisler (2004a) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass unterschiedliche Gruppen wie Patienten, Krankenkassen oder die Pharmaindustrie entsprechend unterschiedliche Schwerpunkte eines Idealbildes haben. Auf Basis verschiedener Quellen von Studienergebnissen gibt er dabei an, dass Medizinstudierende in Bezug auf ideale Arztbilder Aspekte wie Kompetenz, Aufmerksamkeit gegenüber und Interesse am Patienten, Sensibilität und Freundlichkeit nennen, während praktizierende Ärzte neben Kompetenz, Engagement und Verständnis in den Mittelpunkt stellen. Darüber hinaus werden von praktizierenden Ärzten Fähigkeiten des Zuhörens, Empathie und Fürsorge als besonders relevant erachtet und bei den besonders berufserfahrenen Ärzten nehmen der Aspekt einer partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehung und die menschliche Zuwendung als Merkmale eines guten Arztes eine besonders bedeutende Stellung ein. Aus Patientensicht werden Aspekte wie Vertrauen, Information und Kommunikation, Fachkompetenz, Verlässlichkeit sowie emotionale Unterstützung und Beratung und mit Würde und Respekt behandelt zu werden, als Merkmale kompetenter Ärzte genannt (Geisler, 2004a). Der Arzt steht also in einem Spannungsfeld vieler Interessengruppen, mit denen er umgehen und denen er in entsprechender Balance gerecht werden muss.

Unter der Voraussetzung nach Abschluss des Studiums praktisch ärztlich tätig zu sein, charakterisiert sich die Definition des guten Arztes allerdings vor allem aus der Beziehung zu den Patienten, aufbauend auf dem gesellschaftlichen Menschenbild, das in unserer Gesellschaft in Verbindung steht mit christlichen und humanistischen Werten. Diesen Arzt entsprechend auszubilden, unterliegt nun als Aufgabe den Hochschulen, die den Studiengang Medizin anbieten, zu denen auch die Universität Hamburg gehört. Ausgehend vom Anspruch, eine gute Patientenversorgung sicherzustellen und dafür kompetente Ärzte auszubilden, setzt sich somit auch der Hochschulbereich als Ausbildungsinstitution mit einem Idealbild des kompetenten Arztes als Ziel der medizinischen Ausbildung auseinander, wobei die Fokussierung auch in einem engen Zusammenhang mit Hoch-

schul-Reformen, insbesondere mit dem Bologna-Prozess steht. Die Medizin beschäftigt sich dabei insbesondere mit Rollenkompetenzmodellen, während sich in der Erziehungswissenschaft ein universelles in der Regel auf alle Berufe übertragbares Kompetenzmodell etabliert hat und darüber hinaus auf die Auseinandersetzung zwischen Kompetenz und Performanz fokussiert wird.

Ein besonderer Fokus dieser Arbeit liegt auf ärztlicher Empathie als wesentlichem Teil ärztlicher Kompetenz, die im Zusammenhang mit höherer Patientenzufriedenheit (u.a. Zolnierek & DiMatteo, 2009), einem verbesserten Umgang mit der Krankheitssituation seitens der Patienten (u.a. Mercer, Fitzpatrick, Gourlay, Vojt, McConnachie, & Watt, 2007) und auch einer höheren professionellen Arztzufriedenheit (Stepien & Baernstein, 2006) steht. Während Fachkompetenz im Sinne medizinischen Wissens als objektives Kriterium erfasst werden kann, steht insbesondere Empathie als schwieriger objektiv zu erfassendes Kriterium im Bezug zum Arzt-Patienten-Verhältnis. In einem kürzlich erschienenen Interview mit dem ehemals praktizierenden Arzt Eckhardt von Hirschhausen sagte dieser:

Was wirkt ist die Beziehung, die Zuwendung und das Gefühl, in seiner Individualität gesehen zu werden. Das war immer der Kern guter Medizin [...]. Die Ärzte sind mit ihren Patienten in einer Dosis-Wirkungs-Beziehung: Je mehr Vertrauen diese zu ihnen haben, desto wirksamer sind die verschriebenen Medikamente (Schweitzer, 2016, 2).

Vor diesem Hintergrund kommt der ärztlichen Empathie eine besonders bedeutende Stellung zu. Die Studienergebnisse hinsichtlich der Entwicklung von Empathie während des Medizinstudiums sind allerdings inkonsistent. Der Blick auf die ärztliche Weiterbildung zeigt allerdings eine deutliche Abnahme mit steigender klinischer Berufstätigkeit, ebenso wie sich eine weltweite Zunahme von ‚unhappy doctors‘ (Edwards, Kornacki, & Silversin, 2002) im Verständnis einer steigenden Berufsunzufriedenheit zeigt.

Ziel der Arbeit ist es, aufgrund der besonderen gesellschaftlichen Relevanz ärztlicher Kompetenz, auf Basis der theoretischen Auseinandersetzung vom Verständnis und dem Erwerb ärztlicher Kompetenz, insbesondere der Überprüfung dieser und dem Stellenwert der Empathie innerhalb einer neu entwickelten