

PRÜFUNG ZUR BEURTEILUNG ÄRZTLICHEN VERHALTENS

K. Jork, Frankfurt a. M.

1. Einführung

In verschiedenen Untersuchungen ist nachgewiesen, daß ca. 93% aller Patienten ambulant und nur ca. 7% klinisch und stationär betreut werden. Wissenschaftliche Arbeiten aus dem Bereich der Medizin beschäftigen sich thematisch zu 99% mit klinisch Kranken und nur ca. in 1% mit ambulant betreuten Patienten. Bedeutsam wird diese Diskrepanz vor allem dadurch, daß sich klinische und ambulante Medizin in ihren Aufgaben unterscheiden. Im klinischen Bezugssystem überwiegt entsprechend dem Entscheidungsgehalt vorgegebener Fragestellungen ein Klären, Analysieren, Beweisen und Empfehlen. Die allgemeinen Fragestellungen im Bezugssystem ambulanter Krankenversorgung führen eine Klassifizierung von Befindensstörungen, Symptomen und Krankheitsbildern durch zum Selektieren, Koordinieren, Abwenden, Beraten und Begleiten. Die medizinische Ausbildung berücksichtigt in Deutschland bis auf den Kursus zur Einführung in Fragen der allgemeinmedizinischen Praxis überwiegend den klinisch Kranken.

Analysen verschiedener Allgemeinpraxen in Deutschland zeigen, daß ca. 2/3 aller Patienten über 10 Jahre vom gleichen Arzt betreut werden (Abb. 1). Dies wird bestätigt durch sozialmedizinische Daten, wonach 90% der deutschen Bevölkerung mindestens einmal im Jahr einen Arzt konsultieren. Bei Befragung erklären ungefähr 82%, als kontinuierliche Bezugsperson einen Hausarzt zu haben. Diese Zahlen weisen darauf hin, daß die Patient-Arzt-Beziehung eine besondere Beachtung verdient. Völlig unzureichend wird hingegen bisher in der medizinischen Ausbildung die Übung der Kommunikations-, der Gesprächsführung und das ärztliche Verhalten berücksichtigt. Die in der Bundesrepublik Deutschland angewandte Multiple Choice-Prüfung ist zur Bewertung sozial-affektiver Fähigkeiten ungeeignet. Außerdem bedingt diese Prüfung eine gänzlich einseitige Ausrichtung des Lerneifers, d.h. eine Vernachlässigung psychomotorischer Fertigkeiten und sozialaffektiver Fähigkeiten zugunsten rein kognitiver Inhalte. Die situationsbezogene Kommunikation mit

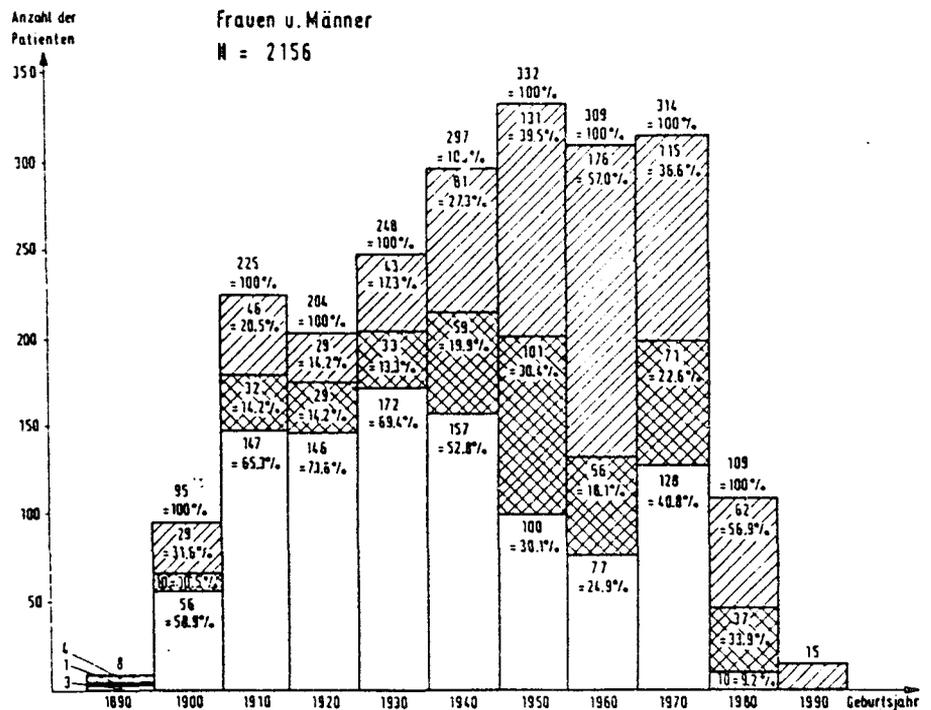


Abb. 1: Langzeitkontakte von Patienten einer Allgemeinpraxis nach Dezennien (Frauen und Männer = N = 2.156): Offene Säulen - mindestens 10 Jahre in dieser Praxis betreut, gekreuzt schraffierte Säulen - mindestens 5 Jahre und schrägschraffierte Säulen - weniger als 5 Jahre - in der gleichen Praxis betreut

Lehrangebot 1	Beobachten, Wahrnehmen und Explorieren "Das Symptom des Patienten"				
Lehrangebot 2	Anamnese-Erhebung "Der Patient, sein Symptom und die Anamnese"				
Lehrangebot 3	" "	einfache körperliche Untersuchung "Symptom, Anamnese und Befund"			
Lehrangebot 4	" "	" "	Stufendiagnostik "Vom Symptom zur Problemdefinition"		
Lehrangebot 5	" "	" "	" "	Integration und Koordination "Vom Symptom zur Problemlösung"	
Lehrangebot 6	" "	" "	" "	" "	Reflexion über ärztliches Handeln und Verhalten "Studenten-Balint Gruppe"
	1.-3. Sem.	2. 4. Sem.	5. Sem.	7. Sem.	8.-9. Sem. 9. 10. Sem.

Abb. 2: Stufenplan des praxisorientierten Ausbildungsmodells
Allgemeinmedizin: 5 Lehrangebote vom 1.-10. Studiensemester

dem Patienten jedoch bildet die Grundlage für das medizinische und ärztliche Problembewußtsein.

Deswegen wurde am Institut für Allgemeinmedizin des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt ein stufenweise aufbauendes Unterrichtsmodell entwickelt, angewendet und bewertet, das in Zusammenarbeit mit den Universitäten Bern und Maastricht in fünf Unterrichtsveranstaltungen vom 1.-10. Studiensemester besonders die Vermittlung und Übung sozial-affektiver Fähigkeiten beim Medizinstudenten gegenüber dem Patienten berücksichtigt (Abb. 2).

2. Stufenplan praxisorientierter Ausbildung

Bereits in den ersten vorklinischen Semestern werden Beobachtung und Wahrnehmung des Kranken geübt und die Studenten unter Leitung studentischer Tutoren bei der Kontaktaufnahme und -pflege mit dem Patienten angeleitet. Die Symptome des Kranken sind dabei nach somatischen, psychischen und sozialen Aspekten zu benennen. Ein Arbeitspapier erläutert inhaltliche Grundbegriffe und Merkmale der Gruppenarbeit.

In einem zweiten Lehrangebot im 3.-4. Studiensemester übt der Student in Gruppen unter Leitung eines Arztes neben Beobachten, Wahrnehmen, Explorieren, Kontaktaufnahme und -pflege die ersten Schritte der Anamnese-Erhebung mit dem Patienten. **Subjektive Angaben des Patienten** sind dabei durch **subjektive Wahrnehmungen und Beobachtungen des Interviewers**

zu ergänzen. Zusammen mit **objektiven Befunden, Angaben und Informationen** folgt danach ein Einschätzen der Zusammenhänge zum Erkennen notwendiger diagnostischer oder therapeutischer Schritte, die **Fertigkeiten** beim **Planen** und **Prüfen** des Studenten erfordern. Die Anfangsbuchstaben der vier Schritte bei der Anamnese-Erhebung S-O-E-P ergeben das holländische Wort Soep, d.h. Suppe. - Diese beiden Unterrichtsangebote sind fakultativ. Im 7. Studiensemester üben die Studenten in Gruppen in Allgemeinpraxen unter Leitung des Arztes **zusätzlich zur Anamnese-Erhebung die körperliche Untersuchung** und die **Stufendiagnostik**. Angestrebt werden erste Schritte ärztlicher Entscheidungsfähigkeit in Teamarbeit. Das obligatorische Unterrichtsangebot (3) berücksichtigt Schwerpunkte ambulanter Krankenversorgung.

Während des 8. und 9. Studiensemesters haben Medizinstudenten im Rahmen von Lehrangebot 4 die Möglichkeit, über die Dauer eines Semesters einen chronisch Kranken, auch in seiner Familie, zu besuchen. Durch den Langzeitkontakt und die Verlaufsbeobachtung von Problempatienten und ihren Familien wird beim Studenten das Problembewußtsein für Krankheiten und Befindensstörungen im psychosozialen Umfeld des Kranken geweckt. Alle zwei Wochen besucht der Student allein den Patienten und bespricht in der darauffolgenden Woche in kleinen Gruppen mit einem Lehrbeauftragten seine Beobachtungen und Befunde.

Den Abschluß des stufenweise aufbauenden Ausbildungsmodells bildet eine Studenten-Balint-Gruppe im 9.-10.

Studiensemester. Spontane Fallschilderungen von Studenten über Kontakte mit Patienten werden in der Gruppe unter Leitung eines Arztes diskutiert. Die Bereitschaft und die Übung zur Selbsterkenntnis sowie der Umgang mit eigenen psychischen Widerständen sind eine Verhaltens- und Handlungshilfe für die angehenden Ärzte.

3. Prüfung sozial-affektiven Verhaltens

An deutschen Universitäten wurden bisher keine Möglichkeiten angewendet und erprobt, die außer der kognitiven Prüfung auch eine Beurteilung psychomotorischer und sozial-affektiver Fähigkeiten ermöglichen. Ziel des praxisorientierten Ausbildungsmodells Allgemeinmedizin war es deswegen, in den Jahren 1981 bis 1983 hierfür eine Möglichkeit zu erarbeiten, anzuwenden und zu bewerten.

4. Methodik

Erstmals im Sommersemester 1983 wird zum Erfassen sozial-affektiver Fähigkeiten des Studenten eine Prüfung zur Beurteilung ärztlichen Verhaltens nach dem Kursus zur Einführung in Fragen der allgemeinmedizinischen Praxis durchgeführt. Dazu dient ein Anamnese- und Untersuchungsprotokoll, das die wesentlichen Schritte subjektiver Mitteilungen des Patienten, subjektiver Wahrnehmungen des Studenten, objektive Befunde, das Erkennen und die Einschätzung somatischer, psychischer und sozialer Situationen des Patienten sowie das Planen und Prüfen bei weiterführender Diagnostik und Therapie abfaßt. Dem beurteilenden Arzt liegt ein Kriterienkatalog vor, mit dessen Hilfe er einen Beurteilungsbogen für jeweils einen Studenten ausfüllt (Abb. 3.). Entsprechend den vier Abschnitten des Anamnese- und Untersuchungsprotokolls wird im ersten Teil

Bedeutende Kriterien zur Beurteilung
ärztlichen Verhaltens in einer "praktischen" Prüfung

VERHALTENS-DIMENSION:	BEURTEILUNGSKRITERIEN: (Beispiele)
Subjektive Wahrnehmung und über den Patienten gesammelte Informationen: " S "	<p>Beobachtung: Körperliche Zeichen; Verhaltensäußerungen des Patienten; <u>averbale Kommunikation.</u></p> <p>Interview: offene, direkte Fragen; situationsbezogene Fragen; gezielte Fragen nach Organfunktionen, körperlichen Beschwerden, psychischen und sozialen Problemen.</p> <p>Sich dem Patienten vorstellen, Erklärung des geplanten Vorgehens; Rücksichtnahme auf <u>Zustand und Bedürfnisse</u> des Patienten; <u>Zuhören</u>; nicht den Patienten unterbrechen; <u>klare verständliche Sprache</u>; Erkennen der <u>Auswirkung des eigenen Verhaltens</u> auf Patienten; <u>Klärung offener Fragen und Probleme</u>; angemessene Information des Patienten; <u>Ermütigung</u> und psychische <u>Unterstützung</u> des Patienten.</p>
Objektive Informationen, Untersuchungsergebnisse und Befunde: " O "	<p>Physikalische Untersuchung: problembezogene Untersuchung relevanter Gebiete; <u>Vollständigkeit</u> der Untersuchung; Vermeiden unnötiger Untersuchungen; korrekte Technik. <u>Labor- und andere technische Untersuchungen:</u> Angemessenheit der Auswahl in Bezug auf Nutzen, Risiko, Kosten.</p>
Einschätzen von Befunden, Erkennen krankhafter Zustände und Problemdefinition: " E "	<p><u>Vollständige Beschreibung und richtige Benennung der Probleme</u>, soweit möglich durch genaue Diagnose;</p> <p><u>Analyse und Bewertung wichtiger körperlicher, psychischer und sozialer Merkmale</u>; Angabe sinnvoller alternativer Erklärungen; <u>präzise und verständliche Formulierung.</u></p>
Planen weiterführender Diagnostik und Prüfen bisheriger Ergebnisse: " P "	<p>Therapie: Auswahl geeigneter Formen und Verfahren; richtige <u>Medikamentenwahl</u> und Dosierung. <u>Gesundheits-erziehung und -beratung</u>;</p> <p><u>langfristige Betreuung und Versorgung:</u> Überweisung; Nachkontrolle; Prävention; Rehabilitation; Berücksichtigung der diagnostischen und therapeutischen Risiken, sowie der körperlichen, psychischen, sozialen und ökonomischen <u>Folgen.</u></p> <p>Knappe und präzise Information von Kollegen; klare und präzise <u>Sprache</u>; direkte und <u>präzise Fragestellungen</u>; <u>verständliche und vollständige Dokumentation</u> von Befunden.</p> <p>Rechtzeitige <u>Übertragung der Verantwortung</u> an kompetente Personen.</p>

Abb. 3: Beurteilungsbogen mit Kriterien für die Prüfung ärztlichen Verhaltens

des Interviews die Fähigkeit des Studenten beim Zuhören, die Verständlichkeit seiner Sprache, die Information an den Patienten und das Respektieren der Situation und Person des Kranken beobachtet, anschließend bei den objektiven Befunden die durchgeführte Untersuchung am Patienten, das Einbeziehen von Labor- und anderen Daten sowie die Beurteilung ergänzender Untersuchungsbefunde bewertet. Die Problembeschreibung bzw. -bewertung zielt darauf ab, die Problemdefinition zu begründen. Der von H.G. PAULI entworfene und bei der vorliegenden Untersuchung variierte Erhebungs-

bogen berücksichtigt im letzten Teil die Fähigkeit des Studenten zum Entwickeln eines Therapievor- schlags, zum Abschätzen von Risiken bei Diagnostik und Therapie, zu Aussagen über die langfristige Be- treuung des Patienten, prognostische Informationen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die Prü- fungsprotokolle (Abb. 4.) einer jeden Gruppe werden im Institut für Allgemeinmedizin ausgewertet.

Ausgiebige Diskussionen der 20 prüfenden Ärzte be- schäftigen sich mit den **Kriterien der Prüfung**. Da es

Beurteilungsergebnisse ärztlichen Verhaltens

nach Ableistung des Kursus für Allgemeinmedizin im SS 83

N = 178 Studenten

	nicht angemessen	wenig angemessen	fast angemessen	angemessen
"S" Fertigkeiten im Patienten- interview		10	47	105
Fähigkeit zum Zuhören		6	42	118
Information des Patienten über Krankheit, Diagnostik und Therapie	8	20	70	65
Beachtung der Person des Patienten bei der Unter- suchung			39	123
"O" Fertigkeiten bei der Unter- suchung	2	29	58	78
Information vorhandener La- bor- und technischer Daten	4	48	56	57
Erwägungen über ergänzende Untersuchungen	5	34	71	53
"E" Problembeschreibung und Be- wertung des Patienten	3	21	60	83
Begründung der Problemde- finition	5	26	54	82
"P" Erstellen von Therapievor- schlägen; Erwägen von Therapiefolgen u. -risiko	1	39	64	61
Vorschläge zur langfristi- gen Betreuung des Patien- ten		19	61	68
Erwägen der Prognose des weiteren Verlaufs	2	29	63	65
Informationen an Ärzte ande- rer Fachgebiete über den Patienten		19	68	68
Summe der jeweiligen Beurteilungs- ergebnisse = 2069	30	300	713	1026
Prozentsatz der jeweiligen Beurtei- lungsergebnisse	1,45%	14,5%	34,5%	49,6%

Abb. 4: Prüfungsprotokoll mit der Summe der Prüfungsergeb-
nisse von 178 Studenten

sich im Gegensatz zu objektiv zu erhebenden Daten um "weiche" Kriterien handelt (solche, die weitgehend auch einer subjektiven Einschätzung unterliegen), eignen sich zur Schaffung eines Konsens zwischen Prüfern:

1. Absprachen zu den einzelnen Kriterien;
2. Betrachten von Video-Aufzeichnungen mit Patient-Student- oder Patient-Arzt-Kontakten, deren Inhalte von den Prüfern diskutiert und gemeinsam besprochen und abgestuft bewertet werden. Eine Beurteilung der Studenten erfolgt dann im Vergleich zu den festgelegten Maßstäben.

Ein in den ersten Semestern zusätzlich von den Lehrbeauftragten und Lehrärzten ausgefüllter Fragebogen gibt Auskunft über den Zeitaufwand bei der Prüfung, den Zeitpunkt der Durchführung der Beurteilung, die Reaktion beteiligter Patienten, Studenten und Prüfer. Er benennt Probleme bei der durchgeführten Prüfung und erfaßt konstruktiv-kritische Vorschläge der Prüfer.

5. Ergebnisse

Die Prüfung zur Beurteilung ärztlichen Verhaltens erfaßt im Sommersemester 1983 bei 178 Studenten ihre Fähigkeit bei Beobachtung, Wahrnehmung, Kontaktaufnahme und -pflege, Anamnese-Erhebung und Untersuchung mit Patienten (Abb. 4.). Während die Studenten gute Fähigkeiten beim Interview, Zuhören und Respektieren der Situation und Person des Patienten zeigen, lassen sich bei der Information des Patienten, bei der Untersuchung, der Integration von Labor- und anderen Daten, bei Therapievorschlügen und der Beurteilung der Prognose noch deutliche Mängel nachweisen. Einzelergebnisse der Prüfung sind nicht direkt (absolut) meßbar, sondern nur mit einer Durchschnittsskala der Ergebnisse aller Studenten oder einer Studentengruppe vergleichbar. Die wiederholte Anwendung des Beurteilungsbogens im Verlauf des Studiums ermöglicht nach den Erfahrungen der vergangenen Jahre sowohl für den einzelnen als auch für Gruppen die Beurteilung des Lernerfolgs in den unterschiedlichen Ausbildungsstadien.

Der zusätzlich von den Lehrbeauftragten und Lehrärzten ausgefüllte Berichtsbogen der Prüfung (Abb. 5) zeigt, daß für die Beurteilung eines Studenten zwischen 10 und 60 Minuten (im Durchschnitt 26 Min.) benötigt werden. Außerdem wird die Reaktion der Beteiligten während der Prüfung festgehalten. Beim Patienten finden sich während der Prüfung Angaben (Zufallsaufzählungen) wie "interessiert, zufrieden, gleichgültig, war über die Prüfung nicht informiert,

offen, kooperativ, leicht verunsichert". Die Studenten empfindet der Prüferarzt als "zunächst ablehnend, nachher eifrig, gut vorbereitet, sehr bemüht, z.T. unsicher, hilfreich, etwas aufgeregt, konzeptlos, andererseits locker und aufgeschlossen". Die Lehrbeauftragten bzw. Prüfer beurteilen die Prüfungssituation als "zeitaufwendig, ergibt viele Anregungen, macht Spaß".

6. Zusammenfassung

Die Prüfung zur Beurteilung ärztlichen Verhaltens im Anschluß an den Kursus zur Einführung in Fragen der allgemeinmedizinischen Praxis erfaßt erstmals im Sommersemester 1983 bei 178 Studenten im 7. Studiensemester die Fähigkeit zur Kommunikation mit dem Patienten, bei der Anamnese-Erhebung und körperlichen Untersuchung. Durch Absprachen und Übungen haben sich vorher die 20 prüfenden Ärzte auf die zu prüfenden Kriterien verständigt. Es besteht Konsens darüber, daß außer objektiven auch subjektive Beurteilungsmerkmale das Ergebnis beeinflussen.

Aus allen Prüfungsprotokollen wird der Durchschnitt für die einzelnen Beurteilungskriterien und ihre Standardabweichung errechnet. Mit einer graphischen Darstellung aller Teilwerte lassen sich dann die Einzelergebnisse eines jeden Studenten oder seiner Gruppe vergleichen. Damit wird die Einzelbewertung gegenüber der Gruppe, der Vergleich der Gruppen untereinander und andererseits gegenüber dem Durchschnitt aller geprüften Studenten möglich (Tab. 1).

Tab. 1: Vergleichsmöglichkeiten der Prüfungsergebnisse:

1. Student - Student
2. Student - Gruppe
3. Student - Gesamtkollektiv
4. Gruppe - Gruppe
5. Gruppe - Gesamtkollektiv

Weitstreuende Beurteilungen, wie bei "Information des Patienten, Interpretation vorhandener Labor- und technischer Daten, Erläuterungen zur Prognose", können unterschiedlich interpretiert werden. Entweder wird im Unterrichtsangebot der Gruppen diese Fähigkeit zu wenig geübt oder sie ist ganz allgemein während des Studienganges noch nicht ausreichend beim Studenten entwickelt. Diskussionen unter den Prüferärzten haben deswegen inhaltliche und methodische Fragen der Unterrichtsgestaltung zum Thema und beschäftigen sich andererseits mit der curricularen Platzierung des Kurses im Medizinstudium.

BERICHT

Über die Beurteilung ärztlichen Verhaltens im
Kursus für Allgemeinmedizin

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Wie haben Sie Ihre Prüfungen protokolliert? | | | |
| a) auf dem Beurteilungsbogen allein | I | I | |
| b) zusätzlich in schriftlicher Form | I | I | |
| 2. Wieviel Zeit (in Minuten) benötigen Sie durchschnittlich für die Prüfung eines Studenten? | I | I | I |
| 3. Wann führen Sie die Prüfung durch? | | | |
| vor den Kursstunden | I | I | |
| während des Kursus | I | I | |
| nach dem Kursus | I | I | |
| nach Vereinbarung | I | I | |
| 4. Wieviele Studenten haben Sie beurteilt? | I | I | I |
| 5. Haben Sie jeden Studenten einzeln geprüft? | | | |
| ja | I | I | I |
| nein | I | I | I |
| wenn nein: wie und warum? | | | |
| 6. Wie empfinden Sie die Reaktion der Beteiligten bei der Prüfung? | | | |
| Patient: | | | |
| Student: | | | |
| Lehrbeauftragter bzw. Lehrarzt: | | | |
| 7. Welche Probleme traten bei den Prüfungen auf? | | | |
| 8. Welche Vorschläge haben Sie zur Gestaltung der "Beurteilung ärztlichen Verhaltens" im Kursus für Allgemeinmedizin? | | | |
| 9. Welche Kriterien zur Scheinvergabe halten Sie für sinnvoll? (Mehrfachnennungen erbeten; Bedeutung in der Reihenfolge mit 1 - 3 kennzeichnen) | | | |
| Regelmäßigkeit | I | I | |
| Abfassung eines einmaligen Kursprotokolls von jedem Studenten | I | I | |
| Beurteilung ärztlichen Verhalten | I | I | |
| anderes: | | | |

Name des Lehrbeauftragten bzw. Lehrarztes:

Abb. 5: Fragebögen für die Prüfer zur Einschätzung der Prüfung ärztlichen Verhaltens und der Beteiligten.

Prof. Dr. med. K. Jork
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Institut für Allgemeinmedizin
Theodor-Stern-Kai 7
D 6000 Frankfurt 70