

Ärztliche Einstellungen und die Schwierigkeit, sie zu vermitteln

G. Fabry

The Difficulties of Imparting Professional Attitudes in Medical Education

Zusammenfassung

Einstellungen gelten neben Wissen und Fertigkeiten als ein wesentliches übergeordnetes Lernziel des Medizinstudiums. Das tatsächliche Verhalten der Lehrenden gegenüber Studierenden und Patienten scheint bei ihrer Vermittlung eine größere Rolle zu spielen als die theoretisch gelehrt Inhalte. Lehrveranstaltungen müssen daher so beschaffen sein, dass neben den dort vermittelten Inhalten auch die dem individuellen Verhalten zugrunde liegenden Einstellungen hinterfragt, diskutiert und begründet werden können. Auf diese Weise wird eine den Arbeitsprozess begleitende Reflexion eingeübt, die viele der dem Arzt abverlangten Haltungen (zum Beispiel Kollegialität, Neutralität, Bereitschaft zur Selbstkritik) erst ermöglicht.

Schlüsselwörter

Medizinstudium · ärztliche Einstellungen · Didaktik

Abstract

The attitudes students acquire during their medical education – towards patients as well as to their profession – are as important as medical knowledge and skills. Acquisition of these attitudes is valued as an ultimate goal of medical education. In mediating attitudes, *how* teachers interact with students and patients seems to be more important than *what* is ostensibly taught. Teaching should, therefore, not only focus on explicit curriculum content, but should also provide opportunities to question, discuss and explain attitudes underlying individual – professional interpersonal – behaviour. By this means, a permanent, on-going reflective work-process is ingrained into students' educational experience, which is a precondition for many of the virtues demanded from doctors today (e.g. cooperativeness, neutrality, willingness for self-criticism).

Key words

Medical education · Attitudes · didactics

Es besteht weit gehende Einigkeit, dass ein Arzt nicht nur über medizinisches Wissen und bestimmte Fertigkeiten verfügen soll, sondern auch spezifisch ärztliche Einstellungen ausbilden muss, um den besonderen Anforderungen seines Berufes gerecht zu werden. Daraus ergibt sich unmittelbar die Frage ob und wenn ja, wie solche Einstellungen im Medizinstudium vermittelt werden können.

Was sind „ärztliche Einstellungen“?

Allgemein gelten Einstellungen als „relativ stabiler Komplex von Annahmen über ein Objekt, ein Subjekt oder ein Konzept, die jemanden dazu prädestinieren, in einer bevorzugten Weise zu reagieren“ [18]. Einstellungen bestehen aus kognitiven, affektiven und verhaltenssteuernden Komponenten, wobei insbesondere die Bedeutung der affektiven Komponenten betont wird. In der gängigen Taxonomie der Lernziele werden Einstellungen daher

Institutsangaben

Albert-Ludwigs-Universität, Abteilung für Medizinische Psychologie
(Leiter: Prof. Dr. med. Sebastian Goepfert), Freiburg

Korrespondenzadresse

Dr. med. Götz Fabry · Albert-Ludwigs-Universität · Abteilung für Medizinische Psychologie ·
Rheinstraße 12 · 79104 Freiburg · E-mail: goetz.fabry@klinikum.uni-freiburg.de

Bibliografie

Med Ausbild 2004; 21: 35–38 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0176-4772

als affektive Lernziele bezeichnet, die neben kognitiven („Wissen“) und psychomotorischen Lernzielen („Fertigkeiten“) im Medizinstudium vermittelt werden sollen [15].

Zahlreiche ärztliche Einstellungen werden von jeher in den Codices benannt, die einen gemeinsamen ethischen und rechtlichen Nenner ärztlichen Verhaltens sicherstellen sollen. Im Genfer Ärztegelöbnis etwa finden sich Verschwiegenheit, Kollegialität, Standesbewusstsein und Neutralität. Ähnliche Inhalte gibt die (Muster-)Berufsordnung vor, wobei hier noch zusätzlich Gewissenhaftigkeit und die Bereitschaft zur Selbstkritik zu finden sind [3].

Auch in der Diskussion um eine Reform des Medizinstudiums spielen Einstellungen eine wichtige Rolle, weil sich an ihnen am deutlichsten die veränderten Anforderungen an den Arztberuf ablesen lassen: „Das Bild des allseits wissenden, irrtumsfreien und entscheidungssicheren Arztes wird abgelöst durch eine Arztrolle, die [...] eher als kommunikativ und reflexiv beschrieben wird und den Prozeß der therapeutischen Entscheidungsfindung als gemeinsame Interaktion zu begreifen versucht.“ [11]. Ähnlich argumentieren auch die Experten des Murrhardter Kreises, die im Zusammenhang mit der als unabdingbar erachteten kommunikativen Kompetenz künftiger Ärzte folgende Einstellungen für besonders bedeutsam halten: Aufgeschlossenheit, Konfliktfähigkeit und das Akzeptieren eigener Grenzen [2].

In der neuen Approbationsordnung werden Einstellungen als Lernziel nicht ausdrücklich erwähnt. Implizit finden sie sich als Lernziel aber dennoch im Text wieder, wenn z.B. in §1 davon die Rede ist, dass die Ausbildung „die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und mit Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens fördern“ solle oder wenn in §28 gefordert wird, dass der Prüfling im zweiten Teil der Ärztlichen Prüfung nachweisen müsse, dass er „sich [im Kontakt mit dem Patienten] der Situation entsprechend zu verhalten weiß“ [1].

Probleme der Vermittlung

Wie können solche Einstellungen während der Ausbildung vermittelt werden? Nachdenklich machen Befunde aus empirischen Studien, die nahe legen, dass es nicht nur schwierig sein könnte, erwünschte ärztliche Einstellungen während des Studiums zu vermitteln, sondern dass vielmehr zunächst zu verhindern ist, dass bereits vorhandene positive Einstellungen dem ärztlichen Beruf und den Patienten gegenüber während des Studiums verloren gehen. Alarmierend wirken hier die seit den Studien von Eron in den 50er-Jahren immer wieder bestätigten Befunde, wonach Medizinstudierende während ihrer Ausbildung eine deutlich Zunahme an Zynismus und Abnahme an humanitären Einstellungen zeigen [5,10]. Dieser Effekt blieb langfristig selbst dann erhalten, wenn versucht wurde, durch Lehrveranstaltungen, in denen ein ganzheitlicher, patientenzentrierter Zugang vermittelt wurde, gezielte Gegenakzente zu setzen [17]. Solange die Vermittlung ärztlicher Einstellungen hauptsächlich an solche isoliert bleibende Ergänzungen gebunden bleibt, wird sie langfristig nur wenig ausrichten. Daran kranken letztendlich alle Versuche, das Problem zu lösen, indem „reflexionsfördernde“ Fächer wie Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie oder

Ethik in der Medizin eingeführt werden, ohne sie wirklich in das Studium zu integrieren.

Mit einer Ergänzung der Lehrinhalte allein ist es also nicht getan, weil bei der Aneignung von Einstellungen die Vorbildfunktion der Lehrenden sowie die gesamte Erlebniswelt des Medizinstudiums eine entscheidende Rolle spielt. Besondere Bedeutung hat hier das so genannte „hidden curriculum“ [12], womit diejenigen „versteckten“ Studieninhalte bezeichnet werden, die nicht offiziell im Stundenplan stehen, die sich zwischen den Zeilen aber dennoch den Studierenden mitteilen. Mehr als über direkte verbale Vermittlung zeigen sich Einstellungen im Verhalten eines Dozenten bestimmten Patienten gegenüber, im Umgang mit dem Pflegepersonal, mit Studierenden und Kollegen [20]. Zwischen dem expliziten und dem versteckten Curriculum können erhebliche Differenzen bestehen, die sich vor allem dann negativ bemerkbar machen dürften, wenn auf der Verhaltensebene nicht eingelöst wird, was in Vorlesung und Seminar theoretisch vermittelt wurde. Da in den Lehrveranstaltungen bisher praktisch ausschließlich die Inhaltsebene und nicht die „Beziehungsebene“ (um einen Begriff aus der Kommunikationstheorie zu verwenden) im Vordergrund steht, werden solche Widersprüche nicht thematisiert, womit die Auswirkungen auf das Verhalten der Lernenden im Dunkeln bleiben müssen. Welche Einstellungen der Studierende während des Studiums z.B. für den Umgang mit Patienten oder die Zusammenarbeit mit Kollegen und Angehörigen anderer Berufsgruppen erwirbt, bleibt damit dem Zufall überlassen [14].

Das Beispiel der Anamnesegruppen

Die Erkenntnis, dass eine gezielte und reproduzierbare Vermittlung von Einstellungen nur dann zu leisten ist, wenn neben den Studieninhalten auch der Lernprozess problematisiert wird, hat zu verschiedenen Versuchen mit neuen Lehr-Lernformen geführt. So entstanden z.B. in den 70er-Jahren an vielen Universitäten Anamnesegruppen, in denen nicht nur die Anamneseerhebung als technische Fertigkeit geübt werden sollte, sondern deren Ziel es war, eine patientenzentrierte Haltung zu vermitteln. Dabei wurde ganz bewusst auf das selbst verantwortete Lernen in der „peer group“ unter Anleitung studentischer Tutoren (also ebenfalls peers) gesetzt [19]. Dass mit dieser Form des Lernens tatsächlich Einstellungsveränderungen erreicht werden können, wurde durch die wissenschaftliche Begleitforschung dokumentiert. So konnte Egle zeigen, dass sich bei den Teilnehmern an einer 1-jährigen Anamnesegruppe eine eigenständige Auffassung der Arzt-Patient-Beziehung etabliert, die sich sowohl von einer traditionellen, asymmetrischen Rollenverteilung als auch von einem „idealen“ Freundschaftsmodell unterscheidet: Der Patient wird zwar als hilfsbedürftig, aber zugleich auch als selbstständig und mitbestimmend wahrgenommen [9]. Ein zweiter Effekt zeigte sich in Bezug auf die Gruppenarbeit: Während sich die Studierenden anfangs anderen Gruppenmitgliedern gegenüber als unterlegen, eingeschüchtert und hilfsbedürftig einschätzten, gaben sie am Ende an, sich in der Gruppe geborgen und akzeptiert zu fühlen, sowie die gegenseitige Unterstützung als sehr hilfreich zu erleben.

Trotz solcher positiver Erfahrungen sind die Anamnesegruppen bis heute eine studentische Initiative geblieben, die von den Fakultäten mehr oder weniger intensiv unterstützt wird. Eine breitere Integration in das Studium fand bisher nicht statt. Damit bleibt aber auch fraglich, wie nachhaltig die skizzierten Einstellungsänderungen sein können, vor allem dann, wenn die ansonsten herrschende Praxis andere Verhaltensweisen nahe legt. Bereits in den 60er-Jahren zeigten Studien an Medical Schools in den USA, dass die in einem Kurs gewonnene patientenzentrierte Einstellung unter dem Druck anderer Lehrveranstaltungen wieder verloren gehen kann, wenn eine solche Haltung nicht unterstützt wird [17].

Reformstudiengänge

Die Frage, wie ärztliche Einstellungen während der Ausbildung vermittelt und gefestigt werden können, ist eng mit der Frage nach einer Reform des Medizinstudiums verknüpft. Denn der Ausgangspunkt für Reformüberlegungen war und ist immer noch der Eindruck, dass die bestehenden Ausbildungssysteme den Wandel von Medizin und Arztbild nicht ausreichend mitvollzogen haben. Den verschiedenen Reformstudiengängen liegt daher bei allen Differenzen im Detail eine gemeinsame Philosophie zugrunde, in der die Bedeutung einer partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung und einer ganzheitlichen medizinischen Betrachtungsweise betont wird. Verhaltensbestimmend wird eine solche Auffassung aber erst durch entsprechende individuelle Einstellungen, deren Vermittlung große Bedeutung beigemessen wird und die daher auch explizit als Lernziel für das Studium formuliert sind.

In allen Reformstudiengängen ist versucht worden, eine umfassende Integration der Vermittlung von ärztlichen Einstellungen hinsichtlich Prozess und Inhalt zu realisieren. Beispielhaft soll hier auf ein auch von anderen Universitäten übernommenes Projekt der Universität Linköping in Schweden hingewiesen werden, wo auf einer Lehr-Station Medizinstudierende, angehende Krankenpfleger, Beschäftigungs- und Physiotherapeuten zusammenarbeiten, so dass bereits während der Ausbildung interprofessionelle Zusammenarbeit eingeübt und reflektiert werden kann [13].

Auch das in vielen Reformstudiengängen vorherrschende Konzept des problemorientierten Lernens in der Kleingruppe (POL) unter Anleitung von (studentischen) Tutoren hat nicht nur den Vorteil einer kontextnahen Wissensvermittlung, sondern trägt durch den Lernprozess selbst dazu bei, „den Sinn für die Bedeutung von Interaktion und Zusammenarbeit zu schärfen“ [8]. Die Teamarbeit in der Lerngruppe ist damit auch eine Simulation für die spätere Teamarbeit in Klinik und Praxis.

Konsequenzen

Für die Vermittlung von ärztlichen Einstellungen sind nicht in erster Linie zusätzliche Studieninhalte oder Lehrveranstaltungen erforderlich. Einstellungen werden über das Verhalten des Lehrenden und über die gesamte Lernumgebung in jeder Lehrveranstaltung vermittelt [6, 7]. Bisher wird allerdings dem Umstand,

dass Lernen in erster Linie ein sozialer Prozess ist und dass Wissen, Fertigkeiten sowie die ihnen zugrunde liegenden Einstellungen immer auch mit dem sozialen Kontext verbunden sind, in dem sie erworben werden, im Medizinstudium noch zu wenig Rechnung getragen [16]. Für die Sozialisation der Studierenden dürfte aber die Auseinandersetzung mit den durch Verhaltensbeobachtung und Modelllernen gewonnenen Erkenntnissen über die Einstellungen, Haltungen und Werte ihrer zukünftigen Kollegen wesentlicher sein als die dazu explizit vermittelten Inhalte des Studiums.

Notwendig ist also eine bewusste Reflexion des Lehr-Lernprozesses, in der die gruppenspezifischen Wechselwirkungen, etwaige Schwierigkeiten und Missverständnisse zum Thema gemacht werden können. In einem solchen Reflexionsprozess kann und darf natürlich die Person des Lehrenden, sein Verhalten und seine Beziehung zu den Lernenden nicht ausgespart bleiben. Wie dargestellt wurde, bieten „peer to peer“-Lernformen, wie sie in Anamnesegruppen, problemorientierten Lerngruppen und anderen Tutoraten realisiert werden, hier Vorteile. Durch den Entzug des „Ideals“ [19] werden die Studierenden auf sich selbst als Persönlichkeiten und beginnende Rollenträger zurückverwiesen und können gemeinsam einen wichtigen Schritt in ihrer beruflichen Sozialisation gehen. Die fehlende Hierarchie erleichtert darüber hinaus eine offene und kritische Diskussion in der Gruppe. Die Tutoren sollen keine „Stellvertreter“-Professoren sein; es geht gerade darum, die Nichtautorität als Chance wahrzunehmen. In den durch die Tutoren angeleiteten Gruppen kann damit der für die Ausbildung ärztlicher Eigenschaften als zentral erkannte selbstreflexive Erkenntnisprozess in Gang kommen, der sich auch im späteren Umgang mit dem Patienten bewährt. Damit die Tutoren sowohl bei inhaltlichen Fragen als auch bei interpersonellen und gruppenspezifischen Problemen Unterstützung finden, ist eine Supervision hilfreich, die, wie bei den Anamnesegruppen, z.B. nach dem Modell einer Balint-Gruppe durchgeführt werden kann [4].

Ist die Tatsache, dass der Lernprozess in der hier skizzierten Weise bei der Vermittlung von ärztlichen Einstellungen die entscheidende Rolle spielt, erst einmal anerkannt, stellt sich die Frage, wie traditionelle Lehrveranstaltungen mit professionellen (Arzt-)Dozenten diesen Prozess positiv beeinflussen können. Dies wird nur dann möglich sein, wenn es den Lehrenden gelingt, in ihren Veranstaltungen eine Atmosphäre zu schaffen, in der die Studierenden nicht nur inhaltlich mitarbeiten, sondern ihre Vorstellungen, Erwartungen, Wünsche frei äußern können. Vor allem aber ist Offenheit gefordert für Zweifel und Kritik der Studierenden bezüglich des Ausbildungsprozesses und im Hinblick auf ihre spätere Rolle im Beruf. In Analogie zu Entwicklungen in der psychosomatischen Medizin könnte man davon sprechen, dass es notwendig ist, das Subjekt (des Lernenden) wieder in die medizinische Ausbildung einzuführen, mit dem Ziel, eine studentenzentrierte Lehre zu etablieren.

Literatur

- 1 Approbationsordnung für Ärzte. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2002 Teil I Nr. 44, ausgegeben zu Bonn am 3. Juli 2002, S. 2405–2435
- 2 Das Arztbild der Zukunft. Arbeitskreis Mediziner Ausbildung der Robert-Bosch-Stiftung, Gerlingen: Bleicher, 1995 (3. Aufl.)

- ³ (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte. www.bundesaerztekammer.de/30/Berufsordnung/Mbopdf.pdf
- ⁴ Balint M. *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett, 1957
- ⁵ Beckmann D, Moeller ML, Richter HE, Scheer JW. *Studenten – Urteile über sich selbst, über ihre Arbeit und über die Universität*. Frankfurt/M.: Aspekte, 1972
- ⁶ Bloom SW. *Power and dissent in the medical school*. New York: Free Press, 1973
- ⁷ Bloom SW. The process of becoming a physician and the context of medical education. In: Noack H (ed): *Medical education and primary health care*. London: Croom Helm, 1980: 144–160
- ⁸ Burger W. Reformstudiengang Medizin an der Humboldt-Universität zu Berlin. In: Göbel E, Schnabel K (Hrsg): *Medizinische Reformstudiengänge*. Frankfurt/M.: Mabuse, 1999: 17–37
- ⁹ Egle UT. *Die Arzt-Patient-Beziehung als affektives Lernziel im Medizinstudium. Konzept und Evaluation der Anamnesegruppe*. Med. Diss., Marburg, 1982
- ¹⁰ Eron LD. Effect of medical education on attitudes. *J Med Educ* 1958; 33: 25–33
- ¹¹ Francke H, Hart D. *Ärztliche Verantwortung und Patienteninformation*. Stuttgart: Enke, 1987
- ¹² Hafferty FW, Franks R. The Hidden Curriculum, Ethics Teaching, and the Structure of Medical Education. *Acad Med* 1994; 69: 861–871
- ¹³ Horsburgh M, Lamdin R, Williamson E. Multiprofessional learning: the attitudes of medical, nursing and pharmacy students to shared learning. *Med Educ* 2001; 35: 876–883
- ¹⁴ Howe A. Professional development in undergraduate medical curricula – the key to the door of a new culture? *Med Educ* 2002; 36: 353–359
- ¹⁵ Krathwohl DR, Bloom BS, Masia BB. *Taxonomie von Lernzielen im affektiven Bereich*. Weinheim: Beltz, 1975
- ¹⁶ Reimann-Rothmeier G, Mandl H. Unterrichten und Lernumgebungen gestalten. In: Krapp A, Weidemann B (Hrsg): *Pädagogische Psychologie*. Weinheim: Beltz, 2001: 603–646
- ¹⁷ Rezler AG. Attitude changes during medical school: a review of the literature. *J Med Educ* 1974; 49: 1023–1030
- ¹⁸ Rezler AG. The assessment of attitudes. In: WHO: *Public Health Paper 52: Development of Educational Programmes for the Health Professions*. Genf, 1973
- ¹⁹ Schüffel W (Hrsg). *Sprechen mit Kranken. Erfahrungen studentischer Anamnesegruppen*. Urban & Schwarzenberg, München 1983
- ²⁰ Wolf TM, Randall HM, Almen K von, Tynes LL. Perceived mistreatment and attitude change by graduating medical students: a retrospective study. *Med Educ* 1991; 25: 182–190