

Faktoren eines hilfreichen Kommunikationstrainings für Medizinstudierende

–

Eine Fragebogenerhebung

MASTERARBEIT

an der

Universität Regensburg

Zentrum für Sprache und Kommunikation

Mündliche Kommunikation und Sprecherziehung

Studiengang M.A. Speech Communication and Rhetoric

Abschlussarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Arts in
Speech Communication and Rhetoric

Erstgutachterin: Dr. Brigitte Teuchert

Zweitgutachter: PD Dr. habil. Wieland Kranich

vorgelegt von

Linda Fischer

Semester: SoSe 2022

Regensburg, den 19.09.2022

Zusammenfassung

Faktoren eines hilfreichen Kommunikationstrainings für Medizinstudierende –

Eine Fragebogenerhebung

Hintergrund/Ziel:

Mit dieser empirischen Studie wurden die Bedürfnisse und Ansprüche von Humanmedizin-studierenden an Kommunikationstrainings an Universitäten erforscht und mit den Ansichten von bereits praktizierenden Ärzt*innen abgeglichen.

Ziel war es Erkenntnisse zu gewinnen, auf deren Grundlage ein Kommunikationstraining entwickelt werden kann, welches sowohl von Humanmedizinstudierenden im Moment des Lernens als hilfreich empfunden wird als auch zu einem späteren Zeitpunkt im beruflichen Leben weiterhin positive Effekte erzielt und sich als nützlich für den Berufsalltag erweist.

Methodik:

Es wurde ein Online-Fragebogen eingesetzt, der deutschlandweit an Studierende der Humanmedizin und praktizierende Ärzt*innen versendet wurde. Die Befragten wurden entsprechend in zwei Gruppen aufgeteilt. Die Ergebnisse wurden mittels des Mann-Whitney-U-Tests verglichen.

Für die Studie wurden Ratingskalen entwickelt, welche folgende Dimensionen umfassten: (1) Methoden; (2) Inhalte; (3) Rahmenbedingungen; (4) zeitliche Aspekte; (5) allgemeine Einschätzungen.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse basieren auf 47 Rückmeldungen von Studierenden und 33 von Ärzt*innen. Der Mann-Whitney-U-Test ergab hinsichtlich einzelner Items signifikante Gruppenunterschiede in den Dimensionen Methoden, Rahmenbedingungen sowie zeitliche Aspekte.

Schlussfolgerung:

Berufliche Erfahrung scheint teilweise einen Einfluss auf die Ansichten zu haben, wie ein Kommunikationstraining gestaltet sein sollte, um als hilfreich anerkannt zu werden. Dies kann für Kommunikationstrainer*innen von Bedeutung sein. Um adäquate Konzepte zu entwickeln, bedarf es weiterer Forschung, insbesondere um die Ursache für die unterschiedlichen Ansichten zu ergründen und inwiefern sie in Trainings berücksichtigt werden können, um Studierende im Zeitpunkt des Lernens angemessen zu fördern und gleichzeitig Wissen auf eine Weise zu vermitteln, dass die Lernenden auch im späteren Berufsleben davon profitieren.

Schlüsselwörter:

Kommunikation, Kommunikationstraining, Humanmedizin, Studierende, Ärzt*innen

Abstract

Factors of a helpful communication training for medical students –

A questionnaire survey

Background/Aim:

This empirical study investigated the needs and demands of medical students for communication training at universities and compared them with the views of doctors already in practice.

The aim was to gain insights into the development of communication training that is perceived as helpful by medical students at the moment of learning and continues to have positive effects later in their professional lives and proves to be useful in their everyday working lives.

Methods:

An online questionnaire was used, which was sent to students of human medicine and practising doctors throughout Germany. The respondents were divided into two groups. The results were compared using the Mann-Whitney-U-test.

Rating scales were developed for the study, which included the following dimensions: (1) methods; (2) contents; (3) framework conditions; (4) temporal aspects; (5) general assessments.

Results:

The results are based on 47 responses from students and 33 from doctors. The Mann-Whitney-U-test revealed significant group differences concerning individual items in the dimensions of methods, framework conditions, and time aspects.

Conclusion:

Professional experience seems to have a partial influence on views of how communication training should be designed to be recognised as helpful. This may be relevant for communication trainers. To develop adequate concepts, further research is needed, especially to figure out the reason for the different views and to what extent they can be taken into account in training concepts to support students appropriately in a way that they benefit from it in their later professional life as well.

Keywords:

Communication, communication training, human medicine, students, doctors

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	II
Abstract	III
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund	2
2.1 Kommunikation allgemein und im medizinischen Kontext	3
2.2 Typische Gesprächsarten im medizinischen Kontext	4
2.3 Weitere Möglichkeiten der Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation	5
2.4 Bedeutung geglückter Kommunikation	5
2.5 Barrieren und Ursachen für missglückte Kommunikation	7
2.6 Auswirkungen missglückter Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation	10
2.7 Kommunikationstrainings	11
2.8 Negative Auswirkungen von Kommunikationstrainings	14
3. Fragestellung und Hypothese	16
4. Relevanz des Themas für die Fachdisziplin Sprechwissenschaft	17
5. Methode	18
5.1 Stichprobe	18
5.2 Design	19
5.2.1 Methodenwahl	19
5.2.2 Formulierung und Zusammenstellung der Items	20
5.2.3 Fragebogendramaturgie	21
5.2.4 Antwortmodus	21
5.2.5 Testverfälschung	22
5.3 Verwendete Verfahren	22
5.4 Entwicklungsprozess	24
5.5 Datenschutz und Ethik	25
6. Ergebnisse	26
6.1 Datenbereinigung und Beschreibung der Stichprobe	26
6.2 Auswertung der erhobenen Daten	31
6.2.1 Auswertung der „Methoden“ im Kommunikationstraining	32

6.2.2	Auswertung der „Inhalte“ eines Kommunikationstrainings _____	39
6.2.3	Auswertung „Rahmenbedingungen“ eines Kommunikationstrainings _____	43
6.2.4	Auswertung der „zeitlichen Aspekte“ von Kommunikationstrainings _____	47
6.2.5	Auswertung der „allgemeinen Einschätzungen“ über Kommunikationstrainings _____	50
6.3	Ausreißer _____	53
6.4	Qualitative Auswertung der offenen Frage _____	58
7.	Diskussion _____	60
7.1	Methoden _____	60
7.2	Inhalte _____	64
7.3	Rahmenbedingungen _____	67
7.4	Zeitliche Aspekte _____	70
7.5	Allgemeine Einschätzungen _____	71
7.6	Kritische Betrachtung des methodischen Vorgehens _____	73
8.	Fazit und Ausblick _____	78
	Literaturverzeichnis _____	83
	Anhang _____	1
	Ehrenwörtliche Erklärung	

Abbildungsverzeichnis

<i>Abb. 1.</i> Flussdiagramm Datenbereinigung.....	27
<i>Abb. 2.</i> Absolute Häufigkeitsangaben bzgl. Altersverteilung der Umfrageteilnehmenden.....	28
<i>Abb. 3.</i> Relative Häufigkeitsangaben bzgl. teilnehmender Bundesländer.....	29
<i>Abb. 4.</i> Relative Häufigkeitsangaben bzgl. Kommunikationstraining als Bestandteil des Studiums.....	29
<i>Abb. 5.</i> Verteilung der Studierenden je Studienabschnitt, absolute Häufigkeit (n = 47).....	30
<i>Abb. 6.</i> Berufserfahrung in Jahren der praktizierenden Ärzt*innen, absolute Häufigkeit (n = 33).....	31
<i>Abb. 7.</i> Relative Verteilung der befragten Gruppen auf die Antwortmarken 1 bis 5, Item ME02_03.....	36
<i>Abb. 8.</i> Relative Verteilung der befragten Gruppen auf die Antwortmarken 1 bis 5, Item RB01_06.....	44
<i>Abb. 9.</i> Relative Verteilung der befragten Gruppen auf die Antwortmarken 1 bis 5, Item ZT01_04.....	47
<i>Abb. 10.</i> Relative Verteilung der befragten Gruppen auf die Antwortmarken 1 bis 5, Item ZT01_05.....	48
<i>Abb. 11.</i> Gruppierte Boxplots, Item AE01_04.....	53
<i>Abb. 12.</i> Gruppierte Boxplots, Item RB01_06.....	55
<i>Abb. 13.</i> Gruppierte Boxplots, Item ME02_03.....	56
<i>Abb. 14.</i> Gruppierte Boxplots, Item ZT01_04.....	57
<i>Abb. 15.</i> Gruppierte Boxplots, Item ZT01_05.....	58

Tabellenverzeichnis

<i>Tab. 1.</i> Kategorien im Fragebogen und Anzahl der Items je Kategorie.....	21
<i>Tab. 2.</i> Mittelwerte, Standardabweichungen, Standardfehler und Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für jedes Item der Kategorie „Methoden“ von SG (n = 47) und ÄG (n = 33).....	35
<i>Tab. 3.</i> Mittelwerte, Standardabweichungen, Standardfehler und Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für jedes Item der Kategorie „Methoden 2“ von SG (n = 47) und ÄG (n = 33).....	39
<i>Tab. 4.</i> Mittelwerte, Standardabweichungen, Standardfehler und Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für jedes Item der Kategorie „Inhalte“ von SG (n = 47) und ÄG (n = 33).....	40
<i>Tab. 5.</i> Mittelwerte, Standardabweichungen, Standardfehler und Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für jedes Item der Kategorie „Rahmenbedingungen“ von SG (n = 47) und ÄG (n = 33).....	46
<i>Tab. 6.</i> Mittelwerte, Standardabweichungen, Standardfehler und Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für jedes Item der Kategorie „Zeitliche Aspekte“ von SG (n = 47) und ÄG (n = 33).....	50
<i>Tab. 7.</i> Mittelwerte, Standardabweichungen, Standardfehler und Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für jedes Item der Kategorie „allgemeine Einschätzung“ von SG (n = 47) und ÄG (n = 33).....	50

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ÄG	Ärzt*innengruppe
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
Mean	Mittelwert (Mean)
n	Stichprobengröße
NKLM	Nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin
q _o	Oberes Quartil
q _u	Unteres Quartil
SD	Standardabweichung (standard deviations)
SE	Standardfehler (standard errors)
SG	Studierendengruppe
Tab.	Tabelle

1. Einleitung

„Kommunikation gehört zum lebenslangen Lernen“ (Bundesärztekammer, 2016, S. 104) – so titelte die deutsche Ärztekammer einen Beitrag ihres Beschlussprotokolls. Weiter wird in diesem Schreiben die Wichtigkeit von Gesprächsführungskompetenzen im Rahmen ärztlicher Tätigkeiten hervorgehoben und die Aufnahme der Ausbildung dieser Fähigkeiten in den „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin“ (NKLM) befürwortet (ebd.).

Auch die Gesetzgebung hält den mündlichen Austausch von Ärzt*innen mit ihren Patient*innen für bedeutend, wie ein Blick in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) beweist. Hier werden beispielsweise in §§ 630e, 630c BGB die Aufklärungs- und Informationspflichten geregelt, wobei explizit auf die Mündlichkeit sowie Verständlichkeit der Erläuterungen hingewiesen wird.

Im sogenannten „Masterplan Medizinstudium 2020“ wurde die Prüfung der Gesprächsführung im Zuge des Staatsexamens festgelegt (Gebhardt et al., 2021). Der Plan wurde gemeinsam durch den damaligen Bundesminister für Gesundheit Gröhe, die Bundesministerin für Bildung und Forschung Professorin Wanka und Vertretende der Gesundheits- und Kultusministerkonferenz sowie Koalitionsfraktionen des Bundestages verfasst (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2017). Er soll für mehr Praxisbezug im Medizinstudium und einer verstärkten Ausbildung von sozialen Kompetenzen sorgen (ebd.).

2020 wurde zudem mit dem „nationalen longitudinalen Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin“ ein Konzept vorgelegt, welches dazu beitragen soll, den Fakultäten die Umsetzung der Lehre kommunikativer Fähigkeiten zu erleichtern und den Standard möglichst bundesweit vergleichbar zu halten (Hinding et al., 2020.). Das Projekt wurde geleitet durch das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen und kooperierte mit zahlreichen deutschen Universitätskliniken (ebd.).

Das Bewusstsein für die Bedeutsamkeit einer gelungenen Kommunikation im medizinischen Kontext ist somit auf verschiedenen Ebenen vorhanden und hat

dazu geführt, dass einige Universitäten die Ausbildung entsprechender Kompetenzen an ihren Fakultäten in ihre Curricula aufgenommen haben (Hinding et al., 2020). Diese gestalten sich dabei zum Teil recht unterschiedlich in ihrer didaktischen Vorgehensweise als auch im inhaltlichen Aufbau (ebd.). Viele der Konzepte sind kaum evaluiert oder nicht spezifisch für die speziellen Anforderungen und Bedürfnisse der Humanmedizin entwickelt worden (Gebhardt et al., 2021).

Während zahlreiche Forschungsprojekte vielversprechende und günstige Auswirkungen von Kommunikationstrainings, die bereits während der Studienzeit erfolgen, belegen, gibt es zunehmend kritische Stimmen, welche anhand ihrer Studienergebnisse gegenteilige Effekte nachweisen und auf mögliche unerwünschte Folgen von derartigen Lerneinheiten hinweisen (siehe unter 2 Theoretischer Hintergrund, S. 2).

Da einerseits die Bedeutsamkeit von gelungener medizinischer Gesprächsführung anerkannt ist, andererseits ein misslungenes kommunikatives Training weitreichend negative Auswirkungen auf das medizinische Personal selbst sowie ihre Patient*innen hat, wird sich in der vorliegenden Arbeit mit der Thematik auseinandergesetzt, wie ein Training während des Studiums gestaltet zu sein hat, um sich als positiv wirksam zu erweisen. Die Forschung bezieht sich hierbei ausschließlich auf Studierende der Humanmedizin sowie praktizierende Ärzt*innen jener Disziplin.

2. Theoretischer Hintergrund

Es folgt eine Bestimmung der für die Arbeit essenzieller Begriffe sowie die Darstellung wesentlicher aktueller Forschungsergebnisse bezüglich der Themen Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation und Kommunikationstrainings für Medizinstudierende.

2.1 Kommunikation allgemein und im medizinischen Kontext

Rhetorische Kommunikation beschäftigt sich mit dem Prozess des handlungsauslösenden Sprechdenkens sowie Hörverstehens, wobei zwischen der Rhetorik der Rede und Rhetorik des Gesprächs unterschieden wird (Geißner, 1988). Die rhetorische Kommunikation hat eine unterstützende Funktion bezogen auf die Fähigkeiten der mündlichen Kommunikation (Allhoff & Allhoff, 2014). So können mithilfe der rhetorischen Kommunikation beispielsweise eigene Äußerungen getätigt und Gedankengänge anderer Personen nachvollzogen werden (ebd.). Zudem werden durch Übungen in diesem Bereich die eigene Argumentationsweise und Zuhörfähigkeiten sowie die Verständigung gefördert (ebd.).

Kommunikation, welche speziell im medizinischen Kontext stattfindet, wird in der Literatur unterschiedlich definiert (Cuffy, Hagiwara, Vrana & McInnes, 2020). Bechmann (2014) weist darauf hin, dass der Begriff **medizinischer Kommunikation** zu dem Trugschluss verleiten kann, es handle sich um eine spezifische Form der Kommunikation. Vielmehr wird unter dieser Bezeichnung eine Vielzahl an „verschiedene[n] sehr komplexe[n] Gespräche[n]“ (ebd., S. 6) zusammengefasst. Die Gespräche finden zwischen verschiedenen Beteiligten wie beispielsweise Ärzt*innen, Patient*innen, weiteren am Genesungsprozess involvierten Berufsgruppen sowie Kostenträgern statt (ebd.). Im sich anschließenden Verlauf der vorliegenden Arbeit wird sich auf die Kommunikation zwischen Mediziner*innen und Patient*innen fokussiert. Bezogen auf diese Gesprächsteilnehmenden basiert medizinische Kommunikation laut Bechman (2014) auf „Wertschätzung, Empathie und Authentizität“ (S. 112). Die Beziehung zwischen den Beteiligten trägt wesentlich zum Therapieerfolg bei (ebd.).

Unter **Empathie** wird ein „komplexes, mehrdimensionales Konzept, das moralische, kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Komponenten aufweist“ (Mercer & Reynolds, 2002, S. 9) verstanden. Ärzt*innen, welche auf empathische Weise kommunizieren, sind in der Lage Verständnis für die Gefühle ihrer Patient*innen auszudrücken (Archer & Meyer, 2021). Diese Fähigkeit ist im Rahmen kommunikativer Trainings an Universitäten erlernbar, wobei jedoch in der Praxis

mangelnde Zeit für die Durchführung von Gesprächen eine Barriere für die Umsetzung darstellt (Mercer & Reynolds, 2002). Vorteile der Nutzung einer empathischen Kommunikationsweise sind auf körperlicher und psychosozialer Ebene nachweisbar (Archer & Meyer, 2021). Die Forschenden Vogel, Meyer und Harendza (2018) zeigen auf, dass „Empathie [...] als Teil eines warmen und freundlichen Kommunikationsstils von großer Bedeutung für bessere Ergebnisse im Gesundheitswesen“ (S. 2) ist. Daher ist das Lehren von Empathie ein wichtiger Bestandteil medizinischer Lehrpläne (Archer & Meyer, 2021).

2.2 Typische Gesprächsarten im medizinischen Kontext

Wie vorangegangen erläutert, umfasst die rhetorische Kommunikation unter anderem die Rhetorik des Gesprächs (siehe unter 2 Theoretischer Hintergrund, S. 2). Geißner (1988) bezeichnet das **Gespräch** als „Prototyp der Kommunikation“ (S. 45). Es ist „als mündliche Kommunikation die intentionale, wechselseitige Verständigungshandlung mit dem Ziel, etwas zur gemeinsamen Sache zu machen, beziehungsweise etwas gemeinsam zur Sache zu machen“ (ebd., S. 45). Die Handlung umfasst verbale sowie nonverbale Komponenten, wobei beispielsweise Aspekte wie Stimme, Gestik und Mimik eine Rolle spielen (Chandra & Mohammadnezhad, 2021).

Im medizinischen Kontext werden eine Reihe diverser **Gesprächsarten** genutzt. Als typische Formen sind zu nennen: Anamnese- und Aufklärungsgespräch (Löning, 2001), Aufnahme-, Beratungs- und Entlassungsgespräch (Bechmann, 2014), die Visitenkommunikation (Koerfer, Kilarski & Albus, 2018) und das Verordnungsgespräch (Hauser, Herzig & Matthes, 2018). Aufgrund der Komplexität von derartigen Gesprächen werden diese zunehmend in einzelne Sequenzen unterteilt, welche beispielsweise wiederum die Elemente Gesprächseröffnung und -beendigung umfassen (Löning, 2001).

2.3 Weitere Möglichkeiten der Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation

Die Kommunikation zwischen Mediziner*innen und Patient*innen kann über Gespräche hinaus auch **computerbasiert** erfolgen (Yan, Tan, Jia & Akram, 2020). Dies ist dann der Fall, wenn zum Beispiel E-Mails verfasst, Foren oder mobile Anwendungen genutzt werden (ebd.). Unterschiede zur klassischen Face-to-Face-Kommunikation liegen, je nach gewähltem Kanal, in der „Konnektivität, textbasierten Kommunikation, Asynchronität und Anonymität“ (ebd., S. 3).

Auch im Rahmen eines traditionellen Gespräches können **schriftliche** Elemente implementiert werden, um Problemen aufgrund von Vergessen oder mangelnden Verständnisses entgegenzuwirken, da neben dem Hören ein weiterer Sinneskanal genutzt wird.

2.4 Bedeutung geglückter Kommunikation

Steiner-Hofbauer, Schrank und Holzinger (2018) veröffentlichten eine Liste mit sechs Aspekten, welche „gute“ Ärzt*innen ausmachen. An zweiter Stelle, nach „allgemeinen zwischenmenschlichen Qualitäten“ (ebd., S. 398) führen sie den Punkt „Kommunikation und Patient*innenbeteiligung“ (ebd., S. 398) auf. Zahlreiche weitere Quellen weisen darauf hin, dass ein geglücktes Kommunikationsgeschehen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen eine Reihe an Vorteilen und positiven Auswirkungen bietet. Diese werde im Folgenden aufgezeigt und somit zugleich die Relevanz gelungener Kommunikation betont.

Chandra und Mohammadnezhad (2021) heben in ihrer Studie insbesondere vier Bereiche hervor, welche profitieren. So wirkt sich ein gelungenes Miteinander dienlich auf das Vertrauen und die Zufriedenheit aus, welche Patient*innen ihren Behandlern gegenüber erbringen (ebd.). Vornehmlich die Beteiligung von den Zu Behandelnden spielt hier eine wesentliche Rolle (Tran, Scherpbier, van Dalen, Van & Wright, 2020). Ebenso wird das mentale Wohlbefinden durch Emotionsregulation gefördert (Ha, Anat & Longnecker, 2010).

Auch die Ergebnisse der Therapien können besser ausfallen, sodass die Gesundheit effektiver gefördert wird (Chandra & Mohammadnezhad, 2021). Als

konkretes Beispiel für bessere Gesundheitsergebnisse nennen Sany, Behzad, Ferns und Peyman (2020) ein verbessertes Blutdruckmanagement aufgrund einer adäquaten Verständigung.

Wenn eine gute zwischenmenschliche Beziehung besteht, die Patient*innen aktiv in den Entscheidungsprozess einbezieht und die relevanten Informationen verständlich ausgetauscht werden, sind Betroffene eher dazu geneigt Behandlungspläne einzuhalten (Chandra & Mohammadnezhad, 2021). Zudem sind Patient*innen eher gewillt persönliche Auskünfte mitzuteilen, welche eine genauere und schnellere Diagnostik ermöglichen (Ha et al., 2010).

Cuffy, Hagiwara, Vrana und McInnes (2020) berichten darüber hinaus von einer verstärkten Therapietreue.

Berger, Boss und Beach (2017) weisen auf die Einhaltung der Patient*innenautonomie hin und, dass eine informierte Zustimmung im Rahmen des sogenannten shared decision makings gelingen kann, wenn die Kommunikation erfolgreich verläuft, wobei im Besonderen Ehrlichkeit durch die Ärzt*innen von Bedeutung ist. Shared decision making, auch gemeinsame Entscheidungsfindung genannt, umfasst dabei einen Prozess, im Zuge dessen Mediziner*innen und Patient*innen zusammen festlegen, welche weiteren Maßnahmen vorgenommen werden (National Institute for Health and Care Excellence, 2021). Damit dies möglich ist, bedarf es eines Verständnisses über Nutzen, Risiken und Alternativen. Diese Einsicht kann nur über ein gelungenes Gespräch mit adäquatem Informationsaustausch gelingen (ebd.).

Über dies hinaus werden schlechte Nachrichten besser verarbeitet und die Anzahl an Krankenhaustagen sowie an neuen Einweisungen verringert sich (Chandra & Mohammadnezhad, 2021). Dies hat weitreichende Folgen bis hin zur Reduzierung von Kosten, welche das Gesundheitssystem somit geringer wirtschaftlich belasten (ebd.).

Nicht nur Patient*innen und das Gesundheitssystem profitieren. Auch die Mediziner*innen selbst empfinden aufgrund weniger Beschwerden durch ihre Kli-

ent*innen mehr Zufriedenheit bei gleichzeitig reduziertem Stress (ebd.). Die Arbeit bereitet mehr Freude und die Burnout-Rate unter den behandelnden Ärzt*innen sinkt (Ha et al., 2010.)

Insgesamt sehen Forschende in einer adäquaten Kommunikation eine Strategie, um die Qualität von Behandlungen sicherzustellen (Chandra & Mohammadnezhad, 2021). Sany et al. (2020) ergänzen, dass Kommunikation dabei „ein wichtiges modifizierbares Element“ (S. 1) ist. Auch deshalb sind spezielle Trainings in diesem Bereich von Bedeutung. Weitere Punkte, welche die vorteilhaften Auswirkungen von Coachings aufzeigen, werden in einem weiteren Kapitel behandelt. (siehe unter 2.7 Kommunikationstrainings, S. 11)

2.5 Barrieren und Ursachen für missglückte Kommunikation

Es gibt diverse Barrieren, beispielsweise beruflicher, organisatorischer und persönlicher Art, und Herausforderungen, welche zu einer missglückten Kommunikation zwischen Ärzt*innen und ihren Patient*innen beitragen (Omura, Maguire, Levett-Jones & Stone, 2017).

Eine unzureichende Ausbildung führt zu vermeidbaren Fehlern (ebd.), wie zum Beispiel zur Nutzung von für Patient*innen nicht verständlichen Fachjargon (Chandra & Moahmmadnezhad, 2021). Fast 80 % aller Patient*innen gaben in einer Studie an, ihre Diagnose oder die weiteren Schritte der Therapie nicht verstanden zu haben (Engel, Heisler, Smith, Robinson, Forenab & Ubel, 2009). Hax (2014) berichtet von rund 50 %, die diese Angabe gemacht haben und ergänzt, dass Gesagtes zudem in der Regel recht schnell vergessen wird. Informationen werden nicht adäquat vermittelt (Rixen, Hax & Wachholz, 2015). Zudem beklagen Betroffene zu wenig Auskünfte (Adamson, Cho, Notaro & Cotoc, 2018) und Aufklärung (Binter, Herold & Allert, 2017) beziehungsweise sich widersprechende Angaben zu erhalten (Bestmann & Verheyen, 2010). Zu Behandelnde wünschen sich besser über die nächsten Behandlungsschritte, Alternativen und Nebenwirkungen aufgeklärt zu werden (ebd.).

Erschwerend wirken sich Handicaps und Behinderungen aus (Agaronnik, Campbell, Ressalam & Iezzoni, 2019). Es besteht nicht über ausreichend Informationsmaterial mit passenden Maßnahmen, welche Ärzt*innen zur Kommunikationsunterstützung für derartige Fälle nutzen können (ebd.). Ebenso trägt das bevorzugte Sprechen mit Stellvertreter*innen und Begleiter*innen der betroffenen Patient*innen ein Konfliktpotential in sich (ebd.). Hier zeigen sich Defizite im Umgang mit Patient*innen mit körperlichen und geistigen Einschränkungen (ebd.). Auch Menschen ohne Handicap bemängeln, dass sie sich im Gespräch nicht ernst genommen fühlen oder fassen Aussagen als beleidigend und respektlos auf (Binter et al., 2017). Hinzu kommen Ängste von Patient*innen, welche eine offene Kommunikation behindern können (Ha et al., 2010). Darüber hinaus wird ebenso das Gefühl von Machtlosigkeit beschrieben, welches dazu führt, dass nicht um zusätzliche Erklärungen gefragt und Erwartungen sowie Sorgen nicht mitgeteilt werden (ebd.). Ärzt*innen wiederum vermeiden teilweise das Verbalisieren von Emotionen, da die Befürchtung besteht, mit diesen nicht angemessen umgehen zu können (ebd.).

Eine organisatorische Barriere, welche einen gelungenen Austausch verhindern kann, stellt der Faktor Zeit dar. In Deutschland beträgt die durchschnittliche Gesprächsdauer einer Konsultation unter acht Minuten (Deveugele & Derese, 2002). Verglichen mit weiteren europäischen Ländern bildet die Bundesrepublik Deutschland damit das Schlusslicht und weist die kürzeste Zeitspanne auf (Bechmann, 2014). So wird sich beispielsweise in Belgien mit im Schnitt rund 16 Minuten doppelt so viel Zeit für Gespräche genommen (Deveugele & Derese, 2002), während Konsultationen in Schweden nahezu 23 Minuten pro Patient*in andauern (Hanke, 2022).

Der zeitlich entstehende Druck, den sich deutsche Ärzt*innen ausgesetzt sehen, erklärt die unzureichende Aufklärung und Informationsweitergabe (Rixen et al., 2015). Zudem haben Patient*innen nicht die Gelegenheit zuvor Gesagtes zu verarbeiten und nehmen neue Aussagen nicht vollständig auf (ebd.). Aufgrund der durch die ungünstigen Rahmenbedingungen eingeschränkte Zeit tendieren Mediziner*innen dazu ihr Gegenüber nicht aussprechen zu lassen (ebd.). Die ersten

Unterbrechungen erfolgen innerhalb weniger Sekunden nach Beginn der Redezeit der Patient*innen (ebd.). Es kommt zu Missverständnissen sowohl von Seiten der zu Behandelnden (ebd.) als auch der Ärzt*innen (Langewitz, 2002). Vertreter*innen der Profession geben an, über den Zeitfaktor und die dadurch bedingten Probleme unzufrieden zu sein und sich gestresst zu fühlen (Irving et al., 2017).

Die Redeanteile sind asymmetrisch verteilt und liegen zu 80 % beim medizinischen Personal (Hax, 2014). Abträgliche Auswirkungen auf die Behandlung bedingt durch kommunikative Schwierigkeiten und Missverständnissen ergeben sich des Weiteren aus sprachlichen und kulturellen Barrieren (Clarke, Jaffe & Mutch, 2019). Der Umgang wird darüber hinaus durch soziale Aspekte und das Erscheinungsbild der Patient*innen beeinflusst (Langewitz, 2002).

Nicht nur im Face-to-Face Kontext finden Konsultationen statt. Auch technische Hilfsmittel wie Plattformen und Online-Sprechstunden werden genutzt, wobei Ärzt*innen berichten, hierbei die Beziehung zu ihren Patient*innen als angespannt zu empfinden (Yan et al., 2020).

Zu behandelnde Personen sind ebenfalls in klassischen Face-to-Face Gesprächssituationen häufig unzufrieden mit der Beziehungsgestaltung, da sie nicht ausreichend in die Entscheidungen einbezogen werden (Rixen et al., 2015). 46 % der Befragten gaben in einer Studie an, nicht über die Behandlungsziele informiert zu sein (Bestmann & Verheyen, 2010). Hier zeigen sich zwei Aspekte als ursächlich: Einerseits befürchten Ärzt*innen als inkompetent erachtet zu werden, wenn sie die Entscheidungsbeteiligung erhöhen, andererseits fehlt es an kommunikativen Fähigkeiten, um den shared decision making Prozess sinnvoll zu gestalten (Klemperer & Rosenwirth, 2005). Ebenfalls als den Kontakt störend erweist sich die Tatsache, dass Mediziner*innen zum Teil nicht auf das Gespräch fokussiert sind, sondern währenddessen anderen Aktivitäten wie zum Beispiel Telefonaten und Dokumentationen nachgehen (Rixen et al., 2015).

Als neue Barriere wurde die Corona-Pandemie identifiziert, da sie durch Schutzkleidung wie Mund-Nasen-Bedeckung und Einhaltung eines gewissen physischen Abstandes für Distanz sorgt und die Kommunikation dadurch einschränkt (Gopichandran & Sakthivel, 2021). Ebenso wurde beobachtet, dass Ärzt*innen dazu tendieren, den mündlichen Austausch mit Patient*innen kürzer zu gestalten, um ein Ansteckungsrisiko zu minimieren (ebd.). Auch dies führt zu einer Verschlechterung der Gesprächsqualität (ebd.).

Im Allgemeinen wird kritisiert, dass Kommunikation im medizinischen Kontext nicht ausreichend Beachtung geschenkt wird (Cuffy et al., 2020). Die Gesprächsbeteiligten stufen sie als unterschiedlich wichtig ein (Steiner-Hofbauer, Schrank & Holzinger, 2018). So priorisieren Patient*innen Fähigkeiten in diesem Bereich als wichtig für ihre Behandlung, während Mediziner*innen den Fokus auf ihr medizinisches Können legen (ebd.).

2.6 Auswirkungen missglückter Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation

Missglückte Kommunikation zwischen Mediziner*innen und Patient*innen hat zahlreiche schwerwiegende Auswirkungen, wie Ergebnisse aus der Forschung aufweisen. Betroffene Bereiche sind sowohl die Gesundheit als auch die zwischenmenschliche Beziehung der miteinander agierenden Personen (Cuffy et al., 2020). Der Genesungsprozess wird beeinträchtigt, indem Erkrankte nur schwerlich Entscheidungen über das weitere Vorgehen treffen können, wenn es ihnen an Informationen bezüglich der Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten fehlt oder sie diese nicht verstehen (Adamson et al., 2018). Laut Custer, Rein, Nguyen, Wentworth und Dhamoon (2019) vergewissern sich lediglich 20 % der Ärzt*innen, ob ihre Äußerungen nachvollzogen werden können. 40 % erkundigen sich nach Fragen seitens ihrer Patient*innen (ebd.). Durch das mangelnde Verstehen kann es zu Missverständnissen kommen, welche dazu beitragen, dass Behandlungen angestrebt werden, welche keine Erfolgsaussichten haben und somit die Heilungs- und Überlebenschancen mindern (ebd.). Ebenso leidet die Zufriedenheit, was wiederum zu einer eingeschränkten Compliance hinsichtlich der Therapie führen kann (ebd.). Die Gefahr von Konflikten besteht (Berger, Boss

& Beach, 2017). Nicht nur behandlungsbedürftige Personen sind den Folgen einer gescheiterten Kommunikation ausgesetzt. Auch die Behandelnden sind durch gesteigerten Stress und erhöhter Arbeitsbelastung betroffen (Irving et al., 2017).

Es ergeben sich weitere negative Auswirkungen, die sich auf Ebene des Gesundheitssystems zeigen. So trägt eine misslungene Kommunikation dazu bei, dass die Patient*innenversorgung suboptimal verläuft (Coomber et al., 2017). Diese Tatsache führt beispielsweise zu längeren Krankenhausaufenthalten und schlägt sich finanziell in erhöhten Kosten nieder (ebd.).

Auch juristische Auseinandersetzungen können eine Folge sein (Binter et al., 2017). So stellten Binter, Herold und Allert (2017) fest, dass knapp 54 % von Schlichtungsfällen mit medizinischem Hintergrund aufgrund Kommunikationsstörungen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen entstehen.

Insgesamt erwachsen aus einer mangelhaften Kommunikation sowohl individuelle Beeinträchtigungen auf Seiten der Patient*innen und Mediziner*innen als auch soziale und gesellschaftliche Probleme (Yan et al., 2020). Die Qualität der Behandlungen leidet (Al Shamsi, Almutairi, Al Mashrafi & Al Kalbani, 2020).

2.7 Kommunikationstrainings

Kommunikationstrainings sind in der Lage die Kommunikationsweise von medizinischen Fachkräften zu verändern (Ha et al., 2010). Die Studienlage zeigt diesbezüglich eine signifikante Verbesserung (Sany, Behzad, Ferns & Peyman, 2020). Es wurde ein Anstieg an patient*innenzentriertem Arbeiten verzeichnet (Bobeke et al., 2011). Zudem können Fähigkeiten erlernt werden, welche für eine gelungene Gesprächsführung benötigt werden (Ha et al., 2010). Seminare bieten Übungsgelegenheiten hierfür (ebd.). Zu beachten gilt es, dass je Kultur Anpassungen an Trainingsinhalten notwendig sind (Tran, Scherpbier, van Dalen & Wright, 2020). Die folgenden Erkenntnisse beziehen sich allgemein auf die westliche Kultur:

Steiner-Hofbauer, Schrank und Holzinger (2018) weisen im Speziellen auf die Wichtigkeit von Kommunikation und entsprechender Trainings hin, welche bereits im Rahmen des Medizinstudiums stattfinden. Sie betonen „es sollte nicht dem Zufall überlassen bleiben, ob und wie dieses Kernelement der Arzt-Patienten-Beziehung funktioniert“ (ebd., S. 403). Dementsprechend haben zahlreiche Universitäten diese Thematik in ihr Curriculum integriert (ebd.).

Laut Archer und Meyer (2021) nehmen neben der verbesserten Kommunikation die Versuche eines verbesserten Beziehungsaufbaus durch die Studierenden zu. Über den medizinischen Kontext hinaus stellten sie einen entspannteren Kontakt zu ihren eigenen Familien und Freund*innen fest (ebd.), da die erlernten Fähigkeiten auch in diesem privaten Bereich genutzt werden. Jedoch äußern Studierende neben den positiven Auswirkungen auch Gefühle von Verletzlichkeit und Unsicherheit im Rahmen der Ausbildung (ebd.). An dieser Stelle sind Maßnahmen wie Ermutigung, Feedback und Reflektionsmöglichkeiten von Nöten (ebd.). Auch bedarf es ausreichender Übungsmöglichkeiten und Supervision (ebd.).

Die Lernumgebung betreffend stellte es sich als hilfreich heraus, praktizierende Ärzt*innen während der Ausführung ihrer Arbeit beobachten zu können (Kyaw, Posadzki, Paddock, Car, Campbell & Car, 2019), wobei sowohl Positiv- als auch Negativbeispiele bedeutsam sind (Archer & Meyer, 2021).

Während des Übens können Simulationspatient*innen genutzt werden, welche den Vorteil eines Safe Place und gleichzeitig eine gewisse Realitätsnähe bieten (Gebhardt et al., 2021). Der geschützte Rahmen ist insofern von Bedeutung, da eine ungünstige Lernumgebung nachteilige Auswirkungen auf den Erfolg des Trainings haben kann (Archer & Mayer, 2021). Problematisch erweist sich auch die fehlende Standardisierung der eingesetzten Simulationspatient*innen und den wissensvermittelnden Personen, was zu unterschiedlichen Lernergebnissen führt (Kyaw et al., 2019).

Eine Forschendengruppe weist auf die aufwendige Gestaltung und Durchführung von Seminaren sowie die Problematik mangelnder Zeit hin (Grossman et al., 2021). Als Lösung schlagen sie vor Improvisationstheaterübungen zu nutzen und

geben als Ergebnis dieses Vorgehens signifikante Verbesserungen in den Bereichen empathische Kommunikation, Zuhörkompetenz und ärztlicher Kompetenzen an (ebd.).

Neben der mündlichen Kommunikation spielt im medizinischen Alltag auch die schriftliche Verständigung eine Rolle (Sagi, Spitzer-Shohat, Schuster, Daudi & Rudolf, 2021). Dieser wird in Trainings zumeist wenig Aufmerksamkeit geschenkt (ebd.). An dieser Stelle sollte insbesondere die Nutzung einfacher Sprache gelehrt werden, welche wiederum auch im Mündlichen eingesetzt werden kann (ebd.).

Im medizinischen Kontext sind verbale und nonverbale Faktoren beteiligt, weshalb beide Aspekte in Trainings entsprechend behandelt werden müssen (Vogel, Meyer & Harendza, 2018).

Neben dem klassischen Face-to-Face Training bietet sich auch eine digitale Ausbildung an (Kyaw et al., 2019). Diese bezieht neben Online-Modulen unter anderem auch virtuelle Patientensimulationen, videogestütztes Feedback bis hin zur Augmented Reality ein (ebd.). Letzteres wird auch als erweiterte Realität bezeichnet und entwickelte sich aus der virtuellen Realität (Tönnis, 2010). Live-Videos werden mit virtuellen, computererzeugten Objekten ergänzt (ebd.). Auf diese Weise wird es den die Technik nutzenden Personen ermöglicht, mit der neu erschaffenen Mischung aus Realität und Virtualität zu interagieren (ebd.).

Der Einsatz von digitalen Methoden kann online und offline stattfinden (Kyaw et al., 2019). Eine Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die digitale Form des Lernens ebenso effektiv ist, wie die klassische Form der Wissensvermittlung (ebd.). Eine schwache Evidenz weist darauf hin, dass sie sogar effektiver sein könnte (ebd.). Vorteile liegen in der Flexibilität und der Ermöglichung eines selbständigen, interaktiven Lernens (ebd.). Zudem können Übungspatient*innen standardisiert und Ressourcenproblematiken wie mangelnder Raum und fehlendes Personal gemindert werden (ebd.). Nicht zuletzt können Kosten eingespart werden (ebd.).

Thematisch ist in Kommunikationsseminaren unter anderem auch auf sprachliche und kulturelle Barrieren einzugehen, um Hemmschwellen und Unsicherheiten abzubauen (Archer & Meyer, 2021). Auch der Umgang mit Zeitproblemen und das Fehlen an Möglichkeiten sich mit Patient*innen vertraulich in Kliniken austauschen zu können, sollte behandelt werden, da diese Herausforderungen aktuell zu negativen Gefühlen unter den Ärzt*innen führt (ebd.).

2.8 Negative Auswirkungen von Kommunikationstrainings

Neben den zahlreichen positiven Auswirkungen von Trainings werden jedoch auch Bedenken in einigen Studien geäußert, welche nachteilige Folgen aufzeigen. So wurde in einer Kohortenstudie festgestellt, dass sich die Einstellung gegenüber dem Erlernen von kommunikativen Fähigkeiten unter Studierende signifikant verschlechterte, welche in diesem Bereich geschult wurden, während Ungeschulte in ihrer Meinung bezüglich Trainings konstant blieben (Bobeke et al., 2011). Auch die Haltung patientenzentriert zu agieren nahm nach Kommunikationsschulungen ab (ebd.). Diese Ergebnisse unterstützt eine weitere Gruppe an Forschenden, welche ebenfalls einen signifikanten Rückgang der bejahenden Einstellung und damit verbunden eine Zunahme einer ablehnenden Einstellung bezüglich des Aneignens von Kommunikationsfähigkeiten feststellte (Ruiz-Moral, Martin, Leonardo, Denizon, Pßerez & Martínez, 2021). Präzisierend wird festgestellt, dass dies zwar die affektive, nicht jedoch kognitive Einstellung betrifft (ebd.). Diesbezüglich erläutern die Autor*innen, dass der affektive Aspekt „Gefühle und Erfahrungen hinsichtlich der Art und Weise wider[spiegeln], wie [Kommunikationsfähigkeiten] gelehrt werden“ (ebd., S. 12). Unberührt von diesem bleibt die kognitive Dimension und damit die „Bedeutung, die Studierende [kommunikativen Fähigkeiten] in ihrem Studium und in der klinischen Praxis beimessen“ (ebd., S. 12). Als Erklärungsansatz wird geäußert, dass die Studierenden durchaus den Nutzen von Trainings anerkennen, jedoch durch die übliche methodische Umsetzung unter Stress geraten (ebd.). Besonders unangenehme Gefühle und Ängste, welche durch Gesprächsführung mit Simulationspatient*innen vor weiteren Studierenden verursacht werden, werden in der Studie betont

(ebd.). Derartige Emotionen wie „Unbehagen und Verlegenheit“ (ebd., S. 12) entstehen auch, wenn die Übung von Gesprächen vor Kleingruppen stattfindet (ebd.). Weitere Studien weisen ebenfalls auf die Verursachung von Stress und Angst aufgrund derartiger Vorgehensweisen hin (Nilsen & Baerheim, 2005; Moulart, Verwijnen, Rikers & Scherpbier, 2004). Konstruktives Feedback ist in der Lage, diese Effekte zu mildern (Ruiz-Moral et al., 2021). Es reicht jedoch nicht aus, die empfundene Negativität zu überlagern (ebd.). Vorwiegend die Beobachtung, sowohl direkt als auch per Videoaufnahme, führt zu vermehrt empfundenem Stress, welcher bei Gesprächen mit echten und Simulationspatient*innen auftritt (ebd.).

Rees, Sheard und McPherson (2002) weisen zudem auf die Zwanghaftigkeit hin, welche in Übungsgesprächen und der Trainingssituation empfunden wird. Zudem können die „emotionale und körperliche Brutalität der medizinischen Ausbildung“ (Ha et al., 2010, S. 39) zu einem Rückgang an Empathie führen. Gespräche werden aufgrund dessen „durch Techniken und Verfahren [ersetzt] und [es] kann sogar zur Verhöhnung der Patient*innen führen“ (ebd., S. 39).

Als weiterer Einflussfaktor kommt aus dem sozio-demografischen Bereich das Geschlecht hinzu, wobei weibliche Studierende im Vergleich zu männlichen eine „positivere Einstellungen gegenüber Kommunikationsfähigkeiten“ (Ruiz-Moral et al., 2021, S. 8) aufweisen.

Der Outcome von Trainings wird von der Gestaltung der Wissens- und Fähigkeitenvermittlung sowie deren Bewertung und im Rahmen dessen gemachten Erfahrungen beeinflusst (Ruiz-Moral et al., 2021). Deshalb betonen Ruiz-Moral et al. (2021) die Wichtigkeit, als Trainer*in die Seminare in einer Weise zu planen, dass sie zufriedenstellende Lernerfahrungen ermöglichen und Rücksicht auf Personalisierung nehmen.

Insgesamt vollziehen Medizinstudierende mit Voranschreiten ihres Studiums einen Wandel von „einer idealistischen und altruistischen Einstellung [hin zu einer] zynisch[en]“ (Ruiz-Moral et al., 2021, S. 9). Neben der bereits diskutierten emotionalen Herausforderung aufgrund empfundenen Stresses besteht eine weitere

Annahme darin, dass in Seminaren Ideale vermittelt werden, welche in der Realität nicht aufrechterhalten werden können (Bobeke et al., 2011). Auch gaben Studierende an, gelernte Kommunikationsmodelle in der Praxis nicht anwenden zu können und aufgrund von teils starken Diskrepanzen zwischen echten und gespielten Patient*innen Schwierigkeiten zu haben (ebd.). Bobeke et al. (2011) fordern deshalb Trainings realistischer zu gestalten und verweisen dabei beispielsweise auf „mehr reale Patienten [und] realistischere Zeitrahmen“ (ebd., S. 317) sowie „ein natürlicheres Gleichgewicht zwischen akuten/chronischen und somatischen/psychosozialen Aspekten in Rollenspielen“ (ebd., S. 317).

Über die Hypothesen mangelnder Praxisnähe und emotionalen Drucks hinaus gilt als mögliche weitere Ursache für verschlechterte Einschätzungen von Kommunikationstrainings und -fähigkeiten seitens der Studierenden zu beachten, dass die Befragten nach intensiven Lernprozessen in der Lage sind, präziser zu reflektieren was die Gesprächsführung anbelangt. Dies kann zu einer Verschlechterung der Werte der genutzten Skalen führen und stellt dementsprechend ein Validitätsproblem dar (ebd.).

3. Fragestellung und Hypothese

Es soll herausgefunden werden, welche Bedürfnisse und Ansprüche Medizinstudierende sowie schon praktizierende Ärzt*innen an ein Kommunikationstraining während des Studiums stellen, um diese miteinander abzugleichen. Auf diese Weise soll eine Schnittmenge gefunden werden, die dazu beiträgt, dass die Seminare allen Ansprüchen in den verschiedenen Stadien des beruflichen Werdegangs gerecht und so die späteren nachteiligen Auswirkungen von inadäquat gestalteten Kursen vermieden werden.

Es ergeben sich zwei **Leitfragen**:

1. Welche Aspekte empfinden Humanmedizinstudierende sowie Mediziner*innen als wesentlich für ein gelungenes Kommunikationstraining?

2. Führen die verschiedenen Stadien des medizinischen Berufslebens (Studium/praktische Tätigkeit) zu unterschiedlichen Ansichten wie ein Kommunikationstraining gestaltet sein sollte, um als hilfreich empfunden zu werden?

Aus diesen Überlegungen ergeben sich folgende operationale sowie **Nullhypothese**, wobei nur eine der beiden zutreffen kann:

1. Das Ausführen des Mediziner*innenberufes führt zu einer veränderten Einschätzung wie ein hilfreiches Kommunikationstraining gestaltet sein soll gegenüber zu den Ansichten von Medizinstudierenden. (Operationale Hypothese H1)
2. Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Erfahrungen aus dem Berufsleben und den Ansichten über die Gestaltung eines Kommunikationstrainings. (Nullhypothese H0).

Bei der operationalen Hypothese handelt es sich um eine ungerichtete Hypothese, da diese auf einen allgemeinen Unterschied abzielt.

4. Relevanz des Themas für die Fachdisziplin Sprechwissenschaft

Die Thematik erweist sich für die Sprechwissenschaft als relevant, da die Medizin eine Nachbardisziplin darstellt, welche Überschneidungen zur Sprechwissenschaft aufweist und interdisziplinäres Arbeiten dementsprechend als sinnvoll zu erachten ist (Bose, Hirschfeld, Neuber & Stock, 2013). Zudem bilden Gespräche als „Prototyp der Kommunikation“ (Geißner, 1988, S. 45) die Grundlage der Sprechwissenschaft. Im Rahmen dessen stellt die rhetorische Kommunikation eine Teildisziplin dieser Wissenschaft dar (Bose et al., 2013) und sollte in entsprechenden Trainings gefördert werden (Allhoff & Allhoff, 2014). Durch Förderangebote in diesem Bereich können sowohl die zwischenmenschliche Kommunikation als auch Beziehungen positiv beeinflusst werden (ebd.). Wie zuvor auf-

gezeigt, ergeben sich zahlreiche günstige Folgen aufgrund adäquater kommunikativer Fähigkeiten seitens Mediziner*innen. Als Expert*innen für Kommunikation und Rhetorik ist es Aufgabe von Sprechwissenschaftler*innen Forschung in diesem Bereich zu betreiben und Coachings zu entwickeln und sowohl Wissen als auch Fähigkeiten in diesem Bereich zu vermitteln. Wie Studien aufweisen, führen derartige Trainings sowohl zu wünschenswerten Auswirkungen als auch zu ungewollt nachteiligen Entwicklungen (siehe unter 2.7 Kommunikationstrainings, S. 11; 2.8 Negative Auswirkungen von Kommunikationstrainings, S. 14). Aufgrund dessen ist es von Bedeutung ein Konzept zu entwickeln, welches von der betroffenen Zielgruppe als hilfreich sowie in der Praxis als relevant und anwendbar erachtet wird. Ein Abgleich von Bedürfnissen der Lernenden und praktizierenden Ärzt*innen kann dazu beitragen ein Training zu entwerfen, welche alle notwendigen Aspekte umfasst, um Studierende im Rahmen ihres Studiums zufriedenzustellen und gleichzeitig zu gewährleisten, dass das Training darüber hinaus auch im späteren Arbeitsalltag wirksam ist und davon profitiert werden kann. Die in der Forschung möglichen negativen Auswirkungen von Trainings sollen dadurch vermieden werden.

5. Methode

Zur Beantwortung der aufgeworfenen Forschungsfragen und zur Bearbeitung der Hypothese wurde eine empirische Arbeit in Form einer quantitativen Studie verfasst. Es wurde die Methode „Fragebogen“ genutzt.

5.1 Stichprobe

Es wurde eine willkürliche Stichprobe mit Hilfe des Schneeballsystems erhoben, um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erhalten. Hierzu wurden aus jedem Bundesland je eine humanmedizinische Fakultät einer Universität sowie eine Universitätsklinik mit der Bitte angeschrieben, die Links zu einer Online-Umfrage an Studierende der Humanmedizin und Ärzt*innen weiterzuleiten. Das Anschreiben enthielt zudem den Hinweis, dass das Weiterleiten der Links auch gerne einrichtungsübergreifend an andere Institutionen und Praxen erfolgen kann. Dies sollte dazu beitragen, möglichst viele potenzielle Proband*innen zu erreichen.

Lediglich in Bremen konnte der Fragebogen nicht an Studierende verteilt werden, da dies das einzige Bundesland ohne Angebot eines Medizinstudiums ist. Entsprechend wurde auch statt einer Universitätsklinik eine andere Krankenhausart angeschrieben. Darüber hinaus wurde die Bundesärztekammer und sämtliche Landesärztekammern mit der Bitte die Umfrage an ihre Mitglieder zu verteilen, kontaktiert. Durch die angeschriebenen Kontakte sollte eine passende, heterogene Gruppe erreicht werden, welche den Ein- und Ausschlusskriterien entspricht.

Als Einschlusskriterium wurde festgelegt, dass die Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Umfrage entweder Humanmedizin studieren oder als Ärzt*innen praktizieren. Im Umkehrschluss wurden alle anderen Personen ausgeschlossen. Dies geschah zu Beginn der Befragung mit Hilfe einer Filterfrage sowie durch einen Hinweis im informativen Anschreiben des Fragebogens. Da die Thematik als alters- und geschlechtsunabhängig zu betrachten ist, wurden diesbezüglich keine Ein- und Ausschlusskriterien formuliert. Auch bestimmte Fachdisziplinen innerhalb der Humanmedizin wurden nicht als Kriterien herangezogen, da sich das im weiteren Verlauf zu entwickelnde Kommunikationstraining an alle Medizinstudierenden richten soll, welche zu diesem Zeitpunkt noch keine spezifische Fachrichtung gewählt haben und zudem Gespräche in allen ärztlichen Bereichen geführt werden.

5.2 Design

Es folgt die Erläuterung der gewählten Methode zur systemischen Erfassung der Daten.

5.2.1 Methodenwahl

Zur Überprüfung der Hypothese, wurde das empirische, sozialwissenschaftliche Erhebungsinstrument „**Fragebogen**“ genutzt. Die Teilnehmenden wurden hierbei ausschließlich in schriftlicher Form online befragt. Die mögliche Gefahr einer selektiven Stichprobe aufgrund des ungewollten Ausschlusses von potenziellen Teilnehmenden aufgrund eines mangelnden Onlinezugangs (Kahnwald & Köhler, 2009), lag in diesem Fall nicht vor, da alle zu rekrutierenden Personen in E-Mail-Verteilern erfasst und dementsprechend online erreichbar waren.

Die Vorgehensweise wurde gewählt, um eine umfangreiche Datenerhebung sicherstellen zu können (Bortz & Döring, 2016). Des Weiteren wird die Nutzung des Online-Tools in der Literatur empfohlen, da Übertragungsfehler, welche durch eine Dateneingabe von händisch ausgefüllten Fragebögen entstehen können, auszuschließen sind (Kahnwald & Köhler, 2009). Ebenso stellt das „Prinzip der Alokalität und Asynchronität“ (ebd., S. 292) einen Vorteil dar, da die Befragung beispielsweise unabhängig von gesetzlichen Corona-Regelungen bezüglich persönlicher Treffen stattfinden konnte und auch nicht durch mögliche Covid-Erkrankungen abgesagt werden musste.

5.2.2 Formulierung und Zusammenstellung der Items

Für die Fragebogenkonstruktion konnte auf keine bestehenden Fragebögen zurückgegriffen werden, sodass die Items neu entwickelt wurden. Sie orientieren sich an den aktuellen Forschungserkenntnissen bezüglich der Thematik „Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation“.

Es wurde auf schwer verständliche doppelte Verneinungen verzichtet (Bortz & Döring, 2016). Ebenso wurde Sorge getragen ein adäquates Sprachniveau zu wählen, indem keine mehrdeutigen Begriffe sowie Fachsprache (ebd.) oder Fremdwörter verwendet wurden (Kallus, 2016). Diese Maßnahme gewährte aufgrund der Einfachheit der Sprache das Verfassen möglichst verständlicher Fragen (ebd.).

Ein besonderes Augenmerk wurde auf den kategorischen Ausschluss von Suggestiv- und mehrdimensionalen Fragen gelegt, um eine Verfälschung der Testergebnisse durch derartige Einflussfaktoren zu vermeiden (Diekmann, 2021).

Insgesamt ergaben sich fünf Kategorien, welche erfragt wurden, und die der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen sind:

Tab. 1. Kategorien im Fragebogen und Anzahl der Items je Kategorie

Kategorie	Anzahl der Items
Methode	14
Inhalte	8
Rahmenbedingungen	7
Zeitliche Aspekte	5
Allgemeine Einschätzung	5

5.2.3 Fragebogendramaturgie

Der Fragebogen wurde mit der Klärung der Teilnahme- und Datenschutzbedingungen eröffnet und die Zustimmung der potenziell zu Befragenden eingeholt. Zur Sicherstellung der Einhaltung der definierten Ein- und Ausschlusskriterien wurde eine Filterfrage zu Beginn des Bogens genutzt. Es folgte eine Überleitung zu den Kategorien, welche jeweils thematisch zusammengehörige Fragen enthielten und voneinander durch weitere Überleitungen sowohl inhaltlich als auch optisch getrennt waren. Wie in der Literatur empfohlen (Diekmann, 2021) wurde sich dafür entschieden die sozialstatistischen Angaben gegen Fragebogenende zu erheben.

5.2.4 Antwortmodus

Der Fragebogen enthielt überwiegend Ratingskalen in Form von bipolaren Likert-Skalen mit jeweils fünf Abstufungen. Die Anzahl der Skalenpunkte wurde bewusst gewählt, da mehr als sieben Punkte zu einer erschwerten Beantwortung durch zu viele Auswahlmöglichkeiten beitragen (Porst, 2014). Weniger als fünf Skalenpunkte hätten hingegen nicht ausreichende Beurteilungsoptionen geboten (ebd.). Likert-Skalen sind allgemein intervallskaliert (Bortz & Döring, 2016) und nutzten im Speziellen für alle Kategorien folgende verbale Marken: trifft gar nicht zu, trifft nicht zu, trifft teils zu, trifft zu, trifft völlig zu. Damit wiesen diese Marken Äquidistanz auf (ebd.). Es handelte sich um geschlossene Fragen, welche das Antwortverhalten regulierten (Möhring & Schlütz, 2010). Zudem wurden teilweise Hybridfragen genutzt, welche es ermöglichten neben vorgegebenen Antworten eine eigene Angabe zu formulieren und entsprechend zu ergänzen (Schnell, Hill

& Esser, 2011). Diese Art der Fragen bot den Vorteil präzise Informationen zu erhalten und sollte, laut Literatur, dazu beitragen, dass die Teilnehmenden nicht überfordert werden, wie es bei rein offen gestellten Fragen der Fall sein kann (ebd.). Aus diesem Grund wurde diese offene Frageart nur einmal zum Ende der Umfrage genutzt, um die Möglichkeit zu bieten in ein freies Textfeld weitere Gedanken zur Thematik mitzuteilen.

5.2.5 Testverfälschung

Zur Verhinderung einer Testverfälschung durch die Äußerung sozial erwünschter Antworten, wurde in der Instruktion um ein ehrliches Ausfüllen gebeten und explizit auf die Wahrung der Anonymität sowie Freiwilligkeit hingewiesen (Bortz & Döring, 2016).

5.3 Verwendete Verfahren

Auf eine Überprüfung des Fragebogenentwurfs mithilfe **statistischer Verfahren** wurde verzichtet, da diese aufgrund des beschränkten Umfangs der Arbeit nicht geleistet werden konnte. Dementsprechend wurde keine Verteilungsanalyse, Dimensionalitätsprüfung und Reliabilitätsanalyse mit den dafür benötigten Tests durchgeführt.

Die Gleichabständigkeit, das heißt Äquidistanz der genutzten verbalen Marken der Likert-Skalen, wurde berücksichtigt (siehe unter 5.2.4 Antwortmodus, S. 21).

Es wurde keine statistische Überprüfung des Gütekriteriums **Objektivität** durchgeführt, da auf diese, laut Literatur, in der Regel verzichtet wird (Bortz & Döring, 2016). Es wird allgemein in der Forschung angenommen, dass unterschiedliche Rahmenbedingungen, die während des Ausfüllens des Fragebogens herrschen, nicht zu einer abweichenden Durchführung der vollstandardisierten Umfrage führen können und dementsprechend keine wesentlichen Auswirkungen auf die Ergebnisse haben. Aufgrund der standardisierten Fragen liegt Durchführungsobjektivität vor (ebd.).

Ebenso wird das Vorliegen der Auswertungs- und Interpretationsobjektivität für gegeben erachtet, da sich während der Interpretation an vorgegebene statistische Werte gehalten wurde, welche es ermöglichen die Ergebnisse zum Beispiel als über- oder unterdurchschnittlich einordnen zu können (Bortz & Döring, 2016).

Die Datenauswertung wurde anhand statistischer Tests vollzogen und ist daher als unabhängig von der auswertenden Person zu betrachten.

Ein Mangel an Proband*innen führte zu einem Verzicht bezüglich der statistischen Einschätzung der **Reliabilität**. Die Bedingung einer Stichprobengröße von mindestens $n = 100$ konnte in der vorliegenden Arbeit nicht gewährleistet werden (Bühner, 2010). Das Berechnen der Interrater-Reliabilität hätte zum Fehlen von Teilnehmenden in der eigentlichen Befragung geführt.

Bezüglich der **Validität** wurde die Meinung von Expert*innen eingeholt, welche den Fragebogen bezüglich des Inhalts, Aufbaus und der Gestaltung als positiv einschätzten (siehe unter 5.4 Entwicklungsprozess, S. 24). Diese Rückmeldung ist als Inhaltsvalidität zu interpretieren (Bortz & Döring, 2016). Nicht vorgesehen für diese Validitätsart ist die Berechnung eines numerischen Validitätskoeffizienten (ebd.).

Es wurde ein quantitativer Pretest mit zwei Testpersonen vollzogen, wobei diese ihren Eindruck schilderten, nachdem sie den Fragebogen unter Realbedingungen ausfüllten (siehe unter 5.4 Entwicklungsprozess, S. 24). Laut diesen sind die Items als plausibel einzustufen, weshalb im Sinne einer internen Validierung auf Augenscheinvalidität geschlossen werden kann. Eine Validierung anhand einer großen und repräsentativen Stichprobe konnte nicht gewährleistet werden.

Allgemein gilt, dass ein Test als reliabel und objektiv eingestuft werden kann, sofern dieser valide ist (ebd.). Aufgrund dessen wurde trotz fehlender Berechnung von Reliabilität und Objektivität auf das Vorliegen dieser **Gütekriterien** geschlossen.

5.4 Entwicklungsprozess

Eine **Erstfassung** des Fragebogens wurde an ausgewählte Expert*innen versendet, welche diesen unter Realbedingungen auf inhaltliche und technische Aspekte überprüften und entsprechende Rückmeldungen gaben. Das Expert*innengremium setzte sich dabei aus einem Medizinstudierenden, einem Arzt sowie einer Kommunikationstrainerin mit Spezialisierung auf Kommunikation im Gesundheitswesen zusammen. Es wurde ein Informed Consent (vgl. Anhang) an diese ausgegeben. Das Feedback wurde aufgegriffen und in eine neue Version des Fragebogens eingearbeitet. So wurde ein Item zum Thema Supervision gelöscht, da bereits in einer weiteren Frage diese Thematik geklärt wird. Das Item „*Förderung von Lerntandems*“ wurde konkretisiert, indem eine Erläuterung ergänzt wurde, um was es sich hierbei handelt. In der für die Masterarbeit durchgeführten Umfrage wurden unter Lerntandems der Zusammenschluss von zwei Studierenden verstanden, mit dem Ziel Wissen und Erfahrungen auszutauschen und sich gegenseitig im Lernprozess zu unterstützen. Ebenso wurde im Bereich Rahmenbedingungen mit „*interprofessionelle Veranstaltungen*“ verfahren, worunter sich einige Expert*innen nichts vorstellen konnten. Die Konkretisierung durch ein Beispiel stellte das Verstehen des Items sicher. Unter interprofessionellen Arbeiten wird ein Prozess verstanden, innerhalb dessen verschiedene Professionen ein Team bilden, gemeinsam agieren, kommunizieren und Entscheidungen mit dem Ziel treffen, die Patient*innenversorgung zu verbessern (Bridges, Davidson, Odegard, Maki & Tomkowjak, 2011). Ebenso wurden „*Transfermöglichkeiten*“ näher beschrieben, um für ein besseres Verständnis zu sorgen.

Die überarbeitete Version wurde im Zuge der **Pilotphase** an je eine studierende Person sowie einen praktizierenden Arzt samt Informed Consent versendet (vgl. Anhang). Die Teilnehmenden dieser Phase wurden bewusst ausgewählt, um möglichst repräsentativ angesichts der Zielgruppe zu sein. Durch den Pretest sollte neben der Meinung der Expert*innen die Verständlichkeit der Items überprüft und die in etwa benötigte Zeit ermittelt werden. Zudem diente der Test zur Feststellung der klaren Beantwortbarkeit der Fragen. Aufgrund der geringen Zahl der Personen und des zeitlichen Aufwands, welcher im Rahmen der Masterarbeit

nicht gewährleistet werden konnte, wurde auf eine statistische Validierung des Fragebogens verzichtet.

Abschließend wurde mit SoSci Survey eine **Endfassung** des Fragebogens erstellt, welche per E-Mail über einen Link verteilt wurde. Die Versionen für die Studierenden sowie Ärzt*innen wurden dabei zur Vergleichbarkeit übereinstimmend gehalten. Lediglich in der Abfrage der soziografischen Daten unterschieden sie sich marginal. Beispielsweise wurden bei Studierenden der jeweils aktuelle Studienabschnitt ermittelt, während praktizierende Mediziner*innen nach der Anzahl ihrer Berufsjahre gefragt wurden.

5.5 Datenschutz und Ethik

Den Anforderungen des **Datenschutzes** wurde Folge geleistet, indem die freiwillig teilnehmenden Proband*innen vor Beginn der Befragung mit einer Teilnehmendeninformation über den Inhalt der Studie aufgeklärt wurden. Zudem enthielt diese Angaben über die studienspezifische Anonymisierungsmethode, Rücktrittsmöglichkeiten und den Umgang mit den erhobenen Daten.

Ein Informed Consent wurde jeweils den Expert*innen als auch Teilnehmenden der Pilotphase zur Verfügung gestellt. Über dieses Dokument wurden sie über die Art ihrer freiwilligen Beteiligung sowie über ihre Aufgaben diesbezüglich informiert.

Ethische Bedenken in Bezug auf den Studieninhalt bestanden nicht. Ein Hinzuziehen der Ethikkommission erschien als nicht erforderlich. Entsprechende ethische Richtlinien wurden berücksichtigt und juristische Rahmenbedingungen eingehalten (Kallus, 2016).

6. Ergebnisse

Im Rahmen des Ergebnisteils folgt die Auswertung der erhobenen Daten.

6.1 Datenbereinigung und Beschreibung der Stichprobe

Aufgrund des genutzten Schneeballsystems konnte eine exakte **Rücklaufquote** nicht ermittelt werden. Sie fällt jedoch insgesamt gering aus, wie ein Vergleich der erhaltenen Daten mit den angeschriebenen Institutionen offenbart. Einige Bundesländer sind nicht vertreten, sodass sich bei diesen der Rücklauf auf null beläuft (siehe unter 6.1 Datenbereinigung und Beschreibung der Stichprobe, S. 26).

Es wurde eine **Datenbereinigung** der Rohdaten durchgeführt, welche vor der Datenanalyse mit statistischen Verfahren erfolgte. Wie dem sich anschließenden Flussdiagramm zu entnehmen ist, wurden Fragebögen ausgeschlossen, bei welchen die Teilnahme an der Umfrage abgelehnt worden war. Dies war zwei Mal in der Gruppe der Ärzt*innen (ÄG) der Fall. Auch die Daten von Personen, welche nicht dem Filterkriterium und damit nicht den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen, wurden nicht berücksichtigt. Somit wurde eine weitere Person unter den praktizierenden Mediziner*innen ausgeschlossen. Zuletzt wurden unvollständige Datensätze aufgrund eines vorzeitigen Abbruchs aussortiert. In der Studierendengruppe (SG) gab es neun derartige Drop-out-Fälle und sechs in der ÄG-Einheit. Da die Stichprobe für eine Verwendung von Mittelwerten zu gering ist und damit das Ergebnis verfälschen könnten, wurden fehlende Werte von unvollständig ausgefüllten Bögen nicht mit diesen ersetzt. Zudem wurde dieses Vorgehen als nicht indiziert angesehen, da es sich nicht um das zufällige Fehlen einzelner Antworten handelt, sondern um vorzeitige Abbrüche der Umfrage.

Im Zuge der Betrachtung der Antwortzeiten ließ sich kein ungewöhnlich schnelles Ausfüllen feststellen, welches ein Lesen und ernsthaftes Beantworten unmöglich gemacht hätte. Entsprechend wurden an dieser Stelle keine weiteren Datensätze herausgefiltert. Auch Extrem- oder Zentralitätstendenzen sind im Antwortverhalten nicht erkennbar.

Ein Konsistenzcheck konnte nur eingeschränkt durchgeführt werden, da die Umfrage keine Kontrollfragen enthält, welche die Aufmerksamkeit der Lesenden überprüft. Aufgrund des vorgegebenen Frageformats konnten nicht ernstgemeinte Antworten weitgehend ausgeschlossen werden. Lediglich die offene Frage zum Ende des Bogens ließ hier Möglichkeiten zu. Jedoch wurden an dieser Stelle ausschließlich ernstzunehmende Äußerungen getroffen.

Insgesamt verblieben nach erfolgter Datenbereinigung von 56 Studierenden 47 nutzbare Umfragen sowie von ursprünglich 42 teilnehmenden Ärzt*innen 33 verwertbare Datensätze.

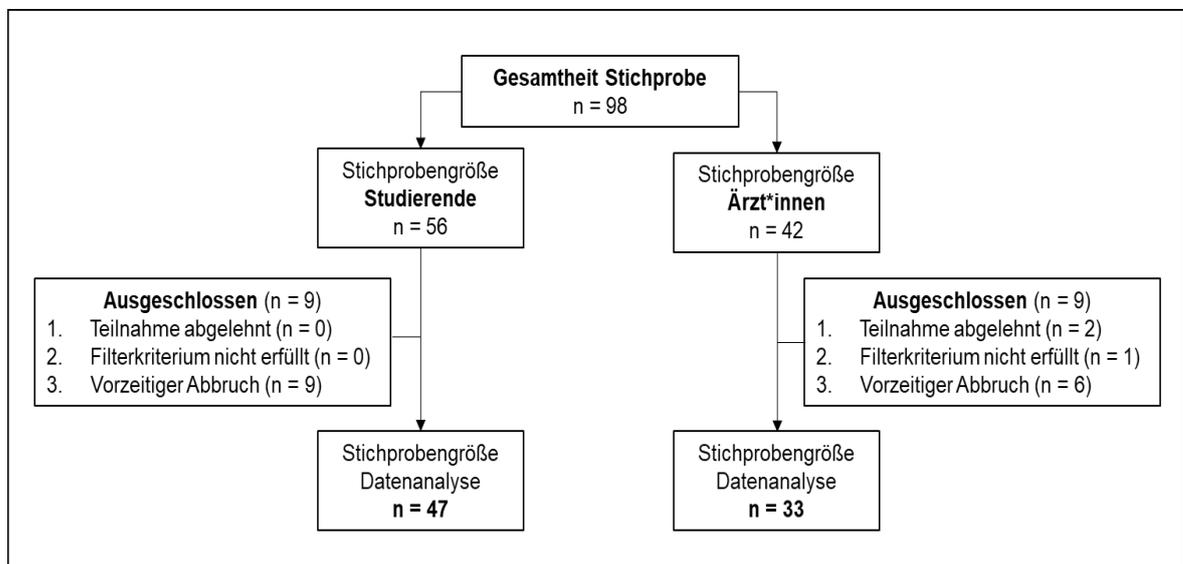


Abb. 1. Flussdiagramm Datenbereinigung

Die **Stichprobenbeschreibung** erfolgt anhand der erhobenen soziodemografischen Angaben. In der Studierendengruppe fühlten sich 35 Teilnehmende (74,5 %) dem weiblichen und 12 Personen (25,5 %) dem männlichen Geschlecht zugehörig. Auffällig ist, dass sich die Verteilung in der Gruppe der Mediziner*innen nahezu umkehrt. Hier finden sich 24 männliche (72,7 %) und lediglich neun (27,3 %) weibliche Befragte.

Die am häufigsten vertretene Altersgruppe unter den Studierenden stellt mit knapp 77 % die 17- bis 26-Jährigen dar, gefolgt von 21,3 % der Gruppe der 27- bis 36-Jährigen. Eine beteiligte Person ordnete sich in den Bereich 37 bis 46

Jahre ein. Die Altersangaben in der ÄG-Kohorte zeigt sich gleichmäßig verteilt. So gehörten jeweils 24,2 % den Gruppen 27 bis 36, 37 bis 46, 47 bis 56 sowie 57 bis 66 an. Lediglich eine Person ordnete sich der Gruppe 67 Jahre und älter ein, wie der folgenden Grafik zu entnehmen ist:

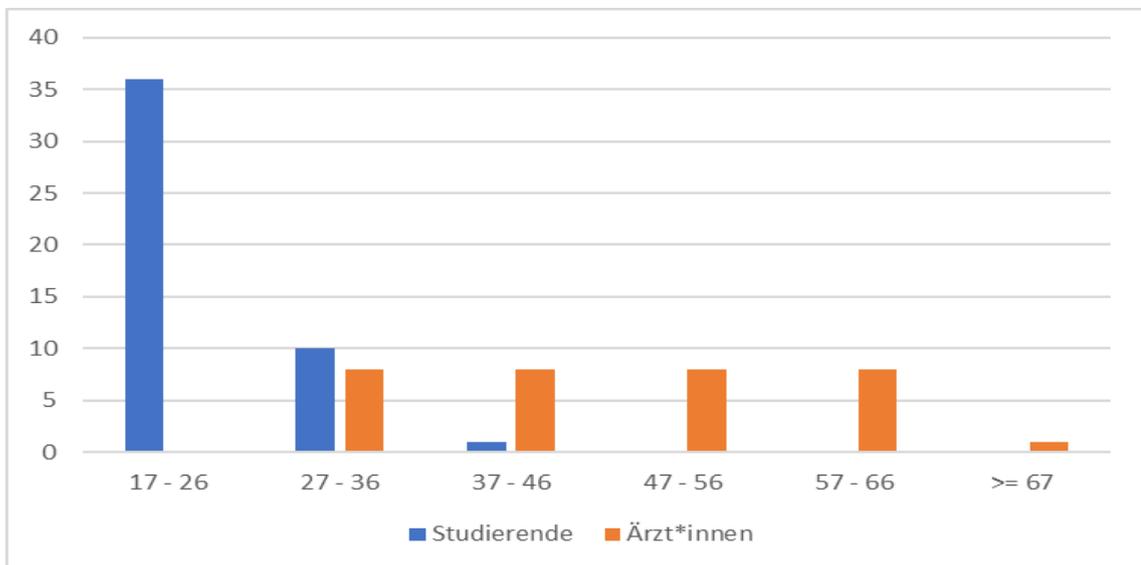


Abb. 2. Absolute Häufigkeitsangaben bzgl. Altersverteilung der Umfrageteilnehmenden

Obwohl in allen Bundesländern sowohl Studierende als auch praktizierende Ärzt*innen angeschrieben wurden, fiel die Beteiligung deutschlandweit gering aus. Wie der folgenden Grafik zu entnehmen ist, nahmen aus Baden-Württemberg zwei Ärzt*innen (6,1 %) und keine Studierenden teil. Aus Bayern stammte der größte Anteil an Mediziner*innen (93,9 %) sowie 17 % Studierende. Weitere sich noch im Studium befindende Befragte kamen zu 29,8 % aus Brandenburg, 2,1 % stammte jeweils aus Niedersachsen sowie Sachsen-Anhalt. Fast die Hälfte machten die Lernenden aus Nordrhein-Westfalen aus. Weitere Beteiligte gab es nicht.

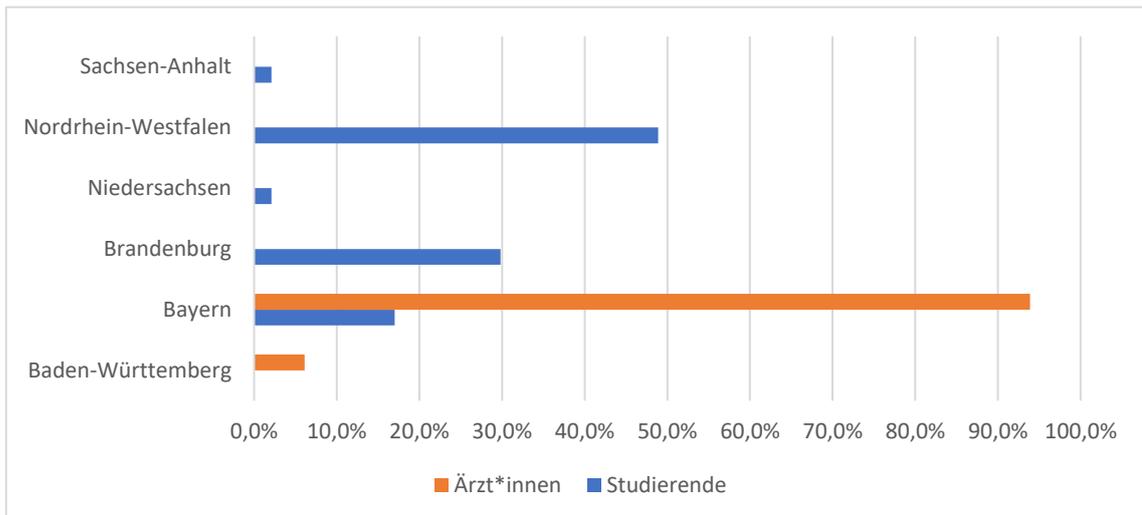


Abb. 3. Relative Häufigkeitsangaben bzgl. teilnehmender Bundesländer

Auffälligkeiten zeigen sich bezüglich der Frage, ob das Thema Kommunikation im Studium behandelt wurde beziehungsweise wurde. Unter den aktuell Studierenden ergab sich mit 95,7 % eine deutliche Mehrheit, welche dieses Item mit ja beantwortete. Lediglich zwei Studierende gaben an, dass dies nicht der Fall sei. Unter den Ärzt*innen hingegen zeigt sich ein zweigeteiltes Bild. 45,5 % konnten die Frage ebenfalls bejahen, während 54,5 % verneinten, wie den Kreisdiagrammen zu entnehmen ist:

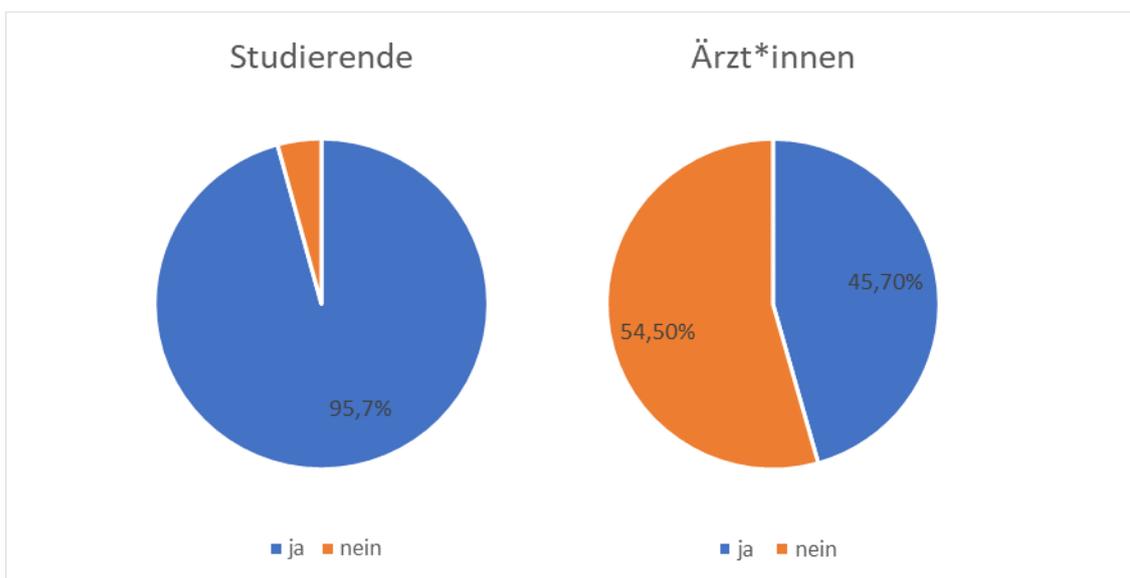


Abb. 4. Relative Häufigkeitsangaben bzgl. Kommunikationstraining als Bestandteil des Studiums

Um einen Überblick an bisherig vorhandener Lern- und Berufserfahrung zu erhalten, wurde nach dem jeweiligen aktuellen Studienabschnitt beziehungsweise nach der Anzahl an Berufsjahren gefragt. Es zeigte sich, dass sich 20 SG-Angehörige zum Zeitpunkt der Datenerhebung in der Vorklinik, 15 in der Klinik und elf im praktischen Jahr befanden. Eine Person wollte keine Angabe diesbezüglich machen. Die Berufserfahrung der ÄG-Befragten stellte sich als breitgefächert dar. In die Abstufung 0 bis 5, 11 bis 15 und 25 bis 30 Berufsjahre ordneten sich je fünf Teilnehmende ein. Jeweils vier Proband*innen wählten die Möglichkeiten 6 bis 10, 16 bis 20 sowie 21 bis 25 Jahre. Die zwei Auswahloptionen mit den meisten Dienstjahren mit 31 bis 35 sowie ≥ 36 wurden je drei Mal genutzt. Zur Übersichtlichkeit werden die soeben erläuterten Ergebnisse in Form von zwei Kreisdiagrammen veranschaulicht, wobei speziell die relativ gleichmäßige Verteilung in der Gruppe der Mediziner*innen erkennbar wird:

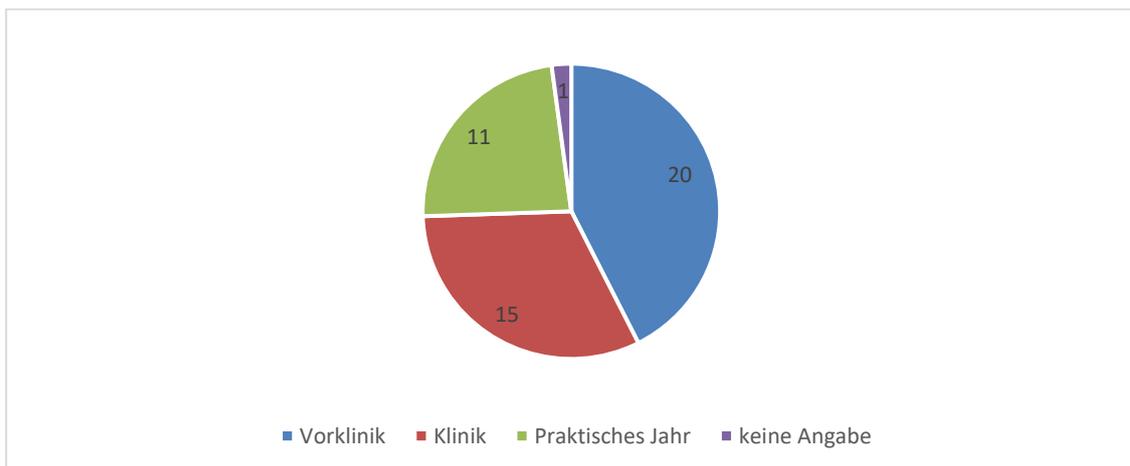


Abb. 5. Verteilung der Studierenden je Studienabschnitt, absolute Häufigkeit (n = 47)

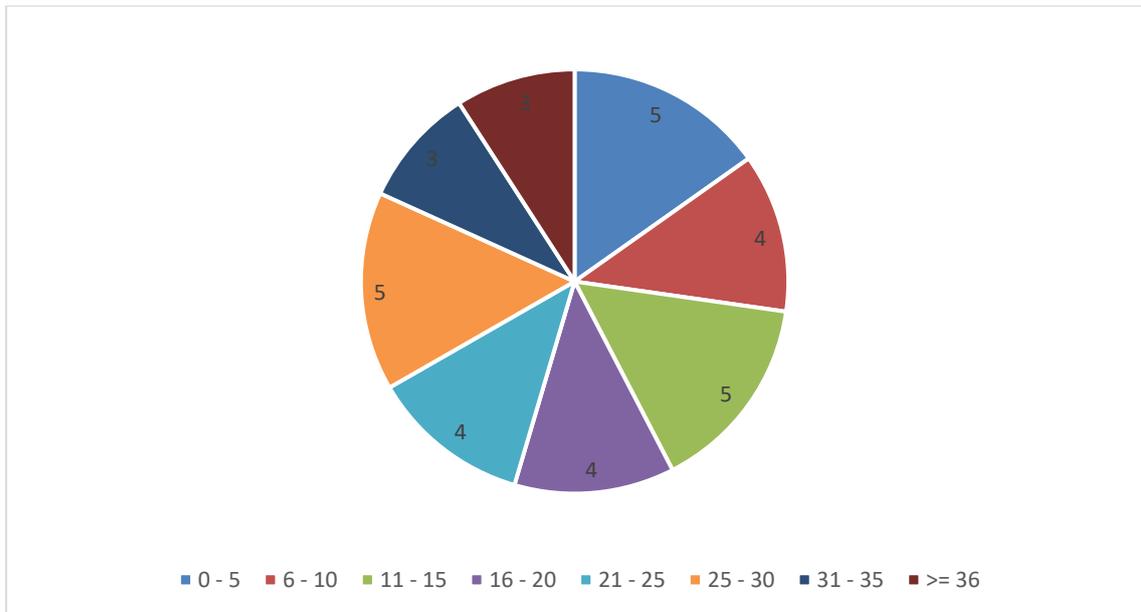


Abb. 6. Berufserfahrung in Jahren der praktizierenden Ärzt*innen, absolute Häufigkeit (n = 33)

6.2 Auswertung der erhobenen Daten

Die Daten wurden getrennt nach den Kategorien des Fragebogens statistisch ausgewertet.

Im Rahmen der Analyse wurden jeweils folgende Daten ermittelt: relative sowie absolute Häufigkeit, Mittelwert (Mean), Standardabweichung (SD) und Standardfehler (SE). Der nicht-parametrische Mann-Whitney-U-Test wurde zum Vergleich von SG und ÄG herangezogen. Dieser Test wurde zweiseitig mit einem Signifikanzniveau von $p < .05$ durchgeführt.

Es wurden, wie bereits erläutert, fünfstufige Likert-Skalen mit verbalen Marken für sämtliche Fragekategorien genutzt (siehe unter 5.2.4 Antwortmodus, S. 21). Diese Marken wurden zur Ermöglichung der statistischen Analyse umgepolt. Die Antwortmöglichkeit „trifft gar nicht“ zu entspricht dem Wert 1, es folgen „trifft nicht zu“, „trifft teils zu“, „trifft zu“ sowie „trifft völlig zu“. Letztere Marke steht für den Wert 5.

6.2.1 Auswertung der „Methoden“ im Kommunikationstraining

Im Rahmen der ersten Kategorie wurden Fragen zu möglichen Methoden für Kommunikationstrainings zusammengefasst und die Ansichten erfragt, inwiefern diese genutzt werden sollten, um Theorie und Praxis nahe zu bringen.

Am wenigsten Zustimmung erhielt die vorgeschlagene Methode *Gruppenarbeit*, bei welcher maximal fünf Personen ein Thema erarbeiten und im Plenum vorstellen. Dies zeigt ein Blick auf die arithmetischen Mittel der SG- und ÄG-Kohorten (SG: Mean = 3,32; SD = 0,91; SE = 0,13; ÄG: Mean = 3,55; SD = 1,09; SE = 0,19). Die Mehrheit an Studierenden (40,4 %) wählte die Mittelkategorie „trifft teils zu“. 14 dieser Gruppe (29,8 %) gewannen der Methode mehr ab und stimmten für die verbale Marke „trifft zu“. Weitere 10,6 % nutzten die Möglichkeit „trifft völlig zu“. Neun Teilnehmende (19,1 %) hingegen lehnten Gruppenarbeiten ab, indem sie angaben, es trifft nicht zu, dass diese Methode genutzt werden sollte. Die Ärzt*innen zeigten sich etwas aufgeschlossener bezüglich dieser Vorgehensweise. 39,4 % sowie 18,2 % stimmten für die Marken 4 und 5 welche für „trifft (völlig) zu“ stehen. Als teils zutreffend, dass Gruppenarbeiten eingesetzt werden sollen, empfanden es neun Mediziner*innen (27,3 %), als nicht zutreffend drei (9,1 %) und als gar nicht zutreffend zwei (6,1 %).

Des Weiteren wurde die Bereitschaft zur Nutzung von *Rollenspielen*, in denen Studierende die Rollen von Ärzt*innen, Patient*innen und Angehörigen einnehmen, abgefragt. Hier sprach sich die Mehrheit für ein Anwenden wollen aus. Über die Hälfte der Studierenden (51,1 %) empfand es als völlig zutreffend, dass in einem entsprechenden Kommunikationstraining diese Methode Gebrauch finden sollte. Unter dem bereits arbeitenden Personal stimmten 45,5 % ebenfalls für diese Antwortoption. Weitere 42,6 % (SG) beziehungsweise 36,4 % (ÄG) standen Rollenspielen ebenfalls positiv gegenüber und kreuzten die Marke 4 an. Zwei (4,3 %) der sich noch im Studium befindenden Teilnehmenden wählten die Mittelkategorie. Eine Person (2,1 %) sah keinen Nutzen in Rollenspielen und wählte die verbale Marke „trifft nicht zu“. Auch unter den Angehörigen der Vergleichsgruppe gab es bei dreien (9,1 %) nur eine teilweise Zustimmung. Zwei (6,1 %)

beziehungsweise eine (3,0 %) der Befragten gaben an, dass es nicht beziehungsweise gar nicht zu trifft, dass Kommunikationsseminare Rollenspiele einsetzen sollten. Zusammenfassend liegen die Mittelwerte bei 4,43 (SG; SD = 0,68; SE = 0,10) und 4,15 (ÄG; SD = 1,03; SE = 0,18). Wie ein Vergleich der arithmetischen Mittel zeigt, findet diese Methode unter den Ärzt*innen die meiste Zustimmung, neben der Videoanalyse von echten Gesprächssituationen, welche den gleichen Mittelwert aufweist (Mean = 4,15; SD = 1,00; SE = 0,17). Bei den Studierenden hingegen findet im Schnitt die Durchführung supervidierter Gespräche mit realen Patient*innen die größte Zustimmung (Mean = 4,51; SD = 0,72; SE = 0,10).

Dem Einsatz von *Simulationspatient*innen*, welche von professionellen Schauspielenden dargestellt werden, stimmten deutlich über die Hälfte der Studierenden (63,8 %) zu. 23,4 % stimmten für die Option „trifft zu“, 8,5 % für „trifft teils zu“, und je 2,1 % für „trifft (gar) nicht zu“. Es ergibt sich ein arithmetisches Mittel von 4,45 (SD = 0,90; SE = 0,13). Die Vergleichsgruppe zeigte sich ähnlich aufgeschlossen gegenüber dieser Methode, bewertete den Einsatz allerdings minimal kritischer. So wählten 39,4 % die Marke 5, 36,4% die Marke 4 und 15,2 % die Mittelkategorie 3. 3,0 % der Ärzt*innen hingegen kreuzten an, dass es nicht zutrifft, dass Simulationspatient*innen genutzt werden sollten. Zusätzliche 6,1 % lehnte diese Methode völlig ab. Der Mittelwert dieser Gruppe liegt entsprechend bei 4,00 (SD = 1,12; SE = 0,19).

Wie erläutert, fand die Nutzung von *Videoanalysen echter Gesprächssituationen* die größte Zustimmung unter der Ärzt*innenschaft. Jeweils 14 (42,4 %) von ihnen machten von den verbalen Marken „trifft (völlig) zu“ Gebrauch. Ein nahezu identisches Bild zeigt sich unter den Studierenden, welche diese zwei Kategorien jeweils zu 42,6 % ebenfalls wählten. Der Ähnlichkeitstrend zwischen den beiden Gruppen setzt sich auch bei Betrachtung der weiteren Antworten fort. Je 6,1 % der Mediziner*innen nutzten die Marken 3 und 2 während es bei den Lernenden 8,5 % und 6,4 % waren. Darüber hinaus lehnte eine Person (3,0 %) in der ÄG-Kohorte die Methode völlig ab. Der Mittelwert der befragten Universitätsbesuchenden liegt bei 4,21 (SD = 0,86; SE = 0,13).

Ebenfalls für die Nutzung von *Videoanalysen von selbst durchgeführten Gesprächen*, beispielsweise mit Simulationspatient*innen oder auch Kommiliton*innen sprach sich in beiden Gruppen eine klare Mehrheit aus. Jeweils 40,4 % der Studierenden gaben an, dass es (völlig) zutrifft, dass dieses Vorgehen angewandt werden sollte. Ähnlich verhält es sich in der Vergleichsgruppe. 39,4 % stimmten dem völlig zu und 42,4 % äußerten ihre Zustimmung durch die Wahl der Marke 4. Parallelen zeigen sich über dies hinaus in der Mittelkategorie welche von 12,8 % (SG) beziehungsweise 12,1 % (ÄG) verwendet wurde. Die Studierenden nutzten die Möglichkeit der Kategorie „trifft gar nicht zu“ nicht. 6,4 % unter ihnen klickte jedoch auf die Option „trifft nicht zu“. Je eine Person der Ärzt*innengruppe (3,0 %) lehnten die Methode durch die Wahl der Marken 1 und 2 ab. Es ergaben sich Mittelwerte von 4,15 (SG; SD = 0,88; SE = 0,13) und 4,12 (ÄG; SD = 0,96; SE = 0,17).

Als letztes Item dieses Frageblocks wurden *supervidierte Gespräche mit realen Patient*innen* vorgeschlagen. Wie bereits erwähnt, fand im Schnitt diese Methode die größte Zustimmung unter den Studierenden. Auch die Vergleichsgruppe betreffend, war eine bejahende Einstellung gegenüber diesem Vorgehen zu verzeichnen (Mean = 4,12; SD = 0,96; SE = 0,17). Deutlich über die Hälfte aller Studierenden (63,8 %) wünschten sich den Einsatz dieser Methode und äußerten dies durch die Wahl der Marke 5. Weitere 23,4 % unterstützten diese Meinung durch die Nutzung der Marke 4. Lediglich 12,8 % empfanden, dass es teilweise zu trifft supervidierte Gespräche nutzen zu sollen. Die anderen Antwortmöglichkeiten wurden nicht ausgewählt. Die Ärzt*innen wählten zu 45,5 % die Option „trifft völlig zu“, zu 27,3 % „trifft zu“, zu 21,2 % „trifft teils zu“ sowie zu 6,1 % „trifft nicht zu“.

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, sind keine der soeben beschriebenen Ergebnisse gemäß des Mann-Whitney-U-Tests als signifikant einzustufen.

Tab. 2. Mittelwerte, Standardabweichungen, Standardfehler und Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für jedes Item der Kategorie „Methoden“ von SG (n = 47) und ÄG (n = 33)

Item	Studierende			Ärzt*innen			U-value	z-score	p-value
	Mean	SD	SE	Mean	SD	SE			
ME01_01	4,43	0,68	0,10	4,15	1,03	0,18	688	0.85028	.39532
ME01_02	3,32	0,91	0,13	3,55	1,09	0,19	649	-1.23144	.2187
ME01_03	4,45	0,90	0,13	4,00	1,12	0,19	576.5	1.94	.05238
ME01_04	4,21	0,86	0,13	4,15	1,00	0,17	769	0.05864	.95216
ME01_05	4,15	0,88	0,13	4,12	0,96	0,17	772	0.02932	.97606
ME01_06	4,51	0,72	0,10	4,12	0,96	0,17	604.5	1.66635	.09492

Im zweiten Fragenblock der Kategorie „Methoden“ ist aufgrund des durchgeführten Mann-Whitney-U-Tests davon auszugehen, dass es einen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Bewertung des Items ME02_03 zwischen der Bewertung durch die Studierenden und Ärzt*innen gibt. Der Test weist einen p-Wert von .00804 auf, Kolmogorov-Smirnov $p < .05$ ($U = 504$; $z = 2.64857$). Es handelt sich bei dem Item um das Statement, dass *regelmäßiges Feedback durch Mitstudierende* in Kommunikationstrainings erfolgen sollte. Die Anwendung dieser Methode forderten bedeutend mehr Studierende als Ärzt*innen. So wählten über die Hälfte aller SG-Befragten (51,1 %) die Antwortoption „trifft völlig zu“ aus. Weitere 40,4 % nutzte die verbale Marke „trifft zu“. Somit konzentrieren sich 91,5 % aller Stimmen (entspricht 43 von 47 Befragten) auf die Zustimmung, dass Rückmeldungen durch Kommiliton*innen Bestandteil von Trainings sein sollten. 6,4 % der Studierenden nutzten die Mittelkategorie und 2,1 % lehnte den Gebrauch durch die Wahl der Marke 2 ab. Es ergibt sich ein arithmetisches Mittel von 4,40 ($SD = 0,71$; $SE = 0,10$). In der Vergleichsgruppe wurde hingegen die Option „trifft teils zu“ mit 39,4 % am häufigsten angegeben. 27,3 % forderten das Feedback durch das Ankreuzen von der Antwort „trifft zu“ sowie 30,3 % durch die Stimmabgabe für „trifft völlig zu“. Eine Person (3,0 %) sah keinen Bedarf an der Nutzung dieser Methode und lehnte sie mit der Kategoriewahl „trifft gar nicht zu“ ab. Hier liegt der Mittelwert bei 3,82 ($SD = 0,98$; $SE = 0,17$).

Der soeben beschriebene signifikante Unterschied lässt sich auch anhand eines gruppierten Balkendiagramms erkennen, welches den Vergleich zwischen den zwei Gruppen ermöglicht und die relativen Häufigkeitsangaben der Marken 1 bis 5 der Ärzt*innen und Studierenden enthält:

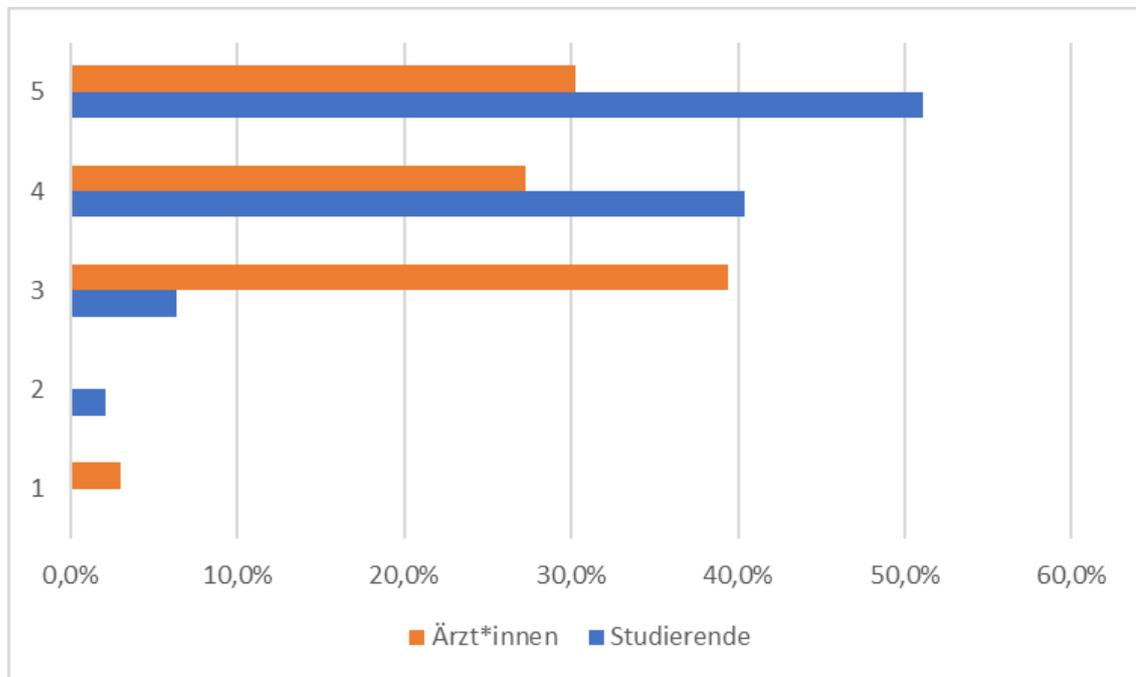


Abb. 7. Relative Verteilung der befragten Gruppen auf die Antwortmarken 1 bis 5, Item ME02_03

Im Schnitt wurden *schriftliche Berichte*, die von den Studierenden zur jeweiligen Thematik verfasst werden, von den Lernenden am häufigsten abgelehnt (Mean = 2,43; SD = 0,95; SE = 0,14). Eine Minderheit dieser Gruppe konnte sich den Einsatz derartiger Schriftstücke vorstellen. Eine Person (2,1 %) sowie drei weitere (6,4 %) sprachen sich für die Berichte durch die Angabe „trifft völlig zu“ beziehungsweise „trifft zu“ aus. Der größte Anteil siedelte sich im Mittelfeld mit 42,6 % an. 29,8 % kreuzte „trifft nicht zu“ und 19,1 % „trifft gar nicht zu“ an. Ähnlich verhielt es sich in der ÄG-Kohorte. Auch hier wählte die Mehrheit (45,5 %) die Mittelkategorie „trifft teils zu“ aus. Nur zwei Befragte (6,1 %) sprachen sich dafür aus, dass sie es als völlig zutreffend empfinden, dass schriftliche Berichte verfasst werden sollten. 9,1 % ordneten sich der Marke 4 zu. Wie auch bei den

Studierenden sammelte sich ein großer Anteil bei den Marken 2 (24,2 %) und 1 (15,2 %). Es berechnet sich ein arithmetisches Mittel von 2,76 (SD = 1,05; SE = 0,18). Daraus ergibt sich übereinstimmend zu den Studierenden die größte Ablehnung von allen im Fragebogen vorgeschlagenen Methoden.

*Regelmäßiges Feedback durch Trainer*innen* sollte Bestandteil von Kommunikationsseminaren sein, so sehen es nahezu alle Studierenden als auch Ärzt*innen. 61,7 % (SG) beziehungsweise 48,5 % (ÄG) stimmten für die Nutzung der Methode durch die Marke 5. 31,9 % (SG) sowie 42,4 (ÄG) ordneten ihre Stimme dem Bereich „trifft zu“ zu. Nahezu übereinstimmend wurde „trifft teils zu“ mit 6,4 % (SG) und 6,1 % (ÄG) gewählt. Unter den Mediziner*innen findet sich eine Person (3,0 %), welche das Feedback durch Trainer*innen keine Bedeutung als Methode zukommen ließ und die Marke 1 auswählte. Das arithmetische Mittel liegt bei 4,55 bezogen auf die Studierendengruppe (SD = 0,62; SE = 0,09) und bei 4,33 (SD = 0,85; SE = 0,15) hinsichtlich der ÄG-Einheit.

Dem Angebot von *konkreten Transfer-/ Anwendungsmöglichkeiten der erlernten Kommunikationstechniken in den Berufsalltag* stehen beide untersuchten Gruppen insgesamt positiv gegenüber. Während unter den Studierenden niemand die Marken 1 und 2 ankreuzte, wurden diese Optionen von den befragten Ärzt*innen nur jeweils von einer Person (je 3,0 %) gewählt. Die Mittelkategorie sprach 10,6 % der SG und 15,2 % der ÄG an. Circa die Hälfte aller Beteiligten gab als Antwort „trifft zu“ an (SG 48,9 %; ÄG 54,5 %). Zudem ordneten sich 40,4 % der Universitätsbesuchenden der verbalen Marke „trifft völlig zu“ zu, was 24,2 % der Ärzt*innenschaft ebenfalls tat. Aufgrund der Daten errechnet sich ein arithmetisches Mittel von 4,30 (SD = 0,66; SE = 0,10) bezogen auf die Studierenden. In der Vergleichsgruppe ergibt sich ein Mittelwert von 3,94 (SD = 0,90; SE = 0,16).

Die *Förderung von Lerntandems*, wobei sich Studierende jeweils zu zweit zusammenschließen, Wissen und Erfahrungen austauschen und sich gegenseitig im Lernprozess unterstützen, wurde als mögliche Methode im Rahmen des Items ME02_05 vorgeschlagen. Die Antworten fielen diesbezüglich gemischt aus. Unter den Studierenden erfolgte die Einordnung von Marke 5 bis 2 wie folgt: 10,6 %,

34,0 %, 42,6 % und 12,8 %. Die Option „trifft gar nicht zu“ fand keine Verwendung. Die Verteilung der Stimmen der Ärzt*innen beläuft sich auf 9,1 % für die Antwort „trifft völlig zu“, 42,4 % „trifft zu“, 24,2 % „trifft teils zu“, 18,2 % „trifft nicht zu“ und 6,1 % „trifft gar nicht zu“. Die Tendenz zur Mittelkategorie zeigt sich in der Gruppe der Studierenden im Mittelwert von 3,43 (SD = 0,85; SE = 0,12), während sich das arithmetische Mittel in der Vergleichseinheit auf 3,30 beläuft (SD = 1,07; SE = 0,19).

Als weitere Methode, welche zum Zwecke von Kommunikationstrainings zum Einsatz kommen kann, wurde die Meinung zur Nutzung von *Tutor*innen durch höhere Fachsemester* erfragt. Eine Mehrheit der SG-Kohorte sprach sich dafür aus. 40,4 % ordneten sich der Kategorie „trifft zu“ sowie 27,7 % „trifft völlig zu“ zu. 19,1 % empfanden die Nutzung von Tutor*innen als teilweise sinnvoll. Abgelehnt wurde die Methode von 10,6 % welche die Marke 2 und 2,1 % welche die Marke 1 auswählten. Insgesamt errechnet sich für dieses Item ein Mittelwert von 3,81 (SD = 1,04; SE = 0,15). Für die andere Gruppe ergibt sich ein arithmetisches Mittel von 3,48 (SD = 1,15; SE = 0,20). Die Verteilung der Stimmen der praktizierenden Teilnehmenden erfolgte wie folgt: 21,2 % Marke 5, 33,3 % Marke 4, 21,2 % Marke 3 und 2 sowie 3,0 % Marke 1.

Im Schnitt stimmten die meisten der Befragten beider Gruppen dafür, dass es teilweise zutrifft, dass ein *ausführliches Skript* Anwendung in Kommunikationstrainings finden sollte (SG: 3,40; SD = 1,19; SE = 0,17; ÄG: 3,52; SD = 1,06; SE = 0,19). Die Mittelkategorie wurde von 34,0 % (SG) und 45,5 % (ÄG) angeklickt. Abgelehnt wurde der Einsatz eines Skripts von 10,6 % der Studierenden, durch die Angabe „trifft nicht zu“ sowie 8,5 % durch „trifft gar nicht zu“. Bezüglich der Mediziner*innen stieß der Vorschlag eines Skripts ebenfalls auf geringe Ablehnung. 9,1 % nutzte die Option „trifft nicht zu“ sowie 3,0 % „trifft gar nicht zu“. Zustimmung erhielt die Methode von 25,5 % (SG) beziehungsweise 18,2 % (ÄG) durch die Marke 4 und durch 21,3 % (SG) sowie 24,2 % (ÄG) durch die Marke 5.

Als letztes Item in der Kategorie Methoden wurde die *Anregung zur Reflektion der eigenen Gesprächsführung* aufgeführt. Es fand im Schnitt erheblichen An-

klang in beiden Gruppen. Jeweils 44,7 % der Studierenden gaben an, die Nutzung dieser Methode als (völlig) zutreffend zu empfinden. 8,5 % wählten die mittlere Kategorie und nur eine Person (2,1 %) lehnte diese Vorgehensweise durch die Angabe „trifft nicht zu“ ab. Es ergibt sich ein arithmetisches Mittel von 4,32 (SD = 0,73; SE = 0,11). Über die Hälfte der Ärzt*innen (54,5 %) ordneten ihre Stimme der Antwortmöglichkeit „trifft zu“ zu. Weitere 30,3 % verteilen sich auf die Marke 5 sowie 12,1 % auf die Marke 3. Eine Angabe (3,0 %) wurde im Bereich „trifft nicht zu“ getätigt. Völlige Ablehnung erfuhr das Item weder in der SG- noch ÄG-Einheit. Der Mittelwert bezogen auf die Ärzt*innenschaft berechnet sich auf 4,12 (SD = 0,74; SE = 0,13).

Wie sich der Übersichtstabelle entnehmen lässt gibt es bis auf das oben erläuterte Item ME02_03 keine weiteren Unterschiede von Signifikanz zwischen den Gruppen.

Tab. 3. Mittelwerte, Standardabweichungen, Standardfehler und Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für jedes Item der Kategorie „Methoden 2“ von SG (n = 47) und ÄG (n = 33)

Item	Studierende			Ärzt*innen			U-value	z-score	p-value
	Mean	SD	SE	Mean	SD	SE			
ME02_01	2,43	0,95	0,14	2,76	1,05	0,18	679	-0.93824	.34722
ME02_02	4,55	0,62	0,09	4,33	0,85	0,15	670	1.0262	.30302
ME02_03	4,40	0,71	0,10	3,82	0,98	0,17	504	2.64857	.00804
ME02_04	4,30	0,66	0,10	3,94	0,90	0,16	609.5	1.61748	.10524
ME02_05	3,43	0,85	0,12	3,30	1,07	0,19	755.5	0.19058	.8493
ME02_06	3,81	1,04	0,15	3,48	1,15	0,20	651.5	1.20701	.22628
ME02_07	3,40	1,19	0,17	3,52	1,06	0,19	752.5	-0.2199	.82588
ME02_08	4,32	0,73	0,11	4,12	0,74	0,13	656.5	1.15814	.24604

6.2.2 Auswertung der „Inhalte“ eines Kommunikationstrainings

Im Rahmen der Kategorie „Inhalte“ wurden mögliche Inhalte abgefragt und inwiefern die Teilnehmenden sich diese in einem Training wünschen oder ablehnen.

Innerhalb dieses Fragenblocks konnte kein Unterschied von Signifikanz mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests festgestellt werden, wie den Daten der Tabelle zu entnehmen ist:

Tab. 4. Mittelwerte, Standardabweichungen, Standardfehler und Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für jedes Item der Kategorie „Inhalte“ von SG (n = 47) und ÄG (n = 33)

Item	Studierende			Ärzt*innen			U-value	z-score	p-value
	Mean	SD	SE	Mean	SD	SE			
IN01_01	3,70	1,02	0,15	3,79	0,96	0,17	741.5	-0.32741	.7414
IN01_02	4,68	0,47	0,07	4,39	0,61	0,11	585	1.85693	.06288
IN01_03	4,47	0,69	0,10	4,27	0,67	0,12	645.5	1.26565	.20408
IN01_04	4,30	0,91	0,13	4,36	0,49	0,09	735	0.39093	.69654
IN01_05	4,68	0,52	0,08	4,79	0,42	0,07	705.5	-0.67925	.4965
IN01_06	3,70	0,98	0,14	3,67	1,16	0,20	766	-0.08796	.92828
IN01_07	4,17	0,94	0,14	3,91	0,95	0,16	642.5	1.29497	.19706
IN01_08	4,34	0,87	0,13	4,27	0,72	0,13	701.5	0.71834	.47152

Das jeweils geringste arithmetische Mittel beider Gruppen findet sich mit 3,70 (SG: SD = 0,98; SE = 0,14) und 3,67 (ÄG: SD = 1,16; SE = 0,20) beim Item IN01_06. Somit erfuhr das Thema *schriftliche Kommunikation*, zum Beispiel, um das Verfassen von Briefen in einfacher Sprache zu erlernen, die größte Ablehnung, wobei es nicht als völlig nutzlos eingeordnet wurde, da 23,4 % seitens der Studierenden und 27,3 % der Ärzt*innen angaben, dass es völlig zu trifft, dass diese Art der Verständigung Bestandteil eines Trainings sein sollte. Über ein Drittel (SG: 36,2 %; ÄG: 33,3 %) wählten zudem die Kategorie „trifft zu“. Darüber hinaus ordneten sich 27,7 % (SG) und 24,2 % (ÄG) der Mittelkategorie sowie 12,8 % (SG) und 9,1 % (ÄG) der Marke 2 zu. Völlige Ablehnung erhielt der Inhalt von zwei Mediziner*innen (6,1 %), welche die Option „trifft gar nicht zu“ nutzten.

Einen ebenso geringen Mittelwert von 3,70 (SD = 1,02; SE = 0,15) findet sich in der Studierendengruppe angesichts des Vorschlags *allgemeine Grundlagen wie Kommunikationstheorien, -modelle und Gesprächsstrukturierung in Trainings aufzunehmen*. Auch in der Vergleichsgruppe fällt das arithmetische Mittel mit 3,79 (SD = 0,96; SE = 0,17) im Gegensatz zu den anderen Items gering aus. Die Zuordnung zu den fünf Antwortoptionen erfolgte in der SG-Einheit wie folgt von Marke 5 zu 1: 23,4 %, 36,2 %, 31,9 %, 4,3 %, 4,3 %. Aus der ÄG-Kohorte wurde die Marke 1 nicht ausgewählt. Die meisten Ärzt*innen gaben die Antwort „trifft zu“ mit 42,4 %. Des Weiteren wählten 24,2 % die verbale Marke „trifft völlig zu“, 21,2 % „trifft teils zu“ und 12,1 % „trifft nicht zu“.

Laut Mittelwerten wünschten sich die Gruppenzugehörigen am häufigsten die Aufnahme von Themen rund um *emotional herausfordernde Situationen* und damit beispielsweise die Vermittlung eines adäquaten Umgangs mit Wut, Trauer und Überbringen schlechter Nachrichten (SG: Mean = 4,68; SD = 0,52; SE = 0,08; ÄG: 4,79; SD = 0,42; SE = 0,07). Beide Kohorten gaben mit jeweils über zwei Dritteln (SG: 70,2 %; ÄG: 78,8 %) an, dass es völlig zutreffend ist, diesen Inhalt in Trainings aufnehmen zu sollen. Die restlichen 21,2 % der ÄG-Einheit ordnete sich in die nächste Kategorie „trifft zu“ ein. Weitere Antwortmöglichkeiten wurden nicht genutzt. Ähnlich gestaltet sich die Verteilung der Studierenden. 27,7 % nutzten ebenfalls die Marke 4. Lediglich eine Person (2,1 %) gab die Antwort „trifft teils zu“ an.

Wie das vorangegangene erläuterte Item hat der Vorschlag *Gesprächsführung in spezifischen Gesprächssituationen*, wie zum Beispiel Besprechung von Prognosen, Gespräche mit Angehörigen, Anamnesegespräche und Mehr-Personen-Settings, in der Studierendengruppe einen ebenso hohen Mittelwert von 4,68 (SD = 0,47; SE = 0,07). Was die Vergleichsgruppe anbelangt, fällt dieser Wert minimal geringfügiger aus (ÄG: Mean = 4,39; SD = 0,61; SE = 0,11). Über zwei Drittel der Lernenden (68,1 %) wünschte sich diesen Inhalt und wählte die Marke 5. Die übrigen 31,9 % nutzten die folgende Kategorie der Marke 4. Weitere Optionen fanden keine Anwendung. Ein ähnlicher Trend zeigt sich in der anderen Kohorte. 45,5 % empfand es als völlig zutreffend, diesen Inhalt im Rahmen eines Trainings zu vermitteln. 48,5 % gaben ihre Stimme für die Antwortmöglichkeit „trifft zu“. Als teils zutreffend empfanden 6,1 % die Aussage diesen Inhalt aufnehmen zu sollen.

Die Behandlung von *interprofessionellen Versorgungsanlässen* wie Visite, Fallbesprechungen und Übergaben fand bei über der Hälfte der Studierenden (57,4 %) Anklang, welche „trifft völlig zu“ auswählten. 31,9 % kreuzten die nächste Möglichkeit „trifft zu“ und 10,6 % „trifft teils zu“ an. Die Kategorien, die Ablehnung signalisieren, wurden nicht genutzt. Das gleiche Bild zeigt sich bei Betrachtung der Daten der Ärzt*innen, welche ebenfalls die letzten beiden Kategorien der Marke 2 und 1 nicht verwendeten. Die meisten Stimmen erhielt die

Option „trifft zu“ mit 48,5 %. Zudem wurde die verbale Marke „trifft völlig zu“ von 39,4 % ausgewählt. Die übrigen 12,1 % ordneten sich der Mittelkategorie zu. Es errechnet sich ein arithmetisches Mittel von 4,27 (SD = 0,67; SE = 0,12) für die ÄG-Einheit und 4,47 (SD = 0,69; SE = 0,10) für die SG-Kohorte.

Als weiterer Inhalt wurde die Vermittlung eines adäquaten *Beziehungsaufbaus und empathische Kommunikation* vorgeschlagen. Die Hälfte aller Studierenden (51,1 %) gab an es als völlig zutreffend anzusehen, dass dieses Thema in Trainings Bestandteil sein sollte. Diese Einschätzung unterstützten 34,0 %, welche die darauffolgende Kategorie der Marke 4 wählten. 10,6 % nutzte die Mittelkategorie. Jeweils 2,1 % äußerten ihre Ablehnung durch die Zuordnung zu den Marken 2 und 1. Für die Studierendengruppe berechnet sich ein Mittelwert von 4,30 (SD = 0,91; SE = 0,13). Mediziner*innen hingegen gaben ihre Stimmen nur für die verbale Marke „trifft völlig zu“ (36,4 %) und „trifft zu“ (63,6 %) ab. Hier lautet das arithmetische Mittel 4,36 (SD = 0,49; SE = 0,09).

Ein gemischter Eindruck entsteht bezüglich der Rückmeldungen zur Behandlung von *herausfordernden Situationen* wie der Umgang mit Sprachbarrieren und kulturellen Unterschieden. In beiden Gruppen gab jeweils eine Person an, dass es nicht, beziehungsweise gar nicht zu trifft, dass dieser Inhalt Bestandteil eines Trainings sein sollte (SG: 2,1 %; ÄG: 3,0 %). 17,0 % (SG) und 21,2 % (ÄG) gaben „trifft teils zu“ an. Am häufigsten klickten Mediziner*innen die Option „trifft zu“ mit 45,5 % an. Unter einem Drittel (27,3 %) wählte die Marke 5. Unter den Studierenden machte mit 44,7 % die Möglichkeit „trifft völlig zu“ die größte Gruppe aus. Weitere 34,0 % gaben als Antwort „trifft zu“. 4,17 ist das arithmetische Mittel der SG-Einheit (SD = 0,94; SE = 0,14). In der Gruppe der Praktizierenden errechnet sich ein Wert von 3,91 (SD = 0,95; SE = 0,16).

Als letztes Item innerhalb der Fragekategorie „Inhalte“ wurde das Statement getätigt, es sollten *interpersonelle Qualitäten* wie aktives Zuhören, Einfühlungsvermögen zeigen, angemessene Begrüßungsmöglichkeiten und Blickkontakt vermittelt werden. Die Hälfte der Studierenden (51,1 %) bewertete die Aussage als völlig zu treffend, weitere 38,3 % als zu treffend. Bei den Mediziner*innen erfolgte die Verteilung dieser beiden Marken umgekehrt. Die Hälfte (51,5 %) ordneten

sich der Marke 4 zu, während 39,4 % die Marke 5 auswählten. Ein ähnlicher Trend zeigt sich in den folgenden Antwortmöglichkeiten. 6,4 % (SG) beziehungsweise 6,1 % (ÄG) gaben „trifft teils zu“ an. Je eine Person (2,1 %) der Studierendengruppe klickte auf „trifft (gar) nicht zu“ und eine (3,0 %) der Ärzt*innen wählte „trifft nicht zu“. Insgesamt ergibt sich ein Mittelwert von 4,34 bezogen auf die Daten der Studierenden (SD = 0,87; SE = 0,13) und ein Wert von 4,27 seitens der Vergleichsgruppe (SD = 0,72; SE = 0,13).

6.2.3 Auswertung „Rahmenbedingungen“ eines Kommunikationstrainings

Günstige Rahmenbedingungen spielen für den Erfolg von Kommunikationstrainings eine wesentliche Rolle. Daher wurden die Vorstellungen diesbezüglich abgefragt. Weitestgehend zeigte sich zwischen den zwei Gruppen Einigkeit. Bei dem Item RB01_06 ergab sich jedoch ein signifikanter Unterschied zwischen den Bewertungen. Der Mann-Whitney-U-Test weist einen p-Wert von 0.3846 auf (U = 563; z = -2.07194). Es handelt sich um das Statement, dass ein Seminar eine *Mischung aus digitalen und Präsenzanteilen* umfassen sollte. Die Studierenden zeigten sich diesem Vorschlag weniger aufgeschlossen als die Ärzt*innen wie ein Vergleich der Mittelwerte erkennen lässt (SG: Mean = 2,74; SD = 1,21; SE = 0,18; Mean = 3,36; SD = 1,17; SE = 0,20). Nur zwei der Lernenden (4,3 %) stimmten dem Statement völlig zu. Je 27,7 % nutzten die Marken 4 und 3. 19,1 % lehnte diese Art der Trainingsgestaltung durch die Kategorie „trifft nicht zu“ ab und 21,3 % legten ihre völlige Ablehnung durch die Marke 1 dar. Etwas weniger gegen den Vorschlag stimmten die Ärzt*innen. Mit einem Drittel (33,3 %) wurde am häufigsten die Option „trifft zu“ gewählt. Je 18,2 % empfanden die Aussage als völlig beziehungsweise als teilweise zutreffend. Neun Befragte (27,3 %) klickten die Marke 2 und 3,0 % die Marke 1 an. Die unterschiedliche Verteilung auf die Antwortoptionen wird ebenfalls bei Betrachtung des gruppierten Balkendiagramms offensichtlich:

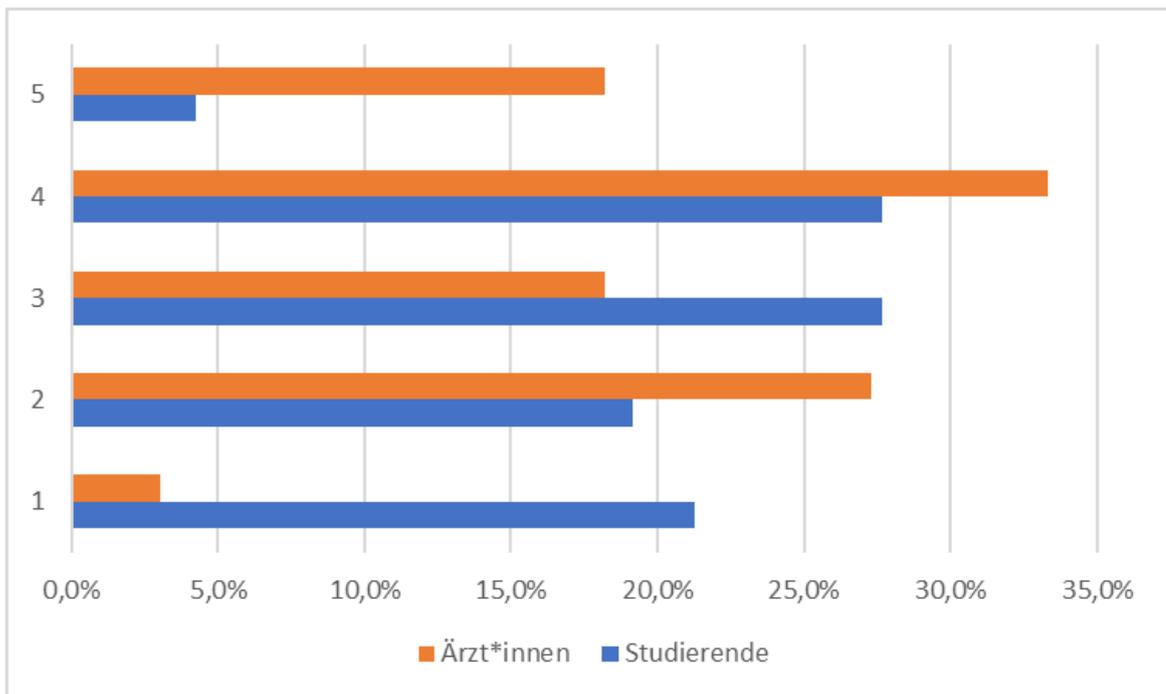


Abb. 8. Relative Verteilung der befragten Gruppen auf die Antwortmarken 1 bis 5, Item RB01_06

Im Durchschnitt einheitlich sprachen sich die Befragten gegen das Durchführen von *Einzeltrainings* ohne die Anwesenheit von anderen Kommiliton*innen aus. Hier finden sich in dieser Fragenkategorie die geringsten Mittelwerte von 2,23 (SG: SD = 0,94; SE = 0,14) und 2,00 (ÄG: SD = 1,06; SE = 0,18). Nur 3,0 % aller Mediziner*innen befürwortete dies völlig, während die Teilnehmenden der anderen Kohorte diese Option nicht wählten. Vier Studierende (8,5 %) und zwei Ärzt*innen (6,1 %) empfanden die Aussage über diese Art des Trainings als zutreffend. Ein knappes Drittel (31,9 %, SG) beziehungsweise 19,2 % (ÄG) gaben die Marke 3 an. Unter den Studierenden wurde am häufigsten „trifft nicht zu“ mit 34,0 % gewählt. Ebenfalls zu einem Drittel (33,3 %) geschah dies durch die Vergleichsgruppe. Unter den Praktizierenden machte die größte Gruppe die Marke 1 mit 39,4 % aus. Bei den Studierenden kamen 25,5 % in dieser Gruppe zusammen.

Größte Zustimmung innerhalb dieser Fragendimension erfuhr das Item, welches die Aussage traf, ein Training sollte eine *Gruppengröße von maximal zehn Teilnehmenden* nicht überschreiten. Sowohl bei den Studierenden als auch Ärzt*innen wurde „trifft völlig zu“ zu jeweils klar über die Hälfte gewählt (SG: 63,8 %; ÄG: 63,6 %). Weitere 29,8 % (SG) und 27,3 % (ÄG) taten ihre Zustimmung durch die Marke 4 kund. Die nächste Option „trifft teils zu“ wurde drei- (6,4 %, SG) beziehungsweise zweimal (6,1 %, ÄG) angekreuzt. Es zeigt sich eine kritische Stimme innerhalb der ÄG-Einheit, welche die Marke 1 angab. Es ergeben sich Mittelwerte von 4,57 (SG: SD = 0,62; SE = 0,09) und 4,48 (ÄG: SD = 0,87; SE = 0,15).

Überwiegenden Anklang fand das Statement, Trainings sollten *ohne Benotung* stattfinden. Nahezu die Hälfte aller Studierenden (48,9 %) und über die Hälfte der Ärzt*innen (51,5 %) teilten diese Ansicht völlig. Die übrigen Stimmen verteilen sich unter den Lernenden wie folgt: 31,9 % Marke 4, 12,8 % Marke 3 und 6,4 % Marke 2. Die Option „trifft gar nicht zu“ wurde nicht verwendet. Die Zuordnung der Vergleichsgruppe staffelt sich in 15,2 % für „trifft zu“, 21,2 % für „trifft teils zu“, 9,1 % für „trifft nicht zu“ und 3,0 % für „trifft gar nicht zu“. Somit lassen sich als Mittelwerte 4,23 (SG: SD = 0,91; SE = 0,13) sowie 4,03 (ÄG: SD = 1,19; SE = 0,21) ermitteln.

Des Weiteren wurde die Aussage getätigt, Kommunikationstrainings sollten für Medizinstudierende *verpflichtend* sein. Auch dieses Statement erhielt im Schnitt weitestgehend Zustimmung, wie die arithmetischen Mittel nahelegen (SG: Mean = 4,45; SD = 0,75; SE = 0,11; ÄG: Mean = 4,30; SD = 0,92; SE = 0,16). Eine eindeutige Mehrheit unter den Universitätsbesuchenden wünschte sich eine Verpflichtung wie die Verteilung der Daten zeigt: 57,4 % Marke 5, 31,9 % Marke 4, 8,5 % Marke 3, 2,1 % Marke 2, 0,0 % Marke 1. Ähnlich verhielt es sich in der anderen Kohorte wie die relativen Häufigkeiten von Marke 5 zu 1 zeigen: 51,5 %, 33,3 %, 12,1 %, 0,0 % und 3,0 %.

Als nächstes Item wird die Aussage analysiert, dass *Trainings interprofessionelle Veranstaltungen beinhalten sollten*, welche Einblicke in Nachbardisziplinen gewährleisten, indem zum Beispiel gemeinsam Themen mit Studierenden der

Pflege, Physiotherapie, etc. bearbeitet werden. Mit jeweils über einem Drittel (SG: 36,2 %; ÄG: 36,4 %) wurde die verbale Marke „trifft zu“ am häufigsten gewählt. Ein weiteres knappes Drittel (31,9 %) der Lernenden gab die Antwort „trifft völlig zu“. Zudem nutzten 25,5 % die Mittelkategorie und 6,4 % die Marke 2. Unter den Mediziner*innen sahen 18,2 % das Statement als völlig zutreffend an. 30,3 % nutzte die Option „trifft teils zu“, 9,1 % gab „trifft nicht zu“ und 6,1 % „trifft gar nicht zu“ als Antwort. Das arithmetische Mittel der SG beläuft sich auf 3,94 (SD = 0,92; SE = 0,13). Die Daten der Vergleichsgruppe führen zu einem Mittelwert von 3,52 (SD = 1,09; SE = 0,19).

Die Einstellung gegenüber eines *ausschließlich Face-to-Face*, das heißt nicht online, stattfindenden Trainings wurde in einem weiteren Item geprüft. In beiden Gruppen wurde die Mittelkategorie am häufigsten mit 36,2 % (SG) und 36,4 % (ÄG) gewählt. Dies spiegelt sich auch in der Berechnung der Mittelwerte wider, die sich auf 3,72 (SD = 1,02; SE = 0,15) und 3,45 (SD = 1,18; SE = 0,20) belaufen. Zudem gaben 29,8 % der Lernenden an, das Statement als völlig zutreffend einzuordnen, während 23,4 % es als zutreffend ansahen. Die restlichen 10,6 % gaben „trifft nicht zu“ als Antwort. 21,2 % der Mediziner*innen entschieden sich für die Marke 5, 27,3 % für die Marke 4. Ablehnung erfuhr der Vorschlag von 6,1 %, welche „trifft nicht zu“ angaben und 9,1 % die „trifft gar nicht zu“ ankreuzten.

Wie der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen ist gibt es außer bei dem Item RB01_06 keine signifikanten Unterschiede in dieser Kategorie:

Tab. 5. Mittelwerte, Standardabweichungen, Standardfehler und Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für jedes Item der Kategorie „Rahmenbedingungen“ von SG (n = 47) und ÄG (n = 33)

Item	Studierende			Ärzt*innen			U-value	z-Score	p-value
	Mean	SD	SE	Mean	SD	SE			
RB01_01	4,23	0,91	0,13	4,03	1,19	0,21	732.5	0.41537	.67448
RB01_02	4,45	0,75	0,11	4,30	0,92	0,16	719,00	0.54731	.58232
RB01_03	4,57	0,62	0,09	4,48	0,87	0,15	765	0.09773	.92034
RB01_04	3,94	0,92	0,13	3,52	1,09	0,19	613.5	1.57839	.1141
RB01_05	3,72	1,02	0,15	3,45	1,18	0,20	694.5	0.78675	.42952
RB01_06	2,74	1,21	0,18	3,36	1,17	0,20	563	-2.07194	.03846
RB01_07	2,23	0,94	0,14	2,00	1,06	0,18	648	1.24121	.21498

6.2.4 Auswertung der „zeitlichen Aspekte“ von Kommunikations- trainings

Zwei der fünf Items, welche sich mit zeitlichen Aspekten von Kommunikations-
trainings befassen, weisen einen signifikanten Unterschied zwischen der Verteilung
der Angaben der befragten Gruppen auf. Es ergibt sich ein p-Wert von 0.0008 ($U = 369.5$; $z = 3.96308$) für das Item ZT01_04. Dieses umfasst die Aussage, das *Training sollte im Verlauf des gesamten Studiums* stattfinden. In dem gruppierten Balkendiagramm wird das Antwortverhalten der Studierenden und Ärzt*innen ersichtlich:

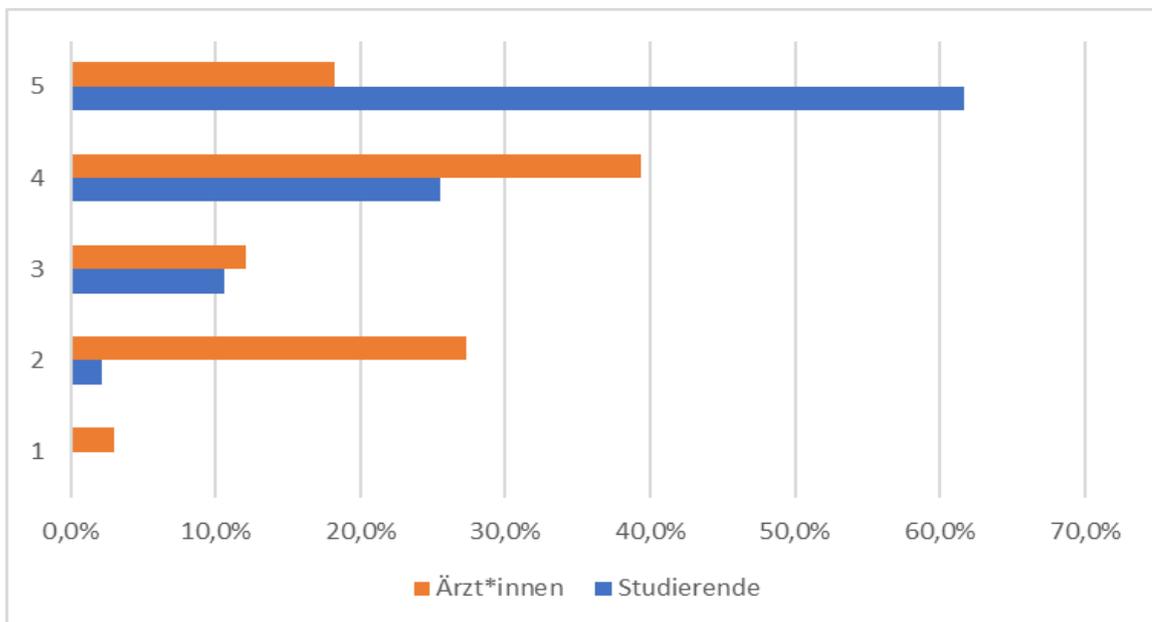


Abb. 9. Relative Verteilung der befragten Gruppen auf die Antwortmarken 1 bis 5, Item ZT01_04

Es zeigt sich, dass ein Lernen im Verlauf des Studiums von den Studierenden eher befürwortet wurde als von den Ärzt*innen. Die hohe Zustimmung der Lernenden wird durch die Berechnung des Mittelwerts 4,47 ($SD = 0,78$; $SE = 0,11$) erkennbar, während dieser Wert in der ÄG-Einheit 3,42 ($SD = 1,17$; $SE = 0,20$) beträgt. Über die Hälfte der SG-Kohorte (61,7 %) empfand das Statement als völlig zutreffend. In der Vergleichsgruppe waren es lediglich 18,2 %. Weitere 25,5 % der Universitätsbesuchenden nutzten die Antwort „trifft zu“. „Trifft teils zu“ wurde von 10,6 % der Teilnehmenden angegeben sowie „trifft nicht zu“ von

2,1 %. Die Ärzt*innen gaben mehrheitlich, zu 39,4 %, die Marke 4 an, gefolgt von 27,3 % der Marke 2, 12,1 % der Mittelkategorie und 3,0 % der Marke 1.

Als zweites Item mit signifikantem Unterschied zwischen den Gruppen erweist sich ZT01_05. Es trifft die Äußerung, dass mit einem *Training erst gegen Ende des Studiums* begonnen werden sollte. Der p-Wert des Mann-Whitney-U-Tests ergibt .0056 ($U = 491.5$; $z = -2.77074$). In der SG-Einheit wird der niedrigste Mittelwert von 1,74 (SD = 0,94; SE = 0,14) innerhalb dieser Fragekategorie erzielt, während die ÄG-Kohorte ein höheres arithmetisches Mittel von 2,58 (SD = 1,35; SE = 0,23) aufweist. Knapp die Hälfte (48,9 %) der Studierenden stufte das Statement als „gar nicht zutreffend“ und 36,2 % als „nicht zutreffend“ ein. Vier dieser Befragten (8,5 %) nutzten die Marke 3, 4,3 % die Marke 4 und lediglich 2,1 % die Marke 5. Das Training erst im letzten Studienabschnitt zu beginnen, wurde unter den Ärzt*innen etwas positiver aufgefasst. 12,1 % gaben an den Vorschlag als „völlig zutreffend“ einzuschätzen. Jeweils 15,2 % gaben die Marken 4 und 3 an. Ein Drittel (33,3 %) nutzten die Option „trifft nicht zu“ und 24,2 % „trifft gar nicht zu“. Das folgende Balkendiagramm verdeutlicht die unterschiedlichen Angaben und Zuordnungen der Studierenden und Mediziner*innen wie sie soeben beschrieben wurden:

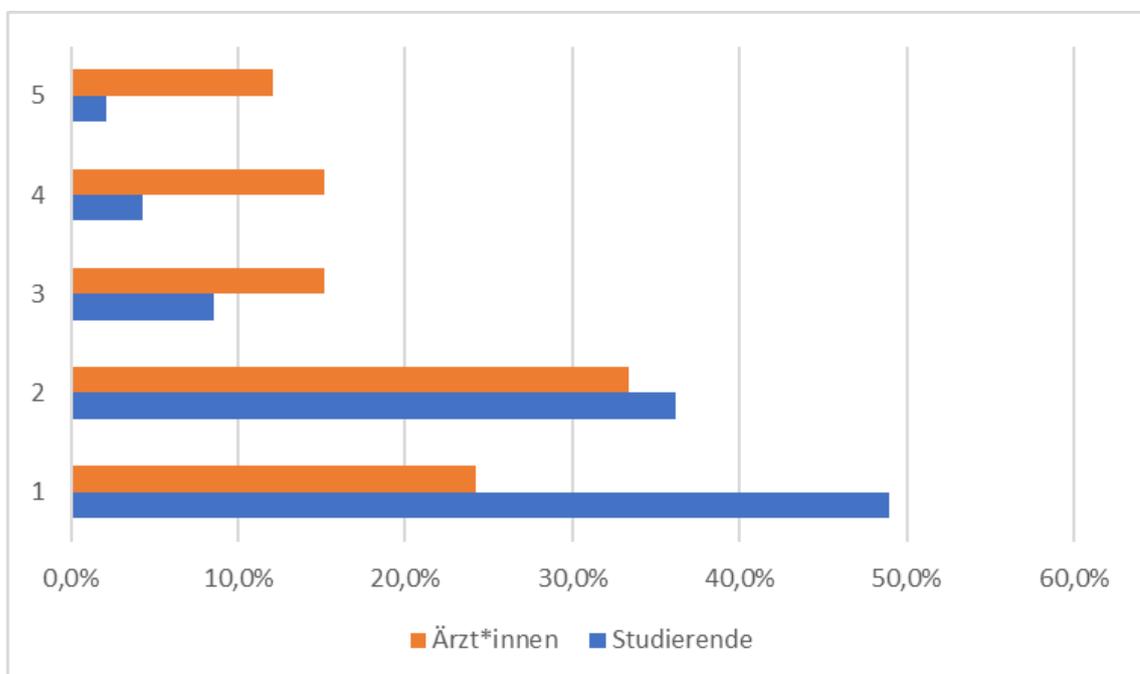


Abb. 10. Relative Verteilung der befragten Gruppen auf die Antwortmarken 1 bis 5, Item ZT01_05

Am positivsten innerhalb der Abfrage der zeitlichen Aspekte wurde die Aussage, *ein Kommunikationstraining sollte bereits während des Studiums stattfinden*, bewertet. Die Studierenden nutzten nur zwei der fünf Antwortmöglichkeiten. 83,0 % gaben an das Statement als völlig zutreffend einzuordnen. Die restlichen 17,0 % wählten die Option „trifft zu“. Ein ähnlicher Trend zeigt sich in der Vergleichsgruppe. 72,7 % nutzten die Marke 5 und 24,2 % die Marke 4. Lediglich eine Person (3,0 %) unter den Ärzt*innen verwendete das andere Extrem und gab „trifft gar nicht zu“ an. Insgesamt errechnet sich ein Mittelwert von 4,83 (SD = 0,83; SE = 0,06) für SG und ein Wert von 4,64 (SD = 0,78; SE = 0,14) für ÄG.

Ebenfalls hohe arithmetische Mittel ergeben sich für das Statement, dass *kürzere Trainingseinheiten* von maximal 2 Stunden, welche *regelmäßig über mehrere Wochen* verteilt sind, angenehmer sind als ein einmaliges Wochenendtraining mit ganztägigen Einheiten. Der Wert beträgt 4,30 für SG (SD = 0,88; SE = 0,13) und ebenfalls 4,30 für ÄG (SD = 0,81; SE = 0,14). Über die Hälfte der Studierenden (53,2 %) wertete dies als völlig zutreffend. Die weiteren Daten verteilen sich wie folgt von Marke 4 zu 2: 27,7 %, 14,9 % und 4,3 %. Die Antwort „trifft gar nicht zu“ wurde nicht gegeben. Die Angaben „trifft (völlig) zu“ wurden zu je 45,5 % durch die Mediziner*innen gemacht. 3,0 % dieser Teilnehmenden kreuzte die Mittelkategorie an. Die übrigen 6,1 % nutzten die Option der Marke 2.

Am wenigsten stimmten die Ärzt*innen dem Item zu, dass es sinnvoll ist, *erst als praktizierende Mediziner*in die Thematik Kommunikation im Rahmen von Fortbildungen* zu bearbeiten, wie der Mittelwert von 2,24 (SD = 1,48; SE = 0,26) beweist. Auch die Studierenden zeigten sich von diesem Statement wenig überzeugt. Es ergibt sich ein arithmetisches Mittel von 2,00 (SD = 1,23; SE = 0,18). In den zwei Gruppen stellt die Kategorie „trifft gar nicht zu“ die am häufigsten genutzte Antwortmöglichkeit (SG: 46,8%; ÄG 48,5 %) dar. Die Lernenden äußerten sich zudem zusätzlich zu 27,7 % ablehnend durch die Angabe „trifft nicht zu“. 10,6 % kreuzten die Marke 3 an. Nur 8,5 % sprachen sich für die Marke 4 und 6,4 % für die Marke 5 aus. Die Daten der Ärzt*innen verteilte sich folgendermaßen von Marke 2 bis 5: 18,2 %, 3,0 %, 21,2 % und 9,1 %.

Über die zwei bereits analysierten Items hinaus gibt es in dieser Kategorie keine weiteren, welche einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen aufweisen. Dies ist den Daten der Tabelle zu entnehmen:

Tab. 6. Mittelwerte, Standardabweichungen, Standardfehler und Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für jedes Item der Kategorie „Zeitliche Aspekte“ von SG (n = 47) und ÄG (n = 33)

Item	Studierende			Ärzt*innen			U-value	z-score	p-value
	Mean	SD	SE	Mean	SD	SE			
ZT01_01	4,83	0,38	0,06	4,64	0,78	0,14	692	0.81119	.41794
ZT01_02	4,30	0,88	0,13	4,30	0,81	0,14	757.5	0.17103	.86502
ZT01_03	2,00	1,23	0,18	2,24	1,48	0,26	736	-0.38116	.70394
ZT01_04	4,47	0,78	0,11	3,42	1,17	0,20	369.5	3.96308	.00008
ZT01_05	1,74	0,94	0,14	2,58	1,35	0,23	491.5	-2.77074	.0056

6.2.5 Auswertung der „allgemeinen Einschätzungen“ über Kommunikationstrainings

In einer eigenen Kategorie wurden allgemeine Ansichten zur Thematik Kommunikationstraining abgefragt. Hier zeigten sich bezüglich aller fünf Items keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, wie anhand der Daten in der Tabelle zu erkennen ist:

Tab. 7. Mittelwerte, Standardabweichungen, Standardfehler und Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für jedes Item der Kategorie „allgemeine Einschätzung“ von SG (n = 47) und ÄG (n = 33)

Item	Studierende			Ärzt*innen			U-value	z-score	p-value
	Mean	SD	SE	Mean	SD	SE			
AE01_01	2,17	0,89	0,13	1,82	1,07	0,19	591.5	1.7934	.07346
AE01_02	4,64	0,57	0,08	4,61	0,66	0,11	767,00	0.07819	.93624
AE01_03	3,64	0,85	0,12	3,88	1,11	0,19	627	-1.44645	.14706
AE01_04	2,83	1,01	0,15	2,42	1,20	0,21	597	1.73965	.08186
AE01_05	4,34	0,73	0,11	4,39	0,70	0,12	746	-0.28343	.77948

Das kleinste arithmetische Mittel findet sich sowohl für SG (Mean = 2,17, SD = 0,89; SE = 0,13) als auch ÄG (Mean = 1,82, SD = 1,07; SE = 0,19) bei dem Item AE01_01. Studierende gaben zu 42,6 % an, dass es teils zu trifft, dass für die Anwendung von erlernten Kommunikationstechniken im Berufsalltag keine

Zeit ist. Diese Ansicht teilten 21,2 % der Ärzt*innen. Unter den Praktizierenden gaben über die Hälfte (54,5 %) an, dass dies gar nicht zu trifft, während 29,8 % der Studierende dies ebenso empfanden. Weitere 18,2 % (ÄG) sowie 25,5 % (SG) folgten dieser Ansicht durch die Wahl der Option „trifft nicht zu“. 21,2 % der Mediziner*innen wählte als Antwort „trifft teils zu“. Lediglich je eine Person der SG- (2,1 %) und eine der ÄG-Befragten (3,0 %) waren der Ansicht, dass es zu trifft, dass sie für die Kommunikationstechniken keine Zeit haben. Als völlig zu treffend wurde dies von einer weiteren Person (3,0 %) aus der Ärzt*innenschaft eingestuft.

Der maximale Mittelwert der SG-Einheit liegt bei 4,64 (SD = 0,57; SE = 0,08). Bei der ÄG-Kohorte liegt das arithmetische Mittel bei 4,61 (SD = 0,66; SE = 0,11). Beide Werte gehören zum Item AE01_02, welches die Aussage tätigt, *eine gute Gesprächsführung hilft ein*e gute*r Ärzt*in zu sein*. Jeweils eindeutig über die Hälfte der Studierenden (68,1 %) und Ärzt*innen (66,7 %) unterstützten das Statement durch die Wahl der Kategorie „trifft völlig zu“. Weitere 27,7 % (SG) und 30,3% (ÄG) waren ebenfalls überzeugt und kreuzten die nächste Antwortmöglichkeit „trifft zu“ an. Zwei Studierende (4,3 %) konnten nur teils zu stimmen, während sich eine Person unter den Mediziner*innen (3,0 %) skeptisch zeigte und angab, dies treffe nicht zu.

Des Weiteren wurde die folgende Aussage getroffen: *Nichtmedizinisch ausgebildete Dozent*innen sind in der Lage Kommunikationstheorien und -techniken zu vermitteln, welche Ärzt*innen nutzen*. Die Aussage wurde überwiegend von beiden Gruppen bestätigt. Am häufigsten wählten die Studierenden mit 46,8 % die verbale Marke „trifft zu“. Ebenso geschah es unter den Ärzt*innen, welche diese Option zu 36,4 % und damit insgesamt zwölf Mal wählten. Rund ein Drittel (33,3 %) der ÄG-Einheit betrachtete das Statement als völlig zutreffend. Dieser Ansicht folgten sechs Studierende (12,8 %). Über ein Drittel (34,0 %) der Lernenden wählten die Marke 3 und gaben an, die Aussage als nur teils zutreffend anzusehen. Weitere 4,3 % der Studierenden äußerten, es trifft nicht zu und 2,1 %, es trifft gar nicht zu. Es zeigt sich ein ähnlicher Trend in der Gruppe der Mediziner*innen. 21,2 % kreuzten ein teilweises Zutreffen, 3,0 % ein Nicht-Zutreffen

und 6,1 % ein gar Nicht-Zutreffen an. Insgesamt liegt das arithmetische Mittel bzgl. SG bei 3,64 (SD = 0,85; SE = 0,12) und bzgl. ÄG bei 3,88 (SD = 1,11; SE = 0,19).

Als weitere allgemeine Einschätzung wurde das Item *Trainings zur Gesprächsführung vermitteln Idealvorstellungen, welche in der Praxis nicht umgesetzt werden können*, in die Umfrage aufgenommen. Wie die Mittelwerte aufzeigen, sahen im Schnitt die Studierenden dies (Mean = 2,83; SD = 1,01; SE = 0,15) etwas eher als gegeben an als die Ärzt*innen (Mean = 2,42; SD = 1,20; SE = 0,21). Die Studierenden gaben zu über einem Drittel (36,2 %) an, dass die Äußerung teils zu trifft. Ein weiteres Drittel (34,0 %) sowie 6,4 % der Lernenden gaben an, dass sie der Meinung sind, dass es sich lediglich um Idealvorstellungen handelt und nutzen hierfür die Optionen „trifft nicht“ und „trifft gar nicht zu“. Eine Minderheit von 17,0 % und 6,4 % hingegen empfand das Statement als „zutreffend“ beziehungsweise „völlig zutreffend“. Auch in der Vergleichsgruppe finden sich für die Marken 4 und 5 eine Minderheit mit 6,1 % und 9,1 %. Mit 33,3 % am häufigsten wählten die arbeitenden Befragten die Antwort, dass es nicht zutrifft, dass die Trainingsinhalte nicht umgesetzt werden können. Weitere 24,2 % gaben an, es trifft gar nicht zu. Die restlichen 27,3 % wählten die Mittelkategorie „trifft teils zu“.

Zuletzt wurde in dieser Fragekategorie die Aussage *Kommunikationstrainings sind hilfreich für den beruflichen Alltag* getätigt und zur Bewertung vorgelegt. Beide Gruppen zeigten sich im Schnitt dem gegenüber aufgeschlossen, wie ein Blick auf die Mittelwerte offenbart. Diese liegen bei 4,34 (SG; SD = 0,73; SE = 0,11) und 4,39 (ÄG; SD = 0,70; SE = 0,12). Sowohl in der SG- als auch ÄG-Einheit wurden die verbalen Marken „trifft (völlig) zu“, zu jeweils knapp der Hälfte gewählt, sodass sich zusammengefasst für diese Antwortmöglichkeiten 93,6 % der Studierenden und 94 % der Ärzt*innen entschieden haben. Lediglich drei Personen unter den Universitätsbesuchenden und zwei der Praktizierenden waren dem gegenüber skeptischer eingestellt. So gaben 2,1 % der Studierenden an, das Statement als teils zutreffend zu empfinden. Für weitere 4,3 % der Lernenden traf die Äußerung nicht zu. Unter den Mediziner*innen wählten jeweils 3,0 % die Marke 3 und 2.

6.3 Ausreißer

Zur Feststellung von Ausreißern im Datensatz wurden Boxplots für alle Items erstellt (vgl. Anhang). Milde Ausreißer wurden durch den jeweiligen 1,5-fachen Interquartilsabstand (IQR) sowie extreme Ausreißer durch $3 \times \text{IQR}$ definiert und entsprechend berechnet.

Es lassen sich eine Vielzahl an Ausreißern feststellen, welche überwiegend als mild einzuordnen sind. Teilweise handelt es sich allerdings auch um extreme Ausreißer.

Die Ursachen lassen sich nur eingeschränkt nachvollziehen. Für Erklärungsansätze wurden die Rückmeldungen aus der offen gestellten Frage herangezogen und nach möglichen Begründungen gesucht.

Ein auf diese Weise nachvollziehbares Item stellt AE01_04 dar, welches das Statement beinhaltet, dass *Kommunikationstrainings Idealvorstellungen vermitteln, welche in der Praxis nicht umgesetzt werden können*. Dieser Aussage wurde überwiegend weder von den Studierenden noch von den praktizierenden Mediziner*innen zugestimmt, wie es sich auch anhand der gruppierten Boxplots nachvollziehen lässt:

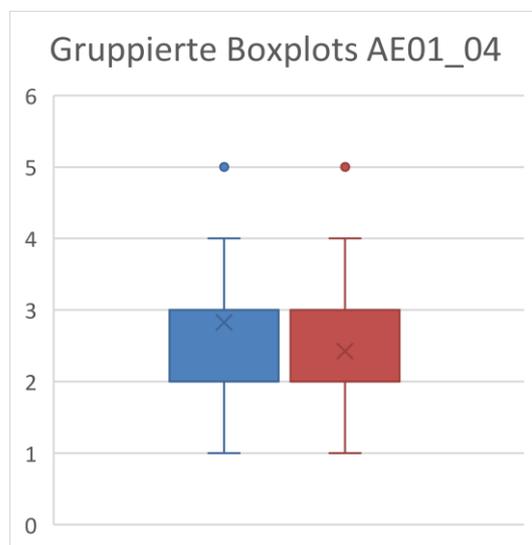


Abb. 11. Gruppierte Boxplots, Item AE01_04

Der Median der SG-Kohorte liegt bei drei, das heißt er ist mit dem dritten Quartil zusammengefallen. Daher handelt es sich bei dem in der Grafik dargestellten Boxplot um einen Sonderfall. Ebenso verhält es sich in der Vergleichsgruppe, in welcher der Median dieses Items bei zwei liegt und in diesem Fall mit dem ersten Quartil zusammengefallen ist. Die Verteilung in der Studierendengruppe erfolgte rechtssteil, während sich die der Einheit der Mediziner*innen als linkssteil darstellt.

Trotz des überwiegenden Widerspruchs gegen das getroffene Statement, wurde unter den Ärzt*innen von einer Person angemerkt: „Im Alltag [ist] meist keine Zeit für ausreichende Kommunikation [...] unabh. von der ‚Kommunikationsvorbildung‘“ (ÄG_RB; Zitate vgl. Anhang). In dieser Aussage ist Kritik enthalten, welche andeutet, dass die Voraussetzungen für die Anwendung erlernter Techniken in der Realität nicht gegeben sind. Des Weiteren wurde angemerkt: „Die Frage ist, inwieweit Idealvorstellungen [...] überhaupt durchgesetzt werden können“ (ÄG_U). Auch hier wird durch Ärzt*innen das Thema Ideale angesprochen und inwiefern diese im Berufsalltag realisiert werden können. Weitere Stimmen geben jedoch in der offenen Frage an, dass sie das Thema Kommunikation für bedeutsam halten und sich wünschen, dass entsprechende Veranstaltungen im Rahmen des Studiums mehr Raum erhalten (ÄG_ZP; ÄG_BK3). Diese Äußerungen decken sich mit den ermittelten Werten der Frage zum Ankreuzen. Überwiegend wurde hier angegeben, dass das Statement des Items nicht oder nur teilweise zutreffend ist. Es finden sich in beiden teilnehmenden Gruppen lediglich zwei Personen, welche das Extrem „trifft völlig zu“ wählten. Diese beiden Angaben stellen sich jeweils als milde Ausreißer an der oberen Quartilsgrenze dar. Wie vorangehend erläutert, lässt sich der Ausreißer in der Kohorte der Mediziner*innen mit den verfassten Kommentaren der offenen Frage in Verbindung bringen und somit das Zustandekommen erklären. Aufgrund dieser kritischen Statements ist nicht von einem versehentlichen Auswählen der Antwortmöglichkeit auszugehen. In der Studierendengruppe liegen keine Äußerungen zu dieser Thematik vor, sodass hier keine Ursachenerläuterung vorgenommen werden kann.

Aufgrund eines Mangels an Kommentaren durch die Befragten, welche zu den Items mit Ausreißern getroffen wurden, können keine weiteren Bezüge zwischen diesen hergestellt werden. Somit sind keine ergänzenden Erklärungsansätze ableitbar.

Die Items, welche signifikante Unterschiede zwischen den Ansichten der Ärzt*innen und Studierenden aufweisen sind lediglich teilweise in der Studierenden-Gruppe ebenfalls von milden Ausreißern betroffen. Nur das Item RB01_06, welches zu den signifikanten zählt und sich mit der Frage nach der *Anwendung einer Mischung aus digitalen und Präsenzanteilen* beschäftigt, weist keinerlei derartigen Auffälligkeiten auf, wie folgende Grafik mit gruppierten Boxplots aufzeigt:

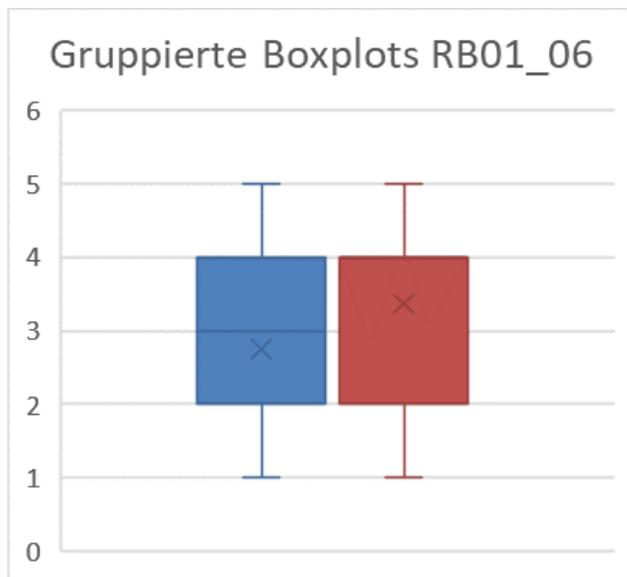


Abb. 12. Gruppierte Boxplots, Item RB01_06

Die Verteilung der Daten erfolgte in der Studierenden-Gruppe symmetrisch, während sie in der Kohorte der Mediziner*innen rechtssteil ausfiel. Der Median der Studierenden-Gruppe liegt bei drei. Bei dem Boxplot der Vergleichsgruppe handelt es sich um einen Sonderfall, da hier der Median bei vier liegt und somit mit dem dritten Quartil zusammengefallen ist.

Für das signifikante Item ME02_03, *regelmäßiges Feedback durch Mitstudierende*, errechnet sich laut Definition ein milder Ausreißer in der Studierenden-Gruppe an der unteren Quartilsgrenze. Ein Erklärungsversuch für diesen kann mangels Daten nicht erfolgen. Die SG-Kohorte betreffend liegt erneut ein Sonderfall bezüglich des Boxplots vor, da der Median bei fünf liegt und mit dem dritten Quartil zusammengefallen ist. Diese Tatsache wird auch in der Grafik erkennbar:

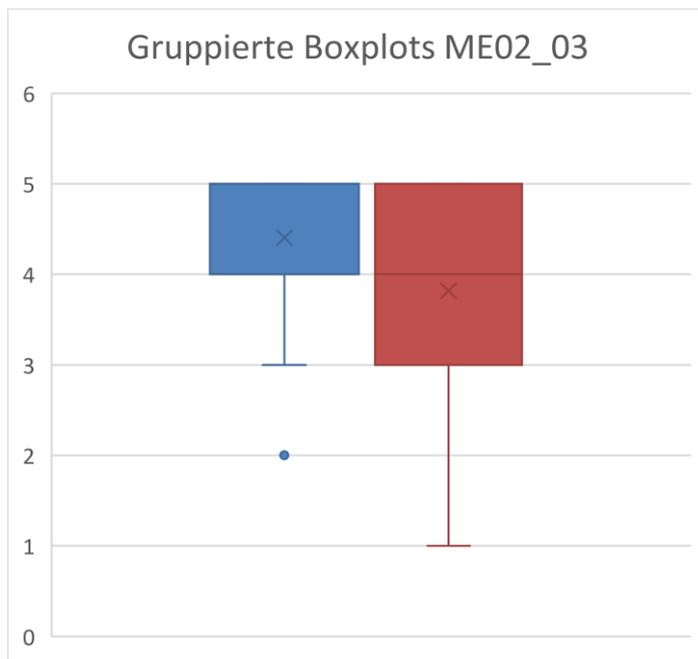


Abb. 13. Gruppierte Boxplots, Item ME02_03

Ebenso verhält es sich für das signifikante Item ZT01_04. Mit dessen Hilfe wurde die Ansicht erfragt, ob *Kommunikationstrainings während des gesamten Studienverlaufs* erfolgen sollten. Erneut liegen keine Ausreißer seitens der Ärzt*innen vor, jedoch zeigt sich ein milder Ausreißer an der unteren Quartilsgrenze in der Gruppe der Studierenden. In beiden analysierten Kohorten erfolgte die Datenverteilung rechtssteil. Es liegen zwei Sonderfälle an Boxplots vor. Der Median der SG-Einheit liegt bei fünf und ist mit dem dritten Quartil zusammengefallen. In der Vergleichsgruppe ist der Median ebenfalls mit diesem Quartil zusammengefallen, liegt allerdings bei vier, wie den Boxplots zu entnehmen ist:

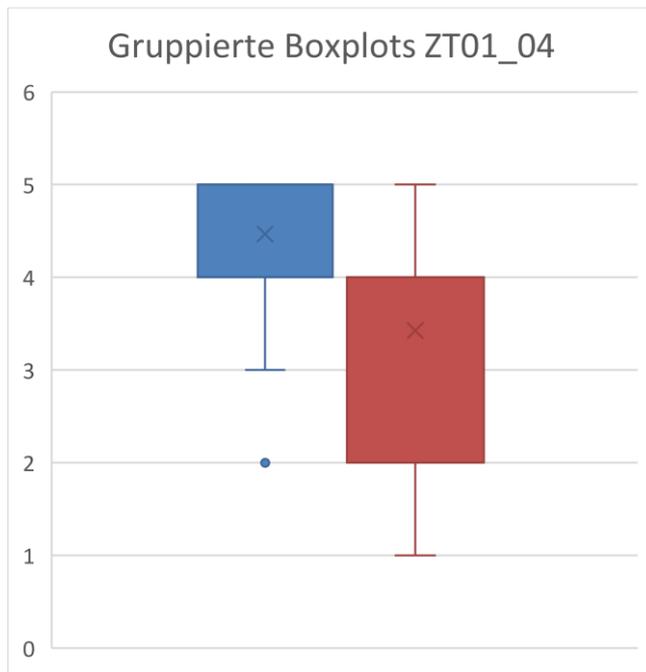


Abb. 14. Gruppierter Boxplots, Item ZT01_04

Auch bei diesem Item ergibt sich aus den vorliegenden Daten kein Ansatzpunkt, um die Entstehung des Ausreißers erklären zu können.

Wird das letzte Item, bei welchem ein signifikanter Unterschied durch den Mann-Whitney-U-Test nachweisbar ist, betrachtet, so ergeben sich in der Gruppe der Studierenden je ein milder und ein extremer Ausreißer jeweils an der oberen Quartilsgrenze. Es handelt sich um das Item ZT01_05 und ermittelt die Meinung der Umfrageteilnehmenden dazu, ob das *Kommunikationstraining erst zum Ende des Humanmedizinstudiums* aufgenommen werden sollte. Bei der SG-Einheit liegt der Median bei zwei und ist mit dem dritten Quartil zusammengefallen, während der Median der Vergleichsgruppe zwar ebenfalls bei zwei liegt, allerdings mit dem ersten Quartil zusammengefallen ist. Somit ergeben sich erneut zwei Sonderfälle an Boxplots. Die Verteilung der Daten der Studierenden erfolgte rechtssteil, während sich die der Ärzt*innen als linkssteil erweist. Die Grafik der gruppierten Boxplots stellt soeben beschriebene Aspekte dar:

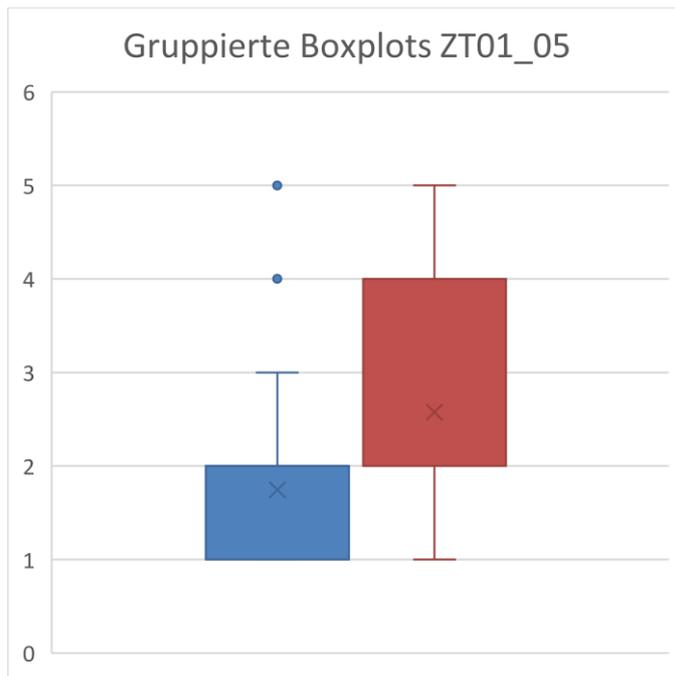


Abb. 15. Gruppierter Boxplots, Item ZT01_05

Abermals ergeben sich aus den vorliegenden Daten, beispielsweise durch die qualitative Auswertung der offenen Frage, keine Anhaltspunkte, um die Entstehung dieser Ausreißer nachvollziehen zu können

6.4 Qualitative Auswertung der offenen Frage

Durch die offen gestellte Frage wurde die Option geboten eine freie Meinungsäußerung zu tätigen. Diese Möglichkeit wurde von einigen Befragten genutzt, sodass die Anmerkungen der Beteiligten in Kategorien geclustert wurden. Hinsichtlich der zwei bestehenden Fragebogenversionen wurden diese möglichst deckungsgleich formuliert, um Vergleichbarkeit und eine inhaltsanalytische Auswertung zu ermöglichen.

Die Kategorien *Training*, *Bedeutsamkeit von Kommunikation* und *Sonstiges* bestehen übereinstimmend. Für die ÄG-Einheit wurde zudem die Kategorie *Berufsalltag* aufgenommen.

Zum Thema *Training* äußerten sich drei Studierende sowie zwei Ärzt*innen. Bezogen auf den Inhalt wurde sich gewünscht herausfordernde Situationen aufzunehmen. Als Beispiele wurden kulturelle Differenzen, sprachliche Barrieren und Angehörige genannt, welche sich in das Gespräch zwischen Ärzt*innen und Patient*innen einschalten. Eine weitere Person nannte ebenfalls die Wichtigkeit der Vermittlung eines adäquaten Umgangs mit Angehörigen. Als Grund wurde spezifisch auf die Zunahme von Demenzerkrankungen aufmerksam gemacht, welche die Kommunikation mit Angehörigen notwendig macht. Auch auf Elterngespräche wurde hingewiesen, sowie das Risiko sich gerichtlichen Klagen ausgesetzt zu sehen, falls die Kommunikation misslingt.

In Bezug auf die Rahmenbedingungen von Trainings gaben zwei Studierende an, dass es an ihren Universitäten bisher Wahlfächer zum Erlernen von kommunikativen Fähigkeiten gibt, sie sich jedoch Pflichtfächer in diesem Bereich wünschen. Eine Person wies darauf hin, dass bei den bisher bestehenden Wahlfächern die Problematik von unzureichenden Plätzen besteht, sodass nicht alle Interessierten diese Seminare belegen können. Unter den befragten Ärzt*innen merkte zudem eine Person an, das Thema Kommunikation erst gegen Ende des Studiums behandeln zu wollen. Ein Grund für dieses Begehren wurde nicht genannt.

Der Kategorie *Bedeutsamkeit von Kommunikation* ließen sich vier Aussagen, eine von Seiten der Studierenden und drei von Ärzt*innen, zuordnen. Übereinstimmend gaben in diesem Bereich alle sich Äußernden kund, dass gelungene Kommunikation ein wichtiger Bestandteil für den Behandlungserfolg und die Entstehung einer guten Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung ist, da sie Auswirkung auf das Verständnis und die Compliance hat.

In die Kategorie *Berufsalltag* fielen zwei Äußerungen, die von Ärzt*innen getätigt wurden. Eine Person äußerte sich kritisch und merkte an, dass trotz Kommunikationstraining keine zeitlichen Ressourcen für die Umsetzung von angemessenen Gesprächen vorhanden sind. Gestützt wird dieses Statement von einem wei-

teren Kommentar, in welchem hinterfragt wird, inwiefern Kommunikationstechniken beziehungsweise „Idealvorstellungen“ (ÄG_U) in einem Medizinsystem, welches „zunehmend ökonomisiert“ (ebd.) wird, angewendet werden können.

Die Äußerungen, die unter die Kategorie *Sonstiges* fallen, werden im weiteren Verlauf der Arbeit nicht weiter in die Auswertung einbezogen. Es wurde viel Erfolg für die Masterarbeit gewünscht sowie auf ein Projekt namens „washabich.de“ (SG_S) hingewiesen, welches Patient*innen durch ehrenamtliche Mediziner*innen unterstützt ihre Befunde zu verstehen (Jonietz, 2022).

7. Diskussion

Die Ergebnisse der Datenerhebung werden im Folgenden diskutiert und in den aktuellen Forschungskontext eingeordnet.

7.1 Methoden

Unter den vorgeschlagenen Methoden, wie die Studierenden kommunikative Fähigkeiten nahegebracht bekommen möchten, herrschte zwischen den Lernenden und den Ärzt*innen weitestgehend Übereinstimmung bezüglich dessen, was als sinnvoll und angenehm angesehen wurde.

Von den klassischen Rollenspielen zeigten sich die Studierenden etwas mehr, jedoch nicht in signifikantem Ausmaß, überzeugt als die Mediziner*innen. Die wenigen ablehnenden Stimmen könnten auf ein empfundenes Unwohlsein und Stress zurückzuführen sein, welche durch derartige Übungen laut Ruiz-Moral et al. (2021) entstehen können. Eine weitere Möglichkeit, weshalb Ärzt*innen den Einsatz von Rollenspielen etwas zurückhaltender bewerteten, könnte darin bestehen, dass derartige Übungen zum Teil idealisiert sind und keine realistische Situation darstellen (Bobeke et al., 2011), die beispielsweise den herrschenden Zeitdruck berücksichtigen (Bechmann, 2014). Hierbei handelt es sich um Hypothesen, die nicht gesichert aus dem vorliegenden Datensatz belegt werden können und weiterer Forschung bedürfen.

Innerhalb des ersten Methodenfragenblocks wurden Gruppenarbeiten von beiden Gruppen am schlechtesten bewertet. Das Bedürfnis auf diese Weise zu lernen, liegt bei den Studierenden nur eingeschränkt vor. Ärzt*innen stufen das Vorgehen geringfügig besser ein, sahen allerdings in anderen Methoden ebenfalls mehr Potential, um davon zu profitieren. Eine Erklärung kann darin liegen, dass die Erarbeitung von Wissen in Gruppen mit anschließender Vorstellung im Plenum als zu theoretisch empfunden wird. Die These kann anhand der Daten nicht bestätigt werden, jedoch wird aufgrund der Umfragedaten ersichtlich, dass insbesondere Methoden mit hohen Praxisanteilen mit vermehrter Zustimmung bewertet wurden. Dies zeigt sich beispielsweise durch die ausgeprägte Beipflichtung der Studierenden, Simulationspatient*innen zum Üben nutzen zu wollen. Das starke Einfordern dieser Methode widerspricht den Aussagen von Ruiz-Moral et al. (2021), welche angeben, dass diese Vorgehensweise Stress und Ängste bei den Studierenden hervorruft und daher als kritisch einzustufen ist. Die Befragten teilten diese Sorge nicht und wollten sich dieser Situation stellen. Die Vorteile wie Üben in einem Safe Place (Gebhardt et al., 2021) scheinen zu überwiegen. Ärzt*innen zeigten sich ebenfalls von der Methode überzeugt, hielten sich jedoch in ihrer Zustimmung etwas mehr zurück. Erneut bedarf es an weiterer Forschung, um die Gründe hierfür herausfinden zu können. Möglicherweise ist ihnen mehr bewusst, dass die Realitätsnähe, welche eigentlich durch solche Übungen erzeugt werden soll (ebd.), nicht immer gegeben ist und Ideale erzeugt werden, welche in der Praxis nicht umsetzbar sind (Bobeke et al., 2011).

Videoanalysen von selbst durchgeführten Gesprächen verursachen laut Ruiz-Moral et al. (2021) Stress und wirken sich nachteilig auf die Lernenden aus. In der Umfrage zeigte sich jedoch von den Studierenden eine Offenheit gegenüber dieser Methode. Die Mehrheit von ihnen ist bereit auf diese Art zu lernen und gab an, dass derartige Analysen genutzt werden sollten. Auch die befragten Ärzt*innen waren dieser Meinung, woraus geschlossen werden kann, dass diese aufgrund ihrer Erfahrungen davon ausgehen, dass Videoanalysen hilfreich sein können, um im späteren Berufsleben davon profitieren zu können.

Geringfügig häufiger wurde der Verwendung von Videoanalysen von echten Gesprächssituationen durch beide Gruppen zugestimmt. Hier fällt der Aspekt von möglichem Stress und Ängsten weg, da die Studierenden Modelle beobachten und deren Verhaltensweisen besprechen. Laut Studien sind hierbei sowohl die Analyse von Positiv- als auch Negativbeispielen hilfreich (Kyaw et al., 2019; Archer & Meyer, 2021).

Laut Archer und Meyer (2021) sind Supervisionen essenziell. In der Umfrage gaben mehr Studierende als Ärzt*innen an, sich diese nach Gesprächen mit realen Patient*innen zu wünschen. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist nicht signifikant. Dennoch stellt sich die Frage, weshalb Mediziner*innen zurückhaltender auf diese Methode reagierten. Auch hier bedarf es weiterer Ursachenforschung. Als Hypothese wird aufgestellt, dass Ärzt*innen durchaus den Nutzen in der Methode sehen, jedoch die Umsetzung als kritisch erachten, da es sich um echte Patient*innen handelt, welche sich nicht immer für derartige Vorgehensweisen zur Verfügung stellen möchten. Auch die Mediziner*innen selbst könnten sich bei dem Gedanken beobachtet zu werden unwohl fühlen. Es besteht die Möglichkeit der Befürchtung durch studentische Analysen in der eigenen Kompetenz in Frage gestellt und als schlechtes, fehlerbehaftetes Modell eingestuft zu werden. Ob dem so ist, kann beispielsweise durch eine qualitative Untersuchung, beispielsweise durch Interviews, erörtert werden.

Dem Verfassen von schriftlichen Berichten durch die Studierenden zu Themen aus den Kommunikationsseminaren stehen sowohl die Lernenden als auch Praktizierenden kritisch und tendenziell ablehnend gegenüber, sodass sich der Einsatz dieser Methode aus Sicht der Betroffenen als wenig hilfreich darstellt. Von allen vorgeschlagenen Möglichkeiten wurde diese Vorgehensweise im Durchschnitt von beiden Gruppen am häufigsten negativ bewertet.

Überzeugt hat hingegen der Einsatz von Feedback durch Trainer*innen. Die Einschätzung der Sinnhaftigkeit dieser Methode deckt sich auch mit Erkenntnissen aus der Forschung, welche die Wichtigkeit von der Nutzung von Rückmeldungen betont, wobei auf eine adäquate Feedbackkultur geachtet werden muss, da sich Studierende teilweise unsicher und verletztlich fühlen können (Archer & Meyer,

2021). Angemessen erbrachtes Feedback ist neben dem Bieten von Reflektionsmöglichkeiten und neuen Perspektiven in der Lage derartige negative Gefühle zu reduzieren (ebd.).

Bezüglich des Feedbacks durch Kommiliton*innen herrschte keine derartige Einigkeit unter den zwei Gruppen. Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied. Die Studierenden gaben zu einem Großteil an, dass diese Methode genutzt werden sollte. Entsprechend kann daraus geschlossen werden, dass ein Interesse an der Meinung ihrer Mitstudierenden besteht und sie den Einsatz als gewinnbringend empfinden. Die ÄG-Einheit bewertete diese Option zurückhaltender und sah nur teilweise einen Nutzen. Die Gründe für diese Bewertung erschließen sich nicht aus der Umfrage und bedürfen weiterer Forschung. Es stellt sich die Frage, ob die unterschiedlichen Ansichten aufgrund verschieden stark ausgeprägten Konkurrenzdenken und der Befürchtung sich bloßzustellen herrühren. Auch wäre neben der Ursachenforschung von Interesse zu erörtern, ob das Beibringen einer adäquaten Feedbackkultur die Bewertung dieses Item verändert.

Im Durchschnitt gaben die Befragten beider Gruppen an sowohl das Angebot von konkreten Transfer-/ Anwendungsmöglichkeiten der Kommunikationstechniken als auch die Reflektion der eigenen Gesprächsführung als hilfreichen Bestandteil von Trainings zu empfinden. Insbesondere letzteres zeigt sich stimmig mit dem Wunsch Videoanalysen eigener Gespräche durchführen zu wollen.

In Hinblick auf den Einsatz von Lerntandems und Tutor*innen zeigt sich ein gemischtes Bild. Die befragten Ärzt*innen waren ersterer Methode etwas aufgeschlossener als die Studierenden, während es sich bei zweiteren andersherum darstellte. Es ließ sich allerdings kein signifikanter Unterschied feststellen. In bestehenden Kommunikationsprojekten für Universitäten wie das „nationale longitudinale Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin“ ist der Einsatz von Studierenden als Tutor*innen angedacht (Hinding et al., 2020). Die Verfasserinnen dieses Konzeptes geben an, dass diese Vorgehensweise ein „ressourcensparendes“ sowie „flexibel einsetzbares Lehr-Lernformat“ (ebd., S. 22) ist. Es wird angemerkt, dass die Tutor*innen vor ihrem Einsatz geschult werden müssen

(ebd.). Darüber hinaus wird vorgeschlagen nicht nur fachintern Medizinstudierende zu nutzen, sondern interprofessionell auch Lernende aus anderen Studiengängen wie zum Beispiel aus der Pharmazie oder Heil- und Gesundheitsberufen einzubeziehen (ebd.).

Mediziner*innen und Studierende zeigten sich einig, dass ein ausführliches Skript zu den Inhalten des Trainings nur teilweise für sie von Nutzen ist. Gründe hierfür lassen sich aus der Umfrage nicht ableiten. Erklärende Kommentare in der offenen Frage liegen nicht vor.

7.2 Inhalte

Im Vergleich zu den vorgeschlagenen Trainingsinhalten schnitt die Vermittlung von allgemeinen Grundlagen wie Kommunikationstheorien, -modellen und Gesprächsstruktur schlecht ab. Gründe für diese Haltung lassen sich dem Fragebogen nicht entnehmen. In Konzepten wie dem „nationalen longitudinalen Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin“ (Hinding et al., 2020) stellen die Grundlagen die Basis für alle darauffolgenden Module dar und sind dementsprechend ein wesentlicher Bestandteil im aktuellen Trainingskonzept. Eine mögliche Ursache für die Zurückhaltung der Befragten könnte darin liegen, dass sie möglichst viele Praxiselemente in Trainings gegenüber Theorien bevorzugen. Es handelt sich hierbei um eine These, welche durch die Betrachtung der gewünschten Inhalte gestützt, jedoch nicht explizit belegt werden kann.

Eine hohe Nachfrage erfuhr der Vorschlag die Gesprächsführung in spezifischen Situationen zu üben. Unter solche fallen beispielsweise Anamnesegespräche und die Besprechung der Prognose (Löning, 2001). Die klare Zustimmung dieses Thema als Inhalt in ein Training aufzunehmen, zeigt, dass Studierende davon ausgehen, davon später in ihrem Beruf profitieren zu können und erfahrene Ärzt*innen diesen Eindruck bestätigen. Dementsprechend gilt es diesen Bereich als einen Schwerpunkt während der Planung eines Trainings ausreichend zu beachten und genügend Übungsgelegenheiten einzuplanen.

Das „Mustercurriculum Kommunikation“ (Hinding et al., 2020) beinhaltet als Modul das Besprechen und Üben von interprofessionellen Versorgungsanlässen. Auch die Teilnehmenden der Umfrage gaben an, dies als wichtigen Inhalt anzusehen, sodass daraus geschlossen werden kann, dass das Thematisieren von Visiten, Fallbesprechungen und Übergaben sinnvoll ist. Gleichzeitig fällt jedoch auf, dass beide Gruppen der Durchführung von interprofessionellen Veranstaltungen im Rahmen des Studiums etwas weniger aufgeschlossen gegenüberstanden (siehe unter 6.2.3 Auswertung „Rahmenbedingungen“ eines Kommunikationstrainings, S. 43). Hier stellt sich die Frage nach den Gründen, welche nicht aus der Datenanalyse erkennbar sind.

Es wird in der Forschung davon ausgegangen, dass eine gute Beziehung und empathische Kommunikation wichtige Faktoren für das Gelingen der Behandlung sind und das medizinische Ergebnis beeinflussen (Vogel et al., 2018). Die betroffenen Studierenden und Ärzt*innen selbst stimmten dieser Annahme zu und gaben an, diese Inhalte in Trainings zu erwarten. Auffällig ist, dass die bereits arbeitenden Mediziner*innen das Lehren von Empathie mehr einforderten als die Studierenden. Möglicherweise zeigt sich hier die Erfahrung aus dem Berufsalltag, dass Dinge wie Beziehungsaufbau und Einfühlungsvermögen essenziell sind und durch Training verbessert werden sollten. Entsprechend dieser Ergebnisse ist den Schlussfolgerungen von Archer & Meyer (2021), dass Empathie ein wichtiger Bestandteil von Lehrplänen ist, auch aus Sicht der betroffenen Berufsgruppe zuzustimmen. Entsprechend gilt es auch diesen Punkt in Trainings zu berücksichtigen.

Im Durchschnitt am häufigsten wünschten sich beide Gruppen den Umgang mit emotional herausfordernden Situationen zu trainieren. Dies könnte an Unsicherheiten mit einem adäquaten Vorgehen in solchen Momenten liegen, wie sie Ha et al. (2010) beschreiben. Ärzt*innen verfallen zum Teil in Vermeidungsverhalten, wenn sie nicht wissen, wie sie sich verhalten sollen (ebd.). Dies führt zu Konflikten und schlechteren Behandlungsergebnissen (ebd.). In der Umfrage zeigte sich, dass sich die Befragten der Problematik bewusst sind und proaktiv handeln möchten, um nicht in das beschriebene Vermeidungsverhalten oder in Konflikte

zu geraten. Auch hier sollten Trainer*innen ausreichend Übungsmöglichkeiten in ihren Trainings anbieten und Handlungsalternativen für derartige Situationen aufzeigen.

Am wenigsten interessiert zeigten sich die Befragten an der Vermittlung schriftlicher Kommunikation und widersprechen damit Ansichten, welche aktuell in der Forschung vertreten werden. Als beispielhafte Vertreter der wissenschaftlichen Seite werden an dieser Stelle Sagi et al. (2021) angeführt, welche fordern, dass die schriftliche Verständigung mehr in den Fokus von Trainings gerückt werden muss. Sie nennen als konkretes Beispiel für Trainings das Lehren von einfacher Sprache, welche nicht nur im Schriftverkehr, sondern auch in Gesprächen bei Bedarf eingesetzt werden kann (ebd.). Bisher spielt dieser Inhalt in der Ausbildung eine untergeordnete Rolle (ebd.). Wie in der Analyse der durchgeführten Umfrage aufgezeigt, sind die potenziellen Kursteilnehmenden damit zufrieden, wenn dieser Thematik weiterhin weniger Aufmerksamkeit als anderen Inhalten geschenkt wird. Auch die erfahrenen Ärzt*innen verspürten nicht das Bedürfnis diesem Thema mehr Raum geben zu wollen. Dies könnte daran liegen, dass sich weder Studierende noch Ärzt*innen über die Möglichkeit bewusst sind, schriftliche Elemente auch in Gesprächen zu nutzen, um für mehr Verständnis zu sorgen beziehungsweise die einfache Sprache, welche sie für Schriftstücke verwenden können, auch auf die mündliche Kommunikation übertragen können.

Ein gemischtes, jedoch überwiegend zustimmendes Bild in beiden Gruppen ergab sich bei der Auswertung bezüglich der Behandlung von herausfordernden Situationen wie Sprachbarrieren und kulturellen Situationen. Unter den Studierenden wurde explizit darauf hingewiesen, dass es „Simulationstrainings schon relativ zahlreich“ (SG_TI) gibt, die Trainings aber „um Kommunikation in schwierigen Situationen (zB [sic] ein Angehöriger, der ständig ‚dazwischenfunkt‘; Sprachbarrieren; soziokulturelle Unterscheide [sic]) erweitert werden sollte[n]“ (ebd.). Aus Forschungssicht stellt sich die Aufnahme dieser Thematik in Kommunikationsseminare ebenfalls als sinnvoll dar, da derartige Situationen Konfliktpotentiale in sich tragen und es zu Missverständnissen kommen kann, welche die Behandlungsergebnisse abträglich beeinflussen (Clarke et al., 2019).

Als letzten Inhaltsvorschlag wurde die Einstellung gegenüber dem Erlernen von interpersonellen Qualitäten abgefragt. Sowohl Studierende als auch Ärzt*innen gaben an, derartige Fähigkeiten erwerben zu wollen, sodass diese in Trainings aufgenommen werden sollten. Auch Steiner-Hofbauer et al. (2018) sprechen sich in ihrer Forschungsarbeit dafür aus. In einer Liste von sechs Eigenschaften, welche gute Ärzt*innen innehaben sollten, setzten sie interpersonelle Qualitäten auf Platz eins (ebd.). An einigen Universitäten wie beispielsweise der Universität Wien ist das Vermitteln derartiger Kompetenzen im Studiengang Humanmedizin bereits obligatorisch (ebd.).

Insgesamt zeigten sich die Vergleichsgruppen bezogen auf die Inhalte recht einig, sodass davon ausgegangen werden kann, dass sich die Studierenden bewusst darüber sind, welche kommunikativen Fähigkeiten ihnen im späteren Berufsalltag weiterhelfen können und Ärzt*innen dies bestätigen. Durch ihre beruflichen Erfahrungen haben sie keine abweichenden Ansichten entwickelt, welche Inhalte besonders wesentlich für erfolgreiche Kommunikationstrainings sein könnten.

7.3 Rahmenbedingungen

Als Rahmenbedingung sprachen sich die Gruppenangehörigen überwiegend dafür aus, die Trainings ohne Benotung stattfinden zu lassen. Es regten sich nur vereinzelt kritische Stimmen, die das Gegenteil favorisierten. Möglicherweise empfinden Studierende dieses Vorgehen als entspannter, sodass sie sich auf Gesprächsübungen besser einlassen und sich ohne externen Druck trauen mit neu erlernten Methoden zu experimentieren. Dies stellt einen wichtigen Aspekt dar, der bei Trainingskonzeptionen berücksichtigt werden muss, da Forschende wie Bobeke et al. (2011) und Ruiz-Moral et al. (2021) angeben, dass negative Erfahrungen, Stress und Ängste dazu führen können, dass es zu einem ungewollten Outcome von Trainings kommt und die Bereitschaft kommunikative Fähigkeiten anzueignen und zu nutzen sinkt. Es gilt daher die Bewertung der Leistungen in derartigen Trainings zu überdenken und eine stressfreie Lösung zu finden. Diese kann beispielsweise, wie von den Betroffenen selbst gewünscht, in

einem Verzicht auf klassische Notengebung liegen. Jedoch sollte darauf geachtet werden, dennoch eine adäquate Mitarbeit zu erzielen, trotz fehlender extrinsischer Motivation, welche durch die Angst vor schlechten Ergebnissen erzeugt werden kann.

Sowohl die befragten Studierenden als auch Ärzt*innen sprachen sich dafür aus, die Trainings verpflichtend während des Studiums durchzuführen. Diesen Wunsch unterstrichen zwei der Lernenden durch ihre Äußerungen in der offenen Frage. Sie wiesen darauf hin, dass es Wahlfächer zum Thema Kommunikation gibt, diese jedoch über zu wenig Plätze für alle interessierten Studierende verfügen (SG_RB1; SG_RB2). Durch diese Forderung wird offensichtlich, dass sich (angehende) Ärzt*innen der Wichtigkeit von kommunikativen Fähigkeiten bewusst sind (Chandra & Mohammadnezhad, 2021) und Übungs-/ Lernmöglichkeiten zur Verfügung gestellt bekommen wollen. Es besteht in der Zielgruppe eine Nachfrage, die Universitäten nachkommen sollten.

Ruiz-Moral et al. (2021) gaben an, dass die Durchführung von Übungsgesprächen auch vor Kleingruppen zu Stress und anderweitig ungünstigen Auswirkungen führen kann. Die Ergebnisse der Umfrage für die Masterarbeit zeigen, dass sich die Gruppenangehörigen einig sind, die Trainings in möglichst kleinen Gruppen von maximal zehn Teilnehmenden durchführen zu wollen, jedoch kein Einzeltraining anstreben. Somit scheint es für die Befragten ein Fortschritt zu sein, überhaupt in kleineren Gruppen lernen zu können, wobei Einzeltrainings zu einem Fehlen an Feedback durch die Kommiliton*innen führen würde, welches im Item ME02_03 von den Studierenden eingefordert wurde. Zudem gaben auch Ruiz-Moral et al. (2021) zu, dass konstruktives Feedback von Bedeutung ist. Aufgabe der Dozierenden ist es, das Gruppenklima angenehm zu gestalten und eine angst- und stressfreie Umgebung zu schaffen.

Interprofessionelle Veranstaltungen werden sich von den Befragten überwiegend gewünscht, wobei dieses Ergebnis einschränkend auch zahlreiche Teilnehmende dem nur teilweise zustimmten. Das Bewusstsein über die Vorteile von interprofessionellen Arbeiten scheint noch nicht überall verbreitet zu sein. Drei

Gruppen profitieren dabei (Prescher, Wiesner & Weimann-Sanding, 2021). Darunter gehören die Mediziner*innen selbst, da sich die Arbeitszufriedenheit erhöht, es durch die Arbeitsteilung zur Entlastung kommt und sich die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden verbessern können (ebd.) Zudem ist ein ausgeprägteres Fallverständnis entwickelbar (ebd.), da sich das medizinische Personal zunehmend mit komplexen Anforderungen konfrontiert sieht, welche sich nicht an die Grenzen der Professionen halten (Cichon & Klapper, 2018).

Als zweiter Personenkreis wirkt sich diese Arbeitsweise förderlich auf die Versorgungsqualität der Patient*innen aus (Baird, Ashland & Rosenbluth, 2019). Zuletzt sind auch wirtschaftliche Aspekte aufgrund von Kosteneinsparungen betroffen, weil Ressourcen effektiver eingesetzt und Leerläufe vermindert werden (Prescher et al., 2021). „Unzureichende Kommunikation [führt hingegen] zu Verständnislücken“ (Baird et al., 2019, S. 739). Isoliertes Arbeiten steigert dementsprechend das Risiko von Behandlungsfehlern (ebd.). Aus diesem Grund zeigt sich allgemein in Studiengängen ein beginnender Trend Inhalte professionsübergreifend zu vermitteln (Cichon & Klapper, 2018). Forschungsarbeiten legen nahe, dass das Verständnis zwischen den Professionen wie Medizin, Pflege und Therapieberufe verbessert wird, wenn entsprechende Veranstaltungen schon während der Studienzeit angeboten werden (Mills, Hansen, Nang, McDonald, Lyons-Wall, Hunt & O'Sullivan, 2019; Ulrich, Homberg, Karstens & Maler, 2019). Bisher ist das Angebot von derartigen Workshops und Vorlesungen allerdings die Ausnahme (ebd.).

Ärzt*innen können sich Trainings vorstellen, welche sowohl digitale als auch Präsenzelemente beinhalten. Bezogen auf die Studierendengruppe liegt an dieser Stelle ein signifikanter Unterschied vor. Die Lernenden lehnten eine solche Mischung eher ab. Die Gründe für diese Ablehnung können dem Fragebogen nicht entnommen werden. Eine Möglichkeit liegt darin, dass sich die Studierenden wünschen könnten, dass es durch die Universitäten oder den Staat Unterstützung gibt, damit alle über die benötigten technischen Voraussetzungen verfügen und Chancengleichheit besteht. Nur so kann an einer solchen Art des Lernens uneingeschränkt teilgenommen werden. Die Forschung weist darauf hin, dass

der Einsatz von digitalen Methoden Vorteile mit sich bringen kann (Kyaw et al., 2019). Diesen scheinen sich die Befragten nicht bewusst zu sein. Gegebenenfalls muss an dieser Stelle mehr Aufklärung betrieben werden, um Ressentiments abzubauen.

7.4 Zeitliche Aspekte

Die Teilnehmenden sprachen sich klar für die Durchführung von Kommunikationstrainings während des Studiums aus. Dieses Ergebnis deckt sich mit der Angabe, dass die Befragten das Thema Kommunikation nicht erst in Form von Fortbildungen bearbeiten möchten. Ein*e Mediziner*in benannte ein solches Training während der Studienzeit als „existentiell“ (ÄG_BK3), während zwei Studierende forderten das Training zum Pflichtfach zu ernennen (SG_RB1; SG_RB2). Hier zeigt sich das Bewusstsein darüber, welche Bedeutung Kommunikation im Berufsalltag für die Beteiligten hat, wie es Hinding et al. (2020) beschrieben haben. Schrank und Holzinger (2018) forderten, dass Trainings bereits im Studium stattfinden sollen. Wie aufgezeigt halten auch die Betroffenen selbst diesen Zeitpunkt am günstigsten, um sich kommunikative Fähigkeiten anzueignen.

Bisherige Curricula gestalten sich im Aufbau unterschiedlich (Hinding et al., 2020), wobei beispielsweise mit dem „nationalen longitudinalen Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin“ ein Konzept vorgelegt wurde, welches Module beinhaltet, die über mehrere Semester des Studiums verteilt sind. Somit wurde hier ein Konzept entwickelt, welchen den Wünschen der Studierenden entspricht. Hier zeigt sich ein signifikanter Unterschied zu der Gruppe der Ärzt*innen, die sich weniger deutlich dafür aussprachen, das Training während des Verlaufs des gesamten Studiums durchzuführen. Eine Person dieser Gruppe gab an, das Training erst in den letzten Studienjahren (ÄG_ZP) durchführen zu wollen. Konzepte wie das oben beschriebene Mustercurriculum hingegen schlagen vor, das Training gegen Studienende von einem Pflicht- zu einem Wahlfach zu wandeln (Hinding et al., 2020). Unter den Studierenden wurde der späte Trainingsbeginn klar abgelehnt. Im signifikanten Unterschied dazu fiel die Ablehnung durch die Vergleichsgruppe weniger stark aus.

Mit größerer Übereinstimmung gaben die Gruppenangehörigen an mehrere kürzere Lerneinheiten als angenehmer zu empfinden als wenige, dafür lang andauernde. Dieser Wunsch passt mit Erkenntnissen der Lernforschung zusammen, welche auf eine eingeschränkte Aufmerksamkeitsspanne und Aufnahmekapazität hinweisen. So wurde in einer Studie, die an Medizinstudierenden durchgeführt wurde, festgestellt, dass Einheiten von 15 bis 30 Minuten zu den besten Ergebnissen führten, wenn Informationen präsentiert und wieder abgerufen werden sollten (Giles, Johnson, Knight, Zammatt & Weinman, 1982). Bradbury (2016) merkt allerdings an, dass es nicht nur auf die Länge der Lerneinheiten ankommt, sondern auch die Dozierenden durch ihre didaktischen Fähigkeiten sowie durch den Einsatz von „Leidenschaft und Enthusiasmus“ (ebd., S. 513) dafür Sorge tragen müssen, die Lernenden zu motivieren.

7.5 Allgemeine Einschätzungen

Mercer & Reynolds (2002) merken an, dass für die Anwendung erlernter Kommunikationstechniken im Berufsalltag keine Zeit ist. Gestützt wird diese Aussage von weiteren Forschenden wie beispielsweise Deveugele & Derese (2002) welche auf die geringe Durchschnittsdauer von Gesprächen verweisen, die Ärzt*innen zur Verfügung steht. Diese Ansicht wurde von den befragten Gruppen nicht vertreten. Im Schnitt gingen sowohl die Studierenden als auch Ärzt*innen davon aus, über ausreichend zeitliche Ressourcen zu verfügen, um das Erlernte anzuwenden. Auffällig ist, dass die Gruppe der Praktizierenden diese Meinung stärker vertrat als die Studierenden. Lediglich ein*e Ärzt*in bestätigt die Äußerungen der oben genannten Forschenden durch das Statement „Im Alltag ist meist keine Zeit für ausreichende Kommunikation/Gespräche mit Patienten, unabh. von der ‚Kommunikationsvorbildung‘“ (ÄG_RB).

Eine erhebliche Mehrheit beider Gruppen ist überzeugt von guter Gesprächsführung zu profitieren und sich dadurch als gute*r Mediziner*in erleben zu können. Dies bestätigt die Feststellung von Chandra und Mohammadnezhad (2021), dass gelungene Kommunikation günstige Auswirkungen hat, welche sich nicht nur auf

die Patient*innen beziehen, sondern auch auf die Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen, was wiederum das mentale Wohlbefinden des medizinischen Personals steigern kann. In der Kohorte der praktizierenden Mediziner*innen wurde die Möglichkeit der offenen Frage genutzt, um ebenfalls anzumerken, dass „Kommunikation [...] viel im Alltag aus[macht] – es ist die Basis für eine gelungene Arzt-Patienten Beziehung und hat immensen Einfluss auf die Compliance“ (ÄG_BK1). Diesen Eindruck bestätigen Forschende, welche durch eine verbesserte Kommunikation eine gesteigerte Therapietreue nachweisen konnten (Cuffy et al., 2020) und feststellten, dass Behandlungspläne eher eingehalten werden (Chandra & Mohammadnezhad, 2021).

Hinsichtlich des Einsatzes von nichtmedizinisch ausgebildeten Dozierenden zur Vermittlung von Kommunikationstheorien und -techniken zeigt sich ein gemischtes Bild. Es scheint Uneinigkeit zu herrschen, inwiefern Personen ohne medizinischen Hintergrund ausreichend auf die Bedürfnisse von Mediziner*innen eingehen können. Die Tendenz bewegt sich jedoch in die Richtung, dass die Betroffenen Dozierende mit anderem beruflichem Hintergrund akzeptieren können. Hinding et al. (2020) implementierten in dem von ihnen entworfenen Mustercurriculum ein Qualifizierungskonzept für Dozierende „zur Vorbereitung auf die Lehre zur Förderung kommunikativer Kompetenzen“ (ebd., S. 21). Derartige Vorgehensweisen können sowohl für Trainer*innen mit als auch ohne medizinischen Hintergrund genutzt werden, um sie auf das Durchführen eines Trainings speziell für Medizinstudierende vorzubereiten.

Bobeke et al. (2011) gaben in ihrer Forschungsarbeit an, dass Studierende Kommunikationsmodelle nicht in der Praxis umsetzen können und Inhalte vermittelt werden, welche lediglich Idealen entsprechen und mit der Realität nicht vereinbar sind. Teilweise stimmten dem Studierende der Umfrage für die Masterarbeit zu. Insgesamt zeichnet sich jedoch ein Stimmungsbild ab, dass sich Trainingsinhalte sehr wohl anwenden lassen. Insbesondere die Ärzt*innen zeigen sich hier erneut optimistischer als die noch Lernenden, wobei es auch aus ihren Reihen kritische Anmerkungen gab, welche die These von Bobeke et al. (2011) stützen. So wurde

kritisch hinterfragt „in wieweit [sic] Idealvorstellungen in unserer zunehmend ökonomisierten Medizin überhaupt durchgesetzt werden können“ (ÄG_U). Auch mangelnde Zeit wurde als Barriere für die Umsetzung aufgeführt (ÄG_RB). Trotz des Ansprechens von Punkten, welche eine Anwendung der Techniken erschweren, konnte aus keinen der Aussagen ein sich entwickelnder Zynismus festgestellt werden, welcher sich laut Ruiz-Moral et al. (2021) im Verlauf des Arbeitslebens einstellt, wenn die vermittelten Ideale nicht angewendet werden können.

Eine klare Mehrheit aller Umfrageteilnehmenden zeigte sich davon überzeugt, dass Kommunikationstrainings hilfreich für ihren Berufsalltag sind. Es handelte sich hierbei um Personen jeglicher Stadien des Werdegangs von Ärzt*innen. Sowohl Studienanfänger*innen, fortgeschrittene Studierende als auch Praktizierende nahmen an der Studie teil. Die analysierten Daten des Fragebogens widersprechen den Ergebnissen von Bobeke et al. (2011) sowie Ruiz-Moral et al. (2021), welche feststellten, dass sich die Einstellung gegenüber dem Erlernen von Kommunikation unter Studierenden im Verlauf der Studienzeit zunehmend verschlechtert. Gegenteilig dazu gaben Ärzt*innen der Umfrage für die Masterarbeit an: „Professionelle Kommunikation ist ein ganz entscheidender Bestandteil einer guten ärztlichen Patientenbehandlung“ (ÄG_BK2) und „das Thema Kommunikation kommt im Studium viel zu kurz, wird vernachlässigt, ist aber existenziell“ (ÄG_BK3). Hier zeigt sich die Überzeugung, wie wichtig die Vermittlung adäquater Kommunikationstechniken ist und, dass diese für die Ausübung des Berufs nützlich sind.

7.6 Kritische Betrachtung des methodischen Vorgehens

Das methodische Vorgehen der vorliegenden Arbeit wird kritisch betrachtet und Limitationen und mögliche Bias offengelegt.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde die **Methode des Fragebogens** gewählt. Diese erwies sich als geeignet, da sie Antworten auf die gestellten Hypothesen zuließ und es ermöglichte die Ansichten der zwei einbezogenen Gruppen zu vergleichen. Zudem brachte die Methode eine Vielzahl an Vorteilen mit sich, auf welche im Kapitel Methodenwahl (siehe unter 5.2.1 Methodenwahl,

S. 19) eingegangen wurde. Gegen die Durchführung von Interviews sprach das Risiko sozial erwünschter Antworten zu erhöhen. Somit handelt es sich zwar bei Fragebögen um eine reaktive und weniger transparente Vorgehensweise, wie Bortz und Döring (2016) bemängeln, jedoch sollte durch die Anonymität die soziale Erwünschtheit reduziert werden. In einem weiteren Schritt sollte aus den Fragebogenergebnissen ein Trainingskonzept entwickelt werden, um die Ergebnisse in der Praxis zu testen und zu evaluieren. Dies hätte jedoch den Rahmen der Arbeit gesprengt.

Wie soeben erwähnt, wurde durch die Methodenwahl versucht das **Risiko von sozial erwünschten Antworten** zu reduzieren. Um dies zu unterstützen wurden die Teilnehmenden auf die Freiwilligkeit, Vertraulichkeit, Anonymität und den Datenschutz hingewiesen. Außerdem wurde die Bedeutung korrekter Angaben betont. Aus den vorliegenden Daten lassen sich keine Tendenzen zu verfälschten Antworten aufgrund sozialer Aspekte erkennen. Allerdings sind sie auch nicht völlig auszuschließen.

Besagte Anonymität und das private Ausfüllen der Fragebögen führen zu der Annahme, dass es zu keinem **Observer-Bias** gekommen ist. Das reine Wissen über die Teilnahme an einer Forschungsarbeit sollte nicht zu einem veränderten Verhalten geführt haben.

Nicht ausschließbar ist eine **Testverfälschung** aufgrund unterschiedlicher Interpretierung der Items. Es wurde auf eine eindeutige Wortwahl und einfache Frageformulierung geachtet, um diese Problematik gering zu halten. Zudem wurden mehrere Items neu formuliert, welche durch die Testpersonen beziehungsweise Expert*innen als uneindeutig bemängelt wurden oder welche Fachbegriffe enthielten, die die Teilnehmenden der Pilotphase nicht kannten. Darüber hinaus kann es zu Verzerrungen der Ergebnisse gekommen sein, da die Items teilweise mehrere Aspekte beinhalteten. So umfasste beispielsweise ein Item zum Themenkreis Inhalte den Vorschlag allgemeine Grundlagen in Trainings aufzunehmen. Um die Grundlagen näher zu beschreiben, damit das Item möglichst einheitlich aufgefasst werden konnte wurden mehrere Beispiele aufgeführt wie Kom-

munikationstheorien, -modelle und Gesprächsstrukturen. Hier besteht die Möglichkeit, dass Teilnehmende zwar der Vermittlung von Strukturen zustimmen wollten, nicht jedoch dem Erlernen von Modellen. Dennoch wurde sich für dieses Vorgehen entschieden, da ansonsten der Fragebogenumfang ausgeartet wäre und mit einer hohen Abbruchquote zu rechnen war. Die genannten Beispiele bezogen sich je Item auf typische Themen, welche in Trainings in der Regel zusammen als ein Modul vermittelt werden und wurden daher auch in der Umfrage zusammengefasst als Einheit angeboten.

Bei der **Fragebogengestaltung** wurde zudem auf neutrale Formulierungen ohne positive oder negative Konnotationen geachtet. Dies sollte ungewollte Suggestionen verhindern. Dies scheint gelungen zu sein. Weder die Expert*innen, Pre-Test-Teilnehmenden noch Befragten gaben diesbezüglich entsprechende Rückmeldungen. Als kritisch bezüglich der Umfragegestaltung zu betrachten ist der Verzicht auf eine Einstiegsfrage. Die Nutzung einer solchen hätte die Abbruchquote reduzieren können, da diese einen persönlichen Bezug zu den Befragten herstellen kann und das Interesse und die Motivation an der Umfrage teilzunehmen steigert (Diekmann, 2021). Bei der Erstellung des Fragebogens wurde an dieser Stelle darauf verzichtet, da fälschlicherweise davon ausgegangen wurde, dass die Gesamtthematik bereits dieses Interesse und den persönlichen Bezug zu den Befragten herstellt. Die Abbruchquote von rund 18,1 % unter den Studierenden sowie 19,1 % unter den Mediziner*innen weist jedoch darauf hin, dass dies nicht der Fall war.

Es wurden keine **statistischen Verfahren** genutzt, um eine Itemanalyse vorzunehmen. Entsprechend wurden die Fragebogenvarianten ebenfalls nicht validiert. Es ist als kritisch zu betrachten, dass die Validität lediglich aufgrund der Durchführung eines Pre-Tests im Zuge einer Pilotphase sowie durch den Einbezug von Expert*innen angenommen wurde. Darüber hinaus wurden in dieser Phase der Fragebogenerstellung nur eine geringe Personenzahl einbezogen, so dass auch dies dazu beiträgt die Aussagekraft der Ergebnisse einzuschränken und die Annahme der Validität nur bedingt belegt werden kann.

Da eine Reliabilitätsanalyse durch die Anwendung von Cronbachs Alpha den Rahmen der Masterarbeit überschritten hätte, wurde auf die Durchführung verzichtet. Aufgrund dessen kann nicht gesichert davon ausgegangen werden, dass die Gütekriterien gegeben sind. Hierfür ist die Bestimmung der Validität und Sensitivität der verwendeten Bewertungsskalen notwendig.

Es wurde nicht damit gerechnet, dass sich eine klare **Tendenz zur Mitte** im Antwortverhalten widerspiegelt, sodass das dieses Risiko, welches bei der Verwendung von fünfstufigen Likert-Skalen besteht, in Kauf genommen wurde. Es stellte sich heraus, dass die Mitte vereinzelt vom Durchschnitt der Befragte verwendet wurde. Diese Möglichkeit wurde jedoch nicht übermäßig von den Teilnehmenden genutzt, sodass das Vorgehen als adäquat einzustufen ist.

Hinsichtlich der **Stichprobe** bestand keine Gefahr einer selektiven Stichprobe, welche durch den Ausschluss von Teilnehmenden aufgrund mangelnden Onlinezugangs entstehen hätte können. Der Link zu den Fragebögen wurde per Mail an E-Mail-Verteiler versendet, sodass alle potenziellen Teilnehmenden online zu erreichen waren. Durch das Anschreiben möglichst vieler Universitäten, Kliniken und Ärztekammern wurde der Versuch unternommen eine wenig fehleranfällige Rekrutierung durchzuführen und einen **Selektions-Bias** zu vermeiden. Um ein breites Meinungsspektrum zu erhalten, wurden Studierende und Ärzt*innen deutschlandweit einbezogen. Dies geschah auch vor dem Hintergrund, dass die Curricula der verschiedenen Universitäten nicht einheitlich gestaltet sind. Die angeschriebenen Stellen gaben jedoch zu einem Großteil die Links nicht an ihre Mitglieder und Angestellten weiter, sodass die Rücklaufquote gering ausfiel. Eine exakte Ermittlung der Non-response-rate war nicht möglich, da das Schneeballsystem Anwendung fand. Auch können die Ergebnisse nicht als allgemeines Stimmungsbild deutschlandweit aufgegriffen werden, da sich nur wenige Bundesländer beteiligt haben.

Die angesprochene Zielgruppe erwies sich als passend für die Bearbeitung der Forschungsfrage. Allerdings zeigte sich, dass die Stichprobe in der Studierendengruppe hauptsächlich weibliche und in der Vergleichsgruppe überwiegend männliche Teilnehmende enthielt, wobei die Verteilung zufällig erfolgte. Es liegt

keine geschlechtsspezifische Repräsentativität vor. Dies kann die Ergebnisse verzerrt haben, da Ruiz-Moral et al. (2021) festgestellt haben, dass vorwiegend weibliche Studierende positiver dem Erlernen von kommunikativen Fähigkeiten gegenüberstehen als männliche.

Trotz erfolgter Datenbereinigung ist eine Vielzahl an **Ausreißern** festzustellen. Es wurde sich gegen die Anwendung der Löschmethode entschieden, welche dem Namen entsprechend zur Löschung von betroffenen Datensätzen geführt hätte. Diese Entscheidung wurde getroffen, da die Stichprobe gering ausfiel. In einer repräsentativen Stichprobe mit größerem Umfang muss damit gerechnet werden, dass die festgestellten Ausreißer zum Teil dem Normalfall angehören.

Ebenso wurde auf die Option der Filtermethode verzichtet. Es wurden persönliche Meinungen erfragt, welche grundsätzlich subjektiv sind und somit nicht als unplausibel aussortiert werden können. Zudem lassen sich Ausreißer teilweise erklären. So waren beispielsweise die Teilnehmenden davon überzeugt, dass Trainings während des gesamten Studienverlaufs stattfinden sollten. Einer Person war jedoch der spätere Start erst gegen Ende des Studiums wichtig und betonte dies in einem Statement in der offen gestellten Frage (ÄG_ZP). Somit erklärt sich dieser Ausreißer und macht deutlich, dass es sich bei diesem nicht um eine versehentlich gegebene Antwort handelt. Eine Begründung für diese Ansicht erfolgte nicht seitens der sich äussernden Person. Ein Löschen oder Herausfiltern der betroffenen Daten hätte zusammenfassend zu einem verfälschten Gesamtbild geführt, welches nicht zu rechtfertigen gewesen wäre. Aufgrund dessen wurden Datensätze sowohl mit milden als auch extremen Ausreißern beibehalten und in der Arbeit transparent gemacht.

8. Fazit und Ausblick

Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass das Ausführen des Berufes als Mediziner*in zu einer veränderten Einschätzung führt, wie ein hilfreiches Kommunikationstraining gestaltet sein sollte im Vergleich zur Ansicht von Studierenden. Diese Annahme lässt sich nur eingeschränkt bezogen auf einzelne Punkte bestätigen. Überwiegend zeigt sich, dass sich die befragten Gruppen in vielen Punkten einig sind, was sowohl die Methoden als auch die Inhalte betrifft. Auch allgemeine Ansichten über entsprechende Trainings stellen sich weitgehend deckungsgleich dar.

Am häufigsten wurden anhand des durchgeführten Fragebogens unterschiedliche Ansichten bezüglich der Gestaltung der zeitlichen Aspekte ersichtlich. Während die Studierenden sich vorstellen konnten, Kommunikationstrainings verteilt über ihren gesamten Studienverlauf in Anspruch zu nehmen, gaben praktizierende Ärzt*innen an, eher der Meinung zu sein, derartige Lerneinheiten erst zum Ende des Studiums durchzuführen. Bisherige entwickelte Konzepte zielen überwiegend auf Modulsysteme ab, welche sich auf das gesamte Studium verteilen. Gegen Ende werden Wahlmodule vorgeschlagen, welche als freiwillige Ergänzung und Vertiefungsoption vorgesehen sind (Hinding et al., 2020). Unter Umständen ist hier ein Umdenken von Nöten, sodass die Bemühungen zu diesem Zeitpunkt nicht zurückgefahren, sondern verstärkt werden sollten.

Des Weiteren lagen abweichenden Ansichten bezüglich des Nutzens von Feedback durch Mitstudierende vor. Ärzt*innen sahen diese Methode als weniger sinnvoll als Studierende an. Feedback ist im Allgemeinen ein wichtiges Tool aller Trainings. Das Trainer*innenfeedback, welches auch von Mediziner*innen mehr Zustimmung fand, muss fester Bestandteil von Seminaren sein. Durch die Förderung einer adäquaten Feedbackkultur können Studierende durchaus von den Rückmeldungen ihrer Kommiliton*innen profitieren. Derartiges Feedback sollte jedoch je nach Bedarf seitens der Dozierenden in den Kontext eingeordnet und ergänzt werden, sodass es für die betroffene Person hilfreich ist und attraktive sowie zufriedenstellende Lernerfahrungen ermöglicht werden.

Ein letzter signifikanter Unterschied besteht im Einsatz einer Mischung aus digitalen Anteilen und Präsenzveranstaltungen. Für dieses Vorgehen sprachen sich die Ärzt*innen eher aus als die Studierenden. Wie die Forschung zeigt, bietet das Digitale einige Vorteile und führt nicht zu schlechteren Lernergebnissen. Jedoch gilt es zu beachten, dass die technischen Voraussetzungen für alle Lernenden gleichermaßen gegeben sind. Es darf keine Chancenungleichheit entstehen. Hier sind entsprechend die Politik und die Universitäten gefragt, die benötigten Mittel zur Verfügung zu stellen, falls ein derartiges Vorgehen angedacht wird. Auch darf der Einsatz von digitalen Anteilen nicht durch die Trainer*innen in dem Sinne missbraucht werden, dass sich die Studierenden mit Videos und Computerprogrammen allein gelassen fühlen und sich die Inhalte selbständig ohne die Hilfe von Dozierenden erarbeiten müssen.

Gründe für die obig aufgezeigten, von den wissenschaftlichen Ergebnissen abweichenden Ansichten der Teilnehmenden konnten nicht festgestellt werden und bedürfen weiterer Forschung. Es bietet sich hierfür beispielsweise ein qualitatives Zielgruppeninterview an, um diese zu erörtern. Wurden die Motive herausgearbeitet, können diese unter Einbeziehung von Erkenntnissen aus der Lernforschung in den Kontext gesetzt werden und somit ein Training entwickelt werden, welches möglichst großen Nutzen für die Humanmedizinstudierenden und damit für die zukünftigen Ärzt*innen mit sich bringt und die von einigen Forschenden aufgezeigten unerwünschten Entwicklungen reduzieren. In einem nächsten Schritt sollte ein Konzept erstellt werden, welche die Ansichten der befragten Teilnehmenden der Online-Umfrage sowie des Interviews berücksichtigen. Dieses Konzept gilt es anzuwenden und durch die Studierenden evaluieren zu lassen. Anhand eines solchen Vorgehens kann festgestellt werden, wie sich das Konzept auf die Teilnehmenden auswirkt, beispielsweise bezogen auf die Lerneffekte, aber auch bezogen auf die emotionale Seite und damit verbundenen Stressreaktionen und ungewollten Effekten. Bezogen auf den Lerneffekt wäre es zudem interessant weitere Studien durchzuführen, um feststellen zu können, ob es sich bei den Ergebnissen lediglich um Kurzeffekte oder auch um langfristig anhaltende Veränderungen handelt.

Insgesamt zeigt sich, dass kaum Methoden und Inhalte von den Befragten abgelehnt wurden, worunter auch diejenigen fallen, welche in der Forschung bisher als kritisch beschrieben werden, da sie in der Lage sind Stress und weitere negative Gefühle zu verursachen, was wiederum ungewollte Auswirkungen auf die Anwendung von Kommunikationstechniken haben kann. Auch sind die Teilnehmenden tendenziell eher der Meinung von Trainings zu profitieren und erkennen die Wichtigkeit derartiger Lernmöglichkeiten an. Hier zeigt sich ebenfalls ein gegensätzliches Bild zu den Befürchtungen einiger Forschenden, welche auf die Verschlechterung der Einstellung gegenüber Trainings hinweisen. Im Gegensatz zu den kritischen Studien zeigten sich die Studierenden in allen Studienphasen sowie bereits praktizierende Mediziner*innen den Trainings aufgeschlossen. Diese Aufgeschlossenheit geht so weit, dass Studierende selbst einforderten Kommunikationsveranstaltungen zu Pflichtfächern zu machen. Diesem Wunsch sollte aufgrund der Wichtigkeit dieser Thematik in den Curricula der Universitäten nachgekommen werden.

Wie aus den Ergebnissen der Studie ersichtlich wird, scheinen angenehme Rahmenbedingungen für das Lernen notwendig zu sein. So wünschten sich die Befragten beispielsweise den Verzicht auf Benotung. Dies kann ein Faktor sein, um den in der Forschung so häufig beschriebenen Stress zu reduzieren. Auch sollte das Verfassenlassen von theoretischen, schriftlichen Arbeiten zu Gunsten von mehr Zeit für praktische Übungen reduziert werden.

An praktischen Übungen zur Thematik Briefe in einfacher Sprache zu verfassen, bestand von den Teilnehmenden wenig Interesse. An dieser Stelle ergibt sich die Frage, weshalb dies so ist, da das Schreiben derartiger Briefe als auch das Verfassen weiterer Dokumente fester Bestandteil dieses Berufsbildes ist. Möglicherweise ist hier bisher kaum ein Bewusstsein über die Notwendigkeit an verständlich verfassten Arztbriefen vorhanden. Zudem kann die Fähigkeit der einfachen Sprache, welche sich durch schriftliches Training aneignen lässt, auch auf die mündliche Kommunikation übertragen werden. Daher sollte in diesem Bereich Aufklärungsarbeit betrieben werden. Ein Ausschluss dieses Trainingsinhaltes er-

weist sich trotz überwiegender Ablehnung der Befragten zunächst nicht als indiziert und sollte näher untersucht werden. Gleiches gilt für die Förderung interprofessionellen Arbeitens, welches sich die Teilnehmenden zwar einerseits als Inhalt wünschten, gleichzeitig in Form von interprofessionellen Veranstaltungen an den Universitäten eher ablehnten. Hier scheint ein Bedarf vorhanden zu sein, wobei die konkrete Umsetzung an den Lernstätten überdacht und gefördert werden muss.

Des Weiteren stellte sich heraus, dass konkrete Transfermöglichkeiten der erlernten Inhalte und Techniken als hilfreich eingestuft werden. In bisher beschriebenen Konzepten kommt dieser Punkt zu kurz. Es ist von Bedeutung den Lernenden die Praxisbezüge klar darzustellen. Dies trägt auch dazu bei, die Ansicht, dass nur unanwendbare Idealvorstellungen vermittelt werden, zu minimieren und gleichzeitig darauf zu achten praxis- und realitätsnah zu arbeiten.

Forschungsbedarf besteht, wie erwähnt, in der Beleuchtung der Gründe für die teilweise unterschiedlichen Ansichten von Studierenden und Ärzt*innen über bestimmte Trainingsaspekte. Auch ist es von Interesse festzustellen, ob ein Trainingskonzept, welches die Meinungen der Betroffenen vermehrt berücksichtigt zu weniger negativen Outcomes führt als Kommunikationsprogramme, die bisher von Forschungsgruppen untersucht wurden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die berufliche Erfahrung der Ärzt*innen kaum zu anderen Ansichten geführt hat, wie ein sinnvolles Kommunikationstraining gestaltet sein sollte. Bei der Entwicklung von derartigen Konzepten ist es essenziell die Ansichten der Betroffenen selbst zu berücksichtigen. Es ist jedoch nicht ausreichend lediglich die Trainings anhand dieser Aspekte zu optimieren. Die Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem selbst müssen ebenfalls angepasst werden. Als Beispiele nannten die Studienteilnehmenden, dass es weniger Ökonomisierung und dafür mehr Zeit geben sollte, um sich auf die Patient*innen individuell einlassen zu können und in der Lage zu sein die erlernten Kommunikationstechniken anzuwenden. Dementsprechend kann das Fazit gezogen werden, dass Kommunikationstrainings für Humanmedizinstudierende verbessert und noch mehr an die Bedürfnisse der Lernenden angepasst

werden können, gleichzeitig aber auch Barrieren im Berufsalltag abgebaut werden müssen, um die Verständigung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen zu fördern.

Literaturverzeichnis

- Adamson, M., Choi, K., Notaro, S. & Cotoc, C. (2018). The doctor-patient relationship and information-seeking behavior: Four orientations to cancer communication. *Journal of Palliative Care*, 33(2), 79-87. <https://doi.org/10.1177/0825859718759881>
- Agaronnik, N., Campbell, E., Ressalam, J. & Iezzoni, L. (2019). Communicating with Patients with Disability: Perspectives of Practicing Physicians. *Journal of general internal medicine*, 34(7), 1139–1145. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04911-0>
- Al Shamsi, H., Almutairi, A., Al Mashrafi, S. & Al Kalbani, T. (2020). Implications of language barriers for healthcare: A systematic review. *Oman medical journal*, 35(2), e122. <https://doi.org/10.5001/omj.2020.40>
- Allhoff, D. & Allhoff, W. (2014). *Rhetorik & Kommunikation*. Ein Lehr- und Übungsbuch. München: Ernst Reinhardt.
- Archer, E. & Meyer, I. (2021). Applying empathic communication skills in clinical practice: Medical students' experiences. *South African family practice*, 63(1), 1-5. <https://doi.org/10.4102/safp.v63i1.5244>
- Baird, J., Ashland, M. & Rosenbluth, G. (2019). Interprofessional Teams: Current trends and future directions. *Pediatric Clinics of North America*, 66(4), 739-750. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2019.03.003>
- Bechmann, S. (2014). *Medizinische Kommunikation. Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung*. Stuttgart: UTB.
- Berger, Z., Boss, E. & Beach, M. (2017). Communication behaviors and patient autonomy in hospital care: A qualitative study. *Patient education and counselling*, xx, xx. <https://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.006>
- Bestmann, b. & Verheyen, F. (2010). Patientenzufriedenheit: Ergebnisse einer repräsentativen Studie in der ambulanten ärztlichen Versorgung. *WINEG Wissen 01*, 1-22.

- Binter, I., Herold, C. & Allert, S. (2017). Die ärztliche Kommunikation als Auslöser von Schlichtungsverfahren. *Handchirurgie, Mikrochirurgie und Plastische Chirurgie*, 49(6), 432-445. <https://doi.org/10.1055/s-0043-121633>
- Bobeke, K., van Roosbroeck, S., de Winter, B., Debaene, L., Schol, S., van Hal, G. & van Royen, P. (2011). Medical students trained in communication skills show a decline in patientcentred attitudes: An observational study comparing two cohorts during clinical clerkships. *Patient education and counseling*, 84, 310-318. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.03.007>
- Bortz, J. & Döring, N. (2016). *Forschungsmethoden & Evaluation für Human- & Sozialwissenschaft*. Heidelberg: Springer.
- Bose, I., Hirschfeld, U., Neuber, B. & Stock, E. (2013). *Einführung in die Sprechwissenschaft. Phonetik, Rhetorik, Sprechkunst*. Tübingen: Narr Franke Attempo.
- Bradbury, N. (2016). Attention span during lectures: 8 seconds, 10 minutes, or more? *Advances in physiology education*, 40(4), 509-513. <https://doi.org/10.1152/advan.00109.2016>
- Bridges, D., Davidson, R., Odegard, P., Maki, I. & Tomkowiak, J. (2011). Inter-professional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Medical Education Online*, 16, 1-10. <https://doi.org/10.3402/meo.v16i0.6035>
- Bundesärztekammer (2016). 119. *Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll*. Berlin: Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammer.
- Chandra S., & Mohammadnezhad, M. (2021). Doctor–patient communication in primary health care: A mixed-method study in Fiji. *International journal of environment research and public health*, 18, 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147548>
- Cichon, I. & Klapper, B. (2018). Interprofessionelle Ausbildungsansätze in der Medizin. *Bundesgesundheitsblatt*, 61, 195-200. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2672-0>

- Clarke, S., Jaffe, J. & Mutch, R. (2019). Overcoming communication barriers in refugee health care. *Pediatric clinics of North America*, 66(3), 669-686. [https://doi.org/ 10.1016/j.pcl.2019.02.012](https://doi.org/10.1016/j.pcl.2019.02.012)
- Coomber, P., Clavarino, A., Ballart, E. & Luetsch, K. (2017). Doctor–pharmacist communication in hospitals: strategies, perceptions, limitations and opportunities. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 40, 464-473. <https://doi.org/10.1007/s11096-018-0592-1>
- Cuffy, C., Hagiwara, N., Vrana, S. & McInnes, B. (2020). Measuring the quality of patient-physician communication. *Journal biomedical informatics*, 112, 1-40. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2020.103589>
- Deveugele, M. & Derese, A. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*, 325(7362), 1-6. [https://doi.org/ 10.1136/bmj.325.7362.472](https://doi.org/10.1136/bmj.325.7362.472)
- Diekmann, A. (2021). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Engel, K., Heisler, M., Smith, D., Robinson, C., Forenab, J. & Ubel, P. (2009). Patient comprehension of emergency department care and instructions: Are patients aware of when they do understand? *Annals of emergency medicine*, 53(4), 454-461. [https://doi.org/ 10.1016/j.annemerg-med.2008.05.016](https://doi.org/10.1016/j.annemerg-med.2008.05.016)
- Gebhardt, C., Mehnert-Theuerkauf, A., Hartung, T., Zimmermann, A., Glaesmer, H. & Götze, H. (2021). COMSKIL: a communication skills training program for medical students. *GMS Journal for Medical Education*, 38(4), 1-20. <https://doi.org/10.3205/zma001479>
- Geißner, H. (1988). *Sprechwissenschaft. Theorie der mündlichen Kommunikation*. Frankfurt am Main: Scriptor.
- Giles, R., Johnson, M., Knight, K., Zammett, S. & Weinman, J. (1982). Recall of lecture information: a question of what, when and where. *Medical education*, 16(5), 264-268. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1982.tb01262.x>

- Gopichandran, V., Sakthivel, K. (2021). Doctor-patient communication and trust in doctors during COVID 19 times - A cross sectional study in Chennai, India. *PLoS ONE*, 16(6), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253497>
- Grossman, C., Lemay, M., Kang, L., Byland, E., Anderson, A., Nestler, J. & Santen S. (2021). Improv to improve medical student communication. *The clinical teacher*, 18, 301-306. <https://doi.org/10.1111/tct.13336>
- Ha, J., Anat, D. & Longenecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *Ochsner journal*, 10(1), 38-43.
- Hanke, S. (2022). *Der Nächste bitte: Arzt-Patienten-Kontakte im internationalen Vergleich*. Verfügbar unter: <https://aerztestellen.aerzteblatt.de/de/redaktion/arzt-patienten-kontakte-im-internationalen-vergleich>
- Hauser, K, Herzig, S. & Matthes, J. (2018). Das Verordnungsgespräch. In A. Koefer, Ch. Albus (Hrsg.), *Kommunikative Kompetenz in der Medizin* (S. 1505 - 1526). Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Hax, P. (2014). Kommunikation im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren. *Trauma und Berufskrankheiten*, 1, 16-20.
- Hinding, B., Gornostayeva, M., Lux, R., Brünahl, Ch., Buggenhagen, H., Grone-wold, N., ... & Jünger, J. (2020). *Kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten. Leitfaden zur Implementierung des nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation in der Medizin*. Mainz: Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen.
- Irving, G., Neves, A., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A. & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, 7, 1-15. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>
- Jonietz, A. (2022). *Was hab' ich*. Verfügbar unter: <https://washabich.de/>

- Kahnwald, N. & Köhler, T. (2009). Die Sifa-Langzeitstudie: Design und Umsetzung einer Online-Erhebung zur Tätigkeit von Fachkräften für Arbeitssicherheit. In N. Jakob, H. Schoen & T. Zerback (Hrsg.), *Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung* (S. 289-304). Heidelberg: Springer.
- Kallus, K. (2016). *Erstellung von Fragebogen*. Wien: Facultas.
- Klemperer, D. & Rosenwirth, M. (2005). *Shared decision making: Konzept, Voraussetzung und politische Implikation*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Koerfer, A., Kilarski, L. & Albus, Ch. (2018). Visitenkommunikation. In A. Koerfer, Ch. Albus (Hrsg.), *Kommunikative Kompetenz in der Medizin* (S. 1379-1435). Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Kyaw, B., Posadzki, P., Paddock, S., Car, J., Campbell, J. & Car, L., (2019). Effectiveness of Digital Education on Communication Skills Among Medical Students: Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration. *Journal of medical internet research*, 21(8), e12967. <https://doi.org/10.2196/12967>
- Langewitz, W. (2002). Arzt-Patienten-Kommunikation. Mitteilen schlechter Nachrichten. In E. Brähler & B. Strauss (Hrsg.). *Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin* (S. 1-23). Göttingen: Hogrefe.
- Löning, P. (2001). Gespräche in der Medizin. In K. Brinker, G. Antos, W. Heineemann, S. Sager (Hrsg.), *Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung* (S. 1576 – 1588). Berlin: Walter de Gruyter.
- Mills, B., Hansen, S., Nang, Ch., McDonald, H., Wall, Ph., Hunt, J. & O'Sullivan, T. (2020). A pilot evaluation of simulation-based interprofessional education for occupational therapy, speech pathology and dietetic students: improvements in attitudes and confidence. *Journal of Interprofessional Care*, 34(4), 472-480. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1659759>

- Möhring, W., & Schlütz, D. (2010). *Die Befragung in der Medien- und Kommunikationswissenschaft*. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Moulaert, V., Verwijnen, M., Rikers, R. & Scherpbier, A. (2004). The effects of deliberate practice in undergraduate medical education. *Medical education*, 38(10):1044-1052. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01954.x>
- National Institute for Health and Care Excellence, NICE (2021). *Shared decision making. NICE guideline*. www.nice.org.uk/guidance/ng197
- Nilsen, S., Baerheim, A. (2005). Feedback on video recorded consultations in medical teaching: why students loathe and love it - a focusgroup based qualitative study. *BMC medical education*, 5(28). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-28>
- Omura, M., Maguire, J., Levett-Jones, T. & Stone, t. (2017). The effectiveness of assertiveness communication training programs for healthcare professionals and students: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 76, 120-128. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.001>
- Porst, R. (2014). *Fragebogen*. Ein Arbeitsbuch. Heidelberg: Springer.
- Prescher, T., Wiesner, Ch. & Weimann-Sanding, N. (2021). Interprofessionelle Fallbesprechung braucht eine Lernkultur. *Pflegezeitschrift*, 74(3), 42-45.
- Rees, C., Sheard, C., McPherson, A. (2002). Communication skills assessment: the perceptions of medical students at the University of Nottingham. *Medical education*, 36(9):868-878. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01300.x>
- Rixen, D., Hax, P. & Wachholz, M. (2015). *Das Arzt-Patienten-Gespräch: Ein Kommunikationstrainer für den klinischen Alltag*. Berlin: Walter de Gruyter
- Ruiz-Moral, R., Martín, D., Leonardo, C., Denizon, S., Pérez, A. & Martínez, F. (2021). Medical students' attitudes towards communication skills training: a longitudinal study with one cohort. *GMS Journal for medical education*, 38(6), 1-15. <https://doi.org/10.3205/zma001503>

- Sagi, D., Spitzer-Shohat, S., Schuster, M., Daudi, L. & Rudolf, M. (2021). Teaching plain language to medical students: improving communication with disadvantaged patients. *BMC Medical education*, 21(407), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02842-1>
- Sany, S., Behzad, F., Ferns, G. & Peyman, N. (2020). Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. *BMC Health services research*, 20, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4901-8>
- Sany, S., Behzad, F., Ferns, G. & Peyman, N. (2020). Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. *BMC Health services research*, 20, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4901-8>
- Schnell, R., Hill, P., & Esser, E. (2011). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München: Oldenbourg.
- Steiner-Hofbauer, V., Schrank, B. & Holzinger, A. (2018). What is a good doctor?. *Wiener medizinische Wochenschrift*, 168, 398-405. <https://doi.org/10.1007/s10354-017-0597-8>
- Tönnis, M. (2010). Augmented Reality. Einblicke in die Erweiterte Realität. In O. Günther, W. Karl, R. Lienhart & K. Zeppenfeld (Hrsg.), *Informatik im Fokus* (S. 1 – 192). Heidelberg: Springer.
- Tran, T., Scherpbier, A., van Dalen, J. & Wright, E. (2020). Nationwide survey of patients' and doctors' perceptions of what is needed in doctor - patient communication in a Southeast Asian context. *BMC Health services research*, 20(946), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05803-4>
- Tran, T., Scherpbier, A., van Dalen, J., Van, D. & Wright, E. (2020). Nationwide survey of patients' and doctors' perceptions of what is needed in doctor - patient communication in a Southeast Asian context. *BMC Health services research*, 20(946), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05803-4>

- Vogel, D., Meyer, M. & Harendza, S. (2018). Verbal and non-verbal communication skills including empathy during history taking of undergraduate medical students. *BMC Medical education*, 18(157), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1260-9>
- Yan, M., Tan, H., Jia, L. & Akram, U. (2020). The antecedents of poor doctor-patient relationship in mobile consultation: A perspective from computer-mediated communication. *International journal of environmental research and public health*, 17(2579), 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072579>

Anhang

Informed Consent – Teilnehmende Studierende der Pilotphase

Linda Fischer (linda.fischer@st.oth-regensburg.de)

SoSe 2022

M.A. Speech Communication and Rhetoric

Universität Regensburg

Zentrum für Sprache und Kommunikation

Mündliche Kommunikation und Sprecherziehung

Teilnahme-Information

Sehr geehrte*r Teilnehmende,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an der Studie zum Thema:

Kommunikationstraining im Humanmedizinstudium

Mit diesem Schreiben sollen Sie über die geplante Studie informiert werden. Diese findet im Rahmen meiner Masterarbeit an der Universität Regensburg statt. Die Arbeit wird betreut von Dr. Brigitte Teuchert.

Ziele der Studie

Ziel der Arbeit ist es, die Bedürfnisse von Medizinstudierenden und praktizierenden Ärzt*innen bezüglich eines Kommunikationstrainings zu beleuchten. Im Speziellen werden die Aspekte Methoden, Inhalte, Rahmenbedingungen, Zeit und allgemeine Ansichten zur Thematik abgefragt, um aus den Angaben ein gewinnbringendes Trainingskonzept entwickeln zu können.

Ablauf der Studie

Die Studie besteht aus einem einmalig auszufüllenden Online-Fragebogen, der im Anschluss durch die durchführende Studierende ausgewertet wird.

Ihre Beteiligung an der Studie

Als Teilnehmende*r der Pilotphase erhalten Sie einen Fragebogen, welchen Sie ausfüllen. Ihre angegebenen Daten werden im weiteren Studienverlauf nicht in die

Gesamtauswertung der Umfrage einbezogen, sondern dienen lediglich dazu, dass Sie in die Lage versetzt werden, den Prozess des Ausfüllens des Fragebogens realitätsnah zu vollziehen. Im Anschluss an die Sichtung des Fragebogens verfassen Sie eine Rückmeldung bezüglich Aspekte, die Ihnen während des Ausfüllens aufgefallen sind. Dies kann beispielsweise die Verständlichkeit der Fragenformulierung betreffen, unzureichende Antwortmöglichkeiten, Unklarheiten, technische Probleme, das gewählte Design des Fragebogens, etc. Ihre Angaben werden genutzt, um die Umfrage zu überarbeiten und eine finale Version zu erstellen.

Ethische Aspekte und Datenschutz

Bei der Teilnahme an der Studie entstehen Ihnen keine Kosten. Eine Aufwandsentschädigung, zum Beispiel von Fahrtkosten, kann leider nicht erfolgen. Vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass eine Versicherung für nicht schuldhaft verursachte Schäden, die im Zusammenhang mit der Studie auftreten können, nicht abgeschlossen wurde. Auch Wegeunfälle sind nicht versichert.

Bei der Teilnahme an der Studie können folgende Nebenwirkungen beziehungsweise Risiken auftreten:

keine

Nebenwirkungen:

Risiken:

Die erhobenen Daten fließen in meine Masterarbeit an der Universität Regensburg ein und werden ausschließlich durch mich oder durch die o.g. Betreuungsperson gesichtet. In der Masterarbeit und bei den ggf. daraus entstehenden Präsentationen bei Tagungen oder wissenschaftlichen Veröffentlichungen wird sichergestellt, dass die Darstellung der Daten nicht zu einer Identifizierung einzelner Personen führen kann.

Personenbezogene Daten werden von Ergebnisdaten getrennt für Dritte unzugänglich aufbewahrt. Nach Beendigung der Studie werden Ihre Kontaktdaten vernichtet. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie haben die Möglichkeit, die Teilnahme an einzelnen Teilen der Studie oder an der gesamten Studie abubrechen, weitere

Teilnahmen abzulehnen und Ihr Einverständnis in eine Datenerhebung zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen. Sofern Sie Ihre Teilnahme vorzeitig beenden wollen, werden keine weiteren Daten erhoben. Bei Widerruf des Einverständnisses werden bereits erhobene Daten in anonymisierter Form weiter genutzt. Die nicht personenbezogenen Daten werden 10 Jahre lang aufbewahrt. Darüber hinaus gilt für die studierendurchführende und die sie betreuende Person die Schweigepflicht gegenüber Personen, die nicht an der Durchführung der Studie beteiligt sind.

© Prof. Dr. Norina Lauer & Prof. Dr. Andrea Pfingsten (Version 1/2018)

Informed Consent – Expert*innen

Linda Fischer (linda.fischer@st.oth-regensburg.de)

SoSe 2022

M.A. Speech Communication and Rhetoric

Universität Regensburg

Zentrum für Sprache und Kommunikation

Mündliche Kommunikation und Sprecherziehung

Teilnahme-Information

Sehr geehrte*r Teilnehmende,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an der Studie zum Thema:

Kommunikationstraining im Humanmedizinstudium

Mit diesem Schreiben sollen Sie über die geplante Studie informiert werden. Diese findet im Rahmen meiner Masterarbeit an der Universität Regensburg statt. Die Arbeit wird betreut von Dr. Brigitte Teuchert.

Ziele der Studie

Ziel der Arbeit ist es, die Bedürfnisse von Medizinstudierenden und praktizierenden Ärzt*innen bezüglich eines Kommunikationstrainings zu beleuchten. Im Speziellen werden die Aspekte Methoden, Inhalte, Rahmenbedingungen, Zeit und allgemeine Ansichten zur Thematik abgefragt, um aus den Angaben ein gewinnbringendes Trainingskonzept entwickeln zu können.

Ablauf der Studie

Die Studie besteht aus einem einmalig auszufüllenden Online-Fragebogen, der im Anschluss durch die durchführende Studierende ausgewertet wird.

Ihre Beteiligung an der Studie

Als Expert*in begutachten Sie einen Fragebogenentwurf. Probeweise können Sie dabei den Bogen ausfüllen, wobei Ihre Daten nicht in die spätere Auswertung der Umfrage einfließen werden. Im Anschluss an die Sichtung des Fragebogens geben

Sie Rückmeldung an die durchführende Studierende. Dieses Feedback wird genutzt, um den Fragebogen zu überarbeiten. Sie können Kommentare zu allen Aspekten verfassen, die Ihnen auffallen. Darunter fallen zum Beispiel Frageformulierungen, Aufbau/Reihenfolge der Fragen, Design des Bogens, fachliche und inhaltliche Aspekte.

Ethische Aspekte und Datenschutz

Bei der Teilnahme an der Studie entstehen Ihnen keine Kosten. Eine Aufwandsentschädigung kann leider nicht erfolgen. Vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass eine Versicherung für nicht schuldhaft verursachte Schäden, die im Zusammenhang mit der Studie auftreten können, nicht abgeschlossen wurde. Auch Wegeunfälle sind nicht versichert.

Bei der Teilnahme an der Studie können folgende Nebenwirkungen beziehungsweise Risiken auftreten:

- keine
- Nebenwirkungen:
- Risiken:

Die erhobenen Daten fließen in meine Masterarbeit an der Universität Regensburg ein und werden ausschließlich durch mich oder durch die o.g. Betreuungsperson gesichtet. In der Masterarbeit und bei den ggf. daraus entstehenden Präsentationen bei Tagungen oder wissenschaftlichen Veröffentlichungen wird sichergestellt, dass die Darstellung der Daten nicht zu einer Identifizierung einzelner Personen führen kann.

Personenbezogene Daten werden von Ergebnisdaten getrennt für Dritte unzugänglich aufbewahrt. Nach Beendigung der Studie werden Ihre Kontaktdaten vernichtet. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie haben die Möglichkeit, die Teilnahme an einzelnen Teilen der Studie oder an der gesamten Studie abubrechen, weitere Teilnahmen abzulehnen und Ihr Einverständnis in eine Datenerhebung zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen. Sofern Sie Ihre Teilnahme vorzeitig beenden wollen, werden keine weiteren Daten erhoben. Bei Widerruf des Einverständnisses werden bereits erhobene Daten in anonymisierter

Form weiter genutzt. Die nicht personenbezogenen Daten werden 10 Jahre lang aufbewahrt. Darüber hinaus gilt für die studierendurchführende und die sie betreuende Person die Schweigepflicht gegenüber Personen, die nicht an der Durchführung der Studie beteiligt sind.

© Prof. Dr. Norina Lauer & Prof. Dr. Andrea Pfingsten (Version 1/2018)

Finale Versionen der Fragebögen für Studierende und Ärzt*innen



0% ausgefüllt

Liebe*r Teilnehmende,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an der Studie zum Thema Kommunikationstraining im Medizinstudium.

Diese findet im Rahmen meiner Masterarbeit an der Universität Regensburg statt. Die Arbeit wird betreut von Dr. Brigitte Teuchert.

Ihre Teilnahme wird ungefähr 10 Minuten Zeit in Anspruch nehmen.

Es erwarten Sie Fragen zum Ankreuzen, mithilfe derer Sie Ihre Einstellung zu Kommunikationstrainings mitteilen können.

Bitte füllen Sie den Fragebogen gemäß Ihren persönlichen Ansichten ehrlich aus. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Es werden keine Informationen erhoben, die Rückschlüsse auf Ihre Identität ermöglichen. Ihre Teilnahme ist völlig freiwillig, welche Sie zu jedem Zeitpunkt beenden können.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte per E-Mail an: linda.fischer@st.oth-regensburg.de

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Linda Fischer

Ich habe die Informationen gelesen und stimme einer Teilnahme an dieser Studie zu:

- Ja
 Nein

Weiter

[Linda Fischer](#), Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg – 2022

Wenn „Nein“:



Die Befragung wurde automatisch beendet.

[Linda Fischer](#), Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg – 2022

Wenn „Ja“:

Studierende:



10% ausgefüllt

Studieren Sie derzeit Humanmedizin?

- Ja
 Nein

Weiter

[Linda Fischer](#), Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg – 2022

Ärzt*innen:



10% ausgefüllt

Gehen Sie aktuell einer Tätigkeit als Humanmediziner*in nach?

- Ja
 Nein

Weiter

[Linda Fischer](#), Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg – 2022

Wenn „Nein“:



Herzlichen Dank für Ihr Interesse an der Umfrage. Leider gehören Sie nicht zu der gesuchten Zielgruppe.

[Linda Fischer](#), Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg – 2022

Wenn „Ja“:



20% ausgefüllt

Bitte bewerten Sie folgende Aussagen über ein Kommunikationstraining im Rahmen des Medizinstudiums. Wenn Sie sich unsicher sind, kreuzen Sie die Kategorie an, die am ehesten zutrifft.

Weiter

[Linda Fischer](#), Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg – 2022



30% ausgefüllt

Das Kommunikationstraining sollte folgende Methoden nutzen, um Theorie und Praxis näher zu bringen:	trifft gar nicht zu	trifft nicht zu	trifft teils zu	trifft zu	trifft völlig zu
Rollenspiele, in denen Studierende die Rollen von Ärzt*innen, Patient*innen und Angehörigen einnehmen.	<input type="radio"/>				
Gruppenarbeiten, in denen max. 5 Personen ein Thema erarbeiten und im Plenum vorstellen.	<input type="radio"/>				
Simulationspatient*innen, welche von professionellen Schauspieler*innen gespielt werden.	<input type="radio"/>				
Videoanalyse von echten Gesprächssituationen.	<input type="radio"/>				
Videoanalyse von selbst durchgeführten Gesprächen, z.B. mit Simulationspatient*innen oder Kommiliton*innen.	<input type="radio"/>				
Supervidierte Gespräche mit realen Patient*innen.	<input type="radio"/>				

Folgende weitere Möglichkeiten sollten in einem Kommunikationstraining genutzt werden:	trifft gar nicht zu	trifft nicht zu	trifft teils zu	trifft zu	trifft völlig zu
Schriftliche Berichte, die von den Studierenden zur jeweiligen Thematik verfasst werden.	<input type="radio"/>				
Regelmäßiges Feedback von den Trainer*innen.	<input type="radio"/>				
Regelmäßiges Feedback der Mitstudierenden.	<input type="radio"/>				
Angebot von konkreten Transfer-/ Anwendungsmöglichkeiten der erlernten Kommunikationstechniken in den Berufsalltag.	<input type="radio"/>				
Förderung von Lerntandems, wobei sich Studierende jeweils zu zweit zusammenschließen, Wissen und Erfahrungen austauschen und sich gegenseitig im Lernprozess unterstützen.	<input type="radio"/>				
Tutor*in durch höhere Fachsemester.	<input type="radio"/>				
Ausführliches Skript.	<input type="radio"/>				
Anregungen zur Reflektion der eigenen Gesprächsführung.	<input type="radio"/>				

Weiter

[Linda Fischer](#), Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg – 2022

Als Inhalte sollten speziell behandelt werden:	trifft gar nicht zu	trifft nicht zu	trifft teils zu	trifft zu	trifft völlig zu
Allgemeine Grundlagen, z.B. Kommunikationstheorien, -modelle, Gesprächsstrukturierung.	<input type="radio"/>				
Gesprächsführung in spezifischen Gesprächssituationen, z.B. Besprechung der Prognose, Gespräch mit Angehörigen, Anamnesegespräch, Mehr-Personen-Setting.	<input type="radio"/>				
Interprofessionelle Versorgungsanlässe, z.B. Visite, Fallbesprechung, Übergabe.	<input type="radio"/>				
Beziehungsaufbau, empathische Kommunikation.	<input type="radio"/>				
Emotional herausfordernde Situationen, z.B. Umgang mit Wut, Trauer, Überbringen schlechter Nachrichten.	<input type="radio"/>				
Schriftliche Kommunikation, z.B. Verfassen von Briefen in einfacher Sprache.	<input type="radio"/>				
Herausfordernde Situationen, z.B. Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede.	<input type="radio"/>				
Interpersonelle Qualitäten, z.B. aktives Zuhören, Einfühlungsvermögen zeigen, angemessene Begrüßung, Blickkontakt.	<input type="radio"/>				

Weiter

[Linda Fischer](#), Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg – 2022

Ein Kommunikationstraining im Rahmen des Medizinstudiums sollte...	trifft gar nicht zu	trifft nicht zu	trifft teils zu	trifft zu	trifft völlig zu
ohne Benotung stattfinden.	<input type="radio"/>				
verpflichtend sein.	<input type="radio"/>				
eine Gruppengröße von maximal 10 Teilnehmenden nicht überschreiten.	<input type="radio"/>				
interprofessionelle Veranstaltungen beinhalten, welche Einblicke in Nachbardiisziplinen gewährleisten, indem z.B. gemeinsam Themen mit Studierenden der Pflege, Physiotherapie, etc. bearbeitet werden.	<input type="radio"/>				
ausschließlich Face-to-Face (d.h. nicht online) stattfinden.	<input type="radio"/>				
eine Mischung aus digitalen und Präsenzanteilen umfassen.	<input type="radio"/>				
als Einzeltraining ohne andere Studierende stattfinden.	<input type="radio"/>				

Weiter

[Linda Fischer](#), Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg – 2022

Bewerten Sie bitte die Statements, welche zeitliche Aspekte umfassen.

	trifft gar nicht zu	trifft nicht zu	trifft teils zu	trifft zu	trifft völlig zu
Ein Kommunikationstraining sollte bereits während des Studiums stattfinden.	<input type="radio"/>				
Kürzere Trainingseinheiten von max. 2 h, welche regelmäßig über mehrere Wochen verteilt stattfinden, sind angenehmer als ein einmaliges Wochenendtraining mit ganztägigen Einheiten.	<input type="radio"/>				
Es ist sinnvoll erst als praktizierende Mediziner*in die Thematik Kommunikation im Rahmen von Fortbildungen zu bearbeiten.	<input type="radio"/>				
Das Training sollte im Verlauf des gesamten Studiums stattfinden.	<input type="radio"/>				
Mit einem Training sollte erst gegen Ende des Studiums begonnen werden.	<input type="radio"/>				

Weiter

Linda Fischer, Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg – 2022

Geben Sie Ihre Zustimmung oder Ablehnung zu den Aussagen an, indem Sie die passendste Antwort markieren.

	trifft gar nicht zu	trifft nicht zu	trifft teils zu	trifft zu	trifft völlig zu
Für die Anwendung gelernter Kommunikationstechniken ist im Berufsalltag keine Zeit.	<input type="radio"/>				
Eine gute Gesprächsführung hilft mir ein guter Arzt/eine gute Ärztin zu sein.	<input type="radio"/>				
Nichtmedizinisch ausgebildete Dozent*innen sind in der Lage Kommunikationstheorien und Techniken zu vermitteln, welche mir als Ärzt*in nutzen.	<input type="radio"/>				
Trainings zur Gesprächsführung vermitteln Idealvorstellungen, welche in der Praxis nicht umgesetzt werden können.	<input type="radio"/>				
Kommunikationstrainings sind hilfreich für den beruflichen Alltag.	<input type="radio"/>				

Weiter

Linda Fischer, Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg – 2022

Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

- weiblich
- männlich
- divers
- keine Angabe

Studierende:

Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

17 – 26

27 – 36

37 – 46

47 – 56

≥ 57

keine Angabe

Wird das Thema Kommunikation in Ihrem Studium behandelt?

Ja

Nein

Bitte geben Sie an in welchem Studienabschnitt Sie sich aktuell im Rahmen Ihres Studiums befinden.

Vorklinik

Klinik

Praktisches Jahr

keine Angabe

Ärzt*innen:

Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

17 – 26

27 – 36

37 – 46

47 – 56

57 – 66

≥ 67

keine Angabe

Wurde das Thema Kommunikation in Ihrem Studium behandelt?

Ja

Nein

Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie als Mediziner*in?

0 – 5

6 – 10

11 – 15

16 – 20

21 – 25

25 – 30

31 – 35

≥ 36

Alle:

Bitte geben Sie das Bundesland Ihres Studienortes an.

- Baden-Württemberg
- Bayern
- Berlin
- Brandenburg
- Bremen
- Hamburg
- Hessen
- Mecklenburg-Vorpommern
- Niedersachsen
- Nordrhein-Westfalen
- Rheinland-Pfalz
- Saarland
- Sachsen
- Sachsen-Anhalt
- Schleswig-Holstein
- Thüringen
- keine Angabe

Weiter

[Linda Fischer](#), Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg – 2022



90% ausgefüllt

Falls Sie noch Anmerkungen zur Thematik Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation haben, können Sie diese gerne äußern:

Weiter

[Linda Fischer](#), Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg – 2022



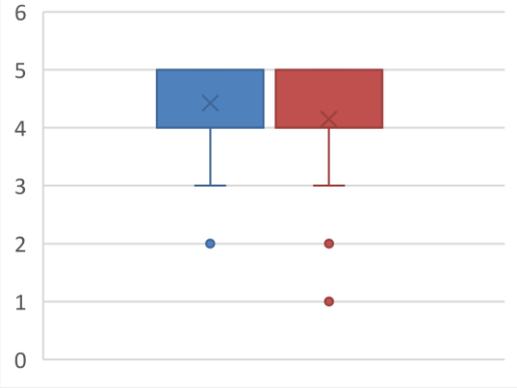
Vielen Dank für Ihre Teilnahme! Ich möchte mich herzlich für Ihre Mitwirkung bedanken. Ihre Antworten wurden gespeichert. Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

[Linda Fischer](#), Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg – 2022

Statistische Auswertung der gewonnenen Daten der Fragebögen

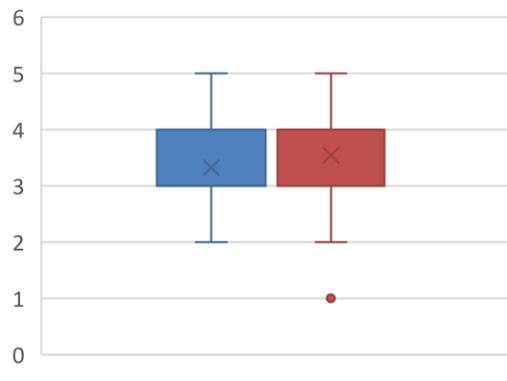
Die vollständige statistische Auswertung sowie die Rohdaten der Umfrage finden sich auf dem beigelegten Datenträger. Es folgen aufbereitete Daten in Form von gruppierten Boxplots, insbesondere zur Feststellung von Ausreißern.

Boxplots

Item	Grafik gruppierte Boxplots SG (blau), ÄG (rot)	Interpretation																								
ME01_01	<p data-bbox="416 636 884 674">Gruppierte Boxplots ME01_01</p>  <table border="1" data-bbox="389 689 906 1077"><caption>Statistical Summary of Boxplots</caption><thead><tr><th>Group</th><th>Median</th><th>Q1</th><th>Q3</th><th>IQR</th><th>Lower Whisker</th><th>Upper Whisker</th><th>Outliers</th></tr></thead><tbody><tr><td>SG (Blue)</td><td>5</td><td>4</td><td>5</td><td>1</td><td>3</td><td>4</td><td>2</td></tr><tr><td>ÄG (Red)</td><td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>1</td><td>3</td><td>4</td><td>2, 1</td></tr></tbody></table>	Group	Median	Q1	Q3	IQR	Lower Whisker	Upper Whisker	Outliers	SG (Blue)	5	4	5	1	3	4	2	ÄG (Red)	4	4	5	1	3	4	2, 1	<p data-bbox="951 622 991 651">SG</p> <ul data-bbox="951 667 1366 943" style="list-style-type: none">- Median: 5; zusammengefallen mit drittem Quartil- 1. Quartil: 4- 3. Quartil: 5- Interquartilsabstand: 1- Ausreißer: milder Ausreißer an unterer Quartilsgrenze- Spannweite: 3- Verteilung: rechtssteil <p data-bbox="951 987 991 1016">ÄG</p> <ul data-bbox="951 1032 1366 1339" style="list-style-type: none">- Median: 4; zusammengefallen mit erstem Quartil- 1. Quartil: 4- 3. Quartil: 5- Interquartilsabstand: 1- Ausreißer: ein milder & ein extremer Ausreißer je an der unteren Quartilsgrenze- Spannweite: 4- Verteilung: linkssteil
Group	Median	Q1	Q3	IQR	Lower Whisker	Upper Whisker	Outliers																			
SG (Blue)	5	4	5	1	3	4	2																			
ÄG (Red)	4	4	5	1	3	4	2, 1																			

ME01_02

Gruppierte Boxplots ME01_02



SG

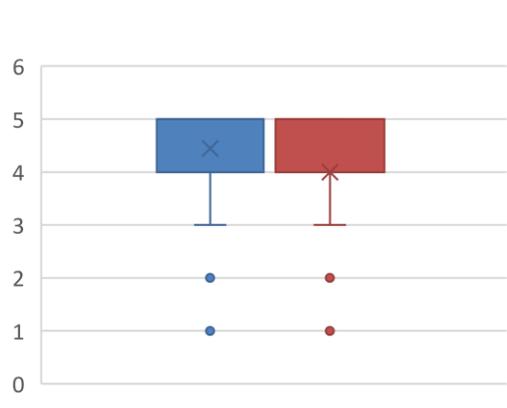
- Median: 3; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 4
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: /
- Spannweite: 3
- Verteilung: linkssteil

ÄG

- Median: 4; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 4
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: milder Ausreißer an der unteren Quartils-grenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: rechtssteil

ME01_03

Gruppierte Boxplots ME01_03



SG

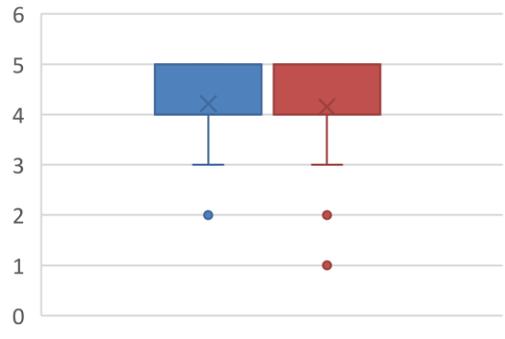
- Median: 5; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder & ein extremer an unterer Quartils-grenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: rechtssteil

ÄG

- Median: 4; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder & ein extremer an unterer Quartils-grenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: linkssteil

ME01_04

Gruppierte Boxplots ME01_04



SG

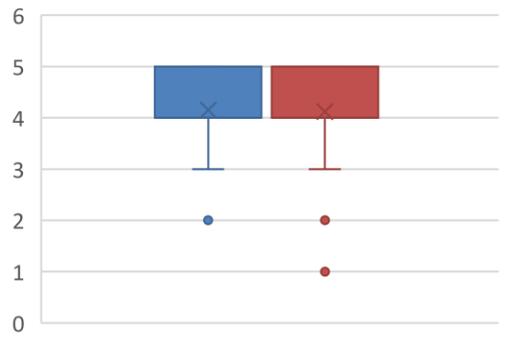
- Median: 4; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 3
- Verteilung: linkssteil

ÄG

- Median: 4; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: je ein milder & extremer an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: linkssteil

ME01_05

Gruppierte Boxplots ME01_05



SG

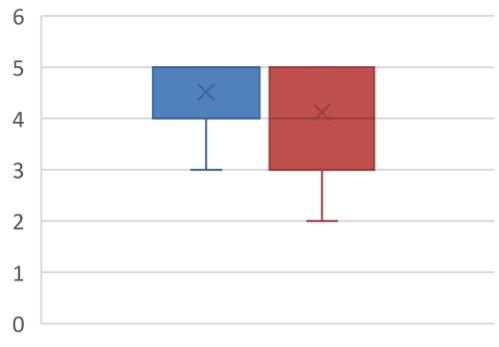
- Median: 4; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 3
- Verteilung: linkssteil

ÄG

- Median: 4; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: je ein milder & ein extremer an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: linkssteil

ME01_06

Gruppierte Boxplots ME01_06



SG

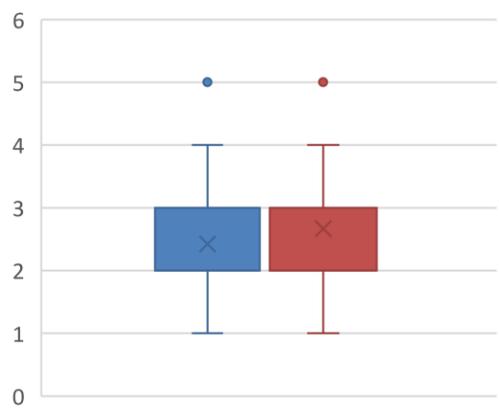
- Median: 5; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: /
- Spannweite: 2
- Verteilung: rechtssteil

ÄG

- Median: 4
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 2
- Ausreißer: /
- Spannweite: 3
- Verteilung: symmetrisch

ME02_01

Gruppierte Boxplots ME02_01



SG

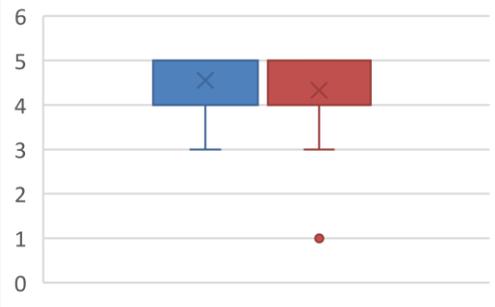
- Median: 3; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 2
- 3. Quartil: 3
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: milder A. an oberer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: rechtssteil

ÄG

- Median: 3; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 2
- 3. Quartil: 3
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: milder A. an oberer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: linkssteil

ME02_02

Gruppierete Boxplots
ME02_02



SG

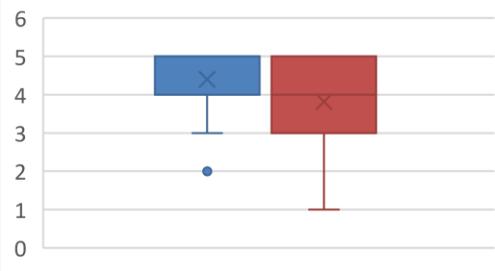
- Median: 5; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: /
- Spannweite: 2
- Verteilung: rechtssteil

ÄG

- Median: 4; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: extremer A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: linkssteil

ME02_03

Gruppierete Boxplots
ME02_03



SG

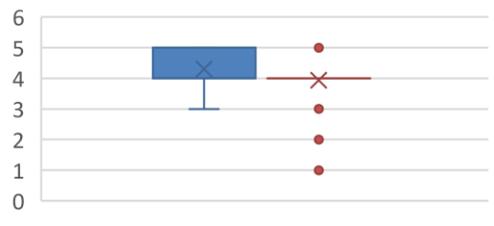
- Median: 5; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 3
- Verteilung: rechtssteil

ÄG

- Median: 4
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 2
- Ausreißer: /
- Spannweite: 4
- Verteilung: symmetrisch

ME02_04

Gruppierete Boxplots ME02_04



SG

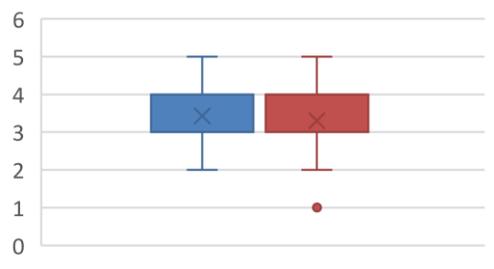
- Median: 4; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: /
- Spannweite: 2
- Verteilung: linkssteil

ÄG

- Median: 4
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 4
- Interquartilsabstand: 0
- Ausreißer: 4 vorhanden
- Spannweite: 4

ME02_05

Gruppierete Boxplots ME02_05



SG

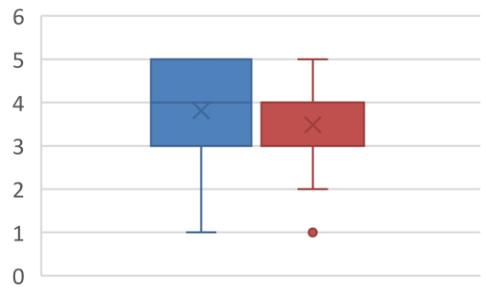
- Median: 3; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 4
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: /
- Spannweite: 3
- Verteilung: linkssteil

ÄG

- Median: 4; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 4
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: rechtssteil

ME02_06

Gruppierete Boxplots
ME02_06



SG

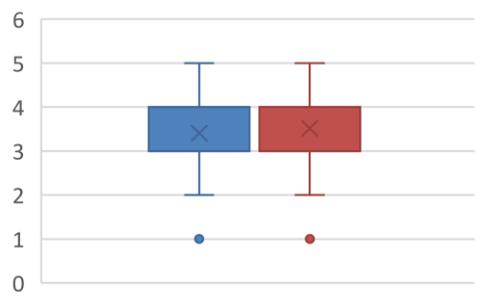
- Median: 4
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 2
- Ausreißer: /
- Spannweite: 4
- Verteilung: symmetrisch

ÄG

- Median: 4; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 4
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: rechtssteil

ME02_07

Gruppierete Boxplots
ME02_07



SG

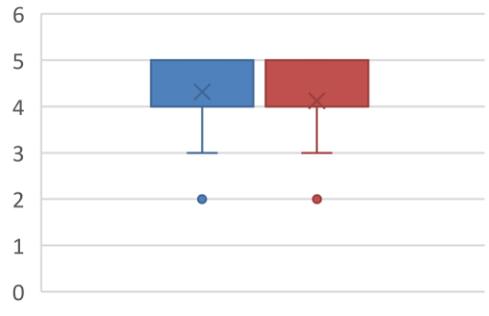
- Median: 3; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 4
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: linkssteil

ÄG

- Median: 3; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 4
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: linkssteil

ME02_08

Gruppierete Boxplots
ME02_08



SG

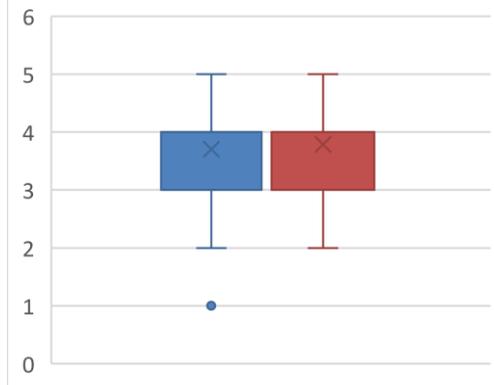
- Median: 4; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 3
- Verteilung: linkssteil

ÄG

- Median: 4; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 3
- Verteilung: linkssteil

IN01_01

Gruppierete Boxplots
IN01_01



SG

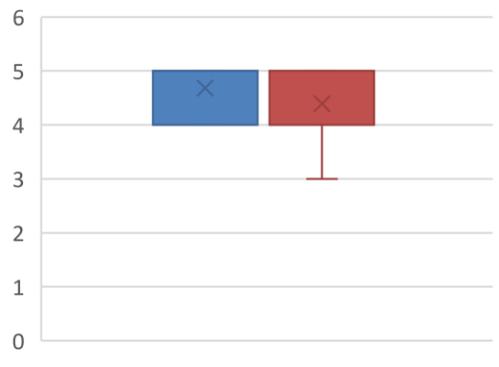
- Median: 4; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 4
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: rechtssteil

ÄG

- Median: 4; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 4
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: /
- Spannweite: 3
- Verteilung: rechtssteil

IN01_02

Gruppierte Boxplots IN01_02



SG

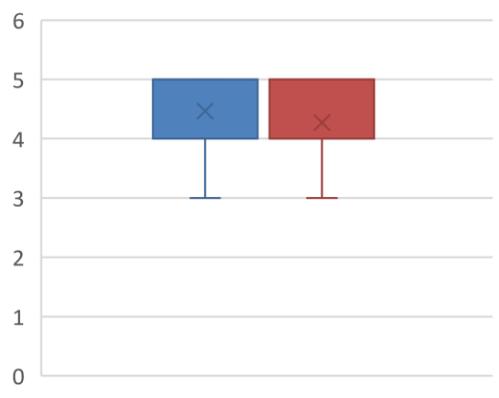
- Median: 5; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: /
- Spannweite: 1
- Verteilung: rechtssteil

ÄG

- Median: 4; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: /
- Spannweite: 2
- Verteilung: linkssteil

IN01_03

Gruppierte Boxplots IN01_03



SG

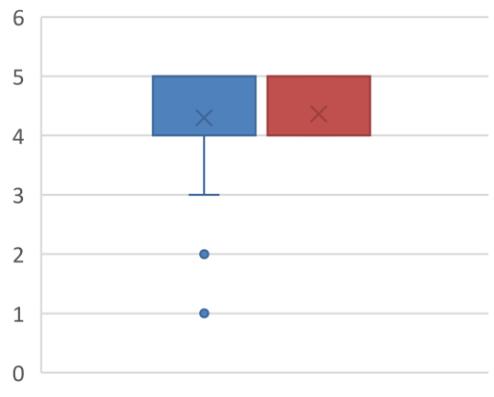
- Median: 5; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: /
- Spannweite: 2
- Verteilung: rechtssteil

ÄG

- Median: 4; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: /
- Spannweite: 2
- Verteilung: linkssteil

IN01_04

Gruppierte Boxplots IN01_04



SG

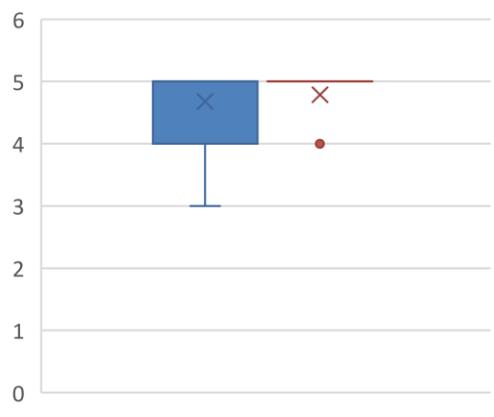
- Median: 5; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: je ein milder & extremer A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: rechtssteil

ÄG

- Median: 4; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: /
- Spannweite: 1
- Verteilung: linkssteil

IN01_05

Gruppierte Boxplots IN01_05



SG

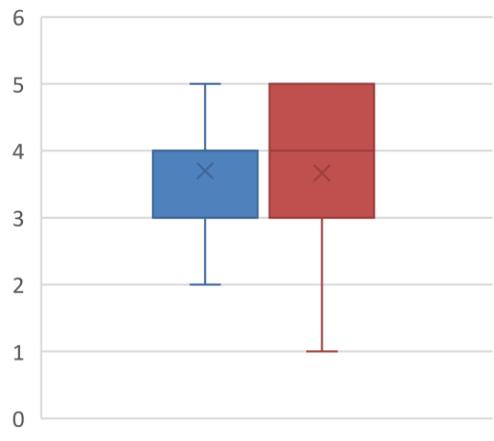
- Median: 5; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: /
- Spannweite: 2
- Verteilung: rechtssteil

ÄG

- Median: 5
- 1. Quartil: 5
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 0
- Ausreißer: ein Ausreißer
- Spannweite: 1

IN01_06

Gruppierte Boxplots IN01_06



SG

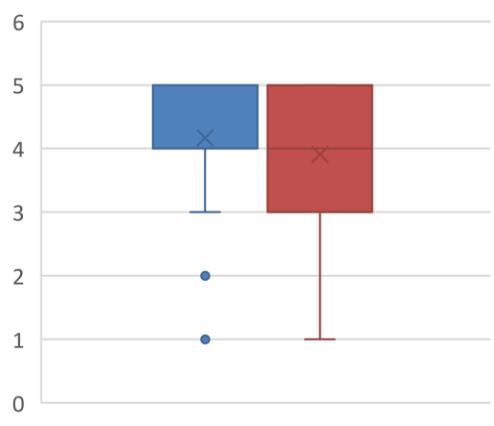
- Median: 4; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 4
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: /
- Spannweite: 3
- Verteilung: rechtssteil

ÄG

- Median: 4
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 2
- Ausreißer: /
- Spannweite: 4
- Verteilung: symmetrisch

IN01_07

Gruppierte Boxplots IN01_07



SG

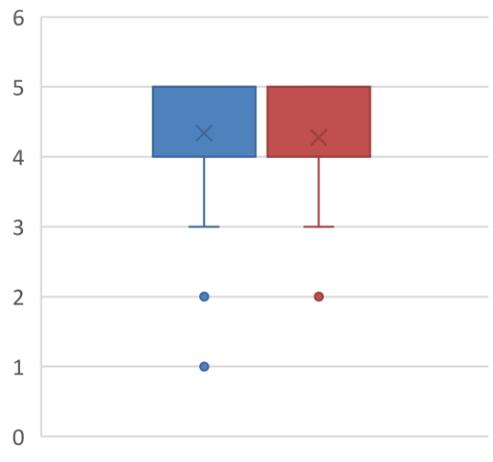
- Median: 4; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: je ein milder & extremer A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: linkssteil

ÄG

- Median: 4
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 2
- Ausreißer: /
- Spannweite: 4
- Verteilung: symmetrisch

IN01_08

Gruppierete Boxplots IN01_08



SG

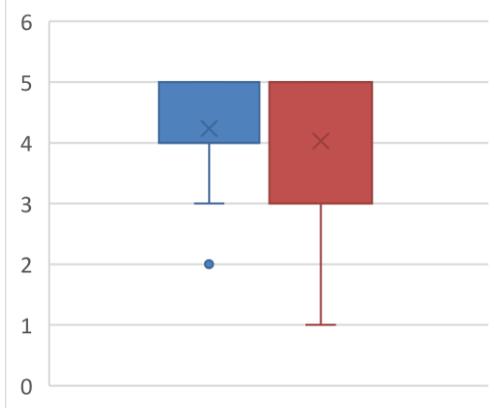
- Median: 5; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: je ein milder & extremer A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: rechtssteil

ÄG

- Median: 4; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 3
- Verteilung: linkssteil

RB01_01

Gruppierete Boxplots RB01_01



SG

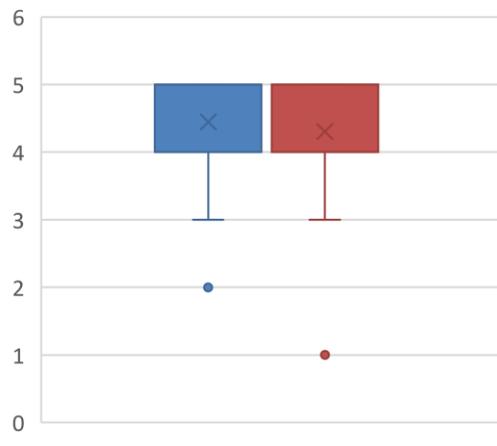
- Median: 4; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 3
- Verteilung: linkssteil

ÄG

- Median: 5; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 2
- Ausreißer: /
- Spannweite: 4
- Verteilung: rechtssteil

RB01_02

Gruppierte Boxplots RB01_02



SG

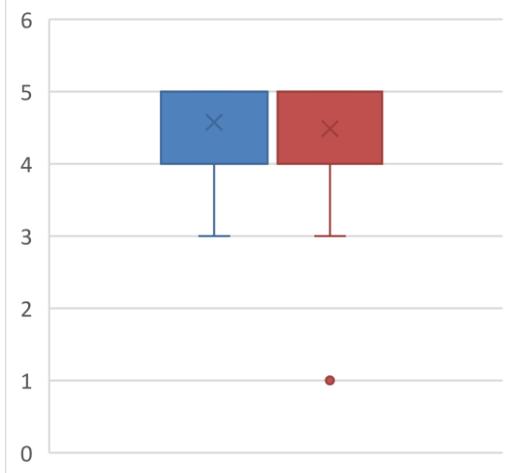
- Median: 5; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 3
- Verteilung: rechtssteil

ÄG

- Median: 5; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein extremer A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: rechtssteil

RB01_03

Gruppierte Boxplots RB01_03



SG

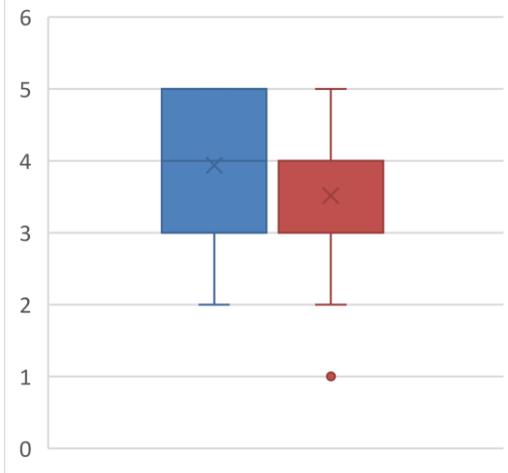
- Median: 5; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: /
- Spannweite: 2
- Verteilung:

ÄG

- Median: 5; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein extremer A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: rechtssteil

RB01_04

Gruppierte Boxplots RB01_04



SG

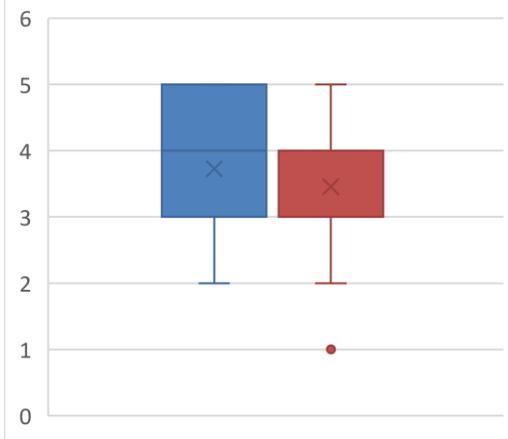
- Median: 4
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 2
- Ausreißer: /
- Spannweite: 3
- Verteilung: symmetrisch

ÄG

- Median: 4; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 4
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: rechtssteil

RB01_05

Gruppierte Boxplots RB01_05



SG

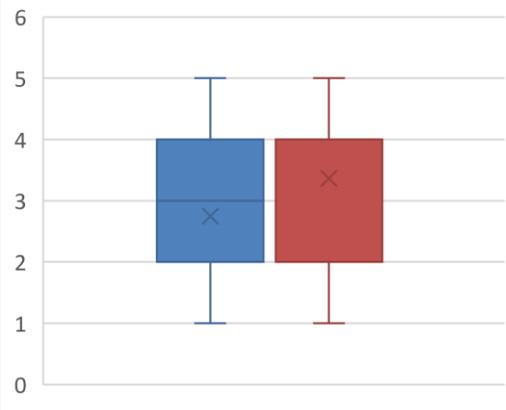
- Median: 4
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 2
- Ausreißer: /
- Spannweite: 3
- Verteilung: symmetrisch

ÄG

- Median: 3; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 4
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: linkssteil

RB01_06

Gruppierte Boxplots RB01_06



SG

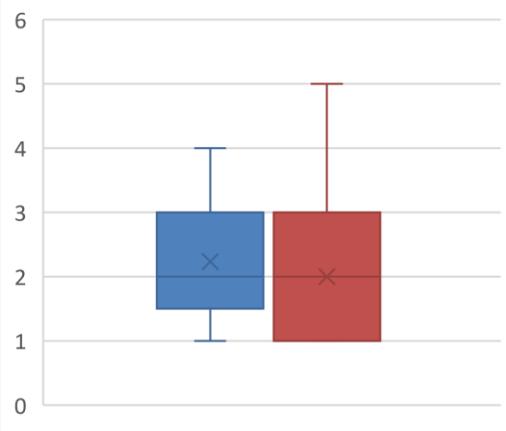
- Median: 3
- 1. Quartil: 2
- 3. Quartil: 4
- Interquartilsabstand: 2
- Ausreißer: /
- Spannweite: 4
- Verteilung: symmetrisch

ÄG

- Median: 4; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 2
- 3. Quartil: 4
- Interquartilsabstand: 2
- Ausreißer: /
- Spannweite: 4
- Verteilung: rechtssteil

RB01_07

Gruppierte Boxplots RB01_07



SG

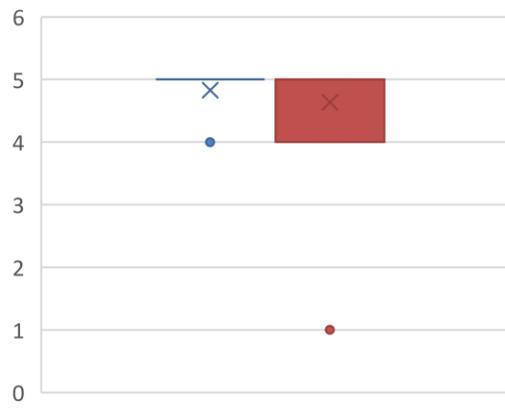
- Median: 2
- 1. Quartil: 1,5
- 3. Quartil: 3
- Interquartilsabstand: 1,5
- Ausreißer: /
- Spannweite: 3
- Verteilung: linkssteil

ÄG

- Median: 2
- 1. Quartil: 1
- 3. Quartil: 3
- Interquartilsabstand: 2
- Ausreißer: /
- Spannweite: 4
- Verteilung: symmetrisch

ZT01_01

Gruppitierte Boxplots ZT01_01



SG

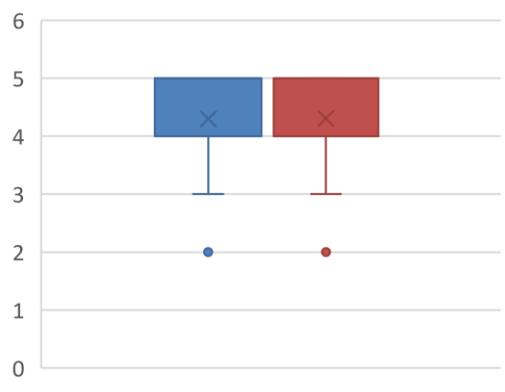
- Median: 5
- 1. Quartil: 5
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 0
- Ausreißer: ein Ausreißer
- Spannweite: 1

ÄG

- Median: 5; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein extremer A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: rechtssteil

ZT01_02

Gruppitierte Boxplots ZT01_02



SG

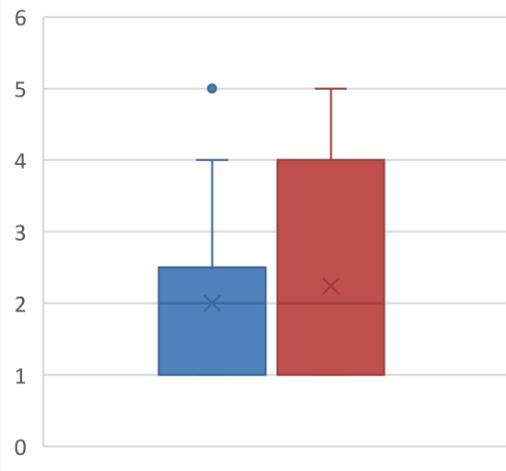
- Median: 5; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 3
- Verteilung: rechtssteil

ÄG

- Median: 4; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 3
- Verteilung: linkssteil

ZT01_03

Gruppierte Boxplots ZT01_03



SG

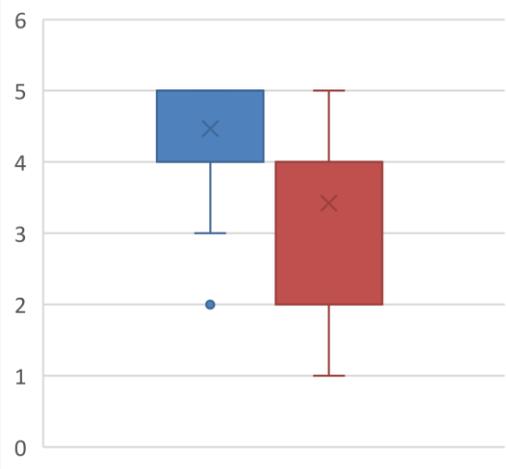
- Median: 2
- 1. Quartil: 1
- 3. Quartil: 2,5
- Interquartilsabstand: 1,5
- Ausreißer: ein milder A. an oberer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: rechtssteil

ÄG

- Median: 2
- 1. Quartil: 1
- 3. Quartil: 4
- Interquartilsabstand: 3
- Ausreißer: /
- Spannweite: 4
- Verteilung: linkssteil

ZT01_04

Gruppierte Boxplots ZT01_04



SG

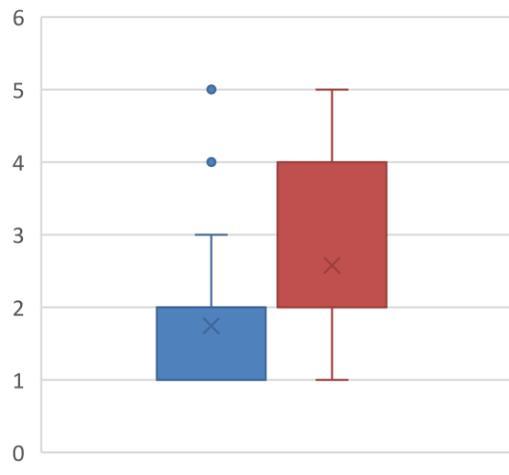
- Median: 5; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 3
- Verteilung: rechtssteil

ÄG

- Median: 4; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 2
- 3. Quartil: 4
- Interquartilsabstand: 2
- Ausreißer: /
- Spannweite: 4
- Verteilung: rechtssteil

ZT01_05

Gruppierte Boxplots ZT01_05



SG

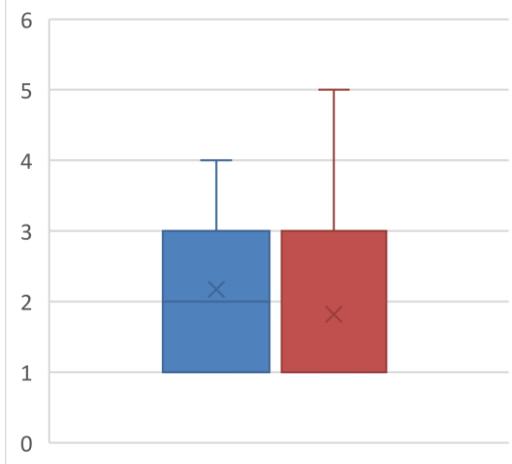
- Median: 2; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 1
- 3. Quartil: 2
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: je ein milder & extremer A. an oberer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: rechtssteil

ÄG

- Median: 2; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 2
- 3. Quartil: 4
- Interquartilsabstand: 2
- Ausreißer: /
- Spannweite: 4
- Verteilung: linkssteil

AE01_01

Gruppierte Boxplots AE01_01



SG

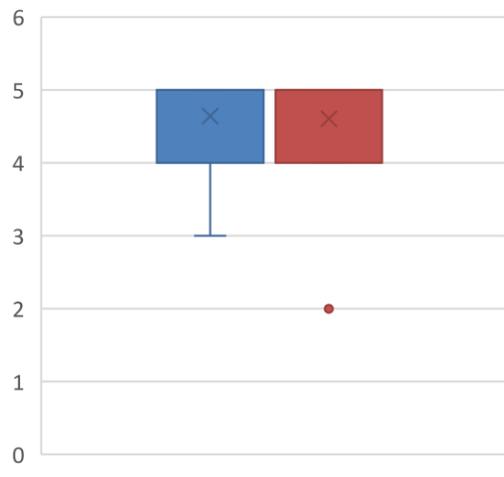
- Median: 2
- 1. Quartil: 1
- 3. Quartil: 3
- Interquartilsabstand: 2
- Ausreißer: /
- Spannweite: 3
- Verteilung: symmetrisch

ÄG

- Median: 1; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 1
- 3. Quartil: 3
- Interquartilsabstand: 2
- Ausreißer: /
- Spannweite: 4
- Verteilung: linkssteil

AE01_02

Gruppierte Boxplots AE01_02



SG

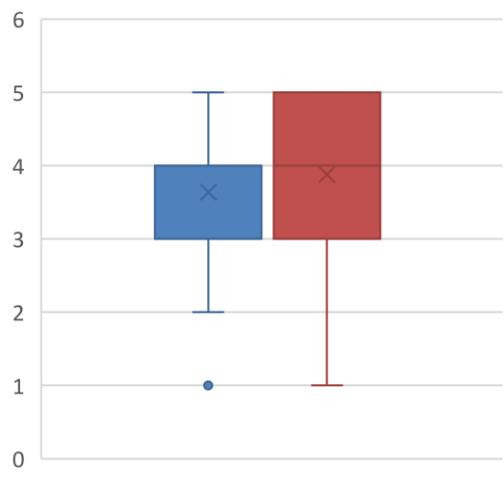
- Median: 5; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: /
- Spannweite: 2
- Verteilung: rechtssteil

ÄG

- Median: 5; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 3
- Verteilung: rechtssteil

AE01_03

Gruppierte Boxplots AE01_03



SG

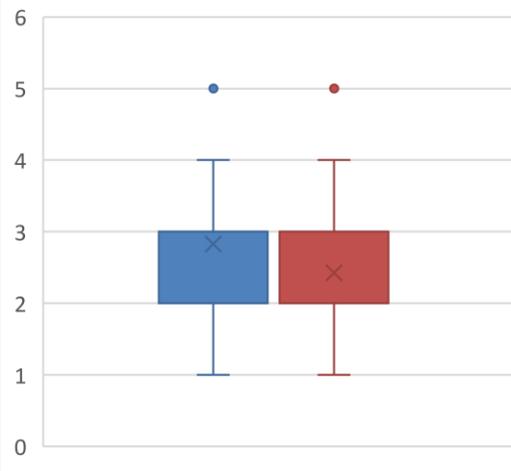
- Median: 4; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 4
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: rechtssteil

ÄG

- Median: 4
- 1. Quartil: 3
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 2
- Ausreißer: /
- Spannweite: 4
- Verteilung: symmetrisch

AE01_04

Gruppierte Boxplots AE01_04



SG

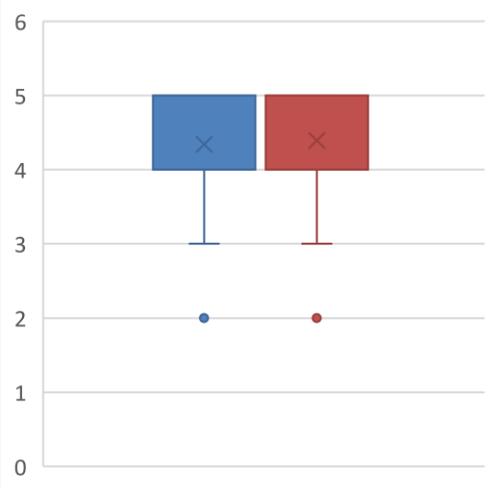
- Median: 3; zusammengefallen mit drittem Quartil
- 1. Quartil: 2
- 3. Quartil: 3
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an oberer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: rechtssteil

ÄG

- Median: 2; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 2
- 3. Quartil: 3
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an oberer Quartilsgrenze
- Spannweite: 4
- Verteilung: linkssteil

AE01_05

Gruppierte Boxplots AE01_05



SG

- Median: Median: 4; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 3
- Verteilung: linkssteil

ÄG

- Median: 4; zusammengefallen mit erstem Quartil
- 1. Quartil: 4
- 3. Quartil: 5
- Interquartilsabstand: 1
- Ausreißer: ein milder A. an unterer Quartilsgrenze
- Spannweite: 3
- Verteilung: linkssteil

Qualitative Auswertung der offen gestellten Frage

Kategorie	Spezifizierung innerhalb Kategorie	Zitate aus der Studierendengruppe	Kodierung
Training	Inhalt	Bei uns an der Uni gibt es kommunikations- und Simulationstrainings schon relativ zahlreich; zT auch in speziellen Situationen (überbringen schlechter Nachrichten, Palliativmedizin). Ich finde aber (speziell bei mir an der Uni), dass diese explizit auch um Kommunikation in schwierigen Situationen (zB ein Angehöriger, der ständig "dazwischenfunk"; Sprachbarrieren; soziokulturelle unterscheide) erweitert werden sollte.	SG_TI
	Rahmenbedingung	In Erlangen gab es ein Wahlfach "Anamnesetraining", welche sehr hilfreich und gut strukturiert war, allerdings mit begrenzten Plätzen. Es wäre sinnvoll ein Kommunikationstraining als Pflichtveranstaltung gegen Ende des Studiums zu etablieren.	SG_RB1
	Rahmenbedingung	Bisher gibt es Wahlfächer. Ein Pflichtfach ist sinnvoller.	SG_RB2
Bedeutsamkeit von Kommunikation	Berufsalltag	Durch eine fehlerhafte Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin (A/Ä) und Patient*in (Pat.) leidet nicht nur ein Beziehungsaufbau, sondern letztlich auch das Verständnis und somit der A/Ä - Pat. abhängige Behandlungserfolg. Die Kommunikation fängt bereits im Studium an und wenn da ein 23 Jähriger PJler (Hauptsache gleich nach dem Abi Studieren) steht und vor einem Patienten rumstammelt, weil er nicht weiß, wie er jetzt gleich ein Gespräch ordentlich führen soll, um all die Wichtigen Informationen zu bekommen die für eine z.B. Diagnose wichtig erscheinen, dann bring das irgendwie niemandem etwas. (Sorry für das Klischee, aber so läuft es doch!)	SG_BK
sonstiges		Washabich.de ist ein ganz tolles Projekt in diesem Kontext.	SG_S

Kategorie	Spezifizierung innerhalb Kategorie	Zitate aus der Ärzt*innengruppe	Kodierung
Berufsalltag	Umsetzung	Im Alltag meist keine Zeit für ausreichende Kommunikation/Gesprächen mit Patienten, unabh. von der "Kommunikationsvorbildung"...	ÄG_RB
	Umsetzung	Das Thema Kommunikation kommt im Studium viel zu kurz, wird vernachlässigt, ist aber existentiell. Die Frage ist, in wie weit Idealvorstellungen in unserer zunehmend ökonomisierten Medizin überhaupt durchgesetzt werden können.	ÄG_U
Training	Inhalt	Bei zunehmender Überalterung der Bevölkerung (und damit mehr Patienten mit Demenz oder zumindest abnehmenden kognitiven Fähigkeiten) verschiebt sich die Kommunikation des Arztes zunehmend in Richtung Angehöriger. Da in der heutigen Zeit die Kommunikation mit den Angehörigen (und in der Pädiatrie auch mit den Eltern) eher an Schwierigkeit zunimmt und auch die Tendenz der Menschen, gerichtliche Klagen anzustrengen, immer häufiger wird, sollte das Kommunikationstraining mit Angehörigen auch besonders in den Fokus rücken.	ÄG_IN
	Zeitpunkt	Ich fände eine Ausbildung zum Thema Kommunikation im Rahmen der letzten Studienjahre sinnvoll !	ÄG_ZP
Bedeutsamkeit von Kommunikation	Berufsalltag	Kommunikation macht viel im Alltag aus - es ist die Basis für eine gelungene Arzt-Patienten Beziehung und hat immensen Einfluss auf die Compliance.	ÄG_BK1
	Berufsalltag	Professionelle Kommunikation ist ein ganz entscheidender Bestandteil einer guten ärztlichen Patientenbehandlung!	ÄG_BK2
	Studium	Das Thema Kommunikation kommt im Studium viel zu kurz, wird vernachlässigt, ist aber existentiell. Die Frage ist, in wie weit Idealvorstellungen in unserer zunehmend ökonomisierten Medizin überhaupt durchgesetzt werden können.	ÄG_BK3
sonstiges		Viel Erfolg!	ÄG_S

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die im Literaturverzeichnis angegebenen Hilfsmittel benutzt sowie alle Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken entnommen sind, durch Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht wurden.

Regensburg, den 19.09.2022

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Bischer'.