

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Innenstadt der Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktor: Prof. Dr. H.-J. Möller

Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik
Leitung: Prof. Dr. M. Ermann

**Anamnesegruppen.
Eine Evaluation der Erwartungen
von Teilnehmern und Tutoren**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von
Bettina Hils

aus
Landshut
2009

**Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München**

Berichterstatter: Prof. Dr.med. Michael Ermann

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Gerold Stucki
Prof. Dr. Ulrich Mansmann
Prof. Dr. Wolfgang Locher

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Dr.phil. Dipl.-Psych.
Christian Kinzel

Dekan: Prof. Dr.med. Dr.h.c.
M. Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 30.07.2009

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	3
2 Ziel und Aufbau der Arbeit	4
2.1 Entstehung der Anamnesegruppen	4
2.2 Struktur und Inhalt einer Anamnesestunde	5
2.3 Konzeptuelle Merkmale der Anamnesegruppen	7
2.4 Lernziele der Anamnesegruppen.....	8
2.5 Balint-Gruppen als Vorläufer der Anamnesegruppen.....	8
2.6 Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu Balint-Gruppen	9
2.7 Vorarbeiten	10
3 Untersuchung	13
3.1 Konzept.....	13
3.2 Die Stichprobe der Anamnesegruppenteilnehmer.....	14
3.3 Die Stichprobe der Anamnesegruppentutoren	14
3.4 Beschreibung der verwendeten Fragebögen	15
3.5 Verteilung der Fragebögen	17
3.6 Statistik	17
4 Darstellung der Ergebnisse	19
4.1 Lernziele in der Anamnesegruppe (Teilnehmer prä)	19
4.2 Lernziele in der Anamnesegruppe (Tutoren prä).....	21
4.3 Vergleich der Lernziele von Teilnehmern und Tutoren.....	23
4.4 Erfüllung der Lernziele (Teilnehmer post).....	24
4.5 Erfüllung der Lernziele (Tutoren post)	26
4.6 Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Teilnehmer prä).....	28
4.7 Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Tutoren prä)	29
4.8 Vergleich der Erwartungen an die Arbeit der Tutoren von Teilnehmern und Tutoren.	32
4.9 Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Teilnehmer post)	34
4.10 Vergleich der Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Teilnehmer prä versus post)	36
4.11 Erfüllung der Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Teilnehmer post).....	38
4.12 Erfüllung der Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Tutoren post)	40

5 Diskussion der Ergebnisse	44
5.1. Interpretation der Ergebnisse	44
5.2. Schlussfolgerungen	56
5.3 Zusammenfassung der Arbeit.....	58
Addendum.....	60
Bibliographie	62

1 Einleitung

„Das Gespräch ist das mächtigste, sensibelste und vielseitigste Instrument, das dem Arzt zur Verfügung steht“ – dieser Ausspruch des Mediziners und Begründers des biopsychosozialen Modells, George Engel, ist auch in der heutigen modernen, hochtechnisierten Medizin immer noch gültig. Im Gespräch laufen alle wichtigen Informationen zusammen, es bildet die Grundlage zur Erfassung und Lösung von Problemen und ist ein entscheidender Faktor für Diagnose und Therapie (vgl. Wilker, 1994; Adler, 1989). Apparative Untersuchungen wie Bluttests, Röntgenuntersuchungen, etc. haben nur in Zusammenhang mit dem Gespräch Aussagekraft. Bei guter Gesprächstechnik lassen sich 80% aller Diagnosen allein aufgrund eines ausführlichen Erstgesprächs stellen (Haferlach, 1994).

Das Erstgespräch, die so genannte Anamnese, ist von allen Gesprächen, die ein Arzt mit seinen Patienten führt, wohl das wichtigste. Es schafft die Grundlage für das weitere Arbeitsbündnis, die Arzt-Patienten-Beziehung und prägt das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wesentlich. Um ein solches Vertrauensverhältnis aufbauen zu können, ist es wichtig, den richtigen sprachlichen Zugang zum Patienten zu finden (vgl. Meerwein, 1986; Ermann, 1989). Defizite im Kommunikationsverhalten klinisch tätiger Ärzte haben ungünstige Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung und fördern Unzufriedenheit und Non-Compliance des Patienten. Letztere hat auch volkswirtschaftlich mittlerweile bedenkliche Ausmaße angenommen (vgl. Gordon, 1995; Fallowfield, 1998)

Die Wichtigkeit des ärztlichen Gesprächs ist also unbestritten – dennoch werden angehende Mediziner im Studium nur mangelhaft mit wichtigen Aspekten der Beziehung zwischen Arzt und Patient und ihrem Instrument, dem ärztlichen Gespräch, vertraut gemacht und nur unzureichend mit psychosozialer Kompetenz ausgestattet (vgl. Siegrist, 1988; Reimer, 1994). Medizin basiert heute im Wesentlichen auf naturwissenschaftlichen Erkenntnissen. Im Vordergrund steht die jeweilige Erkrankung, nicht der Patient, und so sind auch der Umgang mit ihm und seine psychologische Betreuung keine festen Bestandteile des medizinischen Curriculums.

Die Gründung der Anamnesegruppen Anfang der siebziger Jahre kann man als Reaktion auf diese defizitäre Ausbildungssituation sehen. Anfangs noch unter ärztlicher Leitung, später dann als rein studentische Gruppen, versuchten Studenten in diesen Gruppen das Gespräch mit dem Patienten einzuüben. Die ursprüngliche Idee der Anamnesegruppen war es zum einen, Studenten bereits im Studium auf das Gespräch mit dem Patienten vorzubereiten. Zum anderen sollten die Studenten die Möglichkeit haben, in diesen Gruppen eine patientenorientierte – im Gegensatz zu der im Studium vermittelten krankheitsorientierten – Medizin kennen lernen (vgl. von Uexküll, 2003; Ermann 2004).

Die Expansion der Anamnesegruppen über ganz Deutschland innerhalb weniger Jahre nach ihrem Entstehen scheint den Bedarf der Studenten an einem solchen Angebot zu belegen (vgl. Schüffel, 1999).

2 Ziel und Aufbau der Arbeit

Die folgende Arbeit ist den Anamnesegruppen gewidmet. Obwohl sie schon seit nunmehr beinahe vierzig Jahren bestehen, sind sie, im Gegensatz zu den bekannteren Balint- und Junior-Balint-Gruppen, relativ wenig untersucht.

Die Arbeit soll zunächst einen Überblick über die Entstehungsgeschichte, den Ablauf, die konzeptuellen Merkmale und die Ziele dieser Gruppen geben, sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu den weithin bekannten Balint-Gruppen herausarbeiten. Sie soll in diesem Schritt ebenfalls einen Eindruck von den Forschungsarbeiten, die sich bisher mit Anamnesegruppen beschäftigt haben, vermitteln.

Im Blickpunkt der Arbeit stehen die theoretischen Lernziele sowie das Konzept der studentischen Betreuung dieser Gruppen. Mittels einer Prä-Post-Fragebogenuntersuchung wurden Erstteilnehmer und Tutoren von Anamnesegruppen zu ihren Erwartungen an die Lernziele und die Arbeit von Tutoren in den Anamnesegruppen befragt. Nach einem Semester wurden dieselben Teilnehmer und Tutoren nochmals zu ihren Erwartungen, sowie zur Erfüllung dieser Erwartungen durch die Teilnahme an der Anamnesegruppe befragt. Die übergeordneten Fragestellungen lauten wie folgt (eine Auflistung der konkretisierten Fragestellungen findet sich in Kapitel 3.1., das methodische Vorgehen v.a. in den Kapiteln 3.4 und 3.5):

- 1.) Welche Erwartungen haben Studenten, welche noch nicht mit dem Konzept der Anamnesegruppen vertraut sind, an die Anamnesegruppen, was sind die vorrangigen Lernziele der Teilnehmer?
- 2.) Welche Erwartungen haben sie an die Arbeit der Tutoren und wie unterscheiden sich diese Erwartungen von denen der Tutoren?
- 3.) Inwiefern sehen sie nach einem Semester Anamnesegruppenarbeit diese Erwartungen als erfüllt an?
- 4.) Inwiefern sehen die Tutoren die eigenen Erwartungen an die Lernziele und die eigene Arbeit nach einem Semester Anamnesegruppe als erfüllt an?

Anhand der Ergebnisse wird die Arbeit zum einen auf die Frage der Realisierbarkeit der theoretischen Lernziele eingehen, zum anderen wird sie das Konzept der studentischen Betreuung zur Implementierbarkeit der theoretischen Lernziele der Anamnesegruppen diskutieren.

2.1 Entstehung der Anamnesegruppen

Die Vorläufer der heutigen Anamnesegruppen entstanden 1969 in Ulm auf die Initiative von Wolfram Schüffel in der Abteilung für Psychosomatische Medizin. Schüffel stellte fest, dass die Studenten, die Praktika oder Nachtdienste auf seiner Station ableisteten, ihm häufig Informationen über seine Patienten geben konnten, welche

er nicht wusste. Er beschloss daher, den Studenten ein Anamneseseminar anzubieten, von dem beide Seiten profitieren sollten: die Studenten, indem sie die Anamnese erlernten, er selbst als Arzt, indem er mit Hilfe der Studenten die Probleme seiner Patienten genauer sehen könnte (vgl. Schüffel, 1983)

Als Schüffel 1976 in Marburg die Leitung der Abteilung für Psychosomatik übernommen hatte, setzte er dort die Anamnesegruppenarbeit fort. Weil nicht hinreichend viele ärztliche Leiter zur Verfügung standen, wurden erstmals Studenten als Gruppenleiter eingesetzt. Dies waren U. Egle und A. Schneider, die ebenfalls von Ulm nach Marburg gewechselt hatten und in Ulm bereits als Teilnehmer Erfahrungen in Anamnesegruppen sammeln konnten. Dies waren die ersten Anamnesegruppen in der heutigen Form. Nach anfänglichen Bedenken wegen der fehlenden ärztlichen Leitung, die sich mit der Zeit als unbegründet erwiesen (vgl. Steinmann, 1999), setzte sich die Idee studentischer Tutoren durch und ist bis heute untrennbar mit dem Gedanken der Anamnesegruppenarbeit verbunden.

In den folgenden Jahren wurden vor allem durch Eigeninitiative von Studierenden, die von Anamnesegruppen gehört hatten oder bereits eigene Erfahrungen mit der Anamnesegruppenarbeit gemacht hatten, auch an anderen Universitäten Deutschlands und Österreichs Anamnesegruppen gegründet. Heute sind diese Gruppen an über 20 deutschsprachigen Universitäten vertreten. An den meisten Universitäten finden diese Anamnesegruppen parallel zum regulären Unterricht auf freiwilliger Basis statt. Ca. 5% der Medizinstudenten nehmen dieses zusätzliche Lehrangebot wahr.

Seit 1980 stehen die Anamnesegruppen aus ganz Deutschland und Österreich auch untereinander in Kontakt. Beim jährlichen „Maitreffen“, das jedes Jahr von Studierenden einer anderen Universität organisiert wird, treffen sich interessierte Anamnese-gruppenteilnehmer und -tutoren zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch. Gemeinsamkeiten und Unterschiede der einzelnen Gruppen werden herausgearbeitet und diskutiert, ferner werden auch diverse Fortbildungsveranstaltungen angeboten.

1983 erschien zum ersten Mal die Zeitschrift für Patientenorientierte Mediziner-ausbildung (POM), ein Jahrbuch der Anamnesegruppenarbeit mit Beiträgen aus den verschiedenen Universitäten.

2.2 Struktur und Inhalt einer Anamnesestunde

Anamnesegruppen bestehen normalerweise aus acht bis zwölf Teilnehmern, wobei idealerweise Studierende des vorklinischen und klinischen Studienabschnittes sowie Männer und Frauen zu gleichen Teilen vertreten sein sollten. Auch die Vorerfahrungen in der Anamnesegruppe der einzelnen Teilnehmer können unterschiedlich sein, da einige Studenten zum ersten Mal, manche zum zweiten oder bereits dritten Mal teilnehmen.

Geleitet werden die Gruppen von zwei studentischen Tutoren, die die Organisation des äußeren Rahmens (wann und wo trifft sich die Gruppe, etc.) sowie die Diskussionsleitung übernehmen. Diese Tutoren haben selbst mindestens ein Semester lang an einer Anamnesegruppe teilgenommen und daher einen gewissen Erfahrungsvorsprung vor den anderen Teilnehmern besitzen, sind aber nicht unbedingt in einem fortgeschrittenerem klinischen Semester und verfügen somit nicht zwangsläufig über mehr oder besseres klinisches Wissen. Die Tutoren sollten an einem einmal im Jahr stattfindenden Tutorenttraining teilnehmen. Zusätzlich erhalten sie ein- oder zweiwöchentlich arbeitsbegleitende Unterstützung durch einen im Idealfall psychoanalytisch ausgebildeten Supervisor.

Eine Anamnesegruppensitzung findet gewöhnlich einmal wöchentlich statt und dauert zwei Stunden. Zu diesen Sitzungen wird jeweils ein von den Teilnehmern selbst ausgewählter Patient eingeladen, der zuvor über die Arbeitsweise der Anamnesegruppen aufgeklärt wurde und sich zu einem Gespräch mit den Studenten bereit erklärt hat. Zu vermerken ist hierbei, dass es sich nicht nur um psychosomatisch erkrankte Patienten, sondern um Patienten aus allen Fachrichtungen handelt.

Die Stunde gliedert sich wie folgt:

- 1) Blitz
- 2) Patientengespräch
- 3) Nachbesprechung
- 4) Diskussion
- 5) Blitz

Sie beginnt mit einem so genannten Blitz, einer Runde, in der jeder Gruppenteilnehmer beschreibt, wie er sich augenblicklich fühlt, um Reaktionen der Teilnehmer auf den Patienten adäquat einordnen zu können.

Dann wird der Patient hereingeholt und ein Gruppenmitglied führt vor der Gruppe das Gespräch mit ihm, das zwischen 30 bis 45 Minuten dauern sollte. Ziel ist es, den Patienten mit seiner individuellen somatischen und psychischen Problematik kennen zu lernen sowie einen Einblick in sein soziales Umfeld zu gewinnen, um ein ganzheitliches Bild von ihm zu bekommen.

Nachdem der Patient die Sitzung verlassen hat, diskutiert die Gruppe über das zuvor erlebte Gespräch. Zunächst schildert der Interviewer, wie er selbst sowohl das Gespräch als auch den Patienten wahrgenommen hat. Danach reflektiert jeder Gruppenteilnehmer das Gespräch und gibt dem Interviewer Feedback darüber, was er an dem Gespräch gut, was nicht so gut gefunden hat, wie er die Beziehung zwischen dem Patienten und dem Interviewer empfand und was das Gespräch in ihm selbst ausgelöst hat. Ziel ist es zum einen, dem Interviewer seine Stärken und

Schwächen im Patientengespräch nahe zu bringen, zum anderen soll aber auch Raum für eigene Gefühle und Assoziationen mit dem gerade Gehörten gegeben werden.

An diese Feedback-Runde schließt sich die Diskussion an, in der die Gruppe nochmals gemeinsam über den Patienten, das Verhalten des Interviewers und die entstandene Beziehung zwischen den beiden reflektiert. Es ist Raum für freie Assoziationen und Phantasien, aber auch für theoretische Überlegungen. Die Tutoren beobachten das Geschehen in der Gruppe und halten sich weitestgehend zurück, können aber auch in der Gruppe wahrgenommene Gefühle ansprechen und diese zur Diskussion stellen oder neue Themen einbringen sowie die Diskussion, falls erforderlich, strukturieren.

Die Stunde endet mit einem zweiten Blitz, bei dem eventuell durch das Gespräch oder die Diskussion veränderte Gefühle und Eindrücke zu Tage treten sollen (vgl. Schüffel, 1983; Rieger, 1996; Loew, 1989).

2.3 Konzeptuelle Merkmale der Anamnesegruppen

Drei konzeptuelle Merkmale zeichnen Anamnesegruppen aus (vgl. Schüffel, 1983):

- 1) Das Lernen in der Kleingruppe
- 2) Das Lernen in der direkten Konfrontation mit der praktischen Situation
- 3) Das Lernen in der „peer group“

Zu 1) Anamnesegruppen sind normalerweise Kleingruppen von acht bis zwölf Teilnehmern. Der Vorteil dieser Gruppenform liegt im Gegensatz zur Großgruppe darin, dass die Teilnehmer einander kennen lernen und miteinander vertraut werden können. In einer solchen „angstfreien Atmosphäre“ (Schüffel, 1983, 57), so Schüffel, sei es den Teilnehmern eher möglich, ihre Gefühle wahrzunehmen und sie einander mitzuteilen. Die Gruppe werde dadurch zu einer Bezugsgruppe für die Studenten, mit der sie sich identifizieren könnten.

Zu 2) Ein weiteres Merkmal der Anamnesegruppen ist die direkte Konfrontation mit der praktischen Situation: Das Patientengespräch geschieht „live“, sowohl für den Interviewer als auch für die Gruppe. Der Interviewer erfährt dabei seine eigenen Schwierigkeiten, aber auch seine Kompetenzen in der Gesprächsführung, der Anamneseerhebung und im Beziehungsaufbau zum Patienten. Die Gruppe, die dieses Gespräch miterlebt, ist in der Lage, dem Gesprächsführer direkt Rückmeldung über seine Stärken und Schwächen im Gespräch zu geben.

Durch die Konfrontation mit der praktischen Situation erhält die Anamnesegruppe gewissermaßen Selbsterfahrungscharakter: Der Interviewer übernimmt probeweise die zukünftige Rolle des Arztes: Sowohl er, aber auch die Gruppe, fühlen sich für den Zeitraum des Gesprächs verantwortlich für den Patienten, wenn dieser ihnen

von seiner Erkrankung und von seinem Leben erzählt – eine Arzt-Patienten-Beziehung wird „erlebt“.

Zu 3) In Anamnesegruppen wird „peer learning“ verwirklicht. „Peer learning“ bedeutet den Erwerb von Wissen oder Fertigkeiten durch die aktive Hilfe und Unterstützung von Gleichrangigen bzw. Gleichgestellten (vgl. Topping, 2005, Nestel, 2003, 2005).

Tutoren und Teilnehmer der Anamnesegruppen sind „peers“: Der einzige Unterschied zwischen ihnen besteht darin, dass die Tutoren mindestens ein Semester lang selbst an einer Anamnesegruppe und im Idealfall an einem einwöchigen Tutorentraining teilgenommen haben und dadurch zumeist bereits über mehr Anamnesegruppen-Erfahrung als die anderen Teilnehmer verfügen (vgl. Schüffel, 1983).

2.4 Lernziele der Anamnesegruppen

Die Verbreitung der Anamnesegruppen brachte die Notwendigkeit einer Definition der eigentlichen Ziele dieser Gruppen mit sich. Koellner und Loew erarbeiteten 1998 eine Definition, die im Wesentlichen bis heute für die Ziele der Anamnesegruppen gilt:

- 1) „Das Wahrnehmen, Zulassen und Reflektieren der durch den Patienten ausgelösten Gefühle
- 2) Das Erfahren, dass Student und Patient zu dem gemeinsamen System ‚Student-Patient-Beziehung‘ gehören, und das Lernen, die Bedeutung von Beziehungen zu reflektieren und für das weitere Handeln einzusetzen.
- 3) Das Erstellen eines Gesamtbildes des Patienten in der Gruppe, das sowohl biologische, psychische und soziale Daten als auch die zum Teil sehr unterschiedlichen Wahrnehmungen und emotionalen Reaktionen der Gruppenteilnehmer zu integrieren versucht.“ (Schüffel, 1998, S. 266)

Das Erlernen von Anamnese- und Gesprächstechnik wird von Koellner und Loew explizit nicht als ein Ziel dieser Anamnesegruppen gesehen. Dem Patientengespräch kommt laut ihrer Definition somit nur noch eine Vehikelfunktion zu.

2.5 Balint-Gruppen als Vorläufer der Anamnesegruppen

Michael Balint¹ wollte praktischen Ärzten ohne besondere psychotherapeutische Vorkenntnisse, die im Studium vor allem die krankheitszentrierte Medizin kennen

¹ Michael Balint, 1896 in Budapest geboren, studierte dort von 1914 – 1920 Medizin. Er promovierte 1920 zum Dr. med. 1923 – 1924 studierte er an der philosophischen Fakultät der Universität Berlin und promovierte 1924 zum Dr. phil. 1924 erwarb er die ungarischen Staatsdiplome in der Klinischen Medizin und in Psychoneurologie. 1944 war er als Lizensiat des Royal College of Physicians (L.R.C.P.) und des Royal College of Surgeons (L.R.C.S.) in

gelernt hatten, das Rüstzeug geben, in der Praxis patientenzentriert zu arbeiten und sich ihrer Wirkung als „Droge Arzt“ bewusst zu werden (vgl. Luban-Plozza, 1990).

Als Instrument hierfür wählte er Kleingruppen von acht bis zwölf Teilnehmern, die sich unter Anleitung eines psychoanalytisch ausgebildeten Gruppenleiters wöchentlich oder alle zwei Wochen zu einer Doppelstunde trafen. Die Teilnehmer waren zu dieser Zeit vor allem Hausärzte, die sich der Defizite psychotherapeutischer Kenntnisse in der Praxis bewusst geworden waren. Die Gruppensitzung begann in der Regel damit, dass ein Arzt einen Problemfall aus seiner Praxis aus seiner Erinnerung heraus, d.h. ohne Krankenakte und Laborergebnisse, vortrug. An diese Fallvorstellung schloss sich die Diskussion der Gruppe an, die sich vor allem auf die Arzt-Patienten-Beziehung konzentrieren sollte. Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand sollten in der Diskussion vom Gruppenleiter aufgezeigt und von den Gruppenteilnehmern zunehmend selbst erkannt werden, um sie schließlich bewusst bei der Behandlung des Patienten einsetzen zu können (vgl. Balint, 1964).

Zeitweise versuchte Balint auch, mit Medizinstudenten zu arbeiten. Dies gab er aber letztlich wieder auf. Er hielt den fortgesetzten Kontakt sowie die Verantwortung für die Therapie der Patienten für einen wesentlichen Faktor des Lernprozesses. Deshalb eignete sich die Balint-Gruppenarbeit seiner Meinung nach nur für praktizierende Ärzte, allenfalls für Studenten, die bereits verstärkt in die klinische Tätigkeit eingebunden sind und Verantwortung für einzelne Patienten übernommen haben (vgl. Balint, 1968, Balint, 1969).

2.6 Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu Balint-Gruppen

Gemeinsam ist Anamnese- und Balint-Gruppen zum einen das Lernziel: Sowohl die Allgemeinärzte als auch die Studenten sollen die Bedeutung der eigenen Gefühle und des eigenen Verhaltens für die Arzt-/Student-Patient-Beziehung erkennen und lernen, diese als diagnostische Mittel einzusetzen. Zum anderen gleichen sich die beiden Gruppen in ihrem äußeren Rahmen: Die Arbeit in der Kleingruppe, die wöchentlich stattfindenden Sitzungen und die sich an die Patientenvorstellung bzw. das Patientengespräch anschließende Gruppendiskussion finden sich sowohl bei Anamnese- als auch bei Balint-Gruppen.

Folgende Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sind allerdings wesentlich:

Edinburgh zur Praxis in Großbritannien zugelassen. 1945 erwarb er den Master of Science an der Universität von Manchester. Neben seinen vielfältigen praktischen Tätigkeiten als Arzt und Psychoanalytiker war er u.a. von 1935 – 1939 Direktor des Budapester Psychoanalytischen Instituts, von 1950 – 1953 wissenschaftlicher Sekretär der Britischen Psychoanalytischen Gesellschaft. 1957 nahm er eine Gastprofessur für Psychiatrie am College für Medizin an der Universität von Cincinnati, USA, an. Seit 1968 ist Prof. Michael Balint Präsident der Britischen Psychoanalytischen Gesellschaft. Balint hat zur Entwicklung der Psychoanalyse in Deutschland beigetragen u.a. durch Förderung der Arbeiten am SFI Ffm., speziell der Entwicklung der Balint-Gruppen-Arbeit. Das Ausbildungsinstitut für Psychoanalyse in Hamburg trägt seinen Namen. Michael Balint ist am 31.12.1970 in London gestorben.

- 1) Anamnesegruppen sind ein Instrument der Ausbildung von Medizinstudenten, wohingegen Balint-Gruppen der Fort- und Weiterbildung bereits praktizierender Ärzte dienen.
- 2) In Anamnesegruppen wird das Erstgespräch mit dem Patienten geübt. In Balint-Gruppen wird eine Patientenbeziehung, die bereits seit längerem besteht, analysiert
- 3) Anamnesegruppen werden von studentischen Tutoren, also „peers“ geleitet – Balint-Gruppen dagegen von ausgebildeten Psychotherapeuten oder Psychoanalytikern.
- 4) In Anamnesegruppen werden die Teilnehmer direkt mit dem Patienten konfrontiert, die Teilnehmer sind in der Lage, die Arzt-Patienten-Beziehung „live“ zu erleben, Unklarheiten oder Missverständnisse können vor Ort geklärt werden. In Balint-Gruppen dagegen erfahren die Teilnehmer die Arzt-Patienten-Beziehung aus der Erzählung des vortragenden Arztes und haben keine anderen Informationsquellen.

Während vor allem Balint-Gruppen weithin bekannt und Objekt zahlreicher Forschungsarbeiten sind, bestehen Anamnesegruppen in Deutschland und im deutschsprachigen Ausland zwar seit beinahe 40 Jahren, sind aber generell wenig bekannt und in der Literatur nur spärlich vertreten. Wegen der Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ist eine generelle wissenschaftliche Analyse der Anamnesegruppen geboten.

2.7 Vorarbeiten

Die erste Arbeit über Anamnesegruppen stammt vom Gründungsvater Wolfram Schüffel selbst: in der Veröffentlichung „Sprechen mit Kranken – Erfahrungen studentischer Anamnesegruppen“ (1983) kommen Mitbegründer, Förderer und Mitarbeiter der 1969 in Ulm entstandenen Anamnesegruppen zu Wort. In Form von Erfahrungsberichten, einer kasuistischen Forschungsprojektbeschreibung über Anamnesegruppen und der Darstellung des theoretischen Hintergrundes wird das Anliegen der Gruppen exemplarisch aufgezeigt.

Bisherige Forschungsarbeiten haben sich vor allem mit Einstellungsänderungen sowie Änderungen in der Selbstwahrnehmung von Anamnesegruppenteilnehmern beschäftigt – dazu gehören die Arbeiten von Buchinger (1981), Egle (1982), Fehr (1988), Nassauer (1989), Santarelli (1983) und Rieger (1991).

Buchinger (1981) stellt anhand von Tonbandaufnahmen, die von unabhängigen Beobachtern mit Hilfe der Ratingskala von Enelow und Schneider eine signifikant verbesserte Interviewfähigkeit bei Studenten fest, die ein Jahr lang an einer Anamnesegruppe teilgenommen haben.

Egle zeigt in seiner Arbeit (1982) über die Arzt-Patient-Beziehung als affektives Lernziel im Medizinstudium mit dem Verfahren des Repertory Grid nach Kelly, dass

sich bei Medizinstudenten, die ein Jahr lang an einer Anamnesegruppe teilgenommen haben, eine Einstellungsänderung dem Patienten gegenüber feststellen lässt.

Fehr (1988) untersucht ebenfalls Einstellungsänderungen von Teilnehmern der Bonner Anamnesegruppen gegenüber Patienten und Kommilitonen und stellt fest, dass Studenten sich nach einem Jahr Anamnesegruppenarbeit zuversichtlicher im Patientengespräch einschätzen. Ihr Instrument hierfür war der Giessentest.

Nassauer (1989) untersucht mit Hilfe eines durch unabhängige Schätzer ausgewerteten, freien fokussierten Interviews vor und nach einjähriger Teilnahme an einer Anamnesegruppe die Selbstwahrnehmung der Gruppenteilnehmer und kann eine selbst empfundene Erweiterung der Kompetenz in der Gesprächsführung nicht eindeutig nachweisen.

Santarelli (1983) versucht durch Fragebögen und Selbsteinschätzung die Veränderungen, die durch die Teilnahme an einer Anamnesegruppe bei den Studenten bewirkt werden, zu ermitteln. Sie stellte dabei eine vermehrte Patientenorientierung der Teilnehmer fest.

Rieger (1991) untersucht mittels eines Fragebogens Anamnesegruppenteilnehmer und Nicht-Anamnesegruppenteilnehmer hinsichtlich ihrer Einschätzung des Erlanger Psychosomatik-Unterrichts. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass sich beide Gruppen in der Einschätzung der Wichtigkeit des Faches Psychosomatik nicht unterscheiden.

Die Wirkung von Anamnesegruppen auf Patienten untersuchten Schroer (1990) und Steinmann (1999):

Schroer (1990) untersucht mittels eines Patientenfragebogens die Wirkung der Anamnesegruppen auf Patienten. Sie stellte fest, dass die Patienten, die sich für ein Gespräch mit einer Anamnesegruppe zur Verfügung gestellt hatten, dies überwiegend als positiv empfinden.

Steinmann (1999) untersucht mit Hilfe von Videoanalysen die Wirkung von Anamnesegruppen auf Studierende und Patienten. Sie kann die Tendenz aufzeigen, dass die Patienten sich während dieser Gespräche wohl fühlen und die These untermauern, dass Anamnesegruppen den Patienten nicht schaden.

Mit den in Anamnesegruppen stattfindenden Lernprozessen beschäftigen sich die Arbeiten von Hellenkamp (1984) und König (1996). Hellenkamp (1984) versucht deskriptiv anhand von Protokollen der Gruppensitzungen den Lernprozess in Anamnesegruppen zu erfassen. Er postuliert eine erweiterte Selbstwahrnehmungsfähigkeit der Studenten nach der Teilnahme an einer Anamnesegruppe, stellt aber fest, dass der Lernprozess selbst schwierig zu erfassen ist. König (1996) untersucht Anamnesegruppenteilnehmer hinsichtlich der Entwicklung empathischer Kompetenzen im Anamnesegespräch anhand des Polaritätenmodells nach Hardt et al. Sie kann zeigen, dass sich die empathische Kompetenz der Anamnesegruppenteilnehmer im Verlauf eines Jahres erweitert

Motivationsforschung zur Teilnahme an Anamnesegruppen betrieb Kirzinger (1983). Sie stellt mit Hilfe eines Fragebogens fest, dass der Wunsch, die Ausbildung zu verbessern sowie ein Interesse an einer patientenorientierten Medizin einen wichtigen Aspekt für die Teilnahme an einer Anamnesegruppe darstellt.

Burger (2000) untersuchte mittels einer Prä-Post Fragebogenuntersuchung die Ulmer Anamnesegruppen hinsichtlich ihrer Wünsche sowie deren Erfüllung und kam zu dem Schluss, dass die Ulmer Anamnesegruppen geeignet sind, den Teilnehmern zu einem patientenorientierten Gesprächsverhalten zu verhelfen und ihre Einstellung zu Patienten und anderen Gruppenmitgliedern zu reflektieren.

Bisherige Forschungsarbeiten über Anamnesegruppen haben sich also vor allem mit den Themen Einstellungsänderungen, Lernprozessen und Motivation sowie mit Wirkungen dieser Gruppen auf Patienten beschäftigt. Zusammenfassend lässt sich aber sagen, dass die Vergleichbarkeit der einzelnen Studien durch die jeweils unterschiedlichen Erhebungsinstrumente eingeschränkt ist. Auch bezieht sich ein Grossteil der vorgestellten Arbeiten auf sehr kleine Stichproben oder auf Stichproben von Anamnesegruppen nur einer Stadt, so dass kaum allgemein gültige Aussagen aus diesen Arbeiten abgeleitet werden können.

3 Untersuchung

3.1 Konzept

Mit der vorliegenden Arbeit werden erstmals Anamnesegruppenteilnehmer aus 20 verschiedenen Städten in ganz Deutschland und Österreich befragt, so dass gewonnene Ergebnisse sich nicht auf Besonderheiten von Anamnesegruppen einer Stadt zurückführen lassen. Zum ersten Mal werden nicht ausschließlich die Teilnehmer, sondern auch die Tutoren als Leiter der Anamnesegruppen befragt. Ferner wird erstmals die Arbeit der Tutoren Gegenstand einer Untersuchung – Burger fragt in seinem Fragebogen die Teilnehmer zwar nach der Zufriedenheit mit der Arbeit der Tutoren im Allgemeinen, konkretisiert diese aber nicht weiter. Ziel dieser Studie ist es unter anderem, durch die Unterscheidung der Erwartungen von Teilnehmern und Tutoren sowie deren spätere Erfüllung, ein genaueres Bild von der Arbeit der Tutoren zu bekommen.

Die vorliegende Untersuchung soll zunächst eine systematische Beschreibung der Erwartungen von Erstteilnehmern und Tutoren an die Anamnesegruppe bezogen auf die Lernziele und auf die Arbeit der Tutoren geben.

Der erste Teil der Untersuchung befasst sich mit den Erwartungen von Teilnehmern und Tutoren an die Lernziele in der Anamnesegruppe. Koellner und Loew fassten diese 1998 in der folgenden, immer noch gültigen Definition zusammen:

- 1) „Das Wahrnehmen, Zulassen und Reflektieren der durch den Patienten ausgelösten Gefühle“;
- 2) „Das Erfahren, dass Student und Patient zu dem gemeinsamen System ‚Student-Patient-Beziehung‘ gehören, und das Lernen, die Bedeutung von Beziehungen zu reflektieren und für das weitere Handeln einzusetzen“;
- 3) „Das Erstellen eines Gesamtbildes des Patienten in der Gruppe, das sowohl biologische, psychische und soziale Daten als auch die zum Teil sehr unterschiedlichen Wahrnehmungen und emotionalen Reaktionen der Gruppenteilnehmer zu integrieren versucht.“

Das Erlernen der Technik der Anamneseerhebung und Gesprächsführung spielt nach ihrer Definition explizit keine Rolle, die Möglichkeit der Selbsterfahrung wird hingegen in den Mittelpunkt der Lernziele der Anamnesegruppen gestellt.

Hinsichtlich der Lernziele sollten folgende Fragen untersucht und diskutiert werden:

- 1) Stimmen die Lernziele der Teilnehmer mit den theoretischen Lernzielen der Anamnesegruppen überein?
- 2) Stimmen die Lernziele der Tutoren mit den theoretischen Lernzielen der Anamnesegruppen überein?
- 3) Unterscheiden sich die Lernziele in der Anamnesegruppe von Teilnehmern und Tutoren?

- 4) Sehen die Teilnehmer nach einem Semester Anamnesegruppe ihre Lernziele als erfüllt an?
- 5) Sehen die Tutoren nach einem Semester Anamnesegruppe ihre Lernziele als erfüllt an?

Der Fokus des zweiten Teils der Studie liegt auf der Tutorenarbeit. Die studentische Betreuung ist eines der Hauptmerkmale der Anamnesegruppen und untrennbar mit ihrem Gedanken verbunden. Dennoch ist die Arbeit der Tutoren in den bisherigen Arbeiten über Anamnesegruppen noch nicht genauer untersucht worden. Burger fragte in seinem Fragebogen die Teilnehmer zwar nach der Kompetenz der Tutoren allgemein, schlüsselte diese aber nicht weiter auf. Ziel der vorliegenden Studie ist es, ein genaueres Bild von der Arbeit der Tutoren zu erhalten.

Hinsichtlich der Arbeit der Tutoren sollen folgende Fragen geklärt werden:

- 6) Stimmen die Erwartungen an die Arbeit der Tutoren von Teilnehmern und Tutoren überein?
- 7) Verändern die Anamnesegruppenteilnehmer ihre Erwartungen an die Arbeit der Tutoren im Laufe eines Semesters?
- 8) Werden die Erwartungen an die Arbeit der Tutoren aus Sicht der Teilnehmer erfüllt?
- 9) Werden die Erwartungen an die Arbeit der Tutoren aus Sicht der Tutoren erfüllt?

3.2 Die Stichprobe der Anamnesegruppenteilnehmer

In die zu untersuchende Stichprobe wurden nur Studenten aufgenommen, die zum ersten Mal an einer Anamnesegruppe teilnahmen. Ferner konnten nur Fragebögen von Studenten ausgewertet werden, welche sowohl den prä- als auch den Post-Fragebogen ausgefüllt hatten. Durch individuelle Kodierung eines jeden Fragebogens konnten prä- und Post-Fragebögen eines jeden Studenten einander zugeordnet werden.

Bei der untersuchten Stichprobe handelt es sich um insgesamt 94 Studenten, davon 74 Medizin-Studenten (78,7%), und 20 Nicht-Medizin-Studenten (21,3%; i.e. Psychologie- und Pädagogik-Studenten). Das Alter der teilnehmenden Studenten lag zwischen 19 und 35 Jahre, mit einem Altersdurchschnitt von 23 Jahren. Unter den 94 Teilnehmern befanden sich 38 Männer (40,4%) und 56 Frauen (59,6%). Die Studenten befanden sich im ersten bis zum elften Semester. Die durchschnittliche Semesterzahl lag bei 3,6, wobei 8 Teilnehmer keine Semesterzahl angegeben haben.

3.3 Die Stichprobe der Anamnesegruppentutoren

Insgesamt wurden 37 Tutoren von Anamnesegruppen befragt. Hierbei handelt es sich um 34 Medizin- (91,9%) und 3 Nicht-Medizin- (i.e. Psychologie-) Studenten (8,1%). Das Alter der teilnehmenden Tutoren lag zwischen 20 und 34 Jahren, mit

einem durchschnittlichen Alter von 24 Jahren. Unter den Tutoren befanden sich 17 Männer (45,9%) und 20 Frauen (54,1%). Die Fachsemesterzahl der Tutoren rangierte von 3 bis 13, mit einem Semesterdurchschnitt von 6,94 Semestern; 4 der befragten Tutoren gaben keine Semesterzahl an. 9 der 37 Tutoren leiteten zum ersten Mal eine Anamnesegruppe, 28 Tutoren hatten bereits eine oder mehrere Anamnesegruppen geleitet.

In die Untersuchung aufgenommen werden konnten wiederum nur Tutoren, welche sowohl den Prä- als auch den Post-Fragebogen ausgefüllt hatten. Die individuelle Zuordnung der Fragebögen war auch hier mittels Kodierung möglich.

3.4 Beschreibung der verwendeten Fragebögen

Da kein standardisiertes Testverfahren zur Evaluation der Tätigkeit von Anamnesegruppen zur Verfügung stand, wurden von Anamnesegruppenteilnehmern und -tutoren unter der Projektleitung von Christian Kinzel, dem leitenden Psychologen der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätsklinik München, Fragebögen für Teilnehmer und Tutoren entworfen, welche die Erwartungen der Teilnehmer und Tutoren an die Anamnesegruppe konkretisieren sowie die Erfüllung dieser Erwartungen einschätzen sollten.

Insgesamt wurden vier Fragebögen erstellt: ein Prä- sowie ein Post-Fragebogen für die Teilnehmer der Anamnesegruppe, sowie ein Prä- und ein Post-Fragebogen für die Tutoren.

Die Prä- und Post-Fragebögen von Teilnehmern und der Tutoren entsprechen sich weitestgehend in ihren Fragen. Der Prä-Fragebogen der Teilnehmer enthält 75 Items, der der Tutoren 71. Sie gliedern sich wie folgt:

- A Deskriptive Informationen wie Alter, Geschlecht, Studienfach, Fachsemester sowie Angabe von erstmaliger oder wiederholter Teilnahme an einer Anamnesegruppe/für Tutoren Angabe erstmaliger oder wiederholter Leitung einer Anamnesegruppe
- B Fragen zu Erwartungen an die Lernziele in der Anamnesegruppe
- C Fragen zu Erwartungen an die Arbeit in der Gruppe
- D Fragen zu Erwartungen an die Arbeit der Tutoren

In den Bereichen E und F unterscheiden sich die Teilnehmer-Fragebögen von den Tutoren-Fragebögen:

- E Teilnehmer: Fragen zu Erfahrungen im Patientengespräch/Tutoren Fragen zur Einstellung zur Gruppenleitung
- F Teilnehmer: Fragen zu psychosozialen Einstellungen/Tutoren: Fragen zur Position innerhalb der Anamnesegruppe

Analog zum Prä-Fragebogen entsprechen sich auch die Post-Fragebögen von Teilnehmern und Tutoren weitestgehend. Sie enthalten je 91 Items und gliedern sich folgendermaßen:

- A Deskriptive Informationen wie Alter, Geschlecht, Studienfach und Fachsemester
- B Fragen zur Erfüllung der Erwartungen an/Lernzielen in der Anamnesegruppe
- C Fragen zur Erfüllung der Erwartungen an die Arbeit in der Gruppe
- D Erneute Auflistung der Fragen zu den Erwartungen an die Arbeit der Tutoren, Fragen nach der Erfüllung der Erwartungen an die Arbeit der Tutoren

In den Bereichen E und F unterscheiden sich die Teilnehmer-Fragebögen wieder von den Tutoren-Fragebögen:

- E Teilnehmer: erneute Auflistung der Fragen zum Patientengespräch/Tutoren: erneute Auflistung der Fragen zur Einstellung zur Gruppenleitung
- F Teilnehmer: erneute Auflistung der Fragen zu psychosozialen Einstellungen/Tutoren: erneute Auflistung der Fragen zur Position in der Anamnesegruppe

Zusätzlich wurden Fragen zur Zufriedenheit mit der vergangenen Anamnesegruppe sowie zum Kompetenzzuwachs im Bereich der Anamneseerhebung gestellt, auch war Platz für freie Kommentare und Anregungen.

Die erneute Auflistung der Fragen des Prä-Fragebogens in den Bereichen D, E und F ermöglicht einen validen Prä-Post-Vergleich, Veränderungen der Erwartungen bzw. Einstellungen können festgestellt und auf die Anamnesegruppenarbeit zurückgeführt werden.

Um eine Zuordnung von Prä- und Post-Fragebogen zum jeweiligen Anamnesegruppenteilnehmer oder -tutor unter Gewährung der Anonymität zu ermöglichen, wurden die Fragebögen mit einem Code versehen, der sich jeweils aus den ersten drei Buchstaben des Namens der Mutter und den ersten drei Buchstaben des Namens des Vater zusammensetzt. Um die einzelnen Anamnesegruppenteilnehmer und -tutoren ihren jeweiligen Gruppen zuordnen zu können, sollte noch ein Gruppencode ausgefüllt werden, der sich aus den ersten drei Buchstaben des Vornamens der Mutter des einen Tutors, sowie den ersten drei Buchstaben des Vornamens der Mutter des anderen Tutors zusammensetzt.

Die Antwortmöglichkeiten der Fragebögen sind weitgehend standardisiert. Auf einer Likert-Skala von eins bis sechs konnten Teilnehmer und Tutoren ihre Antworten angeben. Zusätzlich finden sich einige Antworten mit Prozentangaben, sowie im Post-Fragebogen visuelle Skalen zur Angabe der Zufriedenheit und eine offene Frage zu Verbesserungsvorschlägen.

3.5 Verteilung der Fragebögen

Alle Fragebögen wurden am Anfang des Wintersemesters 2004/05 an die Tutoren von 20 Anamnesegruppen in Deutschland und Österreich verschickt. Die Prä-Fragebögen der Teilnehmer sollten in der ersten Anamnesegruppenstunde an die Teilnehmer verteilt und nach dem Ausfüllen wieder eingesammelt werden, die Prä-Fragebögen der Tutoren sollten zum gleichen Zeitpunkt ausgefüllt werden. Die Post-Fragebögen der Teilnehmer sollten, um eine möglichst gute Rücklaufquote zu erreichen, den Teilnehmern im vorletzten Anamnesegruppentreffen vorgelegt werden, analog hierzu sollten auch die Tutoren ihre Fragebögen in der vorletzten Stunde ausfüllen.

Für die Erhebung wurde bewusst der Zeitraum von einem Semester gewählt – obwohl vielfach gefordert, einer Anamnesegruppe für mindestens zwei Semester beizutreten, nimmt der Grossteil der Studenten in der Realität nur ein Semester lang an einer Anamnesegruppe teil.

Insgesamt wurden je 350 Prä- und Post-Fragebögen für die Teilnehmer verschickt. Von den Prä-Fragebögen kamen 283 zurück, das entspricht einer Rücklaufquote von 81%, bei den Post-Fragebögen erreichten wir durch 111 zurückgeschickte Bögen nur eine Quote von 32%. Die schlechte Rücklaufquote der Post-Fragebögen ist dadurch zu erklären, dass den Tutoren beide Fragebögen gleich zu Anfang des Semesters geschickt wurden und viele die Verteilung des Post-Fragebogens vergessen haben (dafür spricht auch, dass bei den Post-Fragebögen jeweils ganze Gruppen fehlen).

10 der rückläufigen Post-Fragebögen der Teilnehmer konnten keinem Prä-Fragebogen zugeordnet werden und waren deshalb nicht verwendbar.

Da für die Untersuchung nur die Daten von Erstteilnehmern interessierten, mussten weitere 7 Fragebögen von Folgeteilnehmern ausgeschlossen werden, so dass letztendlich für die Studie 94 Teilnehmerfragebögen (prä- und post-) verwenden konnten.

An die Tutoren wurden 60 Prä- und Post-Fragebögen verschickt. Von den Prä-Fragebögen kamen 54 ausgefüllt zurück, das entspricht einer Rücklaufquote von 90%, von den Post-Fragebögen 37, die Rücklaufquote beträgt hier 62%.

Alle rückläufigen Post-Fragebögen konnten einem Prä-Fragebogen zugeordnet werden, so dass 37 Tutorenfragebögen für die Studie verwendet werden konnten.

3.6 Statistik

Die statistische Auswertung der Teilnehmer- und Tutorenfragebögen erfolgte rein deskriptiv. Dabei wurden die kumulierten Häufigkeiten der Antwortmöglichkeiten „wichtig“ und „sehr wichtig“ (im Prä-Fragebogen), bzw. „stark“ und „sehr stark“ (im Post-Fragebogen) in einer Rangreihe aufgetragen. Um die Erfüllung der jeweiligen Erwartung darstellen zu können, wurden Erfüllung und Erwartung in einem Koordi-

natensystem gegeneinander aufgetragen. Die Bewertung der Genauigkeit der Messergebnisse wurde mit dem exakten Konfidenzintervall (KI) für relative Häufigkeiten von 95% angegeben. Um die Anschaulichkeit der Arbeit zu erhöhen, wurde eine Vielzahl an Abbildungen und Tabellen zur Darstellung der Ergebnisse eingefügt.

Die Fragebogendaten wurden in SPSS 13.0 eingegeben und ausgewertet, für die Konfidenzintervallberechnung sowie für die Diagramme wurde das Programm Microsoft Excel (Version 2004) verwendet.

4 Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fragebögen dargestellt. Um den Rahmen der Arbeit nicht zu sprengen, sollen nur die Teile B – Erwartungen an die Lernziele in der Anamnesegruppe – sowie D – Erwartungen an die Arbeit der Tutoren – der Prä- und Post-Fragebögen von Teilnehmern und Tutoren dargestellt und diskutiert werden.

Vorweg soll noch die Terminologie der Darstellung der Ergebnisse erklärt werden: Durch die große Anzahl der befragten Anamnesegruppenteilnehmer und -tutoren ist es mit dieser Studie erstmals gelungen, einen Großteil der Ergebnisse nicht nur auf die befragte Stichprobe zu beziehen, sondern sie innerhalb eines 95%igen Konfidenzintervalls auf das Kollektiv der Anamnesegruppenteilnehmer und -tutoren zu übertragen. Die Darstellung der Ergebnisse lässt sich deshalb in die folgenden Kategorien einteilen:

1.) Von einer „Mehrheit der Teilnehmer bzw. der Tutoren“ wird gesprochen, wenn das zugehörige Konfidenzintervall über 50% liegt. Von einer „Deutlichen Mehrheit der Teilnehmer bzw. Tutoren“ ist die Rede, wenn das zugehörige Konfidenzintervall über 66% liegt. Entsprechend ist von einer „Minderheit der Teilnehmer bzw. Tutoren“ oder von „Weniger als der Hälfte“ die Rede, wenn das zugehörige Konfidenzintervall unter 50% liegt.

Diese Aussagen lassen sich auf das Kollektiv der Anamnesegruppenteilnehmer bzw. -tutoren übertragen und sind die Basis für die in 5.2 abgeleiteten Schlussfolgerungen.

2.) Bei den Punkten, welche im Konfidenzintervall die 50% mit einschließen, lassen sich keine Aussagen über die Meinung der Mehrheit treffen. Es ist aber möglich, diese Aussagen mit anderen zu vergleichen und signifikant unterschiedliche Gewichtungen der einzelnen Punkte herauszuarbeiten.

3.) Einige Punkte, welche im Text deutlich markiert werden, beziehen sich nur auf die befragte Stichprobe. Dies betrifft vor allem die Stichprobe der Tutoren, da naturgemäß weniger Tutoren als Teilnehmer an der Befragung teilnehmen konnten. Diese Punkte sollen lediglich das Gesamtbild ergänzen, wenn allgemein gültige Aussagen nicht möglich sind. Sie sind aber für die Schlussfolgerungen nicht nötig und fließen in diese nicht ein.

4.1 Lernziele in der Anamnesegruppe (Teilnehmer prä)

Die Befragung der Teilnehmer hinsichtlich der von ihnen erwarteten Lernziele in der Anamnesegruppe ergab folgende Verteilung:

Rang	Lernziele (prä)	TN %	95% KI	
1	Umgang mit Problemsituationen	95,7	89,5	98,8
2	Methode und Technik der Gesprächsführung	89,4	81,3	94,8
3	Lernen sich in andere Menschen einzufühlen	79,8	70,2	87,4
4	Zusammenhänge von Kranken- und Lebensgeschichte	79,8	70,2	87,4
5	Abbau von Ängsten und Hemmungen gegenüber dem Patienten	74,5	64,4	82,9
6	Lernen über Körpersprache	71,3	61,0	80,1
7	Lernen über Gefühle im Patientengespräch	58,5	47,9	68,6
8	Psychoanalyse und Psychotherapie	52,1	41,6	62,5
9	Sich selbst besser kennen lernen	44,7	34,4	55,3
10	Gruppenprozesse und Gruppendynamik	44,7	34,4	55,3
11	Lernen über Krankheitsbilder	40,4	30,4	51,0

Tabelle 1: Lernziele in der Anamnesegruppe (TN = Teilnehmer, KI = Konfidenzintervall)

Von 2/3 der Teilnehmer werden als wichtige und sehr wichtige Lernziele in der Anamnesegruppe diejenigen Punkte gesehen, welche auf das Erlernen des Umgangs mit dem Patienten abzielen (i.e. die in der Tabelle aufgeführten Punkte auf Rang 1 bis 3). Ebenfalls mehr als 2/3 der Teilnehmer erachteten das Erlernen einer patientenorientierten Medizin (Punkt 4 der Rangliste) als wichtig. Lernziele, welche die Reflexion eigener Gefühle sowie deren Auswirkungen auf den Patienten und die Gruppe beinhalten (die Punkte 7 bis 10 der Rangliste) werden von signifikant weniger Teilnehmern als wichtig erachtet, ebenso wie der Erwerb medizinischen Wissens durch die Anamnesegruppe (Punkt 11).

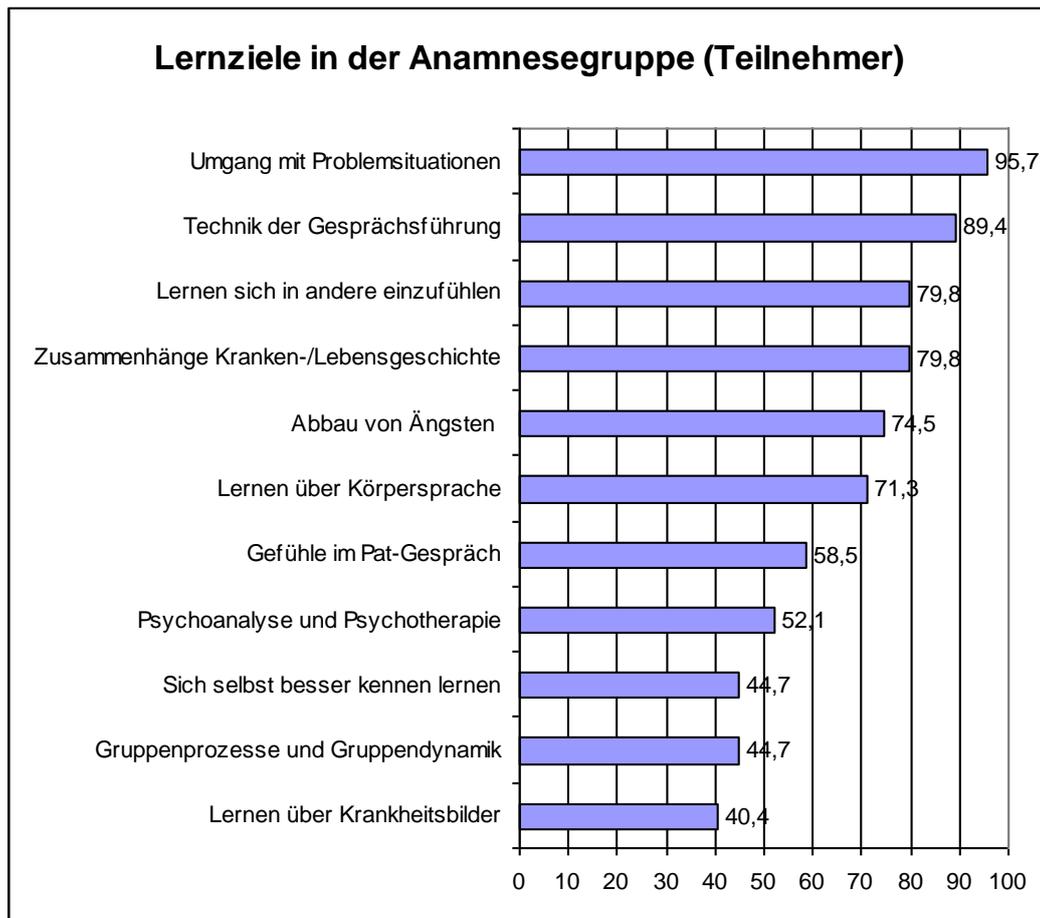


Abbildung 1: Lernziele in der Anamnesegruppe (Teilnehmer)

4.2 Lernziele in der Anamnesegruppe (Tutoren prä)

Die Tutoren wurden in der Prä-Befragung ebenfalls zu den Lernzielen, die sie für die Teilnehmer in der Anamnesegruppe sehen, befragt. Die folgende Tabelle listet die kumulierten Häufigkeiten der Antwortkreuze „wichtig“ und „sehr wichtig“ der Tutoren in absteigender Reihenfolge auf:

Rang	Lernziele	TU %	95 % KI	
1	Abbau von Ängsten	100	90,5	100,0
2	Problemsituationen im Patienten-Gespräch	94,6	81,8	99,3
3	Lernen, sich in andere einzufühlen	91,9	78,1	98,3
4	Zusammenhänge zwischen Kranken- und Lebensgeschichte	89,2	74,6	97,0
5	Lernen über Körpersprache	75,7	58,8	88,2
6	Technik der Gesprächsführung	73	55,9	86,2
7	Gefühle im Patienten-Gespräch	73	55,9	86,2
8	Lernen, sich selbst besser kennen lernen	64,9	47,5	79,8
9	Lernen über Gruppenprozesse	40,5	24,8	57,9

10	Lernen über Psychoanalyse	25	11,8	41,2
11	Krankheitsbilder	13,5	4,5	28,8

Tabelle 2: Lernziele in der Anamnesegruppe (TU = Tutoren)

In der Häufigkeitsverteilung der Antworten der Tutoren zeigt sich, dass über die Hälfte der Tutoren das Erlernen des Umgangs mit dem Patienten als wichtiges oder sehr wichtiges Lernziel ansehen (Punkte 2,3,6 der Rangliste). Den Abbau von Ängsten gegenüber dem Patienten (Punkt 1) erachten über 90% der Tutoren als wichtiges Lernziel in der Anamnesegruppe, mehr als 2/3 das Erlernen einer patientenorientierten Medizin (Punkt 4 der Rangliste). Die Reflexion eigener Gefühle (Punkt 7) ist für über die Hälfte der Tutoren ein wichtiges Lernziel, nicht aber die theoretische Grundlage dafür, das Lernen über Psychotherapie und Psychoanalyse (Punkt 10). Ebenfalls nur eine Minderheit der Tutoren erachtet das Lernen über Krankheitsbilder als ein wichtiges Lernziel für die Teilnehmer in der Anamnesegruppe (Punkt 11).

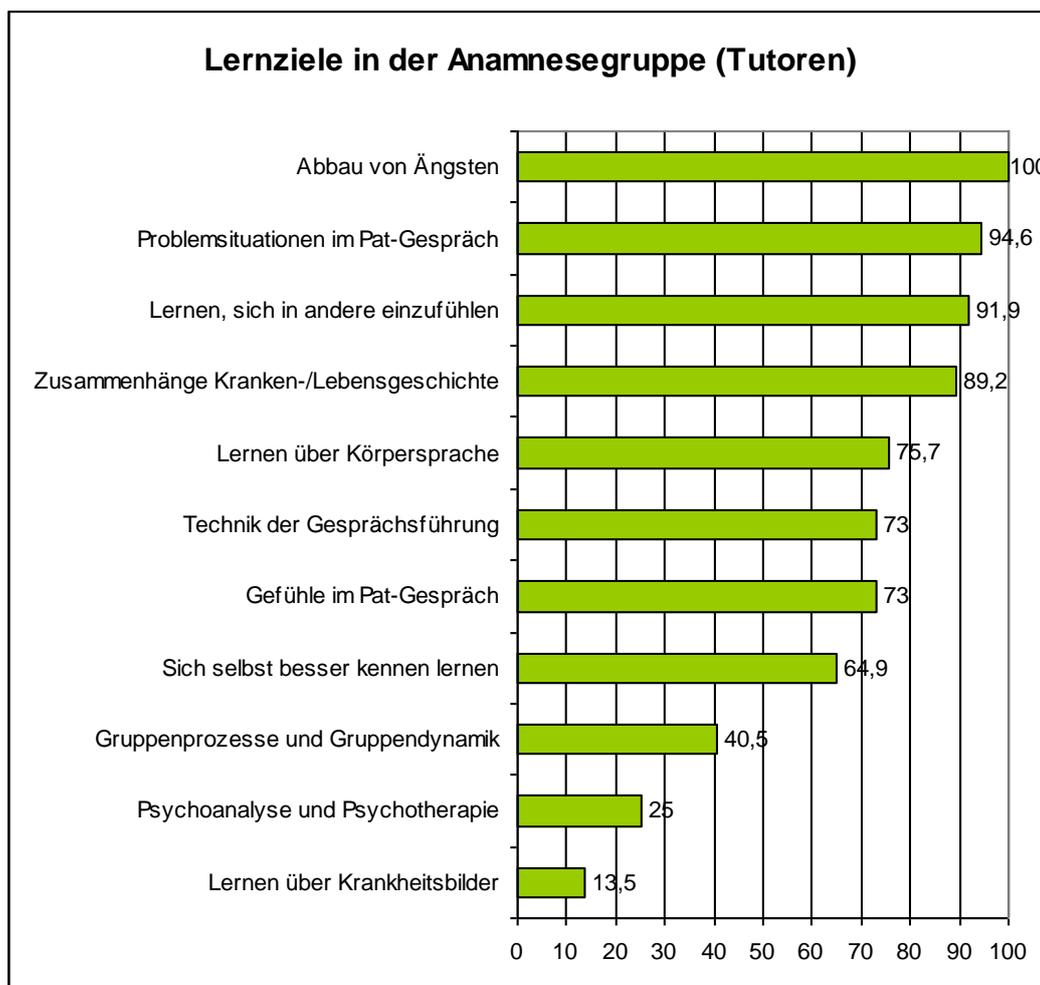


Abbildung 2: Lernziele in der Anamnesegruppe (Tutoren)

4.3 Vergleich der Lernziele von Teilnehmern und Tutoren

Die Lernziele von Teilnehmern und Tutoren sollen im Folgenden verglichen und auf signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen untersucht werden.

Rang	Lernziele	TN %	95% KI	TU %	95% KI
1	Umgang mit Problemsituationen	95,7	89,5 98,8	94,6	81,8 99,3
2	Methode und Technik der Gesprächsführung	89,4	81,3 94,8	73,0	55,9 86,2
3	Lernen sich in andere Menschen einzufühlen	79,8	70,2 87,4	91,9	78,1 98,3
4	Zusammenhänge von Kranken- und Lebensgeschichte	79,8	70,2 87,4	89,2	74,6 97,0
5	Abbau von Ängsten und Hemmungen gegenüber dem Patienten	74,5	64,4 82,9	100,0	90,5 100,0
6	Lernen über Körpersprache	71,3	61,0 80,1	75,7	58,8 88,2
7	Lernen über Gefühle im Patientengespräch	58,5	47,9 68,6	73,0	55,9 86,2
8	Psychoanalyse und Psychotherapie	52,1	41,6 62,5	25	11,8 41,2
9	Sich selbst besser kennen lernen	44,7	34,4 55,3	64,9	47,5 79,8
10	Gruppenprozesse und Gruppendynamik	44,7	34,4 55,3	40,5	24,8 57,9
11	Lernen über Krankheitsbilder	40,4	30,4 51,0	13,5	4,5 28,8

Tabelle 3: Vergleich der Lernziele von Teilnehmern und Tutoren

Signifikante Unterschiede zwischen den Erwartungen von Teilnehmern und Tutoren an die Lernziele in der Anamnesegruppe finden sich lediglich in drei Punkten: Den *Abbau von Ängsten gegenüber Patienten* durch die Anamnesegruppe hielten signifikant mehr Tutoren als Teilnehmer für wichtig. *Lernen über Psychoanalyse und Psychotherapie* und das *Lernen über Krankheitsbilder* empfanden dagegen signifikant mehr Teilnehmer als Tutoren wichtig in der Anamnesegruppe.

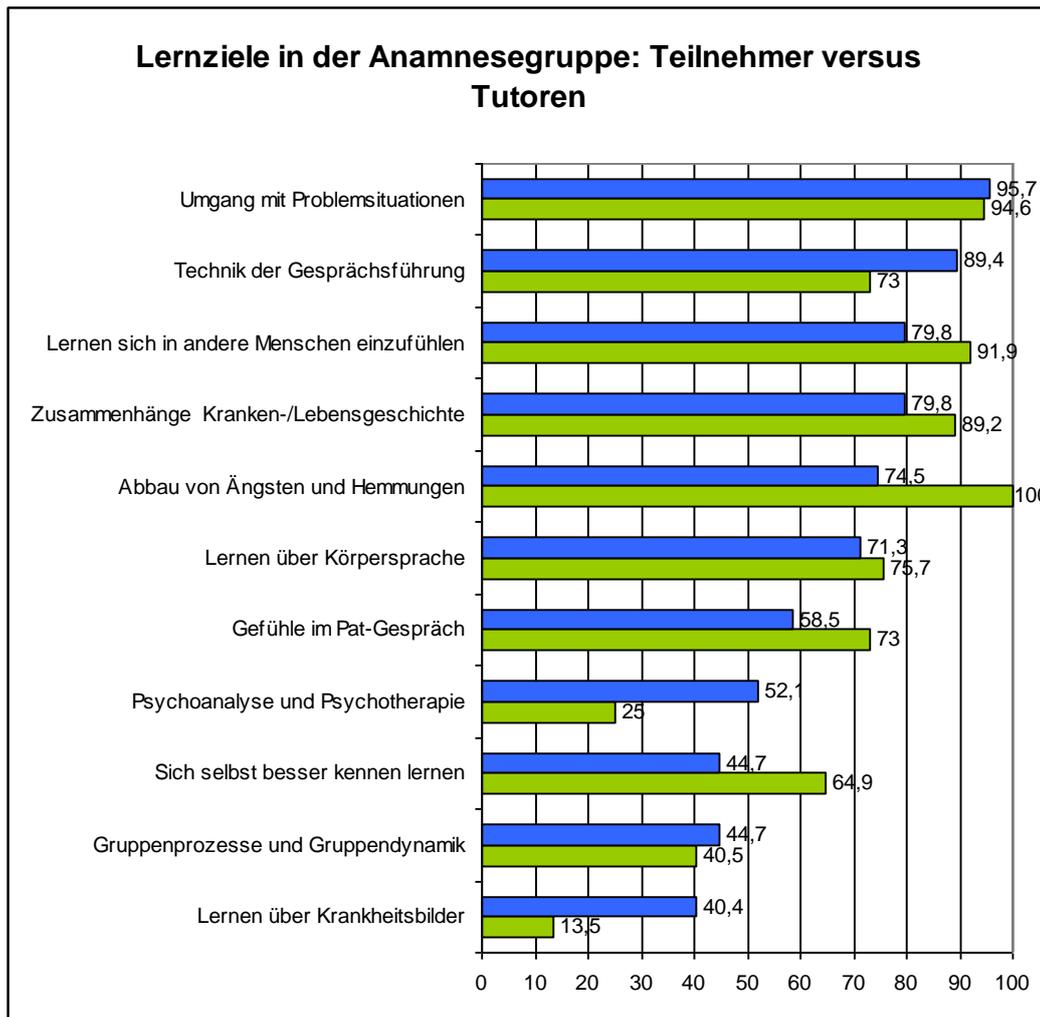


Abbildung 3: Vergleich der Lernziele von Teilnehmern (obere Balken) und Tutoren

4.4 Erfüllung der Lernziele (Teilnehmer post)

Nach einem Semester Anamnesegruppenarbeit wurden die Teilnehmer im Post-Fragebogen hinsichtlich der Erfüllung der erwarteten Lernziele befragt.

Rang	Erfüllung	TN%	95% KI
1	Lernen sich in andere Menschen einzufühlen	80,9	71,4 88,2
2	Methode und Technik der Gesprächsführung	68,1	57,7 77,3
3	Abbau von Ängsten und Hemmungen gegenüber dem Patienten	57,4	46,8 67,6
4	Lernen über Gefühle im Patientengespräch	56,4	45,8 66,6
5	Zusammenhänge von Kranken- und Lebensgeschichte	53,2	42,6 63,6
6	Lernen über Körpersprache	43,6	33,4 54,2
7	Umgang mit Problemsituationen	40,4	30,4 51,0

8	Sich selbst besser kennen lernen	37,2	27,5	47,8
9	Gruppenprozesse und Gruppendynamik	33	23,6	43,4
10	Lernen über Krankheitsbilder	18,1	10,9	27,4
11	Psychoanalyse und Psychotherapie	14,9	8,4	23,7

Tabelle 4:Erfüllung der Lernziele (Teilnehmer)

Von über der Hälfte der Teilnehmer als stark oder sehr stark erfüllt angesehen werden die Punkte *Lernen sich in andere Menschen einzufühlen* und *Lernen über Methode und Technik der Anamneseerhebung und Gesprächsführung*. Das Lernziel *Lernen sich in andere Menschen einzufühlen* wird dabei von signifikant mehr Teilnehmern als erfüllt angesehen als alle anderen Punkte der Rangliste ab Punkt 3. Von weniger als der Hälfte der Teilnehmer als erfüllt angesehen werden dagegen die Lernziele *Sich selbst besser kennen zu lernen*, *Etwas über Gruppenprozesse und Gruppendynamik zu erfahren*, *Etwas über Krankheitsbilder zu lernen* sowie *Etwas über Psychoanalyse und Psychotherapie zu erfahren*.

Keine definitiven Aussagen über die Meinung der Mehrheit zur Erfüllung der Lernziele kann bei den Punkten *Abbau von Ängsten und Hemmungen gegenüber dem Patienten*, *Lernen über Gefühle im Patientengespräch*, *Lernen über Zusammenhänge von Kranken- und Lebensgeschichte des Patienten*, *Lernen über Körpersprache* sowie *Lernen über den Umgang mit Problemsituationen* gemacht werden. Hier können aber die von der befragten Stichprobe gegebenen Aussagen Tendenzen in Richtung Erfüllung/Nichterfüllung geben.

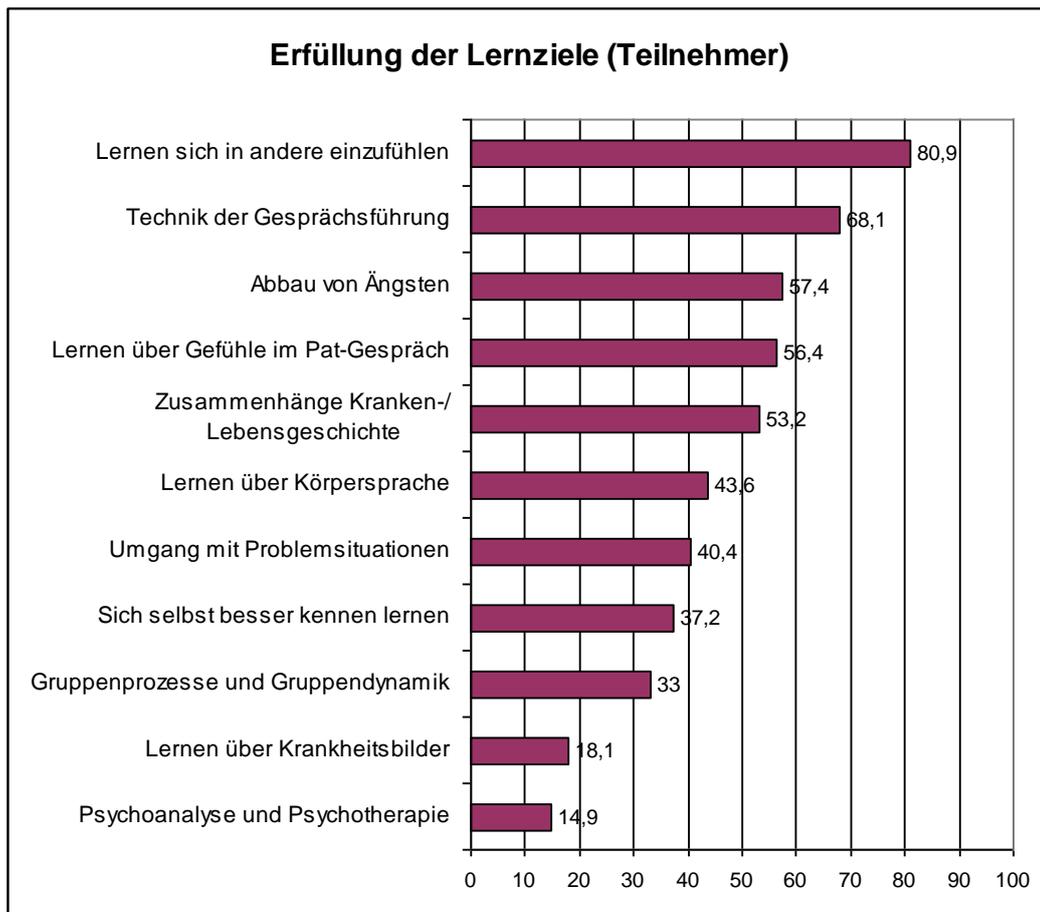


Abbildung 4: Erfüllung der Lernziele (Teilnehmer)

4.5 Erfüllung der Lernziele (Tutoren post)

Die Tutoren wurden nach einem Semester Anamnesegruppenarbeit im Post-Fragebogen ebenfalls zur Erfüllung der Lernziele in der Anamnesegruppe befragt.

Rang	Erfüllung der Lernziele	Tut %	95% KI	
1	Abbau von Ängsten	62,2	44,8	77,5
2	Zusammenhänge zwischen Kranken- und Lebensgeschichte	62,2	44,8	77,5
3	Lernen, sich in andere einzufühlen	62,2	44,8	77,5
4	Sich selbst besser kennen lernen	56,8	39,5	72,9
5	Technik der Gesprächsführung	54,1	36,9	70,5
6	Gefühle im Patienten-Gespräch	54,1	36,9	70,5
7	Problemsituationen im Patienten-Gespräch	51,4	34,4	68,1
8	Lernen über Körpersprache	35,1	20,2	52,5
9	Lernen über Krankheitsbilder	27	13,8	44,1
10	Lernen über Gruppenprozesse	27	13,8	44,1

11	Lernen über Psychoanalyse	2,7	0,1	14,2
----	---------------------------	-----	-----	------

Tabelle 5: Erfüllung der Lernziele (Tutoren)

Von weniger als der Hälfte der Tutoren werden nach der Anamnesegruppe die Punkte *Lernen über Krankheitsbilder*, *Lernen über Gruppenprozesse und Gruppendynamik* sowie *Lernen über Psychoanalyse und Psychotherapie* als erfüllt angesehen. Über die Erfüllung der anderen Punkte können aufgrund der geringen Anzahl der befragten Tutoren und den daraus resultierenden großen Konfidenzintervallen keine allgemein gültigen Aussagen abgeleitet werden. Deshalb werden lediglich die Häufigkeiten der Antworten der befragten Stichprobe dargestellt, welche eine mögliche Tendenz aufzeigen sollen. Über die Hälfte der befragten Tutoren gab die Lernziele *Lernen über Methode und Technik der Anamneseerhebung und Gesprächsführung*, *Lernen sich in andere einzufühlen* und *Lernen über den Umgang mit Problemsituationen im Patientengespräch* und damit das Lernen über den Umgang mit dem Patienten im allgemeinen als erfüllt an. Auch die Lernziele *Sich selbst besser kennen lernen* und *Lernen über eigene Gefühle im Patientengespräch* sah einen Mehrheit der befragten Tutoren als erfüllt an, ebenso wie den *Abbau von Ängsten und Hemmungen gegenüber dem Patienten* und dem *Lernen über Zusammenhänge von Kranken- und Lebensgeschichte des Patienten*.

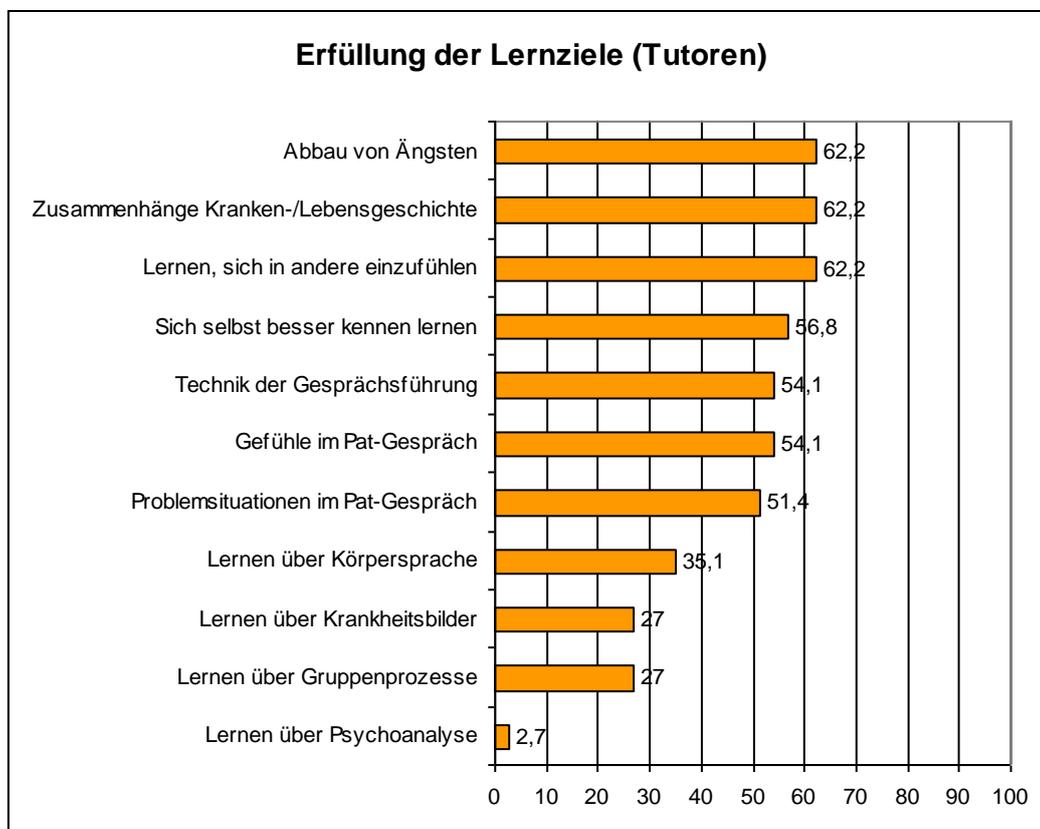


Abbildung 5: Erfüllung der Lernziele (Tutoren)

4.6 Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Teilnehmer prä)

Die Teilnehmer wurden im Prä-Fragebogen auch nach ihren Erwartungen an die Arbeit der Tutoren befragt. In der folgenden Tabelle werden die kumulierten Häufigkeiten der Antwortkreuze „sehr stark“ und „stark“ der Teilnehmer dargestellt.

Rang	Erwartungen an die Arbeit der Tutoren	TN %	95% KI	
1	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen vermitteln über Anamnesetechnik und Gesprächsführung.	84	75,0	90,8
2	Die Tutoren sollen in ihrem Verständnis der Gruppe einen Schritt voraus sein.	64,9	54,4	74,5
3	Die Tutoren sollen Methoden und Techniken für das Patientengespräch beibringen.	64,9	54,4	74,5
4	Die Tutoren sollen Ratschläge geben.	62,8	52,2	72,5
5	Die Tutoren sollen mich ermutigen und unterstützen.	51,1	40,5	61,5
6	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen vermitteln über gruppendynamische Prozesse.	44,7	34,4	55,3
7	Die Tutoren sollen Gruppenprozesse ansprechen und erklären.	38,3	28,5	48,9
8	Die Tutoren sollen den Teilnehmern helfen, ihr Verhalten und ihre Gefühle im Patientengespräch besser zu verstehen.	37,2	27,5	47,8
9	Die Tutoren sollen den Teilnehmern ihre Stärken nahe bringen.	31,9	22,7	42,3
10	Die Tutoren sollen selbst ein Anamnesegespräch führen, um zu demonstrieren, wie man das machen kann.	31,9	22,7	42,3
11	Die Tutoren sollen sich aus dem Gruppengespräch so weit wie möglich raushalten.	25,5	17,1	35,6
12	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen in Klinik und Krankheitsbilder vermitteln.	23,4	15,3	33,3
13	Die Tutoren sollen im Fall einer Diskussion die Teilnehmer voreinander schützen.	11,7	6,0	20,0
14	Die Tutoren sollen nichts beibringen	10,6	5,2	18,7

Tabelle 6: Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Teilnehmer prä)

Befragt nach ihren Erwartungen an die Arbeit der Tutoren fällt auf, dass sich die Teilnehmer von den Tutoren vor allem aktive Hilfe in der Anamnesegruppe erhoffen. Die Punkte *Die Tutoren sollen Wissen über Anamnesetechnik und Gesprächsführung vermitteln*, *Die Tutoren sollen Methoden und Techniken der Anamnesetechnik und Gesprächsführung beibringen* sowie *Die Tutoren sollen Ratschläge geben* werden von über der Hälfte der Teilnehmer erwartet.

Nicht erwartet wird von den Teilnehmern dagegen ein abstinenter Führungsstil der Tutoren. Die Punkte *Die Tutoren sollen sich aus dem Gruppengespräch so weit wie möglich raushalten* sowie *Die Tutoren sollen mir nichts beibringen* werden von weniger als 50% der Teilnehmer erwartet.

Auch die stützende Funktion der Tutoren ist keine Erwartung der Mehrheit der Teilnehmer. Die Punkte *Die Tutoren sollen den Teilnehmern ihre eigenen Stärken nahe bringen* sowie *Die Tutoren sollen die Teilnehmer im Falle einer Diskussion vor anderen Teilnehmern schützen* werden ebenfalls von weniger als der Hälfte der Teilnehmer erwartet. In der von uns befragten Stichprobe erwartete nur knapp über die Hälfte der Teilnehmer den Punkt *Die Tutoren sollen die Teilnehmer ermutigen und unterstützen* (51,1%).

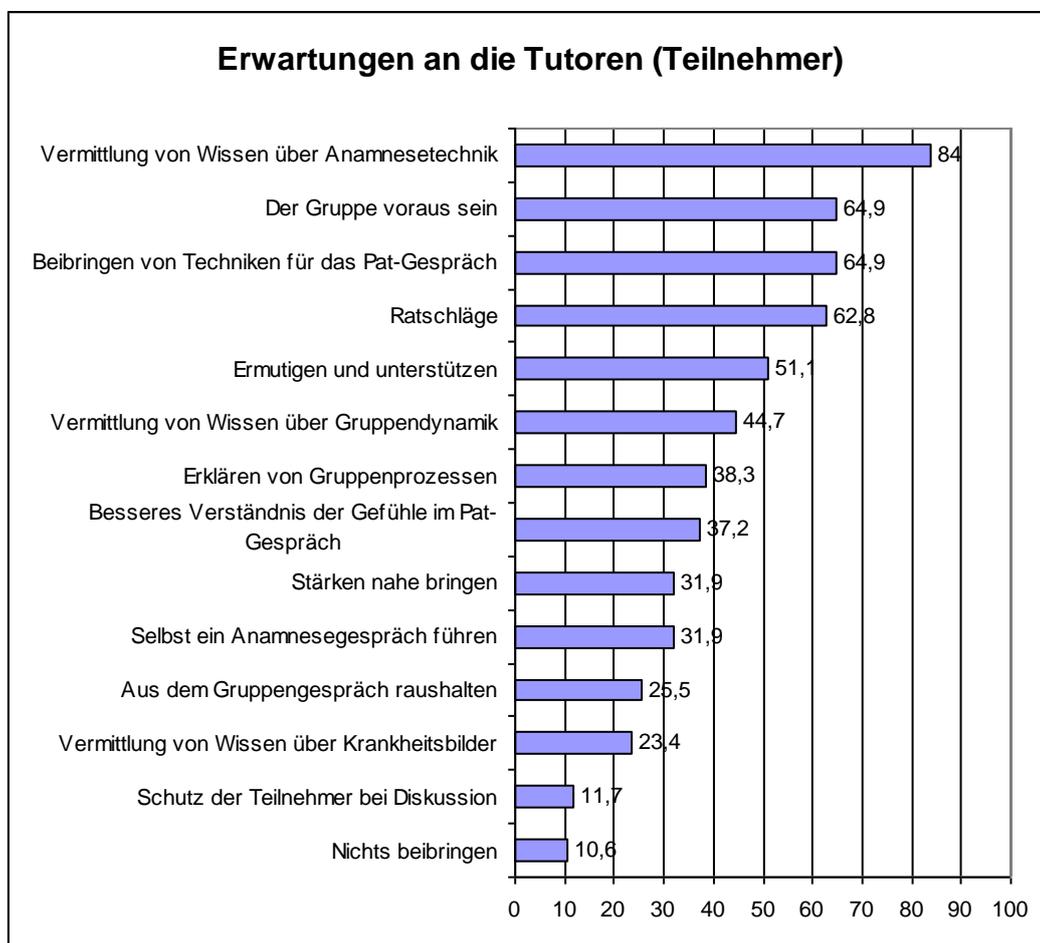


Abbildung 6: Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Teilnehmer prä)

4.7 Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Tutoren prä)

Wie die Teilnehmer wurden auch die Tutoren im Prä-Fragebogen zu ihren Erwartungen an die Arbeit der Tutoren befragt. Die Tabelle gibt die kumulierten Häufigkeiten der Antwortkreuze „stark“ und „sehr stark“ der Tutoren wieder.

Rang	Erwartungen an die Arbeit der Tutoren	TU %	95% KI	
1	Die Tutoren sollen die Teilnehmer ermutigen und unterstützen.	94,6	81,8	99,3
2	Die Tutoren sollen den Teilnehmern ihre Stärken nahe bringen.	78,4	61,8	90,2
3	Die Tutoren sollen in ihrem Verständnis der Gruppe einen Schritt voraus sein.	75,7	58,8	88,2
4	Die Tutoren sollen den Teilnehmern helfen, ihr Verhalten und ihre Gefühle im Patientengespräch besser zu verstehen.	66,7	50,2	82,0
5	Die Tutoren sollen Gruppenprozesse ansprechen und erklären.	56,8	39,5	72,9
6	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen vermitteln über gruppenspezifische Prozesse.	54,1	36,9	70,5
7	Die Tutoren sollen sich aus dem Gruppengespräch so weit wie möglich raushalten.	51,4	34,4	68,1
8	Die Tutoren sollen nichts beibringen.	48,6	31,9	65,6
9	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen vermitteln über Anamnesetechnik und Gesprächsführung.	45,9	29,5	63,1
10	Die Tutoren sollen im Fall einer Diskussion die Teilnehmer voreinander schützen.	43,2	27,1	60,5
11	Die Tutoren sollen Methoden und Techniken für das Patientengespräch beibringen.	21,6	9,8	38,2
12	Die Tutoren sollen Ratschläge geben.	21,6	9,8	38,2
13	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen in Klinik und Krankheitsbilder vermitteln.	5,4	0,7	18,2
14	Die Tutoren sollen selbst ein Anamnesegespräch führen, um zu demonstrieren, wie man das machen kann.	0	0,0	9,5

Tabelle 7: Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Tutoren prä)

Bei den Erwartungen der Tutoren an ihre eigene Arbeit fällt auf, dass sie ihre Aufgabe vor allem in der Ressourcenaktivierung der Teilnehmer sehen. Die Punkte *Die Tutoren sollen die Gruppenteilnehmer ermutigen und unterstützen* und *Die Tutoren sollen den Gruppenteilnehmern ihre Stärken nahe bringen* werden von 2/3 bzw. über der Hälfte der Tutoren in der Befragung erwartet.

Wichtig in ihrer Arbeit sind den Tutoren auch die Punkte *Die Tutoren sollen den Teilnehmern helfen, ihr Verhalten und ihre Gefühle im Patientengespräch besser zu verstehen* und *Die Tutoren sollen den Teilnehmern in der Gruppe einen Schritt voraus sein*.

Nicht als ihre Aufgabe sieht die Mehrheit der Tutoren die Punkte Die Tutoren sollen Methoden und Techniken für das Patientengespräch beibringen und Die Tutoren sollen Ratschläge geben. Auch der Punkt Die Tutoren sollen selbst ein Anamnese-gespräch führen, um zu demonstrieren, wie man das machen kann wird von weniger als 10% der Tutoren als Teil ihrer Aufgabe angesehen.

Keine allgemein gültigen Aussagen können über die anderen in der Tabelle aufgelisteten Punkte abgeleitet werden. Die folgenden Aussagen beziehen sich daher nur auf die befragte Stichprobe von 37 Tutoren.

Die Mehrheit der befragten Tutoren sah es als ihre Aufgabe an die Teilnehmer auf Gruppenprozesse und Gruppendynamik aufmerksam zu machen. Die Punkte *Die Tutoren sollen Gruppenprozesse ansprechen und erklären* und *Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen über gruppendynamische Prozesse vermitteln* gaben 56,8% bzw. 54,1% als wichtige Erwartungen an ihre Arbeit an.

Einen eher abstinenter Führungsstil vertritt ungefähr die Hälfte der befragten Tutoren. So gaben 51,4% der Tutoren die Erwartung *Die Tutoren sollen sich aus dem Gruppengespräch so weit wie möglich raushalten* und 48,6% *Die Tutoren sollen den Gruppenteilnehmern nichts beibringen, die Teilnehmer sollen sich selbst Gedanken machen* an.

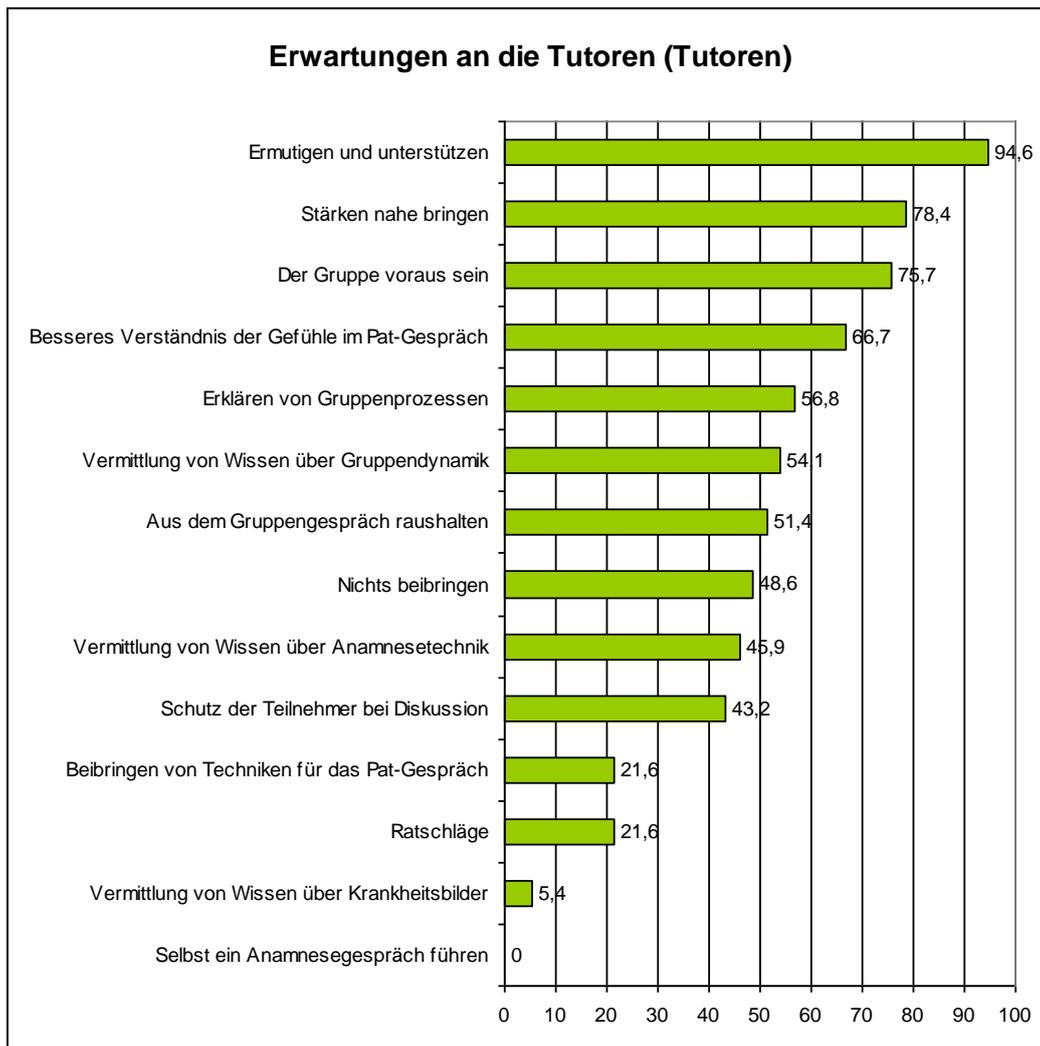


Abbildung 7: Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Tutoren prä)

4.8 Vergleich der Erwartungen an die Arbeit der Tutoren von Teilnehmern und Tutoren

Im Folgenden sollen die Erwartungen an die Arbeit der Tutoren von Teilnehmern und Tutoren gegenüber gestellt werden:

Rang	Erwartungen an die Arbeit der Tutoren	TN%	95% KI	TU %	95% KI
1	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen vermitteln über Anamnesetechnik und Gesprächsführung.	84,0	75,0 90,8	45,9	29,5 63,1
2	Die Tutoren sollen in ihrem Verständnis der Gruppe einen Schritt voraus sein.	64,9	54,4 74,5	75,7	58,8 88,2
3	Die Tutoren sollen Methoden und Techniken für das Patientengespräch beibringen.	64,9	54,4 74,5	21,6	9,8 38,2

4	Die Tutoren sollen Ratschläge geben.	62,8	52,2	72,5	21,6	9,8	38,2
5	Die Tutoren sollen mich ermutigen und unterstützen.	51,1	40,5	61,5	94,6	81,8	99,3
6	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen vermitteln über gruppensdynamische Prozesse.	44,7	34,4	55,3	54,1	36,9	70,5
7	Die Tutoren sollen Gruppenprozesse ansprechen und erklären.	38,3	28,5	48,9	56,8	39,5	72,9
8	Die Tutoren sollen den Teilnehmern helfen, ihr Verhalten und ihre Gefühle im Patientengespräch besser zu verstehen.	37,2	27,5	47,8	66,7	50,2	82,0
9	Die Tutoren sollen den Teilnehmern ihre Stärken nahe bringen.	31,9	22,7	42,3	78,4	61,8	90,2
10	Die Tutoren sollen selbst ein Anamnese-gespräch führen, um zu demonstrieren, wie man das machen kann.	31,9	22,7	42,3	0,0	0,0	9,5
11	Die Tutoren sollen sich aus dem Gruppengespräch so weit wie möglich raushalten.	25,5	17,1	35,6	51,4	34,4	68,1
12	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen in Klinik und Krankheitsbilder vermitteln.	23,4	15,3	33,3	5,4	0,7	18,2
13	Die Tutoren sollen im Fall einer Diskussion die Teilnehmer voreinander schützen.	11,7	6,0	20,0	43,2	27,1	60,5
14	Die Tutoren sollen nichts beibringen	10,6	5,2	18,7	48,6	31,9	65,6

Tabelle 8: Vergleich der Erwartungen an die Arbeit der Tutoren von Teilnehmern/Tutoren

Vergleicht man die Erwartungen an die Arbeit der Tutoren von Teilnehmern und Tutoren, so ergeben sich als etwa gleich stark gewichtete Erwartungen: *Die Tutoren sollen der Gruppe voraus sein, Die Tutoren sollen der Gruppe Einsicht und Wissen über gruppensdynamische Prozesse vermitteln, Die Tutoren sollen Gruppenprozesse ansprechen und erklären sowie Die Tutoren sollen sich aus dem Gruppengespräch so weit wie möglich raushalten.*

In vielen Punkten zeigen sich aber deutliche Unterschiede hinsichtlich der Erwartungen: die Teilnehmer erwarten von den Tutoren signifikant häufiger die Punkte *Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen über Anamnesetechnik und Gesprächsführung vermitteln, Die Tutoren sollen Methoden und Techniken beibringen, die man im Patientengespräch anwenden kann, Die Tutoren sollen Ratschläge geben, Die Tutoren sollen selbst ein Anamnese-gespräch führen, um zu demonstrieren, wie man das machen kann sowie Die Tutoren sollen der Gruppe Einsicht und Wissen über Klinik und Krankheitsbilder vermitteln.*

Die Tutoren dagegen sehen signifikant häufiger als die Teilnehmer folgende Punkte als Teil ihrer Arbeit an: *Die Tutoren sollen die Gruppenteilnehmer ermutigen und unterstützen, Die Tutoren sollen den Gruppenteilnehmern helfen, ihre Gefühle im Pati-*

entengespräch besser zu verstehen, Die Tutoren sollen den Gruppenteilnehmern ihre Stärken nahe bringen, Die Tutoren sollen die Teilnehmer im Falle einer Diskussion voreinander schützen sowie Die Tutoren sollen den Gruppenteilnehmern nichts beibringen, stattdessen sollen sich die Teilnehmer selbst Gedanken machen können.

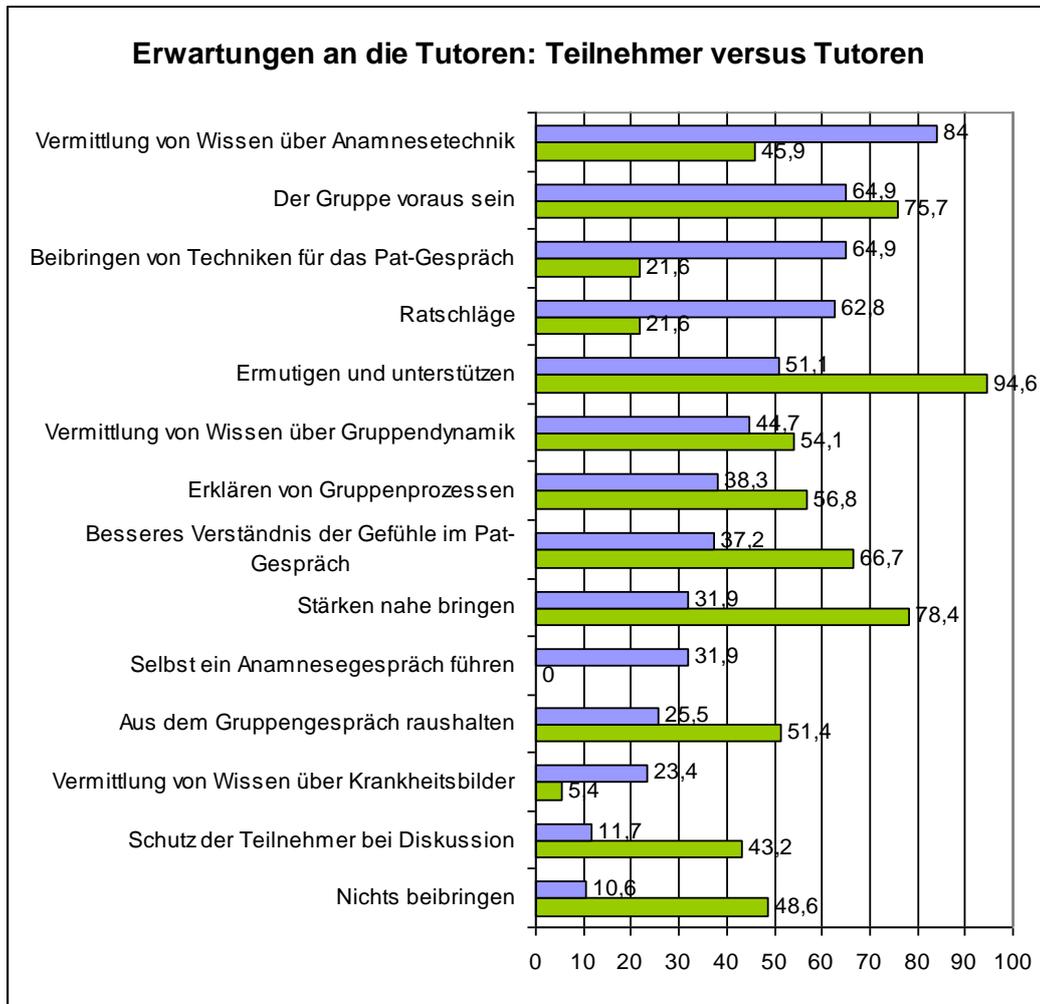


Abbildung 8: Vergleich der Erwartungen von Teilnehmern (obere Balken) und Tutoren an die Arbeit der Tutoren

4.9 Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Teilnehmer post)

Die Teilnehmer wurden nach einem Semester Anamnesegruppe nochmals zu ihren Erwartungen an die Arbeit der Tutoren befragt, um eventuelle Veränderungen durch die Anamnesegruppenarbeit erfassen zu können.

Rang	Erwartung an die Arbeit der Tutoren	TN %	95% KI	
1	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen vermitteln über Anamnesetechnik und Gesprächsführung.	69,1	58,8	78,3
2	Die Tutoren sollen in ihrem Verständnis der Gruppe einen Schritt voraus sein.	66	55,5	75,4
3	Die Tutoren sollen Methoden und Techniken für das Patientengespräch beibringen.	61,7	51,1	71,5
4	Die Tutoren sollen Ratschläge geben.	57,4	46,8	67,6
5	Die Tutoren sollen mich ermutigen und unterstützen.	51,1	40,5	61,5
6	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen vermitteln über gruppendynamische Prozesse.	46,8	36,4	57,4
7	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen in Klinik und Krankheitsbilder vermitteln.	46,8	36,4	57,4
8	Die Tutoren sollen den Teilnehmern ihre Stärken nahe bringen.	45,7	35,4	56,3
9	Die Tutoren sollen Gruppenprozesse ansprechen und erklären.	40,4	30,4	51,0
10	Die Tutoren sollen den Teilnehmern helfen, ihr Verhalten und ihre Gefühle im Patientengespräch besser zu verstehen.	37,2	27,5	47,8
11	Die Tutoren sollen selbst ein Anamnesegespräch führen, um zu demonstrieren, wie man das machen kann.	28,7	19,9	39,0
12	Die Tutoren sollen sich aus dem Gruppengespräch so weit wie möglich raushalten.	18,1	10,9	27,4
13	Die Tutoren sollen im Fall einer Diskussion die Teilnehmer voreinander schützen.	14,9	8,4	23,7
14	Die Tutoren sollen nichts beibringen	13,8	7,6	22,5

Tabelle 9: Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Teilnehmer post)

In den Erwartungen der Teilnehmer an die Arbeit der Tutoren nach einem Semester Anamnesegruppenarbeit fällt auf, dass der Wunsch nach der Vermittlung methodisch-technischen Wissens durch die Tutoren immer noch sehr wichtig ist. Immer noch über die Hälfte der Teilnehmer erwarten die Punkte *Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen über Anamnesetechnik und Gesprächsführung vermitteln*, *Die Tutoren sollen Methoden und Techniken der Anamneseerhebung und Gesprächsführung beibringen* sowie *Die Tutoren sollen Ratschläge geben*.

Der abstinente Führungsstil der Tutoren wird weiterhin mehrheitlich abgelehnt, deutlich weniger als die Hälfte der Teilnehmer erwartet nach einem Semester Anamnesegruppenarbeit die Punkte *Die Tutoren sollen sich aus den Gruppengesprächen*

weitgehend raushalten und die Gruppenteilnehmer den Ablauf und das Gesprächsthema selbst bestimmen lassen und Die Tutoren sollen den Teilnehmern nichts beibringen.

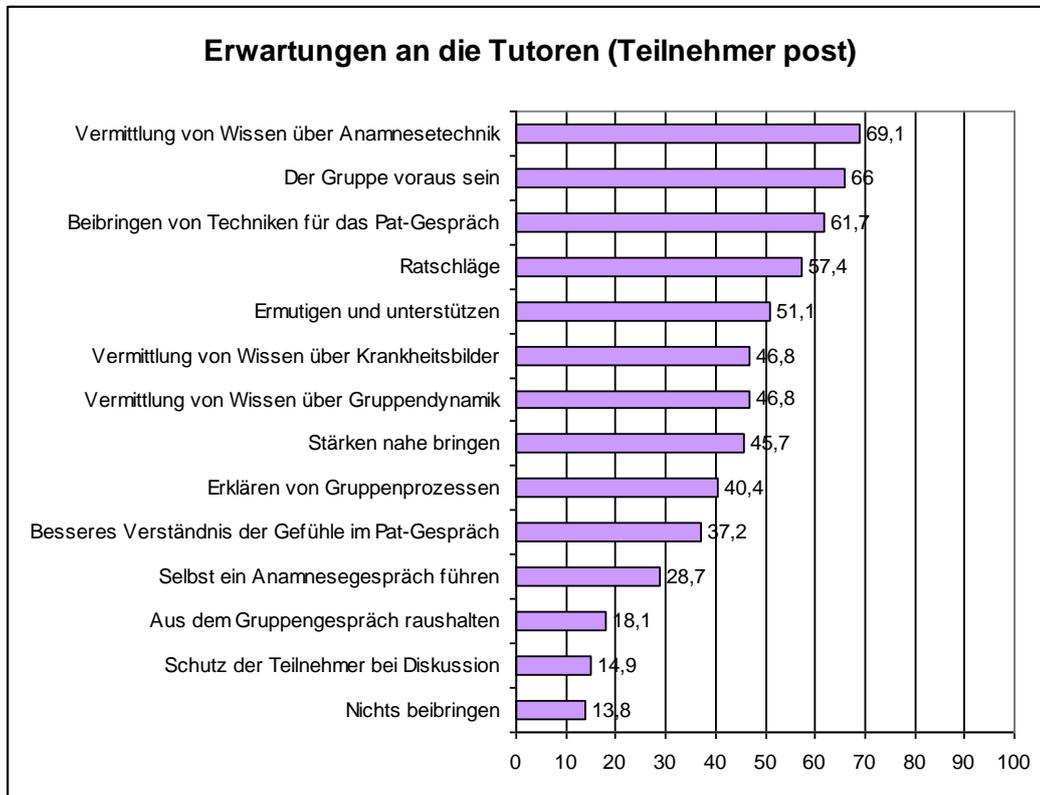


Abbildung 9: Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Teilnehmer post)

4.10 Vergleich der Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Teilnehmer prä versus post)

Die folgende Tabelle soll die Erwartungen der Teilnehmer an die Arbeit der Tutoren des Prä- und Post-Fragebogens gegenüberstellen und signifikante Veränderungen aufzeigen.

Rang	Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Teilnehmer)	TN prä%	95% KI prä%	TN post%	95% KI post%
1	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen vermitteln über Anamnesetechnik und Gesprächsführung.	84	75,0 90,8	69,1	58,8 78,3
2	Die Tutoren sollen Methoden und Techniken für das Patientengespräch beibringen.	64,9	54,4 74,5	66	55,5 75,4
3	Die Tutoren sollen in ihrem Verständnis der Gruppe einen Schritt voraus sein.	64,9	54,4 74,5	61,7	51,1 71,5

4	Die Tutoren sollen Ratschläge geben.	62,8	52,2	72,5	57,4	46,8	67,6
5	Die Tutoren sollen mich ermutigen und unterstützen.	51,1	40,5	61,5	51,1	40,5	61,5
6	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen vermitteln über gruppenspezifische Prozesse.	44,7	34,4	55,3	46,8	36,4	57,4
7	Die Tutoren sollen Gruppenprozesse ansprechen und erklären.	38,3	28,5	48,9	40,4	36,4	57,4
8	Die Tutoren sollen den Teilnehmern helfen, ihr Verhalten und ihre Gefühle im Patientengespräch besser zu verstehen.	37,2	27,5	47,8	37,2	35,4	56,3
9	Die Tutoren sollen selbst ein Anamnese-gespräch führen, um zu demonstrieren, wie man das machen kann.	31,9	22,7	42,3	28,7	30,4	51,0
10	Die Tutoren sollen den Teilnehmern ihre Stärken nahe bringen.	31,9	22,7	42,3	45,7	27,5	47,8
11	Die Tutoren sollen sich aus dem Gruppengespräch so weit wie möglich raushalten.	25,5	17,1	35,6	18,1	19,9	39,0
12	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen in Klinik und Krankheitsbilder vermitteln.	23,4	15,3	33,3	46,8	10,9	27,4
13	Die Tutoren sollen im Fall einer Diskussion die Teilnehmer voreinander schützen.	11,7	6,0	20,0	14,9	8,4	23,7
14	Die Tutoren sollen nichts beibringen	10,6	5,2	18,7	13,8	7,6	22,5

Tabelle 10: Vergleich der Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Teilnehmer prä/post)

Ein direkter Vergleich der Erwartungen der Teilnehmer an die Arbeit der Tutoren vor und nach einem Semester Anamnesegruppenarbeit zeigt, dass sich die Erwartungen an die Tutoren in keinem Punkt signifikant verändert haben.

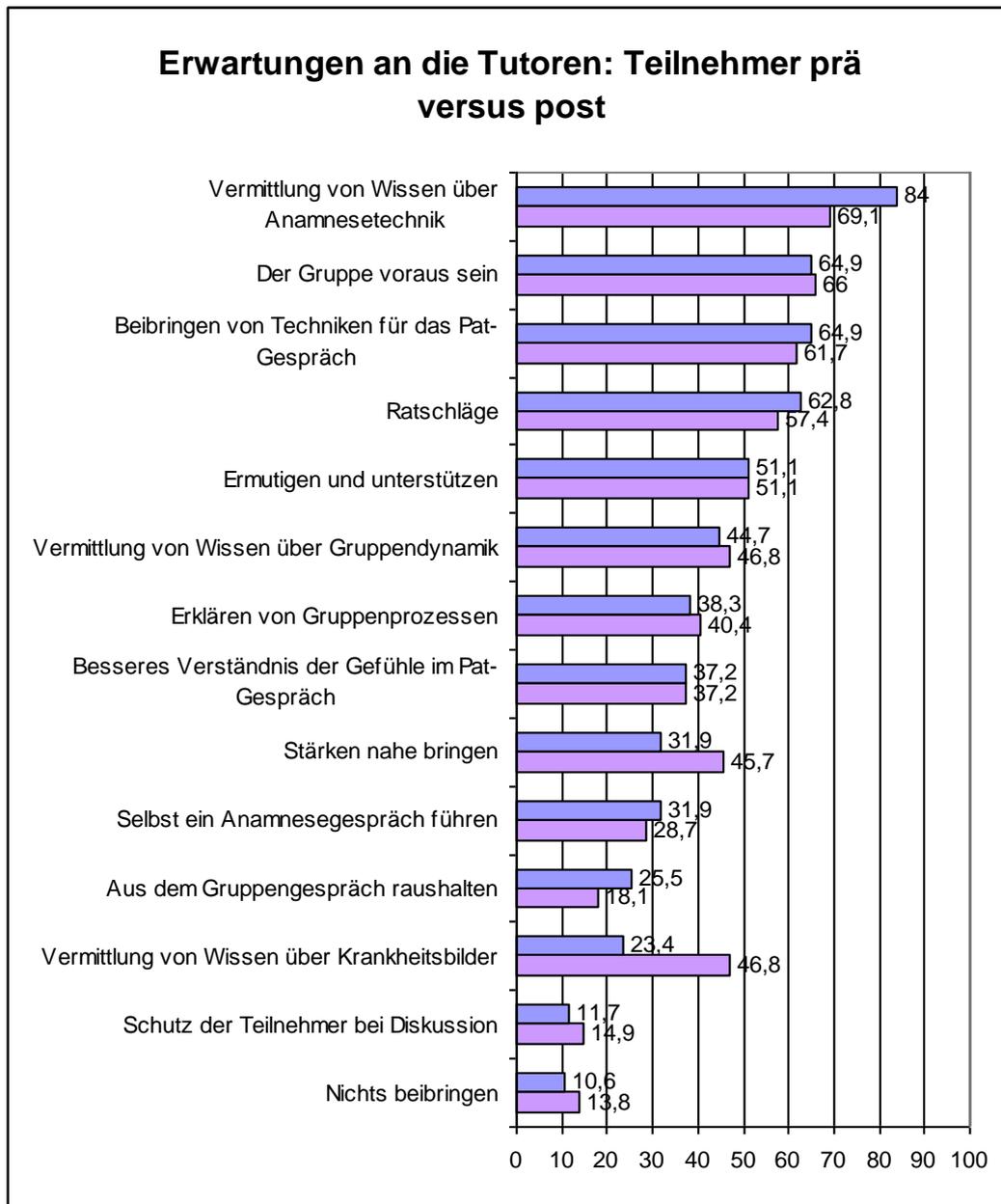


Abbildung 10: Vergleich der Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Teilnehmer prä/post)

4.11 Erfüllung der Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Teilnehmer post)

Nach einem Semester Anamnesegruppenarbeit wurden die Teilnehmer auch danach befragt, inwieweit ihre Erwartungen an die Arbeit der Tutoren von den Tutoren letztendlich erfüllt werden konnten.

Rang	Erwartung an die Arbeit der Tutoren	TN post %	95% KI	
1	Die Tutoren sollen in ihrem Verständnis der Gruppe einen Schritt voraus sein.	67	56,6	76,4
2	Die Tutoren sollen die Teilnehmer ermutigen und unterstützen.	61,7	51,1	71,5
3	Die Tutoren sollen Ratschläge geben.	53,2	42,6	63,6
4	Die Tutoren sollen nichts beibringen	51,1	40,5	61,5
5	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen vermitteln über Anamnesetechnik und Gesprächsführung.	46,8	36,4	57,4
6	Die Tutoren sollen sich aus dem Gruppengespräch so weit wie möglich raushalten.	42,6	32,4	53,2
7	Die Tutoren sollen Methoden und Techniken für das Patientengespräch beibringen.	42,6	32,4	53,2
8	Die Tutoren sollen den Teilnehmern ihre Stärken nahe bringen.	42,6	32,4	53,2
9	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen vermitteln über gruppendynamische Prozesse.	37,2	27,5	47,8
10	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen in Klinik und Krankheitsbilder vermitteln.	36,2	26,5	46,7
11	Die Tutoren sollen den Teilnehmern helfen, ihr Verhalten und ihre Gefühle im Patientengespräch besser zu verstehen.	36,2	26,5	46,7
12	Die Tutoren sollen im Fall einer Diskussion die Teilnehmer voreinander schützen.	29,8	20,8	40,1
13	Die Tutoren sollen Gruppenprozesse ansprechen und erklären.	29,8	20,8	40,1
14	Die Tutoren sollen selbst ein Anamnesegespräch führen, um zu demonstrieren, wie man das machen kann.	10,6	5,2	18,7

Tabelle 11: Erfüllung der Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Teilnehmer post)

Die Mehrheit der Teilnehmer gibt nach der Anamnesegruppe an, dass die Tutoren folgende Punkte gut oder sehr gut erfüllen konnten:

- Die Tutoren sollen in ihrem Wissen der Gruppe voraus sein und
- Die Tutoren sollen die Teilnehmer ermutigen und unterstützen.
- Folgende Punkte werden von weniger als der Hälfte der Teilnehmer nach der Anamnesegruppe als erfüllt angesehen:
- Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen vermitteln über gruppendynamische Prozesse,

- Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen in Klinik und Krankheitsbilder vermitteln,
- Die Tutoren sollen den Teilnehmern helfen, ihr Verhalten und ihre Gefühle im Patientengespräch besser zu verstehen,
- Die Tutoren sollen im Fall einer Diskussion die Teilnehmer voneinander schützen,
- Die Tutoren sollen Gruppenprozesse ansprechen und erklären und
- Die Tutoren sollen selbst ein Anamnesegespräch führen, um zu demonstrieren, wie man das machen kann.

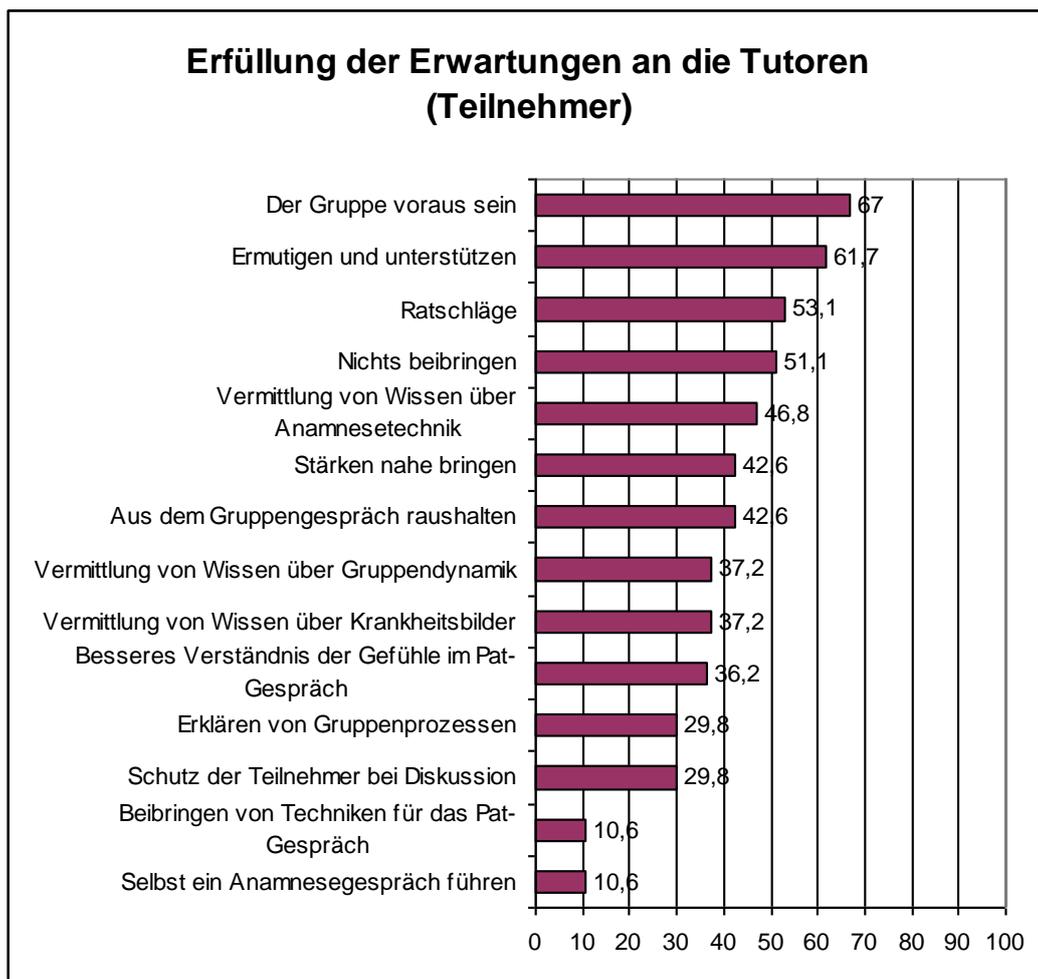


Abbildung 11: Erfüllung der Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Teilnehmer post)

4.12 Erfüllung der Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Tutoren post)

Auch die Tutoren wurden nach einem Semester Anamnesegruppenarbeit zur Erfüllung ihrer jeweiligen Erwartungen befragt.

Rang	Erfüllung der Erwartung an die Arbeit der Tutoren (Tutoren)	TU %	95% KI	
1	Die Tutoren sollen die Teilnehmer ermutigen und unterstützen.	75,7	58,8	88,2
2	Die Tutoren sollen in ihrem Verständnis der Gruppe einen Schritt voraus sein.	56,8	39,5	72,9
3	Die Tutoren sollen Gruppenteilnehmer im Fall einer Diskussion voreinander schützen.	54,1	36,9	70,5
4	Die Tutoren sollen den Teilnehmern ihre Stärken nahe bringen.	51,4	34,4	68,1
5	Die Tutoren sollen Ratschläge geben	48,6	31,9	65,6
6	Die Tutoren sollen Teilnehmern helfen, ihr Verhalten und ihre Gefühle Patienten gegenüber besser zu verstehen.	45,9	29,5	63,1
7	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen vermitteln über Anamnesetechnik und Gesprächsführung.	45,9	29,5	63,1
8	Die Tutoren sollen Methoden und Techniken für das Patientengespräch beibringen.	45,9	29,5	63,1
9	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen vermitteln über gruppenspezifische Prozesse.	40,5	24,8	57,9
10	Die Tutoren sollen selbst ein Anamnesegespräch führen, um zu demonstrieren, wie man das machen kann.	40,5	24,8	57,9
11	Die Tutoren sollen den Teilnehmern nichts beibringen.	37,8	22,5	55,2
12	Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen vermitteln über Klinik und Krankheitsbilder.	37,8	22,5	55,2
13	Die Tutoren sollen sich aus dem Gruppengespräch so weit wie möglich raushalten.	35,1	20,2	52,5
14	Die Tutoren sollen Gruppenprozesse ansprechen und erklären.	18,9	8,0	35,2

Tabelle 12: Erfüllung der Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Tutoren post)

Aufgrund der geringen Anzahl der befragten Tutoren und dem daraus resultierenden großen Konfidenzintervall kann lediglich bei den Punkten 1 und 14 der Rangliste eine allgemein gültige Aussage abgeleitet werden, alle anderen Punkte werden nur im Rahmen der befragten Stichprobe dargestellt.

Als stark oder sehr stark erfüllt sieht über die Hälfte der Tutoren den Punkt *Die Tutoren sollen die Teilnehmer ermutigen und unterstützen*.

Weniger als 50% der Tutoren sieht nach der Anamnesegruppe den Punkt *Die Tutoren sollen Gruppenprozesse ansprechen und erklären* als erfüllt an.

Die folgenden Aussagen beziehen sich lediglich auf die befragte Stichprobe: Über die Hälfte der befragten Teilnehmer sieht die Punkte *Die Tutoren sollen in ihrem*

Verständnis der Gruppe voraus sein (56,8%) und Die Tutoren sollen den Teilnehmern ihre Stärken nahe bringen (51,4%) an.

Weniger als die Hälfte der Tutoren der Stichprobe gibt dagegen die folgenden Punkte als erfüllt an:

- Die Tutoren sollen Ratschläge geben (48,6%),
- Die Tutoren sollen den Teilnehmern Methoden und Techniken für das Patientengespräch beibringen (45,9%),
- Die Tutoren sollen den Teilnehmern Wissen über Anamnesetechnik und Gesprächsführung vermitteln (45,9%),
- Die Tutoren sollen den Teilnehmern ihr Verhalten und ihre Gefühle im Patientengespräch besser zu verstehen (45,9%),
- Die Tutoren sollen selbst ein Anamnesegespräch führen, um zu demonstrieren, wie man das machen kann (40,5%),
- Die Tutoren sollen den Teilnehmern Wissen über Klinik und Krankheitsbilder vermitteln (37,8%) und
- Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen über gruppendynamische Prozesse vermitteln (40,5%).

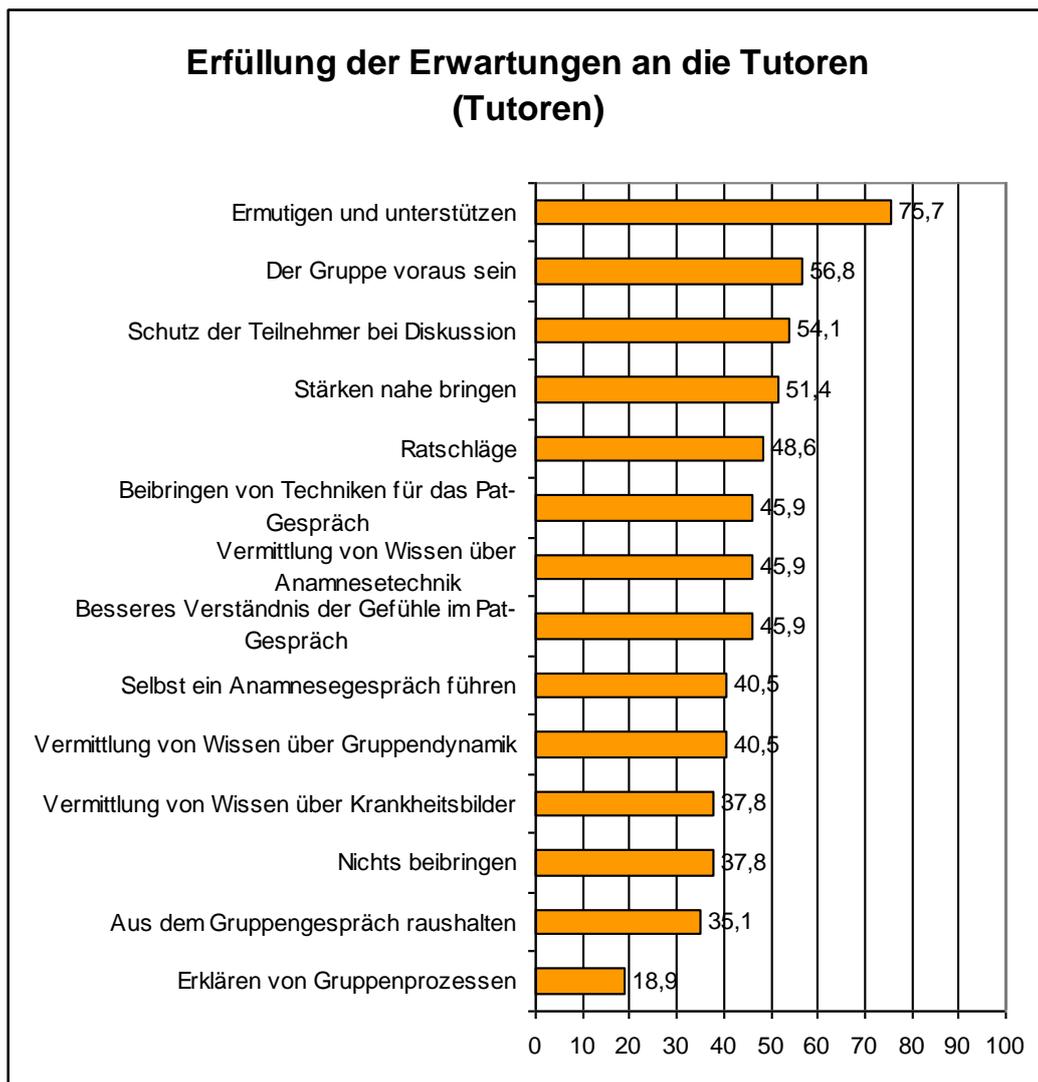


Abbildung 12: Erfüllung der Erwartungen an die Arbeit der Tutoren (Tutoren post)

5 Diskussion der Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer Fragebogenuntersuchung von Teilnehmern und Tutoren von 20 verschiedenen Anamnesegruppen in Deutschland und Österreich, welchen die Fragebögen zu Beginn und am Ende der Teilnahme/Leitung einer Anamnesegruppe im Wintersemester 2004/05 vorgelegt wurden.

Für die Untersuchung wurden insgesamt 94 Teilnehmer und 37 Tutoren befragt. Aufgenommen in die Studie wurden nur Teilnehmer, welche zum ersten Mal an einer solchen Gruppe partizipierten und somit mit dem Konzept der Anamnesegruppen noch nicht vertraut waren. Die gleichzeitige Befragung der Tutoren, die sowohl mit der Anamnesegruppenarbeit als auch mit dem Konzept bereits vertraut sind, soll einen Vergleich der Erwartungen von Teilnehmern und Tutoren ermöglichen, um eventuelle Diskrepanzen in der Vorstellung der Anamnesegruppenarbeit aufzuzeigen und zur Diskussion zu stellen.

Methodenkritisch ist Folgendes anzumerken: Da keine Testverfahren zur Überprüfung der vorliegenden Fragestellungen existierten, wurden in Zusammenarbeit von sechs erfahrenden Anamnesegruppenteilnehmern und -tutoren sowie einem Anamnesegruppensupervisor spezifische Fragebögen konstruiert. Dies geschah ein Semester vor der eigentlichen Evaluationsphase. Kritisch zu bemerken ist in diesem Zusammenhang, dass es sich somit um ein vorläufiges, „exploratives“ Instrumentarium handelt, das nicht weiter auf Validität und Reliabilität getestet wurde, so dass die Ergebnisse bedingt aussagekräftig sind.

Ein weiterer methodischer Kritikpunkt betrifft die Anzahl der Rücklaufbögen. Zwar handelt es sich um die größte Stichprobe an Anamnesegruppenteilnehmern, die bis dato in der Literatur untersucht wurde (vgl. Burger 2001, Santarelli 1983, Rieger 1991), – Tutoren wurden bisher nicht untersucht – die Rücklaufquote der Post-Fragebögen der Teilnehmer betrug allerdings nur 32 % (n=111), die der Tutoren 62 % (n=37). In die Untersuchung wurden nur jene Fragebögen von Tutoren und Teilnehmern eingeschlossen, bei denen Prä- und Post-Fragebögen vorlagen und einzelfallspezifisch durch die Codierungen zugeordnet werden konnten. Die geringe Rücklaufquote limitierte daher die verwendbaren Fragebögen erheblich und schmälert somit die Aussagekraft der Ergebnisse. Sie erklärt sich möglicherweise durch die gleichzeitige Verteilung der Prä- und Post-Fragebogen zu Beginn der Untersuchung. Eventuell wäre es sinnvoll gewesen, Teilnehmer wie Tutoren nach Beendigung der Anamnesegruppen schriftlich zu erinnern.

5.1. Interpretation der Ergebnisse

Anhand der Ergebnisse sollen nun die zu Anfang aufgeworfenen Fragen hinsichtlich der Lernziele und der Tutorenarbeit diskutiert werden.

1) Stimmen die Lernziele der Teilnehmer mit den theoretischen Lernzielen der Anamnesegruppen überein?

Wie die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen konnten, hat eine deutliche Mehrheit der Teilnehmer in der Anamnesegruppe vor allem die Punkte als Lernziele, die ihnen den Umgang mit dem Patienten vermitteln und näher bringen. Um dieses Ziel zu erreichen, versprechen sie sich in der Anamnesegruppe vor allem die Vermittlung methodisch-technischer Kenntnisse. Mehr als 2/3 der Teilnehmer erwarten, in der Anamnesegruppe den *Umgang mit Problemsituationen im Patientengespräch*, die *Methode und Technik der Gesprächsführung und Anamneseerhebung* sowie das *Einfühlen in andere Menschen* zu erlernen. Vergleicht man diese Erwartungen der Teilnehmer mit den definierten Lernzielen der Anamnesegruppen nach Koellner und Loew, so fällt auf, dass die Vermittlung methodisch-technischer Kenntnisse nicht nur nicht aufgelistet wird, sondern dass in dieser Definition das Erlernen von Methode und Technik der Anamneseerhebung und Gesprächsführung von den Lernzielen explizit ausgeschlossen wird. Dies heißt die von über 2/3 der Anamnesegruppenteilnehmer erwarteten Lernziele finden in der gegebenen Definition keine Berücksichtigung bzw. widersprechen ihr sogar.

Die theoretischen Lernziele nach Koellner und Loew beinhalten dagegen das Erlernen von Selbstreflexion im Patientengespräch und das Wahrnehmen der Auswirkungen der eigenen Gefühle, zum einen auf den Patienten, zum anderen auf die anwesende Gruppe. Die Punkte *Lernen über die eigenen Gefühle im Patientengespräch*, *Sich selbst besser kennen lernen* und *Lernen über Psychoanalyse und Psychotherapie* werden von den Teilnehmern ebenfalls als wichtige Lernziele in der Anamnesegruppe gesehen. Allerdings sehen diese signifikant weniger Teilnehmer als wichtig an, als die Lernziele, welche auf den Umgang mit dem Patienten fokussieren.

Des Weiteren beinhalten die Lernziele nach Koellner und Loew das Erlernen einer patientenzentrierten Medizin in der Anamnesegruppe. Über 2/3 der Teilnehmer sieht das *Lernen über die Zusammenhänge zwischen Kranken- und Lebensgeschichte des Patienten* ebenfalls als ein wichtiges Lernziel in der Anamnesegruppe und stimmt hierin mit der theoretischen Definition überein.

Die Frage nach der Übereinstimmung Lernziele der Teilnehmer mit den theoretischen Lernzielen der Anamnesegruppe kann also nur mit Einschränkungen bejaht werden. Die Teilnehmer finden die theoretischen Lernziele nach Koellner und Loew durchaus wichtig, hinsichtlich der Patientenorientierung der Anamnesegruppen sogar mit einer starken Mehrheit. Allerdings sind ihnen andere Lernziele, i.e. das Erlernen des Umgangs mit dem Patienten, signifikant wichtiger.

Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass sich der Großteil der Teilnehmer einer Anamnesegruppe noch in den vorklinischen oder frühen klinischen Semestern befindet. Der Umgang mit dem Patienten ist für die Studenten noch längst nicht zur Routine geworden, für viele ist die Anamnesegruppe auch der erste Kontakt mit einem Patienten. Das Patientengespräch selbst ist eine von großer Unsicherheit begleitete Situation für diese Studenten. Durch das Erlernen methodisch-technischer Fertigkeiten erhoffen sie sich wahrscheinlich eine gewisse Sicherheit im Umgang

mit dem Patienten und Kontrolle über das Gespräch. Die Antworten der Teilnehmer zeigen, dass es für sie durchaus wichtig ist, auch über eigene Gefühle und deren Auswirkungen auf das Patientengespräch zu lernen, vielleicht muss aber das Patientengespräch selbst erst zur Routine werden, bevor sie sich im nächsten Schritt mit ihrer eigenen Rolle darin befassen können.

2) Stimmen die Lernziele der Tutoren mit den theoretischen Lernzielen der Anamnesegruppen überein?

Die Befragung der Tutoren zeigt, dass diese wie die Teilnehmer das Erlernen des Umgangs mit dem Patienten als wichtiges Lernziel in der Anamnesegruppe verstehen. Über die Hälfte der Tutoren sieht die Punkte *Erlernen des Umgangs mit Problemsituationen*, *Lernen, sich in andere einzufühlen* sowie *Lernen über Methode und Technik der Anamneseerhebung und Gesprächsführung* und damit die Vermittlung methodisch-technischen Wissens als wichtig in der Anamnesegruppe an. Wie die Teilnehmer widersprechen damit auch die Tutoren den theoretischen Lernzielen nach Koellner und Loew.

Sie stimmen mit diesen aber überein, indem mehr als 2/3 der Tutoren das *Lernen über die Zusammenhänge zwischen Kranken- und Lebensgeschichte des Patienten* und somit das Lernen einer patientenorientierten Medizin als wichtiges Lernziel ansehen. Ebenso erachten die Tutoren mehrheitlich den Punkt *Lernen über eigene Gefühle im Patientengespräch* für wichtig in der Anamnesegruppe. Das *Lernen über Psychotherapie und Psychoanalyse*, welches das Lernen über Übertragung und Gegenübertragung beinhaltet sowie die Auswirkungen der eigenen Gefühle auf den Patienten, wird dagegen von weniger als der Hälfte der Tutoren von Anamnesegruppen als wichtig angesehen, was der Definition nach Koellner und Loew widerspricht.

Eine Begründung dafür, dass weniger als die Hälfte der Tutoren dieses Lernziel als wichtig ansieht, kann sein, dass viele von ihnen sich außerstande fühlen, dieses sehr anspruchsvolle Lernziel zu vermitteln und deshalb auch nicht in den Mittelpunkt der Anamnesegruppenarbeit stellen wollen.

Keine allgemein gültige Aussage über die Meinung der Mehrheit der Tutoren kann dagegen über die Wichtigkeit des Lernziels *Lernen über Gruppenprozesse und Gruppendynamik* aus Sicht der Tutoren und dessen Übereinstimmung mit den theoretischen Lernzielen gemacht werden, Von der befragten Stichprobe erachtete weniger als die Hälfte dieses Lernziel als wichtig.

Die Frage, ob die Lernziele der Tutoren mit den theoretischen Lernzielen der Anamnesegruppen übereinstimmen, kann somit ebenfalls nur mit Einschränkungen bejaht werden. Ihre Erwartungen an die Lernziele scheinen aber bereits in mehreren Punkten konform mit den theoretischen Lernzielen nach Koellner und Loew als die der Teilnehmer.

3) Unterscheiden sich die Lernziele in der Anamnesegruppe von Teilnehmern und Tutoren?

Vergleicht man die Lernziele von Teilnehmern und Tutoren, so fällt auf, dass die Tutoren die für sie wichtigen Lernziele höher, die unwichtigen niedriger als die Teilnehmer bewertet haben: ihre Range geht von 18,5% bis 100%, während die der Teilnehmer von 40,4% bis 95,7% geht. Die Tutoren konnten offensichtlich klarer sagen, welche Lernziele sie für die Teilnehmer in der Anamnesegruppe sehen und welche nicht, als dies bei den Teilnehmern der Fall war. Dies sollte aber nicht weiter verwunderlich sein, da die Tutoren erfahrener in der Anamnesegruppenarbeit sind und somit bereits klarere Zielvorstellungen entwickeln konnten.

Signifikante Unterschiede zwischen den Erwartungen von Teilnehmern und Tutoren finden sich nur bei drei Items:

Ängsten und Hemmungen gegenüber den Patienten abzubauen empfinden die Tutoren signifikant wichtiger als die Teilnehmer: 100% der Tutoren, aber nur 74,5% der Teilnehmer geben diesen Aspekt als wichtiges oder sehr wichtiges Lernziel an. Dieser Unterschied kann wohl dahingehend interpretiert werden, dass die Tutoren durch Teilnahme an einer Anamnesegruppe bereits Erfahrung mit dem Patientengespräch haben und sich der Ängste und Hemmungen, die dieses mit sich bringt, bewusst sind, im Gegensatz zu einem Grossteil der Teilnehmer, die häufig eben diese Erfahrung noch nicht machen konnten.

Überraschend war, dass signifikant mehr Teilnehmer als Tutoren *Lernen über Psychoanalyse und Psychotherapie* als wichtiges Lernziel angegeben haben – sieht man sich die Lernziele der Anamnesegruppen nach Koellner und Loew an, geht es vor allem auch um das Erfahren der Bedeutung von Übertragung und Gegenübertragung im Patientengespräch, Mechanismen, die die Tiefenpsychologie beschreibt und für deren Erfassen ein theoretisches Hintergrundwissen hilfreich wäre. Weshalb die Tutoren diesem Lernziel so wenig Bedeutung zuschreiben bleibt offen – vielleicht, weil sie selbst dieses Wissen nicht haben und somit auch nicht vermitteln können.

In der Anamnesegruppe etwas über Krankheitsbilder zu lernen erwarteten ebenfalls signifikant mehr Teilnehmer als Tutoren. Dieser Wunsch ist vielleicht dadurch erklärbar, dass der Großteil der Teilnehmer unserer Stichprobe sich noch im vorklinischen Studienabschnitt befindet, in welchem die naturwissenschaftlichen Basisfächer wie Biologie, Chemie, Physik und Anatomie dominieren und die Studenten in ihrer Erwartung, etwas über Krankheitsbilder zu lernen, enttäuscht werden. So ist es wahrscheinlich, dass einige Studenten hoffen, dieses Defizit durch die Teilnahme an einer Anamnesegruppe ausgleichen zu können.

Abgesehen von diesen drei Punkten gibt es keine weiteren signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmern und Tutoren, so dass die Frage, ob sich die Lernziele in der Anamnesegruppe von Teilnehmern und Tutoren unterscheiden, weitgehend verneint werden muss.

4) Sehen die Teilnehmer nach einem Semester Anamnesegruppe ihre Lernziele als erfüllt an?

Nach der Anamnesegruppe finden über 2/3 der Teilnehmer, dass sie gelernt haben, *Sich in andere Menschen einzufühlen*, über die Hälfte gibt auch an, etwas über die *Methode und Technik der Anamneseerhebung und Gesprächsführung* gelernt zu haben. Das Erlernen des Umgangs mit dem Patienten, das für die Teilnehmer zu Beginn der Anamnesegruppe ein wichtiges Lernziel darstellt, scheint also durch die Anamnesegruppenarbeit größtenteils erfüllt zu werden. Durch die dauernde Beschäftigung mit der Anamneseerhebung lernen die Teilnehmer selbstverständlich auch etwas über das Patientengespräch, auch wenn, wie sich später bei der Befragung zur Tutorenarbeit herausstellen wird, dieses nicht systematisch vermittelt wird. Weniger als die Hälfte der Teilnehmer sieht die Punkte *Sich selbst besser kennen lernen*, *Lernen über Gruppendynamik und Gruppenprozesse* sowie *Lernen über Psychotherapie und Psychoanalyse* nach der Anamnesegruppe als erfüllt an. Gerade diese Punkte gehören aber nach der theoretischen Definition zu den eigentlichen Lernzielen der Anamnesegruppen.

Keine allgemeingültigen Aussagen über die mehrheitliche Meinung der Teilnehmer können über die Erfüllung der Punkte *Lernen über eigene Gefühle im Patientengespräch*, *Lernen über Zusammenhänge zwischen Kranken- und Lebensgeschichte des Patienten*, *Lernen über Körpersprache* sowie *Lernen über den Umgang mit Problemsituationen im Patientengespräch* aus Sicht der Teilnehmer gemacht werden. Deshalb sollen hier nur die Antworten der von uns befragten Stichprobe diskutiert werden, ohne diese auf Anamnesegruppenmitglieder im Allgemeinen zu übertragen. In der von uns befragten Stichprobe sah über die Hälfte der Teilnehmer die auch in der Definition nach Koellner und Loew wichtigen Punkte *Lernen über eigene Gefühle im Patientengespräch* und *Lernen über die Zusammenhänge zwischen Kranken- und Lebensgeschichte des Patienten* als erfüllt an. Weniger als die Hälfte der von uns befragten Teilnehmer gab das Lernziel *Lernen über den Umgang mit Problemsituationen im Patientengespräch* nach der Anamnesegruppe als erfüllt an. In der Prä-Befragung war dieser Punkt jedoch für über 2/3 der Anamnesegruppenmitglieder ein wichtiges oder sehr wichtiges Lernziel. Leider differenziert der Post-Fragebogen nicht zwischen den Möglichkeiten, dass eine solche problematische Situation während der Patientengespräche nicht aufgetreten ist, oder dass eine problematische Situation zwar aufgetreten ist, aber die Teilnehmer durch ungenügende Klärung dieser Situation keinen Lerneffekt für sich sahen. In jedem Fall jedoch hätten sich die Teilnehmer eine intensivere Beschäftigung mit dem Thema *Problemsituationen im Patientengespräch* gewünscht. Eine Konsequenz, um diese mögliche Enttäuschung der Teilnehmer zu vermeiden wäre, die Studenten in der Anamnesegruppe anhand von Rollenspielen *Problemsituationen* darstellen zu lassen. Somit werden die Teilnehmer auf jeden Fall mit problematischen Situationen konfrontiert und können diese bereits im Spiel einüben, bevor sie im wirklichen Patientengespräch damit umgehen müssen. Sie können sich auf diese Weise eine gewisse Sicherheit im Umgang mit problematischen Situationen erarbeiten und sich Anleitung und Ratschläge zur Verbesserung ihrer Intervention einholen.

Auch die Erwartung, in der Anamnesegruppe *Etwas über Körpersprache zu lernen*, wird aus Sicht der Teilnehmer unserer Stichprobe enttäuscht. 71,3% der befragten Anamnesegruppenteilnehmer erwartete dies im Prä-Fragebogen, nur 43,6% sah dieses Lernziel im Post-Fragebogen als erfüllt an. Burger gelangt in seiner Studie zu einem vergleichbaren Ergebnis (Burger 2000, 60), kommentiert dies aber nicht weiter. Dieser Punkt ist zwar kein explizites Lernziel der Anamnesegruppenarbeit nach Koellner und Loew, da das Wissen über Körpersprache aber beim Erkennen sowohl der eigenen als auch der Gefühle des Patienten hilfreich ist, sollte dies nicht vernachlässigt werden. Es wäre Aufgabe der Tutoren, die Körpersprache in den Anamnesegesprächen mehr zu thematisieren, so dass der Fokus der Teilnehmer sich nicht nur auf das Gespräch selbst, sondern auch auf das, was sie oder der Patient mit seiner Körpersprache unbewusst zum Ausdruck bringen, richtet. Dies setzt aber voraus, dass die Tutoren selbst zumindest Basiswissen über Körpersprache haben. Die Frage, ob die Teilnehmer nach der Anamnesegruppe ihre Lernziele als erfüllt ansehen, kann also nur teilweise bejaht werden.

5) Sehen die Tutoren nach einem Semester Anamnesegruppe ihre Lernziele für die Teilnehmer als erfüllt an?

Weniger als die Hälfte der Tutoren sieht nach der Anamnesegruppe die Lernziele *Lernen über Gruppenprozesse und Gruppendynamik* sowie *Lernen über Psychotherapie und Psychoanalyse* als erfüllt an. Diese Punkte gehören zwar nach der Definition von Koellner und Loew zu den wichtigen Lernzielen der Anamnesegruppen, da die Tutoren diese aber bereits in der Prä-Befragung mehrheitlich nicht als wichtig für die Teilnehmer empfanden, überrascht die Nicht-Erfüllung dieser Punkte nicht. Dasselbe gilt auch für das Lernziel *Lernen über Krankheitsbilder*.

Keine allgemein gültigen Aussagen über die mehrheitliche Meinung der Tutoren lassen sich für die Erfüllung der übrigen Lernziele ableiten, weshalb lediglich die Antworten der von uns befragten Tutoren diskutiert werden sollen, um mögliche Tendenzen aufweisen zu können.

Die Mehrheit der von uns befragten Tutoren gab Lernziele, die das Erlernen des Umgangs mit dem Patienten beinhalten, als erfüllt an (*Lernen sich in andere einzufühlen*, *Lernen über die Methode und Technik der Anamnese- und Gesprächsführung* sowie *Lernen über den Umgang mit Problemsituationen im Patientengespräch*). Alle diese Punkte wurden in der Prä-Befragung auch von einer Mehrheit der Tutoren als wichtig in der Anamnesegruppe erachtet. Lernziele, die die Wahrnehmung und Reflexion der eigenen Gefühle beinhalten und nach der theoretischen Definition zu den eigentlichen Lernzielen der Anamnesegruppen zählen, wie das *Lernen über eigene Gefühle im Patientengespräch* und *Sich selbst besser kennen lernen* konnten nach einer Mehrheit der Tutoren unserer Stichprobe erfüllt werden, diese Punkte wurden ebenfalls von einer Mehrheit der Tutoren in der Prä-Befragung erwartet. Ebenso konnten der nach Koellner und Loew wichtige Punkt *Lernen über Zusammenhänge zwischen Kranken- und Lebensgeschichte des Patienten* aus

Sicht einer Mehrheit der Tutoren erfüllt werden, auch dieser Punkt wurde in der Prä-Befragung von einer Mehrheit als wichtig erachtet.

Lediglich der Punkt *Lernen über Körpersprache* wurde von einer Mehrheit der Tutoren in der Anamnesegruppe als wichtiges Lernziel erwartet und nur von 35,1% der befragten Tutoren als erfüllt angesehen. Offensichtlich hätten die Tutoren die Körpersprache selbst gern mehr thematisiert. Dass dies nicht nur aus Sicht der Teilnehmer, sondern auch aus Sicht der Tutoren selbst nicht geschehen ist, spricht am ehesten für mangelndes Wissen seitens der Tutoren, dessen sie sich selbst bewusst sind.

Eine auf die Gesamtheit der Tutoren übertragbare Antwort auf die Frage, ob die Tutoren die von ihnen erwarteten Lernziele nach der Anamnesegruppe als erfüllt ansehen, lässt sich aufgrund der geringen Menge der befragten Tutoren nicht ableiten. Für die von uns befragte Stichprobe der Tutoren lässt sich aber sagen, dass die von ihnen mehrheitlich erwarteten Lernziele für die Teilnehmer größtenteils erfüllt werden konnten.

6) Stimmen die Erwartungen an die Arbeit der Tutoren von Teilnehmern und Tutoren überein?

Wie die Befragung der Teilnehmer nach ihren Erwartungen an die Arbeit der Tutoren zeigen konnte, erhoffen sie sich von den Tutoren vor allem aktive Hilfe in der Anamnesegruppenarbeit. Die Punkte *Die Tutoren sollen Wissen über Anamnesetechnik und Gesprächsführung vermitteln*, *Die Tutoren sollen Methoden und Techniken der Anamnesetechnik und Gesprächsführung beibringen* sowie *Die Tutoren sollen Ratschläge geben* werden von über der Hälfte der Teilnehmer von Anamnesegruppen erwartet. Die Tutoren sehen dagegen die aktive Hilfe in der Anamnesegruppe nicht mehrheitlich als ihre Aufgabe an. Weniger als die Hälfte von ihnen ist der Meinung, die Punkte *Die Tutoren sollen Methoden und Techniken der Anamnesetechnik und Gesprächsführung beibringen* und *Die Tutoren sollen Ratschläge geben* seien Teil ihrer Aufgabe. In diesen Punkten finden sich signifikante Unterschiede zwischen den Erwartungen von Teilnehmern und Tutoren, ebenso wie in dem Punkt *Die Tutoren sollen Wissen über Anamnesetechnik und Gesprächsführung vermitteln*.

Die Erwartungen der Teilnehmer sind durchaus nachvollziehbar: Wie bereits bei den Fragen nach den Lernzielen in der Anamnesegruppe deutlich wurde, ist das Erlernen des Umgangs mit dem Patienten und damit auch das Erlernen von Anamnese- und Gesprächstechnik für die Mehrheit der Teilnehmer sehr wichtig und für viele auch ein vorrangiger Grund für den Eintritt in eine Anamnesegruppe (vgl. Kirzinger, 1983). An die Tutoren als Leiter der Gruppe werden nun ähnliche Erwartungen gestellt wie an die Dozenten, welche die Studenten in den sonstigen Vorlesungsveranstaltungen bereits kennen gelernt haben, nämlich die Erwartung, die Tutoren sollten Wissen aktiv vermitteln (vgl. Schüffel, 1983). Die Tutoren sind andererseits bereits mit dem Konzept der Anamnesegruppen als Selbsterfahrungsgruppen vertraut und

orientieren sich an einem eher abstinenter Führungsstil, die Vermittlung von Wissen sehen sie nicht als Teil ihrer Arbeit an.

Sie sehen ihre Aufgabe vielmehr darin, in der Anamnesegruppe eine „holding function“ einzunehmen. Über 2/3 der Tutoren sieht den Punkt *Die Tutoren sollen die Teilnehmer ermutigen und unterstützen* als Teil ihrer Aufgabe an, mehr als die Hälfte den Punkt *Die Tutoren sollen den Teilnehmern ihre Stärken nahe bringen*. Beide Items werden dagegen von signifikant weniger Teilnehmern als wichtig in der Tutorenarbeit empfunden. Auch in diesen Punkten identifizieren sich die Tutoren mit dem Konzept der Anamnesegruppen als Selbsterfahrungsgruppen, in welchen die Leiter lediglich stützend eingreifen, sich ansonsten aber eher zurückhalten.

Ein weiterer signifikanter Unterschied zwischen den Erwartungen an die Tutorenarbeit von Teilnehmern und Tutoren zeigt sich in dem Punkt *Die Tutoren sollen den Teilnehmern helfen, ihr Verhalten und ihre Gefühle im Patientengespräch besser zu verstehen*. Dies finden über 50% der Tutoren, jedoch weniger als die Hälfte der Teilnehmer. Bei der Befragung nach den Lernzielen in der Anamnesegruppe gab zwar über die Hälfte der Teilnehmer an, etwas über die eigenen Gefühle im Patientengespräch lernen zu wollen, doch scheint die Erfüllung dieses Lernziels nicht vorrangig mit der Arbeit der Tutoren verknüpft zu sein. Die Tutoren wiederum als Vertreter des Systems Anamnesegruppe sehen das Erkennen und Verstehen der eigenen Gefühle im Patientengespräch als durchaus wichtiges Lernziel, dessen Vermittlung sie als Teil ihrer Aufgaben als Tutoren sehen.

Die Frage, ob die Erwartungen an die Arbeit der Tutoren von Teilnehmern und Tutoren übereinstimmen, muss also größtenteils verneint werden.

7) Verändern die Anamnesegruppenteilnehmer ihre Erwartungen an die Arbeit der Tutoren im Laufe eines Semesters?

Veränderungen der Einstellungen und Kompetenzen der Anamnesegruppenteilnehmer durch die Anamnesegruppenarbeit wurden bereits von Buchinger (1981), Egle (1982), Fehr (1988), Nassauer (1989), Santarelli (1983) und Rieger (1991) untersucht und teilweise nachgewiesen. Diese Untersuchungen beziehen sich auf die Interviewfähigkeit (Buchinger, 1981), Einstellungsänderungen gegenüber Patienten (Egle, 1982; Fehr, 1988; Santarelli, 1983) und Kommilitonen (Fehr, 1988) und Veränderungen der Selbstwahrnehmung (Nassauer, 1989).

Die Vorstellung der Tutorenarbeit zu Beginn der Anamnesegruppe von Teilnehmern und Tutoren wies in den meisten Punkten signifikante Unterschiede auf. Die Teilnehmer kennen aus dem Studium vor allem Vorlesungen und Seminare im Stil von Frontalunterricht und haben an die Tutoren als Leiter der Anamnesegruppen ähnliche Erwartungen wie an die Dozenten. Die Haltung der Tutoren dagegen stimmt mit dem Verständnis der Anamnesegruppen als Selbsterfahrungsgruppen überein: Die Teilnehmer sollen nicht durch Anweisungen oder aktive Vermittlung von Inhalten, sondern durch eigene Erfahrung lernen. Die Tutoren organisieren den äußeren Rahmen und sind in der Gruppe vor allem stützend tätig.

Das Lernen durch Selbsterfahrung ist den meisten Studenten noch fremd, sie sollen dies aber, so die theoretische Idee (vgl. Schüffel, 1983), in den Anamnesegruppen kennen lernen und letztendlich dem klassischen Unterricht vorziehen.

Die nochmalige Befragung der Teilnehmer nach ihren Erwartungen an die Tutorenarbeit im Post-Fragebogen sollte diesbezügliche Veränderungen durch die Anamnesegruppenarbeit aufzeigen.

Die vorliegende Prä-Post-Befragung der Teilnehmer zeigt, dass die Teilnehmer nach einem Semester Anamnesegruppenarbeit ihre Erwartungen an die Tutorenarbeit jedoch nicht signifikant verändern. Auch nachdem sie mit dem Konzept des Lernens durch Selbsterfahrung vertraut geworden sind, bevorzugt ein Großteil der Teilnehmer die klassische Unterrichtsform und erwartet von den Tutoren die Vermittlung von Wissen – die Diskrepanz zwischen Teilnehmern und Tutoren in ihrer Vorstellung von der Tutorenarbeit bleibt auch nachdem die Teilnehmer mit dem Konzept des Lernens durch Selbsterfahrung vertraut geworden sind bestehen.

Die Frage, ob sich die Erwartungen der Teilnehmer an die Arbeit der Tutoren im Laufe eines Semesters Anamnesegruppenarbeit verändern, muss somit verneint werden.

8) Werden die Erwartungen an die Arbeit der Tutoren aus Sicht der Teilnehmer erfüllt?

Gut erfüllt wird nach der Einschätzung der Mehrheit der Teilnehmer der Punkt *Die Tutoren sollen in ihrem Verständnis der Gruppe um einen Schritt voraus sein*, welcher auch in der Prä-Befragung als wichtiger Teil der Aufgaben der Tutoren eingestuft wurde. Die Tutoren erscheinen den Teilnehmern also durchaus als kompetent und in ihrem Verständnis der Anamnesegruppenarbeit fortgeschritten. Da die Tutoren im Gegensatz zu den befragten Erstteilnehmern alle bereits Erfahrung in der Anamnesegruppenarbeit sammeln konnten, überrascht die Erfüllung dieses Punktes allerdings nicht allzu sehr. Ebenfalls in der Einschätzung der Teilnehmer gut erfüllen konnten sie den Punkt *Die Tutoren sollen die Teilnehmer ermutigen und unterstützen*. Der „holding function“, welche sie als Leiter der Gruppe auch nach ihrer eigenen Einschätzung der Prä-Befragung innehaben sollen, können sie also ebenfalls gut nachkommen.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Tutoren selbst diese beiden Punkte in der Prä-Befragung als wichtige Teile ihrer Aufgaben angesehen haben. Die Erfüllung dieser Aufgaben in der Einschätzung der Teilnehmer ist als positives feed-back für die Tutoren zu werten.

Nicht gelungen sind den Tutoren nach Einschätzung der Teilnehmer dagegen die folgenden Aufgaben: Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen über gruppendynamische Prozesse vermitteln und Die Tutoren sollen Gruppenprozesse ansprechen und erklären. Allerdings erwartete dies in der Prä-Befragung weniger als die Hälfte der Teilnehmer, so dass es sich nicht um wichtigere Erwartungen der Teilnehmer han-

delt. Die Mehrheit der Tutoren unsere Stichprobe selbst sah aber diese Punkte als Teil ihrer Aufgaben in der Prä-Befragung an, und auch die theoretischen Lernziele nach Koellner und Loew beinhalten das Lernen über Gruppendynamik und Gruppenprozesse in der Anamnesegruppe. Die Frage stellt sich, ob die Tutoren in den Tutorentrainings genügend auf die Aufgabe vorbereitet werden, Gruppendynamik und die sich häufig nur unbewusst abspielenden Gruppenprozesse in den Anamnesegruppen anzusprechen und zu konkretisieren und im Bedarfsfall auch erklären zu können.

Nicht gelungen aus Sicht der Teilnehmer ist auch die Erfüllung des Punktes *Die Tutoren sollen den Teilnehmern helfen, ihr Verhalten und ihre Gefühle im Patientengespräch besser zu verstehen*. Auch dies war für die Mehrheit der Teilnehmer in der Prä-Befragung keine der wichtigen Erwartungen an die Tutoren, so dass die Teilnehmer durch die Nicht-Erfüllung dieses Punktes auch nicht enttäuscht werden. Allerdings sah die Mehrheit der Tutoren in der Prä-Befragung dies als ihre Aufgabe an, und auch die theoretischen Lernziele nach Koellner und Loew fokussieren auf dem Wahrnehmen und Reflektieren der eigenen Gefühle im Patientengespräch. Da die Erfüllung dieser Aufgabe aus Sicht der Teilnehmer nicht gelungen ist, stellt sich auch hier die Frage nach möglichen Verbesserungen in der Tutorenarbeit.

Der Punkt *Die Tutoren sollen im Fall einer Diskussion die Teilnehmer voreinander schützen* wird ebenfalls von einer Mehrheit der Teilnehmer als nicht erfüllt angesehen. Dies kann wahrscheinlich, da die Tutoren aus der Sicht der Teilnehmer ihre „holding function“ ansonsten gut erfüllen konnten, dahingehend interpretiert werden, dass eine Situation, in der der Schutz der Tutoren nötig gewesen wäre, nicht eingetreten ist.

Des Weiteren wird der Punkt *Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen über Krankheitsbilder vermitteln* von einer Mehrheit der Teilnehmer nach der Anamnesegruppe als nicht erfüllt angesehen. Da dies in der Prä-Befragung sowohl der Teilnehmer als auch der Tutoren keine Erwartung der jeweiligen Mehrheit darstellt und in der Definition der Lernziele nicht erwähnt wird, besteht aber hinsichtlich der Nicht-Erfüllung dieses Punktes kein Diskussionsbedarf.

Die weitere Diskussion zur Erfüllung der Erwartungen an die Arbeit der Tutoren aus der Sicht der Teilnehmer bezieht sich nun lediglich auf die befragte Stichprobe von Teilnehmern, da sich aus den vorliegenden Zahlen keine allgemein gültigen Aussagen über die Meinung der Mehrheit ableiten lassen.

53,2% der befragten Teilnehmer sieht den Punkt *Die Tutoren sollen Ratschläge geben*, welcher in der Prä-Befragung auch von einer Mehrheit der Teilnehmer erwartet wurde, nach der Anamnesegruppe als erfüllt an. Dies kann insofern überraschen als dieses Item in der Prä-Befragung von den meisten Tutoren als nicht zu ihrer Arbeit gehörig aufgefasst wurde. Die Vermutung liegt nahe, dass die Tutoren als Leiter der Gruppe, die von den Teilnehmern in eine Dozenten-ähnliche Rolle gedrängt werden,

sich auch teilweise mit dieser Rolle identifizieren und den Teilnehmern entsprechend ihrem Erfahrungsvorsprung in der Anamnesegruppe Ratschläge erteilen.

Als nicht erfüllt sehen 46,8% bzw. 42,6% der Teilnehmer nach der Anamnesegruppe die Punkte Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen über Anamnese- und Gesprächstechnik vermitteln sowie Die Tutoren sollen Methode und Technik der Anamneseerhebung und Gesprächsführung beibringen an – Punkte, die in der Erwartung der meisten Teilnehmer allgemein vor der Anamnesegruppe eine wichtige Rolle gespielt haben. Dass sie diesbezüglich von den Tutoren enttäuscht wurden, ist allerdings nicht weiter verwunderlich, da die Mehrheit der Tutoren bereits vor der Anamnesegruppe gerade diese beiden Punkte als nicht zu ihrer Aufgabe gehörig aufgefasst hat. Im Bereich Lernziele sah die Mehrheit der Teilnehmer dieses Ziel allerdings als erfüllt an, was einen scheinbaren Widerspruch darstellt. Es ist aber verständlich, dass in einer Gruppe, in deren Mittelpunkt das Patientengespräch steht und deren Mitglieder alle mindestens ein solches Gespräch führen müssen, sich das Gefühl einstellt, auch mehr über Anamnesetechnik und Gesprächsführung erfahren zu haben. Eine wirkliche Vermittlung derselben findet aber nicht statt und entspricht, wie in der Definition der Lernziele von Koellner und Loew deutlich wird, auch nicht dem theoretischen Konzept der Anamnesegruppen.

Der Punkt *Die Tutoren sollen mir nichts beibringen. Stattdessen möchte ich mir selbst Gedanken machen* wurde von deutlich weniger als der Hälfte der Teilnehmer der befragten Stichprobe erwartet, von 51,1% der Teilnehmer nach der Anamnesegruppe aber als erfüllt angesehen. Dieses Ergebnis allein könnte positiv wie negativ ausgelegt werden – die Teilnehmer könnten auch positive Erfahrung gemacht haben, indem sie sich in der Anamnesegruppe selbst Gedanken machen konnten. Die gleich bleibend niedrige Prozentzahl der Teilnehmer, die dies auch in der post-Befragung von den Tutoren erwartet, weist aber darauf hin, dass dieser Aspekt der Tutorenarbeit eher negativ interpretiert werden muss: Die Teilnehmer wünschen es sich nicht, dass die Tutoren ihnen *Nichts beibringen*, werden aber in diesem Punkt – eben durch dessen Erfüllung – von den Tutoren enttäuscht.

Die Frage, ob die Teilnehmer ihre Erwartungen an die Arbeit der Tutoren nach der Anamnesegruppe als erfüllt ansehen, kann also nur teilweise bejaht werden.

9) Werden die Erwartungen an die Arbeit der Tutoren aus Sicht der Tutoren erfüllt?

Nach eigener Einschätzung gut erfüllen können die Tutoren ihre „holding function“ in der Anamnesegruppe: Über die Hälfte der Tutoren sieht den Punkt *Die Tutoren sollen die Teilnehmer ermutigen und unterstützen* als erfüllt an. Diese Einschätzung deckt sich, wie bereits gezeigt werden konnte, mit der Einschätzung der Teilnehmer, die diesen Punkt nach der Anamnesegruppe ebenfalls als stark oder sehr stark erfüllt angeben. Dass die Tutoren dies selbst auch so empfinden zeigt, dass sie auf diese Aufgabe durch die Tutorentrainings ausreichend vorbereitet werden und es in der Anamnesegruppe gut umsetzen können.

Der Punkt *Die Tutoren sollen Gruppenprozesse ansprechen und erklären* wird dagegen von weniger als der Hälfte der Tutoren nach der Anamnesegruppe als erfüllt angesehen. Von der von uns befragten Stichprobe der Tutoren sah die Mehrheit in der Prä-Befragung dies allerdings als Teil ihrer Aufgabe an. Die theoretischen Lernziele der Anamnesegruppe beinhalten das Erfahren von Gruppenprozessen und Gruppendynamik, aber auch das Lernen, diese Prozesse zu reflektieren. Wiewohl die Teilnehmer Gruppenprozesse und -dynamik sicherlich erfahren konnten, haben sie doch nur wenig darüber lernen können (siehe 4.4), da diese meist unbewusst ablaufen. Um diesem Lernziel nach Koellner und Loew gerecht zu werden, müssten die Tutoren die Teilnehmer intensiver auf das Gruppengeschehen und die dabei unbewusst ablaufenden Prozesse aufmerksam machen und diese auch erklären können. Dies verlangt aber wiederum eine entsprechende Schulung der Tutoren.

Die Diskussion der folgenden Punkte zur Erfüllung der Erwartungen an die Arbeit der Tutoren aus Sicht der Tutoren bezieht sich lediglich auf die befragte Stichprobe der Tutoren, die Aussagen können nicht auf die Gesamtheit der Tutoren übertragen werden.

Die Tutoren der befragten Stichprobe gaben nach der Anamnesegruppe den Punkt *Die Tutoren sollen den Teilnehmern in ihrem Verständnis einen Schritt voraus sein* als erfüllt an. Die Mehrheit der Tutoren sah dies in der Prä-Befragung auch als wichtigen Teil ihrer Arbeit an, ebenso die Teilnehmer, die diesen Punkt ebenfalls in der Post-Befragung als erfüllt ansah. Da die Tutoren mehr Erfahrung in der Anamnesegruppenarbeit haben als die befragten Erstteilnehmer verwundert die Erfüllung dieser Aufgabe nicht weiter (siehe 5.9).

Weniger als die Hälfte der befragten Tutoren sieht in der Post-Befragung den Punkt *Die Tutoren sollen den Teilnehmern helfen, ihre Gefühle im Patientengespräch besser zu verstehen* als erfüllt an. Wie die Befragung der Tutoren vor der Anamnesegruppe zeigen konnte, sieht dies allerdings eine Mehrheit als Teil ihrer Aufgaben an. Da auch die theoretischen Lernziele das Erlernen des Wahrnehmens und Reflektierens der eigenen Gefühle im Patientengespräch postulieren, wäre es für die Tutoren wünschenswert, den Teilnehmern dieses Lernziel näher bringen zu können. Wie bereits in 5.8 angesprochen, stellt sich dabei die Frage nach einer Verbesserung des Tutorentrainings. Vielleicht zeigen sich an diesem Punkt, der stark an die Aufgaben der psychoanalytisch ausgebildeten Leiter von Balint-Gruppen erinnert, aber auch die Grenzen der studentischen Betreuung dieser Gruppen.

Als nicht erfüllt sieht die Mehrheit der von uns befragten Tutoren die Punkte *Die Tutoren sollen Einsicht und Wissen vermitteln über Anamnesetechnik und Gesprächsführung* sowie *Die Tutoren sollen Methoden und Techniken der Gesprächsführung beibringen*. Da zum einen die Mehrheit der Tutoren diese Punkte aber bereits vor der Anamnesegruppe nicht als Teil ihrer Aufgabe betrachtet hat, diese Punkte zum anderen nach Koellner und Loew auch nicht zu den Lernzielen der Anamnesegruppen gehören, überrascht die Nicht-Erfüllung seitens der Tutoren nicht sehr. Auch die von uns befragten Teilnehmer sahen diese beiden Punkte nach der Anamnese-

gruppe mehrheitlich als nicht erfüllt an, allerdings gehörte für die Teilnehmer in der Prä-Befragung die Vermittlung von methodisch-technischem Wissen über die Anamneseerhebung und Gesprächsführung sowie die Vermittlung der entsprechenden Fertigkeiten zu den wichtigen Aufgaben der Tutoren, so dass durch die Nicht-Erfüllung dieser Punkte eine Enttäuschung der Teilnehmer resultiert. Um diese Enttäuschung vorweg zu nehmen wäre es sinnvoll, den Teilnehmern bereits am Anfang der Anamnesegruppe sowohl die Lernziele als auch die Arbeitsweise und die konkreten Aufgaben der Tutoren zu vermitteln, so dass sie ihre Erwartungen entsprechend ausrichten können.

Die Frage, ob die Tutoren nach der Anamnesegruppe die Erwartungen an die eigene Arbeit erfüllen konnten, kann somit nur sehr bedingt bejaht werden.

Fazit: Wie die vorliegende Studie aufzeigen konnte, stellt sich die Anamnesegruppenarbeit in einigen Punkten problematisch dar. Hinsichtlich der Lernziele zeigen sich Abweichungen der Erwartungen und Erfüllung der Erwartung von Teilnehmern und Tutoren vom theoretischen Ideal, hinsichtlich der Arbeit der Tutoren Abweichungen zwischen den Erwartungen von Teilnehmern und den Erwartungen von Tutoren sowie zwischen den Erwartungen von Teilnehmern und Tutoren und deren Erfüllung durch die Anamnesegruppenarbeit.

5.2. Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung zeigen signifikante Diskrepanzen auf, auf welche die Anamnesegruppen reagieren sollten, um Probleme und Missverständnisse in zukünftigen Anamnesegruppen zu vermeiden. Hinsichtlich der Lernziele sollte folgende Entscheidung getroffen werden:

1.) Festhalten am theoretischen Ideal der Anamnesegruppen

Oder:

2.) Ausrichtung der Anamnesegruppen nach den Erwartungen der Teilnehmer

Zu 1.) Entscheiden sich die Anamnesegruppen für die Lernziele nach Koellner und Loew, dass neben der Patientenorientierung die Lernziele Wahrnehmung und Reflexion der eigenen Gefühle sowie deren Auswirkungen auf den Patienten und die Gruppe im Mittelpunkt stehen, erinnern sie stark an Balint- oder Junior-Balint-Gruppen. Diese sind, wie unter 2.6 dargestellt, von psychotherapeutisch oder psychoanalytisch ausgebildeten Ärzten geleitet und ein Instrument der Weiterbildung, während Anamnesegruppen während der Ausbildung im Medizinstudium stattfinden und von studentischen Tutoren geleitet werden. Die Orientierung an diesen Lernzielen stellt sodann zum einen die Möglichkeit der studentischen Betreuung in Frage: Wie die Fragebogenuntersuchung zeigen konnte, werden die Lernziele hinsichtlich Gruppendynamik und Gruppenprozesse weder aus Sicht der Teilnehmer, noch aus Sicht der Tutoren erfüllt, die Tutoren geben nach der Anamnesegruppe mehrheitlich

selbst an, Wissen über Gruppenprozesse und Gruppendynamik nicht vermittelt zu haben. Dasselbe gilt für das Vermitteln von Verständnis für die eigenen Gefühle und das eigene Verhalten im Patientengespräch. Auch dieser Punkt wird weder von den Teilnehmern, noch von den befragten Tutoren nach der Anamnesegruppe als erfüllt angesehen. Um den Teilnehmern diese Ziele näher bringen zu können, müssten die Tutoren sehr viel besser tiefenpsychologisch ausgebildet werden, was aber mit einem sehr großen Aufwand verbunden und im Rahmen des jährlichen einwöchigen Trainings wohl nicht möglich wäre. Eine andere Möglichkeit wäre, sie durch bereits psychotherapeutisch oder psychoanalytisch ausgebildete Ärzte zu ersetzen, was aber wiederum dem bisherigen Konzept der Anamnesegruppen widersprechen würde.

Zum anderen wäre es sinnvoll, nur bereits im Patientengespräch erfahrene Studenten in die Gruppen aufzunehmen. Wie die Befragung der Erstteilnehmer zeigen konnte, erwarten diese sich von der Teilnahme an einer Anamnesegruppe vor allem das Erlernen sowie die Vermittlung von Methode und Technik der Anamneseerhebung und Gesprächsführung. Studenten, die noch keine Routine im Anamnesegespräch haben, müssen sich zuerst mit diesem auseinandersetzen, ehe sie über ihre eigene Rolle und deren Auswirkungen auf Patientengespräch und Gruppe reflektieren können.

Zu 2.) Die Anamnesegruppen könnten ihre Ziele allerdings auch den Erwartungen der Teilnehmer entsprechend ausrichten und in ihren Lernzielen auf das Erlernen des Umgangs mit dem Patienten fokussieren. Vor allem das Erlernen von Methode und Technik der Anamneseerhebung und Gesprächsführung sowie der Umgang mit Problemsituationen im Patientengespräch müssten dann im Mittelpunkt der Gruppen stehen. In Rollenspielen könnten zu Anfang der Anamnesegruppe sowohl Patientengespräch als auch fiktive problematische Situationen durchgespielt und von der Gruppe kommentiert werden, so dass die Teilnehmer noch vor dem ersten Patientenkontakt ein gewisses Selbstvertrauen aufbauen können. Die erworbenen Fähigkeiten können sie dann im Rahmen der weiteren Anamnesegruppenarbeit im echten Patientengespräch vertiefen, die anwesende Gruppe und die Tutoren als Beobachter reflektieren und kommentieren ihren Eindruck von der Anamneseerhebung und schlagen eventuelle Verbesserungen vor. Die Vermittlung einer patientenzentrierten Medizin ist auch mit dieser Zielsetzung möglich und sinnvoll.

Auch der Name „Anamnesegruppe“, der ja den Fokus der Gruppenarbeit auf die Anamnese selbst setzt, wäre mit dieser Zielsetzung gerechtfertigt und weniger missverständlich.

Mit dieser Zielsetzung wäre auch eine Modifikation der Tutorenausbildung notwendig. Der Fokus des Tutorentrainings müsste auf die Vermittlung von Lehrinhalten gelegt werden, vor allem auf das Lehren von Anamnese- und Gesprächstechniken. Darüber hinaus sollte eine Teilnahme an diesem Training zur Voraussetzung für die Arbeit als Tutor in einer Anamnesegruppe werden.

Eine mögliche Lösung, die eine Kombination von 1.) und 2.) beinhaltet, wäre es, getrennte Anamnesegruppen für Anfänger und Fortgeschrittene anzubieten. In den Anfängergruppen stünde zunächst das Patientengespräch selbst im Mittelpunkt, fortgeschrittenere Anamnesegruppenteilnehmer, die im Patientengespräch bereits routiniert sind, könnten dann an Gruppen teilnehmen, in denen die eigenen Gefühle und deren Auswirkungen, also das Thema der Gegenübertragung, zunehmend thematisiert und diskutiert werden. Allerdings würde dies für die beiden Gruppen unterschiedlich ausgebildete Tutoren voraussetzen, was mit einem erheblichen organisatorischen Aufwand verbunden wäre.

5.3 Zusammenfassung der Arbeit

Im Mittelpunkt einer patientenzentrierten Medizin, die den Menschen in seiner Ganzheit unter Berücksichtigung psychischer und sozialer Aspekte begreift, steht die Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Anamnesegruppen entstanden Ende der 60er Jahre vor dem Hintergrund, dass weder eine solche patientenzentrierte Medizin, noch ihr Instrument, das ärztliche Gespräch, im medizinischen Curriculum verankert waren. Mit der Verbreitung der Anamnesegruppen entwickelten sich auch deren Ziele weiter, die Anamnese selbst erhielt nur noch eine Vehikelfunktion, die Reflexion eigener Gefühle und deren Auswirkungen wurden neben der Vermittlung einer patientenorientierten Medizin zu den hauptsächlichen Lernzielen dieser Gruppen. Das Konzept der studentischen Betreuung setzte sich durch und wurde zu einem der Hauptmerkmale der Anamnesegruppen. Die vorliegende Studie fokussiert thematisch auf den Lernzielen sowie der Arbeit der Tutoren in Anamnesegruppen. Erstmals wurden nicht nur Teilnehmer, sondern auch Tutoren hinsichtlich ihrer Erwartungen sowie der Erfüllung dieser Erwartungen befragt. (Die Erwartungen der Teilnehmer sollten mit der theoretischen Definition der Lernziele der Anamnesegruppen (siehe 2.4) verglichen werden, um auf eventuelle Diskrepanzen zwischen dem Ideal und den Wünschen der Teilnehmer hinzuweisen. Hinsichtlich der Tutorenarbeit sollten die jeweiligen Erwartungen von Teilnehmern und Tutoren verglichen werden sowie auf die Erfüllung der einzelnen Erwartungen aus Sicht der Teilnehmer und Tutoren eingegangen werden). Da kein standardisiertes Testverfahren zur Evaluation der Tätigkeiten von Anamnesegruppen zur Verfügung stand, wurden eigens Fragebögen für Teilnehmer und Tutoren entwickelt, mit deren Hilfe Erwartungen sowie deren Erfüllung konkretisiert werden konnten. Diese wurden Anfang des Wintersemesters 2004/05 an zwanzig Anamnesegruppen in Deutschland und Österreich verschickt und am Ende des Semesters wieder eingefordert. Insgesamt konnten auf diese Weise 94 erstmalige Teilnehmer und 37 Tutoren von Anamnesegruppen befragt werden.

Im Hinblick auf die Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse sind einige methodische Einschränkungen zu berücksichtigen: die eigens für die Untersuchung konstruierten Fragebogeninstrumente genügen nicht strengen wissenschaftlichen Kriterien

(v.a. Validität, Reliabilität), und die Fallzahl insbesondere der Post-Rücklaufbögen der Tutoren war relativ gering.

Es konnte gezeigt werden, dass die Teilnehmer hinsichtlich der Lernziele in der Anamnesegruppe ihre Priorität auf das Erlernen des Umgangs mit dem Patienten setzen. Das Erlernen methodisch-technischer Fertigkeiten, vor allem der Technik der Anamneseerhebung und Gesprächsführung, steht dabei im Mittelpunkt ihrer Erwartungen. Die theoretischen Lernziele nach Koellner und Loew fokussieren dagegen vornehmlich auf der Wahrnehmung und Reflexion der eigenen Rolle im Patientengespräch. Das Erlernen von Methode und Technik der Anamneseerhebung wird als Lernziel in dieser Definition sogar explizit ausgeschlossen. Die Diskrepanzen zwischen den Erwartungen der Teilnehmer und dem theoretischen Ideal der Lernziele in der Anamnesegruppe konnten anhand der Fragebogenergebnisse eindrucksvoll verdeutlicht werden. Lediglich hinsichtlich des Lernziels, in der Anamnesegruppe eine patientenorientierte Medizin erlernen zu wollen, stimmen die Teilnehmer mit den theoretischen Lernzielen der Anamnesegruppen überein.

Hinsichtlich der Tutorenarbeit konnte die Fragebogenuntersuchung die signifikant unterschiedlichen Vorstellungen von der Arbeitsweise der Tutoren von Teilnehmern und Tutoren aufzeigen: Während die Teilnehmer von den Tutoren wie von den anderen ihnen bekannten Dozenten vor allem die aktive Vermittlung von Wissen erwarten, halten sich die Tutoren, übereinstimmend mit der Auffassung der Anamnesegruppen als Selbsterfahrungsgruppen, eher zurück, die Vermittlung von Lehrinhalten sehen sie mehrheitlich nicht als Teil ihrer Arbeit an. Dagegen sehen sie ihre Aufgabe in der Anamnesegruppe in der Ermutigung und Unterstützung der Teilnehmer, einem Punkt, der von signifikant weniger Teilnehmern als Tutoren als wichtig in der Tutorenarbeit angesehen wird. Wie gezeigt werden konnte verändern die Teilnehmer im Verlauf eines Semesters Anamnesegruppenarbeit ihre Vorstellungen von der Arbeitsweise der Tutoren nicht signifikant, woraus sich ableiten lässt, dass sie das Lernen durch Selbsterfahrung nicht der konventionellen Unterrichtsform der aktiven Wissensvermittlung vorziehen. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass die Tutoren Aufgaben, welche sie als wichtig in der Anamnesegruppe ansehen, wie das Erklären von Gruppenprozessen und Gruppendynamik, weder in der eigenen Einschätzung, noch in der Einschätzung der Teilnehmer, erfüllen konnten.

Mögliche Lösungen für die aufgezeigten Diskrepanzen wurden diskutiert: Wollen die Anamnesegruppen an den theoretischen Lernzielen nach Koellner und Loew festhalten, so entsprechen diese nur teilweise den Erwartungen der Teilnehmer. Eine Aufklärung der Teilnehmer über diese Ziele in der ersten Stunde wäre wünschenswert. Auch sind Lernziele wie die Reflexion der eigenen Gefühle und ihre Auswirkungen auf den Patienten und die anwesende Gruppe nur schwer durch die rein studentische Betreuung zu erreichen, eine notwendige Konsequenz wäre die Leitung dieser Gruppen durch einen psychotherapeutisch oder psychoanalytisch ausgebildeten Arzt oder Psychologen. Eine andere Möglichkeit für die Anamnesegruppen wäre es, mehr auf die Wünsche und Erwartungen der Teilnehmer einzugehen,

in den Mittelpunkt ihrer Lernziele die Anamnese selbst zu stellen und somit ihrem Namen als „Anamnesegruppen“ auch gerecht zu werden. Die studentische Betreuung ist mit dieser Zielsetzung durchaus vereinbar, allerdings müsste das Tutorenttraining entsprechend angepasst und zur Voraussetzung für die Arbeit als Tutor in einer Anamnesegruppe werden.

Addendum

Während der Fertigstellung dieser Dissertation trat eine neue ärztliche Approbationsordnung in Kraft. Änderungen in den Ausbildungsvorschriften beinhalten unter anderem eine Aufwertung der praktischen Erfahrungen im Umgang mit Patienten, insbesondere ärztlicher Kommunikationsfertigkeiten. Bereits in den ersten Semestern, welche bisher den theoretischen Grundlagenfächern vorbehalten waren, sollen die Studenten Kontakt zu Patienten haben und ihr Wissen im Patientengespräch umzusetzen lernen. Die konkrete Umsetzung der neuen Ausbildungsvorschriften obliegt den Universitäten, welchen in der Gestaltung des Curriculums viel Handlungsfreiheit gewährt wurde. Am Beispiel der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Ludwigs-Maximilians-Universität München soll exemplarisch ein Konzept vorgestellt werden, welchem die Verbindung von Patientengespräch und Wissensvermittlung gelungen ist (vgl. Ermann et al. 2006). In einem vorgeschalteten Modul 1 werden die Studenten im Rahmen einer einführenden Vorlesung mit dem bio-psycho-sozialen Modell vertraut gemacht und interviewen im Anschluss daran paarweise anhand eines Gesprächsleitfadens, der neben der eigentlichen Krankheit auch auf die psychische und soziale Situation des Patienten eingeht, einen somatisch erkrankten Patienten. Die Studenten protokollieren nicht nur das Gespräch, sondern auch ihre Gefühle und persönlichen Eindrücke während des Gesprächs, und besprechen diese in Kleingruppen von ca. sechs Personen mit einem Mitarbeiter der Abteilung. Hierbei sollen die Studenten lernen, Eindrücke, Erfahrungen und problematische Situationen zu reflektieren. Im darauf folgenden Modul geht es dann primär um die Vermittlung theoretischer Konzepte der psychosomatischen Medizin (Krankheitsgruppen, Störungsbilder, Ätiologie und Behandlung). Dabei wird anhand von Patientengesprächen/Patientenvideos stets auch ein besonderes Augenmerk auf die Dynamik des Arzt-Patienten-Gesprächs gelegt. Erste Erfahrungen mit dem Modul 1 zeigen, dass die Studenten einerseits sehr interessiert am Angebot des Patientengesprächs sind, zugleich werden aber auch Verunsicherungen und Ängste im Kontakt mit dem Patienten deutlich, die in der Kleingruppe durch interkommunikative Validierung aufgefangen und reduziert werden können. Oftmals tauchen während der Kleingruppenarbeit weitere Fragestellungen insbesondere auf der Handlungs- und Verständnisebene psychodynamischer Zusammenhänge auf (Erkennen und Bedeutung von Gegenübertragungsgefühlen!), die innerhalb des vorgegebenen zeitlichen Rahmens (3 Unterrichtsstunden) nicht hinreichend bearbeitet werden können. (pers. Mitteilung Dr. Dipl.-Psych. Christian Kinzel).

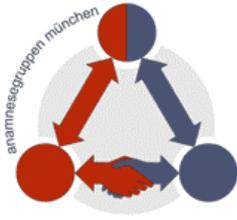
Die Teilnahme an den studentischen Anamnesegruppen könnte hier einen wichtigen Beitrag für die Konsolidierung und Vertiefung des in die Wege geleiteten Lern- und Verständnisprozesses leisten – unter der Voraussetzung, dass die Tutoren über entsprechende Kompetenzen verfügen und vermitteln können. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass hier ein größerer Schulungsbedarf besteht (Seminare, Supervision, studentische Balint-Gruppen).

Bibliographie

- Adler R., Hemmeler W. 1989. Praxis und Theorie der Anamnese. New York: Gustav Fischer Verlag
- Balint M. 1964. The Doctor, his Patient and the Illness. London: Pitman Medical Publishing Co.
- Balint, M. 1968. Erfahrungen mit Ausbildungs- und Forschungsseminaren. Psyche 9/1968: 679-688
- Balint M, Ball DM, Hare ML. 1969. Unterrichtung von Medizinstudenten in patientenzentrierter Medizin. Psyche 7/1060: 532-546
- Buchinger B. 1981. Konzeption und Evaluation des ärztlichen Anamnesegesprächs: Grundlagen, Forschungsstand und eigene Ergebnisse mit einem weiterentwickelten Messinstrument. Dissertation thesis. Philipps-Universität, Marburg
- Burger MD. 2000. Evaluation der Effektivität der Ulmer Anamnesegruppen im Studienjahr 1997/98. Universität Ulm, Ulm
- Egle UT. 1982. Die Arzt-Patienten-Beziehung als affektives Lernziel im Medizinstudium – Konzept und Evaluation der Anamnesegruppe. Philipps-Universität, Marburg
- Egle UT. 1983. Medizinstudium patientenzentriert gestalten. Ärztliche Praxis (Sonderdruck), 35. Jahrgang
- Ehlers WT, Harald C.; Czogalik, Dietmar. 1988. Bio-psycho-soziale Grundlagen der Medizin. Berlin Heidelberg: Springer Verlag
- Engel GL. 1962. Psychological Development in Health and Disease. Philadelphia and London: Saunders Company
- Ermann M. 1989. Der Beitrag der Psychoanalyse zur psychosomatischen Grundversorgung. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 34: 33-38
- Ermann M. 2004. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer
- Ermann M., Frick E., Kinzel C., Seidl O. 2006. Einführung in die Psychosomatik und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer
- Fehr MH. 1988. Einstellungsänderungen von Bonner Medizinstudent(inn)en gegenüber Patient(inn)en, Bonn
- Fallowfield L. et al. 1998. Teaching Senior Oncologists Communication Skills: Results From Phase I of a Comprehensive Longitudinal Program in the United Kingdom. Journal of Clinical Oncology 16: 1961-1968
- Gordon T, Edwards W. 1999. Patientenkonferenz. Ärzte und Kranke als Partner. München: Wilhelm Heyne Verlag
- Haferlach T. 1994. Das Arzt-Patient-Gespräch. Ärztliches Sprechen in Anamnese, Visite und Patientenaufklärung. München: Zuckschwerdt Verlag
- Häussler S. 1987. Warum der Praxisalltag in die Medizinerbildung gehört. München: Werk-Verlag Dr. Edmund Banaschewski

- Hellenkamp W. 1984. Das „Projekt“ studentischer Tutorengruppen im Modellversuch "Studienbegleitendes, praxisorientiertes Ausbildungsmodell Allgemeinmedizin" des Instituts für Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt; Patientenorientierte Arbeitsweise als Lerngegenstand, Frankfurt a.M.
- Johnson AH. 2004. Essential Characteristics of Effective Balint Group Leadership. *Fam Med* 36
- Kirzinger D. 1983. Das medizinische Anliegen der POM (patientenorientierte Medizin) in Würzburg. Julius-Maximilians-Universität, Würzburg
- Kjeldmand D. 2004. Balint training makes GPs thrive better in their job. *Patient Education and Counseling* 55
- König LE. 1996. Interaktion zwischen Studenten und Patienten im Anamnesegespräch. Johann Wolfgang von Goethe-Universität, Frankfurt am Main
- Loew T. 1989. Anamnesegruppen: Patientenzentrierte Medizin erleben. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft
- Luban-Plozza BK, Lothar; Dickhaut, Hans. 1990. Der Arzt als Arznei. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Martius B. 1983. Planung und Evaluation eines vierzehntägigen Kleingruppen-Unterrichts zur Vermittlung von Elementen der patientenorientierten Medizin anhand der Anamneseerhebung. Philipps-Universität, Marburg
- Meerwein F. 1986. Das ärztliche Gespräch. Bern: Verlag Hans Huber
- Mohammadreza H. 2002. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *American Journal of Psychiatry* 159
- Nassauer G. 1989. Konzept und Evaluation der Einstellungsänderung im Verlauf eines Jahres patientenzentriertes Anamnesegruppenarbeit. Philipps-Universität, Marburg
- Nestel DK, Jane. 2003. Peer tutoring in patient-centered interviewing skills: experience of a project for first-year students. *Medical teacher* 25
- Nestel DK, Jane. 2005. Peer assisted learning in patient-centered interviewing: the impact on student tutors. *Medical Teacher* 27
- Reimer C. 1994. Ärztliche Gesprächsführung. Berlin: Springer Verlag
- Rieger C. 1991. Zur Vermittlung psychosomatischen Grundwissens – der Stellenwert der Anamnesegruppen. Friedrich-Alexander-Universität, Erlangen-Nürnberg
- Santarelli A. 1983. Praxis und Problematik der POM (Patientenorientierter Medizin) in Würzburg. Bayrische Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Würzburg
- Schroer B. 1990. Wirkung der Teilnahme in einer Anamnesegruppe auf Patienten und Studenten, Bonn
- Schüffel W. 1983. Sprechen mit Kranken. München-Wien-Baltimore: Urban und Schwarzenberg
- Schüffel W, Egle U, Schneider A. 1983. Studenten sprechen mit Kranken. Anamnesegruppen als Ausbildungsform. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 125: 845-848
- Schüffel W, Brucks U, Johnen, R, Koellner, V, Lamprecht, F, Schnyder, U. 1998. Handbuch der Salutogenese: Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical

- Schüffel W. 1999. Abschied von Marburg. Ein-, Ausblicke mit Visionen eines „Anamnesegruppenvaters“. POM – Zeitschrift für Patientenorientierte Mediziner Ausbildung 16: 17-24
- Siegrist J. 1988. Medizinische Soziologie. 4. Auflage. München: Urban und Schwarzenberg
- Steinmann S. 1999. Wirkung der Teilnahme an einer Anamnesegruppe auf Patienten und Studierende unter besonderer Berücksichtigung nonverbaler Kommunikation. Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn
- Stucke W. 1990. Die Balint-Gruppe. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
- Topping KJ. 2005. Trends in Peer Learning. Educational Psychology 25: 631-645
- Uexküll T. von. 1963. Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Reinbeck bei Hamburg: Rowolt Taschenbuch Verlag
- Uexküll T. von. 2003. Psychosomatische Medizin. München: Urban und Fischer Verlag
- Wilker F-W, Bischoff, C; Novak, P (Hrsg.). 1994. Medizinische Psychologie. Medizinische Soziologie. München: Urban und Schwarzenberg



Arbeitsgruppe
**Kommunikative Kompetenz im
 Medizinstudium**

Leitung: *Dr. Dipl.Psych. Ch.Kinzel,
 Th. Köglspurger*
 Abt. Psychotherapie und Psychosomatik
 der Psychiatrischen Klinik
 Nußbaumstr. 7 - 80336 München - Tel.:
 089/5160 3358



Fragebogen für AnamnesegruppenteilnehmerInnen

Code: die ersten drei Buchstaben des Vornamens der **Mutter:**

die ersten drei Buchstaben des Vornamens des **Vaters:**

Gruppencode:

die ersten drei Buchstaben des Vornamens der **Mutter eines Tutors:**

die ersten drei Buchstaben des Vornamens der **Mutter des anderen Tutors:**

A. Persönliche Angaben:

1. Ihr **Geburtsjahr:** _____

2. Ihr **Geschlecht:** Männlich Weiblich

3. Ihr **Studienfach:** Medizin Psychologie oder _____

4. In welchem **Fachsemester** studieren Sie momentan ?

_____ Fachsemester

5. Haben Sie zuvor **schon einmal** an einer Anamnesegruppe **teilgenommen** ?

Ja Nein

6. **Wenn ja, wie viele Semester** haben Sie bisher an einer Anamnesegruppe teilgenommen ?

_____ Semester.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft völlig zu
5. Die Tutoren sollen der Gruppe Einsicht und Wissen vermitteln über:		
▪ Anamnesetechnik und Gesprächsführung	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
▪ Klinik und Krankheitsbilder	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
▪ Gruppendynamische Prozesse	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
6. Die Tutoren sollen mir helfen, mein Verhalten und meine Gefühle (Patienten und anderen Gruppenmitgliedern gegenüber) besser zu verstehen.	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
7. Die Tutoren sollen mich im Fall einer Diskussion vor Angriffen anderer Teilnehmer schützen.	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
8. Die Tutoren sollen mich ermutigen und mich unterstützen	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
9. Tutoren sollen mir meine Stärken nahe bringen.		
10. Die Tutoren sollen Gruppenprozesse ansprechen und erklären (Beispielsweise Auseinandersetzungen zwischen Gruppenteilnehmern).	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
11. Ich erwarte mir von Tutoren, dass sie die Gruppe zusammenhalten.	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
12. Ich erwarte mir von Tutoren, dass sie einen Raum schaffen, in dem Kritik möglich ist.	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
13. Ich erwarte mir von Tutoren, dass sie selbst kritikfähig sind.	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
14. Ich erwarte mir von den Tutoren am ehesten einen (<u>Bitte bewerten Sie beide Aussagen !!</u>)		
▪ teilnehmerbezogener Stil (Tutoren kümmern sich hauptsächlich um die Belange der Gruppenteilnehmer, deren Gefühle und Meinungen)	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
▪ aufgabenbezogener Stil (Tutoren kümmern sich hauptsächlich um sachbezogene Belange, wie beispielsweise Gesprächstechniken)	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
15. Die Tutoren sollen in ihrem Verständnis (Anamnesegespräch und Gruppenprozess betreffend) der Gruppe einen Schritt voraus sein.	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
16. Die Tutoren sollen sich aus dem Gruppengespräch so weit wie möglich raushalten. Ablauf und Gesprächsthema sollen die Gruppenteilnehmer selbst bestimmen.	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○
17. Tutoren sind ganz normale Gruppenmitglieder.	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○

7. In welchem Studienabschnitt sollte Ihrer Meinung nach das **Erlernen von Kompetenzen im Bereich der Arzt-Patient-Beziehung** beginnen ?
Bitte nur eine Antwort ankreuzen !)

- Vorklinischer Studienabschnitt (1. Abschnitt)
- Theoretisch-klinischer Abschnitt (2. und 3. Abschnitt)
- PJ (Turnus)

8. Welchen Anteil in Prozent sollten folgende **Bereiche in der Ausbildung von Medizinstudenten** Ihrer Meinung nach beanspruchen ?

- Reflexion von Gefühlen und Einstellungen _____ %
- Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten _____ %
- Vermittlung von Wissen _____ %

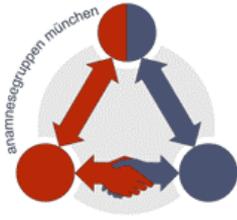
Gesamt: 100 %

9. Welche Bedeutung haben Ihrer Meinung nach folgende **Prozesse während einer Anamneseerhebung** (Anteil in Prozent) ?

- Gewinnung von Sachinformationen _____ %
- Aufbau einer Beziehung zwischen Arzt und Patient _____ %
- Herstellen eines Sinnzusammenhangs zwischen der Sachebene und der Beziehungsebene. _____ %

Gesamt: 100 %

Vielen Dank für eure Mithilfe !!



Arbeitsgruppe
**Kommunikative Kompetenz im
 Medizinstudium**

Leitung: *Dr. Dipl.Psych. Ch.Kinzel,
 Th. Köglspurger*
 Abt. Psychotherapie und Psychosomatik
 der Psychiatrischen Klinik
 Nußbaumstr. 7 - 80336 München - Tel.:
 089/5160 3358



Fragebogen für AnamnesegruppentutorInnen

Code: die ersten drei Buchstaben des Vornamens der **Mutter:**

die ersten drei Buchstaben des Vornamens des **Vaters:**

Gruppencode:

die ersten drei Buchstaben des Vornamens der **Mutter eines Tutors:**

die ersten drei Buchstaben des Vornamens der **Mutter des anderen Tutors:**

A. Persönliche Angaben:

Ihr **Geburtsjahr:** _____

Ihr **Geschlecht:** Männlich Weiblich

Ihr **Studienfach:** Medizin Psychologie oder _____

In welchem **Fachsemester** studieren Sie momentan ?

_____ Fachsemester

Haben Sie an einem **Tutorentaining** teilgenommen ?

Ja Nein

Haben Sie zuvor **schon einmal** eine Anamnesegruppe **geleitet** ?

Ja Nein

Wenn ja, wie viele Semester haben Sie bisher eine Anamnesegruppe geleitet ?

_____ Semester.

3. Die folgenden Aussagen beschreiben **Gründe, warum die Teilnahme an Anamnesegruppen für Studenten hilfreich sein kann. Wie wichtig** sind dabei die folgenden Prozesse **Ihrer Meinung nach** für den Lernerfolg der Gruppenteilnehmer (**Bitte bewerten Sie alle Prozesse !!**) ?

- Die Teilnehmer lernen **Methode und Technik der Gesprächsführung und Anamneseerhebung.**
- Die Teilnehmer lernen, ihre **Gefühle und Phantasien (Unbewusste Prozesse) wahrzunehmen und konstruktiv zu nutzen.**
- Die Teilnehmer lernen durch **Imitation** der Tutoren und der anderen Gruppenteilnehmer (Lernen am Modell)
- Die Teilnehmer machen **Erfahrungen** im Gespräch mit Patienten und bauen somit Ängste durch Desensibilisierung ab.

4. Die folgenden Aussagen beschreiben **Gründe, warum die Teilnahme an Anamnesegruppen für Studenten hilfreich sein kann.** Welchen Anteil in Prozent haben die folgenden Prozesse Ihrer Meinung nach am Gesamtlernerfolg ?

- Feedback der Tutoren _____ %
- Feedback der Gruppenteilnehmer _____ %
- Gesprächserfahrung unabhängig vom Feedback der Tutoren oder der Gruppe _____ %

Gesamt: 100 %

5. Ich verhalte mich in der Anamnesegruppe **eher intuitiv** und ohne viel darüber nachzudenken.

trifft überhaupt nicht zu	trifft völlig zu
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

6. Ich habe für meine Arbeit in Anamnesegruppen eine **Methode**, die ich systematisch anwende.

7. Ich bin mit **Konzepten und Methoden aus Psychotherapie und Psychoanalyse** (z.B. Übertragungs- und Widerstandsanalyse, Ich-Funktion, Objektbeziehung) **vertraut**.

8. Ich finde **Konzepte und Methoden aus Psychotherapie und Psychoanalyse** (z.B. Übertragungs- und Widerstandsanalyse, Ich-Funktion, Objektbeziehung) **hilfreich** für meine Arbeit in Anamnesegruppen.

9. Ich möchte Gruppenteilnehmern **etwas beibringen**.

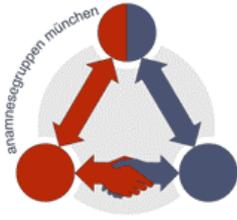
10. Ich finde, manchmal ist es **besser**, Gruppenteilnehmern eine **Erkenntnis zu vermitteln**, als sie darüber diskutieren zu lassen.

G. Position der Tutoren innerhalb der Anamnesegruppe

Die Fragen aus diesem Abschnitt beziehen sich auf Ihre Einstellungen zu der Position der Tutoren innerhalb einer Anamnesegruppe. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen, inwiefern für Sie zutreffend. Wenn Sie bisher noch keine Anamnesegruppe geleitet haben, bewerten Sie die Aussagen entsprechend der Art und Weise, wie Sie die momentan beginnende Gruppe leiten möchten.

	trifft überhaupt nicht zu			trifft völlig zu		
1. Ich mache Vorschläge, worüber die Gruppe im Nachgespräch diskutieren könnte , wenn ich denke, ein Thema ist wichtig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich diskutiere oft inhaltlich mit im Gespräch und sage dabei meine Meinung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich mache mir oft Gedanken über meine Position in der Gruppe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich versuche bewusst eine Position außerhalb der Gruppe einzunehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich bin auch außerhalb der Gruppe mit Teilnehmern befreundet und wir unternehmen oft etwas gemeinsam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich bin verantwortlich , dass der Patient das Gespräch unbeschadet übersteht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich bin verantwortlich , dass die Gruppe bestehen bleibt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ich betrachte mich als ganz normales Gruppenmitglied.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Eine ungeleitete Anamnesegruppe (ohne Tutoren) wäre für die Gruppenteilnehmer genauso hilfreich, wie eine geleitete Gruppe (mit Tutoren).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Im Vergleich zu den Teilnehmern verfüge ich über:						
▪ eine bessere Anamnesetechnik und Gesprächsführung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▪ eine bessere Selbsteinschätzung in der Arzt-Patient-Beziehung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▪ eine bessere Kenntniss in Patientenorientierter Medizin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Wie würden <u>Sie selbst Ihre Kompetenzen im Bereich der Anamneseerhebung</u> einschätzen ? Bitte geben Sie sich selbst eine Note von 1-6 (1 = sehr gut, 6 = ungenügend).	1	2	3	4	5	6

Vielen Dank für eure Mithilfe !!



Arbeitsgruppe
**Kommunikative Kompetenz im
 Medizinstudium**

Leitung: *Dr. Dipl.-Psych. Ch.Kinzel,
 Th. Köglspurger*

Abt. Psychotherapie und Psychosomatik
 der Psychiatrischen Klinik

Nußbaumstr. 7 - 80336 München - Tel.:
 089/5160 3358



Fragebogen für AnamnesegruppenteilnehmerInnen

Code: die ersten drei Buchstaben des Vornamens der **Mutter:**

die ersten drei Buchstaben des Vornamens des **Vaters:**

Gruppencode:

die ersten drei Buchstaben des Vornamens der **Mutter eines Tutors:**

die ersten drei Buchstaben des Vornamens der **Mutter des anderen Tutors:**

A. Persönliche Angaben:

1. Ihr **Geburtsjahr:** _____

2. Ihr **Geschlecht:** Männlich Weiblich

3. Ihr **Studienfach:** Medizin Psychologie oder _____

4. In welchem **Fachsemester** studieren Sie momentan ?

_____ Fachsemester

- 6a. Die Tutoren sollen mir **helfen, mein Verhalten und meine Gefühle** (Patienten und anderen Gruppenmitgliedern gegenüber) **besser zu verstehen**.
- 6b. *Inwieweit wurde dieser Bereich von den Tutoren umgesetzt ?*
- 7a. Die Tutoren sollen **mich** bei Diskussion vor Angriffen anderer Teilnehmer **schützen**.
- 7b. *Inwieweit wurde dieser Bereich von den Tutoren umgesetzt ?*
- 8a. Die Tutoren sollen mich **ermutigen** und mich **unterstützen**.
- 8b. *Inwieweit wurde dieser Bereich von den Tutoren umgesetzt ?*
- 9a. Die Tutoren sollen mir **meine Stärken nahe bringen**.
- 9b. *Inwieweit wurde dieser Bereich von den Tutoren umgesetzt ?*
- 10a. Die Tutoren sollen **Gruppenprozesse ansprechen und erklären**. (Beispielsweise Auseinandersetzungen zwischen Gruppenteilnehmern).
- 10b. *Inwieweit wurde dieser Bereich von den Tutoren umgesetzt ?*
- 11a. Die Tutoren sollen **die Gruppe zusammenhalten**.
- 11b. *Inwieweit wurde dieser Bereich von den Tutoren umgesetzt ?*
- 12a. Die Tutoren sollen einen Raum schaffen, in dem **dem Kritik möglich ist**.
- 12b. *Inwieweit wurde dieser Bereich von den Tutoren umgesetzt ?*
- 13a. Die Tutoren sollen **selbst kritikfähig sein**.
- 13b. *Inwieweit wurde dieser Bereich von den Tutoren umgesetzt ?*
- 15a. Die Tutoren sollen **in ihrem Verständnis** (Anamnesegespräch und Gruppenprozess betreffend) der Gruppe einen Schritt **voraus sein**.
- 15b. *Inwieweit wurde dieser Bereich von den Tutoren umgesetzt ?*
- 16a. Die Tutoren sollen sich aus dem Gruppengespräch **so weit wie möglich rausgehalten**. Ablauf und Gesprächsthema sollen die Gruppenteilnehmer selbst bestimmen.
- 16b. *Inwieweit wurde dieser Bereich von den Tutoren umgesetzt ?*
- 17a. Tutoren sind **ganz normale Gruppenmitglieder**.
- 17b. *Inwieweit wurde dieser Bereich von den Tutoren umgesetzt ?*

12. Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie **Patientengeschichten stärker beschäftigen**, als Sie das eigentlich möchten ?

F. Psychosoziale Medizin.

Der folgende Abschnitt bezieht sich auf Ihre Einstellungen zu psycho-sozialen Fragestellungen in der Medizin. Bitte bewerten Sie die Aussagen, inwieweit für Sie zutreffend.

- | | Überhaupt
nicht | | | | | Sehr
stark |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Im Patientengespräch interessieren mich neben der Symptomatik auch die Lebensgeschichte und das Lebensumfeld des Patienten. | <input type="radio"/> |
| 2. Im Patientengespräch interessiert mich neben der verbalen Ebene (das was der Patient sagt) auch die non-verbale Ebene (wie der Patient etwas sagt) | <input type="radio"/> |
| 3. Halten Sie es für Ihre Arbeit mit Patienten für relevant, worin der Patient die Ursache seiner Erkrankung sieht ? | <input type="radio"/> |
| 4. Halten Sie die Art und Weise der Anamneseerhebung für die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung für relevant ? | <input type="radio"/> |
| 5. Sind Sie der Auffassung, das Erlernen von Kompetenzen im Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation sollte Pflichtbestandteil in der Ausbildung von Medizinstudenten sein ? | <input type="radio"/> |
| 6. In welcher Form sollte das Erlernen von Kompetenzen im Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation durchgeführt werden ? (Bitte bewerten Sie alle Bereiche !!) | | | | | | |
| ▪ Klassische Ausbildung (Vorlesung, Seminar, Praktikum, Theoretische Prüfung) | <input type="radio"/> |
| ▪ Überwiegend in Praktikumsgruppen, die von Fachdozenten geleitet werden. | <input type="radio"/> |
| ▪ Überwiegend in Praktikumsgruppen, die von Studenten geleitet werden. | <input type="radio"/> |
| 7. In welchem Studienabschnitt sollte Ihrer Meinung nach das Erlernen von Kompetenzen im Bereich der Arzt-Patient-Beziehung beginnen ? (Bitte nur eine Antwort ankreuzen !) | | | | | | |
| ▪ Vorklinischer Studienabschnitt (1. Abschnitt) | | | | | | <input type="radio"/> |
| ▪ Theoretisch-klinischer Abschnitt (2. und 3. Abschnitt) | | | | | | <input type="radio"/> |
| ▪ PJ (Turnus) | | | | | | <input type="radio"/> |

8. Welchen Anteil in Prozent sollten folgende **Bereiche in der Ausbildung von Medizinstudenten** Ihrer Meinung nach beanspruchen ?

- Reflexion von Gefühlen und Einstellungen _____ %
- Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten _____ %
- Vermittlung von Wissen _____ %

Gesamt: 100 %

9. Welche Bedeutung haben Ihrer Meinung nach folgende **Prozesse während einer Anamneseerhebung** (Anteil in Prozent) ?

- Gewinnung von Sachinformationen _____ %
- Aufbau einer Beziehung zwischen Arzt und Patient _____ %
- Herstellen eines Sinnzusammenhanges zwischen der Sachebene und der Beziehungsebene. _____ %

Gesamt: 100 %

1. **Wie zufrieden waren Sie** mit der Anamnesegruppe insgesamt ? Bitte markieren Sie dazu einen Wert auf der folgenden Skala (0% = überhaupt nicht zufrieden, 100% absolut zufrieden)

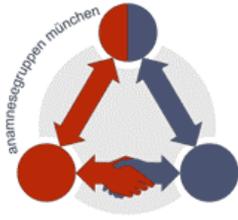


2. Wie schätzen Sie Ihren persönlichen **Kompetenzzuwachs durch die Anamnesegruppe im Bereich der Anamneseerhebung** ein ? Bitte markieren Sie auf der folgenden Skala **Ausgangswert** (vor der Teilnahme an der Anamnesegruppe) mit einem **X** und den **Endwert** (nach der Teilnahme an der Anamnesegruppe) mit einem **O**. (0% = ungenügende Kompetenzen, 100% = sehr gute Kompetenzen)



3. **Anregungen für Auswertung und zukünftige Anamnesegruppen**

Vielen Dank für eure Mithilfe !!



Arbeitsgruppe
**Kommunikative Kompetenz im
 Medizinstudium**

Leitung: *Dr. Dipl.Psych. Ch.Kinzel,*
Th. Köglspurger
 Abt. Psychotherapie und Psychosomatik
 der Psychiatrischen Klinik
 Nußbaumstr. 7 - 80336 München - Tel.:
 089/5160 3358



Fragebogen für AnamnesegruppentutorInnen

Code: die ersten drei Buchstaben des Vornamens der **Mutter:**

die ersten drei Buchstaben des Vornamens des **Vaters:**

Gruppencode:

die ersten drei Buchstaben des Vornamens der **Mutter eines Tutors:**

die ersten drei Buchstaben des Vornamens der **Mutter des anderen Tutors:**

A. Persönliche Angaben:

Ihr Geburtsjahr: _____

Ihr Geschlecht: Männlich Weiblich

Ihr Studienfach: Medizin Psychologie oder _____

In welchem **Fachsemester** studieren Sie momentan ?

_____ Fachsemester

3. Die folgenden Aussagen beschreiben **Gründe, warum die Teilnahme an Anamnesegruppen für Studenten hilfreich sein kann. Wie wichtig** sind dabei die folgenden Prozesse **Ihrer Meinung nach** für den Lernerfolg der Gruppenteilnehmer (**Bitte bewerten Sie alle Prozesse !!**) ?

- Die Teilnehmer lernen **Methode und Technik der Gesprächsführung und Anamneseerhebung.**
- Die Teilnehmer lernen, ihre **Gefühle und Phantasien (Unbewusste Prozesse) wahrzunehmen und konstruktiv zu nutzen.**
- Die Teilnehmer lernen durch **Imitation** der Tutoren und der anderen Gruppenteilnehmer (Lernen am Modell)
- Die Teilnehmer machen **Erfahrungen** im Gespräch mit Patienten und bauen somit Ängste durch Desensibilisierung ab.

4. Die folgenden Aussagen beschreiben **Gründe, warum die Teilnahme an Anamnesegruppen für Studenten hilfreich sein kann.** Welchen Anteil in Prozent haben die folgenden Prozesse Ihrer Meinung nach am Gesamtlernerfolg ?

- Feedback der Tutoren _____ %
- Feedback der Gruppenteilnehmer _____ %
- Gesprächserfahrung unabhängig vom Feedback der Tutoren oder der Gruppe _____ %

Gesamt: 100 %

5. Ich verhalte mich in der Anamnesegruppe **eher intuitiv** und ohne viel darüber nachzudenken.

trifft überhaupt nicht zu	trifft völlig zu
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

6. Ich habe für meine Arbeit in Anamnesegruppen eine **Methode**, die ich systematisch anwende.

7. Ich bin mit **Konzepten und Methoden aus Psychotherapie und Psychoanalyse** (z.B. Übertragungs- und Widerstandsanalyse, Ich-Funktion, Objektbeziehung) **vertraut**.

8. Ich finde **Konzepte und Methoden aus Psychotherapie und Psychoanalyse** (z.B. Übertragungs- und Widerstandsanalyse, Ich-Funktion, Objektbeziehung) **hilfreich** für meine Arbeit in Anamnesegruppen.

9. Ich möchte Gruppenteilnehmern **etwas beibringen**.

10. Ich finde, manchmal ist es **besser**, Gruppenteilnehmern eine **Erkenntnis zu vermitteln**, als sie darüber diskutieren zu lassen.

G. Position der Tutoren innerhalb der Anamnesegruppe

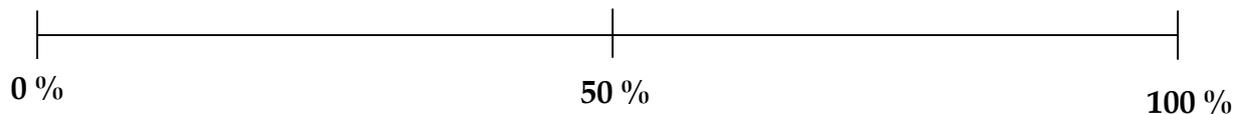
Die Fragen aus diesem Abschnitt beziehen sich auf Ihre Einstellungen zu der Position der Tutoren innerhalb einer Anamnesegruppe. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen, inwiefern für Sie zutreffend.

	trifft überhaupt nicht zu			trifft völlig zu		
1. Ich mache Vorschläge, worüber die Gruppe im Nachgespräch diskutieren könnte , wenn ich denke, ein Thema ist wichtig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich diskutiere oft inhaltlich mit im Gespräch und sage dabei meine Meinung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich mache mir oft Gedanken über meine Position in der Gruppe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich versuche bewusst eine Position außerhalb der Gruppe einzunehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich bin auch außerhalb der Gruppe mit Teilnehmern befreundet und wir unternehmen oft etwas gemeinsam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich bin verantwortlich , dass der Patient das Gespräch unbeschadet übersteht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich bin verantwortlich , dass die Gruppe bestehen bleibt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ich betrachte mich als ganz normales Gruppenmitglied.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Eine ungeleitete Anamnesegruppe (ohne Tutoren) wäre für die Gruppenteilnehmer genauso hilfreich, wie eine geleitete Gruppe (mit Tutoren).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Im Vergleich zu den Teilnehmern verfüge ich über:						
▪ eine bessere Anamnesetechnik und Gesprächsführung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▪ eine bessere Selbsteinschätzung in der Arzt-Patient-Beziehung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▪ eine bessere Kenntniss in Patientenorientierter Medizin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Wie würden <u>Sie selbst Ihre Kompetenzen im Bereich der Anamneseerhebung</u> einschätzen ? Bitte geben Sie sich selbst eine Note von 1-6 (1 = sehr gut, 6 = ungenügend).	1	2	3	4	5	6

1. **Wie zufrieden** waren **Ihre Teilnehmer** im Durchschnitt mit der vergangenen Anamnesegruppe **Ihrer Meinung nach** insgesamt ? Bitte markieren Sie dazu einen Wert auf der folgenden Skala (0% = überhaupt nicht zufrieden, 100% absolut zufrieden)



2. **Wie zufrieden** waren **Sie persönlich** mit der vergangenen Anamnesegruppe insgesamt ? Bitte markieren Sie dazu einen Wert auf der folgenden Skala (0% = überhaupt nicht zufrieden, 100% absolut zufrieden)



2. Wie schätzen Sie den **Kompetenzzuwachs für die Teilnehmer durch die Anamnesegruppe im Bereich der Anamneseerhebung** im Durchschnitt ein ? Bitte markieren Sie auf der folgenden Skala **Ausgangswert** (vor der Teilnahme an der Anamnesegruppe) mit einem **X** und den **Endwert** (nach der Teilnahme an der Anamnesegruppe) mit einem **O**. (0% = ungenügende Kompetenzen, 100% = sehr gute Kompetenzen)



3. **Anregungen für Auswertung und zukünftige Anamnesegruppen**

Vielen Dank für eure Mithilfe !!

Lebenslauf Bettina Hils

Persönliche Daten

Name	Bettina Hils
Anschrift	Anzengruberstr. 36 84416 Taufkirchen/Vils
Geburtsdatum	21.01.1979
Geburtsort	Landshut
Familienstand:	ledig
Staatsangehörigkeit:	deutsch

Schulischer Bildungsweg

09/85-07/89	Grundschule Taufkirchen/Vils
09/89-06/96	Gymnasium Dorfen
08/96-07/97	Lindale High School, Texas
09/98-06/00	Luisengymnasium, München, Abitur

Studium

10/00-04/07	Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität, München
09/02	Ärztliche Vorprüfung
08/03	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
09/05	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
04/07	Ärztliche Prüfung

Berufliche Erfahrung

07/07-05/08	Assistenzärztin in der ZNA, Klinikum Schwabing, München
Seit 06/08	Assistenzärztin in der Abteilung für Hämatologie, Onkologie, Palliativ- medizin, Infektiologie und Tropenmedizin, Klinikum Schwabing, München

München, 30. Juli 2009