

„Höchste fachliche Kompetenz und Menschenfreundlichkeit“ – Diskrepanz zwischen Studier- und Berufsfähigkeit

Eine qualitative Studie

“Highest Professional Competence and Philanthropy” – Gap Between Ability to Study and to Work

A Qualitative Study

Anne Simmenroth-Nayda, Alexander Palant, Vivien Weiß

Hintergrund: Von Ärzten wird traditionell ein hohes Maß an fachlichen und menschlichen Fähigkeiten erwartet. Medizinabsolventen beklagen regelmäßig, dass große Teile des im Studium vermittelten Wissens für den Arztberuf nicht mehr relevant seien und im Berufsalltag eher Kompetenzen wie Teamfähigkeit und kommunikatives Geschick verlangt würden. Ein hochschuleigenes Auswahlverfahren (Adh) bietet die Möglichkeit, abgesehen von der Abiturnote, auf persönliche Eigenschaften von Bewerbern zu fokussieren. In diesem Kontext sollte die Befragung von Abteilungsdirektoren der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) erheben, welche Eigenschaften ein erfolgreicher Medizinstudierender mitbringen sollte, und was für die Befragten in diesem Zusammenhang einen „guten Arzt“ ausmacht.

Methoden: Im Rahmen der Reform des AdH sollten alle 61 Abteilungsdirektoren inhaltlich mit einbezogen werden und wurden vom Studiendekan schriftlich aufgefordert, stichwortartig zu zwei Fragen Stellung zu nehmen: „Welche persönlichen Eigenschaften braucht man heute, um erfolgreich Medizin zu studieren?“ und „Was macht Ihrer Meinung nach einen ‚guten Arzt‘ aus?“ Die Antworten wurden anhand der Methode der „zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse“ in einem interprofessionellen Team qualitativ ausgewertet.

Ergebnisse: Es antworteten 50 % der angeschriebenen Abteilungsdirektoren. Stark diskrepante Aussagen zur Studier- und Berufsfähigkeit wurden deutlich: Der Arztberuf war durch hohe idealistische Attribute wie „umfassende Empathie und Menschenliebe“ charakterisiert, gleichzeitig sollte eine „hohe Fachkompetenz auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand“ vorhanden sein. Von den Studierenden wiederum wurde erwartet, dass sie „überdurchschnittlich leistungsfähig, fleißig und beständig“ seien,

Background: Patients usually expect a high level of human abilities and professional skills from their doctors. Medicine graduates on the other hand complain regularly that large parts of the knowledge imparted in their studies are no longer relevant when entering the medical profession. Instead, abilities as teamwork and communicative skills are more significant. An internal university-selection procedure offers the possibility to focus on personal characteristics of the candidates instead only on the final school grades. In this context, a survey of department heads was conducted to analyze, which personal attitudes and skills a medical student should possess and what “being a good doctor” means for the interviewed.

Methods: As part of the reform of internal selection procedure, all department directors of Göttingen University Medical Center should participate in the process and were invited by the vice-dean to answer two questions in written form: 1) what personal characteristics are needed to successfully study medicine? 2) in your opinion, what makes a “good doctor”? The statements were evaluated according to the concept of „summary qualitative content analysis“ by an inter-professional research team.

Results: The response rate was 50 %. We found significant discrepancies between statements about the “ideal student” and the “ideal doctor”. The medical profession was usually characterized by high idealistic attributes such as „comprehensive empathy and philanthropy“ and „high level of medical expertise“. Students were expected to be „above average efficient, hardworking and resistant“ and have a „very good memory and ability to think in a structured way“. A small overlap was found in the categories of „resilience“, „intelligence“ and „integrity“.

Conclusions: The discrepancy should lead us to focus on social and communicative skills in our admission pro-

ein „sehr gutes Gedächtnis haben und sich gut strukturieren“ können. Eine geringe Schnittmenge ergab sich bei den Kategorien „Belastbarkeit“, „Intelligenz“ und „integre Haltung“.

Schlussfolgerungen: Die Diskrepanz zwischen der Studier- und Berufsfähigkeit führte zu einer neuen Schwerpunktsetzung des AdH: Soziale und kommunikative Kompetenzen der Bewerber wurden fokussiert; die aufgezeigte Diskrepanz soll zu einer erneuten Reflexion des Göttinger Curriculums führen.

Schlüsselwörter: persönliche Merkmale; Medizinstudent; Professionalität; klinische Kompetenz; qualitative Inhaltsanalyse; ärztliche Rolle

cedure. The medical curriculum in Göttingen should again be reflected.

Keywords: personal attributes; medical student; professional competence; qualitative content analysis; physicians' role

Einleitung

Ärzte liegen in der Wertschätzung der Bevölkerung in Deutschland immer noch an erster Stelle und es werden ihnen hohe fachliche und menschliche Fähigkeiten zugesprochen [1]. Die Frage, was ein „guter Arzt“ können müsste oder welche Persönlichkeitsmerkmale der „ideale Arzt“ haben sollte, hat immer wieder die Gemüter bewegt. So wurden in den 70er Jahren mit den „CanMEDS-Rollen“ [2] sieben Kernkompetenzen für den „medical expert“ formuliert, die seither mehrfach an die wechselnden gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Bedingungen angepasst wurden. Patterson et al. definierten 2013 für Großbritannien ein neues Kompetenzmodell für primärärztlich tätige Ärzte [3, 4], das in einem umfangreichen Delphi-Prozess unter Einbeziehung aller Entscheidungsträger im britischen Gesundheitswesen entstand. Es besteht aus elf Kompetenzdomänen, die zum großen Teil deckungsgleich mit den CanMEDS-Rollen sind.

In Deutschland haben diese Modelle noch wenig Resonanz erfahren, z.B. sind die CanMEDS-Rollen nur an wenigen Fakultäten im Kontext der medizinischen Ausbildung und der Medizindidaktik bekannt [5]. In Zukunft kann der auf den CanMEDS-Rollen basierende „Nationale, kompetenzbasierte Lernzielkatalog für Medizin“ (NKLM) [6] hier eine Lücke schließen: Er wurde bereits 2015 als Empfehlung an die deutschen Medizinfakultäten gebracht. In der Approbationsordnung für Ärzte [7] bleiben Fragen zu konkreter Kompetenz von zukünftigen Ärzten sehr vage, so heißt es dort im Vorwort lediglich: „Ziel der ärzt-

lichen Ausbildung ist der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbstständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist. Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind.“ Eine systematische wissenschaftliche Auseinandersetzung oder gar ein Konsensus darüber, was ein „guter Arzt“ ist, steht für Deutschland – abgesehen von sehr guten populärwissenschaftlichen Ausführungen z.B. vom Sozialpsychiater Klaus Dörner („Der gute Arzt“ [8]) oder von Jürgen von Troschke („Die Kunst, ein guter Arzt zu werden“ [9]) – noch aus [10]. Aus interdisziplinärer Sicht hat erstmals Claudia Witt die Ergebnisse eines Berliner Symposiums zu dieser Frage im Jahr 2010 zusammengestellt [11].

Zwingende Voraussetzung des „Arztseins“ ist zunächst das erfolgreiche Absolvieren des Medizinstudiums. Der Zugang zum Studium, dessen Beliebtheit nach wie vor ungebrochen hoch ist, wird in Deutschland hauptsächlich durch den Numerus clausus gesteuert. Das Studium selbst ist geprägt von hoher Lernlast und Stoffdichte, starker Verschulung und zahlreichen Prüfungen. Es stellt sich die Frage, inwiefern dies den Erfordernissen „zur eigenverantwortlichen und selbstständigen ärztlichen Berufsausübung“ oder des „guten Arzt-seins“ überhaupt gerecht werden kann. Absolventen beklagen zumindest, dass der „Sprung ins kalte Wasser“ der Arbeitswelt enorm sei: Kompetenzen und Inhalte, die im Studium erworben wurden,

sind zum großen Teil nicht mehr relevant. Hingegen werden andere Eigenschaften wie kommunikative Kompetenz, Problemlösungsfähigkeit, Zeitmanagement und Verantwortungsübernahme benötigt, die laut Absolventen im Studium nur unzureichend vermittelt werden, wie frisch approbierte Ärzte in einer Umfrage berichten [13].

Forschungsfrage

Die Frage nach der Studierfähigkeit („ein guter Student sein“) – und der bereits unmittelbar danach erforderlichen Berufsfähigkeit („ein guter Arzt sein“) – stellt sich aktuell besonders den Fakultäten, die über ein hochschuleigenes Auswahlverfahren bzw. das erwünschte Profil der Studienplatzbewerber nachdenken [13, 14] und die Auswahl der vermutlich geeigneten Kandidaten beeinflussen möchten. Die Vorstellungen und Konzepte von hauptverantwortlich Lehrenden an einer Medizinischen Fakultät sollten hier von Bedeutung sein. In diesem Rahmen ist auch unsere Studie entstanden: Die Befragung von Abteilungsleitern der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) sollte erheben, welche Eigenschaften ein erfolgreicher Medizinstudierender mitbringen sollte, und was für die Befragten in diesem Zusammenhang einen „guten Arzt“ ausmacht.

Methoden

Datenerfassung

Im Zuge der Einführung eines neuen Auswahlverfahrens der Hochschule (Adh)

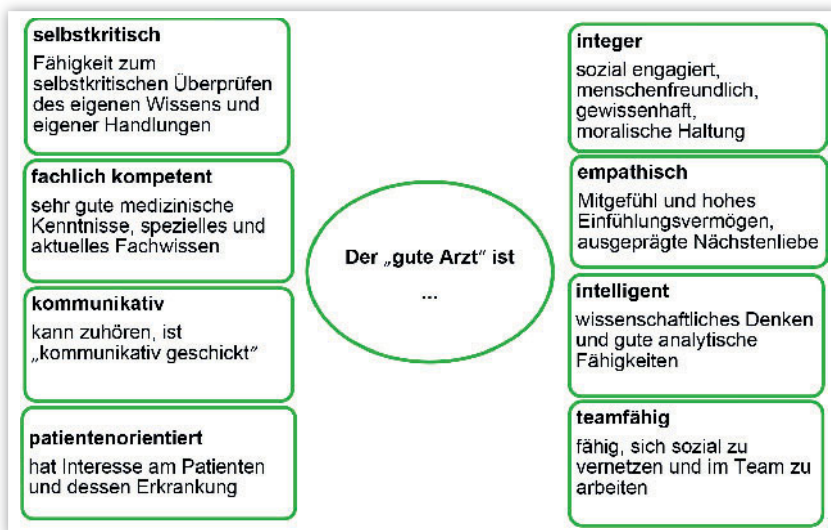


Abbildung 1 Eigenschaften eines „guten Arztes“

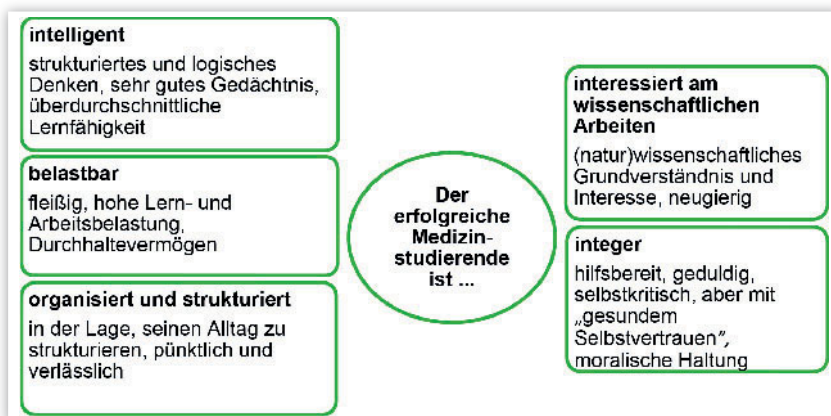


Abbildung 2 Eigenschaften eines „erfolgreichen Medizinstudierenden“

für Medizinstudierende an der UMG [14] sollten Verantwortungsträger in den Entstehungsprozess einbezogen werden und sich konkret inhaltlich dazu äußern können. Hierfür wurden alle Abteilungsdirektoren der klinischen und vorklinischen Fächer zu einer freiwilligen Befragung eingeladen, die in Form einer E-Mail und eines identischen, zeitgleich verschickten Briefes stattfand. Der Fragebogen bestand aus vier offenen Fragen, die stichwortartig oder in ganzen Sätzen beantwortet werden konnten. In dieser Veröffentlichung konzentrieren wir uns auf die Fragen 3 und 4:

3. „Was macht Ihrer Meinung nach einen „guten Arzt“ aus?“
4. „Welche persönlichen Eigenschaften braucht man heute, um erfolgreich Medizin zu studieren?“

Fragen 1 und 2 betrafen die konkrete Mitarbeit beim AdH und die Wertigkeit

einer abgeschlossenen Berufsausbildung der Bewerber und werden im Rahmen unserer Studie nicht bearbeitet.

Auswertung

Die schriftlichen Antworten wurden zunächst anonymisiert in ein Word-Dokument übertragen und dann von den Autoren (AS: Ärztin, VW: Gesundheitswissenschaftlerin, MPH, AP: Sozialwissenschaftler) ausgewertet. Dafür wurde die „zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse“ angewendet. Diese Methode ist eine Variante der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring [15] und „eignet sich als Strategie der Zusammenfassung vor allem für die Generierung inhaltlich-thematischer Kategorien im Rahmen eines qualitativ-strukturierten inhaltsanalytischen Vorgehens“ [16]. Das Verfahren besteht aus mehreren Schrit-

ten: Zunächst wird das Material paraphrasiert, danach auf das Wesentliche reduziert und schließlich über mehrere Aussagen bzw. Kategorien hinweg zusammengefasst. Die Analyse des Textmaterials orientierte sich zunächst an den Fragestellungen. Für jede Frage wurden alle Antworten näher betrachtet und Selektionskriterien festgelegt. Die daran anschließende Datenauswertung erfolgte gegenstandsnahe und ohne jegliche Vorannahmen. Unter Berücksichtigung eines vorher festgelegten Abstraktionsniveaus bildeten AP und VW unabhängig voneinander für jede Frage induktiv Kategorien. Durch diese Vorgehensweise konnte das Datenmaterial strukturiert und zusammengefasst abgebildet werden. Mittels Gewichtung per Häufigkeit ergaben sich Hinweise über die mögliche Relevanz von Eigenschaften für einen „guten Arzt“ und einen „erfolgreichen Medizinstudierenden“. Die entwickelten Kategorien wurden anschließend in mehreren gemeinsamen Treffen mit AS besprochen und spezifiziert. Letztlich wurde das zusammenfassende Kategoriensystem am Ausgangsmaterial überprüft [16].

Ergebnisse

Es wurden 71 Personen (sämtliche 61 Abteilungsdirektoren der UMG, erweitert um zehn Oberärzte, die bereits früher bei einer Variante des Göttinger hochschuleigenen Auswahlverfahrens (AdH) mitgearbeitet hatten) angeschrieben, innerhalb von vier Wochen kamen 35 Antworten per E-Mail, Fax oder Brief zurück. Die Antworten waren in den meisten Fällen recht kurz gehalten (Stichworte), nur in wenigen Fällen wurde in ganzen Sätzen notiert.

Kategorien zur Frage des „guten Arztes“

Aus allen Antworten der Befragten wurden folgende Kategorien gebildet (Abb. 1): „selbstkritisch“, „fachlich kompetent“, „kommunikativ“, „patientenorientiert“, „integre Haltung“, „empathisch“, „intelligent“, „teamfähig“.

Die am häufigsten erwähnten Eigenschaften waren: „fachliche Kompetenz“, „Patientenorientierung“ und „integre Haltung“. Außerdem wurden wiederholt

Eigenschaften wie „empathisch“ und „kommunikativ begabt“ genannt. Daraus schließen wir, dass diese Eigenschaften von vielen Befragten als besonders wichtig betrachtet werden. Es handelt sich dabei um Eigenschaften, die insbesondere im direkten Umgang mit Patienten wichtig sind, was auf den ersten Blick wenig verwunderlich erscheint, da die Interaktion mit Patienten eine Kernaufgabe des ärztlichen Tuns darstellt.

Ein Beispielzitat eines Befragten, das sogar ganz aus der Patientenperspektive heraus formuliert ist, mag dies unterstreichen: *„Wenn ich mich als Patient zu einem Arzt in Behandlung begeben muss, muss ich darauf vertrauen können, dass der Arzt die notwendige fachliche Kompetenz besitzt, [...] dass er an meinem Wohl (und nicht primär an seinem finanziellen Gewinn etc.) orientiert ist, dass er versuchen wird, mir nicht zu schaden, dass er meinen Willen achtet, und dass er mich unabhängig von bestimmten Eigenschaften wie Geschlecht, Alter, Einkommen, Herkunft, sozialer Status behandelt.“* Auch folgende Antwort unterstreicht nicht nur die dringende Notwendigkeit sich mit Gesundheitsproblemen von Patienten auseinanderzusetzen zu wollen, sondern auch das unabdingbare Vorhandensein fachlicher Kompetenz: *„Kontinuierliche Bereitschaft Mitmenschen mit gesundheitlichen Problemen helfen zu wollen und dies auch kompetent zu können [...] und auch zu vermitteln.“*

Kategorien zur Frage des „erfolgreichen Medizinstudierenden“

Interessanterweise wurden in Bezug auf ein Medizinstudium zum größten Teil ganz andere Eigenschaften genannt. Folgende Kategorien wurden aus allen Antworten gebildet: „intelligent“, „belastbar“, „organisiert und strukturiert“, „interessiert am wissenschaftlichen Arbeiten“, „moralisch integre Haltung“ (Abb. 2).

Anhand dieser Attribute wird deutlich, dass das Medizinstudium als sehr anspruchsvoll angesehen wird: Personen, die Medizin studieren wollen, sollten nicht nur intelligent, sondern auch physisch und psychisch belastbar sein. Außerdem werden ein hohes Maß an persönlicher und organisatorischer Sorgfaltspflicht und die Bereitschaft zum wissenschaftlichen Arbeiten erwartet. Folgendes Zitat unterstreicht dies: *„Man braucht überdurchschnittliches*

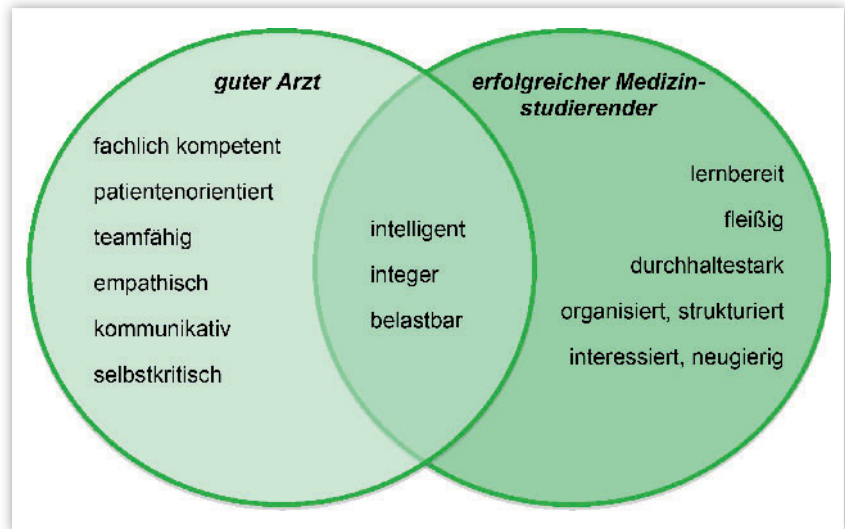


Abbildung 3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede eines „guten Arztes“ und eines „erfolgreichen Medizinstudierenden“

Durchstehvermögen, gepaart mit einer persönlichen Robustheit, um seine [...] Aufgaben dauerhaft erfüllen zu können, ohne dass die eigene Person durch zu viel Empathie Schaden nimmt.“ Lediglich eine befragte Person weist daraufhin, dass es letztlich auch darauf ankommt, die Fülle an erworbenem Wissen für Laien verständlich zu machen bzw. auch in geeigneter Art und Weise kommunizieren zu können: *„[...] einerseits fachliche und andererseits allgemein verständliche Kommunikationsfähigkeiten.“*

Diskrepanzen zwischen den Anforderungen an Studierende und Ärzte

Anhand der vorangegangenen Darstellung wird deutlich, dass für das Medizinstudium ganz andere Eigenschaften für notwendig gehalten werden, als für den klinisch tätigen Arzt. Abb. 3 fasst die oben genannten Kategorien zusammen und zeigt eine kleinere Schnittmenge, die sich über die Kategorien „Intelligenz“, „Belastbarkeit“ und „integre Haltung“ bildet (Abb. 3).

Diskussion

In einer schriftlichen Befragung von Abteilungsdirektoren der UMG wurden diskrepante Aussagen hinsichtlich der für das Medizinstudium bzw. den Arztberuf relevanten, persönlichen Eigenschaften und Kompetenzen deutlich. Der Arztberuf war z.T. durch hohe idea-

listische Attribute wie „umfassende Empathie und Menschenliebe“ charakterisiert, gleichzeitig sollte eine „hohe Fachkompetenz auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand“ vorhanden sein. Von den Studierenden wiederum wird erwartet, dass sie überdurchschnittlich leistungsfähig, fleißig und beständig sind, ein sehr gutes Gedächtnis haben und sich gut strukturieren können. „Soft Skills“, wie kommunikative und soziale Kompetenz, werden nicht erwartet, wohl aber vom später tätigen Arzt, und dies sogar in hohem Maße.

Stärken und Schwächen der Studie

Eine Response-Rate von 50 % ist für eine postalische bzw. elektronische Befragung von Ärzten erfreulich hoch [17]. Die neutrale und offene Formulierung der Fragen gewährleistet assoziative Äußerungen, was eine hohe Authentizität vermuten lässt [18]. Bei der Übertragbarkeit der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die Daten lediglich die Einstellungen von etwa der Hälfte der Abteilungsdirektoren der UMG widerspiegeln. Des Weiteren sollte bedacht werden, dass insbesondere die am Thema interessierten Ärzte geantwortet haben könnten.

Eine Schwäche der Befragung könnte darin liegen, dass mit der Formulierung von zwei verschiedenen Fragen bereits impliziert wurde, einerseits das Bild eines „idealen Studierenden“, andererseits das eines „idealen Arztes“ zu be-

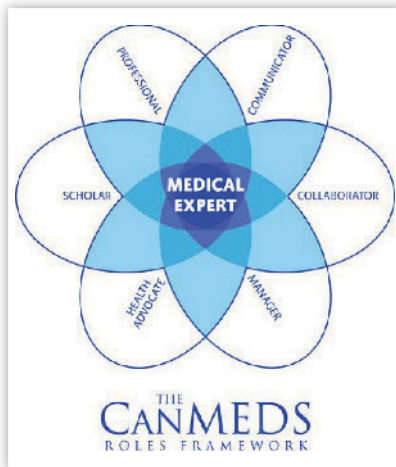


Abbildung 4 Die CanMEDS-Rollen nach [2]

schreiben. Die Erhebung wurde allerdings im Kontext der Reform des AdH durchgeführt, was bereits aus dem Anschreiben des Studiendekans klar hervorging: Es wurde konkret gefragt, sich sowohl in die Erstellung der Kriterien für das AdH als auch bei dessen Durchführung einzubringen. Es war demnach impliziert, dass sich die Befragten über das „Bewerberprofil“ der künftigen Studierenden der UMG Gedanken machen und einen Konnex zum „fertigen Produkt“ – dem an der UMG ausgebildeten Arzt – herstellen würden. Dieser Konnex ist aber in den seltensten Fällen ersichtlich geworden. Nur zwei der 71 Befragten gaben explizit an, dass die Eigenschaften eines guten Arztes mit denen eines erfolgreichen Medizinstudierenden übereinstimmen sollten. Zehn weitere Befragte gaben zumindest ähnliche Attribute für beide Fragestellungen an.

Widersprüche und Schnittmengen

Anforderungen an Studium und Beruf scheinen recht weit auseinanderzuliegen. Wir konnten z.B. feststellen, dass „Patientenorientierung“ als eine der wichtigsten Kompetenzen für den klinisch tätigen Arzt genannt wird, aber für Medizinstudierenden nicht bedeutsam zu sein scheint. So wurden spezielle kommunikative Fertigkeiten, wie der Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund oder mit Patienten „in schwierigen Situationen“ im Kontext des „guten Studierenden“ gar nicht erwähnt. Auch Eigenschaften wie „Teamfähigkeit“ und „interdisziplinäres Arbeiten“ finden beim Profil der Studierenden

Empathie und Perspektivübernahme
Kommunikative Kompetenz
Klinisches Wissen und Expertise
Konzeptuelles Denken und Problemlösungs-Kompetenz
Organisations-Kompetenz und Bewusstsein für Ressourcen
Persönliche Integrität
Stressresistenz
Team-Kompetenz
Respekt für Diversität und ethisch-rechtliche Rahmenbedingungen
Bereitschaft zu lebenslangem Lernen und Lehren
Bereitschaft zu Qualitätssicherung- und Verbesserung

Tabelle 1 Die primärärztlichen Kategorien nach Patterson [3] (von den Autoren übersetzt)

den äußerst selten Erwähnung, beim „guten Arzt“ aber recht häufig. Bei näherer Betrachtung der Eigenschaften von Medizinstudierenden drängt sich der Eindruck auf, dass diese gewissermaßen ein sechsjähriges „Überlebenstraining“ absolvieren müssen, um erfolgreich ihr Studium abzuschließen: Eigenschaften wie „Durchhaltevermögen“, „gutes Zeitmanagement“ und eine „sehr hohe Lernbereitschaft“ scheinen – im Gegensatz zu sozialen und kommunikativen Kompetenzen – dabei unabdingbar zu sein.

Diese Diskrepanz zeigt sich nicht nur in der eingangs zitierten Absolventenbefragung [12], sondern auch in einer aktuellen Befragung von Studierenden unterschiedlicher Fächer in Deutschland [19]: Die Medizinstudierenden beschreiben bei folgenden Kategorien regelhaft die größten Defizite: „Erlernen von Autonomie und Selbstständigkeit“, „Teamfähigkeit“, „Problemanalysen und Lösungsstrategien“. Außerdem war insbesondere Medizinstudierenden wichtig, dass sie im späteren Beruf „mit Menschen, und nicht mit Sachen arbeiten“. Strukturiertes und wissenschaftliches Denken sowie das Lernen vieler Fakten scheinen nicht auszureichen, um die gewünschten Fertigkeiten im Studium zu erlangen.

Andererseits besteht Konsens darüber, dass gewisse kognitive Voraussetzungen nötig sind, um ein Hochschulstudium abzuschließen (Intelligenz, Motivation, Strukturiertheit); so sind in unseren Daten diese Eigenschaften in der „Schnittmenge“ übereinstimmender Kategorien zu finden (Abb. 3). Auch die „integre Haltung“ findet sich in die-

ser Überschneidung. Laut Literatur sind bestimmte Persönlichkeitsmerkmale im jungen Erwachsenenalter nicht mehr substantiell veränderbar und sollten daher bereits Voraussetzung für die jeweilige Berufsausbildung sein [20]. Eigenschaften wie „Integrität“ und „empathische Haltung“ sind schwer und allenfalls über die Vorbildfunktion von Dozenten zu vermitteln, und müssten bereits bei Studierenden in der Jugend angelegt worden sein, wie einige Hochschullehrer in einer aktuellen kanadischen Studie angeben – zumal diskutiert wird, dass die Abnahme der Empathiefähigkeit im Verlauf des Studiums einen Teil der Professionalisierung der werdenden Ärzte ausmacht [21].

Unsere Daten weisen auf eine weitere interessante Entwicklung hin: „Fähigkeit zur Selbstkritik“ scheint als wünschenswerte ärztliche Eigenschaft angesehen zu werden. Das könnte eine Abkehr von der Vorstellung des Arztes als „unfehlbar“ und „Halbgott in Weiß“ bedeuten – ein Konzept, das immer mehr an Bedeutung verliert, jedoch noch in den Köpfen, insbesondere älterer Menschen oder solcher aus anderen Kulturkreisen, durchaus vorhanden ist [22]. Solch ein paternalistisches Arztbild ist in keinem der international relevanten Modelle zu finden.

Übereinstimmungen mit internationalen Modellen?

Die von uns erhobenen Kategorien zum „guten Arzt“ befinden sich in Übereinstimmung mit internationalen Modellen. Da keiner der Befragten z.B. die

PD Dr. med. Anne Simmenroth-Nayda ...

... ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und arbeitet als angestellte Ärztin in einer Göttinger Hausarztpraxis. Außerdem ist sie Oberärztin am Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen. Ihre Schwerpunkte dort sind die Vermittlung und Prüfung von kommunikativer Kompetenz, Medizindidaktik, hochschuleigene Auswahlverfahren und Kompetenzerwerb im Medizinstudium.

CanMEDS-Rollen [2] oder andere Modelle erwähnt hat, sind sie vermutlich auch unter den Abteilungsdirektoren wenig bekannt. Vergleicht man aber unsere Ergebnisse mit den sieben Oberbegriffen der CanMEDS-Rollen (Abb. 4), so kommen *Communicator* („kommunikativ“), *Collaborator* („Teamwork“) und *Medical Expert* („Fachwissen“) sowie *Health advocate* („Patientenorientierung“) gut zur Deckung. Auch die Erweiterung des kanadischen Modells, wie die aus primärärztlicher Sicht essenziellen elf Kategorien von Patterson [3, 4] finden gute Übereinstimmung. Dort wird z.B. „Empathie“ von „kommunikativer Kompetenz“ getrennt aufgeführt, analog zu den Ergebnissen unserer Erhebung. Auch Kategorien wie „persönliche Integrität“ und „Teamfähigkeit“, die bei Patterson eigens aufgeführt werden, sind in unserer Erhebung zu finden. Aus hausärztlicher Sicht sind dies unverzichtbare Kompetenzen, befragt wurden jedoch ausschließlich Klinikdirektoren. Eine Erhebung unter Hausärzten, z.B. den Lehrbeauftragten des Instituts, wäre der nächste nötige Schritt.

Schlussfolgerung und Handlungsbedarf

Die Ergebnisse der Befragung haben uns u.a. bestärkt, das Göttinger AdH mit ei-

nem Schwerpunkt auf soziale und kommunikative Kompetenzen hin zu entwickeln, also Kandidaten auszuwählen, die bereits bestimmte – für einen „guten Arzt“ erwünschte – Haltungen und Fähigkeiten besitzen. Da die Abiturnote im Verfahren ohnehin eine maßgebliche Rolle spielt, ist die Studierfähigkeit, die u.a. mit Eigenschaften wie Fleiß, Gedächtnis und Intelligenz beschrieben wird, vermutlich trotzdem gegeben.

Trotzdem müsste das Göttinger Curriculum in Hinblick auf die Berufsfähigkeit und die dazu nötigen Kompetenzen nochmals überdacht werden – zu groß sind die Diskrepanzen zwischen Studier- und Berufsfähigkeit. Die Einführung des NKLM, der die CanMEDS-Rollen als Grundgerüst berücksichtigt, kann hierfür eine gute Chance bieten. Ein von uns bislang nicht berücksichtigtes Gütekriterium der Inhaltsanalyse ist die „kommunikative Validierung“ [16]. In diesem Zusammenhang könnten die befragten Personen über die theoretischen Interpretationen ihrer Aussagen informiert werden, um in einem nächsten Schritt, z.B. im Rahmen von Fokusgruppen, über mögliche Lehrplanänderungen zu diskutieren.

Letztlich ist die Frage der Berufsfähigkeit eng mit dem Begriff der Professionalität verbunden, sodass sich der Kreis in Bezug auf die hohen Erwartungen, die an den Arztberuf gestellt werden (und die die Ärzte offenbar auch an

sich selber stellen), wieder schließt: „*Professionalism is the basis of medicine's contract with society. It demands placing the interests of patients above those of the physician, setting and maintaining standards of competence and integrity, and providing expert advice to society on matters of health*“ [23]. Dieser hohe Anspruch kann zwar nicht allein durch ein gutes Curriculum vorgegeben werden, sollte aber idealerweise im Hintergrund stehen.

Danksagung: Wir danken für die logistische Unterstützung bei der Befragung Erik Meskauskas vom Studiendekanat und allen Abteilungsdirektoren für ihre z.T. ausführlichen Beiträge.

Ethikvotum: Da es sich um eine freiwillige und anonymisierte Befragung von Dozenten handelte und keinerlei Einfluss auf das Curriculum, auf Prüfungen oder auf Leistungen von Studierenden möglich war, wurde auf einen Ethikantrag verzichtet. Die Göttinger Ethikkommission hat für Studien dieser Art 2014 eine allgemeine Empfehlung dazu verfasst (Brief und mündliche Mitteilung am 14.07.2014, Prof. J. Brockmüller).

Interessenkonflikte: AS ist mitverantwortlich für die wissenschaftliche Begleitung des Göttinger AdH, AP und VW haben als Bewerter beim AdH mitgewirkt.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Anne Simmenroth-Nayda
Institut für Allgemeinmedizin
Georg-August-Universität Göttingen
Humboldtallee 38
37073 Göttingen
Tel: 0551 3922647
asimmen@gwdg.de

Literatur

1. Institut für Demoskopie Allensbach (IFD). Hohes Ansehen für Ärzte und Lehrer – Reputation von Hochschulprofessoren und Rechtsanwälten rückläufig; 2013. www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsdocs/PD_2013_05.pdf (letzter Zugriff am 13.05.2015)
2. Frank JR, Snell L. Draft CanMEDS 2015 Physician Competency Framework – Series I. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2014. www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/framework_series_1_e.pdf (letzter Zugriff am 13.05.2015)
3. Patterson F, Tavabie A, Denney M, et al. A new competency model for general practice: implications for selection, training and careers. *B J Gen Pract* 2013; 63: 331–338
4. Patterson F, Ferguson E, Lane P, Farrell K, Martlew J, Wells A. A competency model for general practice: implications for selection, training and development. *Br J Gen Pract*. 2000; 50: 188–193. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313648/pdf/

- 10750226.pdf (letzter Zugriff am 13.05.2015)
5. Giesler M, Forster J, Biller S, Fabry G. Development of a questionnaire to assess medical competencies: Reliability and validity of the Questionnaire. *GMS Z Med Ausbild* 2011; 28: Doc31
 6. Nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin und Zahnmedizin 2013 [updated 2013]. www.nklm.de/ (letzter Zugriff am 13.05.2015)
 7. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2014 [updated 18.11.2014; 13.05.2015]. www.bmg.bund.de/the-men/gesundheitsystem/gesundheitsberufe/aerzte.html (letzter Zugriff am 13.05.2015)
 8. Dörner K. *Der gute Arzt*. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2001
 9. von Troschke J. *Die Kunst, ein guter Arzt zu werden*. Bern: Verlag Hans Huber, 2004
 10. Hibbeler B. Zwischen Samariterium und Ökonomie. Was ist ein „guter Arzt“? *Dtsch Arztebl* 2001; 51–51: A-2758/B-2302/C-2270. www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=118010 (letzter Zugriff am 04.05.2016)
 11. Witt CM (Hrsg.). *Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht – Ergebnisse eines Expertentreffens*. KVC-Verlag Essen, 2010
 12. Schwarzer A, Fabian F. *Medizinerreport 2012. Berufsstart und Berufsverlauf von Humanmedizinerinnen und Humanmedizinerinnen*. Hochschulinformationssystem; 2012. www.dzhw.eu/pdf/22/medizinerreport_2012.pdf (letzter Zugriff am 13.05.2015)
 13. Hampe W, Hissbach J, Kadmon M, Kadmon G, Klusmann D, Scheutzel P. Wer wird ein guter Arzt? Verfahren zur Auswahl von Studierenden der Human- und Zahnmedizin. *Bundesgesundheitsbl* 2009; 52: 821–830
 14. Simmenroth-Nayda A, Meskauskas E, Burckhardt G, Görlich Y. Das neue Göttinger Auswahlverfahren für Medizin – welche Bewerber können profitieren? *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2014; 108: 609–617
 15. Mayring, P. *Qualitative Inhaltsanalyse* (11. Aufl.). Weinheim: Beltz-Verlag, 2010
 16. Schreier, M. *Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten*. *FQS* 2014; 15: Art. 18. www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewFile/2043/3636 (letzter Zugriff am 13.05.2015)
 17. Nota SP, Strooker JA, Ring D. Differences in response rates between mail, e-mail, and telephone follow-up in hand surgery research. *Hand (N Y)*. 2014; 9: 504–510
 18. Diekmann, A. *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 2008
 19. Piedmont S, Robra BP. Praxis und Wissenschaft im Studium – Erwartungen und erlebte Kompetenzförderung von Studierenden der Humanmedizin im Vergleich mit Studierenden anderer Fächer. *GMS Z Med Ausbild* 2015; 32: Doc8
 20. Kleshinski J, Shriner C, Khuder SA. The use of professionalism scenarios in the medical school interview process: faculty and interviewee perceptions. *Med Educ Online* 2008; 27: 1–7
 21. Warren AE, Allen VM, Bergin F, et al. Understanding, teaching and assessing the elements of the CanMEDS Professional Role: Canadian program directors' views. *Med Teach* 2014; 36: 390–402
 22. Krüger-Brand, H. E. *Ärztimage im Fernsehen. Abschied vom „Halbgott in Weiß!* *Dtsch Arztebl* 2003; 100: 2928–2932. www.aerzteblatt.de/pdf/100/45/a2928.pdf?ts=28.07.2004+16%3A00%3A51 (letzter Zugriff am 25.12.2015)
 23. American Board of Internal Medicine (ABIM), American College of Physicians-American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM); European Federation of Internal Medicine. *Medical professionalism in the new millennium: a physician charter*. *Ann Intern Med* 2002; 136: 243–246. <http://annals.org/article.aspx?articleid=474090> (letzter Zugriff am 13.05.2015)



DEGAM-NEWSLETTER

Immer gut informiert

Seit einigen Jahren verschickt die DEGAM-Bundesgeschäftsstelle exklusiv an die Mitglieder den E-Mail-Newsletter DEGAM aktuell. Dieser Informationsdienst beinhaltet sowohl Neuigkeiten aus dem Präsidium, den Sektionen und Arbeitsgemeinschaften sowie der Leitlinien-Geschäftsstelle und der JADE als auch aktuelle Mitteilungen zu den Rubriken Personalia, Veranstaltungen und Stellenausschreibungen. Die bisher versandten Ausgaben können im passwortgeschützten internen Bereich unter

www.degam.de

eingesehen werden. Sind auch Sie an den in der DEGAM aktuell diskutierten Themen und Entwicklungen interessiert? Schicken Sie einfach eine E-Mail mit dem Betreff „DEGAM aktuell“ an:

geschaeftsstelle@degam.de