

Lernerfahrungen und Lernhemmnisse im PJ-START-Block des Modellstudiengangs der medizinischen Fakultät an der Universität zu Köln

Irene Somm und Marco Hajart¹, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät der Universität zu Köln

Lernprozesse im PJ-Startblock sind offenkundig; bemerkenswert ist allerdings, dass diese für Studierende nur bedingt direkt reflexiv benennbar sind. Oftmals werden sie implizit, in Form von erinnerten Situationen und erzählten Handlungen zum Ausdruck gebracht.

I. Positiver Grundtenor

Im Allgemeinen wird der Startblock von den Studierenden sehr positiv bewertet – nicht nur von denjenigen, die im Rahmen der Beobachtung interviewt wurden, sondern auch von Studierenden, die momentan im PJ sind. Auffallend ist vor allem, dass selbst große Skeptiker des Modellstudiengangs dem Startblock durchaus etwas abgewinnen können.

Regelmäßig findet die *hohe Lehr- und Betreuungsqualität* Erwähnung; dabei wird nicht selten ein Vergleich mit anderen Lehrangeboten vorgenommen:

Ähm(,), also ich finde es, ähm, also wir haben super oft schlechte Lehre ((lacht)) an der medizinischen Fakultät und der PJ Startblock ist ein Beispiel für gute Lehre und das ist per se schon mal gut.

Studierende äußern den Eindruck, dass Dozentinnen und Dozenten tatsächlich Interesse an der Vermittlung hätten (*“wollen uns wirklich was beibringen“*). Regelmäßig positiv erwähnt werden folgende Aspekte:

- *Substanzielles Feedback*: Zwar artikulieren und/oder erinnern Studierende selten konkrete Rückmeldungen, aber die Sinnhaftigkeit der Feedbacks wird regelmäßig lobend genannt. Besonders erwähnenswert, weil eventuell auch neu, sind – neben sehr lehrreichen Rückmeldungen von Schauspielpatienten –, detaillierte Spiegelungen von non-verbale Signalen und Einschätzungen der Übersetzungskompetenz. Eine per se eingängige Erfahrung scheint die Aufzeichnung des eigenen Gesprächsverhaltens zu sein.
- *Verzicht auf Benotung*: Gerade weil auf Benotung verzichtet wird, sehen Studierende hier eine besondere Gelegenheit, im „geschützten Raum“ bedarfsorientiert zu lernen und Wissenslücken zu erkennen. Es scheint im Umkehrschluss geradezu so, als würde die Leistungsbewertung nicht selten den Blick auf die eigentliche Sache, die es im Hinblick auf die Praxis zu erlernen gilt, verstellen.
- *Simulation eines Stationsalltags*: Die sukzessive Fortentwicklung der Fälle und die verantwortliche Beteiligung an einer Visite (nicht nur als Beobachter) finden großen Anklang. Neben Gelegenheiten, Grundfertigkeiten zu üben, wird den Studierenden in einer sehr unmittelbaren, eingängigen Form deutlich, wo im Hinblick auf das bevorstehende Staatsexamen wie auch das PJ noch Lernbedarf besteht. Da bisherige Simulationen vor allem im Rahmen der Psychosomatik erlebt wurden, schätzen Studierende, dass auch Patienten mit komplexen körperlichen Beschwerden vorgestellt werden.

¹ Die Erkenntnisse beruhen auf teilnehmenden Beobachtungen im Rahmen einer PJ-Startblock-Woche (WS 14/15) und auf Transkriptionen von zwanzig problemzentrierten Tiefeninterviews mit Studierenden des Modellstudiengangs der Universität zu Köln. Beteiligt an der Produktion und der Analyse des Materials waren folgende BA-Studierende des Studiengangs Sozialwissenschaften der Wiso-Fakultät: Manuel Rädler, Lukas Arndt, Mirjam Baum, Isabell Bernroiter, Thomas Ewertz, Hannah Grau, Jonas Hörnemann, Josina Hüsemann, Hannah Jacoby, Simon Lenhart, Mozgan Nejati, Patricia Mayer, Corinna Pehn, Maria Potthoff, Max Rams, Sophia Wolff. Ihnen allen gilt ein ausdrückliches Dankeschön für ihr großes Engagement. Besonderen Dank gilt der Gruppe, die sich gezielt mit dem PJ-Startblock beschäftigt haben: Melanie Auf dem Berge, Clara Dollnick, Ronja Fitz und Frédéric Bravo Paredes.

- *Erprobung der Arzt-Rolle:* Erwähnenswert scheint hier, sich mehr oder weniger zum ersten Mal *nicht* primär in der Rolle der Lernenden zu erleben, sondern einen Vorgeschmack auf die spätere Rolle zu erhalten: Erprobt wird in ihrer Wahrnehmung eine *uneingeschränkte Verantwortungsübernahme*, entsprechende Erfahrungen werden als hilfreich erlebt. Einschränkung wird in dieser Hinsicht aber die Kürze des Lehrformats erlebt. Nachhaltig lehrreich erleben Studierende vor allem den konkreten Schauspielerkontakt. An dieser Stelle scheint durch, dass man der Rolle des Beobachtenden im Rahmen von Praktika etwas überdrüssig ist. Dennoch zeigt sich eine auffällige Zurückhaltung bzgl. der Teilnahme an Simulationen. Einerseits kann dies mit einem typischen studentischen Verhalten (Moratoriumserwartung) erklärt werden, andererseits finden wir Hinweise, dass der Bewährungsdruck relativ hoch ist, weil man sich nicht nur vor den Patienten, sondern auch vor den Kommilitonen und Dozenten exponiert.
- *Empathieförderliche Vermittlung interkulturellen Wissens:* Einprägsam scheint diese Vermittlung vor allem dadurch, dass sich hier die konkrete Erfahrung des praktischen Nutzens einer punktuellen Perspektivenübernahme einstellt. Es entsteht so etwas wie eine praxisrelevante Horizonsweiterung, indem das Verhalten von Patienten aus anderen kulturellen Kontexten verständlich und entsprechend handhabbar wird („imaginative empathy“, Newton u.a. 2008):

Vor allem¹ das Interkulturelle war richtig cool, das hat total Spaß gemacht. Richtig-, das war total interessant darüber zu sprechen, wie ähm (.), wie Medizin in anderen Kulturen gesehen wird, wie sich Krankheiten äußern, was die Menschen so meinen, wenn sie irgendwas sagen. Auch dieses mit Sprachbarriere umgehen und so. Sachen die einem häufig begegnen und auf die man sonst echt wenig vorbereitet is‘.

In diesem Zusammenhang wird teilweise mit Verwunderung festgestellt, dass eine solche Sensibilisierung zugunsten einer lebensweltaffinen Verständigung zum ersten Mal im Studium erfolgt – ob dem tatsächlich so ist, kann nicht beurteilt werden.

- *Unerwartete Schwierigkeiten im Patientenkontakt:* Besondere Erwähnung findet hier die konkrete Erfahrung in der Überbringung schlechter Nachrichten (Palliativfall). Insbesondere Studierende, die die Rolle des Überbringers schlechter Nachrichten simuliert haben, signalisieren, dass sie nicht mit den erlebten Schwierigkeiten gerechnet haben. Das Unerwartete liegt darin, dass die Rolle in der studentischen Vorab-Erwartung eher auf eine Informationsvermittlung (s.u. S. 7), wenn auch zwingend sehr empathische, reduziert und nicht mit einer genuin unplanbaren Gesprächsdynamik gerechnet wurde. Vor diesem Hintergrund ist die Irritation dahingehend hilfreich, als sie die Erwartung der Planbarkeit solcher Gespräche relativiert.

Ich hatte den Angehörigen eines Patienten und das war (.) wahnsinnig schwer. Also, ich hab es mir leichter vorgestellt, aber so in dem Moment – man fühlt sich dann halt wirklich so, wie in der Situation. Und die Schauspieler spielen das auch se:hr authentisch. (.) Ich hab mich da auch nicht gut gefühlt, aber (.) es musste ja gemacht werden und für die Situation war es auch dann doch ein gu:tes Gespräch, aber es fühlt sich einfach nie gut an, jemandem sagen zu müssen, dass er stirbt oder dass ein Angehöriger stirbt. Ich find wirklich, diese Übung, das alles Mal auszusprechen war echt sehr hilfreich. Es fühlt sich einfach besser an, wenn man das schon mal gemacht hat. Und (.) wenn man auch weiß, dass man es so machen muss und das man so was nicht verschweigt halt. Es halt einfach mal geübt zu haben. Ich glaub, man kann das nicht können. Ich glaub, man muss das wirklich üben, und Routine bekommen. Oder eher Erfahrung, weil ja jedes Gespräch ist anders.

Für die Fortentwicklung des Lehrformats sollen im Folgenden Hemmnisse identifiziert werden, die die Lernprozesse *im Hinblick auf kommunikative Kompetenz* unübersehbar erschweren. Diese sollen – zugunsten der Verständlichkeit – etwas ausführlicher dargelegt werden.

II. Hemmnisse produktiven Lernens im Hinblick auf kommunikative Kompetenz

1. Übersättigungsgefühl

Abgesehen von einzelnen Ausnahmen zeigt sich bei den befragten Studierenden ein gewisses Übersättigungsgefühl, was die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen im Studium anbelangt. Während die dezidierten Skeptiker (die in der Minderheit sind) hinter den Bemühungen um die Stärkung der kommunikativen Kompetenz im Modellstudiengang vor allem eine Profilierungsstrategie der „Psychosomatiker“ vermuten und damit tendenziell auf Abwehr eingestellt sind, vermitteln die übrigen eher den Eindruck von Ermüdungserscheinungen; nicht selten begleitet von einer Zuversicht, dass man dies in der Praxis *„schon irgendwie hinkriegen“* würde. Die Gründe für die beobachteten Ermüdungserscheinungen sind aufschlussreich und sollen im Folgenden erläutert werden. Materialbegründet lassen sich drei Quellen differenzieren: So bewirkt (a) die Erfahrung einer begrenzten Generalisierbarkeit von Handlungsanleitungen eine Zurückhaltung gegenüber der Vermittlung von Rezeptwissen. Darüber hinaus führt (b) eine mehr oder weniger erfahrungsbegründete Skepsis der tatsächlichen Realisierbarkeit vermittelter Ideale des ärztlichen Gesprächsverhaltens zu einer eingeschränkten Lernbereitschaft. Zusätzlich erweisen sich (c) Vorbehalte hinsichtlich des persönlichen und medizinischen Nutzens einer offenen Gesprächsführung der Lernmotivation abträglich.

a) Kritik an der suggerierten Generalisierbarkeit von Handlungsanleitungen

Studierende erkennen eine Differenz zwischen eigenen Gesprächserfahrungen und generellen Handlungsanleitungen. Ein Teil der Studierenden übt vor diesem Hintergrund Kritik an der Vermittlung von Rezeptwissen, das als zu schematisch, stellenweise konstraintuitiv und wenig situationssensibel erlebt wird.

In den folgenden Äußerungen einer Studentin, die sich im Vergleich als äußerst selbstreflektiert erweist, wird das vielfach erlebte Spannungsfeld zwischen verallgemeinerter Anleitung und adäquater Situationssensibilität besonders deutlich artikuliert:

A: Gerade dieses Beispiel mit dem aufs Bett setzen ne (bei Frau Celik, Anm. V). Also der C., der ja auch mit mir in der Gruppe war, der hat ja dann so gesagt: „Ähh wir haben immer gelernt, dass man sich nicht zu den Patienten auf's Bett setzen soll und dann setzt du dich zum Patienten aufs Bett“. Und dann habe ich heute Morgen in der Bahn darüber nachgedacht, ob das wirklich so ist, weil ich habe auch schon oft gehört, setzen sie sich ruhig hin. Und ähm ja deswegen, ich glaube was gerade die Meinung die so an der Uni Klink beigebracht wird ist schon so Professionalität und Distanz. Aber bei mir, ich weiß nicht, geschieht das irgendwie so intuitiv. Wenn ich merke, die Frau die hat irgendwie super Angst, die liegt abgewandt von mir. Ich meine ich muss ja erstmal mit ihr in Kontakt kommen und deshalb habe ich mich ähm zu ihr ins Bett gesetzt. Gleichzeitig aber, weiß ich nicht(.), zu Jemanden der absolut seinen Raum haben will und das auch so ausstrahlt, zu dem würde ich mich nicht ins Bett setzen.

I: Also ist das Situationsbedingt dann?

A: Ja genau, das hat die Islamwissenschaftlerin auch so gut gesagt. Sie hat gesagt: „Naja also es gibt kein Rezept wie man mit einem Patienten begegnet, sondern das ist individuell“. Und das sagt aber, hier in der Medizin ähm das kriegen wir aber nicht vermittelt. Sondern der eine drückt so seine Philosophie durch und sagt so und so ist es. Und es ist schon immer so, dass wir gerne eine Anleitung hätten wie macht man das genau“.

I: Jaja so wie einen Plan, so wie gehe ich vor?

A: I_Ja genau, so einen Plan, man geht rein, stellt sich vor, gibt die Hand und hält Blickkontakt. Und

ähm(.)trotzdem ist natürlich diese Unsicherheit da, wie macht man das denn? Aber bei mir ist das irgendwie so intuitiv.

Widersprüchliche Lehrmeinungen scheinen vor allem dann ein eher unproduktives Verunsicherungspotenzial zu bergen, wenn Lehrende auf Verhaltensrezepten beharren und abweichende Wahrnehmungen/Einschätzungen und Intuitionen leichthändig als falsch bezeichnen. So dezidiert wie die zitierte Studentin den Wahrheitsanspruch von Lehrenden problematisiert, tun dies wenige. Typischer ist eine ambivalente Haltung: Einerseits besteht offenkundig der Wunsch nach Anleitung, andererseits wird sie im Hinblick auf kommunikative Kompetenzen auch belächelt, vor allem in der Peer-Group. Warum? In erster Linie weil man erlebt, dass die Empfehlungen nur bedingt funktionieren, aber auch weil man sich punktuell entmündigt fühlt und vom „gesunden Menschenverstand“ entfernt wird, ohne zu verstehen, warum. Dass hier im Extremfall ein Lernwiderstand entstehen kann, wird in den folgenden Äußerungen eines Studenten im PJ deutlich:

A: Ich find das teilweise alles n bisschen komisch, was die einen beibringen. Jetzt zum Beispiel hatte ich mich jetzt mal gemeldet für ne Schauspielpatientin, die die zornige Patienten, die die Klinik verklagen will, gespielt hat. Die Frau ist total ausgerastet und war am rumschreien und der Psychiater stand dann die ganze zeit hinter mir und sagte: „Sagen sie nichts, sagen sie nichts, sagen sie nichts“. Und ich kam mir vor, als wär ich zu blöd zum sprechen und so kam ich der Schauspiel-Patientin auch vor und der sagte mir: „Sagen sie nichts sagen, sie nichts“. Bis die Frau in Lachen ausgebrochen ist und hat gesagt: „Meinen sie das ernst? Wenn der Typ vor mir sitzt während ich ausraste und nichts sagt, da werd ich ja nur wütender“. (lachen) Wobei er meinte das wäre de-eskalierend.

I: Also der schult euch dann wirklich? Der steht dann neben euch und sagt euch was ihr zu tun habt?

A: Genau. wir haben da so 'n Faltblatt so ne tolle Broschüre, wir nennen es stolz "Liporello" wo dann klare Anweisungen- wie so ein Gesprächsleitfaden. Auch wenn -öh- jetzt einer sterben würde, wie du dem das sagst. Das ist halt so 'n schematischer Gesprächsablauf, im Endeffekt ist es ja nicht immer so wie im Schema.

Ob das Erlebte im Interview überzeichnet wird oder nicht, sei dahingestellt. Relevant ist das vermittelte Grundgefühl, nicht als situationskompetente Person ernst genommen zu werden, sondern quasi kontraintuitiv Regeln befolgen zu müssen.

b) Skepsis bezüglich der Realisierbarkeit des empfohlenen Gesprächsverhaltens

Die in Famulaturen und Blockpraktika erlebte ärztliche Praxis wie auch das interaktive Handeln fachlicher Vorbilder rechtfertigt für einen Teil der Studierenden eine – in ihren Augen – realistische Zurückhaltung gegenüber den vermittelten normativen Idealen der Gesprächsführung bzw. der Arzt-Patientenbeziehung. Das Hauptargument dabei ist der Zeitmangel. Die Zurückhaltung kann gar in Ärger angesichts der Realitätsferne von entsprechenden Lehrinhalten und Gesprächsanleitungen übergehen. So ist es für diese Gruppe komplett unsinnig, Empfehlungen wie etwa „Pieper ausschalten“ zu formulieren, weil sie in der Realität als ein Ding der Unmöglichkeit angesehen werden. Die Antizipation schwieriger Rahmenbedingungen in Kliniken ist bei diesen Studierenden sehr präsent, das ärztliche Selbstverständnis ist daran angepasst. Ein Student bringt diesen Aspekt in folgender Weise auf den Punkt:

I: Siehst du da die Gefahr, dass (.) dass man das so internalisiert, dass das quasi zum Normalfall wird so dieses schnelle Durchgehen?

A: |_ Ja, ja absolut, das sehe ich als eins der großen Probleme. Ich sag auch immer Medizin ist ein stressiger Job, ist ein stressiges, ein stressiges Geschäft. Aber das liegt zu 50% auch einfach an dem Stress, den die Ärzte sich selbst machen. Und das sind genau solche Aussagen, wie von dem Kollegen da, ne. Da sind Leute da und wissen schon von vorneherein, ohne mal eine Woche am Stück in der Klinik gearbeitet zu haben, dass es man das ja nur im Stress machen kann und dass alles, was wir hier lernen und die Ansprüche sich Zeit zu nehmen für den Patienten, das ist ja alles utopisch von vorneherein. Das kann ja gar nicht funktionieren und ähm insofern ja, das ist dieses, dieses Bild so ähm die Medizin muss blitzschnell gehen und ist

einfach kalt und so ist es halt in der Realität so Dr. House- mäßig dann ein bisschen dieses Arztbild. Ich denke das haben viele schon ganz gut drin, ja.

Gerade bei männlichen Medizinstudenten lässt sich tatsächlich stellenweise eine heimliche Sympathie für (vornehmlich) fachlich kompetente Ober- und Chefärzte erkennen, die einen schroffen Umgangston mit Patienten pflegen. In ihren Augen sind diese fachlichen Vorbilder der Beweis, dass die Relevanz der Ideale einer guten Gesprächsführung relativiert werden kann.

Was den Zeitmangel anbelangt, so kann dieser auch durchaus als funktional erlebt werden, nämlich dann, wenn sich so die Vermeidung von unangenehmem Patientenkontakt rechtfertigen lässt. Vor diesem Hintergrund wird auch verständlich, warum gerade diese Studierenden nicht nur glücklich waren über die in ihrer Wahrnehmung relativ ausgedehnten Zeithorizonte einzelner Simulationen im Startblock:

Also ich fand (.) man wa::r (.) muss ich au::ch sagen. Manchmal n bisschen genervt wenn man zugeduckt hat und dann immer so dachte man selber hätte jetzt vielleicht schon versucht das Gespräch zu beenden. Und dann saß der da der (.) und hat immer noch 5 Fragen gestellt. Haben Sie mich jetzt verstanden? Das hat nämlich manchmal dem Patienten auch die Chance gegeben wieder neue Probleme anzusprechen. Also wenn man dann einfach gesagt hätte so das war jetzt was ich Ihnen mitteilen wollte. Sind Sie damit zufrieden? Und dann wär man fertig gewesen. Und wenn man nämlich manchmal zu lange zögert gibt dem das (.) dem Patienten natürlich die Möglichkeit noch zu überlegen ach es könnt ja noch das und das Problem auftreten.

Im Zitat deutet sich bereits der letzte Aspekt an, der das Überdrußgefühl aufzuklären vermag:

c) *Vorbehalte hinsichtlich des persönlichen und medizinischen Nutzens einer offenen Gesprächsführung*

Im Rahmen einer beobachteten Startblock-Veranstaltung moniert ein Student offen: „Wir lernen hier um den heißen Brei herumzureden“. Dieser Eindruck wird ansonsten eher hinter vorgehaltener Hand geäußert. Das darin artikulierte Gefühl ist verbreitet. In Frage gestellt ist der Sinn und Zweck des sich Involvieren-Lassens. Gute ärztliche Praxis wird auffallend selten in eine direkte Verbindung mit einer Offenheit gegenüber Fragen, Bedenken und Einschätzungen der Patienten gebracht. Gerade im obigen Zitat wird sichtbar, worum es hier u.a. geht: Die beanspruchte Führungsrolle in Arzt-Patienten-Gesprächen ist durch die eingeforderte Offenheit der Gesprächsführung bedroht. Die Erfahrung, dass die Offenheit vor allem dazu führt, verunsichert zu werden und punktuell die Kontrolle über das Gespräch zu verlieren, ist Grund genug, sie – mehr oder weniger verheimlicht – abzulehnen. Die damit verbundenen Ängste sind real und gerade in der unsicheren Rolle, in welcher sich die Studierenden im Patientenkontakt erleben, nachvollziehbar. Aufschlussreich ist hier den Aspekt der Kontrollerwartung näher zu ergründen.

2. Kultur der Kontrollierbarkeit

Bereits die Entscheidung für das Studium der Medizin ist zumeist schon Teil eines übergreifenden biographischen Plans, denn der für die Zulassung zum Studium notwendige anspruchsvolle NC erfordert es, dass die Studierenden in gewisser Hinsicht schon die letzten Jahre ihrer Schulzeit auf das Medizinstudium hinarbeiten müssen:

L°Ja°, ja ja die letzten zwei Jahre habe ich schon reingehauen, dass ich nen Studienplatz kriege. Ä::hm, so die Entscheidung, dass ich so Medizin wahrscheinlich machen möchte, oder dass ich so drauf hinarbeiten möchte hab' ich so Ende der zehnten Klasse, Anfang der Elften getroffen, (.)ähm, auch einfach weil ich's mir vorstellen konnte, weil ich gerne was im sozialen Bereich machen wollte, das wusste ich eigentlich schon länger dann, ähm, dass es in die Richtung gehen wird. (.) Und ähm, ja, dann hab ich mich angestrengt. (Lachen). Weil das ja (.) nötig is' um (n) Studienplatz zu kriegen'.

Es beginnen demnach also primär jene ein Medizinstudium, die es gewohnt sind, hohe bis höchste Ansprüche an sich selbst zu stellen und wie selbstverständlich, erfolgreich Anforderungen zu bewältigen.

Wie sich in den Interviews zeigte, verbleibt diese Anspruchshaltung an sich selbst auch im Laufe des Medizinstudiums. Zwar werden einerseits bspw. immer wieder Prüfungssituationen beschrieben, die aufgrund ihrer Forderung nach sowohl besonders breitem, wie auch besonders spezifischem Wissen als überfordernd erlebt werden. Die Verantwortung dafür, dass dies als schwierig empfunden wird, wird dann allerdings nicht etwa möglichen überzogenen Ansprüchen des Medizinstudiums zugeschrieben. Vielmehr wird dies als Konsequenz eines selbst erzeugten Drucks dargestellt:

Ja:~J also (.) ich bin 'n ehrgeiziger Mensch und ich hab immer gedacht, (.) dass ich das auf jeden Fall schaffen muss u:~nd ja das ((lächelt)) war dann halt auch einfach in meinem Kopf,ne? Dann äh, °musste das auch so sein° und wenn das nich' geklappt hätte, auch wenn man versucht sich das einzureden „ja das is' nich' schlimm“ und „dann machste' halt 'n Semester mehr, in dem Semester kannst du (.) noch andere Kurse belegen, irgendwelche Sprachenlernen“, was man sich alles so ausdenkt aber eigentlich war für mich klar, dass wenn das passiert das wär' 'ne riesen Katastrophe. (.) Aber auch wirklich nur von mir aus. Also ich hatte da kein' Druck von außen oder so 's war nur ich.

Dabei sind die Studierenden im Grunde von Beginn an immer wieder aufs Neue mit Situationen konfrontiert, die aus ihrem bisher gewohnten Erfahrungsrahmen herausfallen, und die gerade auch aufgrund der damit verbundenen Nicht-Vorhersehbarkeit der eigenen Reaktion auf die Herausforderung einer solch außergewöhnlichen Situation als zum einen durchaus bedrohlich, zum anderen eben auch als Bewährungsprobe betrachtet wird, die es zu bewältigen gilt. Die von einer interviewten Studentin erinnerten Gedanken und Sorgen bezüglich des Präparierkurses, stellen hierfür ein Beispiel dar:

A: (...).weil ich halt, du hörst halt vorher schon so (.) ja einigen wird so schlecht oder es kippen auch manchmal welche um oder so. Und ich dachte halt oh Go:~tt, ich will nicht eine von denen sein die umfallen so, ne:~

I: ((lacht)) Wieso?

A: ((lacht)) Das ist einfach peinlich. Wenn du in so in der Halle bist und dann um knallst, das ist (.) das ist nicht so, ist nicht so der Hit.

Neben der zunächst beschriebenen – biographisch bedingten – internalisierten eigenen Kontrollüberzeugung, wird in dem obigen Zitat zudem eine von den Studierenden wahrgenommene Erwartung erkennbar, in Konfrontation mit außergewöhnlichen und potenziell verunsichernden Situationen die Kontrolle nicht verlieren zu dürfen. Im folgenden Zitat einer Studienanfängerin wird diese fachkulturell verankerte Erwartung explizit:

(...) also am Anfang hast du das schon, dass du einfach so (2) da kannst du nicht so sagen: „Oh Leute (2) das ist son bisschen (.) krass momentan“, weil du wirst ja auch voll reingeschmissen einfach. Es wird von dir verlangt: So du willst mal Ärztin werden, sei tough (.) und nimm das einfach so hin. (2) Und dann (2) beugst du dich da dann einfach drin, weil, ist halt auch einfach die Erwartungen dann (.) und ich find es auch einfach hilfreich, weil du dann damit auch zack umgehst. Und dann (.) das dann nicht alles so überfragst und unterfragst und dann probierst du s eben nicht so mega zu analysieren, sondern einfach° Okay° (.) das nehm ich hin. I: ~ Hmm A: Und dann (.) du härtest auch einfach ab ganz schnell.

Der eigene wie auch fachkulturell vermittelte Anspruch, die Kontrolle nicht verlieren zu dürfen, prägt nun auch den Kontakt mit Patienten und die Wahrnehmung dieses Interaktionsgeschehens.

Dabei werden im Zusammenhang mit Arzt-Patienten-Gesprächen in den Interviews zunächst immer wieder Momente der Verunsicherung artikuliert, wie beispielsweise in folgendem Ausschnitt, in dem ein Student die im Rahmen des Startblocks gemachte Erfahrung beschreibt, in der er das Überbringen einer schlechten Nachricht übte:

Und ähm ja doch erstaunlich. (.) Ich hätte nicht gedacht, dass das wirklich so ist (.) aber mir ist es schwer gefallen, dass dann doch so auszusprechen, (.) auf den Punkt zu bringen. Ich hab immer so Anlauf genommen, (.) ihr zu sagen ihr Bruder stirbt, (.) dass ist das was ich sagen wollte und ich wollte auch unbedingt das Wort sterben benutzen, (.) damit sie es sich im Nachhinein nicht so schön reden kann und vielleicht dann doch noch falsche Hoffnungen kriegt (.) schöpft. (2) Ich finde das dann auch schon richtig, ihr zu sagen, so ist es und ich hab dann immer so Anlauf genommen aber irgendwie wieder so (.) ne Schleife gedreht. (.) Aber sie wollte es dann auch gar nicht so hören und hat mich so ein bisschen unterbrochen (.) und mich nach Details gefragt, so dass ich dann wieder (.) ein bisschen abkam davon und naja ich fand das schwierig an diesen Punkt zu kommen. Und dem Patienten gegenüber (.) ähm finde ich es (.) eigentlich nicht so schlimm ihnen das zu sagen, (.) ist ja nicht meine Schuld, dass die Leute sterben. Naja ist ein bisschen so eine, (.) wir sind hier nicht bei Wünsch-dir-was Einstellung, vielleicht.

Der hier geäußerte Kontrollverlust, welcher im Laufe des Gesprächs durch die Widerständigkeit und Eigensinnigkeit der Angehörigen des Patienten entstanden ist, erzeugt zunächst Irritation bei dem Studenten. Getreu dem Motto, welches seine Kommilitonin in einem vorherigen Zitat ausgegeben hat, die Dinge eben nicht zu „überfragen“, „unterfragen“ oder „mega zu analysieren“, führt jene Irritation in der Folge nicht zu weitergehenden Reflexionsprozessen mit dem Ziel eines tieferen Verständnisses der Dynamik des Geschehens, in das er involviert war, sondern wird stattdessen vielmehr in der resümierenden Argumentation zum Ende des Zitats wieder geschlossen (man beachte u.a. den Übergang vom eigenerlebten spezifischen Fall, der ein Gespräch mit einer Angehörigen eines Patienten betrifft, auf eine allgemeinere Ebene in der Argumentation, wo es unspezifisch um das geht, was man „irgendeinem“ Patienten zumuten kann) und dadurch versucht, die in der Situation verlorene Kontrolle – reflexiv – wiederzuerlangen: Die Rolle des Überbringers einer schlechten Nachricht, die – wie im Zitat ebenfalls deutlich wird – grundsätzlich eben auch immer emotional aufgeladen ist, wird auf den Aspekt der reinen Informationsübermittlung reduziert. Damit distanziert er sich sowohl von eigenen Gefühlen wie von denjenigen des Patienten.

Diese in dem Zitat aufscheinende Distanzierung von den Gefühlen ist auch in verschiedenen weiteren Interviews immer wieder ein Thema. Dabei wird zumeist die Gefahr einer übermäßigen Belastung betont, die aus Sicht der Befragten aus einem unkontrollierten emotionalen Einlassen auf die Patienten und ihre Leiden entstehen kann. Die Befürchtungen scheinen jedoch nur bedingt erfahrungsgesättigt; eigenerlebte Situationen eines ausgeprägten und belastenden Mitleidens mit Patienten lassen sich in den Interviews eher selten entdecken. Stattdessen manifestiert sich häufig das Ideal eines „Abschaltens“ und einer strikten Trennung von sämtlichen emotionalen Belastungen, sobald das Krankenhaus verlassen wird. Auch in diesem – eben auch normativ wirksamen – Ideal zeigt sich wiederum die fachkulturelle Erwartung, selbst derartige Momente wie ein emotionales Berührt-Sein strikt kontrollieren zu können.

Eine weitere Dimension, bei der die fachkulturell verankerte Kontrollerwartung zum Tragen kommt und in der Folge Lernprozesse im PJ-Startblock erschwert, betrifft den Umgang mit fehlerhaftem medizinischen Handeln bzw. Unterlassen im Rahmen der Simulationen: In nachträglichen Erzählungen werden eigene Fehler auffallend knapp, tendenziell ausweichend und stellenweise emotionslos abgehandelt. Geht man – lerntheoretisch begründet – davon aus, dass eigene Fehler einen zentralen Motor von Lernprozessen darstellen, so lohnt es sich dieser Beobachtung nach zu gehen:

Mit Verweis auf die beruhigenden Worte von Seiten der Dozenten im Rahmen der Feedbacks erscheinen die Fehler auf den ersten Blick normalisiert. Auf den zweiten Blick aber wird deutlich, dass Gefühle des Misslingens, des Fehler-Machens eher – auch vor sich selbst – verheimlicht werden müssen. Besonders plastisch wird dies in einem Interview mit einer Studentin, die unmittelbar nach der Simulation sichtbar schockiert über ihren eigenen Fehler war. Im Interview wird diese Situation zwar kurz erwähnt, aber ihre Gefühle kommen nicht mehr zur Sprache – obwohl gerade diese Person ansonsten eine sehr große Offenheit gegenüber der Interviewerin an den Tag legt.

Angesichts der Tatsache, dass medizinische Fehler de facto gravierende Folgen haben können, leuchtet diese Form des Selbstschutzes als Copingstrategie ein – wer will schon die Last der unendlichen Verantwortung immer unmittelbar spüren. Problematisch wird diese Form des Umgangs

aber dort, wo diese Gefühle in ihrer nachhaltigen Wirkung nach außen hin tabuisiert werden müssen, nach innen aber zu einer grundlegenden Infragestellung der eigenen Kompetenzen bzw. zu massiven Selbstzweifeln führen.

Exemplarisch für diese problematische Konsequenz ein Zitat aus einem Interview mit einer pädiatrischen Assistenzärztin:

Ich hab, ich bin voller Enthusiasmus ans Studium rangegangen, ich hab, ähm (2) ähm, das Studium auch geliebt, das hat super viel Spaß gemacht, ich hab dieses Fach immer geliebt @ Also es war ein sehr interessantes Fach für mich und (.) ähm, ich habe mir diesen, den Arztberuf eigentlich niemals so vorgestellt. Ich habe es ganz anders, ich hatte es viel positiver mich, mir vorgestellt. Nicht diese enorme Arbeitsbelastung, diese psychische Belastung, dieser Druck @ dass, dass, hab ich mir überhaupt nicht vorgestellt, ich hab gedacht dass läuft alles viel schöner und entspannter und ähm, (2) Ja man rettet ständig jemanden [[Lachen]], Patienten und also man hat ja immer das Gefühl, ja man steht dann da als Held da und, aber letztendlich steht man ganz häufig im Arztberuf auch manchmal als Versager da. @ Und, äh, (.) das ist die Kehrseite der Medaille, da is man natürlich mitgenommen, ä:h, dass man gibt sich Vorwürfe, man hat so Schuldgefühle was hätte man anders machen können, (.) wie hätte man anders reagieren können, hätte ich die Situation vielleicht doch retten können wenn ich besser gekonnt hätte (3) Ja, (.) ich glaube, das äh, habe ich mir nicht so vorgestellt. Nein. @ .

Die hier geäußerte Erfahrung deutet darauf hin, dass zwischen Ausbildung (inklusive der darin integrierten Praxis) und der konkreten Verantwortung als Assistenzärztin eine Lücke zwischen internalisierter Kontrollerwartung und Realität klafft. Brisant an diesen Aussagen ist, dass man im gesamten einstündigen Interview den Eindruck erhält, diese Versagensgefühle hätten keinen sozialen Ort. Mit anderen Worten: Sie bleibt damit allein. Dies mag in dieser Extremform ein Einzelfall sein. Was jedoch durchgängig auch in den Interviews mit den Studierenden auffällt, ist die Art und Weise der Schilderungen von persönlichen Überforderungen, Kränkungen wie auch von Ohnmachtserfahrungen während der Ausbildung. In der Regel schließen diese – im Vergleich zu anderen Ausführungen ohnehin sehr knappen Erfahrungsberichte – mit der dezidierten Beteuerung einer mehr oder weniger souveränen Bewältigung – etwa indem man auf Anraten erfahrener Ärzte nicht weiter darüber nachdenkt, vor Patienten Unsicherheit souverän überspielt, bei schwierigen Patienten „auf Durchzug stellt“ oder sich auf Beruhigungen von Dozenten/innen beruft. Wie dargestellt ist die Funktionalität dieser Bewältigungsform allerdings ambivalent. Gelingt ein Zurückgewinnen der Kontrollüberzeugung nicht, sind begangene Fehler allzu schnell mit Scheitern konnotiert.

3. Verdeckte negative Emotionen gegenüber Patienten

Unerwartet offen sprechen Studierende in unseren Interviews über negative Emotionen gegenüber bestimmten Patienten. Dies ist vermutlich der Tatsache geschuldet, dass sie von Peers interviewt wurden. In den Schilderungen der Medizinstudierenden wird deutlich, dass insbesondere die Peer-Group ein zentraler Ort der Artikulation solcher Emotionen darstellt. Diese sind als solche nicht zwingend lernhemmend, problematisch wird es lediglich, wenn sie in entsprechenden Lehrveranstaltungen zurückgehalten werden und verdeckt bleiben. In dieser unterschweligen Form sind sie einer Bearbeitung und Auseinandersetzung entzogen und können in der Folge Lernprozesse beeinträchtigen.

Gründe für die Zurückhaltung sind vielfältig: Eine Rolle spielt sicherlich, dass Studierende, zumindest vordergründig, die in Lehrveranstaltungen artikulierten Erwartungen an eine Patientenzentrierung erfüllen wollen (Musterschülerrolle). Nicht zu unterschätzen ist darüber hinaus die unausgesprochene gesellschaftliche Norm gegenüber pflegenden, ärztlichen Berufen, eigene Gefühle zugunsten der Bedürfnisse der Patienten zurückzustellen (vgl. Badura 1990: 319ff.).

Zentrale Quellen negativer Emotionen sind:

- Non-Compliance gedeutet als Verstehensunfähigkeit oder –unwilligkeit (zu viel oder zu wenig Bildung)
- als illegitim wahrgenommene Zeitbeanspruchung von Patienten mit Bagatell-/bzw. Routineerkrankungen (Überempfindlichkeit, Wehleidigkeit etc.)

- Undankbarkeit/unfreundliche Anspruchshaltung
- „psychosomatische Begleiterkrankungen“ gerade bei chronisch-kranken Patienten.

Letztere Quelle negativer Emotionen soll nun näher betrachtet werden, weil hier verschiedene Problematisierungen kumulieren. Obwohl in den vergangenen Jahrzehnten die psychischen Ursachen und Folgen von Krankheiten verstärkt ins Blickfeld medizinischen Fachwissens gerückt sind und gesellschaftlich eine Entstigmatisierung stattgefunden hat, sind diese Zusammenhänge im Selbstverständnis der interviewten Medizinstudierenden nicht selten mit einem mehr oder weniger offen deklarierten Desinteresse belegt. In den Interviews lassen etliche Hinweise darauf schließen, dass primär rollenteilig gedacht und dies auch in der Lehre entsprechend ‚gelebt‘ wird. Danach wird den Psychosomatikern ein Alleinstellungsanspruch auf diesem Gebiet zugeschrieben mit der Konsequenz: Wer nicht diesen Facharzt anstrebt, ist tendenziell auch nicht kompetent und damit nicht zuständig für diese Themen und Fragen. Brisant wird es, wenn Studierenden über die typischen fachkulturellen Abgrenzungsrituale hinaus in Form eines Hidden Curriculum (Hafferty 98) – also eher latent denn explizit – vermittelt wird, dass psychische Aspekte es nicht wert sind, die Aufmerksamkeit von „richtigen“ Medizinern zu gewinnen:

In der Neurologie habe ich erlebt, dass dann ähm (1) da ging es um so Krampfanfälle und da gibt es so Leute, die das ähm so also aufgrund von ähm Gehirn ähm sag ich mal Unregelmäßigkeit haben, oder auf Grund dass es von der Psyche herkommt und entweder eine organische Störung in dem Sinne, die man wirklich nachweisen kann oder mehr oder ähm weniger ja ne psychische Störung ist. Und da hab ich schonmal Neurologen erlebt, die sowas, also einen psycho(-) Krampfanfall überhaupt nicht ernst genommen haben. Die meinten das wäre schlecht gespielt.

Auffallend bei Studierenden sind negative Emotionen vor allem gegenüber chronisch kranken Patienten mit sog. „psychosomatischen Begleiterkrankungen“. Die Emotionen speisen sich etwa aus dem Verdacht des Dramatisierens, gerade wenn dahinter ein bloßer Zuwendungswunsch vermutet wird. Diese Interpretation mündet dann im Gefühl einer ungerechtfertigten, übermäßigen Inanspruchnahme der eigenen Person bzw. Institution. Die Aktivierung von Empathie scheint hier deutlich erschwert:

Ne Patientin zum Beispiel, die ne chronische Lungenentzündung hat und kommt, weil sie keine Luft zu Hause mehr kriegt‘ (imitiert Pat) und dann hat sie den Rettungswagen gerufen und dann kommt man zur Visite und sie sitzt da und frühstückt ganz gemütlich (lächelnd) und dann äh fängt man an ‚ja erzählen sie doch mal‘ ne, und dann fängt sie halt zu erzählen an und fängt dann auch so ((ahmt Luftnot nach und imitiert Pat)),ach jetzt ist es schon wieder und jetzt krieg ich schon wieder keine Luft‘ und dann ist man natürlich direkt ‚ach Gottchen‘ und denkt so ‚och könn‘ wir die wieder los werden?

Das Erleben von chronisch kranken Patienten stellt für Studierende eine besondere Herausforderung dar. Kontakt mit solchen Patienten haben im Rahmen von StudiPat mehr oder weniger alle. Im Falle dieser Patienten stößt ein kuratives berufliches Selbstverständnis an seine Grenzen; die darin definierte Selbstwirksamkeitserwartung droht, enttäuscht zu werden. Wird nun von Seiten der Patienten diese Erwartung unterstützt, ergibt sich ein problematisches Wechselspiel:

Also wir haben jetzt ne Patientin gehabt mit äh ner chronisch entzündlichen Darmerkrankung, junge Patientin, 24 Jahre alt, das ist keine schöne Erkrankung, weil (.) sie ist halt chronisch und wird nicht mehr weggehen und das schränkt auch echt die Lebensqualität ein, aber (3) ah die war so (4) die war halt da weil die nen akuten Schub hatte mit (.) ja Blutverlust und weiß ich nicht und hat aber (2) objektiv nicht viel geboten, also (2) weiß ich nicht: Ultraschall war in Ordnung, die Blutwerte waren in Ordnung, sie hat nicht so viel Blut verloren, dass das jetzt irgendwie kritisch gewesen wäre (3) und die hat dann halt irgendwie am Schluss, als wir sie dann entlassen haben, wir haben ein bisschen die Medikamente, die sie kriegt hochgefahren und ansonsten haben wir sie eigentlich nur beobachtet (3), war sie so, als hätte man nichts getan für sie, also: ‚sie war jetzt hier vier Tage und nichts ist passiert (...) Und das ist dann auf jeden Fall (3), naja das ist so bisschen psychosomatisch dann. Die brauchen eigentlich dann auch mal jemanden wirklich zum Sprechen und das ist einfach im stationären Rahmen nicht möglich. Das ist dann immer, man (3) man kann das verstehen, dass sie’s so schwer haben, (.) a:ber ähm, hat halt auch nicht die Kapazität, das so zu händeln, auch nicht die Ausbildung. Also da müsste theoretisch schon ein Psychiater ran.

Was die Studentin latent selbst problematisiert – dass man „objektiv“ wenig tun konnte – artikuliert die Patientin als direkten Vorwurf. In der Folge setzen selbstwertdienliche Interpretationen des Patientenverhaltens ein und negative Emotionen werden begünstigt. Bezeichnend ist, dass die Studentin diese Gefühle auch im Interview eher versteckt (Satzabbruch, häufige, lange Pausen) denn offen artikuliert – hier deutet sich eine Form der individualisierten Gefühlskontrolle an (Badura 1990: 321), wie sie in der Fortsetzung des Interviews noch deutlicher wird und im direkten Umgang mit „schwierigen“ Patienten typisch zu sein scheint:

I: Was machst du dann, also in der Situation?

A: (2)Ruhig bleiben, es wiederholt erklären und ähm,(2) wenn- wenn man wirklich das Gefühl hat, dass da ne Therapie notwendig ist, dann wird das den Patienten aber auch angeraten, also (.) (...) In anderen Häusern gibt's sonst auch so Psychiater, die halt generell gerufen werden können, wenn (2) wenn ähm sowas ist. Das wird dann, also man muss natürlich die Patientin fragen, ob sie einverstanden ist, dass man so jemanden dazu holt, aber das ist sonst immer das was ganz gut tun kann, weil (.) dann tritt man so nen Schritt zurück und ist raus aus der Sache, aber ohne dass (.) dass man den Patienten allein gelassen hat.

Die Zuschreibung von psychischen Problemen ist hier insofern funktional, als die unangenehme (unkontrollierbare) Dynamik an fachlich kompetente Ärzte delegiert werden kann und man sich so quasi verantwortungsbewusst aus der Verantwortung entlassen kann. Damit ist der erlebte „Interaktionsstress“, den Badura als Diskrepanz zwischen tatsächlichen und sozial erwünschten Gefühlen definiert, ein Stück weit normalisiert (Badura 1990: 319f.).

Ein zusätzlicher Aspekt, der im obigen Zitat angesprochen wird, betrifft die Aussage: „wiederholt erklären“. Diese verweist auf eine weitere typische Form der Bewältigung schwieriger Arzt-Patienten-Konstellationen. Lernhemmend wird diese Strategie, wenn sie den Blick für Handlungsalternativen verstellt:

4. „Erklären“ als dominanter Gesprächsmodus

Ein Gelingen des Arzt-Patienten-Gesprächs – so zeigen unsere Interviews – wird insbesondere dann angenommen, wenn die eine eindeutige Rollenverteilung vorliegt und die den jeweiligen Rollen zugeschriebenen Aufgaben in der Interaktion beiderseitig in angemessener Weise erfüllt werden.

Die Aufgabe des Arztes wird dabei darin gesehen, bspw. eine Krankheit oder die dafür vorgesehene Therapie in adressatengerechter Sprache zu erklären. Der Modus des Erklärens impliziert hierbei die Vermittlung eines bereits vorher feststehenden Sachverhalts, der demnach im Gespräch selber nicht mehr zur Disposition steht bzw. bei dem der Sachverhalt nicht erst im Gespräch gemeinsam erarbeitet wird (bspw. ein Sich-Einigen auf eine für beide Seiten zustimmungsfähige Therapieform). Dem Patient hingegen wird – als Ziel dieser Erklärversuche des Arztes – die Aufgabe zugeschrieben, jene zu verstehen, was insbesondere auch beinhaltet, sie als sinnhaft anzuerkennen.

Gelingt diese Rollenteilung nicht reibungslos, so wird dies dann vor allem den mangelnden Verstehensleistungen der Patienten zugeschrieben, die entweder nicht fähig (bspw. aufgrund des Bildungshintergrundes) oder nicht willens hierzu sind:

I: Okay (5) Okay ich hab noch ne Frage, gibt's denn Patienten bei denen es sich mehr °lohnt° mehr Zeit zu nehmen?

A: Ähm, (3) ich würd sagen, s sind Patienten, di::e Aufnahmefähig sind.(.) Gibt leider auch viele, es gibt viele Patienten (.) leider, denen du ähm (2) erklärst und erklärst und erklärst. (.) Ähm und es gibt Menschen die einfach nur was zu nem bestimmten Level aufnehmen können (.) Und das musst du halt beim Patienten rausfinden. Bis wohin kann er da aufnehmen und wann °geht° es einfach nicht mehr mit seinen, mit den Fähigkeiten die er einfach hat. Und dann (.) dann brauchst du ihm das auch nicht weiter zu erklären, weil er das dann nicht mehr aufnehmen kann einfach. Oder (.) es gibt zum Beispiel auch Patienten (.) ähm (2) zum Beispiel gibt es auch Patienten(.) der sich an die Regeln halt. Also (.) die Medikamente auch wirklich einnimmt (.) da wurde ich dann auch mehr Zeit investieren. Weil du da auch wirklich Erfolge hast. (.) Es gibt leider auch Patienten, die ne sehr schlechte Compliance haben. (.) Die dann die Medikamente einfach nicht nehmen. Und dann erklärst du denen warum die das wirklich machen müssen und regelmäßig ((seufzt)) und machen das trotzdem nicht und trotzdem nicht und trotzdem nicht.(.) Und dann steckst du nicht mehr so viel Zeit

einfach rein. Weil du hast es ihnen gesagt, und du kannst es noch mal sagen aber (.) Dann deine ganzen Gründe nochmal von oben bis unten runterrattern macht nach dem °dritten Mal° auch keinen Sinn mehr. Also dann steckst du lieber Zeit in die Patienten, wo du siehst Okay (.) Die wollen wirklich gesund werden. (.) Die strengen sich wirklich an.

Es wird an dem Zitat deutlich, dass selbst bei wiederholtem Scheitern zunächst an dem Modus des Erklärens festgehalten wird. Ein alternativer Handlungsmodus, in dem bspw. einmal die Gründe und Sorgen gegen Medikamenteneinnahme ausgelotet werden, gerät offensichtlich nicht in den Blick oder wird zumindest immer wieder verworfen. Das resignative Aufgeben des Erklärens erfolgt dann schließlich irgendwann nach weiteren nicht zielführenden Versuchen, was zum einen hinsichtlich einer effizienten Zeitnutzung als kritisch zu betrachten ist, und zum anderen letztlich in Folge des immer wieder erneuten Scheiterns in ausgeprägte Frustration mündet.

Verglichen mit bekannten Modellen der Arzt-Patienten-Beziehung (vgl. z.B. Emanuel/Emanuel 2004, oder auch Elwyn/Edward/Kinnersley 1999 zitiert nach Koerfer et al. 2008) trägt das beschriebene Phänomen zunächst sicherlich zahlreiche Züge eines stark paternalistisch orientierten Beziehungsverständnisses zwischen Arzt und Patient. Entgegen der zumeist recht negativen Konnotation, die diesem Verständnis mittlerweile aufgrund der weitestgehenden Nichtberücksichtigung der Autonomie des Patienten anheftet, kann hier in positiver Weise aber zumindest festgehalten werden, dass die Aufgabe des Erklärens für die interviewten Medizinstudierenden durchaus auch als eine *innere* Verpflichtung gegenüber den Patienten verstanden wird.

Auffallend ist dann jedoch ebenfalls, wie der Abbruch der wiederholten Versuche des Erklärens zumeist in ein argumentatives Muster mündet, das die letzte Entscheidungsfreiheit der Patienten hervorhebt:

Das sind dann halt die Fälle wo du sagst ja.(2) 'Gut. (2) Sie sind n erwachsener Mann, wenn Sie das jetzt nicht machen wollen, der Arzt hats Ihnen gesagt, das lohnt sich wirklich. (.) Dann lassen Sie das'.

Diese Form der Argumentation kann nun wiederum durchaus mit dem Begriff des „informativen Modells“ (bzw. informed choice) umschrieben werden. In diesem Verständnis dient der Arzt lediglich als dienstleistender Informationsgeber, der den Patienten umfassend aufklärt, welcher dann anschließend jedoch seine Entscheidung in völliger Autonomie zu treffen in der Lage ist. Die Anerkennung und Berücksichtigung der Autonomie des Patienten springt hier also gleichsam von einem Extrem zum anderen.

Zugleich tritt der Patient aber auch im informativen Modell letztlich nicht als Interaktionspartner auf, die Kommunikation verbleibt in einer Einseitigkeit. Was sich durch den Sprung vom paternalistischen zum informativen Modell vor allem verschiebt, ist die Zuschreibung von Verantwortung. Während im Modus des Erklärens zunächst noch die innere Verpflichtung zu erkennen ist, den Patienten von der als eindeutig besten angesehenen Vorgehensweise zu überzeugen, wird mit dem (mehrmaligen) Scheitern dieser Bemühungen jene Verantwortung für den Patienten schließlich abgewehrt und diesem allein zugeschoben. Eine gemeinsam - je nachdem durchaus auch konfrontativ – in Interaktion erarbeitete Perspektive von Arzt und Patient, für die dann auch beide Seiten als verantwortlich stehen müssten, und wie sie im Ideal eines „shared decision making“ beschrieben wird, lässt sich nicht erkennen.

III. Perspektiven zur Bearbeitung lernhemmender Muster im Rahmen des PJ-Startblocks

Vorab sei betont: Unsere Anregungen basieren auf einem eingeschränkten Sample und nur punktuellen Beobachtungen vor Ort. Etliche Aspekte werden im Lehrformat sicherlich bereits berücksichtigt und wären allenfalls ausbaufähig.

- *Gelegenheit zur Artikulation von Vorbehalten gegenüber den normativen Idealen der Arzt-Patienten-Beziehung*

Fortgeschrittene Studierende haben bereits einen längeren beruflichen Sozialisationsprozess durchlaufen. Wie oben beschrieben, entwickeln sich im Laufe des Studiums erfahrungsbegründet einige Vorbehalte (siehe oben S.: II, 1.). Diese an geeigneter Stelle artikulieren zu lassen, hätte eventuell den Effekt einer noch breiteren Aufnahmebereitschaft vermittelter Inhalte.

- *Offene Thematisierung von negativen Emotionen gegenüber Patienten*
Negative Emotionen sind – so zeigt sich bei uns – im Hinblick auf die Ausprägung der beruflichen Haltung gegenüber Patienten relevant. Die Erfahrungen in den Simulationen sind eine ausgezeichnete Gelegenheit, als problematisch wahrgenommenes Patientenverhalten zur Sprache zu bringen. Dazu müsste sichergestellt sein, dass Schauspielpatienten in den Feedbackrunden zeitweise nicht anwesend sind. Dann könnten aktuelle Gefühle sowie aktualisierte problematische Erfahrungen mit Patienten eher angesprochen werden. Eine begleitete Auseinandersetzung mit erlebtem Interaktionsstress (s.o. S. 11) und interpersonellen Vorgängen der Stresserzeugung hätte eine psychohygienische Funktion und würde die Fokussierung auf eigene Emotionen und auf damit verbundene Frustrationen frühzeitig als relevant ausweisen².
- *Fallbezogene Reflexion internalisierter Idealvorstellungen des Patienten*
Die explizite Artikulation der eigenen Erwartungen an das Patientenverhalten könnte Ausgangspunkt einer Reflexion internalisierter Normen und Wertmaßstäbe sein, die das Handeln unbewusst leiten und das ärztliche Selbstverständnis prägen. Auch hier bieten sich Fallbeispiele aus dem Startblock an: Gemeinsam wäre dann etwa zu diskutieren, warum bei der Suizidpatientin im Startblock ein Dramatisierungsverdacht aufkommt und man eine „wirklich verzweifelte“ Patientin, die aufgrund einer schweren Depression einen Suizidversuch begeht, in der ärztlichen Arbeit eher vorziehen würde. Gerade bei psychosomatisch begründeten Krankheitsäußerungen spielen internalisierte Normalerwartungen und eigene interne Kontrollüberzeugungen eine nicht zu unterschätzende Rolle.
- *Erweiterung praxisrelevanter Kenntnisse über soziale Milieus*
Wie oben erwähnt, hat die Vermittlung interkulturellen Wissens im Startblock nicht nur einen empathiefördernden Effekt, sondern eröffnet auch neue Handlungsperspektiven. Gerade vor dem Hintergrund, dass eine Non-Compliance häufig auf ein niedriges Bildungsniveau („zu doof“) zurückgeführt wird, wären Kenntnisse über Krankheits- und Gesundheitsverständnisse unterschiedlicher sozial benachteiligter Milieus überaus hilfreich. Bereits bei Medizinstudierenden lässt sich gegenüber diesen Patienten so etwas wie eine ‚normalisierte Frustration‘ wahrnehmen, die Strategien der Kontaktvermeidung oder –reduzierung zur Folge haben kann. Solche Beobachtungen sind Anlass genug, über entsprechende Kenntnisse verstärkt eine handlungsrelevante Horizonterweiterung zu initiieren. Sie könnten erfahrbar machen, dass es jenseits einer Empathie im Sinne affektiven Mitfühlens eine kognitiv-verstehensorientierte Form („imaginative empathy“) gibt, die uneingeschränkt resilienzförderlich ist.

² „Das Erleben emotionaler Dissonanz, d. h. Widersprüche zwischen organisational erwünschtem Gefühlsausdruck (z. B. freundlich sein) und tatsächlich empfundenen Gefühlen der Dienstleister (z. B. Ekel), die in verschiedene Formen der Emotionsregulierung (Oberflächen- vs. Tiefenhandeln) münden, haben sich als starke Prädiktoren für Burnout und andere negative Folgen für Dienstleister und Organisationen erwiesen (Metaanalyse von Mesmer-Magnus et al. 2012). Hierzu tragen Bedingungen der Arbeit in der Interaktion, aber auch unzureichende Qualifizierung für Interaktionsarbeit, maßgeblich bei (Böhle u. Glaser 2006). Letzteres sollte Anlass sein, schon in der Ausbildung verstärkt Kompetenzen zur Emotionsregulierung und zu detached-concern einzuüben“ (Glaser, Herbig 2012).

- *Gelegenheiten zur Erfahrung des individuellen und medizinischen Nutzens kommunikativer Kompetenz*

Anstelle der gängigen Rede von „Patientenzentrierung“ wird mittlerweile vermehrt von „Beziehungszentrierung“ gesprochen (vgl. Rider u.a. 2006). Vorteil einer solchen Orientierung ist, dass die Person des Arztes genauso ins Spiel kommt wie diejenige des Patienten und entsprechend die interpersonelle Dynamik stärker fokussiert wird. Sinnvoll ist dies nicht nur im Hinblick auf die habituellen Voraussetzungen eines in der ärztlichen Praxis nach wie vor kaum realisierten „Shared Decision Making“ (vgl. Gesundheitsmonitor: Braun, Marstedt 2014). Auch mit Blick auf Ergebnisse aus Burnout³- und Resilienzforschung ist dies äußerst funktional.

Ein Ansatzpunkt, um den persönlichen Nutzen kommunikativer Kompetenz herauszustellen, wäre beispielsweise die Vermittlung von Ergebnissen der Resilienzforschung, die deutlich machen, dass langfristig eine vertrauensvolle Beziehung zu den Patienten als eine zentrale Gratifikationsquelle und „Monotonie-Prophylaxe“ erlebt wird (vgl. Zwack u.a. 2011). Die Gefahr eines Burnouts besteht eben nicht nur bei dem immer wieder von den Befragten aufgeführten übermäßigen Mitleiden, sondern ebenso dann, wenn die Patienten nicht bzw. nicht mehr als je besondere Einzelfälle betrachtet werden. Die mit dem Verschließen vor der Perspektive der Patienten einhergehende Objektivierung selbiger mündet letztlich in einer Monotonie des immer Gleichen. Eine solche Monotonie-Befürchtung ist bei Studierenden gerade angesichts der unerwartet vielen, medizinisch eben nicht ganz so interessanten „Standardfällen“, denen man in der Praxis begegnet, auffallend. Insofern wäre dies ein durchaus erfahrungsnaher Zugang.

Zusätzlich könnten Effektivitätsstudien zur kommunikativen Kompetenz, zum Shared Decision Making diskutiert werden, um Vorbehalte ernst zu nehmen. Vermutlich wirksamer als solche Aufklärungsbemühungen aber wäre, gemeinsam an konkreten Beispielen herauszuarbeiten, warum ein Gespräch zunächst spontan das Gefühl des Scheiterns auslöst, sich dann aber bei näherer Betrachtung eventuell doch – im Hinblick auf die zukünftige Compliance etwa – als außerordentlich nützlich herausstellt.

- *Stärkung eines Vorbildlernens im kommunikativen Bereich*

Dass trotz zunehmender Evidenzbasierung in der Medizin das sog. Vorbildlernen eine herausragende Bedeutung behält, ist mit Blick auf die Komplexität ärztlichen Handelns, nur einsichtig.

Fachfremde Dozenten werden im Startblock als sehr bereichernd wahrgenommen, primäre Orientierungsfunktion haben sie allerdings nicht. Orientierungsgrößen wie auch Bewährungsinstanzen sind die anwesenden Mediziner. Vor diesem Hintergrund ist die implizite Haltung der beteiligten Mediziner im Hinblick auf kommunikative Kompetenz bedeutsam. Nicht zu unterschätzen sind dabei auch implizite Signale: Wenn im Startblock in erster Linie Nicht-Mediziner für kommunikative Themen zuständig sind und Mediziner nach der Besprechung fachlicher Inhalte den Raum verlassen, können daraus nicht-intendierte Schlüsse gezogen werden. Auch ist es nicht irrelevant, ob in der von vielen Studierenden sehr geschätzten Visite das kommunikative Verhalten der Studierenden ebenfalls kurz angesprochen wird. Dies umso mehr als etliche Studien zeigen, dass eingespielte Rituale in Visiten in der Wahrnehmung von

³ Gemäß Glaser und Herbig wird die Entstehung emotionaler Erschöpfung u.a. durch die „andauernde Diskrepanz zwischen (**emotionalen**) Arbeitsanforderungen und unzureichenden Bewältigungsressourcen erklärt. Bei voranschreitender emotionaler Erschöpfung können betroffene Mitarbeiter mit Rückzug und Distanzierung von emotionalen Anforderungen der Arbeit in Form eines dysfunktionalen Coping, einer sog. „Depersonalisierung“ (Masloch) reagieren. Diese bezeichnet eine Kernkomponente von Burnout und ist durch „negative, zynische Einstellungen und gefühllos-abgestumpfte Reaktionen“ gegenüber Klienten charakterisiert. Die Individualität wird geleugnet; als „Objekte“ sind Klienten emotional leichter zu ertragen“ (Glaser, Herbig 2012). Was die Autoren hier nicht bedenken ist, dass im Zustand der Depersonalisierung die eigene Individualität im Arbeitshandeln genauso geleugnet wird.

Patienten oftmals als problematisch wahrgenommen werden. Auch interviewte PJ-Studierende schildern auf Nachfrage etliche unbefriedigende Situationen in Visiten.

Berücksichtigt man abschließend Erkenntnisse der neueren Expertiseforschung, so gilt es Folgendes zu berücksichtigen: Ein ausgewiesenes Expertentum kommt gerade in der gelingenden Bewältigung von kritischen Situationen, wie sie für den medizinischen Alltag typisch sind, zum Ausdruck. Dies sind nicht nur fachlich komplexe Situationen sondern eben auch kommunikative Herausforderungen. In derartigen Situationen erweist sich ein primär standardisiertes Verhalten, das Handeln als geordnete Abfolge von geplanten und kontrollierten Handlungsschritten ansieht, häufig als inadäquat. Es verwundert demnach nicht, wenn ein kommunikatives Verhalten, welches den Patienten lediglich einseitig als Empfänger von Erklärungen behandelt, in „unplanmäßigen“ Situationen des „Nichtverstehens“ an seine Grenzen stößt. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie sich ein professionelles Selbstverständnis bei Medizinstudierenden entwickeln kann, das die Qualität ärztlicher Tätigkeit noch stärker in Abhängigkeit von der Involvierung des Patienten als Interaktionspartner begreift. Wie oben beschrieben, darf hier das Zeitargument nicht per se gegen ein sich wandelndes Selbstverständnis vorgebracht werden. Denn erstens wird – so unser Eindruck zumindest bei Studierenden – viel Zeit und vor allem Energie darauf verwendet, medizinische Sachverhalte wiederholt zu erklären. Und zweitens „Obwohl das Zeitargument bis in die Gegenwart hinein am häufigsten als Hinderungsgrund für die Shared Decision Making-Behandlungsweise genannt wird, liefern mehr als einhundert dazu durchgeführte Studien ‚no robust evidence‘ (Légaré und Witteman 2013: 279) für diese Belastung“ (Braun, Marstedt 2014: 110).

IV Literatur

Badura, B. (1990): Interaktionsstress - Zum Problem der Gefühlsregulierung in der modernen Gesellschaft. In: ZfS, Jg. 19, Heft 5 (1990).

Braun, B.; Marstedt, G.: Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. In: Böcken, J.; Braun, B.; Meierjürgen, R. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, S. 107-131.

Emanuel, EJ; Emanuel LL (2004): Vier Modelle der Arzt-Patient-Beziehung. In: Wiesing, U. (Hrsg.): Ethik in der Medizin. Stuttgart: 101-104.

Légaré, F., und H. O. Witteman. »Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice«. Health Affairs (32) 2 2013. 276–284.

Koerfer, A.; Köhle, A.; Obliers, R.; Sonntag, B., Thomas, W., Albus, C. (2008): Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung. In: Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion (ISSN 1617-1837) Ausgabe 9 (2008), Seite 34-78 (www.gespraechsforschung-ozs.de)

Glaser, J.; Herbig, B. (2012): Burnout – Folge schlechter Arbeit oder anfälliger Personen? In: Persönlichkeitsstörungen 2012; 16: 134–142.

Rider, E.A. u.a. (2004) Teaching communication skills. In: Medical Education, 38, 558–559.

Rider, E.A., Keefer, C.H. (2006) Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox, Medical Education, 40, pp. 624–629.

Newton BW; Barber L; Clardy J; Cleveland E; O'Sullivan P. (2008): Is there hardening of the heart during medical school? In: Acad Med. 83(3):244-9.

Zwack, J.; Abel, C.; Schweitzer, J. (2011): Resilienz im Arztberuf – salutogenetische Praktiken und Einstellungsmuster erfahrener Ärzte. In: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1291276> Psychother Psych Med 2011; 61: 495–502.

Zwack, J.; Abel, C.; Schweitzer, J. (2011): Resilienz im Arztberuf – salutogenetische Praktiken und Einstellungsmuster erfahrener Ärzte. In: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1291276> Psychother Psych Med 2011; 61: 495–502.