

Urologe 2019 · 58:781–789

<https://doi.org/10.1007/s00120-019-0913-6>

Online publiziert: 2. April 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

U. Necknig¹ · N. Deis² · J. Sterz³ · J. Jünger²¹ Abteilung für Urologie und Kinderurologie, Klinikum Garmisch-Partenkirchen, Garmisch-Partenkirchen, Deutschland² Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP), Mainz, Deutschland³ Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Frankfurt, Frankfurt, Deutschland

Wie erleben urologische Weiterbildungsassistenten das Arzt-Patienten-Gespräch?

Förderung der Kommunikationskompetenz im Rahmen der ärztlichen urologischen Weiterbildung

Einleitung

Kommunikation gehört zu den wesentlichen Aufgaben im Berufsalltag von Medizinern. Das Medizinstudium in der jetzigen Form beinhaltet nur in beschränktem Maße die Ausbildung in ärztlicher Kommunikation [16]. Von den Berufsanfängern werden jedoch bereits im ersten Jahr kommunikative Kompetenzen erwartet, auf die sie in der Regel nicht richtig vorbereitet sind. Hinzu kommt, dass in manchen Fächern, wie beispielsweise in der Urologie, schambesetzte Themen wie Sexualität, Kontinenz oder Potenz nicht unausgesprochen bleiben dürfen, um den Patienten adäquat helfen zu können.

Eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation ist zentral für den diagnostischen und therapeutischen Prozess. In einer Studie bei urologischen Patienten konnte gezeigt werden, dass eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation den Behandlungserfolg verbessern kann [6]. Eine unzureichende Kommunikation kann gravierende Folgen nach sich ziehen. So konnte Chen zeigen, dass Fehltherapien Folgen einer unzureichen-

den Kommunikation sein können [5]. In einer Umfrage des Picker Instituts unter 38.800 Patienten gaben 22 % der Befragten an, unverständliche Antworten von Ärzten auf wichtige Fragen zu erhalten. 29 % gaben an, unterschiedliche Erklärungen von Untersuchungsergebnissen erhalten zu haben und 16 % erhielten widersprüchliche Informationen von Ärzten und/oder Pflegekräften [28].

Grundsätzlich ist das Problem der suboptimalen Kommunikationsfähigkeit junger Ärzte und der ungenügenden Präsentation dieses Themas in der Weiterbildung bekannt [22]. Im Masterplan Medizinstudium 2020 [2] wird eine größere Praxisnähe der Ausbildung und ihre frühzeitige und konsequente Orientierung an Patienten und ihren Bedürfnissen gefordert. Demnach soll die medizinische Ausbildung zukünftig kompetenzbasiert erfolgen, wozu auch die zur Erfüllung der ärztlichen Aufgaben erforderlichen Sozialkompetenzen gehören. Diese wurden im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) spezifiziert, in dem an verschiedenen Stellen auf die sozialen Rollen der Ärzte und die damit einhergehenden Kommunikationsaufgaben Bezug genommen wird. Im Kap. 14c werden konsentrierte Lernziele für die

medizinische Ausbildung zur ärztlichen Gesprächsführung vorgegeben [20].

Eine vergleichbare Ausarbeitung für die ärztliche Weiterbildung fehlt bisher. Die Lehre und Prüfung ärztlicher Gesprächsführung wurde erstmalig 2012 durch die ärztliche Approbationsordnung verpflichtend vorgegeben [3]. In der Diskussion um die Neustrukturierung der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung ist die Qualifizierung in ärztlicher Gesprächsführung und interprofessioneller Kommunikation ein zentrales Anliegen. Auch der Nationale Krebsplan [2, 21] setzt im Kontext der Verbesserung der Patientenorientierung das Ziel, die kommunikativen Kompetenzen der in der onkologischen Versorgung tätigen Personen im Umgang mit krebserkrankten Patienten und deren Angehörigen zu fördern. Im Ziel 12 a wird festgelegt, dass die Vermittlung von Kommunikationskompetenzen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung verbessert sowie im Rahmen der Qualitätssicherung laufend trainiert und überprüft werden soll.

Jünger et al. konnten zeigen, dass sich ein kompetenzbasierter Lernzielkatalog zu spezifischen Fertigkeiten ärztlicher Gesprächsführung zur Curriculumentwicklung im Rahmen der medizinischen Ausbildung bewährt hat [11]. Auch bei

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Beitrag überwiegend das generische Maskulinum verwendet. Dies impliziert immer beide Formen, schließt also die weibliche Form mit ein.

berufserfahrenen Ärzten konnte gezeigt werden, dass ein Kommunikationstraining eine signifikante Verbesserung der Gesprächsstruktur erzielen kann [4].

Bezüglich der operativen und konservativen Ausbildungsinhalte existieren im Fach Urologie durchaus strukturierte Fortbildungsangebote der JuniorAkademie der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU), die auf die Bedürfnisse der urologischen Weiterbildungsassistenten zugeschnitten sind. Darüber hinaus gibt es auch auf europäischer Ebene Zertifizierungen (European Board of Urology – Training Center Certification). Strukturierte Weiterbildungsmöglichkeiten zur Kommunikation existieren bislang im Fach Urologie nicht.

Koehl-Hackert konnte zeigen, dass die Zahl der klinisch relevant von Burnout Betroffenen mit bis zu 20% unter den PJ-Studierenden bereits genauso hoch wie bei Ärzten ist [15]. Da parallel zur ärztlichen Kommunikation auf die Weiterbildungsassistenten multiple Tätigkeiten zukommen, kann die mangelhafte Kommunikationsausbildung besonders am Anfang der Weiterbildung zu Überforderung führen. So geben lediglich 45% der Assistenzärzte an, sich durch die Ausbildung ausreichend auf die ärztliche Tätigkeit vorbereitet zu fühlen. 43% der Berufsanfänger fühlen sich bereits in den ersten Wochen überfordert [25]. In einer Umfrage unter Berufsanfängern im Fach Chirurgie konnte gezeigt werden, dass sich 57% der Befragten nicht ausreichend auf den Berufsstart vorbereitet fühlen [33]. Eine unzureichende Vorbereitung auf die Erfordernisse im Beruf kann die Qualität der Patientenversorgung beeinflussen [27].

Vor diesem Hintergrund entstand das Projekt Förderung der Kommunikationskompetenz im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung – Entwicklung und Implementierung eines Mentoring am Beispiel der urologischen Onkologie (KomMent), das als übergeordnetes Ziel die Erhöhung der Kommunikationskompetenz im Fachgebiet Urologie hat. Durch die breite Patientenversorgung mit konservativen und operativen Behandlungsformen bei Patienten über die gesamte Lebensspanne und dem

hohen Anteil an onkologischen Patienten sowie der erforderlichen Abdeckung schambesetzter Themen eignet sich insbesondere ein Fach wie die Urologie, um Kommunikationsbedürfnisse in der Weiterbildung zu erfassen.

Zur Erstellung eines Kommunikationscurriculums im Fachgebiet Urologie wurde in der hier vorliegenden Arbeit dafür im Sinne einer Bedarfsanalyse untersucht, welche fördernden und hemmenden Faktoren es für eine patientenorientierte Kommunikation aus Sicht der Weiterbildungsassistenten in fachspezifischen Gesprächssituationen gibt.

Material und Methode

Studiendesign

Zur Erfassung der fördernden und hemmenden Faktoren bei der patientenorientierten Kommunikation wurde ein deskriptives, multizentrisches Querschnittstudienesign (Mixed-methods-Studie) mit sowohl qualitativer als auch quantitativer Erhebung der Daten gewählt. Diese erfolgte im Zeitraum von November 2017 bis Juni 2018. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und erfolgte nach schriftlicher und mündlicher Einwilligung. Nach Auskunft der Bayerischen Landesärztekammer war eine Beratung des Forschungsvorhabens durch die Ethikkommission nicht erforderlich.

Fokusgruppen

Für die Erfassung qualitativer Daten wurde als Untersuchungsmethode eine Fokusgruppe mit Workshopcharakter gewählt. Fokusgruppen sind eine effiziente Methode, um Haltungen, Meinungen und Bedürfnisse von Betroffenen aufzudecken und zu durchleuchten [13]. Moderierte Fokusgruppen zeichnen sich dadurch aus, dass die Teilnehmer sich besonders intensiv mit bestimmten Fragestellungen auseinandersetzen. Die Fokusgruppenbefragungen wurden an sechs verschiedenen urologischen Abteilungen in Deutschland durchgeführt, von denen drei Universitätskliniken (Göttingen, Heidelberg und Mannheim) und drei kommunale Krankenhäuser

(Augsburg, Garmisch-Partenkirchen und Ingolstadt) sind. Die Anzahl der Fokusgruppen richtete sich nach dem Prinzip der inhaltlichen Sättigung, d. h., es wurden keine weiteren Befragungen durchgeführt, wenn hierdurch keine neuen Erkenntnisse mehr zu erwarten waren. Die Fokusgruppenbefragung wurde in Form eines moderierten Workshops angeboten und dauerte jeweils 2 h. Nach einer Einführung ins Thema und Klärung offener Fragen erfolgte eine Gruppeneinteilung in Kleingruppen. Jede Gruppe wurde gebeten, folgende Fragen zu beantworten:

1. Bei welchen Gesprächen in der Arzt-Patienten-Kommunikation fühlen Sie sich kompetent und warum?
2. Bei welchen Gesprächen in der Arzt-Patienten-Kommunikation fühlen Sie sich herausgefordert und warum?
3. Welche Faktoren an ihrem Arbeitsplatz erleichtern Ihnen eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation?
4. Welche Faktoren an Ihrem Arbeitsplatz erschweren Ihnen eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation?
5. Von welchen unterstützenden Maßnahmen würden Sie persönlich am meisten profitieren?

Anschließend wurden die Teilnehmer gebeten, ihre Arbeiten der jeweils anderen Kleingruppe vorzustellen. Die Antworten der Teilnehmer wurden auf Moderationskarten festgehalten und abschließend geclustert (Metaplantentechnik; [7, 14]). Die Diskussion wurde protokolliert. Dabei galt die Sparsamkeitsregel von Flick, also nur so viel zu protokollieren, wie es für die Untersuchung der Fragestellung tatsächlich relevant ist [8]. Die Datenanalyse erfolgt gemäß den Prinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse unter Verwendung des Programms MaxQDA (12, 2017, cleverbridge AG, 50670 Köln, Deutschland).

Fragebogenbasierte Datenerhebung

Basierend auf den Ergebnissen der qualitativen Fokusgruppenbefragung wurde ein Fragebogen erstellt. Im ersten Teil des Fragebogens wurden demografische Angaben erhoben. Daran anschließend erhielt der Fragebogen 40 Items zur Selbst-

Hier steht eine Anzeige.



Urologe 2019 · 58:781–789 <https://doi.org/10.1007/s00120-019-0913-6>
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

U. Necknig · N. Deis · J. Sterz · J. Jünger

Wie erleben urologische Weiterbildungsassistenten das Arzt-Patienten-Gespräch? Förderung der Kommunikationskompetenz im Rahmen der ärztlichen urologischen Weiterbildung

Zusammenfassung

Einleitung. In der urologischen Weiterbildung wird Kommunikation als Ausbildungsinhalt bislang nicht strukturiert angeboten. Von den Berufsanfängern werden bereits im ersten Jahr kommunikative Kompetenzen erwartet. **Ziel und Methode.** Im Zeitraum von November 2017 bis Juni 2018 wurde in einer deskriptiven, multizentrischen Querschnittstudie ermittelt, welche fördernden und hemmenden Faktoren es für eine patientenorientierte Kommunikation aus Sicht der Weiterbildungsassistenten in fachspezifischen Gesprächssituationen gibt (Ist-Analyse). Hierzu wurden an sechs Urologischen Abteilungen mit insgesamt 37 Teilnehmern modifizierte Fokusgruppen durchgeführt und die Ergebnisse in einer

Fragebogenanalyse an 62 urologischen Weiterbildungsassistenten überprüft. **Ergebnisse.** Die Teilnehmer fühlen sich kompetent, wenn sie über ausreichend Fachwissen und Erfahrung verfügen, es sich um eine Routinegesprächssituation handelt und wenn sie ausreichend Zeit haben. Als herausfordernd erleben sie auftretende Emotionen, das Überbringen schlechter Nachrichten und das Ansprechen von Tabuthemen. Erleichternde Faktoren sind eine strukturelle Unterstützung am Arbeitsplatz sowie die Unterstützung im Team. Erschwerende Faktoren sind eine mangelnde Kommunikationsausbildung, fehlende Strukturen sowie eine Verdichtung der Arbeitsfelder. Persönlich profitieren

würden sie von einem Mentoring, einem Kommunikationstraining sowie einer strukturierten, interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit. **Diskussion.** Die vorliegende Bedarfsanalyse stellt eine Grundlage zur inhaltlichen Konzeption und Ausarbeitung eines Kommunikationscurriculums dar. Dadurch kann das übergeordnete Ziel der Förderung der Kommunikationskompetenz in der urologischen Weiterbildung erreicht werden.

Schlüsselwörter

Kommunikation · Weiterbildung · Curriculum · Urologie · Fokusgruppen

How do urological training residents experience the physician–patient conversation? Promotion of communication competence in the context of medical residency training

Abstract

Background. In urological continuing education, communication as a training content has not yet been offered in a structured way. Communication skills are already expected in the first year of training. **Objectives and methods.** In the period from November 2017 to June 2018, a descriptive, multicentre cross-sectional study was conducted to identify the factors that promote and inhibit patient-oriented communication from the point of view of continuing training assistants in subject-specific situations (as-is analysis). For this purpose, modified focus groups were carried out in six urological

departments with a total of 37 participants. The results were checked in a questionnaire analysis in 62 urological training assistants. **Results.** The participants feel competent if they have sufficient specialist knowledge and experience, if it is a routine discussion situation and if they have sufficient time. They experience emotions, bad news and taboo topics as challenging. Facilitating factors are structural support at the workplace and support in the team. Aggravating factors are a lack of communication training, missing structures as well as a compression of the fields of work. They would personally

benefit from mentoring, communication training and structured, interprofessional and interdisciplinary cooperation. **Conclusions.** This needs analysis provides a basis for the conception and elaboration of a communication curriculum. In this way, the overriding goal of promoting communication competence in urological continuing education can be achieved.

Keywords

Communication · Continuing education · Curriculum · Urology · Focus group

einschätzung, die sich an die vier Hauptfragen der Fokusgruppen anlehnten. In diesen wurden konkrete Gesprächssituationen erfragt, in denen sich die Weiterbildungsassistenten kompetent bzw. herausgefordert fühlen. Des Weiteren wurden Faktoren erhoben, die eine patientenorientierte Kommunikation erleichtern oder erschweren. Die Fragen mussten auf einer fünfstufigen Likert-Skala (1 stimme nicht zu, 5 stimme sehr zu) beantwortet werden. Zusätzlich wurde der Fragebogen um einen validierten Bogen mit 22 Items zur Erfassung der Burn-

out-Dimension („Maslach burn-out inventory“, [9]) und Fragen mit 20 Items zur Erhebung der Einstellung zum Erlernen kommunikativer Fähigkeiten (CSAS-D, [32]) ergänzt.

Durch Vortestung an Studierenden des 13. Jahrgangs des Postgraduiertenstudiengangs „Master of Medical Education“ wurde die Verständlichkeit und Handhabung des Fragebogens überprüft. Nach erfolgter Überarbeitung mit Eliminierung unklarer Fragestellungen wurde der Fragebogen im Rahmen des Garmisch-Partenkirchener Assistentenseminars an

urologische Weiterbildungsassistenten ausgegeben.

Ergebnisse

Fokusgruppenbefragung

Insgesamt nahmen 37 Teilnehmer (18 weiblich, 19 männlich) in unterschiedlichen Ausbildungsjahren an den Fokusgruppenbefragungen teil (■ **Tab. 1**).

Tab. 1 Teilnehmerstatistik

Teilnehmer (n)	Männlich	Weiblich	Ausbildungsstand		
			WB-Jahr	n	%
Gesamt 99	47	52	1	29	29
			2	33	33
			3	15	15
			4	14	14
			5	5	5
			>5	4	4
<i>Fokusgruppenbefragung</i>					
37	18	19	1	11	30
			2	7	19
			3	2	5
			4	9	24
			5	4	11
			>5	4	11
<i>Fragebogen</i>					
62	29	33	1	18	29
			2	25	40
			3	13	21
			4	5	8
			5	1	2

WB Weiterbildung

Gesprächssituationen mit Kompetenzerleben

Die Teilnehmer gaben an, sich in Gesprächssituationen kompetent zu fühlen, wenn sie über ausreichend Fachwissen und Erfahrung mit der Gesprächssituation verfügen, z. B. bei der Beratung zu Therapiemöglichkeiten, die sie gut kennen und die sie bereits selbst durchgeführt haben. Auch Gespräche über „gut überschaubare Verläufe und Therapien“ fielen hierunter, „da man selbst Sicherheit ausstrahlen kann“ oder „es Standards und Leitlinien gibt, auf die man zurückgreifen kann“. Die Teilnehmer gaben weiter an, sich kompetent zu fühlen, wenn sie ausreichend Zeit für die Gesprächsvorbereitung haben, d. h. wenn das Gespräch „antizipiert“ werden kann und die Teilnehmer sich eine innere Agenda zuordnen können. Des Weiteren fühlten sich die Teilnehmer kompetent, wenn es sich um eine Routinesituation (Anamneseerhebung, Erklärung von Klinikabläufen) handelt und die Arzt-Patienten-Beziehung positiv ist („wenn die menschliche Ebene stimmt“).

Gesprächssituationen mit erlebter Herausforderung

Herausgefordert fühlen sich urologische Weiterbildungsassistenten in Gesprächssituationen, in denen sie über wenig Fachwissen und Erfahrung (fehlendes fachspezifisches Wissen zum jeweiligen Ausbildungszeitpunkt, komplexe Fälle) verfügen und die Arzt-Patienten-Beziehung durch sprachliche, kulturelle oder unterschiedliche Zielvorstellung gestört ist. Als herausfordernd wahrgenommen werden Patienten, die nach alternativen Therapieoptionen fragen. Das Abwägen von Therapieoptionen bzw. die Therapiebesprechung stellt ebenfalls eine Herausforderung dar, da partizipative Entscheidungsfindungen häufig nicht im klinischen Alltag etabliert sind. Als Argument gegen die Beratung zur gemeinsamen Entscheidungsfindung wurde Zeitdruck genannt. Patienten mit einer fordernden Haltung (z. B. Privatpatienten, die eine Sonderbehandlung einfordern, Patienten, die einen erhöhten Informationsbedarf haben) und Patienten, die emotional (wütend traurig, unzufrieden) im Gespräch reagieren,

wurden als herausfordernd bei der Gesprächsführung genannt. Gespräche mit Angehörigen wurden z. T. als kommunikative Hürde beschrieben, insbesondere wenn Patienten und Angehörige unterschiedliche Erwartungshaltungen an die Behandlung haben oder multiple Gespräche mit wechselnden Angehörigen geführt werden müssen. Eine weitere Herausforderung stellen „fordernde, überrumpelnde oder aggressive“ Angehörige dar. Auch die Balance zwischen der Pflicht zur Information und dem Recht auf Nichtwissen des Patienten sehen die Assistenten als Herausforderung in der Kommunikation an. Der Umgang mit Fehlern und Komplikationen wurde als Herausforderung gesehen, da die Ärzte die Situation als „Rechtfertigungssituation“ wahrnehmen und „man mit Anklagen umgehen muss“. Das Überbringen schlechter Nachrichten (z. B. Erstdiagnosen mit infauster Prognose, unklare Krankheitsverläufe) stellt für die Teilnehmer die am häufigsten genannte Herausforderung dar. Fragen von Patientenseite, z. B. „Wie lange noch? Wie geht es weiter? Was wird aus mir?“ werden als große Herausforderung erlebt, v. a., wenn Patienten konkrete Aussagen zum Überleben einfordern. Neben dem Umgang mit der eigenen Unsicherheit wird hier v. a. die Angst vor emotionalen Reaktionen als Ursache der erlebten Herausforderung benannt. Tabuisierte, unangenehme Themen wie die Erhebung einer Sexualanamnese bei der Frau oder Inkontinenzbeschwerden wurden ebenso in der Kategorie herausfordernde Gesprächssituationen genannt.

Erleichternde Faktoren am Arbeitsplatz

Als erleichternde Faktoren an ihrem Arbeitsplatz erleben die Befragten eine ausreichende Vorbereitungszeit, ein störungsfreies Setting (vorhandener separater Gesprächsraum, Möglichkeit, das Telefon abzugeben) sowie die Möglichkeit zur Rückfrage und Unterstützung im Team. „Wenn Informationen über Verläufe und Besonderheiten im Team weitergegeben werden“ wird die Arzt-Patienten-Kommunikation aus Sicht der Teilnehmer spürbar erleichtert. Eine gu-

Tab. 2 Typische Anzeichen von Burn-out

Aussage	Angaben (%)
Ich fühle mich am Ende des Arbeitstages verbraucht	68
Ich fühle mich durch meine Arbeit emotional erschöpft	35
Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt	30
Ich befürchte, dass mich meine Arbeit weniger mitfühlend macht	37

te interprofessionelle Zusammenarbeit („Pflegerkräfte, die die Stimmung des Patienten einfangen und die Ärzte darüber informieren“, „Möglichkeit auf psychonkologischen Dienst zu verweisen“) stellt zudem einen wichtigen erleichternden Faktor dar. Eine gelebte Patientenorientierung und ein wertschätzender Umgang mit Kommunikation in der Abteilung wurden zusätzlich als erlebte Erleichterungen genannt. Fachliche und kompetenzorientierte Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten werden als hilfreich wahrgenommen.

Erschwerende Faktoren am Arbeitsplatz

Am häufigsten und an allen Standorten wird das hohe Patientenaufkommen in Verbindung mit einer dünnen Personaldecke als erschwerender Faktor für die Arzt-Patienten-Kommunikation genannt. Daraus resultiert ein Zeitmangel „im Sinne von keine Zeit sich mit dem Fall konkret vertraut zu machen“, was die Güte der Gespräche beeinträchtigt. Erschwerend für eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation erleben die Teilnehmer zudem eine mangelnde Ausbildung im Bereich Kommunikation, fehlende Strukturen am Arbeitsplatz (Raum als Rückzugsmöglichkeit, Zeit- und Personalmangel) sowie eine Verdichtung der Arbeitsfelder. Mangelnde Abstimmungen zwischen ärztlichen Kollegen anderer Fachdisziplinen erschweren die Arzt-Patient-Kommunikation. Ein häufig genanntes Beispiel dazu ist der „ungebahnte“ Patient, der aufgrund fehlender Abstimmung zwischen den einzelnen Parteien und ggf. gegensätzlicher Informationen eine Unsicherheit aufweist, die in einem deutlich länger als geplanten Gespräch wieder abgebaut werden muss. Zusätzlich wurden eine mangelnde Ausbildung und ein Mangel an Ausbildern

als wesentliche erschwerende Faktoren genannt.

Unterstützende Maßnahmen

Persönlich profitieren würden die Weiterbildungsassistenten von einem Mentoring, einem Coaching sowie einer strukturierten interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit. Ein Kommunikationstraining wurde befürwortet und sollte ihrer Meinung nach folgende Ausbildungspunkte beinhalten: „breaking bad news“, Umgang mit kognitiv eingeschränkten Personen, Umgang mit Emotionen, partizipative Entscheidungsfindung, Umgang im Mehrpersonensetting, Deeskalationsmethoden, Gesprächsführung mit ausschweifenden Patienten, Umgang mit unzufriedenen Patienten, Persönlichkeitsfaktoren zur besseren Einschätzung des Gesprächspartners, Umgang mit hohen Erwartungen.

Fragebogenauswertung

Die erhobenen Ergebnisse aus den Fokusgruppenbefragungen wurden durch die Ergebnisse der Fragebögen ergänzt. Dieser wurde von 62 urologischen Weiterbildungsassistenten ausgefüllt. Davon waren 29 Teilnehmer männlich und 33 Teilnehmer weiblich (Tab. 1).

Die Ergebnisse der Fragebogen Auswertung deckten sich mit den Ergebnissen der Fokusgruppenbefragung. Insbesondere bei den herausfordernden Situationen zeigten sich deutliche Übereinstimmungen bei den Tabuthemen (Sexualität, Inkontinenz), unterschiedlichen Erwartungshaltungen, emotionalen Reaktionen und Überbringung negativer Nachrichten. Besonders herausgefordert fühlen sich urologische Assistenten in einer Arzt-Patienten-Kommunikation, wenn es sich um Tabuthemen handelt, wenn unterschiedliche Erwartungshal-

tungen vorliegen, wenn emotionale Reaktionen während des Gesprächs auftreten sowie beim Überbringen schlechter Nachrichten.

Auf Fragen nach typischen Anzeichen für Burn-out gaben 68% der urologischen Weiterbildungsassistenten an, sich am Ende des Arbeitstages verbraucht zu fühlen. 35% erleben sich durch ihre Arbeit emotional erschöpft und 30% der Befragten fühlen sich ausgebrannt. Mehr als ein Drittel der Befragten (37%) befürchten, dass die Arbeit sie weniger mitfühlend macht. Knapp die Hälfte der Befragten (48%) gaben an, dass sie im Laufe ihrer Berufsausbildung abgestumpfter geworden seien. Jeder vierte Assistent erlebt sich als frustriert (25%). Die Hälfte (50%) der Befragten verfügt über keinen gelassenen Umgang mit Emotionen (Tab. 2).

Die Aussage, dass ein guter Arzt gute kommunikative Fähigkeiten besitzen sollte, fand eine sehr hohe Zustimmung (MW 4,61), ebenso die Aussage, dass es sinnvoll ist, kommunikative Fähigkeiten in der medizinischen Ausbildung zu erlernen (MW 4,29).

Diskussion

Das Fach Urologie verfügt in Deutschland über ein gut strukturiertes Weiterbildungsangebot für konservative und operative Ausbildungsinhalte, welches auf die Bedürfnisse der Weiterbildungsassistenten zugeschnitten ist. So können je nach Ausbildungsstand urologische Assistenten Kurse zur Vermittlung theoretischer und praktischer Ausbildungsinhalte besuchen, wie beispielsweise das Garmischer Assistentenseminar oder einen Facharztvorbereitungskurs. Online-Angebote wie beispielsweise Urologie onLINE runden das Angebot auch in Zeiten eingeschränkter Flexibilität ab [23]. Kommunikative Fähig- und Fertigkeiten sind bislang nicht Bestandteil einer deutschlandweiten, strukturierten Weiterbildung im Fach Urologie. Der Berufsalltag im Fach Urologie ist jedoch kommunikativ besonders herausfordernd. Dies liegt zum einen daran, dass im Fach Urologie Patienten unterschiedlichen Alters und Geschlechts über die gesamte Lebensspanne von der Kindheit

bis zum Tod behandelt werden. Zum anderen beinhaltet das Fach vielfältige Krankheitsbilder mit sowohl operativen als auch konservativen Behandlungsmöglichkeiten. Hinzu kommen schambesetzte Themen wie beispielsweise Inkontinenz oder Sexualitätsstörungen, die in diesem Fach abgedeckt werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen einen deutlichen Handlungsbedarf zur Intensivierung der kommunikativen Kompetenz in der urologischen Weiterbildung.

Kommunikative Fähigkeiten – Voraussetzung für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung

Die Aussage, dass ein guter Arzt gute kommunikative Fähigkeiten braucht, fand in der vorliegenden Untersuchung eine sehr hohe Zustimmung. Nach einer Auswertung einer Patientenbefragung zur Patientenzufriedenheit zeigte sich, dass in Deutschland die Patienten zwar insgesamt zufrieden mit den Haus- und Fachärzten in Deutschland sind, dass jedoch teilweise deutliche Unterschiede bei einzelnen Ärzten eines Fachgebiets existieren. Den deutlichsten Einfluss auf die Bereitschaft einen Arzt weiterzupfehlen, hat die Kommunikation des Arztes [35]. Dabei gibt es durchaus Situationen in der patientenorientierten Kommunikation, in denen sich urologische Weiterbildungsassistenten kompetent fühlen. Dazu gehören v. a. Situationen, in denen sie über ausreichend Erfahrung verfügen und für die sie auf Leitlinien und Therapierichtlinien zurückgreifen können. Hilfreich in der Ausbildung insbesondere für Berufsanfänger können validierte Kommunikationswerkzeuge sein, wie z. B. strukturierte Bögen bei der Anamneseerhebung [34]. Auch Gesprächssituationen, auf die sich die Weiterbildungsassistenten vorbereiten konnten, erleichtern ihnen eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation.

Von den Berufsanfängern werden bereits im ersten Jahr kommunikative Kompetenzen erwartet, insbesondere im Bereich der Onkologie, auf die sie in der Regel nicht ausreichend vorbereitet sind [30]. 62 % der Teilnehmer in der vorliegenden Studie befanden sich

zum Zeitpunkt der Befragung im 1. und 2. Weiterbildungsjahr. Da parallel zur ärztlichen Kommunikation insbesondere auf die Berufsanfänger multiple Tätigkeiten zukommen, kann die mangelhafte Kommunikationsausbildung besonders in den ersten 2 Jahren der Weiterbildung zur Überforderung führen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit spiegeln dies wieder. Mehr als zwei Drittel der Teilnehmer gaben an, sich am Ende des Arbeitstages verbraucht zu fühlen. 35 % erleben sich durch ihre Arbeit emotional erschöpft und 30 % der Befragten fühlen sich ausgebrannt. Burn-out bei Ärzten steht in einem Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko für Ereignisse, die die Patientensicherheit gefährden [26]. Die vorliegende Studie zeigt hier einen deutlichen Handlungsbedarf.

Zeitdruck und Bürokratie als Herausforderung

Zeitmangel und steigende Bürokratie wurden von den Weiterbildungsassistenten jedoch als große Herausforderung angesehen. Im Marburger Bund Monitor aus dem Jahr 2017 erklären zwei Drittel von den insgesamt 6200 befragten Krankenhausärzten (66 %), dass ihnen für die Behandlung ihrer Patienten nicht ausreichend Zeit zur Verfügung steht. Dies wirkt sich zwangsläufig auch auf die Qualität der Gespräche aus [19].

Besonders deutlich wird der Bedarf nach einer kommunikativen Ausbildung beim Überbringen schlechter Nachrichten und beim Umgang mit Emotionen. Interaktionen mit Tumorpatienten und Angehörigen sind für Weiterbildungsassistenten eine große Herausforderung [12]. Patienten wünschen sich jedoch gerade in Krisenzeiten einen empathischen Arzt, der auf ihre emotionalen Bedürfnisse geschult reagieren kann [17, 29].

Handlungsbedarf erkannt

Urologische Weiterbildungsassistenten sehen dabei durchaus die Notwendigkeit nach einer kommunikativen Ausbildung und wünschen sich dies im Rahmen ihrer Weiterbildung. Die Ergebnisse der aktuellen Studie decken sich mit den Ergebnissen einer durch die Arbeits-

gruppe Junge Urologen der Bayerischen Urologenvereinigung durchgeführten Fragebogenanalyse unter urologischen Weiterbildungsassistenten, die zeigen konnte, dass sich 70 % der Teilnehmer in der Weiterbildung mehr Kommunikationsausbildungsinhalte wünschen [22]. Als limitierender Faktor bei der vorliegenden Studie jedoch aufgeführt werden, dass die Auswahl der Teilnehmer der Fokusgruppen zwar nach dem Zufallsprinzip erfolgte, jedoch nur die an diesem Tag anwesenden Assistenten an der Befragung teilnehmen. Inwieweit die Meinungen der abwesenden urologischen Weiterbildungsassistenten die Ergebnisse beeinflusst hätten, wurde nicht erhoben. Eine weitere Limitation der Studie könnte sein, dass es sich bei den Teilnehmern der Fragebogenerhebung zwar um ein deutschlandweit tätiges Klientel handelt, erfahrungsgemäß aber sehr fortbildungsinteressierte urologische Weiterbildungsassistenten an dem Garmisch-Partenkirchener Seminar teilnehmen, die u. U. eine deutlichere Einstellung zu den erhobenen Fragen haben.

Kommunikation ist erlernbar

Kommunikation auf verbaler und nonverbaler Ebene kann erlernt und trainiert werden [1, 10]. Siegle et al. konnten zeigen, dass sich durch ein zielgerichtetes Training die Kommunikation der behandelnden Ärzte verbessert und zudem ein Training die Teamkommunikation und den Teamprozess positiv beeinflusst [31]. Die regelmäßige Beschäftigung mit dem Thema der ärztlichen Kommunikation führt bei Ärzten zu mehr Arbeitszufriedenheit [24]. Bemühungen, um eine Verbesserung der Kommunikationskompetenz in der Ausbildung erfordert eine Veränderung in der Ausbildung [18]. Eine patientenorientierte, situationsangepasste Kommunikation mit der erforderlichen Empathie und Respekt für den Patienten kann nur gelingen, wenn Ärzte ihrerseits auf professionelle Unterstützung in Form von Training und Coaching zurückgreifen können. Dies kann ausgesprochen entlastend sowohl für den Arzt als auch für den Patienten sein und die

Kommunikative Kompetenz nachhaltig fördern [12].

Schlussfolgerung

Urologische Weiterbildungsassistenten sehen die Notwendigkeit nach einer kommunikativen Ausbildung und wünschen sich dies im Rahmen ihrer Weiterbildung. Die vorliegende Bedarfsanalyse stellt eine Grundlage zur inhaltlichen Konzeption und Ausarbeitung eines Kommunikationscurriculums dar. Dadurch kann das übergeordnete Ziel der Förderung der Kommunikationskompetenz in der urologischen Weiterbildung erreicht und der Forderung nach einer Vermittlung von Kommunikationskompetenzen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung nachgegangen werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie können exemplarisch auch für andere Fächer angesehen werden. Sinnvoll wäre die Erstellung eines fachübergreifenden Kommunikationstrainings, welches in die Weiterbildung aller Fachdisziplinen aufgenommen werden kann. Die zu erwartende positive Auswirkung auf die Patientensicherheit, die Behandlungsergebnisse, die Compliance und die Burnout-Rate käme sowohl den Patienten als auch ihren behandelnden Ärzten zugute.

Korrespondenzadresse

U. Necknig

Abteilung für Urologie und Kinderurologie,
Klinikum Garmisch-Partenkirchen
Auenstr. 6, 82467 Garmisch-Partenkirchen,
Deutschland
ulrike.necknig@klinikum-gap.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. U. Necknig, N. Deis, J. Sterz und J. Jünger geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

- Bucka-Lassen E (2005) Das erschwerte Gespräch. Einschneidende Diagnosen menschlich vermitteln. Deutscher Ärzte Verlag, Köln
- Bundesministerium für Gesundheit (2017) Masterplan Medizinstudium 2020. Beschluss-text. https://www.bmbf.de/files/2017-03-31_Masterplan%20Beschlusstext.pdf. Zugegriffen: 8. Jan. 2019
- Bundesministerium der Justiz- und für Verbraucherschutz Approbationsordnung für Ärzte. http://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/_30.html; Zugegriffen: 6. Dez. 2018
- Bürmann B, Spang J, Ringel N, Riemann U, Schillinger G, Schultz J-H, Jünger J (2010) Effekte eines Kommunikationstrainings für Ärzte in Fort- und Weiterbildung im Hinblick auf Gesprächsführung und Patientenzufriedenheit. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA), Bochum. <https://doi.org/10.3205/10gma089>
- Chen RC, Clark JA, Manola J, Talcott JA (2008) Treatment 'mismatch' in early prostate cancer. Do treatment choices take patient quality of life into account? *Cancer*. <https://doi.org/10.1002/cncr.23138>
- Ernstmann N, Weissbach L, Herden J, Winter N, Ansmann L (2016) Patient-physician communication and health-related quality of life of patients with localised prostate cancer undergoing radical prostatectomy—a longitudinal multilevel analysis. *BJU Int* 119(3):396–405. <https://doi.org/10.1111/bju.13495>
- Flanagan JC (1954) The critical incident technique. *Psychol Bull* 51(4):327–358
- Flick U, von Kardoff E, Steinke IH (2000) Qualitative Forschung – Ein Handbuch. Rowohlt, Reinbeck, Berlin, S 13–29
- Jackson SE (1996) Maslach burnout inventory. Consulting Psychologists Press, Palo Alto
- Jünger J, Weiss C, Felmer-Drüg E, Semrau J (2016) Verbesserung der kommunikativen Kompetenz im Arztberuf am Beispiel Onkologie. *Forum* 31:473–478
- Jünger J, Köllner V, von Lengerke T, Neuderth S, Schultz J-H, Fischbeck S, Karger A, Kruse J, Weidner K, Hennigsen P, Schiessl C, Ringel N, Felmer-Drüg E (2016) Kompetenzbasierter Lernzielkatalog „Ärztliche Gesprächsführung“. *Z Psychosom Med Psychother* 62:5–19
- Keller M (2016) Patientenzentrierte Kommunikation in der Onkologie. *IMAGO Hominis* 20(4):267–276, 1021–9802
- Kern D, Thomas P, Bass E (1998) Curriculum development for medical education: a six-step approach. Johns Hopkins University Press, Baltimore
- Kitzinger J (1995) Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ* 311(7000):299–302
- Koehl-Hackert N, Schultz J-H, Nikendei C, Möltner A, Gedrose B, van der Bussche H, Jünger J (2012) Belastet in den Beruf – Empathie und Burnout bei Medizinstudierenden am Ende des Praktischen Jahres. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 106(2):116–124. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2012>
- Klöpfer C, Spieser A, Weis J (2012) Ist-Analyse der Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in der ärztlichen und pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Langewitz W, Conen D, Nübling M, Weber H (2002) Kommunikation ist wesentlich-Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus Sicht von Patientinnen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 52:348–354
- Maatouk-Burmann B, Ringel N, Spang J et al (2016) Improving patient-centered communication: results of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 99:117–124. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.012>
- Marburger Bund Monitor <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2017>. Zugegriffen: 13. Dez. 2018
- MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. (2015) Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin. Berlin: MFT. http://www.nklm.de/files/nklm_final_2015-07-03.pdf. Zugegriffen: 22. Okt. 2017
- Nationaler Krebsplan (2017) Handlungsfeld 4, Ziel 12a. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
- Necknig U, Borowitz R, Wöhr M, Leyh H, Weckermann D (2018) Wie wird der Berufsalltag von Weiterbildungsassistenten in der Urologie in Deutschland bewertet – eine Fragebogenanalyse. *Urologe* 57:1481. <https://doi.org/10.1007/s00120-018-0674-7>
- Necknig U, Sterz J, Leyh H, Fischer MR (2019) Urologie onLINE – Webinar für Assistenten Implementierung und Evaluation einer freiwilligen, webbasierten E-Learning Fortbildungsreihe für urologische Assistenten in Weiterbildung (Urologie onLINE). *Urologe*. <https://doi.org/10.1007/s00120-018-0845-6>
- Nikendei C, Bosse HM, Hoffmann K et al (2011) Outcome of parent-physician communication skills training for pediatric residents. *Patient Educ Couns* 82:94–99. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.12.013>
- Ochsmann E, Drexler H, Schmid K (2010) Medizinstudium: Berufseinstieg bereitet vielen Absolventen Probleme. *Dtsch Arztebl* 107(14):A-654/B-570/C-562
- Panagioti M, Geraghty K, Johnson J et al (2018) Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 178(10):1317–1330. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>
- Phillips DP, Barker GE (2010) A July spike in fatal medication errors: a possible effect of new medical residents. *J Gen Intern Med* 25:774–779
- Pickert-Report (2016) Vertrauen braucht gute Verständigung. Erfolgreiche Kommunikation mit Kindern, Eltern und erwachsenen Patienten. https://www.bmcevd.de/wp-content/uploads/2016/11/Pickert-Report_2016.pdf. Zugegriffen: 19. Dez. 2018
- Pollak KI, Arnold RM, Jeffreys AS, Alexander SC, Olsen MK, Abernethy AP, Skinner CS, Rodriguez KL, Tulskey JA (2007) Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 25:5748–5752
- Rosenberg L et al (2017) Confidence with barriers to serious illness communication: a national survey of hospitalists. *J Palliativ Med* 20(9):1013
- Siegle A, Villalobos M, Bossert J, Krug K, Hagelskamp L, Krisam J, Handtke V, Deis N, Jünger J, Wensing M, Thomas M (2018) The Heidelberg milestones communication approach (MCA) for patients with prognosis < 12 months: protocol for a mixed-methods study including a randomized controlled trial. *Trials*. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2814-1>
- Speidel V et al (2011) Einstellung zum Erlernen kommunikativer Fertigkeiten – Validierung der deutschsprachigen Version der Communication

-
- Skills Attitude Scale (CSAS-D). Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA), München, 05.–08.10.2011. Doc11gma. German Medical Science GMS Publishing House, Düsseldorf <https://doi.org/10.3205/11gma225>
33. Stefanescu M-C, Sterz J, Hoefler SH, Ruessler M (2018) Young surgeons' challenges at the start of their clinical residency: a semi-qualitative study. *Innov Surg Sci*. <https://doi.org/10.1515/iss-2018-0015>
34. von Bernstorff W, Irmer H, Menges P et al (2017) Chirurgische Anamneseerhebung und klinische Untersuchung: Etablierung eines Standards an der Universitätsmedizin Greifswald mithilfe eines deutschlandweiten universitären Lehrprojekts. *Zentralb Chir Allg Visz Thorax Gefäßchir* 142:39–45
35. Weiße Liste Arztsuche (2013) Auswertung von Befragungsergebnissen. https://www.weisse-liste.de/export/sites/weisseliste/de/content/pdf/presse/Weisse-Liste_Ergebnisauswertung_130906_VOe.pdf; Zugegriffen: 6. Jan. 2018

Hier steht eine Anzeige.

