

Anamnesegruppen als Einstieg in die Gesprächsführung und Arzt-Patient-Beziehung

V. Köllner^{1,2}; Y. Foltin²; V. Speidel³; A.-K. Müller^{2,4}; J. Jäger⁵

¹Rehazentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung, Teltow/Berlin; ²Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar; ³Medizinische Klinik, Spital Thun, Schweiz; ⁴Klinik für Allgemein-, Viszeral und Transplantationschirurgie, Westpfalz-Klinikum, Kaiserslautern; ⁵Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Zentrum Allgemeinmedizin Homburg/Saar und Praxis für Allgemeinmedizin, Blieskastel

Schlüsselwörter

Anamnesegruppen, Arzt-Patient-Beziehung, Arzt-Patient-Kommunikation, Balintgruppenarbeit, Nationales longitudinales Mustercurriculum Kommunikation

Zusammenfassung

Im Anamnesegespräch werden nicht nur 60–80% der zur Diagnosestellung erforderlichen Daten gewonnen, sondern es prägt auch die Qualität der weiteren Arzt-Patient-Beziehung. In der Aus- und Weiterbildung kommt der Anamnese daher ein besonderer Stellenwert zu. Anamnesegruppen als von Studierenden selbstorganisierte Lehrveranstaltung haben auf diesem Gebiet eine lange Tradition – in den vergangenen 45 Jahren haben ca. 27 000 angehende Ärztinnen und Ärzte an ihnen teilgenommen. Lernziele sind die Verbesserung von Kommunikationstechniken, die Gestaltung und Reflektion der Arzt-Patient-Beziehung im Sinne von Michael Balint sowie die Auseinandersetzung mit der künftigen Rolle als Arzt. Als Best Practice Beispiel sind sie auch Bestandteil des Nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. habil. Volker Köllner
Rehazentrum Seehof der Deutschen
Rentenversicherung
D-14513 Teltow/Berlin
E-Mail: koellner@psychosoma.de

Keywords

peer groups on medical history taking, doctor-patient relationship, doctor-patient communication, Balint group work, national longitudinal model curriculum on communication

Summary

Not only does medical history taking provide 60–80% of the data required to make a diagnosis but also impacts the quality of the ensuing doctor patient relationship. Medical history taking therefore has an important role in medical education. Peer groups on medical history taking have a long tradition as student-organized courses with over 27 000 future physicians participating over the last 45 years. Educational objectives include the improvement of communication skills as well as the shaping and reflecting of the doctor-patient relationship according to Michael Balint, in addition to the examination of one's own role as a future physician. They are also part of the national longitudinal model curriculum on communication as a best practice example.

Peer groups on medical history taking as an introduction to communication and doctor-patient relationship
Med Welt 2016; 67: 9–13

Das Anamnesegespräch prägt als erste Begegnung die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Hier geweckte Erwartungen und etablierte Kommunikationsstile sind später nur schwer wieder zu korrigieren. Über diese entscheidende Funktion beim Beziehungsaufbau hinaus ist die Anamnese nach wie vor unser wichtigstes diagnostisches Instrument: Hier werden 60–80% der für die Diagnosestellung erforderlichen Daten gewonnen (1). Die Anamneseerhebung sowie die Reflektion der hierbei entstandenen Beziehung ist somit eine der Grundlagen der ärztlichen Kunst – sie zu erlernen und zu vervollkommen hat einen zentralen Stellenwert in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung.

Grundlagen der Anamneseerhebung

Im klinischen Alltag wird in der Anamnese oft mit geschlossenen Fragen gearbeitet, in der Erwartung, so zeitökonomisch zu arbeiten. Ein entscheidender Nachteil ist jedoch, dass Informationen, die den Vorstellungen des Arztes entsprechen, so „in den Patienten hinein gefragt“ werden können (2). Dabei kann ein falsches Bild von Überlegungen, Vorstellungen und Erlebnissen des Patienten entstehen. Informationen, nach denen nicht direkt gefragt wird, behält der Patient mit hoher Wahrscheinlichkeit für sich. Außerdem wird die Arzt-Patient-Beziehung so von Beginn an in eine wenig partnerschaftliche Richtung geprägt. Das Analytische Interview mit seiner offenen Fragetechnik eignet sich hingegen nicht, um Informationen über körperliche Erkrankungen zu erfassen. R. Adler entwickelte deshalb für den

Schema nach R. Adler (2,3)

Ablauf der Anamnese

- **Erster Schritt:** Der Arzt begrüßt den Patienten und stellt sich vor
- **Zweiter Schritt:** Er ermöglicht dem Patienten eine bequeme Lage/Sitzposition und erkundigt sich, ob der Zeitpunkt für das Gespräch günstig ist. Hierdurch wird auch der Zeitrahmen abgesteckt.
- **Dritter Schritt:** Der Patient wird mit einer offenen Frage angeregt, alle Beschwerden und den Grund seines Aufsuchens des Arztes mit eigenen Worten zu schildern.
- **Vierter Schritt:** Der Arzt erforscht das jetzige Leiden. Er erhellt jedes der in Schritt 3 vom Patienten erwähnten Symptome nach zeitlichem Auftreten, Qualität, Intensität, Lokalisation und Ausstrahlung, Zusammenhang mit anderen Beschwerden, Umständen unter denen es auftritt, sich intensiviert oder mildert (7 Dimensionen des Symptoms).
- **Fünfter Schritt*:** Frühere Krankheiten
- **Sechster Schritt*:** Gesundheit der Angehörigen
- **Siebter Schritt*:** Persönliche Entwicklung
- **Achter Schritt*:** Soziale Lebensumstände
- **Neunter Schritt:** Systematisches Abfragen der Organsysteme (einschließlich vegetativer Anamnese) entsprechend des Vorgehens der traditionellen Anamnese (Vervollständigen der Landkarte).
- **Zehnter Schritt:** Abschließend soll der Patient hier Gelegenheit erhalten, Fragen zu stellen und bisher noch Unerwähntes zur Sprache zu bringen. Spätestens hier sollte auch die subjektive Krankheitstheorie des Patienten („Was glauben Sie, woher Ihre Beschwerden kommen?“) thematisiert werden.

* Der Arzt folgt den Assoziationen des Patienten zu den Schritten 5–8, während er das jetzige Leiden erforscht, und integriert sie dadurch in Schritt 4. Die Berücksichtigung assoziativer Verknüpfungen, die mit Empathie und Intuition wahrgenommen werden, erlaubt es, Zusammenhänge zu erkennen, die der direkten Befragung entgehen.

Arzt-Patient-Kommunikation nach Langewitz, 2005 (4)

WWSZ-Techniken

- **Warten** (< 3 Sekunden) mit Blickkontakt zum Patienten
- **Wiederholen** (Patient: „Ich frage mich, ob's was mit dem Herzen zu tun haben könnte“. Arzt: „Mit dem Herzen?“)
- **Spiegeln auf das Thema:** Arzt: „Im Moment reden Sie eher über die Probleme, die Ihre Tochter mit der Situation hat, oder?“
- **Spiegeln auf die Emotion:** Arzt: „Ich habe den Eindruck, dass Sie doch sehr enttäuscht sind vom Verlauf der Behandlung.“
- **Zusammenfassen:** Arzt: „Ich fasse eben zusammen, was ich bisher von Ihnen gehört habe. Sie haben Schmerzen in der Brust gespürt, überlegt, ob das vom Herzen kommen könnte, und sagen mir, dass die bisherige Behandlung nicht das gebracht hat, was Sie sich vorgestellt hatten.“

deutschen Sprachraum ein auf George Engel zurückgehendes Interviewschema, das auf einer gut abgestimmten Abfolge offener und geschlossener Fragen beruht und das bis heute als Leitfaden zur Anamneseerhebung dienen kann (►Kasten Ablauf der Anamnese) (2, 3).

Die Basis-Techniken der patientenzentrierten Kommunikation wurden von Langewitz et al. mit dem Akronym WWSZ abgekürzt: Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen (4). Diese Techniken sind hilfreich dabei, das eigene Vorgehen an das Tempo des Gegenübers anzupassen und ermöglichen es dem Patienten, die für ihn wichtigen Themen anzusprechen. Diese Techniken können in Trainings vermittelt werden und führen zu einer höheren Patientenzufriedenheit sowie zur Gewinnung von mehr diagnostisch relevanten Informationen (5).

Zu einem intersubjektiven Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung gehört es aber auch, dass der Arzt lernt, sich seine durch den Patienten und seine Geschichte in ihm ausgelösten Emotionen bewusst zu machen

und diese ebenfalls als diagnostisches Mittel einzusetzen. M. Balint hat hierfür mit seiner Fortbildungsmethode der „Training-cum-Research Groups“, die später zu den Balintgruppen weiterentwickelt wurde, die Voraussetzung geschaffen (1, 6).

Umsetzung in die Lehre: das Best Practice Beispiel „Anamnesegruppen“

Was sind Best Practice Beispiele?

Durch die Änderung der Approbationsordnung im Jahre 2012 ist die ärztliche Gesprächsführung Inhalt und Gegenstand der medizinischen Lehre und Prüfung. Bei der Ausarbeitung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs (NKLM; 7), in dem festgeschrieben wird, welche Kompetenzen angehende Ärzte am Ende ihres Studiums besitzen sollen, wird kommunikative Kompetenz als eine der wesentlichen Kernkompetenzen definiert. Die medizinischen Fakultäten stehen vor der Aufgabe, die Lerninhalte in ihre vorhandenen Lehrpläne und Prüfungsformate zu integrieren. Das Projekt „Nationales longitudinales Mustercurriculum Kommunikation“ mit über 500 Vertretern unterstützt die medizinischen Fakultäten dabei. In diesem Kontext werden Best Practice Beispiele aus allen Fakultäten in einer gemeinsamen „Toolbox“ gesammelt, die unter den beteiligten Dozenten auf der Onlineplattform MedTalk (www.medtalk-education.de) ausgetauscht werden können (8, 9).

Es stellt sich die Frage, wie die oben genannten Techniken der Anamneseerhebung und Gesprächsführung vermittelt werden können und wie sich Balints „Training-cum-Research“-Ansatz der ärztlichen Persönlichkeitsentwicklung in die Ausbildung integrieren lässt. Ein Best Practice Beispiel hierfür sind die Anamnesegruppen.

Das Konzept der Anamnesegruppen

Anamnesegruppen haben als von Studierenden selbstorganisierte Lehrveranstaltung eine lange Tradition. Lernziele sind

die Verbesserung von Kommunikationstechniken ebenso wie die Gestaltung und Reflektion der Arzt-Patient-Beziehung im Sinne von Michael Balint sowie die Auseinandersetzung mit der künftigen Rolle als Arzt (10, 11). Die Gruppen bestehen meist aus zwei studentischen Tutoren und zehn Teilnehmern. In Homburg/Saar sind dies im Rahmen des Wahlfaches Medizinstudierende aus der Vorklinik, es gibt aber auch freie Gruppen, an denen Studierende aus der Klinik und der Psychologie teilnehmen. Diese gehen einmal wöchentlich auf eine Station ihres Universitätsklinikums. Dabei führt ein Teilnehmer mit einem

Patienten vor der Gruppe ein Anamnesegespräch. Dieses wird nachbesprochen und reflektiert, wobei besonders auf die Beziehung zwischen Gesprächsführendem und Patient eingegangen wird. Die Supervision der Tutoren erfolgt meist durch hierfür ausgebildete Ärzte für Psychosomatische Medizin oder Allgemeinmedizin.

Fallbeispiel und Aufgabe der Lernenden

Das folgende Fallbeispiel beschreibt eine der 24 Gruppensitzungen, die eine Gruppe im Laufe eines Jahres gemeinsam gestaltet,

aus der Sicht einer studentischen Tutorin (Y. F.):

Der heutige Patient ist ein 72-jähriger Rentner, der vor zwei Tagen in der Medizinischen Klinik aufgenommen worden war. Der ältere Herr war zu Erwerbszeiten Dreher und macht regelmäßig alle empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen mit. 1996 fand man in seinem linken Leberlappen eine Verschattung, die wegoperiert wurde und gutartig war. 2006 hatte er einen Herzinfarkt, von dem er selbst vermutet, dass er durch eine Eiswassertuschung nach einer ausgedehnten Fahrradtour ausgelöst wurde. Nach diesem Ereignis änderte er

Tab. 1 Zusammenfassung des Best Practice Beispiels „Anamnesegruppe“

Titel	Anamnesegruppe
Lernziele/ Teilkompetenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Sie sind in der Lage, durch ihr kommunikatives Handeln eine positive, tragfähige und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen und zu erhalten (14c.2.1). • Sie strukturieren das Gespräch von Anfang bis Ende transparent (14c.2.2) • Sie sind in der Lage, situations- und krankheitsspezifisch strukturierte allgemeine und spezifische Anamnesen mit Patienten zu erheben sowie Informationen aus anderen Quellen einzubeziehen (14c.2.4). • Sie sind in der Lage, starke oder schwierige Emotionen sowohl bei Patienten als auch bei deren Bezugspersonen / Sorgeberechtigten sowie Störungen der Kommunikation zu erkennen und im Gespräch entsprechend darauf einzugehen (14c.3.1) • Tabuisierte Themen und stigmatisierte Erkrankungen wahrnehmen, akzeptieren und wenn eine Vertiefung sinnvoll bzw. notwendig erscheint, dieses Thema angemessen ansprechen (14c.3.2.1) • Der Absolvent analysiert und reflektiert soziodemografische und sozioökonomische Einflussfaktoren auf die Kommunikation und kommunizieren entsprechend (14.c.5). • Der Absolvent richtet sein Handeln an personenbezogenen Aspekten aus (11.3). • Der Absolvent richtet sein Handeln an interaktionsbezogenen Aspekten aus (11.4).
Beschreibung Lehreinheit	<p>Zwei studentische Tutoren leiten eine Gruppe mit 10 Teilnehmern (überwiegend Medizinstudierende in der Vorklinik, an einigen Orten auch Psychologiestudierende) über ein Jahr. Nach einer kurzen Einführung (2–3 Doppelstunden) mit Vermittlung der Grundlagen der Anamnese und Rollenspielen gehen diese einmal wöchentlich auf eine Station ihres Universitätsklinikums, ein Teilnehmer führt mit einem körperlich kranken Patienten vor der Gruppe ein Anamnesegespräch. In der Nachbesprechung erfolgt sowohl ein Feedback hinsichtlich der Gesprächsführung als auch eine Reflektion der Beziehung zwischen Gesprächsführendem und Patient im Sinne der Balintgruppenarbeit. Hierbei wird auch auf die Emotionen ausgelöst, die der Patient bei den übrigen Gruppenteilnehmern ausgelöst hat.</p> <p>Wenn Anamnesegruppen als vorklinisches Wahlfach stattfinden, steht am Ende eine Abschlussprüfung, meist in Form einer Anamnese mit einem Schauspielpatienten (Köllner et al., 2010).</p>
Lehrmethoden & -materialien	<p>Lehrmethoden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesegespräche mit realen Patienten, • peer teaching, • kollegiales Feedback, • gemeinsame Reflektion im Sinne der Balintgruppenarbeit, • zu Beginn und gelegentlich zum Üben spezieller Gesprächssituationen Rollenspiele. <p>Lehrmaterialien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurzes Skript zur Anamneseerhebung (Willms, 2010), • Für die Prüfung ggf. Rollenskripte, Schauspielpatienten und Checklisten für die PrüferInnen
Dauer	3 SWS über ein Jahr = 72 UE zu je 45 min
Gruppengröße	Kleingruppe (10 Studierende)
Erforderliche Expertise des Lehrenden	Pro Gruppe 2 studentische Tutoren, die zuvor ein Jahr selbst an einer Anamnesegruppe teilgenommen haben, die ein 3tägiges Tutorentraining durchlaufen haben und die von erfahrenen Ärzten für Psychosomatische Medizin oder Allgemeinmedizin supervidiert werden.

In Klammern Verweis auf die Lernziele/Teilkompetenzen des NKLM (7)

allerdings seinen Lebenswandel, gab das Rauchen auf und geht seither regelmäßig Wandern und Schwimmen. Sein Motto: „ein Indianer kennt keinen Schmerz!“

Nun ist bei einer Routine-Sonographie des Abdomen eine Raumforderung in der Leber aufgefallen und auch im CT wurde der Befund bestätigt. In der Uniklinik soll nun eine letzte Abklärung stattfinden. Der Patient, der am Anfang noch gut gelaunt und zuversichtlich auf alle Fragen geantwortet hat, ist nun merklich am Schlucken. In zwei Tagen wäre er in den Urlaub gefahren, wenn nicht dieser Verdacht aufgekommen wäre. Der Verdacht heißt „Leberkrebs“. „Wie geht es Ihnen damit?“ fragt der Student. „Haben Sie Angst?“

Ja, die hat er. Das sieht man ihm mittlerweile auch ohne Worte an. Er meint nun wieder zuversichtlich, dass man halt abwarten müsse. Vielleicht stelle sich ja heraus, dass es wieder was Gutartiges sei.

Etwas hilflos und ungelentk geht der Gesprächsführer nun zu einem anderen, banaleren Thema über. Fragt nach Medikamenten und Kinderkrankheiten, nach der Familie. Aber am Ende kommt alles immer wieder auf dasselbe Thema zurück, das den Patienten momentan am meisten beschäftigt: Habe ich Krebs?

Seine subjektive Theorie ist, dass die Medikamente, die er jahrelang genommen hat, nicht zuträglich für seine Leber waren. Verzweifelt vergräbt er das wettergegerbte Gesicht in seine großen Hände. Man müsse halt abwarten. Morgen werden die Ärzte kommen und sagen was Sache ist. Aber bis dahin gilt es abzuwarten.

Gebetsmühlenartig wiederholt der verzweifelte Patient diese Worte. Ist mehrfach kurz vorm Weinen und weint schlussendlich, so tief sitzt die Angst. Der Gesprächsführer ist wie gelähmt. Weiß nicht was er tun soll. Als er nach Kindern und Enkeln fragt, ist der alte Mann wieder glücklich, lächelt, erzählt stolz von gemeinsamen Unternehmungen. Doch diese Momente sind von kurzer Dauer, denn die Angst vor dem Krebs hat ihn fest im Griff. Der eher schüchterne und zurückhaltende Student lässt den Patienten gewähren. Irgendwann beendet er dann doch das Gespräch, bedankt sich und fragt ob er ihn zum Zimmer begleiten soll. Der Mann verneint und verabschiedet sich von der Gruppe mit einem

Links

Weitere Informationen zu Anamnesegruppen

- <http://www.anamnesegruppen.eu/>
- <http://www.uniklinikum-saarland.de/de/lehre/dekanat/anamnesegruppen/>
- <http://www.meduniwien.ac.at/anamnese-gruppen/wien>

Lächeln. Hofft geholfen zu haben. Zurück bleibt die merklich erschütterte Gruppe. Vielen sieht man an, dass Ihnen die Tränen in den Augen stehen. Das Gespräch ist ihnen sehr nahe gegangen.

Nach einer kurzen Rückmelderunde zur Vollständigkeit der Anamnese und der Gesprächsführung bricht die Diskussion los. Einstimmig stellen die Studierenden (allesamt aus dem vorklinischen Studienabschnitt) fest, dass sie das Schicksal und das Verhalten des Mannes, der sich selbst immer als stark und unkaputtbar wahrgenommen hat und der im Angesicht seiner jetzigen Situation nun so traurig und verletzlich erscheint, tief bewegt hat. Viele sind unzufrieden mit dem Ergebnis des Gesprächs; unzufrieden mit der Hilflosigkeit des Gesprächsführers. Sie haben Angst der Mann könne nun durch das Gespräch aufgewühlter als zuvor sein und sich am Ende sogar etwas antun. Die Gruppe überlegt, ob sie geschlossen noch mal zu dem Patienten gehen soll und ihm alles Gute wünschen soll, um ihm Mut zu machen. Am Schluss entscheidet sich der Gesprächsführer alleine zu dem Mann zu gehen und noch mal nach ihm zu sehen. Entgegen der Befürchtungen war der rüstige Rentner wieder zu seinem Roman „Tolstoi: Krieg und Frieden“, zurückgekehrt und hatte wieder gut gelaunt ein Liedchen gepfiffen. Er bedankte sich bei dem Studenten ausdrücklich dafür, dass er ihm so gut zugehört habe, im hektischen Klinikbetrieb heute sei dazu ja kaum noch Zeit.

Am Schluss war es ein Moment der Anteilnahme und des Mitgefühls, den man sich hoffentlich bewahren wird, wenn man eines Tages selbst in der Situation ist, unheilbar Kranken die schlechte Kunde zu überbringen.

Stellenwert von Anamnesegruppen in der Ausbildungslandschaft heute

Das Konzept wurde ab 1970 von W. Schüffel entwickelt und im Rahmen eines DFG-Projektes evaluiert (11). Es ist davon auszugehen, dass inzwischen ca. 27000 Ärztinnen und Ärzte an Anamnesegruppen teilgenommen haben. Die überregionale Koordination läuft über das seit 35 Jahren ebenfalls in studentischer Eigenregie stattfindende Maitreffen, 2015 war es in Wien, 2016 wird es in Homburg/Saar sein. Hier werden auch überregional durchgeführte Tutorentrainings koordiniert. Den Autoren ist kein anderes überregionales Konzept bekannt, das über so lange Zeit in studentischer Selbstorganisation Bestand hat. Für viele Studierende stellten Anamnesegruppen den ersten Kontakt mit einem bio-psycho-sozialen Verständnis der Medizin dar und wurden zu einer prägenden Erfahrung für die weitere berufliche Sozialisation (10). Bei einer Erhebung 2010 konnten Informationen aus 15 Fakultäten in Deutschland und Österreich erhoben werden (12). An zwölf von ihnen liefen zum Zeitpunkt der Befragung Gruppen, die Zahl schwankt zwischen eins und acht pro Fakultät. Hinsichtlich der Konzepte wurde eine große Heterogenität deutlich, die sich hinsichtlich ihrer Nähe zum medizinischen Curriculum in drei Gruppen unterteilen lässt:

1. Die Gruppen sind als Wahlpflichtfach fester Bestandteil des Kommunikations-Curriculums der Fakultät (13). Es gibt eine Abschlussprüfung, meist standardisiert mit Schauspielpatienten (14). Die Tutoren werden als studentische Hilfskräfte bezahlt (15, 16).
2. Die Gruppen sind ein studentisch organisiertes Angebot an der medizinischen Fakultät außerhalb des offiziellen Curriculums. Es gibt keine Prüfung und keinen Schein. Dieses Konzept ist an der Mehrzahl der Fakultäten verbreitet.
3. Die Gruppen finden fakultätsübergreifend statt. Die Teilnehmer und Tutoren kommen z. B. auch aus den Bereichen Psychologie, Kultur- und Sozialanthropologie, Linguistik, Kunst, Pflegewissenschaften etc. (17).

Gemeinsames Merkmal ist, dass Anamnesegruppen eine von Studierenden selbst und in eigener Verantwortung organisierte Lehrform sind. Auch an Fakultäten wie Homburg, wo sie als vorklinisches Wahlfach Teil des offiziellen Curriculums sind, liegt die konzeptuelle Verantwortung bei der Tutorengruppe (18). Eine Besonderheit ist es auch, dass sich ein Team von Studierenden bildet, das über ein Jahr in gemeinsamer professioneller Entwicklung konstant zusammenarbeitet. Themen sind nicht nur der Patient und seine Krankheit, sondern auch die eigene Unsicherheit, die eigenen Erwartungen und Emotionen. Viele Studierende werden z. B. in der Anamnesegruppe zum ersten Mal mit einem Tumorpatienten konfrontiert – und es ist gut, dass dies in einem geschützten Rahmen geschieht, in dem die älteren Studierenden als Tutoren Modell- und Moderatorfunktion übernehmen können.

B. Maoz definiert ärztliche Kunst als „so etwas wie Humanität, Integration von biologischen, psychischen und gesellschaftlichen Elementen und die Förderung einer inter-subjektiven Beziehung in der Arzt-Patient-Begegnung. In dieser auf den Patienten zentrierten Medizin spielen nicht nur rationales Denken und Wissen, sondern auch Emotionen, Fantasien und Erinnerungen eine Rolle (19).“ Wenn man ärztliche Kunst lehren und lernen will, geht es also nicht nur um Wissen und Fertigkeiten, sondern auch um Einstellungen. Eine Möglichkeit zur Vermittlung dieser Einstellungen und Fertigkeiten können Anamnesegruppen sein.

Literatur

1. Köhle K. Erkenntniswege im Erstgespräch. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiack W (Hrsg.): Uexküll Psychosomatische Medizin Theoretische Modelle und klinische Praxis. München: Urban & Fischer 2011.
2. Adler RH. Anamnese und körperliche Untersuchung. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiack W (Hrsg.): Uexküll Psychosomatische Medizin Theoretische Modelle und klinische Praxis. München: Urban & Fischer 2011; 328–338.
3. Adler RH, Hemmler W. Praxis und Theorie der Anamnese. Stuttgart: Fischer 1992.
4. Langewitz W. Arzt-Patient-Kommunikation und die Verbesserung der Selbst-Effizienz der Patienten. In: Köllner V, Broda M. (Hrsg.): Praktische Verhaltensmedizin. Stuttgart: Thieme 2005.
5. Langewitz WA, Eich P, Kiss A, Wössmer B. Improving communication skills--a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med* 1998; 60: 268–276.
6. Balint M. *The Doctor, his Patient and the Illness*. London: Pitman Medical Publishing Co. 1964.
7. MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. (2015): Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM). Online verfügbar unter: http://www.nklm.de/files/nklm_final_2015-07-03.pdf (Abruf vom 9. 9. 2015)
8. Jünger J, Mutschler A, Kröll K, Weiss C, Fellmer-Drügg E, Köllner V, Ringel N. Ärztliche Gesprächsführung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung- Das Nationale longitudinale Mustercurriculum Kommunikation. *Med Welt* 2015; 66: 189–192.
9. Ringel N, Mutschler A, Kröll K, Weiss C, Fellmer-Drügg E, Schultz J-H, Herzog W, Schäfer R, Jünger J. Kommunikative Herausforderungen bei Patientinnen und Patienten mit somatoformen Störungen meistern. *Med Welt* 2015; 66: 232–236.
10. Köllner V, Willms L, Müller AK, Foltin Y, Speidel V, Jäger J. Anamnesegruppen in der ärztlichen Ausbildung. *Ärztliche Psychotherapie* 2016; 11: im Druck
11. Schüffel W. Sprechen mit Kranken. Erfahrungen studentischer Anamnesegruppen. München: Urban & Schwarzenberg 1983.
12. Köllner V, Speidel V. 40 Jahre Anamnesegruppen-Bericht vom 30. Maitreffen in Homburg. *Ärztliche Psychotherapie* 2010; 5.
13. Jünger J, Köllner V. Integration von Kommunikationstraining in die klinische Lehre. *Psychother Psych Med* 2003; 53: 47–55.
14. Köllner V, Willms L, Jäger J, Wevers-Donauer G, Wilkens H, Greß H. Anamnesegruppen und Prüfung? Passt das zusammen? In: Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Bochum, 23.-25.09.2010. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House 2010.
15. Keifenheim KE, Teufel M, Petzold ER. Tübinger Modell der Anamnesegruppen – Zwischen Kommunikationstraining und Selbsterfahrung. *Balint Journal* 2014; 15: 56–60.
16. Weil E, Willms LM, Brosch J, Hayer L, Koletzko L, Köllner V. Peer groups on history taking (Anamnesegruppen): are they suitable for teaching doctor-patient-communication in the preclinical part of medical education? *Journal of Psychosomatic Research* 2010; 68: 677.
17. <http://www.meduniwien.ac.at/anamnesegruppen/wien>, Abruf vom 9. 9. 2015
18. Müller A-K, Wunder N, Willms L. Anamnesegruppen – Mehr als Fakten, Formeln, Fachbegriffe. *Deutsches Ärzteblatt – Studieren.de* 2010; 3: 5–6.
19. Maoz B. Ärztliche Kunst – kann man das lernen? *Balint Journal* 2009; 10: 79–82.

Anzeige

