

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Der Einfluss des allgemeinmedizinischen Studentenunterrichtes
auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und die
Wahrnehmung der Konsultation durch den Patienten.

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae dentariae (Dr. med. dent.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Jasmin Lekutat

aus Leverkusen

Gutachter:

1. Prof. Dr. med. U. Schwantes
2. Prof. Dr. med. E. Baum
3. Prof. Dr. A. Soennichsen

Datum der Promotion: 21.11.2008

Meinen Eltern
Nicole Baik-Schick und Sang-Yong Baik

Inhaltsverzeichnis

<u>EINLEITUNG.....</u>	<u>5</u>
<u>METHODIK</u>	<u>10</u>
<i>STUDIENPRAXIS DER PILOTSTUDIE.....</i>	<i>10</i>
<i>DATENERHEBUNG DER PILOTSTUDIE.....</i>	<i>11</i>
<i>STUDIENPRAXEN DER HAUPT-STUDIE.....</i>	<i>11</i>
<i>DATENERHEBUNG DER HAUPT-STUDIE.....</i>	<i>12</i>
<i>DATENAUSWERTUNG.....</i>	<i>13</i>
<i>FRAGEBOGEN PILOTSTUDIE – DESIGN.....</i>	<i>13</i>
<i>FRAGEBOGEN PILOTSTUDIE – DEMOGRAPHISCHE DATEN</i>	<i>14</i>
<i>FRAGEBOGEN PILOTSTUDIE – FRAGEN ZU STUDENTENKONTAKT.....</i>	<i>14</i>
<i>FRAGEBOGEN PILOTSTUDIE – SONDERFALL PJ STUDENT.....</i>	<i>15</i>
<i>FRAGEBOGEN PILOTSTUDIE – PATIENTENMEINUNG ZUM STUDENTENUNTERRICHT.....</i>	<i>16</i>
<i>FRAGEBOGEN HAUPT-STUDIE– DESIGN</i>	<i>17</i>
<i>FRAGEBOGEN HAUPT-STUDIE – DEMOGRAPHISCHE DATEN</i>	<i>17</i>
<i>FRAGEBOGEN HAUPT-STUDIE – FRAGEN ZU STUDENTENKONTAKT.....</i>	<i>18</i>
<i>FRAGEBOGEN HAUPT-STUDIE –BEEINFLUSSUNG DER KONSULTATION</i>	<i>20</i>
<i>FRAGEBOGEN HAUPT-STUDIE –BENÖTIGTE INFORMATIONEN.....</i>	<i>21</i>
<i>FRAGEBOGEN HAUPT-STUDIE – PATIENTENMEINUNG ZUM STUDENTENUNTERRICHT.....</i>	<i>22</i>
<i>EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN DER PILOTSTUDIE SOWIE DER HAUPT-STUDIE.....</i>	<i>23</i>
<u>ERGEBNISSE.....</u>	<u>24</u>
<i>PILOTSTUDIE:.....</i>	<i>24</i>
<i>HAUPT-STUDIE.....</i>	<i>38</i>
<u>DISKUSSION</u>	<u>57</u>
<u>ZUSAMMENFASSUNG</u>	<u>66</u>
<i>AUSBLICK.....</i>	<i>66</i>
<u>LITERATUR</u>	<u>67</u>
<u>ERKLÄRUNG</u>	<u>72</u>
<u>LEBENS LAUF.....</u>	<u>73</u>
<u>DANKSAGUNG.....</u>	<u>74</u>

EINLEITUNG

Seit der Einführung der preußischen Prüfungsordnung in das Gebiet des Deutschen Reiches 1872 waren die Themen allgemeinmedizinischer Erkrankungen oder Therapien universitärer Unterrichtsinhalt der Inneren Medizin und der Chirurgie ¹. Erst auf dem Deutschen Ärztetag 1924 wurde den praktischen Ärzten ein Bestandschutz des allgemeinmedizinischen Berufsfeldes verschafft. Die Spezialisten sollten sich auf ihre Spezialgebiete beschränken, die hausärztlichen Versorgung sollte durch die praktischen Ärzte durchgeführt werden ².

1957 erlitt die Allgemeinmedizin an den deutschen Universitäten jedoch einen deutlichen Rückschlag. War 1877 das Studienziel des Medizinstudenten noch „praktischer Arzt“ wurde durch die neue Studienordnung der Begriff „approbierter Arzt“ geschaffen, der den praktischen Arzt ersetzte ¹.

1966 entstand in Freiburg der erste Lehrauftrag für Allgemeinmedizin und wurde durch S. Häussler wahrgenommen. Nach Forderung durch den Deutschen Ärztetag nach Lehrstühlen und Instituten für Allgemeinmedizin 1972 wurde 1976 in Hannover der erste Lehrstuhl für Allgemeinmedizin gegründet. Erste Habilitationen folgten ab 1977 ³.

Erst 1978 wurde die Allgemeinmedizin scheinpflichtiges Fach in der Ausbildung von Medizinstudenten. Das Gebiet „Allgemeinmedizin“ wurde mit dem „ökologischen Stoffgebiet“ mit einer genauen Aufstellung der Prüfungsgegenstände ausgewiesen ^{1,3}.

In Berlin wurde die Allgemeinmedizin an der Charité 1991 in die studentische Ausbildung aufgenommen. Frau PD Vittoria Braun übernahm als Lehrbeauftragte diese Aufgabe. 1998 wurde der ordentliche Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in der Charité geschaffen, der seitdem durch zwei Hochschulprofessoren geleitet wird. Sowohl Frau Professor Vittoria Braun als auch Herr Professor Ulrich Schwantes sind neben der Lehr- und Forschungstätigkeit im Institut für Allgemeinmedizin auch in eigener Praxis niedergelassen tätig ⁴.

Diese Ausbildungs- und Tätigkeitsform ist typisch und einzigartig für die universitäre Allgemeinmedizin. 2006 existierten in Deutschland 36 allgemeinmedizinische Hochschul-Institute mit lediglich fünf ganzen C4-Professuren. Hinzu kommen 930 Lehraufträge und ca. 3700 Lehrpraxen ⁵.

Die Dualität zwischen hausärztlicher Versorgung in der Praxis und theoretisch-wissenschaftlicher Allgemeinmedizin in der Universität spiegelt sich auch in der studentischen Ausbildung wieder. Durch die Integration der Allgemeinmedizin in die studentische Ausbildung wurde in Deutschland erstmals der ambulante Versorgungsbereich in die studentische Ausbildung aufgenommen. Dieses führte zu strukturellen Umformungen. War bislang die studentische Ausbildung auf akademische Lehrkrankenhäuser und Universitätskliniken beschränkt, wurden nun zunehmend Hausarztpraxen in die Lehre miteinbezogen.

In Berlin etablierten sich in den letzten Jahren zwei Formen des studentischen Unterrichtes in der Arztpraxis: Das einwöchige Blockpraktikum im 6. klinischen Semester des humanmedizinischen Regelstudienganges sowie den über ein Jahr andauernden „Praxistag“ des 1999 gegründeten Reformstudienganges ⁶. Hierbei werden Studenten im 1. und 2. Semester des Reformstudienganges für einen Tag in der Woche während der Vorlesungszeit in einer Lehrpraxis ausgebildet.

Bei beiden Formen soll der Student an die alltägliche Praxissituation in einer hausärztlichen Praxis herangeführt werden. Zunächst hat der Student die Rolle eines Beobachters während der Konsultation, kann jedoch im Laufe der Zeit einfache Praxistätigkeiten wie Blutentnahme und EKG-Registrierung aber auch die Durchführung der Anamnese übernehmen. Der Student soll in die Lage versetzt werden, unter Praxisbedingungen Diagnose- und Therapievorschlüsse selbstständig zu erarbeiten ⁷.

Seit 2006 besteht im Rahmen der neuen Approbationsordnung außerdem die Möglichkeit, das Wahlfach „Allgemeinmedizin“ im praktischen Jahr (PJ) des Medizinstudiums zu wählen ⁸. Dieses Tertial wird in einer speziell hierfür anerkannten akademischen Lehrpraxis für Allgemeinmedizin absolviert. Der PJ-Student soll schrittweise an die ambulante primärärztliche Versorgung herangeführt werden. Er erlernt im unselektierten Patientenkontext die Diagnose und Therapie von hochprävalenten Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen sowie die Erkennung und das Management von abwendbar gefährlichen Verläufen. Es ist gewünscht, dass der PJ-Student selbstständig Patientengespräche und Untersuchungen durchführt und Handlungsrichtlinien erarbeitet. Er führt quasi eine eigene „PJ-Sprechstunde“. Eine Kontrolle wird durch den Lehrarzt zeitnah durchgeführt ⁹.

Durch die enge Beziehung zwischen Lehrenden und Lernenden versprach man sich eine Intensivierung der Lehre ¹⁰ und einen starken Praxisbezug zur späteren ärztlichen Tätigkeit.

Es stellte sich allerdings die Frage, ob sich die Anwesenheit von Studenten in der vertraulichen Konsultation zwischen Arzt und Patient störend auf die Arzt-Patienten-Beziehung auswirkt ¹¹⁻¹⁹. Die Sorge um den Verlust des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient führte viele Praxen dazu, sich gegen eine Tätigkeit als Lehrpraxis zu entscheiden ²⁰.

Simon et al konnten 2000 zeigen, dass die Teilnahme von Studenten an der ambulanten Versorgung die Patientenzufriedenheit mit der Konsultation nicht negativ beeinflusst ²¹. Die Autoren postulierten allerdings einen „Halo-Effekt“, der zu einem Wahrnehmungs-Bias der Patienten führen könnte. Die Kenntnis, dass es sich um eine Lehrpraxis handelt, könnte zu einem positiven Gesamtbild der Praxis führen und einzelne, als negativ empfundene Faktoren, könnten dadurch in den Hintergrund treten ^{17, 21}.

Es ist vorstellbar, dass trotz einer zufriedenen Gesamtbeurteilung der Arzt-Patienten-Konsultation durch den Patienten Störungen der Arzt-Patienten-Beziehung auftreten, die eine schlechtere Versorgung nach sich ziehen. Diese Störungen der Beziehung müssen sich nicht zwangsweise in der Gesamt-Bewertung des Kontaktes durch den Patienten ausdrücken.

O’Flynn et al konnten 1999 zeigen, dass Patienten aus Lehrpraxen in Newcastle und London (UK) zwar einen positiven Effekt der Lehrtätigkeit wahrnahmen, allerdings zum großen Teil Schwierigkeiten hatten, persönliche Probleme in der Konsultation anzusprechen und teilweise sogar bewusst Ihr Anliegen während der Konsultation verschwiegen ¹⁶.

Dieses Verschweigen von Inhalten kann zu einer dramatischen Verschlechterung der ambulanten Versorgung führen. Zeigt sich die emotionale oder sachliche Ebene der Arzt-Patienten-Beziehung gestört ²², kann davon ausgegangen werden, dass die diagnostische und therapeutische Entscheidungsfindung beeinträchtigt wird.

Gerade in einer partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehung wie nach dem Modell des „Shared decision making“ (SDM), wirken sich zurückgehaltene Informationen negativ auf den Ausgang der Konsultation ²³.

Beim SDM treten Arzt und Patient als Partner in der Entscheidungsfindung der Therapieoptionen auf ²³⁻²⁵. Der Patient wird hierbei vom Arzt nicht nur als Entscheidungs- und Bewertungsinstanz berücksichtigt, sondern erhält in der Entscheidungsfindung eine entscheidende Rolle ²⁶.

Dieser patientenzentrierte Ansatz zeigte einen Anstieg der Patientenzufriedenheit mit der Konsultation sowie eine Verbesserung des Verstehens und eine daraus folgende verbesserte Compliance des Patienten ²⁴.

Sollte es tatsächlich durch die Anwesenheit des Studenten in der Konsultation zu einer Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient kommen, ist davon auszugehen, dass die ambulante medizinische Versorgung durch die Anwesenheit des Studenten negativ beeinträchtigt wird, und zwar unabhängig von der subjektiven Bewertung der Lehrpraxis an sich durch den Patienten.

Wir untersuchten die Hypothese, dass die Anwesenheit von Studenten in der ärztlichen Sprechstunde eine Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient hervorruft. Weiterhin untersuchten wir, ob diese Störung eine Korrelation zur Gesamt-Zufriedenheit der Patienten mit der Konsultation und der Praxis aufweist.

METHODIK

Wir führten zunächst eine Pilot-Umfrage mittels selbst entworfenem Fragebogen in einer mittelgroßen Praxis für Allgemeinmedizin in Berlin durch. Das Ziel der Pilotuntersuchung war die Identifikation von Fragen, die als Testinstrument einer intakten Arzt-Patientenbeziehung geeignet sind.

Im Anschluss an die Pilotbefragung führten wir als Hauptstudie erneut eine Umfrage in verschiedenen Lehrpraxen für Allgemeinmedizin mittels aufgrund der Erfahrungen der Pilotstudie modifiziertem Fragebogen durch.

Studienpraxis der Pilotstudie

Bei der Studienpraxis der Pilot-Phase handelt es sich um eine Facharztpraxis für Allgemeinmedizin mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren. Die Praxis ist seit 2001 Lehrpraxis der Charité, Humboldt-Universität zu Berlin. Sie betreut regelmäßig Studenten im Regel- und Reformstudiengang, im Durchschnitt werden 4 Studenten der Medizin pro Semester im Blockpraktikum betreut. In der Praxis ist ein Facharzt für Allgemeinmedizin und eine Assistenzärztin zur Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin ärztlich tätig.

Datenerhebung der Pilotstudie

Über einen Zeitraum von drei Tagen wurde allen Patienten, die die Praxis betreten haben, ein Fragebogen durch die an der Rezeption sitzende Arzthelferin ausgehändigt. In der Praxis-EDV wurde durch die ausgebende Helferin ein Vermerk eingegeben, der den Patienten als Umfrageteilnehmer eindeutig kennzeichnete. Hierdurch wurde vermieden, dass bei erneutem Kontakt der Patient ein weiteres Mal einen Fragebogen erhalten würde. Es erfolgte keine Kennzeichnung des Fragebogens durch die Helferinnen, das Ausfüllen erfolgte anonym. Der Fragebogen sollte im Wartezimmer in der Praxis ausgefüllt werden. Eine Mitnahme war nicht vorgesehen. Der Fragebogen sollte persönlich und selbständig durch den Patienten ausgefüllt werden. Eine Assistenz durch die Helferinnen beim Ausfüllen des Fragebogens wurde nicht angeboten. Korrigierte Antworten sollten durch den Patienten eindeutig gekennzeichnet werden. Es bestand keine Zeitbeschränkung für die Beantwortung der Fragen.

Im Anschluss an das Ausfüllen, in jedem Fall vor Beginn einer eventuellen Arzt-Konsultation, wurde der Fragebogen durch den Patienten in eine bereitgestellte Sammelbox an der Rezeption geworfen.

Am Ende des Tages wurde die Sammelbox durch eine Helferin entleert. Die Fragebögen wurden der Reihenfolge der Entleerung nach mit einer eindeutigen ID gekennzeichnet. Ein Rückschluss von der ID auf Patientendaten der Praxis-EDV war nicht möglich.

Studienpraxen der Haupt-Studie

In der Hauptstudie wurden Patienten von vier Lehrpraxen für Allgemeinmedizin in Berlin befragt. Die Praxis der Pilot-Studie war eine dieser Praxen. Darüber hinaus wurden drei weitere vergleichbare Praxen in die Studie mit aufgenommen. Zwei dieser Praxen waren mittelgroße Lehrpraxen in Berlin (8 Studenten des Blockpraktikums pro Semester bzw. 6 Studenten des Blockpraktikums pro Semester). Eine Praxis war Landarztpraxis und Lehrpraxis für Allgemeinmedizin am Berliner Stadtrand (1 Student des Blockpraktikums pro Semester).

Datenerhebung der Haupt-Studie

Die Fragebögen wurden mit einer eindeutigen Zentrumsnummer versehen, um die Zuordnung zu den einzelnen Studienpraxen zu ermöglichen. Über einen Zeitraum von drei Tagen wurde allen Patienten, die die jeweilige Praxis betreten haben, ein Fragebogen durch die an der Rezeption sitzende Arzhelferin ausgehändigt. Auch Patienten, die an der Pilotbefragung teilgenommen hatten, konnten in die Befragung aufgenommen werden. In der Praxis-EDV wurde durch die ausgebende Helferin ein Vermerk eingegeben, der den Patienten als Umfrageteilnehmer eindeutig kennzeichnete. Hierdurch wurde vermieden, dass bei erneutem Kontakt der Patient ein weiteres Mal einen Fragebogen erhalten würde. Es erfolgte keine Kennzeichnung des Fragebogens durch die Helferinnen, das Ausfüllen erfolgte anonym. Der Fragebogen sollte im Wartezimmer in der Praxis ausgefüllt werden. Eine Mitnahme war auch in der eigentlichen Umfrage nicht vorgesehen. Der Fragebogen sollte persönlich und selbständig durch den Patienten ausgefüllt werden. Eine Assistenz durch die Helferinnen beim Ausfüllen des Fragebogens wurde nicht angeboten. Korrigierte Antworten sollten durch den Patienten eindeutig gekennzeichnet werden. Es bestand auch hier keine Zeitbeschränkung für die Beantwortung der Fragen.

Im Anschluss an das Ausfüllen, in jedem Fall vor Beginn einer eventuellen Arzt-Konsultation, wurde der Fragebogen durch den Patienten in eine bereitgestellte Sammelbox an der Rezeption geworfen.

Am Ende des Tages wurde die Sammelbox durch eine Helferin entleert. Die Fragebögen wurden der Reihenfolge der Entleerung nach mit einer eindeutigen ID gekennzeichnet, die keinen Zusammenhang mit einer ID der Pilotstudie hatte. Ein Rückschluss von der ID auf Patientendaten der Praxis-EDV war nicht möglich.

Datenauswertung

Sowohl im Rahmen der Pilotstudie als auch in der Haupt-Studie wurden nach Abschluss der Datenerhebung die Daten der Fragebögen in das Softwaresystem SPSS 14 für Windows auf einem INTEL PC mit dem Betriebssystem Windows XP Home eingegeben und statistisch ausgewertet. Antworten wurde als ungültig bezeichnet, wenn sie

1. nicht beantwortet wurden,
2. unleserlich gekennzeichnet wurden,
3. mehr als eine Antwort angegeben wurde oder
4. die Markierung außerhalb des vorgesehenen Feldes gesetzt wurde.

Hinzugefügte Kommentare wurden nicht berücksichtigt. Eine Plausibilitätskontrolle der Antworten wurde zu diesem Zeitpunkt nicht durchgeführt. Eine ungültige Antwort führte nicht zum Ausschluss des Fragebogens.

Die statistische Auswertung umfasste neben der Berechnung von Mittelwerten und Medianwerten die Testung auf Unabhängigkeiten mittels Pearson Chi-Quadrat-Test sowie students-t-test bei unabhängigen und gepaarten Stichproben.

Fragebogen Pilotstudie – Design

Der selbst entworfene Fragebogen bestand aus zwei weißen, Tahoma 12 pt schwarz bedruckten, geklammerten DIN-A-4 Seiten. Die Fragen wurden in Fettschrift dargestellt, die Antwortmöglichkeiten in Normalschrift. Ausgefüllt wurde mit einem nicht entfernbaren Kugelschreiber. Der Fragebogen enthielt den Hinweis auf die Anonymität der Umfrage. Der Patient wurde gebeten, die 22 Fragen gründlich durchzulesen und so genau wie möglich zu beantworten. Es sollte jede Frage beantwortet werden. Nach dem Ausfüllen wurde der Patient gebeten, den Bogen in die aufgestellte Box zu werfen.

Der Fragebogen enthielt die folgenden Fragen und Antwortoptionen:

Fragebogen Pilotstudie – Demographische Daten

1) Alter in Jahren

Antwortmöglichkeiten: frei

Variable metrisch

2) Geschlecht

Antwortmöglichkeit: männlich / weiblich

Variable nominal

3) Versicherungsstatus

Antwortmöglichkeit: gesetzlich versichert / privat versichert

Variable: nominal

Fragebogen Pilotstudie – Fragen zu Studentenkontakt

4) Wie oft waren Sie in den letzten 3 Monaten bei Ihrem Hausarzt?

Antwortmöglichkeiten: frei

Variable: metrisch

5) Waren bereits Studenten während Ihres Gespräches mit dem Arzt anwesend? Falls ja, wie oft?

Antwortmöglichkeiten: nie / selten / gelegentlich / regelmäßig / immer

Variable: ordinal

6) Wurden Sie gefragt, ob Sie etwas gegen eine Anwesenheit von Studenten während der Sprechstunde haben?

Antwortmöglichkeiten: ja / nein

Variable: ordinal

7) Haben Sie schon einmal die Anwesenheit eines Studenten abgelehnt?

Antwortmöglichkeiten: nie / einmalig / in einigen Situationen / stets

Variable: ordinal

8) Hat sich Ihnen der Student vorgestellt?

Antwortmöglichkeiten: ja, selbst / wurde vorgestellt / im Einzelfall nicht / nie

Variable: ordinal

9) Hatten Sie bereits Arztbesuche, die Sie mit einem Studenten alleine begonnen haben, bevor Sie mit dem Arzt sprechen konnten?

Antwortmöglichkeiten: nie / selten / gelegentlich / regelmäßig / immer

Variable: ordinal

Fragebogen Pilotstudie – Sonderfall PJ Student

10) Haben Sie in den vergangenen vier Monaten den Studenten im Praktischen Jahr kennen gelernt?

Antwortmöglichkeiten: ja / nein

Variable: ordinal

11) Hat der Student im Praktischen Jahr während ihres Besuches beim Arzt dabei gegessen?

Antwortmöglichkeiten: nie / selten / gelegentlich / regelmäßig / immer

Variable: ordinal

12) Hatten Sie Arztbesuche, die Sie mit dem Studenten im Praktischen Jahr alleine begonnen haben, bevor Sie mit dem Arzt sprechen konnten?

Antwortmöglichkeiten: nie / selten / gelegentlich / regelmäßig / immer

Variable: ordinal

13) Wie haben Sie dies empfunden?

Antwortmöglichkeiten: bereichernd / war mir egal / eher störend / belastend

Variable: ordinal

Fragebogen Pilotstudie – Patientenmeinung zum Studentenunterricht

Die Fragen über die Meinung der Patienten zum Studentenunterricht in der Praxis wurden mit folgendem Satz eingeleitet: „Geben Sie bitte Ihre Meinung über Studenten im Praktischen Jahr in einer Hausarztpraxis ab. Jeweils die zutreffendste Aussage ankreuzen!“

Es folgten tabellarisch folgende Aussagen, die jeweils bewertet werden sollten (Antwortmöglichkeiten: stimme voll zu / stimmt zum Teil / weiß nicht / eher nicht / stimmt nicht). Die Variablen waren jeweils ordinale Variablen.

14) Diese Ausbildung in einer Hausarztpraxis ist sinnvoll

15) Die Studenten sind gut auf diese Tätigkeit vorbereitet

16) Studenten sind im vertraulichen Gespräch störend

17) Einige Inhalte werden in Gegenwart von Studenten bewusst verschwiegen

18) Das Verhalten der Studenten ist angemessen

19) Die Anwesenheit eines Student bringt Vorteile

20) Die Wartezeit verlängert sich durch Studenten

21) Es besteht mehr Zeit für das ausführliche Gespräch

22) Ich freue mich über Studenten in der Praxis

Fragebogen Haupt-Studie– Design

Der selbst entworfene Fragebogen bestand aus drei weißen, Tahoma 12 pt schwarz bedruckten, geklammerten DIN-A-4 Seiten. Die Fragen wurden in Fettschrift dargestellt, die Antwortmöglichkeiten in Normalschrift. Ausgefüllt wurde mit einem nicht entfernbaren Kugelschreiber. Der Fragebogen enthielt den Hinweis auf die Anonymität der Umfrage. Der Patient wurde gebeten, die 34 Fragen gründlich durchzulesen und so genau wie möglich zu beantworten. Es sollte jede Frage beantwortet werden. Nach dem Ausfüllen wurde der Patient gebeten, den Bogen in die aufgestellte Box zu werfen.

Der Fragebogen enthielt die folgenden Fragen und Antwortoptionen:

Fragebogen Haupt-Studie – Demographische Daten

1) Alter in Jahren

Antwortmöglichkeiten: frei

Variable metrisch

2) Geschlecht

Antwortmöglichkeit: männlich / weiblich

Variable nominal

3) Versicherungsstatus

Antwortmöglichkeit: gesetzlich versichert / privat versichert

Variable: nominal

Fragebogen Haupt-Studie – Fragen zu Studentenkontakt

4) Wie oft waren Sie in den letzten 3 Monaten bei Ihrem Hausarzt?

Antwortmöglichkeiten: 1-2x / 3-4x / 5-8x / >8x

Variable: ordinal

5) Wie lange sind Sie Patient dieser Praxis?

Antwortmöglichkeit: <1 Jahr / 1-3 Jahre / 4-5 Jahre / > 5 Jahre

Variable: ordinal

6) Wussten Sie vor dem ersten Kontakt mit dieser Praxis, dass es sich um eine akademische Lehrpraxis handelt und Studentenunterricht stattfindet?

Antwortmöglichkeit: ja / nein

Variable: ordinal

7) Wenn Sie die Wahl hätten zwischen einer Lehrpraxis und einer Hausarztpraxis ohne Studentenunterricht, für welche Praxis würden Sie sich entscheiden?

Antwortmöglichkeit: Lehrpraxis / Hausarztpraxis ohne Studentenunterricht / ist mit egal

Variable: nominal

8) Wie häufig waren bisher während Ihrer Konsultation mit dem Arzt Studenten im Raum anwesend?

Antwortmöglichkeit: nie / bis zu 50% / über 50% / immer

Variable: ordinal

9) Wie haben Sie in der Regel von der Anwesenheit eines Studenten bei Ihrer Konsultation erfahren (Mehrfachantworten möglich)?

Antwortmöglichkeiten: Bei Terminvergabe / von der Sprechstundenhilfe / Vom Arzt vor der Konsultation / Vom Studenten selber / Ich bin nicht informiert worden

Variable: nominal

10) Wie oft wurden Sie gefragt, ob Sie etwas gegen eine Anwesenheit von Studenten während der Konsultation haben?

Antwortmöglichkeiten: nie / bis zu 50% / über 50% / immer

Variable: ordinal

11) Wie oft haben Sie die Anwesenheit einer Studenten abgelehnt?

Antwortmöglichkeiten: nie / bis zu 50% / über 50% / immer

Variable: ordinal

12) Wenn Sie bereits einmal die Anwesenheit eines Studenten abgelehnt haben, nennen Sie uns hierfür bitte die Gründe (Mehrfachantworten möglich):

Antwortmöglichkeiten: Bedenken über die Verschwiegenheit / Student war mir unsympathisch / Stört meine Beziehung zum Arzt / Intimes Thema / Unangenehme Untersuchung / Wusste nicht, was mich erwartet / andere Gründe: _____

Variable: nominal und freie Antwort

13) Wenn Sie bereits einmal die Anwesenheit eines Studenten zugelassen haben: Nennen Sie hierfür bitte die Gründe (Mehrfachantworten möglich):

Antwortmöglichkeiten: Es fällt mir schwer, „Nein“ zu sagen / Ich helfe gerne, wenn ich kann / Studentenunterricht ist notwendig / Hatte keine Wahl / Es stört mich nicht / Wusste nicht, was mich erwartet / andere Gründe: _____

Variable: nominal und freie Antwort

Fragebogen Haupt-Studie –Beeinflussung der Konsultation

Die Fragen über eine Beeinflussung der Konsultation aus Sicht der Patienten wurden mit folgender Frage eingeleitet: „Wie hat die Anwesenheit von Studenten Ihre Konsultation beeinflusst?“

14) Ich habe Inhalte verschwiegen

Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein

Variable: ordinal

15) Der Arzt hatte mehr Zeit für mich

Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein

Variable: ordinal

16) Der Arzt hatte weniger Zeit für mich

Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein

Variable: ordinal

17) Die Wartezeit war länger

Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein

Variable: ordinal

18) Die Untersuchung war mir unangenehm

Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein

Variable: ordinal

19) Ich habe selber etwas gelernt

Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein

Variable: ordinal

Fragebogen Haupt-Studie –Benötigte Informationen

Die Fragen, ob Informationen vor der Konsultation für den Patienten nützlich gewesen wären wurde mit folgender Frage eingeleitet: „Welche der folgenden Informationen hätten Sie vor Ihrer Zustimmung zur Anwesenheit eines Studenten bei der Konsultation benötigt?“

20) Geschlecht der Studenten

Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein

Variable: ordinal

21) Kenntnisstand der Studenten

Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein

Variable: ordinal

22) Art seiner Beteiligung am Gespräch und / oder Untersuchung

Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein

Variable: ordinal

23) Foto des Studenten

Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein

Variable: ordinal

24) Name des Studenten

Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein

Variable: ordinal

Fragebogen Haupt-Studie – Patientenmeinung zum Studentenunterricht

Die Fragen über die Meinung der Patienten zum Studentenunterricht in der Praxis wurden mit folgendem Satz eingeleitet: „Geben Sie bitte Ihre Meinung über den Studentenunterricht in einer Hausarztpraxis ab. Jeweils nur eine (die zutreffendste) Aussage ankreuzen (X)!“

Es folgten tabellarisch folgende Aussagen, die jeweils bewertet werden sollten (Antwortmöglichkeiten: stimme voll zu / stimme eher zu / stimme eher nicht zu / stimme nicht zu). Die Variablen waren jeweils ordinale Variablen.

25) Die Ausbildung von Studenten in einer Hausarztpraxis ist sinnvoll

26) Lehrärzte sind medizinisch auf dem neuesten Stand

27) Studenten sind im vertraulichen Gespräch störend

28) Einige Inhalte werden in Gegenwart von Studenten bewusst verschwiegen

29) Die Anwesenheit von Studenten stört die Arzt-Patienten-Beziehung

30) Die Anwesenheit eines Studenten bringt Vorteile

31) Die Wartezeit verlängert sich durch Studenten

32) Es besteht mehr Zeit für das ausführliche Gespräch

33) Ich freue mich über Studenten in der Praxis

34) Die Anbindung an eine Universität verbessert die medizinische Versorgung

Ein- und Ausschlusskriterien der Pilotstudie sowie der Haupt-Studie

1) Alter

Es wurden Patienten ab einem Alter von 14 Jahren in die Umfrage aufgenommen. Eine obere Altersgrenze wurde nicht festgelegt.

2) Praxis-Bekanntheit

Patienten, die das erste Mal die Praxis aufsuchten, wurden von der Aufnahme in die Studie ausgeschlossen.

3) Konsultationsanlass

Es wurden alle Patienten, die die Praxis im gewählten Zeitraum betraten, in die Studie aufgenommen. Es wurde nicht zwischen Konsultationsanlässen unterschieden.

4) Arzt-Patientenkontakt

Ein Arzt-Patienten-Kontakt zum Zeitpunkt der Umfrage war nicht Voraussetzung zur Aufnahme in die Studie.

5) Studentenkontakt

Ein aktueller oder vorhergehender Kontakt mit einem Studenten war nicht Voraussetzung für die Aufnahme in die Studie.

ERGEBNISSE

Pilotstudie:

Im Umfrage-Zeitraum der Pilotstudie betraten 152 der Praxis bekannte Patienten die Praxis und wurden um Teilnahme an der Studie gebeten. 142 Patienten erklärten sich bereit, an der Studie teilzunehmen und füllten einen Fragebogen aus (93,4%).

Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer lag bei 45,8 Jahren (14-86 Jahre; StdDev 17,8).

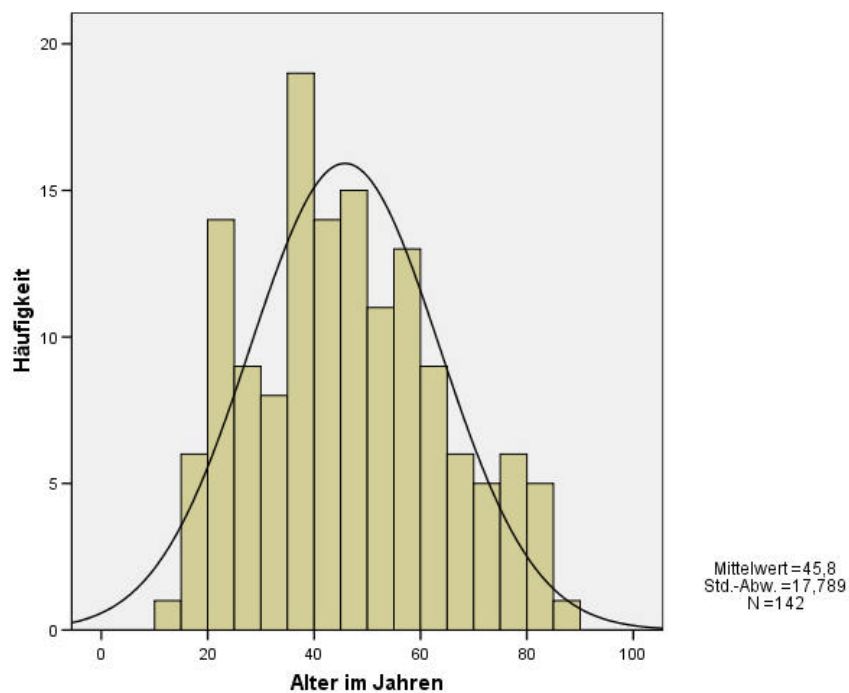


Abbildung 1

38% der untersuchten Patienten waren männlich, 62% weiblich.

140 Patienten machten Angaben zu ihrem Versichertenstatus. Hiervon waren 84,3% gesetzlich versichert und 15,7% privat krankenversichert.

121 Patienten machten Angaben über die Praxisbesuchshäufigkeit innerhalb der letzten 3 Monate. Die durchschnittliche Praxisbesuchshäufigkeit lag bei 2,77 (Median: 2,0, Min-Max 0-15, StdDev 2,7), wobei 54,5% der Patienten 0-2 Besuche innerhalb der letzten 3 Monaten angaben.

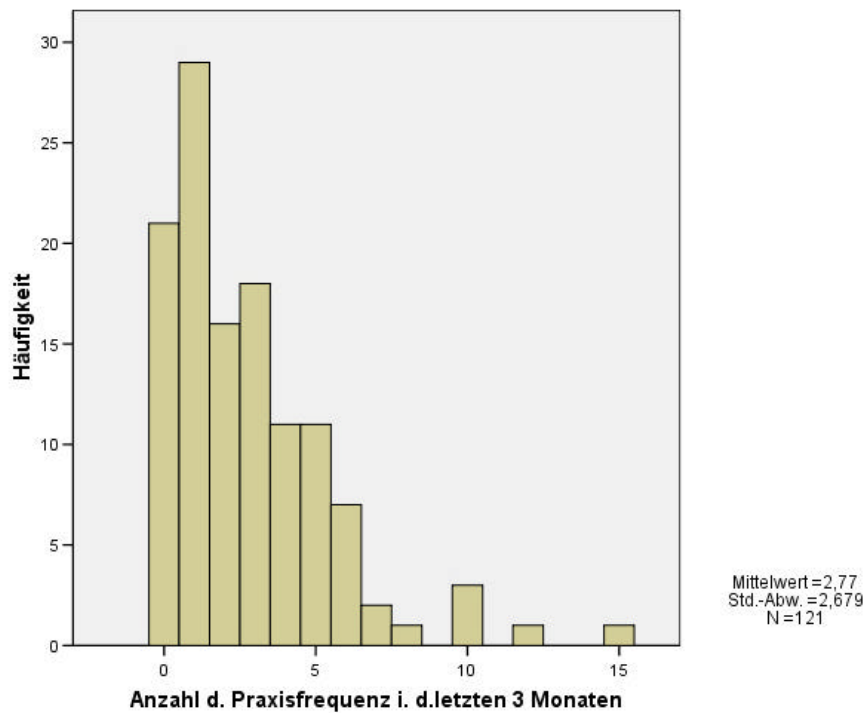


Abbildung 2

136 Patienten gaben gültige Antworten auf die Frage, ob bereits Studenten während des Gespräches mit dem Arzt anwesend waren, und wenn ja, wie häufig dieses geschehen ist. 74,3% der Befragten (n=101) hatten mindestens einmal Kontakt mit einem Studenten gehabt, wovon bei 2,9% der Befragten bei jedem Arzt-Kontakt ein Student anwesend war.

Häufigkeit d. Studentenanwesenheit					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nie	35	24,6	25,7	25,7
	selten	33	23,2	24,3	50,0
	gelegentlich	53	37,3	39,0	89,0
	regelmäßig	11	7,7	8,1	97,1
	immer	4	2,8	2,9	100,0
	Gesamt		136	95,8	100,0
Fehlend	System	6	4,2		
Gesamt		142	100,0		

Tabelle 1

128 Patienten gaben gültige Antworten auf die Frage, ob bereits ein PJ-Student während des Gespräches mit dem Arzt anwesend war, und wenn ja, wie häufig dieses geschehen ist. 65,6% der Befragten (n=84) hatten mindestens einmal Kontakt mit einem PJ-Studenten gehabt, wovon bei 9,4% der Befragten bei jedem Arzt-Kontakt ein PJ-Student anwesend war.

PJler-Anwesenheit bei Konsultation					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nie	44	31,0	34,4	34,4
	selten	26	18,3	20,3	54,7
	gelegentlich	38	26,8	29,7	84,4
	regelmäßig	8	5,6	6,3	90,6
	immer	12	8,5	9,4	100,0
	Gesamt		128	90,1	100,0
Fehlend	System	14	9,9		
Gesamt		142	100,0		

Tabelle 2

104 der befragten Patienten hatten mindestens einmalig Kontakt mit einem Studenten (PJ-Student oder Regelstudent oder Reformstudent) (Gruppe 1).

76,5% der Patienten, die Kontakt mit einem Studenten gehabt haben, wurden zuvor gefragt, ob sie etwas gegen die Anwesenheit des Studenten einzuwenden hätten (102 gültige Antworten).

In der Gruppe 1 (bereits Kontakt mit Studenten) lehnten 5 Patienten mindestens einmal die Anwesenheit des Studenten in der Konsultation ab (4,9%).

25% der befragten Patienten gaben an, Studenten wurden ihnen nie vorgestellt oder haben sich selber nie vorgestellt. Bei 73% der Befragten wurde der Student vorgestellt (39%) bzw. stellte sich selber vor (34%).

Bei 23% der Befragten hat der Student noch vor dem Arzt mit der Konsultation begonnen.

Insgesamt erachteten 71 Prozent der befragten Patienten der Pilotstudie die Ausbildung von Studenten in der Hausarztpraxis als sinnvoll. Kein einziger der befragten Patienten erachtete den Studentenunterricht als nicht sinnvoll.

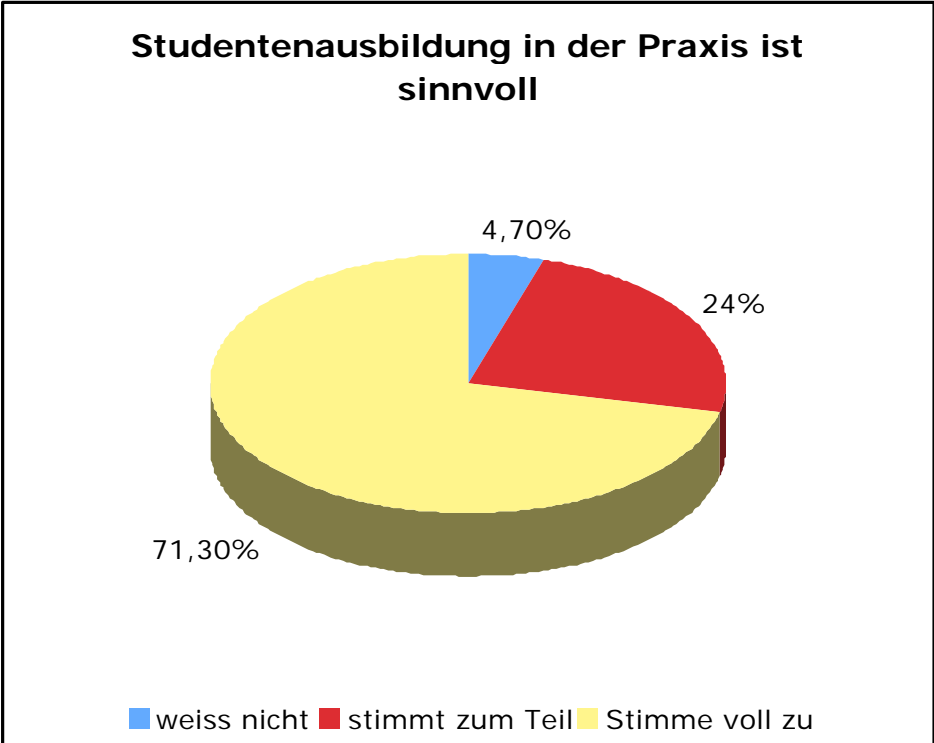


Abbildung 3

Zwei Drittel der befragten Studienteilnehmer empfanden die Studenten zumindest teilweise gut auf die allgemeinmedizinische Praxis vorbereitet (Meinung: „Die Studenten sind gut auf diese Tätigkeit vorbereitet.“; Stimme voll zu: 26,2%; stimmt zum Teil: 40,2%).

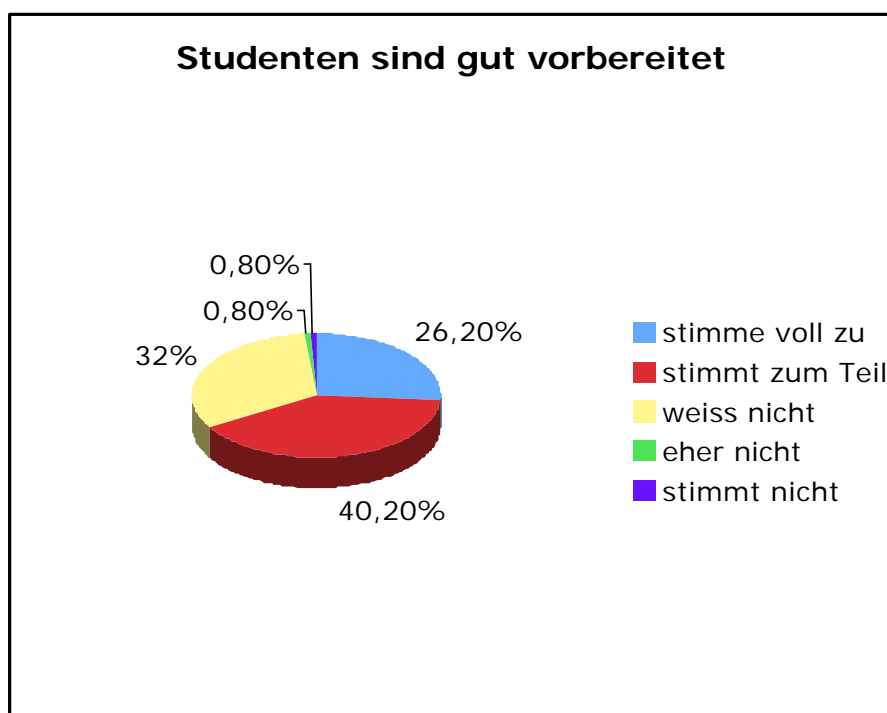


Abbildung 4

40% der befragten Patienten empfanden die Anwesenheit von Studenten während der Konsultation als störend (Frage: „Studenten sind im vertraulichen Gespräch störend“; Stimme voll zu: 15%; Glaube schon: 25%). Lediglich 18% der Patienten waren überzeugt, dass die Anwesenheit von Studenten während der Konsultation sich nicht störend auswirkt (Frage: „Studenten sind im vertraulichen Gespräch störend“; Stimmt nicht: 18%).

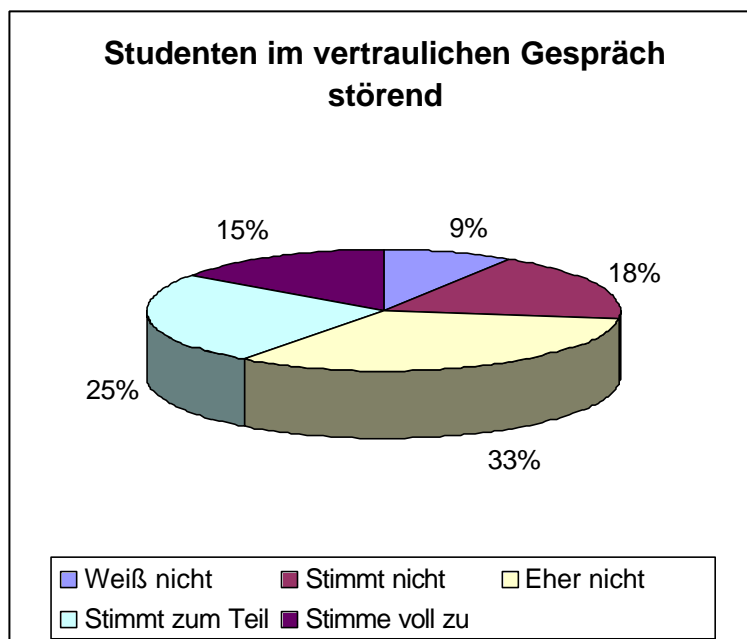


Abbildung 5

Auf die Frage, ob Inhalte vom Patienten bewusst verschwiegen werden, wenn Studenten bei der Konsultation anwesend sind, antworteten 34% der Patienten mit „Ja“ (Frage: „Einige Inhalte werden in Gegenwart von Studenten bewusst verschwiegen“; Stimme voll zu: 9%; Stimmt zum Teil: 25%). 42% der Patienten waren der Meinung, dass die Anwesenheit von Studenten nicht zu einem Verschweigen von Inhalten führt (Frage: „Einige Inhalte werden in Gegenwart von Studenten bewusst verschwiegen“; Eher nicht: 30%, Stimmt nicht: 12%).

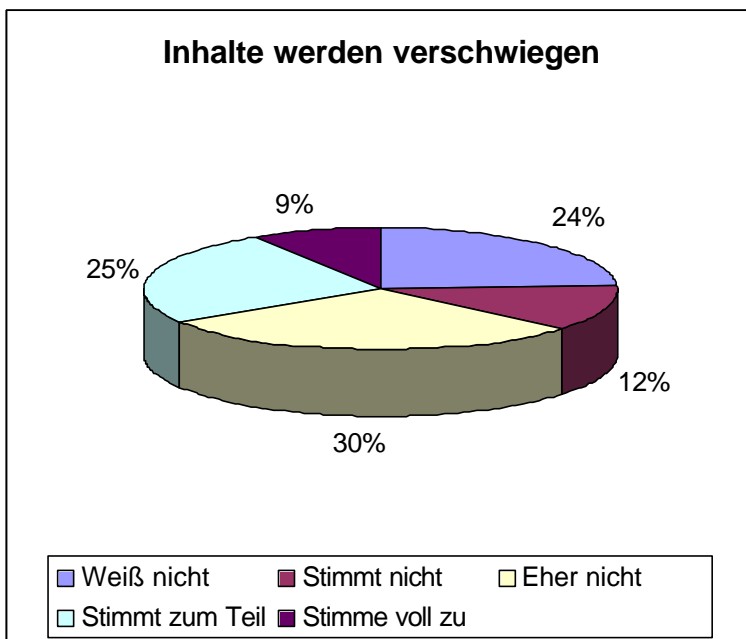


Abbildung 6

In der Subgruppenanalyse der Patienten, die bereits Kontakt mit Studenten hatten, fiel auf, dass hier 47% der Patienten nicht an ein Verschweigen von Inhalten glaubten (Frage: „Einige Inhalte werden in Gegenwart von Studenten bewusst verschwiegen“; Eher nicht: 33%, Stimmt nicht: 14%). Ebenfalls 34% der Befragten glaubten an das Verschweigen von Inhalten während der Konsultation (Frage: „Einige Inhalte werden in Gegenwart von Studenten bewusst verschwiegen“; Stimme voll zu: 10%; Stimmt zum Teil: 24%). Der Unterschied bezüglich des Verschweigens von Inhalten während der Konsultation zwischen Patienten, die bereits Kontakt mit Studenten hatten und Patienten, die noch keinen Kontakt mit Studenten hatten, erreichte kein Signifikanz-Niveau ($p=0,226$).

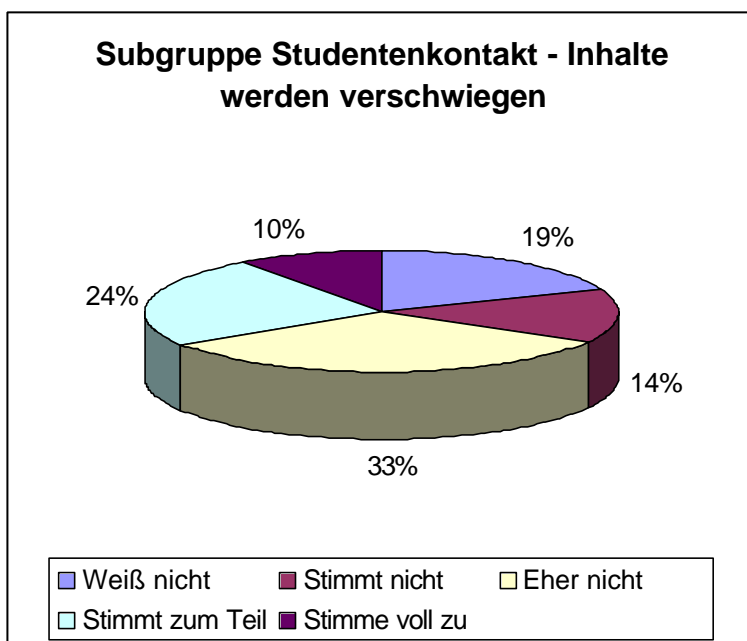


Abbildung 7

Nur ein Studienteilnehmer empfand das Verhalten der Studenten als nicht angemessen (Frage: „Das Verhalten der Studenten ist angemessen“; Stimmt nicht: 1 Teilnehmer (1%)). Die Mehrheit der Patienten (75%) empfand das Verhalten der Situation angemessen (Frage: „Das Verhalten der Studenten ist angemessen“; Stimmt zum Teil: 38%; Stimme voll zu: 37%). 24% der Befragten konnten sich hierzu nicht äußern (Frage: „Das Verhalten der Studenten ist angemessen“; Weiß nicht: 24%).

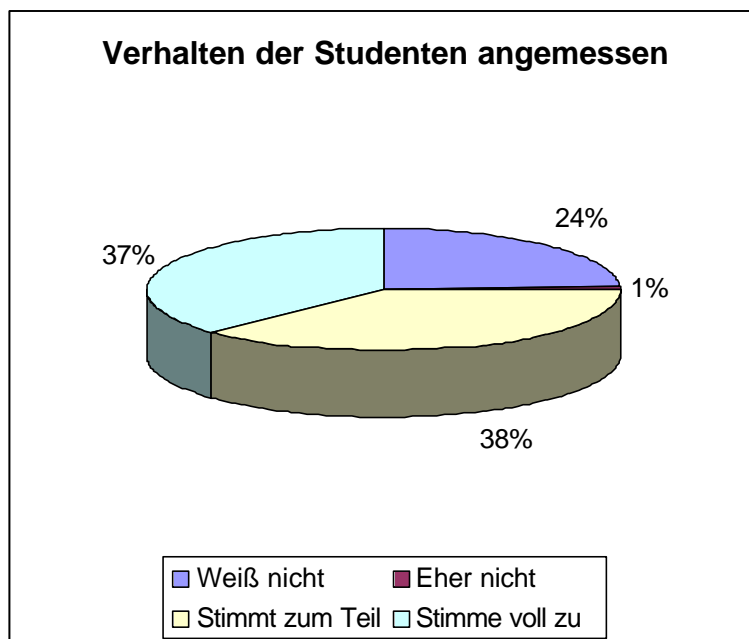


Abbildung 8

Auf die Frage, ob die Anwesenheit von Studenten Vorteile bringen würde, konnten 39% der Patienten keine Antwort finden (Frage: „Die Anwesenheit eines Student bringt Vorteile“; Weiß nicht: 39%). 48% der befragten Patienten empfanden den Studentenunterricht in der Praxis als vorteilhaft (Frage: „Die Anwesenheit eines Student bringt Vorteile“; Stimmt zum Teil: 33%; Stimme voll zu: 15%). 13% der Befragten sahen keine Vorteile in der Anwesenheit von Studenten (Frage: „Die Anwesenheit eines Student bringt Vorteile“; Stimmt nicht: 1%, Eher nicht: 12%).

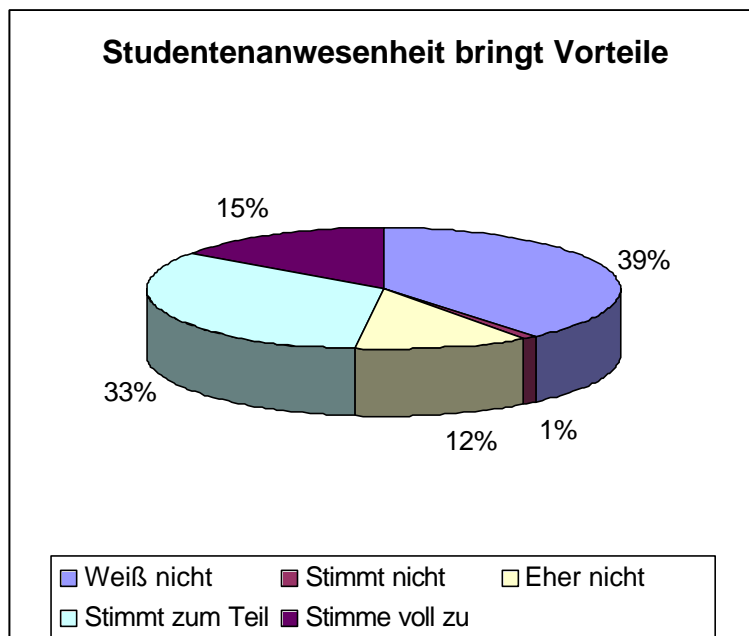


Abbildung 9

16% der befragten Patienten hatten den Eindruck, die Wartezeit würde sich durch die Anwesenheit verlängern (Frage: „Die Wartezeit verlängert sich durch Studenten“; Stimme voll zu: 4%, Stimmt zum Teil: 12%). Mehr als die Hälfte der Befragten (55%) glaubten nicht an eine verlängerte Wartezeit aufgrund von Studenten anwesenheit (Frage: „Die Wartezeit verlängert sich durch Studenten“; Stimmt nicht: 17%, Eher nicht: 38%).

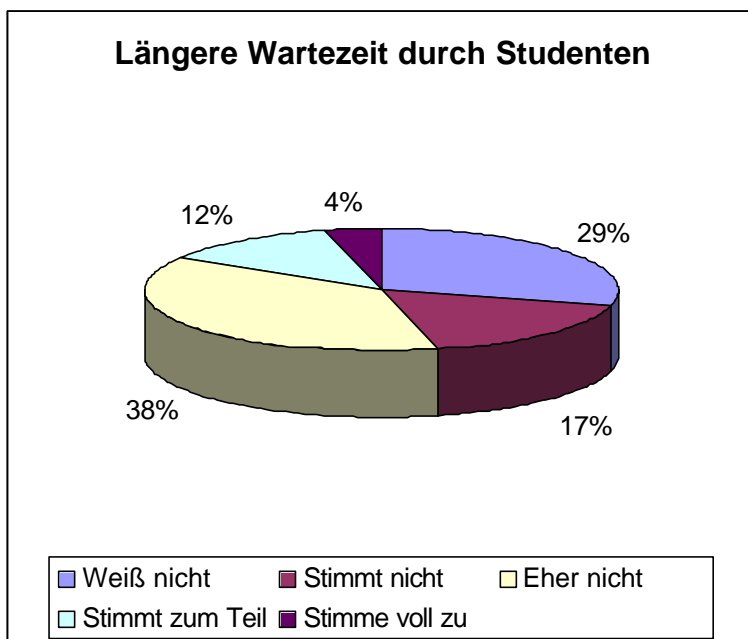


Abbildung 10

30% der Studienteilnehmer glaubten, dass aufgrund des Studentenunterrichtes mehr Zeit für das persönliche Gespräch besteht (Frage: „Es besteht mehr Zeit für das ausführliche Gespräch“; Stimme voll zu: 4%, Stimmt zum Teil: 26%). 36% der Patienten glaubten nicht an ein längeres Gespräch (Frage: „Es besteht mehr Zeit für das ausführliche Gespräch“; Stimmt nicht: 5%, Eher nicht: 31%).

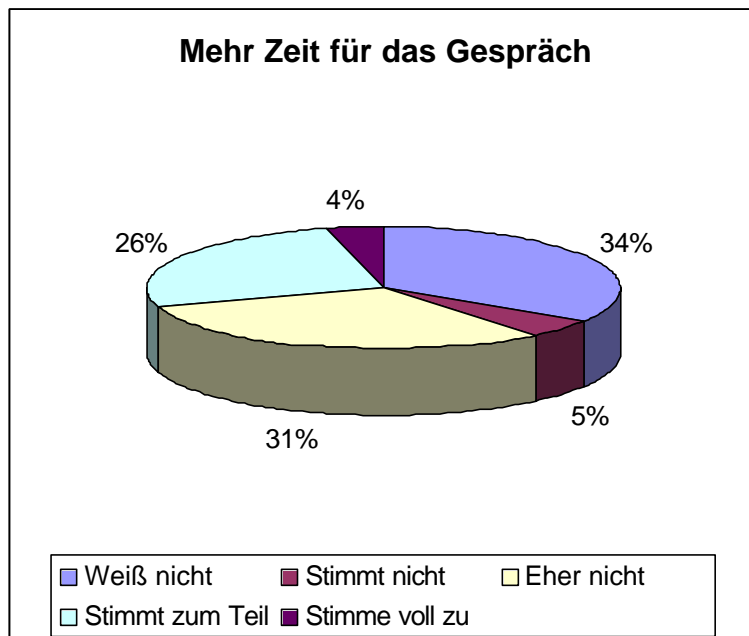


Abbildung 11

60% der befragten Patienten freuten sich über die Anwesenheit von Studenten in der Praxis (Frage: „Ich freue mich über Studenten in der Praxis“; Stimme voll zu: 37%, Stimmt zum Teil: 23%). Nur 11% der Patienten freuten sich nicht (Frage: „Ich freue mich über Studenten in der Praxis“; Stimmt nicht: 3%, Eher nicht: 8%).

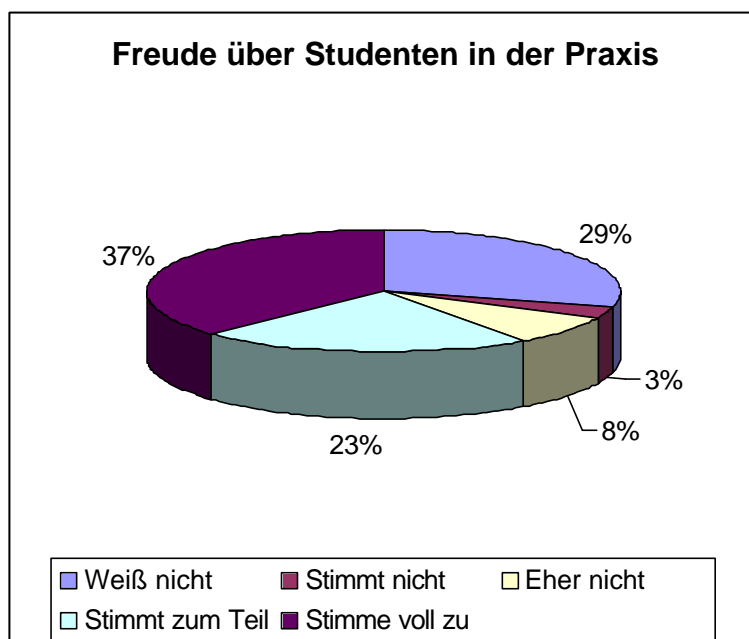


Abbildung 12

Haupt-Studie

Im Umfrage-Zeitraum der Haupt-Studie betraten insgesamt 298 den Praxen bekannte Patienten die Praxen und wurden um Teilnahme an der Studie gebeten. 263 Patienten erklärten sich bereit, an der Studie teilzunehmen und füllten einen Fragebogen aus (88,3%).

STUDIENPRAXIS	ANZAHL DER TEILNEHMENDEN PATIENTEN
Praxis A	94 Patienten
Praxis B	63 Patienten
Praxis C	54 Patienten
Praxis D	52 Patienten

Tabelle 3

Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer lag bei 51,9 Jahren (14-95 Jahre; StdDev 17,1).

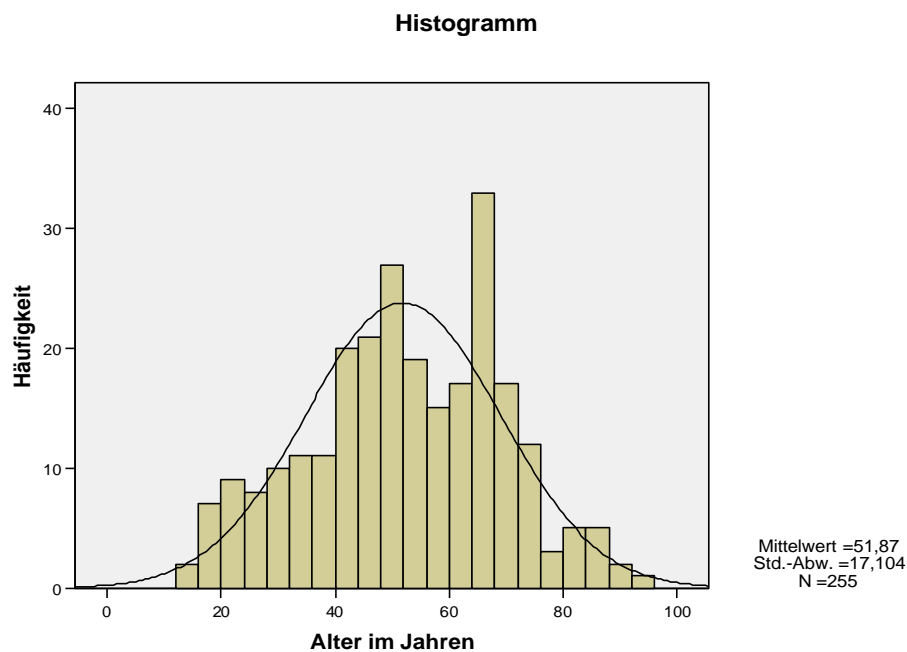


Abbildung 13

41% der untersuchten Patienten waren männlich, 59% weiblich.

254 Patienten machten Angaben zu ihrem Versichertenstatus (97%). Hiervon waren 91,3% gesetzlich versichert und 8,7% privat krankenversichert.

249 Patienten machten Angaben über die Praxisbesuchshäufigkeit innerhalb der letzten 3 Monate (95%). Die einzelnen Besuchshäufigkeiten sind aus Tabelle 4 zu entnehmen.

Anzahl d. Praxisfrequenz i. d. letzten 3 Monaten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1-2x	134	51,0	53,8	53,8
	3-4x	80	30,4	32,1	85,9
	5-8x	25	9,5	10,0	96,0
	>8x	10	3,8	4,0	100,0
	Gesamt	249	94,7	100,0	
Fehlend	System	14	5,3		
Gesamt		263	100,0		

Tabelle 4

Von den befragten Patienten gaben 250 Auskünfte über die Länge der bestehenden Arzt-Patienten-Beziehung (95%). Mehr als 41% der Patienten besuchten die Praxis länger als 5 Jahre. Die einzelnen Ergebnisse sind aus Tabelle 5 zu entnehmen.

Wie lange Patient dieser Praxis

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	<1 Jahr	47	17,9	18,8	18,8
	1-3 Jahre	62	23,6	24,8	43,6
	4-5 Jahre	37	14,1	14,8	58,4
	> 5 Jahre	104	39,5	41,6	100,0
	Gesamt	250	95,1	100,0	
Fehlend	System	13	4,9		
Gesamt		263	100,0		

Tabelle 5

254 Patienten beantworteten die Frage, ob sie vor dem ersten Kontakt mit der Praxis wussten, dass es sich um eine Lehrpraxis mit Studentenkontakt handele (97%). 19,3% der Patienten wussten von dem Status als Lehrpraxis, 80,7% wussten nicht vor dem ersten Praxiskontakt, dass es sich um eine Lehrpraxis handelt.

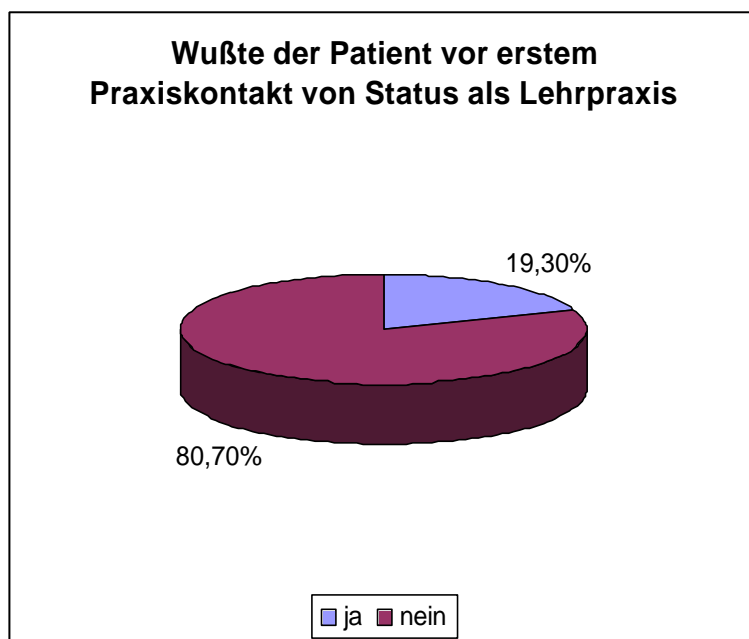


Abbildung 14

Vor die Wahl gestellt, zwischen einer Lehrpraxis und einer Hausarztpraxis zu entscheiden, entschieden sich 31% der befragten für eine Lehrpraxis mit Studentenunterricht. 9% würden lieber eine Hausarztpraxis ohne Studenten anwesenheit auswählen. 60% der Befragten hatten keine Präferenz.

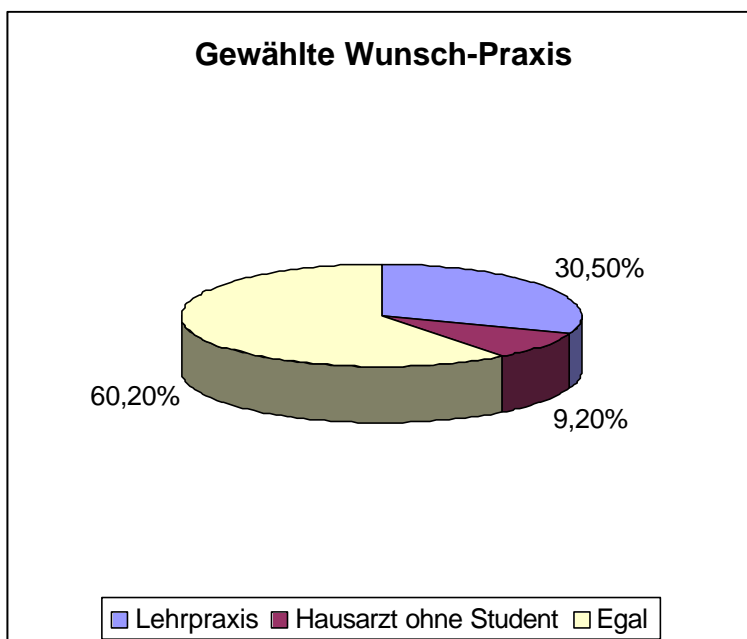


Abbildung 15

Gefragt nach der Häufigkeit der Anwesenheit eines Studenten, gaben 26,7% der Patienten an, dass noch nie ein Student beim Gespräch anwesend war. Die einzelnen Ergebnisse sind aus Tabelle 6 zu entnehmen.

Häufigkeit d. Studentenanwesenheit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nie	65	24,7	26,7	26,7
	bis zu 50%	163	62,0	67,1	93,8
	über 50%	12	4,6	4,9	98,8
	immer	3	1,1	1,2	100,0
	Gesamt	243	92,4	100,0	
Fehlend	System	20	7,6		
Gesamt		263	100,0		

Tabelle 6

Nur 2,3% der Patienten hatten bereits bei Terminvergabe von einer Anwesenheit eines Studenten erfahren. 63,6% der Befragten erfuhren vom Arzt vor der Konsultation von der Anwesenheit eines Studenten. 15,4% hatten dieses von der Sprechstundenhilfe und 11,2% vom Studenten selber mitgeteilt bekommen. 22,9% der befragten Patienten wurden vor der Konsultation überhaupt nicht über die Anwesenheit eines Studenten informiert.

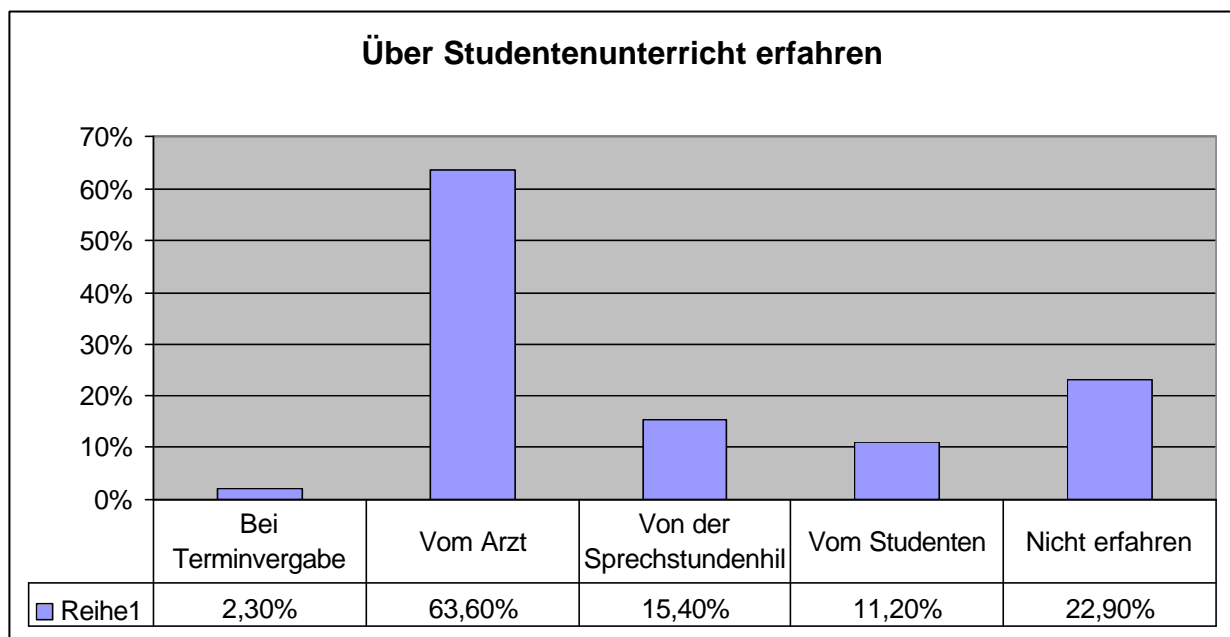


Abbildung 16

38,7% der befragten Patienten wurden nie gefragt, ob sie etwas gegen die Anwesenheit von Studenten während der Konsultation einzuwenden hätten. 37,4% wurden jedes Mal gefragt. Die einzelnen Ergebnisse sind aus Tabelle 7 zu entnehmen.

Wie oft gefragt, ob etwas gegen Anwesenheit Student

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nie	89	33,8	38,7	38,7
	bis zu 50%	46	17,5	20,0	58,7
	über 50%	9	3,4	3,9	62,6
	immer	86	32,7	37,4	100,0
	Gesamt	230	87,5	100,0	
Fehlend	System	33	12,5		
Gesamt		263	100,0		

Tabelle 7

4,7% der Patienten hatten bereits mindestens einmal die Anwesenheit eines Studenten abgelehnt. Die einzelnen Ergebnisse sind aus Tabelle 8 zu entnehmen.

Wie oft Anwesenheit Student abgelehnt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nie	221	84,0	95,3	95,3
	bis zu 50%	8	3,0	3,4	98,7
	über 50%	2	,8	,9	99,6
	immer	1	,4	,4	100,0
	Gesamt	232	88,2	100,0	
Fehlend	System	31	11,8		
Gesamt		263	100,0		

Tabelle 8

Es gab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Ablehnung von Studenten und dem Alter, dem Geschlecht, dem Versicherungsstatus oder der Dauer der Arzt-Patienten-Beziehung.

Patienten, die sich bereits im Vorfeld eher gegen eine Lehrpraxis entscheiden würden und eine Hausarztpraxis ohne Studentenunterricht vorzögen, haben auch signifikant häufiger Studenten während der Konsultation abgelehnt ($p=0,04$).

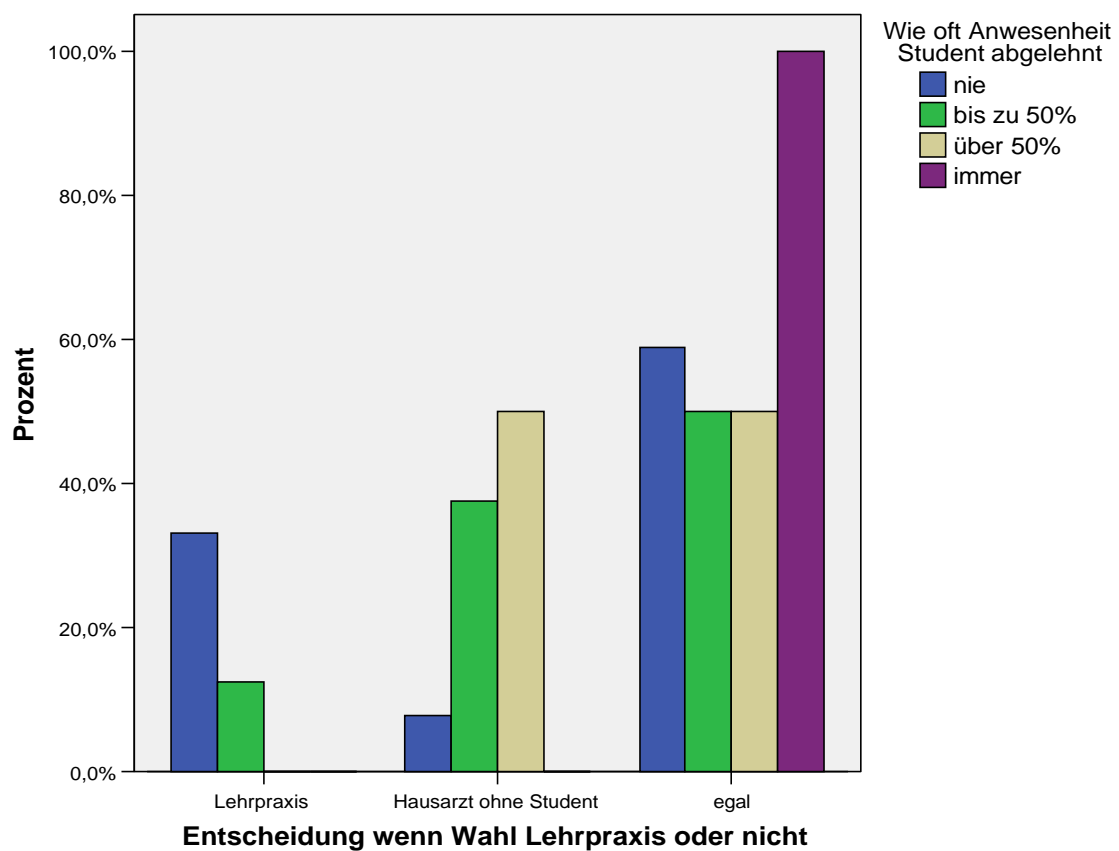


Abbildung 17

8% der Patienten, die direkt vom Studenten über die Anwesenheit erfahren haben, lehnten diese ab. Lediglich 4% der Patienten, die aus anderer Quelle von der Anwesenheit erfahren haben, lehnten diese ab ($p=0,009$).

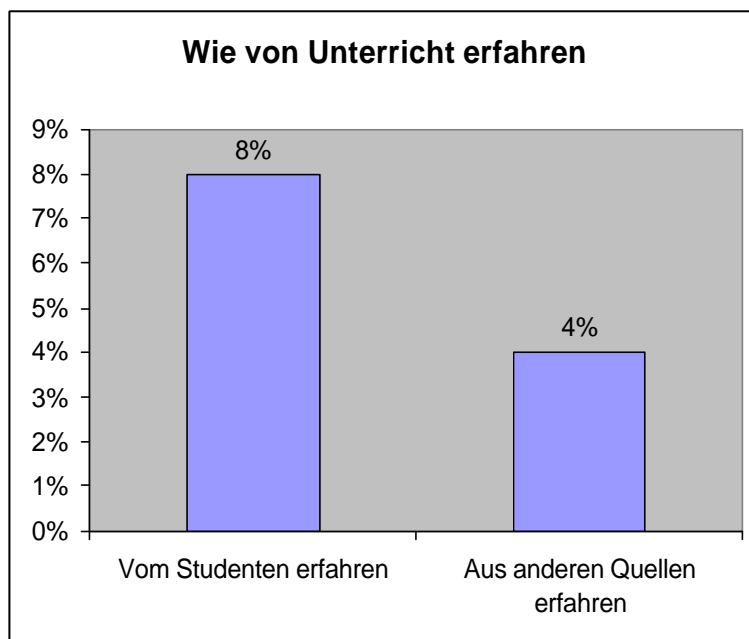


Abbildung 18

Patienten, die nie über die Studentenanwesenheit gefragt worden waren, lehnten diese auch nie ab. Patienten, die bis zu 50% gefragt wurden, lehnten diese in 7% der Fälle ab. Patienten, die mehr als 50% der Fälle gefragt wurden, lehnten die Anwesenheit in 11% der Fälle ab und Patienten, die jedes Mal gefragt wurden, lehnten den Studenten in 6% der Fälle ab. ($p=0,001$).

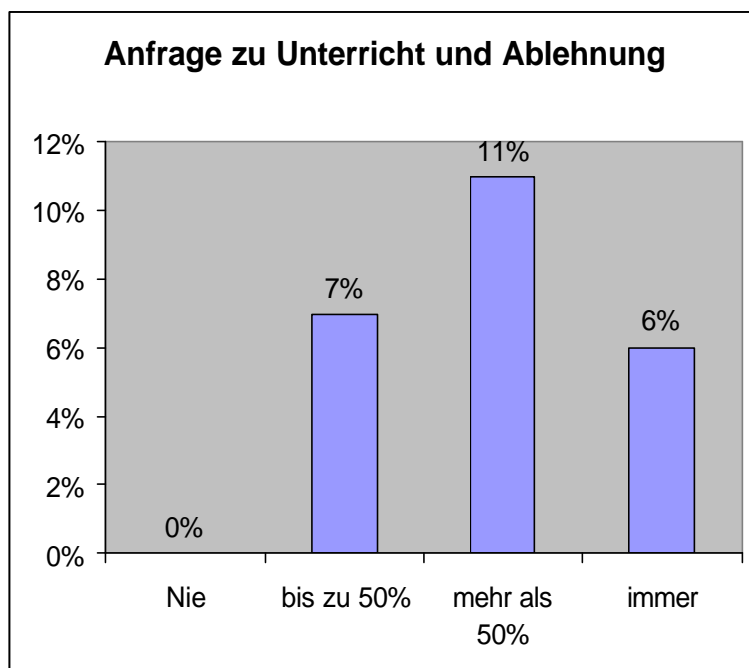


Abbildung 19

Als Grund für eine eventuelle Ablehnung der Studentenanwesenheit wurden folgende Faktoren genannt:

GRUND DER ABLEHNUNG	PROZENT DER PATIENTEN (GESAMT)
Bedenken über Verschwiegenheit	14,3%
Störung der Arzt-Patienten-Beziehung	57,1%
Unangenehme Untersuchung	14,3%
Unsympathischer Student	0%
Intimes Konsultationsthema	28,6%
Unwissen der Erwartung	4,8%

Tabelle 9

Als Gründe für das Akzeptieren von Studenten während der Konsultation wurden folgende Faktoren genannt:

GRUND DER ZUSTIMMUNG	PROZENT DER PATIENTEN (GESAMT)
Kann schwer „Nein“ sagen	6,2%
Notwendigkeit des Stud.-Unterrichtes	71,6%
Student wird nicht als störend empfunden	53,4%
Hohe Hilfsbereitschaft des Patienten	40,7%
Fehlende Wahl	1,0%
Unwissen der Erwartung	1,0%

Tabelle 10

Die Frage, ob bereits Inhalte der Konsultation aufgrund der Anwesenheit eines Studenten verschwiegen wurden, bejahten 9,2% der befragten Patienten. 90,8% der Patienten verneinten dieses.

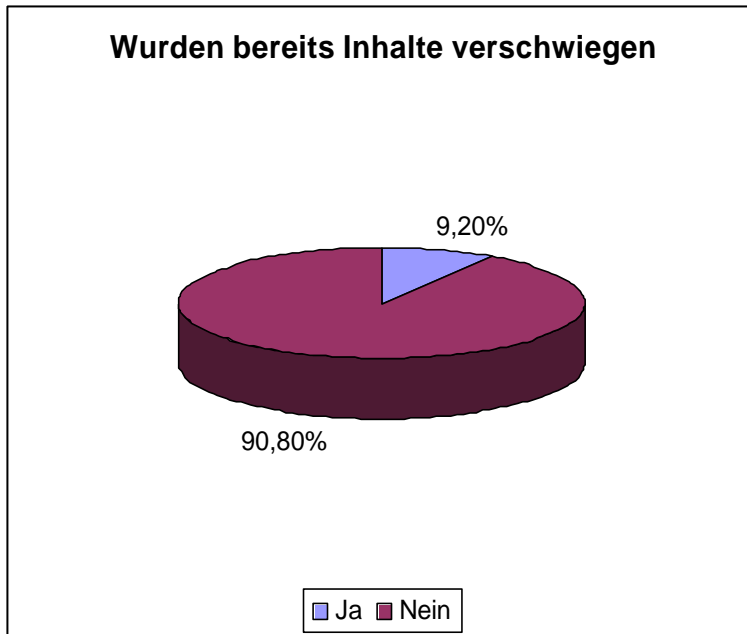


Abbildung 20

Es gab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Verschweigen von Inhalten in der Konsultation und dem Alter, dem Geschlecht, dem Versicherungsstatus oder der Dauer der Arzt-Patienten-Beziehung.

Patienten, die sich bereits im Vorfeld eher gegen eine Lehrpraxis entscheiden würden und eine Hausarztpraxis ohne Studentenunterricht vorzögen, verschweigen auch häufiger Inhalte ($p < 0,001$).

GEWÜNSCHTE PRAXISFORM	ANTEIL VERSCHWEIGENDEN PATIENTEN
Lehrpraxis	0%
Hausarztpraxis ohne Studenten	43%
Egal	9%

Tabelle 11

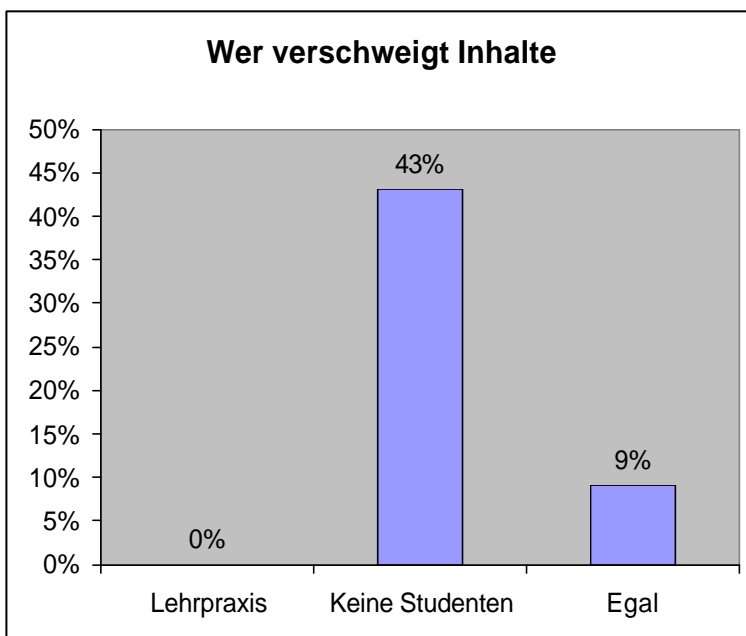


Abbildung 21

42,7% der Patienten glaubten, dass der Arzt mehr Zeit für den Patienten aufbringen würde, wenn ein Student anwesend ist. 8,9% glaubten das Gegenteil. 23,1% glaubten, die Wartezeit würde sich aufgrund von Studenten verlängern.

6,8% empfanden die Untersuchung aufgrund der Anwesenheit eines Studenten als unangenehm. 52,4% der Patienten gaben an, selber etwas gelernt zu haben.

Auf die Frage, welche Informationen die Patienten vor Konsultation mit Studenten benötigt hätten, erhielten wir folgende Antworten:

BENÖTIGTE INFORMATION	PROZENT DER PATIENTEN
Geschlecht des Studenten	8,3%
Kenntnisstand des Studenten	21,1%
Studenten-Beteiligung am Gespräch	27,8%
Foto des Studenten	0%
Name des Studenten	18,1%

Tabelle 12

Folgende Meinungen äußerten die Befragten zum Unterricht von Studenten in der Hausarztpraxis:

MEINUNG	PROZENT DER PATIENTEN
Stud.-Ausbildung in der Praxis ist sinnvoll	86,8%
Lehrärzte sind auf dem neuesten Stand	62,6%
Stud. stören im vertraulichen Gespräch	10,8%
Inhalte werden bewusst verschwiegen	10,3%
Die Anwesenheit stört die Beziehung	7,9%
Die Anwesenheit bringt Vorteile	12,0%
Die Wartezeit verlängert sich	5,5%
Es besteht mehr Zeit für Gespräche	13,3%
Ich freue mich über Studenten	34,1%
Die Uni verbessert die Versorgung	51,4%

Tabelle 13

Betrachtet man die Gruppe der Patienten, die sich im Vorfeld gegen eine Lehrpraxis und für eine Hausarztpraxis ohne Studenten entscheiden würden, fällt folgendes auf:

MEINUNG	HÄUFIGKEIT FÜR LEHRPRAXIS	HÄUFIGKEIT GEGEN LEHRPRAXIS	SIGNIF.
Stud.-Ausbildung in der Praxis ist sinnvoll	Nein: 0%	Nein: 5%	p = 0,002
Lehrärzte sind auf dem neuesten Stand	Nein: 2%	Nein: 20%	p = 0,006
Stud. stören im vertraulichen Gespräch	Ja: 32%	Ja: 82%	p < 0,001
Inhalte werden bewusst verschwiegen	Ja: 22%	Ja: 75%	p = 0,002
Die Anwesenheit stört die Beziehung	Ja: 12%	Ja: 65%	p > 0,001
Die Anwesenheit bringt Vorteile	Nein: 34%	Nein: 57%	p = 0,016
Die Wartezeit verlängert sich	Ja: 28%	Ja: 31%	p = 0,264
Es besteht mehr Zeit für Gespräche	Nein: 39%	Nein: 69%	p = 0,068
Ich freue mich über Studenten	Nein: 4%	Nein: 60%	p < 0,001
Die Uni verbessert die Versorgung	Nein: 2%	Nein: 33%	p < 0,001

Tabelle 14

Unterschiede des Geschlechts

Männer freuten sich generell etwas mehr über Studenten in der Praxis (84%) als Frauen (81%) (p=0,019) (Aussage: „Ich freue mich über Studenten in der Praxis“). Ansonsten ließen sich keine signifikanten Unterschiede in den Meinungsfragen zwischen Männern und Frauen evaluieren.

Unterschiede des Versicherungs-Status

Gesetzlich krankenversicherte Patienten empfanden die Anwesenheit von Studenten eher als beziehungsgefährdend als privat Krankenversicherte (Aussage: „Die Anwesenheit von Studenten stört die Arzt-Patienten-Beziehung“; GKV: 21%, PKV: 11%, p=0,013). Dafür empfanden gesetzlich versicherte Patienten die Anwesenheit von Studenten häufiger als vorteilhaft (Aussage: „Die Anwesenheit eines Student bringt Vorteile“; GKV: 50%, PKV: 32%; p=0,025).

Länge der Arzt-Patienten-Beziehung

In der Subgruppen-Analyse der Patienten unterschiedlicher Länge der bestehenden Arzt-Patienten-Beziehung zeigten sich signifikante Unterschiede in der Einschätzung, ob Studenten Vorteile bringen würden (Aussage: „Die Anwesenheit eines Student bringt Vorteile“). Während relativ neue Patienten diese Vorteile lediglich zu 49% sehen, empfinden Patienten mit einer Beziehungsdauer von 1-3 Jahren einen klaren Vorteil (69%). Dieses Empfinden schwächt allerdings mit länger dauernder Arzt-Patienten-Beziehung ab (4-5 Jahre: 37%; mehr als 5 Jahre: 7%) ($p=0,041$).

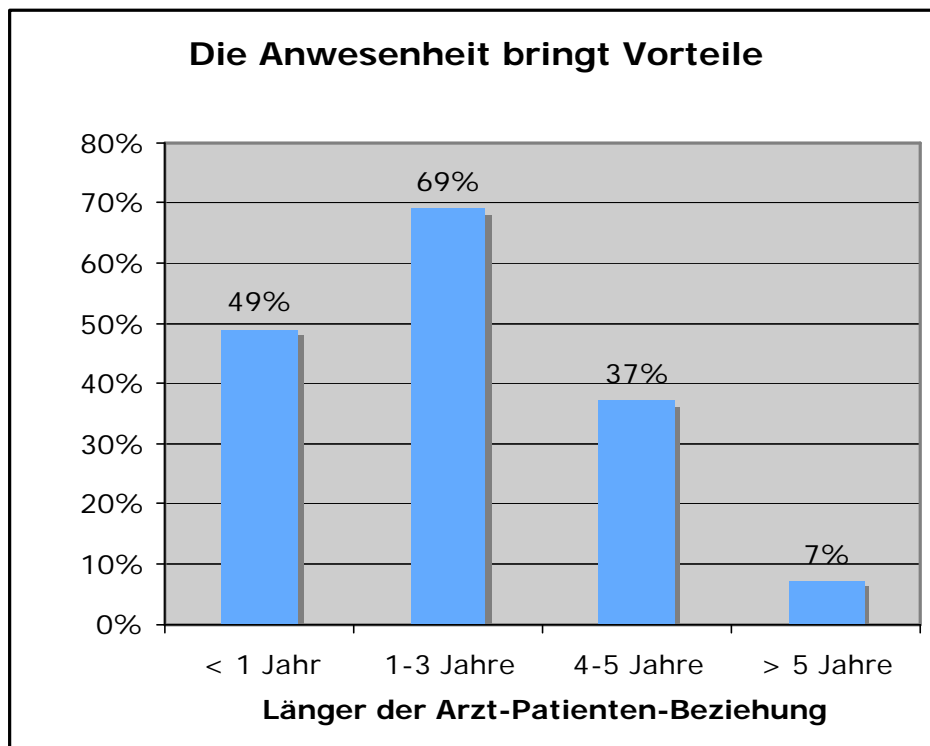


Abbildung 22

Bekanntheit des Lehrarzt-Status

Patienten, die vor dem ersten Kontakt mit der Praxis bereits wussten, dass es sich um eine akademische Lehrpraxis handelt, stimmten signifikant häufiger zu, dass die Anbindung der Praxis an eine Universität die medizinische Versorgung verbessert (Aussage: „Die Anbindung an eine Universität verbessert die medizinische Versorgung“; Lehrarztstatus bekannt: stimme voll zu: 71%; Lehrarztstatus nicht bekannt: stimme voll zu: 41%; $p=0,0028$).

Patienten, denen vorab der Lehrarzt-Status bekannt war, verschwiegen auch seltener Inhalte (Aussage: „Einige Inhalte werden in Gegenwart von Studenten bewusst verschwiegen“; Lehrarztstatus bekannt: ja: 19%; Lehrarztstatus nicht bekannt: ja: 35%; $p=0,045$).

Wie von Studenten erfahren

Patienten, die nicht vom Arzt direkt über die Anwesenheit eines Studenten aufgeklärt wurden (Frage: „Wie haben Sie in der Regel von der Anwesenheit eines Studenten bei Ihrer Konsultation erfahren (Mehrfachantworten möglich)“ Antwort: „Vom Arzt vor der Konsultation“ nicht gegeben), empfanden die studentische Anwesenheit im vertraulichen Gespräch eher als störend (Aussage: „Studenten sind im vertraulichen Gespräch störend“; vom Arzt erfahren: 34%; nicht vom Arzt erfahren: 65%; $p=0,002$), verschwiegen eher Inhalte (Aussage: „Einige Inhalte werden in Gegenwart von Studenten bewusst verschwiegen“; vom Arzt erfahren: 20%; nicht vom Arzt erfahren: 56%; $p<0,001$) und fühlten sich in der Beziehung zum Arzt gestört (Aussage: „Die Anwesenheit von Studenten stört die Arzt-Patienten-Beziehung“; vom Arzt erfahren: 13%; nicht vom Arzt erfahren: 31%; $p<0,001$).

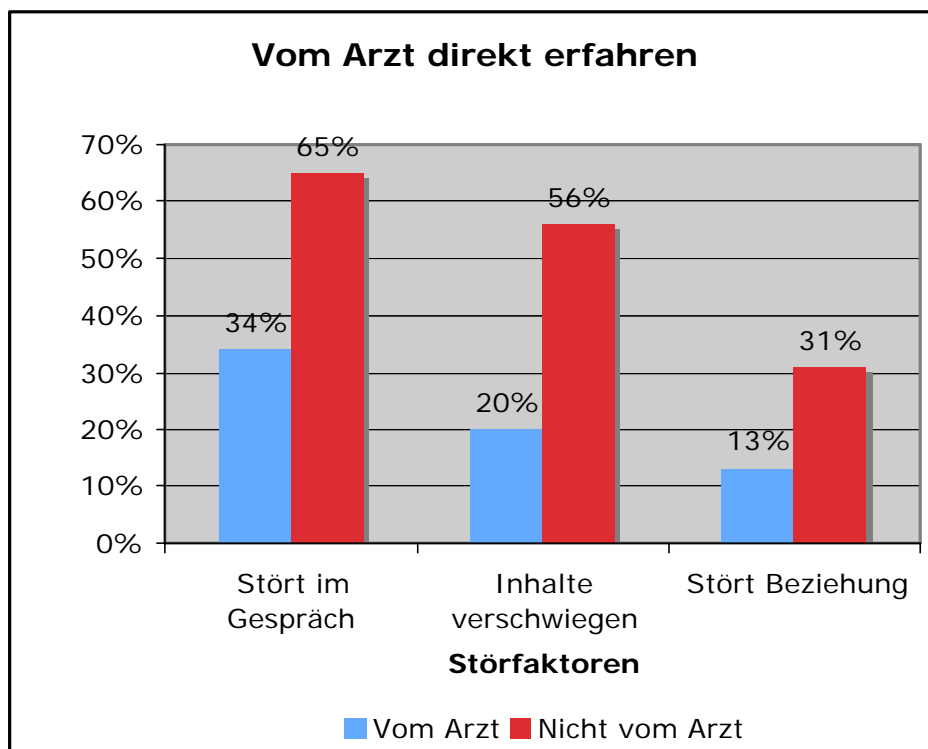


Abbildung 23

Patienten, die überhaupt nicht über die Anwesenheit von Studenten informiert wurden (Frage: „Wie haben Sie in der Regel von der Anwesenheit eines Studenten bei Ihrer Konsultation erfahren (Mehrfachantworten möglich)“ Antwort: „Ich bin nicht informiert worden“) empfanden die studentische Ausbildung als weniger sinnvoll (sinnvoll 95% vs. 100%; $p < 0,001$) und empfanden weniger Freude über Studenten in der Praxis (Freude 59% vs. 87%; $p < 0,001$). Außerdem empfanden sie die Studentenanwesenheit im Gespräch als störend (64% vs. 39%; $p < 0,001$), verschwiegen häufiger Inhalte (54% vs. 26%; $p < 0,001$) und empfanden die Studenten als Störfaktor der Arzt-Patienten-Beziehung (46% vs. 11%; $p < 0,001$).

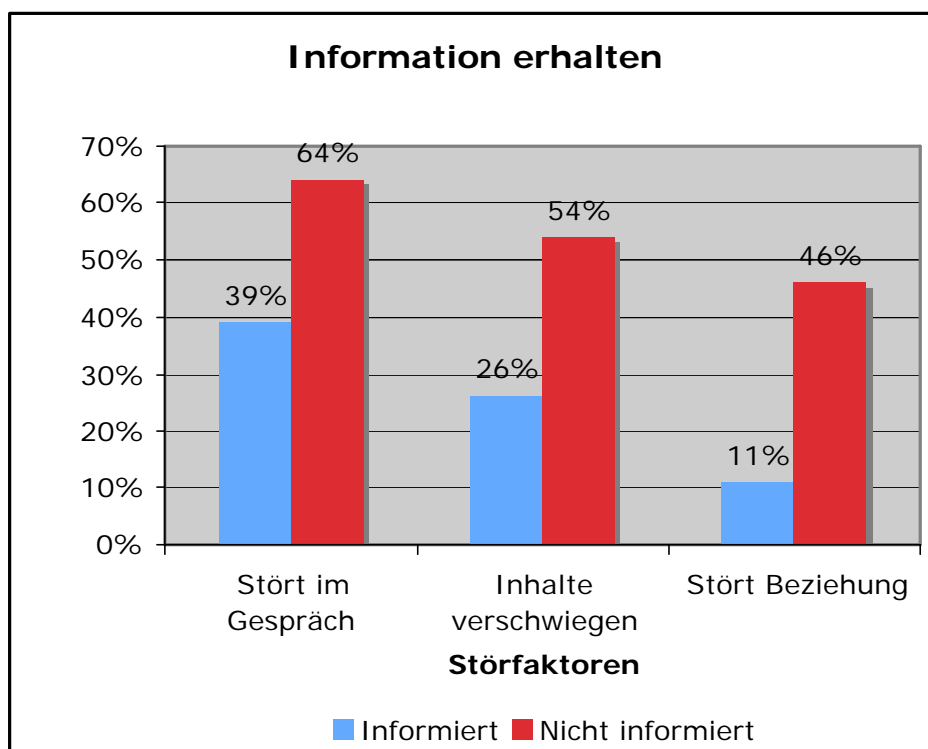


Abbildung 24

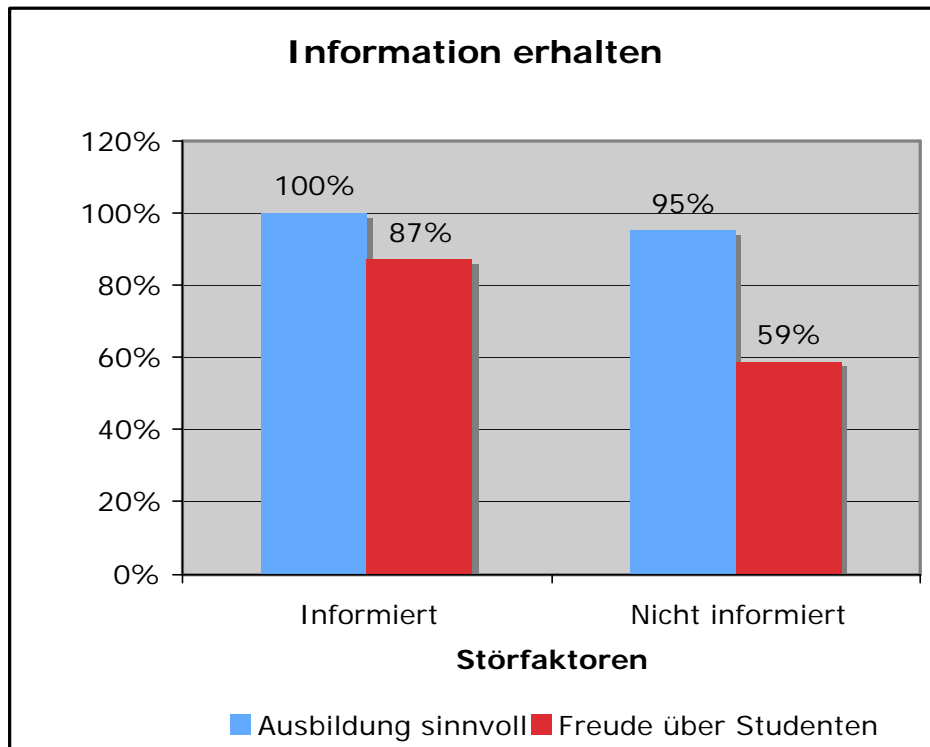


Abbildung 25

Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede in dem Erleben des Studentenunterrichtes für Patienten, die von der Sprechstundenhilfe bereits bei der Terminvergabe informiert wurden.

DISKUSSION

Der Studentenunterricht in der hausärztlichen Praxis wirft einige Fragen bezüglich der Akzeptanz der Patienten gegenüber dieser neuen Form der universitären Ausbildung auf.

Konnte in der Vergangenheit gezeigt werden, dass die Mehrzahl der Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes dem studentischen Unterricht am Krankenbett positiv gegenüber stehen²⁷⁻²⁹, besteht im ambulanten Tätigkeitsfeld der Allgemeinmedizin weiterhin die Sorge, die Patientenzufriedenheit könnte unter der Anwesenheit von Studenten leiden^{15, 17, 19}. Immerhin haben ca. 25% der Ärzte die Sorge, dass die Lehrtätigkeit einen nachteiligen Effekt auf die Patientenversorgung haben könnte³⁰.

Auch wenn es in letzter Zeit deutliche Hinweise für eine breite Akzeptanz der studentischen Ausbildung in der Allgemeinarztpraxis gibt^{9, 11, 14, 19, 31, 32}, bestehen doch Bedenken, die persönliche und kontinuierliche hausärztliche Arzt-Patientenbeziehung könnte unter der Anwesenheit von Studenten während der Konsultation Schaden nehmen¹⁷.

Sollte die Arzt-Patienten-Beziehung durch die Anwesenheit von Studenten gefährdet sein, wäre auch eine wichtige therapeutische Option, nämlich der „Arzt als Droge“³³ gefährdet. Eine längerfristige Arzt-Patienten-Beziehung ist aber Grundstein der hausärztlichen Versorgung und spezifisch für die Allgemeinmedizin³³. Eine Gefährdung gerade dieses Vertrauensverhältnisses würde eine Schädigung der hausärztlichen Position bedeuten.

In einer Zeit, in der Patienten-Rechte einen immer höheren Stellenwert bekommen¹⁵ und der wirtschaftliche Erfolg einer Arztpraxis nicht zuletzt von der Anzahl zufriedener Patienten bestimmt wird, ist die Zurückhaltung vieler Kollegen zu verstehen, sich an der Ausbildung von Studenten zu beteiligen³⁴. Von der lehrärztlichen Seite wird in der Literatur ein ambivalentes Verhältnis zur Lehrtätigkeit in der hausärztlichen Praxis beschrieben. Einerseits finden in der Lehre engagierte Kollegen die Lehrtätigkeit als „befriedigend“ und „stimulierend“ andererseits sind sie sich der dadurch gestiegenen Arbeitsbelastung bewusst^{9, 35}.

Wir untersuchten Faktoren, die auf eine Störung der Arzt-Patienten-Beziehung aufgrund der Anwesenheit von Studenten während der hausärztlichen Konsultation hinweisen könnten und versuchten Aussagen über die Gesamtzufriedenheit der Patienten mit dem Status einer Arztpraxis als Lehrarztpraxis zu treffen.

Zuerst wurde in einer Pilotstudie die Güte des selbst entworfenen Fragebogens getestet. Dreiviertel der befragten Patienten der Pilot-Praxis hatten bereits mindestens einmal Kontakt mit einem Studenten in der Praxis gehabt und 95% hiervon empfanden Studentenunterricht in der Praxis als sinnvoll. Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit der in der Literatur gefundenen Resultaten^{11, 13, 17}.

In der Pilotstudie unterschieden wir zwischen der Konsultation mit einem PJ-Studenten und einem Regel-Studenten im Blockpraktikum bzw. Studenten im Reformstudiengang. Der Gedanke war, dass der PJ-Student eher eine eigene Konsultation mit dem Patienten führen würde und nicht in gleichem Umfang wie der Regel-Student eher passiv der Konsultation beiwohnen würde⁹.

Es zeigte sich allerdings, dass die Patienten diese Unterscheidung nicht treffen konnten, da zeitweise der Student im praktischen Jahr der Konsultation lediglich beiwohnte, andererseits aber auch der Regel-Student zum Teil selbständig mit der Anamneseerhebung begann. Bei Auswertung der Pilot-Fragebögen fiel daher eine Verwirrung der Patienten bezüglich der Abgrenzung PJ-Student und Regel-Student auf. Patienten gaben signifikant zu häufig an, ein PJ-Student habe die Konsultation begleitet (66% der befragten Patienten; der PJ-Student war aber zum Zeitpunkt der Befragung erst seit ca. zwei Wochentagen in der Pilot Praxis anwesend und sah maximal bis zu 5% der Patienten).

Wir entschlossen uns daher zu einer Modifikation des Fragebogens und entfernten die spezifischen Fragen zum praktischen Jahr. Außerdem wurde der Haupt-Studien-Fragebogen um einige, die Arzt-Patienten-Beziehung beschreibende, Fragen ergänzt. Auch Fragen zur persönlichen Einstellung zu Studentenunterricht in der Hausarztpraxis wurden in den Fragebogen aufgenommen.

Auch in der Haupt-Studie hatten bereits dreiviertel der befragten Patienten mindestens einmal Kontakt mit einem Studenten gehabt. Der Studentenunterricht ist also trotz der relativ geringen Studentenzahl in der Praxis (im Durchschnitt 5 Studenten pro Semester) ein alltägliches Phänomen in der Lehrpraxis.

Die befragten Arztpraxen scheinen allerdings nicht mit Ihrem Status als akademische Lehrpraxis zu werben. Lediglich 19% der Patienten wussten vor dem ersten Kontakt mit der Praxis von der Funktion als Lehrpraxis.

Inwieweit die Sorge vor Patientenverlust die betroffenen Kollegen von einer klaren Kommunikation des Lehrarztstatus abhält, kann nur spekuliert werden^{15, 17, 19}. Befragt man die Patienten, erhält man jedoch eine klare Aussage: 31% der befragten Patienten würden eine Lehrpraxis einer Hausarztpraxis ohne Lehrtätigkeit vorziehen. Lediglich 9% der Befragten wünschten sich eine Hausarztpraxis ohne Studentenunterricht.

Patienten scheinen die Lehrtätigkeit des Arztes als Qualitätsmerkmal der Arztpraxis zu verstehen. 63% der Befragten glaubten, Lehrärzte seien auf dem neuesten Wissensstand. Immerhin 51% der Patienten meinten, die Anbindung an eine Universität verbessere die medizinische Versorgung. Vielleicht spiegelt gerade das den Wunsch der Patienten nach einer Bewertbarkeit medizinischer Leistungen wider, welche sich ja in der Regel für den medizinischen Laien schwierig gestaltet^{36, 37}. Dieser von Simon et al bereits beschriebene „Halo-Effekt“ erklärt ggf. auch, weshalb sich immerhin ein Drittel der Patienten eine Lehrpraxis als Hausarztpraxis wünschen würde^{17, 21}.

O’Flynn et al zeigten 1999 darüber hinaus, dass viele Patienten die Studenten als Bereicherung für die Praxis empfinden, da mehr Zeit für das ausführliche Gespräch bestünde und die Patienten mehr über ihre gesundheitlichen Probleme erfahren würden¹⁶. Eine überwältigende Mehrheit von 87% der von uns befragten Patienten empfand Studentenunterricht in der Arztpraxis generell als sinnvoll.

Auch wir konnten, vergleichbar mit der Literatur¹⁶, zeigen, dass 12% der Patienten sich Vorteile durch die Studenten erhoffen und immerhin 13% die Konsultationszeit als länger empfanden, wenn ein Student anwesend war.

Auf der anderen Seite wurde von O’Flynn et al erstmals eine Tendenz beschrieben, dass Patienten während der Studentenanwesenheit vertrauliche Inhalte während der Konsultation verschwiegen¹⁶. Auch in unserer Untersuchung gaben 10% der Patienten an, Inhalte bewusst zu verschweigen. Das Verschweigen von Inhalten kann zu einer deutlichen Verschlechterung der ambulanten Versorgung führen. Zeigt sich die emotionale oder sachliche Ebene der Arzt-Patienten-Beziehung gestört²², kann davon ausgegangen werden, dass die diagnostische und therapeutische Entscheidungsfindung beeinträchtigt wird. Eine rechtzeitige Identifizierung solcher Patienten ist also notwendig, um eine gute Versorgung aller Patienten zu gewährleisten.

Unsere Untersuchung gab Hinweise darauf, dass eine klare Aufklärung über den Studentenunterricht zusammen mit der Möglichkeit, die Studentenanwesenheit abzulehnen, eine geeignete Form der Vermeidung von Beziehungsstörungen zwischen Arzt und Patient ist.

Es bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Ablehnung von Studenten und der Art der Aufklärung über den Studentenunterricht. Patienten, die direkt vom Studenten über dessen Anwesenheit erfuhren, lehnten doppelt so häufig die Beteiligung am Unterricht ab (8% vs. 4%; $p=0,009$). Als Grund für die Ablehnung wurde am häufigsten direkt die gestörte Arzt-Patienten-Beziehung genannt (57%), gefolgt von intimen Gesprächsthemen (29%). Die Sympathie des Studenten spielte keine Rolle (0%).

Dass die Patienten von Studenten von dessen Anwesenheit erfuhren, war allerdings eher die Ausnahme (11%). Meistens erfuhren die Patienten über die Lehrtätigkeit direkt vom Arzt (64%). Erstaunlicherweise wurden 23% der Patienten überhaupt nicht über die Studentenanwesenheit aufgeklärt.

Patienten, die direkt vom Arzt über die Studentenanwesenheit aufgeklärt wurden, verschwiegen signifikant weniger Inhalte als Patienten, die aus anderen Quellen vom Studenten erfahren haben. Sie erlebten die Arzt-Patienten-Beziehung auch als weniger gestört und den Studenten generell als weniger störend.

Wurden Patienten überhaupt nicht über die Studenten aufgeklärt, sank sowohl das Sinnempfinden (100% auf 95%) als auch die Freude über den Studenten (87% auf 59%). Der Student wurde dann eher als Störfaktor wahrgenommen (64% vs. 39%).

Am sinnvollsten erschien es, dass die Patienten bereits bei der Terminvergabe durch die Arzhelferin vom Studentenunterricht erfahren würden. Hier fand sich keine signifikante Häufung von Störfaktoren der Arzt-Patienten-Beziehung. Allerdings hat lediglich 1% der Patienten auf diese Art von der Studentenanwesenheit erfahren, so dass weitere Untersuchungen zur Bestätigung dieses Ergebnisses nötig sind.

Auch die Dauer einer bestehenden Arzt-Patienten-Beziehung kann als Güte des Verhältnisses diskutiert werden^{38, 39}.

Mehr als 40% der befragten Patienten in unserer Studie besuchten die Hausarztpraxis seit mehr als fünf Jahren, lediglich 19% der befragten Patienten besuchten die Arztpraxis seit weniger als einem Jahr.

Eine länger andauernde Arzt-Patienten-Beziehung kann als Indikator für ein intaktes Arzt-Patienten-Verhältnis gelten und zeigt im Allgemeinen eine große Patientenzufriedenheit mit der gewählten Praxis^{38, 39}. Erstaunlicherweise empfinden sowohl Patienten, die erst seit kurzem die Arztpraxis besuchen, als auch Patienten, die seit sehr langem die Arztpraxis besuchen, die Studentenanwesenheit weniger als vorteilhaft, als Patienten, die seit einem mittleren Zeitraum die Arztpraxis besuchen (49% bzw. 7% vs. 69%).

Patienten, die die Praxis noch nicht lange aufsuchen, könnten sich noch in der Findungsphase der neuen Arzt-Patienten-Beziehung befinden. Hier würde sich aus Patientensicht eine Beeinflussung des Findungs-Prozesses durch eine beobachtende Dritte Person störend auf die Arzt-Patienten-Beziehung auswirken. Verlässliche Zahlen, wie lange der Prozess des Aufbaues einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung dauert, fehlen allerdings in der Literatur.

Inwieweit der Student als „Störenfried“ in einer langjährigen Arzt-Patientenbeziehung, in unserer Untersuchung einer Beziehung von mehr als fünf Jahren Dauer, gesehen wird, bleibt zu diskutieren. Die „Verfügbarkeit“ des Hausarztes gilt als ein wichtiger Bestandteil der Patientenzufriedenheit⁴⁰. Der Patient wünscht sich häufig den Arzt als „Vaterfigur“, den er exklusiv in Anspruch nehmen kann⁴¹. Die Anwesenheit von Dritten während der Konsultation könnte die empfundene persönliche Verfügbarkeit und Exklusivität aus Sicht des Patienten vermindern. Der Patient wird gegebenenfalls durch die beobachtende Person in eine zu spielende Rolle gedrängt, in der er sich nicht mehr wohl fühlt. Die Anwesenheit des Studenten würde daher nicht mehr als Vorteil bringend empfunden.

Die Dauer der Arzt-Patienten-Beziehung war allerdings kein Faktor, aus der sich ein häufigeres oder selteneres Verschweigen von Inhalten in der Konsultation herleiten ließ, ein Indikator für eine massiv gestörte Arzt-Patienten-Kommunikation. Vielleicht spiegelt das mit der Länge der Arzt-Patienten-Beziehung abfallende Vorteils-Empfinden der Patienten auch eher eine Frustration früherer Erwartungen an den Studentenunterricht wider und kann nicht als Störung der eigentlichen Beziehung gedeutet werden. Immerhin finden sich keine weiteren Beziehungs-Störfaktoren signifikant häufiger in der Gruppe der langjährigen Patienten.

Erstaunlicherweise fanden sich für die Häufigkeiten der in Anspruch genommenen Konsultationen keine signifikanten Beziehungs-Störfaktoren. Sowohl Patienten, die die Arztpraxis nur selten aufsuchten, als auch Patienten, die häufiger den Arzt in Anspruch nahmen, hatten gleiches Empfinden gegenüber der Anwesenheit von Studenten in der Konsultation. Inwieweit die Häufigkeit der Arztkontakte eine Aussage über die Güte der Arzt-Patienten-Beziehung zulässt, lässt sich in der Literatur nicht eruieren.

Bezüglich des Versichertenstatus zeigte sich, dass privat krankenversicherte Patienten scheinbar selbstbewusster in die Konsultation gingen. Lediglich 11% der privat versicherten Patienten erlebten die Studentenanwesenheit als beziehungsgefährdend. Demgegenüber stehen immerhin 21% der gesetzlich versicherten Patienten ($p=0,013$). Auf der anderen Seite erlebten Kassenpatienten die Studentenanwesenheit eher als vorteilsbringend (50% versus 32%, $p=0,025$). Um die Frage zu klären, ob die privat Krankenversicherten im Gegensatz zu GKV-Versicherten zufriedener sind und keine weitere Qualitätssteigerung innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung erwarten, wären weitere Untersuchungen erforderlich.

Auf die Frage, welche Informationen Patienten über den Studenten benötigen würden, gab es kein klares Meinungsbild. Während in der Literatur der Patienteninformationswunsch über das Geschlecht des Studenten als wichtig beschrieben wird¹⁸, konnten wir diesen Zusammenhang nicht sicher bestätigen. Das Geschlecht des Studenten scheint hier eine eher untergeordnete Rolle zu spielen. Lediglich 8% der Patienten wünschten sich hierzu vorab eine Information. Dem gegenüber steht allerdings ein deutlicher Aufklärungsbedarf über den Kenntnisstand des Studenten (21%) und dessen Beteiligung an der Konsultation (28%).

Patienten, die sich bereits im Vorfeld, also vor dem ersten Praxiskontakt, gegen eine Lehrpraxis entscheiden würden, verschweigen auch signifikant häufiger Gesprächsinhalte (43%; $p < 0,001$). Sie erachten den Studentenunterricht häufiger als nicht sinnvoll, verneinen einen besseren Wissensstand der Lehrärzte oder Vorteile durch die universitäre Anbindung, empfinden Studenten als störend und sehen weniger Vorteile durch die Anwesenheit von Studenten. Aufgrund der Konsequenz der Ablehnung von Studenten in der Hausarztpraxis und der empfundenen Störung der Arzt-Patienten-Beziehung in allen Punkten scheint es sich, bei dieser Patientengruppe unserer Meinung nach am ehesten um ein festgefahrenes Glaubenssystem zu handeln. Inwieweit eine Aufklärung zu einem Umdenken führen könnte, wäre zu überprüfen. Zum Erhalt der ungestörten Arzt-Patienten-Beziehung erscheint es aber zunächst sinnvoll, diese Patientengruppe zu identifizieren und vom Studentenunterricht auszuschließen.

ZUSAMMENFASSUNG

Studentenunterricht in der Hausarztpraxis ist ein neues Aufgabenfeld in der universitären Ausbildung von Medizinstudenten. Die Anwesenheit von Studenten während der Konsultation kann allerdings massive Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung haben. Wir untersuchten den Einfluss des allgemeinmedizinischen Studentenunterrichtes auf die Arzt-Patienten-Beziehung sowie die Wahrnehmung der Lehrtätigkeit der Arztpraxis durch den Patienten.

Anhand der von uns gefundenen Ergebnisse zeigt sich, dass eine überwältigende Mehrheit der Patienten die studentische Ausbildung in der Allgemeinarztpraxis für sinnvoll erachtet.

Es finden sich allerdings vielfältige Störfaktoren der Arzt-Patienten-Beziehung durch die Anwesenheit von Studenten, die bis hin zum Verschweigen von Gesprächsinhalten führen können. Eine frühzeitige Aufklärung des Patienten, am besten bereits am Tresen, spätestens aber durch den Arzt vor der Konsultation kann die Compliance der Patienten verbessern. Die Aufklärung sollte zumindest Informationen über den Kenntnisstand des Studenten sowie über seine Rolle innerhalb der Konsultation geben.

Es gibt eine kleine Gruppe von Patienten (ca. 9%), die sich nicht für die Lehre in der Allgemeinarztpraxis gewinnen lässt. Diese empfindet die Studentenanwesenheit als beziehungsgefährdend. Dieses sollte durch klare Aufklärung in der Praxis erkannt und berücksichtigt werden.

Ausblick

Es stellt sich die Frage, ob aktive Maßnahmen in den Lehrpraxen die Patientenzufriedenheit im Studentenunterricht beeinflussen können. Erste Ergebnisse weisen auf die wichtige Rolle der rechtzeitigen Aufklärung der Patienten hin. Weitere Untersuchungen, insbesondere Interventionsstudien, werden benötigt, um hier verlässliche Aussagen treffen zu können.

LITERATUR

1. Dieckhoff D. Über die Notwendigkeit einer Lehre des Faches Allgemeinmedizin an der Universität, eine historische Betrachtung *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt*. 2002;08:37-40.
2. Deutscher_Ärztetag. Bremer Richtlinien des Deutschen Ärztetages 1924. *Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland*. 1924:261ff.
3. Hummers-Pradier E. 40 Jahre DEGAM: Allgemeinmedizinische Forschung in Deutschland - Entwicklung und aktueller Stand. *Z Allg Med*. 2006 2006;82:5.
4. Institut für Allgemeinmedizin. *Charité Centrum 1 für Human- und Gesundheitswissenschaften*. 2007 2007:2.
5. Baum E, Niebling W. 40 Jahre DEGAM: Allgemeinmedizin an der Hochschule: Ist-Zustand und Ausblick. *Z Allg Med*. 2006 2006;82(82):4.
6. Charité - Herzlich willkommen. *Charité*. Available at: <http://www.charite.de/de/>. Accessed 30.11.2007, 2007.
7. Braun V, Schwantes U. *Begleitheft für das Blockpraktikum im Fach Allgemeinmedizin*. Berlin: Charité; 2006.
8. Gulich M. PJ Allgemeinmedizin - institutionelle und rechtliche Stolpersteine einer wichtigen Innovation im Medizinstudium. *GMS Z Med Ausbild*. 2007;24(1):Doc24.
9. Klein S. "Junior-Doktor" in der Hausarztpraxis. *Deutsches Ärzteblatt*. 30.03.2007 2007;Jg 104(13):A903-904.
10. pr. Ausbildung mit mehr Nähe zur Praxis. *zm*. 2002;11(11):1.

11. Salisbury K, Farmer EA, Vnuk A. Patients' views on the training of medical students in Australian general practice settings. *Australian family physician*. Apr 2004;33(4):281-283.
12. O'Flynn N, Spencer J, Jones R. Consent and confidentiality in teaching in general practice: survey of patients' views on presence of students. *BMJ (Clinical research ed)*. Nov 1 1997;315(7116):1142.
13. Kljakovic M, Parkin C. The presence of medical students in practice consultations. Rates of patient consent. *Australian family physician*. May 2002;31(5):487-489.
14. Monnickendam SM, Vinker S, Zalewski S, Cohen O, Kitai E. Patients' attitudes towards the presence of medical students in family practice consultations. *Isr Med Assoc J*. Dec 2001;3(12):903-906.
15. Williamson C, Wilkie P. Teaching medical students in general practice: respecting patients' rights. *BMJ (Clinical research ed)*. Nov 1 1997;315(7116):1108-1109.
16. O'Flynn N, Spencer J, Jones R. Does teaching during a general practice consultation affect patient care? *Br J Gen Pract*. Jan 1999;49(438):7-9.
17. Cooke F, Galasko G, Ramrakha V, Richards D, Rose A, Watkins J. Medical students in general practice: how do patients feel? *Br J Gen Pract*. Jun 1996;46(407):361-362.
18. Bentham J, Burke J, Clark J, Svoboda C, Vallance G, Yeow M. Students conducting consultations in general practice and the acceptability to patients. *Medical education*. Sep 1999;33(9):686-687.
19. Coleman K, Murray E. Patients' views and feelings on the community-based teaching of undergraduate medical students: a qualitative study. *Family practice*. Apr 2002;19(2):183-188.
20. Moore GT, Inui TS, Ludden JM, Schoenbaum SC. The "teaching HMO": a new academic partner. *Acad Med*. Aug 1994;69(8):595-600.

21. Simon SR, Peters AS, Christiansen CL, Fletcher RH. The effect of medical student teaching on patient satisfaction in a managed care setting. *J Gen Intern Med.* Jul 2000;15(7):457-461.
22. Himmel W, Rösberg W. Allgemeinmedizin und Familienmedizin. In: Kochen MM, ed. 3. Auflage ed: MLP; 2006:548ff.
23. Davis RE, Dolan G, Thomas S, Atwell C, Mead D, Nehammer S, Moseley L, Edwards A, Elwyn G. Exploring doctor and patient views about risk communication and shared decision-making in the consultation. *Health Expect.* Sep 2003;6(3):198-207.
24. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract.* Jun 1999;49(443):477-482.
25. Longo MF, Cohen DR, Hood K, Edwards A, Robling M, Elwyn G, Russell IT. Involving patients in primary care consultations: assessing preferences using discrete choice experiments. *Br J Gen Pract.* Jan 2006;56(522):35-42.
26. Himmel W, Rösberg W. Allgemeinmedizin und Familienmedizin. In: Kochen MM, ed. 3. Auflage ed: MLP; 2006:556f.
27. Bishop F, Matthews FJ, Probert CS, Billett J, Battcock T, Frisby SD, Mayberry JF. Patients' views on how to run hospital outpatient clinics. *Journal of the Royal Society of Medicine.* Sep 1991;84(9):522-523.
28. King D, Benbow SJ, Elizabeth J, Lye M. Attitudes of elderly patients to medical students. *Medical education.* Sep 1992;26(5):360-363.
29. Linfors EW, Neelon FA. Sounding Boards. The case of bedside rounds. *The New England journal of medicine.* Nov 20 1980;303(21):1230-1233.
30. Gray J, Fine B. General practitioner teaching in the community: a study of their teaching experience and interest in undergraduate teaching in the future. *Br J Gen Pract.* Oct 1997;47(423):623-626.

- 31.** Jaturapatporn D, Dellow A. Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC family practice*. 2007;8:14.
- 32.** Murray E, Jolly B, Modell M. Can students learn clinical method in general practice? A randomised crossover trial based on objective structured clinical examinations. *BMJ (Clinical research ed)*. Oct 11 1997;315(7113):920-923.
- 33.** Himmel W, Rösberg W. Allgemeinmedizin und Familienmedizin. In: Kochen MM, ed. 3. Auflage ed: MLP; 2006:553f.
- 34.** Baum E, Schmittiel L, Simmenroth-Nayda A, Träder J. Allgemeinmedizin im praktischen Jahr: Begeisterte Studenten – zurückhaltende Umsetzung. *Deutsches Ärzteblatt*. 27.08.2007 2007;104(34-35):A-2333 / B-2064 / C-1996.
- 35.** Mathers J, Parry J, Lewis S, Greenfield S. What impact will an increased number of teaching general practices have on patients, doctors and medical students? *Medical education*. Dec 2004;38(12):1219-1228.
- 36.** sueddeutsche.de. Götter in Weiß auf dem Prüfstand. *sueddeutsche.de* [Webpage]. Available at: <http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/artikel/798/112686/>. Accessed 04.12.2007, 2007.
- 37.** Sander R. Wo es Doktoren weh tun kann. *stern.de*. 08.11.2007 2007.
- 38.** Donahue KE, Ashkin E, Pathman DE. Length of patient-physician relationship and patients' satisfaction and preventive service use in the rural south: a cross-sectional telephone study. *BMC family practice*. Oct 4 2005;6:40.
- 39.** Mainous AG, 3rd, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Family medicine*. Jan 2001;33(1):22-27.

40. Williams SJ, Calnan M. Key determinants of consumer satisfaction with general practice. *Family practice*. Sep 1991;8(3):237-242.

41. McCormick J. Death of the personal doctor. *Lancet*. Sep 7 1996;348(9028):667-668.

Erklärung

„Ich, Jasmin Lekutat, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema: „Der Einfluss des allgemeinmedizinischen Studentenunterrichtes auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und die Wahrnehmung der Konsultation durch den Patienten“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

24.01.2008

Jasmin Lekutat

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Danksagung

An dieser Stelle sei allen Menschen herzlichst gedankt, die mich während der Promotionszeit begleitet, ermutigt und unterstützt haben. Der Dank gilt vor allem:

Professor Dr. Ulrich Schwantes dafür, dass er mir ermöglicht hat, mit dieser interessanten und abwechslungsreichen Thematik zu arbeiten.

Den an dieser Studie beteiligten vier Lehrpraxen für ihre sehr hilfreiche und kompetente Kooperation, die für diese Arbeit unabdingbar war.

Meinen Eltern Nicole Baik-Schick und Sang-Yong Baik sowie meinen Geschwistern Monika, Melanie und Ingo und Horst Schick danke ich für ihr stetes Interesse an meinem Wohlbefinden und an meiner Arbeit.

Meinen Schwiegereltern Ursula und Horst Lekutat danke ich für ihre moralische und vor allem tatkräftige Unterstützung im Sinne der liebevollen Betreuung unserer Tochter Lara während meiner wissenschaftlichen Tätigkeit.

Ein ganz besonderer Dank gilt meinem Ehemann Dr. Carsten Lekutat für seinen unerschütterlichen Glauben an mich, für unsere gemeinsamen kritischen aber hilfreichen Diskussionen und für sein liebevolles Verständnis für meine Arbeit.