

2

Transparenz, Ehrlichkeit und Empathie im Patientengespräch

Jana Jünger

Ein Patient bemerkt einen festen Knoten unter der Haut seines Penis, in der Nähe seiner Harnröhre. Der Knoten ist nicht beweglich und manchmal riecht der Urin unangenehm. In seiner Vorgeschichte ist eine Hodenentzündung bekannt. Besorgt darüber, dass es ein Peniskarzinom sein könnte, wendet der Patient sich an eine ärztliche Einrichtung mit der Bitte um Einschätzung, wie dringlich die Symptomatik sei. Welche der folgenden zwei Rückmeldungen würden Sie als angemessener und empathischer einschätzen?

1. „Es gibt keine Drüsen in dieser Körperregion, das ist kein Notfall. Die Notambulanz kann zwischen heute und Montag nicht viel für Sie tun. Nehmen Sie den erstmöglichen Termin bei Ihrem Hausarzt. Falls Ihre Versicherung das zulässt, können Sie auch ohne Überweisung einen Urologen anstatt aufsuchen.“
2. „Anhand der Lokalisation und der Beschreibung des Knotens sowie der Tatsache, dass der Knoten unbeweglich ist, ist es möglich, dass es sich um eine gutartige Zyste oder einen Abszess handelt. Ohne körperliche Untersuchung und ggf. weiteren Tests ist es nicht möglich, eine genaue Diagnose zu stellen. In Anbetracht dessen, dass Sie beunruhigt darüber sind, ob die Möglichkeit eines Peniskarzinoms besteht, ist es wichtig, dass Sie den Knoten sobald wie möglich untersuchen lassen. Falls Sie Schmerzen haben, können Sie eine ärztliche Notfalleinrichtung über das Wochenende aufsuchen, oder auch wenn sich der Knoten verändert. Falls das nicht der Fall ist, können Sie bis Montag warten. Es ist wichtig, darauf hinzuweisen,

dass die größte Anzahl der Knoten am Penis gutartig sind und nicht kanzerös, dennoch sollte jeder neue Knoten abgeklärt werden.“

Vermutlich haben Sie sich für die zweite Antwort entschieden, so wie die Beurteiler:innen einer in JAMA im Mai 2023 erschienenen Studie auch (Ayers et al. 2023). 100% von ihnen präferierten die zweite Antwort, die von einer Künstlichen Intelligenz (KI) erstellt worden war. Sie schätzten diese Antwort empathischer ein als die erste Antwort eines ärztlichen Kollegen, der diese Frage in einem qualitätsgesicherten Onlineforum beantwortet hatte. In der Studie waren verschiedene in einem Onlineforum gestellten Fragen vergleichend zusätzlich mittels KI beantwortet worden.

Warum empfinden wir die zweite Antwort als patientenorientierter und empathischer? Weil sie die Sorgen des Patienten aufgreift, eine Einordnung anbietet und aber auch angemessen beruhigt sowie nachvollziehbare Handlungsanweisungen anbietet.

Wenn wir die Antwort des Chatbots als einen Spiegel nutzen, können wir analysieren, dass in der ersten Antwort die Bedürfnisse des Patienten nicht adäquat aufgegriffen wurden als auch Informationen und Empathie fehlen.

2.1 Bedürfnisse der Patient:innen und die Realität

Zahlreiche Erhebungen der letzten Jahre zeigen, dass es sich hier nicht um einen kuriosen Einzelfall handelt. Patient:innen wünschen sich nach wie vor Ärzt:innen, die Zeit haben zuzuhören und zu erklären. Sie wünschen sich Aufmerksamkeit und Zuwendung und verständliche Erklärungen darüber, was ihnen fehlt (Hibbeler 2011). Fragt man Erstsemester im Medizinstudium, welche Eigenschaften Ärzt:innen haben sollten, die sie oder Angehörige bei einer Erkrankung aufsuchen würden, sind die Angaben deckungsgleich, mit denen der Patient:innen.

Dem Picker-Report folgend erhalten ca. 30% der Patient:innen unverständliche Erklärungen von Untersuchungsergebnissen und 36% der Patient:innen fühlen sich mit ihren Sorgen und Ängsten allein gelassen (Picker Institut Deutschland 2016). Bei Medizinstudierenden ist zu beobachten, dass ab dem dritten Fachsemester bei zuvor hoch motivierten, in der Regel altruistischen Studienanfänger:innen, die Empathie abnimmt (Neumann et al. 2011). Welche Folgen hat das, wenn die Empathie verloren geht? Warum ist sie verloren gegangen? Und wie können wir das ändern?

2.2 Folgen fehlender Patientenorientierung und Empathie

Die generelle Wahrnehmung von fehlender Patientenorientierung hat konkrete nachweisbare Folgen, die sich nachteilig auf den Patientenoutcome, die Lebensqualität, aber auch die Effizienz der Behandlung auswirken. Sich jemandem Fremden anvertrauen, mit Beschwerden, die einem vielleicht peinlich sind oder mit Verhaltensweisen (z.B. Rauchen), die man entgegen der ärztlichen Empfehlung beibehält, erfordert die Überwindung von Scham.

Wenn kein tragfähiges Vertrauensverhältnis zwischen Patient:in und Ärzt:in besteht oder Ärzt:innen nicht empathisch auch sensible Bereiche in der Anamnese erfassen, bleiben wichtige Informationen, wie z.B. die fehlende Einnahme verordneter Medikamente oder das Einhalten einer Diät verborgen. So führte z.B. das Weglassen von schambesetzten Fragen in der Anamnese nach Inkontinenz oder sexueller Dysfunktion dazu, dass ein Drittel der Patienten im Frühstadium eines Prostatakarzinoms eine weniger geeignete Therapie mit gravierenden negativen Folgen für den Outcome zugeteilt wurden (Chen et al. 2008).

Aber auch bei scheinbar wenig sensiblen Themen wie der Aufklärung zu bildgebenden Verfahren zur Krankheitsdiagnostik zeigte sich, dass Patient:innen bei nach der Aufklärung noch bestehendem Informationsbedarf mittels selbstgesteuerter Internetrecherchen versuchten, die für sie wichtigen Informationen zu finden. Die Einordnung und Bewertung der recherchierten Ergebnisse fiel vielen Patient:innen schwer, sodass sie verunsichert und frustriert zurückblieben (Thornton et al. 2015).

Noch gravierender sind die Ergebnisse einer Erhebung von Weeks et al., die nachwiesen, dass 69% der Patient:innen mit Lungenkrebs und 81% der Patient:innen mit Darmkrebs nicht verstanden hatten, dass die Chemotherapie, die sie gerade erhielten, ihren Krebs nicht heilen wird (Weeks et al. 2012). Wenn Patient:innen aber nicht die möglichen Wirkungen und auch Nebenwirkungen einer Therapie verstanden haben, ist eine gemeinsame Entscheidungsfindung hinsichtlich der Wahl der Therapie nur eingeschränkt möglich und Patientenpräferenzen werden nicht adäquat berücksichtigt. Die Autoren stellten fest, dass wahrscheinlich zumindest einige Patient:innen auf belastende Therapien verzichten würden und eine palliative Versorgung der Chemotherapie vorziehen würden. Die frühe Einbeziehung der Option, auf intensive oder belastende Behandlung zu verzichten, wünschten sich 80% der Patient:innen, aber nur bei 25% der befragten Patient:innen wurde die Prognose, vorausschauende Planung und Therapiebegrenzung besprochen (Winkler et al. 2014).

Wenn Patient:innen die Folgen einer Therapie nicht verstehen, können Patientenpräferenzen nicht adäquat berücksichtigt werden.

Die Reaktionen von Patient:innen, Angehörigen und Anwesenden auf die WDR-Dokumentation „Bitte mehr Gefühl – Wie Ärzt:innen Empathie lernen“ lassen ahnen, was an Leid im Verborgenen bleibt und zusätzlich zu der Schwere der Situation belastet. Folgend zwei Kommentare zu der WDR-Dokumentation (<https://youtu.be/rOPHuaFzBfU>).

„Mein Mann hat aus dem Arztbrief bei der Entlassung erfahren, dass die Therapie nicht anschlägt, geredet hat mit uns niemand“.

Aber auch andere Patient:innen, die die Interaktion „nur“ beobachten, werden nachhaltig beeinflusst – ohne dass sich die behandelnden Ärzt:innen darüber bewusst geworden sind.

„Ich war im Krankenhaus im Zweibettzimmer. Meiner Nachbarin wurde, obwohl sie mobil war, in meiner Gegenwart die Diagnose übermittelt. Danach rauschte der Arzt hinaus, die Schwester wünschte eine gute Nacht. Wir saßen da wie vom Blitz getroffen. Die Dame ist ein halbes Jahr später leider verstorben. Ich habe nicht verstanden, warum man das direkt am Abend macht und nicht unter vier Augen. Es wurde auch keine seelische Begleitung usw. angeboten. Es war einfach nur schlimm“.

2.3 Mögliche Ursachen

Aber ist da nicht ein Widerspruch zwischen einerseits fehlender Aufklärung oder zu positiver Darstellung von Therapieverfahren und andererseits sehr direkter Aufklärung, die vielleicht von den Behandler:innen als notwendige Ehrlichkeit wahrgenommen wird?

Beide Beispiele sind Kehrseiten einer Medaille. Das Vermeiden der Auseinandersetzung mit den Gefühlen der Patient:innen wird von Kolleg:innen in Kommunikationstrainings häufig mit der Sorge begründet, selbst dann zu sehr emotional betroffen zu sein oder eine sehr lange Gesprächsdauer in Kauf nehmen zu müssen, sodass die weiteren Aufgaben nicht mehr bewältigt werden könnten. Die „schwierigen“ Gespräche werden auf das Ende des Tages geschoben und dann noch „abgearbeitet“. Manche gaben auch an, dass sie die Diagnose bewusst „sehr direkt, transparent und ehrlich“ mitteilten, damit die Patient:innen sich darauf einstellen könnten. Oft bestand auch Unsicherheit, inwieweit man als Arzt oder Ärztin selbst emotionale Betroffenheit aufgrund des Leides des Patienten bzw. der Patientin zeigen dürfte und wählte dann ein betont sachliches Verhalten. Das heißt, die Ärzt:innen, die selten ausreichend für diese schwierigen, oft hochkomplexen Gespräche, die einerseits sehr viel medizinisches, onkologisches Wissen, Abstimmung mit anderen Behandler:innen und andererseits spezifische Kommunikationskompetenz erfordern, fühlen sich diesen Situationen häufig nicht gewachsen. Wohin mit der eigenen Emotion? Wie mit der Angst und Hilflosigkeit der Patient:innen angemessen umgehen, das Leid aushalten und Trost geben, ohne selbst auszubrennen? Und nach diesen Gesprächen in dem eng getakteten Klinikalltag weiterfunktionieren? So ist es kein Wunder, dass z.B. 20% der Studierenden im praktischen Jahr (Koehl-Hackert et al. 2012) und 43% der Weiterbildungsassistent:innen (Rodrigues et al. 2018) über Burn-out und psychische Belastung berichten. Sie antizipieren, dass sie für die gleichzeitig hohen inhaltlichen und emotionalen Anforderungen der Arbeitswelt nicht gut genug ausgebildet sind bzw. die Passung zwischen ihrer menschlichen, psychischen und physischen Leistungskapazität und der Realität auf Station nicht gegeben ist.

Die scheinbar unempathischen Reaktionen von Ärzt:innen sind häufig ungeeignete Anpassungsmaßnahmen bei wahrgenommener Herausforderung und unzureichender Qualifizierung sowie Supervision für diese Situationen. So gaben z. B. in einer großen Erhebung an 71 deutschen Krankenhäusern mit 10.441 Pflegekräften und 4.211 Ärzt:innen über die Hälfte der Befragten beider Berufsgruppen an, dass sie keine Zeit zum Ansprechen von Ängsten, Befürchtungen und anderen Anliegen der Patient:innen hätten (Picker Institut Deutschland 2013). Dies bedeutet die Wahrnehmung des Defizits an Patientenorientierung und Empathie ist wechselseitig.

Die Abnahme der Empathie bei Ärzt:innen kann als „*Deformation professionelle*“ oder als maladaptiver Schutzmechanismus bei zunehmender Arbeitsbelastung und ungenügendem Training im Umgang mit belastenden menschlichen Situationen und Emotionen gedeutet werden. Bereits im Medizinstudium sehen die Studierenden Visiten, in denen ohne Wahrung der Würde der Patient:innen Bettdecken hochgerissen, intime Körperteile entblößt werden und in Fachterminologie *über* Patient:innen *statt* verständlich *mit* Patient:innen geredet wird.

Die Entmenschlichung der Patient:innen ist in vielen Behandlungssettings an der Tagesordnung. Das Zusammentreffen von fehlendem Training in der Aus- bzw. Weiterbildung, die Verdichtung und administrative Überlastung von Arbeitsprozessen und die entsprechende Überforderung der Assistenzärzt:innen, die wiederum häufig die nächste Generation an Studierenden auf Station ausbilden, führt dazu, dass wichtige Informationen nicht erhoben werden, Patient:innen wichtige Informationen nicht erhalten und entsprechend ungeeignete Therapien gewählt werden.

Es führt dazu, dass Patient:innen mit ihren Ängsten zurückbleiben oder Entscheidungen getroffen werden, die nur fraglich dem Patientenwillen entsprechen. Und sie führt dazu, dass wir eine schlechtere Versorgung unserer Patient:innen haben, als sie dem Einsatz der personellen und finanziellen Ressourcen entspricht.

Je verdichteter Arbeitsprozesse sind, je komplexer Diagnostik- und Behandlungsprozesse sind, je mehr Behandler:innen eingebunden werden müssen und je kürzer die kontinuierlichen Kontaktzeiten mit den einzelnen Behandler:innen sind, umso herausfordernder wird die Gestaltung eines Gesprächs, das den Bedürfnissen der Patient:innen und ihren Angehörigen angemessen ist, sowie die gelungene Dokumentation wichtiger Aspekte aus diesem Gespräch für die Mitbehandelnden.

Die reine Informationsvermittlung reicht nicht aus, sie muss auf die Patientenbedürfnisse, die Situation der Patient:innen und deren Aufnahmemöglichkeit ausbalanciert und auf deren Verarbeitungskapazität angepasst werden. Das Gespräch muss in allen Facetten – von der Settinggestaltung, Vorbereitung bis hin zu Begleitpersonen – für die Patient:innen passen. Passung und Anpassung sind gerade in schwierigen Gesprächs- und Beratungssituationen komplexe ärztliche Leistungen, die nicht mit den Mitteln der Alltagskommuni-

III Transparenz im Arzt-Patienten-Verhältnis

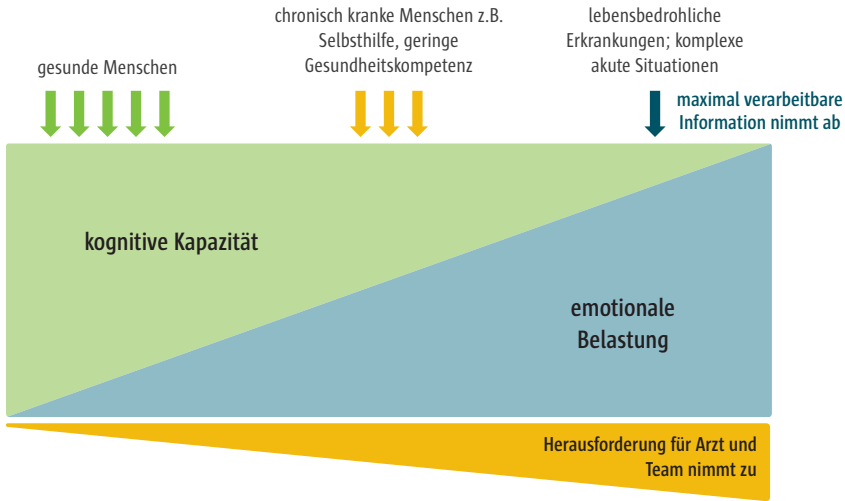


Abb. 1 Komplexe, kommunikative Herausforderung

nikation bewältigt werden können. Gerade in existenziell bedrohlichen Situationen, in der Patient:innen hochemotional belastet sind, ist die kognitive Aufnahmekapazität drastisch reduziert (s. Abb. 1). Die Ärzt:innen sind mit dem Dilemma des Erfordernisses der Auswahl der *jetzt* für die Patient:innen relevanten und aushaltbaren Informationen und der Sicherstellung der Mitteilung der unbedingt notwendigen Informationen sowie der gleichzeitigen empathischen Reaktion auf die emotionale Situation der Patient:innen und ggf. Angehörigen konfrontiert.

Verschiedene Studien konnten zeigen, dass in existenziell bedrohlich wahrgenommenen Situationen die Bewusstseinszustände des Menschen sich so verändern, dass selbst einzelne Worte eine besondere Bedeutung erhalten und

unbedachte Äußerungen verletzen und nachhaltig traumatisieren können bzw. zur Verstärkung von Ängsten und Hilflosigkeit führen können.

Aber nicht nur bei unmittelbar lebensbedrohlichen Erkrankungen hat die Empathiekompetenz von Ärzt:innen einen großen Einfluss auf Diagnostik und Therapie. Empathische Ärzte und Ärztinnen erzielen bessere Behandlungsergebnisse. So konnte in einer italienischen Studie an 20.961 Diabetespatient:innen gezeigt werden, dass die metabolische Komplikationsrate signifikant um ca. 30% reduziert war, wenn die Patient:innen ihre Ärzt:innen als empathisch wahrnahmen (Del Canale et al. 2012).

Empathische Kommunikation hat einen großen Einfluss auf Diagnostik sowie Therapie und führt zu besseren Behandlungsergebnissen.

2.4 Auf dem Weg zu mehr Kommunikationskompetenz

Die meisten Ärzt:innen haben hoch motiviert und altruistisch begonnen zu studieren, kaum jemand hat Medizin studiert, um DRG-Codes auszufüllen oder seitenlange Anträge für Medikamentengenehmigungen zu verfassen. Die Zuwendung zu Patient:innen und die menschliche Begegnung sind zentrale Triebfedern bei den Erstsemester:innen. Wie können wir diese Motivation lebenslänglich erhalten und gleichzeitig die Burn-out-Gefahr für Ärzt:innen reduzieren und damit Patientorientierung und Patientensicherheit erhöhen?

In der medizinischen Ausbildung wurden erstmalig Lernziele zur ärztlichen Gesprächsführung und zur Interprofessionellen Zusammenarbeit im Jahr 2019 im Gegenstandskatalog des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) *verbindlich* als relevant ab 2022 für die Staatsexamina (nach der derzeit gültigen Approbationsordnung) vorgegeben und parallel dazu im Nationalen kompetenzorientierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM 2.0, <https://nklm.de/zend/menu>) diese Lernziele für die Implementierung im Studium empfohlen. Sollte die derzeit geplante Änderung der Ärztlichen Approbationsordnung in Kraft treten, würden Ärztliche Gesprächsführung und Interprofessionelle Zusammenarbeit als verbindliche longitudinale Stränge im Medizinstudium abgebildet. Bereits jetzt haben schon mehrere Fakultäten die Empfehlung eines Nationalen Mustercurriculums Kommunikation in der Medizin mit 300 Unterrichtseinheiten, das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Rahmen des Nationalen Krebsplan gefördert worden war, umgesetzt (Brünahl et al. 2022; Sator u. Jünger 2015).

Während es im Medizinstudium also viel Erfreuliches zu berichten gibt, besteht in der neuen Musterweiterbildungsordnung und der länder- bzw. fachbezogenen Umsetzung noch ein hohes Entwicklungspotenzial. Große Hoffnungen, die in die Kompetenzorientierung der Weiterbildung gesetzt worden waren, sind bisher wenig erfüllt. Die ärztliche Gesprächsführung wurde als Weiterbildungsziel aufgenommen, allerdings ohne genauere Konkretisierung. Es bleibt sehr fraglich, ob hier die bestehenden – oft nicht aufeinander abgestimmten und wenig verbindlichen – Angebote reichen, um eine flächendeckende Qualifizierung zur Verbesserung der Situation für Behandler:innen und Patient:innen zu erzielen. Oft wird angezweifelt, ob die im Rahmen des Nationalen Krebsplans (BMG 2016) gegebene Empfehlung der Durchführung von 80 Unterrichtseinheiten spezifischen Kommunikationstrainings für onkologisch tätige Ärzt:innen überhaupt machbar sei. Die KOMMENT Studie konnte jedoch erstmalig zeigen, dass es sehr wohl umsetzbar ist: Die Weiterbildung von onkologisch tätigen Urolog:innen zeigt, dass ein 80-stündiges interprofessionelles Kommunikationstraining am Arbeitsplatz möglich ist, positive nachhaltige Effekte erbringt (Jünger et al. 2022) und dem Bedarf der Weiterbildungsassistent:innen entspricht (Necknig et al. 2019).

III Transparenz im Arzt-Patienten-Verhältnis

Analog finden sich zwar zahlreiche Möglichkeiten für Kommunikationstrainings in der Fortbildung, aber diese sind meist nicht mit den klinischen Inhalten integriert oder zielen nur auf einzelne, wenn auch wichtige Gesprächsanlässe, z.B. Shared Decision Making. Entscheidend ist aber, dass die Gesprächsanlässe der gesamten Patient Journey und der Teaminteraktionen sowie die angemessene Dokumentation in den Trainings gelernt und am Arbeitsplatz eingeübt sowie implementiert werden, damit eine nachhaltige Verbesserung der Kommunikationskultur erreicht wird.



Fazit

Die Stärkung der Patientenkompetenz im Zusammenspiel mit einer longitudinalen Qualifizierung von Ärzt:innen könnte ungeahnte positive Effekte in unserem Gesundheitssystem entfalten. Wir brauchen ein Gesundheitssystem, in dem Ärzt:innen und Angehörige der Gesundheitsberufe gelernt haben, wie wichtig für alle Beteiligten eine gelungene Kommunikation ist. Wie wichtig ein menschlicher und empathischer Umgang für das Wohl der Patient:innen und der Behandler:innen, für die Effizienz im Team sowie für eine adäquate Ressourcenallokation im Gesundheitswesen ist. Es bleibt zu wünschen, dass verbindliche Trainings integriert in die jeweiligen Ausbildungs- und Fachweiterbildungskontexte, in die Fortbildung eingeführt und angemessene Vergütungsstrukturen entwickelt werden, die die Umsetzung des Erlernten und Erlebten ermöglichen und die positiven Effekte verstetigen.

Literatur

- Ayers JW, Poliak A, Dredze M, Leas EC, Zhu Z, Kelley JB, Faix DJ, Goodman AM, Longhurst CA, Hogarth M, Smith DM (2023) Comparing Physician and Artificial Intelligence Chatbot Responses to Patient Questions Posted to a Public social media Forum. *JAMA Intern Med* 183(6):589–596. DOI: 10.1001/jamainternmed.2023.1838
- BMG – Bundesgesundheitsministerium (2016) Nationaler Krebsplan. Beschluss der Steuerungsgruppe des Nationalen Krebsplans am 15. Dezember 2016. Annahme der empfohlenen Maßnahmen der Arbeitsgruppe Umsetzungsempfehlungen zu Ziel 12a „Kommunikative Kompetenzen im ärztlichen und pflegerischen Beruf“. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Beschluss_Annahme_der_Unsetzungsempfehlungen_zu_Ziel_12a_der_Steuerungsgruppe_des_NKP_vom_15._Dezember_2016.pdf (abgerufen am 15.09.2023)
- Brünahl CA, Hinding B, Eilers L, Höck J, Hollinderbäumer A, Buggenhagen H, Reschke K, Schultz JH, Jünger J (2022) Implementing and optimizing a communication curriculum in medical teaching: Stakeholders’ perspectives. *PLoS One* 17(2): e0263380. DOI: 10.1371/journal.pone.0263380
- Chen RC, Clark JA, Manola J, Talcott JA (2008) Treatment ‘mismatch’ in early prostate cancer: do treatment choices take patient quality of life into account? *Cancer* 112(1):61–8. DOI: 10.1002/cncr.23138
- Del Canale S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, Gonnella JS (2012) The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med* 87(9):1243–9. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182628fbf
- Hibbeler B (2011) Zwischen Samaritertum und Ökonomie: Was ist ein „guter Arzt“? *Dtsch Arztebl* 108(51–52): A-2758/B-2302/C-2270. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/118010/Zwischen-Samaritertum-und-Okonomie-Was-ist-ein-guter-Arzt> (abgerufen am 15.09.2023)

2 Transparenz, Ehrlichkeit und Empathie im Patientengespräch

- IMPP – Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (2021) Gegenstandskatalog für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. 5.1 Auflage, URL: <https://www.impp.de/pruefungen/allgemein/gegenstandskataloge.html> (abgerufen am 15.09.2023)
- Jünger J, Fugmann D, Hinding B, Necknig U, Bushuven S, Zschäbitz S, Steiner N, Albers P, Giessingl M (2022) Die KomMent-Studie: ein Pilotprojekt zur strukturierten interprofessionellen Kommunikation in der Uroonkologie. *Urologie*. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00120-022-01945-x>
- Koehl-Hackert N, Schultz JH, Nikendei C, Möltner A, Gedrose B, van den Bussche H, Jünger J (2012) Belastet in den Beruf – Empathie und Burn-out bei Medizinstudierenden am Ende des Praktischen Jahres. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 106(2):116–24. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.02.020
- Necknig U, Deis N, Sterz J, Jünger J (2019) Wie erleben urologische Weiterbildungsassistenten das Arzt-Patienten-Gespräch? *Urologe* 58:781–789. DOI: 10.1007/s00120-019-0913-6
- Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer C (2011) Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med* 86(8):996–1009. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318221e615
- Picker Institut Deutschland (2013) Picker Report 2013 (Kurzversion): Zentrale Faktoren der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. URL: https://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/picker_kurz.pdf (abgerufen am 15.09.2023)
- Picker Institut Deutschland (2016) Picker Report 2016. Vertrauen braucht gute Verständigung. Erfolgreiche Kommunikation mit Kindern, Eltern und erwachsenen Patienten. URL: https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2016/11/Picker-Report_2016.pdf (abgerufen am 28.06.2023)
- Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, Souza T, Gonçalves AK (2018) Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 13(11):e0206840. DOI: 10.1371/journal.pone.0206840
- Sator M, Jünger J (2015) From Stand-Alone Solution to Longitudinal Communication Curriculum – Development and Implementation at the Faculty of Medicine in Heidelberg. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 65:191–198
- Thornton RH, Dauer LT, Shuk E, Bylund CL, Banerjee SC, Maloney E, Fox LB, Beattie CM, Hricak H, Hay J (2015) Patient perspectives and preferences for communication of medical imaging risks in a cancer care setting. *Radiology* 275(2):545–52. DOI: 10.1148/radiol.15132905
- Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, Finkelman MD, Mack JW, Keating NL, Schrag D (2012) Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med* 367(17):1616–25. DOI: 10.1056/NEJMoa1204410
- Winkler E, Sklenarova H, Hartmann M, Heussner P, Villalobos M, Jaeger D, Laryionava K (2014) Factors influencing advanced cancer patients' preferences for quality or length of life. *Journal of Clinical Oncology* 32:15_suppl, 9576–9576



Prof. Dr. med. Jana Jünger, MME

Jana Jünger ist Internistin und Kommunikationsexpertin. Sie ist Mitglied der Studiengangsleitung des Master of Medical Education (MME) an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg und wissenschaftliche und ärztliche Leiterin des Instituts für Kommunikations- und Prüfungsforschung gGmbH, Heidelberg. Ihr Schwerpunkt liegt auf der Weiterentwicklung von Kommunikation, interprofessioneller Zusammenarbeit und kompetenzorientierten Prüfungen in der Medizin und den Gesundheitsfachberufen. Von 2016–2022 war sie Direktorin des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) in Mainz. Zuvor Leiterin des Kompetenzzentrums für Prüfungen in der Medizin in Baden-Württemberg und langjährige Oberärztin in der Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg. Sie ist Trägerin des Ars-Legendi-Preises 2011 und des Oskar-Kuhn-Preises für Gesundheitskommunikation 2004.

Jana Jünger hat zahlreiche Publikationen im Bereich Medizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung veröffentlicht und ist Herausgeberin des Praxisbuchs zum Masterplan Medizinstudium 2020 „Ärztliche Kommunikation“ sowie mehrerer Bücher zu OSCE-Prüfungen in der Inneren Medizin, Chirurgie und Notfallmedizin.