



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Klinische Empathie – ein altes Werkzeug neu entdeckt.

Medizinstudierende wollen sich empathisch verhalten -
was beeinflusst sie?

Eine Anwendung der Theorie des geplanten Verhaltens

Verfasserin

Mag. Beate Gruber

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil)

Wien, 2015

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: A.o. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

DANKSAGUNG

Ich möchte mich herzlich bei allen bedanken, die mir bei dieser Diplomarbeit geholfen haben:

Frau Mag. Dr. Ingrid Preusche von der medizinischen Universität für die Betreuung dieser Diplomarbeit und die Geduld und wirklich gute Unterstützung bei den verschiedenen Problemstellungen.

Frau Dr.ⁱⁿ Henriette Löffler-Stastka von der medizinischen Universität für die Idee, sowie für die Hilfestellung bei der Erhebung der Daten dieser Diplomarbeit.

Herrn Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber für die Betreuung am Institut der Psychologie.

Ein großer Dank gilt auch meinem sozialen Umfeld:

Meinem Eltern und meinem Freund für die Unterstützung

Mag. Lindenberger für die Korrektur

Und all den Freunden und StudienkollegInnen, die mich auf dem Weg begleitet haben.

INHALT

Danksagung.....	2
Inhalt.....	1
Zusammenfassung.....	1
Abstract.....	2
Einleitung.....	3
1 Theoretischer Teil.....	8
1.1 Verhaltenstheorien.....	8
1.1.1 Theorie des überlegten Handelns.....	8
1.1.2 Theorie des geplanten Verhaltens.....	9
1.2 Empathie.....	14
1.3 Definition und Operationalisierung von Empathie.....	27
2 Empirischer Teil.....	28
2.1 Forschungsfragen.....	28
2.2 Forschungshypothesen.....	30
2.3 Statistische Verfahren.....	33
2.4 Design.....	35
3 Methodik.....	36
3.1 Untersuchungsinstrumente.....	36
3.1.1 NEO-FFI.....	36
3.1.2 Pilot-Fragebogen.....	38
3.1.3 Fragebogen zur Theorie des geplanten Verhaltens.....	40
3.2 Fragebogenanalyse.....	48
4 Ergebnisse.....	53
4.1. Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse.....	53
3.2. Ergebnisse der quantitativen Forschung.....	66
Frage 1.....	67
Frage 2.....	68
Frage 3.....	70
Frage 4.....	71
Frage 5.....	73
Frage 6.....	75
Frage 7.....	76
Frage 8.....	77

Frage 9.....	77
Frage 10.....	78
Frage 11.....	79
Frage 12.....	79
NEO-FFI	80
5 Diskussion	80
5.1. Hypothesenprüfung.....	81
5.1.1 Überprüfung der Hypothesen H1.1 bis H1.4.....	81
5.1.2 Überprüfung der Unterschiedshypothesen.....	83
5.2. Vergleich mit der Forschungsliteratur.....	85
6 Kritik.....	90
7 Ausblick.....	93
8 Abbildungsverzeichnis.....	94
9 Tabellenverzeichnis	94
10 Literaturverzeichnis.....	95
11 Anhang	102
11.1 Pilot-Fragebogen	102
11.2 TPB-Fragebogen	105
Curriculum Vitae	115

ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit der Empathie-Ausprägung von Medizin-Studierenden. Einige Studien (Hojat et al., 2009; Neumann et al., 2011; Newton et al., 2008) konnten nachweisen, dass es im Zuge der Ausbildung zu einem Rückgang an Empathie kommt. Um die Hintergründe dafür besser zu verstehen und herauszufinden welche Überzeugungen bei den Studierenden in Bezug auf Empathie vorherrschen, wurde die Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen (1985, 1971) herangezogen. Ziel der Arbeit ist es, die stärksten Überzeugungen (Verhaltensüberzeugung, Kontrollüberzeugung oder normative Überzeugung) zu bestimmen.

50 Studierenden wurde ein Pilot-Fragebogen mit offenem Antwort-Format zur Erhebung salienter Überzeugungen vorgegeben. Die Ergebnisse wurden mit der Inhaltsanalyse von Mayring (2008) ausgewertet. Basierend auf diesen wurde ein quantitativer Fragebogen entwickelt und 131 Studierenden (53 des zweiten und 78 des vierten Studienjahres) füllten diesen aus.

Die multiple Regressionsanalyse zeigt, dass die normative Überzeugung der stärkste Prädiktor für die Intention von empathischem Verhalten ist. Auch die Verhaltensüberzeugung, Kontrollüberzeugung und der Unterschied zwischen den Studienjahrkohorten (2tes vs. 4tes) haben ebenfalls eine signifikante Vorhersagekraft. Das Geschlecht und die Persönlichkeit (mittels NEO-FFI gemessen) konnten sich nicht bewähren. Die Arbeit zeigt, was die Studierenden davon abhält, sich empathisch zu verhalten (z.B. Zeitdruck, schlechte Beziehung zum Patienten etc.) und an welcher sozialen Gruppe sie sich orientieren (KollegInnen, ÄrztInnen etc.). Dennoch ist weiterhin Forschungsbedarf zu diesem Thema gegeben, etwa mit dem Blick auf Übereinstimmung von Selbsteinschätzung der Studierenden und dem tatsächlich beobachtbaren Verhalten.

ABSTRACT

This thesis deals with the expression of empathy of medical students. Some studies (Hojat et al, 2009; Neumann et al, 2011; Newton et al., 2008) showed a decline of empathy during the medical education. To analyze the reasons and influences of empathically behavior, the theory of Planned Behavior by Ajzen (1985, 1971) has been used.

The aim of this study is to determine the strongest beliefs of empathy, which can be categorized in behavior belief, control belief and normative belief. A pilotquestionnaire was given to 50 students to collect salient beliefs. The data were analyzed with the content analysis of Mayring (2008). Based on this, a questionnaire was developed and filled out by 131 students (53 of the 2nd and 78 of the 4th year in education). A multiple regression analysis shows that the normative belief is the strongest predictor of empathic behavior intention. The behavior belief, control belief and the difference between the years of study (2nd vs. 4th) also have a significant predictive power. Gender and student's personality traits, measured by NEO-FFI, has not shown significant influence. This thesis also explains what students discourage to behave in an empathic way (e.g. time pressure, negative relationship with the patient, etc.). Anyway, it is still necessary to do further research in this field, for example it would be interesting to see whether the self-assessment is consistent with the observed behavior

EINLEITUNG

Mitgefühl war immer ein zentrales Thema im buddhistischen Denken, und auch in anderen Weltreligionen wird sehr viel Wert darauf gelegt; dagegen hat man es erst in neuerer Zeit zum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen gemacht. (Ekman & Reiss, 2011, S. 177)

Mitgefühl, eine Art bzw. ein Teil von Empathie, wird seit Jahrtausenden in der spirituellen Welt geschätzt bzw. als sehr erstrebenswert gesehen und das nicht ohne guten Grund. Nicht nur die Religionen haben die positiven Wirkungen von Empathie und Mitgefühl erkannt. Heute gibt es unzählige Bücher und Ratgeber, welche Mitgefühl als das zentrale Element sowohl für die positive Entwicklung der eigenen Psyche als auch der ganzen Welt schlechthin beschreiben. Die Wissenschaft befasst sich jedoch erst seit einigen Jahren mit diesem Phänomen und dies obwohl Empathie kein abstraktes, schwer fassbares Konzept ist wie beispielsweise Liebe oder Freiheit, etc. Im Gegenteil, Empathie ist objektiv und messbar, sie kommt in gewissen beobachtbaren Handlungen zum Ausdruck. Es handelt sich also nicht um eine subjektive Haltung oder Überzeugung, sondern um eine beobachtbare Reaktion, die in gewissen Situationen gezeigt wird. Somit wird auch deutlich, dass es einer Interaktion dafür bedarf. Vereinfacht ausgedrückt, ist es also nicht möglich, für sich allein empathisch zu sein. Man braucht Mitmenschen, mit denen man mitfühlen und auf sie reagieren kann (vgl. Ekman & Reiss, 2011).

Was genau ist Empathie? Ist es ein (Mit-) Gefühl, eine Stimmung, eine Haltung, eine Reaktion etc. und wie kann es von diesen unterschieden werden? Paul Ekman, einer der bekanntesten und renommiertesten Emotionsforscher und Psychologe auf diesem Gebiet, erklärt, dass es sich hier nicht um eine Emotion handelt, denn Empathie tritt nicht spontan auf und filtert nicht unsere Wahrnehmung wie es Stimmungen und Emotionen tun. Empathie und Mitgefühl helfen eher die Realität sensibler wahrzunehmen. Ein weiterer wichtiger Grund für den Unterschied zwischen Emotion und Empathie ist, dass Emotionen nicht gefördert werden können bzw. müssen. Emotionen sind angeboren und ein inhärenter Teil jedes Menschen, Empathie hingegen kann und muss erlernt und gefördert werden. Wir müssen also nicht lernen wie man zornig wird, wir müssen aber sehr wohl lernen, wie man bei anderen erkennt und versteht, dass diese zornig sind (vgl. Ekman, 2010; Ekman & Reiss, 2011).

Empathie in der Medizin

Empathie kann also trainiert und gefördert werden. Nun stellt sich die Frage, warum und wer im Speziellen Empathie trainieren sollte. Natürlich sollten dies am besten alle Menschen tun, denn es fördert das Verständnis für einander und somit auch den Umgang miteinander. Im Speziellen kann ein gezieltes Training von Empathie bei gewissen Berufsgruppen aber zu einem sehr positiven Output

führen. Gemeint sind hier vor allem jene Berufsgruppen, die viel mit Menschen zu tun haben und bei denen ein (besseres) Verständnis der KlientInnen große Auswirkungen haben kann. Eine dieser sozialen Berufsgruppen ist die Gruppe der MedizinerInnen, deren Erfolg nicht selten von dem Mitwirken ihrer PatientInnen abhängt. Exzellente ÄrztInnen können vielleicht sehr gut Krankheiten diagnostizieren und die beste Medikation dafür verordnen, nur ist der Behandlungserfolg gleich Null, wenn die PatientInnen die Verordnung nicht befolgen. Wenn sich nun kranke Menschen durch die Ärzteschaft gut verstanden fühlen und Vertrauen aufbauen, dann ist die Wahrscheinlichkeit auch größer, dass die verordneten Maßnahmen wahrgenommen und umgesetzt werden (vgl. Hojat et al., 2011, Preusche 2013).

Dass Empathie im klinischen Setting somit die Compliance erhöht, ist nachvollziehbar und wurde auch bereits in Studien untersucht (vgl. Hojat, 2011). Winefield & Chur-Hansen (2000) fassen dies folgendermaßen zusammen: „The doctor's level of communication skill influences outcomes, such as patient satisfaction and compliance, patient health consequences, and professional job satisfaction“ (S. 90). Nach Hojat (2011) und Neumann et al. (2012) gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Clinical Outcome und dem empathischen Verhalten des Arztes bzw. der Ärztin. Auch die Persönlichkeit der ÄrztInnen spielt dabei eine Rolle. Nach Magalhães et al. (2012), welche den Zusammenhang zwischen Empathie (Jefferson Scale of Physician Empathy) und den Persönlichkeitseigenschaften (NEO-FFI) untersuchen, zeigt sich, dass Verträglichkeit und Offenheit in Verbindung mit Empathie stehen. Hojat et al. (2013) demonstrieren, dass Gewissenhaftigkeit und Empathie sehr stark mit dem klinischen Outcome korrelieren. Ein Beispiel für einen positiven klinischen Outcome ist das konstante Halten von guten Werten bei Diabetes-PatientInnen bei einer hohen Empathie-Ausprägung der zuständigen ÄrztInnen. Klinische Empathie korreliert somit positiv mit einem verstärkten Beachten und Einhalten der ärztlichen Ratschläge. Dies könnte ein Grund dafür sein, dass sich der Gesundheitszustand von Diabetes-Patienten nur halb so oft verschlechtert, wenn die behandelnden ÄrztInnen eine hohe Empathie-Ausprägung haben (vgl. Del Canale, 2012). Auch Evaluierungen von Therapien veranschaulichen sehr gut, wie wichtig Empathie ist und welche positiven Effekte daraus resultieren (vgl. Winefield & Chur-Hansen, 2000, S. 90). Sich empathisch zu verhalten gilt somit als eine wichtige Schlüsselkompetenz in der klinischen Kommunikation, weshalb es von großer Relevanz wäre sich in der medizinischen Ausbildung besonders darauf zu fokussieren und Empathie zu fördern.

Empathie ist also ein nützliches Werkzeug im klinischen Setting. Es kann eingesetzt werden um viele positive Auswirkungen (mehr Compliance, Information etc.) zu erzielen. Während Lamm et al. (2007) zeigen, dass zu wenig Aufmerksamkeit für den Mitmenschen dazu führen kann, dass das Aufkommen von Empathie unterbunden wird, kann ein Zuviel an Empathie auch aversive Reaktionen hervorrufen.

Diese Abwehrhaltung geht einher mit einer neuronalen Aktivität, die in Arealen stattfindet, welche auch bei negativem Stress (Distress) und bei Rückzugstendenzen abläuft (Lamm et al. ,2007).

Empathie ist somit wie ein Werkzeug vergleichbar mit einem Messer, das verwendet werden kann um Brot zu schneiden aber auch als Waffe, mit der man sich verletzen kann. Entscheidend ist somit die Art und Weise und die Intentsität ob empathisches Verhalten positive Effekte erzielt oder nicht.

Es wird also vorausgesetzt und gewünscht, dass die Ärzteschaft empathisch auf die PatientInnen reagiert. Wie sieht es jedoch in der Praxis aus? Müssen bzw. sollen alle MedizinerInnen ein ausgeprägtes Empathie-Verständnis aufweisen? Müssen zukünftige MedizinerInnen empathische Fähigkeiten haben und soll ein gezieltes Empathietraining in die Ausbildung aufgenommen werden?

Dies sind nur einige der Fragen, welcher sich die Forschung um klinische Empathie etwa im Bereich der Medical Education annimmt. In dieser Arbeit wird vor allem der Frage nachgegangen, was dazu beiträgt, dass sich zukünftige MedizinerInnen empathisch verhalten bzw. nicht empathisch verhalten? Somit werden Motive und Hintergründe des empathischen Verhaltens näher untersucht. Was bewegt speziell angehende MedizinerInnen sich ihren PatientInnen gegenüber empathisch zu zeigen? Der Nutzen dieser Erkenntnisse soll zur Planung zukünftiger Interventionen zur Förderung von Empathie beitragen. Es geht also darum herauszufinden, welche Einstellungskomponenten bzw. Überzeugungen am stärksten das Zeigen empathischen Verhaltens beeinflussen, um diese bei Bedarf zu fördern oder Widerstände abzubauen.

„Theorie des geplanten Verhaltens“ nach Ajzen und Fishbein (1977)

Diese Theorie geht davon aus, dass die Verhaltensintention eines Menschen durch dahinterliegende Überzeugungen (Verhaltensüberzeugung, Normüberzeugung, Kontrollüberzeugung) gut erklärt werden kann. Die Anwendung der Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of planned behavior, TPB) ist in diesem Zusammenhang sehr hilfreich. Ferner zeigt die Metaanalyse von Armitage und Conner (2001), dass die postulierten TPB-Komponenten durchschnittlich 39% der Varianz der Intention eines Menschen, ein bestimmtes Verhalten auszuführen, erklären können (vgl. Mattarelli, 2007). Obwohl das Modell in manchen Bereichen (Gesundheitsbereich, UMeLtpsychologie) sehr breite Anwendung erfährt, wird es im medizinischen Ausbildungsbereich noch kaum appliziert. Ausschließlich eine Studie zum Thema „Professionalitätsausbildung“ verwendet die TBP zur Untersuchung in diesem Bereich (vgl. Preusche, 2013).

Empathie-Rückgang während des Medizin-Studiums: Wie kommt es dazu?

Wie bereits erwähnt, ist ein Ziel dieser Arbeit die TPB-Variablen hinsichtlich ihrer Aussagekraft bezüglich Empathie-Verhalten bei zukünftigen MedizinerInnen zu testen. Diese Erkenntnis soll

Erklärung bieten, warum MedizinerInnen empathisch sind und auch zur Klärung des Phänomens des Rückgangs an Empathie bei Medizin-Studierenden beitragen. In diesem Forschungsbereich wurden bereits einige Studien publiziert, die über eine Abnahme von Empathie in der medizinischen Ausbildung und Praxis berichten (vgl. Hojat et al., 2009; Neumann et al., 2011; Newton et al., 2008; a.Colliver et al., 2010; Hojat et al., 2010; Sherman & Cramer, 2010; Colliver et al., 2010). Es ist jedoch anzumerken, dass sich viele Untersuchungen auf die Ergebnisse aus Selbstrating-Skalen beziehen, welche die subjektive Einschätzung der Untersuchten widerspiegelt und somit nicht zwingend mit den objektiven bzw. beobachtbaren Fakten übereinstimmen muss.

In der Literatur ist bereits vielfach besprochen, dass dieser Rückgang besonders in der klinisch-praktischen Phase auftritt. Das ist eine Zeit, in welcher die Studierenden beginnen mit PatientInnen in Kontakt zu treten (Colliver, Conlee, Verhulst, & Dorsey, 2010; Hojat et al., 2009; Neumann et al., 2011; Pedersen, 2010). Die Gründe scheinen vielfältiger Natur zu sein. Dabei werden aber besonders Aspekte des *Hidden Curriculum* hervorgehoben. Unter *Hidden Curriculum* sind verschiedene Aspekte, die nicht formal unterrichtet, jedoch implizit vermittelt werden. Dies sind beispielsweise negative Rollenvorbilder oder aber auch ganz allgemeine Stressfaktoren für Studierende wie Zeitdruck, ungünstige Rahmenbedingungen etc. (vgl. Preusche, 2013).

Warum die kognitive Facette von Empathie erforschen?

Die klinische Empathie ist multidimensional, weil sowohl emotionale, kognitive, behaviorale als auch moralische bzw. motivationale Dimensionen eine Rolle spielen (vgl. Stephien & Baernstein, 2006). Untersuchungen zur klinischen Empathie behandeln somit meist eine der spezifischen Facetten. In dieser Arbeit wird die Einstellung, also die kognitive Komponente, von empathischem Verhalten (Kontroll-Überzeugung, subjektive Norm, Beurteilung des Verhaltens etc.) untersucht. Dabei werden die dahinterliegenden Motive und salienten Überzeugungen von empathischen Verhalten erhoben und untersucht. Dies kann nach Stephien und Baernstein (2006) besonders zu einem besseren Verständnis des Rückgangs an Empathie in der medizinischen Ausbildung beitragen: „We believe that a specific research agenda regarding empathy for medical students should begin by re-examining the underlying motivations for promoting clinical empathy in medical practice“ (S. 525). Das Wissen darüber, welche Faktoren genau empathische Verhaltensweisen von MedizinerInnen in Ausbildung fördern oder hemmen, ist schließlich besonders wichtig für zukünftige Interventionen. Soll der Fokus mehr auf die Kontrollüberzeugung oder auf die subjektive Norm gelegt werden? Oder soll mehr Aufmerksamkeit auf die generelle oder auf ganz spezifische Verhaltenseinstellungen von Studierenden gelegt werden? Schließlich könnte es aber ganz spezifische Herausforderungen wie Zeitdruck, schwierige PatientInnen, schlechte Vorbilder etc. geben, welche die Gründe für das Nicht-Zeigen von empathischem Verhalten sind. Vielleicht ist der Rückgang aber auch nur auf gewisse

Personengruppen reduzierbar, welche somit als Ausreißer gelten und nicht den Durchschnitt darstellen. Somit wäre es sinnvoll zu überprüfen, ob sich die Tendenz auf alle Personen bezieht oder nur auf gewisse Subgruppen. Wenn dem so ist, so sollte dies zukünftig in der Ausbildung reflektiert werden um gezielt auf diese reagieren zu können (vgl. Stephien & Baernstein, 2006).

Probleme und Herausforderungen in diesem Forschungsbereich

In der fachspezifischen Literatur wird viel zum Thema „Empathie“ geforscht und diskutiert (vgl. Pedersen, 2009, S. 307). Nichtsdestotrotz sehen sich die ForscherInnen in diesem Bereich mit einigen Problemen konfrontiert, wie verschiedene AutorInnen beschreiben (vgl. Pedersen, 2009, Hojat, 2007; Stephien & Baernstein, 2006). Die Festlegung auf eine einheitliche Definition von Empathie ist nach wie vor ein strittiger Punkt¹ (vgl. Stephien & Baernstein, 2006, Preusche, 2013, Preusche & Wagner-Menghin, 2013). Auch die Unterscheidung zwischen der Einstellung zum empathischen Verhalten und empathisches Verhalten an sich, wird oft vernachlässigt (vgl. Preusche, 2011). Schließlich beziehen sich die zahlreichen Erhebungsmethoden nicht klar auf eine bestimmte Definition von Empathie. Darüber hinaus scheinen die Interventionen zur Steigerung von Empathie oft ohne soliden theoretischen Unterbau (vgl. Stephien & Baernstein 2006).

Aufbau und Gliederung der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in zwei unterschiedliche Abschnitte. Der erste Teil soll eine Erläuterung des theoretischen Hintergrunds zum Thema „Empathie“ und zur Theorie des geplanten Verhaltens geben. Dabei wird ein Überblick zum aktuellen Forschungsstand in Bezug auf die klinische Empathie gegeben und die konkret verwendete Definition von Empathie erklärt. Auch werden die theoretischen Hintergründe der Theorie des geplanten Verhaltens erläutert. Ferner wird auch auf die praktische Umsetzung hingewiesen. Im zweiten Abschnitt werden die Fragestellungen, die konkreten Hypothesen und die empirischen Methoden und Ergebnisse dargestellt. Bei den Methoden handelt es sich um zwei selbst-konstruierte Fragebögen, deren Aufbau, Items etc. genau dargestellt werden. Die Ergebnisse des ersten Fragebogens sind mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ausgewertet worden. Die dabei entstanden Kategorien werden angeführt. Aus diesen wurde der zweite Fragebogen quantitativer Art konstruiert, auf dessen genaue Entstehungsart ebenfalls eingegangen wird. In den folgenden Kapiteln werden sowohl der konkrete Ablauf der Untersuchung als auch die Stichprobe näher beschrieben. Danach wird auf die Auswertung der Daten Bezug genommen. Die Darstellung und die Interpretation der Ergebnisse erfolgen im vierten und fünften

¹ „Sympathy is defined as experiencing another person’s emotions, as opposed to appreciating or imagining those emotions“ (Stephien & Baernstein, 2006, S. 525). Jedoch gehen die Meinungen der AutorInnen darüber stark auseinander. Während einige Empathie als die kognitive Vorstellung und das Wertschätzen der Gefühle definieren, sehen andere das „Sich hineinfühlen“ und Teilen der Gefühle als wichtige Komponente von Empathie (vgl. Stephien & Baernstein 2006).

Kapitel. Im sechsten Kapitel wird die Arbeit in einen kritischen Bezug zum aktuellen Forschungsstand gesetzt. Schließlich wird noch ein Ausblick über zukünftige Forschungen in diesem Bereich gegeben.

1 THEORETISCHER TEIL

In diesem Teil der Arbeit werden zwei Verhaltenstheorien (Theorie des überlegten Handelns, Theorie des geplanten Verhaltens) dargestellt. Danach wird auf das Thema Empathie und deren Geschichte, Messbarkeit, Funktion und Bedeutung (Effekte) im klinischen Kontext näher eingegangen.

1.1 Verhaltenstheorien

Dieses Unterkapitel hat zwei Verhaltenstheorien im Fokus: die Theorie des überlegten Handelns (Theory of reasoned action, TRA). und die Theorie des geplanten Verhaltens. Die Theorie des geplanten Verhaltens ist eine Weiterentwicklung der Theorie des überlegten Handelns. Zum besseren Verständnis soll hier deshalb zuvor auf die Theorie des überlegten Handelns eingegangen werden.

1.1.1 Theorie des überlegten Handelns

Es besteht die Annahme, dass Verhaltensweisen von Menschen existieren, die unter willentlicher Kontrolle passieren (vgl. Bandura, 1982). Diesen spezifischen Verhaltensweisen nimmt sich die Theorie des überlegten Handelns an. Sie dient zur Vorhersage von willentlichem Verhalten und erklärt die dahinter liegenden psychologischen Komponenten. Die Theorie geht dabei davon aus, dass Individuen stets alle für ihr Verhalten relevanten Informationen beachten und die Konsequenzen abwägen. Um das tatsächlich gezeigte Verhalten vorherzusagen, wird als besonderer Vorhersageprädiktor die Intention des Verhaltens bestimmt. Diese Intention unterliegt Wandlungen d.h. sie ist nicht resistent gegenüber Veränderungen, weshalb für die Vorhersage der zeitliche Abstand zwischen Intentionsbildung und tatsächlichem Verhalten von großer Relevanz ist. Die weiteren Komponenten dieser Theorie sind die subjektive Norm und die Verhaltenseinstellung (vgl. (vgl. Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975; Mattarelli, 2007).

Die Theorie des überlegten Handelns fand in der Psychologie viel Zustimmung, dennoch wurde in der Wissenschaft bald erkannt, dass diese nicht ausreicht um ein Verhalten adäquat zu prognostizieren und zu erklären (vgl. Godin & Kok, 1996). Ein wesentlicher Faktor fehlt nämlich: die Kontrollüberzeugung eines Individuums. Die Erweiterung des ursprünglichen Modells um den Faktor Kontrolle führt somit zur Entwicklung der Theorie des geplanten Verhaltens (vgl. Mattarelli, 2007).

1.1.2 Theorie des geplanten Verhaltens

Der hinzugefügte Faktor „Kontrolle“ bezieht sich sowohl auf die Eigenschaften eines Individuums (Fähigkeiten, Wissen etc.) als auch auf externe Faktoren (Zeit, Ressourcen etc.) und ist immer eine subjektive Einschätzung und keine objektive Gegebenheit. Ein wesentlicher Punkt der Erweiterung ist somit das Verständnis für motivationale Einflüsse, die nicht unter der sogenannten Willenskontrolle liegen und daher zu einer besseren Einschätzung über die Umsetzbarkeit gewisser Interventionen führen (Ajzen & Fishbein, 1977; Mattarelli, 2007; Godin & Kok, 1996).

Die einzelnen Komponenten der Theorie und deren Zusammenhängen werden in der Abbildung 1 dargestellt und im Folgenden näher erläutert. In Abbildung 1 ist außerdem sehr schön zu sehen, dass die Überzeugungen (Verhaltensüberzeugung, normative Überzeugung und Kontrollüberzeugung) eine Ebene bilden und die indirekten Komponenten darstellen. Die direkten Komponenten sind die Einstellung zum Verhalten, die subjektive Norm und die wahrgenommene Verhaltenskontrolle.

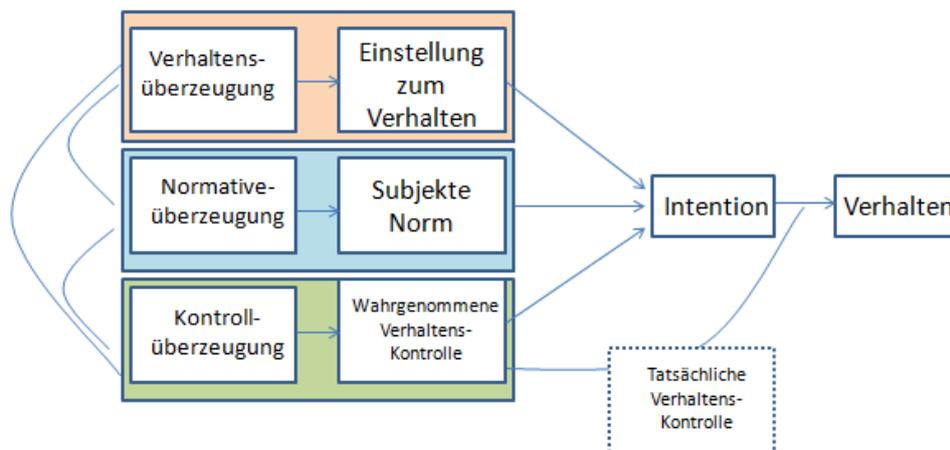


Abbildung 1 Theorie des geplanten Verhaltens

Intention

Die Intention spielt eine zentrale Rolle. Nach Ajzen (1991) gibt die Intention an, wie stark eine Person motiviert ist, um ein spezifisches Verhalten zu demonstrieren und wie viel Aufwand sie auf sich nimmt, um dieses umzusetzen (vgl. Armitage & Conner, 2001). Generell kann angenommen werden, je stärker die Intention ist, desto wahrscheinlicher ist das intendierte Verhalten (vgl. Ajzen, 1991; Mattarelli, 2007). Es geht hier aber nicht um unbewusstes oder ungewolltes Verhalten, sondern um

beabsichtigtes Verhalten. „It should be clear, however, that a behavioral intention can find expression in behavior only if the behavior in question is under volitional control, i.e. if the person decide at will to perform or not perform that behavior“ (Ajzen, 1991, S. 183). Neben der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle haben die Faktoren subjektive Norm und Einstellung zum Verhalten auch einen Einfluss auf die Intention eines Verhaltens. Der relative Einfluss der drei Komponenten ist immer unterschiedlich, je nach Situation und Verhalten (vgl. Ajzen, 1991).

Einstellung zum Verhalten

Wichtig bei der Vorhersage des beobachtbaren Verhaltens ist die Einstellung zum Verhalten. Die Einstellung bezieht sich auf die Evaluation des Verhaltens, also auf die erwarteten positiven bzw. negativen Konsequenzen und die Wahrscheinlichkeiten ihres Auftretens (vgl. Mattarelli, 2007).

Subjektive Norm

Unter subjektiver Norm versteht Ajzen (1985) den wahrgenommenen sozialen Druck ein bestimmtes Verhalten zu zeigen. Die Gewichtung der beiden Komponenten ist von der Intention abhängig. Für gewisse Verhaltensweisen ist die Einstellung zum Verhalten wichtiger als die subjektive Norm und vice versa (vgl. Mattarelli, 2007). Ein Beispiel für die unterschiedliche Gewichtung und die Relevanz dessen könnte die Absicht zu rauchen bei Jugendlichen sein. Am Anfang ist einem jungen Menschen beim Rauchen sicher wichtiger, was seine Freunde davon halten (sozialer Druck) als die Bewertung des Verhaltens (Rauchen ist gut).

Wahrgenommene Verhaltenskontrolle

Viele Verhaltensweisen sind aber nicht immer gänzlich selbstbestimmt, da oft andere und externe Faktoren mit hineinspielen (z.B. Zeit, Ressourcen etc.). Dies wird in der Theorie berücksichtigt und als *actual behavioral control* benannt. Aus psychologischer Sicht ist jedoch nicht die objektive Kontrolle von Interesse, viel eher wird hier auf die subjektiv wahrgenommene Verhaltenskontrolle die Aufmerksamkeit gelenkt (vgl. Ajzen, 1991). Die subjektiv wahrgenommene Verhaltenskontrolle (*perceived behavioral control*, PBC) ist dem *self-efficacy* Konzept von Bandura (1977,1982) sehr ähnlich. Es geht dabei darum, dass die Wahrscheinlichkeit, ein Individuum zeige ein gewisses Verhalten, nicht so sehr von dessen Können, Fähigkeiten, Wissen etc. abhängt, sondern viel eher von den Erwartungen, diese bestimmten notwendigen Fertigkeiten, Kompetenzen etc. in einer spezifischen Situation zeigen zu können (vgl. Mattarelli, 2007; Ajzen, 1991). Der Unterschied zwischen den beiden theoretischen Konzepten liegt nun allein im Kontext. “The theory of planned behavior places the construct of self-efficacy belief or perceived behavioral control within a more general framework of the relations among beliefs, attitudes, intentions, and behavior” (Ajzen, 1991,

S. 184). Die Diskussion über die Existenz eines Unterschiedes beider Theorien und auch darüber worin dieser besteht ist groß. Zusammenfassend liegt die wesentliche Differenz darin, dass die PBC externe Faktoren mit einschließt, was beim Selbst-Effizienz-Konzept nicht der Fall ist. "Self-efficacy is more concerned with cognitive perceptions of control based on internal control factors, whereas PBC also reflects more general, external factors" (Armitage & Conner, 2001, S. 476).

Die Einflusswege der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle

Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle kann entweder gemeinsam mit der Verhaltensintention zur Vorhersage des Verhaltens herangezogen werden oder auch ohne diese, wie in der Abbildung 1 durch den strichlierten Pfeil dargestellt wird. Das bedeutet, dass nicht in jeder Situation die motivationale Ebene (Intention) eine Rolle spielt. Wenn in solchen Situationen die eigenen Fähigkeiten und die Erwartungen über die externen Faktoren richtig eingeschätzt werden, kann somit auch eine Prognose allein mit der Kenntnis der subjektiv wahrgenommenen Kontrolle gemacht werden (vgl. Ajzen, 1991; Mattarelli, 2007). Ein Beispiel hierfür wäre das Lernen von Skifahren. Angenommen es gibt zwei Personen, welche die gleichen Voraussetzungen haben (physiologische und motivationale) um das Skifahren zu lernen, dann würde die Performance allein davon abhängen, wie sehr die beiden daran glauben dieses Verhalten zeigen zu können. Ist eine der beiden Personen nicht davon überzeugt, dass sie es schaffen wird, so wird das Ergebnis unterschiedlich ausfallen.

Überzeugungen

Die Überzeugungen können unterteilt werden in die verhaltensbezogenen Überzeugungen (behavioral beliefs) und in die normativen Überzeugungen (normative beliefs). Erstere beeinflussen die Einstellungen zum Verhalten, während sich die weiteren auf die subjektiven Normen beziehen. Jede verhaltensbezogene Überzeugung ist verbunden mit einer Bewertung dieser (positives oder negatives Outcome) oder auch mit anderen Attributen wie z.B. verursachte Kosten. Der zugeordnete Wert eines Verhaltens beeinflusst demnach die Stärke der verhaltensbezogenen Überzeugung und schließlich auch die Einstellung zu diesem. Somit ist der Schätzwert der Einstellung ein Resultat aus der Überzeugungsstärke und der subjektiven Outcome-Evaluation. Genauso verhält es sich mit den normativen Überzeugungen. Die normativen Überzeugungen (normative beliefs) umfassen die Annahmen darüber, ob das Verhalten von der Referenzgruppe befürwortet bzw. abgelehnt wird. Ob und wie sehr dieses bestimmte Verhalten befürwortet bzw. abgelehnt wird, kann als die Stärke der normativen Überzeugung bezeichnet werden und diese wird multipliziert mit der Motivation des Individuums diesem auch zu folgen. Das Produkt daraus ist der Schätzwert der subjektiven Norm (vgl. Mattarelli, 2007).

Messung der Einflussstärken

Wie genau kann nun der tatsächliche relative Einfluss der drei Komponenten Verhaltenseinstellung, subjektive Norm, wahrgenommene Kontrolle bestimmt werden?

Für die Bestimmung der Einflussgrößen müssen die einzelnen salienten Überzeugungen und deren Stärken gemessen werden. So wird z.B. die Einstellung zu einem Verhalten dadurch bestimmt, indem man die einzelnen ‚behavioral beliefs‘ (salienten Überzeugungen) wie z.B. ‚Skifahren ist cool‘, ‚Skifahren ist gefährlich‘ etc. mit deren Stärken ‚Skifahren ist **sehr** cool‘, ‚Skifahren ist **wenig** gefährlich‘ multipliziert und anschließend addiert. Bei der Messung der subjektiv wahrgenommenen Kontrolle wird dies in gleicher Weise gemacht. Die wahrgenommene Kontrollüberzeugung ergibt sich, indem man jede einzelne Kontrollüberzeugung mit deren Stärke des Einflusses, der entweder hemmend oder stärkend auf die Intention oder auf das Zeigen des Verhaltens wirkt, multipliziert (vgl. Mattarelli, 2007). Ein Beispiel dafür wäre die wahrgenommene Kontrollüberzeugung „Ich habe ein gutes Gleichgewichtsgefühl, welches mir das Ski-Fahren erleichtern wird“. Diese hat einen stärkenden Einfluss auf die Verhaltensintention bzw. auf das Verhalten. Nun gilt es die konkrete Stärke dieses Einflusses zu bestimmen. Dies wird in der Praxis oft mit Rating-Skalen gemacht. Es geht darum zu eruieren, wie sehr die einzelnen unterschiedlichen Kontrollüberzeugungen das Zeigen einer Performance beeinflussen. Beim genannten Fallbeispiel ist dieser Einfluss stark, wie in der folgenden Aussage erkennbar ist „Das gute Gleichgewichtsgefühl erleichtert es mir **sehr** Ski-Fahren zu lernen“. Auch bei dieser Komponente werden die einzelnen salienten Überzeugungen mit deren Stärken multipliziert und anschließend aufsummiert. Schließlich wird auch bei dem Faktor ‚subjektive Norm‘ in ähnlicher Weise vorgegangen (vgl. Mattarelli, 2007). Hier werden die einzelnen normativen Überzeugungen (z.B. einen Ski-Helm zu tragen, wird von ÄrztInnen befürwortet) mit den Motivationen diesen Überzeugungen gerecht zu werden (z.B. es ist mir egal, was ÄrztInnen zum Thema Ski-Helm-Tragen sagen), multipliziert.

Zusammenhänge zwischen den Variablen der TPB

Im folgenden Abschnitt wird ein kurzer Überblick über die Zusammenhänge zwischen den einzelnen unterschiedlichen Variablen (Einstellung, subjektive Norm, wahrgenommene Verhaltenskontrolle, Intention) der Theorie des geplanten Verhaltens gegeben. Es gibt sehr viele Untersuchungen und Studien zu diesem Thema. So hat Ajzen (1991) selbst zur Analyse seiner Theorie 16 unterschiedliche Studien herangezogen, die alle Variablen der TPB miteinbeziehen exklusive des tatsächlichen Verhaltens. Die Ergebnisse variieren dabei sehr stark. Zusammenfassend kann jedoch gesagt werden, dass die multiplen Korrelationen (Intention mit den drei TPB) zwischen $r = .43$ bis hin zu $r = .94$ (Cohen, 1992) liegen und die durchschnittliche Korrelation $r = .71$ beträgt. Die durchschnittliche Korrelation der Intention und der Verhaltenskontrolle mit dem Verhalten beläuft sich auf einen Wert von $r = .51$. (vgl. Amitage & Conner, 2001)

Diese Untersuchungen sind jedoch schon etwas älter und basieren auf sehr wenigen und selektiven Daten, weshalb im Folgenden die Ergebnisse aus einer neuen und großen Metaanalyse von Armitage und Conner (2001) herangezogen werden. Die angeführten Werte beziehen sich dabei auf selbst-berichtetes Verhalten. Somit könnte sich dies ändern, wenn beobachtbares Verhalten zur Untersuchung herangezogen wird. Nach Armitage und Conner (2001) kann demnach die Theorie des geplanten Verhaltens bei selbst-berichtetem Verhalten 11 % mehr an Varianz erklären als bei beobachtetem Verhalten.

Verhalten und Verhaltensintention und die wahrgenommene Verhaltenskontrolle

Wie stark der durchschnittliche Zusammenhang zwischen der Intention, dem Verhalten und der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle ist, zeigen die Ergebnisse der Metaanalyse von Armitage und Conner (2001): „Across all behaviours, the average multiple correlation of intention and PBC with behaviour is .52, accounting for 27 % of the variance ($R^2 = .27$)“ (Armitage & Conner, 2001, S. 481). Hier wird explizit auch die wahrgenommene Verhaltenskontrolle miteinbezogen. Die Intention hat zwar bei der Vorhersage des tatsächlichen Verhaltens einen großen Einfluss, es kommt jedoch zu einer signifikant besseren Prognose, wenn auch die Kombination von Intention und wahrgenommene Verhaltenskontrolle miteinbezogen wird (vgl. Mattarelli, 2007; Ajzen, 1991).

Wahrgenommene Verhaltenskontrolle als Moderatorvariable

Es gibt eine Hypothese, der zufolge die wahrgenommene Verhaltenskontrolle als Moderator in der Prognose des Verhaltens fungiert. Wenn die bewusste Steuerung nicht vorhanden ist, dann ist die Verhaltenskontrolle ausschlaggebend für die Vorhersage eines Verhaltens.

Im entgegengesetzten Fall hat die Verhaltenskontrolle keinen direkten Einfluss. „In conditions of complete volitional control, the intention–behaviour relationship should be optimal, and PBC should not exert any influence on this relationship“ (Armitage & Conner, 2001, S. 473).

In diesem Fall moderiert die PBC den Zusammenhang zwischen Intention und Verhalten, und je größer die wahrgenommene Verhaltenskontrolle ist, desto stärker ist der Zusammenhang.

„However, in his meta-analysis of the TPB, Ajzen (1991) reported that only one study had found the (marginally) significant ($p < .10$) intention–PBC interaction that would support this moderator hypothesis“ (Armitage & Conner, 2001, S. 473). Schließlich konnte in der Metaanalyse gezeigt werden, dass die wahrgenommene Verhaltenskontrolle 2% der Varianz eines Verhaltens erklären kann und dies sowohl mit als auch ohne die Intention (vgl. Armitage & Conner, 2001).

Theorie des geplanten Verhaltens im klinischen Kontext

Die Studie von Archer et al. (2008) über die Professionalität in der Ausbildung von ÄrztInnen ist eine von wenigen Untersuchungen im klinischen Ausbildungsbereich, welche die Theorie des geplanten Verhaltens anwendet. Wie nützlich es wäre, mehr über die Einstellungskomponenten von Verhaltensweisen zu wissen, zeigen Archer et al. (2008) „If knowledge of attitudes, subjective norms and perceived behavioural control predict specific or desired behaviours, institutions could increase the effectiveness of their curricula by specifically addressing these factors“ (S. 774). Obwohl die TPB bis jetzt im klinischen Ausbildungsbereich nur sehr wenig appliziert ist, wurde sie bereits sehr oft verwendet, um eine Reihe von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen zu untersuchen. Es gibt Studien, welche mit der TPB Verhaltensweisen und Entscheidungsprozesse in folgenden Bereichen untersuchen: Rauchen (vgl. Moan & Rise, 2005), sportliche Aktivität (vgl. Courneya & McAuley, 1995), Gewichtsreduktion- und Diätverhalten (vgl. Schifter & Ajzen, 1985), Selbst-Brustuntersuchung (vgl. van Ryn et al., 1996) und viele andere. Auch wurden die TPB und die TRA dazu verwendet um das Verhalten von Krankenschwestern und Krankenpflegern bei der Behandlung von HIV-PatientInnen zu untersuchen (vgl. Tessaro & Highriter, 1994). Randall und Gibson (1991) applizierten die TPB beim Entscheidungsprozess vom klinischen Personal und konnten dabei untersuchen, ob KrankenpflegerInnen einen medizinischen Fehler von KollegInnen melden würden oder nicht. Die TPB und TRA wurden auch in Bezug auf das Verhalten von ÄrztInnen in einigen Untersuchungen angewandt. Millstein (1996) konnte mit der Unterstützung der TRA und TPB gewisse Verhaltensweisen von ÄrztInnen, welche erwachsene PatientInnen über HIV und sexuell übertragbare Krankheiten aufklären mussten, vorhersagen. Walker, Watson & Grimshaw (2004) nützten die TPB um herauszufinden, wann PatientInnen mit Vaginal candidiasis von ÄrztInnen eine nicht rezeptpflichtige alternative Behandlung empfohlen wird. Auch die Studie von Limbert & Lamb (2002) untersuchte mit der Theorie das Verhalten von ÄrztInnen in Bezug auf deren Haltung gegenüber Vorschriften und Guidelines und ob sie diese bei der Behandlung von Asthma einhalten (vgl. Archer et al., 2008). Diese Untersuchungen und Forschungen zeigen, dass die Theorie des geplanten Verhaltens sehr nützlich sein kann, wenn es darum geht Verhaltensweisen und Entscheidungen von ÄrztInnen nachvollziehbar und verstehbar zu machen. Es liegt daher sehr nahe, dass die TPB auch im Ausbildungsbereich von ÄrztInnen Klarheit schaffen kann, worauf in späteren Kapiteln genauer eingegangen wird.

1.2 Empathie

Im folgenden Kapitel wird das Thema Empathie näher beleuchtet, wobei sowohl auf die aktuelle Forschung zur klinischen Empathie als auch auf die Geschichte näher eingegangen wird. Schließlich wird auch erläutert, welche Annahmen es über Empathie gibt und wie Empathie untersucht und trainiert werden kann.

Was ist Empathie?

Nach dem Emotionsforscher und Psychologen Paul Ekman ist Empathie kein Gefühl, sondern eine Reaktion auf das Gefühl eines anderen. Er unterscheidet zwischen kognitiver und emotionaler Empathie. Die kognitive Komponente beschreibt das richtige Erkennen des Gefühls des anderen. Bei der emotionalen Empathie können wir nicht nur erkennen, sondern auch fühlen, was unseren Mitmenschen bewegt. Von großer Relevanz bei dieser Unterscheidung ist, dass Emotionen angeboren sind und somit nicht gefördert werden können. Im Gegensatz dazu kann Empathie trainiert werden (vgl. Ekman, 2010; Ekman & Reiss, 2011).

Der Philosoph Max Scheler (1923) beschreibt eine wichtige Differenz in der Qualität von Einfühlung, die heute besonders im klinischen Kontext sehr großen Zuspruch findet. Er unterscheidet zwischen „Einfühlen“ und „Einsfühlen“. Zweitens sieht er als einen Zustand des Eins-Seins bzw. der Identifizierung mit dem anderen, dem der Prozess der Gefühlsansteckung vorausgeht. Im Gegensatz dazu geht es beim Einfühlen darum, dass man genau das fühlt, was sein Gegenüber empfindet mit dem Bewusstsein, dass dies nicht seine eigenen Emotionen sind. Diese Anschauung ist auch der Empathie-Definition inhärent (vgl. Eckert, 2001).

Zur besseren Veranschaulichung dient eine alte indianische Metapher, die besagt, dass man einen halben Mond lang in den Schuhen eines anderen gegangen sein muss, um seine Lage verstehen zu können. Und während man beim Mitgefühl mit den Emotionen des anderen so verbunden ist, dass man die Schuhe nicht mehr (leicht) ausziehen kann, ist es beim Einfühlen so, dass man sich bewusst ist, in welchen Schuhen man steckt (vgl. Baumgartner, 2007; Eckert, 2001).

Klinische Empathie

Eine der am weitesten verbreiteten Definitionen von Empathie ist jene vom Psychotherapeuten Carl Rogers (1959, 1991). Er versteht Empathie als das sich Hineinversetzen und Verstehen der Gefühle des anderen. Im klinischen Bereich wird diese Anschauung erweitert um die Fähigkeit, dieses Verstehen auch kommunizieren zu können. Es gibt viele unterschiedliche Definitionen zur klinischen Empathie, die jedoch oftmals die Gemeinsamkeit haben, dass sie die kognitive Seite betonen und auch eine Reaktion inkludieren. Eine dieser Definitionen von Empathie ist von Hojat (2007):

Empathy is a predominantly cognitive (rather than an emotional) attribute that involves an understanding (rather than feeling) of experiences, concerns and perspectives of the patient, combined with the capacity to communicate this understanding. (S. 80)

Die kognitive Komponente ist notwendig, um die Perspektiven und Probleme des Patienten bzw. der Patientin zu verstehen und diese auch mitteilen zu können. Die verschiedenen Definitionen betonen

jeweils andere Facetten von Empathie, so sehen Steward & Reynolds (2002) die Kommunikation dieses Verständnisses auch als eigene Handlung. Andere AutorInnen stellen jedoch Aspekte wie Umgebungsfaktoren, Persönlichkeitseigenschaften etc. in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und sehen dabei Empathie als eine Art Prozess (vgl. Preusche, 2013). Welche konkrete Definition in dieser Arbeit herangezogen wird, zeigt Kapitel 1.2.2.

Geschichte und Annahmen über Empathie

„Empathie ist ein Kunstwort, ein Neologismus mit einer kuriosen Geschichte“ (Körner, 1998, S. 3)

Edward Titchener, ein amerikanischer Psychologe, führt 1909 mit dem Wort *empathy* die englische Entsprechung von *Einfühlung* ein, was rückübersetzt als *Empathie* bezeichnet wird (vgl. Hanich, 2010). Dies macht er mit einer Anlehnung an das griechische „*empathia*“, d.h. „in(hinein)fühlen“ und einer bewussten Ähnlichkeit zum Wort „*sympathy*“. Im deutschsprachigen Raum wird der Begriff der Empathie von PsychologInnen in den 50er Jahren übernommen. Dies geschieht nicht zuletzt deswegen, weil der alte Begriff „Einfühlung“ mit sehr vielen (auch negativen) Konnotationen besetzt ist (vgl. Hanisch, 2010; Körner, 1998).

Theodor Lipps (1903, 1909) macht aus dem damals sehr philosophischen Begriff der Einfühlung einen psychologischen Terminus. Lipps erläutert in seiner Einfühlungstheorie (1903), dass Einfühlung bzw. Empathie eine Fähigkeit ist „Fremdseelisches“ richtig zu erkennen und wahrzunehmen (vgl. Eckert, 2001). Er befasst sich mit dem sogenannten motorischen Nachahmungszwang „*motor mimicry*“. Dabei geht es darum, dass wir beispielsweise beim Anblick eines weinenden Kindes eine Imitation des Zustandes des Kindes nachvollziehen, indem wir unsere Gesichtsmuskeln verändern (Mundwinkel nach unten ziehen etc.). In einem zweiten Schritt nehmen wir diese motorische Veränderung wahr und suchen dann in uns selbst den passenden Affekt, in diesem Fall Trauer (vgl. Eckert, 2001).

Auch Freud und die Psychoanalyse bedienen sich des Begriffs der Einfühlung. In der Psychoanalyse deckt sich der Begriff der Empathie mit dem Begriff Einfühlung. Freud rezipiert die Schriften von Theodor Lipps und übernimmt auch sein Einfühlungs-Konzept. In der psychoanalytischen Tradition gibt es eine lange Debatte zu diesem Thema. Es geht dabei um die Forderung an den Analytiker, den Ursprung der Gefühle klar entweder bei sich selbst oder seinem Gegenüber zu erkennen (Ist dieses Trauer-Gefühl mein eigenes Gefühl oder das meines Analysanden?) (vgl. Körner, 1998). Nach Körner (1998) ist die Antwort nicht klar, denn „einfühlen“ sagt bereits, dass man das Fremde im Eigenen erlebt. Eine Empathie-Theorie soll nach Körner (1998) erklären, wie es möglich ist, in einem Selbst die Emotionen eines anderen zu erfahren. Eine Voraussetzung dafür ist es jedoch, sich von der klaren Trennung zwischen der Selbstwahrnehmung und der Fremdwahrnehmung zu verabschieden. „Hier

zeigt sich, dass der theoretisch begründete Versuch, zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung zu unterscheiden, in eine Sackgasse führen muss“ (Körner, 1998, S. 1).

Die Verwirrung über die Begriffe von Empathie und Mitgefühl ist groß, da beide schwer zu trennen sind und oft vertauscht werden. Darum soll hier nochmals kurz zusammengefasst werden, dass es beim Mitgefühl um das Verstehen und um die eigene Wahrnehmung des Gefühls eines anderen geht, während sich Empathie davon abgrenzt, weil es sich mehr auf das Verstehen bezieht. Die Einfühlung ist der Empathie sehr ähnlich, inkludiert jedoch auch das Einfühlen in nicht lebendige Wesen. Beim Konzept der Einfühlung geht man davon aus, dass man sich auch in Objekte (Säulen, Steine etc.) einfühlen kann (vgl. Hanisch, 2010).

Empathie als komplexer psychologischer Prozess

Decety und Jackson (2004) sehen Empathie als ein komplexes Phänomen, an dem unterschiedliche psychologische Prozesse wie Beobachten, Gedächtnisleistung, Wissen und Schlussfolgern beteiligt sind. Zentral ist, dass Empathie nicht nur das Erkennen und Verstehen der Emotionen unserer Mitmenschen umfasst, sondern auch die affektive Erfahrung des emotionalen Zustandes einen wesentlichen Teil bildet. Decety und Jackson (2004) beschreiben drei wesentliche funktionelle Komponenten von Empathie, die immer alle notwendig sind, d.h. eine Komponente allein ist nicht ausreichend um empathisch zu sein. Diese Komponenten sind das Erkennen der Gefühle anderer, die Perspektiven-Übernahme und das affektive Nacherleben. Die Perspektiven-Übernahme ist die kognitive Komponente, während das Nacherleben die affektive Seite darstellt. Wichtig dabei ist, dass diese unterschiedlichen psychologischen Prozesse auch mit unterschiedlichen Gehirn-Arealen verbunden sind und zum Teil bewusst als auch unbewusst ablaufen (vgl. Lamm et al., 2007; Preusche & Lamm, 2015).

Empathie aus neuropsychologischer Perspektive

Forschungen auf diesem Gebiet untersuchen, was sich in unserem Gehirn abspielt, wenn wir mit anderen mitfühlen. Die meisten Studien, die sich mit Empathie auf neuronaler Ebene befassen, gehen von sogenannten *shared neuronal representations* aus. Dies besagt, dass wir ein geteiltes neuronales Netzwerk besitzen, welches uns bei der Beobachtung einer Person in einem gewissen emotionalen Zustand (z.B. beim Erleben von Schmerz) nicht nur ermöglicht eine neuronale Repräsentation dieses Zustandes zu entwickeln, sondern auch die somatischen und autonomen Empfindungen nachzuspüren. Anders ausgedrückt, wenn wir wissen wollen wie sich ein Mensch in einem bestimmten Zustand fühlt, so simulieren wir dessen Emotionen mit unserem eigenen affektiven Programm (vgl. Lamm et al., 2007).

Welche neuronalen Strukturen den unterschiedlichen Komponenten von Empathie zu Grunde liegen, soll hier nur verkürzt beschrieben werden. Der Prozess der Emotionserkennung wird mit den Strukturen Gyrus fusiformis, Orbitofrontaler Cortex, Gyrus temporalis superior und der Amygdala verbunden. Die kognitive Komponente dagegen mit dem anterioren midcingulären Cortex, Gyrus frontalis inferior, Temporo-Parientaler Übergangsregion und die affektive Komponente mit der Insula und Amygdala (vgl. Lamm et al., 2007). Die Studien zu Empathie untersuchen jedoch oft unterschiedliche Emotionen (Freude, Schmerz etc.), welche in differenzierten Bereichen des Gehirns neuronale Aktivitäten hervorrufen. Dies führt zu der Frage, welche Strukturen nun explizit der Empathie zugeordnet werden können. Eine Metaanalyse von Fanet al. (2011) zeigt, dass der linke dorsale anteriore midcinguläre Kortex (aMCC) eine Schlüsselstruktur für den kognitiven Part von Empathie darstellt, unabhängig davon, welche Emotion gezeigt wird. Die Aktivität in der bilateralen anterioren Insula wird dabei eher dem affektiven Anteil an Empathie zugeschrieben. In Bezug auf die Emotion Schmerz zeigt Lamm et al. (2011), dass die bilaterale anteriore Insula, der anteriore mediale und der posteriore zinguläre Kortex wichtige Bereiche sind. Diese Metaanalyse von Lamm et al. (2011) weist eine partiäre Übereinstimmung mit der Metaanalyse von Fanet et al. (2011) auf.

Auch geben die neurowissenschaftlichen Studien einen Anlass zu der Vermutung, dass es einen Gender-Unterschied bei empathischen Reaktionen auf neurologischer Ebene gibt. Rueckert und Naybar (2008) stellen bereits fest, dass es eine Gender-Differenz in Bezug auf die empathische Selbstdarstellung gibt, doch wurden erst jetzt auch Hinweise für die unterschiedliche Verarbeitungsweise auf neuronaler Ebene gezeigt. Frauen aktivieren eher emotionsassoziierte Regionen (z.B. Amygdala), während Männer eine vermehrte Aktivität im kognitionsbeteiligten Areal (z.B. der temporoparietal Übergangsregion) aufweisen. Des Weiteren demonstrieren Singer et al. (2006), dass Frauen eine neuronale Aktivierung in schmerzassoziierten Bereichen des Gehirns aufweisen, wenn den TeilnehmerInnen eines Experiments ein milder Elektroschock verabreicht wird, auch wenn diese zuvor ungerecht gespielt haben. Bei den Männern kann diese empathische Reaktion nicht nachgewiesen werden, im Gegenteil, durch die scheinbare Bestrafung für das unfaire Verhalten, zeigt sich eine Aktivität in jenen Arealen, die auch bei Belohnungen aktiviert werden. Dies lässt die Vermutung zu, dass Frauen und Männer unterschiedliche empathische Verarbeitungsstrategien nutzen. Eindeutigkeit ist allerdings nicht gegeben, denn schließlich kann in der Metaanalyse von Lamm et al. (2011) kein Gender-Effekt nachgewiesen werden.

Erst in den letzten Jahrzehnten widmet sich die experimentelle Neurowissenschaft intensiver dem Thema Empathie. Forschungen dazu bringen dabei zwei sehr praxis-relevante Erkenntnisse: Zum einen ist die neuronale Aktivität in etwa dieselbe, wenn wir eine eigene Emotion spüren oder wenn

wir mit einem anderen Menschen mitfühlen. Zum anderen zeigen Forschungsergebnisse, dass diese empathische Reaktion bewusst und auch unbewusst verändert werden kann (Lamm et al., 2007). Dies impliziert, dass der Mensch das Steuer in der Hand hat und entscheiden kann, wie viel Empathie er oder sie zeigen will. „These findings support the view that humans` responses to the pain of others can be modulated by cognitive and motivational processes (...)“ (Lamm et al., 2007, S. 56). Kontrolle über das Mitschwingen mit den Emotionen anderer ist deshalb von großer Wichtigkeit, weil ein Zuviel bzw. ein Zuwenig an Empathie gravierende Auswirkungen haben kann. Lamm et al. (2007) zeigen, dass zu wenig Aufmerksamkeit für den Mitmenschen das Aufkommen von Empathie unterbindet. Demgegenüber kann jedoch ein Zuviel an Empathie eine aversive Reaktion hervorrufen. „Whether observation of distress in others leads to empathic concern and altruistic motivation, or to personal distress and egoistic motivation, seems to depend upon the capacity for self-other differentiation and cognitive appraisal“ (Lamm et al., 2007, S. 42). Die aversive Reaktion geht einher mit einer neuronalen Aktivität, die in Arealen stattfindet, welche auch bei negativem Stress (Distress) und bei Rückzugstendenzen betroffen sind. Von großer Relevanz für das Verhindern einer aversiven Reaktion ist dabei, wie sehr man zwischen den eigenen Gefühlen und denen des anderen unterscheiden kann und wie man diese bewertet (Lamm et al., 2007). „Indeed, in order for the subjective experience to be labeled empathy, the observer must recognize that the emotion she/he is experiencing is a response to the other`s emotional state“ (Lamm et al., 2007, S. 56).

Trainierbarkeit von Empathie

Ist Empathie erlernbar bzw. trainierbar? Die Antworten darauf sind nicht immer eindeutig, jedoch kann prinzipiell gesagt werden, dass „[...]die Bemühungen im Rahmen der Lehre im Medizinstudium zur Vermittlung von Empathie [...] die grundsätzliche Frage nach der Trainierbarkeit von Empathie mit ja beantworten lassen“ (Preusche, 2013, S. 7). Betrachtet man Empathie als eine spezifische Technik der Gesprächsführung wie etwa aktives Zuhören so wird eher die kognitive Komponente betont. Das impliziert, dass diese auch trainierbar ist. Im Gegensatz dazu kann Empathie auch als grundlegende Haltung eines Menschen gesehen werden, wodurch mehr die affektive Seite hervorgehoben wird. Aus dieser affektiven Perspektive wird Empathie nicht als eine „einfach“ zu erlernbare Technik gesehen, sondern als eine grundlegende Einstellung (vgl. Preusche, 2013; Preusche & Lamm, 2015). Sieht man Empathie als kognitive Technik, so lässt sie es zu, dass diese auch zu einem gewissen Grad kontrolliert eingesetzt bzw. nicht eingesetzt werden kann. In diesem Zusammenhang ist die Angst vor Distanzverlust zu sehen, welche somit gezielt unterbunden werden kann, weil eine empathische Reaktion bewusst gezeigt wird (vgl. Preusche, 2013).

Wieso aber ist es wichtig Empathie zu lernen und zu lehren? Die Gründe dafür sind vielfältig. Zum einen sollten die Studien-Ergebnisse rund um die positiven Auswirkungen von empathischen

ÄrztInnen auf deren PatientInnen und auf ihre eigene Berufszufriedenheit schon Grund genug sein, sich intensiv mit Empathie auseinander zu setzen (vgl. Winefield & Chur-Hansen, 2000). Die positiven Effekte, die empathisches Verhalten von ÄrztInnen auf das Gesundheitsverhalten von PatientInnen haben, sind weitreichend, weshalb es nahe liegt, Empathie zu forcieren. Dafür ist es notwendig, die dahinterliegenden Motive, welche das klinische Personal dazu bewegt überhaupt empathisch zu handeln, zu erforschen. Hinzu kommt auch, dass Empathie, wie bereits erwähnt, als Schlüsselkompetenz des professionellen Medizinpersonals gesehen wird und somit im Medizin-Curriculum verankert sein sollte (vgl. Preusche, 2013).

Wie sieht ein Training von Empathie aus?

In der Literatur sind zu diesem Thema viele unterschiedliche Ansätze zu finden. Angefangen von gezielten „Technik-Trainings“ bezogen auf die Kommunikation bis hin zu Methoden, welche die Haltung stärken, verändern oder weiterentwickeln. Dazu gehören auch Übungen, die sich nicht explizit auf die Gesprächsführung beziehen, sondern allgemeinerer Natur sind, wie das Erfahrung sammeln im Zuge einer selbsterlebten und reflektierten Hospitalisierung oder eines narrativen Trainings. Es wird somit klar, dass vor einem Training einige grundlegende Überlegungen gemacht werden müssen. Nach Preusche (2013) sollten dabei besonders zwei Fragen geklärt werden:

1. Welche Komponenten von Empathie sollen trainiert werden? 2. Wie wird der Erfolg gemessen?

Als ein konkretes Beispiel soll hier die Medizinische Universität Wien erwähnt werden. An dieser werden im Rahmen der Sozialen Kompetenz-Line im ersten Studiensemester erste Akzente gesetzt, um mit Hilfe des narrativen Ansatzes Empathie zu trainieren (erster Kontakt mit pflegebedürftigen Personen und Selbsterfahrung durch Reflexion). In den darauffolgenden Studienjahren (2., 3., und 4.,) werden in den Gesprächsführungs-Lines und in Wahlfächern technikbasierte und haltungsfördernde Trainingsarten gewählt (vgl. Preusche, 2013).

Positive und negative Effekte von Empathie

Wenn es um Effekte von Empathie im klinischen Kontext geht, dann sollte bedacht werden, dass es schwierig ist, diese von anderen mit hineinspielenden Faktoren wie der generellen ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung oder der Kommunikationskompetenz des Arztes bzw. der Ärztin zu trennen. Es gibt viele Untersuchungen, die eine Verbindung zwischen der generellen ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung und dem klinischen Outcome zeigen, jedoch nur sehr wenige, welche explizit die Effekte von Empathie überprüfen. „(...) empirical data supporting the association between physicians' empathy and tangible clinical outcomes are difficult to find“ (Hojat et al., 2011, S. 359).

Neumann et al. (2009) hat in diesem Zusammenhang eine Methode entwickelt, um explizit die Effektivität der empathischen Gesprächsführung zu bewerten und zu überprüfen. Demnach werden

die empathischen Effekte in zwei Kategorien unterteilt. Und zwar in affektiv-orientierte Effekte, welche sich auf das emotionale Befinden der Patienten beziehen und in kognitiv-orientierte Effekte (z.B. größerer Informationserhalt durch die PatientInnen) (vgl. Preusche, 2013).

Auswirkungen auf PatientInnen

Im Folgenden werden einige konkrete Effekte von Empathie im klinischen Setting beschrieben. Wie bereits erwähnt, ist zu beachten, dass die Messinstrumente und die Definitionen von Empathie dabei nicht immer dieselben sind. Durch eine empathische ärztliche Zuwendung werden PatientInnen veranlasst mehr und detaillierter über ihre Symptome und Sorgen zu erzählen (Squier, 1990, Coulehan et al., 2001, Maguire et al. 1996, Beckman & Frankel, 2003, Neumann et al. 2008). Dies trägt wahrscheinlich auch zu einer genaueren Diagnostik bei, deren Verbesserung durch die empathische Beziehung auch in Studien untersucht wurde (Coulehan et al., 2001, Beckman & Frankel, 2003, Larson & Yao, 2005, Halpern, 2001). Einige Autoren (Mercer & Reynolds, 2002, Kim, Kaplowitz & Johnston, 2004) zeigen, dass dadurch die Patienten eine erhöhte Partizipation und Aufklärung aufweisen. Auch wird festgestellt, dass durch eine empathische Kommunikation die Zufriedenheit und Compliance bei den Patienten steigt (Roter et al., 1997, Nightingale, Yarnold & Greenberg, 1991). Schließlich kommen mehrere ForscherInnen zu dem Ergebnis, dass auch die Depressionsrate sinkt, wodurch die Lebensqualität verbessert wird (vgl. Neumann et al. 2012).

In vielen Empathie-Studien werden die Effekte von Empathie oft mittels der Zufriedenheit auf PatientInnen-Seite überprüft. Dies erfolgt mit Hilfe von Selbsteinschätzungsbögen. Hojat et al. (2011) und Rakel et al. (2011) können jedoch nachweisen, dass Empathie nicht nur zu einer subjektiv wahrgenommenen Verbesserung führt, sondern auch messbar bessere Werte z.B. konstanter Blutzucker-Spiegel, erzielt werden (vgl. Preusche, 2013). Die Studie von Rakel et al. (2009) zeigt sehr schön, welchen Einfluss die ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung auf die Dauer und den Schweregrad der Erkrankung des Patienten hat:

A review of CARE scores measuring the effects of empathy in the clinical encounter found that perfect scores predicted the duration of subsequent illness (...) When stress and optimism were included, a perfect CARE score was still associated with a shorter cold and less severe symptoms (S. 5).

Auch besteht laut Rakel et al. (2009) eine Verbindung zwischen der Stärke des Immunsystems und der hohen Empathie-Ausprägungen des behandelnden Arztes. Dies wurde mittels Interleukin 8, eines körpereigenen Botenstoffes, der Entzündungen einleitet und in den nasalen Sekreten zu finden ist, gemessen (vgl. Rakel et al., 2009).

Auswirkungen auf MedizinerInnen

Dass das Vorhandensein von Empathie im ÄrztInnen-PatientInnen -Setting positive Auswirkungen mit sich bringt, wird durch viele Studien bestätigt. Die positiven Effekte betreffen nicht nur die PatientInnen und den therapeutischen Erfolg. Auch die Behandelnden selbst profitieren davon, weil erste Untersuchungsergebnisse darauf hinweisen lassen, dass Empathie im klinischen Setting einem Burn-Out entgegenwirken kann (vgl. Brazeau, Schroeder, Rovi, & Boyd, 2010; Neumann, 2012).

Negative Effekte von Empathie sind ebenfalls zu erwähnen und beziehen sich hauptsächlich auf die Gefahr eines „Zuviel an Empathie“. Ein zu empathisches Auftreten könnte demnach dazu führen, dass die Handlungsfähigkeit der Ärzteschaft beeinträchtigt wird. Sich zu sehr emotional auf den Patienten bzw. die Patientin einzulassen, wird somit innerhalb der Medizin als bedenklich erachtet. Mit der damals beschriebenen *emotionalen Neutralität* von Osler wird bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts ein Konzept entwickelt, welches es ermöglicht, sich professionell abzugrenzen bzw. neutral zu bleiben. Damals ging es um die kognitive Vorbereitung bzw. Kontrolle, einen Kadaver ohne Ekel zu sezieren. Dieses Konzept wurde dann auch auf die Gesprächsführung umgelegt, was bedeutet dass auch in diesem Setting eine Distanz gefordert wird (vgl. Preusche, 2013; Preusche & Lamm, 2015).

Obwohl diese Sichtweise heutzutage wieder abgeschwächt scheint, lässt sich die Annahme, dass Empathie rein kognitiv wäre, wohl auch darauf zurückführen, dass dies scheinbar weniger Gefahren bietet, als eine affektive Definition von Empathie (vgl. Halpern, 2012) (Preusche, 2013, S. 8).

Messbarkeit von Empathie

Auf die Frage, ob und wie sich Empathie messen lässt, soll in diesem Subkapitel Bezug genommen werden. Aufgrund der Tatsache, dass es verschiedene Definitionen und Ansätze von Empathie gibt, ist es auch nicht weiter verwunderlich, dass dazu auch unterschiedliche Messmethoden entwickelt wurden. Somit wird auch deutlich, dass sich die Wahl der Methode nach dem Konzept bzw. der Definition von Empathie richten sollte (vgl. Preusche, 2013). Die Methoden lassen sich grob in drei Kategorien unterteilen. Es gibt erstens die Selbst- und Fremdeinschätzung mittels Fragebogen, zweitens die Verhaltensbeobachtung und drittens kann die Messung physischer Reaktionen (Hautleitwiderstand, Herzschlagrate etc.) als eine korrekte Messmethode angesehen werden (vgl. Preusche, 2013). Welche Methode nun in der Praxis gewählt werden soll, hängt somit von bestimmten Voraussetzungen (z.B. vom Konzept oder der Zielgruppe etc.) ab. Nach Preusche (2013, S. 5) können dabei folgende Fragen zur Klärung der adäquaten Methode helfen:

1. Welches Konzept wird mit dem Messverfahren valide gemessen?
2. Für welche Zielgruppe wurde das Verfahren entwickelt bzw. normiert (z.B. Allgemeinbevölkerung, Medizinstudierende, Ärzte, ...)?

3. Aus welcher Perspektive wird die Empathie im Verfahren beurteilt? Handelt es sich um eine Selbsteinschätzung oder eine Fremdeinschätzung (z.B. durch einen Beobachter oder durch einen Patienten)?

4. Wie gut sind die psychometrischen Kriterien des Verfahrens?

Die Fragebogen-Methode kann für die Erfassung aller Konzepte von Empathie eingesetzt werden, jedoch ist die Verfälschung der Ergebnisse oft nicht kontrollierbar. Die folgende Tabelle 1 fasst diese Messinstrumente und deren Besonderheiten gut zusammen (entnommen aus Preusche, 2013, S. 5).

Tabelle 1

Empathie-Messinstrumente

Testname	Original-version	Definition	Perspektive	Items	Population	Deutschsprachige Version
Interpersonal Reactivity Index (IRI)	Davis (1983)	kognitiv und affektiv	Selbst-Einschätzung	Statements	Allgemeinbevölkerung	Paulus (2009)
Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)	Hojat et al. (2002)	kognitiv	Selbst-Einschätzung	Statements	Ärzte/Ärztinnen ; Medizinstudierende	Preusche and Wagner-Menghin (2012)
The Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure	Mercer et al. (2004)	kognitiv und affektiv	Fremdeinschätzung - Patienten	Fragen	Ärzte/Ärztinnen	Neumann et al. (2008)
Empathic Communication System (ECCS)	Bylund and Makoul (2002)	Verhalten (eher kognitiv)	Beobachter-Auswertung	Antwort des Arztes auf „empathic opportunities“ des Patienten	Ärzte/Ärztinnen	---

Bei der Verhaltensbeobachtung werden bestimmte zuvor definierte und festgelegte Verhaltensweisen auf ihre Qualität, Häufigkeit etc. überprüft und nach Auswertungsrichtlinien interpretiert. Das *Empathic Communication System* [ECCS] von Bylund & Makoul (2002, 2005) ist eines dieser Beobachtungsmethoden, bei der die ÄrztInnen-PatientInnen-Gesprächssituation hinsichtlich *empathic opportunities* bewertet wird. Diese *empathic opportunities* sind Gelegenheiten bzw. sogenannte Fenster, die vom Patienten erzeugt werden, wie z.B. Aussagen über Emotionen (Ängste, Sorgen etc.) auf welche die Ärzteschaft reagieren kann. Ob und in welcher Weise diese Gelegenheiten wahrgenommen werden und ob auch darauf reagiert wird, kann durch den ECCS erfasst und beurteilt werden. ForscherInnen, welche sich im Gegensatz dazu der Erfassung affektiver Aspekte von Empathie widmen, arbeiten oft mit biomedizinischen Parametern oder auch mit bildgebenden Verfahren wie MRT (vgl. Preusche, 2013; Preusche & Lamm, 2015).

Gender-Unterschiede

Es ist wichtig herauszufinden, welche Individuen am meisten dazu neigen bzw. gefährdet sind, ihr empathisches Verhalten zu minimieren bzw. an Burn-Out oder anderen stress-bedingten Störungen zu erkranken. Eine Studie von Neumann (2012) geht dieser Frage nach und stellt fest, dass es hier einer differenzierten Anschauung bedarf. Empathie hat, wie oben erwähnt, zahlreiche Facetten und kann anhand unterschiedlicher Konzepte beschrieben werden. Der Interpersonal Reactivity Index (IRI) ist eine Möglichkeit und misst vier unterschiedliche mentale Strategien von Empathie. Neumann (2012) kann damit Gender-Effekte nachweisen, "In a t-test we found that female students assessed their level of empathy to be higher in the dimensions of fantasy ($p = .000$) and personal distress ($p = .002$) and a little bit higher, but not significantly, in the empathic concern dimension ($p = .091$)" (S. 7). Die Perspective-Taking-Scale ist eine Skala, die die Tendenz misst, sich gedanklich in die Lage anderer zu versetzen, die Fantasy-Scale, erhebt die Tendenz, sich in die Lage von Figuren aus Romanen und Filmen zu versetzen. Die Empathy-Concern-Scale misst die Tendenz, sich um die Gefühle und Bedürfnisse von andern zu kümmern. Die Personal-Distress-Scale misst die Tendenz, sich in sozial schwierigen Situationen unwohl oder gestresst zu fühlen. Nach dieser Studie (Neumann et al., 2012) können somit Frauen äußeren Stressoren weniger resilient begegnen als Männer. Die Ergebnisse von Gleichgerrcht und Decety (2013) zeigen auch einen Gender-Unterschied in Bezug auf die emotionale Betroffenheit. „[...] women physicians were similar in terms of reported personal distress and perspective taking, women displayed significantly higher levels of empathic concern than men“ (Gleichgerrcht & Decety, 2013, S. 9). Auch wenn die beiden Studien unterschiedlich sind, lassen sie jedoch die Vermutung zu, dass es prinzipiell Gender-Unterschiede gibt, die nicht zwangsläufig auf das Geschlecht zurückgeführt werden müssen, sondern auch andere Ursachen haben können z.B. soziales Umfeld (vgl. Gleichgerrcht & Decety, 2013).

Rückgang von Empathie

Es gibt einige Studien, die einen Rückgang von selbsteingeschätzter Empathie in der medizinischen Ausbildung und Praxis verzeichnen. Die Gründe für die Abnahme scheinen vielfältig. Nach Neumann et al. (2011) gibt es dafür jedoch zwei Hauptfaktoren, nämlich die „Clinical Practice“ und „Distress“. Der Faktor „Clinical Practice“ umfasst dabei die ersten Erfahrungen der Studierenden mit dem klinischen Alltag und mit den PatientInnen. Dabei werden die StudentInnen sowohl mit Themen wie der eigenen Vulnerabilität als auch mit einem zunehmenden Verantwortungsgefühl konfrontiert. Die Vulnerabilität wird verursacht durch die Konfrontation mit Tod, Schmerz und Leid. Dieses Gefühl der eigenen Verwundbarkeit kann nach Chen et al. (2007) zur Reduktion von Empathie führen, wenn es damit einhergeht, dass zu Beginn des Studiums Idealismus, Enthusiasmus und Humanität noch stark ausgeprägt sind. Diese Ideale verschwinden oft, sobald die Studierenden mit dem klinischen Alltag

konfrontiert werden, da dieser oft charakterisiert ist durch schwere Krankheit und Tod. Es wird vermutet, dass die Studierenden ihren Aufmerksamkeitsfokus umlenken, nämlich weg von der Humanität hin zu anderen Aspekten der Medizin wie der Technologie und Objektivität (vgl. Hojat et al. 2004; Chen et al. 2007). Eine weitere kritische Erfahrung während der ersten Praxis-Phase kann die zunehmende Verantwortung sein, welche Studierende übernehmen und welche oft verbunden ist mit unrealistischen Erwartungen. „[...] that medicine can always cure and that there is always “a right thing” to do“ (Neumann et al. 2012, S. 999). Eine mögliche Coping-Strategie in diesem Zusammenhang ist die Reduktion von Mitgefühl. Dies impliziert oft eine Abwendung vom Patienten bzw. von der Patientin hin zu einer größeren Aufmerksamkeit auf Daten, Berichte, Organe etc. (vgl. Neumann et al., 2012).

Neben dem Faktor „Clinical Practice“ kann auch der negative Stress, welchen Medizin-StudentInnen während ihrer Ausbildung erfahren, eine Ursache für den Rückgang an Empathie darstellen. „Studies that investigated distress (e.g., burnout, low sense of well-being, reduced quality of life, depression) identified it as a factor with significant influence on self-assessed empathy in medical students and residents“ (Neumann et al., 2011, S. 999). Die Auswirkungen von negativem Stress sind groß und beeinflussen nicht nur das empathische Verhalten, weshalb es relevant ist über dessen Auslöser Bescheid zu wissen.

Einige wichtige Ergebnisse sollen hier kurz zusammengefasst werden. Neumann et al. (2011) führen als eine mögliche Ursache für den Rückgang an Empathie bei den angehenden Medizinerinnen und Medizinern eine schlechte Behandlung durch MentorInnen oder Superiors an (vgl. auch Hojat et al., 2004; Newton et al., 2008; Thomas et al., 2007; Stratton et al., 2007). Ferner könnte es den Studierenden an sozialer Unterstützung mangeln, z.B. zu wenig Kontakt zu ihrer Familie und Peer-Group (vgl. Hojat et al., 2004, Stratton et al., 2007, Bellini, Baime & Shea, 2002). Des Weiteren könnte auch ein zu hohes Arbeitspensum die Ursache dafür sein (zu viele Arbeitsstunden, zu wenig Schlaf, keine adäquate Entspannung etc.) (vgl. Chen et al., 2007, Bellini, Baime & Shea, 2002; Stratton et al., 2007). Schließlich sehen auch einige AutorInnen den Grund in den formalen bzw. informellen Curricula-Aspekten, z.B. dass die Studierenden zu wenig Zeit mit dem Patienten bzw. der Patientin verbringen können, wodurch es kaum möglich ist, eine gute ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung aufzubauen. Dies bezieht sich auf inadäquate Lernbedingungen, welche auch in den Studien von Chen et al. (2007) und Newton et al. (2008) als mögliche Ursache angeführt wurden. Besonders in der Studie von Newton et al. (2008) wird der Umgang mit den Studierenden, der als „medical students’ being treated like immature human beings“ beschrieben wird, als ein Mitgrund angeführt. Schließlich ist auch das inadäquate Rollen-Modell eine mögliche Ursache. In den Medien wird oft eine stark idealisierte Sicht auf die Medizin gezeigt, die dazu führt, dass Studierende unrealistische

Erwartungen gegenüber dem Verhalten von ÄrztInnen kreieren, wodurch schließlich das Rollen-Modell nicht mit der Realität übereinstimmt (vgl. Hojat et al., 2004; Hojat et al., 2009; Newton et al., 2008; Stratton et al. 2008). In der Studie von Hojat et al. (2009) wurde des Weiteren ein elitärer Denkstil als mögliche Ursache beschrieben. Diesen AutorInnen zur Folge gibt es Studierende, die sich als Mitglied einer Elite bzw. privilegierten Gruppe sehen, welche kognitiv somit eine rationale Distanz zu den PatientInnen bildet. Wieder andere ForscherInnen wie Austin et al. (2007) und West und Shanafelt (2007) sehen bestimmte Persönlichkeitsunterschiede als die Ursache des Rückgangs an Empathie bei der angehenden Ärzteschaft. Diese Ergebnisse wirken sehr vielfältig, West und Shanafelt (2007) sehen jedoch vor allem die negativen Erfahrungen mit dem „Hidden Curriculum“, welche vermutlich besonders dazu beitragen, dass sich die Empathie-Einstellung ändert (vgl. Neumann et al., 2011).

In der klinisch-praktischen Phase gibt es zahlreiche mögliche Auslöser von Stress, unter anderem auch ein „Zuviel an Empathie“. Empathie oder Mitgefühl kann entweder altruistisches Verhalten (z.B. einen anderen helfen) oder auch aversives Verhalten (z.B. emotionaler Rückzug) hervorrufen (Lamm et al., 2007). Wenn Empathie dazu führt, dass man zu sehr involviert ist, kann dieser Stress eine Coping-Strategie darstellen, dessen Ziel Selbstschutz ist. Es gibt eine kürzlich veröffentlichte Längsschnitt-Studie, die besagt, dass Empathie nicht über die Jahre hinweg abnimmt, sondern in Zusammenhang mit dem persönlichen Wohlbefinden steht. „Self-assessed empathy in adults did not decline with age but was associated with positive wellbeing (e.g. life satisfaction) and a positive social interaction profile (e.g. a positive relationship with others)“ (Neumann et al., 2011, S. 999).

Die doch sehr unterschiedlichen Ergebnisse der Studien zeigen jedoch fast durchgehend, dass die Empathie besonders in jener Phase abnimmt, die durch vermehrte Praxis und PatientInnen-Kontakt charakterisiert ist. “Nearly all of the studies in our review showed that empathy declines significantly on entering the clinical practice phase of training and with increased contact with patients” (Neumann et al. 2011, S. 999). Jedoch scheint in dieser Phase nicht nur Empathie abzunehmen, parallel dazu ist das Ansteigen von Zynismus beobachtbar (vgl. Hojat et al. 2009; Newton et al. 2011; Neumann et al. 2011). Auch wenn vielerlei Ursachen für die Empathie-Abnahme gefunden wurden, so sind diese noch nicht vollständig geklärt, weshalb neue Untersuchungen in diesem Bereich zur Aufklärung beitragen könnten. “Future research on educational interventions to foster empathy may benefit from a greater understanding of this decline: its causes, prevalence, mitigating factors, and other features” (Stephien, 2006, S. 525).

Relevanz von Empathie

Es gibt verschiedene Kompetenzen, welche Ärzte und Ärztinnen auf ihren Weg zur Professionalisierung erwerben müssen. Dabei wird auch Empathie als wesentlicher Teil gesehen, wie im Accreditation Council for Graduate Medical Education (2004) zu lesen ist. Doch wie sehen dies die zukünftigen MedizinerInnen? Wie wichtig ist Empathie für sie selbst? Eine Studie von Von Schmädell und Götz (2002) untersucht das Arzt-Ideal und damit auch die subjektive Relevanz von Empathie und zeigt, dass „Although empathic behavior was also considered to play an important role, it ranked lower than competence and attentiveness“ (Neumann et al., 2012, S. 3). Neumann et al. (2012) untersucht in einer Studie mittels der deutschen Übersetzung des *Jefferson Scale of Physician Empathy*, ob sich Medizin-Studierende in Bezug auf die Einstellung und Bewertung von Empathie von Studierenden anderer Studienfächer unterscheiden. Die Ergebnisse zeigen, dass es keinen signifikanten Gesamtunterschied gibt, auch wenn einzelne Items signifikant ausgeprägt waren. Bei der Evaluierung der eigenen empathischen Eigenschaften mittels des *Interactivity Reaction Scale* konnte ebenfalls kein Unterschied aufgezeigt werden, was bedeutet, dass sich Studierende anderer Studienfächer genauso empathisch beschreiben wie angehende MedizinerInnen (vgl. Neumann et al., 2012).

1.3 Definition und Operationalisierung von Empathie

Empathie wird in unterschiedlichen Disziplinen erforscht und verfügt (nicht nur deshalb) über zahlreiche Definitionen (vgl. Pedersen, 2009). Es gibt in der Empathie-Forschung sogar eine größere Unstimmigkeit darüber was Empathie ist, als eine Übereinstimmung (vgl. Preusche, 2013; Stepien, 2006).

Welche Definition von Empathie in der vorliegenden Untersuchung verwendet wird und warum, soll hier näher beschrieben werden. Die Festlegung auf ein umschriebenes messbares Phänomen wird in der empirischen Wissenschaft als Operationalisierung bezeichnet. ForscherInnen in diesem Bereich sehen sich mit verschiedensten Problemen konfrontiert (vgl. Pedersen, 2009, Hojat, 2007 & Stepien, 2006), da eine Unterscheidung zwischen der Einstellung zu empathischem Verhalten und empathisches Verhalten an sich oft vernachlässigt wird. Ferner bezieht sich die Vielzahl an Erhebungsmethoden keinesfalls immer klar auf eine bestimmte Definition von Empathie. Des Weiteren fehlt es den Interventionen zur Steigerung von Empathie manchmal an einem soliden theoretischen Unterbau (vgl. Hojat, 2007 & Stepien, 2006).

In dieser Untersuchung wird somit besonderes Augenmerk auf eine präzise Definition und Operationalisierung der verwendeten Termini sowie auf die theoretische Begründung der Erhebungsmittel der Theorie des geplanten Verhaltens gelegt.

Das empathische Verhalten von Medizin-Studierenden wird in dieser Arbeit als die Reaktion (verbal und/oder non-verbal) auf die direkte und deutliche Aussage von Patienten über deren Gefühle, ihre Genesungsfortschritte und Herausforderungen definiert (vgl. Bylund & Makoul, 2005, S. 124).

Eine der Forderungen bei dieser Erhebung mittels der Theorie des geplanten Verhaltens ist, das zu untersuchende Verhalten ganz genau zu beschreiben. „The target behaviour should be defined carefully in terms of its Target, Action, Context and Time (TACT)” (Francis et al., 2004, S. 8). Dies wird somit wie folgt umgesetzt:

- Target: Studierende des zweiten und vierten Studienjahres der Medizinischen Universität Wien.
- Action: Die selbsteingeschätzte empathische Reaktion auf eine direkte und deutliche Aussage von Schauspiel-PatientInnen über deren Gefühle, Fortschritte oder Herausforderungen.
- Context: Im Rahmen der Ausbildung (konkret in Gesprächsführungsübungen) machen die Studierenden ihre ersten Erfahrungen mit Schauspiel-PatientInnen.
- Time: Während der Ausbildung (z.B. in Praktika oder in Übungen) werden viele PatientInnen-Gespräche oder Schauspiel-PatientInnen-Gespräche geführt.

Das empathische Verhalten wird hier als eine globale Reaktion auf verschiedene Stimuli beschrieben. Man könnte dies natürlich noch weiter eingrenzen und spezifizieren. Jedoch sind globale Beschreibungen in einer Erhebung mit der Theorie des geplanten Verhaltens möglich und unproblematisch solange das *principle of compatibility* (Fishbein, 1967) beachtet wird. Dies bedeutet, dass in einem Fragebogen nicht bei einem Item nach einem spezifischen Verhalten gefragt wird während ein anderes Item ein globales Verhaltensniveau verlangt. Dies wird in dieser Untersuchung berücksichtigt (vgl. Francis et al., 2004).

2 EMPIRISCHER TEIL

In diesem Teil der Arbeit werden die Forschungsfragen und Forschungshypothesen dargestellt. Danach wird auf die Messmethoden (NEO-FFI, Pilot-Fragebogen und TPB-Fragebogen) näher eingegangen. Die statistischen Verfahren und das Design folgen schließlich in den letzten beiden Unterkapiteln.

2.1 Forschungsfragen

Es soll untersucht werden, ob die Theorie des geplanten Verhaltens dazu beitragen kann, die Intention von empathischem Verhalten vorherzusagen. Für diese Arbeit wurde daher ein qualitativer

Fragebogen zur Erhebung grundlegender salienter Überzeugungen wie Verhaltensüberzeugung, Normüberzeugung und Kontrollüberzeugung von Empathie entwickelt. Ferner wurde ein quantitativer Fragebogen zur Messung der direkten und indirekten Einstellungskomponenten wie Intention, Einstellung zum Verhalten, Subjektive Norm und Wahrgenommene Verhaltenskontrolle konstruiert.

Ziel der Arbeit ist es, zu erheben, welche der drei salienten Komponenten, nämlich die Verhaltensüberzeugung, Normüberzeugung und die Kontrollüberzeugung, den größten Einfluss auf die Intention hat, um diesbezüglich Aufschluss zu erhalten, auf welchen Bereich in zukünftigen Interventionen der Fokus gelegt werden soll. Es wird erwartet, dass sich das Modell zur Vorhersage eignet.

Zusätzlich wird überprüft, ob es Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Studierenden in Bezug auf ihre salienten Überzeugungen gibt. Einige Studien (Bylund & Makoul, 2002; Roter et al., 2002) zeigen, dass sich männliche und weibliche ÄrztInnen in der Art und Weise unterscheiden, wie sie mit den PatientInnen kommunizieren. Beispielsweise verwenden Ärztinnen vermehrt positive nonverbale Kommunikationssignale und sie verweilen auch im Durchschnitt längere Zeit bei ihren PatientInnen (vgl. Bylund & Makoul, 2002; Roter et al., 2002).

Des Weiteren soll untersucht werden, ob auch die Persönlichkeit der Medizinstudierenden neben den drei TPB-Komponenten einen Einfluss auf die Intention zum empathischen Verhalten hat. Der Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit und dem beruflichen Erfolg von MedizinerInnen ist gut erforscht. Gewissenhaftigkeit und Empathie sind die zwei Eigenschaften, welche am höchsten mit dem klinischen Outcome korrelieren (vgl. Hojat et al., 2013). Nach einer Studie von Magalhães et al. (2012), welche den Zusammenhang zwischen Empathie (Jefferson Scale of Physician Empathy) und den Persönlichkeitseigenschaften (NEO-FFI) untersucht, zeigt sich, dass Verträglichkeit und Offenheit in Verbindung mit Empathie stehen. Die Frage ist nun, ob die Persönlichkeit (besonders Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit und Offenheit) auch wesentlich zur Vorhersage der empathischen Absicht beitragen kann. Dazu wird das NEO-Fünf Faktoren Inventar [NEO-FFI] nach Costa und McCrae (Borkenau & Ostendorf, 1993) verwendet. Es handelt sich dabei um einen Fragebogen, der die individuellen Merkmalsausprägungen in den fünf Persönlichkeitsfaktoren Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit erfasst. Nach Ajzen (1991) stellen die Persönlichkeitsmerkmale und die demographischen Variablen sogenannte Background-Faktoren dar, die indirekt über die drei Einstellungskomponenten miteinfließen und so ihren Einfluss auf die Intention eines Verhaltens ausüben.

Schließlich soll überprüft werden, ob es einen Studienjahrkohorten-Unterschied gibt, der neben den drei TPB-Komponenten einen Einfluss auf die Verhaltensintention hat. Wie in dieser Arbeit bereits erwähnt, gibt es einige Studien, die über eine Abnahme von empathischem Verhalten in der

medizinischen Ausbildung und Praxis berichten (vgl. Hojat et al., 2009; Neumann et al., 2011; Newton et al., 2008; a.Colliver et al., 2010; Hojat et al., 2010; Sherman & Cramer, 2010). Des Weiteren ist es auch interessant, ob sich die Studierenden des zweiten und des vierten Jahres in ihren salienten Überzeugungen unterscheiden. Zusammenfassend ergeben sich somit folgende Forschungsfragen:

Allgemeine Forschungsfragen:

- a. Welche der drei indirekten Einstellungskomponenten (*Verhaltensüberzeugung, Normative Überzeugung, Kontrollüberzeugung*) nach Ajzen (1991) beeinflusst am stärksten die Intention der Medizin-Studierenden sich in Gesprächen mit (Schauspiel-) PatientInnen empathisch zu verhalten?
- b. Welche Rolle spielen dabei die *Persönlichkeit* sowie die demographischen Variablen (*Geschlecht und Studienjahr*) der Medizin-Studierenden?

Operationalisierte Forschungsfragen:

1. Wie groß ist der Einfluss der Einstellungskomponenten Verhaltensüberzeugung, normative Überzeugung und Kontrollüberzeugung auf die Intention²?
2. Wie groß ist der Einfluss der *fünf Persönlichkeitsmerkmalen (N, E, G, O, V)*³ neben den drei TPB-Komponenten auf die Intention?
3. Wie groß ist der Einfluss des *Geschlechts* und *Studienjahres* neben den drei TPB-Komponenten auf die Intention?
4. Gibt es Gender-Unterschiede in Bezug auf die normativen Überzeugungen?
5. Gibt es Unterschiede zwischen zweitem und viertem Studienjahr in Bezug auf die normativen Überzeugungen?

2.2 Forschungshypothesen

Hypothesen zu den Einstellungskomponenten

H1.1: Die generalisierte Verhaltensintention wird durch die drei TPB-Komponenten (Verhaltensüberzeugung, normative Überzeugung und die Kontrollüberzeugung) vorhergesagt.

Eine Analyse von 185 Studien ergab, dass die Theorie des geplanten Verhaltens im Durchschnitt 39 % der Varianz der Intention erklären kann (Armitage & Conner, 2001). Aufgrund dessen wird auch in dieser Studie eine ähnliche hohe Varianz der Intention erwartet.

² Nach Ajzen (1991) sind diese drei Komponenten notwendig um das Verhalten bzw. die Verhaltensintention einer Person ausreichend gut erklären zu können.

³ Nach Ajzen (1991) sind diese Variablen Background-Faktoren, die über die drei Einstellungskomponenten das Verhalten bzw. die Verhaltensintention beeinflussen. „Personality traits, intelligence, demographic variables, values, and other variables of this kind are considered "background factors" in the TPB. (...). That is, the components of the TPB are assumed to mediate the effects of background factors on intentions and actions" (Ajzen, 2011).

Aus den Analysen der Studien, die mit dieser Theorie gearbeitet haben, zeigt sich eine Tendenz, dass gewisse Einstellungskomponenten mehr Einfluss auf die Intention haben als andere, wie z.B. dass die soziale Norm am wenigsten Varianz erklärt (Armitage & Conner, 2001). Andere Studien zeigen, dass die wahrgenommene Verhaltenskontrolle am häufigsten für einen erheblichen Teil der Varianz verantwortlich ist. „The perceived behavioural control (PBC) construct accounted for significant amounts of variance in intention and behaviour, independent of theory of reasoned action variables“ (Armitage & Conner, 2001, S. 471). Da diese Forschungen jedoch keine einheitlichen Ergebnisse aufweisen und es auch keine expliziten Studien gibt, welche die Theorie des geplanten Verhaltens zur Empathie-Untersuchung bei Medizin-Studierenden verwendet haben (vgl. Archer et al, 2006; Preusche, 2013) wird in dieser Arbeit von der Hypothese ausgegangen, dass alle drei Komponenten einen ähnlichen Einfluss auf die Intention haben.

Nach Ajzen (1991) sind es die drei Komponenten der Theorie des geplanten Verhaltens, welche zur Vorhersage der Verhaltensintention erforderlich sind. Alle zusätzlichen Einflussvariablen werden als Hintergrundfaktoren bezeichnet, da diese nur indirekt auf die Intention wirken. Diese beeinflussen die Intention also nur über die Einstellung, die subjektive Norm und die wahrgenommene Verhaltenskontrolle. Wenn neue Prädiktoren miteingeschlossen werden, so müssen sich diese im Zusammenhang mit den TPB-Variablen bewähren, wie Ajzen (1991) sagt: „The theory of planned behavior is, in principle, open to the inclusion of additional predictors if it can be shown that they capture a significant proportion of the variance in intention or behavior after the theory’s current variables have been taken into account“ (S. 199). In dieser Arbeit wird die Vorhersagekraft der zusätzlichen Prädiktoren Geschlecht, Studienjahrkohorten und Persönlichkeit exploriert, woraus sich folgende Hypothesen ableiten lassen.

Hypothesen zum Geschlecht

H1.2: Das Geschlecht hat einen signifikanten Einfluss auf die generalisierte Intention empathisches Verhalten zu zeigen, auch wenn die drei TPB Komponenten miteinbezogen werden.

Es soll hiermit überprüft werden, ob das Geschlecht über die drei TPB-Komponenten hinaus zur Vorhersage der Intention dient. Die Metaanalyse von Roter et al. (2003) zeigt, dass es signifikante Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen ÄrztInnen in Bezug auf Empathie gibt. Dies lässt den Rückschluss zu, dass sich dies auch in Bezug auf die Verhaltensintention zeigt, weshalb das Geschlecht als Prädiktor dienen kann, auch wenn dabei die drei TPB-Komponenten berücksichtigt werden.

Hypothesen zum Studienjahrkohorten-Unterschied

H1.3: Der Studienjahrkohorten-Unterschied leistet einen über die TPB-Komponenten hinausgehenden signifikanten Beitrag zur Vorhersage der generalisierten Intention empathisches Verhalten zu zeigen.

Es soll überprüft werden, inwieweit sich die Studierenden des zweiten und des vierten Studienjahres in Bezug auf die Intention und Einstellungskomponenten unterscheiden. Wie bereits erwähnt, gibt es einen Rückgang an Empathie, der mit dem Fortschreiten der Ausbildung zusammenhängt (vgl. Hojat et al., 2009; Neumann et al., 2011; Newton et al., 2008; a.Colliver et al., 2010; Hojat et al., 2010; Sherman & Cramer, 2010; bColliver et al., 2010). Die Studienjahrkohorte kann somit als zusätzlicher Prädiktor angenommen werden. Es stellt sich nun die Frage, ob dieser bei der gemeinsamen Untersuchung die Vorhersage der Verhaltensintention über die klassischen Prädiktoren der TPB hinaus verbessern kann.

Hypothesen zur Persönlichkeit

H1.4: Die Persönlichkeit (NEO-FFI) hat einen signifikanten Einfluss auf die generalisierte Intention empathisches Verhalten zu zeigen, auch wenn die drei TPB Komponenten miteinbezogen werden.

Der Einfluss der Persönlichkeit auf die Intention ist nur indirekt durch die Einstellungskomponenten zu sehen. Die Persönlichkeit muss sich sozusagen bewähren und einen Einfluss auf die Intention bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Verhaltensüberzeugung, der normativen Überzeugung und der Kontrollüberzeugung aufweisen. Diese Hypothese ist sehr spezifisch und wurde so in anderen Studien noch nicht untersucht. Es gibt jedoch Forschungen darüber, welchen Einfluss die Persönlichkeit auf die Intention zur Empathie im klinischen Setting hat (vgl. Austin et al. 2007; Richendoller & Weaver, 1994, Ward et al., 2012). In dieser Arbeit wird somit erwartet, dass die Persönlichkeit einen Einfluss hat.

Unterschiedshypothesen

Neben der Hauptfragestellung, nämlich welche Prädiktoren am besten zur Vorhersage der Verhaltensintention dienen, werden auch Unterschiede zwischen Geschlecht und Studienjahrkohorten in Bezug auf die drei TPB-Komponenten untersucht.

Eine der Fragen ist, ob sich die Studenten von ihren weiblichen Kommilitonen in Bezug auf ihre salienten Überzeugungen zum empathischen Verhalten unterscheiden. Es gibt Studien, die zeigen, dass es diesbezüglich Unterschiede gibt. "Gender had a highly selective effect on empathic concern, with women displaying higher values, which led to a wide array of negative and devalued feelings" (Gleichgerrcht & Decety, 2013, S. 1). Die Metaanalyse von Roter et al. (2003) fand überdies heraus, dass Ärztinnen sich von ihren Kollegen in der Kommunikationsart stark unterscheiden. Neben einer stärkeren emotional gefärbten Kommunikation und den vermehrten „Partnershipbuilding“-Techniques haben Medizinerinnen im Durchschnitt auch mehr positive nonverbale Kommunikations-

Techniken und sie nehmen sich auch länger Zeit für das Gespräch mit PatientInnen (vgl. Bylund & Makoul, 2002). Des Weiteren ist interessant, ob sich die jüngeren StudentInnen von den weiter fortgeschrittenen StudentInnen in Bezug auf die salienten Überzeugungen unterscheiden. Es sollte herausgefunden werden, ob sich gewisse Überzeugungen über die Jahre hinweg verändern, was zu einem besseren Verständnis des Phänomens der Abnahme der Empathie führen kann. Die einzelnen Hypothesen sehen, wie folgt, aus:

Geschlecht und TPB

H1: Studentinnen unterscheiden sich von ihren Kollegen in Bezug auf die Verhaltensüberzeugung.

H2: Studentinnen unterscheiden sich von ihren Kollegen in Bezug auf die normative Überzeugung.

H3: Studentinnen unterscheiden sich von ihren Kollegen in Bezug auf subjektive Kontrollüberzeugung.

Studiumfortschritt und TPB

H4: Die Studierenden des zweiten Jahres unterscheiden sich von jenen des vierten Jahres in Bezug auf die Verhaltensüberzeugung.

H5: Die Studierenden des zweiten Jahres unterscheiden sich von jenen des vierten Jahres in Bezug auf die normative Überzeugung.

H6: Die Studierenden des zweiten Jahres unterscheiden sich von jenen des vierten Jahres in Bezug auf die subjektive Kontrollüberzeugung.

2.3 Statistische Verfahren

In diesem Unterkapitel werden die gewählten statistischen Verfahren angeführt. Ferner wird erläutert was damit genau überprüft wird.

Multiple lineare Regression

Um die Theorie des geplanten Verhaltens zu prüfen und eine möglichst gute Vorhersage für die Intention des empathischen Verhaltens machen zu können, wird eine multiple lineare Regression gerechnet. „Hierbei wird ermittelt, welche Bedeutung verschiedene Indikatorvariablen für ein bestimmtes Kriterium haben“ (Bortz & Döring, 2006, S. 148). Es werden sowohl soziodemografische Einflüsse (Geschlecht und Studienjahr), Einflüsse der Persönlichkeit (NEO-FFI) als auch die kognitiven Einflussfaktoren (TPB Komponenten) bestimmt.

Die globale Modellüberprüfung wird mittels R^2 angegeben. Die Veränderung von R^2 durch das neue Modell ist dabei die wichtige Information. Das R^2 bezeichnet den Anteil der Varianz, der durch das Modell erklärt wird. Der nicht erklärte Teil der Varianz und R^2 ergeben gemeinsam die gesamte Varianz. Mittels dem standardisierten Koeffizient β können die Richtung und der Zusammenhang

zwischen unabhängiger und abhängiger Variablen angezeigt werden (vgl. Field, 2005). Bei der multiplen Regressionsanalyse gibt es verschiedene Rechenwege. In dieser Arbeit wurde die Rückwärts-Methode gewählt. Bei dieser wird eine Regressionsgleichung auf Basis aller Prädiktoren aufgestellt. Im Anschluss werden dann jene Prädiktoren aus der Gleichung genommen, deren Ausschluss die Vorhersage am geringsten beeinflussen. Das Ganze wird für alle Prädiktoren durchgeführt. Der Prozess ist dann abgeschlossen, wenn kein Prädiktor mehr entfernt werden kann, ohne die Vorhersage signifikant zu verändern (vgl. Bortz & Döring, 2006).

Für die Interpretation der multiplen Regression gelten folgende Voraussetzungen:

- Die abhängige Variable muss metrisch sein, und die unabhängigen Variablen müssen nominal, metrisch oder dichotom sein (vgl. Field, 2005).
- Ein linearer Zusammenhang zwischen der abhängigen und den unabhängigen Variablen ist ebenfalls vorauszusetzen (vgl. Field, 2005).
- Eine perfekte Multikollinearität ist verboten, was bedeutet, dass die unabhängigen Variablen nur zu einem gewissen Grad untereinander korrelieren dürfen, nämlich nicht höher als .9. Der Varianz-Inflating-Faktor gibt Aufschluss darüber. Die Interpretation darf nicht gemacht werden, wenn dieser Faktor einen Wert < 10 (vgl. Field, 2005).
- Des Weiteren ist eine Autokorrelation der Residuen unzulässig. Dies bedeutet, dass die Residuen nicht miteinander korrelieren dürfen, und sie dürfen auch nicht normalverteilt sein. Die Autokorrelation soll mit einem Durbin-Watson-Test überprüft werden, der einen Wert zwischen 1 und 3 haben soll (vgl. Field, 2005). Die Normalverteilung wird mittels Inspektion des Histogramms geprüft.

T-Test

Der T-Test ist ein Unterschiedstest, der bei zwei Gruppen verwendet werden kann. Die Voraussetzungen dafür sind eine Normalverteilung der Variablen und die Homogenität der Varianzen. Werden diese nicht erfüllt, so muss auf einen parameterfreien Test, den Man-Whitney-U-Test, zurückgegriffen werden (vgl. Field, 2005).

U-Test

Wenn die Voraussetzungen für den T-Test nicht erfüllt werden, können alternative Verfahren verwendet werden. Der Mann-Whitney-U-Tests ist ein parameterfreies Verfahren mit dem Unterschiede zwischen Gruppen festgestellt werden können (vgl. Field, 2005).

2.4 Design

Die Untersuchung entspricht einem Querschnittsdesign. Es handelt sich um eine Unterschiedstestung und Vorhersagesstudie. Es wird dabei der Frage nachgegangen, welche Variablen die Intention zum Zeigen empathischen Verhaltens am stärksten beeinflussen und wie Persönlichkeit, Geschlecht und Studienjahrkohorten-Unterschied mit hineinspielen.

Ablauf

Die Medizin-Studierenden erhalten die Fragebögen vor einer Unterrichtseinheit oder in der Pause. Die Befragung läuft anonym und auf freiwilliger Basis ab. Die Beantwortung dauert zwischen 30 und 45 Minuten. Der Erhebungszeitraum liegt zwischen 14. April und 8. Mai 2013 an mehreren Tagen.

Stichprobe

Die Stichprobe der quantitativen Erhebung:

Von den 200 ausgeteilten Fragebögen werden insgesamt 131 Fragebögen ausgefüllt bzw. halb ausgefüllt zurückgegeben. Das Alter liegt zwischen 19 und 34 Jahren, wobei ca. 90 % der StudentInnen 26 Jahre oder jünger sind. Das Geschlecht der Stichprobe setzt sich zusammen aus 51.1 % männlichen Teilnehmern und 48.5 % weiblichen Studierenden. 53 Befragte sind aus dem zweiten Studienjahr und 78 TeilnehmerInnen aus dem vierten Studienjahr.

Stichprobe				
Gesamt $N = 131$				
Studienjahr		Geschlecht		NEO-FFI
2tes	4tes	m	w	
$n = 53$	$n = 78$	$n = 67$	$n = 64$	$n = 102$
40.2 %	59.1 %	50.8 %	48.4 %	77.3 %

Die Rücklauf-Quote der Fragebögen

Den Fragebogen zur Theorie des geplanten Verhaltens haben insgesamt 131 Personen zur Gänze ausgefüllt d.h. 10 Fragebögen sind nur unvollständig beantwortet. Von den 132 ausgeteilten NEO-FFI sind 102 ausgefüllt retourniert worden, was bedeutet, dass 30 Personen fehlen.

3 METHODIK

In diesem Kapitel werden die Methoden näher beschrieben. Dies umfasst die Beschreibung der verwendeten Fragebögen und deren Fragebogenanalyse.

3.1 Untersuchungsinstrumente

Die Untersuchungsinstrumente sind die zwei selbst entwickelten Fragebögen und das NEO-FFI.

3.1.1 NEO-FFI

Das NEO-Fünf Faktoren Inventar [NEO-FFI] nach P.T. Costa und R.R. McCrae ist ein multidimensionales Persönlichkeitsinventar, dessen Bearbeitungszeit ca. 10 Minuten verlangt und dessen Einsatzbereich Jugendlichen und Erwachsenen im nicht-klinischen und im klinischen Bereich entspricht. Faktoranalytische Untersuchungen zeigen, dass die unterschiedlichen Ausprägungen Menschen anhand fünf robuster Dimensionen beschreiben können. Das NEO-FFI beinhaltet fünf Skalen und 60 Items und misst diese Dimensionen: Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit. Die Zuverlässigkeit des NEO-FFI wird durch die internen Konsistenzen der fünf Skalen angezeigt, welche ein Cronbach Alpha zwischen $\alpha = .72$ und $\alpha = .87$ aufweisen. Auch die Retest-Reliabilitäten, welche einen zeitlichen Unterschied von fünf Jahren haben, liegen zwischen $r = .71$ und $r = .82$. In Bezug auf die Gültigkeit des Inventars zeigen Faktoranalysen alleine und gepaart mit anderen Persönlichkeitsfragebögen die gute Konstruktvalidität des Verfahrens ($r = .54$ bis $r = .80$) (vgl. Borkenau & Ostendorf, 2008; Borkenau & Ostendorf 1993).

Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Skalen näher beschrieben.

Neurotizismus

Diese Skala misst die emotionale Stabilität bzw. emotionale Labilität (Neurotizismus). Es wird erfasst, wie Personen negative Emotionen erleben, wobei davon ausgegangen wird, dass Personen mit einer hohen Neurotizismus-Ausprägung sich verstärkt Emotionen ausgesetzt bzw. von solchen überwältigt fühlen. Sie lassen sich leichter aus ihrem emotionalen Gleichgewicht bringen. Diese Dimension erfasst somit auch die emotionale Selbstkontrolle, bei der es darum geht den eigenen Wünschen und Begierden zu widerstehen und sich selbst zu regulieren. Personen mit hohen Ausprägungen auf der Neurotizismus-Skala geben häufiger an, besorgt, ängstlich, erschüttert, betroffen oder verlegen zu sein. Im Gegensatz dazu erleben sich emotional stabile Menschen als eher ruhig, sorgenfrei und

ausgeglichen. In Stresssituationen sind sie ebenfalls schwer aus der Ruhe zu bringen (vgl. Borkenau & Ostendorf, 2008; Borkenau & Ostendorf 1993).

Extraversion

Introvertierte Menschen beschreiben sich als eher zurückhaltend und unabhängig und sie haben vielmehr den Wunsch alleine zu sein. Extraversion wird hier nicht als Gegensatz gesehen. Personen mit hohen Ausprägungen in der Extraversion, charakterisieren sich als aktiv, gesprächig, heiter, optimistisch und energisch. Sie lieben gesellschaftliche Versammlungen und Aufregung. Bei introvertierten Menschen fehlen diese Bedürfnisse und Eigenschaften, sie sind aber nicht gegensätzlich (vgl. Borkenau & Ostendorf, 2008; Borkenau & Ostendorf 1993).

Offenheit für Erfahrungen

Personen mit hohen Werten auf dieser Skala beschreiben sich als wissbegierig, intellektuell, phantasievoll und experimentierfreudig. Sie haben eher das Bedürfnis neue Handlungsweisen, Erlebnisse und Abwechslungen auszuprobieren als Bekanntes vorzuziehen. Auch gehen sie auf neue (soziale, politische oder kulturelle) Wertvorstellungen ein, und sie neigen dazu, bestehende Normen zu hinterfragen. Menschen mit wenig Punkten auf dieser Skala bevorzugen eher konservative Einstellungen und Verhaltensweisen (vgl. Borkenau. & Ostendorf, 2008; Borkenau. & Ostendorf 1993).

Verträglichkeit

Menschen mit hoher Ausprägung auf der Verträglichkeitsskala neigen eher zu Kooperation als zu Konkurrenz. Sie beschreiben sich als harmoniebedürftig, nachgiebig und vertrauensvoll. Personen mit wenigen Punkten auf dieser Skala sehen sich eher als misstrauisch, egozentrisch und kompetitiv in zwischenmenschlichen Situationen, weshalb davon ausgegangen wird, diese seien eher weniger sozial erwünscht als verträglichere Menschen (vgl. Borkenau & Ostendorf, 2008; Borkenau & Ostendorf 1993).

Gewissenhaftigkeit

Diese Dimension umschreibt die leistungsbezogene Seite der Selbstkontrolle, also wie sich Menschen in Bezug auf die Planung und Durchführung von Aufgaben verhalten. Um ein Ziel zu erreichen, müssen oft Bedürfnisse und Impulse unterdrückt werden und in diesem Punkt, unterscheiden sich Menschen oft sehr stark. Personen mit hohen Ausprägungen auf dieser Skala beschreiben sich als zielstrebig, engagiert, ehrgeizig, ordentlich, ausdauernd und zuverlässig. Auf der

anderen Seite dieser Dimension stehen Personen, welche sich eher als gleichgültig, nachlässig und unbeständig sehen (vgl. Borkenau & Ostendorf, 2008; Borkenau & Ostendorf 1993).

3.1.2 Pilot-Fragebogen

Dieser Fragebogen wurde an 55 Studierende des vierten Studienjahres ausgegeben. Die Rücklaufquote ist mit 47 zurückgegebenen Fragebögen ausreichend, jedoch sind viele Fragebögen nur sehr spärlich ausgefüllt. Die Antworten wurden mit jenen des zweiten Studienjahres, welche von Dr. Preusche erhoben wurden, verglichen und ergänzt. Die Untersuchung findet im März 2013 statt.

Aufbau des Pilot-Fragebogens

Im nächsten Abschnitt wird der genaue Aufbau näher beschrieben.

1. Erklärung der Untersuchung

Am Anfang des Fragebogens bekommen die Befragten eine kurze Erklärung, worum es bei der Studie geht und wer diese veranlasst. Auch wird darauf hingewiesen, dass die Teilnahme auf freiwilliger Basis ist und ein Abbruch jederzeit möglich sei.

2. demographische Daten

Bei den demographischen Variablen wird nur Alter und Geschlecht erhoben, da die Teilnahme anonym sein sollte. Des Weiteren sind das Datum des Ausfüllens und die angestrebte Spezialisierung in der Medizin (z.B. Orthopädie) anzugeben.

3. Instruktion

In der Instruktion wird zuerst die Definition von empathischem Verhalten erläutert. Dazu wurden Beispiele gegeben. Nach dieser Erklärung wird betont, dass die Studie an der Meinung der Befragten (in der Rolle der zukünftigen ÄrztInnen) interessiert ist. Weiter wird daraufhingewiesen, dass es keine falschen bzw. richtigen Antworten gibt, und dass die Probanden Gedanken, die spontan auftauchen, verschriftlichen sollen.

4. Definition

Auf allen Seiten des Fragebogens wird oben die Definition noch einmal wiederholt: „Empathisches Verhalten ist die Reaktion auf die deutliche und direkte Aussage von PatientInnen über deren Gefühle, Fortschritte oder Herausforderungen.“

5. Fragen

Bei den Fragen handelt es sich um offene Fragen. Die Befragten haben zur Beantwortung sechs leere Zeilen zur Verfügung. Bei der ersten Frage gibt es eine Zusatzfrage. Die konkreten Fragen sind hier aufgelistet.

1.a) Was sehen Sie als Vorteile, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen?

1.b) Was sehen Sie als Nachteile, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen?

1.c) Was fällt Ihnen dazu noch ein?

2. ANDERE PERSONEN

Wenn es darum geht, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen, gibt es wahrscheinlich Personen (oder Gruppen von Personen), die der Meinung sind, Sie sollten oder sollten nicht immer empathisches Verhalten zeigen:

2.a) Bitte nennen Sie Personen (oder Gruppen von Personen), welche es befürworten würden, dass Sie in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zeigen.

2.b) Bitte nennen Sie Personen (oder Gruppen von Personen), welche es ablehnen würden, dass Sie in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zeigen.

Manchmal, wenn wir uns unsicher sind, sehen wir uns um, was andere Personen tun:

2.c) Bitte nennen Sie uns Personen (oder Gruppen von Personen), die in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen empathisches Verhalten zeigen.

2.d) Bitte nennen Sie uns Personen (oder Gruppen von Personen), die in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen nicht immer empathisches Verhalten zeigen.

3. FAKTOREN/BEDINGUNGEN:

3.a) Bitte listen Sie alle Faktoren oder Bedingungen auf, die es Ihnen einfacher machen oder grundsätzlich ermöglichen, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen.

3.b) Bitte listen Sie alle Faktoren oder Bedingungen auf, die es Ihnen erschweren oder grundsätzlich verhindern, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen.

Aus den Rohdaten (ungeordnete, abgetippte Antworten) werden nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) Kategorien gebildet.

6. Analysemethode

Es gibt unterschiedliche Methoden um qualitative Daten zu analysieren.

Die qualitative Inhaltsanalyse erfasst einzelne Merkmale von Texten, indem sie Textteile in Kategorien einordnet, die Operationalisierungen der interessierenden Merkmale darstellen. Die Häufigkeiten in den einzelnen Kategorien geben Auskunft über die Merkmalsausprägungen des untersuchten Textes. (Bortz & Döring, 2006, S. 145)

In dieser Arbeit wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) gewählt. Diese unterscheidet drei verschiedene Interpretationsarten: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. In dieser Arbeit wird hauptsächlich die Strukturierung angewandt, weshalb diese näher erklärt wird. Bei der Strukturierung wird unterschieden zwischen formaler, inhaltlicher und typisierender Strukturierung. In diesem Fall ist die inhaltliche Strukturierung sinnvoll, das heißt, dass das Material zu bestimmten Inhaltsbereichen extrahiert und zusammengefasst wird (vgl. Mayring, 2008). Zur weiteren Analyse unterscheidet Mayring (2008) verschiedene Wege. Zum einen ist eine quantitative Auswertung der Daten möglich, was bedeutet, dass die Daten anhand der Häufigkeit einzelner Kategorien überprüft werden. Auch eine deduktive Kategorienbildung ist eine Option. Schließlich kann eine Analyse auch darin bestehen, die gebildeten Kategorien nach einer wissenschaftlichen Fragestellung zu interpretieren (vgl. Mayring, 2008). In dieser Arbeit wurde die quantitative Auswertung verwendet, um zu sehen, welche Themen und Aspekte den Studierenden am meisten präsent sind.

3.1.3 Fragebogen zur Theorie des geplanten Verhaltens

Die Konstruktion des Fragebogen wurde anhand der Leitlinien aus dem Manual „Constructing questionnaires based on the theory of planned behavior“ von Francis et al. (2004) durchgeführt. Dieses Manual richtet sich speziell an ForscherInnen im Gesundheitssektor und gibt gute Empfehlungen und Optionen, wie Fragebögen nach der Theorie von Ajzen (1971) konstruiert werden können. Im folgenden Abschnitt wird erklärt, wie die Fragen (1, 2, 5-11, 18-21) konstruiert wurden und was dabei gemessen wird. Im darauf folgenden Teil wird auf die übrigen Fragen und Items eingegangen. Anhand einer Tabelle werden dabei jene empirischen Kategorien dargestellt, die durch den Pilot-Fragebogen erhoben wurden und die hinter den Items des TPB-Fragebogens stehen.

Messung der Intention

Nach Francis et al. (2004) gibt es drei Arten, die Intention eines Verhaltens mittels Fragebögen zu erheben. Es wird dabei zwischen *Intention Performance*, *Generalised Intention* und *Intention Simulation* unterschieden. In dieser Untersuchung werden die ersten beiden Messarten verwendet. Zum einen, weil die Intention Performance-Messungen gut vergleichbar sind mit der Messung von

beobachtetem Verhalten⁴ und am Anfang der Untersuchung noch nicht ganz klar war, ob auch eine direkte Beobachtung gemacht wird. Zum anderen wurde die generalisierte Intention gewählt, weil es sich auf das eigene motivationsgesteuerte Verhalten der Studierenden bezieht und dies in vielen Forschungen auch mittels generalisierter Intention gemacht wird. „In the TPB literature, where most research has been about individual’s own health-related behaviour (e.g. smoking, exercise), Generalised Intention (Method 2) is most commonly used” (Francis et al., 2004, S. 11).

Dies kann gut auf die Empathie-Situation der Studierenden übertragen werden, da es sich dabei nicht um eine komplexe und rationale klinische Entscheidung handelt, sondern eher um eine Haltung und Einstellung zur Empathie. Würde es sich nämlich um eine professionelle medizinische Fachentscheidung handeln (z.B. die Durchführung einer Operation: Ja oder Nein?), so wäre die Methode der Intention-Simulation eher angebracht, „(...) Intention Simulation (Method 3) could be a more valid proxy measure for actual behaviour, because it more closely approximates ‘real’ situations that require complex clinical decisions” (Francis et al., 2004, S. 11). Schließlich wurden die beiden Methoden auch deshalb gewählt, da diese zeitlich effizienter sind.

Es soll hier kritisch angemerkt werden, dass trotz dieser viel diskutierten theoretischen Unterschiede die empirischen Ergebnisse nicht so eindeutig sind. „There is a research literature that discusses the conceptual differences between these three questions, although empirically, there is very considerable response consistency between these items” (Francis et al., 2004, S. 11).

Messung der Intention Performance: Frage 1

Das erste Item des Fragebogens misst die Intention Performance anhand einer 0 bis 10-stufigen Rating-Skala.

Messung der generalisierten Intention: Frage 19, Frage 20, Frage 21

Die Messung der generalisierten Intention wird in Anlehnung an das Manual von Francis et al. (2004) anhand von drei Fragen mittels einer Rating-Skala von eins bis sieben durchgeführt. Es wird somit auf drei Weisen gefragt, ob die Studierenden dazu tendieren empathisches Verhalten zu zeigen, bzw. ob sie dies in Zukunft versuchen möchten und ob sie dies planen. Der Mittelwert der Fragen wird eruiert. Dieser stellt den Score für die generalisierte Intention dar.

Direkte Messungen

⁴ “We have called Method 1 Intention Performance, because in some situations, it would be possible to observe actual performance using the same measurement scale, and this direct comparability could be useful for some studies” (Francis et al., 2004, S. 11).

Im Folgenden werden die drei direkten Messungen (direkte Einstellung, direkte Soziale Norm, direkte Kontrollüberzeugung) beschrieben.

Direkte Einstellungsmessung

Bei der direkten Einstellungsmessung werden die Befragten dazu veranlasst *Empathie* anhand von evaluativen bipolaren Adjektiven einzustufen. Dabei wird eruiert, welches Adjektiv eher dem Einstellungsobjekt entspricht. Idealerweise sollen dabei vier Items angegeben werden.

In dieser Untersuchung wird auf das Konzept des semantischen Differentials zurückgegriffen, bei dem mehrere verschiedene Adjektiv-Paare präsentiert werden. Das semantische Differential ist eine Methode aus der empirischen Sozialforschung. Sie wurde von Osgood (1952) und Hofstätter (1955) entwickelt. Mit dem semantischen Differential werden jene Vorstellungen eruiert, welche Personen mit bestimmten Begriffen, Einstellungsobjekten oder Sachverhalten assoziieren.

Die ausgewählten Items entsprechen der Empfehlung, sowohl instrumentelle als auch experimentelle Items zu inkludieren. Instrumentelle Items sind jene, die angeben, ob durch das Verhalten etwas erreicht wird (z.B. nützlich oder sinnlos). Bei den experimentellen Items geht es darum eine Einschätzung zu bekommen, wie es sich anfühlt, dieses Verhalten auszuführen (angenehm bzw. unangenehm). Auch wurden die Items durchmischt angeordnet, so dass nicht nur eine Seite die negativen bzw. positiven Einschätzungen beinhaltet.

Direkte Messung der subjektiven Kontrollüberzeugung (Percieved Behavioral Control)

Die Items sollen die subjektive Kontrollüberzeugung zu einem realistischen Verhalten messen. Dies wird erreicht, indem die Personen nach ihrer subjektiven Kontrollüberzeugung befragt werden. Die Selbsteffizienz wird gemessen, indem die Personen gefragt werden, wie schwierig es ist, das Verhalten zu zeigen und wie selbstsicher sie sich dabei fühlen. Die Kontrollüberzeugung wird durch die Frage erhoben, ob das Zeigen des Verhaltens allein von der eigenen Entscheidung abhängt oder ob es weitere Faktoren gibt, die diese Entscheidung beeinflussen (vgl. Francis et al., 2004). Dies wird anhand der Fragen acht bis elf gemacht, die hier nun angeführt werden:

Selbst-Wirksamkeits-Fragen:

Frage 8: Ich bin mir sicher, ich könnte in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zeigen, wenn ich wollte.

Frage 9: In einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen, wenn ich es möchte, stellt für mich kein Problem dar.

Kontrollüberzeugungs-Fragen:

Frage 10: Es hängt nicht nur von mir ab, ob ich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen immer empathisches Verhalten zeigen kann.

Frage 11. Die Entscheidung, ob ich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen immer empathisches Verhalten zeige, liegt nicht in meinem Einflussbereich.

Direkte Messung der Sozialen Norm

Zur Messung der direkten Sozialen Norm wird empfohlen, allgemeine Fragen zu stellen, welche die Einstellung von Personen erheben, deren Meinung für die Befragten von großer Relevanz ist. Wichtig dabei ist, wie die Endpunkte der Rating-Scale angelegt werden, denn dies ist abhängig davon, ob bei der Befragung offene oder geschlossene Items verwendet werden. „However, where an item is a complete sentence, and the responses range from ‘Strongly disagree’ to ‘Strongly agree’, endpoints should not be mixed” (Francis et al., 2004, S. 17). Darauf wird im Fragebogen besonders geachtet. Die Rating-Skala reicht von 1 (völlig falsch) bis 7 (völlig richtig). Die exakten Fragen werden hier angeführt.

Frage 5. Die Menschen, deren Meinung ich schätze, befürworten es, dass ich in (Schauspiel-) Patienten-Gesprächen immer empathisches Verhalten zeige.

Frage 6. Es wird von mir erwartet, dass ich mich in (Schauspiel-) Patienten-Gesprächen immer empathisch verhalte.

Frage 7. Ich fühle mich sozial sehr stark verpflichtet, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen.

Von den Kategorien zu den Fragebogen-Items

Zur Messung der indirekten Einstellungskomponenten werden die im Pilotfragebogen genannten Überzeugungen nach der Häufigkeit der Nennungen selektiert. Dabei werden 75 % aller genannten Überzeugungen inkludiert. Diese repräsentieren somit nach Francis et al. (2004) alle relevanten Überzeugungen der Stichprobe, die das Zeigen des Verhaltens beeinflussen.⁵ In der folgenden Tabelle 2 wird die Umwandlung der empirischen Kategorien (durch den Pilot-Fragebogen erhobenen Überzeugungen) in die exakten Items dargestellt. Die nähere Erklärung und die Herleitung der empirischen Kategorien finden sich im dritten Kapitel.

Tabelle 2

Übergang von den Kategorien zu den Items

Frage 3. Wenn ich mich immer empathisch verhalte, dann....

⁵ “Inclusion of 75% of all beliefs stated should give adequate coverage of the belief ‘population’” (Francis et al., 2004, S. 14).

Kategorie	Item
<u>Überkategorie:</u> Vorteile Vorteile für den Gesprächsführenden, <u>Unterkategorie:</u> Vertrauensgewinn (Vertrauensgewinn, Info-Gewinn, Zugang, besseres Verständnis)	Wenn ich mich immer empathisch verhalte, dann schafft das in der Gesprächssituation Vertrauen und eine gute Atmosphäre.
<u>Überkategorie:</u> Nachteile Schauspiel-Setting, <u>Unterkategorie:</u> unrealistisch (immer empathisch zu sein)	Wenn ich mich immer empathisch verhalte, dann ist das oftmals nur „gespielt“ und nicht „echt“.
<u>Überkategorie:</u> Vorteile Vorteile für den Gesprächsführenden, <u>Unterkategorie:</u> Informations-Gewinn	Wenn ich mich immer empathisch verhalte, dann gibt der (Schauspiel-) Patient mehr Informationen preis.
<u>Überkategorie:</u> Vorteile Schauspiel-Setting <u>Unterkategorie:</u> Übung/Vorbereitung	Wenn ich mich immer empathisch verhalte, dann ist das eine gute Vorbereitung für Gespräche mit echten PatientInnen.
<u>Überkategorie:</u> Nachteile Andere Aspekte des Gesprächs, <u>Unterkategorie:</u> Dauer des Gesprächs	Wenn ich mich immer empathisch verhalte, dann verlängert das die Gesprächsdauer.
<u>Überkategorie:</u> Nachteile Probleme der ÄrztInnen <u>Unterkategorie:</u> Verlust von Detachment <u>Überkategorie:</u> Vorteile Schauspiel-Setting <u>Unterkategorie:</u> Ausprobieren	Wenn ich mich immer empathisch verhalte, dann verliere ich dadurch meine Objektivität und Professionalität.
<u>Überkategorie:</u> Vorteile Schauspiel-Setting <u>Unterkategorie:</u> Ausprobieren	Wenn ich mich immer empathisch verhalte, dann ist das eine gute Möglichkeit und ein geeignetes Setting für das Ausprobieren von empathischem Verhalten.
<u>Überkategorie:</u> Nachteile Probleme der ÄrztInnen <u>Unterkategorie:</u> Zuviel an Empathie	Wenn ich mich immer empathisch verhalte, dann ist das nicht angebracht, da ein Zuviel an empathischem Verhalten schädlich für den (Schauspiel-) Patienten sein kann.
<u>Überkategorie:</u> Nachteile Probleme der ÄrztInnen <u>Unterkategorie:</u> Verlust von professioneller Distanz und Abgrenzung	Wenn ich mich immer empathisch verhalte, dann kann das zu Distanzverlust oder psychischer Belastung führen.
<u>Überkategorie:</u> Nachteile Probleme der ÄrztInnen <u>Unterkategorie:</u> unrealistisch	Wenn ich mich immer empathisch verhalte, dann ist das unrealistisch, da ich nicht immer empathisch sein kann.
<u>Überkategorie:</u> Vorteile Vorteile für den Gesprächsführenden, <u>Unterkategorie:</u> besseres Verständnis <u>Kategorie aus dem zweiten Studienjahr:</u> Empathie als Gegensatz zu anderen Gesprächsaspekten	Wenn ich mich immer empathisch verhalte, dann hilft mir das, den (Schauspiel-) Patienten besser zu verstehen.
<u>Überkategorie:</u> Nachteile Schauspiel-Setting <u>Unterkategorie:</u> unrealistisch	Wenn ich mich immer empathisch verhalte, dann lässt das andere wesentliche Aspekte eines Gesprächs (z.B. Anamnese, spezifische Fakten) in den Hintergrund treten.
<u>Überkategorie:</u> Nachteile Schauspiel-Setting <u>Unterkategorie:</u> unrealistisch	Wenn ich mich immer empathisch verhalte, dann handelt es sich nur um eine Übung und spiegelt nicht die Realität wider.

Kategorie aus dem zweiten Studienjahr:
Student selbst

Wenn ich mich immer empathisch verhalte, dann **hat das positive Auswirkungen auf meine professionelle oder persönliche Entwicklung.**

Die Items der Frage 4 sind aus den gleichen Kategorien abgeleitet und unterscheiden sich daher nicht von denen aus der Frage 3, weshalb sie hier auch nicht mehr extra angeführt werden.

Überkategorie: ÄrztInnen

Unterkategorie: Hausarzt, Psychiater, Ganzheitliche Mediziner

Dass ich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zeige, wird von folgenden Personen **so beurteilt: ÄrztInnen**

Überkategorie: Lehrende

Unterkategorie: Skill-Tutoren, GruppenleiterInnen, Vortragende

Dass ich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zeige, wird von folgenden Personen **so beurteilt: Lehrenden**

Überkategorie: KollegInnen

Unterkategorie: Studierende, am Anfang des Studiums, Systemkritische und ehrgeizige K.

Dass ich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zeige, wird von folgenden Personen **so beurteilt: Kollegen**

Überkategorie: psychosoziale Berufsgruppe

Unterkategorie: PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, Sozialarbeiter

Dass ich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zeige, wird von folgenden Personen **so beurteilt: psychosoziale Berufsgruppe**

Überkategorie: Familien und Freunde

Unterkategorie: Schwester

Dass ich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zeige, wird von folgenden Personen **so beurteilt: Familie und Freunde**

Überkategorie: PatientInnen

Unterkategorie: introvertiert, cholerisch; ignorant, einfühlsam, wohlwollend, ausgeglichen

Dass ich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zeige, wird von folgenden Personen **so beurteilt: PatientInnen**

16. Wie wahrscheinlich sind folgende Aspekte, wenn es darum geht in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen?

Überkategorie: Faktoren, die es erleichtern: Patienten-Eigenschaften

Unterkategorie: nett, freundlich, sympathisch überempfindlich, lästig

Eine positive Einstellung gegenüber den (Schauspiel-) PatientInnen.

Überkategorie: Faktoren, die es erschweren: Beziehung/ Rapport

Unterkategorie: schlechtes Gesprächsklima

Eine schlechte Beziehung (zu wenig Verständnis für die Situation, keine Identifikation etc.) zu (Schauspiel-)PatientInnen.

Überkategorie: Faktoren, die es erschweren: negatives Wohlbefinden des Gesprächsführers

Unterkategorie: schlecht gelaunt, gestresst

Dass ich mich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen nicht wohl fühle und Probleme habe (gestresst, schlecht gelaunt etc.).

Überkategorie: Faktoren, die es erschweren: schwierige PatientInnen

Unterkategorie: unhöflich, ignorant

Dass ich es mit schwierigen (Schauspiel-)PatientInnen (unhöflich, ablehnend etc.), zu tun habe.

Überkategorie: Faktoren, die es erleichtern: gute Qualität

Unterkategorie: realistischer guter Schauspieler

Eine gute Qualität der Schauspiel-PatientInnen

<p><u>Überkategorie:</u> Faktoren, die es erschweren: Gruppen-Setting <u>Unterkategorie:</u> nicht real, Beobachtung</p>	<p>Das Wissen, dass es sich um eine nicht reale Situation handelt</p>
<p><u>Überkategorie:</u> Faktoren, die es erleichtern:(Schauspiel-) PatientInnen mit positiven Eigenschaften <u>Unterkategorie:</u> freundlich, sympathisch</p>	<p>(Schauspiel-) PatientInnen mit positiven Eigenschaften (freundlich, sympathisch, gepflegt etc.)</p>
<p><u>Überkategorie:</u> Faktoren, die es erschweren: schlechtes Wohlbefinden des Gesprächsführenden <u>Unterkategorie:</u> unsicher, nervös</p>	<p>Nervosität und Unsicherheit</p>
<p><u>Überkategorie:</u> Faktoren, die es erschweren: Setting <u>Unterkategorie:</u> Beobachtung durch KollegInnen, wertende KollegInnen</p>	<p>Die (negative) Beeinflussung durch das Setting rund um die Gesprächssituation im Unterricht (Kamera, Zuschauer etc.).</p>
<p><u>Überkategorie:</u> Faktoren, die es erschweren: schlechte Gesprächsbedingungen <u>Unterkategorie:</u> Zeitmangel oder Zeitdruck</p>	<p>Zeitmangel oder Zeitdruck</p>
<p><u>Überkategorie:</u> Faktoren, die es erschweren: schlechte Qualität <u>Unterkategorie:</u> Schlechter Schauspieler; unrealistischer Schauspieler</p>	<p>Eine schlechte Qualität der (Schauspiel-) PatientInnen</p>
<p><u>Überkategorie:</u> Faktoren, die es erleichtern:gute Gesprächsbedingungen <u>Unterkategorie:</u> Ruhe und Zeit</p>	<p>Ungestörtheit, Ruhe und Zeit</p>

Die Items der Frage 17 sind aus den gleichen Kategorien abgeleitet und unterscheiden sich daher nicht von denen aus der Frage 16, weshalb sie auch hier nicht mehr aufgelistet werden.

Indirekte Messungen

Im Folgenden werden die drei indirekten Messungen (indirekte Einstellung, indirekte Soziale Norm, indirekte Kontrollüberzeugung) beschrieben.

1. Messung der Verhaltensüberzeugung

Bei dieser Messung werden Items aus den zuvor erhobenen Verhaltensüberzeugungen (siehe Tabelle 2) gebildet. Diese werden in zwei verschiedene Item-Arten den Befragten mit einer Rating-Skala vorgelegt. Zum einen werden die Studierenden dazu veranlasst, eine Einschätzung darüber abzugeben, wie sehr diese Überzeugungen das Zeigen des empathischen Verhaltens beeinflusst (Wie wahrscheinlich ist es, immer empathisches Verhalten zu zeigen, wenn....). Zum anderen werden die Studierenden gefragt, wie relevant diese Outcomes für sie sind (z.B. Wenn ich mich immer empathisch verhalte, dann erzeugt das eine gute Gesprächsatmosphäre und das ist mir sehr wichtig) (vgl. Francis et al., 2004).

2. Messung der normativen Überzeugung

Zur Messung der normativen Überzeugung sollen Items konstruiert werden, welche die Stärke der Überzeugungen von jeder einzelnen Referenz-Gruppe erheben. Des Weiteren werden Items entwickelt, welche die Motivation messen, der Überzeugung von wichtigen Personen gerecht zu werden (auch *Motivation to Comply* genannt). Diese Motivation to Comply widerspiegelt den wahrgenommen sozialen Druck des gezeigten Verhaltens. Bei dieser Messung werden zwei verschiedene Norm-Arten unterschieden, die injunktive und die deskriptive Norm. Die injunktive Norm beschreibt, was andere Menschen über eine Thematik denken und die deskriptive Norm umfasst das Verhalten, das diese Menschen auch selber zeigen (vgl. Francis et al., 2004).

Injunktive Norm:

Frage 12. Dass ich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zeige, wird von folgenden Personen so beurteilt ...

Frage 14. Wenn es darum geht, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen, ist mir die Meinung folgender Personen so wichtig ...

Deskriptive Norm:

Frage 13. In vergleichbaren Gesprächssituationen wird von folgenden Personen immer empathisches Verhalten gezeigt ...

Frage 15. Wenn es darum geht, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen, versuche ich mich genauso zu verhalten wie folgende Personen ...

3. Messung der subjektiven Kontrollüberzeugung

Bei der indirekten Messung der subjektiven Kontrollüberzeugung werden wiederum die Items aus den zuvor erhobenen Überzeugungen entwickelt. Diese werden in zwei verschiedenen Item-Arten den Befragten mit einer Rating-Skala vorgelegt. Die Studierenden werden hier gebeten, eine Einschätzung darüber abzugeben, wie sehr hemmende oder fördernde Faktoren das Zeigen des empathischen Verhaltens beeinflussen (Wie wahrscheinlich ist es, immer empathisches Verhalten zu zeigen, wenn folgende Aspekte wie z.B. positive Eigenschaften des Patienten etc. auftreten). Um die Stärke dieses Einflusses zu bestimmen, werden die Studierenden überdies gefragt, wie sehr das Auftreten bestimmter Aspekte das Zeigen des Verhaltens erleichtern oder erschweren (vgl. Francis et al., 2004).

3.2 Fragebogenanalyse

Die Qualität der einzelnen Skalen ist bei der Konstruktion eines eigenen Fragebogens zu bestimmen. Dabei gibt es drei Kennwerte, die Aufschluss über die Qualität der Skalen und Items geben können: Reliabilitätskoeffizient (Chronbach α), die Trennschärfe und der Itemschwierigkeitsindex. Der Reliabilitätskoeffizient besagt, wie gut bzw. homogen eine Skala ein Konstrukt misst. Die Trennschärfe und der Schwierigkeitsindex beziehen sich auf die einzelnen Items. Unbrauchbare Items werden gewöhnlich nach Schwierigkeitsindex und Trennschärfe selektiert. Das einfachste Verfahren ist, zunächst Items auszuschneiden, die einen Schwierigkeitsindex unter 20 und über 80 haben und dann von den verbleibenden Items diejenigen mit den niedrigsten Trennschärfekoeffizienten zu entfernen (vgl. Bühn, 2012).

Reliabilitätsanalyse

Die Reliabilität eines Tests gibt Auskunft über die Genauigkeit der Messung. Diese kann über verschiedene Wege eruiert werden. Die interne Konsistenz ist eine Möglichkeit zur Ermittlung. Das Cronbach α ist dabei das Maß für die Homogenität. Dieser Wert, der durch die Interkorrelation der Items einer Skala berechnet wird, sollte möglichst groß sein, da dies besagt, dass die Items einer Skala somit ein ähnliches Konstrukt messen. Der Wert kann zwischen 0 und 1 liegen (vgl. Bühn & Zöfel, 1996; Bortz & Döring, 2006).

Trennschärfe

Die Trennschärfe gibt an, wie gut ein bestimmtes Item die gesamte Skala vorhersagt (vgl. Bortz & Döring, 2006). Der Trennschärfekoeffizient ist der Korrelationskoeffizient zwischen dem Item und dem Gesamtwert der Skala. Dieser wird in der Item-Skala-Statistik angezeigt. Wenn dieser im negativen oder niedrigen Bereich (unter .3) liegt, dann sollte die Brauchbarkeit des Items überdacht werden. Positive Werte zwischen .3 und .5 sind mittelmäßig und Werte größer als .5 können als hoch bezeichnet werden (vgl. Weise, 1975). Werden schlechte Items ausgeschlossen, so steigt der Reliabilitätskoeffizient bzw. das Chronbach Alpha (vgl. Bühn & Zöfel, 1996). Es ist zu beachten, dass die Trennschärfe eines Items von seiner Schwierigkeit abhängt: Je höher die Schwierigkeit ist, desto geringer ist die Trennschärfe. Bei sehr leichten und sehr schweren Items wird man deshalb Trennschärfeeinbußen in Kauf nehmen müssen. Items mit mittleren Schwierigkeiten besitzen die höchsten Trennschärfen (Bortz & Döring, 2006).

Itemschwierigkeitsindex

Die Schwierigkeitsmessung ist abhängig von der Art der Testaufgabe bzw. des Fragebogens. Für Testaufgaben mit klaren richtigen bzw. falschen Antworten gibt es eine bestimmte Formel. „Da es bei

Stufen-Antwort-Aufgaben eine genau definierte Antwort nicht mehr gibt, werden für den Schwierigkeitsindex modifizierte Formeln vorgeschlagen (...) Leider ist eine solche Berechnung in SPSS nicht vorgesehen“ (Bühl, 2012, S. 588). Nach Bühl (2012) kann jedoch die prozentuale Häufigkeit der richtigen Antworten als Schwierigkeitsindex gesehen werden, welche mit SPSS leicht errechenbar ist. Für mehrstufige Items gibt es folgende Formel, bei der die Summe der erreichten Punkte (x_i) auf Item i durch die maximal zu erreichende Punktesumme dividiert wird. Die maximale Punktesumme errechnet man, indem die maximale Punktezahl (k), die bei einem Item zu erreichen ist, mit der Anzahl der antwortenden Personen (n) multipliziert wird (vgl. Börtz & Döring, S. 219). Der Itemschwierigkeitsindex oder auch die Zustimmungsrates gibt also an, ob ein Item von (fast) allen Personen befürwortet oder abgelehnt wird. Wird ein Item demnach von allen Befragten abgelehnt oder befürwortet, so hat dieses wenig Aussagekraft, weil es nicht zur Differenzierung der Befragten beiträgt und somit ausselektiert werden kann (vgl. Bortz & Döring, 2006). Generell werden Itemschwierigkeiten im mittleren Bereich, also zwischen .2 und .8, als optimal eingestuft (vgl. Börtz & Döring, 2006).

Analyse des Fragebogens

Im folgenden Teil werden jene Fragen analysiert, welche aus mehreren zusammengehörigen Items bestehen und somit eine inhaltliche Konsistenz aufweisen. Diese sind konkret die Fragenblöcke 3, 4, 16 und 17.

Frageblock 3 zur Messung der Verhaltenseinstellung (Wahrscheinlichkeit)

Der Reliabilitätskoeffizient nach Cronbach für die Konsistenz der Skala drei mit allen Items fiel zunächst mit $\alpha = .85$ relativ hoch aus. Nach Ausschluss des Items E aufgrund der zu niedrigen Trennschärfe (.02) steigt der Alpha-Koeffizient nach Cronbach auf $\alpha = .87$. Es gibt drei Items, die einen Itemschwierigkeitsindex über 80 haben und somit kritisch zu betrachten sind. Auch Item i hat einen korrigierten Trennschärfekoeffizienten, der mit einem Wert von .27 knapp unter der Toleranzgrenze von .3 liegt. Diese Items sind für die Skala aufgrund der testtheoretischen Kennwerte und aufgrund inhaltlicher Überlegungen für die Skalen-Konstruktion brauchbar.

Items	Index	Korrigierte Trennschärfre r_{it}
A	87.87	.63
B	60.43	.58
C	81.80	.48
D	76.26	.68
E	34.84	.02
F	79.42	.64
G	73.53	.37

H	81.06	.60
I	58.58	.28
J	54.04	.52
K	68.56	.58
L	68.56	.51
M	62.12	.64
N	71.59	.50

Frageblock 4 zur Messung der Verhaltenseinstellung (Wichtigkeit)

Diese Skala weist mit $\alpha = .80$ einen hohen Wert auf. Die einzelnen Trennschärfekoeffizienten sind akzeptabel. Nach Ausschluss des Items E aufgrund der negativen Trennschärfe (-.15) steigt der Alpha-Koeffizient nach Cronbach auf $\alpha = .84$. Item A und C haben einen leicht erhöhten Itemschwierigkeitsindex, welche aber aufgrund inhaltlicher Überlegungen für die Skalen-Konstruktion sinnvoll sind.

Items	Index	Korrigierte Trennschärfe r_{it}
A	87.62	.44
B	57.12	.59
C	80,66	.42
D	73.06	.55
E	52.92	-.15
F	58.65	.53
G	74.55	.36
H	62.59	.50
I	47.45	.35
J	51.28	.53
K	79.26	.48
L	53.81	.43
M	60.30	.59
N	76.08	.48

Frageblock 16 zur Messung der Kontrollüberzeugung (Wahrscheinlichkeit)

Auch diese Skala weist zunächst eine akzeptable innere Konsistenz auf. Mit einem Alpha-Koeffizient nach Cronbach von .74 liegt dieser Wert in einem ausreichend hohen Bereich. Werden die einzelnen Trennschärfekoeffizienten näher betrachtet, so fällt auf, dass das Item 16 L einen negativen Wert hat und somit dessen Brauchbarkeit überdacht werden sollte. Auch die Items A, E und G liegen unter

dem empfohlenen Wert von .30. Nach Ausschluss des Items L aufgrund der negativen Trennschärfe (-.11) steigt der Alpha-Koeffizient nach Cronbach auf $\alpha = .78$.

Items	Index	Korrigierte Trennschärfe r_{it}
A	78.71	.21
B	65.49	.48
C	52.23	.61
D	41.33	.50
E	73.22	.14
F	42.93	.39
G	66.53	.11
H	44.58	.66
I	38.13	.65
J	38.79	.48
K	57.33	.27
L	60.93	-.11

Frageblock 17 zur Messung der Kontrollüberzeugung (Wichtigkeit)

Die Schwierigkeitsindizes liegen alle bis auf Item a im empfohlenen Bereich. Die Skala hat im Vergleich zu den vorherigen Skalen eher einen schlechten Alpha-Koeffizient nach Cronbach mit $\alpha = .53$. Wenn man die einzelnen korrigierten Trennschärfekoeffizienten ansieht, so liegen Item A, E, G und L im negativen Bereich. Werden diese Items ausgeschieden, so zeigt die innere Konsistenz-Analyse einen neue Alpha-Koeffizient nach Cronbach von $\alpha = .79$.

Items	Index	Korrigierte Trennschärfe r_{it}
A	84.92	-.08
B	72.75	.43
C	46.66	.33
D	45.16	.41
E	76.42	-.03
F	43.81	.17
G	78.49	-.05
H	58.19	.51
I	62.5	.45
J	58.06	.39
K	62.36	.49
L	62.23	-.27

Skala zur Messung der direkten wahrgenommenen Verhaltenskontrolle

In diese Skala fallen die folgenden Items: Frage 8 und 9 sowie die umgepolten Items 10 und 11. Der Reliabilitätskoeffizient nach Cronbach fällt für diese Skala mit $\alpha = .56$ gering aus. Die einzelnen Trennschärfekoeffizienten sind alle positiv, deshalb können sie als brauchbar bezeichnet werden.

	Korrigierte Trennschärfre r_{it}
Frage 8	.43
Frage 9	.54
Frage 10	.20
Frage 11	.22

Skala zur Messung der direkten subjektiven Norm

Diese Skala, bestehend aus den Fragen 5, 6 und 7, misst den sozialen Druck, sich empathisch zu verhalten. Die Skala weist ein Cronbach α von .63 und liegt somit im akzeptablen Bereich. Auch die Trennschärfekoeffizienten liegen im mittleren positiven Bereich und können somit für brauchbar gehalten werden.

	Korrigierte Trennschärfre r_{it}
Frage 5	.33
Frage 6	.47
Frage 7	.52

Skala zur Messung der direkten Einstellung

Hier sind weder Reliabilitätsanalyse noch Itemschwierigkeitsberechnung erforderlich, weil die Skala aus einem semantischen Differential besteht, das dazu dient herauszufinden, welche Begriffe die Befragten mit empathischem Verhalten verbinden. Statistische Kennwerte sind daher obsolet.

Skala zur Messung der indirekten subjektiven Norm

Die Skala besteht aus den Fragen 12 bis 15, die je sechs Items haben. Insgesamt umfasst die Skala also 24 Items, welche die indirekte subjektive Norm messen. Bei diesen Fragen wird gemessen, wie stark bestimmte soziale Gruppen (ÄrztInnen, PatientInnen etc.) empathisches Verhalten befürworten oder selbst zeigen. Die Items sind inhaltlich unabhängige Fragen d.h. sie hängen nicht zusammen. Somit ist eine testtheoretische Analyse nicht aufschlussreich.

Skala zur Messung der generalisierten Intention

Zur Berechnung der generalisierten Intention wurden drei Fragen gestellt. Frage 20 und 21 weisen zwar zu hohe Itemschwierigkeitsindizes auf (Frage 20 = 87.97 und Frage 21 = 85.11, Frage 19 = 77.59), jedoch werden diese aus inhaltlichen Gründen für die weitere Analyse nicht ausgeschlossen.

	Korrigierte Trennschärfre r_{it}
Frage 19	.67
Frage 20	.81
Frage 21	.71

Item-Ausschluss

Zusammenfassend werden somit folgende Items für die weitere statistische Analyse ausgeschlossen: Item E der Frage 3 und 4, Item L der Frage 16 und die Items A, E, G und L der Frage 17.

4 ERGEBNISSE

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse und danach die Ergebnisse der Deskriptivstatistik und der Inferenzstatistik dargestellt.

4.1. Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

In diesem Kapitel werden die empirischen Daten mittels gebildeter Kategorien dargestellt, welche nach der Inhaltsanalyse von Mayring (2008) erstellt werden. Die quantitative Auswertung wird anhand der Anzahl der Nennungen angegeben. Der Buchstabe n bezieht sich auf die Anzahl aller Nennungen einer bestimmten Aussage und nicht auf die Antworten oder Personen, was bedeutet, dass eine Person auch Mehrfach-Nennungen tätigen kann.

Vorteile

Die Frage 1. a des Pilotfragebogens soll eruieren, welche Vorteile die Studierenden darin sehen immer ein empathisches Verhalten zu zeigen. Aus der Analyse der Antworten ergeben sich folgende Hauptkategorien: Schauspiel-Setting, Vorteile für den Gesprächsführenden und Vorteile für die PatientInnen. Diese haben jeweils noch verschiedene Aspekte, z.B. das Schauspiel-Setting ist eine gute Übung für echte Gesprächssituationen oder dient zum Ausprobieren von Körperkontakt ect. Die nähere Beschreibung wird in den folgenden Tabellen angeführt.

Table 1*Ergebniss der Frage 1.a (Schauspiel-Setting)*

Schauspiel-Setting: n = 36	
Übung/Vorbereitung n = 31	<ul style="list-style-type: none"> • Lernen mit eigenen Gefühlen umzugehen • Gespräche in geschütztem Rahmen • Feedback, ob zu viel oder zu wenig Empathie • Übung um zu sehen, wie viel Empathie notwendig ist • Übung mit Rückmeldung • Anregung für weitere Gespräche • Vorbereitung: für echtes Leben, für jobähnliche Gespräche etc. • Es trainiert konkrete Situation im medizinischen Alltag, • Sich Fehler leisten zu können
Testung/Ausprobieren n = 5	<ul style="list-style-type: none"> • Ausprobieren, wie PatInnen auf gewisse Inhalte reagieren ohne sie zu verletzen und dadurch profitieren • man kann austesten, inwiefern Körperkontakt für PatientInnen passt • das Schauspiel-Setting ist realitätsnäher; das kann die Ernsthaftigkeit der gespielten Situation erhöhen

Die häufigste Kategorie bei den Vorteilen, sich in Gesprächssituationen empathisch zu verhalten, ist die Übung bzw. Training für die Arbeit am echten Patienten. Als zweithäufigste Kategorie wird genannt, dass man das empathische Verhalten in Gesprächssituationen mit Schauspielpatienten ausprobieren kann, um zu sehen, wie viel Empathie überhaupt notwendig ist.

Table 2*Ergebnisse der Frage 1.a (Vorteile für den Gesprächsführenden)*

Vorteile für den Gesprächsführenden: n = 21	
Zugang/Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> • besserer Zugang zum Patienten
Verständnis	<ul style="list-style-type: none"> • den Patienten besser zu verstehen (warum er sich so fühlt, Entscheidungen verstehen) • Entscheidungen der PatientInnen nachvollziehen können
Vertrauensgewinn	<ul style="list-style-type: none"> • Vertrauen erwecken • Vertrauen baut sich leichter auf

Informationsgewinn

- Man erfährt Dinge vom Patienten, die man sonst nicht erfahren hätte und die diagnostisch relevant sein könnten
 - Der Patient wird dazu gebracht, mehr Infos preis zu geben, weil er sich dadurch wohler fühlt
 - Man bringt den Patienten dazu, mehr zu erzählen, er öffnet sich
-

Diese Überkategorie umfasst die Vorteile des Gesprächsführenden, sich immer empathisch zu verhalten. Man erhält dadurch einen besseren Zugang und Kontakt zu den PatientInnen. Ein anderer positiver Aspekt ist, dass dadurch mehr Vertrauen zu den PatientInnen aufgebaut werden kann. Des Weiteren wird man durch das empathische Verhalten auch mehr Informationen bekommen. Das Zeigen von Empathie führt zudem auch zu einem besseren Verstehen der Entscheidungen und der Situation der PatientInnen. Eine weitere Überkategorie heisst „Vorteile für PatientInnen“. Diese wurde nur dreimal genannt und umfasst die Gefühle der Kranken. Durch das empathische Verhalten des Gesprächsführenden fühlen sich die PatientInnen sicher und ernst genommen.

Nachteile

Mit der Frage 1. b des Pilotfragebogens wurden die Nachteile erhoben, welche ein empathisches Verhalten haben könnte. Aus der Analyse der Aussagen ergeben sich folgende drei Überkategorien: Schauspiel-Setting, Probleme der ÄrztInnen und die Nachteile für andere Aspekte des Gesprächs. Die Inhalte der Kategorien werden in Tabelle 4 dargestellt.

Table 3

Ergebnisse der Frage 1.b (Schauspiel-Setting)

Schauspiel-Setting *n* = 17

Unrealistisch (immer empathisch zu sein) *n* = 18

Schauspiel:

- Schauspielpatient reagiert anders als echter Patient
- Schauspieler kann Gespräch/Schwierigkeit lenken
- Schauspielpatient ist kein echter Patient, ist unrealistisch

Unmöglich immer empathisch zu sein:

- Im Alltag ist es unwahrscheinlich, immer empathisch zu sein
- Man kann nicht immer geduldig und empathisch sein
- Es ist schwierig und unrealistisch, sich immer empathisch zu verhalten

Beobachtung durch KollegInnen

- Angst, dass man von KollegInnen
-

n = 3

beobachtet und danach vom Professor
zu heftig kritisiert wird

Die Tabelle 4 veranschaulicht den größten Nachteil, wenn man in Gesprächssituationen mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zeigt, nämlich die unrealistische Situation an sich. Zum einen ist es eine gestellte Situation, also ein Schauspiel. Zum anderen ist ständiges empathisches Verhalten in der ärztlichen Realität nicht möglich. Ferner ist die ständige Beobachtung durch StudienkollegInnen ein Nachteil für das Verhalten der Probanden.

Table 4

Ergebnisse der Frage 1.b (Probleme des Gesprächsführenden)

Probleme der Gesprächsführenden n = 16

Schwierigkeit/Überforderung
n = 4

- Oft schwierige Gesprächssituationen (Überforderung)
- Empathisches Verhalten nervt mit der Zeit
- Man handelt möglicherweise in einer Art, in der man sonst nicht handelt
- Widerspruch zu eigenen Persönlichkeit

Abgrenzung /Belastung
n = 9

Abgrenzung:

- Zu starke Identifizierung
- In die Sache zu sehr reingezogen werden
- Gefahr: zu sehr reingezogen zu werden, Abgrenzung wird schwierig
- Selbstabgrenzung, wird schwieriger, man sieht die Probleme des Patienten als die eigenen
- Schwierigkeit empathisch zu sein und sich trotzdem abzugrenzen,
- nur bei fehlender Organisation/Vorkenntnisse

Belastung:

- Von den Gefühlen beeinflusst werden
- Dass sich die Gefühle des Patienten auf einen selbst übertragen und das Gespräch beeinflussen
- Ich bin verletzlich

Verlust von Distanz
n = 4

- Verlust von Distanz
- Verlust der Objektivität
- Verlust von Neutralität
- Verlust von Professionalität

Zu viel Empathie

- Ablehnung durch den Patienten, denn

***n* = 2**

nicht jeder fordert Empathie

- Zuviel Empathie ist aufdringlich und unerwünscht

Zu wenig Empathie

***n* = 1**

- Informationsverlust: Patient wird durch mangelnde Empathie verunsichert und dazu gebracht Infos vorzuenthalten
-

Sich in Gesprächssituationen mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisch zu verhalten, führt zu Nachteilen bzw. Problemen für den Gesprächsführenden. Wie aus Tabelle 5 hervorgeht, ist es am häufigsten eine starke Überforderung, sich immer empathisch zu verhalten. An zweiter Stelle wird die Schwierigkeit sich abzugrenzen genannt. Diese Abgrenzungsproblematik steht auch mit dem Gefühl der emotionalen Belastung in enger Verbindung. Des Weiteren ist der Verlust von Distanz angeführt worden. Diese Kategorie umfasst dabei den Verlust von Professionalität, Neutralität etc. Ein weiterer negativer Effekt des ständigen empathischen Verhaltens ist die Ablehnung durch PatientInnen, welche dies als aufdringlich erleben. Überdies wird angeführt, dass zu wenig Empathie zu Informationsverlust führen kann. Schließlich gibt es noch eine weitere Kategorie: „Nachteile für andere Aspekte des Gesprächs“. Diese wird dreimal genannt und umfasst negative Konsequenzen wie etwa die Verlängerung der Gesprächsdauer und weniger Zeit für die Erhebung von Informationen zu haben.

Menschen, die empathisches Verhalten befürworten

Mit der zweiten Frage des Pilotfragebogens wird erhoben, welche Personen ständiges empathisches Verhalten befürworten, deren Meinung für die Befragten wichtig ist. Die Analyse der Antworten zu dieser Frage ergibt folgende Kategorien, welche hier dargestellt werden. Wie bereits erwähnt, sind die Anzahl der *n* die Anzahl der Nennungen.

Table 5

Ergebnisse der Frage 2. a.

Kategorien der Frage 2.a.

Lehrpersonal *n* = 22

- ProfessorInnen
- TutorInnen (Skills-Tutoren)
- LehrveranstaltungsleiterInnen (insbesondere Psychologen)
- GruppenleiterInnen
- GF-LeiterInnen
- MUW-MitarbeiterInnen
- Uni-Angestellte

Bestimmte Personen $n = 13$

- offene,
- gefühlsbetonte,
- extravertierte
- Personen, die selbst ein gutes Gefühlsleben haben
- Frauen
- Gefühlsbetonte, offene Menschen, die Freude haben an dem was sie tun
- Perfektionisten
- Personen, die einfühlsam auf PatientInnen wirken wollen
- Personen, die selbst empathisch/geduldig sind

PatientInnen $n = 11$

- PatientInnen mit schwerwiegenden Situationen
- Unsichere PatientInnen mit geringem Selbstwert
- Ausgegrenzte PatientInnen
- PatientInnen mit peinlichen Problemen
- Jeder, der selbst Patient/Patientin war, wird dies befürworten, echtes empathisches Verhalten ist wichtig, nicht verstellen!

Andere Berufsgruppen $n = 10$

- SozialarbeiterInnen,
- PsychotherapeutInnen
- PsychologInnen
- Personen im sozialen Bereich
- SchauspielerInnen

ÄrztInnen $n = 9$

- ÄrztInnen
- PsychiaterInnen
- Ganzheitliche Mediziner
- Personen, die einfühlsam auf den Patienten wirken wollen

Studierende $n = 6$

- KollegInnen mit positiver Einstellung zur Empathie
- Medizinstudenten
- Diejenigen, die es üben wollen
- Studienkolleginnen

Angehörige des /der PatientIn $n = 2$

- Freunde und Familie von PatientInnen
- Angehörige

Wenn es darum geht, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen, sind es laut Befragten vor allem das Lehrpersonal und bestimmte Personen, welche dieses Verhalten befürworten. Wie in der Tabelle 7 zu sehen ist, nennen die Studierenden auch die PatientInnen und andere Berufsgruppen wie SozialarbeiterInnen,

PsychologInnen etc. Weitere Unterkategorien sind die ÄrztInnen sowie die Studierenden selbst. Schließlich werden auch die Angehörigen der PatientInnen erwähnt.

Menschen, die empathisches Verhalten ablehnen

Mit der Frage 2.b. des Pilotfragebogens wird erhoben, welche Personen, deren Meinung für die Befragten wichtig ist, das Zeigen von ständigem empathischen Verhalten ablehnen.

Die Ergebnisse werden in den folgenden Kategorien (andere Berufsgruppen, KollegInnen, Lehrpersonal, PatientInnen, klinisches Personal, gewisse Personen, Restkategorie) dargestellt.

Table 6

Ergebnisse der Frage 2.b.

Kategorien der Frage 2.b.	
Gewisse Personen (-Gruppen): $n = 13$	<ul style="list-style-type: none"> • denen die Gefühle anderer egal sind • die nicht gerne über Gefühle sprechen • Pragmatiker • Naturwissenschaftlich orientierte Menschen • Zyniker • Gestresste Menschen • Stolze Menschen • Eher Männer • Soziopathen • Nazis • Proleten • Realisten
Klinisches Personal $n = 9$	<ul style="list-style-type: none"> • ÄrztInnen • ChirurgInnen und OrthopädInnen unter Stress • Gestresste ÄrztInnen in der Ambulanz • Oberarzt/Oberärztin, wenn Zeitdruck herrscht • Denen es egal ist, wie sich die PatientInnen fühlen
Andere Berufsgruppen $n = 5$	<ul style="list-style-type: none"> • BeamtInnen • PolizistInnen • JuristInnen • Krankenhaus-Management
KollegInnen $n = 5$	<ul style="list-style-type: none"> • Studierende, die wenig motiviert sind • Studierende, die das Gespräch nicht ernst nehmen

PatientInnen n = 4

- PatientInnen mit peinlichen Problemen wünschen sich einen professionellen Umgang in dem Sinne, dass der Arzt/die Ärztin die Probleme ohne zuviel Nähe löst.
- PatientInnen, die sich durch zu viele Gefühle in ihrer Intimsphäre verletzt fühlen und nur ihre Symptome behandelt bekommen wollen.
- PatientInnen, die selbst erlebt haben, dass zuviel Empathie störend/aufdringlich sein kann
- Andere PatientInnen, die warten
- Angehörige von PatientInnen
- PatientInnen die Problem mit den Gefühlen haben

Lehrpersonal n = 2

- ProfessorInnen
- Ältere ProfessorInnen

Wenn es darum geht, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen, sind es laut Befragten vor allem gewisse Personen (Zyniker, gestresste Menschen etc.), welche dieses Verhalten ablehnen. An zweiter Stelle der Tabelle 8 steht das klinische Personal (ÄrztInnen, OberärztInnen, OrthopädInnen etc.), das der Meinung ist, nicht immer empathisches Verhalten während eines klinischen Gespräches zu zeigen. Des Weiteren werden die KollegInnen sowie andere Berufsgruppen (BeamtInnen, JuristInnen etc.) genannt. Danach werden die PatientInnen angeführt, die ein ständiges empathisches Verhalten ablehnen, weil sie Probleme mit Gefühlen und Nähe haben. Schließlich wird auch das Lehrpersonal angeführt.

Menschen, die selber empathisches Verhalten zeigen

Die Frage 2.c. des Pilotfragebogens erhebt, welche Personen, die für die Studierenden als Vorbilder oder Modelle fungieren, selber empathisches Verhalten zeigen. Die Aussagen zu dieser Frage wurden mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) analysiert. Aus den genannten Personen und Gruppen wurden folgende Kategorien gebildet, die hier dargestellt sind.

Table 7

Ergebnisse der Frage 2.c.

Kategorien der Frage 2.c

Personen, die... sind n = 15

- einfühlsam
- wohlwollend

	<ul style="list-style-type: none"> • ausgeglichen • erfahren bzw. geschult • unsicher • kommunikationsfreundlich • offen/extravertiert • eher Frauen
Kollegen bzw. Studierende $n = 13$	<ul style="list-style-type: none"> • in Prüfungssituation • bei Anwesenheit des LV-Leiters • Am Anfang des Studiums • ehrgeizig • systemkritisch
ÄrztInnen $n = 10$	<ul style="list-style-type: none"> • Ärzte generell • HausärztInnen • Psychiater/Psychiaterin • Ganzheitliche MedizinerInnen • AllgemeinmedizinerInnen
Andere soziale Berufsgruppen $n = 8$	<ul style="list-style-type: none"> • PsychologInnen • PhysiotherapeutInnen • SozialarbeiterInnen
Lehrpersonal $n = 4$	<ul style="list-style-type: none"> • Vortragende • Skills TutorInnen • GruppenleiterInnen

Wenn es darum geht, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen, sind es laut Tabelle 9 vor allem gewisse Personen (einfühlsame, wohlwollende Menschen etc.), welche selber dieses Verhalten zeigen. Auch werden KollegInnen und ÄrztInnen sowie soziale Berufsgruppen und Lehrpersonal genannt.

Menschen, die selber nicht immer empathisches Verhalten zeigen

Mit der Frage 2.d. des Pilotfragebogens wird erhoben, welche Personen, die für die Studierenden als Vorbilder oder Modelle fungieren, selber nicht immer empathisches Verhalten zeigen. Aus den Antworten werden folgende Kategorien abgeleitet.

Table 8

Ergebnisse der Frage 2.d.

Kategorien der Frage 2.d.	
Personen, die... sind $n = 17$	<ul style="list-style-type: none"> • dominant • sachlich • introvertiert

- cholerisch
- ignorant
- egoistisch
- unsicher
- Probleme mit Gefühlen (Schwierigkeiten G. zu zeigen, sich einzufühlen)
- Die Empathie als nicht sinnvoll erachten

Studierende $n = 14$

- Mit fehlender Ernsthaftigkeit
- Personen, die die Übung nicht ernst nehmen
- Unter Beobachtung
- Nervöse
- Unreife
- Uninteressierte
- mit übersteigertem Selbstbewusstsein

ÄrztInnen $n = 11$

- Ältere
- Ohne Freude am Beruf
- Unter Zeitdruck
- Burn-Out Gefährdete
- UnfallchirurgInnen (OrthopädInnen)
- ChefärztInnen
- FrauenärztInnen

Andere Berufsgruppen $n = 2$

- Krankenpflegepersonal
- AssistentInnen

Menschen, die laut Studierenden nicht immer selbst empathisches Verhalten zeigen, sind bestimmte Personen (gestresste, egoistische etc.) sowie gewisse StudentInnen (unreife, uninteressierte etc.).

Wie in der Tabelle 10 zu sehen ist, werden auch Ärztinnen (ältere, gestresste etc.) und andere Berufsgruppen genannt.

Faktoren, die es einfacher machen empathisches Verhalten zu zeigen

Die Frage 3.a. des Pilotfragebogens soll erheben, welche Faktoren bzw. Bedingungen es ermöglichen oder einfacher machen empathisches Verhalten zu zeigen. Aus den Antworten ergeben sich folgende empirisch abgeleitete Kategorien:

Table 9

Ergebnisse der Frage 3.a.

Kategorien der Frage 3.a.

Gute Gesprächs- bzw. Arbeitsbedingungen: $n = 35$

- Keine Störung durch Dritte oder Pager
- Ruhig (ungestört)
- Ohne Zeit- und Prüfungsdruck
- Angenehme räumliche Atmosphäre

PatientInnen-Eigenschaften: $n = 19$

- nett
- freundlich
- sympathisch
- gepflegt
- zugänglich und nicht ablehnend
- höflich
- abhängig von der Persönlichkeit

Gruppen-Setting: $n = 8$

- Angenehmes Gruppensetting
- Anspruchsvolle GruppenleiterInnen
- Nette, nicht-verurteilende KollegInnen
- Kein Zwang durch Lehrende

Kompetenz/Vorbereitung des Gesprächsführers $n = 8$

- Gutes Briefing
- Vorbereitung
- Vorkenntnisse/Erfahrung (Bekanntheit der Situation)

gute Schauspielleistung: $n = 7$

- Gute/r SchauspielerIn
- realistische/r SchauspielerIn

positives Wohlbefinden des Gesprächsführenden $n = 5$

- Nicht übermüdet
- Entspannt
- Positive Grundstimmung
- Mit sich selbst im Einklang
- Selbstbewusstsein

Beziehung/ Rapport $n = 4$

- Gegenseitige Sympathie
- Verständnis für die Situation des Patienten
- Positive Einstellung zum Patienten

Aus Tabelle 11 ist zu entnehmen, dass gute Arbeits- und Gesprächsbedingungen es am besten ermöglichen, sich in Gesprächsbedingungen mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisch zu verhalten. Diese guten Arbeitsbedingungen sind geprägt durch Ruhe, gute Atmosphäre, keinen Stress etc. An zweiter Stelle werden die PatientInnen-Eigenschaften genannt. Wenn also PatientInnen nett, freundlich, zugänglich etc. sind, dann fällt es den Studierenden leichter, sich immer empathisch zu verhalten. An dritter Stelle stehen das Gruppensetting und die Vorbereitung des Gesprächsführenden. Das Gruppensetting umfasst ein gutes Gruppensetting und Gruppenleiter,

keine vorverurteilenden KollegInnen etc. Die Vorbereitung des Gesprächsführenden bezieht sich auf ein gutes Briefing, Vorkenntnisse und Erfahrung. Danach wird die gute Schauspielleistung genannt, die es den Studierenden erleichtert, sich empathisch zu verhalten. Schließlich spielt auch das eigene Wohlbefinden (entspannt, nicht übermüdet etc.) eine Rolle. Zu guter Letzt ist es die gute Beziehung zum Patienten (gegenseitige Sympathie, Verständnis), die es einem grundsätzlich ermöglicht und erleichtert, sich immer empathisch zu verhalten.

Faktoren, die es erschweren, empathisches Verhalten zu zeigen

Die Frage 3.b. des Pilotfragebogens fragt nach jenen Faktoren und Bedingungen, die es grundsätzlich verhindern oder erschweren, empathisches Verhalten zu zeigen. Die Antworten werden in folgende Kategorien eingeteilt.

Table 10 Ergebnisse der Frage 3.b.

Kategorien der Frage 3.b.

Patienten-Eigenschaften: $n = 19$

- überempfindlich
- lästiger
- unsympathisch
- ablehnend
- sich in der Intimsphäre verletzter Patient
- unkommunikativ
- aggressiv
- unhöflich
- schwierig
- aus Vorgesprächen bereits bekannt

Gesprächs- bzw. Arbeitsbedingungen: $n = 17$

- Unterbrechungen durch Dritte oder Pager
- Unruhig (ungestört)
- Zeit- und Prüfungsdruck
- Unangenehme räumliche Atmosphäre

Gruppen-Setting: $n = 10$

- Wertende KollegInnen
- Desinteressierte KollegInnen
- Beobachtung durch KollegInnen und Lehrveranstaltungs-LeiterIn
- Druck durch KollegInnen und Lehrveranstaltungs-LeiterIn
- KollegInnen, die die Übung nicht ernst nehmen

schlechte Schauspielqualität: $n = 10$

- Schlechte/r Schauspieler/in
- Unrealistische/r Schauspielerin

negatives Wohlbefinden der Gesprächsführer $n = 5$

- Schlechter Tag
- Angst
- Unsicherheit
- Stress
- Desinteresse
- Müdigkeit
- Erschöpfung
- Nervosität
- Eigene Probleme
- Eigene soziale Probleme
- Eigene Konflikte mit dem Krankheitsbild

Mangelnde Kompetenz des Gesprächsführers/der Gesprächsführerin $n = 5$

- Unzureichend vorbereitet
- Unerfahren
- Zu wenig Wissen

Beziehung/ Rapport $n = 4$

- Schlechte PatientInnen-ÄrztInnen-Beziehung
 - Schlechtes Gesprächsklima
 - Zu wenig Verständnis für die Situation
 - Keine Identifikation möglich
- Ablehnung des Patienten/der Patientin aufgrund
 - Persönlichkeit
 - Verhalten
 - Entscheidungen
 - Lebensstil

Bei dieser Frage geben die Studierenden an, dass schlechte Arbeits- und Gesprächsbedingungen es meistens verhindern, sich in Gesprächsbedingungen mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisch zu verhalten. Diese ungünstigen Arbeitsbedingungen sind geprägt durch Stress, schlechte Atmosphäre, Lärm, Unterbrechungen etc. An zweiter Stelle wurden wie bei der vorigen Frage die PatientInnen-Eigenschaften genannt. Sind Patientinnen unfreundlich, unhöflich, lästig etc., so fällt es den Studierenden schwerer, sich immer empathisch zu verhalten. An dritter Stelle stehen das Gruppensetting und die schlechte Schauspielqualität. Das Gruppensetting umfasst ein schlechtes Gruppensetting, vorverurteilende und desinteressierte KollegInnen etc. Der vierte Punkt umschreibt die eigenen Kompetenzen und das Wohlbefinden des Gesprächsführenden. Die Studierenden sind der Meinung, dass ein schlechtes Wohlbefinden (gestresst, müde, nervös, ängstlich etc.) und die

selbst eingeschätzte mangelnde Kompetenz (zu wenig Wissen, Erfahrung und Vorbereitung) es grundsätzlich verhindern bzw. erschweren, sich immer empathisch zu verhalten. Schließlich spielt auch die Beziehung eine Rolle. Wenn diese geprägt ist durch ein schlechtes Gesprächsklima, zu wenig Verständnis für die Situation etc., dann kann dies das ständige empathische Verhalten erschweren.

3.2. Ergebnisse der quantitativen Forschung

In diesem Kapitel werden die empirischen Daten mittels statistischer Kennwerte (Mittelwert, Standardabweichung) dargestellt. Zuvor wird noch die Deskriptivstatistik der Stichprobe angeführt.

Deskriptivstatistik der Stichprobe

Die Stichprobe setzt sich aus 131 Personen zusammen, wobei eine Person ihr Studienjahr und Geschlecht nicht angegeben hat. Die Auswertung wird somit mit den 130 gültigen Personen durchgeführt. Die Verteilung des Geschlechts und Studienjahrs sind in der folgenden Tabelle 3 zu sehen. Es kommen 60% der Befragten aus dem vierten Studienjahr und 40% aus dem zweiten Studienjahr. Das Geschlecht ist dabei ausgewogener verteilt, denn von den 130 Personen sind 66 männliche und 64 weibliche Befragte.

Tabelle 3

Kreuztabelle (Geschlecht und Studienjahr)

			Studienjahr		Gesamt
			2.	4.	
männlich /weiblich	Männlich	Anzahl	25	41	66
		% innerhalb von männlich/weiblich	37,9%	62,1%	100,0%
	Weiblich	Anzahl	27	37	64
		% innerhalb von männlich/weiblich	42,2%	57,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	52	78	130
		% innerhalb von männlich/weiblich	40,0%	60,0%	100,0%

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den Fragen des quantitativen Fragebogens dargestellt.

Frage 1

Die erste Frage untersucht die Bereitschaft der Studierenden, sich in den nächsten Gesprächen empathisch zu verhalten. Diese wird mittels zweier Wege erhoben, nämlich der Performance Intention (Frage 1) und der generalisierten Intention (*M* der Frage 19, 20 und 21).

1. In wie vielen von 10 Gesprächen mit (Schauspiel-) PatientInnen werden Sie es umsetzen, immer empathisches Verhalten zu zeigen?

Bezogen auf die gesamte Stichprobe ergeben sich folgende Werte.

Tabelle 4

Deskriptivstatistik der Frage 1

	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Frage 1	8.62	1.60	127	2	10

Die Werte in der Tabelle 4 geben an, dass von 127 gültigen Personen keine Person angibt in nur einem von 10 Gesprächen empathisch zu agieren, denn das Minimum liegt bei zwei Gesprächen. Die Mehrheit der Studierenden gibt an in den nächsten 8 bzw. 9 Gesprächen empathisches Verhalten zu zeigen. Der Mittelwert liegt bei 8.62 und kann somit als sehr hoch angesehen werden. Die Standardabweichung liegt bei 1.62.

19. Ich tendiere dazu, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen (1 bis 7).

Tabelle 5

Deskriptivstatistik der Frage 19

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Frage 19	5.65	1.29	122	1	7

In Tabelle 5 ist zu sehen, dass von den 122 gültigen Antworten der Befragten, welche auf einer Skala von 1 bis 7 angeben müssen wie stark sie dazu tendieren, empathisches Verhalten zu zeigen, ist die durchschnittliche Tendenz zum empathischen Verhalten 5.65 mit einer *SD* = 1.29.

20. Ich möchte versuchen, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen (1 bis 7).

Tabelle 6

Deskriptivstatistik der Frage 20

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
--	----------	-----------	----------	------------	------------

Frage 20	5.66	1.29	122	1	7
-----------------	------	------	-----	---	---

Tabelle 6 zeigt, dass von den 122 Befragten, welche auf einer Skala von 1 bis 7 angeben, wie sehr sie es möchten, empathisches Verhalten zu zeigen, der Durchschnitt bei 5.65 liegt und die Standardabweichung 1.29 ist.

21. Ich plane, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen (1 bis 7).

Tabelle 7

Deskriptivstatistik der Frage 21

	M	SD	N	Min	Max
Frage 21	6.28	1.09	122	1	7

Von den 122 Befragten, welche auf einer Skala von 1 bis 7 angeben, wie wahrscheinlich es ist, dass sie empathisches Verhalten zeigen wollen, ist der Durchschnitt bei $M = 6.28$ mit einer $SD = 1.09$, wie aus der Tabelle 7 zu entnehmen ist.

Generalisierte Intention

Tabelle 8

Deskriptivstatistik der generalisierten Intention

	M	SD	N	Min	Max
Fragen 18,19,20,21	5.85	1.11	122	1.75	7

Die Tabelle 8 zeigt, dass die durchschnittliche generalisierte Intention $M = 5.85$ ist und eine Standardabweichung von $SD = 1.11$ hat. Der geringste Wert ist 1.75, das Maximum bei 7 und die Anzahl der Befragten liegt bei 122.

Frage 2

Wie wird empathisches Verhalten beschrieben bzw. charakterisiert?

Diese Frage bezieht sich auf die Item-Skala 2 im TPB Fragebogen. Die Antwort auf diese Frage wird mit Hilfe eines semantischen Differentials eruiert, bei welchem den Befragten Eigenschaftspaare zur Einschätzung vorgelegt werden. Die Studierenden sollen mittels einer Rating-Skala von - 3 bis + 3 angeben, welcher Gegensatzpol empathisches Verhalten charakterisiert und wie stark diese Einstufung ist.

Die Items werden ähnlich der Empfehlung von Francis et al. (2004)⁶ in eine Richtung gepolt. Somit sind diese Items so umgepolt worden, dass Eigenschaften im negativen Bereich für empathisches Verhalten stehen. Positive Werte sind somit Eigenschaften, die dem empathischen Verhalten entgegen gesetzt sind. Das erste Beispiel ist „weich-hart“ und hat einen Mittelwert von -.21, was bedeutet, dass die Befragten empathisches Verhalten als eher „weich“ beschreiben. Die linken Items sind im negativen Bereich, die Rechten im positiven. Je höher der Wert ist, desto stärker wird die Eigenschaft als passend für die Beschreibung empathischen Verhaltens gesehen.

Empathie wurde demnach wie folgt charakterisiert: weich, heiter, klar, stark, großzügig, aktiv, ernst, offen, hilfsbereit, triebhaft, gefühlvoll, redselig, friedlich, geordnet, nüchtern, nachgiebig, gesellig, zart, vergnügt, sanft, beweglich, leise, frisch, unterwürfig und gesund.

Tabelle 9

Deskriptivstatistik der Frage 2 (von -3 bis +3)

Frage 2	M	SD	N
1. weich_hart	-.21	1.24	132
2. heiter_traurig	-.14	.90	132
3. verschwommen_klar	-1.07	1.53	130
4. stark_schwach	-.92	1.35	130
5. großzügig_sparsam	-.65	1.10	132
6. passiv_aktiv	-1.61	1.51	132
7. verspielt_ernst	-1.21	1.62	131
8. zurückhaltend_offen	-1.72	1.45	132
9. hilfsbereit_egoistisch	-1.49	1.49	132
10. triebhaft_gehemmt	-.13	.85	131
11. kühl_gefühlvoll	-2.11	1.35	131
12. redselig_verschwiegen	-.38	1.11	132
13. friedlich_aggressiv	-1.20	1.39	132
14. zerfahren_geordnet	-1.02	1.42	132
15. nüchtern_verträumt	-.36	.93	132
16. streng_nachgiebig	-.95	1.44	132
17. zurückgezogen_gesellig	-1.63	1.40	132
18. robust_zart	-1.27	1.51	129
19. vergnügt_misstrauig	-.14	.74	132
20. wild_sanft	-1.78	1.36	132
21. starr_beweglich	-1.61	1.55	132
22. leise_laut	-.26	.75	132
23. frisch_müde	-.63	.98	131
24. unterwürfig_herrisch	-.21	.68	132

⁶ "Recode the items that have negatively worded endpoints on the right, so that higher numbers then always reflect a positive attitude to the target behavior" (Francis et al., 2004, S. 17).

25. gesund_krank	-1.13	1.24	132
------------------	-------	------	-----

Frage 3

Was sind die wahrscheinlichsten positiven und negativen Konsequenzen?

Diese Frage bezieht sich auf die dritte Item-Skala im TPB Fragebogen. Es ist interessant, welche der im Pilot-Fragebogen beschriebenen positiven als auch negativen Konsequenzen als die wahrscheinlichsten Folgen empathischen Verhaltens eingestuft werden. Wie wahrscheinlich ist es, dass empathisches Verhalten auch zu einer gewissen Konsequenz führt? Dies ist in der Folge von großer Relevanz, da die Einstufung auch einen erheblichen Einfluss auf die Einstellung und die Intention zum empathischen Verhalten hat.

Tabelle 10

Deskriptivstatistik der Frage 3 (von 1 bis 7)

Frage: Wenn ich mich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisch verhalte, dann:	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
a. schafft das Vertrauen und eine gute Atmosphäre	6.27	1.16	132
b. ist das „gespielt“ und nicht „echt“	3.37	1.79	131
c. gibt der/die Patient/in mehr Informationen preis	5.91	1.29	131
d. ist das eine gute Vorbereitung für echte Gespräche	5.58	1.64	132
e. verlängert das die Gesprächsdauer	4.91	1.41	132
f. ist das ein Verlust von Objektivität und Professionalität	2.23	1.28	131
g. ist das eine gute Möglichkeit für das Ausprobieren von empathischem Verhalten	5.41	1.50	132
h. ist das nicht angebracht, da ein Zuviel an empathischem Verhalten schädlich ist	2.14	1.31	132
i. führt das zu Distanzverlust oder psychischer Belastung	3.47	1.54	132
j. ist das unrealistisch, da ich nicht immer empathisch sein kann	3.76	1.75	132
k. hilft mir das, den Patienten besser zu verstehen	5.62	1.23	132
l. treten wesentliche Aspekte dadurch in den Hintergrund	2.88	1.38	131
m. ist das nur eine Übung, nicht die Realität	3.28	1.81	132
n. hat das positive Auswirkungen auf meine professionelle Entwicklung.	5.30	1.56	132

Ergebnisse

Der niedrigste Wert, der von den Studierenden angekreuzt worden ist, liegt bei 1 und der höchste Wert bei 7. Wie in der Tabelle 10 zu sehen ist, wird das Item a „schafft Vertrauen und eine gute Atmosphäre“ als die wahrscheinlichste Folge von empathischem Verhalten eingestuft ($M = 6.27$). An zweiter Stelle wird das Item c „Patient gibt mehr Informationen preis“ gewählt ($M = 5.91$). Schließlich ist eine „gute Vorbereitung für Gespräche mit echten PatientInnen“ auch sehr wahrscheinlich (Item d, $M = 5.58$), wenn man sich in Gesprächssituationen immer empathisch verhält. Dass sich empathisches Verhalten positiv auf das „bessere Verständnis des Patienten bzw. der Patientin“ auswirkt (Item k), wird im Durchschnitt als „eher bzw. ziemlich wahrscheinlich“ beurteilt ($M = 5.61$). Dass das ständige empathische Verhalten in Gesprächssituationen mit (Schauspiel-) PatientInnen eine „gute Möglichkeit für das Ausprobieren von empathischem Verhalten“ darstellt, wird auch als „eher bzw. ziemlich wahrscheinlich“ bewertet (Item k, $M = 5.41$). Schließlich wird Item n „die positive Auswirkung auf die eigene professionelle und persönliche Entwicklung“ ($M = 5.30$) ähnlich eingestuft.

Des Weiteren geben die Studierenden an, dass es im Durchschnitt „eher wahrscheinlich“ bzw. „weder noch“ ist, dass durch empathisches Verhalten die Gesprächsdauer verlängert wird ($M = 4.91$). Demgegenüber wird das Item j „es ist unrealistisch, sich immer empathisch zu verhalten“ mit einem Mittelwert von 3.76 als „eher unwahrscheinlich“ bis „weder noch“ eingestuft. Auch die negativen Folgen eines Verlustes an Objektivität und Distanz werden als eher unwahrscheinlich eingestuft ($M = 3.47$). Überdies wird das Item b, welches beschreibt, dass empathische Verhaltensweisen in Gesprächssituationen mit (Schauspiel-) PatientInnen oftmals nur gespielt und nicht echt sind ($M = 3.37$) und dass es „nur eine Übung und nicht die Realität“ darstellt ähnlich eingestuft (Item m, $M = 3.28$).

Als weitere negative und im Durchschnitt eher unwahrscheinliche Konsequenz wird das Zurücktreten anderer wesentlicher Aspekte wie die Anamnese gesehen ($M = 2.88$). An vorletzter Stelle steht Item f „Verlust von Objektivität und Professionalität“ ($M = 2.23$), und als letztes Item wird angegeben, dass ein Zuviel an empathischem Verhalten schädlich ist“ ($M = 2.14$).

Frage 4

Was sind die wichtigsten Konsequenzen von empathischem Verhalten in in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen?

Tabelle 11

Deskriptivstatistik der Frage 4 (von -3 bis +3)

Frage Wenn ich mich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisch verhalte, dann:	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
a. schafft das Vertrauen und eine gute Atmosphäre	2.26	1.01	132
b. ist das „gespielt“ und nicht „echt“	-.43	1.63	131
c. gibt der/die Patient/in mehr Informationen preis	2.11	1.12	131
d. ist das eine gute Vorbereitung für echte Gespräche	1.84	1.26	131
e. verlängert das die Gesprächsdauer	-.18	1.56	131
f. ist das ein Verlust von Objektivität und Professionalität	-.52	1.59	131
g. ist das eine gute Möglichkeit für das Ausprobieren von empathischem Verhalten	1.47	1.37	131
h. ist das nicht angebracht, da ein Zuviel an empathischem Verhalten schädlich ist	-.76	1.53	131
i. bedeutet das Distanzverlust oder psychischer Belastung	.15	1.49	131
j. ist das unrealistisch, da ich nicht immer empathisch sein kann	-.08	1.35	130
k. kann man den/die Patientin besser verstehen	1.76	1.19	131
l. treten wesentliche Aspekte dadurch in den Hintergrund	-.23	1.43	131
m. ist das nur eine Übung, spiegelt nicht die Realität wider	-.62	1.56	131
n. hat das positive Auswirkungen auf die professionelle oder persönliche Entwicklung.	1.56	1.25	131

Der höchste Wert, den die Studierenden angegeben haben, liegt bei + 3 und der niedrigste Wert bei - 3. Wie in der Tabelle 11 zu sehen ist, wird das Item „schafft Vertrauen und eine gute Atmosphäre“ als die wichtigste Folge von empathischem Verhalten eingestuft ($M = 2.26$). An zweiter Stelle wird das Item „Patient/in gibt mehr Informationen preis“ gewählt ($M = 2.11$). Die Studierenden geben ferner an, dass es sehr wichtig ist, sich in Gesprächssituationen mit (Schauspiel-) PatientInnen empathisch zu verhalten, da dies eine gute Vorbereitung für den medizinischen Alltag sei ($M = 1.84$). Dass sich empathisches Verhalten positiv auf das bessere Verständnis des Patienten bzw. der Patientin auswirkt, wird im Durchschnitt als „eher bzw. ziemlich wichtig“ beurteilt ($M = 1.76$). Schließlich wird auch die positive Auswirkung auf die professionelle Entwicklung ähnlich wichtig eingestuft ($M = 1.56$). Das Item g „eine gute Möglichkeit und ein geeignetes Setting für das Ausprobieren von

empathischem Verhalten“ wird ebenfalls als „eher bis ziemlich wichtig“ gesehen ($M = 1.47$). Das Item i, das den Distanzverlust und die psychische Belastung als Folge ständigen Zeigens von empathischem Verhalten beschreibt, wird im Durchschnitt als weder noch bzw. eher wichtig eingestuft ($M = .15$).

Als „weder noch“ bzw. „eher unwichtig“ werden folgende Konsequenzen beurteilt: es ist „unrealistisch sich immer empathisch zu verhalten“ (Item j, $M = -.08$); empathisches Verhalten „verlängert die Gesprächsdauer“ (Item e, $M = -.18$); andere Aspekte des Gespräches treten durch ständiges empathisches Verhalten in den Hintergrund (Item i, $M = -.23$) und „sich immer empathisch zu verhalten“ ist unrealistisch (Item b, $M = -.43$).

Ständiges Zeigen von empathischem Verhalten kann zu einem „Verlust an Objektivität und Professionalität“ führen. Dieses Item f wurde durchschnittlich knapp an der Grenze zwischen „weder noch“ und „eher unwichtig“ eingestuft (Item f, $M = -.52$).

Dass es nur eine Übung ist, wenn man sich in Gesprächssituationen mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisch verhält, wird schließlich als „eher unwichtig“ beurteilt (Item m, $M = -.62$).

An die letzte Stelle wird das Item h gereiht. Das ständige Zeigen von empathischem Verhalten ist unangebracht, da ein „Zuviel an Empathie“ für die Patienten schädlich sein kann, wird im Durchschnitt als „eher unwichtig“ eingestuft ($M = -.76$).

Frage 5

Welche begünstigende bzw. erschwerende Faktoren sind am wahrscheinlichsten, wenn es darum geht empathisches Verhalten zu zeigen?

Tabelle 12

Deskriptivstatistik der Frage 5 (von +1 bis +7)

Frage: Wie wahrscheinlich sind folgende Aspekte, wenn es darum geht in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen?	<i>M</i>	<i>SD</i>	N	Min	Max
a. eine positive Einstellung gegenüber den (Schauspiel-) PatientInnen	5.72	1.06	127	1	7
b. eine schlechte Beziehung	3.07	1.58	125	1	7
c. sich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen nicht wohl fühlen	3.86	1.67	127	2	7
d. schwierige (Schauspiel-) PatientInnen (unhöflich, ablehnend etc.).	4.52	1.49	125	1	7

e. eine gute Qualität der Schauspiel-PatientInnen	5.39	1.23	126	2	7
f. das Wissen, dass es sich um eine nicht reale Situation handelt	4.42	1.70	123	1	7
g. (Schauspiel-) PatientInnen mit positiven Eigenschaften	4.99	1.23	125	1	7
h. Nervosität und Unsicherheit	4.31	1.65	122	1	7
i. die (negative) Beeinflussung durch das Setting rund um die Gesprächssituation im Unterricht	4.71	1.76	125	1	7
j. Zeitmangel oder Zeitdruck	4.67	1.76	123	1	7
k. eine schlechte Qualität der (Schauspiel-) PatientInnen	3.56	1.75	125	1	7
l. Faktoren wie Ungestörtheit, Ruhe und Zeit	4.66	1.53	125	1	7

Eine positive Einstellung gegenüber den (Schauspiel-PatientInnen) ist der wahrscheinlichste begünstigendste Faktor, wenn es darum geht, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel)PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen ($M = 5.72$). Die gute Qualität der Schauspiel-PatientInnen wird an zweiter Stelle genannt ($M = 5.39$). Ferner sind positive Eigenschaften von PatientInnen unterstützend in Bezug auf empathisches Verhalten und diese werden auch im Durchschnitt als „eher wahrscheinlich“ eingestuft (Item g, $M = 4.99$).

Die (negative) Beeinflussung durch das Setting rund um die Gesprächssituation im Unterricht, wie Kamera, Zuschauer etc. wird auch als „eher wahrscheinlich“ bzw. „weder noch“ gesehen ($M = 4.71$). Auch Faktoren wie Zeitmangel und Zeitdruck werden als ähnlich wahrscheinlich beschrieben ($M = 4.67$). Im Durchschnitt sehen die Studierenden jedoch auch begünstigende Rahmenbedingungen wie Ungestörtheit, Ruhe und Zeit als „eher wahrscheinlich“ bzw. „weder noch“ ($M = 4.66$). Schwierige PatientInnen, die unhöflich oder ablehnend sind, werden ähnlich wahrscheinlich eingestuft ($M = 4.52$). Das Wissen, es handle sich bei der Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen um keine reale Situation ($M = 4.42$) und Faktoren wie Unsicherheit und Nervosität ($M = 4.31$) sind ebenfalls „eher wahrscheinlich“ bzw. „weder noch“.

Sich im Gespräch nicht wohl zu fühlen ($M = 3.86$) sowie die schlechte Qualität der (Schauspiel-) PatientInnen ($M = 3.56$) werden im Durchschnitt als „eher unwahrscheinlich“ bzw. „weder noch“ beurteilt. An letzter Stelle und somit am unwahrscheinlichsten von all den Faktoren, wird eine schlechte Beziehung (zu wenig Verständniss, keine Identifikation etc.) zu den PatientInnen gesehen ($M = 3.07$).

Frage 6

Welche Faktoren begünstigen es bzw. erschweren es den Studierenden am meisten empathisches Verhalten zu zeigen?

Tabelle 13

Deskriptivstatistik der Frage 6 (von -3 bis +3)

Folgende Faktoren erleichtern/erschweren es mir, mich empathisch zu verhalten	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
a. Eine positive Einstellung gegenüber den (Schauspiel-) PatientInnen	2.10	.97	126
b. Eine schlechte Beziehung zu den (Schauspiel-) PatientInnen	-1.37	1.30	126
c. Sich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen nicht wohl zu fühlen	.20	1.53	125
d. Schwierige (Schauspiel-)PatientInnen (unhöflich, ablehnend, etc.).	.29	1.48	124
e. Eine gute Qualität der Schauspiel-PatientInnen	1.59	1.15	123
f. Das Wissen, dass es sich um eine nicht reale Situation handelt	.37	1.60	124
g. (Schauspiel-) PatientInnen mit positiven Eigenschaften	1.71	1.12	124
h. Nervosität und Unsicherheit	-.49	1.19	124
i. Die (negative) Beeinflussung durch das Setting rund um die Gesprächssituation im Unterricht	-.75	1.40	124
j. Zeitmangel oder Zeitdruck	-.48	1.41	124
k. Eine schlechte Qualität der (Schauspiel-) PatientInnen	-.74	1.24	124
l. Faktoren wie Ungestörtheit, Ruhe und Zeit	.73	1.75	124

Der höchste Wert, den die Studierenden angegeben haben, liegt bei + 3 und der niedrigste Wert bei - 3. Eine positive Einstellung gegenüber den (Schauspiel-PatientInnen) erleichtert es den Studierenden am meisten, sich empathisch zu verhalten (Item a, $M = 2.10$). Wie in der Tabelle 13 zu sehen ist, stehen an zweiter Stelle die positiven Eigenschaften der Patienten (Item g), die es den Studierenden „sehr wahrscheinlich“ machen, dass sie in der Gesprächssituation empathisches Verhalten zeigen ($M = 1.71$).

Die gute Qualität der Schauspiel-PatientInnen (Item e) ist auch ein Faktor, der begünstigend auf das Zeigen empathischen Verhaltens wirkt ($M = 1.59$). Faktoren wie Ungestörtheit, Ruhe und Zeit machen es den Studierenden einfacher, sich empathisch zu verhalten (Item l, $M = .73$). Das Wissen, dass es sich um eine nicht reale Situation handelt, macht es ebenfalls „eher wahrscheinlich“, sich

empathisch zu verhalten (Item f, $M = .37$). Auch geben die Studierenden an, dass es „trotzdem eher wahrscheinlich“ ist, sich empathisch zu verhalten, wenn sie es mit schwierigen PatientInnen zu tun haben (Item d, $M = .29$). Wenn sich die Befragten unwohl oder gestresst fühlen, ist es „trotzdem eher wahrscheinlich“, dass sie empathisches Verhalten zeigen (Item c, $M = .20$).

Zeitmangel und Zeitdruck machen es jedoch „eher unwahrscheinlich“, sich immer empathisch zu verhalten (Item j, $M = -.48$). Auch Nervosität und Unsicherheit verringern die Wahrscheinlichkeit sich immer empathisch zu verhalten (Item h, $M = -.49$). Die schlechte Qualität der (Schauspiel-) PatientInnen führt ebenfalls dazu, dass es den Studierenden dadurch schwerer fällt, sich immer empathisch zu verhalten (Item k, $M = -.74$). Einen ähnlich negativen Einfluss hat des Weiteren das Setting rund um die Gesprächssituation im Unterricht (Kamera, Zuschauer etc.) (Item i, $M = -.75$). An letzter Stelle steht die schlechte Beziehung zum Patienten, die es den StudentInnen somit am schwersten macht, sich empathisch zu verhalten (Item b, $M = -1.73$).

Frage 7

Wer befürwortet am stärksten empathisches Verhalten?

Die Skala wurde umgepolt, um die Werte inhaltlich leichter interpretieren zu können. Die Rating-Skala geht somit nicht mehr von 1 bis 7 sondern von -3 bis 3 (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14

Deskriptivstatistik der Frage 7

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
ÄrztInnen	1.30	1.15	130	-2	3
Lehrende	2.31	.775	131	0	3
KollegInnen	1.71	1.06	131	-2	3
Psychosoziale Berufsgruppe	2.16	1.28	130	-2	3
Familie/Freunde	1.63	1.37	130	-3	3
PatientInnen	2.19	.939	131	0	3

Wie Tabelle 15 zeigt, sehen die Studierenden die Lehrenden unter den sechs Referenzgruppen als jene, die es am meisten befürworten empathisches Verhalten zu zeigen ($M = 2.31$). An zweiter Stelle werden die PatientInnen genannt, die einen durchschnittlichen Wert von $M = 2.19$ aufweisen. Auch wird die soziale Berufsgruppe als jene gesehen, die empathisches Verhalten bei angehenden ÄrztInnen „ziemlich“ bis hin zu „völlig“ befürworten ($M = 2.16$).

Im Bereich zwischen „ziemlich“ und „eher befürwortend“ liegen die KollegInnen mit einem Mittelwert von 1.71. Auch die Familie und Freunde können in diesen Bereich eingeordnet werden, M

= 1.63. Schließlich werden auch die ÄrztInnen diesem Bereich zugeordnet, wenngleich sie auch jene soziale Gruppe darstellen, denen am wenigsten zugeschrieben wird, dass diese empathisches Verhalten befürworten ($M = 1.3$).

Frage 8

Wer zeigt selbst am häufigsten empathisches Verhalten?

Tabelle 15

Deskriptivstatistik der Frage 8 (von -3 bis +3)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
ÄrztInnen	.265	1.36	132
Lehrende	.833	1.40	132
KollegInnen	1.21	1.21	132
Psychosoziale Berufsgruppe	1.58	1.17	131
Familie/Freunde	1.15	1.44	132
PatientInnen	.030	1.35	132

Aus der Tabelle 17 ist zu erkennen, dass der höchste Wert, den die Studierenden angegeben haben, bei + 3 und der niedrigste Wert bei - 3 liegt. Die Ergebnisse der Mittelwert-Analyse zeigen eine „weder noch“ bzw. „eher richtig“ Einschätzung der Studierenden, dass PatientInnen selbst in vergleichbaren Situationen empathisches Verhalten zeigen ($M = .03$). Die ÄrztInnen stehen an zweitniedrigster Stelle, was im Durchschnitt eher eine zustimmende Haltung der Studierenden zeigt, wenn ÄrztInnen sich in vergleichbaren Situationen immer empathisch zeigen ($M = .26$).

Demgegenüber ist der Mittelwert von $M = .83$ schon eher bei 1, weshalb gesagt werden kann, dass den Lehrenden schon eher empathisches Verhalten zugeschrieben wird. Der Mittelwert der sozialen Gruppe „Familie und Freunde“ ($M = 1.15$) liegt klar im Bereich zwischen „eher richtig“ und „ziemlich richtig“. Dies ist auch in Bezug auf die KollegInnen sehr ähnlich ($M = 1.21$). Der sozialen Berufsgruppe (PsychologInnen, PsychotherapeutInnen etc.) wird somit am ehesten zugeschrieben, in vergleichbaren Situationen selbst empathisches Verhalten zu zeigen ($M = 1.58$).

Frage 9

Welche Meinung ist den Studierenden am wichtigsten?

Tabelle 16*Deskriptivstatistik der Frage 9 (von 1 bis 7, N = 132)*

	<i>M</i>	<i>SD</i>
ÄrztInnen	5.29	1.32
Lehrende	5.36	1.34
KollegInnen	5.31	1.44
Psychosoziale Berufsgruppe	5.20	1.56
Familie/Freunde	5.54	1.49
PatientInnen	5.95	1.41

Wie die Tabelle 19 zeigt, liegt der höchste Wert, den die Studierenden hier angegeben haben bei + 7 und der niedrigste Wert bei + 1. Wenn es darum geht, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen, so ist den Studierenden die Meinung der PatientInnen am wichtigsten ($M = 5.95$). An zweiter Stelle werden Freunde und Familie genannt ($M = 5.54$). Auch die Lehrenden stellen diesbezüglich eine soziale Gruppe dar, deren Meinung den Studierenden wichtig ist ($M = 6.36$). Die KollegInnen haben einen Mittelwert von $M = 5.31$ und stehen somit, wenn auch nur sehr knapp, vor den ÄrztInnen ($M = 5.29$). An letzter Stelle und somit am wenigsten relevant schätzen die Studierenden die Meinung der sozialen Berufsgruppe ein ($M = 5.2$).

Frage 10

An welchen Personen orientieren sich die Studierenden, wenn es darum geht sich genauso empathisch zu verhalten?

Tabelle 20*Deskriptivstatistik der Frage 10*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
ÄrztInnen	4.63	1.50	132
Lehrende	4.89	1.45	132
KollegInnen	4.64	1.36	132
Psychosoziale Berufsgruppe	5.26	1.27	132
Familie/Freunde	4.65	1.63	130
PatientInnen	3.46	1.62	59

Wenn es darum geht, sich in einer Gesprächssituation empathisch zu verhalten, dann geben die Studierenden an, sich genauso verhalten zu wollen wie PsychotherapeutInnen, PsychologInnen etc. ($M = 5.26$), wie die Tabelle 20 zeigt. Auch haben die Lehrenden eine Vorbildwirkung, sie werden an zweiter Stelle erwähnt ($M = 4.89$). Die Familie und Freunde ($M = 4.65$) sowie die KollegInnen ($M = 4.64$) und die ÄrztInnen ($M = 4.63$) haben fast den gleichen Mittelwert, der in den Bereich zwischen „weder noch“ und „eher richtig“ fällt. An letzter Stelle werden die PatientInnen genannt. Diese Kategorie hat einen Mittelwert von $M = 3.46$, der somit zwischen „3 = eher falsch“ und „4 = weder noch“ liegt, was bedeutet, dass die Studierenden nicht versuchen sich wie PatientInnen zu verhalten. Der höchste Wert den die Studierenden angegeben haben, liegt bei + 7 und der niedrigste Wert bei + 1.

Frage 11

Wie hoch ist die Kontrollüberzeugung der Studierenden sich in zukünftigen Gesprächssituationen empathisch zu verhalten?

Diese Frage wird mit Hilfe der Skala zur Messung der direkt wahrgenommenen Verhaltenskontrolle eruiert. In diese Skala fallen die Items der Frage 8 und 9 sowie die umgepolten Items der Frage 10 und 11. Von den 132 Befragten ist die durchschnittliche wahrgenommene Verhaltenskontrolle $M = 4.70$ mit einer Standardabweichung von $SD = 1.09$ und einem Minimum-Wert von 1.75 und einer maximalen Ausprägung von 7. Dieser Mittelwert liegt im mittleren Rating-Bereich. Die Studierenden geben somit an, dass es „weder noch“ bis „eher richtig“ ist, dass sie es selbst unter Kontrolle haben in zukünftigen Gesprächssituationen immer empathisches Verhalten zu zeigen.

Tabelle 17

Deskriptivstatistik der direkten Kontrollüberzeugung

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Frage 8, 9, 10,11	4.70	1.09	132	1.75	7

Frage 12

Wie stark ist der subjektiv wahrgenommene soziale Druck in zukünftigen Gesprächssituationen immer empathisches Verhalten zu zeigen?

Diese Antwort wird mit Hilfe der Skala zur Messung der direkten subjektiven Norm eruiert. Die Skala, bestehend aus den Fragen 5, 6 und 7, misst den sozialen Druck sich empathisch zu verhalten. Wie in Tabelle 23 zu sehen ist, ist die durchschnittliche subjektive Norm $M = 5.43$. Die Standardabweichung

liegt bei $SD = 1.07$. Der Minimum-Wert ist 2.67 sowie die maximale Ausprägung von 7 bei 132 Befragten. Die StudentInnen geben somit an, dass ein Empfinden von sozialem Druck im Durchschnitt „eher“ bis „ziemlich“ richtig ist, wenn es darum geht sich immer empathisch zu verhalten.

Tabelle 18

Deskriptivstatistik der direkten subjektiven Norm

	M	SD	N	Min	Max
Frage 5, 6, 7	5.43	1.07	132	2.67	7

NEO-FFI

Welche Ausprägungen haben die Medizin-StudentInnen beim NEO-FFI?

Tabelle 19

Deskriptivstatistik des NEO-FFI

	Neurotizismus	Extraversion	Offenheit	Verträglichkeit	Gewissenhaftigkeit
N	102	102	102	102	102
Fehlend	30	30	30	30	30
M	1.75	2.46	2.65	2.71	2.69
SD	.615	.61	.633	.506	.685
Varianz	.379	.37	.402	.257	.469
Minimum	.33	.29	.24	1.00	.33
Maximum	3.00	3.6	3.92	3.75	3.92

Wie in der Tabelle 24 zu sehen ist, weisen die Studierenden einen durchschnittlichen Neurotizismus-Wert von 1.75 ($SD = .615$) auf. Der Mittelwert der Skala Extraversion liegt bei $M = 2.46$ mit $SD = .61$. Auf der Skala der Verträglichkeit haben die Medizinstudierenden einen durchschnittlichen Wert von $M = 2.71$ ($SD = .63$). In Punkto Offenheit für Erfahrung weisen die Medizin-Studierenden einen Mittelwert von $M = 2.65$ ($SD = .506$) auf. Die Medizin-Studierenden beschreiben sich ferner als sehr gewissenhaft mit einem $M = 2.69$, $SD = .685$.

5 DISKUSSION

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse bewertet und in Hinblick auf die Ablehnung bzw. Annahme der Hypothesen überprüft. Anschließend erfolgt ein Vergleich mit anderen Studien.

5.1. Hypothesenprüfung

In den folgenden Unterkapiteln werden zuerst die Hypothesen eins bis vier geprüft. Dazu wird eine multiple lineare Regression gerechnet. Danach werden die Unterschiedshypothesen mit *t*-Tests und *U*-Tests geprüft.

5.1.1 Überprüfung der Hypothesen H1.1 bis H1.4

H1.1: Die Verhaltensintention wird durch die drei TPB-Komponenten (Verhaltensüberzeugung, normative Überzeugung und Kontrollüberzeugung) vorhergesagt.

H1.2: Das Geschlecht hat einen signifikanten Einfluss auf die generalisierte Intention, empathisches Verhalten zu zeigen, auch wenn die drei TPB-Komponenten miteinbezogen werden.

H1.3: Der Studienjahrkohorten-Unterschied leistet einen über die TPB-Komponenten hinausgehenden signifikanten Beitrag zur Vorhersage der generalisierten Intention, empathisches Verhalten zu zeigen.

H1.4: Die Persönlichkeit (NEO-FFI) hat einen signifikanten Einfluss auf die generalisierte Intention, empathisches Verhalten zu zeigen, auch wenn die drei TPB-Komponenten miteinbezogen werden.

Die abhängige Variable bzw. Kriterium ist die generalisierte Verhaltensintention. Die unabhängigen Variablen bzw. Prädiktoren setzen sich zusammen aus dem Geschlecht, dem Studienjahr (zweites oder viertes Studienjahr), den drei indirekten Variablen aus der Theorie des geplanten Verhaltens (Verhaltensüberzeugung, Kontrollüberzeugung und normative Überzeugung) und aus den fünf Persönlichkeitsfaktoren des NEO-FFI. Die Regression wurde mit den Daten von 100 Personen aus der Stichprobe durchgeführt. Die Überprüfung der Voraussetzungen führte zu folgendem Ergebnis: Die Homoskedastizität kann angenommen werden, der Durbin-Watson-Test ergibt einen Wert von 1.684 und liegt somit im empfohlenen Wertebereich von 1 bis 3. Auch ist keine perfekte Multikollinearität vorhanden. Die Prädiktoren korrelieren also nicht zu hoch miteinander, denn alle VIF-Werte liegen rund um 1 und die Toleranz-Statistik-Werte unterschreiten nicht die kritische Grenze von .1 oder .2. Von einer Normalverteilung der Residuen kann aufgrund der Inspektion des Histogramms ebenfalls ausgegangen werden. Der lineare Zusammenhang zwischen der Intention und den Prädiktoren der Theorie des geplanten Verhaltens und der soziodemografischen Faktoren ist ebenfalls gegeben.

Die Regressionsanalyse mittels der Rückwärtsmethode selektiert nach und nach die unabhängigen Variablen aus. Im letzten Modell sind also nur noch die optimalen Prädiktoren inkludiert. Hier haben sich die drei TBP-Komponenten und der Studienjahrkohorten-Unterschied bewährt, die anderen sechs wurden ausgeschieden.

Die globale Modellprüfung ergibt eine erklärte Varianz von 52.5% durch die Prädiktoren. Die korrigierte erklärte Varianz liegt bei 50.5%. Das heißt, dass zu 50.5% die Verhaltensintention der Population aus den Prädiktoren (indirekte subjektive Norm, Einstellung, Kontrollüberzeugung und Studienfortschritt) geschätzt werden kann. Auch ist der Unterschied zwischen der korrigierten und der nicht-korrigierten Varianz relativ gering.

Die Modellzusammenfassung und der Einfluss der Koeffizienten sind in folgenden Tabellen abgebildet.

Tabelle 20

Modellzusammenfassung: Lineare Regression der generalisierten Intention auf die 3 TPB und Studiumfortschritt

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
	.725	.525	.505	.82259

a Einflußvariablen : (Konstante), normative Überzeugung, UV_Kontrollüberzeugung, 2 Studienjahr/4 Studienjahr, UV_Einstellungsüberzeugung AV_generalisierte Intention

Tabelle 21

Koeffizienten der Regressionsanalyse

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisiert Koeffizienten		
	Regressionskoeffizient β	Standardfehler	β	T	Sig.
(Konstante)	5.276	.339		15.5	.000
2 Studienjahr/4 Studienjahr	-.214	.088	-.183	-3.04	.016
UV_normative Überzeugung	.124	.021	.478	6.00	.000
UV_Kontrollüberzeugung	-.069	.023	-.232	2.48	.003
UV_Einstellungsüberzeugung	.049	.020	.200	-2.44	.015

Wie in der Tabelle 26 zu sehen ist, steht das Studienjahr in einem negativen Zusammenhang mit der Intention ($\beta = -.214, p = .016$). Das bedeutet, dass die Intention zum Zeigen empathischen Verhaltens bei den Studierenden aus dem vierten Studienjahr niedriger ist als bei jenen aus dem zweiten Studienjahr. Der negative Zusammenhang zwischen Intention und Kontrollüberzeugung ($\beta = -.232, p = .003$) ist hier auf die umgepolte Kodierung zurückzuführen und somit inhaltlich nicht in diese Richtung zu interpretieren.

Die Verhaltensüberzeugung ($\beta = .200, p = .015$) und die normative Überzeugung ($\beta = .478, p < .001$) stehen in einem positiven Zusammenhang mit der generalisierten Intention.

Aus der Tabelle 26 lässt sich zusätzlich ablesen, welche der Prädiktoren die stärkste Vorhersagekraft hat. Werden alle Prädiktoren betrachtet, so steht die normative Überzeugung an erster Stelle ($p < .001$), danach kommt die Kontrollüberzeugung ($p = .003$). Die Verhaltensüberzeugung liegt mit $p = .015$ an dritter Stelle. Zuletzt ist das Studienjahr mit $p = .016$ zu nennen.

Die Hypothese H1.1 kann somit angenommen werden, denn die Intention kann durch die Verhaltensüberzeugung, die normative Überzeugung und die Kontrollüberzeugung gut vorhergesagt werden. Die H.1.3. wird ebenfalls angenommen. Das Ergebnis zeigt, dass der Studienjahrkohorten-Unterschied einen über die TPB-Komponenten hinausgehenden signifikanten Beitrag zur Vorhersage der generalisierten Intention leistet.

Die Hypothesen H.1.2 und H1.4 müssen jedoch verworfen werden, denn das Geschlecht und die Persönlichkeit haben keinen signifikanten Einfluss auf die Intention, wenn die drei TPB-Komponenten miteinbezogen werden.

In der folgenden Abbildung 2 wird dies nochmal graphisch dargestellt. Die gefärbten Kästchen stellen dabei die signifikanten Prädiktoren dar.

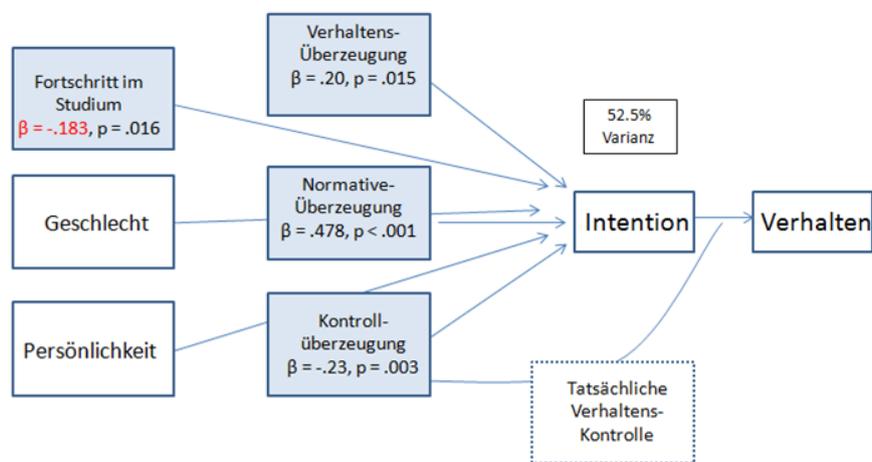


Abbildung 2 Ergebnisse der Regressionsanalyse

5.1.2 Überprüfung der Unterschiedshypothesen

Im folgenden Abschnitt werden Unterschiede zwischen Geschlecht und Studienjahr in Bezug auf die indirekten Variablen (Verhaltensüberzeugung, normative Überzeugung und Kontrollüberzeugung) geprüft.

H1: Studentinnen unterscheiden sich von ihren Kollegen in Bezug auf die Verhaltensüberzeugung.

Um einen t -Test durchführen zu können, müssen die Voraussetzungen überprüft werden. Somit wird ein Kolmogorov-Smirnov-Test (K-S-Test) zur Überprüfung der Normalverteilung durchgeführt. Dieser

ist mit $p = .200$ bei den Männern und $p = .200$ bei den Frauen nicht signifikant, weshalb eine Normalverteilung der Daten angenommen werden kann. Der Levene-Test ist mit $F(129) = .22$, $p = .136$ ebenfalls nicht signifikant, deshalb kann auch die Homogenität der Varianzen angenommen werden. Somit wird ein t -Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Das Ergebnis zeigt, dass keine signifikanten Unterschiede bestehen. Die Frauen ($n = 64$) haben einen Mittelwert von 6.137 ($SD = 4.87$) im Gegensatz dazu weisen die Männer ($n = 67$) einen Mittelwert von 4.727 auf ($SD = 5.10$). Dieser Mittelwert-Unterschied ist jedoch mit $t(129) = -1.89$, $p = .062$ nicht signifikant.

H2: Studentinnen unterscheiden sich von ihren Kollegen in Bezug auf die normative Überzeugung.

Der K-S-Test zur Überprüfung der Normalverteilung ergibt, dass die indirekte subjektive Norm bei beiden Gruppen mit $p = .200$ normalverteilt ist. Auch die Varianzen können als homogen angenommen werden, denn der Levene-Test ist mit $F(129) = .46$, $p = .499$ nicht signifikant. Somit wird ein t -Test für unabhängige Stichproben durchgeführt und dieser zeigt, dass es keine signifikanten Unterschiede gibt. Es besteht zwar ein Mittelwert-Unterschied mit $M = 5.69$ und $SD = 4.45$ bei den männlichen und $M = 6.89$ und $SD = 4.70$ bei den weiblichen Befragten, dieser ist jedoch mit $t(129) = -1.49$, $p = .138$ nicht signifikant.

H3: Studentinnen unterscheiden sich von ihren Kollegen in Bezug auf die wahrgenommene Kontrollüberzeugung.

Der Test auf Normalverteilung ergibt mit $p = .060$ und $p = .054$ keine Signifikanz. Auch der Levene-Test ist mit $F(123) = .57$, $p = .452$ nicht signifikant, weshalb die Homogenität der Varianzen angenommen werden kann. Es gibt wiederum tendenzielle Mittelwert-Unterschiede. Die männlichen Studierenden ($n = 64$) haben mit einem Mittelwert von 1.61 und $SD = 4.10$ einen niedrigeren Wert als die Frauen ($n = 61$, $M = 1.79$ und $SD = 3.67$). Der t -Test ist jedoch mit $t(123) = -.237$ und $p = .816$ nicht signifikant. Es besteht somit kein signifikanter Gender-Unterschied in Bezug auf die indirekte Kontrollüberzeugung.

H4: Es gibt einen Unterschied zwischen zweitem und viertem Studienjahr in Bezug auf die Verhaltensüberzeugung.

Eine Normalverteilung der Daten kann nicht angenommen werden, da der K-S-Test in der Gruppe des vierten ($n = 78$) Studienjahres mit $p = .003$ signifikant ausfällt. Darum wird hier ein parameterfreies Verfahren angewandt, der Mann-Whitney-U-Test. Dieser ist mit $U = 1736$ und $p = .121$ nicht signifikant, weshalb zwischen dem vierten Studienjahr ($n = 78$, $Med = 71.75$) und dem zweiten Studienjahr ($n = 53$, $Med = 62.09$) von keinem signifikanten Unterschied bezüglich ihrer indirekten Einstellung zum empathischen Verhalten ausgegangen werden kann.

H5: Es gibt einen Unterschied zwischen zweitem und viertem Studienjahr in Bezug auf die normative Überzeugung.

Der Kolmogorov-Smirnov-Test ergibt, dass die Daten eine Normalverteilung aufweisen. Die Gruppe der Studierenden aus dem zweiten Studienjahr hat keine signifikanten Werte ($t(53) = .082, p = .200$) und auch die Studierenden des vierten Studienjahres haben mit $t(78) = .071, p = .200$ keinen signifikanten Wert. Auch der Test auf Homogenität der Varianzen ist nicht signifikant, weshalb von einer Homogenität ausgegangen werden kann. Der Levene-Test fällt mit $F(129) = .202, p = .654$ nicht signifikant aus. Die Studierenden des zweiten Jahres unterscheiden sich mit $M = 6.75$ und $SD = 4.28$ von den StudentInnen des vierten Jahres ($n = 78$) mit $M = 5.98$ und $SD = 4.80$ nicht signifikant voneinander $t(129) = .940, p = .349$.

H6: Es gibt einen Unterschied zwischen zweitem und viertem Studienjahr in Bezug auf die wahrgenommene Kontrollüberzeugung.

Laut K-S-Test kann nicht von einer Normalverteilung der Daten ausgegangen werden, da dieser mit ($n = 72, p < .001$) bei den Studierenden des vierten Jahres signifikant ausfällt, auch wenn er bei den StudentInnen des zweiten Jahres nicht signifikant ist ($n = 53, p = .092$). Somit sind die Voraussetzungen für einen t -Test nicht gegeben, weshalb auf den Mann-Whitney-U-Test zurückgegriffen wird. Der Test ist knapp nicht signifikant mit $U = 1517, p = .051$, was bedeutet, dass sich die Studierenden des zweiten Studienjahres ($Med = 55.62$) und des vierten Studienjahres ($Med = 68.43$) nicht signifikant in ihrer wahrgenommenen Kontrollüberzeugung unterscheiden.

5.2. Vergleich mit der Forschungsliteratur

Im nächsten Abschnitt werden die Ergebnisse in Bezug zur Forschungsliteratur gesetzt. Es wird auch diskutiert, was genau die Ergebnisse bedeuten und wie diese zur Aufklärung in Bezug auf den Rückgang an Empathie beitragen können.

Vorhersage der Intention

Eine Analyse von 185 Studien (Armitage & Conner, 2001) ergibt, dass die direkten TPB-Variablen 27% bis 39% der Varianz der Intention und des Verhaltens erklären können. In dieser Arbeit wurden jedoch nicht die direkten, sondern die indirekten Variablen zur Regressionsanalyse herangezogen. Zum einen wurde dies deshalb getan, weil für die direkten Variablen die Voraussetzung nicht erfüllt war und zum anderen, weil die indirekten Komponenten inhaltlich von größerer Relevanz sind. Aus anderen Forschungen ist bekannt, dass die indirekten *anstelle* der direkten Komponenten Varianzanteile der Intention erklären und nicht *über* diese, wie das die Theorie besagt. Parker,

Manstead und Stradling (1995) fanden überdies heraus, dass ein überzeugungsbasiertes bzw. indirektes, nicht aber ein direktes globales Maß der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der Intention leistet. Eine Möglichkeit dafür könnte sein, dass uns die erleichternden oder erschwerenden Faktoren der einzelnen Kontrollüberzeugungen mehr bewusst sind als die allgemeine Kontrolle über ein Verhalten. Parker, Manstead und Stradling (1995) schlagen vor, eher das überzeugungsbasierte Maß der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle als das direkte zu verwenden, da so der Einfluss spezifischer Kontrollüberzeugungen untersucht wird, während dies sogar zu einem insgesamt höheren Anteil aufgeklärter Intentionsvarianz führt. Aufgrund dessen kann die Durchführung mit den indirekten Komponenten ohne Bedenken umgesetzt werden.

In dieser Arbeit erklären die indirekten drei TPB-Komponenten 48.1 % der Varianz der Intention. Diese Regression wurde gerechnet, jedoch hier nicht extra angeführt. Das Ergebnis ist verglichen mit der durchschnittlichen Varianzerklärung der direkten Variablen von 39 % somit etwas höher (vgl. Armitage & Conner, 2001).

Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle ist nach Armitage und Conner (2001) für einen erheblichen Teil der Varianz verantwortlich. Im Vergleich dazu ist das Ergebnis dieser Regressionsanalyse interessant, denn hier ist nicht die Kontrollüberzeugung der stärkste Prädiktor, sondern die normative Überzeugung. Die Kontrollüberzeugung hat die schwächste Vorhersagekraft von den drei Komponenten der Theorie des geplanten Verhaltens.

Wie sieht nun die durchschnittliche Vorhersagekraft der subjektiven Norm in anderen Studien aus? Sheppard et al. (1988) und Van den Putte's (1991) führten eine Metaanalyse durch und fanden heraus, dass die subjektive Norm den schwächsten Prädiktor darstellt. Als Konsequenz ließen einige ForscherInnen die subjektive Norm bei ihren Untersuchungen außen vor (vgl. Armitage & Conner, 2001). Im Vergleich dazu fällt das Ergebnis hier anders aus. In dieser Arbeit zeigt sich, dass die Studierenden in ihrer Intention zu empathischem Verhalten am meisten durch die normativen Überzeugungen beeinflusst werden.

Nun sind diese einzelnen salienten normativen Überzeugungen wichtig, denn diese haben ihre Wirkung. Sind diese positiv in dem Sinne, dass sie einen zu empathischem Verhalten motivieren? Oder haben sie eher eine demotivierende Wirkung? Und an wem orientieren sich die StudentInnen am meisten? Welche Meinung ist ihnen am wichtigsten? Welche Personen dienen den Studierenden als Vorbilder, und versuchen sie sich auch genauso zu verhalten wie diese?

Die Antworten auf diese Fragen werden durch die Ergebnisse hier nochmal kurz zusammengefasst. Die Studierenden geben an, am wichtigsten sei ihnen die Meinung der PatientInnen, sie würden aber

dennoch nicht versuchen, sich genauso zu verhalten wie diese. Dies ist auch in Bezug auf die ÄrztInnen ähnlich. Die Meinung der ÄrztInnen ist den Studierenden „weder noch“ bis „eher wichtig“. Die ist nicht sehr hoch. Die ÄrztInnen werden auch an die vorletzte Stelle gereiht, wenn es darum geht, sich in vergleichbaren Situationen genauso zu verhalten wie diese. Die durchschnittliche Antwort auf die Frage, wer von den Personen am meisten empathisches Verhalten befürwortet, zeigt ebenfalls, dass die ÄrztInnen nicht die stärksten Befürworter sind, denn dies sind die Lehrenden.

Dies zeigt, dass die ÄrztInnen in diesem Kontext nicht wirklich als perfekte Vorbilder dienen. Pololi et al. (2001) beschreiben die Schwierigkeiten von negativen Vorbildern in der medizinischen Ausbildung „(...) clinical teachers in Years 3 and 4 of medical school may not model the professionalism values taught in Years 1 and 2“ (S. 42). Auch in dieser Arbeit zeigt sich, dass die soziale Norm eine große Rolle spielt und die ÄrztInnen im Durchschnitt besser abschneiden sollten. Stephenson et al. (2006) demonstriert, dass die größte Herausforderung in der medizinischen Ausbildung in der Nachahmung von schlechten Einstellungen und inadäquatem Verhalten von Lehrenden und anderen klinischem Personal liegt.

Was bedeutet dies und ist dies veränderbar?

Die Studie von Trafimow und Finlay (1996) hält zwei verschiedene Typen von Personen fest. Zum einen gibt es jene, die sich eher von ihrer Einstellung leiten lassen, diese stellen auch die Mehrheit dar. Zum anderen gibt es aber auch wenige sogenannte habituelle KonformistInnen, die ihr Verhalten eher nach der subjektiven Norm ausrichten (vgl. Stroebe, 2008). Die Bereitschaft, sich Normen zu fügen, kann aber auch durch Einflüsse von außen stark beeinflusst werden. Untersuchungen von Eply und Gilovich (1999) und Aarts und Kollegen (2003) zeigen, dass dies meist ohne bewusste Kontrolle abläuft. Die Konformitätsbereitschaft ist modellierbar und davon abhängig, wie wichtig einem die Gruppe ist, wie relevant die Norm für die Gruppe ist und auch wie stark normabweichendes Verhalten sanktioniert wird (vgl. Stroebe, 2008).

Diese Ergebnisse geben eine Antwort auf die vorherige Frage, denn es bedeutet, dass die Konformitätsbereitschaft durch die Umgebung beeinflusst werden kann, und dass es wichtig ist, welche Gruppe als Norm gilt, welcher Relevanz dieser beigemessen wird und wie diese Verhaltensrichtlinien vorgibt bzw. sanktioniert. Somit sollte in zukünftigen Interventionen versucht werden, ÄrztInnen stärker als BefürworterInnen für empathisches Verhalten auftreten zu lassen. In diesem Zusammenhang sollten ÄrztInnen darauf achten, in vergleichbaren Gesprächssituationen selbst vermehrt empathisches Verhalten zu zeigen.

Persönlichkeitsfaktoren

Der Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit und dem klinischen Outcome von MedizinerInnen wurde bereits in vorangegangenen Studien untersucht (vgl. Hojat et al., 2013). Gewissenhaftigkeit und Empathie korrelieren dabei am höchsten mit dem klinischen Outcome von ÄrztInnen. Nach einer Studie von Magalhães et al. (2012), welche den Zusammenhang zwischen Empathie (Jefferson Scale of Physician Empathy) und den Persönlichkeitseigenschaften (NEO-FFI) untersucht, zeigt sich, dass Verträglichkeit und Offenheit in Verbindung mit Empathie stehen.

Die Frage in dieser Arbeit ist, ob die Persönlichkeit (insbesondere Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit und Offenheit) auch wesentlich zur Vorhersage der empathischen Absicht beitragen kann.

Aus den Ergebnissen ist abzulesen, dass die fünf Persönlichkeitsfaktoren im Zusammenhang mit den anderen Prädiktoren keine Vorhersagekraft zur Intention des Verhaltens haben.

Was bedeuteten nun diese Ergebnisse? Lässt man mögliche andere Gründe wie Stichprobenabhängigkeit, methodische Mängel etc. außer Acht, dann können die Ergebnisse so interpretiert werden, dass es bei der Intention zum empathischen Verhalten prinzipiell nicht von Bedeutung ist, welchen Charakter ÄrztInnen haben. Dies lässt den Rückschluss zu, dass Persönlichkeitsmerkmale keinen signifikanten Einfluss auf die Intention haben. StudentInnen mit eher „unsozialen“ Ausprägungen in ihrer Persönlichkeit unterscheiden sich also nicht von ihren KommilitonInnen, welche Merkmale mit guter sozialer Verträglichkeit haben. Warum die Persönlichkeit hier keine tragende Rolle spielt, kann vielerlei Gründe haben. Was jedoch nahe liegt, ist, dass andere Faktoren wichtiger sind wie eben die Einstellung.

Studienjahr

Studien beweisen eine abnehmende Empathie mit fortlaufender Studiendauer, wobei die Gründe dafür noch nicht ganz klar sind (vgl. Hojat et al., 2009; Neumann et al., 2011; Newton et al., 2008; a.Colliver et al., 2010; Hojat et al., 2010; Sherman & Cramer, 2010; bColliver et al., 2010). Die Unterschiede zwischen dem zweiten und vierten Studienjahr in Bezug auf die einzelnen salienten Überzeugungen sind in dieser Arbeit nicht signifikant. Es konnte jedoch nachgewiesen werden, dass der Studienjahrkohorten-Unterschied zur Intentionsvorhersage signifikant beiträgt.

Warum ist die Empathie-Intention bei den „jüngeren“ StudentInnen höher als bei jenen, die im Studium weiter fortgeschritten sind? Diese Frage wurde schon mehrmals gestellt und Erklärungsversuche wurden konstatiert. Neumann et al. (2012) sieht zwei wesentliche Gründe für die Abnahme von Empathie: Stress und die klinische Praxis. Andere wiederum sehen die Hauptursache im „hidden curriculum“, also nicht die formale, universitäre Sozialisation, sondern die, welche jenseits von Lehrplänen passiert und auch oft im Widerspruch zu den offiziellen pädagogischen Zielen stehen kann. Eine weitere Überlegung in diesem Zusammenhang könnte die Inklusion der

entwicklungspsychologischen Perspektive darstellen. Denn eine mögliche Erklärung für den Rückgang an Empathie könnte sein, dass idealistische Einstellungen im jungen Erwachsenenalter dominieren, während sich diese Sicht über die Jahre relativiert und oft einer moderateren Einstellung weicht. Dies kann auch auf die Intention der StudentInnen aus dem zweiten Jahr umgelegt werden, denn diese geben an, sich fast immer empathisch verhalten zu wollen. Mit der Lebenserfahrung und zunehmendem Alter könnte dies abnehmen und einer „realistischeren“ Perspektive weichen, da auch die eigenen Ressourcen begrenzt sind. Ein weiterer Grund für den Rückgang an Empathie könnte darin liegen, dass die Studierenden am Anfang mit Verantwortung überfordert sind. Angehende MedizinerInnen werden täglich mit vielen schwierigen Aufgaben und Emotionen konfrontiert. Manche Studierende haben Ängste, dass sie zu wenig wissen oder die Verantwortung für eine Behandlung der PatientInnen zu groß sei (vgl. Pololo et al. 2001). Dies kann belastend sein und zur emotionalen Abschottung führen. Nach Lamm (2007) ist eine Reaktion auf Stress und Überlastung der soziale Rückzug und das Einstellen von prosozialen Verhaltensweisen. Kranke zu behandeln und dabei die Angst zu verspüren einen Fehler zu machen, kann eine Stressreaktion hervorrufen. Es kann somit ein Schutzmechanismus sein, sich nicht emotional zu involvieren.

Gender-Effekt

Eine Metaanalyse von Roter et al. (2002) zeigt Genderunterschiede rund um die Kommunikation im klinischen Setting auf. „They found female physicians to be more likely to use psychosocial discussion, positive talk, and emotionally focused talk than their male counterparts. In addition, female physicians use more partnership building techniques with their patients than male physicians“ (Bylund & Makoul, 2002, S.208). Des Weiteren haben Frauen auch eine verstärkte nonverbal positive Kommunikation und verweilen im Durchschnitt länger bei den PatientInnen als ihre männlichen Kollegen (vgl. Bylund & Makoul, 2002; Roter et al., 2002).

Es gibt auch Unterschiede in Bezug auf die emotionale Involviertheit von Ärztinnen und Ärzten. Ärztinnen neigen durchschnittlich schneller dazu, sich emotional betroffen zu fühlen (empathic concern) und sich in sozial schwierigen Situationen schneller unwohl zu fühlen (vgl. Gleichgerrcht & Decety, 2013). Dies bedeutet jedoch nicht, dass Männer und Frauen prinzipiell unterschiedliche emotionale oder kognitive Strategien verwenden. Eine Erklärung neben vielen anderen könnte sein, dass Frauen ihr Umfeld als weniger unterstützend oder wertschätzend wahrnehmen. „(...) different everyday work experiences of men and women, as the latter report to feel less valued by patients and their caregivers, as well as by their superiors and colleagues“ (Gleichgerrcht & Decety, 2013, S. 10).

In dieser Arbeit wurden keine signifikanten Ergebnisse in Bezug auf die Geschlechterunterschiede erfasst, was nicht bedeutet, dass diese nicht existieren. Gender-Unterschiede sind im klinischen

Setting von großer Relevanz, da dadurch aufgezeigt wird, dass bei zukünftigen Interventionen auch die Rahmenbedingungen mitbedacht werden sollten, welche dazu führen, dass Medizinerinnen und Mediziner nicht immer denselben Belastungen ausgesetzt sind. Eine mögliche Auswirkung kann dann Erschöpfung sein, „(...) increased values of empathic concern among women may come with a cost: emotional exhaustion“ (Gleichgerricht & Decety, 2013, S. 9). Und diese Auswirkung sollte auf jeden Fall präventiv verhindert werden, weshalb in zukünftigen Interventionen Genderunterschiede mitbedacht werden sollten.

6 KRITIK

Jede wissenschaftliche Arbeit stößt auch an ihre Grenzen. In dieser Studie wurde die Intention für empathisches Verhalten von Medizin-Studierenden untersucht, nicht aber das tatsächliche Verhalten. Dennoch kann eine Reihe interessanter Ergebnisse vorgelegt werden. Die Studierenden geben zwar an sich empathisch verhalten zu wollen, aber dies muss nicht die Realität widerspiegeln. Die Gründe für die Diskrepanz sind vielfältig und sicherlich situations- und stichproben abhängig. Die Self-Report-Methode hängt auch klarerweise von der Fähigkeit zur adäquaten Selbsteinschätzung und Introspektion ab. Menschen haben unterschiedliche Ausprägungen in diesen Fähigkeiten (vgl. Robins et al., 2009). Eine andere, häufig diskutierte, Ursache könnte die sozial erwünschte Antworttendenz sein. Demzufolge geben die Studierenden eine ihrer Meinung nach sozial erwünschte Antwort, die aber nicht die eigene Einstellung darstellt. Aufgrund der Anonymität der Befragung ist kein offensichtlicher Druck zur positiven Selbstdarstellung vorhanden, dennoch kann diese Tendenz nicht ausgeschlossen werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Antworttendenz nicht bewusst in eine Richtung verzerrt wurde.

Wenn nun eine Abweichung von der tatsächlichen Einstellung vorhanden ist, dann ist es von Relevanz, welchen Einfluss diese sozial erwünschte Tendenz auf die Prädiktion der Verhaltensintention durch TPB hat. Die Mehrheit der Studien und Forschungen rund um einstellungsbasierte Theorien zur Vorhersage von Verhalten und Intention bedienen sich auch der Self-Report-Methode und dies obwohl die Tendenz zu sozial erwünschten Antworten bekannt ist. „To a great extent, this has been ignored in the literature pertaining to the TRA/TPB, in spite of the threat to the validity and reliability of the models“ (Armitage & Conner, 2001, S. 475). Eine Studie von Ajzen und Beck (1991) überprüft jedoch den Varianzanteil der sozial erwünschten Antworttendenz, der sich auf 5 % beläuft. Dieses Ergebnis ist jedoch umstritten. Auch Hessing, Elffers und Weigel (1988) weisen in ihrer Arbeit nach, dass selbst-berichtetes Steuerhinterziehungsverhalten nicht mit offiziellen Daten übereinstimmt. Die Einstellung und die subjektive Norm zur Steuerhinterziehung

korrelierten zwar gut mit dem selbst-berichteten Verhalten, dies jedoch nicht mit den tatsächlichen Verhalten (vgl. Hessing et al., 1988)

Somit muss dies auch in dieser Forschungsarbeit bedacht werden. Es kann deshalb nicht gänzlich davon ausgegangen werden, dass sich die Studierenden in zukünftigen Situationen empathisch verhalten, auch wenn sie dies möchten. Bei aller Kritik können die erhobenen Aspekte und die davon abgeleiteten Erkenntnisse viel zur Umsetzung von Interventionen beitragen. „Thus, the variables in this model can be used to determine the effectiveness of implementation interventions even if there is not a readily available measure of actual behavior“ (Francis et al., 2004, S. 8).

Messung der Variablen der Theorie des geplanten Verhaltens

Es ist anzumerken, dass auch die Item-Konstruktion sicherlich noch verbessert werden kann. Einzelne Items sind schwierig zu lesen und ein Item (Frage 15, Item 6) ist oft nicht beantwortet worden, da es am Ende einer Seite steht und aufgrund der Formatierung nicht sehr ins Auge sticht. Präzise Fragestellungen und ihre Position auf dem Fragebogen können demnach zu exakteren Untersuchungsergebnissen beitragen. Die Messung der direkten Einstellung erfolgt mit einem semantischen Differential, das zwar ein interessantes Ergebnis liefert, jedoch nicht reliabel das Konstrukt der Einstellung zum Verhalten darstellt, weshalb in der weiteren Analyse auf die indirekten Variablen zurückgegriffen worden ist.

Ferner zeigt auch die Reliabilität mancher Skalen die Verbesserungsmöglichkeit der internen Konsistenz. Jedoch ist zu sagen, dass manche Verbesserungen rund um die TPB-Forschung in anderen Bereichen wieder zu Einbußen führen. Ändert man einerseits methodisches Vorgehen oder Dinge im Verfahrensablauf, in der Meinung treffsichere Ergebnisse zu gewinnen, so kann es auf der anderen Seite wiederum zum Verflachen von Aussagen kommen. Sheppard, Hartwick, and Warshaw's (1988) betonen beispielsweise die Notwendigkeit der Unterscheidung zwischen der Verhaltensintention (z.B. „Ich tendiere dazu, Verhalten X zu zeigen“) und der Selbstprognose (z.B. „Wie wahrscheinlich ist es, Verhalten X zu zeigen?“). Die Selbstprognose trägt nämlich mehr zur Vorhersage des Verhaltens bei. In der Metaanalyse von Sheppard et al. (1988) konnte ein größerer Zusammenhang zwischen Selbstprognose und Verhalten nachgewiesen werden als zwischen Intention und Verhalten. Die subjektive Norm und die Einstellung korrelieren jedoch höher mit der Intention als mit der Selbstprognose. Dies ist nur ein Beispiel für die vielen differenzierten Anwendungen der Theorie des geplanten Verhaltens. In ähnlichen Forschungen sollte daher immer bedacht werden, was genau gemessen wird (Wunsch oder Prognose) um hier Fehlern entgegenzuwirken.

Länge des Fragebogens

Ein weiterer Kritikpunkt ist die Länge des zweiten Fragebogens (30 bis 35 Minuten Ausfüllzeit). Dies ist zulange, weshalb auch viele Studierenden die Motivation verloren und den Fragebogen abgebrochen haben. Der Fragebogen beinhaltet den selbstkonstruierten TPB-Teil, den NEO-FFI und bei StudentInnen des vierten Jahres auch noch den ThAt⁷. Mit dem ThAT hätten die therapeutischen Werte und Haltungen und deren Einfluss auf die empathische Einstellung untersucht werden sollen. Dieser konnte jedoch aufgrund der geringen Bearbeitungsquote in dieser Diplomarbeit nicht weiter verwendet/berücksichtigt werden.

Messung von Persönlichkeitseigenschaften

Warum wurden Persönlichkeitseigenschaften erhoben?

Kranke erhoffen sich von Ärzten Heilung. Die Menschen bezeichnen sie daher manchmal als „Götter in Weiß“ und verstehen hinter dieser transzendentalen Konnotation die Macht, die den MedizinerInnen damit zugesprochen wird. PatientInnen und Laien glauben und müssen auch oft glauben, was ihnen die medizinischen ExpertInnen über ihre Gesundheit sagen. Wichtig dabei ist, dass die MedizinerInnen ihre Glaubhaftigkeit bewahren (vgl. Hojat et al., 2013).

In den letzten Dekaden hat sich das Bild der Medizin und der ÄrztInnen jedoch geändert. Die verstärkte Kommerzialisierung und der zunehmende Einzug der Technologie in die Medizin führten dazu, dass ÄrztInnen immer weniger in direkten Kontakt mit ihren PatientInnen treten und sich so das Image und das Vertrauen in die MedizinerInnen verändert haben (vgl. Hojat et al., 2013).

“Medicine which was considered by the public as one of the most highly respected professions of all, is losing ground (Thomas 1985) partly because of the failure of some physicians to preserve their altruistic image (Schlesinger 2002)” (Hojat et al., 2013, S. 1293). Vielleicht kann sich die Reputation wieder verbessern, indem in der Ausbildung und bei der Auswahl der MedizinerInnen vermehrt auf die Persönlichkeit geachtet wird. Umfassendes Fachwissen ist unabdingbar, dennoch ist leicht zu verstehen, dass eine gute Arzt-Patient-Beziehung für die Genesung kranker Menschen von hoher Bedeutung ist. “Further, various authors mentioned certain personality traits as possible determinants of empathy decline” (Neumann, 2011, S. 998). Die Persönlichkeit spielt somit eine wichtige Rolle und darf deswegen nicht außen vorgelassen werden. Einige meinen, dass es sinnlos ist Persönlichkeitseigenschaften zu erfassen, da diese konstant sind und somit nicht verändert werden können. Hojat et al. (2013) sieht das anders: „Fourth, in response to the idea of the amenability of personality attributes to change, as an example we have described approaches that enhance empathy in undergraduate and graduate medical education” (S. 1293). Dieses Zitat zeigt, dass durch gezieltes Training einiges möglich ist.

⁷ Es handelt sich dabei um einen Fragebogen zur Ausbildung, Erfahrung, Stil und Werten von Rolf Sandell et al. mit einer deutschen Fassung von Klug, Huber und Kächle (2007). Dieser wurde adaptiert für StudentInnen von Sabrina Billeth.

7 AUSBLICK

Die normative Überzeugung hat den größten Einfluss auf die Intention, und die Studierenden bewerten die ÄrztInnen als Vorbild für empathisches Verhalten nicht sehr positiv. Stephenson et al. (2006) sehen in ihrer Studie als größte Herausforderung während der Ausbildung des professionellen medizinischen Verhaltens die Nachahmung von schlechten Einstellungen und inadäquatem Verhalten von Lehrenden und anderem klinischen Personal. Somit stellt sich die Frage, wie eine gute und adäquate Ausbildung von MedizinerInnen bewerkstelligt werden kann, wenn gleichzeitig in der Praxis die vermittelten Werte von anderen nicht gelebt werden. Die Lösung dazu ist nicht einfach, denn sie bedarf der Inklusion vieler Faktoren und AkteurInnen. Längsschnitt-Studien in diesem Bereich könnten Aufschluss darüber geben, ob sich die Empathie-Einstellung durch die neue Generation verändert. Wenn dem so ist, dann ist anzunehmen, dass die Empathie-Förderung während der Ausbildung ausreichend ist, wenn nicht, dann sollten vielleicht auch praktizierende ÄrztInnen in ein Trainingsprogramm inkludiert werden. Es bedarf somit weiterer Forschung, wie dies am besten umgesetzt werden kann.

Wie in der Arbeit bereits beschrieben, könnte eine weitere mögliche Ursache für den Empathie-Rückgang der emotionale Rückzug aufgrund von Überforderung sein. Nach Lamm (2007) ist eine Reaktion auf Stress und Überlastung der soziale Rückzug und das Einstellen von prosozialen Verhaltensweisen. Um dieser Belastungsreaktion vorzubeugen, sollten StudentInnen Unterstützung bekommen. Es ist wichtig, dass sie Ressourcen entwickeln, die ihnen helfen sich selbst zu schützen. Eine Möglichkeit zeigt die Studie von Pololi et al. (2001), in der ein Programm entwickelt wurde, das sogenannte Medicine, Preventive and Ambulatory Care [Med-PAC]. Es wird damit den Studierenden zu Beginn und während ihrer ersten praktischen Erfahrungen geholfen, emotional schwierige Situationen und Herausforderungen zu bewältigen und gleichzeitig eine gute Beziehung zu den PatientInnen aufzubauen (vgl. Pololi et al., 2001, Neumann et al., 2011). Die Studierenden werden somit in einer schwierigen Phase professionell unterstützt. Meiner Meinung nach sollte sich dies nicht nur auf eine gewisse Zeit beschränken, sondern als Angebot während des gesamten Studiums und auch danach zur Verfügung stehen, denn solche Herausforderungen können in jeder Lebenslage und Situation auftreten. Auch an dieser Stelle ist noch Forschungsbedarf vorhanden. Untersuchungen könnten herausfinden, welche Unterstützungsprogramme am effektivsten sind und neue Interventionen aufzeigen.

8 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 Theorie des geplanten Verhaltens	9
Abbildung 2 Ergebnisse der Regressionsanalyse	83

9 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1.....	23
Tabelle 2.....	43
Tabelle 3.....	66
Tabelle 4.....	67
Tabelle 5.....	67
Tabelle 6.....	67
Tabelle 7.....	68
Tabelle 8.....	68
Tabelle 9.....	69
Tabelle 10.....	70
Tabelle 11.....	72
Tabelle 12.....	73
Tabelle 13.....	75
Tabelle 15.....	76
Tabelle 17.....	77
Tabelle 19.....	78
Tabelle 22.....	79
Tabelle 23.....	80
Tabelle 24.....	80
Tabelle 25.....	82
Tabelle 26.....	82

10 LITERATURVERZEICHNIS

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological bulletin*, 84(5), 888.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2011). *Constructing a theory of planned behavior questionnaire*. Verfügbar unter: <http://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf> [01.April 2013]
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: reactions and reflections. *Psychology and Health*, 26(9), 1113-1127.
- Ajzen, I. (2012). The theory of planned behavior. In P. A. M. Lange, A. W. Kruglanski & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (Vol. 1, pp. 438-459). London, UK: Sage.
- Archer, R., Elder, W., Hustedde, C., Milam, A., & Joyce, J. (2008). The theory of planned behavior in medical education: a model for integrating professionalism training. *Medical Education*, 42(8), 771-777.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British journal of social psychology*, 40(4), 471-499.
- Austin, E. J., Evans, P., Magnus, B., & O'Hanlon, K. (2007). A preliminary study of empathy, emotional intelligence and examination performance in MBChB students. *Medical education*, 41(7), 684-689.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 191-215.
- Baumgartner, I. (2007). Menschen in Lebenskrisen personzentriert begleiten. *Seelsorge in Lebenskrisen: pastoralpsychologische, humanwissenschaftliche und theologische Impulse*, 3, 29.
- Beckman, H. B., & Frankel, R. M. (2003). Training practitioners to communicate effectively in cancer care: it is the relationship that counts. *Patient education and counseling*, 50(1), 85-89.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (2008). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar nach Costa und McCrae* (NEO-FFI). Manual (2., neu normierte und vollständig überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe
- Bylund, C. L., & Makoul, G. (2002). Empathic communication and gender in the physician-patient encounter. *Patient Education and Counseling*, 48, 207-216.
- Bylund, C. L., & Makoul, G. (2005). Examining empathy in medical encounters: an observational study using the Empathic Communication Coding System. *Health Communication*, 18(2), 123-140.
- Chen, D., Lew, R., Hershman, W., & Orlander, J. (2007). A cross-sectional measurement of medical student empathy. *Journal of General Internal Medicine*, 22(10), 1434-1438.

- Colliver, J. A., Conlee, M. J., Verhulst, S. J., & Dorsey, J. K. (2010). Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated: A reexamination of the research. *Academic Medicine*, *85*(4), 588-593.
- Colliver, J. A., Conlee, M. J., Verhulst, S. J., & Dorsey, J. K. (2010). Rebuttals to Critics of Studies of the Decline of Empathy. *Academic Medicine*, *85*(12), 1813-1814..
- Coulehan, J. L., Platt, F. W., Egener, B., Frankel, R., Lin, C. T., Lown, B., & Salazar, W. H. (2001). "Let me see if I have this right...": words that help build empathy. *Annals of Internal Medicine*, *135*(3), 221-227.
- Courneya, K., McAuley, E. (1995). Cognitive mediators of the social influence exercise adherence relationship: a test of the theory of planned behaviour. *J Behav Med*; *18*:499–515.
- Del Canale, S., Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*, *87*(9), 1243-1249.
- Dzewaltowski, D. A., Noble, J. M., & Shaw, J. M. (1990). Physical activity participation—socialcognitive theory versus the theories of reasoned action and planned behavior. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, *12*, 388–405.
- Eckert, J. (2001). Empathie und Psychotherapie 1. In *Psychodynamische Konzepte* (pp. 329-338). Springer Berlin Heidelberg.
- Ekman, P. (2010). *Gefühle lesen* (2. Aufl. ed.). Heidelberg: Spektrum, Akad. Verl.
- Ekman, P., & Reiss, M. (2011). *Gefühl und Mitgefühl* (1., Auflage. ed.). Heidelberg, Neckar: Spektrum Akademischer Verlag.
- Fazio, R. H., & Zanna, M. P. (1978). On the predictive validity of attitudes: the roles of direct experience and confidence1. *Journal of Personality*, *46*(2), 228-243.
- Fishbein, M. E. (1967). Readings in attitude theory and measurement.
- Gleichgerrcht, E., & Decety, J. (2013). Empathy in Clinical Practice: How Individual Dispositions, Gender, and Experience Moderate Empathic Concern, Burnout, and Emotional Distress in Physicians. *PLoS One*, *8*(4), e61526.
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, *11*, 87-98.
- Hanich, J. (2010). Robin Curtis, Gertrud Koch (Hg.): Einfühlung. Zu Geschichte und Gegenwart eines ästhetischen Konzepts. *MEDIENwissenschaft: Rezensionen | Reviews*, (1), 52

- Halpern, J. (2001). *From detached concern to empathy. Humanizing medical practice*. Oxford University Press, USA.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of general internal medicine*, 18(8), 670-674.
- Hartman, T., Ravesteijn, H. (2008). 'Well doctor, it is all about how life is lived': cues as a tool in the medical consultation. *Mental Health in Family Medicine*, 5(3), 183-7.
- Halpern, J. (2012) Clinical empathy in medical care. In: J., Decety (Eds). *Empathy: from Bench to Bedside*. Cambridge: MIT Press. 229-244
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Rattner, S., Erdmann, J. B., Gonnella, J. S., & Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical education*, 38(9), 934-941.
- Hojat, M., Vergare, M., Maxwell, K, et al. (2009). The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, 84(9), 1182-1191.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Veloski, J., Newton, B. W., Sherman, J. J., & Cramer, A. P. (2010). Letters to the Editor Rebuttals to Critics of Empathy-Divide Studies. *Academic Medicine*, 85(12), 1812.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359-364.
- Hojat, M., Erdmann, J. B., & Gonnella, J. S. (2013). Personality assessments and outcomes in medical education and the practice of medicine: AMEE Guide No. 79. *Medical teacher*, 35(7), e1267-e1301.
- Holland, R. W., Verplanken, B., & Van Knippenberg, A. (2002). On the nature of attitude-behavior relations: The strong guide, the weak follow. *European Journal of Social Psychology*, 32(6), 869-876.
- Kallgren, C. A., & Wood, W. (1986). Access to attitude-relevant information in memory as a determinant of attitude-behaviour consistency. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(4), 328-338.
- Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the health professions*, 27(3), 237-251.
- Kraus, S. (1990). Attitudes and the Prediction of Behaviour: a Metaanalysis. Presented at the 98th Annual Convention of the American Psychological Association, Boston, MA, 10-14 August.
- Lamm, C., Batson, C., & Decety J. (2007). The neural substrate of human empathy: effects of perspective-taking and cognitive appraisal. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19(1), 42-58.

- Lamm, C., Decety, J., & Singer, T. (2011). Meta-analytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain. *NeuroImage*, 54(3), 2492-2502.
- Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *Jama*, 293(9), 1100-1106.
- Limbert, C., & Lamb, R. (2002). Doctors' use of clinical guidelines: two applications of the Theory of Planned Behaviour. *Psychology, health & medicine*, 7(3), 301-310.
- Maguire, P., Faulkner, A., Booth, K., Elliott, C., & Hillier, V. (1996). Helping cancer patients disclose their concerns. *European Journal of Cancer*, 32(1), 78-81.
- Mattarelli, M. (2007). Überprüfung der „Theory of Planned Behavior“ von Ajzen & Fishbein (1977) und deren Erweiterung durch „Rechtfertigungsprozesse“ am Beispiel Littering. *Lizentiatsarbeit, Psychologisches Institut der Universität Zürich*.
- Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52, S9-S11.
- Millstein, S. (1996). Utility of the theories of reasoned action and planned behaviour for predicting physician behaviour: a prospective analysis. *Health Psychology*, 15, 398-402
- Moan, I. S., & Rise, J. (2005). Quitting Smoking: Applying an Extended Version of the Theory of Planned Behavior to Predict Intention and Behavior. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 10(1), 39-68.
- Multon, K. D., Brown, S. D., & Lent, R. W. (1991). Relation of self-efficacy beliefs to academic outcomes: A meta-analytic investigation. *Journal of counseling psychology*, 38(1), 30.
- Newton, B. W., Barber, L., Clardy, J., Cleveland, E., & O'Sullivan, P. (2008). Is there hardening of the heart during medical school? *Academic Medicine*, 83(3), 244-249.
- Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., & Pfaff, H. (2009). Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient education and counseling*, 74(3), 339-346.
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., ... & Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic medicine*, 86(8), 996-1009.
- Neumann, M., Scheffer, C., Tauschel, D., Lutz, G., Wirtz, M., & Edelhäuser, F. (2012). Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 29(1).

- Neumann, M., Wirtz, M., Bollschweiler, E., Mercer, S. W., Warm, M., Wolf, J., & Pfaff, H. (2007). Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: a structural equation modelling approach. *Patient education and counseling*, *69*(1), 63-75.
- Nightingale, S. D., Yarnold, P. R., & Greenberg, M. S. (1991). Sympathy, empathy, and physician resource utilization. *Journal of general internal medicine*, *6*(5), 420-423.
- Pedersen, R. (2009). Empirical research on empathy in medicine - a critical review. *Patient Education and Counseling*, *76*(3), 307-322.
- Pololi, L. P., Frankel, R. M., Clay, M., & Jobe, A. C. (2000). One year's experience with a program to facilitate personal and professional development in medical students using reflection groups. *Education for health (Abingdon, England)*, *14*(1), 36-49.
- Preusche, I. (2013). Empathie in der ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung: Lehren, lernen, prüfen. In O. Frischenschlager & B. Hladschik-Kermer (Eds.), *Gesprächsführung in der Medizin* (pp. 209-216). Wien: Facultas
- Preusche, I. & Lamm, C. (2015). Reflections on empathy in medical education: What can we learn from social neurosciences? *Advances in Health Sciences Education*, Epub ahead of print. doi:10.1007/s10459-015-9581-5
- Preusche, I., & Wagner-Menghin, M. (2013). Rising to the challenge: cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the adapted German Version of the Jefferson Scale of Physician Empathy for Students (JSPE-S). *Advances in Health Sciences Education*, *18*(4), 573-587.
- Rakel, D. P., Hoeft, T. J., Barrett, B. P., Chewing, B. A., Craig, B. M., & Niu, M. (2009). Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Family medicine*, *41*(7), 494.
- Randall, D. M., & Gibson, A. M. (1991). Ethical decision making in the medical profession: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Business Ethics*, *10*(2), 111-122.
- Robins, R. W., Fraley, R. C., & Krueger, R. F. (Eds.). (2009). *Handbook of research methods in personality psychology*. Guilford Press.
- Rees, C. E., & Knight, L. V. (2007). Viewpoint: The trouble with assessing students' professionalism: Theoretical insights from sociocognitive psychology. *Academic Medicine*, *82*(1), 46-50.
- Regan, D. T., & Fazio, R. (1977). On the consistency between attitudes and behavior: Look to the method of attitude formation. *Journal of Experimental Social Psychology*, *13*(1), 28-45.
- Rogers, C. R. (1991). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen* (3. Aufl.). Köln: GwG. (Amer. Orig. erschienen 1959).
- Roter, D. L., Stewart, M., Putnam, S. M., Lipkin, M., Stiles, W., & Inui, T. S. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *Jama*, *277*(4), 350-356.

- Roter, D. L., Hall, J. A., & Aoki, Y. (2002). Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *Jama*, 288(6), 756-764.
- Sandell, R., Broberg, J., Schubert, J., Blomberg, J., Lazar, A. (2007) übersetzt ins Deutsche Klug, Huber, Kächele, adaptiert für Studierende Billeth S. *Psychotherapeutische Haltung (ThAt) v. 3. Ein Fragebogen zu Ausbildung, Erfahrung, Stil und Werten*. Stockholm, Linköpin.
- Schifter, D. E., & Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: an application of the theory of planned behavior. *Journal of personality and Social Psychology*, 49(3), 843.
- Sivacek, J., & Crano, W. D. (1982). Vested interest as a moderator of attitude-behavior consistency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(2), 210.
- Stephenson, A. E., Adshead, L. E., & Higgs, R. H. (2006). The teaching of professional attitudes within UK medical schools: reported difficulties and good practice. *Medical education*, 40(11), 1072-1080.
- Stepien, K. A., & Baernstein, A. (2006). Educating for empathy. A review. *Journal of General Internal Medicine*, 21(5), 524-530.
- Arnold, L., & Stern, D. T. (2006). What is medical professionalism. *Measuring medical professionalism*, 15-37.
- Stroebe, W. (2008). Wann und wie beeinflussen Normen das Verhalten: Eine sozial-kognitive Analyse. In *Rational Choice: Theoretische Analysen und empirische Resultate* (pp. 101-118). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Squier, R. W. (1990). A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Social science & medicine*, 30(3), 325-339.
- Tessaro, I., & Highriter, M. (1994). HIV and the work intentions of public health nurses. *Public Health Nursing*, 11(4), 273-280.
- Thomas, M. R., Dyrbye, L. N., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2007). How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 177-183.
- Todres, M., Tsimtsiou, Z., Stephenson, A., & Jones, R. (2010). The emotional intelligence of medical students: an exploratory cross-sectional study. *Medical teacher*, 32(1), e42-e48.
- Ryn, M., Lytle, L. A., & Kirscht, J. P. (1996). A Test of the Theory of Planned Behavior for Two Health-Related Practices1. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(10), 871-883.
- Vogelgesang, F. (2003). Die Suffizienz der Theorie des geplanten Verhaltens bei der Vorhersage von Verhaltensintentionen. Eine empirische Untersuchung am Beispiel der Intention zur Karrierewahl von zukünftigen Diplom-ForstwirtInnen. Dissertation: TU Dresden

Walker, A., Watson, M., Grimshaw, J., Bond, C. (2004). Applying the theory of planned behaviour to pharmacists beliefs and intentions about the treatment of vaginal candidiasis with non-prescription medicines. *Family Practice*, 21(6), 670-676.

Watzlawick, P. (o.d.). Verfügbar unter: <http://www.paulwatzlawick.de/axiome.html> [20.Mai 2013]

West, C. P., & Shanafelt, T. D. (2007). The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Medical Education*, 7(1), 29.

White, K. M., Terry, D. J. and Hogg, M. A. (1994), Safer Sex Behavior: The Role of Attitudes, Norms, and Control Factors. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 2164-2192.

Winefield, H. R., & Chur-Hansen, A. (2000). Evaluating the outcome of communication skill teaching for entry-level medical students: does knowledge of empathy increase? *Medical Education*, 34(2), 90-94.

11 ANHANG

11.1 Pilot-Fragebogen

Pilot-Fragebogen

Liebe Studierende,

der Forschungsbereich „Medical Education“ beschäftigt sich mit dem Themenbereich „Empathie in der Ärztin/Arzt-PatientInnen-Beziehung“. In der vorliegenden Studie (verantwortliche Studienleiterin: Dr. Ingrid Preusche; email: Ingrid.preusche@meduniwien.ac.at) geht es nun darum, die studentische Sichtweise zum Teilaspekt „empathisches Verhalten“ genauer zu erheben. Wir bitten Sie dabei um Ihre Unterstützung, indem Sie diesen Pilot-Fragebogen anonym ausfüllen.

Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Datum des Ausfüllens: ____ . ____ . ____

Alter in Jahren: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Angestrebte Spezialisierung in der Medizin (falls schon bekannt): _____

Instruktion:

In einer Gesprächssituation mit der Ärztin/dem Arzt formulieren PatientInnen manchmal deutliche und direkte Aussagen über ihre Gefühle (z.B. „Ich fühle mich...“), über Fortschritte (z.B. eine Aussage über eine positive Entwicklung, lebensverändernde positive Ereignisse), oder über Herausforderungen (z.B. Aussagen über Probleme, welche negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität haben, ein zerstörendes lebensveränderndes Ereignis). **Uns interessiert nun die Reaktion der Ärztin/des Arztes auf diese PatientInnenaussagen (= empathisches Verhalten).**

Als zukünftige Ärztin / zukünftiger Arzt, möchten wir von Ihnen nun wissen, was Sie bezüglich dieses empathischen Verhaltens denken.

Es gibt hierbei keine richtigen oder falschen Antworten, wir sind lediglich an Ihrer persönlichen

Meinung interessiert. Wenn Sie die nachfolgenden Fragen beantworten, schreiben Sie bitte Ihre Gedanken auf, die Ihnen spontan in den Sinn kommen. Schreiben Sie jeden Gedanken in eine eigene Zeile.

VOR- UND NACHTEILE

1.a) Was sehen Sie als Vorteile, in einer Gesprächssituation mit SchauspielpatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen?

1.b) Was sehen Sie als Nachteile, in einer Gesprächssituation mit SchauspielpatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen?

1.c) Was fällt Ihnen dazu noch ein?

2.ANDERE PERSONEN

Wenn es darum geht, in einer Gesprächssituation mit SchauspielpatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen, gibt es wahrscheinlich Personen (oder Gruppen von Personen), die der Meinung sind, Sie sollten oder sollten nicht immer empathisches Verhalten zeigen:

2.a) Bitte nennen Sie Personen (oder Gruppen von Personen), welche es befürworten würden, dass Sie in einer Gesprächssituation mit SchauspielpatientInnen immer empathisches Verhalten zeigen.

2.b) Bitte nennen Sie Personen (oder Gruppen von Personen), welche es ablehnen würden, dass Sie in einer Gesprächssituation mit SchauspielpatientInnen immer empathisches Verhalten zeigen.

Manchmal, wenn wir uns unsicher sind, sehen wir uns um, was andere Personen tun:

2.c) Bitte nennen Sie uns Personen (oder Gruppen von Personen), die in einer Gesprächssituation mit SchauspielpatientInnen empathisches Verhalten zeigen.

2.d) Bitte nennen Sie uns Personen (oder Gruppen von Personen), die in einer Gesprächssituation mit SchauspielpatientInnen nicht immer empathisches Verhalten zeigen.

3. FAKTOREN/BEDINGUNGEN:

3.a) Bitte listen Sie alle Faktoren oder Bedingungen auf, die es Ihnen einfacher machen oder grundsätzlich ermöglichen, in einer Gesprächssituation mit SchauspielpatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen.

3.b) Bitte listen Sie alle Faktoren oder Bedingungen auf, die es Ihnen erschweren oder grundsätzlich verhindern, in einer Gesprächssituation mit SchauspielpatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen.

11.2 TPB-Fragebogen

Liebe Studierende,
der Forschungsbereich „Medical Education“ beschäftigt sich mit dem Themenbereich „Empathie in der Ärztin/Arzt-PatientInnen-Beziehung“. In der vorliegenden Studie (verantwortliche

Studienleiterin: Dr. Ingrid Preusche; email: Ingrid.Preusche@meduniwien.ac.at) geht es nun darum, die studentische Sichtweise zum Teilaspekt „empathisches Verhalten“ genauer zu erheben. Wir bitten Sie dabei um Ihre Unterstützung, indem Sie diese Fragebögen *anonym* ausfüllen.

Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte erstellen Sie Ihren individuellen Fragebogen-Code:

Ihr Code	_____	_____	_____
	<i>Die letzten drei Zahlen Ihrer Matrikelnummer</i>	<i>Der 2. Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter</i>	<i>Geburtstag und Geburtsmonat zusammenzählen</i>
Beispielcode:	0305498: <u>498</u>	Anja: <u>N</u>	14. August: 14+08 = <u>22</u>

Datum des Ausfüllens: _____

Alter in Jahren: _____

Studienjahr:

Geschlecht: männlich weiblich

Angestrebte Spezialisierung in der Medizin (falls schon bekannt): _____

Fragebogen Empathisches Verhalten

Instruktion:

In einer Gesprächssituation mit der Ärztin/dem Arzt formulieren PatientInnen manchmal deutliche und direkte Aussagen über ihre Gefühle (z.B. „Ich fühle mich...“), über Fortschritte (z.B. eine Aussage über eine positive Entwicklung, lebensverändernde positive Ereignisse), oder über Herausforderungen (z.B. Aussagen über Probleme, welche negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität haben, ein zerstörendes lebensveränderndes Ereignis). **Uns interessiert nun die Reaktion der Ärztin/des Arztes auf diese PatientInnenaussagen (= empathisches Verhalten).**

Als zukünftige Ärztin / zukünftiger Arzt, möchten wir von Ihnen nun wissen, was Sie bezüglich dieses empathischen Verhaltens denken.

Es gibt hierbei keine richtigen oder falschen Antworten, wir sind lediglich an Ihrer persönlichen Meinung interessiert. Wenn Sie die nachfolgenden Fragen beantworten, kreuzen Sie bitte die für Sie am besten zutreffende Ausprägung innerhalb der angegebenen Pole an.

Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden.

Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie die Nummer einkreisen, die Ihre Meinung am besten beschreibt.

Zum Beispiel:

Wenn Sie finden, dass das Wetter *ziemlich schlecht* ist, dann sollten Sie das wie folgt einkreisen:

	sehr gut	ziemlich gut	eher gut	weder noch	eher schlecht	ziemlich schlecht	sehr schlecht
Das Wetter ist heute:	1	2	3	4	5	6	7

Einige der Fragen scheinen ähnlich zu sein, sie richten sich jedoch auf etwas anderes. Bitte lesen Sie daher jede Frage sorgfältig durch und beachten Sie bitte:

- **Jede Frage zu beantworten – und keine aus zu lassen!**
- **Nie mehr als eine Nummer pro Frage anzukreuzen!**

1. In wie vielen von 10 Gesprächen mit (Schauspiel-) PatientInnen werden Sie es umsetzen, immer empathisches Verhalten zu zeigen?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. In einer Gesprächssituation mit (Schauspiel)-PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen ist ...								
	sehr	ziemlich	eher	weder noch	eher	ziemlich	sehr	
weich	-3	-2	-1	0	1	2	3	hart
heiter	-3	-2	-1	0	1	2	3	traurig
verschwommen	-3	-2	-1	0	1	2	3	klar
stark	-3	-2	-1	0	1	2	3	schwach
großzügig	-3	-2	-1	0	1	2	3	sparsam
passiv	-3	-2	-1	0	1	2	3	aktiv

verspielt	-3	-2	-1	0	1	2	3	ernst
zurückhaltend	-3	-2	-1	0	1	2	3	offen
hilfsbereit	-3	-2	-1	0	1	2	3	egoistisch
triebhaft	-3	-2	-1	0	1	2	3	gehemmt
kühl	-3	-2	-1	0	1	2	3	gefühlvoll
redselig	-3	-2	-1	0	1	2	3	verschwiegen
friedlich	-3	-2	-1	0	1	2	3	aggressiv
zerfahren	-3	-2	-1	0	1	2	3	geordnet
nüchtern	-3	-2	-1	0	1	2	3	verträumt
streng	-3	-2	-1	0	1	2	3	nachgiebig
zurückgezogen	-3	-2	-1	0	1	2	3	gesellig
robust	-3	-2	-1	0	1	2	3	zart
vergnügt	-3	-2	-1	0	1	2	3	missmutig
wild	-3	-2	-1	0	1	2	3	sanft
starr	-3	-2	-1	0	1	2	3	beweglich
leise	-3	-2	-1	0	1	2	3	laut
frisch	-3	-2	-1	0	1	2	3	müde
unterwürfig	-3	-2	-1	0	1	2	3	herrisch
gesund	-3	-2	-1	0	1	2	3	krank

3. Wenn ich mich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisch verhalte, dann...							
	sehr unwahrscheinlich	ziemlich unwahrscheinlich	ehrwahrscheinlich	neutral	ehrwahrscheinlich	ziemlich wahrscheinlich	sehr wahrscheinlich
a) ... schafft das in der Gesprächssituation Vertrauen und eine gute Atmosphäre.	1	2	3	4	5	6	7
b) ... ist das oftmals nur „gespielt“ und nicht „echt“.	1	2	3	4	5	6	7
c) ... gibt der (Schauspiel-) Patient/ die (Schauspiel-) Patientin mehr Informationen preis.	1	2	3	4	5	6	7
d) ... ist das eine gute Vorbereitung für Gespräche mit echten PatientInnen.	1	2	3	4	5	6	7
e) ... verlängert das die Gesprächsdauer.	1	2	3	4	5	6	7
f) ... verliere ich dadurch meine Objektivität und Professionalität.	1	2	3	4	5	6	7

g) ... ist das eine gute Möglichkeit und ein geeignetes Setting für das Ausprobieren von empathischem Verhalten.	1	2	3	4	5	6	7
h) ... ist das nicht angebracht, da ein Zuviel an empathischem Verhalten schädlich für den (Schauspiel-) Patienten/ die (Schauspiel-) Patientin sein kann.	1	2	3	4	5	6	7
i) ... kann das zu Distanzverlust oder psychischer Belastung führen.	1	2	3	4	5	6	7
j) ... ist das unrealistisch, da ich nicht immer empathisch sein kann.	1	2	3	4	5	6	7
k) ... hilft mir das den (Schauspiel-) Patienten/ die (Schauspiel-) Patientin besser zu verstehen.	1	2	3	4	5	6	7
l) ... lässt das andere wesentliche Aspekte eines Gesprächs (z.B. Anamnese, spezifische Fakten) in den Hintergrund treten.	1	2	3	4	5	6	7
m) ... handelt es sich nur um eine Übung und spiegelt nicht die Realität wider.	1	2	3	4	5	6	7
n) ... hat das positive Auswirkungen auf meine professionelle oder persönliche Entwicklung.	1	2	3	4	5	6	7

4. Wie <u>wichtig</u> sind Ihnen folgende Aspekte?							
Wenn ich mich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisch verhalte, dann...							
	se hr un wi cht ig	zie mli ch un wi cht ig	eh er un wi cht ig	we de r no ch	eh er wi cht ig	ie mli ch wi cht ig	se hr wi cht ig
a) ... schafft das in der Gesprächssituation Vertrauen und eine gute Atmosphäre.	-3	-2	-1	0	1	2	3
b) ... ist das oftmals nur „gespielt“ und nicht „echt“.	-3	-2	-1	0	1	2	3
c) ... gibt der (Schauspiel-) Patient/ die (Schauspiel-) Patientin mehr Informationen preis.	-3	-2	-1	0	1	2	3
d) ... ist das eine gute Vorbereitung für Gespräche mit echten PatientInnen.	-3	-2	-1	0	1	2	3
e) ... verlängert das die Gesprächsdauer.	-3	-2	-1	0	1	2	3
f) ... verliere ich dadurch meine Objektivität und Professionalität.	-3	-2	-1	0	1	2	3
g) ... ist das eine gute Möglichkeit und ein geeignetes Setting für das Ausprobieren von empathischem Verhalten.	-3	-2	-1	0	1	2	3

h) ... ist das nicht angebracht, da ein Zuviel an empathischem Verhalten schädlich für den (Schauspiel-) Patienten/ die (Schauspiel-) Patientin sein kann.	-3	-2	-1	0	1	2	3
i) ... kann das zu Distanzverlust oder psychischer Belastung führen.	-3	-2	-1	0	1	2	3
j) ... ist das unrealistisch, da ich nicht immer empathisch sein kann.	-3	-2	-1	0	1	2	3
k) ... hilft mir das den (Schauspiel-) Patienten/ die (Schauspiel-) Patientin besser zu verstehen.	-3	-2	-1	0	1	2	3
l) ... lässt das andere wesentliche Aspekte eines Gesprächs (z.B. Anamnese, spezifische Fakten) in den Hintergrund treten.	-3	-2	-1	0	1	2	3
m) ... handelt es sich nur um eine Übung und spiegelt nicht die Realität wider.	-3	-2	-1	0	1	2	3
n) ... hat das positive Auswirkungen auf meine professionelle oder persönliche Entwicklung.	-3	-2	-1	0	1	2	3

	völlig falsch	ziemlich falsch	etwas falsch	noch weniger	etwas richtig	ziemlich richtig	völlig richtig
5. Die Menschen, deren Meinung ich schätze, befürworten es, dass ich in (Schauspiel-) Patienten-Gesprächen immer empathisches Verhalten zeige.	1	2	3	4	5	6	7
6. Es wird von mir erwartet, dass ich mich in (Schauspiel-) Patienten-Gesprächen immer empathisch verhalte.	1	2	3	4	5	6	7
7. Ich fühle mich sozial sehr stark verpflichtet, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen.	1	2	3	4	5	6	7
8. Ich bin mir sicher, ich könnte in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zeigen, wenn ich wollte.	1	2	3	4	5	6	7
9. In einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen, wenn ich es möchte, stellt für mich kein Problem dar.	1	2	3	4	5	6	7
10. Es hängt nicht nur von mir ab, ob ich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen immer empathisches Verhalten zeigen kann.	1	2	3	4	5	6	7

11. Die Entscheidung, ob ich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen <i>immer</i> empathisches Verhalten zeige, liegt nicht in meinem Einflussbereich.	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

12. Dass ich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zeige, wird von folgenden Personen **so beurteilt**:

	völlig abnehmend	Ziemlich abnehmend	abnehmender	weder noch	befürwortend eher	befürwortend ziemlich	befürwortend völlig
Ärzte/Ärztinnen	1	2	3	4	5	6	7
Lehrende	1	2	3	4	5	6	7
KollegInnen, peers	1	2	3	4	5	6	7
psychosoziale Berufsgruppen (Psychologe, Psychotherapeut)	1	2	3	4	5	6	7
Familie und Freunde	1	2	3	4	5	6	7
Patienten/Patientinnen	1	2	3	4	5	6	7

13. In vergleichbaren Gesprächssituationen wird von folgenden Personen immer empathisches Verhalten **gezeigt**:

	völlig falsch	ziemlich falsch	ehrfalsch	weder noch	eherrichtig	ziemlich richtig	völlig richtig
Ärzte/Ärztinnen	1	2	3	4	5	6	7
Lehrende	1	2	3	4	5	6	7
KollegInnen, peers	1	2	3	4	5	6	7
psychosoziale Berufsgruppen (Psychologe, Psychotherapeut)	1	2	3	4	5	6	7
Familie und Freunde	1	2	3	4	5	6	7
Patienten/Patientinnen	1	2	3	4	5	6	7

14. Wenn es darum geht, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen, ist mir die **Meinung** folgender Personen so **wichtig**:

	völlig unwichtig	ziemlich unwichtig	heer unwichtig	weder noch	eherrichtig	ziemlich wichtig	völlig wichtig
--	------------------	--------------------	----------------	------------	-------------	------------------	----------------

Ärzte/Ärztinnen	1	2	3	4	5	6	7
Lehrende	1	2	3	4	5	6	7
KollegInnen, peers	1	2	3	4	5	6	7
psychosoziale Berufsgruppen (Psychologe, Psychotherapeut)	1	2	3	4	5	6	7
Familie und Freunde	1	2	3	4	5	6	7
Patienten/Patientinnen	1	2	3	4	5	6	7

15. Wenn es darum geht, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen, **versuche ich mich genauso zu verhalten wie folgende Personen:**

	völlig falsch	ziemlich falsch	ehrfalsch	weder noch	eherrichtig	ziemlich richtig	richtig
Ärzte/Ärztinnen	1	2	3	4	5	6	7
Lehrende	1	2	3	4	5	6	7
KollegInnen, peers	1	2	3	4	5	6	7
psychosoziale Berufsgruppen (Psychologe, Psychotherapeut)	1	2	3	4	5	6	7
Familie und Freunde	1	2	3	4	5	6	7
Patienten/Patientinnen	1	2	3	4	5	6	7

16. Wie wahrscheinlich sind folgende Aspekte, wenn es darum geht in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen?

	sehr unwahrscheinlich	ziemlich unwahrscheinlich	unwahrscheinlich	weder noch	wahrscheinlich	ziemlich wahrscheinlich	sehr wahrscheinlich
a) Eine positive Einstellung gegenüber den (Schauspiel-) PatientInnen	1	2	3	4	5	6	7
b) Eine schlechte Beziehung (zu wenig Verständnis für die Situation, keine Identifikation etc.) zu (Schauspiel-)PatientInnen	1	2	3	4	5	6	7
c) Dass ich mich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen nicht wohl fühle und Probleme habe (gestresst, schlecht gelaunt, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
d) Dass ich es mit schwierigen (Schauspiel-)PatientInnen (unhöflich, ablehnend, etc.), zu tun habe.	1	2	3	4	5	6	7

e) Eine <u>gute</u> Qualität der Schauspiel-PatientInnen	1	2	3	4	5	6	7
f) Das Wissen, dass es sich um eine nicht reale Situation handelt	1	2	3	4	5	6	7
g) (Schauspiel-) PatientInnen mit positiven Eigenschaften (freundlich, sympathisch, gepflegt, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
h) Nervosität und Unsicherheit	1	2	3	4	5	6	7
i) Die (negative) Beeinflussung durch das Setting rund um die Gesprächssituation im Unterricht (Kamera, Zuschauer etc.).	1	2	3	4	5	6	7
j) Zeitmangel oder Zeitdruck	1	2	3	4	5	6	7
k) Eine <u>schlechte</u> Qualität der SchauspielpatientInnen	1	2	3	4	5	6	7
l) Faktoren wie Ungestörtheit, Ruhe und Zeit	1	2	3	4	5	6	7

17.									
a) Eine positive Einstellung zum (Schauspiel-)Patienten/zur (Schauspiel-)Patientin macht es mir...	sehr schwer	-3	-2	-1	0	1	2	3	sehr einfach
in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen.									
b) Eine schlechte Beziehung zum (Schauspiel-)Patienten/zur (Schauspiel-)Patientin macht es mir...	sehr schwer	-3	-2	-1	0	1	2	3	sehr einfach
in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen.									
c) Wenn ich mich schlecht fühle und Probleme habe (gestresst, schlecht gelaunt, etc.) dann ist es...	sehr unwahrscheinlich	-3	-2	-1	0	1	2	3	trotzdem sehr wahrscheinlich
dass ich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen immer empathisches Verhalten zeige.									
d) Bei schwierigen (Schauspiel-)PatientInnen (unhöflich, ablehnend, etc.), ist es...	sehr unwahrscheinlich	-3	-2	-1	0	1	2	3	trotzdem sehr wahrscheinlich
dass ich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen immer empathisches Verhalten zeige.									
e) Die <u>gute</u> Qualität der SchauspielPatientInnen macht es mir...	sehr schwer	-3	-2	-1	0	1	2	3	sehr einfach
in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen.									
f) Das Wissen, dass es sich um eine nicht reale Situation handelt, macht es...	sehr unwahrscheinlich	-3	-2	-1	0	1	2	3	trotzdem sehr wahrscheinlich
dass ich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen immer empathisches Verhalten zeige.									
g) (Schauspiel-) PatientInnen mit positiven Eigenschaften (freundlich, sympathisch, gepflegt, etc.) machen es...	sehr unwahrscheinlich	-3	-2	-1	0	1	2	3	sehr wahrscheinlich
dass ich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen immer empathisches Verhalten zeige.									
h) Meine Nervosität und Unsicherheit machen es mir...	sehr schwer	-3	-2	-1	0	1	2	3	sehr einfach
in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen.									

i) Das Setting rund um die Gesprächssituation im Unterricht (Kamera, Zuschauer etc.) macht es mir...	sehr schwer	-3	-2	-1	0	1	2	3	sehr einfach
in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen.									
j) Zeitmangel oder Zeitdruck machen es...	sehr unwahrscheinlich	-3	-2	-1	0	1	2	3	trotzdem sehr wahrscheinlich
dass ich in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen immer empathisches Verhalten zeige.									
k) Die schlechte Qualität der Schauspiel-PatientInnen macht es mir	sehr schwer	-3	-2	-1	0	1	2	3	sehr einfach
in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen.									
l) Faktoren wie Ungestörtheit, Ruhe und Zeit machen es mir...	sehr schwer	-3	-2	-1	0	1	2	3	sehr einfach
in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-)PatientInnen immer empathisches Verhalten zu zeigen.									

		sehr unwahrscheinlich	ziemlich unwahrscheinlich	ehrwahrscheinlich	weder noch	ehrwahrscheinlich	ziemlich wahrscheinlich	sehr wahrscheinlich
18.	Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zeigen?	1	2	3	4	5	6	7
19.	Ich tendiere dazu, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zeigen.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Ich möchte versuchen in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zeigen.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Ich plane, in einer Gesprächssituation mit (Schauspiel-) PatientInnen immer empathisches Verhalten zeigen.	1	2	3	4	5	6	7

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

CURRICULUM VITAE

Persönliches

Name Beate Gruber
Wohnort Wien

schulischer Werdegang

1994/95 – 1997/98 Volksschule
1998/99 – 2001/02 Hauptschule
2002/03 – 2005/06 BORG- Bundesoberstufenrealgymnasium Perg Medien-
Design Zweig
WS 2006 – SS 2012 Diplomstudium der Kultur- und Sozialanthropologie
WS 2007 – ... Diplomstudium der Psychologie an der Universität
Wien

Stipendium

Lateinamerikastipendium der Universität Wien

Kenntnisse, Fähigkeiten

MS-Office Programme: Word, Excel, Outlook, SPSS

Sprachkenntnisse

Deutsch (Muttersprache)
Englisch (verhandlungssicher in Wort und Schrift)
Spanisch (verhandlungssicher in Wort und Schrift)
Latein (Elementarkenntnisse)

Weiterbildungen

NLP Basic Seminar und NLP „Practitioner“ Diplomlehrgang in der NLP Akademie Wien

Praktische Erfahrungen

2006 - 2007 diverse gastronomische Tätigkeiten
2008 sechs Wochen Sozialprojekt in Ecuador
2009 - 2010 Ferialjob im „Ars Electronica“

2011	Auslandssemester und Feldforschung in Costa Rica, Mitarbeit beim Projekt "Biocultural Diversity in Costa Rica's Pacific Coast"
2012	Werkstipendium in der NLP Akademie, Praktikum im Otto-Wagner-Spital
2013	Praktikum im Landeskrankenhaus Mauer, Betreuerin in der sozialtherapeutischen Tagesstruktur in Wien, Betreuerin von minderjährigen Flüchtlingen im Don Bosco Flüchtlingswerk Austria
2014-2015	Betreuerin in der sozialtherapeutischen Tagesstruktur

Hobbies

Sport, Lesen, Reisen, Musik etc.