



empCARE – Fachtagung

15.09.2025

Dr. Susanne Schrötter - Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

susanne.schroetter@uni-rostock.de

Wie empathisch sind Medizinstudierende und (wie) verändert sich ihre Empathie während des Studiums?

Eine Bestandsaufnahme und Schlussfolgerungen für die
medizinische Ausbildung

Empathie! Empathie?



Agenda

- Theoretischer Rahmen:
 - Klinische Empathie (= ärztliche Empathie)
 - Empathie im Verlauf der medizinischen Ausbildung
- Studie zur Empathie Medizinstudierender (Unimedizin Rostock)
- Schlussfolgerungen für die medizinische Ausbildung
- Erfahrungen mit empCARE (Pilotprojekt 9. Semester)

1. Klinische Empathie

Relevanz für Patientinnen und Patienten:

- Schaffen von Vertrauen (Halpern 2012, Neumann 2011, Roter et al. 2002)
- Verbesserte Behandlungsergebnisse in Bezug auf:
 - Patientenzufriedenheit und Adhärenz
 - Krankheitsbewältigung und Patientenbefähigung
 - präzisere Diagnosestellung
 - psychische und physische Gesundheit
 - Stoffwechselstatus bei Diabetespatientinnen
 - Verlauf bei Erkältungen

(konkrete empirische Belege: Ahrweiler et al. 2014, DiBlasi 2001, Kim et al. 2004, Neumann et al. 2012)

Relevanz für Arzt/Ärztin:

- höhere Arbeitszufriedenheit (Enzmann 1996, Larson und Yao 2005, Thomas et al. 2007)
- stärkere Resilienz (Zwack und Schweitzer 2013)
- Schutz vor Burnout (Enzmann 1996, Halpern 2003, Koehl-Hackert 2012, Paro et al. 2014, Thirioux et al. 2016)
- Zuschreibung klinischer Kompetenz durch Patientinnen (Ogle et al. 2013)
- bessere Teamfähigkeit und Führungskompetenz (Clark et al. 2019, Enz 2020, Goleman et al. 2002, Patient und Skalicki 2010)

Logische Konsequenz für das Medizinstudium?

Training für **mehr** Empathie →

Empathie als grundlegende übergeordnete ärztliche Kompetenz, die im Verlauf des gesamten Medizinstudiums kontinuierlich vermittelt werden soll

(Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM))

(Medizinischer Fakultätentag, veröffentlicht am 27.04.2021)

Aber

Auswirkungen klinischer Empathie: weitere Studien

MEHR Empathie verstärkt auch ...

- berufliches Burnout
- Irritation (nicht „abschalten“ können)
- berufliche Überforderung
- Depressivität
- Ängstlichkeit
- emotionale Erschöpfung

(z.B. Thirioux et al., 2016; Figley, 2012; Gleichgerrcht & Decety, 2013; Halpern, 2012; Neumann et al., 2011)

Diskussion z.T. gegensätzlicher Definitionen



Affektive/emotionale Empathie

- Empathie als emotionales Resonanzphänomen (parallel und reaktiv), schafft: (z.B. Shapiro 2008, Halpern 2014)
 - Vertrauen
 - Verbundenheit
 - Verstehen
- Mitgefühl als Motivator und Burnoutprophylaxe (z.B. Gleichgerrcht & Decety 2013, Lamothe et al. 2014)
- Bewusstes Mitgefühl wirkt auch auf neurologischer Ebene (Klimecki et al. 2013)

Kognitive Empathie

- Perspektivübernahme
 - Erwartung professioneller Distanz und Kontrolle/Unterdrückung der Gefühle
 - Warnung vor Mitgefühl (schränkt klinische Neutralität, die Objektivität in Diagnostik/Behandlung und persönliche Belastbarkeit ein)
(z.B. Hojat et al. 2002, Schwan 2018)
- Emotionale Beteiligung der Ärzt*innen wird als unprofessionell abgelehnt (z.B. Hojat 2007, Kerasidou 2016)

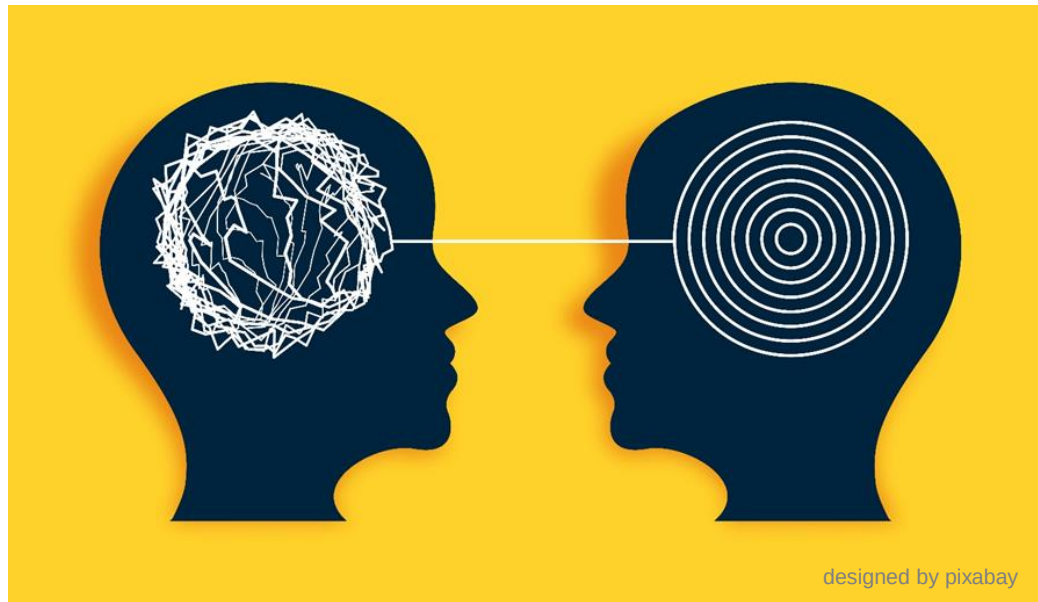
Paradigma für Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation



Überwiegend kognitives Verständnis ärztlicher Empathie:

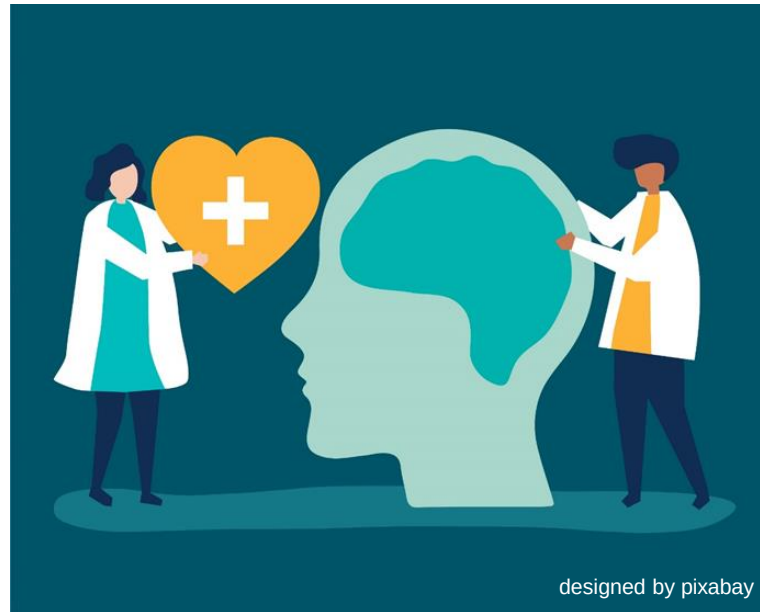
- objektiver, rationaler und intellektueller Prozess des Verstehens der Erfahrungen, Gefühle und Ansichten von Patient*innen → Perspektivübernahme (perspective taking)
- verbunden mit der Kompetenz, dieses Verständnis in unterstützender Weise zu kommunizieren (Neumann et al 2012, Hojat & LaNoue 2014)

Gefahren der Reduzierung auf Kognitive Empathie



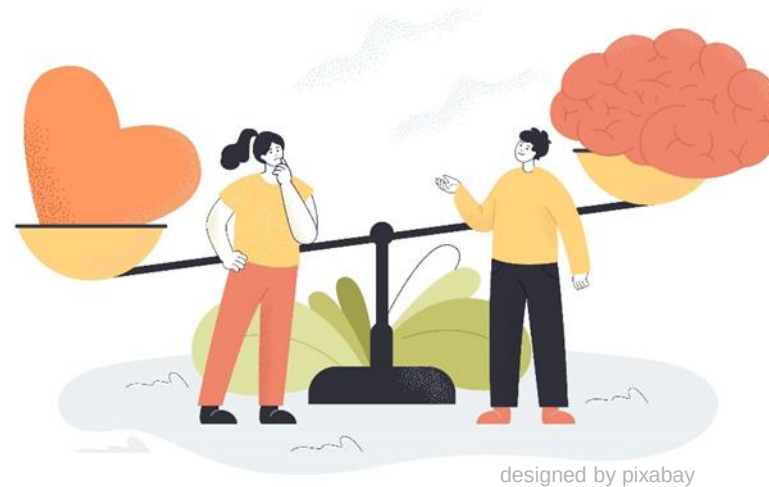
- unreflektierte Unterdrückung von Emotionen → Erschöpfung und Burnout (z.B. Kearney et al 2009, Shapiro 2014)
- emotionale Distanzierung → längerfristig Entwicklung von Gleichgültigkeit oder Zynismus gegenüber Patient*innen (Enzmann 1996, Hall et al. 2000, Maslach 2003)
- rein kognitive Auffassung von Empathie → Einsatz erlernter Kommunikationstechniken, die als empathisch gelten → ohne emotionale Resonanz: Gefahr fassadenhafter Empathie, die durchschaut wird und in der Interaktion auf beiden Seiten zu Unzufriedenheit führen kann (Shapiro 2011, Schönefeld 2019)

Fazit: Klinische Empathie = multidimensionaler Ansatz



- kognitives Verstehen ist immer mit emotionaler Resonanz verbunden – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß (Larson 2005)
- Empathie ist ein komplexes Konstrukt, das affektive und kognitive Komponenten mit der Fähigkeit verbindet, die empathisch ausgelösten Emotionen **regulieren** zu können, und so das aktuelle empathische Verhalten beeinflusst (Decety & Jackson 2004)
- Empathie als professionelle Nähe, die auf bewusster Wahrnehmung, Akzeptanz und Reflexion der eigenen und fremden Gefühle beruht → kann vor Überlastung und sekundärem posttraumatischem Stress schützen (Harrison & Westwood 2009)

Multidimensionaler Ansatz:



Vier interagierende Dimensionen (kognitiv **und** emotional/ affektiv)

- empathic arousal (das Teilen des affektiven Zustandes einer anderen Person),
- empathic understanding (die Bildung einer expliziten mentalen Darstellung des emotionalen Zustands dieser Person),
- empathic concern (die empathische Anteilnahme als Motivation zur Aufrechterhaltung der Interaktion) und
- emotion regulation (die Kontrolle der eigenen Emotionen und Motivation)

(Gleichgerricht & Decety

2013)

Reflektierte Empathie



Teilen und Spiegeln der Emotionen von Patient*innen

+

Selbst-Andere-Differenzierung (self-other-differentiation) = Fähigkeit, zwischen den eigenen und fremden Emotionen unterscheiden zu können, statt sich damit zu identifizieren

=

auf Seite der Ärzt*in

fremd-fokussierte empathischer Anteilnahme (empathic concern)

oder

selbst-fokussierte emotionaler Bedrängnis und Überforderung (personal distress)

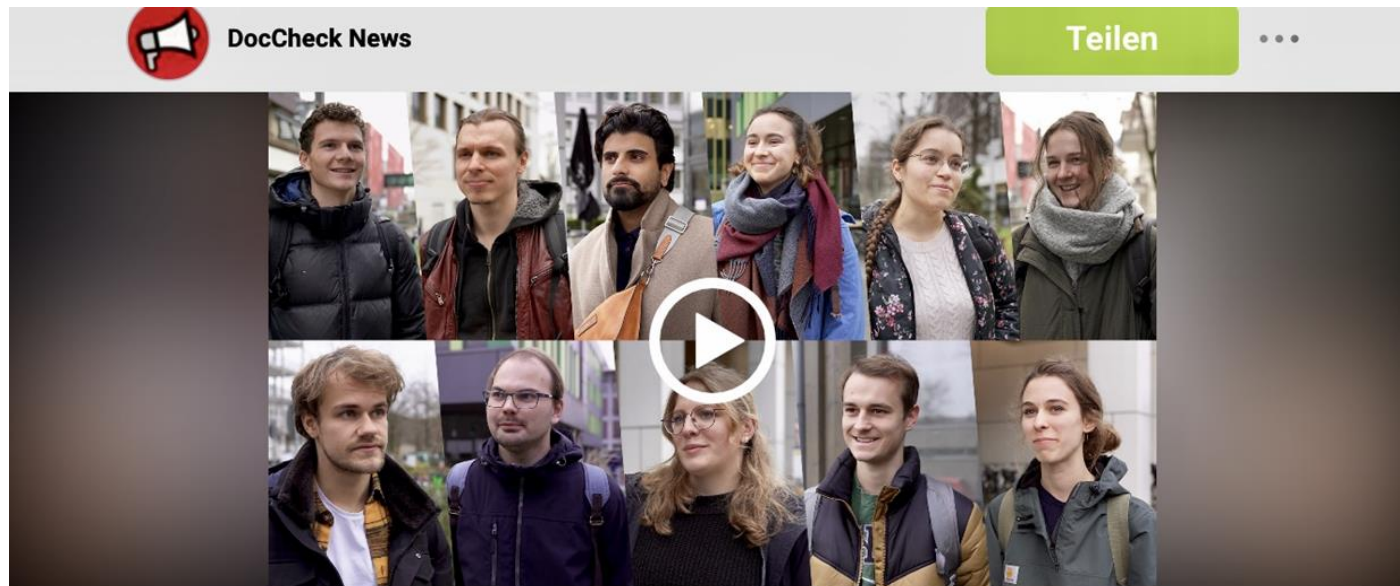
2. Empathie im Medizinstudium

Empathiestärkung im Studium?

„Wir müssen uns damit konfrontieren, dass die Art, wie wir Medizin heute lehren, möglicherweise Empathie bei Studierenden, die mit viel Enthusiasmus ins Studium hineingegangen sind, „kaputt machen“ kann.“

Gereon Heuft. (2017) Editorial. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Was sagen Studierende?



Ärzte von heute: „Empathie ist Mangelware“

Was finden die Ärzte von morgen an den Ärzten von heute schlecht

Was sagen Studierende noch?

4 Dimensionen der medizinischen Ausbildung, die Empathiefähigkeit aus Studierendensicht fördern oder hemmen:

1. *„Ein Praxis-orientiertes Medizinstudium,*
2. *die Gefühle der Studierenden, ihre innere Haltung und ihr Verhalten gegenüber Patienten,*
3. *individuelle berufliche und persönliche Erfahrungen der Studierenden und*
4. *Menschlichkeit in der Lernumgebung.“*

(Ahrweiler et al. 2014)

Internationale Studienlage

Ergebnisse inkonsistent und schwer vergleichbar (unterschiedliche Definitionen unterschiedliche Messinstrumente):

1. Alarmierender Rückgang → besonders in klinischer Phase (Chen et al. 2012, Hojat et al. 2009, Neumann et al. 2011, Park et al. 2015)
2. Stabilität (Colliver et al. 2010, Paro et al. 2014, Rau et al. 2013, Thomas et al. 2017)
3. Zunahme → meist in Verbindung mit zusätzlichen Interventionen (Roh et al. 2010, Roff 2015, Toto et al. 2015, Wen et 2013)

3. Eigene Studie: Unimedizin Rostock

Schrötter, S., Kropp, P., & Müller, B. (2024). Comparison of empathy profiles of medical students at the start and in the advanced clinical phase of their training. *GMS journal for medical education*, 41(1), Doc7. <https://doi.org/10.3205/zma001662>

Fragestellung

Ob und in welchen Aspekten unterscheiden sich Medizinstudierende hinsichtlich ihrer dispositionalen Empathiefähigkeit zu Studienbeginn von einer altersentsprechenden Normstichprobe sowie von Studierenden in der fortgeschrittenen klinischen Phase des Studiums?

Brauchen Medizinstudierende an der UMR eine vertiefte Empathieausbildung?

Methodik

- **Design:** Quantitative Querschnittstudie in paper-pencil-Form
- **Zeitpunkt:** März 2018 und Februar 2019
- **Stichprobe:** 413 Studierende der Humanmedizin in Rostock
 - **1. Semester:** 192 Studierende (130 Frauen, 57 Männer)
 - **9. Semester:** 221 Studierende (125 Frauen, 87 Männer)

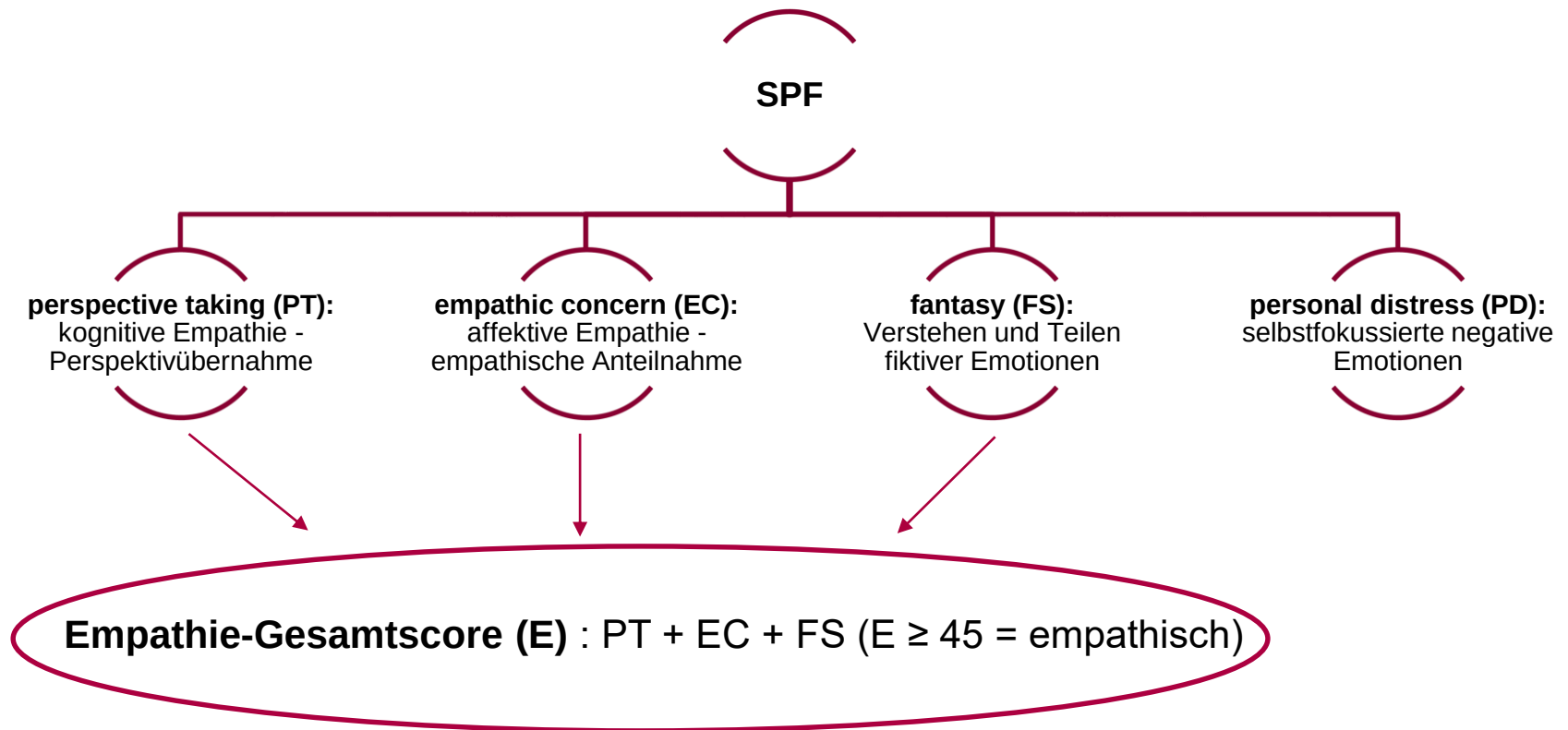
Methodik

Messinstrument:

- Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF), Version 5.8
 - deutsche Version des Interpersonal Reactivity Index (IRI)
 - entspricht multidimensionalem Empathieverständnis
 - bietet Datensatz (N = 7097) als Normstichprobe
 - erfasst dispositionale Empathie

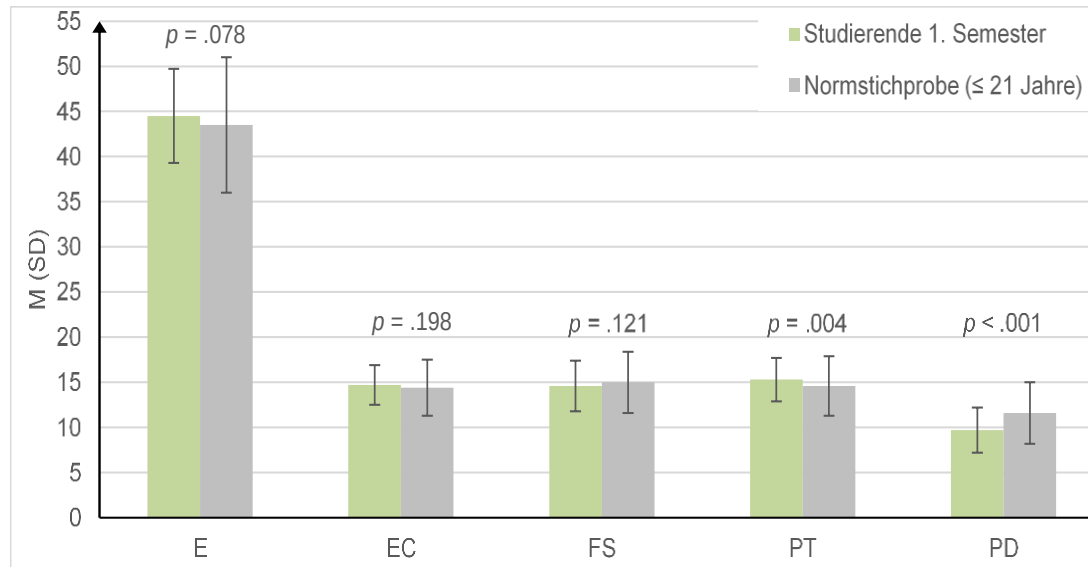
Methodik

SPF beinhaltet vier Subskalen (je vier Items, fünfstufige Likert-Skala):



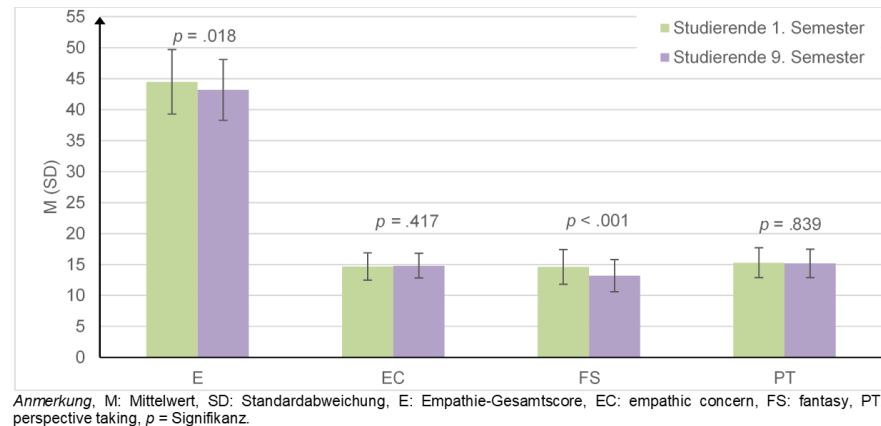
Ergebnisse

1. Vergleich 1. Semester und Normstichprobe:



Anmerkung. M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, E: Empathie-Gesamtscore, EC: empathic concern, FS: fantasy, PT: perspective taking, PD: personal distress, p = Signifikanz.

2. Vergleich 1. und 9. Semester a) Empathiefähigkeit



b) Empathie-Gesamtscore ($E = PT + EC + FS$):

- 1. Semester: knapp die Hälfte der Studierenden → empathisch
48,1% der Studierenden: $E \geq 45$
(35.2% der Männer, 53.6% der Frauen)
- 9. Semester: weniger als die Hälfte der Studierenden → empathisch
39.5% der Studierenden: $E \geq 45$
(31.4% der Männer, 45.4% der Frauen)
- Dieser Unterschied erwies sich als nicht signifikant

Diskussion



Empathiefähigkeit variiert im Verlauf des Studiums

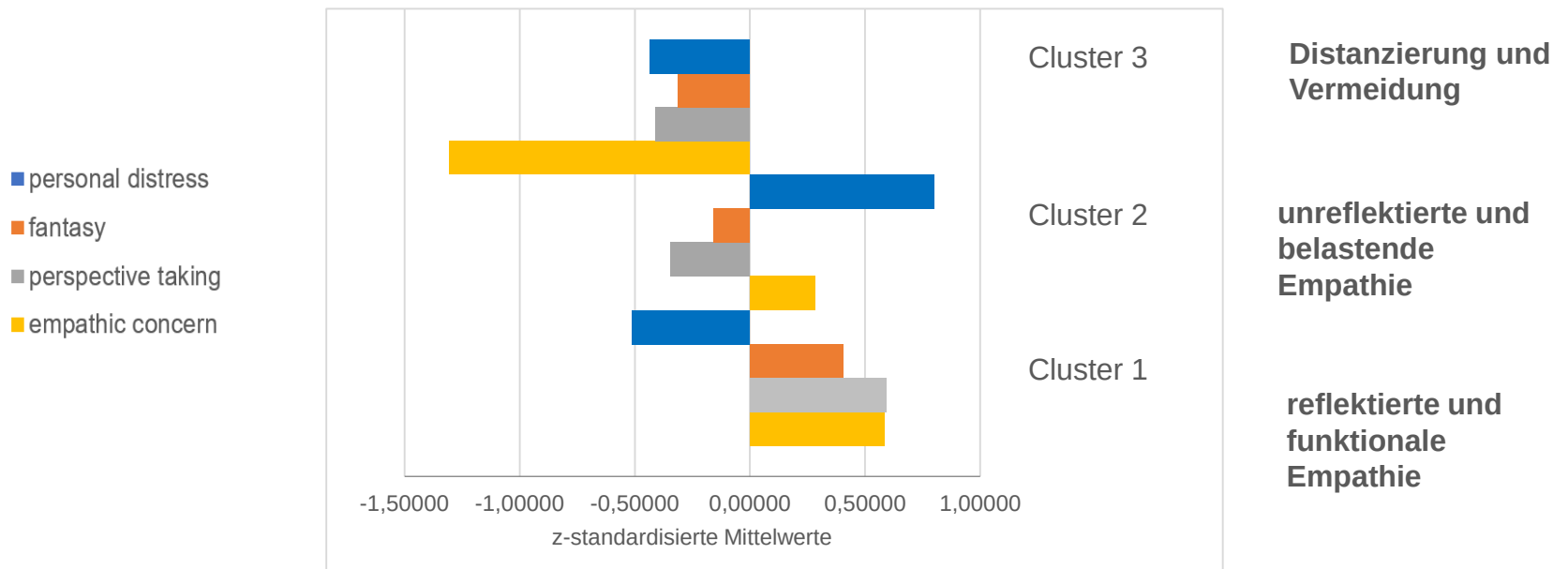
- Studienanfänger sind nicht empathischer als die Normstichprobe
- keine signifikanten Semester-Unterschiede im Empathie-Gesamtscore zwischen 1. und 9. Semester:
- Weniger als 50% aller Studierenden schätzen sich als empathisch ein
- signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede:
 - Empathiefähigkeit: Männer > Frauen
 - personal distress : Männer: 9. Semester > 1. Semester

Ergebnisse

3. Vergleich 1. und 9. Semester – Empathieprofile

Clusterbildung → Zusammenspiel der vier Dimensionen (perspective taking, fantasy, empathic concern, personal distress)

a) Empathie-Profile in drei Clustern



Drei Empathieprofile:

1. reflektierte und funktionale Empathie

- hohe Mitgefühlzufriedenheit, berufliche Zufriedenheit und Wirksamkeit
- selten Interaktionsprobleme mit Patient*innen

2. unreflektierte und belastende Empathie

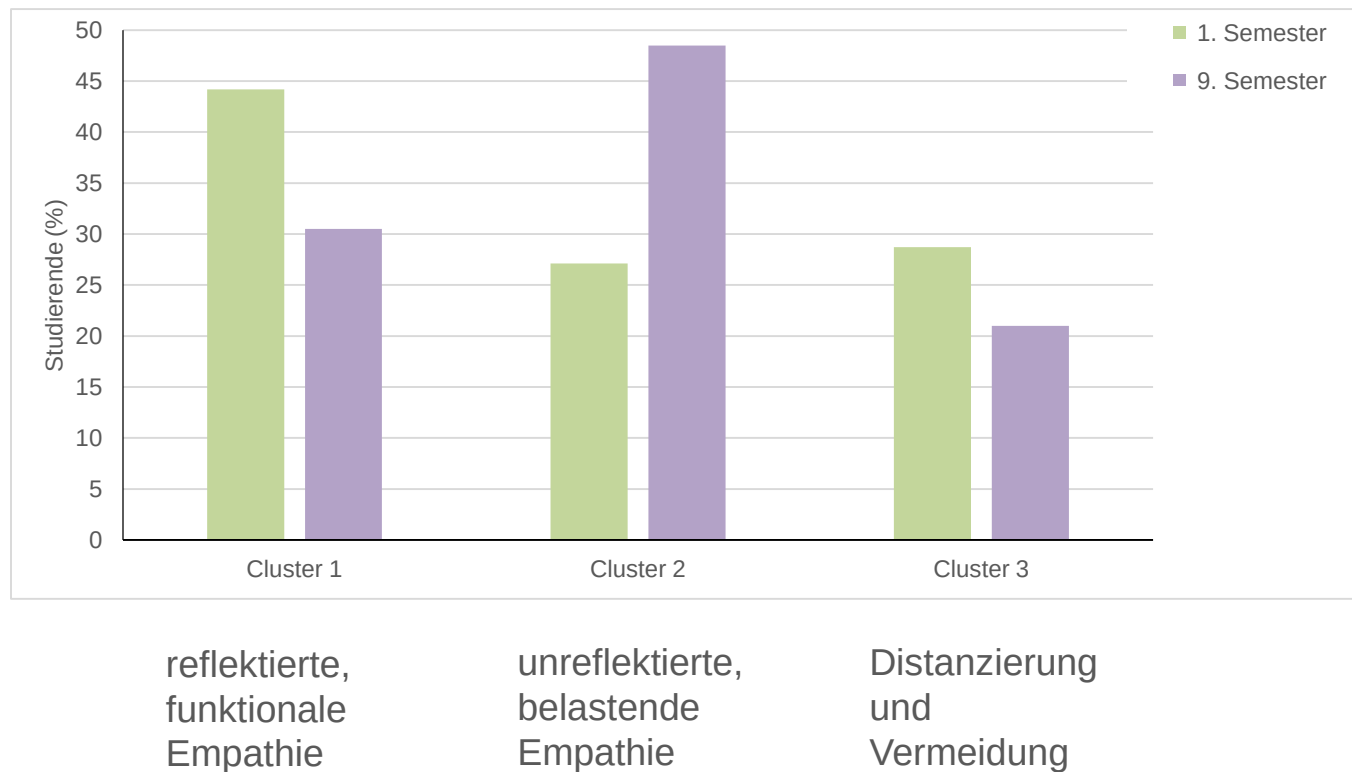
- unreflektierte Prozesse emotionaler Spiegelung
- vermutlich dysfunktionale Emotionsregulation und mangelnde Selbst-Andere-Differenzierung
- häufiger mit Mitgefühlsermüdung (compassion fatigue), chronifizierendem reaktiven Stress und erhöhtem Burnout-Risiko verbunden
- kann zu pseudoempathischen Reaktionen oder anderweitigem Abbruch der empathischen Interaktion und damit negativen Auswirkungen für Patient*innen und Ärzt*innen führen.

3. Distanzierung und Vermeidung:

- vermeidende Coping-Strategie zur Bewältigung der wachsenden Belastungen
- kann zu Zynismus und Gleichgültigkeit gegenüber Patient*innen und damit längerfristig zu Berufsunzufriedenheit und reduziertem Wirksamkeitserleben führen
- birgt Gefahr gestörter Interaktion, verbunden mit geringerer diagnostischer Treffsicherheit, negativen Auswirkungen auf die Therapieergebnisse sowie stärkerer emotionaler Belastung und geringerer Zufriedenheit der Patient*innen

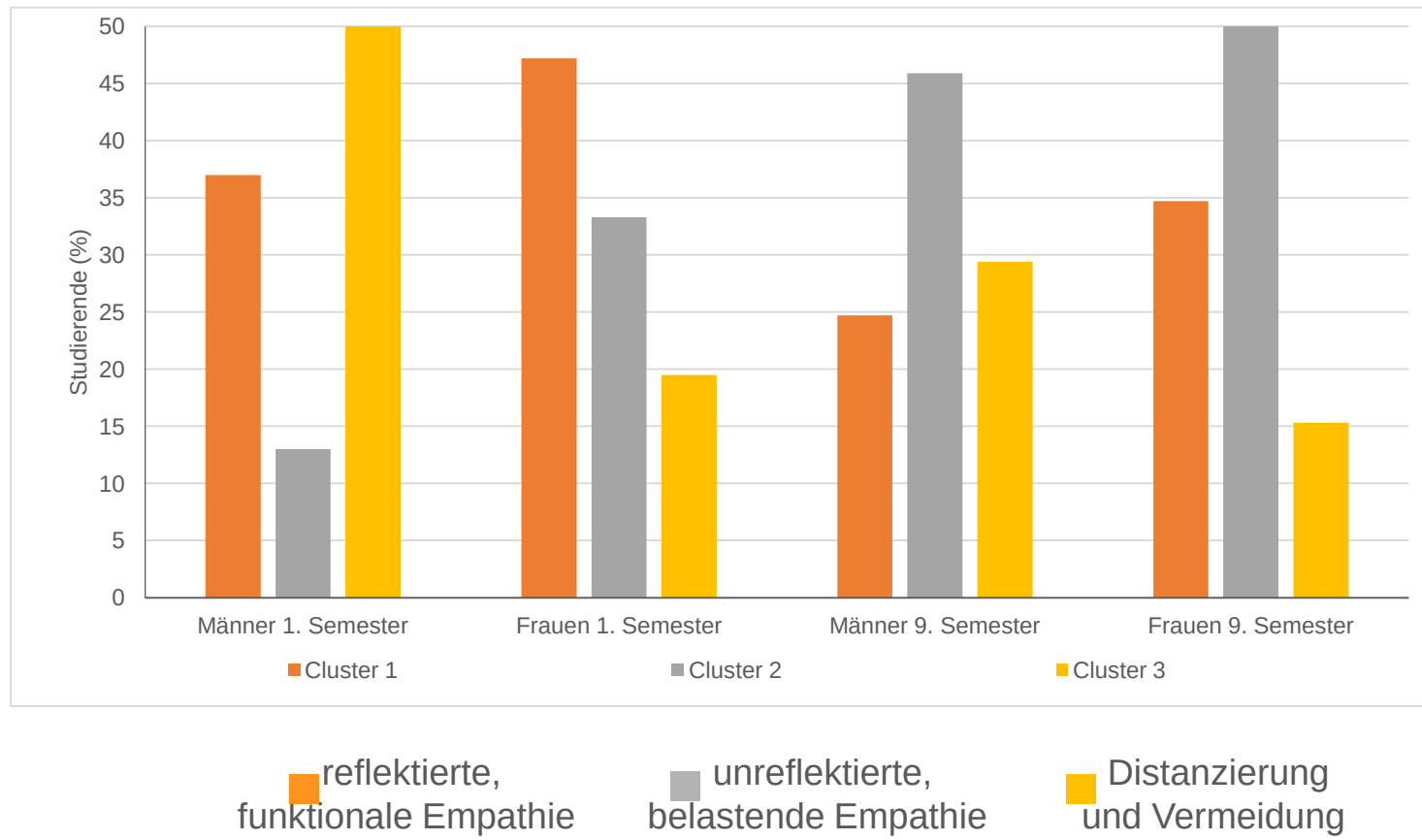
Ergebnisse

b) Vergleich der Empathieprofile im 1. und 9. Semester



Ergebnisse

c) Vergleich der Empathieprofile in Abhängigkeit vom Geschlecht



Diskussion

- keine signifikanten Semester-Unterschiede im Empathie-Gesamtscore, aber in den Empathieprofilen:
 - Mehrheit im 1. Semester: **reflektierte, funktionale Empathie**
 - Mehrheit im 9. Semester: **unreflektierte, belastende Empathie**
 - beide Semester: **Distanzierung und Vermeidung** über 20%

Diskussion

 **Studierenden im 9. Semester fehlt Fähigkeit zu adaptiver Emotionsregulation und Selbst-Andere-Differenzierung, nicht empathische Anteilnahme**

- Gefahr für das eigene Wohlbefinden und Patientenoutcome

Diskussion

Mögliche Ursachen:

- Erleben von Stress und Zeitdruck im klinischen Setting
- fehlende Rollenmodelle und positive Vorbilder im Umgang mit Emotionen
- subjektive Empathiekonzepte mit dysfunktionalen beruflichen Empathieerwartungen
- mangelndes Wissen über empathische Prozesse
- fehlende Unterstützung zur Reflexion und Bewältigung der emotionalen Herausforderungen des Arztberufes

Schlussfolgerungen für die medizinische Ausbildung

Die ausschließliche Fokussierung auf das Üben von Kommunikationstechniken reicht nicht aus



Interventionen zur Empathieförderung sollten auf einen reflektierten Umgang mit dem eigenen empathischen Erleben ausgerichtet sein, statt auf unspezifische Empathiesteigerung

Schlussfolgerungen für die medizinische Ausbildung

- frühes und regelmäßiges Praxistraining (z.B. mit Simulationspersonen) und Patient*innenkontakt
- Raum und Unterstützung zur Reflexion und Bewältigung der emotionalen beruflichen Herausforderungen
- Auseinandersetzung mit subjektiven Empathiekonzepten, beruflichen Empathieerwartungen und Strategien zur Emotionsregulation
- geschulte, kompetente und empathische Lehrende sowie positive Vorbilder im Umgang mit Emotionen.
- stärkere Einbindung wissenschaftlicher Konzepte von Empathieprozessen, Emotionregulation und neurobiologischen empathischen Prozessen in bestehende medizinische Lehrformate
- Reduktion von Stress, Zeitdruck und ungünstigen Arbeitsbedingungen

Schlussfolgerungen für die medizinische Ausbildung

Zusammenfassung

- Ausreichende reflektierte Empathiefähigkeit Medizinstudierender kann weder zu Studienbeginn vorausgesetzt werden, noch stellt sie sich im Verlauf der Hochschulausbildung automatisch oder nebenbei ein:
 - Empathie und Reflexionsfähigkeit als grundlegende professionelle Kompetenz kommunizieren, die Patient*innen und Ärzt*innen nutzt
 - Notwendigkeit einer kontinuierlichen Implementierung von Lehrveranstaltungen zur Empathiestärkung im Rahmen eines longitudinalen Kommunikationscurriculums
 - Multidimensionalität erfassen: Verbindung kognitiver, emotionaler, emotionsregulatorischer und kommunikationsorientierter Aspekte

4. Erfahrungen mit empCARE – Pilotprojekt

Pilotprojekt

- Durchführung im 9. Semester: Studierende sind in verschiedenen klinischen Bereichen in Blockpraktika im Einsatz (Patient*innenkontakt)
- Vorstellung des Projektes in einer Vorlesung aller Studierender, Unterstützung durch Studiendekanat und studentische Fachschaft
- Angebot als Wahlpflichtfach (freiwillig) für zwei Gruppen à 14 Studierende
- Ablauf: zweitägiges empCARE-Training vor Beginn des praktischen Einsatzes und semesterbegleitend zwei Nach-Coaching-Termine

Ergebnisse

Die eingesetzten Methoden, Medien und Materialien waren dem Thema angemessen.

Ich habe neues Wissen erfahren.

Die Inhalte sind für meine berufliche Tätigkeit hilfreich.

Das Seminar hat mir praktische Werkzeuge und Methoden vermittelt, die ich im Berufsalltag anwenden kann.

Durch das Seminar wurde mir der Zusammenhang zwischen Empathie und Entlastung klarer.

Die Reflexion eigener Gefühle und Bedürfnisse ist hilfreich, um im Beruf gesund und zufrieden zu bleiben.

Der Austausch mit den Kommiliton*innen war hilfreich und entlastend.

Ich kann das Seminar weiterempfehlen.



Studierende über ihre empCARE-Erfahrungen

- Besonders wertvoll war für mich die Erkenntnis, dass es nicht immer die perfekten Worte braucht. Vielmehr ist es entscheidend, in Kontakt mit den Patienten zu bleiben.
- Anstatt in schwierigen Momenten auf gängige Phrasen zurückzugreifen und unangenehmen Situationen auszuweichen, versuche ich nun, aufrichtig zu bleiben und mir bewusst Zeit für den Patienten zu nehmen
- Überraschend war für mich, dass das Seminar nicht nur den Umgang mit anderen thematisierte, sondern mir auch half, meine eigenen Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen und zu benennen - etwas, das ich zuvor oft übersehen oder ignoriert habe.
- Ich habe aus diesem Seminar mitgenommen, dass Empathie nicht nur für andere, sondern auch für sich selbst gelebt werden muss und dass ich selbst dafür verantwortlich bin, dass meine Bedürfnisse erfüllt werden

Studierende über ihre empCARE-Erfahrungen:

- Es war bereichernd, sich mit Kommilitonen auszutauschen, mit denen man sonst nicht viel Kontakt hat. Dabei stellte sich heraus, dass wir alle ähnliche Erfahrungen gemacht hatten. Dieser Austausch ermöglichte es mir, neue Perspektiven zu gewinnen.
- An einem Freitagnachmittag in der Prüfungsphase, war meine Motivation, an diesem Seminar teilzunehmen, eher gering. Umso erstaunlicher war es, dass ich das Seminar mit frischer Motivation und einem Gefühl der Entspannung und des Wohlbefindens verließ.
- Das Seminar hat nicht nur meine Motivation gestärkt, sondern mich auch daran erinnert, warum ich überhaupt Medizin studiere.
- Abschließend halte ich es für sinnvoll, ein solches Seminar verpflichtend für alle Medizinstudierenden in den letzten Studienjahren anzubieten.

„Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.“

Genfer Deklaration des Weltärztebundes, 2017

Vielen Dank für Ihre/Eure Aufmerksamkeit.