

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser

**Die Bestimmung der psychometrischen Eigenschaften des
deutschsprachigen Instruments MAAS-Global zum Messen
kommunikativer Fähigkeiten in der medizinischen Aus- und
Weiterbildung**

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
Universität zu Lübeck
- Sektion Medizin -

vorgelegt von
Karola Böhmer
aus Westville

Lübeck 2019

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser

2. Berichterstatter:

PD Dr. Dipl.-Psych. Hans-Jürgen Rumpf

Tag der mündlichen Prüfung:

18.06.2021

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 18.06.2021.

Promotionskommission der Sektion Medizin

Anmerkung

In dieser Arbeit wird die weibliche Form z.B. Ärztin, Patientin verwendet. Hierbei sind alle anderen Geschlechter als genannt zu betrachten.

Ausnahmen bilden Begriffe wie Arzt-Patienten-Gespräch, Arzt-Patienten-Beziehung, Arzt-Patienten-Kommunikation, Arztberuf, Interrater-Reliabilität, etc., da diese als Begrifflichkeiten vorliegen. In diesen Fällen sind trotz der Verwendung der Begriffe alle Geschlechter bezeichnet.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis.....	VI
1 Einleitung.....	1
1.1 Arzt-Patienten-Kommunikation.....	1
1.2 Defizite bei den Kommunikationsfähigkeiten.....	3
1.3 Kommunikationstraining.....	5
1.4 Bewertungsinstrumente zum Erfassen von Kommunikationsfähigkeiten.....	8
1.6 Entwicklung.....	11
1.7 Ziel der Studie.....	14
2 Material und Methoden.....	15
2.1 Das MAAS-Global-D.....	15
2.1.1 Übersetzung des MAAS-Global.....	15
2.1.2 Struktur des MAAS-Global-D.....	16
2.1.3 Schulung zum Umgang mit dem MAAS-Global-D Instrument.....	18
2.1.4 Simulationsfälle.....	19
2.2 Studiendesign.....	19
2.2.1 Das Wahlfach.....	19
2.2.2 Erstellen der Videoaufnahmen.....	20
2.2.3 Rating mit MAAS-Global-D.....	20
2.2.4 Feedback.....	21
2.3 Statistische Auswertung.....	21
2.3.1 Anpassung der kulturell adaptierten Likert-Skala.....	22
2.3.2. Anpassung der Bestehensgrenze.....	22
2.3.3 Deskriptive Statistik.....	23
2.3.4 Explorative Faktorenanalyse.....	23
2.3.5 Interne Konsistenz des Instruments MAAS-Global-D.....	24
2.4 Ethikantrag.....	25
3 Ergebnisse.....	26
3.1 MAAS-Global-D.....	26

3.1.1 Übersetzung des MAAS-Global und die kulturelle Adaption des MAAS-Global-D.....	26
3.1.2 Übersetzen der Simulationsfälle und deren kulturelle Adaption.....	26
3.2 Durchführung der Studie.....	27
3.2.1 Rekrutierung der Teilnehmerinnen.....	27
3.2.2 Durchführung des Wahlfachs.....	28
3.2.3 Partizipationsrate und Drop-Out.....	28
3.2.4 Interrater-Reliabilität.....	29
3.2.5 Feedback.....	30
3.3 Statistische Ergebnisse.....	30
3.3.1 Anpassung der Likert-Skala für die Auswertung mit SPSS.....	30
3.3.2 Deskriptive Auswertung.....	31
3.3.3 Ergebnisse der explorativen Faktorenanalyse.....	35
3.3.4 Zur Betrachtung der internen Konsistenz.....	37
3.4 Rückmeldung der Teilnehmerinnen zum Wahlfachangebot und dessen Durchführung.....	37
4 Diskussion.....	39
4.1 Diskussion der Methoden.....	39
4.1.1 Übersetzung und kulturelle Adaption des MAAS-Global.....	39
4.1.2 Interrater-Reliabilität.....	40
4.2 Diskussion der statistischen Ergebnisse.....	41
4.2.1 Betrachtung der Teilnehmerinnen.....	41
4.2.2 Betrachtung der Items.....	42
4.2.3 Bestehensgrenze des MAAS-Global-D.....	44
4.3 Die zweidimensionale Struktur des MAAS-Global-D.....	45
4.3.1 Die Faktoren und deren Einordnung in die Literatur.....	45
4.3.2 Einordnung der kommunikativen Items des MAAS-Global-D zu dem Rollenbild Kommunikatorin der CanMEDS.....	46
4.3.3 Einordnung der kommunikativen Items des MAAS-Global-D zum Querschnittsbereich Kommunikation im NKLM.....	49
4.4 Validierung des MAAS-Global-D.....	51
4.4.1 Validität.....	51
4.4.2 Reliabilität.....	51
4.5 Wahlfach.....	52

4.5.1 Einbettung des Kommunikationstrainings in das Wahlfach.....	52
4.5.2 Defizite bei den kommunikativen Fähigkeiten der Studentinnen.....	53
4.6 Limitationen der Studie.....	54
4.7 Resümee und Ausblick.....	57
5 Zusammenfassung.....	58
6 Literaturverzeichnis.....	60
7 Anhang.....	69
7.1 Votum der Ethikkommission.....	70
7.2 MAAS-Global-D Instrument.....	71
7.3 Simulationsfälle.....	74
7.4 Einwilligungserklärung.....	76
7.5 Feedbackbogen für eine Teilnehmerin des Wahlfachs.....	79
8 Danksagung.....	80
9 Veröffentlichungen.....	81

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kommunikative Items des MAAS-Global-D.....	16
Tabelle 2: Anpassung der kulturell adaptierten 7-Punkte-Likert-Skala des MAAS-Global-D im Rahmen der statistischen Auswertung.....	31
Tabelle 3: Deskriptive Beschreibung der Items.....	35
Tabelle 4: Rotierte Faktorenladung und Kaiser-Meyer-Olkin-Maß für jedes Item des MAAS-Global-D.....	36

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Rollenbilder der CanMEDS.....	6
Abbildung 2: Lernziele der Ärztin als Kommunikatorin nach NKLM.....	12
Abbildung 3: Auszug aus dem NKLM.....	13
Abbildung 4: Ablauf des Wahlfachs.....	28
Abbildung 5: Partizipationsrate und Dropout.....	29
Abbildung 6: Kommunikationsfähigkeiten der Teilnehmerinnen.....	32
Abbildung 7: Bewertung der einzelnen Items im Durchschnitt aller Teilnehmerinnen.....	33
Abbildung 8: Darstellung der fünf kommunikativen Hauptitems.....	34
Abbildung 9: Einordnung der kommunikativen Items des MAAS-Global-D zu den Zielvorgaben der CanMEDS.....	48
Abbildung 10: Zuordnung der Items des MAAS-Global-D zu den Zielvorgaben der Ärztin als <i>Kommunikatorin</i> nach NKLM.....	50

Abkürzungsverzeichnis

APC	Arzt-Patient-Communication	
BPB		Best practice Beispiele
CanMEDS	Rollenbilder des „Royal College of Physicians and Surgeons“ in Canada (CanMEDS)	
CanMEDS-FM	CanMEDS-Family Medicine	CanMEDS-Allgemeinmedizin
CCG	Calgary Cambridge Guide	
CG	Common ground	
CGS	Common ground scale	
CME	Continuing medical education	
COMBEL	Competenciesbeorderungslijsten	
DEGAM		Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
GMA		Gesellschaft für Medizinische Ausbildung
HPCCC	Health Profession Core Communication Curriculum	Curriculum der Kernkompetenz Kommunikation in der Medizin
ICC	Inter class correlation	
ICE	ideas, concerns and expectations	
IQWiG		Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KCS	Kalamazoo Consensus Statement	
KMO		Kaiser-Meyer-Olkin-Maß oder -Kri-

		terium
KOMPIDEM		Bessere Kompetenzen für die interprofessionelle und individuell angemessene Versorgung von Menschen mit Demenz
MAAS-Global	Maastricht History-taking and Advice Scoring list consisting of global items	
MAAS-Global-D		Instrument zum Assessment globaler Kommunikationskompetenzen aus Maastricht in deutscher Übersetzung
Medi-KIT		<u>m</u> edizinisches <u>K</u> ommunikations- und <u>I</u> nteraktionstraining
MFT		<u>M</u> edizinischer <u>F</u> akultätentag
NKLM		<u>N</u> ationaler <u>K</u> ompetenzbasierter <u>L</u> ernzielkatalog <u>M</u> edizin
NURSE	<u>n</u> aming – <u>u</u> nderstanding – <u>r</u> espect – <u>s</u> upport – <u>e</u> xplore	
OSCE	<u>o</u> bjective <u>s</u> tructured <u>c</u> linical <u>e</u> xaminations	
PEF		<u>P</u> artizipative <u>E</u> ntscheidungs <u>f</u> indung
PJ		<u>P</u> raktisches <u>J</u> ahr
SDM	<u>S</u> hared <u>d</u> ecision <u>m</u> aking	
SGB		Sozialgesetzbuch
SOKO-Curriculum		<u>s</u> oziale und <u>k</u> ommunikative Kompetenzen
SPIKES	<u>S</u> etting – <u>P</u> atients perception – patients <u>i</u> nvitation – giving <u>k</u> nowledge – <u>e</u> motions/ <u>e</u> mpathic re-	

	sponses – strategy and summary	
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences	
tEACH	teaching Committee of European Association for Communication Health Care	
TÜFTL		Trainings- und Übungszentrum für ärztliche Fertigkeiten und Techniken Lübeck
USA	United States of America	
WHO	World health organisation	
ZFA		Zeitschrift für Allgemeinmedizin

1 Einleitung

1.1 Arzt-Patienten-Kommunikation

Die Kommunikation während einer Konsultation ist ein essentieller Bestandteil der Patientinnenbetreuung, welche eine besondere Herausforderung für die Ärztinnen darstellt (1–4). Eine effektive Kommunikation während eines Arzt-Patienten-Gesprächs findet dann statt, wenn beide Parteien in ihrem beiderseitigen Anliegen übereinkommen und sich der Bedeutung der übermittelten Informationen bewusst sind (5). So führt bei ambulanten Arzt-Patienten-Gesprächen die erhobene Anamnese schon in 80% zur Diagnosestellung (6,7). Dabei müssen diese Gespräche, bei jährlich durchschnittlich 10.735 Konsultationen, somit täglich bis zu 45 Gesprächen, bei einer Dauer von unter 8 Minuten pro Arzt-Patienten-Kontakt mit hervorragenden ärztlichen, klinischen und kommunikativen Fähigkeiten seitens der behandelnden Ärztinnen geführt werden, um eine adäquate Behandlung der Patientinnen zu gewährleisten (8). Hierbei werden durch adäquate und effektive Kommunikation Ressourcen, wie Arbeitszeit und -kraft der Ärztinnen geschont und die Behandlung der Patientinnen effektiver gestaltet (9). Denn wenn Patientinnen mit dem Wissen um ihre Krankheit und die dazugehörige Therapie aus dem Arzt-Patienten-Gespräch gehen, wird die Compliance der Patientinnen erhöht (9). Nicht nur im persönlichen Arzt-Patienten-Gespräch, sondern auch im Zusammenhang mit Videokonsultationen gewinnen Kommunikationsfähigkeiten als essentielle Basis im Patientinnenkontakt und zwischen Fachbereichen bei der Telemedizin an Bedeutung (10).

Die Ziele für ein gelungenes Arzt-Patienten-Gespräch legten geladene Experten 1999 bei einer Konferenz in Kalamazoo (Michigan, USA), initiiert durch das Bayer Institut für Gesundheitswesen und das Fetzer Institut, im sogenannten Kalamazoo Consensus Statement (KCS) fest (11). Hierbei werden folgende Kommunikationsfähigkeiten beschrieben: die Bildung einer Arzt-Patienten-Beziehung, das Eröffnen der Konsultation, das Erfassen von Informationen, das Verstehen der Patientenperspektive, das Vermitteln von Informationen, das gemeinsame Verständnis und der Beschluss von Beratungsanlass und Behandlung mittels partizipativer Entscheidungsfindung (PEF) und der Abschluss der Konsultation (Makoul, 2001). Seit 2012 sind diese Ziele in Deutschland prüfungsrelevanter Teil der medizinischen Ausbildung und werden im Abschnitt „ärztliche Gesprächsführung“ der ärztli-

chen Approbationsordnung aufgeführt (12).

Die ärztliche Gesprächsführung ist Teil der Kompetenz der Ärztin als Kommunikatorin. Kompetenzen sind „die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten“ (13) oder nach einer englischsprachige Definition ärztlicher Kompetenz „...professional competence is the habitual and judicious use of communication, knowledge, technical skills, clinical reasoning, emotions, values, and reflections in daily practice for the benefit of the individual and community being served“ (14). Somit nimmt Kommunikation als Teil der ärztlichen Gesprächsführung eine zentrale Bedeutung bei der Ausübung des ärztlichen Berufes ein und ist als Kompetenz eine Fähigkeit und praktische Fertigkeit. Im Weiteren wird Kommunikationsfähigkeit als Grundlage für die in den Skills-Labs zu erlangenden Fertigkeiten für die Kompetenz Kommunikation aufgeführt.

Grundlegend bei der Kommunikation und strukturierend in Arzt-Patienten-Gesprächen mit Effekt auf die Behandlung kann das Modell der Patientinnenwünsche, -beschwerden und -erwartungen (ICE) innerhalb einer Konsultation genutzt werden (15). Ein weiteres allgemein bekanntes Modell im Bereich der Kommunikation ist das 4-Ohren-Modell der Kommunikationsebenen oder sogenannte Kommunikationsquadrat von Friedemann Schulz von Thun (16). Weitere Modelle der Kommunikation sind aus dem Englischen übernommen, da in den westlichen Ländern Kommunikation schon seit Jahrzehnten standardisiert gelehrt wird. Zum Überbringen von schlechten Nachrichten wird im deutschsprachigen Raum vor allem das Modell SPIKES (Setting - Patients perception – patients invitation – giving knowledge – emotions/empathic responses – strategy and summary) verwendet (17). Das Modell NURSE (naming – understanding – respect – support – explore) wird angewendet, wenn der Schwerpunkt speziell auf Emotionen gelegt wird (17). Diese Modelle sind jedoch eher in Ausbildung der kommunikationspsychologischen als in der ärztlichen Gesprächsführung verankert und in diesem Rahmen bei Kommunikationstrainings von Bedeutung.

Im Hinblick auf die heutzutage übliche patientinnenzentrierte Kommunikation kann durch das Berücksichtigen der Patientin-ICE der vollständige Beratungsanlass ermittelt und eine gemeinsame, partizipative Entscheidungsfindung (PEF) vollzogen werden. Vor allem durch PEF führt die patientinnenzentrierte oder auch patientinnenorientierte Kommunikation zu besseren medizinischen Behandlungsergebnissen und trägt maßgeblich zur Zufriedenheit, Lebensqualität und Wohlbefinden von Patientinnen bei (18,19). Durch die PEF wird innerhalb des Arzt-Patienten-Gesprächs mit den Patientinnen ausführlich die Ana-

mnese erhoben, die Diagnose besprochen und die Behandlung abgestimmt (20,21). Die hierbei ablaufenden Prozessschritte gliedern sich in Team-Talk, Option-Talk und Decision-Talk. Während des Team-Talks werden die Beschwerden von der Ärztin erhoben und abstimrende Rückfragen gestellt. Nach Diagnosestellung erklärt die Ärztin im Option-Talk verschiedene Optionen und Behandlungsmöglichkeiten mit einhergehenden Nebenwirkungen, Komplikationen und Risiken. In Absprache mit der Patientin wird im Decision-Talk eine Entscheidung für die dann folgende Behandlung getroffen. Diese gemeinsam getroffene Entscheidung (englisch: shared decision making - SDM) wird in der Literatur synonym zu PEF verwendet (20–22). Durch PEF gibt es einen direkt positiven Effekt auf die Patientinnenzufriedenheit, da sich die Patientinnen zum einen verstanden und angehört fühlen und zum anderen die Therapieoptionen verstehen und damit besser befolgen (20,22,23). Durch wachsende Compliance der Patientinnen bei gut ausgeführter PEF können mit effektiveren Konsultationen die ärztlichen Ressourcen geschont werden (9,18).

1.2 Defizite bei den Kommunikationsfähigkeiten

Patientinnen werden während eines Arzt-Patienten-Gesprächs seitens der Ärztinnen schon nach durchschnittlich 11 – 24 Sekunden unterbrochen, noch bevor der Konsultationsgrund benannt wird (8). Nach Studienergebnissen aus allgemein-medizinischen Praxen führt das frühzeitige Unterbrechen dazu, dass die Patientinnen nur in 27% ihre Beschwerden ansprechen können. Über 50% der Beschwerden und 50 % Sorgen der Patientinnen werden in Konsultationen nicht besprochen (24). Vor allem psychologische oder psychiatrische Erkrankungen der Patientinnen werden nicht erfasst, da Ärztinnen diese Themengebiete nicht direkt ansprechen oder abfragen (25,26). Oft verlassen Patientinnen ohne genaues Wissen über ihre Diagnose und den Behandlungsplan die Praxis (1,27,28). Dazu passend ergab eine Umfrage des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), dass von den befragten Patientinnen 61% nicht über Behandlungsalternativen aufklärt, 46% nicht über die Ziele der Behandlung informiert und nur in 38% der Konsultationen mögliche Nebenwirkungen der Medikamente ausführlich besprochen werden (24,29). Wenn die Anamnese nur teilweise erhoben wird oder Patientinnen nicht über alle Beschwerden berichten können, sei es aufgrund von fehlender Kommunikation durch Zeitmangel oder durch massiven Informationsverlust im Gespräch, werden fal-

sche Behandlungskonzepte entworfen (1,3,15,18,30). Zum Beispiel werden bei Atemwegserkrankungen vermehrt Antibiotika verschrieben, obwohl diese nicht indiziert sind (27,31,32). Die unnötige und oft falsche Einnahme von Antibiotika führt zu Resistenz-Entwicklungen und damit zur steigenden Bedrohung durch bakteriellen Infektionen, die für den Menschen tödlich verlaufen können (33,34).

Zusätzlich zu vorhanden oder abwesenden Kommunikationsfähigkeiten und -fertigkeiten sind Geschlecht, kultureller Hintergrund, Beherrschen der Sprache und der soziale Status bedeutsam für die Qualität des Arzt-Patienten-Gespräches (4,35–37). Hinsichtlich der Kommunikation von Ärztinnen und Ärzten innerhalb des Arzt-Patienten-Gespräches ergeben sich Unterschiede hinsichtlich der Geschlechter, der Ausübung von Macht, dem Informationsaustausch und der Patientinnenperspektive (38). Zum Beispiel ergibt eine Umfrage zu führenden Assoziationen beim Arzt-Patienten-Gespräch bei Ärztinnen das Attribut des Selbstbewusstseins und der Empathie, wohingegen bei Ärzten eher die Informationsvermittlung und die Anamnese-Erhebung im den Vordergrund stehen (23). Auch bei der Kommunikation weiblicher Pflegekräfte konnten im Umgang mit weiblichen Patientinnen, mit umfassender Informationsweitergabe und Motivation zur Verhaltensänderung, und männlichen Patienten, mit welchen das Management ohne Motivation zur Verhaltensänderung besprochen wurde, Unterschiede festgestellt werden (39). Die geschlechterbedingt unterschiedliche Informationsweitergabe wird insofern wichtiger, da im Gesundheitswesen ein deutlicher Zuwachs an weiblichen Kräften, im Bereich der Pflege und auch bei Medizinstudentinnen zu verzeichnen ist (40). Bei Ärztinnen ist die Bereitschaft zum Erlernen von Kommunikationsfähigkeiten höher als bei ihren männlichen Kollegen und sie eignen sich die patientinnenzentrierten Kommunikationsfähigkeiten schneller an (38,41,42). Weiterhin sind interkulturelle Unterschiede in der Kommunikation nicht zuletzt vor dem Hintergrund der weltweiten Migrationsbewegungen bedeutsam. Da in allen Bereichen des Gesundheitssystems verschiedene Kulturen aufeinandertreffen, sind gut ausgebildete Kommunikationsfähigkeiten nicht nur in Arzt-Patienten-Gesprächen sondern auch in der interprofessionellen Kommunikation von Vorteil (4). Ebenso wird bei der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung und im Ausblick auf extrem spezialisierte Gesundheitszentren die Kommunikation in der Telemedizin einen immer größeren Einfluss nehmen (10,43,44).

Nicht nur bei Ärztinnen sondern schon in der medizinischen Ausbildung sind Defizite der Kommunikationsfähigkeiten offensichtlich (45). So überschätzten die meisten Medizinstudentinnen im Praktischen Jahr (PJ) ihre ärztlichen und kommunikativen Fähigkeiten (46).

Weiterhin liegen die ärztlichen als auch die kommunikativen Fähigkeiten von deutschen Medizinstudentinnen im letzten Jahr ihrer Ausbildung nach eigener Einschätzung unter 50% der zu erwartenden Leistung (47) und es besteht mehrheitlich der Wunsch bessere Kommunikationsfähigkeiten zu erlangen (48).

1.3 Kommunikationstraining

Kommunikationsfähigkeiten sind bei Medizinerinnen unterschiedlich ausgeprägt, können aber durch Schulungen und Training optimiert werden (49). Dass Kommunikationsfähigkeiten schnell erlernt und gut trainiert werden können, wird in einer Richtlinie zur Kommunikation (best evidence medical education: BEME Guide No. 2) beschrieben (42). Jedoch werden die Kommunikationsfähigkeiten ohne genügende Praxis ebenso schnell wieder verlernt (40), weswegen die kontinuierliche Überprüfung, Evaluation und das Training von kommunikativen Fähigkeiten unumgänglich ist (28). Um empathisches Zuhören, Informationsvermittlung und SDM zu gewährleisten, ist Kommunikationstraining nicht nur in der Ausbildung, sondern auch während der Weiterbildung und der Berufsausübung notwendig (50). Dieses lebenslange Lernen und Trainieren wird auch durch den Begriff der continuing medical education (CME) beschrieben (51–53).

Kommunikationsfähigkeiten können mit unterschiedlichen Ansätzen trainiert werden, die sich auch miteinander kombinieren lassen. Hierzu zählen unter anderem theoretische Fallbeispiele, Rollenspiele, Übungskonsultationen mit Simulationspatientinnen und Konsultationen mit Patientinnen unter Supervision (54). Video-basiertes Feedback und klinisch-praktische „objective structured clinic examinations“ (OSCEs) werden zur Erfassung und zu Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit herangezogen.

Seit langem besteht der Ansatz Kommunikationstraining in die medizinische Ausbildung zu integrieren und in der Weiterbildung und Praxis fortzuführen (55). Vor allem in den westlichen Ländern beispielsweise in den USA (55,56), in Großbritannien (55) und den Niederlanden (58) ist das Kommunikationstraining über den gesamten Ausbildungszeitraum standardisiert.

In Kanada werden Kommunikationsfähigkeiten nach von dem „Royal College of Physicians and Surgeons“ in Canada (CanMEDS) entwickelten Rollen trainiert (59). Die in deut-

scher Übersetzung vorliegenden CanMEDS-FM (Family Medicine = Allgemeinmedizin) beschreiben innerhalb eines Grundgerüsts von Kompetenzen die Rollen für die Allgemeinmedizinerin (60), welche für die Ausübung des Berufes als essentiell angesehen werden. Im Leitfaden zu den CanMEDS werden die jeweiligen Rollen ausführlich beschrieben. Für eine adäquate Berufsausübung steht die medizinische Expertise im Mittelpunkt, wobei diese nicht nur Professionalität, Vertretung der Patientin, Lehren und lebenslanges Lernen, Management und Zusammenarbeit, sondern auch Kommunikation einschließen sollte (siehe Abbildung 1). Die genannten Kernkompetenzen werden in Teilkompetenzen, Lernziele zum medizinischen Wissen, wissenschaftliche und klinische Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Lernziele zum professionellen Handeln aufgeteilt.

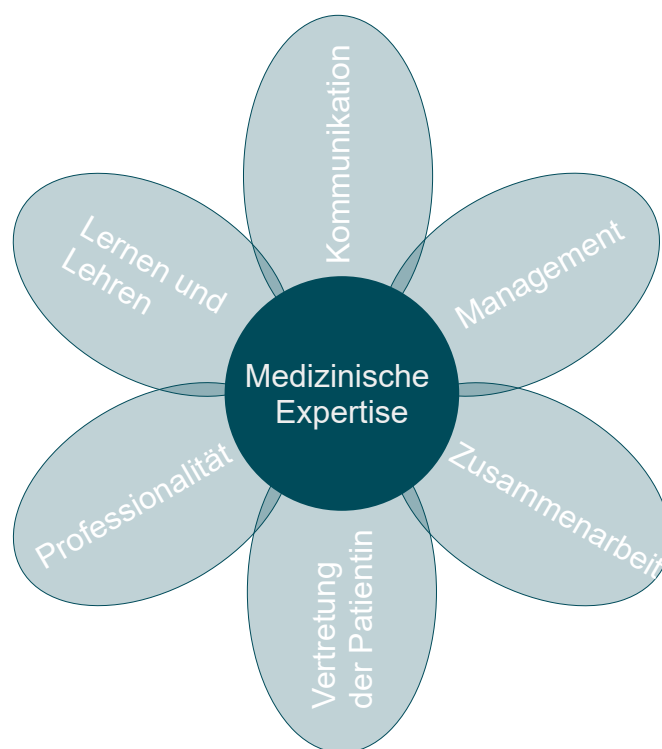


Abbildung 1: Rollenbilder der CanMEDS

nach (59,60)

Die CanMEDS wurden als fachärztliche Kompetenzen und Rollen erarbeitet, werden jedoch auch in der Ausbildung angewendet (61,62).

In den Niederlanden ist die Schulung von Kommunikationsfähigkeiten seit nahezu 30 Jahren fester Bestandteil des Curriculums (63). Dabei ist das Training von Kommunikations- und ärztlichen Fähigkeiten anhand der „Maastricht History-taking and Advice Scoring list

consisting of global items“ (MAAS-Global) seit Ende der 80er Jahre in der Ausbildung und Weiterbildung standardisiert. Innerhalb des MAAS-Global Manual werden kommunikative und ärztliche Kompetenzen beschrieben und mittels des Bewertungsinstrumentes MAAS-Global erfasst und überprüft. Das MAAS-Global wird flächendeckend in Finnland und auch in Großbritannien als adaptierte Liverpool MAAS-Global Bewertungsliste (Liv-MAAS) angewendet (3,64). Die finnischen Untersuchungsergebnissen zeigen, dass Bewertung und Feedback mittels MAAS-Global bei den Ärztinnen mehr Veränderung in der Arzt-Patienten-Kommunikation bewirkt als ausgehändigte Fragebögen oder Patienten-Interviews nach Konsultationen (3).

In der Schweiz wurde als Ergebnis eines Delphi-Surveys 2010 das Baseler Consensus Statement im Rahmen der Bologna-Reform vorgestellt, in welchem die Ausbildung der Kommunikationsfähigkeiten im Besonderen erwähnt wird (65). Dabei bezog sich die Reform der Ausbildung und Entwicklung der Studiengänge, vor allem auf die Ausbildung von Kommunikationsfähigkeiten (66). Die Zielsetzung für das Kommunikationstraining wird im Curriculum für soziale und kommunikative Kompetenzen (SOKO-Curriculum) beschrieben (66).

In Deutschland war bis vor einigen Jahren die ärztliche Gesprächsführung und das Training von Kommunikationsfähigkeiten Teil der Ausbildung vorwiegend durch psychologische Institute und umfasste überwiegend das Überbringen schlechter Nachrichten oder den Umgang mit psychischen und sozialen Problemen der Patientinnen (48,66–68). Insgesamt wurden Kommunikationsfähigkeiten weniger unterrichtet und geprüft, im Durchschnitt mit zwei bis drei Prüfungen während der gesamten Ausbildung, wohingegen in England jährlich bis zu vier Überprüfungen der Kommunikationsfähigkeiten erfolgten (69). Seit der Verankerung der ärztlichen Gesprächsführung als prüfungsrelevanter Querschnittsbereich in der Approbationsordnung (12) wird die Kompetenz patientinnenzentrierte Kommunikation als Querschnittsbereich in die medizinische Ausbildung integriert, sodass das Unterrichten von Kommunikationsfähigkeiten in vielen Instituten und Fachrichtungen Teil des Lehrplanes geworden ist, um ärztliche und kommunikative Fähigkeiten nicht getrennt voneinander zu lehren (17).

Mehrere Konzepte zum Kommunikationstraining sind in der deutschen Aus- und Weiterbildung auf Grundlage der CanMEDS entworfen worden (70). Für das Kommunikationstraining an medizinischen Fakultäten gibt es gesammelte Best Practice Beispiele (BPB) (71). Die Einordnung erfolgt nach den im Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medi-

zin (NKLM) formulierten Lernzielen. In sechs Kapiteln kann man sich über 1) Konzepte, Modelle und Grundlagen, 2) Fertigkeiten und Aufgaben der ärztlichen Kommunikation, 3) Emotional herausfordernde Situationen, 4) Herausfordernde Kontexte, 5) Soziodemografische und sozioökonomische Einflussfaktoren und 6) andere mediale Kanäle und Settings informieren. Die BPB sind zusätzlich nach Fachbereichen, Fachsemestern und Fakultät geordnet, sodass Institute selbst effiziente Kommunikationstrainings für jeden Ausbildungsabschnitt entwickeln können. Weiterhin sind seit 2015 auf der Internetseite www.medtalk-education.de im Nationalen longitudinalen Mustercurriculum Kommunikation in der Toolbox *longkomm* die BPB für Lehrende zugänglich. An 30 von 36 Universitäten gibt es Unterrichtseinheiten mit Simulationspatientinnen, um die Studentinnen auf den ärztlichen Alltag vorzubereiten (65,72,73). Dabei werden Medizinstudentinnen von standardisierten Simulationspatientinnen und deren Feedback zur ärztlichen Gesprächsführung auf „richtige“ Patientinnen vorbereitet. Beispielsweise gibt es in Heidelberg im medizinischen Kommunikations- und Interaktionstraining (Medi-KIT) für Medizinstudentinnen die Möglichkeit selbstständig mit Simulationspatientinnen zu trainieren (67). Anders werden Kommunikationsfähigkeiten auf der von einem Dresdener Start-Up entwickelten Internetseite www.washabich.de trainiert. Dort können Patientinnen ihre ärztlichen Befunde von Studentinnen und Ärztinnen in eine für sie verständliche Sprache „übersetzen“ lassen. Durch die Übersetzung verstehen die Patientinnen ihre Befunde, die Compliance in der Behandlung wird erhöht und es wird eine signifikante Steigerung der Kommunikationsfähigkeiten der Medizinstudentinnen im Bereich der verständlichen Informationsweitergabe erreicht (74).

1.4 Bewertungsinstrumente zum Erfassen von Kommunikationsfähigkeiten

Um Kommunikationsfähigkeiten zu erfassen, können verschiedene Methoden angewendet werden. Im Allgemeinen werden Kommunikationsfähigkeiten extern durch Beobachter mit Checklisten, mit Patientenbefragungen nach Konsultationen und schriftlich mit Aufsätzen oder multiple choice Fragen überprüft (75). Durch Patientenbefragungen lassen sich am besten kommunikative Fähigkeiten wie Respekt, Aufmerksamkeit auf verbale und non-verbale Patientenkommunikation, Flexibilität und empathische Reaktionen evaluieren (76).

In einer zweiten Konferenz in Kalamazoo wurden nochmals Vertreter von Universitäten und Instituten geladen, die zur Sammlung von Kommunikationstrainings und Bewertungsinstrumenten von Kommunikationsfähigkeiten beitragen sollten. Diese wurden im KCS II gesammelt (75). In einem Review wurden zuvor 15 verschiedene Bewertungsinstrumente für Kommunikationsfähigkeiten nach den sieben essentiellen Kommunikationszielen des KCS verglichen (11,76). Dabei wurden die Abbildung der kommunikativen Kompetenzen nach KCS, die psychometrischen Eigenschaften der Instrumente und die Handhabbarkeit der Instrumente in verschiedenen Berufsgruppen berücksichtigt sowie eine allgemeine Einschätzung zu der Bewertung im Assessment mit dem Instrument abgegeben. Unter den berücksichtigten Instrumenten konnte das MAAS-Global, das Bewertungsinstrument aus Maastricht mit einer Liste von globalen Items für kommunikative und ärztliche Fähigkeiten, die meisten Kompetenzen gleichzeitig abbilden. Da mit diesem Instrument nicht nur Kommunikationsfähigkeiten sondern auch ärztliche Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Konsultation gemessen und bewertet werden können, ergibt sich ein ganzheitlicher Blick auf die notwendigen Kompetenzen für ein Arzt-Patienten-Gespräch. Zusätzlich kann basierend auf der Bewertung ein individuelles Feedback zum Training der Kommunikationsfähigkeiten gegeben und ärztliche Fähigkeiten bewertet werden. Dieses validierte Instrument wird in den Niederlanden zur Ausbildung der Medizinstudentinnen und in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung verwendet (77). In Finnland wird eine übersetzte Version des MAAS-Global zur Erfassung der Kommunikationsfähigkeiten verwendet und trägt mit dem ausgestellten persönlichen Feedback wesentlich zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten bei (3). In England wird die englische Version von MAAS-Global, die in Liverpool angepasste Liv-MAAS Scale, zur Bewertung während des Kommunikationstrainings und als Assessment-Instrument für Kommunikationsfähigkeiten verwendet (64). Die kommunikativen Kompetenzen werden mit videobasiertem Feedback nach Übungskonsultationen trainiert und in OSCEs überprüft. Nicht nur das MAAS-Global, sondern auch der Calgary Cambridge Guide (CCG), die Common Ground Scale (CGS) oder Common Ground (CG) wurden bei der KCS II als geeignete Assessment-Instrumente für Kommunikationsfähigkeiten befunden (78). International weit verbreitet wird als Mess- und Bewertungsinstrument für Kommunikationsfähigkeiten unter anderem der CCG verwendet (79,80). Diese Bewertungsliste mit 28 Items soll das gesamte Arzt-Patienten-Gespräch in 6 Abschnitten erfassen und wird auf einer 3-Punkt-Skala bewertet. Der CG stellt eine gekürzte Bewertungsliste mit nur 5 Items dar.

Zahlreiche Instrumente zur Erfassung von Kommunikationsfähigkeiten wurden für den deutschsprachigen Raum übersetzt, beziehungsweise neu entwickelt. Die meisten angewandten Instrumente unterscheiden sich in der Form, im Umfang und im Anwendungsbereich. Für den deutschen Raum stehen mehrere Bewertungsinstrumente zur Verfügung. Zum Großteil werden jedoch in deutschsprachigen Universitäten nicht validierte Instrumente und Checklisten (Rating-Scales) verwendet (17). Nachfolgend werden die am häufigsten in Deutschland verwendeten validierten Bewertungsinstrumente und Checklisten vorgestellt.

- Calgary Cambridge Guide (81):
 - ausführliche Beurteilung des Arzt-Patientengesprächs mit 71 Items in 7 Abschnitten, Bewertung mit Freitext: Einführung (Item 1 – 7), Informationsgewinnung (Item 8 – 18), Struktur der Konsultation (Item 19 – 22), Aufbau der Arzt-Patienten-Beziehung (Item 23 – 32), Exploration (Item 33 – 52), Abschluss der Konsultation (Item 53 – 56), optionale Items für Exploration und Abschluss der Konsultation (Item 57 – 71).
- Berliner Global Rating (Charite Universitätsmedizin) (73):
 - Beurteilung kommunikativer Kompetenzen, Bewertung von 1 – 5: Eingehen auf Gefühle und Bedürfnisse der Patientin (Empathie), Logischer Zusammenhang des Gesprächs (Struktur), Verbaler Ausdruck, Nonverbaler Ausdruck.
- KEK = Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (82):
 - OSCE-Checkliste mit Bewertung in Punkten, 0 oder 1 mit nicht vorhanden und erfüllt, 0 – 4 für nicht vorhanden bis bestmöglichstes Ergebnis, Gesamtpunktzahl 50: Beziehung aufbauen (5 Items), Anliegen anhören (4 Items), Emotionen zulassen (5 Items), Details explorieren (3 Items), Vorgehen abstimmen (4 Items), Resümee ziehen (5 Items).
- FrOCK = Frankfurter Observer Checkliste Kommunikation (83):
 - Bewertung in Schulnoten 1 – 6: Beginn (5 Items) und Abschluss (4 Items) des Gesprächs, Gesprächsführung mit Strukturierung (4 Items) und Zuhören/Sprache (4 Items), Kontaktfähigkeit mit nonverbaler Kommunikation (4 Items) und Gesprächsatmosphäre, Fachliches/Erstkontakt (7 Items)

1.6 Entwicklung

Von den validierten Bewertungsinstrumenten gibt es in Deutschland bisher noch kein allgemein verwendetes Instrument. Damit die von internationalen Experten anerkannten und verbreitet angewandten validierten Instrumente für den deutschsprachigen Raum zugänglich gemacht werden können, wurden zunächst Lernziele und die Kompetenz Kommunikation definiert. Hierbei ist das international verwendete, englischsprachige Health Profession Core Communication Curriculum (HPCCC) ins Deutsche übersetzt worden (84). Dieses beinhaltet 61 Lernziele die dreiteilig gegliedert werden in A) Kommunikation mit Patienten (34 Ziele), B) Reflexion und Professionalität (12 Ziele), C) Kommunikation in medizinischen Teams (15 Ziele). In Zusammenarbeit mit dem teaching Committee of European Association for Communication Health Care (tEACH) wurden auf der Basis des Baseler Consensus Statements und im Rahmen des SOKO-Curriculums zum Erreichen der Lernziele online Kommunikationstrainings und Bewertungsinstrumente bereitgestellt (85).

Um die Entwicklung von neuen und Erneuerung von bestehenden Curricula der medizinischen Fakultäten Deutschlands zu detektieren, wurden die Ausbildungsziele von ärztlichen Kompetenzen zentral gesammelt (86). In einer Kooperation des Medizinischen Fakultäten Tags (MFT) und der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) wurde von 2011 bis 2015 der NKLM als Mustercurriculum für Medizin entwickelt (86,87). Dieser Katalog beschreibt das Absolventinnenprofil der Ärztinnen nach der universitären Ausbildung in Deutschland mit erlangten ärztlichen Kompetenzen für die bestmögliche patientinnenzentrierten Gesundheitsversorgung. Der NKLM untergliedert sich in 1) Rollenbilder der Ärztinnen, 2) klinische Fähigkeiten, medizinisches Wissen und professionelle Haltung und 3) die patientinnenzentrierte Gesundheitsversorgung. Die drei Teile werden wiederum dreistufig in Kompetenzen, Teilkompetenzen und Lernziele mit Angabe von Kompetenzebenen gegliedert. Dabei werden Kompetenzen als verfügbare kognitive und praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Problemlösung, sowie die damit verbundenen Einstellungen, diese erfolgreich einzusetzen verstanden (87). Es besteht eine enge Verknüpfung zwischen den Rollenbildern, den Lernzielen und der patientinnenzentrierten Gesundheitsversorgung.

Die Lernziele des NKLM wurden auf der Basis der CanMEDS Rollenbilder erarbeitet. Sie beschreiben die Ärztin als medizinische Expertin, Gelehrte, Kommunikatorin, Mitglied eines Teams, Gesundheitsfürsprecherin, Verantwortungsträgerin und professionell Handeln-

de. Für diese hier vorliegende Studie ist der Fokus auf das Rollenbild der Ärztin als Kommunikatorin gelegt (siehe Abbildung 2).



Abbildung 2: Lernziele der Ärztin als Kommunikatorin nach NKLM
nach Kapitel 7 des NKLM (87)

Die Lernziele für die Ärztin als Kommunikatorin wurden in Form von konkreten Fertigkeiten, Techniken und Modellen formuliert, die nach Erlernen der „Fertigkeit der ärztlichen Gesprächsführung“ als Kompetenz vorliegen sollen (siehe Abbildung 8). Zur Rolle der Ärztin als Kommunikatorin ist neben medizinischen Wissen, klinischen Fähigkeiten und professioneller Haltung im zweiten Abschnitt die ärztliche Gesprächsführung (Kapitel 14 des NKLM) zuzuordnen. Bei der Formulierung der Lernziele der Kommunikatorin im Kapitel 7 des NKLM werden viele Querhinweise zur ärztlichen Gesprächsführung im Kapitel 14c des NKLM aufgeführt.

7.1.	Die Absolventin und der Absolvent erkennen die zentrale Bedeutung der Kommunikationsfähigkeit für den Arztberuf und die Gesundheitsversorgung an und wissen, dass Kommunikation erlernbar ist.
7.2.	Die Absolventin und der Absolvent gestalten eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung und beherrschen eine professionelle und patientenorientierte Gesprächsführung unter Berücksichtigung der spezifischen Gesprächstypen, Gesprächsphasen und Gesprächsaufgaben.
7.3.	Die Absolventin und der Absolvent reflektieren typische sensible Themenfelder im ärztlichen Berufsalltag und gestalten ihre Kommunikation auch in emotional herausfordernden Situationen angemessen.
7.4.	Die Absolventin und der Absolvent gestalten ihr kommunikatives Handeln durch gezielten Einsatz von Kommunikationsstrategien auch in herausfordernden klinischen Kontexten und Konstellationen erfolgreich.
7.5.	Die Absolventin und der Absolvent analysieren und reflektieren soziodemografische und sozioökonomische Einflussfaktoren auf die Kommunikation und kommunizieren entsprechend.
7.6.	Die Absolventin und der Absolvent reflektieren die spezifischen Anforderungen der mündlichen, schriftlichen und elektronischen Kommunikation sowie der öffentlichen Kommunikation und interagieren unter Einhaltung des Datenschutzes kontextspezifisch.

Abbildung 3: Auszug aus dem NKLM

Aus Kapitel 7: Die Ärztin und der Arzt als Kommunikator/-in.

Darstellung der sechs Lernziele die Absolventen/-innen im Rahmen der Kompetenz Kommunikator/-in erreichen sollen. Abbildung nach (87)

Seit 2015 ist der NKLM online unter www.nklm.de (letzter Zugriff 16.12.2019) zugänglich. Die im Studium angelegten Kompetenzen nach dem Vorsatz „primum nihil nocere“ sollen in der Weiterbildung weiterentwickelt und im Sinne des CME differenziert werden. Der NKLM steht zur Entwicklung von neuen Kommunikationstrainings in die bestehenden Curricula der Fakultäten zur Verfügung.

1.7 Ziel der Studie

Gegenwärtig gibt es kein allgemein in Deutschland angewendetes, validiertes Bewertungsinstrument von Kommunikationsfähigkeiten. Gleichzeitig nehmen die Stellenwerte der Ausbildung kommunikativer Fähigkeiten und des Kommunikationstrainings in der medizinischen Aus- und Weiterbildung zu. Das Ziel dieser Studie war es, ein international anerkanntes und validiertes Bewertungsinstrument von Kommunikationsfähigkeiten (MAAS-Global) für den deutschsprachigen Raum zu übersetzen und es auf seine psychometrischen Eigenschaften hin zu überprüfen. Der Fokus lag hierbei auf der Bestimmung der internen Konsistenz sowie der inhaltlichen Betrachtung der Items mittels explorativer Faktorenanalyse. Weiterhin soll eine Verwendung des MAAS-Global-D in der Ausbildung zur Schulung der kommunikativen Fähigkeiten möglich sein.

2 Material und Methoden

Im Folgenden wird die Entwicklung des Instruments und Manuals MAAS-Global-D vorgestellt und die Bestimmung der psychometrischen Eigenschaften des Instruments im Rahmen eines Wahlfaches an der Universität zu Lübeck beschrieben.

2.1 Das MAAS-Global-D

MAAS-Global (“Maastricht History-taking and Advice Scoring list consisting of global items”) ist ein validiertes Instrument zur Bewertung von kommunikativen und ärztlichen Fähigkeiten, welches in der Aus- und Weiterbildung im Kommunikationstraining verwendet wird (58).

2.1.1 Übersetzung des MAAS-Global

Als Teil dieser Arbeit wurde MAAS-Global nach Erlaubnis durch einen der Erstautoren aus der englischen Version nach WHO Standard ins Deutsche übersetzt (88,89). Zunächst wurden zwei Übersetzungen des Manuals und des Instrumentes unabhängig voneinander angefertigt. Nach Diskussion und Überprüfen der Übersetzung durch eine dritte unabhängige Person entstand die Konsensusversion MAAS-Global-D (D - Deutschland) (89). Die deutsche Version beinhaltet das MAAS-Global-D Instrument und das dazugehörige Manual. Das Manual und das Bewerten mit dem Instrument wurde in einer ersten Schulung getestet (89). Länderspezifische Änderungen wurden in das Manual und das Instrument eingearbeitet. Die kulturell adaptierte Übersetzung wurde von einem Erstautor des MAAS-Global begutachtet und das MAAS-Global-D durch diesen akzeptiert.

2.1.2 Struktur des MAAS-Global-D

Das MAAS-Global-D besteht aus einem Bewertungsinstrument mit zugehörigem Manual. Im MAAS-Global-D Manual werden für alle Abschnitte und für jedes Items Beispiele zur besten Bewertung „hervorragend“ beschrieben. Die Bewertung der Items erfolgt auf einer sieben Punkte Likert-Skala von 1 (hervorragend) bis 6 (schlecht) mit der Option 0 (nicht vorhanden) und mit der Option n.a. (nicht anwendbar). Es wurde geprüft, ob die Bewertungsskala des MAAS-Global kulturell adaptiert werden muss. Das MAAS-Global-D Instrument befindet sich im Anhang unter 7.2 und gliedert sich in drei Abschnitte: 1) Kommunikationsfähigkeiten für jede Phase des Arzt-Patienten-Gesprächs (7 Items), 2) allgemeine Kommunikationsfähigkeiten (6 Items), 3) medizinische Aspekte (4 Items). Darüber hinaus ist ein Abschnitt für individuelles Feedback vorgesehen. Alle Teile können getrennt voneinander bewertet werden. Ein Item beschreibt eine Kommunikationsfähigkeit oder einen Abschnitt eines Arzt-Patienten-Gesprächs. Jedes Item enthält 2 – 4 Unterpunkte, welche konkret die zu erreichenden kommunikativen Fertigkeiten benennen und in die Bewertung jedes Items mit einfließen. Die medizinischen Aspekte umfassen in vier Items Anamnese, körperliche Untersuchung, Diagnose und Management. Hierbei wird auf die korrekte Durchführung des Arzt-Patienten-Gesprächs, praktische ärztliche Fähigkeiten und Maßnahmen sowie auf korrektes medizinisches Wissen Wert gelegt. Die Kommunikationsfähigkeiten sind innerhalb der ersten 13 Items des MAAS-Global-D zu aufgeführt. Im Folgenden sind diese mitsamt den zu bewertenden Unterpunkten vorgestellt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Kommunikative Items des MAAS-Global-D

Item	Unterpunkte
1 Einstieg	1 Dem Patienten Raum geben seine Anliegen vorzubringen 2 Allgemeine Orientierung, warum der Patient sich vorstellt 3 Sonstige Gründe für die Konsultation erfragen
2 Folgetermin	1 Vorherige Beschwerden, Beratungsanlass und Procedere rekapitulieren 2 Adhärenz dem Procedere gegenüber erfragen 3 Nachfrage, wie sich die Beschwerdesymptomatik

Item	Unterpunkte
	entwickelt hat
3 Beratungsanlass	1 Benennen des Beratungsanlasses, Wünsche oder Erwartungen 2 Benennen der Gründe, warum sich der Patient entschieden hat heute zu kommen 3 Vervollständigen der Erhebung des Beratungsanlasses
4 körperliche Untersuchung	1 Anweisungen dem Patienten gegenüber mit Erläuterung, was gemacht wird 2 Respektvoller und umsichtiger Umgang mit dem Patienten
5 Diagnose	1 Befunde, Diagnosen/Hypothesen benennen 2 Zusammenhang zwischen Befunden und Diagnose benennen 3 Prognose oder den zu erwartenden Verlauf benennen 4 Patienten um Rückmeldung bitten
6 Management	1 Partizipative Entscheidungsfindung, Alternativen, Risiken und Nutzen besprechen 2 Durchführbarkeit und Adhärenz besprechen 3 Festlegen, wer was wann macht 4 Patienten um Rückmeldung bitten
7 Evaluation	1 Allgemeine Frage 2 Reaktion auf Beratungsanlass 3 Ausblick
8 Exploration	1 Erhebung des Beratungsanlasses, der Wünsche oder Erwartungen 2 Erhebung der Reaktion zu gegebenen Informationen 3 Berücksichtigung des Bezugssystems vom Patienten 4 Auf nonverbales Verhalten und Hinweise reagieren
9 Emotion	1 Erhebung von / Fragen nach Gefühlen 2 Gefühle reflektieren (inklusive deren Art und Intensität) Hinlänglich durch die gesamte Konversation
10 Information	1 Ankündigend, kategorisierend, in kleinen Portionen, konkrete Erklärungen 2 Verständliche Sprache 3 Nachfragen, was der Patient verstanden hat
11 Zusammenfassen	1 Inhalt ist korrekt und vollständig 2 Kurz, prägnant, mit eigenen Worten, überprüfend 3 Hinlänglich während der gesamten Konsultation
12 Strukturieren	1 Logische Reihenfolge der Phasen

Item	Unterpunkte
	2 Ausgewogene Zeiteinteilung 3 Ankündigungen (Anamnese, Untersuchung, andere Phasen)
13 Empathie	1 Interessiert, zugewandt, aufrichtig empathisch in Tonlage, Gestik und Augenkontakt 2 Mit kurzen verbalen Äußerungen Empathie ausdrücken

Auszug aus MAAS-Global-D (90)

2.1.3 Schulung zum Umgang mit dem MAAS-Global-D Instrument

Um den Umgang mit dem MAAS-Global-D Instrument zu erlernen, wurden zwei Schulungen am Institut für Allgemeinmedizin in Lübeck durchgeführt, an denen die Beobachterinnen (Raterinnen) der Videos teilnahmen. Die Schulungen wurden von Mitgliederinnen der Universitäten Maastricht und Amsterdam durchgeführt, eine mit einem Arzt und Entwickler des Instruments MAAS-Global und eine mit einer Psychologin und erfahrenen Beobachterin. Beide arbeiten seit Jahren mit dem niederländischen Original MAAS-Global und führten im Rahmen der niederländischen Weiterbildung Kommunikationstrainings durch. Bei den Schulungen zum Umgang mit dem MAAS-Global-D wurden Videos von Ärztinnen in Weiterbildung aus dem Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg (91) und von Medizinstudentinnen aus dem Psychologie-Kommunikationstraining der Universität zu Lübeck verwendet. Die zur Schulung verwendeten Videos entsprachen in Bild- und Tonqualität den im Manual festgelegten Anforderungen.

Daran anschließend erfolgte das Rating der Videos von zwei Personen. Um das Maß an Übereinstimmung der Ratings zu ermitteln wurde die Interrater-Reliabilität bestimmt (93). Die Interrater-Reliabilität kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen. Deine Näherung an den Wert 1 impliziert ein sehr gutes Maß an Übereinstimmung der Ratings.

2.1.4 Simulationsfälle

In dieser Studie kamen vier Simulationsfälle zum Einsatz. Diese wurden uns freundlicherweise von der Universität Amsterdam zur Verfügung gestellt. Dort wurden sie in einer Vorstudie zum Vergleich des MAAS-Global Instruments und des Common Ground verwendet (92). Die Simulationsfälle wurden aus dem Niederländischen übersetzt und für den deutschsprachigen Raum kulturell adaptiert. Die Fälle umfassen eine Besprechung von Laborergebnissen bei ungeklärter Müdigkeit, eine neu aufgetretene Effloreszenz am Arm, ein Medikamentengespräch bei Bluthochdruck, sowie den Verdacht auf eine sexuell übertragbare Erkrankung. Die kulturelle Adaption wird im Ergebnisteil beschrieben (siehe Kapitel 3.1.2).

2.2 Studiendesign

Das MAAS-Global-D wurde im Rahmen eines in Lübeck angebotenen Wahlfachs angewendet. Die Konsultationen wurden im Rahmen des Wahlfachs mit Studentinnen und Simulationspatientinnen auf Video aufgenommen und mit dem MAAS-Global-D Instrument bewertet.

2.2.1 Das Wahlfach

Um die psychometrischen Eigenschaften des Instruments zu bestimmen, wurden Teilnehmerinnen aus dem Wahlfach „Training in Gesprächstechniken und Manueller Diagnostik“ der Universität zu Lübeck rekrutiert. Das Wahlfach wurde für Medizinstudentinnen des klinischen Abschnitts (5. - 12. Fachsemester) entwickelt und vom Sommersemester 2015 bis zum Wintersemester 2016/17 angeboten. Es enthielt auf die hier vorliegende Studie bezogen eine Einführung und Vorstellung des MAAS-Global-D Instruments (1 h), das Durchlaufen der vier simulierten Arzt-Patienten-Gesprächen (pro Teilnehmerin 1 h), die Auswertung dieser Konsultationen mittels MAAS-Global-D durch die Teilnehmerinnen gegenseitig und das persönliche direkte Feedback, sowie das videobasierte Feedback zu den individuellen

Kommunikationsfähigkeiten nach Auswertung der Videos mit MAAS-Global-D durch geschulte Raterinnen. Ergänzend wurden Fälle zu Beschwerden des Bewegungsapparates von den Teilnehmerinnen, sowohl unter Berücksichtigung des MAAS-Global-D, als auch mit klinischer Expertise gelöst (2 h). Zusätzlich wurde ein Training zur Körpersprache durch eine ausgebildete Schauspielerin durchgeführt (2 h). Alle Medizinstudentinnen der Universität zu Lübeck hatten im vorklinischen Abschnitt (1. - 4. Fachsemester) einen obligatorischen Kurs zur ärztlichen Gesprächsführung absolviert und waren mit grundlegenden Kommunikationsmodellen und -techniken vertraut. Nach gängiger wissenschaftlicher Praxis wurde von den Studentinnen die schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an dieser Studie und zur Verwendung der erstellten Videoaufnahmen innerhalb der Studie eingeholt (siehe Anhang 7.4).

2.2.2 Erstellen der Videoaufnahmen

Die Aufnahmen der Arzt-Patienten-Konsultationen mit Medizinstudentinnen und Simulationpatientinnen erfolgten in den extra für das Kommunikationstraining eingerichteten Räumen des Trainings- und Übungszentrums für ärztliche Fertigkeiten und Techniken Lübeck (TÜFTL). Diese Räume sind mit den Möglichkeiten der Ton- und Bildaufnahme aus zwei Perspektiven ausgestattet und die aufgezeichneten Videos können direkt in den Nebenraum übertragen oder aufgenommen und digital gespeichert werden. Die Rollen der Simulationpatientinnen wurden von der Doktorandin und einer Schauspielerin des Lübecker Simulationspatientenpools übernommen. Eine Einweisung und das Training der Rollen erfolgten durch eine examinierte Schauspielerin.

2.2.3 Rating mit MAAS-Global-D

Die Auswertung der Videos erfolgte durch Bewertung mit dem MAAS-Global-D Instrument. Die Bewertung (=das Rating) wurde von zwei geschulten, unabhängigen Raterinnen durchgeführt. Die Raterinnen waren ein Psychologe des Institutes für Allgemeinmedizin und die Verfasserin der Arbeit von der Universität zu Lübeck. Bei einer um mehr als 2 Punkte voneinander abweichenden Bewertung wurde durch eine dritte unabhängige und

geschulte Raterin ein Rating durchgeführt und ein Konsensus gebildet. Die Anzahl der Raterinnen beeinflusst nach MAAS-Global die Reproduzierbarkeit (5).

2.2.4 Feedback

Die Studentinnen bekamen ein verbales Feedback direkt nach den Arzt-Patienten-Gesprächen durch die Simulationspatientinnen. Dabei wurde vor allem Feedback zum Aufbau der Arzt-Patienten-Beziehung, zur Haltung während des Gesprächs und zur Empathie gegeben. Auf der Grundlage der Bewertung durch MAAS-Global-D erhielten die Teilnehmerinnen ein individuelles Feedback zu ihren Kommunikationsfähigkeiten von den anderen Teilnehmerinnen.

Ein Stimmungsbild der Studentinnen zum MAAS-Global-D Instrument und zu dem Wahlfach wurde mittels Fragebogens erfasst.

Für ein objektiveres Feedback wurde ein Feedback-Bogen entwickelt. Innerhalb des Bogens wurde nach Auswertung mit MAAS-Global-D durch Bildung der Mittelwerte für jedes Item pro Teilnehmerin ein Profil erstellt. Damit konnten die Items der zu verbessernden Kommunikationsfähigkeiten erkannt und zurückgemeldet werden. Der Feedback-Bogen wurde im Rahmen dieser Arbeit entwickelt und befindet sich im Anhang (siehe 7.4).

Um den Teilnehmerinnen die Selbstreflexion zu ermöglichen, wurde auch ein Video-basiertes Feedback nach der MAAS-Global-D Auswertung ermöglicht. Hierbei konnten die Teilnehmerinnen anhand von durch die Raterinnen ausgewählten Videoabschnitten ihr eigenes Verhalten während der aufgenommenen Arzt-Patienten-Konsultationen und die damit einhergehende Bewertung im MAAS-Global-D nachvollziehen.

2.3 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung umfasst die deskriptive Auswertung der Daten aus der Bewertung mittels MAAS-Global-D und die Bestimmung der psychometrischen Eigenschaften des Instruments. Mit einer quantitativen Faktorenanalyse sollte ermittelt werden, ob das MAAS-Global-D auf Faktoren lädt und welche Items Defizite aufweisen. Die statistische

Auswertung des Ratings wurde mittels der Statistik- und Analyse-Software (SPSS 24.0) durchgeführt. Zur statistischen Beratung fanden regelmäßige Treffen mit einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck statt.

2.3.1 Anpassung der kulturell adaptierten Likert-Skala

Für die Auswertung mittels SPSS musste eine weitere Anpassung der zuvor kulturell adaptierten Likert-Skala erfolgen. Durch die Umkehrung der Likert-Skala von 0 (nicht vorhanden) bis 6 (hervorragend) zu 0 (nicht vorhanden) und 1 (hervorragend) bis 6 (schlecht) musste der Zahlenwert „0“ bei der Berechnung angepasst werden (siehe Tabelle 2). Durch die Verwendung des Wertes „0“ bei einer numerischen Skala sechs bis eins fällt der Wert von „0“ bei Umkehrung der Skala von eins bis sechs auf „7“.

2.3.2. Anpassung der Bestehensgrenze

In den Niederlanden wurde nach langjähriger Benutzung des MAAS-Global ein Richtwert für die Bestehensgrenze definiert. Um das Kommunikationstraining während der Weiterbildung erfolgreich abzuschließen, müssen die Ärztinnen eine Bewertung „> 3,1“ in der „Arzt-Patient-Communicatie“-Berechnung (APC-Berechnung) erreichen. Diese Bestehensgrenze errechnet sich im Mittel aus den Bewertungen der kommunikativen Items des MAAS-Globals unter Auslassens der Items Folgetermin und körperliche Untersuchung (Items 2 und 4). Weiterhin wird in der APC-Berechnung ein Mittelwert aus den Items Management (Item 6), Exploration (Item 8), Vermitteln von Informationen (Item 10), Strukturierung (Item 12) und Empathie (Item 13) von drei Konsultationen gebildet. Diese fünf Items bilden als Hauptitems die fünf Kernkompetenzen, welche als Grundlage des Kommunikationstrainings fungieren und in Kompetenz-Beurteilungs-Listen (genannt COMBEL = competenciesbeoordelingslijsten) aufgeführt sind (94). Wenn die Hauptitems im Durchschnitt mit „> 3,4“ bewertet werden und die Ärztinnen bei drei in die Bewertung eingehenden Konsultationen im Durchschnitt aller kommunikativen Items „> 3,1“ erreichen, gilt in den Niederlanden das Kommunikationstraining als bestanden.

Da die Likert-Skala für das MAAS-Global-D kulturell adaptiert wurde, müssten die Werte für die Bestehensgrenze in Deutschland ebenfalls angepasst werden. Angepasst zur Änderung der Bewertungsskala wäre in Deutschland die Bestehensgrenze bei der Einbeziehung aller Items „3,9“ und die Bestehensgrenze bei den fünf Hauptitems „3,6“ (Differenz von „3,4“ und „6“ ist „2,6“ - zu der deutschen „1 – hervorragend“ addiert ergibt „3,6“). In der hier vorliegenden Studie wurde eine theoretische Bestehensgrenze definiert, da das Bestehen des Wahlfachs nicht von der Bewertung der Kommunikationsfähigkeiten mit MAAS-Global-D gleichzusetzen war. Damit die Teilnehmerinnen ihre individuellen Kommunikationsfähigkeiten einschätzen konnten, wurde eine theoretische Bestehensgrenze definiert. Die theoretische Bestehensgrenze entspricht dem Gesamtmittelwert (Totalscore), bestehend aus den Mittelwerten aller bewerteten Items aller vier durchgeführten Konsultationen aller Teilnehmerinnen.

2.3.3 Deskriptive Statistik

Es erfolgte die deskriptive Auswertung der Variablen Geschlecht, Alter, Semester und Vorbildung der Teilnehmerinnen anhand von Mittelwert und Standardabweichung. Verschiedene weitere Analyseschritte schlossen sich an. Die Normalverteilung der Items wurde mittels Kolmogorov-Smirnoff-Test überprüft. Die konvergente Konstruktvalidität wurde berechnet. Hierzu erfolgte die Korrelation jedes Items zum Gesamtscore mittels Spearman-Rho (Spearman's Rangkorrelationskoeffizient). Daran anschließend erfolgte eine explorative Faktorenanalyse sowie die Analyse der internen Konsistenz mittels Cronbach's α .

2.3.4 Explorative Faktorenanalyse

Um die Dimensionalität des MAAS-Global-D zu überprüfen, wurde eine explorative Faktorenanalyse mit Hauptkomponentenextraktion durchgeführt. Die Geeignetheit der Daten hinsichtlich einer Faktorenanalyse wurde mit dem Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium (KMO) bestimmt. Das KMO vergleicht die Items untereinander im Rahmen der Anti-Image-Korrelation. Dargestellte Werte in der Hauptdiagonalen betragen zwischen „0“ und „+ 1“. Je näher die KMO Werte an „+ 1“ heranreichen, desto besser ist der Datensatz für die Faktorenanalyse.

lyse geeignet. Das entspräche einer Eignung des Datensatzes für eine Faktorenanalyse bei KMO-Werten von $< 0,5$ *nicht vorhanden*, $> 0,6$ *brauchbar* und $> 0,8$ *gut*. Mithilfe der Signifikanz nach Bartlett wurde innerhalb der Faktorenanalyse überprüft, ob die Korrelationsmatrix der beobachteten Variablen in der Grundgesamtheit vergleichbar mit der Einheitsmatrix war. Signifikanzwerte nach Bartlett gegen Null gehend wurden als Voraussetzung für die Durchführung der Faktorenanalyse angenommen.

Die durch die Faktorenanalyse ermittelte Anzahl der Komponenten wurde durch den Eigenwert > 1 (Kaiser Guttman Kriterium) und nach Screeplot-Sichtung determiniert. Dann wurden die Komponenten einer varimax-Rotation unterzogen. Diese beschreibt als „rotierte Komponentenmatrix“ mit der jeweiligen Ladung der Items auf einen Faktor das Ausmaß der Wichtigkeit des Items für diesen Faktor. Eine Ladung $> 0,7$ ist ein guter Wert, Werte $> 0,4$ pro Item liegen im Toleranzbereich. Alle Items die eine Faktorladung $> 0,6$ aufwiesen, wurden dem jeweiligen Faktor zugeordnet. Die vorhandenen Faktorladungen wurden in Bezug zur Dimensionalität des Bewertungsinstruments gewertet.

2.3.5 Interne Konsistenz des Instruments MAAS-Global-D

Die interne Konsistenz ist ein Maß dafür, wie sehr Items einer Skala miteinander zusammenhängen und das Abbilden, was sie Abzubilden scheinen. Die interne Konsistenz wurde durch das Cronbach α angegeben (95), wobei das Cronbach's α ein Maß für die Stärke der Reliabilität darstellt. Eine Skala mit einer *perfekten* internen Konsistenz hat ein Cronbach's α von $+1$. Werte $> 0,8$ stehen für eine *gute*, $> 0,6$ für eine *akzeptable* und $> 0,4$ für eine *schlechte* interne Konsistenz. Mit der internen Konsistenz wird die Genauigkeit bzw. die Verlässlichkeit wissenschaftlicher Messungen abgebildet. Für empirische Untersuchungen sind die Reliabilität (Stabilität, Konsistenz, Äquivalenz), die Validität und die Objektivität Gütekriterien. Dabei gilt, dass ohne Objektivität keine Reliabilität, ohne Reliabilität keine Validität beschrieben werden kann (93).

2.4 Ethikantrag

Zur Durchführung der Studie wurde der Ethikkommission der Universität zu Lübeck der Antrag „Validierung des Instrumentes MAAS-Global-D für den Einsatz in Lehre, Aus- und Weiterbildung“ vorgelegt. Der Antrag wurde im Juni 2015 mit dem Aktenzeichen 15-140 von der Ethikkommission bewilligt (siehe 7.1).

3 Ergebnisse

3.1 MAAS-Global-D

Das MAAS-Global-D Instrument und Manual liegen in der deutschen Fassung vor und sind im Downloadbereich des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck unter www.uksh.de/allgemeinmedizin-luebeck/downloads.html frei zugänglich (89).

3.1.1 Übersetzung des MAAS-Global und die kulturelle Adaption des MAAS-Global-D

Die Übersetzung des MAAS-Global war ohne größere Schwierigkeiten möglich und erfolgte nach WHO Standard. Zwei Studentinnen der Universität zu Lübeck erstellten unabhängig voneinander deutsche Übersetzungen aus dem englischsprachigen MAAS-Global. Die Übersetzungen wurden mithilfe eines Mitarbeiters des Instituts für Allgemeinmedizin in eine Konsensversion überführt. Die kulturelle Adaption des MAAS-Global-D Instruments erfolgte mit der Anpassung der sieben Punkte Likert-Skala an das deutsche Schulnotensystem. Die niederländische Skala 0 = nicht vorhanden, 1 = schlecht bis 6 = hervorragend zu 1 = hervorragend bis 6 = schlecht mit der Option 0 = nicht vorhanden wurde umgekehrt (siehe Tabelle 3). Die Bewertung der Option „n.a. = nicht anwendbar“ blieb unverändert erhalten. Die Notwendigkeit dieser Adaption wurde bei der ersten Schulung mit dem Umgang des Instruments MAAS-Global-D offensichtlich und während des Übersetzungsprozesses durchgeführt. Diese Version wurde von einem der Erstautoren akzeptiert.

3.1.2 Übersetzen der Simulationsfälle und deren kulturelle Adaption

Die niederländischen Simulationsfälle wurden durch eine Muttersprachlerin übersetzt. Eine kulturelle Adaption wurde zur besseren Verständlichkeit notwendig, wobei im Folgenden die Änderungen beschrieben werden. Die Rolle der Ärztin bei dem Fall „Besprechen von Laborergebnissen bei ungeklärter Müdigkeit“ wurde dahingehend verändert, dass die Stu-

dentin als Vertretungsärztin und nicht als Ärztin in Weiterbildung agiert, um Verwirrungen der Studentinnen entgegenzuwirken. Bei dem Fall „Verdacht auf eine sexuell übertragbare Erkrankung“ wurde aus der Rolle der Simulationspatientin, die im Original eine Zeugin Jehovas ist, in der Übersetzung eine „streng gläubige Patientin“, um kulturelle Aspekte nicht nur auf die Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft zu begrenzen. In dem Fall „Medikamentengespräch bei Bluthochdruck“ wurde aus der wörtlichen Übersetzung der „Pipi-Pille“ der gängige deutsche Begriff der „Wassertablette“. Der vierte Fall konnte ohne Veränderung übernommen werden. Die Informationen, welche die Teilnehmerinnen innerhalb des Wahlfaches von den Simulationsfällen erhielten, befinden sich im Anhang (siehe Anhang 7.3).

3.2 Durchführung der Studie

Insgesamt nahmen an der Studie 50 Teilnehmerinnen teil, von denen 60% weiblich ($n = 30$) und 40% männlich ($n = 20$) waren. Durchschnittlich studierten sie im 8. Semester (5. - 12. Semester) und waren 25 Jahre (20 - 32 Jahre) alt. Eine Ausbildung im medizinischen Bereich (z.B. Krankenpflegerin, Rettungsassistentin, Rettungssanitäterin, etc.) war bei 24,32% der Teilnehmerinnen dem Medizinstudium vorausgegangen.

3.2.1 Rekrutierung der Teilnehmerinnen

Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen erfolgte mit der Bekanntmachung des Wahlfaches über das interne Portal der Universität zu Lübeck, durch E-Mails über den Studentinnen-Verteiler und durch Aushänge auf dem Campus.

3.2.2 Durchführung des Wahlfachs

Training in Gesprächstechniken und Manueller Diagnostik

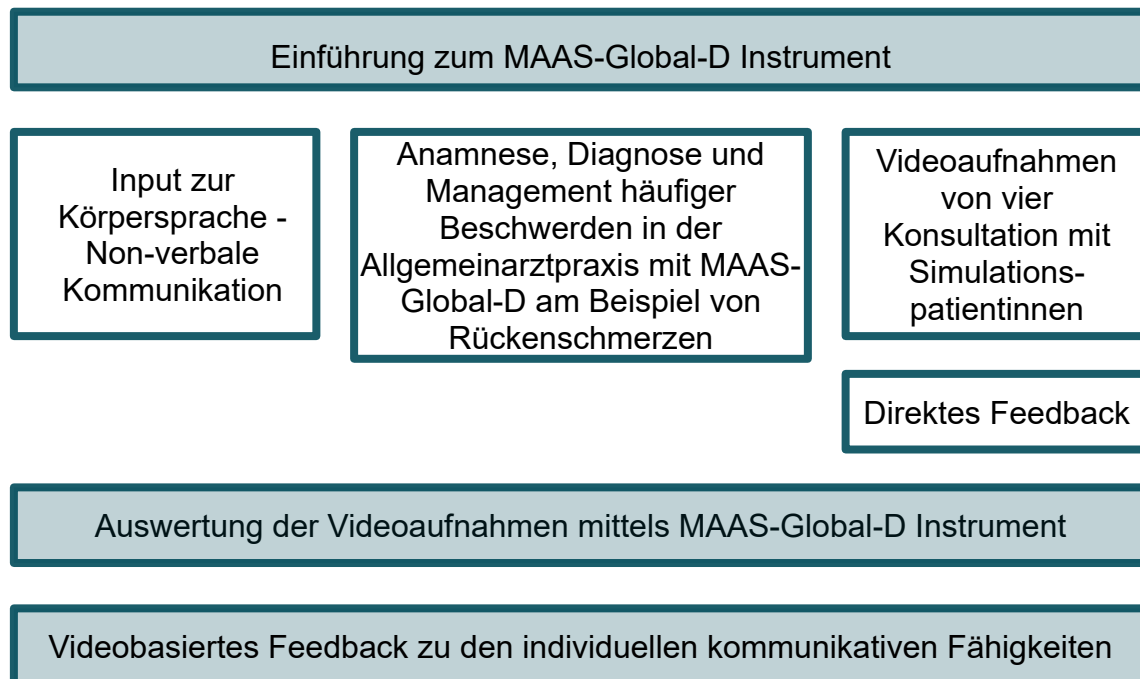


Abbildung 4: Ablauf des Wahlfachs

Von der Einführung des MAAS-Global-D Instruments bis zum videobasierten Feedback zu den Kommunikationsfähigkeiten

3.2.3 Partizipationsrate und Drop-Out

Die Anzahl der Teilnehmerinnen war aufgrund der personellen und räumlichen Kapazitäten begrenzt. Pro Semester wurde eine Teilnehmerinnenanzahl von 12 bis maximal 15 Studentinnen erwartet. Aufgrund von technischen Problemen bei den sensitiven Aufnahmemethoden der Räume wie Mikrofon-Störung, Ausfall der Kameras, Aufnahmeverzerrung und Speicherfehler, sowie persönlichen Gründen konnten 13 Teilnehmerinnen nicht in die Studie eingeschlossen werden (siehe Abbildung 5).

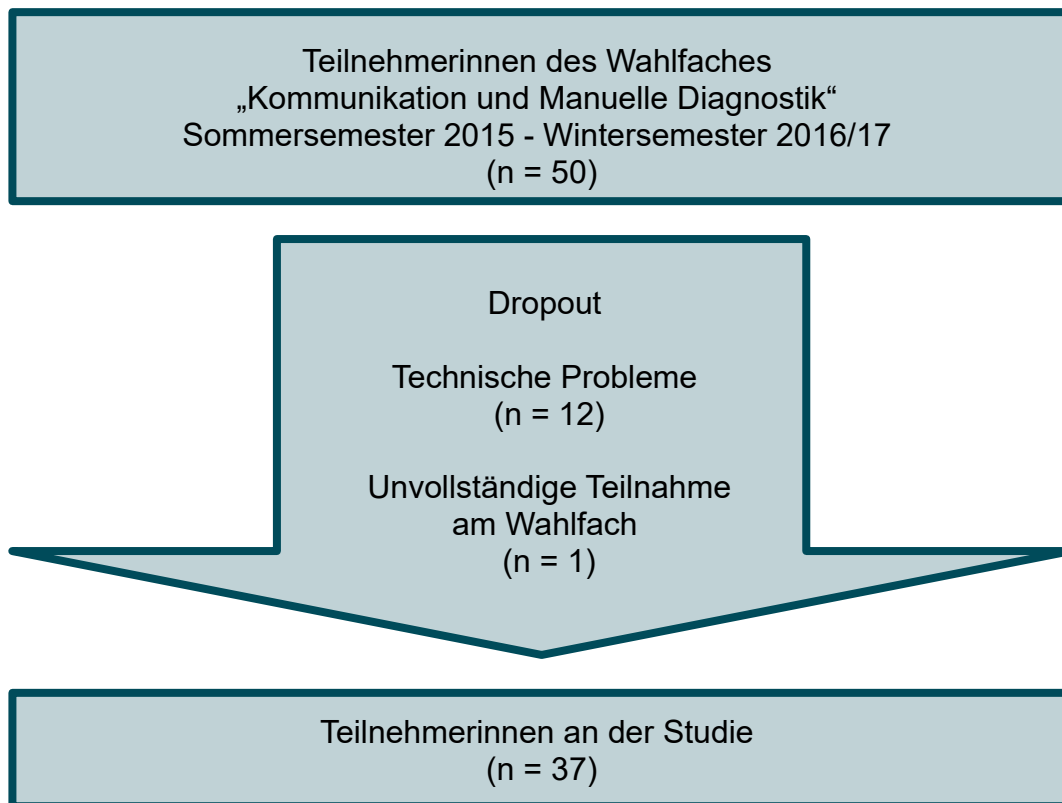


Abbildung 5: Partizipationsrate und Dropout

Durch technische Probleme und unvollständige Teilnahme am Wahlfach ergab sich ein Dropout von 26% der Teilnehmerinnen.

Bei gleichbleibender Geschlechtsverteilung ($w = 60\%$, $m = 40\%$) lagen von 37 Teilnehmerinnen jeweils vier auswertbare Videoaufnahmen von Arzt-Patienten-Gesprächen mit Simulationspatientinnen vor.

3.2.4 Interrater-Reliabilität

Nach drei bis vier Bewertungsdurchgängen innerhalb der Schulung ergab sich eine Interrater-Reliabilität von 0,863 (95% - Konfidenzintervall 0,811 – 0,905).

3.2.5 Feedback

Ein einseitiger Bogen wurde für das Feedback zur Auswertung der Kommunikationsfähigkeiten der Teilnehmerinnen des Wahlfachs generiert (siehe Anhang 7.4). Nach der Bewertung von vier Arzt-Patienten-Gesprächen wurden die Mittelwerte der einzelnen Items der Teilnehmerinnen berechnet. Als theoretische Bestehensgrenze wurde der Gesamtmittelwert angenommen. Ein Kommentar zur allgemeinen Einschätzung der Kommunikationsfähigkeiten, sowie ein Ausblick auf die zunächst zu verbessernden kommunikativen Items wurde hinzugefügt. Als Leitlinie für jede Teilnehmerin wurden drei positive (oberhalb der Bestehensgrenze) und drei noch zu verbessernde (unterhalb der Bestehensgrenze) Items genannt.

Von den 37 Teilnehmerinnen nahmen 43% das videobasierte Feedback in Anspruch. Die Möglichkeit eines videobasierten Feedbacks wurde von den daran teilnehmenden Studentinnen sehr positiv bewertet.

3.3 Statistische Ergebnisse

3.3.1 Anpassung der Likert-Skala für die Auswertung mit SPSS

Die Methodik zur Anpassung der Likert-Skala nach kultureller Adaption für die Auswertung mit SPSS wird im Kapitel 2.4.1. beschrieben. Konkret bedeutete dies für die Berechnung, dass die 0 im Falle „0 = nicht vorhanden, aber relevant“ und „0 = nicht vorhanden, nicht relevant“ mit anderen Zahlenwerten eingetragen wird. Bei „0 = nicht vorhanden, aber relevant“ wurde als Zahlenwert die 7 gewählt, um die Kongruenz zur ursprünglichen Likert-Skala herzustellen. Bei „0 = nicht vorhanden, nicht relevant“ wurde eine 99 eingetragen und der Zahlenwert in der weiteren Berechnung nicht berücksichtigt (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Anpassung der kulturell adaptierten 7-Punkte-Likert-Skala des MAAS-Global-D im Rahmen der statistischen Auswertung

Bewertungsmaßstab MAAS-Global		Bewertungsmaßstab MAAS-Global-D		
Zahl	Bedeutung	Zahl*	Wert bei Berechnung der Mittelwerte	Bedeutung
6	hervorragend	1	1	hervorragend
5	gut	2	2	gut
4	befriedigend	3	3	befriedigend
3	ausreichend	4	4	ausreichend
2	ungenügend	5	5	ungenügend
1	schlecht	6	6	schlecht
0	Nicht vorhanden	0	7	Nicht vorhanden, relevant
		0	99	Nicht vorhanden, nicht relevant
n.a.	Nicht anwendbar	n.a.	entfällt	Nicht anwendbar

* = Umkehrung der originalen MAAS-Global-Skala in Anlehnung an das deutsche Bewertungssystem nach Schulnoten.

3.3.2 Deskriptive Auswertung

Zur besseren Sichtbarkeit der Ergebnisse ist der Gesamtmittelwert (Totalscore) in den Abbildungen als theoretische Bestehensgrenze eingezeichnet. Der Gesamtmittelwert aller Teilnehmerinnen über alle ausgewerteten Konsultationen hinweg betrug 3,21. Von 37 Teilnehmerinnen lagen 54,05% (20 von 37) unterhalb des ermittelten Totalscores (siehe Abbildung 6).

Ergebnisse der Teilnehmerinnen

Mittelwerte der Teilnehmerinnen nach vier bewerteten Konsultationen

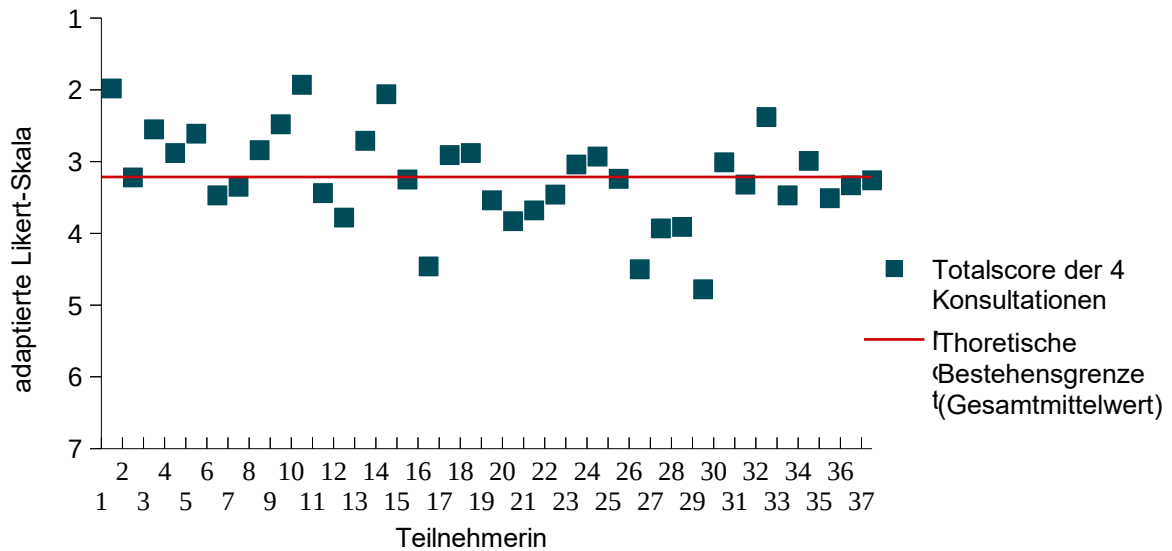


Abbildung 6: Kommunikationsfähigkeiten der Teilnehmerinnen

Über die Hälfte der Teilnehmerinnen konnte den Gesamtmittelwert (Totalscore) von 3,21 nicht erreichen.

Die Ergebnisse der Teilnehmerinnen war bei den einzelnen Items unterschiedlich. Insgesamt lagen die Mittelwerte zwischen 2,05 (SD = 0,52) für Empathie und 4,55 (SD = 1,68) für Emotion. Die Items Beratungsanlass (Item 3), Emotionen (Item 9), Informationen (Item 11) und Strukturieren (Item 12) waren bei Annahme des Gesamtmittelwertes von 3,21 unterdurchschnittlich (siehe Abbildung 7).

Ergebnisse der kommunikativen Items

Gesamtmittelwerte aller Teilnehmerinnen pro Item nach vier Konsultationen

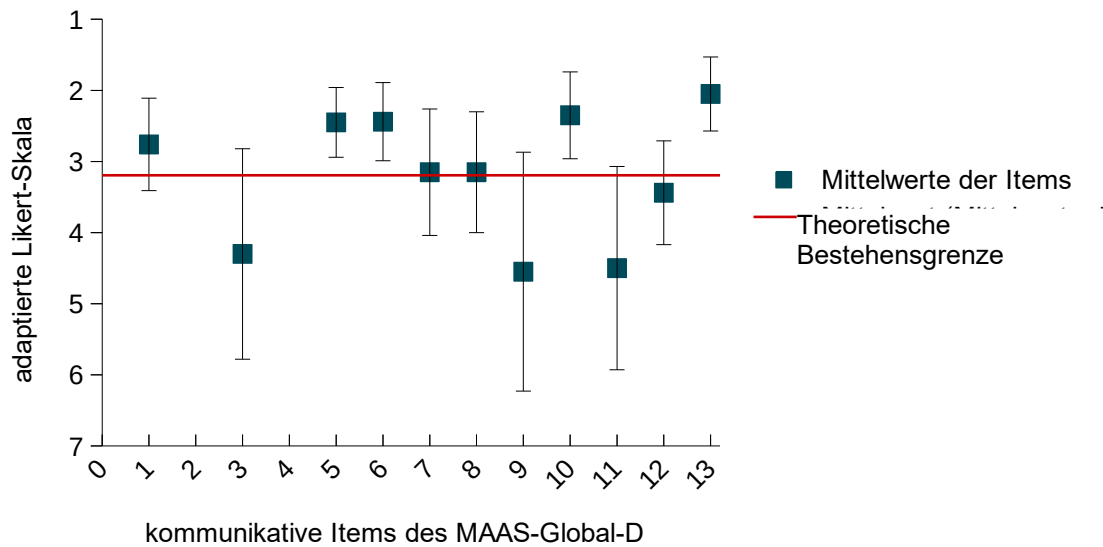


Abbildung 7: Bewertung der einzelnen Items im Durchschnitt aller Teilnehmerinnen

Anmerkung: Item 2 – Folgetermin und Item 4 – körperliche Untersuchung entfallen.

Item 1 – Einstieg

Item 7 – Evaluation

Item 10 – Informationen

Item 3 – Beratungsanlass

Item 8 – Exploration

Item 11 – Zusammenfassen

Item 5 – Diagnose

Item 9 – Emotionen

Item 12 – Strukturieren

Item 6 – Management

Item 13 – Empathie

Die Items *Folgetermin* und *körperliche Untersuchung* (Item 2 und 4) entfallen bei der Bewertung innerhalb unserer Studie in Anlehnung an die Bewertung im niederländischen Weiterbildungssystem und deren Berechnung der Bestehensgrenze.

Im Bezug zu den COMBEL-Listen der Niederlande wurden die kommunikativen Kernkompetenzen zunächst übernommen und diese im Vergleich zu der angepassten Bestehensgrenze dargestellt. Die niederländische Bestehensgrenze in der APC-Berechnung beträgt für die Hauptitems > 3,4 (von 6 als hervorragend ausgehend), in Anpassung der Skala für das MAAS-Global-D ist die Bestehensgrenze < 3,6 (siehe Abbildung 8).

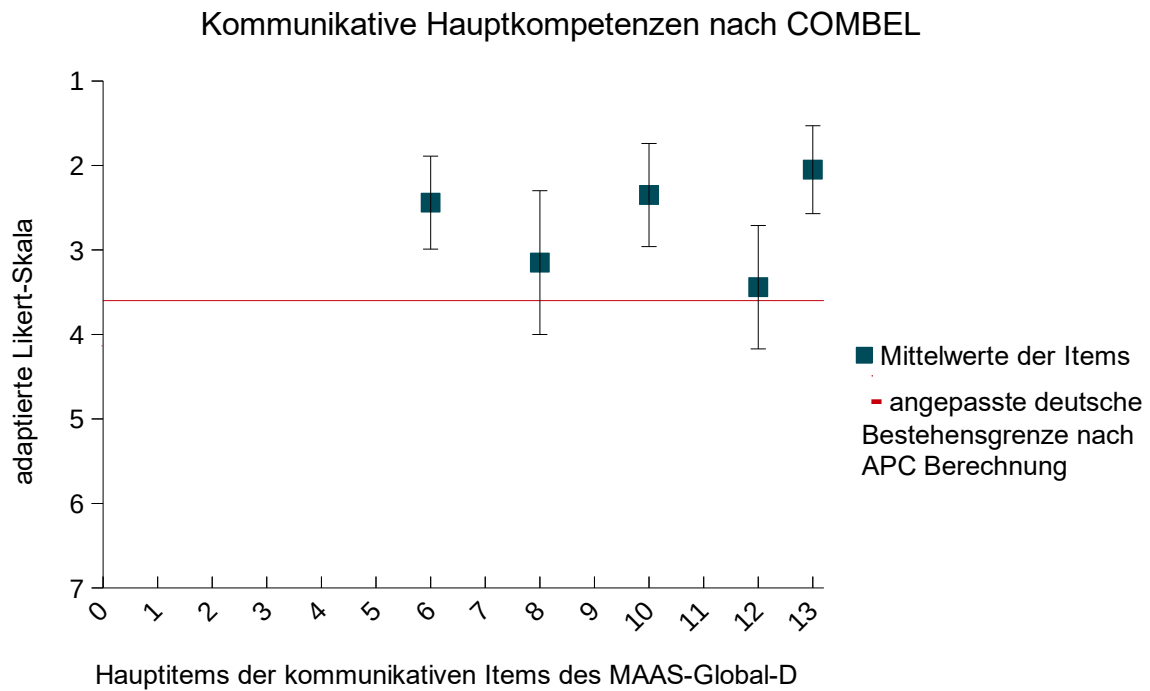


Abbildung 8: Darstellung der fünf kommunikativen Hauptitems

Anmerkung: Die fünf kommunikativen Hauptitems nach COMBEL sind Management (Item 6), Exploration (Item 8), Informationen (Item 10), Strukturieren (Item 12) und Empathie (Item 13). Die niederländische Bestehensgrenze der Hauptitems liegt bei 3,4 nach APC-Berechnung. Es erfolgte die Anpassung der Bestehensgrenze an die MAAS-Global-D Skala auf 3,6.

3.3.3 Ergebnisse der explorativen Faktorenanalyse

Die Eignung des Datensatzes für die Faktorenanalyse wurde bei einer Signifikanz nach Bartlett von $< 0,0001$ und einem KMO-Maß von 0,885 bestätigt. Bei der Anti-Image-Korrelation waren die Werte $> 0,790$. Von den elf Items sind zehn *gut* (Wert $> 0,8$) und eines *brauchbar* (Wert $> 0,6$) für die Analyse. Damit besteht kein Hinweis auf einen Ausschluss (bei Werten $< 0,5$) von Items. Die Items sind voneinander unabhängig, also orthogonal. Die Voraussetzungen zur Durchführung einer explorativen Faktorenanalyse waren gegeben.

Tabelle 3: Deskriptive Beschreibung der Items

Item	MW	SD	95%-KI		Schiefe	Kurtosis	K-S
			UG	OG			
1 Einstieg	2,76	0,65	2,55	2,98	0,78	0,65	,200*,**
3 Beratungsanlass	4,30	1,48	3,81	4,79	0,25	-0,63	,200*,**
5 Diagnose	2,45	0,49	2,28	2,61	0,45	0,10	,000*
6 Management	2,44	0,55	2,25	2,62	1,00	1,09	,106*
7 Evaluation	3,15	0,89	2,85	3,44	0,56	0,00	,158*
8 Exploration	3,15	0,85	2,86	3,43	0,53	0,89	,070*
9 Emotion	4,55	1,68	3,99	5,11	-0,34	-0,89	,200*,**
10 Information	2,35	0,61	2,33	2,73	0,81	0,48	,200*,**
11 Zusammenfassen	4,5	1,43	4,03	4,98	-0,08	-0,95	,006*
12 Strukturieren	3,44	0,73	3,20	3,68	0,93	1,31	,200*,**
13 Empathie	2,05	0,52	1,88	2,23	0,47	1,17	,200*,**
TOTALSCORE	3,21	0,66					,200*,**

*MW = Mittelwert. SD = Standardabweichung. 95%-KI = Konfidenzintervall. UG = Untergrenze. OG = Obergrenze. K-S = Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest für die Normalverteilung nicht-parametrischer Tests mit Asymptotischer Signifikanz ($p > 0,05$). * = Signifikanzkorrektur nach Lillefors, ** = untere Grenze der echten Signifikanz*

Bei den Items Management und Zusammenfassen konnte die Normalverteilung bei einem Wert von $< 0,05$ im Kolmogorov-Smirnov-Test als nicht gegeben angenommen werden. Da der Totalscore mit einem Kolmogorov-Smirnov-Index von 0,200 ($> 0,05$) als signifikant zu betrachten ist, wird jedoch insgesamt die Normalverteilung der Items angenommen.

Hauptkomponentenextraktion

Bei der Faktorenanalyse wurden zwei Faktoren mit einer erklärten Varianz von 68,64% extrahiert. Die extrahierten Dimensionen ließen sich mit „organisatorische Kommunikation“ (Faktor 1) und „patientinnenbezogene Kommunikation“ (Faktor 2) bezeichnen. Ladungen auf den jeweiligen Faktor $> 0,6$ wurden berücksichtigt. Auf den ersten Faktor (Komponente) luden die Items 5, 6, 7, 10, 12 und 13 mit 58,08% der Varianz. Auf den zweiten Faktor luden die Items 1, 3, 6, 8, 9 und 11 mit 10,56% der Varianz. Die Spearman Rangkorrelation (Spearman-Rho) variierte zwischen Item 12 (Strukturieren) $r_{\text{rho}} = 0,555$ und Item 3 (Beratungsanlass) $r_{\text{rho}} = 0,804$ (Siehe Tabelle Tabelle 4).

Tabelle 4: Rotierte Faktorenladung und Kaiser-Meyer-Olkin-Maß für jedes Item des MAAS-Global-D

Item	Komponente 1	Komponente 2	KMO	Spearman-Rho in Korrelation zum Totalscore
13 Empathie	0,87		0,856	0,604**
10 Information	0,85		0,868	0,750**
5 Diagnose	0,80		0,932	0,703**
12 Strukturieren	0,79		0,889	0,555**
7 Evaluation	0,73		0,897	0,688**
6 Management	0,69	0,52	0,904	0,789**
11 Zusammenfassen		0,83	0,790	0,672**
3 Beratungsanlass		0,68	0,900	0,804**
9 Emotion		0,67	0,877	0,729**
1 Einstieg		0,67	0,868	0,753**
8 Exploration		0,65	0,909	0,755**

*Ladung der Items auf die zwei Faktoren nach varimax Faktorenrotation. Nur Werte $> 0,5$ werden angezeigt. KMO = Kaiser-Meyer-Olkin-Maß. Spearman-Rho-Korrelations-Koeffizient: ** = Signifikanzniveau von 0,01.*

3.3.4 Zur Betrachtung der internen Konsistenz

Die interne Konsistenz über alle bewerteten kommunikativen Items lag bei einem Cronbach α von 0,921. Für den ersten Faktor lag die interne Konsistenz bei einem Cronbach α von 0,911 und für den zweiten Faktor bei einem Cronbach α von 0,781.

Faktor 1 „organisatorische Aspekte“

Auf dem Faktor „organisatorische Aspekte“ luden die Items *Empathie, Information, Diagnose, Strukturieren, Evaluation* und *Management*. Item 6 wurde bei einem höheren Wert Faktor 1 zugeordnet.

Faktor 2 „patientinnenbezogene Aspekte“

Auf dem Faktor „patientinnenbezogene Aspekte“ luden die Items *Zusammenfassen, Beratungsanlass, Emotion, Einstieg* und *Exploration*. Das Cronbach α betrug 0,781 für die fünf Items des Faktors 2 „patientinnenbezogene Kommunikation“.

3.4 Rückmeldung der Teilnehmerinnen zum Wahlfachangebot und dessen Durchführung

Im Anschluss an das Wahlfach wurde von den Studentinnen eine Rückmeldung dazu eingeholt. Im Folgenden wird das Evaluationsergebnis in Stichpunkten zusammengefasst.

- Die Veranstaltung solle regelmäßig und während des gesamten Studiums angeboten werden.
- Das Körpersprachen-Training sei ein willkommener Ergänzungsteil zu dem sonstigen Kommunikationstraining und solle früh im Ablauf eines Wahlfachs erfolgen.
- Die Einführung zu dem MAAS-Global-D Instrument solle im Gegensatz zu einer Veranstaltung in zwei Teilen erfolgen, sowie der Umgang in der Bewertung mit diesem auch bei den Teilnehmerinnen mehr geschult werden.
- Die Feedback-Gabe solle nach zwei durchgeführten Simulationsgesprächen erfolgen, um in den zwei weiteren Fällen das erhaltene Feedback gegebenenfalls umsetzen zu können.

- Eine Auswirkung des Kommunikationstrainings auf die Arzt-Patienten-Kommunikation werde nach Meinung der Teilnehmerinnen erst nach mehreren Durchgängen des Trainings erreicht.
- Sehr positiv wurde die Feedback-Gabe mit konkreten Beispielen zu den individuellen Kommunikationsfähigkeiten mit Bildmaterial angenommen.

Eine numerische Evaluierung des Wahlfaches wurde nicht durchgeführt.

4 Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Übersetzung und kulturelle Adaption des MAAS-Global und anschließende Validierung der deutschsprachigen Version. Im Rahmen des Wahlfachs „Training in Gesprächstechniken und Manueller Diagnostik“ wurde das Erlangen eines roten Fadens für das Arzt-Patienten-Gespräch als Ziel für die Medizinstudentinnen gesetzt. Hierbei wurden nicht nur das Erlernen von Gesprächstechnik sondern auch das Strukturieren und die Gliederung der Konsultation mittels MAAS-Global-D in den Fokus gerückt.

4.1 Diskussion der Methoden

4.1.1 Übersetzung und kulturelle Adaption des MAAS-Global

Die Übersetzung des englischsprachigen MAAS-Global ins Deutsche ließ sich nach WHO Standard durchführen. Ein Konsens konnte gebildet werden und nach kultureller Adaption steht das MAAS-Global-D der Öffentlichkeit zur Verfügung. Das MAAS-Global-D Manual beschreibt Kommunikationsfähigkeiten als Fertigkeiten, die förderlich für eine effektive und zielgerichtete Kommunikation mit den Patientinnen sind. Nach Befragung von Patientinnen und Hausärztinnen werden gewünschte Verhaltensweisen und kommunikative Fähigkeiten mit dem MAAS-Global-D Instrument abgebildet (9).

Weiterhin wurden Simulationsfälle für das Arzt-Patienten-Gespräch innerhalb des Kommunikationstrainings an deutschsprachigen, medizinischen Fakultäten übersetzt und kulturell adaptiert. Die Adaption der Likert-Skala wurde in Anpassung an das deutsche Schulnotensystem vorgenommen. Die Situationen in den simulierten Arzt-Patient-Gesprächen wurden auf Studentinnen zugeschnitten, sowie fachspezifische Begriffe und landesübliche wörtliche Übersetzungen in gängige deutsche Begriffe umgewandelt (Bsp.: „Pipi-Pille“ heißt „Wassertablette“).

4.1.2 Interrater-Reliabilität

In dieser Studie wurde das Bewerten der Aufnahmen von einer Ärztin und einem Psychologen durchgeführt. Diese Vorgehensweise deckte sich mit dem Bewertungsverfahren im niederländischen Kommunikationstraining mit MAAS-Global. Durch die Bewertung durch eine psychologische und eine ärztliche Kollegin soll eine mögliche Bias, durch das Bewerten von medizinisch korrekten Sachverhalten, beim Rating nur durch Ärztinnen vermieden werden. Bei der Herstellung der Interrater-Reliabilität in dieser Arbeit sind jeweils berufsbezogene Tendenzen zur Bewertung aufgefallen. Dabei gab der Psychologe eher Schwierigkeiten bei den Items *Beratungsanlass* und *Vermitteln von Informationen* und die bewertende Ärztin eher Schwierigkeiten beim Bewerten der Items *Zusammenfassen*, *Emotionen* und *Strukturieren* an. So musste vor allem bei den Items *Exploration*, *Emotionen*, *Strukturieren* und *Beratungsanlass* die Bewertung trotz genauer Beschreibung innerhalb des MAAS-Global-D Manuals diskutiert werden. Häufige Differenzen in der Bewertung traten bei dem Item *Exploration* auf, da dieses Item im Manual sehr offen beschrieben ist und dadurch variabel, nach Vorkommen, Zeitpunkt der Exploration und Ausführlichkeit bewertet werden kann. Verbesserung hinsichtlich der Bewertung des Items *Exploration* kann erreicht werden, wenn bei der Beschreibung des Items im Manual die „Zeit der Exploration während der gesamten Konsultation“ konkret beschrieben wird. Dabei ist die Notwendigkeit der Exploration zur *Erhebung des vollständigen Beratungsanlasses* nicht aus den Augen zu verlieren und der Großteil dieser sollte daher am Anfang einer Konsultation stattfinden. Bei dem Item *Emotionen* wurden von ärztlicher Seite schon Aussprüche, wie „Sie brauchen sich da keine Sorgen zu machen.“ als Erhebung oder Reflexion von Gefühlen gewertet. Allerdings zielen eher Fragen wie „Wie geht es Ihnen damit?“ oder Aussprüche wie „Sie sehen angespannt aus.“ auf die Erhebung der Emotionen von Patientinnen ab. Bei dem Item *Zusammenfassen* wurde schon das einmalige Zusammenfassen der Patientinnenaussagen von der Ärztin im Zeitraum der gesamten Konsultation bewertet. Hierbei wurde darauf geachtet, ob die Teilnehmerin mindestens einmal in eigenen Worten wiederholt oder zumindest paraphrasiert, was von der Patientin erzählt wurde. Der Psychologe wertete nur das kontinuierliche Zusammenfassen während der gesamten Konsultation als positiv. Zusammenfassungen der letzten Konsultationen oder von Vorerkrankungen wurden nicht gewertet. Insgesamt war die Interrater-Reliabilität, im Vergleich zu Vorstudien mit einer ICC von 0,49 und 0,56, mit einer ICC von 0,863 gut (92,96). Hierbei ist wiederum zu

beachten, dass es sich um eine heterogene nicht-repräsentative Gruppe von Raterinnen handelte, welche sich aber durch gute Schulung nicht negativ auf das Rating und somit einhergehende ICC auswirkte.

4.2 Diskussion der statistischen Ergebnisse

Die Auswertung der statistischen Daten beruht auf einer relativ kleinen Stichprobe ($n=37$) durch die Teilnahme der Studentinnen an einem limitierten Wahlfach. Selbst nach dem Drop-Out von dreizehn Teilnehmerinnen spiegelte die Geschlechterverteilung der verbliebenen 37 Teilnehmerinnen (60% weiblich, 40% männlich) die der Studienanfängerinnen wider (63% weiblich, 37% männlich) (40). Insgesamt konnten 148 Videos ausgewertet werden. Eine repräsentative Darstellung der erhobenen Daten ist durch die Gleichverteilung der Geschlechter und den Querschnitt über alle klinischen Semester gegeben. Bei einer solch kleinen Stichprobe war eine Multi-Level-Analyse der Daten jedoch nicht möglich, da diese erst bei Stichproben von $n>100$ angewendet werden kann.

In dieser Studie wurde der Gesamtmittelwert (Totalscore) aller Items aller Teilnehmerinnen als theoretische Bestehensgrenze und Richtwert definiert. Damit wurde eine Einordnung der Kommunikationsfähigkeiten der Teilnehmerinnen innerhalb der Stichprobe möglich.

4.2.1 Betrachtung der Teilnehmerinnen

Die Auswertung der bewerteten kommunikativen Items ergab bei jeder Teilnehmerin eine individuelle Darstellung der kommunikativen Fähigkeiten. Insgesamt lagen 46% über dem Durchschnittswert. Die *Informationsgabe*, die *Diagnosestellung* und das *Management* der Erkrankung wurde von den Medizinstudentinnen unabhängig vom Ausbildungsstand (5. - 12. Semester) gut ausgeführt. Wie das *Eröffnen der Konsultation* im *Einstieg* gehören diese zu den essentiellen Bestandteilen eines Arzt-Patienten-Gespräches. Starke Unterschiede in den bewerteten Items wie *Emotionen*, *Exploration*, *Strukturieren* und *Evaluation der Konsultation* können auf den unterschiedlichen Ausbildungsgrad und die damit einhergehende klinische Erfahrung mit Patientinnen zurückgeführt werden. Je nach Simulationsfall,

vorheriger Erfahrung in Famulaturen, Praktika, Berufserfahrung und vorherigem Training wurden die verwendeten Simulationsfälle von den Teilnehmerinnen als schwieriger oder einfacher empfunden. Die Unterschiede der eigenen Sicherheit in der ärztlichen Gesprächsführung spiegelten sich im Umgang mit den Patientinnen wider. Insgesamt wurde das Item *Empathie* als Voraussetzung zu einer guten Arzt-Patienten-Beziehung bei den Teilnehmerinnen sehr positiv bewertet. Möglicherweise ist hierbei eine Selektionsbias aufgetreten. Zum einen ist bei den freiwilligen Teilnehmerinnen des Wahlfaches von vorhandener Empathie auszugehen und zum anderen ist eine positive Bias durch den persönlichen Kontakt mit den Teilnehmerinnen nicht auszuschließen. Um vermutete Empathiedefizite zu detektieren, müssten alle Studentinnen eines Jahrgangs einbezogen und mit den anderen Jahrgängen verglichen werden (97).

4.2.2 Betrachtung der Items

Die überdurchschnittlich bewerteten Items *Einstieg*, *Diagnose*, *Management*, *Informationen* und *Empathie* sind grundlegende Bestandteile einer Konsultation. Bei jeder Konsultation führt im Einstieg eine eröffnende Frage „Wie geht es Ihnen?“, „Was führt Sie zu mir?“ oder „Was ist Ihr Problem?“ zum Beginn des Gespräches. Wurde der Einstieg mit einer solchen Frage begonnen, konnte dies bereits positiv bewertet werden. Negativ fiel in die Bewertung, dass die Teilnehmerinnen nicht den gesamten *Beratungsanlass* erfragten und nicht die Rückkopplung der Patientinnen einholten, wie die Definition des Items es verlangt. Bei der Benennung der Diagnose und Erklärung des Managements war die Informationsgabe durch die Teilnehmerinnen knapp, einfach und verständlich. Die Rückkopplung der Patientinnen wurde selten von den Teilnehmerinnen eingefordert. Gerade dieser Aspekt wird möglicherweise bei Kommunikationstrainings bisher nicht ausreichend trainiert. Es wird eher auf eine verständliche Sprache und deutliche Informationsgabe geachtet. Auf das Einholen der Rückkopplung sollte in Zukunft gesteigerte Aufmerksamkeit gelegt werden, um das Patientinnenverständnis sicherzustellen. Die *Rückkopplung der Patientinnen* fließt im Rahmen der Bewertung mit MAAS-Global-D bei fast jedem Item ein, womit sich das Instrument auch zum Training dieses Aspektes eignen würde.

Die unterdurchschnittlich bewerteten Items waren *Beratungsanlass*, *Emotionen*, *Zusammenfassen* und *Strukturieren*. Zu Beginn der Konsultation sollte der Beratungsanlass von

den Teilnehmerinnen nochmals wiederholt werden, um sicherzustellen, dass der Konsultationsgrund vollständig und korrekt erfasst wurde. Bei den wenigsten der Teilnehmerinnen konnte bei fehlender wörtlicher Wiederholung des Beratungsanlasses und Rückkopplung der Patientinnen dieses Item positiv bewertet werden. Um die Auswirkungen des Trainings mittels MAAS-Global-D gerade beim *Nennen des Beratungsanlasses* zu überprüfen, wird in Schleswig-Holstein eine Studie durchgeführt (98). Die anderen unterdurchschnittlich bewerteten Items *Zusammenfassen* und *Strukturieren* wurden über die gesamte Konsultation hinweg bewertet. Durch das stete Zusammenfassen sollte die Rückkopplung der Patientinnen eingeholt, das Verständnis verbessert und dadurch die Konsultation gut strukturiert werden. Es fiel auf, dass die Teilnehmerinnen das von den Patientinnen Gesagte nicht durchgängig zusammenfassten. Häufig wurde das Zusammenfassen subjektiv als redundant empfunden und daher unterlassen. In dieser Studie wurden die oben genannten Items ebenfalls durch das fehlende *Einholen der Rückkopplung der Patientin* unterdurchschnittlich bewertet. Jedes Arzt-Patienten-Gespräch kann im klinischen Alltag und auch in den Simulationsfällen unterschiedlich verlaufen, sodass zur Strukturierung des Gespräches ein „roter Faden“ unerlässlich ist. Ein Ziel des Wahlfaches war es, den Teilnehmerinnen mit dem MAAS-Global-D einen „roten Faden“ mit an die Hand zu geben. Zum Erlernen des *Strukturierens*, *Zusammenfassens* und *Einholen der Rückkopplung der Patientinnen* eignet sich der MAAS-Global-D gut, es müsste eine kontinuierliche Anwendung durch die Ausbildung hinweg angestrebt werden, um entsprechende Fortschritte zu belegen (51–54).

Die Items *Beratungsanlass*, *Zusammenfassen* und *Emotionen* wurden in einer anderen Studie trotz zuvor erfolgtem Kommunikationstrainings vergleichbar unterdurchschnittlich bewertet (92). Auch wenn diese strukturellen Kommunikationsfähigkeiten trainiert werden können, müssen diese Kommunikationsfähigkeiten im Kommunikationstraining langfristig einen hohen Stellenwert einnehmen. Das Bewerten des Items *Emotion* führte bei den Raterinnen zu Diskussionen. Um hierbei eine gute Punktzahl zu erzielen müssen Emotionen konkret angesprochen werden oder auf diese, wenn von den Patientinnen geäußert, eingegangen werden. Ist dies nicht der Fall, kann die Bewertung „nicht vorhanden“ vergeben werden. Ebenso kann dieselbe Bewertung vergeben werden, wenn der Beratungsanlass für die Patientin nicht emotional bedeutsam ist und die Ärztin dementsprechend nicht auf Emotionen eingeht. In den ausgewerteten Arzt-Patienten-Gesprächen wurden Emotionen nur selten direkt angesprochen, auch wenn es von den Simulationspatientinnen gefordert

wurde. Der doppelten möglichen Bewertung mit „nicht vorhanden“ und durch fehlendes direktes Ansprechen von Emotionen durch die Teilnehmerinnen ist möglicherweise die Bewertung des Items unterdurchschnittlich ausgefallen.

Die *Exploration* als umfassende Anamnese wurde durch die Teilnehmerinnen in unterschiedlicher Ausführlichkeit durchgeführt. Bei der weiten Streuung dieses Items könnten als Ursache die unterschiedlichen Ausbildungsstände der Teilnehmerinnen und Schwierigkeiten bei der Bewertung des Items ins Gewicht fallen.

4.2.3 Bestehensgrenze des MAAS-Global-D

Zur Einbindung des MAAS-Global-D in ein Kommunikationstraining muss eine Bestehensgrenze festgelegt werden. Die in dieser Studie verwendete theoretische Bestehensgrenze diente nur der Einordnung der Kommunikationsfähigkeiten innerhalb der Teilnehmerinnengruppe. Wenn die Bestehensgrenze nach niederländischem Vorbild in das MAAS-Global-D übernommen werden sollte, wäre der Wert von 3,9 zum Bestehen des Kommunikationstrainings vergleichbar mit der 4,0, die das Bestehen von Prüfungen während des Medizinstudiums darstellt. Auch die Bewertung durch die APC-Berechnung der Hauptitems, welche in der niederländischen Ausbildung > 3,4 sein muss, kann übernommen werden. Hierbei ist zu beachten, dass die niederländische Bestehensgrenze der Hauptitems bei 3,4 in Anpassung an das deutsche Bewertungssystem bei 3,6 läge. Zukünftig könnte nach eigenen Kriterien bei langjähriger Benutzung des MAAS-Global-D durch das Benennen von Hauptitems ein Bewertungssystem aufgebaut werden. Beim Vergleich der Einordnung der niederländischen Hauptitems zur fiktiven deutschen Bestehensgrenze, sind die Ergebnisse der Teilnehmerinnen gut. Im Gesamtdurchschnitt liegen die fünf Hauptitems oberhalb der Bestehensgrenze. Jedoch wird deutlich, dass die Streuung der Items *Exploration* und *Strukturieren* bis unterhalb des Wertes 3,6 geht. In der Ausbildung dieser kommunikativen Fähigkeiten könnte man in der Studienpopulation noch von möglicher Verbesserung ausgehen.

4.3 Die zweidimensionale Struktur des MAAS-Global-D

Bei der explorativen Faktorenanalyse konnten 2 Faktoren extrahiert werden. Zum einen konnten die Items *Empathie*, *Informationen*, *Diagnose*, *Strukturieren*, *Evaluation der Konsultation* und *Management* auf „organisatorische Aspekte“, zum anderen die Items *Zusammenfassen*, *Beratungsanlass*, *Einstieg*, *Emotionen* und *Exploration* auf „patientinnenbezogene Aspekte“ zugeordnet werden.

4.3.1 Die Faktoren und deren Einordnung in die Literatur

Diese zwei gebildeten Faktoren sind vergleichbar mit Ergebnissen anderer Faktorenanalysen des MAAS-Global (92,96). Darin wurden Faktoren gefunden, denen die Items einerseits in patientinnen- oder affektorientierter Kommunikation, andererseits in aufgaben- oder arztorientierter Kommunikation zugeordnet wurden (92).

Die „organisatorischen Aspekte“ gehen mit Kommunikationsfähigkeiten einher, die als erlernbar eingestuft werden (99). Auf den ersten Faktor laden die Items *Empathie*, *Informationen*, *Diagnose*, *Strukturieren*, *Evaluation der Konsultation* und *Management*. Auffällig ist hierbei die Ladung des Items *Empathie* auf den Faktor der organisatorischen Kompetenzen. Die Empathie ist für den Aufbau einer Arzt-Patienten-Beziehung essentiell und ohne dieselbe kann ein strukturiertes Arzt-Patienten-Gespräch nicht stattfinden (81). Somit ist die Ladung der Empathie auf den Faktor der „organisatorischen Aspekte“ nachzuvollziehen. Typische Items für die „organisatorischen Aspekte“ einer Konsultation sind *Informationen*, *Diagnose* und *Management*. Diese Art der Kommunikation entspricht am ehesten der traditionellen Arzt-Patienten-Kommunikation, bei welcher die vorgetragene Beschwerde einer Patientin zu einer Diagnosestellung und einem Therapieplan der Ärztin führt. Die Informationsgabe innerhalb einer Konsultation ist als Kommunikationskompetenz gut erlernbar, aber auch von dem jeweiligen Wissensstand der Teilnehmerinnen abhängig. Das *Strukturieren* und die *Evaluation der Konsultation* sind ebenfalls den organisatorischen Kommunikationsfähigkeiten einer Konsultation zugeordnet, da diese offensichtlich dazu dienen, die Konsultation in sich und nachfolgende Arzt-Besuche zu organisieren und zu strukturieren. Der Faktor der „organisatorischen Aspekte“ ist zu vergleichen mit der „aufga-

benorientierten“ Kommunikation. Hierbei müssen Kommunikationsfähigkeiten, die zur Strukturierung einer Konsultation führen, vorhanden sein (92).

Auf den zweiten Faktor „patientinnenbezogene Aspekte“ laden die Items *Zusammenfassen*, *Beratungsanlass*, *Einstieg*, *Emotionen* und *Exploration*. Mittels des richtigen Einstieges, des Erkennens und des Definierens des exakten Beratungsanlasses fühlen sich Patientinnen in einem Arzt-Patienten-Gespräch gut verstanden (19). Passendes Item der patientinnenbezogenen Kommunikation wäre die *Exploration* (Item 8) mit Erhebung von Wünschen und Erwartungen der Patientin. Um die Exploration vollständig durchzuführen ist eine adäquate Reflexion der Gefühle der Patientin (Item 9 - Emotion) notwendig, damit diese sich verstanden und gut behandelt fühlt (92). Mit stetem Zusammenfassen der Aussagen der Patientinnen kann die Ärztin exakt die Emotionen erfassen und die Exploration vollständig gestalten. Patientinnenbezogene Kommunikationsfähigkeiten sind Kompetenzen, die zur Erhebung der Wünsche und Erwartungen der Patientin führen und damit eine Beziehung zu der Patientin aufbauen (100) und können mit der patientinnenorientierten oder auch patientinnenzentrierten Kommunikation verglichen werden,

4.3.2 Einordnung der kommunikativen Items des MAAS-Global-D zu dem Rollenbild Kommunikatorin der CanMEDS

Für die Kommunikation während eines Arzt-Patienten-Gesprächs werden innerhalb der CanMEDS mehrere Bereiche beschrieben. Demnach ist für eine effektive und zielgerichtete Kommunikation, der Aufbau einer Arzt-Patienten-Beziehung und die Informationsvermittlung zur gemeinsamen Entscheidung der Behandlung grundlegend. Innerhalb dieser Bereiche können die Informationsaufnahme und die zielgerichtete effektive Kommunikation als Informationsvermittlung noch getrennt werden (59,101). In dieses Rollenbild können die Items des MAAS-Global-D zugeordnet werden (siehe Abbildung 9).

Der Aufbau einer Beziehung lässt sich mit den Items *Empathie*, *Einstieg in die Konsultation* in Abhängigkeit von *Erstbesuch* oder *Folgetermin*, *Exploration*, dem Eingehen auf *Emotionen*, *Diagnosestellung* und *Management* in Abhängigkeit zur *körperlichen Untersuchung* darstellen (in Zahlen die Items ausgedrückt: 13 – 1(2) – 8 – 9 – 5(4) – 6(4)). Essentiell sind hierbei die Empathiefähigkeit, die allgemeine Orientierung über den Besuchsgrund der Patientin, Exploration der Wünsche und Erwartungen der Patientin, Erfragen

und Reflektieren von Emotionen und vor allem die Rückmeldung der Patientin zu Diagnose und Management.

Die zielgerichtete effektive Kommunikation umfasst die Informationsaufnahme und Informationsverarbeitung von der Ärztin innerhalb der Items *Zusammenfassen*, *Informationen* und *Strukturieren* der Konsultation (Informationen als Itemfolge ausgedrückt: 11 – 10 – 12). So lässt sich durch häufiges Zusammenfassen der Gesprächsabschnitte geäußelter Gesprächsinhalt rekapitulieren und so das Verständnis beider Gesprächsteilnehmerinnen vergleichend überprüfen.

Die Informationsvermittlung nimmt hierbei eine einzelne Kernkompetenz ein, da häufig bei einem Arztbesuch gerade Informationen von den Patientinnen nicht verstanden werden. Die Informationsvermittlung setzt sich aus speziellen *Informationen* im Rahmen von *Diagnose* und *Management* sowie aus allgemeiner *Informationsweitergabe* zwischen Ärztin und Patientin zusammen (als Itemfolge ausgedrückt 8(3) – 5(4) – 6(3,2/4/5)). Das *Management* ist abhängig von der korrekten Erhebung des *Beratungsanlasses*, der *körperlichen Untersuchung*, der *Diagnose* bzw. des Benennens von Zusammenhang zwischen den Befunden und der Diagnose.

Die PEF beruht auf der guten Ausführung von *Exploration*, dem Zusammenspiel aus *Benennen des Beratungsanlasses*, *Diagnosestellung*, der *körperlichen Untersuchung* sowie dem *Management* (als Zahlenfolge 8(3) – 3/5/4 – 6). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Erhebung der Anamnese mit *Exploration* durch *Benennen des Beratungsanlasses* vervollständigt wird.

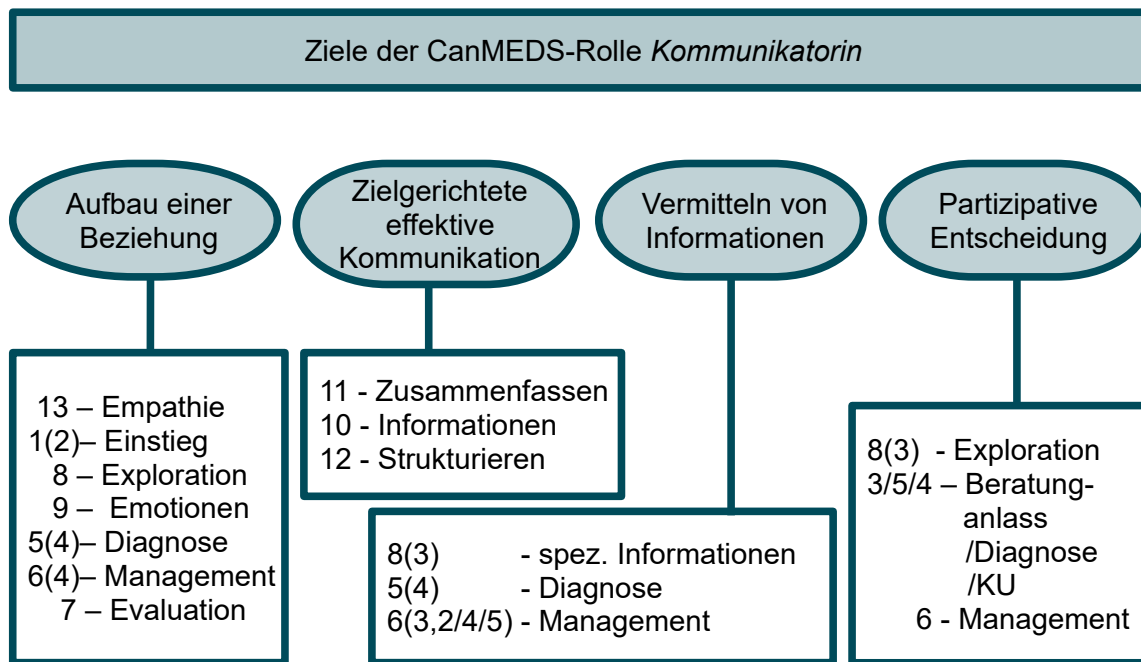


Abbildung 9: Einordnung der kommunikativen Items des MAAS-Global-D zu den Zielvorgaben der CanMEDS

Zahl in Klammern entspricht „in Abhängigkeit des Items“. Beispiele: 1(2) = Einstieg in Abhängigkeit eines Folgetermins; 5(4) = Diagnose in Abhängigkeit der körperlichen Untersuchung.

Spez. = spezielle, KU = körperliche Untersuchung

4.3.3 Einordnung der kommunikativen Items des MAAS-Global-D zum Querschnittsbereich Kommunikation im NKLM

Die kommunikativen Items des MAAS-Global-D können zu dem Querschnittsbereich Kommunikation des NKLMs eingeordnet werden. Dabei decken die Items des MAAS-Global-D die Bereiche der kommunikativen Fähigkeiten der ärztlichen Gesprächsführung in den NKLM unter Kapitel 14c ab und können der Rolle „die Ärztin _ der Arzt als Kommunikator_in“ Kapitel 7 zugeteilt werden (siehe Abbildung 10). So wird eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung bei vorhandener Empathie erst aufgebaut. Durch ständige Rückkoppelung der Aussagen und verstandener Meinung der Patientin im Informationsaustausch und beim Zusammenfassen führt eine gut strukturierte Konsultation zu effektiver Kommunikation. Weiterhin sind als Kernkompetenz das Management und die Dokumentation unter Datenschutz angeführt. Gutes Management wird erst möglich, wenn in einer gut strukturierten Konsultation mittels intermittierenden Zusammenfassens unter Informationsaustausch eine vollständige Exploration mit Diagnosestellung abgeschlossen wird. Der Datenschutz nimmt in Deutschland eine immer wichtigere Rolle ein. Bei zunehmender Digitalisierung des Gesundheitswesens muss auf diesen Aspekt mehr Bedeutung gelegt werden. Dahingehend muss auch Speicherung und Verarbeitung der aufgenommenen Videos zur Auswertung mittels MAAS-Global-D in größtmöglicher Sicherheit für die sensiblen Daten geschehen.

Während der Konsultation muss auf das Ansprechen und die Reflexion von Emotionen und sensiblen Themenfelder geachtet werden. Mittels Empathie, direkter Ansprache der Emotionen, ständige Rückkopplung der Patientin während der Konkretisierung des Beratungsanlasses und Erheben der Exploration, sowie nochmaliges Beleuchten von sensiblen Themen bei der Evaluation der Konsultation kann dieser Aspekt der ärztlichen Kompetenz nach NKLM ausgefüllt werden.

Im Instrument MAAS-Global-D werden verschiedene Items dem Einsatz von Kommunikationsstrategien zugeordnet. Wird der Einsatz von Kommunikationsstrategien als „roten Faden“ an sich betrachtet, wird dieser im Instrument MAAS-Global-D beim Ausführen der Items *Einstieg, Beratungsanlass, Evaluation der Konsultation, Strukturieren, Zusammenfassen* als Strategie umgesetzt.

Vor allem durch die Exploration werden Umweltfaktoren einbezogen. Jedoch wird durch die Rückkopplung der Patientin bei den Items *Emotionen*, *Diagnose*, *Management*, *Zusammenfassen*, *Empathie* immer die Umweltfaktoren der Patientin beleuchtet.

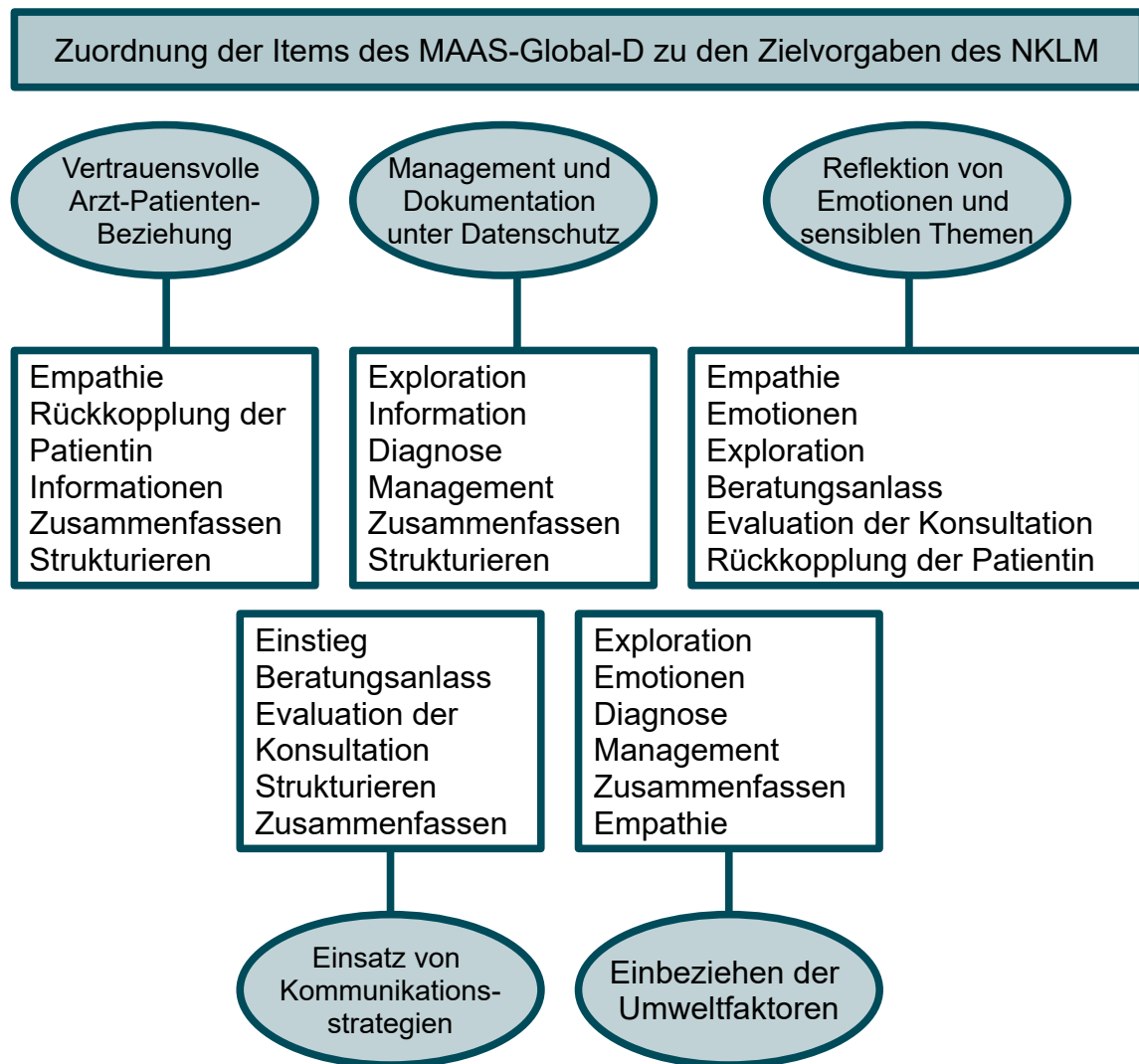


Abbildung 10: Zuordnung der Items des MAAS-Global-D zu den Zielvorgaben der Ärztin als *Kommunikatorin* nach NKLM

4.4 Validierung des MAAS-Global-D

4.4.1 Validität

Ziel der Studie war die kulturelle Adaption und Validierung der deutschsprachigen Version MAAS-Global-D. Die Überprüfung der internen Konsistenz zeigte sehr gute bis gute Werte auf (Cronbach α von 0,921 für die kommunikativen Items). Vergleichbare Validierungsstudien dieses Instrumentes aus den Niederlanden und Belgien zeigten mit Cronbach α von 0,86 und 0,78 ähnliche Werte (92,96). Das deutschsprachige Instrument MAAS-Global-D besitzt in den kommunikativen Items sehr gute psychometrische Eigenschaften.

4.4.2 Reliabilität

Bei der explorativen Faktorenanalyse konnten zwei Faktoren extrahiert werden. Diese können zum einen der organisatorischen Kommunikation und zum anderen der patientinnenbezogenen Kommunikation während einer Konsultation zugeordnet werden. Der Anteil der organisatorischen Kommunikation (Faktor 1) wird von den Items Empathie, Informationen, Diagnose, Strukturieren, Evaluation der Konsultation und Management abgebildet (Item 13, 10, 5, 12, 7, 6). Der Faktor 1 hat eine sehr gute interne Konsistenz (Cronbach α von 0,911) und damit eine gute Reliabilität. Die Items gewährleisten bei guter Ausführung durch eine effektive und strukturierte Kommunikation eine gut organisierte Konsultation. Durch die Rückmeldung der Patientin wird das Verstehen der von der Ärztin gegebenen spezifischen und allgemeinen Informationen in *Diagnose*, *Management* und *Informationen* (Item 5, 6 und 10) überprüft. Dies kann als *Kompetenz für Informationsvermittlung* den kommunikativen Fähigkeiten zugeordnet werden. Durch eine ausgewogene Zeiteinteilung der einzelnen Phasen der Konsultation und der abschließenden überprüfenden Frage kann ein zeitlich effektiver Ablauf des Arzt-Patienten-Gesprächs und damit durch *Evaluation der Konsultation* und *Strukturieren* (Item 7 und 12) eine zielgerichtete und effektive Kommunikation überprüft werden. *Empathie* (Item 13) kann als Voraussetzung für ein gelungenes Arzt-Patienten-Gespräch und als Grundlage für Aufbau einer Beziehung und somit als essentiell für das Zustandekommen einer effektiven Konsultation gesehen werden.

Der Anteil der patientinnenbezogenen Kommunikation (Faktor 2) wird von den Items *Zusammenfassen*, *Beratungsanlass*, *Einstieg*, *Emotionen* und *Exploration* gebildet (Item 11, 3, 1, 9, 8). Der Faktor 2 hat eine akzeptable interne Konsistenz (Cronbach α von 0,781) und damit eine gute Reliabilität.

4.5 Wahlfach

Das Studiendesign sah die Einbettung des Kommunikationstrainings mit Einführung in das MAAS-Global-D als Gesprächstechnik, in Kombination mit Körpersprachentraining, Manueller Therapie, direktem Feedback und videobasiertem Feedback in ein Wahlfach vor. Dieses Setting war für die hier vorliegende Studie zur ersten Validierung der psychometrischen Eigenschaften des MAAS-Global-D ein angemessener Rahmen. Das ursprüngliche Wahlfach existiert nunmehr nicht mehr, sondern wurde in Gestalt, Struktur geändert, so dass Kommunikationsfähigkeiten in den Pflichtfächern innerhalb des Studiums während mehrerer Jahre trainiert, bewertet und evaluiert werden können. Die Verbesserung zu dem aktuellen Angebot ist auch auf die Anerkennung des MAAS-Global-D als Bewertungsinstrument zurückzuführen.

4.5.1 Einbettung des Kommunikationstrainings in das Wahlfach

Durch die Einbettung des Kommunikationstrainings in das Wahlfach konnten die Teilnehmerinnen während eines Semesters an die verschiedenen Aspekte des MAAS-Global-D herangeführt und die unterschiedlichen Anteile des Wahlfaches durchlaufen. Im zeitlichen Rahmen des Wahlfaches, welcher auf 16 Stunden begrenzt war, konnten von allen Teilnehmerinnen die entsprechenden Videoaufnahmen zur späteren Auswertung erstellt werden. Es erfordert hierbei allerdings einen hohen personellen Aufwand, durch die fachliche Betreuung, den Einsatz von Simulationspatientinnen und die spätere Auswertung durch geschulte Raterinnen. So konnte das Wahlfach nur für einige Semester und für eine begrenzte Anzahl an Studentinnen angeboten werden. Zur Verwendung des Instruments MAAS-Global-D während der medizinischen Ausbildung wäre jedoch eine wiederholte Feedback-Gabe zu mehreren Zeitpunkten des Studiums und darüber hinaus notwendig,

um Fortschritte abzeichnen zu können. Die Teilnehmerinnen der Studie wünschten sich den konsequenten Einsatz des Instruments als „roten Faden“ während eines langjährigen Kommunikationstrainings, um an der Qualität ihrer Kommunikationsfähigkeiten weiterzuarbeiten.

Nach mündlicher Rückmeldung der Teilnehmerinnen erbrachte das videobasierte Feedback eine größere Motivation zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten, als das persönliche Feedback direkt nach der Konsultation und durch den Feedback-Bogen. Zusätzlich sahen die Teilnehmerinnen den Nutzen der Videoaufnahmen darin, sich selbst mittels „Blicks von außen“ bezüglich ihrer vorhandenen und nicht vorhandenen Kommunikationsfähigkeiten, Mimik, Gestik, Körpersprache und der ärztlichen Gesprächsführung beurteilen zu können. Dass nur 43% der Teilnehmerinnen das videobasierte Feedback in Anspruch nahmen, könnte daran liegen, dass die direkte Konfrontation mit eigenen Schwächen unangenehm ist. Dies würde übereinstimmen mit Aussagen einer niederländischen Psychologin im Rahmen einer Schulung, die in einem solchen Feedback ein relativ hohes Kränkungspotential beobachten konnte.

In Lübeck wurde mit dem Wahlfach „Bessere Kompetenzen für die interprofessionelle und individuell angemessene Versorgung von Menschen mit Demenz“ (KOMPIDEM) ein weiteres Wahlfachangebot zur Schulung und Bewertung von Kommunikationsfähigkeiten mit dem MAAS-Global-D als Bestandteil ins Leben gerufen (102). Weiterhin ist eine Weiterentwicklung in dem neu angebotenen Wahlfach „Rural & Remote Care“ des Instituts für Allgemeinmedizin mit dem MAAS-Global-D angedacht. In der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Schleswig-Holstein konnten erste Erfahrungen mit videobasiertem Feedback nach MAAS-Global-D Auswertung gesammelt werden (103,104). Mit den vielseitigen Einsatzmöglichkeiten des MAAS-Global-D könnte das Instrument für die Bewertung und das Training von Kommunikationsfähigkeiten deutschlandweit eingesetzt werden.

4.5.2 Defizite bei den kommunikativen Fähigkeiten der Studentinnen

In dieser hier vorliegenden Studie sind Defizite der Teilnehmerinnen bei den Items *Beratungsanlass*, *Emotionen*, *Zusammenfassen* und *Strukturieren* aufgefallen. Damit ist dieses Ergebnis größtenteils kongruent zu den in vorhergehenden Studien defizitären Items *Folgetermin*, *Beratungsanlass*, *Evaluation der Konsultation*, *Emotionen*, *Zusammenfassen*,

Strukturieren (51,77,92,96). Diese unterdurchschnittlichen Items können als organisatorische Items verstanden werden, da durch das *Setzen eines Zeitrahmens* (Item 12 Strukturieren), regelmäßiges *Zusammenfassen* (Item 11 Zusammenfassen) und das *Erheben der Ansicht und der Gefühle der Patientin* (Item 8 Exploration) eine Struktur für die Konsultation geschaffen wird. Diese Kommunikationsfähigkeiten werden bisher nicht ausreichend trainiert (41). Schwieriges Verstehen von ärztlichen Informationen seitens der Patientinnen hat vermutlich nicht den Ursprung in komplizierter und unverständlicher Sprache der Ärztinnen, sondern entsteht durch fehlende *Rückkopplung* (41). Gemeinsam mit Vorstudien sind die Defizite in den Kommunikationsfähigkeiten *Emotionen* und *Zusammenfassen* (92,96). Bei dem Item *Emotionen*, welches das Erheben von Gefühlen und die adäquate Reflexion von Emotionen enthält, kann das verminderte Nachfragen aus gesellschaftlichem Kontext und oft empfundener Distanz zwischen Ärztin und Patientin die Ursache für das schlechte Abschneiden sein. Oft trainierte Fähigkeiten der Empathie wie Augenkontakt und soziales Auftreten, das Unterlassen von medizinischem Jargon, gelten jedoch als vorausgesetzt oder intuitiv. Im Vergleich zu anderen Validierungsstudien wurde das Item 7 *Evaluation der Konsultation* besser bewertet (51,63,92,96). Dies kann durch die explizite Erwähnung dieses Items bei der Einführung zum MAAS-Global-D im Wahlfach begründet sein. Andernfalls ist das gehäuft zu positive Rating der *allgemeinen Frage am Ende* der Evaluation (Item 7, Teilbereich 1) in Betracht zu ziehen. Hierbei könnten Aussprüche wie „Sonst noch was?“ oder „Alles gut soweit?“ fälschlicherweise als *allgemeine Frage* gewertet worden sein. In dieser Studie ist die *Evaluation der Konsultation* im Gegensatz zu vorherigen explorativen Faktorenanalysen als relevant für die Skala des Faktors „organisatorischen Aspekte“ zu betrachten (92).

4.6 Limitationen der Studie

Aufgrund der geringen Fallzahl der Studie ist der Vergleich mit anderen Studien mit Limitationen verbunden. Technische Komplikationen durch die sensitiven Aufnahmemethoden der Räume führten zu einem Drop-Out von 26% der Studienteilnehmerinnen. Diese Verringerung der Teilnehmerinnen wäre bei einer größeren Stichprobe und besser geschulten Technikerinnen geringer ausgefallen. Die Geschlechterverteilung bei der geringen Fallzahl ist jedoch vergleichbar mit der prozentualen Geschlechterverteilung deutscher Studienan-

fängerinnen, sodass die Teilnehmerinnen der Studie als Querschnitt der deutschen Studentinnen gelten können (40). Zusätzlich muss von einem erhöhten Interesse an Kommunikationsfähigkeiten und dem Erwerb dieser bei den Teilnehmerinnen der hier vorliegenden Studie ausgegangen werden, denn diese waren Teilnehmerinnen des Wahlfachs mit dem Schwerpunkt auf Erlernen von Kommunikationsfähigkeiten und Gesprächstechniken. Die Teilnehmerinnen befanden sich in unterschiedlichen Semestern und hatten daher unterschiedliche Wissensstände und Erfahrungen in Studium und Famulaturen gesammelt.

Die Teilnehmerinnen in höheren Semestern hatten mehr Erfahrungen durch Famulaturen und Praktika und konnten sich bei umfassenderem Wissensstand mehr auf die Gesprächstechnik konzentrieren, was sich am ehesten in der variablen Bewertung des Items Exploration zeigt. In der hier vorliegenden Studie wurde nur auf die kommunikativen Fähigkeiten Bezug genommen. In der Einführung zum MAAS-Global-D während des Wahlfachs wurde explizit auf die *Evaluation der Konsultation* hingewiesen, sodass durch die Teilnehmerinnen ein besonderes Augenmerk auf die Ausführung des Items gelegt wurde. Dadurch kann es zu einem positiven Bias gekommen sein.

Die zwei Items Folgetermin (Item 2) und körperliche Untersuchung (Item 4) entfielen bei der Bewertung innerhalb unserer Studie, da sie bei zwei von vier in der Studie verwendeten Fällen nicht anwendbar waren. Diese Vorgehensweise deckt sich mit der niederländischen Kommunikationsausbildung, bei welcher in der APC-Berechnung das zweite und vierte Item nicht berücksichtigt werden. Weiterhin entfiel die Bewertung von korrektem medizinischen Wissen und die Durchführung von ärztlichen Maßnahmen (klinische Fertigkeiten) bei unterschiedlichem Ausbildungsstand. Das bedeutet, dass der dritte Teil des Instruments MAAS-Global-D, medizinische Aspekte (Item 14 – 17), im Rahmen der psychometrischen Überprüfung außer Acht gelassen wurde. Insgesamt beruht die Bewertung der psychometrischen Eigenschaften des MAAS-Global-D innerhalb dieser Studie auf der Betrachtung von elf der 17 Items. Diese Betrachtung scheint aufgrund der Begrenzung auf Kommunikationsfähigkeiten sinnvoll, könnte aber in weiteren Untersuchungen auch auf die ärztlichen Fähigkeiten ausgeweitet werden.

In dieser Studie wurden die Daten von zwei nicht repräsentativen heterogenen Raterinnen erhoben, angelehnt an das Vorbild des niederländischen Ausbildungssystems, in welchem jeweils eine Psychologin und eine Ärztin die Videos mit MAAS-Global bewerten.

Laut einer vorhergegangenen Studie beeinflussten unter anderem das Geschlecht und die

zugrundeliegende Expertise die Raterinnen (105). Um diese Bias zu verringern wären weitere Untersuchungen mit mehreren und homogenen Raterinnen pro Video empfehlenswert. Eine erneute Betrachtung von MAAS-Global-D Daten wäre anhand einer größeren Stichprobe zu empfehlen. Zum einen könnte damit diese Selektionsbias reduziert werden und bei einer Fallzahl von $n > 100$ eine Multi-Level-Struktur des Instruments dargestellt werden. Weiterhin wäre bei einer größeren Stichprobe die Untersuchung des Einflusses von vorangegangener Ausbildung, dem Ausbildungsstand und des Geschlechtes zu beleuchten. Diese Subgruppenanalyse konnte bei geringer Teilnehmerinnenanzahl in dieser Studie nicht durchgeführt werden. Für weitere Erhebungen ist eine Evaluation der Veranstaltung mit Punkten oder Notenvergabe durch die Teilnehmerinnen denkbar, um die Vergleichbarkeit zu anderen Veranstaltungen herzustellen.

Zu beachten bleibt, dass das MAAS-Global-D als Grundlage der ärztlichen Kommunikation und als ein Leitfaden in der ärztlichen Gesprächsführung dienen soll. Einige Arten der Gesprächsführung, beispielsweise die offene Gesprächsführung, können mit MAAS-Global-D nicht gut bewertet werden, da aufgrund der Struktur des Instruments keine adäquaten Ergebnisse erzielt werden würden (9).

4.7 Resümee und Ausblick

Die Anwendungsmöglichkeiten des MAAS-Global-D liegen vor allem in der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen, um diesen einen strukturierten Konsultationsstil so früh wie möglich nahezubringen. Weiterhin kann das MAAS-Global-D Instrument neben dem Studium zur Qualitätskontrolle während des Berufslebens verwendet werden. Daher ist das Instrument neben dem Studium auch im Rahmen von „Train-the-Trainer“ Kursen für Weiterbildungsbefugte sehr gut einzusetzen. Dafür ist das MAAS-Global-D in der Checkliste der AG Train-the-Trainer implementiert (106).

Geschlechtsspezifische unterschiedliche Kommunikationsstrategien können mit unterschiedlich gesetzten Schwerpunkten im Kommunikationstraining ausgeglichen werden. Bei Medizinerinnen sollte mehr auf die Informationsgabe und Strukturieren der Konsultation geachtet werden, bei Medizinern eher auf Empathie, Emotionen und die Rückkopplung der Patientinnen. Die Unterpunkte der Items sollten im Manual mit den Ergebnissen aus dieser Studie überarbeitet werden, um Unstimmigkeiten im Bewertungsverhalten zu minimieren. Dabei ist zu beachten, dass die Bewertung der *Exploration* (Item 8) sich über die gesamte Konsultation und nicht nur über den ersten Teil erstrecken sollte. In zukünftigen Studien könnte die Bewertung der Videoaufnahmen an zwei Zeitpunkten mit mindestens einmonatigem Abstand wiederholt werden. Damit könnte der Trainingseffekt während des Bewertens als Bias reduziert und die Intrarater-Reliabilität optimiert werden. Eine vorherige Schulung zur Wiederauffrischung der Interrater-Reliabilität ist in jedem Fall zu empfehlen und ist in den Niederlanden schon in die Wertungszyklen implementiert.

Das Manual und das Instrument MAAS-Global-D ist auf der Internetseite des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck verfügbar. Innerhalb von weiteren Wahlfächern und im Kommunikationstraining wird das MAAS-Global-D an der Universität zu Lübeck verwendet (102). Auch in der Weiterbildung wird das MAAS-Global-D im Selbststudium und als Bewertungsmaßnahme verwendet (9,103). Mit der Einbindung des MAAS-Global-D in das „Praxisbuch Ärztliche Kommunikation zum Masterplan Medizinstudium 2020“ (54) ist die Grundlage für die Verwendung in deutschsprachigen Fakultäten gelegt.

5 Zusammenfassung

Einleitung: Kommunikationsfähigkeiten sind innerhalb eines Arzt-Patienten-Gesprächs nicht nur die Grundlage für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung, sondern können bei entsprechender Ausführung zu einer effektiveren Behandlung führen. Bei unzureichender Kommunikation zwischen Ärztinnen und Patientinnen können schwerwiegende Fehlentscheidungen getroffen werden. Dass Kommunikationsfähigkeiten erlernt werden können, ist hinreichend bekannt und wird weltweit innerhalb von Kommunikationstrainings umgesetzt. Mit der Einbindung der ärztlichen Gesprächsführung in die Ärztliche Approbationsordnung und die gesetzliche Festlegung der patientinnenzentrierten Gesprächsführung (SGB V § 73b) stehen die Ausbildung und Überprüfung von Kommunikationsfähigkeiten in der medizinischen Aus- und Weiterbildung verstärkt im Fokus. Innerhalb Deutschlands gibt es auf Grundlage des NKLMs die Bemühung, ein standardisiertes Kommunikationstraining zu initiieren. Bisher stand in Deutschland kein validiertes Bewertungsinstrument für Kommunikationsfähigkeiten verbreitet zur Verfügung. Mit der hier vorliegenden Arbeit wurde das Maastricht history-taking and advise scoring list (MAAS-Global), ein international verwendetes, validiertes Instrument ins Deutsche übersetzt und das Instrument MAAS-Global-D auf psychometrische Eigenschaften hin überprüft.

Methoden: Die deutschsprachige Version des MAAS-Global wurde nach WHO Standard erstellt und als MAAS-Global-D veröffentlicht. Eine kulturelle Adaption des MAAS-Global-D wurde durchgeführt. Innerhalb des Lübecker Wahlfaches „Training in Gesprächstechniken und Manuelle Diagnostik“ wurde unter anderem eine Einführung zum MAAS-Global-D gegeben und von jeder Teilnehmerin vier simulierte Arzt-Patienten-Gespräche aufgezeichnet. Die Videoauswertung erfolgte durch zwei geschulte Raterinnen mit MAAS-Global-D unter zuvor hergestellter Interrater-Reliabilität. Die erhobenen Daten wurden deskriptiv ausgewertet und einer explorativen Faktorenanalyse unterzogen. Die Teilnehmerinnen erhielten während des Wahlfachs mehrfach Feedback, sowie ein videobasiertes Feedback nach der Auswertung mittels MAAS-Global-D.

Ergebnisse: Das MAAS-Global-D entstand als deutschsprachige Version des MAAS-Global und wurde kulturell adaptiert. Die Adaption umfasste sowohl die sprachliche Anpassung als auch die Anpassung der Bewertungsskala an deutsche Schulnoten (1 – sehr gut, 6 – schlecht). Innerhalb des Wahlfachs, welches von 2015 bis 2017 an der Universität zu Lübeck durchgeführt wurde, entstanden von insgesamt 37 Teilnehmerinnen auswertbare Videoaufnahmen von jeweils vier simulierten Arzt-Patienten-Gesprächen. Diese konnten nach Vorbild der Auswertung in der niederländischen Weiterbildung von zwei unabhängigen Raterinnen mit einer Interrater-Reliabilität (ICC von 86 %) ausgewertet werden. Die kommunikativen Fähigkeiten der Teilnehmerinnen lagen bei 54% unterhalb des Gesamtdurchschnitts von 3,21. Durch die explorative Faktorenanalyse konnten zwei Faktoren dargestellt werden. Die interne Konsistenz der kommunikativen Items lag bei Faktor 1 „organisatorische Aspekte“ bei einem Cronbach α von 0,911 und bei Faktor 2 „patientinnenbezogenen Aspekte“ bei einem Cronbach α von 0,781. Insgesamt ergab sich für die gesamte Liste der kommunikativen Items eine interne Konsistenz des MAAS-Global-D von einem Cronbach α von 0,921.

Diskussion: Mit dem MAAS-Global-D liegt ein deutschsprachiges Instrument zur Bewertung von kommunikativen Fähigkeiten vor. Die hier vorliegende Studie gibt erste Hinweise auf die psychometrischen Eigenschaften von elf kommunikativen Items des MAAS-Global-D (107). Dabei können die patientinnenbezogene und organisatorische Kommunikation auch getrennt voneinander betrachtet werden. Das MAAS-Global-D wird an der Universität zu Lübeck im Kommunikationstraining verwendet (102), ist im „Praxisbuch Ärztliche Kommunikation zum Masterplan Medizinstudium 2020“ verankert (54) und wird im Rahmen der Checkliste „Train-the-Trainer“ der *Verbundweiterbildung^{plus}*-DEGAM zur Ausbildung der kommunikativen Fähigkeiten in der ärztlichen Gesprächsführung bundesweit empfohlen (106). Auf dem Boden der hier vorgestellten Arbeit kann das optimierte Instrument MAAS-Global-D zur Gestaltung eines longitudinalen Kommunikationstrainings zum Erlernen und Beibehalten der guten ärztlichen Gesprächsführung vom Medizinstudium bis hin zur Berufsausübung verwendet werden.

6 Literaturverzeichnis

1. Bartlett EE, Grayson M, Barker R, Levine DM, Golden A, Libber S. The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence. *Journal of Chronic Diseases*. 1984; 37(9–10): S. 755–64.
2. Essers G, Kramer A, Andriesse B, van Weel C, van der Vleuten C, van Dulmen S. Context factors in general practitioner-patient encounters and their impact on assessing communication skills--an exploratory study. *BMC family practice*. 2013; 14: S. 65.
3. Kuusela M, Vainiomäki P, Kiviranta A, Rautava P. The Missing Evaluation at the End of GP's Consultation. *International Journal of Family Medicine*. 2013; 2013: 672857.
4. Paternotte E, Scheele F, Seeleman CM, Bank L, Scherpbier AJJA, van Dulmen S. Intercultural doctor-patient communication in daily outpatient care: relevant communication skills. *Perspectives on Medical Education*. Oktober 2016; 5(5): S. 268–75.
5. van Thiel J, Ram P, van Dalen J. MAAS-Global Manual. Maastricht: Maastricht University. 2000;
6. Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *British Medical Journal*. 31. Mai 1975; 2(5969): S. 486–9.
7. Peterson MC, Holbrook JH, Von Hales D, Smith NL, Staker LV. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. *Western Journal of Medicine*. Februar 1992; 156(2): S. 163–5.
8. ISEG - Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW. Barmer-GEK Arztreport 2010, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Asgard-Verlag; 2010.
9. Götz K, Steinhäuser J, Böttcher M. Das hausärztliche Gespräch – ein qualitativer Blick auf die Erlebniswelt von Arzt und Patient - Zeitschrift für Allgemeinmedizin [Internet]. 2016 [zitiert 10. Oktober 2019].
10. Waschkau A, Allner R, Fischer S, Steinhäuser J. Telemedizin in der Hausarztpraxis – Aspekte der Kommunikation. 01. 26. Januar 2018; 01(931): S. 19–19.
11. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine*. April 2001; 76(4): S. 390–3.
12. Bundesministerium für Gesundheit. ÄApprO 2002 - Approbationsordnung für Ärzte [Internet]. §1 2002.
13. Weinert FE. Vergleichende Leistungsmessung in Schulen - eine umstrittene Selbstverständlichkeit. Weinert FE, Herausgeber. Leistungsmessungen in Schulen.

Weinheim: Beltz; 2001. S. 17-31.

14. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA. 9. Januar 2002; 287(2): S. 226–35.
15. Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, Van Maele G, De Sutter A, De Meyere M, Deveugele M. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. The British Journal of General Practice. 1. Januar 2009; 59(558): S. 29–36.
16. Schulz von Thun F, Schulz von Thun F. Miteinander reden: 4: Fragen und Antworten. Original-Ausgabe, Sonderausgabe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag; 2014. (Miteinander reden).
17. Härtl A, Bachmann C, Blum K, Höfer S, Peters T, Preusche I, Raski B, Rüttermann S, Wagner-Menghin M, Wünsch A, Kiessling C. Desire and reality – teaching and assessing communicative competencies in undergraduate medical education in German-speaking Europe – a survey. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung [Internet]. 16. November 2015 [zitiert 13. Februar 2017]; 32(5).
18. Faller PDDH. Patientenorientierte Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung. Bundesgesundheitsblatt. 30. August 2012; 55(9): S. 1106–12.
19. Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. The Journal of the Royal College of General Practitioners. Februar 1979; 29(199): S. 77–81.
20. Bieber C, Gschwendtner K, Müller N, Eich W. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. Rehabilitation. Juni 2017; 56(3): S. 198–213.
21. Rockenbach K, Schildmann J. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF): eine systematische Übersichtsarbeit zu Begriffsverwendung und Konzeptionen. Gesundheitswesen. Juli 2011; 73(7): S. 399–408.
22. Härter M, Dirmaier J, Scholl I, Donner-Banzhoff N, Dierks M-L, Eich W, Müller H, Klemperer D, Koch K, Bieber C. The long way of implementing patient-centered care and shared decision making in Germany. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 1. Juni 2017; 123: S. 46–51.
23. Löffler-Stastka H, Seitz T, Billeth S, Pastner B, Preusche I, Seidman C. Significance of gender in the attitude towards doctor-patient communication in medical students and physicians. Wiener klinische Wochenschrift. September 2016; 128(17–18): S. 663–8.
24. Sawicki PT. [Quality of health care in Germany. A six-country comparison]. Medizinische Klinik (Munich, Germany: 1983). 15. November 2005; 100(11): S. 755–68.
25. Davenport S, Goldberg D, Millar T. How psychiatric disorders are missed during medical consultations. Lancet. 22. August 1987; 2(8556): S.439–41.
26. Schmitt MT, Fritzsche K. Die Verbesserung der kommunikativen Reziprozität von Arzt und Patient : eine manualgestützte Ergebnisstudie mit Ärzten in der

Facharztweiterbildung am Universitätsklinikum Freiburg [Internet]. 2006 [zitiert 3. Februar 2017].

27. Haskard Zolnieriek KB, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Medical care*. August 2009; 47(8): S. 826–34.
28. Reinders ME, Blankenstein AH, van der Horst HE, Knol DL, Schoonheim PL, van Marwijk HWJ. Does patient feedback improve the consultation skills of general practice trainees? A controlled trial. *Medical Education*. Februar 2010; 44(2): S. 156–64.
29. Koch K, Schürmann C, Sawicki P. The German Health Care System in International Comparison. *Deutsches Ärzteblatt International*. Juni 2010; 107(24): S. 427–34.
30. Bestmann B, Verheyen F. Patientenzufriedenheit. Ergebnisse einer repräsentativen Studie in der ambulanten ärztlichen Versorgung. WINEG Wissen 01 [Internet]. 2010 [zitiert 6. September 2017].
31. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M, ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet*. 12. Februar 2005; 365(9459): S. 579–87.
32. Gude T, Vaglum P, Anvik T, Baerheim A, Eide H, Fasmer OB, Graugaard, P, Grimstad H, Hjortdahl P, Holen A, Nordoy T, Skirbekk H, Finset A. Observed communication skills: how do they relate to the consultation content? A nation-wide study of graduate medical students seeing a standardized patient for a first-time consultation in a general practice setting. *BMC Medical Education*. 8. November 2007; 7: S.43.
33. Bronzwaer SLAM, Cars O, Buchholz U, Mölstad S, Goettsch W, Veldhuijzen IK, u. a. A European study on the relationship between antimicrobial use and antimicrobial resistance. *Emerging Infectious Diseases*. März 2002; 8(3): S. 278–82.
34. Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ*. 5. September 1998; 317(7159): S. 637–42.
35. Eggermont D, Smit M a. M, Kwestroo GA, Verheij RA, Hek K, Kunst AE. The influence of gender concordance between general practitioner and patient on antibiotic prescribing for sore throat symptoms: a retrospective study. *BMC family practice*. 17 2018; 19(1): S. 175.
36. Rimondini M, Mazzi AM, Deveugele M, Bensing JM. How do national cultures influence lay people's preferences toward doctors' style of communication? A comparison of 35 focus groups from an European cross national research. *BMC Public Health*. 2015; 15: S. 1239.
37. Veldhuijzen W, Mogendorff K, Ram P, van der Weijden T, Elwyn G, van der Vleuten C. How doctors move from generic goals to specific communicative behavior in real practice consultations. *Patient Education and Counseling*. Februar 2013; 90(2): S. 170–6.

38. Dielissen P, Verdonk P, Bottema B, Kramer A, Lagro-Janssen T. Expert consensus on gender criteria for assessment in medical communication education. *Patient Education and Counseling*. August 2012; 88(2): S. 189–95.
39. Noordman J, van Dulmen S. The consequences of task delegation for the process of care: Female patients seem to benefit more. *Women Health*. 2016; 56(2): S. 194–207.
40. Hibbeler B, Korzilius H. Arztberuf: Die Medizin wird weiblich - Deutsches Ärzteblatt 2008; 105(12) [Internet]. 2008 [zitiert 7. Februar 2017].
41. Aspegren K, Lønberg-Madsen P. Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Medical Teacher*. September 2005; 27(6): S. 539–43.
42. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Medical Teacher*. 1999; 21(6): S. 563–70.
43. Goodridge D, Marciniuk D. Rural and remote care. *Chronic Respiratory Disease*. Mai 2016; 13(2): S. 192–203.
44. Tuckson RV, Edmunds M, Hodgkins ML. Telehealth - Special Report from The New England Journal of Medicine, letzter Zugriff 28.11.2019 [Internet]. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMSr1503323>. 2017 [zitiert 9. Oktober 2019].
45. Bombeke K, Van Roosbroeck S, De Winter B, Debaene L, Schol S, Van Hal G, Van Royen P. Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centred attitudes: an observational study comparing two cohorts during clinical clerkships. *Patient Education and Counseling*. September 2011; 84(3): S. 310–8.
46. Störmann S, Stankiewicz M, Raes P, Berchtold C, Kosanke Y, Illes G, Loose P, Angstwurm MW. How well do final year undergraduate medical students master practical clinical skills? *GMS journal for medical education*. 2016; 33(4): Doc58.
47. Krautter M, Diefenbacher K, Koehl-Hackert N, Buss B, Nagelmann L, Herzog W, Jünger J, Nikendei, Christoph. Short communication: final year students' deficits in physical examination skills performance in Germany. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*. 2015; 109(1): S. 59–61.
48. Busch A-K, Rockenbach K, Schmutzer G, Brähler E. Do medical students like communication? Validation of the German CSAS (Communication Skills Attitude Scale). *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*. 2015; 32(1): Doc11.
49. Silverman JD, Draper J, Kurtz SM. The inhumanity of medicine. Interpersonal and communication skills can be taught. *BMJ*. 25. Februar 1995; 310(6978): S. 527.
50. Richter-Kuhlmann E. Arzt-Patienten-Kommunikation: Kein „alter Hut“. *Deutsches Ärzteblatt*. 2014; 111: S.47 [Internet]. aerzteblatt.de. 2014 [zitiert 31. Januar 2017].
51. Kramer AWM, Düsman H, Tan LHC, Jansen JJM, Grol RPTM, van der Vleuten CPM. Acquisition of communication skills in postgraduate training for general practice.

Medical Education. Februar 2004; 38(2): S. 158–67.

52. Hulsman RL, Ros WJ, Winnubst JA, Bensing JM. Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. Medical Education. September 1999; 33(9): S.655–68.
53. Kurtz SM, Laidlaw T, Makoul G, Schnabl G. Medical education initiatives in communication skills. Cancer prevention & control: CPC = Prévention & contrôle en cancérologie: PCC. Februar 1999; 3(1): 37–45.
54. Jünger J. Ärztliche Kommunikation: Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020. Klett-Cotta; 2018.
55. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ. 30. November 1991; 303(6814): S. 1385–7.
56. Dacre J, Richardson J, Noble L, Stephens K, Parker N. Communication skills training in postgraduate medicine: the development of a new course. Postgraduate Medical Journal. Dezember 2004; 80(950): S. 711–5.
57. Rider EA, Hinrichs MM, Lown BA. A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. Medical Teacher. August 2006; 28(5): S. 127–134.
58. van Thiel J, Kraan HF, Van Der Vleuten CP. Reliability and feasibility of measuring medical interviewing skills: the revised Maastricht History-Taking and Advice Checklist. Medical Education. Mai 1991; 25(3): S. 224–9.
59. Frank J. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. [Internet]. 2005 [zitiert 17. Februar 2017].
60. Meyer S, Karsch-Völk M, Schneider A. CanMEDS-Allgemeinmedizin: Ein Grundgerüst von Kompetenzen in der Allgemeinmedizin [Internet]. 2009 [zitiert 11. Dezember 2019].
61. Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. Medical Teacher. September 2007; 29(7): S. 642–7.
62. Jilg S, Möltner A, Berberat P, Fischer MR, Breckwoldt J. How do Supervising Clinicians of a University Hospital and Associated Teaching Hospitals Rate the Relevance of the Key Competencies within the CanMEDS Roles Framework in Respect to Teaching in Clinical Clerkships? GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung. 2015; 32(3): Doc33.
63. Dalen J van, Bartholomeus P, Kerkhofs E, Lulofs R, Thiel J van, Rethans J-J, u. a. Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years. Medical Teacher. Januar 2001; 23(3): S. 245–51.
64. Robinson J, Walley T, Pearson M, Taylor D, Barton S. Measuring consultation skills in primary care in England: evaluation and development of content of the MAAS scale.

The British Journal of General Practice. November 2002; 52(484): S. 889–93.

65. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Schwffer S, Schubert S, Committee Communication and Social Competencies of the Association for Medical Education Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, Basel Workshop Participants. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi survey. Patient Education and Counseling. November 2010; 81(2): S. 259–66.
66. Kiessling C, Langewitz W. The longitudinal curriculum „social and communicative competencies“ within Bologna-reformed undergraduate medical education in Basel. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung [Internet]. 15. August 2013 [zitiert 28. April 2015]; 30(3).
67. Jünger J, Köllner V. [Integration of a doctor/patient-communication-training into clinical teaching. Examples from the reform-curricula of Heidelberg and Dresden Universities]. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. Februar 2003; 53(2): S. 56–64.
68. Wand S, Schildmann J, Burchardi N, Vollmann J. [The „bad news consultation assessment scale“ (Aufklärungsgesprächbewertungsskala, AGBS): a tool for assessing communication competencies when breaking bad news to cancer patients]. Zeitschrift Für Ärztliche Fortbildung Und Qualitätssicherung. 2007; 101(10): S. 645–51.
69. Laidlaw A, Salisbury H, Doherty EM, Wiskin C. National survey of clinical communication assessment in medical education in the United Kingdom (UK). BMC Medical Education. 13. Januar 2014; 14: S. 10.
70. Steinhäuser J. Curriculum_01-10-15_neu.pdf [Internet]. Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin. 2015 [zitiert 26. März 2019].
71. Sator M, Jünger J. [From stand-alone solution to longitudinal communication curriculum--development and implementation at the Faculty of Medicine in Heidelberg]. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. Mai 2015; 65(5): S. 191–8.
72. Krupper E, Jünger J, Nikendei C. Einsatz innovativer Lern- und Prüfungsmethoden an den Medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik Deutschland – Eine aktuelle Bestandsaufnahme. Deutsche Medizinische Wochenschrift. Februar 2009; 134(08): S. 371–2.
73. Scheffer S, Muehlinghaus I, Froehmel A, Ortwein H. Assessing students' communication skills: validation of a global rating. Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice. Dezember 2008; 13(5): S. 583–92.
74. Medizinische Befunde kostenlos übersetzen | Was hab' ich? [Internet]. Was hab' ich? 2018 [zitiert 6. November 2018].
75. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N, u. a. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report.

Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges. Juni 2004; 79(6): S. 495–507.

76. Schirmer JM, Mauksch L, Lang F, Marvel MK, Zoppi K, Epstein RM, Brock D, Pryzbylski. Assessing communication competence: a review of current tools. *Family Medicine*. März 2005; 37(3): S. 184–92.
77. Hobma S, Ram P, Muijtjens A, van der Vleuten C, Grol R. Effective improvement of doctor–patient communication: a randomised controlled trial. *The British Journal of General Practice*. 1. August 2006; 56(529): S. 580–6.
78. Lang F, McCord R, Harvill L, Anderson DS. Communication assessment using the common ground instrument: psychometric properties. *Family Medicine*. März 2004; 36(3): S. 189–98.
79. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Medical Education*. März 1996; 30(2): 83–9.
80. Simmenroth-Nayda A, Heinemann S, Nolte C, Fischer T, Himmel W. Psychometric properties of the Calgary Cambridge guides to assess communication skills of undergraduate medical students. *International Journal of Medical Education*. 6. Dezember 2014; 5: S. 212–8.
81. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Radcliff Medical Press; 1998.
82. Koerfer A, Köhle K, Obliers R, Sonntag B, Thomas W, Albus C. Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung. *Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung*. 2009; (9): S. 34–78.
83. Sennekamp M, Gilbert K, Gerlach FM, Guethlin C. Development and validation of the „FrOCK“: Frankfurt observer communication checklist. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*. 2012; 106(8): S. 595–601.
84. Bachmann C KC. GMS | GMS Journal for Medical Education | Kommunikation in Gesundheitsberufen – Ein europäischer Konsensus zu inter- und multiprofessionellen Ausbildungszielen in deutschsprachiger Übersetzung [Internet]. 2016 [zitiert 13. Februar 2017].
85. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, u. a. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling*. Oktober 2013; 93(1): S. 18–26.
86. Fischer MR, Bauer D, Mohn K. Finally finished! National Competence Based Catalogues of Learning Objectives for Undergraduate Medical Education (NKLM) and Dental Education (NKLZ) ready for trial. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* [Internet]. 17. August 2015 [zitiert 10. April 2019]; 32(3).
87. NKLM [Internet]. 2019 [zitiert 12. November 2019].

88. WHO. WHO | Process of translation and adaptation of instruments [Internet]. WHO. 2017 [zitiert 17. Februar 2017].
89. Hammersen F, Bey J von der, Böhmer K, Berger S, Steinhäuser J. MAAS-Global-D: Instrument zur Messung und Schulung kommunikativer sowie medizinischer Kompetenzen. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2016; (01): S. 13–18.
90. MAAS-Global-D. MAAS-Global-D_Manual_download [Internet]. 2015 [zitiert 15. September 2016].
91. Schwill S, Magez J, Joos S, Steinhäuser J, Ledig T, Rubik A, Niebling W, Szecsenyi J, Flum E. New paths in post-graduate medical training in general practice – 8 years of experience with the pilot project Verbundweiterbildungsplus Baden-Württemberg. GMS Journal for Medical Education. 15. November 2017; 34(5): Doc62.
92. van Es JM, Schrijver CJW, Oberink RHH, Visser MRM. Two-dimensional structure of the MAAS-Global rating list for consultation skills of doctors. Medical Teacher. 2012; 34(12): S. 794-799.
93. Wirtz M, Caspar F. Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität: Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie; 2002.
94. Maas-Globaal - Huisartsopleiding [Internet]. www.huisartsopleiding.nl. 2009 [zitiert 20. März 2017].
95. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1. September 1951; 16(3): S. 297–334.
96. Van Nuland M, Van Den Noortgate W, Degryse J, Goedhuys J. Comparison of two instruments for assessing communication skills in a general practice objective structured clinical examination. Medical Education. Juli 2007; 41(7): S. 676–83.
97. Ohm F, Vogel D, Sehner S, Wijnen-Meijer M, Harendza S. Details acquired from medical history and patients' experience of empathy--two sides of the same coin. BMC medical education. 2013; 13: S. 67.
98. Hammersen F, Goetz K, Soennichsen A, Emcke T, Steinhäuser J. Effects of communication training with the MAAS-Global-D instrument on the antibiotic prescribing for respiratory infections in primary care: study protocol of a randomised controlled trial. Trials. 2. April 2016; 17: S.180.
99. Roter D, Larson S. The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. Patient Education and Counseling. April 2002; 46(4): S. 243–51.
100. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. Academic Medicine. August 2003; 78(8): S. 802–9.
101. Frank J, Snell L, Sherbino J. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework.

Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada [Internet]. 2015 [zitiert 30. Januar 2017].

102. Balzer K, Schröder R, Junghans A, Stahl U, Träder J-M, Köpke S. Improving competencies in evidence-based dementia care: Results from a pilot study on a novel inter-professional training course (the KOMPIDEM project). *GMS Journal for Medical Education*. 29. April 2016; 33(2): Doc35.
103. Schnack D. Filmen für ein Feedback. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt*. 2018; (12/2018):27.
104. Schnack D. Kompetenzzentren: Ein Kraftakt, der sich lohnt [Internet]. *Der Hausarzt*. 2018 [zitiert 26. März 2019].
105. Nolte C. Validität und Reliabilität eines Instruments zur Messung der Qualität der Kommunikation und seine Eignung im studentischen Unterricht. 15. Juli 2014 [zitiert 8. November 2019]
106. Bergmann A, Chenot J-F, Pauscher L, Ledig T, Schwill S, Steinhäuser J. Checkliste „Train-the-Trainer“-Seminare für Weiterbildungsbefugte [Internet]. *DEGAM Sektion Weiterbildung*; 2017 [zitiert 28. November 2019].
107. Böhmer K, Götz K, van der Bey J, Waschkau A, Steinhäuser J. Die Bestimmung der psychometrischen Eigenschaften des deutschsprachigen MAAS-Global - The Evaluation of Psychometric Properties of the German Version MAAS-Global. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. 14. Mai 2019; 05(947): S. 230–4.

7 Anhang

7.1 Votum der Ethikkommission



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Herrn
Prof. Dr. med. Steinhäuser
Direktor des Institutes für Allgemeinmedizin

im Hause

Ethik-Kommission

Vorsitzender:

Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Universität zu Lübeck
Stellv. Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann
Tel.: +49 451 500 4639
Fax: +49 451 500 3026

ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 15-140

Datum: 09. Juni 2015

Sitzung der Ethik-Kommission am 04. Juni 2015

Antragsteller: Herr Prof. Dr. Steinhäuser

Titel: Validierung des Instruments MAAS-Global-D für den Einsatz in Aus- und Weiterbildung (Kurztitel: MAAS-Global-D validation study)

Sehr geehrter Herr Prof. Steinhäuser,

der Antrag wurde unter berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufsrechtlichen Gesichtspunkten geprüft.

Die Kommission hat keine Bedenken.

Bei Änderung des Studiendesigns sollte der Antrag erneut vorgelegt werden.
Über alle schwerwiegenden oder unerwarteten und unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten, ist die Kommission umgehend zu benachrichtigen.
Die Deklaration von Helsinki in der aktuellen Fassung fordert in § 35 dazu auf, jedes medizinische Forschungsvorhaben mit Menschen zu registrieren. Daher empfiehlt die Kommission grundsätzlich die Studienregistrierung in einem öffentlichen Register (z.B. unter www.drks.de).
Die ärztliche und juristische Verantwortung des Studienleiters und der an der Studie teilnehmenden Ärzte bleibt entsprechend der Beratungsfunktion der Ethikkommission durch unsere Stellungnahme unberührt.

Mit freundlichem Gruß bin ich
Ihr

Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Vorsitzender

☒ Prof. Dr. Katalinic
(Soz.med./Epidemiologie, Vorsitzender)
☒ Herr Prof. Dr. Gieseler
(Med. Klinik I, Stellv. Vorsitzender)
Herr Dr. Bausch
(Chirurgie)
☒ Herr Prof. Dr. Borck
(Med. u. Wiss.geschichte)
Frau A. Farries
(Richterin am Amtsgericht Lübeck)
Frau B. Jacobs
(Pflege, PIZ)

☒ Frau PD Dr. Jauch-Chara
(Psychiatrie)
Herr PD Lauten
(Kinder- und Jugendmedizin)
☒ Herr Prof. Moser
(Neurologie)
Herr Prof. Rehmann-Sutter
(Med. u. Wiss.geschichte)
☒ Herr H. Schneider
(Vizepräsident am Landgericht Lübeck)

☒ Frau Prof. Dr. M. Schrader
(Plastische Chirurgie)
Herr Prof. Dr. Schwaninger
(Pharmakologie)
Frau Prof. E. Stubbe
(Theologie)
☒ Herr Dr. R. Vonthein
(Zentrum für Klinische Studien)
☒ Frau Prof. Zühlke
(Humangenetik)

7.2 MAAS-Global-D Instrument

Das MAAS-Global-D Instrument in der ersten deutschen Übersetzung ist in den folgenden zwei Seiten aufgeführt. Die aktuelle Version ist im Downloadbereich des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck unter <http://www.uksh.de/allgemeinmedizin-luebeck/Downloads.html> zu finden.

MAAS-Global-D

Bewertungsinstrument für ärztliche Konsultationsfähigkeit

Ärztin:

Fall:

Patientin:

Beobachterin:

n.a. = nicht anwendbar 6 = schlecht 5 = unbefriedigend 4 = zweifelhaft

0 = nicht vorhanden 3 = befriedigend 2 = gut 1 = hervorragend

Umkreisen Sie die erreichte Bewertung für jedes Item.

Die Notiz-Boxen sind als Erinnerungshilfe für den Beobachter gedacht.

Erster Teil: Kommunikationsfähigkeiten für jede einzelne Phase

1) Einstieg

1 2 3 4 5 6 0

Dem Patienten Raum geben seine Anliegen vorzubringen

Allgemeine Orientierung, warum der Patient sich vorstellt

Sonstige Gründe für die Konsultation erfragen

2) Folgetermin

n.a. 1 2 3 4 5 6 0

Vorherige Beschwerden, Beratungsanlass und Procedere rekapitulieren

Adhärenz dem Procedere gegenüber erfragen

Nachfrage, wie sich die Beschwerdesymptomatik entwickelt hat

3) Beratungsanlass

1 2 3 4 5 6 0

Benennen des Beratungsanlasses, Wünsche oder Erwartungen

Benennen der Gründe, warum sich der Patient entschieden hat heute zu kommen

Vervollständigen der Erhebung des Beratungsanlasses

4) Körperliche Untersuchung

n.a. 1 2 3 4 5 6 0

Anweisungen dem Patienten gegenüber

Erläuterung, was gemacht wird

Respektvoller und umsichtiger Umgang mit dem Patienten

5) Diagnose

1 2 3 4 5 6 0

Befunde, Diagnosen/Hypothesen benennen

Zusammenhang zwischen Befunden und Diagnose benennen

Prognose oder den zu erwartenden Verlauf benennen

Patienten um Rückmeldung bitten

6) Management

1 2 3 4 5 6 0

Partizipative Entscheidungsfindung, Alternativen, Risiken und Nutzen besprechen

Durchführbarkeit und Adhärenz besprechen

Festlegen, wer was wann macht

Patienten um Rückmeldung bitten

7) Evaluation der Konsultation

1 2 3 4 5 6 0

Allgemeine Frage

Reaktion auf Beratungsanlass

Ausblick

Zweiter Teil: Allgemeine Kommunikationsfähigkeiten

8) Exploration

1 2 3 4 5 6 0

Erhebung des Beratungsanlasses, der Wünsche oder Erwartungen

Erhebung der Reaktion zu gegebenen Informationen

Berücksichtigung des Bezugssystems vom Patienten

Auf nonverbales Verhalten und Hinweise reagieren

9) Emotionen

1 2 3 4 5 6 0

Erhebung von / Fragen nach Gefühlen

Gefühle reflektieren (inklusive deren Art und Intensität)

Hinlänglich durch die gesamte Konversation

10) Vermitteln von Informationen

1 2 3 4 5 6 0

Ankündigend, kategorisierend, in kleinen Portionen, konkrete Erklärungen

Verständliche Sprache

Nachfragen, was der Patient verstanden hat

11) Zusammenfassen

1 2 3 4 5 6 0

Inhalt ist korrekt und vollständig

Kurz, prägnant, mit eigenen Worten, überprüfend

Hinlänglich während der gesamten Konsultation

12) Strukturierung

1 2 3 4 5 6 0

Logische Reihenfolge der Phasen

Ausgewogene Zeiteinteilung

Ankündigungen (Anamnese, Untersuchung, andere Phasen)

13) Empathie

1 2 3 4 5 6 0

Interessiert, zugewandt, aufrichtig empathisch in Tonlage, Gestik und Augenkontakt

Mit kurzen verbalen Äußerungen Empathie ausdrücken

Dritter Teil: Medizinische Aspekte

14) Anamnese

1 2 3 4 5 6 0

15) Körperliche Untersuchung

n.a. 1 2 3 4 5 6 0

16) Diagnose

1 2 3 4 5 6 0

17) Management

1 2 3 4 5 6 0

Zusätzliches Feedback:

7.3 Simulationsfälle

Informationen für die Ärztin:

Die Buchstaben S-O-E-P entsprechen der Einteilung: S (subjektive Beschwerden), O (objektive Anamnese), E (Evaluation, Differentialdiagnose), P (Procedere, Plan)

Patientin 1 (ca. 30 Jahre)

Im Wartezimmer ihrer Gemeinschaftspraxis wartet eine Patientin auf Sie. In der Akte haben Sie folgendes nachgelesen, u.a. den letzten Besuch bei Ihrer Kollegin betreffend:

S : müde

O : Anamnese: Seit einem Monat sehr müde, schläft gut, keine körperlichen Beschwerden, keine Alarmsymptome, gibt an, dass keine psychischen Beschwerden oder Probleme vorliegen.

E : Müdigkeit unbekannter Ursache

P : auf Nachfrage Blutuntersuchung im Labor

Die Ergebnisse der Blutuntersuchung sind ohne pathologischen Befund. Es gibt keine Diagnosen- oder Medikamentenliste. D.h. die Vorgeschichte der Patientin ist leer.

Patientin 2 (ca. 25 Jahre)

Der Krankenakte zufolge keine auffällige Vorgeschichte, aber regelmäßig Besuche beim Arzt mit kleineren Beschwerden. Dieses Mal hat die Patientin einen Ausschlag auf dem Arm, den Sie sofort als eine häufige aber unbedenkliche Pilzinfektion identifizieren können. Sie möchten der Patientin raten, die antimykotische Creme Miconazol in der Apotheke zu kaufen (rezeptfrei, d.h. wird nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen)

Patientin 3 (ca. 65 Jahre)

Diese Patientin war vor einer Woche in Ihrer Gemeinschaftspraxis. Aus der Kurve entnehmen Sie folgendes: der Blutdruck war zu hoch, genau wie die beiden vorhergegangenen Besuchen auch schon. Da die ergänzende Laboruntersuchung keine bemerkenswerten Ergebnisse lieferte, wurde die Diagnose arterielle Hypertonie gestellt. Es wurde ein Diuretikum (Hydrochlorothiazid – HCT 12,5 mg) verschrieben. Die Patientin erschrak etwas, als Sie ihr erzählten, dass sie einen hohen Blutdruck hat und Sie gerne ein Medikament verschreiben würden. Sie haben der Patientin kurz erklärt, was ein hoher Blutdruck bedeutet, aber bezüglich des HCT nur erwähnt, dass das Medikament eine „Wassertablette“ sei und den Blutdruck senken soll. Bezüglich der Nebenwirkungen haben Sie nur gesagt, dass in den ersten Tagen der Einnahme mit etwas Schwindel zu rechnen sei.

Die Patientin sollte in einem Monat zur Blutdruckkontrolle wiederkommen.

Patientin 4 (ca. 21 Jahre)

Eine junge Frau kommt in ihre Sprechstunde. In der elektronischen Krankenakte sehen Sie, dass diese in der Vergangenheit keine schwerwiegenden Erkrankungen hatte. Allerdings lesen Sie, dass sie einer Glaubensgemeinschaft, die die Bibel als unantastbares Wort Gottes ansieht, angehört.

Sie müssen keine körperliche Untersuchung durchführen. Bei Ankündigung der körperlichen Untersuchung teilt die Patientin Ihnen den Befund der Untersuchung, sowie die daraus folgende nähere Diagnostik schriftlich/mündlich mit.

7.4 Einwilligungserklärung

UNIVERSITÄT ZU LÜBECKUNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung

Validierung des Instruments MAAS-Global-D für den Einsatz in Aus- und Weiterbildung

Liebe Studierende,

die Kommunikation zwischen Arzt und Patient spielt eine bedeutende Rolle bei der erfolgreichen Diagnosestellung sowie für den Therapieerfolg. In der Aus- und Weiterbildung ist es daher besonders wichtig, die kommunikativen Fähigkeiten der angehenden Ärzte auszubilden und zu schulen. Hierfür haben sich Videoaufzeichnungen von Arzt-Patienten-Gesprächen als hervorragendes Mittel erwiesen, um ein gezieltes Feedback geben zu können und die Kommunikationskompetenzen zu optimieren. Wenngleich in europäischen Nachbarländern bereits etabliert, ist diese Methode in Deutschland noch nicht üblich. Aus den Niederlanden stammt das Instrument MAAS-Global, welches in der Aus- und Weiterbildung von Medizinstudenten und Allgemeinärzten eingesetzt wird und in internationalen Studien gute Ergebnisse erzielt hat. Im Rahmen einer Studie der Universität zu Lübeck soll dieses Instrument nun mit Videoaufzeichnungen von simulierten Arzt-Patienten-Gesprächen validiert werden. Die Aufnahmen dienen ausschließlich zur Validierung des Instruments „MAAS-Global-D“.

Natürlich findet eine Aufzeichnung nur dann statt, wenn Sie einverstanden sind. Sie können ohne Nennung von Gründen ablehnen. Zudem können Sie die Teilnahme an der Studie jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Auf Ihren Wunsch werden bereits vorhandene Aufzeichnungen vollständig vernichtet und nicht zu Studienzwecken verwendet.

Datenschutzrechtliche Information

Alle beteiligten Ärzte und wissenschaftlichen Mitarbeiter, die diese Videos oder Ausschnitte

Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung Studenten
Ansprechpartner: Prof. Dr. Jost Steinhäuser · Institut für Allgemeinmedizin
Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck · Tel.: 0451 500-5908

Version 1: 13.05.2015

1

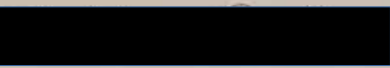
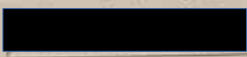
davon sehen werden, sind an die Wahrung des Patientengeheimnisses und der Schweigepflicht gebunden. **Die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes werden selbstverständlich eingehalten und Ihre Daten sind vor fremdem Zugriff geschützt.** Dritte erhalten keinen Einblick in Originalunterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird Ihr Name ebenfalls nicht genannt.

Die Ethikkommission der Universität zu Lübeck hat im Rahmen des Ethikvotums vom xx.xx.xxxx keine Bedenken an der Durchführung dieser Studie geäußert.

Sollten Sie weitere Fragen bezüglich der Studie haben, wenden Sie sich bitte an den Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser, Institut für Allgemeinmedizin, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Tel. 0451 500-5908.

Einwilligungserklärung

Validierung des Instruments MAAS-Global-D für den Einsatz Aus- und Weiterbildung

Name, Vorname (ggf. Titel):	
Geburtsjahr:	
Semester:	10.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich der Teilnahme an der oben genannten Studie freiwillig zustimme. Außerdem bestätige ich, dass ich das Informationsblatt zur Studie schriftlich erhalten, gelesen und verstanden habe sowie mündlich über die Studie aufgeklärt wurde.

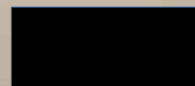
Ich habe das Recht, meine Teilnahme an der Studie jederzeit ohne Angabe von Gründen zu beenden, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

Ich wurde über meine Datenschutzrechte informiert. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner Daten sowie der Übermittlung im Rahmen der Studie bin ich einverstanden.

Ich erhalte eine Kopie dieser Einwilligungserklärung und das Original verbleibt bei der Studienleitung.

20.06.15

Datum



Unterschrift des Teilnehmenden

Name des Aufklärenden:

Datum

Unterschrift des Aufklärenden

Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung Studenten
Ansprechpartner: Prof. Dr. Jost Steinhäuser · Institut für Allgemeinmedizin
Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck · Tel.: 0451 500-5908

Version 1: 13.05.2015

7.5 Feedbackbogen für eine Teilnehmerin des Wahlfachs

FEEDBACK – MAAS-Global-D: Kommunikative Fähigkeiten

Teilnehmerin:

Allgemein:

Zugewandte Kommunikation mit den Patienten.

MAAS-Global-D: befriedigende Basis-Kommunikation

Wert: 2,84, Gruppenwert:2,69

Gut umgesetzt:

Diagnose	Konkretes Benennen der Diagnose
Management	Gutes Besprechen der Durchführbarkeit und Adhärenz
Information	Verständliche Sprache, logische Ausführung, immer Nachfragen, ob die Patientin verstanden hat.

Items mit Entwicklungspotential:

Einstieg	Allgemeine Orientierung über Konsultationsgrund nicht erhoben, Sonstige Gründe der Konsultation erst am Ende erfragt
Beratungsanlass	Benennen des Beratungsanlasses nicht durchgeführt, Warum kommt der Patient gerade heute?
Emotion	Gelegentlich nicht Emotion reflektiert/ bzw. nicht direkt angesprochen

Für die nächsten Schritte:

Die Struktur der Konsultation kann durch Fragen nach sonstigen Gründen in Anfangsphase erleichtert werden. Emotionen klar ansprechen und widerspiegeln (Bsp: Pat: „mich bedrückt das sehr...“ Nachfragen: „Sie machen sich große Sorgen, dass...“). Zusammenfassen der vom Patienten

8 Danksagung

Bedanken möchte ich mich herzlich bei meinem Betreuer und Doktorvater Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser, zum einen für die Vergabe des spannenden Themas an mich, zum anderen für die wertvollen, fachspezifischen Hinweise während der gesamten Arbeitszeit, durchweg gewinnbringende Kommentare, seine Geduld mit mir und für seine Motivation bis zum Ende. Mein Dank gilt außerdem den Mitarbeitenden des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck, vor allem Katja Götz für die statistische Beratung und Betreuung, Alexander Waschkau für das Rating der Videokonsultationen und Jennifer von der Bey für die Hilfe bei der Übersetzung. Außerdem möchte ich Paul Ram, für die zur Verfügungsstellung des MAAS-Global und für die Schulung im Raten, sowie Sarah Berger und Clair Fichtner für die Kommentare zur Übersetzung des MAAS-Global und das Durchführen einer Schulung danken. Bei der Umsetzung des Wahlfaches war die Hilfe von Luisa Wolke mit dem Körpersprachentraining und von Claudia Steinhäuser als Schauspiel-Patientin unerlässlich. Weiterhin wären diese Arbeit und die Initiative dazu, durch die Unterstützung meiner Familie, meiner Kommilitoninnen und meiner Freund*innen, deren Kommentare und beharrliches Nachfragen, deren kulinarische, mentale und zeitliche Unterstützung mich immer zum Weiterschreiben motivierten, nie entstanden. Danke!

9 Veröffentlichungen

Böhmer K, Götz K, von der Bey J, Waschkau A, Steinhäuser J.

Die Bestimmung der psychometrischen Eigenschaften des deutschsprachigen MAAS-Global - The Evaluation of Psychometric Properties of the German Version MAAS-Global. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 14. Mai 2019; 05(947): 230–234.

Böhmer K, von der Bey J, Waschkau A, Götz K, Steinhäuser J.

Hilfe bei Defiziten in Kommunikations-Skills – Das MAAS-Global-D Instrument. Poster bei „Uni im Dialog“. Universität zu Lübeck. 2017.

Böhmer K, von der Bey J, Goetz K, Steinhäuser J.

Erste Erfahrungen mit der Verwendung des MAAS-Global-D in der Kommunikationsschulung von Medizinstudenten. In: 50 Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Frankfurt am Main: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM); 2016.

Hammersen F, Bey J von der, Böhmer K, Berger S, Steinhäuser J.

MAAS-Global-D: Instrument zur Messung und Schulung kommunikativer sowie medizinischer Kompetenzen. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2016; (01):13–18.