

MAAS-Global-D Handbuch

Im Original:

Jacques van Thiel, Paul Ram, Jan van Dalen

In deutscher Übersetzung:

Jost Steinhäuser

und (in alphabetischer Reihenfolge)

Sarah Berger, Jennifer von der Bey, Karola Böhmer,
Friederike Hammersen, Claire Fichtner, Elisabeth Flum

MAAS-Global-D Handbuch

Leitfaden zur Bewertung von ärztlichen Kommunikations- und klinischen Fähigkeiten

2000

MAASTRICHT UNIVERSITY

Maastricht

Niederlande

2015

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Lübeck

Deutschland

Jacques van Thiel, Allgemeinarzt, Institut für Allgemeinmedizin

Paul Ram, Allgemeinarzt, Institut für Allgemeinmedizin

Jan van Dalen, Psychologe, SkillsLab (Kompetenzzentrum)

Anhang: MAAS-Global-D Instrument

Der MAAS-Global-D ist die Übersetzung und kulturelle Adaption des englischsprachigen MAAS-Global, welcher im Jahr 2000 von Jacques van Thiel, Paul Ram und Jan van Dalen herausgegeben wurde. Die deutsche Übersetzung wurde im Wintersemester 2014/2015 angefertigt.

Die Autoren der deutschen Übersetzung möchten Paul Ram für die Erlaubnis, die deutsche Version des MAAS-Global zu erarbeiten, danken.

Die Nutzung sowie bei Bedarf der Ausdruck und die Vervielfältigung dieses Handbuchs sind gerne freigestellt, sofern diese Publikation richtig zitiert wird.

Für Personalpronomen und Adjektive gebrauchen wir aus Gründen der Lesbarkeit durchgängig die singuläre maskuline Form, wobei das weibliche Pendant damit stets eingeschlossen ist.

Bitte richten Sie Ihre Anregungen und Fragen an:

Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser

Institut für Allgemeinmedizin

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Campus Lübeck

Ratzeburger Allee 160

23538 Lübeck

E-Mail: jost.steinhaeuser@uksh.de

Inhalt

| | |
|--|----|
| 1. EINLEITUNG | 2 |
| ÜBERBLICK..... | 2 |
| ENTWICKLUNG..... | 2 |
| GLIEDERUNG..... | 3 |
| VALIDITÄT | 3 |
| RELIABILITÄT..... | 4 |
| VERWENDUNG IN DER AUS-, WEITER- UND FORTBILDUNG | 5 |
| 2. ALLGEMEINE HINWEISE..... | 7 |
| 3. BEGRIFFSDEFINITIONEN | 10 |
| Kommunikationsfähigkeiten | 10 |
| (Weiterführende) Fragen stellen..... | 10 |
| Erkennen des eigentlichen Beratungsanlasses..... | 11 |
| Bezugssystem | 13 |
| Reflexion von Gefühlen..... | 14 |
| Zusammenfassen | 14 |
| 4. KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEITEN FÜR JEDE GESPRÄCHSPHASE | 16 |
| Item 1: Einstieg | 16 |
| Item 2: Folgetermin..... | 17 |
| Item 3: Beratungsanlass | 18 |
| Item 4: Körperliche Untersuchung..... | 19 |
| Item 5: Diagnose..... | 20 |
| Item 6: Management..... | 21 |
| Item 7: Evaluation der Konsultation..... | 22 |
| 5. ALLGEMEINE KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEITEN | 24 |
| Item 8: Exploration..... | 24 |
| Item 9: Emotionen..... | 25 |
| Item 10: Vermitteln von Informationen..... | 26 |
| Item 11: Zusammenfassen..... | 27 |
| Item 12: Strukturieren..... | 28 |
| Item 13: Empathie..... | 29 |
| 6. MEDIZINISCHE ASPEKTE | 31 |
| Item 14: Anamnese..... | 32 |
| Item 15: Körperliche Untersuchung..... | 32 |
| Item 16: Diagnose..... | 33 |
| Item 17: Management..... | 33 |
| 7. INDIVIDUELLES FEEDBACK | 35 |
| 8. REFERENZEN..... | 36 |
| ANHANG: MAAS-Global-D | 38 |

1. EINLEITUNG

ÜBERBLICK

Dieses Handbuch ist eine Anleitung zur Bewertung von ärztlichen Kommunikations- und klinischen Fähigkeiten mit dem MAAS-Global Instrument. Da dieses Instrument auf wichtigen Elementen erfolgreicher Kommunikation basiert, ist das Handbuch auch ein Kommunikationsleitfaden. Im Folgenden werden die Bewertungskriterien im Detail beschrieben. Klinische Fähigkeiten, wie z. B. Anamneseerhebung, körperliche Untersuchung, Diagnose, sowie Management, werden allgemein beschrieben, da sie fallspezifisch sind und für jeden Fall neu definiert werden müssen. Das Ziel der Bewertung ist die Erhebung möglichst objektiver Daten, welche für Feedbackgabe, Beurteilung sowie Lehre und Lehrkontrolle verwendet werden können.

ENTWICKLUNG

MAAS-Global steht für "Maastricht History-taking and Advice Scoring list consisting of global items". Das vorliegende Instrument baut auf das Instrument „MAAS“ auf, das ursprünglich zur Bewertung von Medizinstudenten der Universität Maastricht entwickelt wurde. Durch Forschungsergebnisse wurde das ursprüngliche Instrument „MAAS“ weiterentwickelt: „MAAS-R“ (Revision) und „MAAS-R2“ (Revision 2). Das MAAS-Global Instrument wird seit 1992 zur Bewertung von Ärzten in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in den Niederlanden eingesetzt. Seit dem Wintersemester 1992/93 wird der MAAS-Global in einer adaptierten Version auch für Medizinstudenten verwendet. Alle Instrumente wurden für die Beurteilung simulierter Arzt-Patient-Gespräche entwickelt. Die Version des MAAS-Global von 1998 wurde für den Einsatz bei Konsultationen in der allgemeinmedizinischen Praxis adaptiert. Bei der vorliegenden Version handelt es sich um die Übersetzung einer Weiterentwicklung der Version aus dem Jahre 2000.

Der Übersetzungsprozess ins Deutsche bestand aus folgenden Schritten:

1. Einholen der Erlaubnis bei Paul Ram
2. Erstellen zweier, unabhängiger Übersetzungen
3. Erarbeiten einer Konsensversion sowie kulturelle Adaption
4. Rückübersetzung durch den Originalautor

GLIEDERUNG

Das MAAS-Global Instrument gliedert sich in drei Abschnitte (siehe Anhang):

1. **Kommunikationsfähigkeiten für jede Phase des Arzt-Patienten-Gesprächs:** Dieser Abschnitt befasst sich mit Kommunikationsfähigkeiten für jede spezifische Phase des Arzt-Patient-Gesprächs. Die logische Anordnung der Phasen wird durch die Reihenfolge der Items wiedergegeben.
2. **Allgemeine Kommunikationsfähigkeiten:** Diese Fähigkeiten zeigen sich in verschiedenen Phasen bzw. während der gesamten Konsultation.
3. **Medizinische Aspekte:** Dieser Abschnitt dient der Bewertung des medizinischen Inhalts einer Konsultation und wird in Anamnese, körperliche Untersuchung, Diagnose sowie Management gegliedert.

Zudem ist ein Abschnitt für individuelles **Feedback** vorgesehen.

VALIDITÄT

Die Validität eines Instruments zeigt an, inwieweit das Instrument misst, was es wirklich messen soll. Es gibt verschiedene Arten der Validität, wie zum Beispiel die inhaltliche und strukturelle Validität.

Die Items des MAAS-Global zu Kommunikationsfähigkeiten basieren auf Literatur zur Arzt-Patient-Kommunikation.^{1,7-13} Die Lernziele der niederländischen Weiterbildung umfassen ebenfalls die Kommunikation mit Patienten. Die 13 Items zur Kommunikationsfähigkeit im MAAS-Global decken insgesamt 85% dieser Lernziele ab.¹⁴ In individuellen Fällen sollten für die medizinischen Aspekte Leitlinien zu Rate gezogen werden. Das MAAS-Global Instrument stieß auf breite Akzeptanz bei Experten und Nutzern, deren Anmerkungen in die gegenwärtige Version eingearbeitet wurden.¹⁵ Somit wurde die inhaltliche Validität des MAAS-Global auf verschiedenen Wegen sichergestellt.

Die Ergebnisse mehrerer Studien unterstützen die (Konstrukt-)Validität des MAAS-Global:

- Medizinstudenten zeigten einen signifikanten Anstieg in der Bewertung durch MAAS-Global während des dritten Studienjahrs.¹⁶
- Ärzte in der Weiterbildung zum Internisten, welche eine Schulung in Arzt-Patient-Kommunikation erhielten, schnitten signifikant besser im MAAS-R2 ab als ihre Kollegen in der Kontrollgruppe, die keine Schulung als Intervention erhielten. Dieses Ergebnis

kann auf den MAAS-Global übertragen werden, da eine weitere Studie eine gute Korrelation zwischen den Bewertungen des MAAS-R2 und des MAAS-Global aufzeigt. Die Korrelation betrug .80 ($p < 0.001$).⁴

- Eine Serie allgemeinärztlicher Konsultationen mit Schauspielpatienten wurde mithilfe des MAAS-Global bewertet. Die Bewertungen der Kommunikationsfähigkeiten und der medizinischen Aspekte war signifikant höher als bei der Bewertung zuvor auf Video aufgenommene Konsultationen im Praxisalltag.¹⁸
- Ein Vergleich zwischen Studierenden, welche an unterschiedlichen Kommunikationskursen an zwei verschiedenen Universitäten teilnahmen, ergab statistisch unterschiedliche Bewertungen in vielen MAAS-Global Items.¹⁹

Wenngleich der MAAS-Global zur Untersuchung von Konsultationen in der ärztlichen Praxis genutzt werden kann, ist er nicht auf alle Situationen im ärztlichen Praxisalltag anwendbar. Eine optimale Bewertung kann nur erreicht werden, wenn die Konsultation 1. relativ unkompliziert und 2. vollständig ist.

Dies ist beispielsweise gegeben, wenn der Patient mit nur einem Beratungsanlass kommt (1.) und die Konsultation alle Gesprächsphasen umfasst (2.). Vor der Verwendung des MAAS-Global muss der Schwerpunkt der Bewertung jener Konsultationen definiert werden, die mehrere Probleme und Personen, Folgeuntersuchungen, etc. einschließen. Hierbei ist wichtig, die inhaltliche Validität des Messinstrumentes zu sichern. Diese ist von dem Vorgehen und den Kriterien abhängig, nach denen die Konsultationen ausgesucht werden.

20

RELIABILITÄT

Reliabilität steht für die Genauigkeit des Instruments. Wenn ein Instrument verlässlich sein soll, müssen wiederholte Messungen ähnliche Ergebnisse liefern. Dies wird als Reproduzierbarkeit bezeichnet. Die Reproduzierbarkeit ist abhängig von der internen Konsistenz des Messinstrumentes und der Varianz. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) und die Reproduzierbarkeit (generalisierender Koeffizient) des MAAS-Global sind im Allgemeinen gut.^{2-5,20}

Um die Reproduzierbarkeit zu optimieren, muss auf folgende Aspekte geachtet werden:

- 1) Die **Bewertungsskala** muss einfach zu lesen, übersichtlich und logisch aufgebaut sein. Die Kernaussage der Items muss eindeutig sein.

- 2) Die **Kriterien** für jedes Item in der Anleitung müssen klar und unmissverständlich erklärt werden.
- 3) Die **Beobachter** müssen die Kriterien so genau wie möglich anwenden und konsequent und einheitlich bewerten. Eine Schulung wird die Beobachter mit den Kriterien vertraut machen und alle Unklarheiten beseitigen. Es sollte sich um einen in der Anwendung des Instruments trainierten, externen Beobachter handeln.
- 4) Die **Bewertung** sollte unter Bedingungen stattfinden, die dem Beobachter volle Aufmerksamkeit und konzentriertes Arbeiten ermöglichen.
- 5) Wenn Video-Konsultationen bewertet werden, ist eine gute **Bild- und Tonqualität** Voraussetzung. Die Genauigkeit der Messung ist stark von der **Art der Konsultationen** abhängig, die für die Bewertung ausgesucht wurden. Werden Schauspielpatienten verwendet, können die Umstände der Messung besser standardisiert und ein hoher Grad an Einheitlichkeit für alle Beteiligten erreicht werden. Konsultationen in der Praxis sind nicht planbar. Deswegen ist es unumgänglich vorher Kriterien (z.B. Männer/Frauen, junge/alte Patienten etc.) festzulegen um entscheiden zu können, welche Konsultationen in die Bewertung mit eingehen sollen.
- 6) Die **Anzahl der Konsultationen** pro Beteiligtem sollte im Vorhinein festgelegt werden. Zu wenige Konsultationen verringern die Reproduzierbarkeit; zu viele Konsultationen erhöhen die Kosten.
- 7) Die **Anzahl der Beobachter** und wie sie den Ärzten und Konsultationen zugeordnet werden, beeinflusst die Reproduzierbarkeit.

VERWENDUNG IN DER AUS-, WEITER- UND FORTBILDUNG

Der MAAS-Global misst valide und verlässlich die Stärken und Schwächen der ärztlichen Leistung während einer Konsultation. Die Kriterien jedes Items sind klar und unmissverständlich definiert, so dass im Nachhinein über die Performanz diskutiert werden kann. Diese Charakteristika machen den MAAS-Global zu einem wertvollen Instrument für Studierende der Medizin sowie für Ärzte während und nach der Weiterbildung.

Feedback über die Konsultationsführung ist eine allseits bekannte und effektive Art der Lehre. Das MAAS-Global stellt aufgrund seines klaren Konzepts und definierter Kriterien ein nützliches Instrument für diesen Zweck dar. Abhängig vom Fokus der Schulung ist die Benutzung entweder eines, mehrerer oder aller Items möglich. Auf diese Weise kann das Kommunikationstraining Schritt für Schritt aufgebaut werden. Um den Lerneffekt zu erhöhen, können die Konsultationen auf Video aufgezeichnet und anschließend gemeinsam

betrachtet werden.

Aufschlussreich ist zudem die Aufzeichnung realer Patientengespräche, um diese im Nachhinein im Rahmen einer lerngeeigneten Atmosphäre zu besprechen.

Soll das MAAS-Global zu Prüfungszwecken genutzt werden, müssen bestimmte Bedingungen erfüllt sein. Es sollte festgelegt werden, ob es sich um eine summative (bestanden/nicht bestanden) oder formative (Erreichen von Lernzielen; mehr Training) Bewertung handelt. Die Entscheidungsfindung und Evaluation sollte nicht unterschätzt werden und muss auf valider und verlässlicher Messung basieren. Diese Überlegungen sind in folgende „Formel“ eingefasst:

PRÜFUNG = MESSUNG + BEWERTUNG + ENTSCHEIDUNG

Zusätzlich ist zu beachten, dass für eine umfassende Prüfung der Kommunikationsfähigkeiten basierend auf dem MAAS-Global nicht die Bewertung eines einzelnen Items sondern das Gesamtbild ausschlaggebend ist. Das Gesamtergebnis wird als prozentualer Anteil der in einer Konsultation insgesamt möglichen Punktzahl angegeben. Eine Prüfung sollte in Zweifelsfällen nicht nur auf der Summe der Bewertung eines Beobachter oder einer Konsultation beruhen, sondern auf der Bewertung durch mehrere Beobachter vieler Konsultationen. Die Auswahl der Konsultationen, welche beurteilt werden, sollte eine repräsentative Stichprobe des Fachgebietes sein. Für die Allgemeinmedizin wurden bestimmte Auswahlkriterien entwickelt.²⁰

2. ALLGEMEINE HINWEISE

Zum Verständnis der allgemeinen vorliegenden Anleitung sollte zunächst der Bewertungsbogen im Anhang dieses Manuals studiert werden.

Die Items sollen in strikter Übereinstimmung mit den in den Kapiteln 4, 5 und 6 beschriebenen Kriterien interpretiert werden. Sie werden auf einer Skala von 0 bis 6 bewertet.

0 = nicht vorhanden

1 = hervorragend

4 = ausreichend

2 = gut

5 = unbefriedigend

3 = befriedigend

6 = schlecht*

*Im Original ist die Nummerierung umgekehrt. Sie wurde im Rahmen der kulturellen Adaption auf die Situation in Deutschland angepasst.

Für das Item 2 (Folgetermin), Item 4 (Körperliche Untersuchung) und Item 15 (klinische Aspekte zur körperlichen Untersuchung) steht als zusätzliche Option „nicht anwendbar“ (n.a.) zur Verfügung. Sie sollte nur angewendet werden, wenn es sich um keinen Folgetermin (Item 2) handelt, keine körperliche Untersuchung erfolgt ist oder es angemessen war, die körperliche Untersuchung auszulassen (Item 4 und 15).

Für jedes Item in den ersten beiden Abschnitten des Instruments gibt es Unterpunkte. Diese beschreiben das Item **und fließen zusammen in die Bewertung des Items ein**, sollen also nicht einzeln bewertet werden.

Die letztendliche Bewertung der Items kann erst nach der Konsultation erfolgen. Deshalb sollten während der Beobachtung Notizen neben den Items angefertigt werden.

Beobachter können die nebenstehenden Boxen nutzen, um beim Zählen der gezeigten Verhaltensweisen Kennzeichen oder Kreuze zu notieren. Ein Plus (+) oder Minus (-) eignet sich z.B. um zu notieren, ob das gefragte Verhalten gezeigt (+) oder nicht gezeigt (-) wurde. Zusätzlich können die Beobachter kurze Notizen (z.B. prägnante Zitate) anfertigen.

Abb. 1 Zeigt ein Beispiel, wie der Bewertungsbogen nach einer Beurteilung aussehen könnte (ohne Zitate).

| | | |
|--|-------------------------------------|----------------------|
| 8) Exploration | | 1 2 <u>3</u> 4 5 6 0 |
| Erhebung des Beratungsanlasses, der Wünsche oder Erwartungen | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Erhebung der Reaktion zu gegebenen Informationen | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Berücksichtigung des Bezugssystems vom Patienten | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Auf nonverbales Verhalten und Hinweise reagieren | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 9) Emotionen | | 1 2 3 4 <u>5</u> 6 0 |
| Erhebung von / Fragen nach Gefühlen | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Gefühle reflektieren (inklusive deren Art und Intensität) | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Hinlänglich durch die gesamte Konversation | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 10) Vermitteln von Informationen | | 1 2 <u>3</u> 4 5 6 0 |
| Ankündigend, kategorisierend, in kleinen Portionen, konkrete Erklärungen | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Verständliche Sprache | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Nachfragen, was der Patient verstanden hat | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 11) Zusammenfassen | | 1 2 <u>3</u> 4 5 6 0 |
| Inhalt ist korrekt und vollständig | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Kurz, prägnant, mit eigenen Worten, überprüfend | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Hinlänglich während der gesamten Konsultation | <input checked="" type="checkbox"/> | |

Abbildung 1: MAAS-Global-D Bewertungsbogen

Tipp: Kreisen Sie beim Bewerten die zutreffende Bewertung ein. Im Nachhinein überprüfen Sie, ob alle Items klar und eindeutig bewertet wurden, also einzeln und sichtbar umkreist sind.

Die Beschreibung der Kriterien in diesem Handbuch bezieht sich stets auf die bestmögliche Ausprägung „hervorragend“ (Punktzahl 1). Die Note 0 „nicht vorhanden“ wird vergeben, wenn keine der in den Kriterien beschriebenen Verhaltensweisen gezeigt wurden. Es obliegt dem Beobachter zu entscheiden, welche der anderen Bewertungen von „hervorragend“ bis „schlecht“ (Punktzahl von 1 bis 6) angesichts der Bewertungskriterien angemessen ist. Die Skala von 1 bis 6 ist eine Intervallskala, was bedeutet, dass der Abstand zwischen zwei Bewertungseinheiten als gleich groß angenommen wird. In welcher Ausprägung und zu welcher Qualität das Item gezeigt wird, geht in die Bewertung mit ein. Dies gilt für alle Items. Es ist den Beobachtern freigestellt, inwiefern sie Quantität und Qualität gewichten. Die Beobachter sind jedoch dazu verpflichtet, in ihrer Bewertung einheitlich zu sein und sich an die vorgegebenen Grenzen der Kriterien zu halten.

Die Kriterien können gleichermaßen bei Ärzten in Weiterbildung und bei praktizierenden Ärzten angewandt werden. Die Items sollen gleich bewertet werden, unabhängig davon, ob der Teilnehmer ein Medizinstudent, Arzt in Weiterbildung oder Facharzt ist. Der Ausbildungsgrad wird erst berücksichtigt, wenn z.B. bei einer Prüfung eine Entscheidung über „bestehen/nicht bestehen“ getroffen werden muss.

Eine Überprüfung des medizinischen Inhalts einer Konsultation (Abschnitt 3) sollte **nur** bei

den Items 14-17 durchgeführt werden. In keinem der anderen Items sollte die medizinische Kompetenz eine Rolle spielen.

Ist die Einschätzung, ob eine Fähigkeit gezeigt wurde einmal strittig, sind die Beobachter angewiesen sich für „nicht vorhanden“ zu entscheiden. Zu langes Überlegen raubt dem Beobachter Aufmerksamkeit. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Zweifel im Allgemeinen darauf hinweisen, dass das Verhalten nicht gezeigt wurde. Um zwischen „2“ (gut) und „1“ (hervorragend) zu unterscheiden, kann es hilfreich sein, sich zu fragen, ob der entsprechende Punkt hätte **besser** gemacht werden können. Wenn dies verneint wird, sollte der Beobachter sich für „1“ (hervorragend) entscheiden.

Die Bewertungsskala bezieht sich ausschließlich auf das Verhalten des Arztes und nicht auf das des Patienten. Deshalb ist es sehr wichtig, sich überwiegend auf das zu konzentrieren, was der Arzt sagt und tut. Das Verhalten und die Aussagen des Patienten sind wichtig um dem Gesprächsverlauf zu folgen. So ist es möglich, dass der Arzt in einem Item eine schlechte Bewertung erzielt, obwohl der Patient verhältnismäßig lange über ein Thema gesprochen hat.

Der MAAS-Global wird benutzt um hochkomplexes Verhalten zu bewerten. Daraus ergeben sich hohe Anforderungen an die Expertise der Beobachter. Diese Expertise kann schwerlich durch einmaliges Lesen dieses Manuals erlangt werden, sondern nur schrittweise durch Studium des Manuals, üben der Bewertung, Erfahrungen und wiederholte Beschäftigung mit den dargestellten Kriterien und Kommentaren.

3. BEGRIFFSDEFINITIONEN

Ein gutes Verständnis für die einzelnen Konzepte, die mit dem Instrument gemessen werden, ist eine unabdingbare Voraussetzung für den akkuraten Umgang mit dem MAAS-Global. Weiterführend werden daher die wichtigsten Konzepte definiert und kommentiert.

Kommunikationsfähigkeiten

Die in diesem Manual vorgestellten Kommunikationsfähigkeiten sind solche, die für eine effektive und zielgerichtete Kommunikation mit dem Patienten förderlich sind. Meistens handelt es sich dabei um sprachliche, teilweise auch um non-verbale Fertigkeiten. Effektive Arzt-Patient-Kommunikation findet statt, wenn beide Parteien es schaffen in ihrem beiderseitigen Anliegen übereinzukommen und sich der Bedeutung der übermittelten Informationen bewusst sind.

Kommentar:

Das Hauptaugenmerk liegt auf der Form der Kommunikation. Hierzu gehören folgende Fähigkeiten des Arztes: Fragen stellen, Zusammenfassen, Gefühle reflektieren, Ordnen und Strukturieren, den Beratungsanlass ermitteln, Informationen mitteilen und den Patienten respektvoll miteinbeziehen.

(Weiterführende) Fragen stellen

Items 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14

Das Stellen von (weiterführenden) Fragen bezieht sich auf die Fähigkeit des Arztes, einladende Formulierungen zu verwenden, die den Patienten ermutigen mehr über ein Thema zu berichten.

Kommentar:

Sprachwissenschaftlich ist eine Frage (z.B. „Wie sehr belastet Sie das?“) die beste Form um weiterführende Informationen zu erhalten. In der alltäglichen Kommunikation wird sie in dieser Form dennoch selten benutzt. Die meisten Menschen benötigen nur einen

feststellenden Satz („Das ist ein Problem“), eine Umschreibung („Unangenehm?“) oder eine wörtliche Wiederholung („Belastend“) als Einladung um mehr zu erzählen. Ob der Arzt absichtlich eine Bemerkung als Frage formuliert hat, kann nur in der nachfolgenden Besprechung mit dem Arzt festgestellt werden. Der Kontext einer Konsultation beinhaltet selten genügend Informationen, um darüber eine Aussage machen zu können. Des Weiteren vermag der eine Patient eine schlichte Bemerkung als Einladung aufzunehmen, während ein anderer es nur als Zeichen interpretiert, dass der Arzt verstanden hat, was er gesagt hat. Der Beobachter sollte also im Kopf behalten, dass der Akt des „Fragens“ als einfache Frage, Feststellung oder wörtliche Wiederholung stattfinden kann.

Im MAAS-Global werden keine Unterschiede zwischen offenen, geschlossenen und suggestiven Fragen gemacht. Ob ein Patient eine offene Frage als Einladung zum freien Erzählen empfindet, hängt in großem Maße von der Situation ab. Tatsächlich kann eine offene Frage in einigen Fällen sogar als irritierend wahrgenommen werden. In so einer Situation kann eine geschlossene Frage den Patienten motivieren, mehr zu erzählen. Bei Suggestivfragen gibt oft der Gesprächskontext vor, zu was der Patient sich aufgefordert fühlt.

Erkennen des eigentlichen Beratungsanlasses

Items 3 und 8

Das Erkennen des eigentlichen Beratungsanlasses bezieht sich auf die Punkte zur Exploration (Item 8) und zum Beratungsanlass (Item 3):

- (1) Welche Veränderung seiner gegenwärtigen Situation wünscht sich der Patient wirklich?
- (2) Was wünscht und erwartet der Patient, wie diese Veränderung herbeigeführt werden soll und welche Erwartungshaltung existiert diesbezüglich zur Rolle des Arztes?

Die Ergebnisse der Punkte 1 und 2 werden zum Beratungsanlass zusammengefasst.

Kommentar:

Kernfrage 1: Der Patient erlebt seine momentane Situation als nicht wünschenswert und inakzeptabel. Für gewöhnlich beinhaltet dies Unwohlsein oder Schmerz, physischer oder mentaler Art. Der Patient wünscht zwar eine Veränderung dieser Situation, hat aber oft keine Vorstellungen darüber, wie dies erreicht werden soll. In vielen Fällen haben die Patienten

noch nicht viel über die angestrebte Situation nachgedacht, sodass es die Aufgabe des Arztes ist, durch Fragen das Bewusstsein des Patienten für seine eigenen Ziele zu wecken.

Kernfrage 2: Die Patienten haben Wünsche oder Erwartungen, in welcher Weise die jetzige Situation geändert werden soll. Diese können schon vor der Konsultation für den Patienten klar sein, durch Fragen des Arztes klarer werden oder sich erst im Verlauf mehrerer Konsultationen herausstellen. Die Erwartungshaltung des Patienten vermag sich sowohl auf den diagnostischen Prozess (Anamneseerhebung und körperliche Untersuchung) wie auch auf das nachfolgende Procedere beziehen (Abwarten und Beobachten, Management, Überweisung, etc.). Die Erwartungshaltung kann auch negativ gefärbt sein. Beispiele sind die Erwartung, dass der Arzt erneut ein Medikament verschreiben könnte, welches der Patient nicht möchte oder die Überweisung zu einem Spezialisten, den der Patient nicht konsultieren möchte.

Folgende Punkte können bei der Erhebung des Beratungsanlasses relevant sein:

- 1) Welche Umstände bewegten den Patienten, gerade jetzt Hilfe zu suchen?*
- 2) Welche Gefühle hat der Patient in Bezug auf sein Problem oder sein Beschwerdebild?*
- 3) Was vermutet der Patient selbst als Ursprung des Problems?*
- 4) Was hat der Patient bereits selbst unternommen, um das Problem zu beheben?*
- 5) Welchen Einfluss haben das soziale Umfeld (Partner, Familie, Freunde) oder die Lebensumstände (Arbeit, Hobby, Sport)?*

Die Tatsache, dass der Arzt die oben genannten Themen anspricht, bedeutet nicht zwangsläufig, dass er den eigentlichen Beratungsanlass erfasst. Erst die Reaktion des Patienten darauf, wie der Arzt das Thema fortführt, und die Gesprächsergebnisse zeigen, ob die Erwartungen des Patienten hinreichend erhoben wurden. Zum Beispiel wenn der Arzt fragt: „Wie denkt Ihr Ehemann darüber?“, könnte der Patient antworten: „Ach, alles worüber er nachdenkt sind seine Haustiere“, oder: „Er hatte Krebs erwähnt und nun bin ich darüber besorgt.“ Die erste Antwort wird eher unwahrscheinlich in einem Zusammenhang mit dem eigentlichen Beratungsanlass stehen. Die zweite Antwort könnte zu dem Auftrag führen: „Ich brauche Klarheit.“

Der erste o.g. Punkt (Welche Umstände führten dazu, dass der Patient zu diesem Zeitpunkt Hilfe sucht) ist für das Verständnis des Beratungsanlasses auf so viele Arten relevant, dass es eine eigene Unterkategorie darstellt.

Das Erkennen des eigentlichen Beratungsanlasses ist nicht mit dem psychosomatischen

oder psychosozialen Hintergrund gleichzusetzen, obwohl diese Aspekte nicht außer Acht gelassen werden sollten. Zum Beispiel: Die Tatsache, dass der Ehepartner für Kopfschmerzen sorgt, ist ein psychosozialer Faktor, der nicht notwendigerweise im Kontext des Beratungsanlasses besprochen werden muss. In diesem Fall mag die Ermittlung der Erwartungshaltung des Patienten nur ergeben, dass er ein Rezept für ein Schmerzmittel braucht. Sein psychosozialer Hintergrund ist nicht Teil des Beratungsanlasses. Wenn der Arzt es trotzdem für wichtig erachtet, kann der psychosoziale Hintergrund im Rahmen der Anamnese ermittelt werden und sollte dann in Item 14 bewertet werden.

Es gibt Situationen, in denen das vollständige Erfassen des eigentlichen Beratungsanlasses nicht im Vordergrund steht, z.B. bei Notfällen, bei einer Telefonkonsultation, bei Sprachbarrieren oder großen kulturellen Unterschieden.

Bezugssystem

Item 8

Mit Bezugssystem eines Menschen wird ein gewisses Muster von Werten und Ansichten bezeichnet. Diese prägen die Perspektive, aus der der Mensch seine Realität wahrnimmt. Metaphorisch gesprochen handelt es sich um die „Farbe der Brillengläser“, durch die der Mensch seine Welt sieht.

Kommentar:

Das **Bezugssystem des Patienten** ist die Summe seiner Empfindungen und Auffassungen bezüglich seines Anliegens oder seiner Beschwerde. Es wird auch als Realitätswahrnehmung des Patienten oder die Sicht des Patienten bezeichnet. Das Bezugssystem ist von persönlichen Faktoren abhängig und kann im Zusammenhang mit Bemerkungen wie „Man hört ja so einiges“, „Ich bin ziemlich besorgt“, „Glauben Sie, dass etwas faul ist?“, oder direkte vom Arzt gestellte Fragen: „Sind Sie besorgt?“, „Was denken Sie, was stimmt nicht?“, exploriert werden.

Das **Bezugssystem des Arztes** ist die Gänze seiner Empfindungen und Auffassungen bezüglich seiner Profession. Ungeachtet seines individuellen Charakters besteht sein Bezugssystem vor allem aus dem medizinischen Modell von Anamnese, körperlicher Untersuchung, Diagnose und Behandlung.

Reflexion von Gefühlen

Item 9

Die Reflexion von Gefühlen beinhaltet, dass der Arzt während der Konsultation die durch den Patienten verbal oder nonverbal ausgedrückten Gefühle verbal widerspiegelt. Die Reflexion muss:

- 1) Die Art der Gefühle angemessen widerspiegeln.
- 2) Die Intensität der Gefühle genau widerspiegeln.

Kommentar

Beispiel: Der Patient hat soeben vor dem Arzt geäußert, dass er sich vor der Operation sehr fürchte, worauf der Arzt antwortet: „Ich verstehe, dass Sie ein paar Bedenken haben.“ Obwohl der Arzt die Gefühle des Patienten reflektiert, klassifiziert er sie weder richtig (Bedenken gegen Angst) noch gibt er die angemessene Intensität wieder (wenig gegen sehr). Eine bessere Antwort wäre gewesen: „Sie wirken tatsächlich sehr verängstigt.“

Ärzte benutzen oft Sätze wie „Das ist verständlich“, um ihr Mitgefühl auszudrücken. Die oben genannte Definition zeigt, dass diese Aussage aber keine angemessene Reflexion der Gefühle darstellt. Im besten Fall zeigt es Empathie, im schlimmsten Fall stellt es ein Klischee dar. Die Reflexion gelingt erst, wenn anschließend das Gefühl benannt wird, zum Beispiel mit dem Satz „Ich verstehe, dass die bevorstehende Operation sehr Angst einflößend wirkt.“

Zusammenfassen

Item 11

Zusammenfassen bedeutet, dass der Arzt die Hauptanliegen des Patienten während der Konsultation noch einmal formuliert. Dies dient vor allem der Überprüfung, ob der Arzt das genaue Anliegen des Patienten verstanden hat.

Kommentar:

Eine gute Zusammenfassung sollte folgende Anforderungen erfüllen:

1. *Der genaue Inhalt der Patientenaussagen soll reflektiert werden.*
2. *Sie sollte prägnant sein - ein kurzer Bericht der Patientenaussagen.*

3. *Es sollte lieber umformuliert statt wörtlich wiederholt werden.*
4. *Die Zusammenfassung sollte durch den Patienten bestätigt werden, z.B. durch direktes Fragen, durch einen fragenden Tonfall oder durch eine Pause, die den Patient zum Antworten einlädt.*

4. KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEITEN FÜR JEDE GESPRÄCHSPHASE

Die beschriebenen Kriterien beziehen sich auf die Bewertung „hervorragend“. Sie werden im Folgenden durch Kommentare erläutert.

Item 1: Einstieg

Dem Patienten Raum geben seine Anliegen vorzubringen

Allgemeine Orientierung, warum sich der Patient vorstellt

Sonstige Gründe für die Konsultation erfragen

Kriterien für die Bewertung „hervorragend“

In der Anfangsphase der Konsultation informiert sich der Arzt über den Grund des Patientenbesuchs, indem er dem Patienten Raum gibt, in eigenen Worten über seine Beschwerden und Anliegen zu berichten. Falls notwendig, ermutigt er den Patienten mit allgemeinen Fragen. Solche Fragen können z.B. erheben, wie lange die Beschwerden bereits vorhanden sind, wie ernst sie sind und was sie für den Patienten bedeuten. Die Eröffnungsfrage wird nicht bewertet.

Der Arzt untersucht, ob es andere Gründe für den Besuch des Patienten gibt. In der Bewertung dieses Items ist der Zeitpunkt dieser Fragen von entscheidender Bedeutung: Sie sollten vor Beginn der ausführlichen Anamnese gestellt werden.

Kommentar:

Ein Beratungsanlass schließt alles ein, was den Patient zum Arzt führt: Beschwerden, Ängste/Probleme oder Fragen.

Manchmal kann es schwierig sein, zwischen orientierenden Fragen zum Beratungsanlass und Fragen zur Anamnese zu differenzieren. Der Hauptunterschied besteht darin, dass orientierende Fragen die wesentlichen Aspekte der Anamnese abdecken, ohne dass detailliert gefragt wird („Könnte auch vom Nachbarn während eines Plauschs so gefragt werden“). Beispiele für orientierende Fragen sind: Was haben Sie für ein Anliegen? Wie

lange haben Sie diese Beschwerden schon? Wie sehr schränkt es Sie ein?

Diese Fragen helfen dem Arzt den Beratungsanlass einzuordnen. Die Anamnese erfordert hingegen spezifische Fragen des Arztes. Je mehr diese orientierenden Fragen den speziellen anamnestischen Fragen ähneln, desto niedriger wird die Bewertung des Items. Fragen, die die Anamnese betreffen, werden im Item 14 (Anamnese) bewertet.

Wenngleich Fragen nach anderen Gründen des Besuches nicht bei den eröffnenden Fragen dabei sein sollten, ist es gut, sie früh in der Konsultation zu stellen. Diese Fragen sind aus organisatorischen Gründen der Einleitung zugeordnet und stellen sicher, dass nichts übersehen wird, komplettieren die Geschichte des Patienten und befähigen den Arzt den weiteren Konsultationsverlauf zu planen.

Die eröffnende Frage („Was kann ich für Sie tun?“) wird nicht bewertet, weil diese Frage fast immer gefragt wird und deswegen nicht zu unterschiedlichen Bewertungen zwischen Ärzten führt.

Item 2: Folgetermin

Vorherige Beschwerden, Beratungsanlass und Procedere rekapitulieren

Adhärenz dem Procedere gegenüber erfragen

Nachfrage, wie sich die Beschwerdesymptomatik entwickelt hat

Kriterien für die Bewertung „hervorragend“

Bei einem Folgetermin stellt der Arzt die Verbindung mit der vorherigen Konsultation her, indem er die damals aktuellen Beschwerden und Gründe für den Beratungsanlass benennt und das eingeleitete Procedere rekapituliert. Der Arzt erfragt außerdem, ob der Patient sich an den getroffenen Behandlungsplan hält (Adhärenz). Zudem erfragt er den Verlauf der Beschwerden und den Behandlungserfolg.

Kommentar:

Ein Folgetermin ist eine Fortsetzung eines vorherigen Gesprächs mit dem gleichen Arzt über das gleiche Thema in Bezug auf die gleiche Krankheitsepisode. Wenn einer dieser Aspekte nicht vorliegt, sollte „n.a.“ (nicht anwendbar) eingekreist werden. Wenn sich aus dem Kontext kein anderer Hinweis ergibt, kann davon ausgegangen werden, dass der

Folgetermin durch denselben Arzt durchgeführt wurde.

Wenn der Arzt eine vorherige Konsultation zusammenfasst, zum Beispiel aus der Patientenakte, sollte diese Situation auch mit diesem Item bewertet werden. Diese Zusammenfassung soll nicht unter „Zusammenfassen“ bewertet werden, da damit die Zusammenfassung der aktuellen Konsultation bewertet wird (siehe Kapitel 3).

Item 3: Beratungsanlass

Benennen des Beratungsanlasses, Wünsche oder Erwartungen

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

Vervollständigen der Erhebung des Beratungsanlasses

Kriterien für die Bewertung „hervorragend“

Der Arzt benennt den Beratungsanlass des Patienten, seine Wünsche oder Erwartungen. Zusätzlich nennt er den Grund, den der Patient für sein jetziges Kommen anführt. Der Arzt vervollständigt den Beratungsanlass, indem er abklärt ob der Patient alle Fragen, Wünsche und Erwartungen an den Arzt adressieren konnte.

Kommentar:

Für mehr Details: Definition von „Beratungsanlass“ unter „Begriffsdefinitionen“ (Kapitel 3).

Dieses Item bezieht sich auf den Kontext des Beratungsanlasses, also in welchem Ausmaß der Arzt verstanden hat, was der Patient ihm mitteilen wollte. Beschränkt sich der Arzt darauf, nur Fragen zu stellen und die Antworten des Patienten nicht noch einmal zu paraphrasieren, ist bei den ersten zwei Aspekten dieses Items die Bewertung „0“ zu vergeben.

„Benennen des Beratungsanlasses, Wünsche oder Erwartungen“ und „Benennen der Gründe, warum sich der Patient entschieden hat, heute zu kommen“ beziehen sich nicht auf Suggestionen des Arztes, sondern nur auf die initial vom Patienten gegebenen Äußerungen. Das folgende Beispiel würde nicht in die Bewertung miteinfließen: Arzt: „Sie wollen dieses Symptom abgeklärt haben?“, Patient: „Was ich eigentlich wissen wollte ist, ob dieses Symptom bedrohlich ist.“ Bedeutend ist, dass der Arzt etwas umformuliert, was zunächst

vom Patienten aufgeworfen wurde. Die oben aufgeführte Suggestivfrage kann bei Item 8 „Exploration“ bewertet werden.

Um den Beratungsanlass vollständig zu erfassen, können Schlüsse aus zustimmenden Antworten des Patienten auf Paraphrasen wie „Also das Hauptproblem ist...“, „Sie erwarten also von mir...“, „Ist das wirklich alles was Sie möchten?“ gezogen werden. Dieses Kriterium wurde aufgenommen, da Ärzte, wenn sie die genauen Gründe der Konsultation überhaupt hinterfragen, oft dazu neigen, sich mit einem einzigen Grund zufriedenzustellen und nicht nach weiteren Problemen zu fragen.

Das Erheben des Beratungsanlasses kann während der ganzen Konsultation durchgeführt werden. Zum Beispiel kann der Arzt den Patienten vorerst nach dessen Meinung zum Behandlungsplan befragen. Folglich kann dieses Item während der gesamten Konsultation bewertet werden, sofern der Arzt tatsächlich den Beratungsanlass, Wünsche oder Erwartungen des Patienten benennt. Das Benennen des Beratungsanlasses wird in diesem Item bewertet, die Exploration dazu in Item 8 (Exploration).

Item 4: Körperliche Untersuchung

Anweisungen dem Patienten gegenüber

Erläuterungen, was gemacht wird

Respektvoller und umsichtiger Umgang mit dem Patienten

Kriterien für die Bewertung „hervorragend“

Vor der körperlichen Untersuchung erklärt der Arzt dem Patienten, wie die Untersuchung stattfinden wird, welche Körperteile dafür entkleidet werden sollten und was der Patient zu tun hat (hinlegen, sitzen, etc.). Der Arzt erklärt die Untersuchung detailliert und erläutert auch währenddessen weitere Maßnahmen, sofern diese nötig sind.

Der Arzt behandelt seinen Patienten respektvoll und umsichtig. Er richtet seine Aufmerksamkeit auf die Reaktionen des Patienten während der Untersuchung, bspw. Schmerzen, und spricht sie an. Findet keine körperliche Untersuchung statt, sollte nicht anwendbar ausgewählt werden.

Kommentar:

Hier sollten nicht die medizinischen Aspekte der körperlichen Untersuchung bewertet werden. Diese folgen in Item 15.

Die Ankündigung zur körperlichen Untersuchung wird in Item 12 bewertet.

Die Erklärungen während der Untersuchung reduzieren sich auf die Art der Untersuchung. Der Grund der Untersuchung muss nicht erläutert werden. Bei komplizierten, langen oder invasiven Untersuchungen kann der Arzt auch während der Untersuchung die nachfolgenden Schritte erklären. Bei kleineren Untersuchungen, wie Auskultation oder Blutdruck messen, kann der Ablauf der Untersuchung schon davor erklärt werden.

Item 5: Diagnose

Befunde, Diagnosen/Hypothesen benennen

Zusammenhang zwischen den Befunden und der Diagnose benennen

Prognose oder den erwarteten Verlauf benennen

Patienten um Rückmeldung bitten

Kriterien für die Bewertung „hervorragend“

Der Arzt benennt die Befunde aus Anamnese und körperlicher Untersuchung und die daraus folgende Arbeitshypothese oder Diagnose.

Zusätzlich benennt der Arzt die möglichen Ursachen der Beschwerden und den Zusammenhang zwischen Befunden und der Diagnose.

Der Arzt gibt eine konkrete Einschätzung der Situation und bespricht den zu erwartenden Verlauf der Erkrankung und die Prognose mit und ohne Behandlung.

Schlussendlich bittet der Arzt den Patienten Rückmeldung zu den Befunden, der Diagnose, der Prognose, etc. zu geben.

Kommentar:

Die Diagnose kann auch Negativbefunde enthalten („Ich kann nichts Ungewöhnliches finden“). Eine (vorläufige) Diagnose wird auch dann bewertet, wenn der Arzt nicht in der Lage ist, mit Sicherheit auf eine Diagnose zu schließen oder die Diagnose negativ formuliert wird („Es ist definitiv kein Leistenbruch“).

Das Benennen von Ursachen oder die Verbindung zwischen Befunden und Ursachen wird unabhängig von der überbringenden Art des Arztes beurteilt.

Wenn der Arzt erst auf Nachfrage des Patienten einen Befund, eine Diagnose oder Ursache etc. benennt, kann dieses Item trotzdem bewertet werden, es sei denn, ohne Nachfragen des Patienten wäre es offensichtlich ungeklärt geblieben. Beispiel: Der Patient fragt beim Hinausgehen noch: „Wie lange wird es dauern?“

Der Unterpunkt „Patient um Rückmeldung bitten“ kann schon als Fähigkeit beurteilt werden, wenn bezüglich dessen nur eine Frage gestellt wird. Die Qualität der Frage und weitere Exploration wird in Item 8 (Exploration) bewertet.

Der Inhalt der „Diagnose“ sollte hier ignoriert werden, da er ausführlich in Item 16 beurteilt wird.

Item 6: Management

Partizipative Entscheidungsfindung, Alternativen, Risiken und Nutzen besprechen

Durchführbarkeit und Adhärenz besprechen

Festlegen wer, was, wann machen soll

Patienten um Rückmeldung bitten

Kriterien für die Bewertung „hervorragend“

Der Arzt gibt dem Patienten bei der Besprechung des Managements die Möglichkeit seine Meinung einzubringen, indem er ihm direkt Fragen stellt oder einladende Pausen macht. In dieser Art werden auch die Risiken sowie Vor- und Nachteile der geplanten Behandlung besprochen. Abhängig von der Art der Beschwerden kann der Arzt Behandlungsalternativen vorstellen oder ausschließlich eine Behandlung anraten. Auch für die Behandlungsalternativen sollten Risiken und Vor- und Nachteile diskutiert werden.

Der Arzt bespricht die Realisierung des angestrebten Managements mit dem Patienten und stellt sicher, dass dieser Adhärenz für die Behandlung zeigt.

Der Arzt vereinbart mit dem Patienten konkret den weiteren Ablauf der Behandlung (wer, was, wann).

Schlussendlich bittet der Arzt den Patienten, Rückmeldung bezüglich des geplanten Managements zu geben.

Kommentar:

Die Patientenreaktion an sich ist irrelevant. Es ist nicht wichtig, ob der Patient auf die Darstellung der Risiken und Vor- und Nachteile reagiert, nicht zwischen Alternativen wählt oder die Entscheidung zur Art der Behandlung dem Arzt überlässt.

Dieses Item bewertet das Angebot des Arztes, nicht die Reaktion des Patienten. Wie bei allen anderen Items sollte der Beobachter auch hier auf das Verhalten des Arztes achten und ob dieses jeden Unterpunkt erfüllt.

Wenn der Arzt einen Unterpunkt erst auf Nachfrage des Patienten beantwortet, wird dieses Item gewertet, auch wenn es ohne Nachfragen des Patienten offensichtlich ungeklärt geblieben wäre. Das Item kann jedoch nicht gewertet werden, wenn der Patient zum Beispiel beim Verlassen des Zimmers fragt: „Soll ich nochmal wiederkommen?“

Zur Klarstellung der Patientenreaktion auf das Management genügt eine Frage. Die Qualität der Frage und alle weiteren Explorationen sind in Item 8 (Exploration) zu bewerten. Die medizinischen Inhalte werden nicht hier sondern in Item 17 (Management) bewertet.

Item 7: Evaluation der Konsultation

Allgemeine Frage (zusammenfassende, abschließende Frage)

Reaktion auf Beratungsanlass (Aufnehmen und Umsetzen des Beratungsanlasses)

Ausblick (kurze, abschließende Vermittlung des weiteren Vorgehens)

Kriterien für die Bewertung „hervorragend“

Am Ende der Konsultation erfragt der Arzt allgemein, was der Patient gerade denkt und wie

er sich fühlt. Die Frage muss sich nicht auf einen spezifischen Teil der Konsultation beziehen.

Am Ende der Konsultation überprüft der Arzt, ob der Beratungsanlass des Patienten angemessen berücksichtigt wurde.

Der Arzt erfragt zudem, ob dem Patienten eine Perspektive für die nächste Zeit geboten wurde.

Kommentar:

Die Konsultation kann am Ende vom Arzt anhand einer allgemeinen Frage, wie „Alles in Ordnung?“, „Sind Sie damit einverstanden?“, „Sind Sie zufrieden?“, ausgewertet werden, auch wenn der Arzt zumeist nicht die Intention hatte, die Konsultation zu evaluieren. Diese Fragen beziehen sich meist auf das zuletzt Besprochene, was häufig der allgemeine Behandlungsplan und das Management sind. In solchen Fällen sollten diese Fragen entweder in Item 6 (Management) oder hier bewertet werden.

Die Bewertung der ärztlichen Reaktion auf den Beratungsanlass hängt davon ab, ob sich der Arzt explizit auf den Beratungsanlass bezieht. Es kann sein, dass sich der Arzt eher auf „Ihre Fragen“ (Anliegen des Patienten) bezieht oder aber vorzugsweise, dass er den Beratungsanlass akkurat benennt.

5. ALLGEMEINE KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEITEN

Die beschriebenen Kriterien beziehen sich auf die Bewertung „hervorragend“. Sie werden im Folgenden durch Kommentare erläutert.

Item 8: Exploration

Erheben des Beratungsanlasses, Wünsche oder Erwartungen

Erheben der Reaktionen zu den gegebenen Informationen

Das Bezugssystem des Patienten berücksichtigen

Auf nonverbales Verhalten und Hinweise reagieren

Kriterien für die Bewertung „hervorragend“

Der Arzt erfragt den Beratungsanlass, Wünsche und Erwartungen des Patienten. Diese Fragen sollten einladend gestellt werden.

Der Arzt beobachtet die Patientenreaktion auf die von Ihm gegebenen Informationen. Dies geschieht hauptsächlich in den zwei Bereichen „Diagnose“ und „Management“.

Die Exploration soll vorrangig innerhalb des Bezugssystems des Patienten erfolgen. Während der Exploration reagiert der Arzt zudem auf nonverbales Verhalten und Hinweise.

Kommentar:

Dieses Item misst die Qualität der gestellten Fragen, mit denen der Arzt das subjektive Erleben der Beschwerden des Patienten erhebt. Diese subjektive Wahrnehmung kommt in Beratungsanlass, Wünschen oder Erwartungen des Patienten auf die vom Arzt angebotenen Informationen zum Ausdruck. In Item 3 („Beratungsanlass“) hingegen wird nur das Benennen des Beratungsanlass, der Wünsche und Erwartungen bewertet. Auch in Item 5 (Diagnose) und Item 6 (Behandlung) wird nur bewertet, ob der Arzt nach der Reaktion des Patienten fragt und nicht wie dies getan wird.

Eine Grundvoraussetzung für die Exploration ist eine einladende, offene und sichere

Atmosphäre für den Patienten. Ist dies der Fall, kann der Arzt die Exploration mit einer offenen, situationsbedingt auch mit einer geschlossen gestellten Frage beginnen. Die Art der Frage (offen oder geschlossen) ist dabei nicht relevant, sondern ob die Fragen mit einer einladenden Haltung des Arztes gestellt werden.

Dieses Item bezieht sich auf die Erkundung der Sichtweise des Patienten. Daher ist es wichtig, dass sich der Arzt bei der Fragestellung im Bezugssystem des Patienten bewegt. Dieser Perspektivenwechsel ist auf keinen Fall einfach zu bewerkstelligen und der Arzt mag weiterhin dazu neigen, Fragen aus seiner Perspektive zu formulieren. Dies ist zwar nicht verboten, aber der Bewertung nicht zuträglich. Der Arzt, der es am besten schafft sich mit seinen Fragen im Bezugssystem des Patienten zu bewegen, erlangt dafür die höchste Bewertung in diesem Item. Exploration kann während der ganzen Konsultation stattfinden, passt aber am besten in die Phasen von Beratungsanlass, Diagnose und Management. Während dieser Phasen sollte der Beobachter sowohl speziell auf die Bewertung der Exploration als auch auf die Bewertung der Items 3, 5 und 6 achten.

Die Exploration sollte in Bezug auf die Beschwerden relevant sein oder der Arzt sollte die Relevanz der Frage in Bezug auf die Beschwerden erklären. Zum Beispiel könnte ein Arzt die persönlichen und psychosozialen Umstände eines Patienten innerhalb seines Bezugssystems abfragen, obwohl dieser weder diesbezüglich Beschwerden geäußert hat noch versteht, warum der Arzt diese Umstände erfragt. In letzterem Fall sollte der Arzt den Beweggrund / die Relevanz der Frage darlegen.

Für weitere Kommentare siehe auch die Definitionen von „Exploration“ und „Bezugssystem“ in Kapitel 3.

Item 9: Emotionen

Fragen nach Gefühlen

Gefühle reflektieren (inklusive deren Natur und Intensität)

Hinlänglich durch die gesamte Konsultation

Kriterien für die Bewertung „hervorragend“

Der Arzt fragt den Patienten nach seinen Gefühlen oder geht darauf ein, wenn dieser Emotionen zeigt.

Der Arzt reflektiert die Gefühle seines Patienten angemessen und beachtet dabei deren

Natur und Intensität.

Der Arzt richtet seine Aufmerksamkeit während der gesamten Konsultation ausreichend und ausgewogen auf die Gefühle des Patienten. Er erfragt und reflektiert die Emotionen des Patienten.

Kommentar:

Für weitere Erklärungen siehe auch die Definition „Reflektion von Gefühlen“ unter „Begriffsdefinitionen“ (Kapitel 3).

Dieses Item misst weder, ob die Interaktion als emotional „kühl“ oder „warm“ bezeichnet werden kann, noch ob sich der Patient emotional zeigt oder sich der Arzt empathisch verhält. Das diesbezügliche Verhalten des Arztes ist oft nonverbaler Natur und wird im Item 13 „Empathie“ bewertet.

Der Beobachter sollte bezüglich des Items „Emotionen“ die verbale Reaktion des Arztes auf die Gefühle seines Patienten bewerten. Darunter fallen jene Gefühle des Patienten, die seine Beschwerde betreffen. Nicht bewertet werden Gefühle von Schmerz oder Unwohlsein, die von den Beschwerden ausgelöst werden. Diese Gefühle werden meist während der Anamnese deutlich. Selbstverständlich behandelt dieses Item nicht die Gefühle des Arztes.

Item 10: Vermitteln von Informationen

Ankündigend, kategorisierend

In kleinen Portionen, konkrete Erklärungen

Verständliche Sprache

Nachfragen, was der Patient verstanden hat

Kriterien für die Bewertung „hervorragend“

Der Arzt kündigt an, dass er dem Patienten Informationen vermitteln wird und kategorisiert die Teilaspekte, die besprochen werden.

Die Informationen werden in kleinen Portionen übermittelt und der Arzt erklärt Details konkret.

Der Arzt benutzt eine für den jeweiligen Patienten gut verständliche Sprache.

Der Arzt fragt nach, was der Patient alles verstanden hat.

Kommentar:

Beispiel einer Ankündigung: „Ich werde Ihnen nun mitteilen, was ich herausgefunden habe.“

Beispiel einer Kategorisierung: „Zuerst werde ich Ihnen die Befunde mitteilen, dann erkläre ich Ihnen ihre momentane Situation und schließlich was ich denke, was nun unternommen werden sollte. Also, zuerst einmal ...“

„In kleinen Portionen“ bedeutet, dass der Arzt seinen Patienten nicht mit der gesamten Menge an Informationen überfordert. Zwischen einzelnen Teilen können Pausen eingebaut werden. Dadurch erhält der Patient die Chance, die Informationen aufzunehmen und Fragen zu stellen.

Selten kündigen Ärzte an, dass sie nun Informationen mitteilen oder ordnen diese in Kategorien ein. Ebenfalls erkundigen sie sich selten danach, ob der Patient alles verstanden hat („Was denken Sie?“, „Haben Sie verstanden, was ich Ihnen gesagt habe?“). Die Beobachter sollten sich dessen bewusst sein, da es die Bewertung unmittelbar beeinflusst.

Informationsübermittlung findet nur in den Phasen „Diagnose“ und „Behandlung“ statt. Dementsprechend sollten die Beobachter während dieser Phasen aufmerksam sein und sowohl den Inhalt der Information (Item 5 und 6), die medizinischen Aspekte (Item 16 und 17) als auch das Item 10 an sich bewerten.

Item 11: Zusammenfassen

Inhalt ist korrekt, vollständig

Kurz und prägnant, umformuliert

Überprüfen

Hinlänglich während der gesamten Konsultation

Kriterien für die Bewertung „hervorragend“

Der Arzt zeigt während der gesamten Konsultation, dass er gehört und verstanden hat, was

der Patient ihm mitgeteilt hat, indem er ausgewogene Zusammenfassungen formuliert. Er formuliert prägnant, nutzt eigene Formulierungen und bleibt inhaltsbezogen korrekt. Zudem gibt er dem Patienten die Möglichkeit zu antworten (z.B. Pausen, fragender Ton in der Stimme, Fragenstellen).

Kommentar:

Für weitere Erklärungen siehe auch die Definition „Zusammenfassen“ unter „Begriffsdefinitionen“ (Kapitel 3).

Die Bewertung „hervorragend“ kann nur vergeben werden, wenn der Arzt während der gesamten Konsultation inhaltlich gute und prägnante Zusammenfassungen gibt. Nicht bewertet werden sollten Zusammenfassungen über frühere Konsultationen im Rahmen eines Folgetermins. Die Zusammenfassung enthält die wichtigsten Themen aus dem Konsultationsgespräch (siehe Definition).

Item 12: Strukturieren

Logische Reihenfolge der Phasen

Ausgeglichene Einteilung der Zeit

Ankündigungen (Anamnese, Untersuchung, andere Phasen)

Kriterien für die Bewertung „hervorragend“

Der Arzt strukturiert die Konsultation, indem er die einzelnen Phasen in eine logische Reihenfolge bringt. Fortlaufend sind das: Einleitung, Folgetermin, Beratungsanlass, Anamnese, körperliche Untersuchung, Diagnose, Management und Evaluation.

Der Arzt bemüht sich um eine ausgewogene Zeiteinteilung und interveniert falls notwendig (z.B. bei sehr redseligen Patienten). Die Struktur wird deutlich, indem die einzelnen Phasen angekündigt werden.

Kommentar:

Lässt der Arzt eine Phase aus, sollte das die Bewertung nicht negativ beeinflussen, da die

„ausgewogene Zeiteinteilung“ sich nur auf durchgeführte Phasen bezieht.

Bei besonders redseligen Patienten kann es hin und wieder nötig sein, den Patienten zu unterbrechen. Versäumt der Arzt dies und ist dahingehend zu nachsichtig, kann die Zeiteinteilung der gesamten Konsultation nicht mehr als ausgewogen bezeichnet werden. Der Arzt hat die Möglichkeit, Teile der Anamnese während der körperlichen Untersuchung abzuhandeln, solange dies in einer sinnvollen Art und Weise geschieht.

Die Phase „Management“ muss der Phase „Diagnose“ folgen.

Item 13: Empathie

Interessiert, zugewandt und aufrichtig empathisch bezüglich der Tonlage, Gestik und Augenkontakt

Mit kurzen verbalen Äußerungen Empathie ausdrücken

Kriterien für die Bewertung „hervorragend“

Der Arzt präsentiert sich zugewandt, zum Gespräch einladend und aufrecht mitfühlend. Diese Haltung zeigt sich in Gestik, Augenkontakt und Tonlage.

Der Arzt zeigt seine Empathie auch mit kurzen verbalen Ausdrücken.

Kommentar:

Empathie besteht aus Interesse und Anteilnahme. Sie umfasst verbale und nonverbale Aspekte.

Nonverbal drückt sich Empathie in einer klar zum Patienten orientierten Haltung, einer natürlich interessierten und einfühlsamen Tonlage, einer angemessenen Gestik sowie Augenkontakt aus. Alle nonverbalen Zeichen von Empathie werden in diesem Item bewertet.

Verbale Ausdrücke von Empathie werden teilweise in anderen Items bewertet, so wie zum Beispiel: den Patienten mit Respekt und Umsicht behandeln (Item 8), Gefühle erfragen/erheben und Gefühle reflektieren (Item 9). Verbale Ausdrücke, welche in diesem Item 13 bewertet werden, sind kurze Antwortlaute wie „Ahja“ oder „Hm“, knappe Zusammenfassungen dessen, was der Patient gerade gesagt hat oder andere derartige

Äußerungen, die verdeutlichen, dass der Arzt dem Patienten zugehört hat und ihn dazu ermutigt weiter zu reden. Ebenso bewertet werden kurze Einwände wie „Oh wirklich“ oder „Das ist ja ärgerlich“, die klar Anteilnahme zeigen.

Weitere Zeichen für Empathie:

- Der Patient wird nicht ohne guten Grund unterbrochen.
- Die Konversation wird in eine ruhige Umgebung verlegt, in der unnötige Unterbrechungen vermieden werden können (z.B. Telefongespräche, ein- und austretende Personen).
- Vermeiden von unangenehmen Gesprächspausen.
- Kein Beginn einer längeren Unterhaltung während der Patient ganz oder teilweise entkleidet ist.

Empathie sollte sich klar aus dem Verhalten des Arztes ableiten. Vorhandensein von Empathie kann nicht aus der Tatsache, dass der Patient sich scheinbar wohlfühlt, interpretiert werden.

Folgendes Verhalten sollte bei der Bewertung beachtet werden: Verbalisierungen, Sprachton (einladend, ruhig), Pose (dem Patienten zugewandt, Augenkontakt bei der Unterhaltung) und Gestik (bei Begrüßung und Verabschiedung des Patienten). Es ist selbstverständlich, dass der Beobachter nicht nur gut zuhören, sondern auch zusehen sollte.

Bei aufgezeichneten Konsultationen kann es schwierig sein darüber zu urteilen, ob Augenkontakt gehalten wurde. In diesem Fall genügt es, wenn Körper und Kopf des Arztes dem Patienten zugewandt sind, der Arzt weder schreibt noch auf seinem Computer tippt etc., während er mit dem Patienten spricht.

Nachsicht beim Behandlungsplan (z.B. bei Medikamenteneinnahme, Physiotherapie), wenn diese medizinisch unbegründet ist und eventuellen Schaden hinzufügt, stellt kein Zeichen von Empathie dar. Die Konsequenzen sollen in Item 17 (Management) bewertet werden.

6. MEDIZINISCHE ASPEKTE

Die Items dieses Kapitels (Item 14-17) dienen der Bewertung medizinischer Inhalte im Rahmen der Konsultation. Während die ersten 13 Items die Kommunikationsfähigkeiten beurteilen, betreffen die Items 14-17 somit die medizinische Expertise des Arztes. Hier wird die medizinische Kompetenz (qualitativ und quantitativ) bewertet. Fragt der Arzt passende Fragen in einer angemessenen Anzahl? Wird die körperliche Untersuchung angemessen durchgeführt? Erklärt der Arzt seinem Patienten die Befunde ausreichend detailliert und verständlich? Entspricht das Management den Leitlinien?

Die Kommentare dieses Kapitels wurden bisher vorrangig von niederländischen Allgemeinmedizinern erstellt, da sie Hauptnutzer des MAAS-Global waren.

Sofern die Fachgesellschaften der Beobachter neue Leitlinien für bestimmte Krankheiten oder Beschwerden herausgegeben haben, sollte die Bewertung der Konsultation diesen Leitlinien entsprechend erfolgen. Geht es in der Konsultation um ein Beschwerdebild zu dem keine Leitlinien existieren, sollte die Bewertung entsprechend der üblichen Behandlungsstandards des Fachgebietes erfolgen. In diesem Falle gestaltet sich die Bewertung allerdings schwieriger.

Im Gegensatz zu den Items der Kommunikationsfähigkeiten gib es keine Unterpunkte bei den medizinischen Aspekten. Dies ist der Einzigartigkeit jeden Falls geschuldet. So mag es zum Beispiel in einem Fall relevant sein, eine bestimmte Frage während der Anamnese, der körperlichen Untersuchung oder der Erstellung des Behandlungsplans zu stellen, wohingegen es in einem anderen Fall absolut irrelevant wäre. Die Unterpunkte des MAAS-Global bezüglich der Kommunikationsfähigkeiten beanspruchen für sich, auf alle Fälle gleichermaßen anwendbar zu sein. Ein anderer Grund für das Fehlen von Unterpunkten ist, dass einige Konzepte in der Medizin noch immer nicht evidenzbasiert oder eindeutig definiert sind. Dies trifft insbesondere auf die Themen „Psychosoziale Anamnese“, „Fragen über psychosoziale Aspekte stellen“ sowie „Psychosozialen Konsequenzen Aufmerksamkeit schenken“ zu. Diese Aspekte sind erfahrungsgemäß nicht für alle Arzt-Patienten-Kontakte gleichermaßen bedeutsam. Die medizinischen Items haben daher keine Unterpunkte, sondern bestehen aus einer Liste mit mehreren möglichen Aspekten, die bewertet werden können.

Werden die Konsultationen zu didaktischen Zwecken verwendet, ist es ratsam, die

besonders aufgefallenen medizinischen Aspekte unter „Individuelles Feedback“ zu notieren. Beispiele für die Anamnese bzw. den Behandlungsplan sind: „Die Aufmerksamkeit zu somatischen, psychosozialen und sozialen Aspekte war gut verteilt“ und „Eine medikamentöse Therapie ist laut Leitlinie nicht indiziert“.

Item 14: Anamnese

Dieses Item kann verwendet werden, um die körperliche sowie psychosoziale Anamnese zu bewerten.

Bewerten Sie dieses Item nach gültigen Leitlinien, sofern diese existieren. Falls es keine Leitlinien gibt, bewerten Sie nach Ihren besten Fähigkeiten.

Kommentar:

Wäre eine psychosoziale Anamnese angebracht gewesen, aber nicht durchgeführt worden, sollte die Bewertung, unabhängig von der Qualität der somatischen Analyse niedriger ausfallen.

Item 15: Körperliche Untersuchung

Dieses Item wird u.a. verwendet zur Bewertung der:

- körperlichen Untersuchung durch den Arzt
- zusätzlichen Diagnostik, die durch den Arzt während der Konsultation durchgeführt wurde

Bewerten Sie dieses Item nach gültigen Leitlinien, sofern diese existieren. Falls es keine Leitlinien gibt, bewerten Sie nach Ihren besten Fähigkeiten.

Kommentar:

Die körperliche Untersuchung besteht aus der klinischen Untersuchung und ggf. weiteren Untersuchungen, die während der Konsultation durchgeführt werden. Weiterführende Untersuchungen, die nach der Konsultation anberaumt sind, werden unter Item 17 (Management) bewertet.

Eine körperliche Untersuchung, die nicht leitlinienbasiert ist, wird als überflüssig eingeschätzt und resultiert in einer niedrigeren Bewertung. Wenn Hinweise in der Patientenakte, in der Anamnese oder aus einer vorherigen Konsultation eine körperliche Untersuchung als nicht indiziert erscheinen lassen, sollte „nicht anwendbar“ eingekreist werden.

Item 16: Diagnose

Dieses Item wird zum Bewerten der Diagnose oder der Verdachtsdiagnose verwendet.

Bewerten Sie dieses Item nach gültigen Leitlinien, sofern diese existieren. Falls es keine Leitlinien gibt, bewerten Sie nach Ihren besten Fähigkeiten.

Kommentar:

Der Beobachter bewertet die medizinische Qualität der „Diagnose“ anhand der Informationen, die der Arzt dem Patienten mitteilt. Dies betrifft die Phase, in welcher der Arzt seine Diagnose stellt. Der Arzt entscheidet sich für eine Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose aufgrund der Befunde aus Anamnese und körperlicher Untersuchung. Er kann ebenso entscheiden, dass er keine Diagnose stellen kann. Da dieser Prozess allerdings hauptsächlich in nicht geäußerten Gedanken seitens des Arztes stattfindet, kann der Beobachter nur das beurteilen, was der Arzt seinem Patienten mitteilt, zum Beispiel zu Befunden, Überlegungen, Diagnosen, Ursachen, Prognosen sowie dem zu erwartenden Verlauf. Dieses Item bezieht sich demnach auf den medizinischen Inhalt der Diagnose.

Item 17: Management

Mit diesem Item kann der Beobachter folgende Aspekte bewerten:

- Ausschluss abwendbar gefährlicher Verläufe („red flags“)
- Abwartendes Offenhalten
- Unterrichten
- Behandeln
- Medikamentenmanagement
- weiterführende Diagnostik

- Überweisung
- Koordination

Bewerten Sie dieses Item nach gültigen Leitlinien, sofern diese existieren. Falls es keine Leitlinien gibt, bewerten Sie nach Ihren besten Fähigkeiten.

Kommentar:

Das Item „Management“ umfasst Medikamente und andere Behandlungsstrategien. Gegebenenfalls ist auch das Unterrichten Teil hiervon. Alle Überweisungen und weiterführende Diagnostik werden in die Bewertung miteinbezogen. Falls eine Überweisung laut Leitlinie notwendig ist, führt diese zu einer höheren Bewertung. Sollte eine Überweisung unnötig sein, führt die Entscheidung zu einer niedrigeren Bewertung.

Die Einbeziehung des Patientenwunsches kann das Management beeinflussen. Der Beobachter sollte dies berücksichtigen, falls der Arzt von einer leitliniengerechten Behandlung abweicht. Wird der Arzt jedoch durch „zwischenmenschliche“ Faktoren vom Behandlungsplan abgebracht, zum Beispiel um einen Konflikt zu vermeiden, sollte die Bewertung negativer ausfallen.

7. INDIVIDUELLES FEEDBACK

Der Abschnitt „Individuelles Feedback“ dient jenen Anmerkungen, die den anderen Items nicht zugeordnet werden können. Des Weiteren kann an dieser Stelle nennenswertes, wichtiges Verhalten ausdrücklich betont werden.

Kommentar:

Der MAAS-Global kann, ebenso wie andere Instrumente, keine absolute Vollständigkeit beanspruchen. Zur Verbesserung der Validität bedarf es daher weiterer Forschung, die ergänzend aufzunehmende Fähigkeiten aufzeigt.

An dieser Stelle können Beobachter relevante Verhaltensweisen bewerten, die noch nicht Teil des Instruments sind und diese unter „Individuelles Feedback“ notieren. Somit kann dem Arzt jenes Verhalten später zurückgemeldet werden.

8. REFERENZEN

- ¹ Kraan H, Crijnen A. The Maastricht history-taking and advice checklist. Studies of instrumental utility. Amsterdam: Lundbeck, 1987.
- ² van Thiel J, Kraan H, van der Vleuten Cr. Reliability and feasibility in measuring medical interviewing skills with the revised Maastricht history-taking and advice checklist (MAAS-R). In: Bender W, Hiemstra R, Scherpbier A, Zwierstra R, Teaching and assessing clinical competence. Groningen: Boekwerk Publications, 1990:390-396
- ³ van Thiel J, Kraan H, van der Vleuten C. Reliability and feasibility of measuring medical interviewing skills: the revised Maastricht History-taking and Advice Checklist. Medical Education 1991; 25:224-9.
- ⁴ van Thiel J, van der Vleuten C, Kraan H. Assessment of medical interviewing skills: generalizability of scores using successive MAAS-versions. In: Harden R, Hart I, Mulholland H, eds. Approaches to the assessment of clinical competence. Proceedings of the fifth Ottawa conference, Centre for Medical Education, University of Dundee, Scotland, 1992.
- ⁵ Tan L, Kramer A, Düsman H, Jansen J, Ket P. Opleiding doorgelicht. Evaluatie driejarige huisartsopleiding. Eindrapportage EVA-H project. Utrecht: SVUH, 1999.
- ⁶ van Thiel J, van Dalen J. MAAS-Globaal criterialijst, versie voor vaardigheids-toets medisch basiscurriculum. Universiteit Maastricht, 1998.
- ⁷ Schouten J. Anamnese en Advies. Houten, Stafleu, 1985.
- ⁸ Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice. Utrecht, Nivel, 1991.
- ⁹ Ong L, de Haes J, Hoos A, Lammes F. Doctor-patient communication: a review of the literature. Soc Sci Med 1995; 40:903-18.
- ¹⁰ Wouda J, van der Wiel H, van Vliet K. Medische communicatie. Gespreksvaardigheden voor de arts. Utrecht, Lemma, 1996
- ¹¹ Rutten G, red. Huisarts en patiënt. Richtlijnen en uitgangspunten. Utrecht, Nederlands Huisartsen Genootschap, 1996.
- ¹² Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Oxon, Radcliffe Medical Press, 1998.
- ¹³ de Haes J, Hoos A, van Everdingen J, red. Communiceren met patiënten. Maarsse,

Elsevier/Bunge, 1999.

¹⁴ Ram P, van Thiel J. Representatie van items uit de MAAS-Globaal in de eindtermen van het hulpverleningsproces. Universiteit Maastricht, Huisartsopleiding, juni 2000.

¹⁵ Ram P, Comprehensive assessment of general practitioners. A study on validity, reliability and feasibility. Maastricht, Unigraphic, 1998:114-7.

¹⁶ van Dalen J, Prince C, Scherpbier A, van der Vleuten C. Evaluating communication skills. *Advances in Health Sciences Education* 1998; 3:187-195.

¹⁷ Langewitz W, Eich P, Kiss A, Wössmer B. Improving communication skills – A randomised controlled behaviourally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med* 1998;60:268-76.

¹⁸ Ram P, van der Vleuten C, Rethans J, Grol R, Aretz K. Assessment of Practicing Family Physicians: Comparison of Observation in a Multiple-station Examination Using Standardized Patients with Observation of Consultations in Daily Practice. *Acad Med* 1999;74:62-69.

¹⁹ van Dalen J, Kerkhofs E, van Knippenberg van den Berg B, van den Hout H, Scherpbier A, van der Vleuten C. Longitudinal and concentrated communication skills programmes: Two Dutch medical schools compared. *Advances in Health Sciences Education* 2002; 7(1):29-40.

²⁰ Ram P, Grol R, Rethans J, van der Vleuten C. Videotoetsing van consulten van huisartsen in de eigen praktijk. Een onderzoek naar validiteit, betrouwbaarheid en haalbaarheid. *Huisarts Wet* 1999; 42:439-45.

²¹ Wijnen W. Beoordelen in het onderwijs. In: Berkel H, Bax A, red. *Beoordelen in het onderwijs*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1990:7-11.

ANHANG: MAAS-Global-D

Bewertungsinstrument für ärztliche Konsultationsfähigkeiten

Arzt: _____ Patient: _____
 Fall: _____ Beobachter: _____

n.a. = nicht anwendbar 1 = hervorragend 2 = gut 3 = befriedigend
 0 = nicht vorhanden 4 = zweifelhaft 5 = unbefriedigend 6 = schlecht

*Die Notiz-Boxen sind als Erinnerungshilfe für den Beobachter gedacht.
 Umkreisen Sie die erreichte Bewertung für jedes Item.*

Teil 1: Kommunikationsfähigkeiten für jede Gesprächsphase

1) Einstieg

1 2 3 4 5 6 0

Dem Patienten Raum geben seine Anliegen vorzubringen

Allgemeine Orientierung, warum sich der Patient 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, der Wünsche oder Erwartungen

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

Vervollständigung 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

Erheben des Beratungsanlasses, der Wünsche oder Erwartungen

Erheben 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) Strukturieren

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

Individuelles Feedback:
