

Aus der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität München

Direktor: Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne

Die modifizierte Aufklärungsgespräch- Bewertungsskala für Arzt-Eltern Gespräche

Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Vorgelegt von Robert Braun aus Eggenfelden - 2011

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität, München

Berichterstatter: Prof. Dr. Reiner Frank

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Monika Führer

Priv. Doz. Dr. Cornelius Schüle

Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Georg Dietz

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 20.10.2011

Für meine Eltern

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	6
1.1.	Arzt-Patienten-Kommunikation	6
1.2.	„Überbringen schlechter Nachrichten“	8
1.3.	Lehrveranstaltungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation.....	10
1.4.	Ratingsysteme in der Arzt-Patienten Kommunikation.....	12
1.5.	Die Rolle von Videoanalysen in der Arzt-Patienten Kommunikationsforschung.....	18
1.6.	Testgüte.....	20
2.	Zielsetzung	23
3.	Material und Methoden.....	24
3.1.	Das Wahlfach „Kinder- und Jugendpsychiatrie“	24
3.2.	Videoaufnahmen	26
3.3.	Instrument - modifizierte Aufklärungsgesprächbewertungsskala für Arzt-Eltern Gespräche	28
3.4.	Rater und Raterschulung.....	39
3.5.	Statistische Analysestrategie.....	41
3.6.	Gesprächszeitenanalyse	45
4.	Ergebnisse	47
4.1.	Ein-/Ausgeschlossene Videoaufnahmen	47
4.2.	Deskriptive Statistik.....	49
4.3.	Trennschärfe nach Items.....	70
4.4.	Reliabilitätsanalyse	72
4.5.	Korrelation - Vergleich globaler Einschätzung und strukturierter Beurteilung	74
4.6.	Gesprächszeitenanalyse	77
5.	Diskussion.....	81

5.1.	Einschätzung der mAGBS-Eltern und ihrer Items	81
5.2.	Datenstruktur und Qualität	91
5.3.	Gesprächszeiten und Schlüsselstellen	96
5.4.	Vergleich mit mAGBS - Jugendliche, AGBS und BAS.....	98
5.5.	Andere Gesprächsanalyseskalen	109
5.6.	Methodenkritik und Ausblick.....	110
6.	Zusammenfassung.....	111
7.	Literaturverzeichnis	113
8.	Tabellenverzeichnis	119
9.	Abbildungsverzeichnis	120
10.	ANHANG	122
10.1.	mAGBS-Eltern-Manual	122
10.2.	mAGBS-Eltern-Ratingbogen	156
11.	Danksagung	159
12.	Lebenslauf.....	160

1. Einleitung

1.1. Arzt-Patienten-Kommunikation

In der naturwissenschaftlichen, modernen Medizin ist die Annahme, dass das Gespräch zwischen Arzt und Patient per se von medizinischem Nutzen sein könnte, noch keine hundert Jahre alt (Langer und Schnell 2009). Allerdings heißt es bereits 1847 in der Gründungsschrift der American Medical Association: „Das Leben eines Kranken kann nicht nur durch die Handlungen eines Arztes verkürzt werden, sondern auch durch seine Worte oder sein Verhalten.“ (Schwantes 2009). Diese Überzeugung begann sich jedoch erst mit Viktor von Weizsäcker (1886 - 1957) und anderen anthropologisch orientierten Ärzten durchzusetzen (Langer und Schnell 2009). Heute kann davon ausgegangen werden, dass die meisten Ärzte die erhebliche Bedeutung von adäquater Gesprächsführung verstanden und akzeptiert haben, sei es aus medizinischen, forensischen, finanziellen oder rein menschlichen Motiven.

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient ist von zentraler Bedeutung für die Betreuung des Patienten und spielt in beinahe jeder medizinischen Disziplin eine wichtige Rolle (Langer und Schnell 2009), wobei sicherlich Unterschiede zwischen den einzelnen Fachbereichen bestehen, was den Stellenwert und die Funktion des Gespräches in der Behandlung angeht (Dorfmueller 2001).

Nicht nur die medizinische Forschung selbst, sondern auch die Psychologie, Soziologie, Linguistik und Philosophie befassen sich mit der Arzt-Patienten-Kommunikation (Langer und Schnell 2009). Dieser multidisziplinäre Ansatz ist bereits ein Indiz dafür, wie schwierig es ist, eindeutige Antworten auf die Fragen zu geben, die im Rahmen der Forschung aufgeworfen werden: Was ist ein gutes Arzt-Patienten Gespräch? In welchem Ausmaß ist Arzt-Patienten-Kommunikation erlernbar? Gibt es Möglichkeiten der Standardisierung und/oder Professionalisierung? Welche Auswirkungen kann Gesagtes auf den Patienten haben, aber auch auf den Arzt?

Eine Besonderheit des Arzt-Patienten Gespräches kommt auf Grund der vorgefertigten Rollenerwartungen in der Gesellschaft zum Tragen. Die Frage: „Was sollen wir miteinander tun?“ ist grundsätzlich schon vor der Begegnung geklärt (Schnell und Langer 2009). Der Arzt soll dem Patienten helfen.

Oft besteht aber eine Diskrepanz zwischen der Zielsetzung des Arztes und der des Patienten. Der Arzt sucht nach einer Therapie auf pathophysiologischer Grundlage, der Patient möchte seine Befürchtungen zerstreut haben und wieder Lebenssicherheit erlangen (Roter, Stewart et al. 1997; Schwantes 2009).

Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung darf außerdem nicht auf das reine Gespräch und die Gesprächsinhalte reduziert werden. Der Hintergrund des Patienten, also beispielsweise kulturelle Unterschiede, das Gesprächsumfeld („Das Gespräch zwischen Patient und Arzt braucht einen geschützten Rahmen.“ (Schwantes 2009)), der Zeitdruck des Arztes oder andere Personen die anwesend sind, all diese Faktoren können sowohl positiv als auch negativ auf die Kommunikation zwischen Arzt und Patient einwirken. Langer (2009) nennt als immer gegenwärtige Kontextfaktoren das Gesundheitswesen, Recht und Gesetz, Fragen von Status, Herkunft und Geschlecht sowie Interpretationsmacht und Ethik. Und nicht zuletzt ist der Arzt auch ein Mensch mit charakterlichen Eigenarten, die den Kommunikationsprozess beeinflussen (Schwantes 2009).

Der Nutzen adäquater Arzt-Patienten-Kommunikation lässt sich exemplarisch im Bereich somatoformer Erkrankungen zeigen. Hier kann eine empathische Haltung in Konsultationen Zeit sparen und es lassen sich signifikant häufiger klinische Verbesserungen und eine höhere Zufriedenheit auf Seiten des Patienten und des Arztes nachweisen (Levinson, Gorawara-Bhat et al. 2000; Linde A. 2009).

Ein prominentes Beispiel für die Notwendigkeit gelungener Arzt-Patienten-Kommunikation bietet der folgende Abschnitt: „Überbringen schlechter Nachrichten“

1.2. „Überbringen schlechter Nachrichten“

In der Literatur zur Kommunikation im Gesundheitswesen dominiert ein Thema: Die Problematik des „Überbringens schlechter Nachrichten“ (Ptacek und Eberhardt 1996; Friedrichsen und Strang 2003; Eid, Petty et al. 2009). Auch das in der vorliegenden Arbeit verwendete Instrument wurde auf Grundlage eines Werkzeuges zur Beurteilung von Aufklärungsgesprächen entwickelt, der Aufklärungsgesprächsbewertungsskala (AGBS) (Wand, Schildmann et al. 2007).

Die Dominanz dieses Themas ist verständlich. Ist das Überbringen einer schlechten Nachricht doch in der ärztlichen Praxis eine häufige Aufgabe und in vielen Fächern ein wesentlicher Bestandteil ärztlicher Tätigkeit (Schildmann und Schildmann 2009), vor allem für onkologisch tätige Ärzte. Letztere gaben in einer Untersuchung an, mindestens zehn Mal im Monat einem Patienten eine schlechte Nachricht mitzuteilen (Baile, Buckman et al. 2000).

Die Definition des Begriffes „Schlechte Nachrichten“ bezieht sich in der Literatur nicht nur auf das Überbringen einer Diagnose, sondern wird eher weit gefasst (Schildmann und Schildmann 2009). Beispielsweise verwendet Buckman (1992) die Definition „Informationen, die in negativer und schwerwiegender Weise die Sicht eines Individuums auf seine Zukunft beeinflussen“. Hier wird die Überschneidung des „Überbringens schlechter Nachrichten“ mit dem in dieser Arbeit thematisierten „Vermitteln des psychopathologischen Befundes eines Kindes an die Eltern“ deutlich.

Die Entwicklung, Patienten über schwerwiegende Diagnosen aufzuklären, ist relativ neu. Noch in den 60er-Jahren galt die Aufklärung über schwerwiegende Diagnosen als „kontraindiziert“ (Schildmann und Schildmann 2009) und auch heute bestehen kulturelle und regionale Unterschiede in der Frage, wie weit Ärzte Patienten aufklären sollen (Thomsen, Wulff et al. 1993).

Allerdings belegen mehrere empirische Studien, dass die Mehrzahl der Patienten durchaus über schwerwiegende und lebensbedrohliche Krankheiten aufgeklärt werden möchte (Meredith, Symonds et al. 1996; Jenkins, Fallowfield et al. 2001; Schildmann und Schildmann 2009).

Das Aufklärungsgespräch kann nicht gleichgesetzt werden mit der Aufklärung des Patienten (Schildmann und Schildmann 2009). Darum ist es wichtig kommunikative Fähigkeiten

dahingehend zu entwickeln, dass diese Wahrnehmungsdiskrepanz zwischen Arzt und Gesprächspartner möglichst klein gehalten werden kann. Diese Erkenntnis spiegelt sich in zunehmenden Auftauchen von Aus- und Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Kommunikation wider.

1.3. Lehrveranstaltungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation

Die deutschlandweite Entwicklung in der medizinischen Ausbildung geht in Richtung einer umfassenden Kompetenzvermittlung für Ärzte (Brunklaus 2002; Burger 2004; Schnell und Langer 2009). Hierzu gehört auch die Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten an Medizinstudenten, welche in den letzten Jahren zunehmend Eingang in die Curricula der medizinischen Fakultäten in Deutschland findet (Burger 2004; Kopecky-Wenzel, Maier et al. 2009; Schnell und Langer 2009). Denn dass Kommunikation in der ärztlichen Tätigkeit in verschiedener Hinsicht wichtig ist, ist unstrittig (Brunklaus 2002; Junger und Kollner 2003; Schnell und Langer 2009). Hinzu kommt die mittlerweile vielfach belegte These, dass Kommunikation lehr- und lernbar ist (Langewitz, Eich et al. 1998; Aspegren 1999; Yedidia, Gillespie et al. 2003; Kurtz, Silverman et al. 2005; Schnell und Langer 2009). Das ist auch gut so, denn viele Studierende nehmen das Medizinstudium mit einer stark idealistisch geprägten Haltung auf (Schnell und Langer 2009), welche enttäuscht werden könnte, würde es sich nur auf biochemisch-mechanistische Zusammenhänge beschränken.

Obwohl Studium und ärztliche Weiterbildung den Hintergrund des Verständnisses und das Handeln der Ärzte im Gespräch prägen (Langer und Schnell 2009), hatte die große Mehrzahl der zur Zeit klinisch arbeitenden Ärzte in der Vergangenheit keine systematische Kommunikationsschulung während ihrer Aus- oder Weiterbildung (Schildmann und Schildmann 2009). Solche Lehr- und Fortbildungsveranstaltungen werden erst seit den 1990er Jahren im englischsprachigen Raum konzipiert und evaluiert (Cushing und Jones 1995; Fallowfield, Jenkins et al. 2002). Dieser Trend hat sich mittlerweile auch im deutschsprachigen Raum durchgesetzt (Weber, Bohler et al. 2003; Schmid Mast, Kindlimann et al. 2005; Schildmann, Harlein et al. 2006). Schildmann (2009) beobachtet ein erhöhtes Angebot an Fortbildungen zur Aus- und Weiterbildung kommunikativer Kompetenzen. Diese Beobachtung kann nur unterstrichen werden. So gibt es beispielsweise an der Ludwig-Maximilians-Universität in München mittlerweile in mehreren klinischen Semestern für Medizinstudenten ein Gesprächstraining, was bis vor wenigen Jahren noch nicht der Fall war (Kopecky-Wenzel, Maier et al. 2009).

Da solche Kurse noch nicht sehr lange angeboten werden, weist auch Schwantes (2009) auf eine unzureichende und einseitige Ausbildung der gegenwärtigen Ärzte hin, in der objektive Daten, molekulare Zusammenhänge und spezielle Krankheitslehre im Vordergrund stehen,

wohingegen die adäquate Ausbildung in Kommunikation und Beziehungsgestaltung der Initiative des Einzelnen überlassen bleibt. Die Fehlhandlungen, die daraus entstehen, listet Bliesener (1986) wie folgt auf: Unzureichende Strukturierung eines Gespräches, die Unfähigkeit aktiv zuzuhören, die Nutzung verschwommener Begriffe, eine missverständliche Sprache, verbales Abweisen des anderen durch Hinhalten, Nichtbeachten, Übergehen von Einwänden und Fragen und die Neigung zum Reglementieren und Beängstigen (Schwantes 2009).

Lehrveranstaltungen zum Thema Kommunikation sind aber nicht nur für Patienten wichtig, auch für Ärzte hat eine positive Bewertung des eigenen Gesprächsverhaltens günstige Auswirkungen auf die Gesundheit (Schildmann und Schildmann 2009). So konnte Ramirez (1996) zeigen, dass Ärzte, die ihre eigenen Kommunikationsfähigkeiten als inadäquat beurteilen, ein signifikant erhöhtes Risiko für Burnout, Angststörungen oder Depressionserkrankungen haben. Kommunikationstraining kann also möglicherweise vor derartigen Risiken schützen (Schildmann und Schildmann 2009).

Es gibt eine Vielzahl von empirischen Untersuchungen, die einen Effekt erfahrungsorientierter Lehr- und Fortbildungsveranstaltungen auf das Gesprächsverhalten belegen (Aspegren 1999; Schildmann und Schildmann 2009). Beispielsweise die Selbsteinschätzung kommunikativer Kompetenzen wird durch Lehrveranstaltungen verbessert (Weber, Bohler et al. 2003; Schildmann, Herrmann et al. 2005). Für den Arzt ist dies wichtig, da ihm sein erlerntes Wissen und Können einen inneren Rückhalt im Gespräch geben (Schwantes 2009).

Für Schildmann (2009) ist sogar die „Aus- und Weiterbildung kommunikativer Kompetenzen eine notwendige Voraussetzung für ein professionelles Gesprächsverhalten mit Patienten und Angehörigen“.

Einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Ausbildung kommunikativer Kompetenzen leistet die von vielen durchgeführte Evaluation des Unterrichtes und die darauf aufgebaute Anpassung der Unterrichtsmodalitäten (Schnell und Langer 2009). Mit Ratingsystemen steht ein probates Mittel zur Verfügung, mit dem diese notwendige Qualitätssicherung unterstützt werden kann.

1.4. Ratingsysteme in der Arzt-Patienten Kommunikation

Ratingsysteme für die Arzt-Patienten Kommunikation stellen einen wichtigen Bestandteil der Methodik in der Kommunikationsforschung dar. Ohne sie ist eine reproduzierbare Aussage zu einem Gespräch oder zu einer Gesprächssituation schwierig zu treffen. Genaue, kosten-effektive Messungen sind jedoch notwendig, um zum Beispiel die Effekte von Trainingsmaßnahmen bei Ärzten in Aus- und Weiterbildung messen zu können (Rosengren, Hartzler et al. 2008).

Einige dieser Systeme basieren auf Checklisten (van Thiel, Kraan et al. 1991; Wand, Schildmann et al. 2007) wie sie auch in der medizinischen Praxis zur Selbst- oder Fremdeinschätzung (zum Beispiel bei Depressionen) verwendet werden und überführen so einen subjektiven Eindruck in eine objektivierbare und skalierbare Wertung. Es gibt auch andere Ansätze, die weniger bewertend und eher deskriptiv sind (Roter und Larson 2002). Letztendlich ist jedoch immer ein Mensch als Beurteiler der entscheidende Faktor, wie eine Aussage oder ein Gesprächsverhalten bewertet wird. Je nach System ist dieser Faktor kleiner oder größer.

Für die Analyse von Arzt-Patienten Kommunikation stehen mittlerweile viele Systeme zur Verfügung (Kurtz und Silverman 1996; Miller, Hope et al. 1999; van Thiel, Ram et al. 2000; Roter und Larson 2002). Einige davon sind eher allgemein gehalten, andere wiederum beschäftigen sich mit speziellen Gesprächssituationen. Beide Arten der Herangehensweise haben ihre Vor- und Nachteile.

Ein allgemeines Werkzeug lässt sich idealerweise auf viele Situationen anwenden (Roter und Larson 2002), liefert aber möglicherweise keine Aussagen, die spezifisch genug sind. Dadurch kann es der Analyse an Aussagekraft fehlen. Dafür muss das System aber nicht für jede Gesprächssituation neu erfunden und von den Ratern neu erlernt werden. In bestimmten Situationen bedingt ein zu allgemeines System aber viele Auswertungsschritte die für das Ziel der Analyse nicht notwendig wären.

Genau umgekehrt verhält es sich mit den Systemen die sich auf eine spezielle Gesprächssituation beziehen lassen (Miller, Hope et al. 1999). Sie sind oft nicht ohne weiteres auf andere Gespräche passend, ohne an Reliabilität und Spezifität zu verlieren. Doch sind sie in der Regel leichter erlernbar und schneller anwendbar, da überflüssige

Analyseschritte bereits bei der Entwicklung des Werkzeuges erkannt und entfernt oder verbessert werden können.

Im Folgenden sollen nun drei gängige Systeme mit ihren Vor- und Nachteilen dargestellt werden, die die Entwicklung des in dieser Studie vorgestellten Werkzeuges (modifizierte Aufklärungsgespräch-Bewertungsskala für Arzt-Eltern Gespräche, kurz: mAGBS-Eltern) vorrangig beeinflusst haben: Das Roter Interaction Analysis System (RIAS), die MAAS-Global Liste und die Bad News Assessment Schedule (BAS) mit ihrer deutschsprachigen Übersetzung der Aufklärungsgespräch-Bewertungsskala (AGBS).

Roter Interaction Analysis System (RIAS)

Das Roter Interaction Analysis System, kurz RIAS, ist eine Methode zur Kodierung von Arzt-Patienten Interaktion. Bereits über 100 Publikationen (www.rias.org, Stand 2009) wurden mit diesem System generiert und es beeinflusst die Arzt-Patienten Kommunikationsforschung erheblich.

Mit dem RIAS werden direkt Audio- oder Videoaufnahmen bewertet. Einzelne Äußerungen der Gesprächspartner werden einer Vielzahl verschiedener Kategorien zugeordnet, wobei damit nur ein einzelnes Wort gemeint sein kann („Ja“), aber auch lange Sätze. Finden sich mehrere verschiedene Äußerungen in einem Satz, kann dieser auch mehreren verschiedenen Kategorien zugeordnet werden, genauso wird verfahren wenn der Satz durch Pausen getrennt wird.

Der menschliche Anteil an der Bewertung wird sichtbar, wenn gefordert wird, Tonfall und Betonung mit in die Kategorisierung einfließen zu lassen.

Am Ende der Anwendung des RIAS auf ein Gespräch steht eine Fülle von Informationen für den Auswerter zur Verfügung: Welche Aussagen wurden wie häufig von wem und in welchem Abschnitt des Gespräches getroffen? Das bietet eine gute Möglichkeit, verschiedene Gesprächssituationen im Arzt-Patienten Kontext zu verstehen und zu sehen, worauf die einzelnen Gesprächspartner Wert legen. Allerdings bietet das RIAS keine Aussage dazu, ob das Gespräch gut verlaufen ist und wie der Bewertende die Leistung des Arztes einschätzen würde. Es ist deshalb für ein allgemeines Verständnis in der Grundlagenforschung zum Thema Kommunikation zwar gut geeignet, kann aber für die Evaluation von Lehrveranstaltungen oder Studentenprüfungen kaum eingesetzt werden. Vor allem erscheint eine schnelle Erlernbarkeit des Instrumentes nach Durchsicht des Manuals nicht gegeben zu sein, wohingegen die Auswertung vergleichsweise schnell vonstatten geht. Das Manual gibt eine Kodierungszeit der 3- bis 4-fachen Länge des zu bewertenden Gespräches an. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass die tatsächliche Bewertungsdauer etwas länger sein könnte (Ong, Visser et al. 1998).

Die aktuelle Version der RIAS kann unter www.rias.org eingesehen werden (Stand 2009). Hauptautorin ist Professor Debra Roter, DrPH, von der John Hopkins University .

MAAS-Global

MAAS-Global steht für „Maastricht History-taking and Advice Scoring list consisting of global items“. Frei übersetzt bedeutet das „Maastricht Anamnese und Beratungs Bewertungsskala bestehend aus globalen Punkten“. Eine erste Version wurde entwickelt, um Medizinstudenten bei der Anamnesedurchführung zu bewerten. Nach mehreren Entwicklungsschritten ist die aktuelle Version der MAAS-Global sowohl für die Situation mit simulierten Patienten geeignet, als auch für die „echte“ Gesprächssituation in der ärztlichen Praxis.

Vom Aufbau her ist dieses Instrument eine Ratingskala von 0 bis 6 mit 17 Items, die in chronologisch strukturierter Reihenfolge bewertet werden sollen.

Es gibt drei Hauptgliederungspunkte der MAAS-Global:

- Kommunikationsfähigkeiten für die einzelnen Gesprächsphasen
- Allgemeine Kommunikationsfähigkeiten
- Medizinische Aspekte

Die Autoren beschreiben im Manual eine gute Validität und Reliabilität ihres Instrumentes. Beides bildet eine gute Grundlage für dieses Werkzeug. Sie räumen aber auch ein, dass es sich nicht ohne Weiteres auf komplexere Arzt-Patienten Gespräche übertragen lässt, in denen beispielsweise mehr als nur ein einzelnes Problem besprochen werden soll. Außerdem warnen sie davor, das Bewertungsinstrument für die Entscheidungsfindung zum Beispiel bei Benotungen als alleiniges Werkzeug zu benutzen, da viele Faktoren in die Bewertung hineinspielen, die nicht unbedingt vom Probanden beeinflussbar sind.

Die MAAS-Global scheint ein einfach zu benutzendes und zu erlernendes Werkzeug zu sein, welches jedoch sehr speziell auf die Arzt-Patienten Situation im Anamnesegespräch zugeschnitten ist und somit nicht leicht übertragbar erscheint auf andere Situationen.

Die aktuelle Version der MAAS-Global findet sich unter http://www.hag.unimaas.nl/Maas-Global_2000/index.htm (Stand 2009). Hauptautor ist Jaques van Thiel von der Maastricht Universität.

Bad News Assessment Schedule (BAS) und Aufklärungsgespräch-Bewertungsskala (AGBS)

Bad News Assessment Schedule (Miller, Hope et al. 1999) und Aufklärungsgespräch-Bewertungsskala (Wand, Schildmann et al. 2007) sollen hier zusammengefasst dargestellt werden, da letztere mit kleinen Änderungen die Übersetzung des Bad News Assessment Schedule ist.

Die Aufklärungsgesprächsbewertungsskala war Grundlage für das in dieser Studie entwickelte Instrument (siehe 3.3 unter Material und Methoden).

Ursprünglich wurde der Bad News Assessment Schedule auf Basis einer umfassenden Literaturrecherche nach dem Begriff „bad news“ und einem folgenden Expertenkonsens entwickelt. Das Ziel war eine Skala, mit der ein Arzt im Patientengespräch in der Eins-zu-Eins Situation beim Überbringen einer schlechten Nachricht bewertet werden kann. Allerdings sollte es hier um standardisierte Patientengespräche mit Simulationspatienten gehen, in denen Mediziner mit unterschiedlichem Erfahrungshintergrund die Arztrolle übernahmen. Nach mehreren Entwicklungsschritten und Probeläufen einigten sich die Autoren auf die endgültige Version (Miller, Hope et al. 1999): Eine 23 Items in 5 Themenblöcken beinhaltende Checkliste mit einer fünf Punkte Likert-Skala (1 - niedrigste Bewertung; 5 - beste Bewertung).

Der Praxistest zeigte, dass es sich um ein einfach zu benutzendes und gut anwendbares Werkzeug handelt. Zur Bewertungszeit geben die Autoren an, dass 15-minütige Gespräche innerhalb von 20 Minuten bewertet werden konnten. Sie schätzen die Skala als praktisches Instrument ein, um konstruktives Feedback über Stärken und Schwächen in der Gesprächsführung zu geben (Miller, Hope et al. 1999).

In der Aufklärungsgesprächsbewertungsskala findet sich im Unterschied zum Bad News Assessment Schedule eine genauere Anweisung, bei welchem Verhalten welche Benotung eines Items gegeben werden sollte. Formal wurde das Benotungssystem umgedreht um dem deutschen Schulnotensystem zu ähneln (1 - beste Bewertung; 5 - niedrigste Bewertung). Die Inhalte sind jedoch bis auf ein brustkrebspezifisches Item, das aus der Ursprungsversion gestrichen wurde, gleich geblieben.

Beide Instrumente sind sehr gut anzuwenden, leicht erlernbar und reliabel. (Miller, Hope et al. 1999; Wand, Schildmann et al. 2007)

1.5. Die Rolle von Videoanalysen in der Arzt-Patienten

Kommunikationsforschung

Seit längerer Zeit gelten Videos als wichtiges Werkzeug in der Aus- und Weiterbildung im medizinischen Umfeld. Innerhalb kurzer Zeit nach der Verfügbarkeit von billiger und zuverlässiger Videotechnik begannen medizinische Fakultäten mit ihrer Nutzung für Ausbildungszwecke im Kommunikationsbereich (Heath, Luff et al. 2007). Laut Heath (2007) findet sich in den frühen siebziger Jahren der erste systematische Einsatz von Videos in der medizinischen Ausbildung. Bis heute hielt ihre Benutzung Einzug in viele Bereiche der Ausbildung und Forschung wie Kommunikation und Diagnose von psychiatrischen Erkrankungen, Erlangen von klinischen Fertigkeiten (Xeroulis, Park et al. 2007) und Verwendung dieser Technologie in der Sprechstunde (Pringle, Robins et al. 1984; Greatbatch, Heath et al. 1995; Van der Pasch und Verhaak 1998), beispielsweise zu Demonstrationszwecken.

Videoaufnahmen können zusammen mit anderen Methoden eine Möglichkeit bieten die Details des Verhaltens und der Interaktion der gefilmten Personen genau unter die Lupe zu nehmen (Heath, Luff et al. 2007; Zick, Granieri et al. 2007). Aber auch, wenn Videos in vielfältigen Situationen eingesetzt werden und werden können, ist es doch wichtig zu beachten, dass jede Situation ihren eigenen moralischen und ethischen Grenzen und Regeln unterliegt, die die Datenerhebung und die Datenqualität einschränken können (Heath, Luff et al. 2007). So ist es sicherlich in der gynäkologischen Sprechstunde oder beim Sprechen über gesellschaftlich stigmatisierte Erkrankungen schwer Patienten zu finden, die sich bei einem Gespräch filmen lassen wollen.

Videoaufnahmen können zusammen mit einer methodologischen Rahmgebung Einblicke und Beobachtungen in den medizinischen Alltag gewähren, die mit konventionellen Methoden nicht zu erreichen sind (Theadom, de Lusignan et al. 2003; Cahill und Papageorgiou 2007; Heath, Luff et al. 2007).

Vor allem Aspekte wie Körperhaltung, Blickkontakt und Gestik gepaart mit der Verwendung von neuen Werkzeugen und Technologien im medizinischen Umfeld sind ohne Videotechnik schwer zugänglich für genaue Analysen. Eine komplexe Situation wie zum Beispiel die digitale rektale Untersuchung, die noch dazu mit Scham für den Patienten verbunden ist, kann nicht einfach von mehreren Anwesenden genau beobachtet werden, wohingegen sich

möglicherweise doch einige Patienten finden lassen, die eine Kamera zu Forschungszwecken tolerieren. So gibt es für die Studenten der Ludwig-Maximilians-Universität in München die Möglichkeit, sich ein von Prof. Siebeck zur Verfügung gestelltes Video von einer digital-rektalen Untersuchungssituation anzusehen.

Videotechnik dient also nicht nur einer Verbesserung konventioneller qualitativer Forschung im Gesundheitsbereich, sondern erlaubt den Sozialwissenschaften eine breite Palette an Phänomenen aufzudecken und zu erforschen, die Relevanz für medizinische Versorgung und akademische Forschung besitzen (Heath, Luff et al. 2007).

1.6. Testgüte

An dieser Stelle soll auf die Hauptkriterien für die Güte von wissenschaftlichen Tests und Experimenten (zum Beispiel zur Arzt-Patienten-Kommunikation) eingegangen werden, da ihre Kenntnis zum Verständnis der Zielsetzung und des Ergebnisses dieser Arbeit notwendig ist. Leser, die mit den Grundlagen des Testdesigns und der Überprüfung von Tests vertraut sind, können diesen Abschnitt überspringen.

Die drei Hauptgütekriterien für Tests sind: Objektivität, Reliabilität und Validität, wobei Reliabilität Objektivität voraussetzt und Validität Reliabilität ebenfalls als *causa sine qua non* besitzt.

Objektivität

Für die Objektivität eines wissenschaftlichen Tests ist es wichtig, dass das Ergebnis der Testung unabhängig ist von den Rahmenbedingungen, dem Leiter eines Tests, dem Raum in dem der Test stattfindet und ähnlichem. Beispielsweise wäre ein Test in der Schule objektiv, wenn unabhängig von der Aufsichtsperson ein Schüler die gleichen Antworten in einem schriftlichen Test gibt. Dies wäre zum Beispiel nicht gegeben, wenn ein Lehrer den Schüler besonders nervös machen oder gar zur Beantwortung der Fragen weniger Zeit lassen würde.

(Lienert 1989; Lienert und Raatz 2001)

Reliabilität

Reliabilität bedeutet Zuverlässigkeit. Ein Test ist genau dann verlässlich, wenn das Ergebnis möglichst ohne Zufallsfehler zustande kommt, also unter identischen Rahmenbedingungen (Objektivität) bei nochmaliger Durchführung des gleichen Tests ein identisches Ergebnis erzielt wird. Sie bietet also eine Aussage darüber, wie replizierbar Ergebnisse sind. Ein Beispiel hierfür kann ein Intelligenztest sein, der unter identischen Rahmenbedingungen (theoretisch) idealerweise bei jeder Testung ein deckungsgleiches Resultat bringen würde.

Es gibt verschiedene Methoden, Reliabilität zu messen, die bei unterschiedlichen Instrumenten nicht immer gleich sinnvoll sind. Hier wird nur auf die für diese Studie gewählten Methoden eingegangen.

Eine Möglichkeit der Reliabilitätsmessung ist die Bestimmung der internen Konsistenz, was bedeutet, dass eine Skala homogen ist, also mehrere Elemente einer Skala im wesentlichen

das Gleiche messen. So wäre ein Fragebogen mit den einzigen beiden Fragen „Denken Sie Sie sind klug?“ und „Halten Sie sich für intelligent?“ wahrscheinlich mit einer hohen internen Konsistenz ausgestattet, da eine Testperson wohl bei beiden Fragen mit „Ja“ oder bei beiden Fragen mit „Nein“ antworten würde. Ein gängiges Maß für die interne Konsistenz ist Cronbachs Alpha (siehe 3.5).

Eine weitere Möglichkeit ist die sogenannte Interrater-Reliabilität. Sie bezeichnet die Übereinstimmung verschiedener Beurteiler (engl. „to rate“ = beurteilen, bewerten) im Bezug auf ein identisches Testobjekt oder eine Testperson. Eine vollkommene Übereinstimmung würde beispielsweise bei einer Schulaufgabe im Fach Deutsch bedeuten, dass verschiedene Korrektoren der Schulaufgabe die gleiche Schulnote geben würden. Als Maßzahl hierfür kann bei zwei Ratern Cohens Kappa berechnet werden, bei mehreren Ratern empfiehlt sich die sogenannte Intra-Klassen-Korrelation, kurz ICC (engl. Intra-Class-Correlation). Welche Unterform der ICC für diese Arbeit gewählt wurde und warum, wird in Abschnitt 3.5 dieser Arbeit thematisiert.

(Lienert 1989; Lienert und Raatz 2001; Wirtz und Caspar 2002)

Validität

Verfügt ein Test oder ein Experiment über ausreichende Objektivität und Reliabilität, also kurz: „Messe ich immer das identische (Konstrukt) unter gleichen Bedingungen?“, steht die Frage aus: „Messe ich eigentlich das, was ich messen möchte?“. Dieser Frage widmet sich die Validität, was im englischen Sprachgebrauch („validity“) Gültigkeit bedeutet. Zum Verständnis lohnt es sich, die verschiedenen Untergruppen von Validität näher zu beleuchten.

Eine gute Inhaltsvalidität bedeutet, dass alle Teilbereiche eines bestimmten zu messenden Konstrukts auch im Testinstrument enthalten sind. Möchte man beispielsweise die gesamte schulische Leistung eines Kindes testen, so reicht es nicht aus nur zwei Fächer zu prüfen, sondern man sollte auch alle restlichen Schulfächer der Prüfung hinzufügen.

Konstruktvalidität stellt die Frage „Gibt es das, was ich messe, überhaupt und wenn ja, haben wir davon eine einheitliche Vorstellung?“. Wenn also mehrere Testverfahren, die auf verschiedene Art und Weise ein identisches Konstrukt messen sollen, stark miteinander

korrelieren oder - anders gesagt - Testverfahren, die nicht das identische Konstrukt messen, nicht stark miteinander korrelieren, ist wahrscheinlich eine gute Konstruktvalidität gegeben.

Kriteriumsvalidität bezieht sich auf den Vergleich von Testergebnissen mit einem externen Kriterium. So verfügt ein Instrument, das bei einer Messung auf gleiche beziehungsweise gut korrelierende Ergebnisse kommt wie ein Expertengremium oder wie ein objektiv gemessener Wert, über eine gute „äußere Kriteriumsvalidität“. Wird mit einem anderen als valide akzeptierten Test verglichen, spricht man von „innerer Kriteriumsvalidität“.

Auf Grund dieser Definitionen leuchtet es ein, dass Validität immer nur angenommen und akzeptiert, nie jedoch bewiesen werden kann. Ein gutes und gern gewähltes Beispiel hierfür sind die umstrittenen Intelligenztests. Trotzdem ist eine gute Validität Bedingung dafür, aus vorhandenen Daten Schlussfolgerungen ziehen zu können.

(Lienert 1989; Lienert und Raatz 2001; Wirtz und Caspar 2002)

2. Zielsetzung

Im Rahmen des Wahlfaches Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Ludwig-Maximilians-Universität in München werden verschiedene Gesprächssituationen mit den Studenten in Form von Rollenspielen trainiert. Eine Rolle, in die die Studenten schlüpfen, ist die eines Kinder- und Jugendpsychiaters, der den Eltern eines auffälligen Kindes die Ergebnisse einer Beobachtung (den psychopathologischen Befund) mitteilen und diese Erkenntnisse mit dem Eindruck der Eltern abgleichen soll. Um solche Gespräche standardisiert auszuwerten, sollte ein gutes Werkzeug geschaffen werden.

Die Ansprüche an dieses Werkzeug waren gute Erlernbarkeit, Praktikabilität und die Gütekriterien für Tests: Objektivität, Reliabilität und Validität. Darum sollte es kein völlig neues Instrument sein, um auf bestehende Testgüte zurückgreifen zu können. Außerdem musste es uns eine Bewertung der Gesprächsführung in Form eines Gesamtwertes ermöglichen, um später eventuelle Trainingseffekte nachweisen und vergleichen zu können.

- Strukturierte Adaptation einer bestehenden Ratingskala
- Praktikabilitätsprüfung der neu erstellten Ratingskala
- Reliabilitätsprüfung der neu erstellten Ratingskala und einzelner Abschnitte
- Erkennen von Stärken und Schwächen der Skala
- Vergleich der globalen Beurteilung mit der strukturierten Beurteilung durch die Skala

Außerdem sollte am vorhandenen Videomaterial mit Hilfe der Software Interact (Mangold International) der Versuch unternommen werden, über eine genaue Analyse der Gesprächszeiten der einzelnen Teilnehmer in ausgewählten Gesprächen neue Hypothesen für weitere Untersuchungen zu erarbeiten.

- Kodierung der Gesprächszeiten in ausgesuchten Gesprächen
- Gesprächsanteile in hoch und niedrig bewerteten Gesprächen
- Gesprächsanteile von männlichen und weiblichen Arztdarstellern im Vergleich
- Analyse der Ergebnisse und Hypothesenentwicklung

3. Material und Methoden

3.1. Das Wahlfach „Kinder- und Jugendpsychiatrie“

Im Folgenden soll es vor allem um die Aspekte gehen, die für diese Studie relevant erscheinen. Für eine vollständige Beschreibung von Inhalt und Konzept des Wahlfaches „Kinder- und Jugendpsychiatrie“, das einer ständigen Weiterentwicklung unterliegt, ist es ratsam sich an den aktuell zuständigen Lehrbeauftragten zu wenden (Frank, Gegenfurtner et al. 2009). Weitere Anhaltspunkte finden sich auf der folgenden Seite in der Wochenübersicht des Wahlfachprogrammes.

Das Fach „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ spielt an medizinischen Fakultäten in der Regel eine untergeordnete Rolle und ist häufig kein Pflichtfach. An der Ludwig-Maximilians-Universität in München erreichen seine Inhalte nur einen kleinen Teil von Studierenden im Rahmen des Wahlpflichtfaches „Kinder- und Jugendpsychiatrie“, welches in der Regel im 8., 9. oder 10. Fachsemester des Studienganges Humanmedizin belegt werden kann. Der Kurs wird pro Semester zweimal für jeweils 12 Studierende angeboten.

In dieser einwöchigen Veranstaltung (23 Unterrichtseinheiten) stehen drei Aspekte im Vordergrund: die Möglichkeit, einen Einblick in den klinischen Alltag zu erhalten, der Erwerb von praktischen Fähigkeiten und auch das Erlangen von kommunikativen Fertigkeiten.

Ein zentrales Element des Unterrichtes sind vier verschiedenartige Rollenspiele zum Einüben der kommunikativen Fähigkeiten und von Grundelementen der Gesprächsführung. Hierbei ist die zentrale Aufgabenstellung „ins Gespräch kommen“. Die Rollenspiele werden gleichzeitig aufgezeichnet und dann der gesamten Gruppe vorgeführt mit einem daran anschließenden Feedbackgespräch.

Es wird darauf geachtet dass jeder Teilnehmer zumindest einmal eine Rolle übernommen hat bis zum Ende der Veranstaltung.

(Frank, Gegenfurtner et al. 2009)

Wochenübersicht

	1. Tag	2.Tag	3.Tag	4.Tag
vormittags	<p>9:00 – 13:00 Uhr</p> <p>Einführung und Übersicht: Was ist Kinder- und Jugendpsychiatrie - kurzer Überblick über das Fach</p> <p>Fallbeispiele: Schulkind</p> <p>Übung: Beobachtungen beschreiben und sortieren – Erstellen eines psychischen Befundes</p> <p>Übung: Gesprächssituation mit Schulkind mit Videofeedback</p> <p>Fallbesprechung: Diagnosen, Behandlungsmöglichkeiten und Verlaufsdarstellung</p>	<p>9:00 – 13:00 Uhr</p> <p>Fallbeispiel: Kind mit Entwicklungsverzögerung</p> <p>Übung: Beobachtungen beschreiben und sortieren – Erstellen eines psychischen Befundes</p> <p>Übung: Eltern den psych. Befund vermitteln mit Videofeedback</p> <p>Fallbesprechung: Diagnosen, Behandlungsmöglichkeiten</p> <p>optional weiteres Videobeispiel</p>	<p>Beginn 8:25 Uhr !! – 12.00</p> <p>Klinische Visite im Heckscher-Klinikum – Akademisches Lehrkrankenhaus der LMU München</p> <p>Übung: Beobachtungen beschreiben und sortieren – Erstellen eines psychischen Befundes</p> <p>Übung: Gespräch in Krisen- und Notfallsituationen mit Videofeedback</p> <p>Seminar: Notfallsituationen</p>	<p>9:00 – 13:00 Uhr</p> <p>Fallbeispiel: Notfallsituation</p> <p>Übung: Beobachtungen beschreiben und sortieren – Erstellen eines psychischen Befundes</p> <p>Übung: Gespräch in Krisen- und Notfallsituationen mit Videofeedback</p> <p>Seminar: Notfallsituationen</p>
nachmittags	<p>14:00 – 16:00 Uhr</p> <p>Fallbeispiel: Jugendlicher</p> <p>Übung: Beobachtungen beschreiben und sortieren – Erstellen eines psychischen Befundes</p> <p>Übung: Gesprächssituation mit Jugendlichen mit Videofeedback</p> <p>Rückmeldungen zum Tag</p>	<p>14:00 – 16:00 Uhr</p> <p>Seminar: Sprach- und Entwicklungsstörungen</p>	<p>13:00 – 15:00 Uhr</p> <p>Seminar: Psychopathologie im Kindes- und Jugendalter (Heckscher-Klinikum)</p>	<p>14:00 – 15:00 Uhr</p> <p>14:00 Uhr: Schriftliche Prüfung Erstellen eines psychischen Befundes anhand eines Videobeispiels</p> <p>14:30 Uhr: Schlussrunde</p>
Longitudinal Kurs				

Tabelle 1 - Zeitplan des Wahlfaches Kinder- und Jugendpsychiatrie (Frank et al. 2009)

3.2. Videoaufnahmen

Herkunft und Inhalt der Videoaufnahmen

Die Videoaufzeichnungen für die Evaluation des neu entwickelten Werkzeuges wurden alle zwischen August 2005 und Januar 2009 nach standardisiertem Vorgehen im Rahmen des im vorigen Abschnitt beschriebenen Wahlfaches für Studenten der Ludwig-Maximilians-Universität München aufgenommen.

Vor der Aufnahme der Gespräche wurde den Darstellern ein Video gezeigt, in dem ein entwicklungsverzögertes Kind mit seinen Eltern und einem Geschwisterkind zu sehen ist. Es handelt sich um eine Spielsituation, zuerst in der Gruppe, dann mit einem Elternteil alleine. Anschließend wurde im Unterricht gemeinsam der psychopathologische Befund erarbeitet, welcher anschließend den Eltern des Kindes im Rahmen des in dieser Arbeit ausgewerteten Rollenspiels überbracht und mit ihnen abgeglichen werden sollte.

Vor der Durchführung des ersten Bewertungsdurchganges wurde überprüft, ob die Einwilligung der Darsteller zur Verwendung der Videoaufnahmen für Forschungszwecke vorhanden war.

Nur Videos, bei denen eine Einwilligung vorlag, wurden in die Auswertung einbezogen.

Die vorhandenen Videos wurden chronologisch vorsortiert (von 2005 bis 2009) und später von allen Bewertern in dieser Reihenfolge bearbeitet.

Ein- und Ausschlusskriterien für Videoaufnahmen

Bei der Bewertung durch den ersten Rater wurde auf folgende Kriterien geachtet, um die Videos in die Auswertung aufzunehmen:

Tonqualität: Als akzeptabel wurde es erachtet, wenn einzelne Worte nicht zu verstehen waren. Mehrere ganze Sätze oder Teile des Gespräches, in denen nichts zu verstehen war, (mehr als 30 Sekunden des Gespräches) führten zu einem Ausschluss des Videos.

Bildqualität: Mit Bildqualität ist hier gemeint, dass Gestik und Mimik der Darsteller gut erkennbar sind. War der Darsteller der Arztrolle für länger als 30 Sekunden nicht im Bild, wurde das Video ausgeschlossen.

Vollständigkeit: Es wurden nur Videos in die Studie aufgenommen, in denen zumindest der Großteil des Gespräches auf den Aufnahmen vorhanden war.

Rollenidentifikation: Voraussetzung der sinnvollen Bewertung eines Videos ist, dass die Darsteller auch wirklich eine Rolle spielen. Vereinzelt „Aus der Rolle fallen“ wurde nicht als Ausschlusskriterium betrachtet. Erst, wenn mehr als 30 Sekunden der Aufnahmezeit nicht in der zugewiesenen Rolle verbracht wurden, war dies ein Ausschlussgrund.

Sprachliche Probleme: Einzelne Studenten haben auch in höheren Semestern noch Probleme mit der deutschen Sprache. Waren gehäuft holprige Formulierungen und nicht korrekter Satzbau auf Grund einer fehlenden deutschen Muttersprache erkennbar, wurde das Video aus dem Auswertungskatalog gestrichen.

Richtiges Rollenspiel: Es ist möglich, dass einzelne Videos im Videoarchiv nicht richtig beschriftet oder einsortiert waren oder eine ähnliche, aber nicht die gleiche Rollenspielsituation als Inhalt haben. War dies der Fall, wurde das Video ausgeschlossen.

Anzahl der Darsteller: Da die Aufnahmen im Rahmen eines Studentenkurses stattfanden, ist es möglich, dass sich nicht genug freiwillige Darsteller zur Verfügung stellten, so dass die Rolle eines Elternteils nicht besetzt werden konnte. Dies kann zu einer hier nicht gewollten Zwei-Personen-Situation führen. Wurde ein Gespräch nur mit einem Elternteil (Vater oder Mutter) geführt, wurde die Videoaufnahme nicht in die Bewertung aufgenommen.

Unvorhergesehene Ausschlusskriterien: Da möglicherweise nicht jedes Ausschlusskriterium vorher definiert werden kann, behält sich der Autor vor, Videos mit guter Begründung auszuschließen, dies aber im Ergebnisteil zu vermerken.

3.3. Instrument - modifizierte Aufklärungsgesprächbewertungsskala für Arzt-Eltern Gespräche

Auswahl und Entwicklung der mAGBS-Eltern

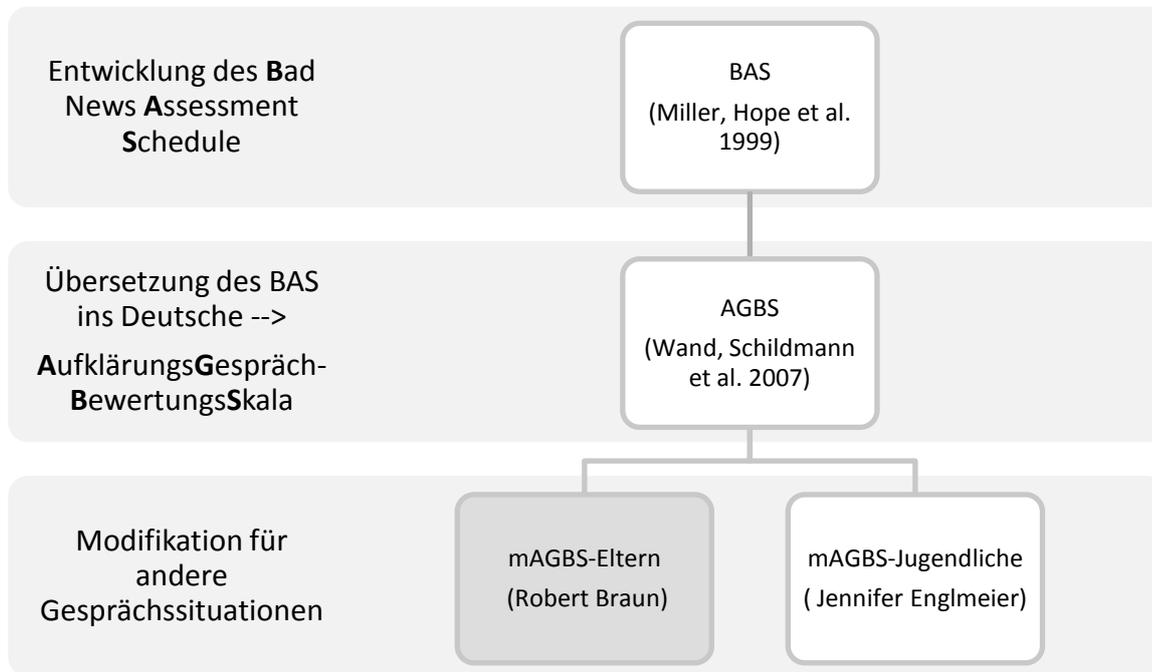


Abbildung 1 - Entwicklung der Bewertungsskala

Anmerkung: Diese Grafik wird in ähnlicher Weise in der Dissertation von Frau Englmeier verwendet.

Hinweis: Das mAGBS-Eltern Manual findet sich im Anhang dieser Arbeit.

Bei Auswahl und Entwicklung des hier verwendeten Instrumentes, der mAGBS-Eltern, wurde darauf Wert gelegt, ein einfaches, praktikables, möglichst präzise formuliertes sowie bereits in Teilen evaluiertes System zu verwenden und weiterzuentwickeln. Das Bewertungssystem sollte vor allem den Arzt oder Studenten in den Mittelpunkt der Betrachtung rücken und seine Gesprächsführungsfertigkeiten beurteilen. Als Werkzeug für die Verwendung im Bereich medizinischer Ausbildung sollte es außerdem in einem angemessenen Zeitrahmen anwendbar sein.

Grundlage für die Entwicklung des in dieser Arbeit verwendeten Ratingwerkzeuges, der modifizierten Aufklärungsgesprächbewertungsskala für Arzt-Eltern Gespräche (mAGBS-Eltern), ist die von Wand (2007) publizierte Aufklärungsgesprächbewertungsskala (AGBS). Diese wiederum wurde nach Vorlage des „Breaking Bad News Assessment Schedule“ (BAS) (Miller, Hope et al. 1999) erstellt. Nach Angabe der Autoren erwiesen sich beide Instrumente

Generelle Änderungen

Alle Items der AGBS wurden so umformuliert, dass diese nicht mehr nach dem Kontakt zum Patienten oder den Reaktionen auf den Patienten fragen, sondern die Eltern als Bezugspersonen des Arztes in der Fragestellung benennen.

Einige Beispiele:

AGBS	mAGBS - Eltern
Item 2: Hat der Arzt <u>den Patienten</u> angemessen begrüßt und sich vorgestellt?	Item 2: Hat der Arzt <u>die Eltern</u> angemessen begrüßt und sich vorgestellt?
Item 9: Hat der Arzt <u>den Patienten</u> eingeladen Fragen zu stellen?	Item 7: Hat der Arzt <u>die Eltern</u> eingeladen Fragen zu stellen?

Da sich die Aufgabe des Arztes in dieser Arbeit von der ursprünglichen bei Wand (2007) unterscheidet wurde Abschnitt B - „Die schlechte Nachricht überbringen“ - umbenannt in „Den Befund überbringen“.

Entfernte Items

Sämtliche Items wurden auf Anwendbarkeit in der vorliegenden Gesprächssituation sowohl theoretisch als auch praktisch beim Sichten von Videoaufnahmen überprüft. Folgende Items schienen, auch nach Umformulierung und leichter Veränderung, nicht für die Verwendung im Arzt-Eltern-Gespräch zum Thema Entwicklungsstörung geeignet und wurden deshalb bei der Entwicklung der mAGBS-Eltern entfernt:

AGBS - Abschnitt B - Item 5: *Hat der Arzt die schlechte Nachricht vorsichtig eingeleitet („Warnschuss“), bevor er sie ausgesprochen hat und sich anschließend an den Bedürfnissen des Patienten orientiert?*

Da sich beim Überbringen des psychischen Befundes keine einzelne „schlechte Nachricht“ identifizieren ließ und somit auch kein Warnschuss dafür definiert werden konnte, wurde dieses Item gestrichen.

AGBS - Abschnitt B - Item 8: *Hat der Arzt nach dem Überbringen der Nachricht eine angemessene Pause gelassen?*

Auch hier ergab sich das Problem, dass die Rater keinen exakten Zeitpunkt für die Überbringung des Befundes festlegen konnten. Des Weiteren erschien die Formulierung „angemessene Pause“ zu weit gefasst.

AGBS - Abschnitt E - Item 16: *Wie viele der folgenden Schlüssel-Bereiche wurden besprochen?*

In der mAGBS-Eltern sollte die Kontaktaufnahme des Arztes mit den Eltern im Vordergrund stehen, der inhaltliche Aspekt wurde bei den Instruktionen zum Rollenspiel bewusst in den Hintergrund gestellt. Es sollte für das Arzt-Eltern-Gespräch keine Gesprächssituation nach Drehbuch geschaffen und bewertet werden. Darum fiel es schwer, inhaltliche Schlüsselbereiche zu identifizieren, die Kennzeichen einer guten Gesprächsführung sind. Zwei der Bereiche, die sich abgrenzen ließen - Genauigkeit der Beschreibung der Entwicklungsverzögerung und positive Darstellung - werden separat bewertet (mAGBS-Eltern - Abschnitt D - Item 13 und 15). Ein weiterer möglicher Schlüsselbereich könnte die kognitive Entwicklung des Kindes sein.

AGBS - Abschnitt E - Item 17: *Wurden psychosoziale Aspekte, die der Patient während des Gespräches verbal signalisierte, erörtert?*

Die „psychosozialen Aspekte“ aus der AGBS zielen auf die Auswirkungen der Diagnose eines schweren Leidens auf den sozialen Kontext des Patienten ab, und speziell in den AGBS auf das vorhandene Drehbuch der standardisierten Patienten. In den Rollenspielen zur Arzt-Eltern-Kommunikation mit dem Ziel der Übermittlung des psychischen Befundes spielte dieser Punkt mangels Drehbuch eine untergeordnete Rolle.

Hinzugefügte Items

Bei der Betrachtung erster Videos fiel auf, dass einige Aspekte des Gesprächsverhaltens, vor allem bezogen auf die Mehrpersonensituation, mit Hilfe der AGBS nicht ausreichend erfasst werden konnten. Unter Einbeziehung des Calgary - Cambridge Guide to the medical interview (Kurtz, Silverman et al. 1998; Silverman, Kurtz et al. 1998), der MAAS-Global Rating List for Consultation Skills of Doctors (Van Dalen, Prince et al. 1998; van Thiel, Ram et al. 2000) und der Roter Method of Interaction Process Analysis (Roter und Larson 2002) wurden für die vorliegende Gesprächssituation wichtig erscheinende Bereiche in Fragestellungen an den Rater umformuliert.

Es ist zu beachten, dass ein Ziel bei der Erstellung der mAGBS-Eltern war, das Rating in angemessener Zeit durchführen zu können. Darum konnten nicht alle für die Gesprächsführung im Arzt-Eltern-Gespräch interessanten Aspekte übernommen werden.

Die hinzugefügten Items sind im einzelnen:

mAGBS - Eltern - Abschnitt D - Item 12: *Benutzt der Arzt Wiederholungen und Zusammenfassungen?*

In der MAAS-Global Liste ist ein Aspekt (Punkt 11) „Summarizations“ - Zusammenfassungen. Es wird gefordert, der Arzt solle während des gesamten Gespräches ausreichend zusammenfassen (Van Dalen, Prince et al. 1998; van Thiel, Ram et al. 2000). Dieser Punkt wurde in der mAGBS-Eltern durch die Forderung nach einer kurzen Zusammenfassung am Ende des Gespräches ergänzt. Und es wird bewertet, ob zu viele Wiederholungen vorkommen oder nicht. Diese drei Merkmale wurden zu Item 12 zusammengefasst.

mAGBS - Eltern - Abschnitt D - Item 14: *Hat der Arzt Empathie gezeigt?*

In der AGBS wird die Empathie des Arztes nur indirekt erfasst. Im Calgary - Cambridge Guide to the medical interview (Kurtz, Silverman et al. 1998; Silverman, Kurtz et al. 1998), der MAAS-Global Rating List for Consultation Skills of Doctors (Van Dalen, Prince et al. 1998; van Thiel, Ram et al. 2000) und in The Roter Method of Interaction Process Analysis (Roter und Larson 2002) wird der Empathie jedoch gesondert Beachtung geschenkt. Deshalb wurde ein neues Item für diesen Punkt geschaffen.

Um eine genaue Definition der Empathie unabhängig vom Verständnis des Raters des Konstruktes „Empathie“ zu haben wird im Manual auf die von Baile (2000) und Ptacek (1996) verwendete Beschreibung hingewiesen:

Eine empathische Äußerung besteht aus vier Schritten (Ptacek und Eberhardt 1996):

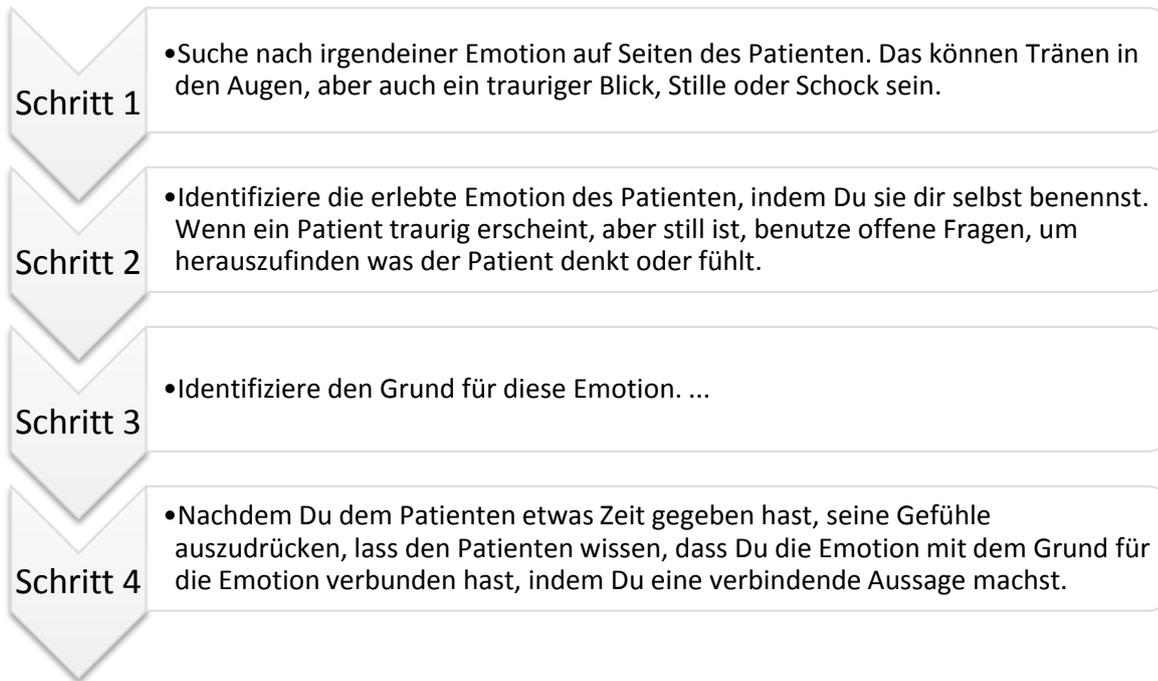


Abbildung 3 - Empathische Äußerung

mAGBS - Eltern - Abschnitt E - Item 18: *Hat der Arzt während des Gespräches beide Elternteile miteinbezogen?*

Die Mehrpersonensituation fordert vom Arzt besondere Fähigkeiten. Die möglicherweise Wichtigste ist es, sich auf beide Gesprächspartner gleichermaßen einzulassen. Darum wurde an dieser Stelle ein Item eingefügt, welches sowohl das Ansprechen beider Eltern als auch den vorhandenen Blickkontakt einbezieht.

mAGBS - Eltern - Abschnitt E - Item 22: *Globale Einschätzung des Raters - Hat der Arzt das Gespräch gut geführt?*

Dieses komplett neue Item dient der klinisch-globalen Einschätzung des Gesprächsverhaltens des Arztes. Es wird nicht in die mAGBS-Eltern-Wertung einfließen. Ziel dieses Items ist es, herauszufinden ob die Gesamtwertung der mAGBS-Eltern auch dem Eindruck der Rater beim

Beobachten des Gespräches entspricht und ob eventuell eine globale Einschätzung die Bewertung beeinflusst.

mAGBS - Eltern - Abschnitt E - Item 23: *Globale Einschätzung des Raters - Wurden die Eltern/Patienten gut dargestellt?*

Auch hier wird ein neues Item eingeführt, welches ohne festgelegte Kriterien bewertet werden soll. Ziel ist es, zu beurteilen, ob die unterschiedliche Darstellung der Eltern im Rollenspiel zu einer schlechteren oder auch besseren gemessenen Gesprächsleistung führt. Vor allem in einer Rollenspielsituation, in der sich die Darsteller vor dem Spiel bereits persönlich kennen, wie es möglicherweise in einem Studentenkurs der Fall ist, ist anzunehmen, dass die Eltern-Darsteller Einfluss auf das Gesprächsverhalten des Arzt-Darstellers, also eines Kommilitonen, nehmen.

Inhaltlich geänderte Items

Bei einigen Items wurden Änderungen vorgenommen, die sich nicht unter „Generelle Änderungen“ zusammenfassen lassen. Dazu gehören:

mAGBS - Eltern - Abschnitt A - Item 1: *Wie gut ist es dem Arzt gelungen, eine geeignete Umgebung für das Gespräch zu schaffen?*

Die AGBS bewertet hier nach den drei Kriterien:

- a) Der Arzt hat die Stühle so platziert, dass Arzt und Patient über Eck am Tisch sitzen können;
- b) Der Arzt hat die Kaffeetassen und Unterlagen auf dem Tisch geordnet/beiseite geräumt;
- c) Der Arzt hat die Taschentücher in Reichweite hingestellt.

Für die mAGBS-Eltern erschien der explizite Verweis auf Kaffeetassen und Taschentücher nicht praktikabel, da sie auch der Rollenspielsituation nicht gerecht werden. Deshalb wurden diese drei Kriterien ersetzt durch:

- a) Der Arzt hat für ausreichend Sitzgelegenheiten für die Eltern gesorgt (Dies ließe sich unter „generelle Änderungen“ stellen);
- b) Der Arzt hat den Tisch geordnet bzw. leergeäumt;
- c) Der Arzt wirkt gepflegt, ordentlich und angemessen gekleidet.

mAGBS - Eltern - Abschnitt A - Item 3: Hat sich der Arzt zu Beginn des Gespräches nach den momentanen Lebensumständen der Eltern erkundigt?

Zusätzlich zu den in der AGBS verwendeten Kriterien wurde das Erkundigen des Arztes nach den (möglichen) Geschwistern des Kindes als Bewertungskriterium eingefügt, so dass nun zum Erreichen der Bewertung „sehr gut“ vier Kriterien erfüllt sein müssen (siehe mAGBS-Eltern im Anhang).

mAGBS - Eltern - Abschnitt D - Item 13: Hat der Arzt es geschafft, das Augenmerk auf positive Aspekte zu lenken?

In den AGBS bezieht sich dieses Item vor allem auf die Therapieoptionen bei einer Krebstherapie und die daraus entstehenden Vor- und Nachteile. In der mAGBS-Eltern geht es

hier vor allem darum, den Eltern den psychischen Befund ihres Kindes auf positive Art und Weise zu vermitteln und die Balance zwischen positiven und negativen Aspekten des Befundes einzuhalten.

mAGBS - Eltern - Abschnitt E - Item 21: Hat der Arzt das Gespräch rechtzeitig und angemessen beendet?

Die AGBS haben hier als unabdingbares Kriterium, um besser als „sehr schlecht“ bewertet zu werden: „Der Arzt hat das Gespräch zum Abschluss gebracht“. Dies ist auf Grund der manchmal abgeschnittenen Videoaufnahmen oft für den Rater nicht zu beurteilen, die anderen Kriterien wie: „Der Arzt hat die Möglichkeit weiterer Gespräche erwähnt“ sind jedoch oft trotzdem zu erkennen. Deshalb sind in der mAGBS-Eltern nun alle Kriterien in der Bewertung gleichgestellt.

Überblick über die mAGBS-Eltern

Damit besteht die mAGBS-Eltern aus sechs Teilbereichen mit 21+2 separat zu bewertenden Fragen die auf einer Skala von 1-5 bewertet werden müssen:

- | | | |
|-----|-------------------------------------|------------|
| - A | Gesprächseinleitung | (3 Items) |
| - B | Den Befund überbringen | (3 Items) |
| - C | Bedenken des Patienten herausfinden | (3 Items) |
| - D | Informationsübermittlung | (6 Items) |
| - E | Allgemeine Aspekte | (6 Items) |
| - F | Globale Einschätzungen des Raters | (2 Items) |
| | Insgesamt | (23 Items) |

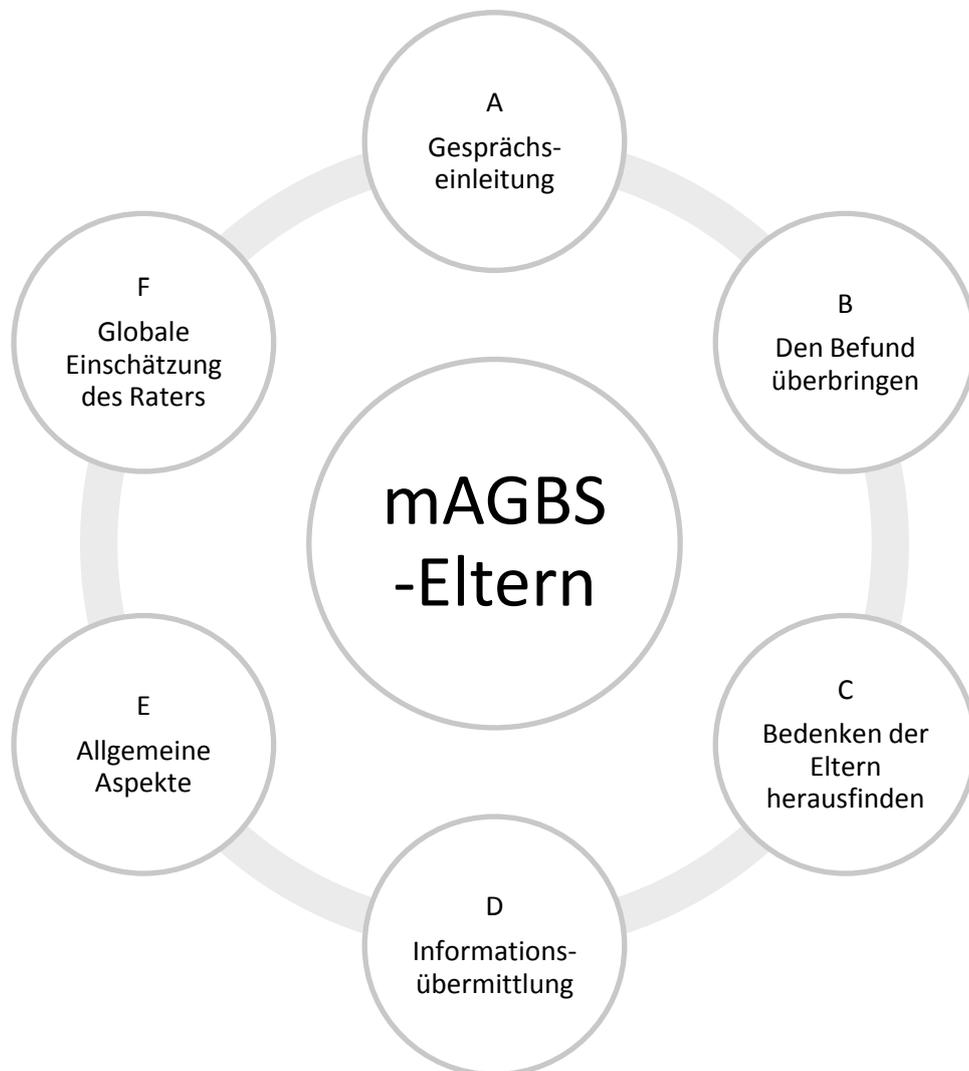


Abbildung 4 - Abschnitte der mAGBS-Eltern

3.4. Rater und Raterschulung

Die Rater

In Anlehnung an die Publikation von Wand (2007) wurde für diese Studie eine Anzahl von drei Ratern eingesetzt, um die mAGBS-Eltern zu bewerten.

Die Bewertung der Videoaufnahmen wurde von Ratern mit unterschiedlichem Ausbildungshintergrund durchgeführt. Zwei von Ihnen, der Autor und Frau cand. med. Jennifer Englmeier, befanden sich zum Zeitpunkt der Videobewertung am Ende des klinischen Abschnittes des Humanmedizinstudiums in München. Die dritte Raterin, Frau Dipl. Soz.-Päd. Sabine Klemz, hatte beim Rating der Videos zusätzlich zu Ihrem sozialpädagogischen Hintergrund eine psychotherapeutische Ausbildung und befasste sich auch mit anderen Videoprojekten zum Thema Kommunikation. Frau Klemz hatte bereits mit der AGBS gearbeitet.

Schulung und Training der Rater

Beide Studenten (Rater 1 und 2) besuchten den MeCum-Kurs „Kinder- und Jugendpsychiatrie“, dessen Inhalt unter 3.1 dargestellt wird. Das Ansehen und Diskutieren von Videos stellt einen Teil des Kurses dar, der etwa 4 Stunden umfasst.

Auf Grund der Erfahrung von Frau Klemz (Rater 3) wurden die beiden anderen Rater in großen Teilen von ihr in der Bewertung von Videomaterial unterwiesen. Einen weiteren Teil der Unterweisung unternahm auch Prof. Frank, der Betreuer dieser Arbeit.

Am Anfang wurde versucht, den beiden Studenten ein Gespür für Videoaufnahmen in schwierigen Gesprächssituationen zu vermitteln, indem in der Gruppe über gesehene Beispiele diskutiert und Meinungen ausgetauscht werden konnten. Diese Phase dauerte etwa vier Stunden, verteilt auf mehrere Tage.

Auf diese Weise wurden 16 Videos von unterschiedlichen Gesprächssituationen (Überbringen schlechter Nachrichten, Übermitteln eines psychopathologischen Befundes im Arzt-Eltern-Gespräch, Gespräch zwischen Arzt und suizidalem Jugendlichen) angesehen und diskutiert. Alle diese Videos hatten in etwa eine Länge von fünf Minuten.

Drei der Videos wurden mit der AGBS (Wand, Schildmann et al. 2007) bewertet, um mögliche Verständnisfragen zu klären und Unklarheiten zwischen den Ratern zu beseitigen.

Die beiden Studenten, der Autor und Frau cand. med. Jennifer Englmeier, entwickelten parallel zu dieser Schulung ihre modifizierte Version der AGBS (siehe Seite 28).

Die fertige mAGBS-Eltern wurde anschließend von allen drei Ratern gemeinsam an zwei Videos getestet und besprochen. Die Dauer betrug etwa zwei Stunden.

Den Abschluss der Trainingsphase bildete das unabhängige Bewerten von vier situationsbezogenen Videos aus Arzt-Eltern-Gesprächen mit der Aufgabenstellung der psychopathologischen Befundvermittlung (Probelauf). Diese Phase nahm zwischen drei und vier Stunden, je nach Rater, in Anspruch.



Abbildung 5 - Aufbau und Ablauf der Raterschulung

3.5. Statistische Analysestrategie

Software

Die statistische Auswertung der Ergebnisse erfolgte mit SPSS Version 16.0 der Firma SPSS. Zuerst wurde eine deskriptive Analyse durchgeführt. Die Analyse der Daten, mit denen die Qualität der Videos beschrieben wird, wurde ausschließlich mit dem Datensatz des Autors selbst durchgeführt, da sich teilweise unvollständige Eintragungen zur Videoqualität bei den anderen Ratern fanden.

Überprüfung der Datenintegrität

Zur Überprüfung der Datenintegrität wurden nach dem Zufallsprinzip jeweils drei ausgefüllte Ratingbögen pro Rater ausgewählt und mit der fertigen Datentabelle verglichen. Damit wurden 387 einzelne Daten von insgesamt 3870 untersucht, was 10% der gesamten Datenmenge entspricht.

Es fand sich bei den 386 Einzeldaten kein einziger Übertragungsfehler. Damit waren in der Stichprobe (10% des Gesamtdatensatzes) 0% der Daten fehlerhaft.

Allgemeine Berechnungen

Für jedes einzelne Item wurde bei jedem Rater Minimum, Maximum, Mittelwert und Standardabweichung der vergebenen Bewertungen ermittelt. Die Werte werden also behandelt als ob sie intervallskaliert wären, obwohl sie der Definition nach ordinalskaliert sind.

Es wurde eine Gesamtnote der Bewertung berechnet, indem aus den Items 1 bis 21 der Mittelwert berechnet wurde. Die Items 22 und 23 wurden ausgeschlossen, da in Item 22 eine globale Beurteilung der Leistung des Arztdarstellers erfolgen sollte und in Item 23 die Leistung der Elterndarsteller bewertet wurde. Für die Benotung der einzelnen Themenblöcke wurden die zugehörigen Items (A: 1-3; B: 4-6; C: 7-9; D: 10-15; E: 16-21) jeweils gemittelt.

Cronbach's alpha

Damit die Gesamtbewertung valide ist, müssen alle Einzelitems das identische Konstrukt messen, also konsistent sein und miteinander korrelieren. Diese sogenannte interne Konsistenz der Skala wurde mittels Cronbach's alpha berechnet (Bland und Altman 1997).

$$\alpha = \frac{N \cdot \bar{r}}{1 + (N - 1) \cdot \bar{r}}$$

Formel 1 - Cronbach's Alpha (Wikipedia 2009)

- N ist die Anzahl der Items
- \bar{r} ist die durchschnittliche Korrelation zwischen den Items

Dies ist eine Statistik, die die Korrelation über die einzelnen Items mit der Gesamtwertung misst, wobei ein Wert von 1 eine perfekte Korrelation, ein Wert von 0 keine Korrelation zeigt.

Intra-Klassen-Korrelation und Varianzanalyse

Die Auswertung hinsichtlich der Reliabilität erfolgte analog zu der Auswertung der AGBS (Wand, Schildmann et al. 2007), um eine spätere Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

Zur Berechnung der Intra-Klassen-Korrelation (ICC) wurde der zweiseitige-zufällige (two-way, random) Weg der Berechnung gewählt, da jedes Video von allen Ratern eingeschätzt wurde (->zweiseitig). Um Vergleichbarkeit mit der Aufklärungsgesprächsbewertungsskala zu erreichen, wurde „zweiseitig-zufällig“ gewählt und nicht „zweiseitig-gemischt“. An dieser Stelle ist aber zu erwähnen, dass sich die Werte nur unmerklich unterscheiden und somit dieses Vorgehen durchaus gerechtfertigt ist.

Da auch im Lehrsetting mehrere Beobachter zugegen sind, wurde die ICC-average, die von den Mittelwerten mehrerer Rater ausgeht, gewählt.

$$ICC(2, k) = \frac{MS_{zw} - MS_{err}}{MS_{zw} + \frac{(MS_{zwrat} - MS_{err})}{n}}$$

Formel 2 - ICC unjustiert, Mittelwert (Wikipedia 2009)

- k ist Anzahl der Rater
- n ist die Anzahl der Meßobjekte (Fälle),
- MS_{zw} ist die Varianz zwischen den Fällen (=Meßobjekten, Personen) (mit $df = n - 1$),
- MS_{zwrat} ist die Varianz zwischen den Ratern (mit $df = k - 1$) und
- MS_{err} ist die Restvarianz (mit $df = (n - 1)(k - 1)$).

Ein Wert von 0 zeigt überhaupt keinen Zusammenhang zwischen den Bewertungen der Rater an, ein Wert von 1 würde komplette Übereinstimmung bedeuten. (Wirtz und Caspar 2002; Wikipedia 2009)

Wird in Formel 2 keine Varianz zwischen den Ratern und keine unerklärte Restvarianz eingesetzt (also $MS_{\text{zwrat}}=0$ und $MS_{\text{err}}=0$), also jegliche beobachtete Varianz stammt aus den einzelnen Fällen (in diesem Falle: Gesprächen) und ist unabhängig vom Rater und einem unsystematischen Fehler, so wird $ICC(2,k)=1$. Dies entspricht einer perfekten Übereinstimmung.

Um herauszufinden, welche Faktoren die Bewertung der Rater beeinflussten, wurde eine Varianzanalyse (ANOVA) für die Gesamtbewertung, die Teilbereiche und die einzelnen Items mittels Tukeys Additivitätstest durchgeführt und die Signifikanz des Ergebnisses durch den F-Test verifiziert. Berechnet wird hierbei, wie sehr bei der Bewertung systematische Fehler, also die Unterschiede der Ratermittelwerte (ein Rater wertet generell höher oder niedriger als die anderen), und unsystematische Fehler, also Fehler, deren Ursprung unklar ist, verantwortlich sind. Diese Methode wird von Brennan (1992) beschrieben. Unterschiede in der Gesamtbewertung kommen aus zwei Quellen, einerseits der Leistung des Probanden, andererseits der Bewertung des selben Probanden durch unterschiedliche Rater. Bei vollkommener Übereinstimmung der Rater auf einer perfekten Skala ergibt sich ein ICC von 1. Wenn sich die Rater aber nicht völlig einig sind in ihrer Bewertung, kann die Quelle dieses Unterschiedes weiter aufgeteilt werden in zwei unabhängige Ursprünge. Einerseits, wenn ein Rater immer höher oder niedriger bewertet als die anderen Rater, also systematisch „falsch“ liegt - der systematische Fehler. Je objektiver eine Skala ist umso geringer ist dieser systematische Fehler. Andererseits der sogenannte unsystematische oder zufällige Fehler. Wie der Name schon sagt gibt es hier kein eindeutiges Muster. Um eine valide Messung zu erzielen, sollte der zufällige Fehler einen geringen Anteil der Varianz ausmachen (Miller, Hope et al. 1999).

Trennschärfe - Korrigierte Item-Skala Korrelation

Die Trennschärfe wurde mittels der Korrigierten Item-Skala Korrelation für jedes einzelne Item berechnet. Diese gibt an, wie sehr die Bewertung des einzelnen Items mit dem Mittelwert der übrigen Items übereinstimmt, wobei ein Wert von -1 für 100% negative, ein

Wert von 1 für 100% positive Korrelation spricht. Sie steht also für die Korrelation eines einzelnen Items mit dem Gesamtergebnis des Tests. Wird beispielsweise bei einem Item immer eine niedrige Bewertung vergeben, wenn in der Gesamtwertung eine hohe Bewertung vergeben wird und umgekehrt, ergibt sich für die Trennschärfe ein Wert von -1. Eine Trennschärfe von 0 lässt darauf schließen, dass ein Item mit dem Rest des Tests wenig gemeinsam hat.

Korrelationen

Zur Berechnung von Korrelationen wurde Spearmans ρ („rho“) als Maß verwendet. Dieser Koeffizient beschreibt, wie gut eine beliebige monotone Funktion den Zusammenhang zwischen zwei Variablen darstellen kann. Dieser Zusammenhang muss also nicht linear sein. Außerdem setzt Spearmens ρ nur eine Ordinalskala voraus und keine Intervallskala wie beispielsweise Pearsons Korrelationskoeffizient, ist also der sauberere Ansatz für die mAGBS-Eltern. Angesichts des explorativen Charakters wurde auf eine Korrektur für multiples Testen verzichtet.

3.6. Gesprächszeitenanalyse

Im Anschluss an die Auswertung der Reliabilitätstestung der mAGBS-Eltern wurden bei ausgewählten Videoaufnahmen die Gesprächszeiten der einzelnen Teilnehmer erfasst und analysiert.

Verwendete Software

Als Software zur Kodierung der Videoaufnahmen wurde das Programm Interact 8.4 der Firma Mangold International benutzt. Diese Software ermöglicht es durch drücken verschiedener Tasten während des Abspielens eines Videos, sogenannte „Events“ auf der Zeitleiste zu kennzeichnen, unter anderem auch Ereignisse mit einer Zeitdauer durch Markieren des Anfangs- und Endpunktes. So können einzelne Gesprächs- und Äußerungszeitabschnitte erfasst werden und mit Hilfe eines programmeigenen Statistikmoduls die Gesprächszeiten und ihre Verteilung unter den Teilnehmern berechnet werden.

Auswahl der Videoaufnahmen

Die Auswahl der Videoaufnahmen erfolgte anhand der mittleren Gesamtbewertung der mit Hilfe der mAGBS-Eltern bewerteten einzelnen Videos.

Um zu erkennen, ob die Gesamtbewertung der mAGBS-Eltern stark von den Gesprächsanteilen abhängt, wurden jeweils die drei am höchsten und am niedrigsten bewerteten Gespräche zum Vergleich herangezogen.

Außerdem wurden alle Videos mit männlichen Darstellern in der Arztrolle mit Gesprächen, in denen weibliche Darsteller diese Rolle übernahmen, gepaart und ausgewertet. Dieses „Matching“ geschah anhand der mittleren Gesamtbewertung. Die beiden anderen Gesprächsteilnehmer mussten weiblich sein.

Analysestrategie

Auf Grund der geringen Fallzahlen und der hohen Heterogenität von Gesprächen, zusammen mit der Rollenspielsituation, ist es im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, allgemein gültige Aussagen zu den Gesprächsanteilen zu formulieren und zu bestätigen. Jedoch kann gegebenenfalls eine Tendenz festgestellt werden, die zu einer weiter verfolgbareren Hypothese führt.

Vor diesem Hintergrund wurden in zwei sehr gut bewerteten Gesprächen diejenigen Gesprächsteile herausgesucht, in denen der Arzt es geschafft hat, die Eltern dazu zu bringen, länger als 15 Sekunden zu reden, um eigene Meinungen, Fragen oder Sorgen auszudrücken. An diesen Stellen im Gespräch wurde analysiert, welche Aussagen und welches Verhalten des Arztes kurz vorher diese Redebereitschaft ausgelöst haben und wie der Arzt darauf reagiert.

Diese Analyse wurde durchgeführt, um mögliche Schlüsselstellen im Gespräch zu erkennen und benennen zu können.

4. Ergebnisse

4.1. Ein-/Ausgeschlossene Videoaufnahmen

Zur Bewertung standen 38 Videoaufnahmen zur Verfügung, die mit „Arzt/Eltern“ bezeichnet waren und aus dem Wahlpflichtfach „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ für Studenten der LMU stammten.

Zwei der Videos mussten ausgeschlossen werden, weil keine Einwilligung von je einem Darsteller vorlag. Diese wurden unbesehen aus dem Bewertungskatalog gestrichen.

Zwei weitere Videos hatten eine andere Rollenspielsituation zum Thema, da diese Videos aus den Anfängen des Wahlfachkurses stammten. Aus diesem Grund wurden die beiden Videos aus dem Katalog entfernt.

In jeweils einem Video wurde nur die Mutter oder der Vater dargestellt. Auch diese Videos wurden keiner Auswertung zugeführt.

Nur ein Video konnte auf Grund technischer Mängel nicht bewertet werden. Das verwendete Tischmikrofon war bei der Aufnahme nicht richtig eingesteckt. Der Fehler wurde erst bei der Hälfte des Gespräches bemerkt.

Beim Betrachten der Videos ergab es sich, dass eine der Raterinnen (Jennifer Englmeier) die den Kurs in einem früheren Semester besucht hatte, als Ärztin auftrat. Eine Selbstbewertung der Gesprächsführung ist zwar möglicherweise sinnvoll, jedoch nicht im Rahmen dieser Arbeit ausreichend zu evaluieren. Darum wurde, auch wenn dieser Fall von vorneherein nicht explizit ausgeschlossen wurde, das Video nicht in die Bewertung genommen.

Zu allen anderen unter 3.2 genannten Ausschlusskriterien fand sich kein passendes Video, so dass 30 Gespräche ausgewertet werden konnten.

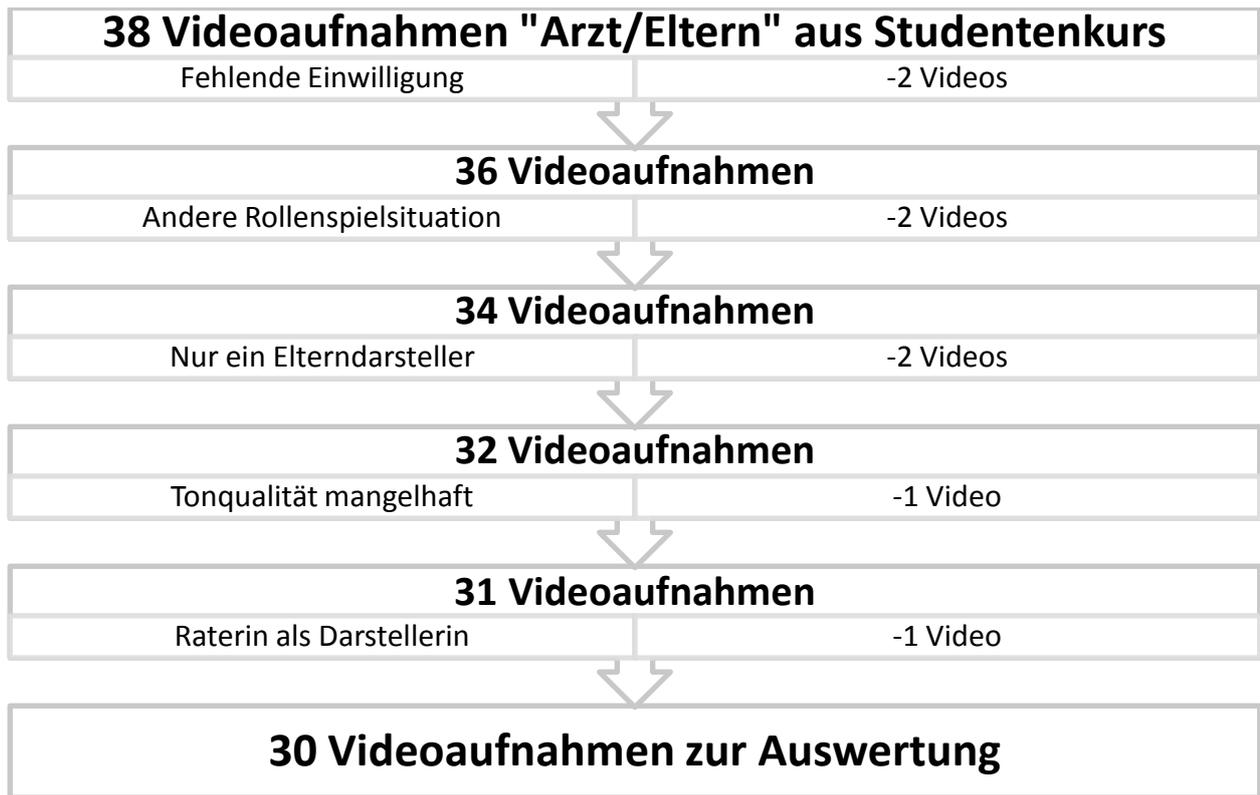


Abbildung 6 - Ausschluss von Videoaufnahmen

4.2. Deskriptive Statistik

An dieser Stelle des Ergebnisteils werden Häufigkeit und Histogramme dargestellt, die zeigen, was die Rater auf den Ratingbögen angekreuzt haben.

4.2.1. Teilnehmer der Rollenspiele

Abbildungen siehe Seite 50f.

Geschlechterverteilung

In 30 Gesprächen wurde der Arzt 5mal von männlichen Studenten dargestellt, 25mal waren es Studentinnen. In der Vaterrolle war das Verhältnis männlich/weiblich 12 zu 18. Die Mütter wurden ausschließlich von Studentinnen gespielt.

Rollenidentifikation

In 22 Videos war den Darstellern nicht anzumerken, dass sie sich in einer Rollenspielsituation befanden. In den restlichen 8 Aufnahmen wurde eine vollständige Rollenidentifikation durch kurzes aus der Rolle fallen nicht von allen drei Darstellern erreicht.

Sprachliche Probleme

Alle Arztdarsteller verfügten über sehr gute Deutschkenntnisse.

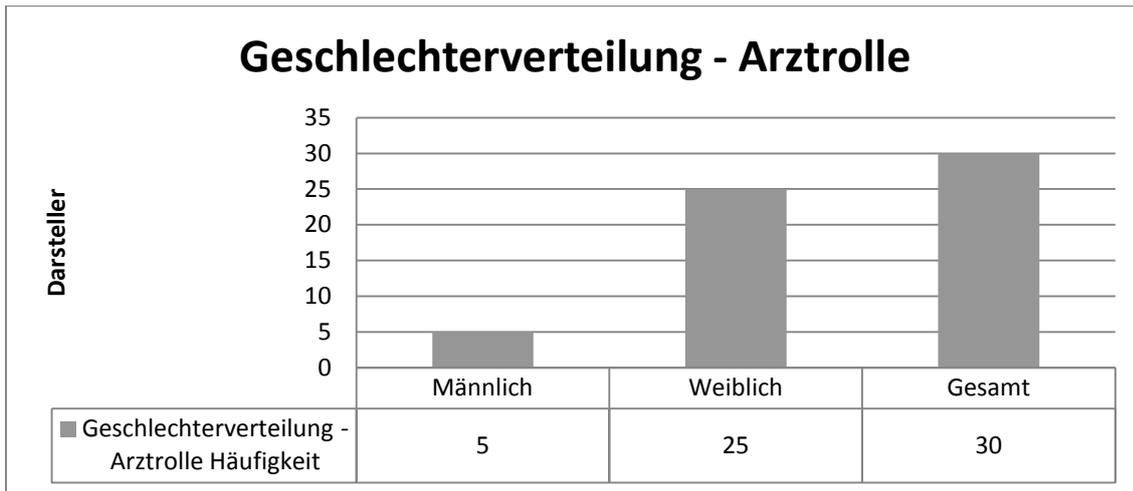


Abbildung 7 - Geschlechterverteilung Arztrolle - Histogramm

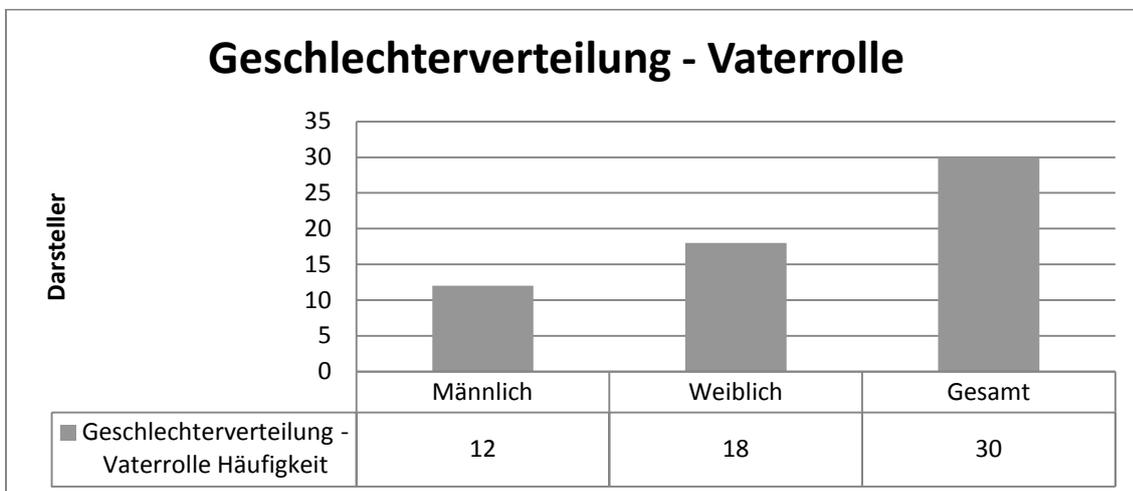


Abbildung 8 - Geschlechterverteilung Vaterrolle - Histogramm

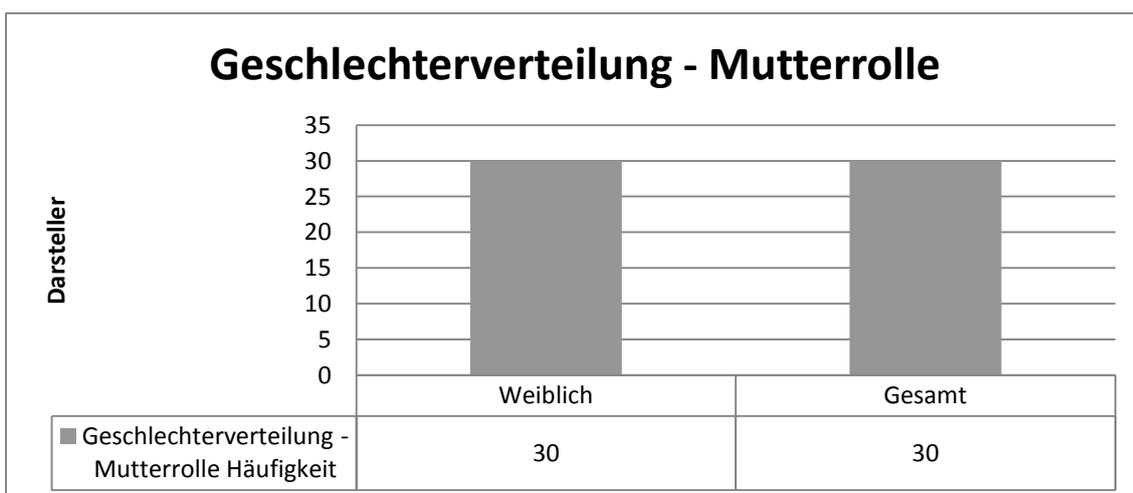


Abbildung 9 - Geschlechterverteilung Mutterrolle - Histogramm

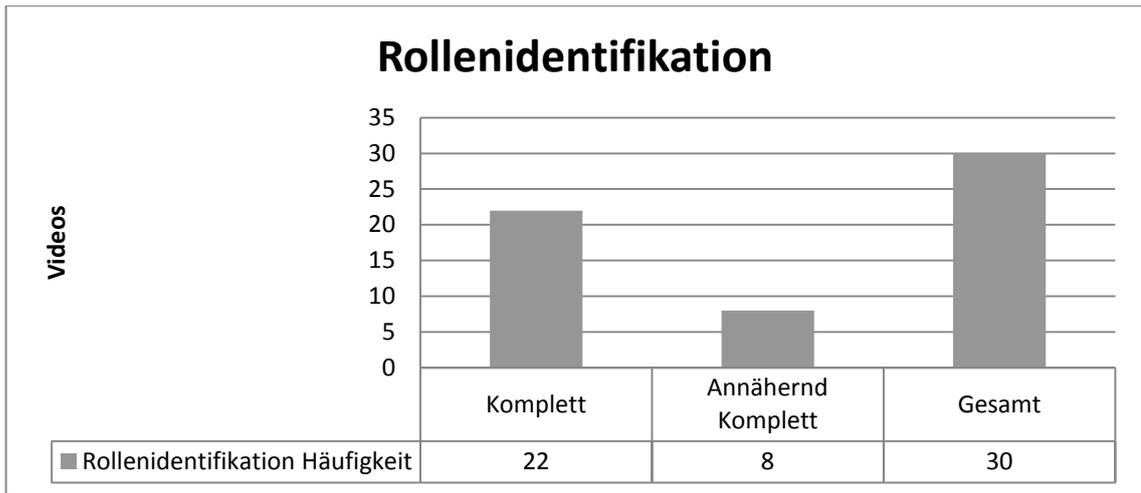


Abbildung 10 - Rollenidentifikation - Histogramm

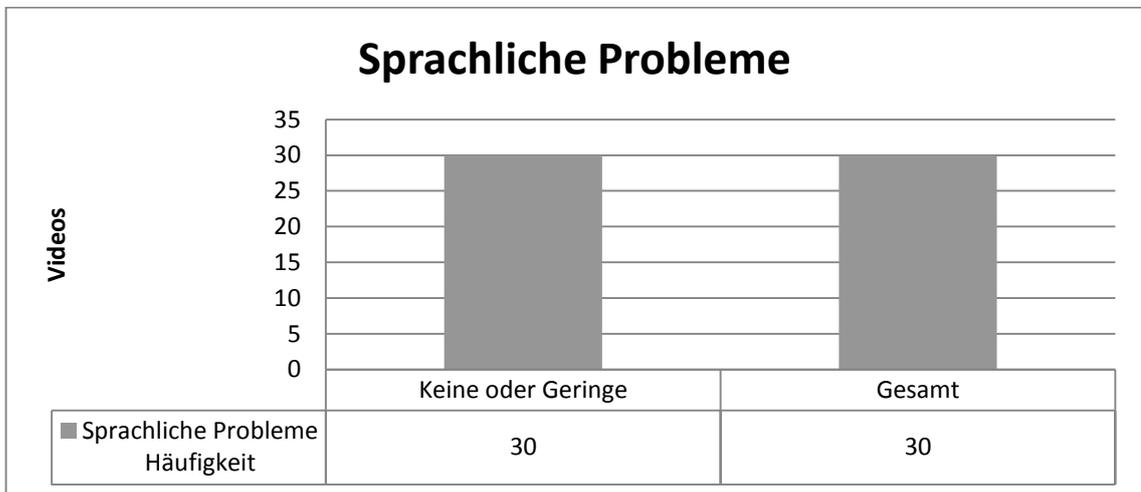


Abbildung 11 - Sprachliche Probleme - Histogramm

4.2.2. Videoqualität und Länge

Abbildungen finden sich auf Seite 53f

Tonqualität

Die Tonqualität aller Videos erlaubte es, jedes Wort zu verstehen.

Bildqualität

In 19 Videos konnte bei allen drei Darstellern durchgehend Gestik und Mimik beobachtet werden. In den restlichen 11 Aufnahmen waren einzelne Darsteller kurzzeitig nicht zu sehen.

Vollständigkeit der Aufzeichnungen

Bei jeweils 8 von 30 Aufnahmen waren Anfang oder Ende des Gespräches abgeschnitten. Davon fehlten bei einem einzigen mehr als (geschätzt) 15 Sekunden des Gespräches. Diese Unvollständigkeiten führten jedoch nicht zu wesentlichen Einschränkungen in der Bewertbarkeit der mAGBS-Eltern.

Aufgetretene Störfaktoren

Bei einer Aufnahme traten für die Darsteller störende Hintergrundgeräusche (Baulärm) auf.

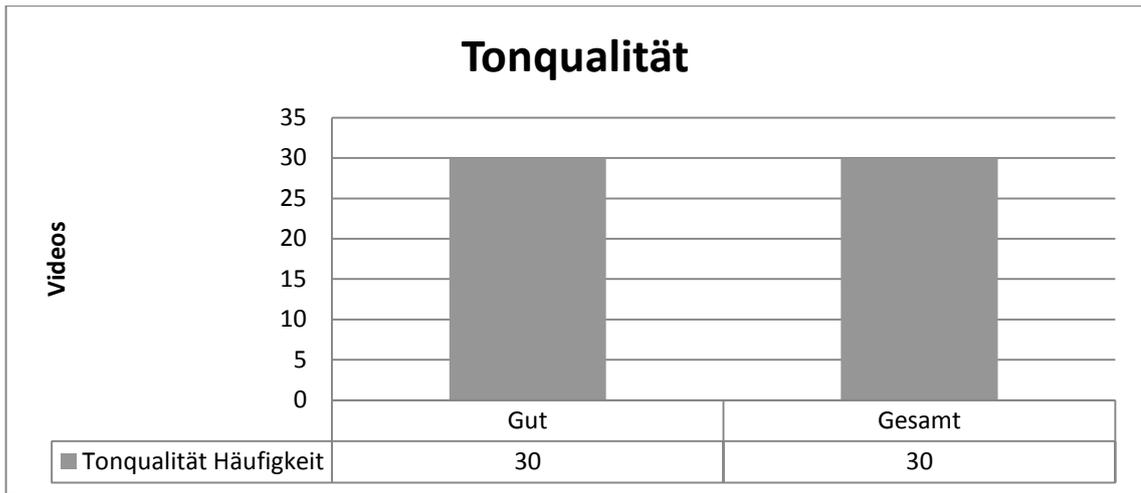


Abbildung 12 - Tonqualität - Histogramm

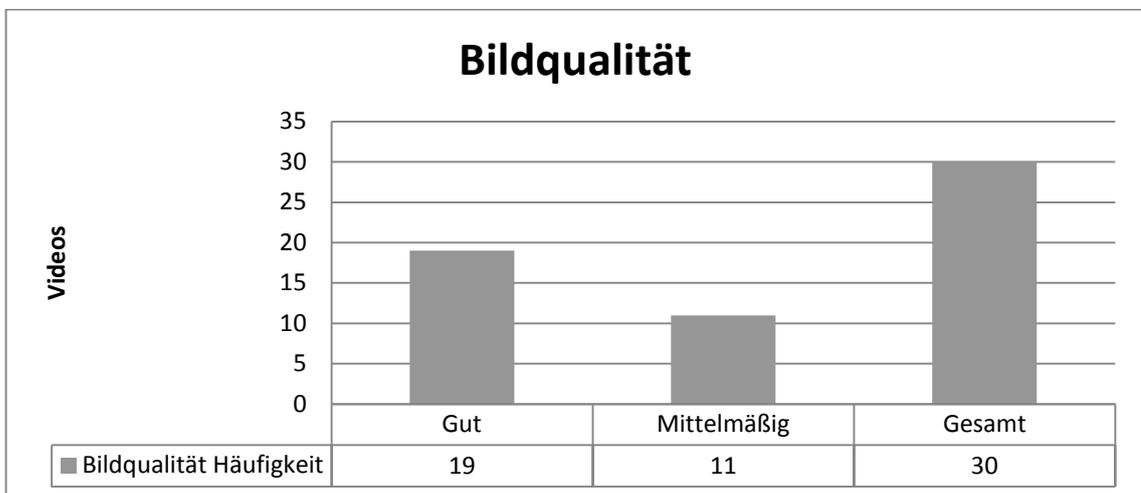


Abbildung 13 - Bildqualität - Histogramm

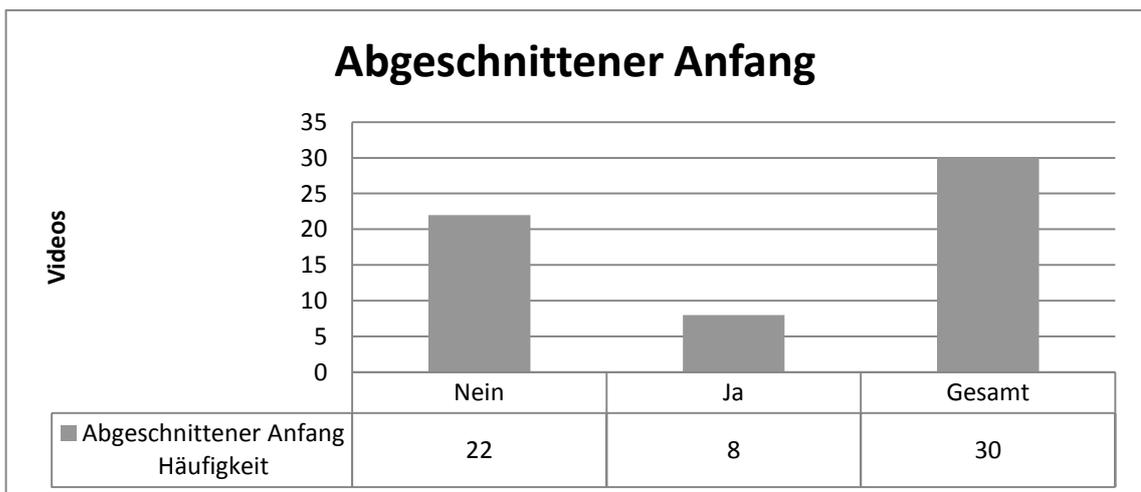


Abbildung 14 - Abgeschnittener Anfang - Histogramm

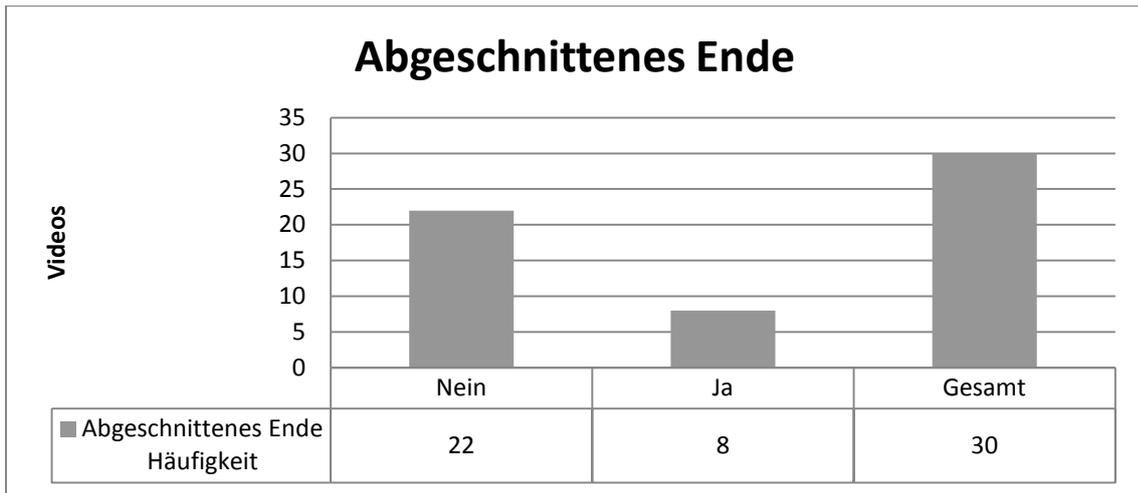


Abbildung 15 - Abgeschnittenes Ende - Histogramm

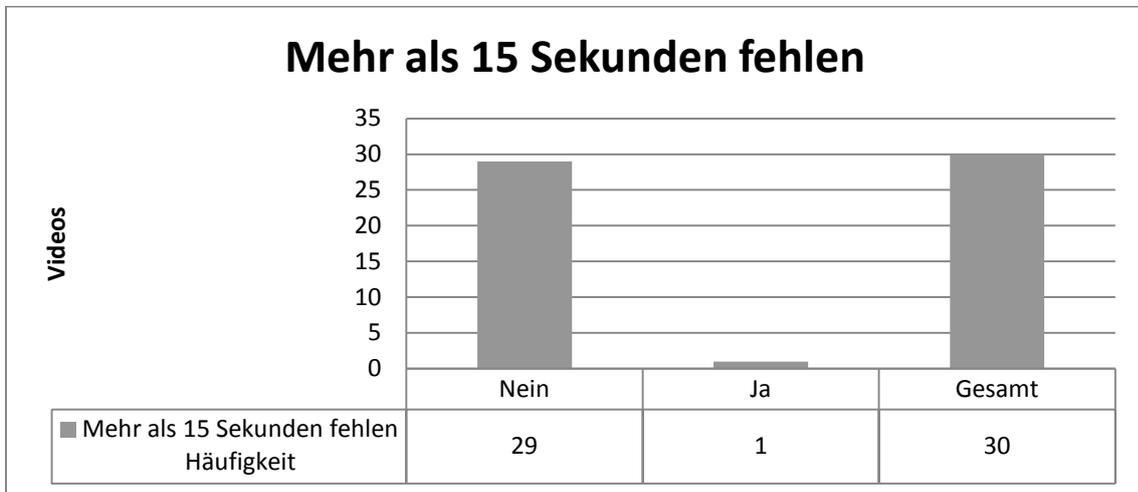


Abbildung 16 - Mehr als 15 Sekunden fehlen - Histogramm

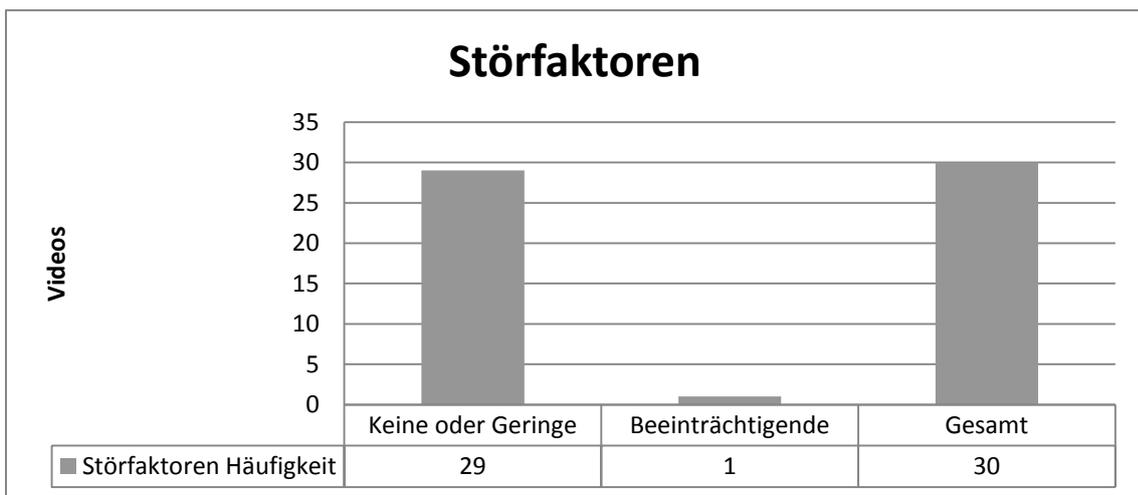


Abbildung 17 - Störfaktoren - Histogramm

Dauer der Gespräche

Die mittlere Gesprächszeit beträgt 5 Minuten 32 Sekunden. Das kürzeste Gespräch ist 3 Minuten 35 Sekunden, das längste 7 Minuten 10 Sekunden lang. Insgesamt wurden über 165 Minuten Gesprächszeit beurteilt.

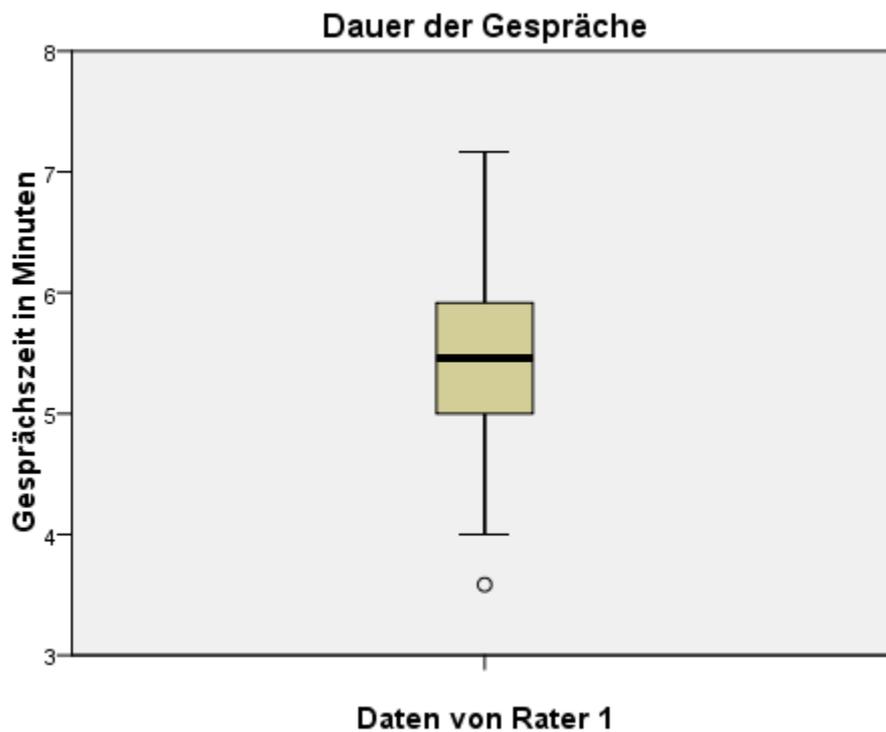


Abbildung 18 - Gesprächszeit

Gesprächszeit in Minuten						
	Minimum	Maximum	Mittelwert	Median	25. Perzentile	75. Perzentile
Gesprächszeit	3,6	7,2	5,5	5,5	5,0	6,0

Tabelle 2 - Gesprächszeit

Anmerkung: Die Werte wurden auf eine Dezimalstelle gerundet.

Dauer und Unterbrechungen des Ratings

Im Mittel dauerte die Bewertung eines Gesprächs 15 Minuten 10 Sekunden. Die Werte für die einzelnen Rater können aus der Tabelle (siehe unten) abgelesen werden.

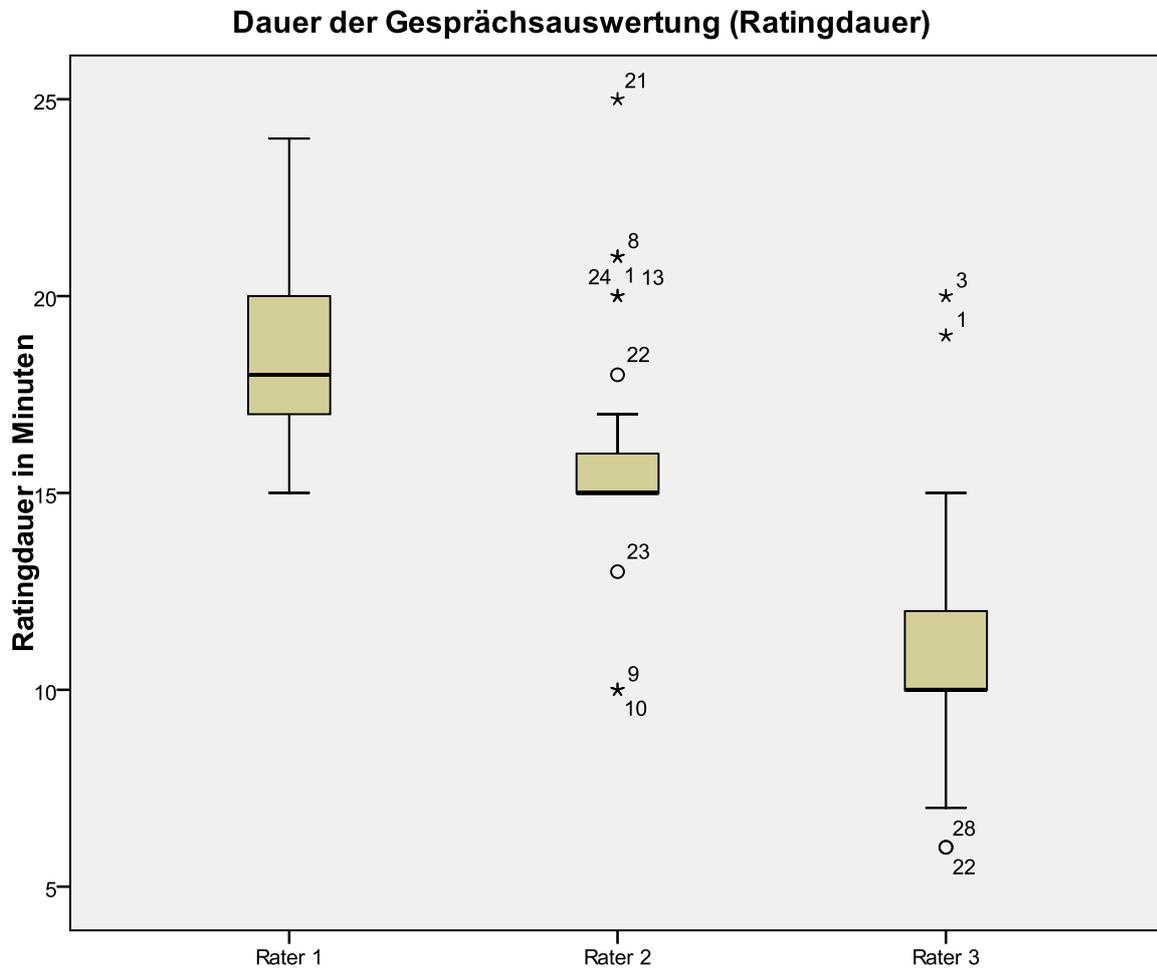


Abbildung 19 - Ratingdauer

Ratingdauer in Minuten							
Rater	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Median	25. Perzentile	75. Perzentile
Rater 1	30	15	24	18,6	18	17	20,3
Rater 2	30	10	25	16,1	15	15	17,3
Rater 3	29*	6	20	10,8	10	10	12,0

Tabelle 3 - Ratingdauer

Anmerkung: Die Werte wurden auf eine Dezimalstelle gerundet.

* Unvollständige Angabe

Rater 1 wurde bei der Bewertung sechsmal, Rater 2 neunmal und Rater 3 viermal mindestens einmal unterbrochen.

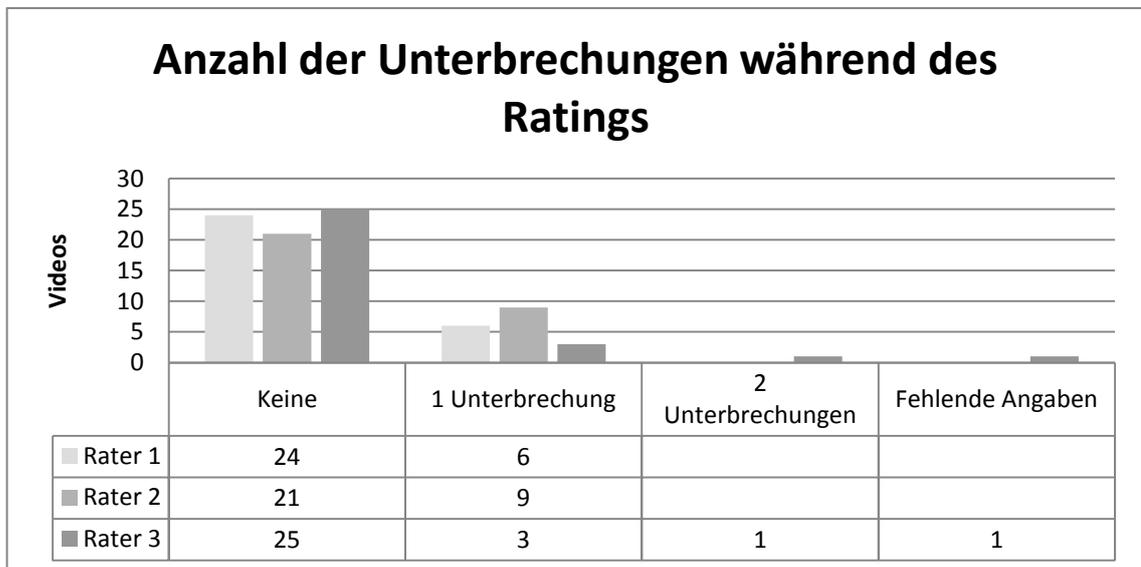


Abbildung 20 - Anzahl der Unterbrechungen - Histogramm

4.2.3. Ergebnisse des Ratings mit der mAGBS-Eltern

Gesamtbewertung und Themenblöcke

	Wertungen in den Themenblöcken und Gesamtbewertung nach Ratern aufgeschlüsselt					
		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std. Abweichung
Gesamtbewertung mAGBS-Eltern	Rater 1	30	1,86	3,24	2,54	0,32
	Rater 2	30	1,33	2,76	2,00	0,34
	Rater 3	30	1,86	3,57	2,57	0,45
Block A Gesprächsbeginn (Item 1-3)	Rater 1	30	1,33	3,00	2,33	0,49
	Rater 2	30	1,33	3,33	2,10	0,58
	Rater 3	30	1,33	3,33	2,36	0,50
Block B Befund überbringen (Item 4-6)	Rater 1	30	2,33	4,00	3,09	0,41
	Rater 2	30	1,33	3,00	2,18	0,47
	Rater 3	30	1,67	3,67	2,57	0,60
Block C Bedenken des Patienten (Item 7-9)	Rater 1	30	2,00	4,00	3,18	0,55
	Rater 2	30	1,67	3,00	2,52	0,47
	Rater 3	30	2,00	4,00	2,98	0,55
Block D Informationsübermittlung (Item 10-15)	Rater 1	30	1,67	3,67	2,67	0,61
	Rater 2	30	1,00	3,00	1,85	0,46
	Rater 3	30	1,67	3,83	2,81	0,65
Block E Allgemeine Überlegungen (Item 16-21)	Rater 1	30	1,00	3,50	1,91	0,56
	Rater 2	30	1,00	2,67	1,73	0,47
	Rater 3	30	1,33	3,83	2,24	0,70

Tabelle 4 – Wertungen in den Themenblöcken und Gesamtbewertung nach Ratern aufgeschlüsselt

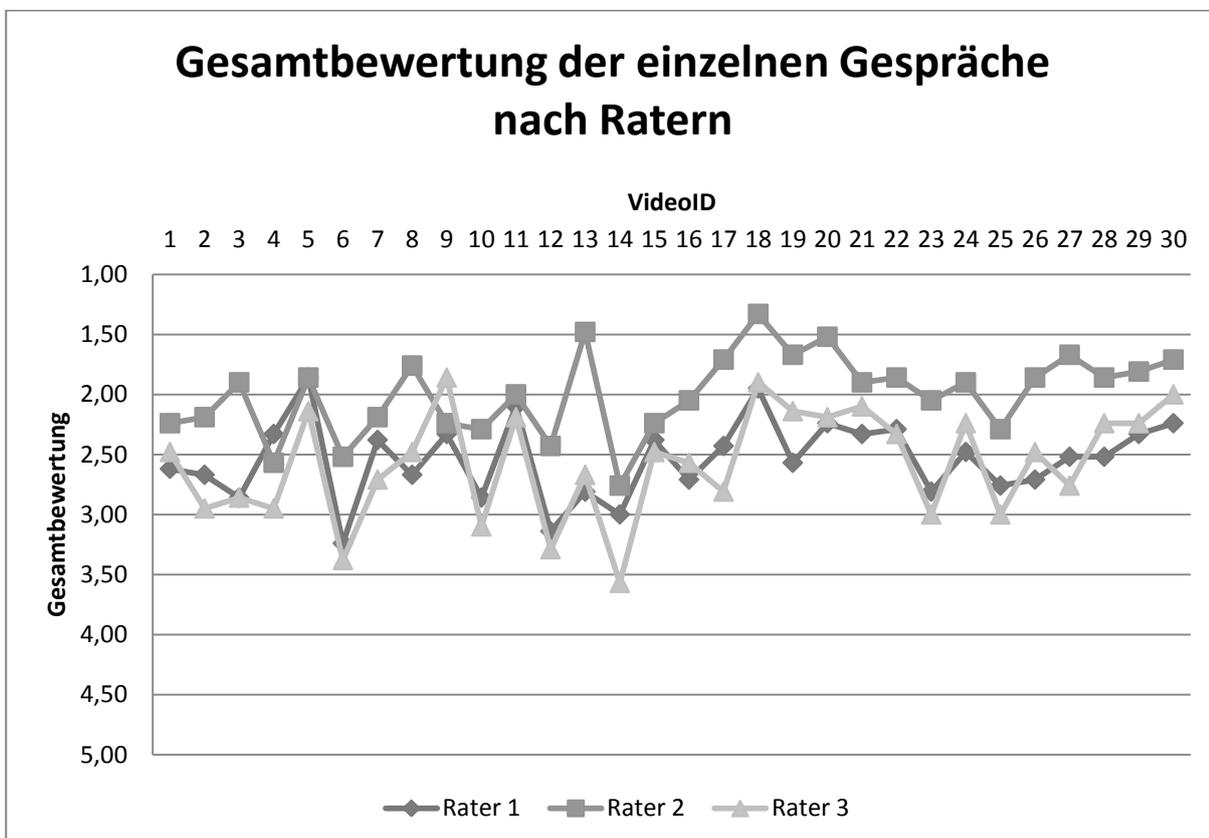


Abbildung 21 - Gesamtbewertung der einzelnen Gespräche nach Ratern

Die Gesamtbewertung liegt zwischen 1,33 (Rater 2, E18) und 3,57 (Rater 3, E14). Die Maximale Differenz zwischen den Ratern bei einem der Gespräche beträgt 1,33 (E13).

Gesamtbewertung einzelner Videos nach Ratern aufgeschlüsselt				
Video ID	Rater 1	Rater 2	Rater 3	Maximale Differenz
E01	2,62	2,24	2,48	0,38
E02	2,67	2,19	2,95	0,76
E03	2,86	1,90	2,86	0,96
E04	2,33	2,57	2,95	0,62
E05	1,86	1,86	2,14	0,28
E06	3,24	2,52	3,38	0,86
E07	2,38	2,19	2,71	0,52
E08	2,67	1,76	2,48	0,91
E09	2,33	2,24	1,86	0,47
E10	2,86	2,29	3,10	0,81
E11	2,10	2,00	2,19	0,19
E12	3,14	2,43	3,29	0,86
E13	2,81	1,48	2,67	1,33
E14	3,00	2,76	3,57	0,81
E15	2,38	2,24	2,48	0,24
E16	2,71	2,05	2,57	0,66
E17	2,43	1,71	2,81	1,10
E18	1,95	1,33	1,90	0,62
E19	2,57	1,67	2,14	0,90
E20	2,24	1,52	2,19	0,72
E21	2,33	1,90	2,10	0,43
E22	2,29	1,86	2,33	0,47
E23	2,81	2,05	3,00	0,95
E24	2,48	1,90	2,24	0,58
E25	2,76	2,29	3,00	0,71
E26	2,71	1,86	2,48	0,85
E27	2,52	1,67	2,76	1,09
E28	2,52	1,86	2,24	0,66
E29	2,33	1,81	2,24	0,52
E30	2,24	1,71	2,00	0,53

Tabelle 5 - Gesamtbewertung nach Ratern und Videos aufgeschlüsselt

Betrachtung der einzelnen Items (Noten von 1-5. 1 = „sehr gut“)

Übersichtstabelle - Wie wurde bewertet? - Teil 1						
Item	Rater	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.-Abw.
Item 1 Geeignete Umgebung	Rater 1	30	1	2	1,03	0,18
	Rater 2	30	1	1	1,00	0,00
	Rater 3	30	1	1	1,00	0,00
Item 2 Angemessene Begrüßung	Rater 1	30	1	4	3,20	0,93
	Rater 2	30	1	4	3,07	0,91
	Rater 3	30	1	4	3,17	0,95
Item 3 Lebensumstände	Rater 1	30	1	5	2,77	1,36
	Rater 2	30	1	5	2,23	1,41
	Rater 3	30	1	5	2,90	1,47
Item 4 Vorwissen	Rater 1	30	1	5	2,80	0,93
	Rater 2	30	1	4	1,93	0,74
	Rater 3	30	1	5	2,73	0,98
Item 5 Verständliche Sprache	Rater 1	30	2	4	3,57	0,57
	Rater 2	30	2	3	2,43	0,50
	Rater 3	30	2	4	2,57	0,68
Item 6 Angepasstes Tempo	Rater 1	30	2	4	2,90	0,40
	Rater 2	30	1	3	2,17	0,53
	Rater 3	30	1	4	2,40	0,81
Item 7 Fragenaufforderung	Rater 1	30	1	4	2,77	0,68
	Rater 2	30	1	3	2,67	0,71
	Rater 3	30	1	4	2,73	0,64
Item 8 Befürchtungen erfassen	Rater 1	30	1	5	3,23	0,82
	Rater 2	30	1	3	2,43	0,57
	Rater 3	30	2	4	2,97	0,72
Item 9 Wichtige B.	Rater 1	30	2	4	3,53	0,63
	Rater 2	30	1	3	2,47	0,78
	Rater 3	30	2	4	3,23	0,68
Item 10 Infos B. angepasst	Rater 1	30	1	4	1,97	0,96
	Rater 2	30	1	3	1,40	0,62
	Rater 3	30	1	4	2,43	0,94
Item 11 Strukturiert/Verständnis	Rater 1	30	1	4	2,73	0,91
	Rater 2	30	1	4	1,63	0,67
	Rater 3	30	1	4	2,70	0,75
Item 12 Wiederholungen und Zus.	Rater 1	30	2	5	3,40	1,07
	Rater 2	30	1	4	2,50	0,94
	Rater 3	29	2	5	3,66	0,67
Item 13 Positive Aspekte	Rater 1	30	1	5	2,50	1,33
	Rater 2	30	1	4	1,87	0,90
	Rater 3	30	1	5	2,93	1,20

Übersichtstabelle - Wie wurde bewertet? - Teil 2						
Item	Rater	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.- Abw.
Item 14 Empathie	Rater 1	30	2	5	3,60	0,89
	Rater 2	30	1	3	2,33	0,71
	Rater 3	30	1	4	2,90	0,85
Item 15 Faktisch korrekt	Rater 1	30	1	4	1,83	0,91
	Rater 2	30	1	4	1,37	0,81
	Rater 3	30	1	4	2,23	0,82
Item 16 Beiseite stehen	Rater 1	30	1	4	2,47	0,86
	Rater 2	30	1	3	2,00	0,64
	Rater 3	30	1	4	2,70	0,88
Item 17 Körpersprache	Rater 1	30	1	3	1,90	0,76
	Rater 2	30	1	3	1,50	0,57
	Rater 3	30	1	4	2,20	0,81
Item 18 Einbezug beider Eltern	Rater 1	30	1	4	1,57	0,86
	Rater 2	30	1	4	1,57	0,78
	Rater 3	30	1	4	1,97	0,89
Item 19 Unbeholfenheit	Rater 1	30	1	4	2,07	0,69
	Rater 2	30	1	3	1,90	0,71
	Rater 3	30	1	5	2,50	0,94
Item 20 Gesprächstempo	Rater 1	30	1	2	1,20	0,41
	Rater 2	30	1	3	1,33	0,55
	Rater 3	30	1	4	1,73	0,83
Item 21 Beenden	Rater 1	30	1	5	2,27	1,39
	Rater 2	30	1	5	2,10	1,49
	Rater 3	30	1	5	2,33	1,45
Item 22 Global - Arzt	Rater 1	30	1	4	2,33	0,99
	Rater 2	30	1	3	1,97	0,72
	Rater 3	30	1	4	2,63	1,00
Item 23 Global - Patient	Rater 1	30	1	3	2,20	0,61
	Rater 2	30	1	3	1,83	0,53
	Rater 3	30	1	3	2,50	0,68

Tabelle 6 - Ergebnisse des Ratings

Bewertungen einzelner Items

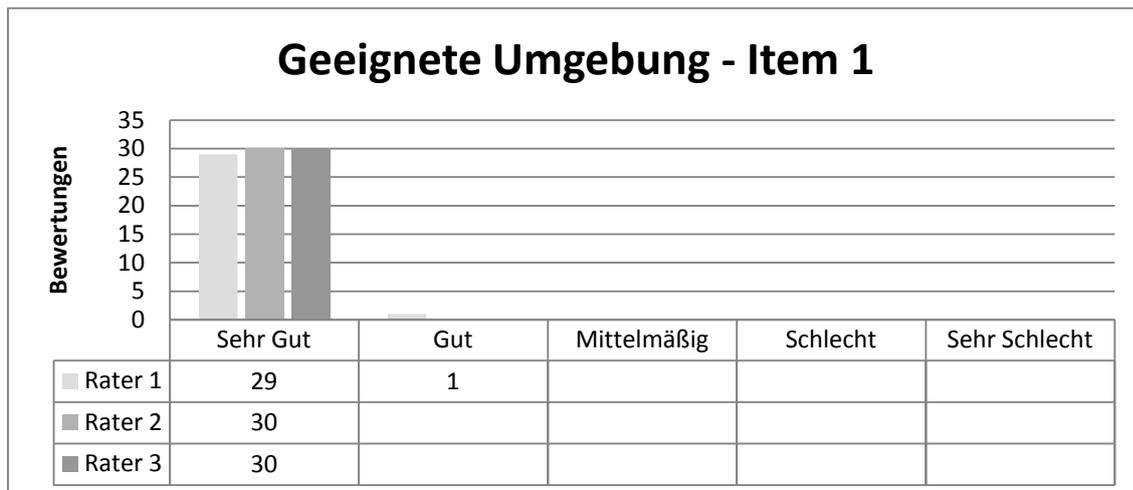


Abbildung 22 - Bewertung - Geeignete Umgebung - Item 1 - Histogramm

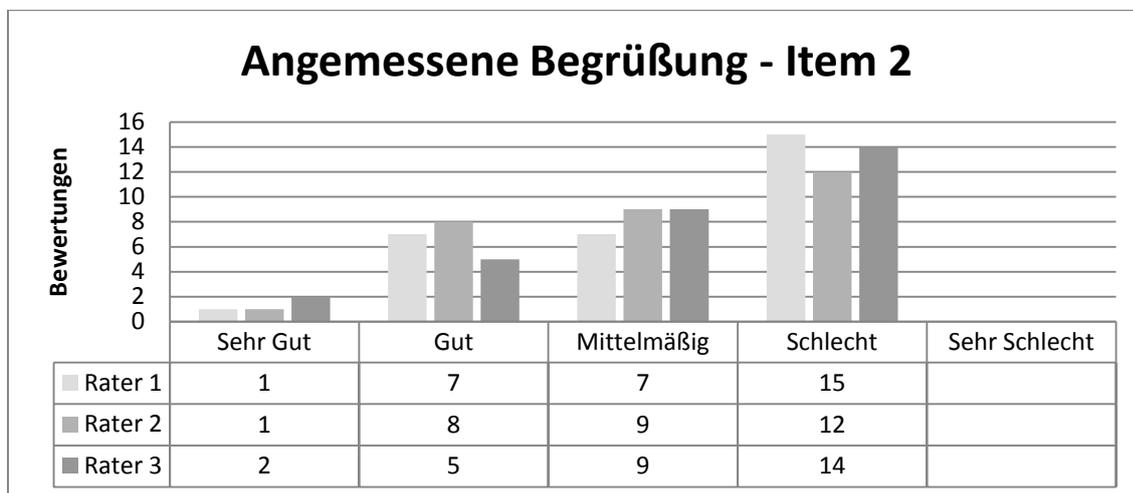


Abbildung 23 - Bewertung - Angemessene Begrüßung - Item 2 - Histogramm

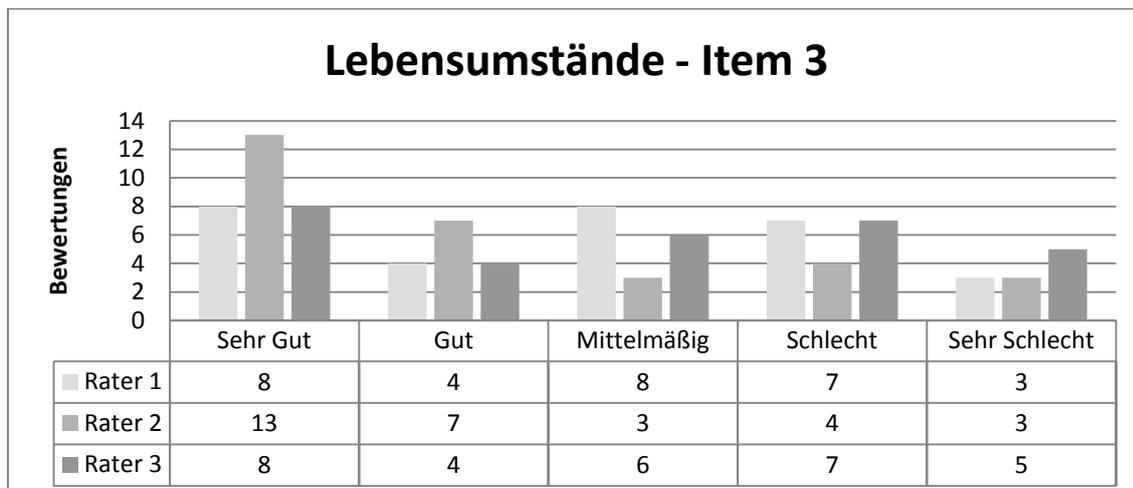


Abbildung 24 - Bewertung - Lebensumstände - Item 3 - Histogramm

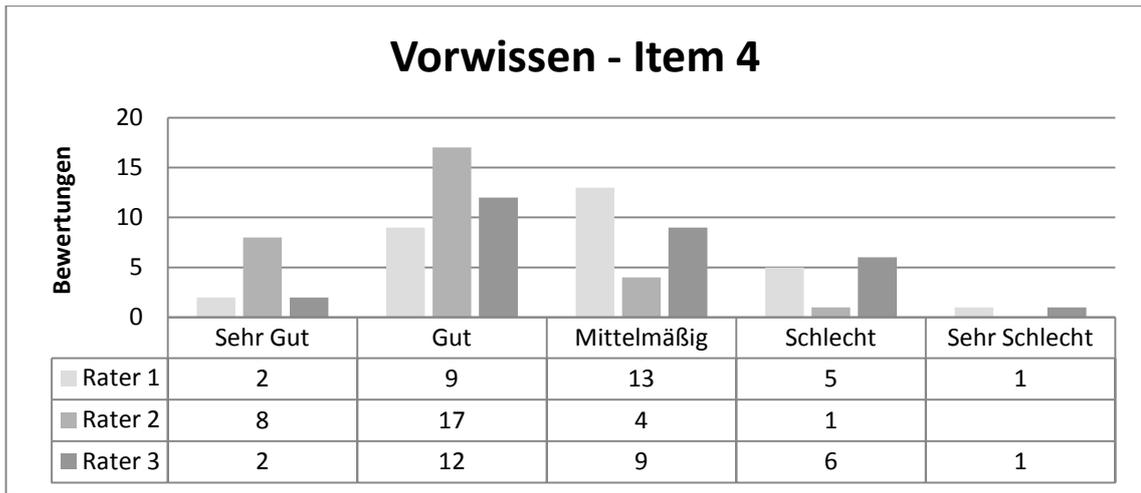


Abbildung 25 - Bewertung - Vorwissen - Item 4 - Histogramm

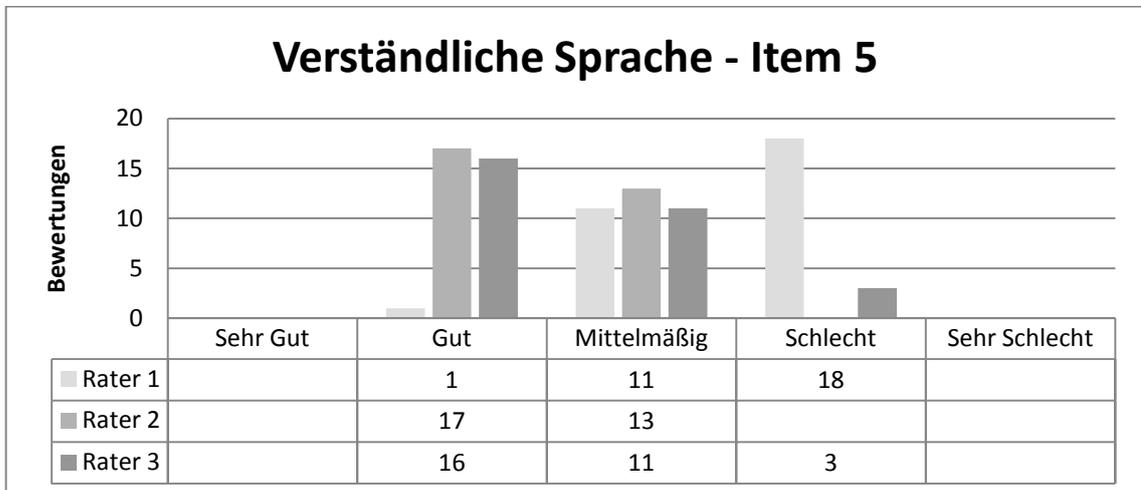


Abbildung 26 - Bewertung - Verständliche Sprache - Item 5 - Histogramm

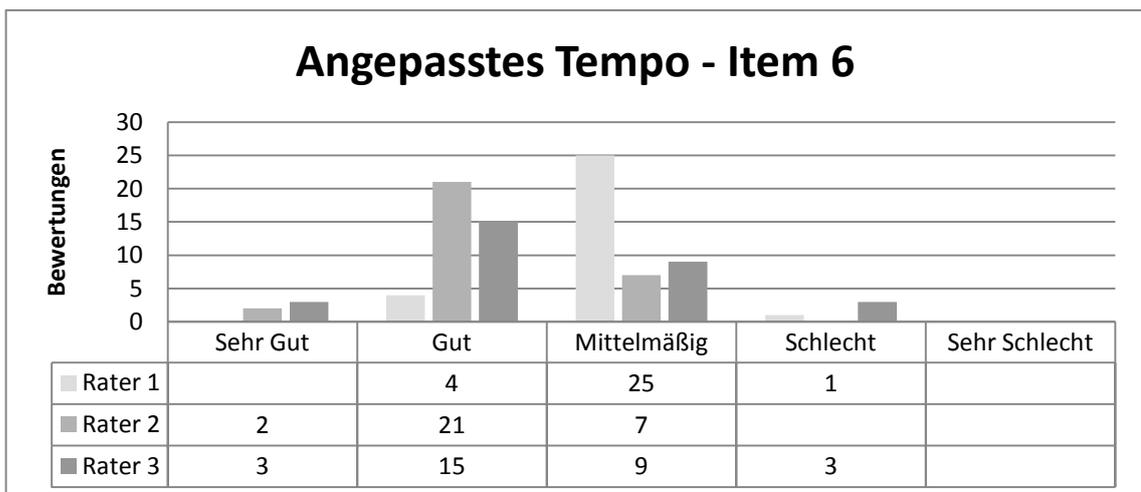


Abbildung 27 - Bewertung - Angepasstes Tempo - Item 6 - Histogramm

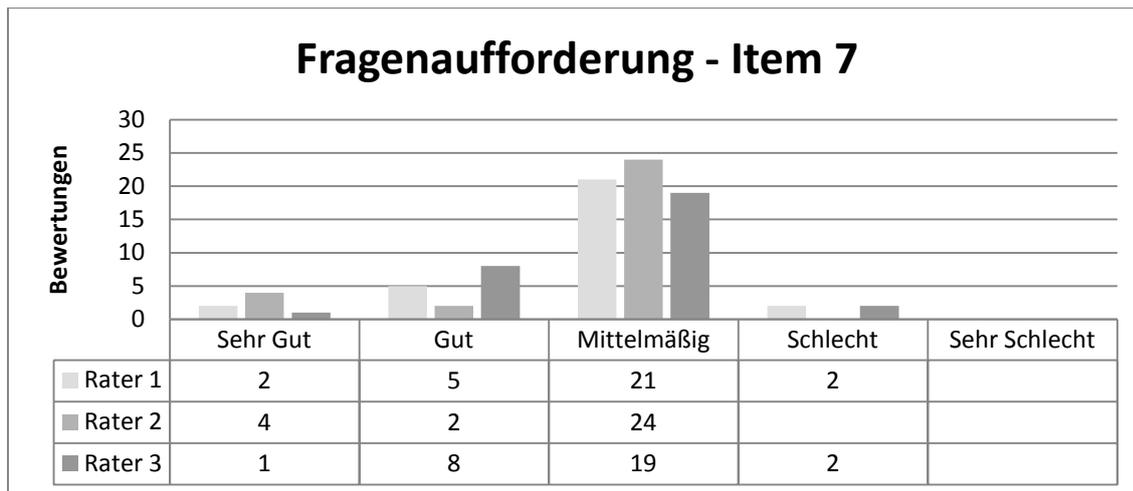


Abbildung 28 - Bewertung - Fragenaufforderung - Item 7 - Histogramm

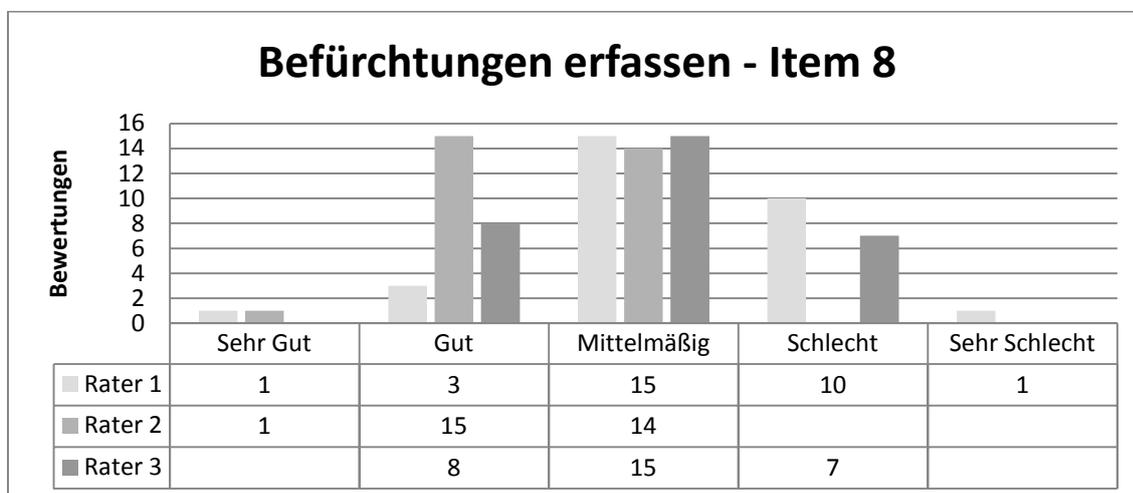


Abbildung 29 - Bewertung - Befürchtungen erfassen - Item 8 - Histogramm

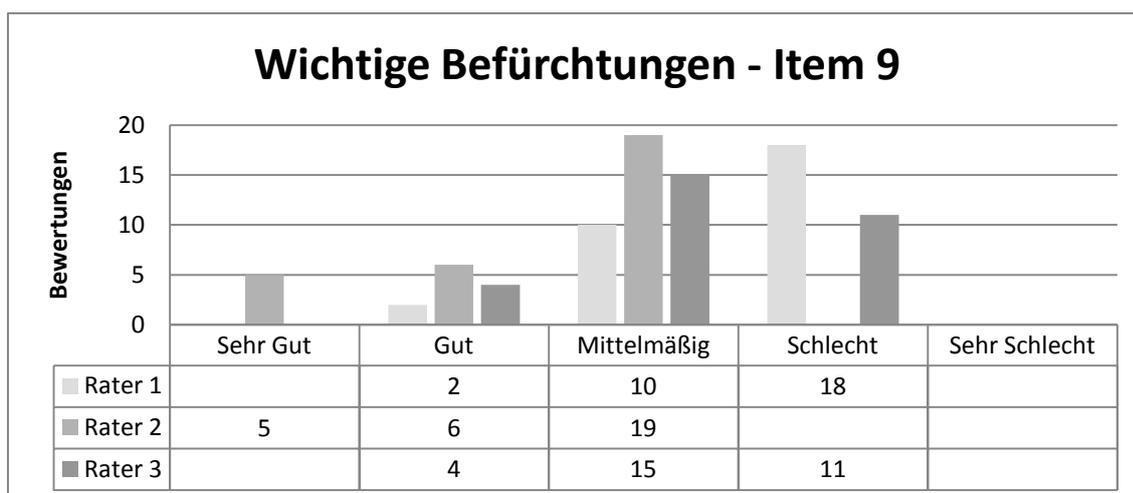


Abbildung 30 - Bewertung - Wichtige Befürchtungen - Item 9 - Histogramm

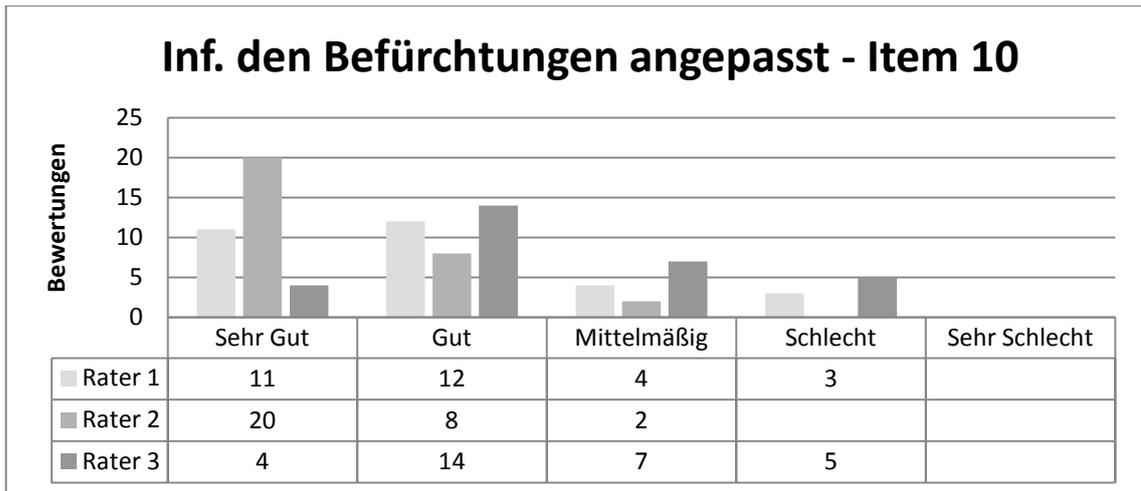


Abbildung 31 - Bewertung - Informationen den Befürchtungen angepasst - Item 10 - Histogramm

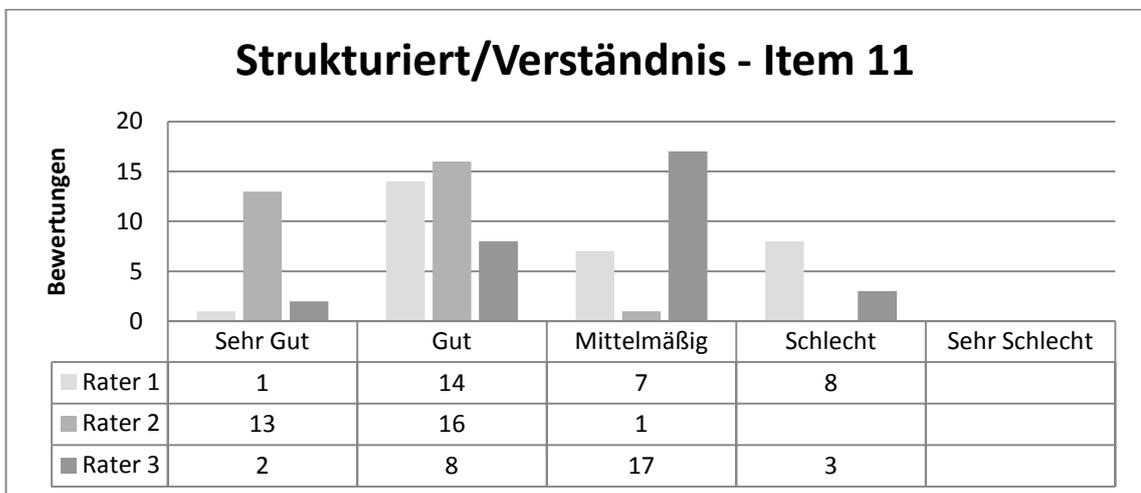


Abbildung 32 - Bewertung - Strukturiert/Verständnis - Item 11 - Histogramm

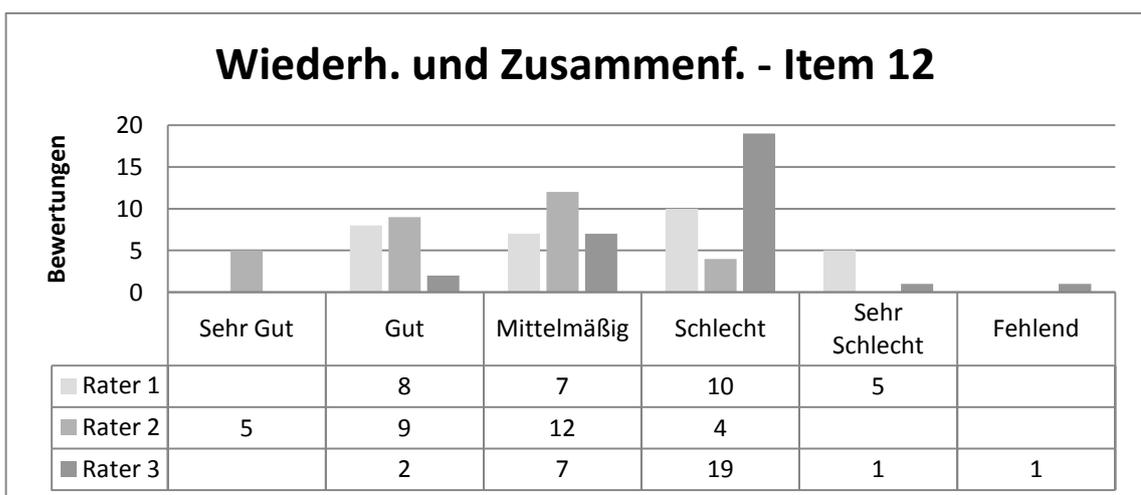


Abbildung 33 - Bewertung - Wiederholungen und Zusammenfassungen - Item 12 - Histogramm

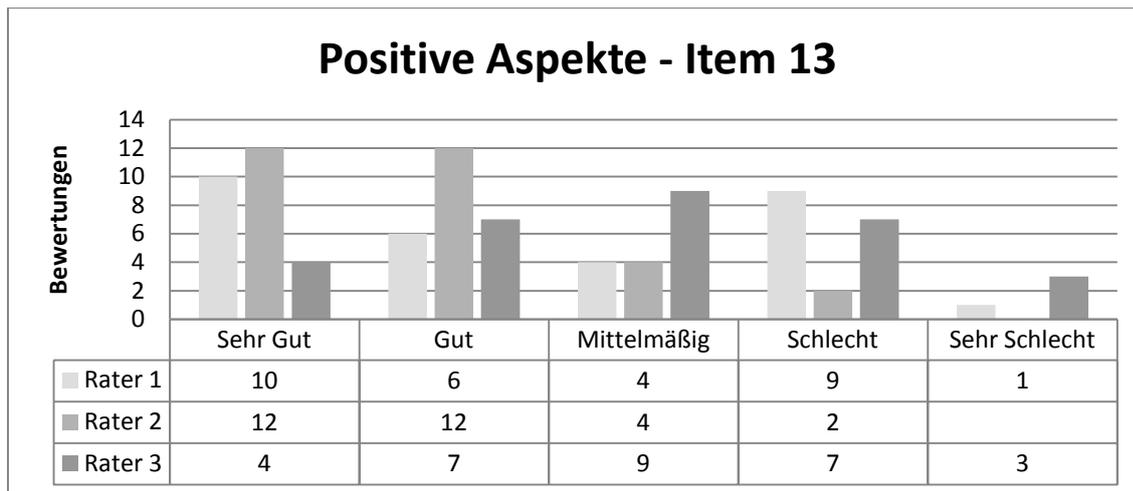


Abbildung 34 - Bewertung - Positive Aspekte - Item 13 - Histogramm

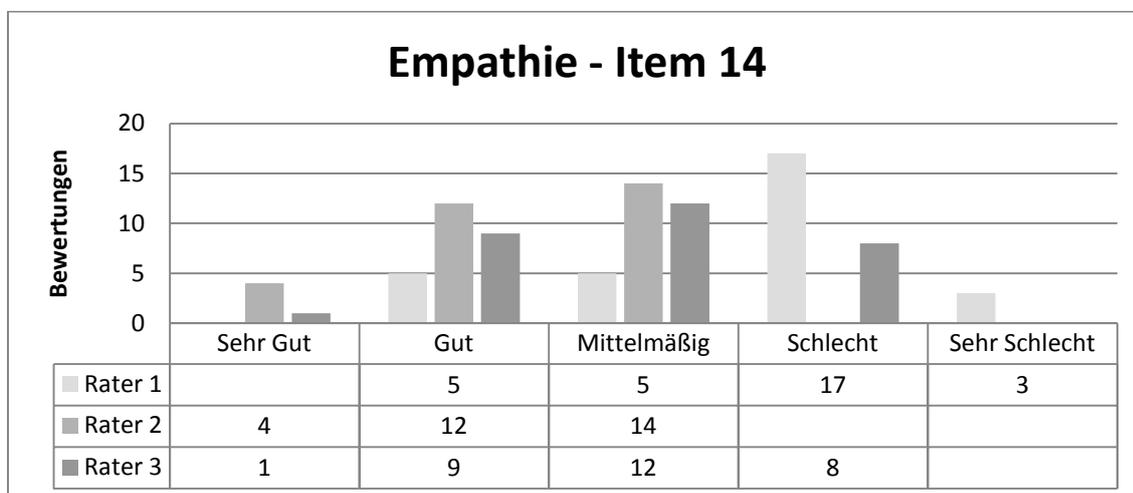


Abbildung 35 - Bewertung - Empathie - Item 14 - Histogramm

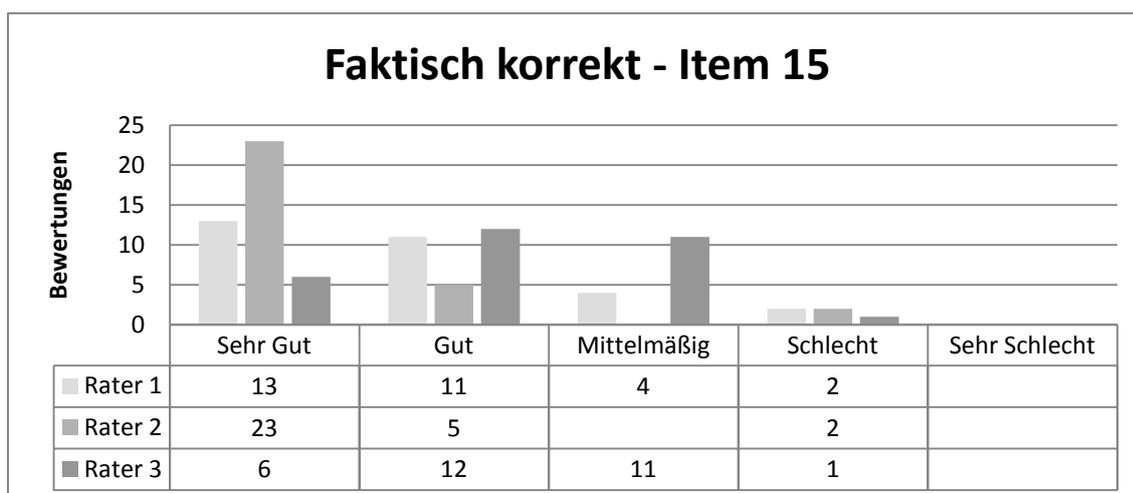


Abbildung 36 - Bewertung - Faktisch korrekt - Item 15 - Histogramm

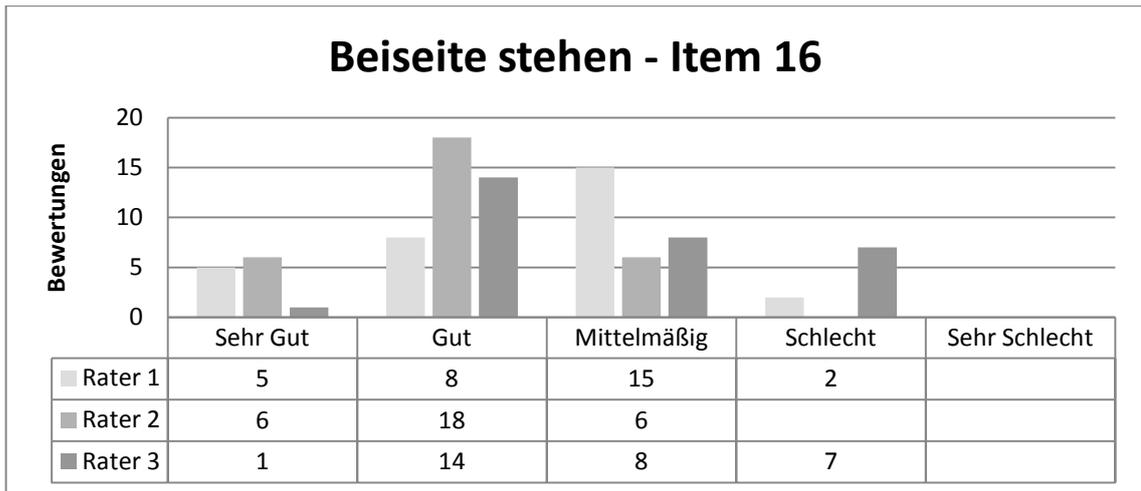


Abbildung 37 - Bewertung - Beiseite stehen - Item 16 - Histogramm

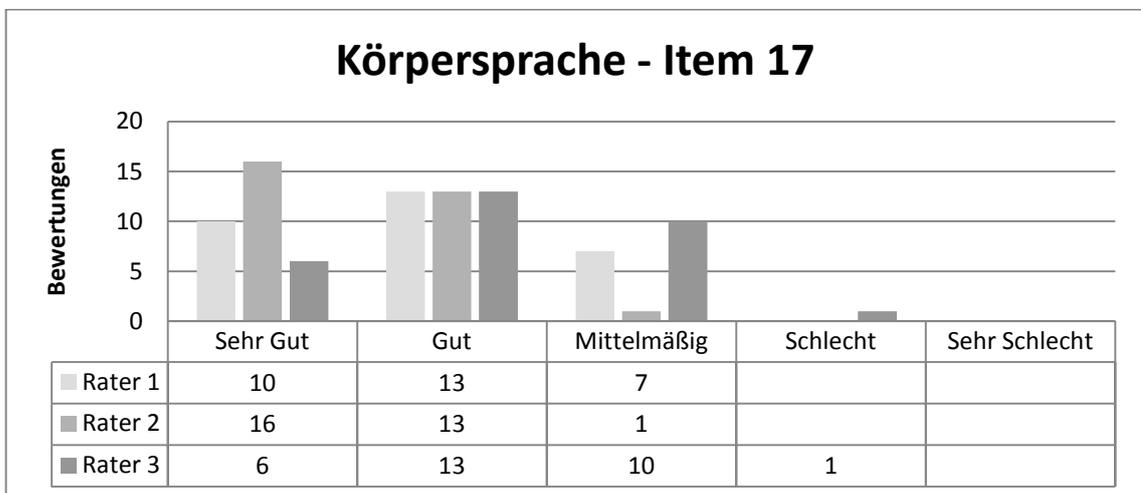


Abbildung 38 - Bewertung - Körpersprache - Item 17 - Histogramm

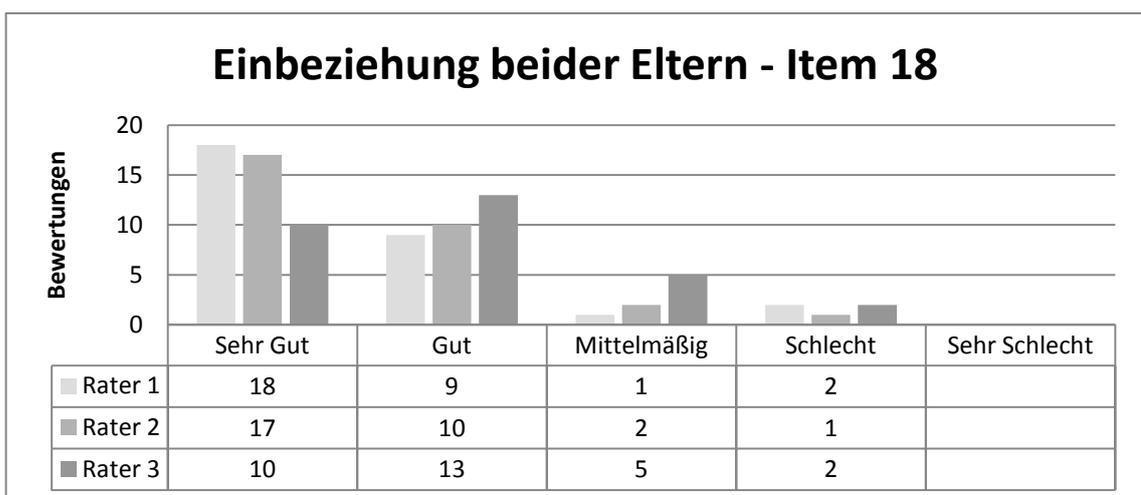


Abbildung 39 - Bewertung - Einbeziehung beider Eltern - Item 18 - Histogramm

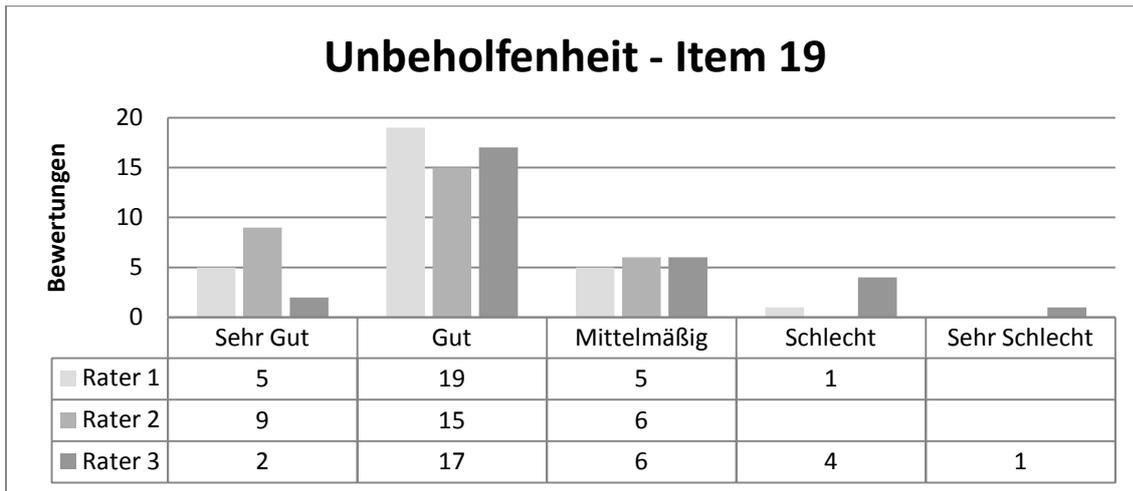


Abbildung 40 - Bewertung - Unbeholfenheit - Item 19 - Histogramm

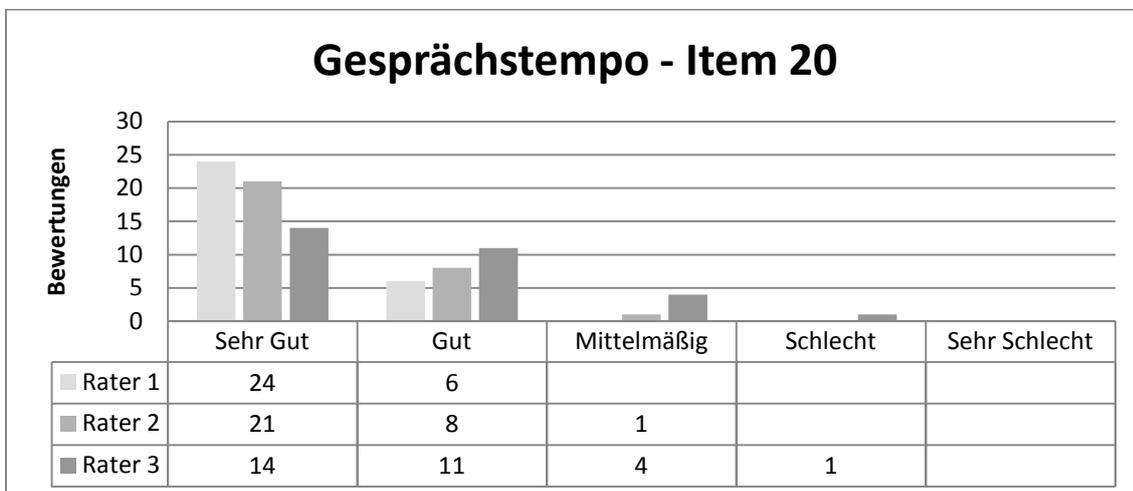


Abbildung 41 - Bewertung - Gesprächstempo - Item 20 - Histogramm

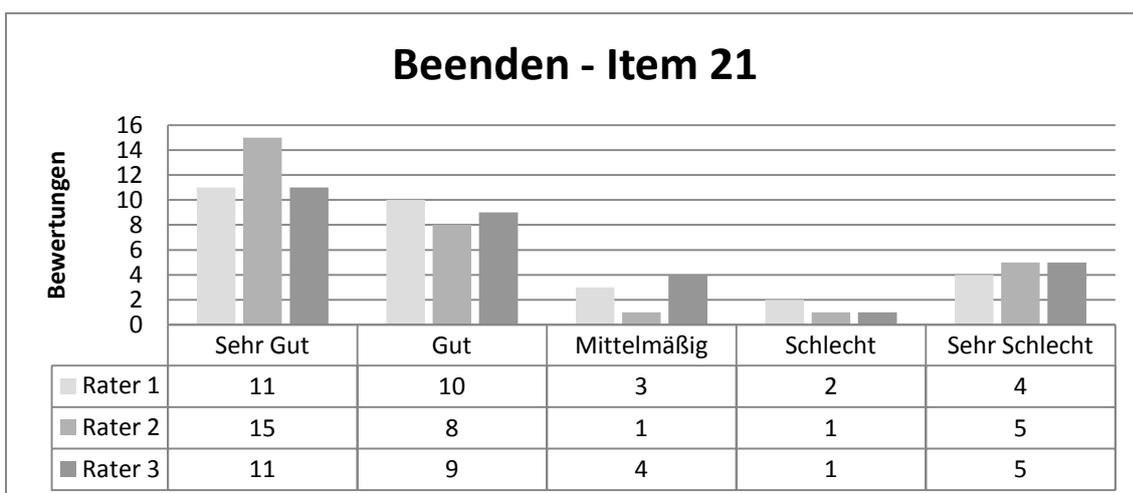


Abbildung 42 - Bewertung - Beenden - Item 21 - Histogramm

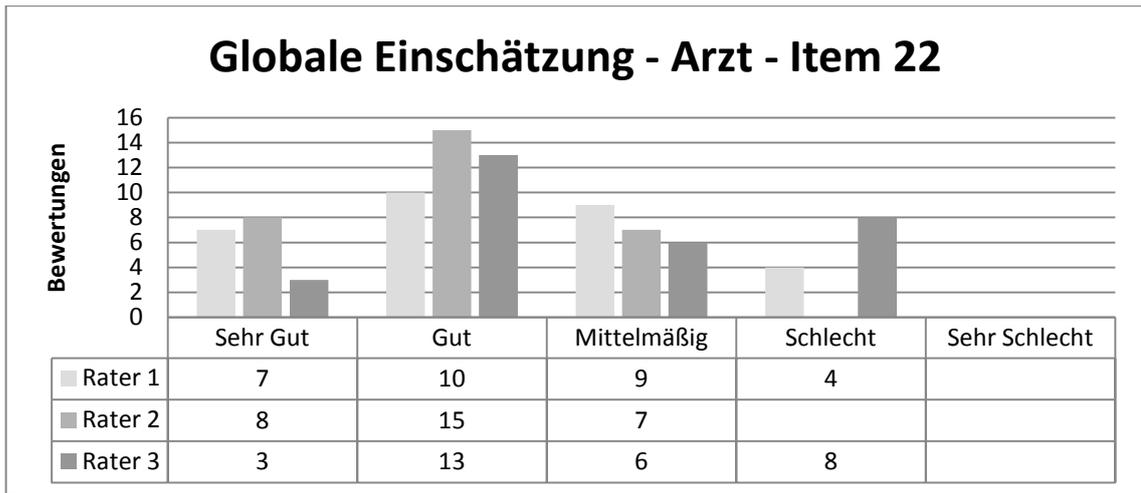


Abbildung 43 - Bewertung - Globale Einschätzung - Arzt - Item 22 - Histogramm

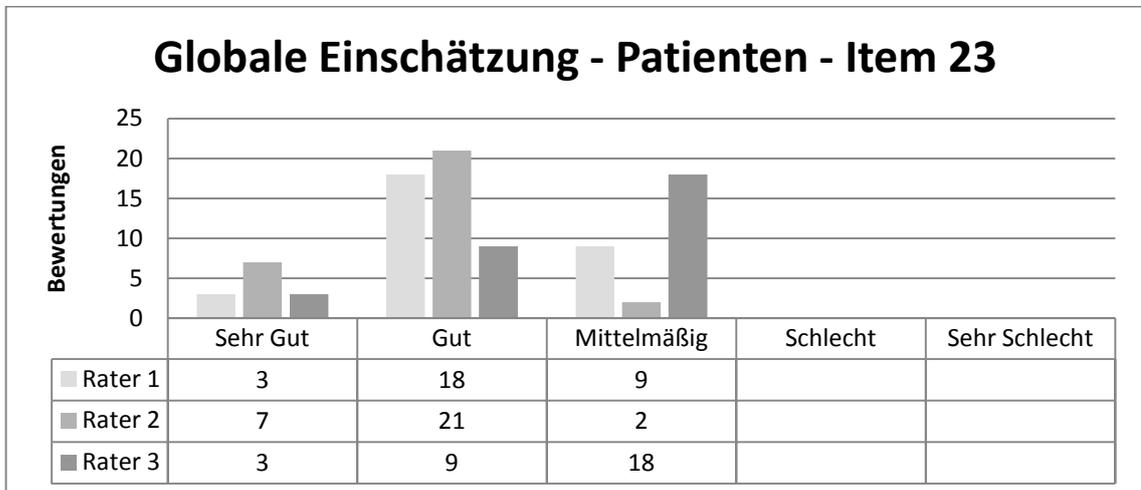


Abbildung 44 - Bewertung - Globale Einschätzung - Patienten - Item 23 - Histogramm

4.3. Trennschärfe nach Items

Für die einzelnen Rater wurde die Trennschärfe der einzelnen Items berechnet. Eine negative Trennschärfe bedeutet, dass jemand mit einer niedrigeren Bewertung in dem betreffenden Item im Mittel auf eine höhere Gesamtbewertung (ohne dieses Item) der Skala kommt.

Bei Rater 1 sind dies die Items 1, 2, 3, und 8. Bei Rater 2 die Items 2 und 20. Bei Rater 3 nur Item 2. Also vor allem Themenblock A - Gesprächseinleitung mit Begrüßung und Umgebung.

Bei Rater 1 und 2 zeigt Item 16 „Hat der Arzt es geschafft, den Eltern während des Gespräches hilfreich zur Seite zu stehen?“ die höchsten Werte. Bei Rater 3 ist Item 16 nach Item 18 „Hat der Arzt während des Gespräches beide Elternteile miteinbezogen?“ der höchste Wert.

Vorhersagekraft einzelner Items für die Gesamtbewertung des Gespräches Korrigierte Item-Skala-Korrelation			
	Rater 1	Rater 2	Rater 3
Item 1 - Geeignete Umgebung	-0,20	0,00	0,00
Item 2 - Angemessene Begrüßung	-0,32	-0,07	-0,22
Item 3 - Lebensumstände	-0,03	0,35	0,13
Item 4 - Vorwissen	0,31	0,55	0,34
Item 5 - Verständliche Sprache	0,32	0,20	0,46
Item 6 - Angepasstes Tempo	0,44	0,37	0,37
Item 7 - Fragenaufforderung	0,14	0,34	0,17
Item 8 - Befürchtungen erfassen	-0,12	0,40	0,55
Item 9 - Wichtige Befürchtungen	0,15	0,42	0,58
Item 10 - Informationen den Befürchtungen anpassen	0,32	0,40	0,74
Item 11 - Strukturiert/Verständnis	0,48	0,19	0,65
Item 12 - Wiederholungen und Zusammenfassungen	0,13	0,53	0,27
Item 13 - Positive Aspekte	0,35	0,53	0,64
Item 14 - Empathie	0,68	0,67	0,63
Item 15 - Faktisch korrekt	0,23	0,06	0,55
Item 16 - Beiseite stehen *	0,75	0,69	0,76
Item 17 - Körpersprache	0,44	0,45	0,53
Item 18 - Einbeziehung beider Eltern	0,52	0,40	0,82
Item 19 - Unbeholfenheit	0,68	0,61	0,68
Item 20 - Gesprächstempo	0,34	-0,17	0,66
Item 21 - Beenden	0,13	0,28	0,17

Tabelle 7 - Trennschärfe der Items

* Item 16 – „Beiseite stehen“ korreliert am besten mit der Gesamtwertung des Gespräches

4.4. Reliabilitätsanalyse

Cronbach's Alpha als Maßzahl für die interne Konsistenz lag bei 0,84.

Welchen Anteil haben verschiedene Faktoren auf die Bewertung einzelner Items?						
Varianzanalyse und unjustierte zufällige Intra-Klassen-Korrelation - Einzelheiten						
	Leistung des Probanden	Inhomogenität der RaterMW		Interaktion Rater/Arzt		ICC avg
			p-Wert		p-Wert	
Block A - Einleitung des Gesprächs						
Item 1 - Geeignete Umgebung***	xxx	xxx	xxx	xxx	Xxx	xxx
Item 2 - Angemessene Begrüßung	91,1%	0,4%	,277	8,5%	,837	0,95
Item 3 - Lebensumstände	65,0%	4,1%	,026	30,9%	,120	0,76
Block B - Den Befund überbringen						
Item 4 - Vorwissen	52,3%	16,9%	,000	30,8%	,021	0,71
Item 5 - Verständliche Sprache	27,2%	43,3%	,000	29,5%	,821	0,46
Item 6 - Angepasstes Tempo	35,8%	20,8%	,000	43,4%	,637	0,39
Block C - Bedenken des Patienten						
Item 7 - Fragenaufforderung	68,4%	0,4%	,699	31,2%	,981	0,77
Item 8 - Befürchtungen erfassen	44,1%	18,6%	,000	37,4%	,065	0,58
Item 9 - Wichtige B.	33,8%	30,0%	,000	36,1%	,640	0,47
Block D - Informationsübermittlung						
Item 10 - Infos B. angepasst	52,3%	20,2%	,000	27,6%	,023	0,74
Item 11 - Strukturiert/Verständnis	42,6%	30,7%	,000	26,8%	,021	0,69
Item 12 - Wiederholungen und Zus.	35,5%	23,9%	,000	40,6%	,717	0,43
Item 13 - Positive Aspekte	63,2%	12,9%	,000	23,9%	,015	0,81
Item 14 - Empathie	48,4%	29,2%	,000	22,4%	,066	0,77
Item 15 - Faktisch korrekt	39,5%	15,3%	,000	45,2%	,272	0,43
Block E - Allgemeine Überlegungen						
Item 16 - Beiseite stehen	55,8%	12,0%	,000	32,2%	,014	0,71
Item 17 - Körpersprache	45,3%	14,1%	,000	40,6%	,036	0,55
Item 18 - Einbeziehung beider Eltern	69,2%	4,9%	,006	25,9%	,415	0,81
Item 19 - Unbeholfenheit	64,3%	9,6%	,000	26,0%	,008	0,80
Item 20 - Gesprächstempo	38,5%	12,2%	,002	49,3%	,000	0,36
Item 21 - Beenden	90,5%	0,5%	,226	9,0%	,829	0,95
Block F - Globale Einschätzungen						
Item 22 - Global - Arzt	68,9%	8,4%	,000	22,7%	,012	0,84
Item 23 - Global - Patientenrollenspiel	57,4%	17,1%	,000	25,5%	,183	0,78

Tabelle 8 - Varianzanalyse und unjustierte zufällige Intra-Class-Correlation - Einzelheiten

*** Item 1 („Geeignete Umgebung“) konnte auf Grund fehlender Varianz nicht auf die Varianzanteile untersucht werden. Nur einmal wurde von einem Rater die Bewertung „gut“ vergeben, ansonsten wurde hier nur mit „sehr gut“ bewertet.

Der Anteil der Leistung des Arztes an der Bewertung der einzelnen Items liegt zwischen 27,2% in Item 5 („Verständliche Sprache“) und 91,1% in Item 2 („Angemessene Begrüßung“). Der systematische Fehler, also der Anteil der Varianz, der auf die Inhomogenität der Ratermittelwerte zurückzuführen ist, liegt zwischen 0,4% in Item 2 und 43,3% in Item 5. Die Interaktion zwischen Rater und Arzt, also der unsystematische Fehler, liegt zwischen 8,5% in Item 2 und 49,3% in Item 20 („Gesprächtempo“).

Die niedrigste ICC mit 0,36 findet sich ebenfalls in Item 20, die höchste mit 0,95 in Item 2 und Item 21.

Welchen Anteil haben verschiedene Faktoren auf die Bewertung?						
Varianzanalyse und unjustierte zufällige Intra-Klassen-Korrelation						
	Leistung des Arztes	Inhomogenität der Ratermittelwerte (Systematischer Fehler)	p-Wert	Interaktion Rater/Arzt (Unsys. Fehler)	p-Wert	ICC avg
Gesamt	50,5%	33,8%	,000	15,7%	,090	0,84
Block A - Einleitung des Gesprächs	66,5%	4,8%	,011	28,7%	,988	0,78
Block B - Den Befund überbringen	37,1%	36,6%	,000	26,3%	1,000	0,65
Block C - Bedenken des Patienten	49,5%	22,1%	,000	28,4%	,247	0,71
Block D - Informationsübermittlung	43,6%	35,6%	,000	20,8%	,003	0,76
Block E - Allgemeine Überlegungen	73,1%	11,8%	,000	15,1%	,000	0,90

Tabelle 9 - Varianzanalyse und unjustierte zufällige Intra-Klassen-Korrelation

Die Leistung des Arztes in der Gesamtbewertung macht 50,5% der Varianz aus. In den einzelnen Themenblöcken schwankt dieser Bereich zwischen 37,1% in Block B und 73,1% in Block E. Die Inhomogenität der Ratermittelwerte, also der systematische Fehler in der Gesamtbewertung, macht etwa ein Drittel (33,8%) der Varianz aus, wobei der systematische Fehler am geringsten in Block A, der Gesprächseinleitung mit 4,8% und ähnlich niedrig mit 11,8% in Block E ist. Am größten ist der Einfluss des systematischen Fehlers in Block B und D mit 36,6% und 35,6%.

Die Interaktion zwischen Rater und Arzt, also der unsystematische Fehler in der Gesamtbewertung, beträgt 15,7%. In den einzelnen Themenblöcken bewegt er sich zwischen 15,1% in Block E und 28,7% in Block B.

Die Intra-Klassen-Korrelation (ICC-average) aller Rater beträgt 0,84. Hierbei würde 1 für eine komplette Korrelation stehen und kann ab etwa 0,7 als gut angesehen werden (Wirtz und Caspar 2002). Bei den Themenbereichen erreicht Block B die niedrigste ICC mit 0,65 und Block E die höchste mit 0,90.

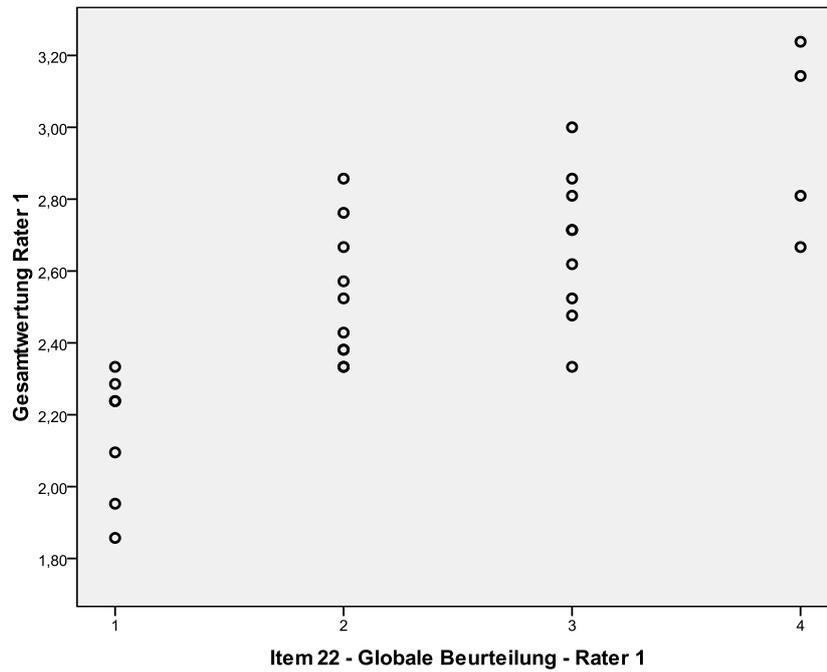
4.5. Korrelation - Vergleich globaler Einschätzung und strukturierter Beurteilung

Alle im Folgenden angegebenen Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Die mit Item 22 erhobene globale Beurteilung korreliert bei allen Ratern hoch mit ihrer Gesamtbewertung (Rater 1: Spearman's $\rho = 0,79$; Rater 2: Spearman's $\rho = 0,76$; Rater 3: Spearman's $\rho = 0,79$). Abbildungen siehe unten. Grafisch nicht dargestellt ist die Korrelation der globalen Beurteilung der einzelnen Rater mit der mittleren Gesamtbewertung aller Rater. Die Korrelationskoeffizienten hierfür sind nach Spearman's ρ : 0,725 (Rater 1), 0,743 (Rater 2) und 0,827 (Rater 3).

Erwähnenswert ist zudem die starke Korrelation bei Rater 1 und Rater 2, die mit 0,663 beziehungsweise 0,681 zwischen den Items 14 („Hat der Arzt Empathie gezeigt?“) und 16 („Hat der Arzt es geschafft den Eltern während des Gespräches hilfreich zur Seite zu stehen?“) zu finden war. Auch bei Rater 3 war dies eine der stärksten Korrelationen mit 0,726.

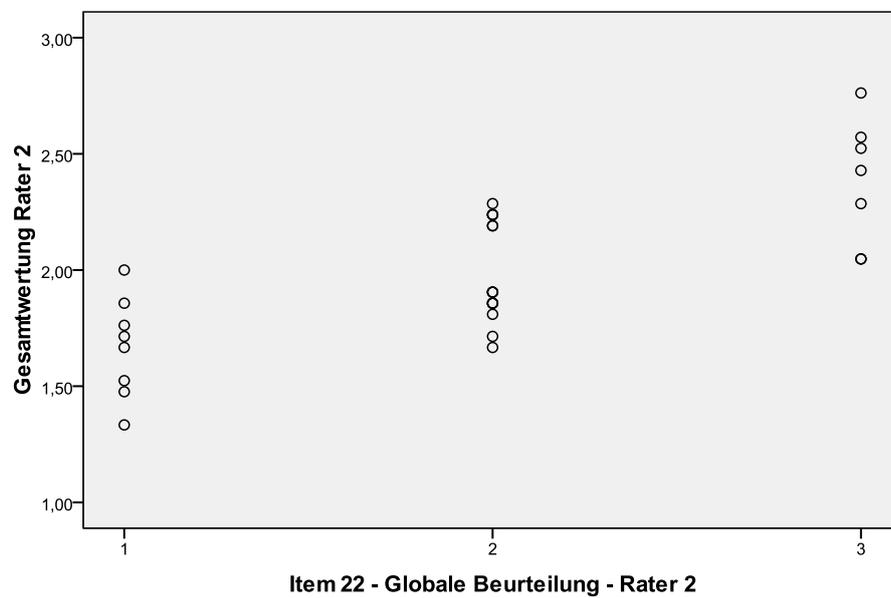
Zusammenhang zwischen Einschätzung und Gesamtwertung - Rater 1



$\rho = 0,79$

Abbildung 45 - Korrelation globaler Einschätzung und strukturierter Beurteilung - Rater 1

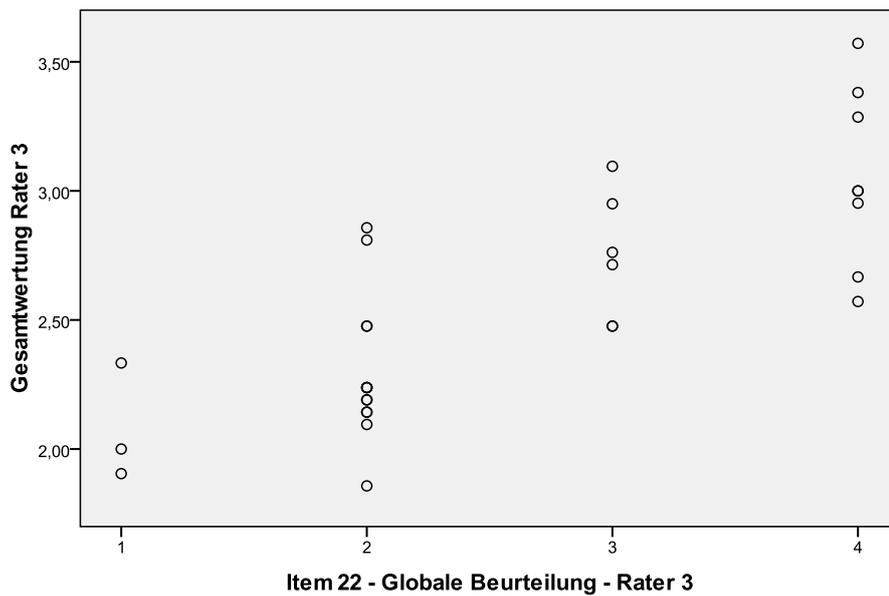
Zusammenhang zwischen Einschätzung und Gesamtwertung - Rater 2



$\rho = 0,76$

Abbildung 46 - Korrelation globaler Einschätzung und strukturierter Beurteilung - Rater 2

Zusammenhang zwischen Einschätzung und Gesamtwertung - Rater 3



$\rho = 0,79$

Abbildung 47 - Korrelation globaler Einschätzung und strukturierter Beurteilung - Rater 3

Anmerkung: Der Maßstab der folgenden Grafiken unterscheidet sich. Dies liegt daran dass die verschiedenen Rater ein unterschiedliches Spektrum der Skala mit ihrer Bewertung abdecken. Die Grafiken sollen aber die Korrelation zwischen Gesamtwertung und Item 22 (Globale Beurteilung) des jeweiligen Raters herausstellen.

4.6. Gesprächszeitenanalyse

Ausgewählte Videoaufnahmen

Für den Vergleich der Gesprächsanteile in mit Hilfe der mAGBS-Eltern hoch und niedrig bewerteten Gesprächen wurden jeweils die drei am höchsten und am niedrigsten bewerteten Videos herausgesucht. Folgende Tabelle zeigt, welche Videoaufnahmen ausgewählt wurden.

Video ID	Mittlere Gesamtbewertung
E18	1,73
E05	1,95
E20	1,98
E12	2,95
E06	3,05
E14	3,11

Tabelle 10 - Videoaufnahmen zur Analyse mit Interact in Bezug auf hohe und niedrige Bewertung

Für den Vergleich der Gesprächszeiten zwischen männlichen und weiblichen Arztdarstellern wurden folgende Videos ausgewählt.

Video ID	Arzt Geschlecht	Vater Geschlecht	Mutter Geschlecht	Mittlere Gesamtbewertung
E20	♂	♀	♀	1,98
E30	♀	♀	♀	1,98
E27	♂	♀	♀	2,32
E13	♀	♀	♀	2,32
E26	♂	♀	♀	2,35
E15	♀	♀	♀	2,37
E25	♂	♀	♀	2,68
E23	♀	♀	♀	2,62

Tabelle 11 - Videoaufnahmen zur Analyse mit Interact in Bezug auf den Vergleich männlich/weiblich

Dies entspricht vier von fünf Gesprächen, in denen männliche Darsteller die Arztrolle übernahmen. Im fünften Gespräch übernahm ein Mann die Rolle des Vaters. Um das Gesamtbild nicht zu verzerren, wurde dieses Gespräch bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

Gesprächsanteile in gut und weniger gut bewerteten Videos im Vergleich

Gut bewertete Videos			
Video ID	Arzt	Vater	Mutter
E18	75%	14%	11%
E05	60%	8%	32%
E20	66%	19%	15%
Mittelwert gut bewertete Videos	67%	14%	19%
Weniger gut bewertete Videos			
Video ID	Arzt	Vater	Mutter
E14	73%	3%	24%
E06	65%	10%	25%
E12	44%	29%	27%
Mittelwert weniger gut bewertete Videos	61%	14%	25%

Tabelle 12 - Gesprächsanteile in gut und weniger gut bewerteten Videos im Vergleich

Gesprächsanteile im Geschlechtervergleich

Männliche Arztdarsteller			
Video ID	Arzt	Vater	Mutter
E20	66%	19%	15%
E27	64%	25%	10%
E26	53%	21%	26%
E25	63%	10%	27%
Mittelwert männlicher Darsteller	62%	19%	20%
Weibliche Arztdarsteller			
Video ID	Arzt	Vater	Mutter
E30	67%	10%	23%
E13	75%	9%	15%
E15	75%	10%	14%
E23	28%	16%	57%
Mittelwert weiblicher Darsteller	61%	11%	27%

Tabelle 13 - Gesprächsanteile im Geschlechtervergleich

Analyse möglicher Schlüsselstellen

In zwei sehr gut bewerteten Gesprächen wurde gezielt nach Stellen im Gespräch geschaut, an denen der Arzt es geschafft hat, die Eltern zum längeren Sprechen zu bewegen. Als längeres Sprechen wurde mehr als 15 Sekunden Gesprächszeit definiert.

Die folgende Grafik zeigt einen vergrößerten Ausschnitt aus der Zeitleiste des Interact Programmes.

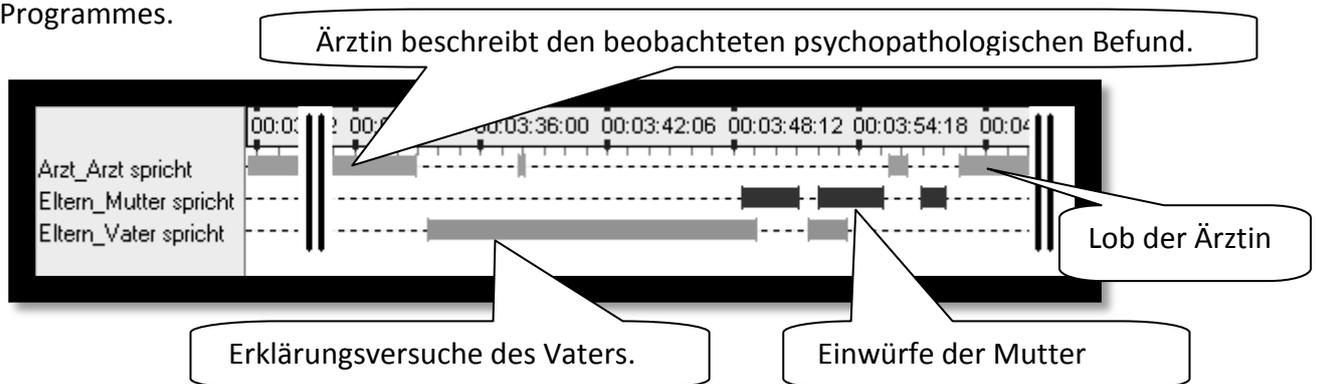


Abbildung 48 - Beispielhafter Ausschnitt aus Interact zu Video E18 Abschnitt 1

Um allgemeine Aussagen treffen zu können wurde im Folgenden versucht auf wörtliche Rede in der exemplarischen Wiedergabe zu verzichten. Für die genaue Auswertung von einzelnen Gesprächen wäre dies natürlich unverzichtbar. Am sinnvollsten ist jedoch die Auswertung direkt am Video, da bei jeder Abschrift Informationen verloren gehen.

Video E 18

Abschnitt 1:

Die Ärztin beschreibt den beobachteten psychopathologischen Befund.

Darauf folgen Erklärungsversuche des Vaters, warum sich die Tochter so verhalten hat. Die Mutter erklärt der Ärztin, was die Eltern zu Hause in solchen Fällen unternehmen.

Daraufhin lobt die Ärztin die Eltern, dass sie das gut machen.

Abschnitt 2:

Die Ärztin fragt nach dem gesunden Bruder und seiner Interaktion mit dem psychopathologisch auffälligen Kind.

Es folgt eine genaue Beschreibung, wie die Tochter mit ihrem Bruder umgeht und umgekehrt.

Nach dieser Beschreibung beendet die Ärztin das Gespräch mit dem Satz: „Gibt es sonst noch irgendwelche Fragen von Ihrer Seite?“

Video E 20:

Abschnitt 1:

Arzt: „Ich wollte jetzt einfach nochmal von Ihnen wissen, wie sich so der Alltag mit der XY gestaltet und was ihnen da besonders auffällt und einfach nochmal ihre Perspektive und ihre Schilderung aus dem Alltagsleben.“

Es folgt eine relativ detaillierte Beschreibung der Mutter, wie der Alltag abläuft, auch mit Bezugnahme auf den gesunden Bruder von XY.

Nach dieser Schilderung zeigt sich der Arzt sehr verständnisvoll. Zitat: „Es ist ein schwieriges Balancespiel...“

Abschnitt 2:

Der Arzt fragt, ob sich die Tochter im Alltag anleiten und leiten lässt.

Darauf folgt eine längere Beschreibung der Mutter, was funktioniert und was nicht.

Im Bezug darauf nimmt der Arzt das Kind in Schutz: „Wutausbrüche sind nicht böswillig gemeint“

Andere Abschnitte:

Hier ist kein klarer Zusammenhang zwischen der Gesprächsführung des Arztes und dem längeren Reden erkennbar, da es sich um Einwürfe und Beschreibungen des Vaters handelt, die wenig mit dem vorherigen Kontext zu tun haben.

5. Diskussion

5.1. Einschätzung der mAGBS-Eltern und ihrer Items

Allgemeine Beurteilung

Nach dem Auswerten der zur Verfügung stehenden Videoaufnahmen schätzten die Rater die mAGBS-Eltern als ein praktikables und in angemessener Zeit anwendbares Instrument zur Bewertung der Gesprächssituation „Arzt-Eltern bei der Überbringung eines psychopathologischen Befundes“ ein. Nach einer relativ kurzen Eingewöhnungsphase lassen sich fast alle zu bewertenden Items gut anwenden, wobei nur vereinzelt Unklarheiten aufkamen.

Einschätzung der einzelnen Items

In diesem Abschnitt werden die von den Ratern gemachten Anmerkungen zur Anwendbarkeit der einzelnen Items dargestellt. Die Evaluation wurde nach Abschluss aller Videobewertungen durchgeführt und bevor Ergebnisse der Statistik vorlagen, beruhen also ausschließlich auf den bei der Anwendung der mAGBS-Eltern gemachten Erfahrungen. Die Erkenntnisse des Autors wurden dabei abschließend mit den anderen beiden Ratern (Jennifer Englmeier und Sabine Klemz) diskutiert und ergänzt. Es folgt eine Darstellung in der Reihenfolge der mAGBS-Eltern.

mAGBS - Eltern - Abschnitt A - Item 1: *Wie gut ist es dem Arzt gelungen, eine geeignete Umgebung für das Gespräch zu schaffen?*

Dieses Item ist auf Grund der eindeutigen und leicht zu beurteilenden drei Kriterien sehr einfach zu bewerten. Jedoch muss in der Rollenspielsituation im Rahmen eines Studentenkurses die Aussagekraft des Items in Frage gestellt werden. Der Gesprächsführende ist in dieser Situation nicht für die Umgebung direkt verantwortlich, vielmehr wird diese von den Lehrenden geschaffen. Möglicherweise hat diese Fragestellung in einer realen Gesprächssituation in Klinik oder Ambulanz mehr Bedeutung, da hier der Arzt entscheidenden Einfluss auf die Umgebung nehmen kann. Bei fast allen Videos wurde mit „sehr gut“ bewertet. Lediglich bei c) (siehe unten) gab es manchmal einen gewissen Bewertungsspielraum (z.B. der Arztdarsteller behielt seine Kappe auf), was letztlich zur Bewertung mit „gut“ führt wenn die beiden anderen Kriterien erfüllt sind.

- a) hat für ausreichend Sitzgelegenheiten für die Eltern gesorgt **und**
- b) hat den Tisch geordnet bzw. leergeräumt **und**
- c) wirkt gepflegt, ordentlich und angemessen gekleidet

mAGBS - Eltern - Abschnitt A - Item 2: *Hat der Arzt die Eltern angemessen begrüßt und sich vorgestellt?*

Auch dieses Item lässt sich leicht bewerten, da hier die Unterpunkte ebenfalls sehr klar definiert sind. Voraussetzung ist jedoch dass das Video nicht am Anfang abgeschnitten ist, wodurch sich die Begrüßung nicht bewerten lässt. Leider kam dies einige Male vor. Unsicherheitsfaktoren finden sich vor allem in der für die Darsteller zum Teil etwas unklaren Gesprächssituation. Manche der Arztdarsteller gingen anscheinend davon aus die Eltern bereits zu kennen und beachtetten einzelne Punkte demzufolge nicht. Die Elterndarsteller saßen zu Beginn der Videos in den meisten Fällen bereits. War dies der Fall wurde d) (siehe unten) einheitlich als positiv bewertet. Jedoch sollte die mAGBS-Eltern diesen Fall auch in der Formulierung berücksichtigen, zum Beispiel mit der Ergänzung „... saßen zu Beginn des Gespräches bereits“.

- a) die Eltern mit Namen oder „die Eltern von“ begrüßt/sich nach der Identität der Eltern erkundigt **und**

- b) sich selbst mit Namen vorgestellt **und**
- c) eine kurze Beschreibung seiner beruflichen Rolle/Stellung gegeben **und**
- d) den Eltern einen Sitzplatz angeboten / Die Eltern haben sich von selbst gesetzt.

mAGBS - Eltern - Abschnitt A - Item 3: *Hat sich der Arzt zu Beginn des Gespräches nach den momentanen Lebensumständen der Eltern erkundigt?*

Bei diesem Item war eine Bewertung gut möglich. Es stellt sich aber die Frage, ob der Zusatz „zu Beginn“ in der Fragestellung beim Überbringen des psychopathologischen Befundes sinnvoll ist. In vielen Gesprächen wurden die Lebensumstände im Verlauf der Besprechung des Befundes erörtert, was passender wirkte als in den wenigen Fällen, in denen alle Punkte am Anfang abgehandelt wurden. Ein Problem bei der Bewertung ergab sich, wenn die Eltern von sich aus erzählten, wie es mit dem Kind bzw. den Geschwistern des Kindes zu Hause läuft. Diese Formulierung sollte eventuell auch ersetzt werden, zum Beispiel mit: „Hat der Arzt sich nach (möglichen) Geschwistern des Kindes erkundigt oder haben die Eltern von sich aus davon berichtet?“

- a) sich über das Leben zu Hause mit dem Kind („Wie geht es Ihnen mit?“) erkundigt **und**
- b) sich nach (möglichen) Geschwistern des Kindes erkundigt **und**
- c) bei diesen Fragen einen offenen Fragetypus verwendet **und**
- d) den Eltern Zeit gelassen, ihre Schilderung auszuführen.

mAGBS - Eltern - Abschnitt B - Item 4: *Hat der Arzt erfragt, wie viel die Eltern bereits wissen, bevor er den Befund durchgesprochen hat?*

Auch hier ergab sich wie in Item 3 das Problem, dass auf „bevor er den Befund durchgesprochen hat“ reduziert wird. Viele Arztdarsteller hatten die Eltern nach deren Einschätzungen zu einzelnen Punkten des psychopathologischen Befundes separat gefragt, wenn sie ihre eigenen Befunde überbrachten. An diesem Punkt könnten einzelne Rater das unterschiedlich auffassen. Allgemein ließ sich aber anhand der Bewertung gut ablesen, ob die Eltern nach ihren Einschätzungen gefragt wurden. Eine Möglichkeit wäre, dieses Item zu teilen. In eines, das explizit bewertet, ob eine Vorschau auf den Inhalt und die Ergebnisse

gegeben wurde und eines, das bewertet, ob die Einschätzungen der Eltern im Gespräch miteinbezogen wurden.

- a) die Eltern gefragt, wie sie ihr Kind einschätzen bzw., was sie über den Zustand wissen (dieses Kriterium wird zugunsten des Arztes gewertet, wenn die Eltern von sich aus berichtet haben, wie viel sie über den Zustand ihres Kindes wissen bzw. explizites Unwissen äußern „Was ist denn los?“ o.ä.) **und**
- b) sichergestellt, dass er die Perspektive der Eltern (z.B. Erwartungen, Befürchtungen, die mit dem Informationsstand assoziiert sind) zu diesem Zeitpunkt des Gespräches erfasst **und**
- c) sich rückversichert, ob die Eltern eine Vorstellung bezüglich des Inhalts und möglicher Ergebnisse des Gespräches haben.

mAGBS - Eltern - Abschnitt B - Item 5: *Hat der Arzt beim Überbringen des Befundes eine verständliche Sprache verwendet?*

Dieses Item, wie es aus den AGBS (Wand, Schildmann et al. 2007) übernommen wurde, bildet nicht ausreichend das Kriterium der „verständlichen Sprache“ ab. Vor allem die Verknüpfung „und“ stellt den Rater vor erhebliche Probleme. Wenn die Sprache so verständlich war, dass keine Fachbegriffe im Verlauf des Gespräches verwendet wurden, konnten b) und c) (siehe unten) nur schwer beurteilt werden. Punkt d) (siehe unten) ließ sich schlecht auf die bewertete Gesprächssituation übertragen, da die Gespräche generell sehr „oberflächlich“ gehalten wurden, was wohl auch auf mangelndes jugendpsychiatrisches Grundwissen der Teilnehmer zurückführen lässt.

- a) Laien-Begriffe benutzt bzw. verwendete Fachbegriffe auf eigene Initiative erläutert **und**
- b) Fachtermini auf Nachfrage verständlich erläutert **und**
- c) durch Rückfragen sichergestellt, dass die Eltern die im Gespräch verwendeten Begriffe verstehen **und**
- d) auf eigene Initiative die Eltern gefragt, ob sie detailliertere Informationen möchten, bevor er spezifischer wurde.

mAGBS - Eltern - Abschnitt B - Item 6: *Hat der Arzt die Nachricht in einem angemessenen Tempo und an die Aufnahmefähigkeit der Eltern angepasst überbracht?*

Dieses Item ließ sich gut bewerten. Allerdings trifft Punkt c) nicht wirklich zu. Oft war der Gesprächsinhalt so einfach gehalten und die Eltern wurden so differenziert dargestellt, dass c) (siehe unten) obsolet erschien. Das soll nicht bedeuten, dass das Verständnis nicht erfragt werden sollte. Es ist lediglich davon auszugehen, dass manche Inhalte diese Nachfrage weniger erfordern als komplizierte medizinische Sachverhalte wie beispielsweise bei der Überbringung einer Krebsdiagnose.

- a) die Information in einer angemessenen Geschwindigkeit überbracht **und**
- b) Gesprächspausen gemacht **und**
- c) das Verständnis der überbrachten Informationen auf Elternseite erfragt **und**
- d) die Eltern gefragt, wie viele Informationen sie möchten.

mAGBS - Eltern - Abschnitt C - Item 7: *Hat der Arzt die Eltern eingeladen Fragen zu stellen?*

Sehr gut zu bewertendes Item. Als Verbesserungsvorschlag bleibt lediglich zu sagen, dass auch eine an den Anfang des Gespräches gestellte Aufforderung, jederzeit Fragen zu stellen, noch in der Bewertung berücksichtigt werden sollte, da dies als positiv erlebt wurde.

mAGBS - Eltern - Abschnitt C - Item 8: *Hat der Arzt versucht die Befürchtungen der Eltern zu erfassen?*

Dieses Item scheint von Gespräch zu Gespräch sehr unterschiedlich relevant. Es kam sehr auf die Darstellung der Eltern an, ob eine Nachfrage nach Befürchtungen angebracht erschien. Wurden die Eltern so dargestellt, als wüssten Sie bereits alles über den Schweregrad des Entwicklungsrückstandes ihres Kindes und als hätten sie sich mit der Situation bereits beschäftigt, wurde eher weniger nach den Befürchtungen gefragt und somit auch dieses Item schlechter bewertet. Wenn jedoch die Eltern völlig überrascht vom Befund „Entwicklungsrückstand“ erschienen, wurden häufig Problematiken erkannt und aufgegriffen. Wie das Vorwissen der Eltern von den Darstellern interpretiert wurde, hing sehr von der Gesprächsgestaltung des Arztdarstellers ab. Durch mangelndes Hintergrundwissen begannen die Studenten häufig die Eltern nach dem genauen

Entwicklungsrückstand zu befragen. Allerdings sollte eher der Arzt die Rolle des Wissenden spielen und den Eltern Auskunft geben können.

mAGBS - Eltern - Abschnitt C - Item 9: *Hat der Arzt erfasst welche Befürchtungen im Zusammenhang mit der Entwicklungsverzögerung für die Eltern am wichtigsten sind?*

Hier gilt ähnliches wie bei Item 8. Ob nach den wichtigsten Befürchtungen gefragt wurde, lässt sich für den Rater schwer beurteilen, da es dem Elterndarsteller nicht vorgegeben ist, ob er Befürchtungen hat und wenn solche vorhanden sind, welche davon die wichtigste ist. Manche Darsteller erwähnten mögliche Schulprobleme oder Probleme des Kindes im späteren Leben als Befürchtung. Dies ist vergleichbar mit der realen Gesprächssituation und den realen Befürchtungen von Eltern, deren Kindern einen Entwicklungsrückstand haben. Wenn diese Themen zur Sprache kamen oder direkt erfragt wurden, wirkte sich dies positiv auf die Bewertung aus.

mAGBS - Eltern - Abschnitt D - Item 10: *Waren die vom Arzt übermittelten Informationen den von den Eltern genannten Fragen bzw. Bedenken angepasst?*

Item 10 war gut zu bewerten, wobei dies vor allem daran lag, dass allgemein in diesem Punkt die Gesprächsführung sehr gut war. So musste man sich als Rater nicht auf die bei Bewertung mit Note 3 und 4 geforderten angegebenen Adverbien „teilweise“ und „andeutungsweise“ einlassen. Eine klarere Formulierung wäre wünschenswert.

mAGBS - Eltern - Abschnitt D - Item 11: *Hat der Arzt die Informationen strukturiert vermittelt und sich vergewissert, dass die Eltern die Informationen verstanden haben?*

Auch dieses Item ließ sich gut bewerten, da alle Punkte klar formuliert sind. Punkt b) (siehe unten) scheint sich jedoch mit mAGBS - Eltern - Abschnitt B - Item 6 (*Hat der Arzt die Nachricht in einem angemessenen Tempo und an die Aufnahmefähigkeit der Eltern angepasst überbracht?*) Punkt c) (Der Arzt hat das Verständnis der überbrachten Informationen auf Elternseite erfragt) zu decken.

- a) die Informationen in einer strukturierten Form übermittelt **und**
- b) überprüft, ob die Eltern die Informationen verstanden haben **und**
- c) die überbrachten Informationen für die Eltern strukturiert zusammengefasst.

mAGBS - Eltern - Abschnitt D - Item 12: *Benutzt der Arzt Wiederholungen und Zusammenfassungen?*

Dieses Item lässt sich nur mit hoher Konzentration des Raters zufriedenstellend beantworten. Auf Grund der Kürze der Gespräche von etwa 5 Minuten scheint es unangebracht, wenn eine häufige Zusammenfassung, etwa jede Minute, in der mAGBS-Eltern honoriert wird. Eventuell sollte sich das Item auf die Zusammenfassung am Ende des Gespräches und auf Wiederholungen, die auf Nachfragen der Eltern beruhen, beschränken.

mAGBS - Eltern - Abschnitt D - Item 13: *Hat der Arzt es geschafft, das Augenmerk auf positive Aspekte zu lenken?*

Gut zu bewertender Aspekt der Gesprächsführung, der nach auch mit dem Gesamteindruck des Gespräches korrelieren müsste, da hiervon stark abhängt, in welche Richtung das Gespräch verläuft.

mAGBS - Eltern - Abschnitt D - Item 14: *Hat der Arzt Empathie gezeigt?*

Bei Bewertung dieses Items muss sehr genau auf kleine Äußerungen geachtet werden, die auch übersehen werden können. Eine sehr gute Bewertung wird hier selten erreicht, da die Gesprächssituation von den Elterndarstellern häufig nicht mit so vielen Emotionen dargestellt wird, wie sie nötig wären, um dem Arztdarsteller die Möglichkeit zu geben, die geforderte Anzahl (mehr als 3 für „sehr gut“) an empathischen Äußerungen zu zeigen. Entgegenzuhalten ist, dass es auch im realen Arzt-Patienten Gespräch zu Situationen kommt, in denen der Patient teilnahmslos und emotionsarm wirken kann, obwohl er sehr wohl Gefühle entwickelt, was vom Arzt erkannt und erfragt werden kann. Es entstand der Eindruck, dass auch sehr einfühlsam wirkende Arztdarsteller keine sehr gute Bewertung erzielen konnten.

mAGBS - Eltern - Abschnitt D - Item 15: *War der Inhalt des Gespräches faktisch korrekt?*

Die faktische Korrektheit des Gespräches war sehr gut zu bewerten, wenn die Darsteller im gegebenen Rahmen blieben und nicht versuchten auszuschweifen, um Therapien und den weiteren Verlauf der Untersuchungen zu besprechen. War dies jedoch der Fall, begaben sich sowohl der gesprächsführende Student als auch der Rater auf für sie unsicheres Gebiet. Sehr wilde und kreative Ideen waren zu beobachten, die in vielen Fällen zu einer Abwertung

fürten. Zumindest die Unsicherheit des Raters könnte durch genauere Schulung ausgeglichen werden.

mAGBS - Eltern - Abschnitt E - Item 16: *Hat der Arzt es geschafft den Eltern während des Gespräches hilfreich zur Seite zu stehen?*

Ob der Arztdarsteller den Eltern im Gespräch hilfreich zur Seite steht, lässt sich gut bewerten, jedoch nicht wenn die Rater sich genau an die vorgegebenen Kriterien halten. Mit diesen wird versucht, das „Hilfreich zur Seite stehen“ in verschiedene Aspekte aufzugliedern, die aber alle in der gleichen Bewertungsstufe in gleichem Maße gut oder schlecht ausgeführt werden müssen. Das führt dazu, dass man als Rater nicht weiß, wie man bewerten soll, wenn einer der Aspekte sehr gut gemacht wurde und ein anderer sehr schlecht. Das bedingt, dass eher „aus dem Bauch heraus“ beurteilt werden muss, anstatt dass man sich auf harte Kriterien stützen kann.

Möglicherweise gibt es eine Tendenz, dieses Item gut zu bewerten, wenn auch der Befund auf positive Art und Weise übermittelt wurde (Item 13) oder der Arzt Empathie zeigte (Item 14), hier könnte es zu Überschneidungen kommen.

mAGBS - Eltern - Abschnitt E - Item 17: *Hat der Arzt sich während des Gespräches einer angemessenen Körpersprache bedient?*

Ein von einem einzelnen Rater gut zu bewertendes Item. Es stellt sich jedoch die Frage, ob verschiedene Rater das gleiche Konzept von „das Gespräch unterstützende Gestik“ haben. Es sollte eventuell eine etwas genauere Beschreibung gegeben werden, was als „gute Gestik“ betrachtet werden kann. Beispielsweise kann offene Körperhaltung und unterstützendes Kopfnicken als solche erachtet werden.

mAGBS - Eltern - Abschnitt E - Item 18: *Hat der Arzt während des Gespräches beide Elternteile miteinbezogen?*

Die Bewertung dieses Aspektes der Gesprächsführung bildet sehr gut die Einbeziehung beider Elternteile ab. Unklar ist nur, ob für die Eltern nicht der Blickkontakt wichtiger als die direkte Ansprache im Gespräch war, wodurch „gut“ und „mittelmäßig“ vertauscht werden müssten.

mAGBS - Eltern - Abschnitt E - Item 19: *Hat es der Arzt während des Gespräches vermieden unbeholfen zu wirken?*

Hier gilt analog zu mAGBS - Eltern - Abschnitt E - Item 16 (*Hat der Arzt es geschafft den Eltern während des Gespräches hilfreich zur Seite zu stehen?*), dass die versuchte Unterteilung der Unbeholfenheit in Teilbereiche von Unbeholfenheit und deren Zusammenfassung zu einer Abstufung dazu führt, dass der Rater eher nach eigener Einschätzung bewertet als sich an harte Kriterien zu halten. Denn er weiß nicht, wie er bewerten soll, wenn mehrere Teilbereiche unterschiedlich gut oder schlecht waren.

Eine Möglichkeit wäre es, dieses Item mit der Gestik zu verknüpfen. Beispielsweise würde ein „am Kopf kratzen“ des Arztdarstellers zu einer Herabstufung führen.

mAGBS - Eltern - Abschnitt E - Item 20: *Hat der Arzt - bezogen auf das gesamte Gespräch - ein angemessenes Gesprächstempo eingehalten?*

Klar definierte Frage mit klaren Kriterien, die sehr gut zu bewerten ist.

mAGBS - Eltern - Abschnitt E - Item 21: *Hat der Arzt das Gespräch rechtzeitig und angemessen beendet?*

Auch dieses Item verfügt über sehr klare Vorgaben, welche Bewertung gegeben werden soll. Lediglich Punkt a) (siehe unten) scheint nicht nützlich, da die Gespräche von den Tutoren häufig durch ein „Sie sollten zum Ende kommen“ oder ähnliches begleitet wurden. Bei einigen Videos ergibt sich das analoge Problem zu mAGBS - Eltern - Abschnitt A - Item 2 (*Hat der Arzt die Eltern angemessen begrüßt und sich vorgestellt?*). Das Ende des Gespräches wurde nicht vollständig aufgezeichnet und ist darum schwer bis gar nicht zu bewerten. Da jedoch eine Bewertung abgegeben werden muss, führt das Abschneiden der Videoaufnahme auch zu einem schlechten Abschneiden des Arztdarstellers bei diesem Item.

- a) die vorgesehene Gesprächszeit eingehalten **und**
- b) die Möglichkeit weiterer Gespräche erwähnt **und**
- c) einen Plan für das weitere Vorgehen erstellt **und**
- d) das Gespräch zu einem Abschluss gebracht.

mAGBS - Eltern - Abschnitt F - Item 22: *Globale Einschätzung des Raters - Hat der Arzt das Gespräch gut geführt?*

Nach einigen Videos entsteht beim Rater das Gefühl, die Gesprächsführung gut einschätzen zu können. Hier war es sehr hilfreich, in der Vorbereitung bereits mehrere Videos gesehen zu haben.

mAGBS - Eltern - Abschnitt F - Item 23: *Globale Einschätzung des Raters - Wurden die Eltern/Patienten gut dargestellt?*

Hier muss sich der Rater die Frage stellen, was für ihn eine gute Darstellung der Eltern ist. Zu vereinfachen wäre die Bewertung mit standardisierten Darstellern, die nach Drehbuch handeln. Dies wäre jedoch ein komplett anderes Konzept des Rollenspieles (professionelle Darsteller gegenüber Studenten, die nur einmal diese Rolle spielen).

5.2. Datenstruktur und Qualität

Datenqualität

Von den 38 zur Verfügung stehenden Videoaufnahmen konnten 30 bewertet werden. Die Ausschlüsse erfolgten als Teil der Qualitäts- und Vergleichbarkeitssicherung dieser Arbeit und dürften nicht zu inhaltlichen Verzerrungen geführt haben.

Auch die Überprüfung der Datenintegrität konnte keine Mängel in der Datenerhebung und Verarbeitung aufzeigen.

Teilnehmer der Rollenspiele

Die Geschlechterverteilung der Probanden in der Arztrolle entspricht mit einem Frauenanteil von 83,3 % nicht ganz der aktuellen Situation der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte. Laut Bundesärztekammer waren im Jahre 2008 55,9% aller Kinder- & Jugendpsychiater & Psychotherapeuten und 52,1% der Kinder- und Jugendmediziner weiblich. Allerdings waren bei den Neuanerkennungen zum Facharzt 2006-2008 62,6% der Kinder- und Jugendpsychiater & Psychotherapeuten weiblich, bei den Kinder- und Jugendmedizinerinnen sogar 64,5% (Bundesärztekammer 2008). Studentinnen machten im Wintersemester 08/09 63,3% der Medizinstudierenden an deutschen Hochschulen aus (Bundesamt 2009). Diese Abweichung zur Teilnehmerstruktur in dieser Arbeit sollte keinen großen Einfluss auf die Gültigkeit der Aussagen zur mAGBS-Eltern haben.

Es überrascht nicht, dass auch bei den Darstellern der Eltern der Frauenanteil überwog und somit die Vaterrolle in 18 von 30 Fällen auch von einer Studentin übernommen wurde. Es ist aber nicht davon auszugehen, dass dies das Gesprächsverhalten des Arztes stark beeinflusst hat.

Rollenidentifikation

Die Rollenidentifikation der Teilnehmer ist als sehr gut einzuschätzen, auch wenn in 8 von 30 Gesprächen nur eine „annähernd komplette“ Rollenidentifikation stattfand, da dies vor allem auf kurze Unterbrechungen durch den Kameraführenden und kurzes Lachen bei kreativen Ideen der Darsteller zurückzuführen ist.

Videoqualität und Länge

Ton- und Bildqualität der Aufnahmen waren sehr gut für die Anwendung der mAGBS-Eltern geeignet.

Der Großteil der Videoaufzeichnungen war vollständig. In den Videos, in denen Anfang oder Ende abgeschnitten waren, fehlten häufig nur ein paar Wörter der Begrüßung oder Verabschiedung, was klar erkennbar war und keine Auswirkungen auf die restliche Auswertung hatte.

Die Länge der Gespräche entsprach mit einem Mittelwert von fünfeinhalb Minuten in etwa der Fünf-Minuten Vorgabe aus dem Wahlfach.

Dauer und Unterbrechungen des Ratings

Im Mittel dauerte die Bewertung eines Gespräches etwa 15 Minuten, was der dreifachen Gesprächszeit entspricht. Die erfahrenste Raterin (Rater 3) brauchte im Mittel nur etwa 11 Minuten, also das doppelte der Gesprächszeit. Das lässt eventuell auf einen Trainingseffekt schließen. 10-15 Minuten für die Bewertung eines Gespräches sind ein vernünftiger Zeitaufwand, wenn man bedenkt, dass die Minimaldauer dafür bereits bei fünfeinhalb Minuten im Durchschnitt liegt, während denen man das Gespräch anschaut.

Da jeder Rater Unterbrechungen während der Ratings angab, wäre es sinnvoll eine etwas ruhigere Arbeitsatmosphäre zu wählen, um sich voll auf die Bewertung konzentrieren zu können. Dann wäre auch die Bewertungszeit für die Gespräche kürzer.

Ergebnisse des Ratings

Bereits beim Betrachten einzelner Items fällt auf, dass nicht immer alle Rater die Skala komplett ausnutzen und es vereinzelt Deckeneffekte gibt (zum Beispiel bei Item 1 - Geeignete Umgebung). Bei den meisten Items wird jedoch fast die gesamte Skala ausgenutzt. Die Ausnutzung der Skala spricht dafür, dass die Rater unterschiedliche Beobachtungen in unterschiedlichen Gesprächen machen konnten, die auch zu einer besseren oder schlechteren Bewertung führten.

Nicht immer ist die Merkmalerfassung normalverteilt, was aber durchaus daran liegen kann, dass es keine Normalverteilung gibt, die wir in unserem Kollektiv messen könnten. Dabei darf nicht vergessen werden, dass es sich bei der mAGBS-Eltern nicht um eine

intervallskalierte Ratingskala im eigentlichen Sinne handelt, sondern wir es streng definitionsgemäß mit einer Ordinalskalierung zu tun haben.

Besonders erwähnenswert ist die Bewertung des Patientenrollenspiels - Item 23. Alle Rollenspiele wurden mit „sehr gut“, „gut“ oder „mittelmäßig“ bewertet, keines mit „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Im Mittel war die Bewertung mit 2,2 Skalenpunkten gut. Das zeigt, dass nicht nur standardisierte, geschulte Darsteller in Rollenspielen realistische Gesprächssituationen nachstellen können, sondern im Normalfall auch ungeschulte Studenten.

Die Rater sind sich nicht immer ganz einig, welches Verhalten wie zu bewerten ist. Rater 2 bewertet im Durchschnitt um etwa einen halben Skalenpunkt besser als die beiden anderen Rater. Ein Effekt, der durch längere Schulung, Übung, nochmalige Besprechung mehrerer Ratings oder auch an den Rater angepasste rechnerische Korrektur ausgeglichen werden könnte. Die Tendenz von Rater 2, besser zu bewerten (oder der beiden anderen Rater, schlechter zu bewerten) zieht sich durch alle Themenblöcke. Es lassen sich also auch bei einer Checkliste mit relativ strikten Vorgaben persönliche Tendenzen nicht komplett ausschalten. Diese Raterabhängigkeit der Bewertung lässt sich dadurch minimieren, dass mehrere Rater ein Gespräch beurteilen und der Mittelwert gebildet wird.

Trennschärfen

Die Trennschärfenberechnung der einzelnen Items lässt die Frage aufkommen, ob Items 1 und 2 sinnvoll zu der Ermittlung des Gesamtergebnisses beitragen können, wenn Item 1 (Geeignete Umgebung) anscheinend keinen oder nur einen negativen Einfluss auf das Gesamtergebnis hat und die angemessene Begrüßung (Item 2), so wie sie hier bewertet wurde, bei allen drei Ratern eher negative Korrelationen zur Gesamtnote zeigt.

Die nicht wirklich sinnvolle Bewertung von Item 1 (Geeignete Umgebung) lässt sich durch den Deckeneffekt erklären. Die Umgebungssituation war im experimentellen Setting (Wahlfach) immer sehr gut. In der realen Gesprächssituation könnte dieses Item durchaus nützlich sein.

Ein möglicher Erklärungsversuch für das schlechte Abschneiden von Item 2 (Angemessene Begrüßung) bei der Trennschärfenermittlung ist, dass in manchen Videos durch die Kameraeinstellung die Begrüßung nicht unbedingt einwandfrei zu erkennen war. Ein anderer

Ansatz ist es, zu sagen, dass die Arztdarsteller, die gut bei den in Item 2 (Angemessene Begrüßung) abgefragten formalen Aspekten des Gespräches abschneiden, im doch manchmal eher emotional ablaufenden Gespräch allgemein einen etwas schlechteren Eindruck hinterlassen, weil sie eher auf Formalien konzentriert sind.

Reliabilität

Cronbach's Alpha zeigt mit 0,84 einen guten Wert. Das ist auch auf den Umfang des Tests mit seinen 21 Items (Item 22 und 23 gehen ja nicht in die Gesamtwertung ein) zurückzuführen. Der gute Wert von Cronbach's Alpha ist ein Hinweis auf Reliabilität und vor allem auch auf Validität der Skala.

Die Intra-Klassen-Korrelation (ICC) fällt mit 0,84 für die Gesamtwertung und mit 0,65 (Block B - Den Befund überbringen) bis 0,90 (Block E - Allgemeine Überlegungen) für die einzelnen Teilbereiche sehr gut aus. Die ICC wurde für den Fall berechnet, dass die Tendenz der einzelnen Rater keine Rolle spielt. Dies geschah, weil auch in Fortbildungsveranstaltungen meistens mehrere Lehrende Feedback geben. Wenn dies nicht der Fall ist, könnte dieser Bias aus dem Score durch eine vorherige „Eichung“ der einzelnen Ratergesamtwertungen anhand von standardisierten Videos korrigiert werden .

Die Inhomogenität der Ratermittelwerte, also der systematische Fehler, ist mit bis zu 37% (Block B - Den Befund überbringen) auf einem hohen Niveau. Ein Umstand, der durch bessere Schulung der Rater oder noch konkretere Regeln für das Rating verbessert werden könnte. Auch ist nicht bei allen Werten ein starker Einfluss des Raters zu entdecken. So liegt bei allen Items in Block A (Einleitung des Gesprächs) und Block E (Allgemeine Überlegungen) der systematische Fehler unter 15% Varianzanteil.

Positiv fällt auf, dass die Interaktion zwischen Rater und Arzt, also der unsystematische Fehler, in allen Teilbereichen weniger als 30% der Varianz ausmacht. In der Gesamtbewertung sogar nur etwa 16%.

Was noch an Varianz übrig bleibt, ist der Gesprächsleistung des Arztes zuzuschreiben. Das ist mit 50% in der Gesamtwertung als gut einzuschätzen für eine Skala, die die Gesprächsleistung des Arztes messen soll. Ist doch der große Anteil der übrigen Varianz im systematischen, also korrigierbaren Fehler, zu suchen. Genau diese Tatsache drückt sich ja im doch guten ICC von 0,84 für die Gesamtwertung aus.

Die Werte für den Varianzanteil, den die Leistung des Arztes in der Gesamtwertung ausmacht und auch die Intra-Klassen-Korrelation könnte man verbessern indem man gezielt an den Teilbereichen in der Skala ansetzt, bei denen diese Werte niedrig sind. Genau dafür wurde für jedes einzelne Item die Varianzanalyse und die Berechnung des ICC durchgeführt.

Als besonders niedrig (Werte unter 0,5) erwiesen sich die ICCs der Items 5 - Verständliche Sprache, 6 - Angepasstes Tempo, 9 - Wichtige Befürchtungen, 12 - Wiederholungen und Zusammenfassungen, 15 - Faktisch korrekt und 20 - Gesprächstempo. Bei drei dieser Items geht es um Tempo und Art der Sprache, welche wohl von den Ratern sehr unterschiedlich aufgefasst werden. Das ist auch dadurch begünstigt, dass im Manual wahrscheinlich zu schwammige Formulierungen verwendet werden wie „angemessenes Gesprächstempo“ und „ausreichend Zeit gelassen“ ohne 100%ig klare Kriterien.

Der Intra-Klassen-Korrelation aller anderen Items ist als gut bis sehr gut einzuschätzen.

Die globale Einschätzung des Gespräches (Item 22) ist mit einem ICC von 0,84 und einem Anteil von 69% der Leistung des Arztes an der Varianz sehr gut, was möglicherweise durch die vorherige systematische Bewertung mit Hilfe des Manuals beeinflusst ist.

Bei allen drei Ratern korreliert Item 22 (Globaler Eindruck des Raters) hoch ($0,7 < \rho < 0,9$) mit der Gesamtbewertung. Nach Spearman: Rater 1: $\rho=0,786$; Rater 2: $\rho=0,757$; Rater 3: $\rho=0,792$. Daneben zeigt dies, dass man sich möglicherweise ohne Ratingskala auch ein sehr gutes Bild über die Rangfolge von Gesprächsleistungen machen kann, insofern man Erfahrung in der Gesprächsauswertung hat und weiß, auf welche Teilbereiche zu achten ist.

Es fiel vor allem der Zusammenhang auf zwischen der Frage nach Empathie (Item 14) und der Frage „Hat der Arzt es geschafft den Eltern während des Gespräches hilfreich zur Seite zu stehen?“ (Item 16) auf. Das verdeutlicht, dass empathische Gesprächsführung helfen kann, den Gesprächspartnern hilfreich zur Seite zu stehen.

5.3. Gesprächszeiten und Schlüsselstellen

Gesprächszeitenanalyse

Mit einer Ausnahme hat der Arzt in jedem ausgewerteten Gespräch den größten Anteil am Gespräch. Zwischen gut und weniger gut bewerteten Gesprächen, aber auch zwischen männlichen und weiblichen Arztdarstellern, zeigt sich kein Unterschied.

In größeren Analysen zum Gesprächsverhalten von männlichen und weiblichen Ärzten finden sich durchaus Unterschiede im Kommunikationsverhalten der Geschlechter, jedoch nicht in dem Maße wie man es vielleicht erwarten würde (Bernzweig, Takayama et al. 1997; Street 2002). **Diese Unterschiede bewegen sich aber hauptsächlich auf inhaltlicher Ebene und nicht, wie hier verglichen, bei den Gesprächsanteilen.**

Dieses Ergebnis unterstützt die These, dass es nicht allzu sehr auf den formalen Aspekt (Gesprächszeit, formelle Begrüßung, geeignete Umgebung) ankommt. Viel entscheidender für die Bewertung des Gespräches mit der mAGBS-Eltern sind Inhalt und Emotion. Es wäre ja möglich gewesen, dass ein Arztdarsteller, der viel redet und somit viele Punkte der Skala abdeckt, eine besonders hohe Bewertung erzielt.

Schlüsselstellen und Hypothesen

In den Gesprächen ist es vor allem von Bedeutung, die Sorgen und Bedenken der Eltern zu erfassen, aber auch ihre Sichtweise auf die vom Arzt geschilderten Punkte. An den identifizierten Schlüsselstellen setzte der Redefluss der Eltern meist nach einer offenen Frage des Arztes ein oder auch nach einer ausführlicheren ärztlichen Schilderung, was bei den Eltern den Bedarf zu wecken schien, ihre eigene Sichtweise einzubringen.

Der Arzt unterbrach die Eltern an den meisten Schlüsselstellen nicht und ließ sie sprechen. Nach dem Redefluss nahm der Arzt (in den gut bewerteten Gesprächen) Bezug auf das gerade Gesagte, indem er entweder verständnisvoll oder ermunternd reagierte.

Welche Fragen lassen sich nun aus diesen kurzen Gesprächsabschnitten ableiten?

Ist es notwendig, dass der Arzt offene Fragen stellt, um die Eltern dazu zu bewegen, ihre Sichtweise zu äußern oder besteht bei wichtigen Anliegen der Eltern sowieso ein so starker Redebedarf, dass diese Punkte von ihnen thematisiert werden?

Werden Gespräche, in denen der Arzt auf die geäußerten Schilderungen und Bedenken der Eltern direkt eingeht, als besser/schlechter oder professioneller/unprofessioneller empfunden?

Helfen diese längeren Gesprächsanteile dem Arzt dabei, die gewünschten Informationen zu bekommen, oder auch zu übermitteln?

Wie empfinden es die Eltern, dass der Arzt ihnen viel Freiraum zum Sprechen gibt? Würden sie vielleicht lieber genau angeleitet im Gespräch?

Inwiefern spielt soziale Schicht und die Herkunft eine Rolle bei der Bereitschaft, Sorgen und Bedenken zu äußern? Welche entsprechenden Anpassungen sollte der Arzt in seinem Gesprächsstil vornehmen?

5.4. Vergleich mit mAGBS - Jugendliche, AGBS und BAS

Da in den modifizierten Versionen der AGBS, wie der Name bereits impliziert, einige Änderungen vorgenommen wurden (siehe dazu 3.3 Instrument - mAGBS - Eltern), ist eine hundertprozentige Vergleichbarkeit der Instrumente nicht mehr gegeben. Allerdings sind diese Änderungen nicht der alleinige Grund für die Unterschiede im Ergebnis, die im Folgenden diskutiert werden.

Vergleich der Rahmenbedingungen und Methodik

Die Tabelle zeigt die formellen Unterschiede in Durchführung und Skalenbeschaffenheit der mAGBS-Eltern-, mAGBS-Jugendliche-, AGBS- und BAS-Untersuchungen.

	mAGBS-Eltern	mAGBS-Jugendl. (Englmeier 2010/2011)	AGBS (Wand, Schildmann et al. 2007)	BAS (Miller, Hope et al. 1999)
Sprache	Deutsch	Deutsch	Deutsch	Englisch
Items	21	22	22	23
Polung der Skala	1 = „Sehr gut“	1 = „Sehr gut“	1 = „Sehr gut“	5 = „Sehr gut“
Richtlinien für die Bewertung	Genauere Kriterien	Genauere Kriterien	Genauere Kriterien	Vorschläge
Gesprächssituation	Übermittlung eines psychopathologischen Befundes an die Eltern	A: Gespräch mit Jugendlichen (Kontaktaufnahme) B: Gespräch mit Jugendlichen nach Suizidversuch C: J1 - Jugenduntersuchung	Aufklärungsgespräch - Erstdiagnose einer Tumorerkrankung	Aufklärungsgespräch - Erstdiagnose oder Wiederauftreten einer Tumorerkrankung
Anzahl der Videos	30, jeweils eines pro Proband	32 (A: 11; B: 11; C: 10), jeweils eines pro Proband	74, davon 58 vollständige, jeweils 2 pro Proband	23
Qualität der Aufnahmen	Gut	Gut	Zum Teil eingeschränkte Tonqualität	Keine Angaben
Gesprächslänge	Etwa 5:30 Minuten im Mittel	Etwa 5:30 Minuten im Mittel	Keine Angaben	Bis zu 15 Minuten
Rahmen und Arztdarsteller	Wahlpflichtseminar Kinder- und Jugendpsychiatrie im 8.-10. Semester an der LMU München	A+B: Wahlpflichtseminar Kinder- und Jugendpsychiatrie im 8.-10. Semester an der LMU München C: Allgemeinärzte bei einer Fortbildungsveranstaltung	Wahlpflichtseminar „Wahrheit am Krankenbett - Das Aufklärungsgespräch mit schwer kranken Patienten“ im 7. Fachsemester an der Universität Erlangen-Nürnberg	Studienbedingungen 23 Arztdarsteller: 1 Krankenschwester, 1 Statistiker, 4 Medizinstudenten, 7 erfahrene Assistenzärzte, 4 Fachärzte, 6 Oberärzte

	mAGBS-Eltern	mAGBS-Jugendl. (Englmeier 2010/2011)	AGBS (Wand, Schildmann et al. 2007)	BAS (Miller, Hope et al. 1999)
Darsteller der Gesprächspartner	Ungeschulte Studenten im 8.-10. Semester	A+B: Ungeschulte Studenten im 8.-10. Semester C: Allgemeinärzte mit Berufserfahrung	Standardisierte Patienten	Standardisierte Patienten
Anzahl der Rater	3	3	3	3
Ausbildungs- Hintergrund der Rater	2 Medizinstudenten (Autoren mAGBS- Eltern und - Jugendliche), 1 Dipl.Soz.Päd. mit Psychotherapie- Ausbildung	2 Medizinstudenten (Autoren mAGBS- Eltern und - Jugendliche), 1 Dipl.Soz.Päd. mit Psychotherapie- Ausbildung	2 Medizinstudenten 1 Assistenzärztin durch die Autoren ausgewählt	1 Facharzt für Onkologie 1 Facharzt für Psychiatrie 1 Onkologiepfleger
Dauer der Schulung	16 Stunden Inklusive Entwicklung	16 Stunden Inklusive Entwicklung	„zweitägige Schulung“	3 Stunden
Ratingdauer	Im Mittel 15:10 Minuten	Im Mittel 12:20 Minuten	15-20 Minuten	Bis 5 Minuten nach dem Ansehen des Videos.

Tabelle 14 - Formeller Vergleich der mAGBS-Eltern mit mAGBS-Jugendliche, AGBS und BAS

Ein Unterschied zwischen der BAS und den übrigen Instrumenten ist, dass die Kriterien, die zu einer bestimmten Notengebung führen sollen, in den Nachfolgern eindeutiger definiert wurden.

Eine vollkommene Vergleichbarkeit der Skalen ist auf Grund der unterschiedlichen bewerteten Gesprächssituationen nicht gegeben. Es zeigen sich aber doch starke Parallelen in den Gesprächen und viele der Elemente in den Skalen sind allgemeingültige Grundsätze die in (fast) jeder Gesprächssituation eine Rolle spielen.

Die Besonderheit der mAGBS-Eltern liegt in ihrem Bezug auf die Mehrpersonensituation, welche von den anderen Werkzeugen nicht erfasst wird. Weder im Manual noch im Rahmen von dessen Überprüfung. Die Präsenz von zwei Gesprächspartnern stellt den Arzt vor besondere Herausforderungen, die im Einzelgespräch so nicht vorkommen. So sollte er beispielsweise auf beide Gesprächspartner eingehen und auch deren Gesprächsdynamik untereinander erkennen und gegebenenfalls leiten können.

Die Anzahl von Videos, mit denen die mAGBS Versionen getestet wurden, war geringer als bei der AGBS Untersuchung. Dafür gibt es aber nur ein Video pro Teilnehmer und zwischen beiden bewerteten Zeitpunkten keine Schulungseffekte, die mit hinein spielen könnten, da im Wahlfach Kinder- und Jugendpsychiatrie (siehe 3.1) ganz unterschiedliche Gesprächssituationen behandelt werden und die Aufnahmen nicht von zwei verschiedenen Zeitpunkten stammen. Es wurde eine geringere Anzahl von Videos gebraucht, um die mAGBS-Versionen zu testen, da diese eine Abwandlung der BAS und AGBS darstellen und somit auf die Erfahrungen dieser beiden Instrumente zurückgegriffen werden kann.

In allen deutschsprachigen Untersuchungen waren die Arztdarsteller Studenten in höheren Semestern, mit Ausnahme von Gruppe C für die mAGBS-Jugendliche von Frau Englmeier. Im Gegensatz dazu wurde bei der Überprüfung der BAS eine breite Auswahl getroffen, um das ganze Spektrum medizinischer Kompetenz abzubilden.

Die AGBS-Versionen wurden unter anderem entwickelt, um Studenten im akademischen Setting bewerten zu können. Darum wurde vorerst nur mit Studenten getestet.

Einen der wichtigsten Unterschiede stellt die Verwendung von standardisierten, also geschulten Patienten, bei der AGBS und der BAS Untersuchung dar. Dies scheint zunächst ein Vorteil zu sein, jedoch schränkt sich dadurch die Varianz der Gesprächsinhalte stark ein, wodurch das Instrument nur auf eine ganz eng definierte Situation getestet und abgestimmt wird. Durch die Verwendung von Studierenden als Elterndarsteller (oder Darsteller von Jugendlichen in der mAGBS-Jugendliche Untersuchung), welche von den Ratern als meist gut schauspielernd beurteilt wurden (Item 23), zeigt sich eine breite Palette von möglichen Gesprächsverläufen, die dem medizinischen Alltag wahrscheinlich sogar näher sind als ein standardisiertes Gespräch. Dass Studenten, die von vorneherein im Wahlfach anwesend sind, mit der Darstellung der Gesprächspartner betraut werden, hat auch den Vorteil, dass man sich aufwendige Schulungen, Kosten und Organisationsaufwand für die standardisierten Patienten spart. Einräumen muss man allerdings, dass das Wahlfach Kinder- und Jugendpsychiatrie überwiegend motivierte Studentinnen und Studenten belegten und sich die Frage stellt, ob das Rollenspielverhalten in einem Pflichtkurs genauso gut ausfallen würde wie in diesem Wahlfach. Die optimale Lösung zum Testen der Ratingskala wäre es, echte Patienten und Ärzte einzusetzen.

Die Anzahl der Rater ist in allen vier Untersuchungen gleich und auch der Ausbildungshintergrund bis auf die BAS-Untersuchung ähnlich. In der BAS-Untersuchung waren erfahrene Ärzte und ein erfahrener Pfleger als Rater im Einsatz, welche ein bestimmtes Gesprächsverhalten sicherlich anders beurteilen können als Medizinstudenten. Das schlägt sich vor allem in der Schulungszeit nieder, die mit 3 Stunden sehr kurz gehalten wurde, wohingegen in allen AGBS-Versions-Untersuchungen eine Schulungsdauer von zwei Tagen beziehungsweise 16 Stunden angegeben wurde. Es ist hinzuzufügen, dass parallel zur 16-stündigen Schulung, die sich für mAGBS-Eltern und mAGBS-Jugendliche über etwa 3 Wochen hinzog, die jeweiligen Instrumente entwickelt wurden und darum vielleicht die notwendige Schulungsdauer für den praktischen Einsatz etwas kürzer gehalten werden könnte. Es sind trotzdem etwa 8 Stunden zu empfehlen, um sich mit den Feinheiten des Instruments vertraut machen zu können.

Für die Vergleichbarkeit der mAGBS-Eltern und mAGBS-Jugendliche ist es von Vorteil, dass alle drei Rater beide Instrumente evaluiert haben.

Die Ratingdauer, sofern angegeben, stimmt bei den AGBS-Untersuchungen in etwa überein. Die etwas kürzere Ratingdauer der mAGBS-Jugendliche im Vergleich zur mAGBS-Eltern (bei gleicher Videolänge) lässt sich dadurch erklären, dass die mAGBS-Jugendliche von den selben Ratern zeitlich nach dem Rating der mAGBS-Eltern evaluiert wurde. Damit konnten die Rater bereits auf einen gewissen Erfahrungshintergrund zurückgreifen. Es gibt keine Angaben zur Länge der Videoaufzeichnungen in der Veröffentlichung zur AGBS von Frau Wand (2007).

Vergleich - Gesamtbewertungen und Themenblöcke

Vergleich der vergebenen Bewertungen						
	mAGBS - Eltern		mAGBS Jugendliche (Englmeier)		AGBS (Wand et al.)	
	MW	Std. Abw.	MW	Std. Abw.	MW	Std. Abw.
Gesamtbewertung	2,37	0,37	2,26	0,40	2,06	0,38
A - Gesprächsbeginn	2,26	0,52	2,13	0,60	1,84	0,86
B - Befund überbringen	2,61	0,49	1,91	0,51	2,65	0,60
C - Bedenken des Patienten	2,89	0,52	2,63	0,57	2,40	0,35
D - Informationsübermittlung	2,44	0,57	2,49	0,53	1,77	0,51
E - Allgemeine Überlegungen	1,96	0,57	2,12	0,57	1,81	0,50

Tabelle 15 - Vergleich der vergebenen Bewertungen - AGBS-Versionen

Sowohl in der mAGBS - Eltern als auch in der mAGBS - Jugendliche (Englmeier 2010/2011) wurden im Durchschnitt weniger gute Noten gegeben als im Originalinstrument, der AGBS. Dies ist auf unterschiedliche Faktoren zurückzuführen. Zum Einen waren andere Rater an der Auswertung beteiligt, zeigt sich doch am Beispiel der unterschiedlichen Gesamtbewertungen im mAGBS-Eltern mit einer maximalen Differenz von 0,57 im Mittelwert der Gesamtbewertung der verschiedenen Rater, dass die Tendenz eines einzelnen Raters viel ausmachen kann. Zum Anderen könnte es sein, dass die Leistung der „Ärzte“ nicht so gut war wie in der Vergleichsgruppe. Obwohl sich die Studenten, die die Arztrollen im mAGBS - Eltern und mAGBS - Jugendliche übernahmen, in einem späteren Abschnitt der klinischen Ausbildung befanden und somit eventuell schon mehr Patientenkontakt und Kommunikationserfahrung hatten.

Entscheidend ist die **unterschiedliche Aufgabenstellung** und Zielsetzung für die „Ärzte“ in den verschiedenen Gesprächssituationen. Während bei Evaluation der AGBS standardisierte, geschulte Patientendarsteller zum Einsatz kamen und es für die Darsteller der „Ärzte“ einen umschriebenen Plan gab, was angesprochen werden sollte, waren die Darsteller der Eltern in dieser Arbeit Studenten ohne klare Vorgaben und die Zielsetzung für die „Ärzte“ war nicht die Übermittlung einer Diagnose, sondern ein Abgleich der vorher gewonnenen Informationen über das betreffende Kind.

Auf Grund dieser Unterschiede kann die Differenz in der Gesamtwertung nicht als gravierend betrachtet werden und alle drei in der Tabelle dargestellten Instrumente liegen in etwa auf **dem selben Bewertungsniveau**.

Die größte Differenz bei den Bewertungen der Themenblöcke zeigt sich in Abschnitt D - Informationsübermittlung mit 0,67 Skaleneinheiten. Dies lässt sich dadurch erklären, dass in Abschnitt D zwei neue Items, die Frage nach Wiederholungen und Zusammenfassungen (Item 12 - Mittelwerte: Rater 1: 2,50; Rater 2: 3,40; Rater 3: 3,66) und die Frage nach der Empathie (Item 14 - Mittelwerte: Rater 1: 3,60; Rater 2: 2,33; Rater 3: 2,90) eingefügt wurden. Diese hatten eher wenige gute Bewertungen zur Folge.

Die Standardabweichungen liegen bei allen drei Skalen in etwa im selben Bereich: AGBS zwischen 0,35 und 0,86, mAGBS - Eltern zwischen 0,37 und 0,57, mAGBS - Jugendliche zwischen 0,40 und 0,60. Das heißt, alle decken ein **ähnliches Intervall** der Skala ab.

Vergleich - Reliabilität

Cronbach's Alpha

	Cronbach's Alpha
mAGBS - Eltern (Braun)	0,84
mAGBS - Jugendliche (Englmeier)	0,85
AGBS (Wand et al.)	0,88
BAS (Miller et al.)	0,93

Tabelle 16 - Vergleich von Cronbach's Alpha - AGBS-Versionen

Die interne Konsistenz aller aufgeführten Instrumente liegt in einem guten bis sehr guten Bereich.

Intra-Klassen-Korrelation

Vergleich der Übereinstimmung der Beurteiler mit Hilfe der Intra-Klassen-Korrelation (ICC_{avg})			
Themenblock	mAGBS-Eltern	mAGBS-Jugendliche	AGBS (Wand et al.)
Gesamtbewertung	0,84	0,82	0,86
A - Gesprächsbeginn	0,78	0,92	0,94
B - Befund/Nachricht überbringen	0,65	0,78	0,81
C - Bedenken/Sorgen herausfinden	0,71	0,65	0,63
D - Informationsübermittlung	0,76	0,77	0,61
E - Allgemeine Aspekte	0,90	0,81	0,76

Tabelle 17 - Vergleich der Intra-Klassen-Korrelation - AGBS-Versionen

Die Intra-Klassen-Korrelation für die mAGBS - Eltern Gesamtbewertung liegt mit $ICC_{avg}=0,84$ sehr nahe an der ICC_{avg} der mAGBS-Jugendliche (0,82) und der ursprünglichen AGBS (0,86). Wie in den beiden anderen Instrumenten finden sich die sehr hohen Werte für die Intra-Klassen-Korrelation in den Themenblöcken A - Gesprächsbeginn und E - Allgemeine

Überlegungen. Dies liegt wahrscheinlich an der besseren Operationalisierbarkeit von einzelnen Items in diesen Abschnitten. So findet sich in Abschnitt A die Frage nach der geeigneten Umgebung und die Frage nach der angemessenen Begrüßung. Beide lassen wenig Spielraum für Interpretationen, sondern haben sehr harte Kriterien (Hat der Arzt den Patienten/die Eltern begrüßt?, Hat der Arzt den Schreibtisch aufgeräumt? Etc...).

Die Stärke der mAGBS-Eltern zeigt sich vor allem in den Themenblöcken C - Bedenken des Patienten herausfinden, D - Informationsübermittlung und E - Allgemeine Überlegungen. In Abschnitt E wurde aus der AGBS das Item zum Thema psychosoziale Aspekte und das Item zu den angesprochenen Schlüsselbereichen entfernt, unter anderem weil sie nicht gut greifbar erschienen. Eventuell lässt sich dadurch die Stärke der mAGBS-Eltern in Abschnitt E erklären. Auch in Abschnitt D wurden zwei neue Items, die Frage nach Wiederholungen und Zusammenfassungen (Item 12) und die Frage nach Empathie (Item 14) eingeführt, was auch hier den etwas besseren Wert erklären könnte.

In Themenblock B - Den Befund überbringen schneidet die mAGBS-Eltern mit 0,65 deutlich schwächer ab als die mAGBS-Jugendliche mit 0,78 und die AGBS mit 0,81. Ein Grund hierfür könnten die beiden entfernten Items „Warnschuss“ und „Angemessene Pause nach dem Überbringen der Nachricht“ sein, die sich aber nicht ohne Weiteres auf die Arzt-Eltern-Gesprächssituation übertragen ließen.

Der Hauptgrund aber für die vorhandenen Unterschiede dürfte nicht etwa in den Veränderungen der Skala liegen, sondern vielmehr in der unterschiedlichen Gesprächssituation zu suchen sein, die auszuwerten war. Die Darsteller setzen andere Akzente, was sich auch in der Bewertung der Skala niederschlägt.

Trotz der vorhandenen Unterschiede weisen die Reliabilitätswerte der einzelnen Skalen auf vergleichbar gute Qualität hin.

Vergleich - Varianzanalyse

Vergleich der AGBS/BAS Versionen in Bezug auf Anteile verschiedener Einflussfaktoren auf die Bewertung					
mAGBS-Eltern Varianzanalyse					
	Leistung des Probanden	Inhomogenität der Ratermittelwerte	p-Wert	Interaktion Rater/Arzt	p-Wert
Gesamt	50,5%	33,8%	0,000	15,7%	0,090
Block A - Einleitung des Gesprächs	66,5%	4,8%	0,011	28,7%	0,988
Block B - Den Befund überbringen	37,1%	36,6%	0,000	26,3%	1,000
Block C - Bedenken des Patienten	49,5%	22,1%	0,000	28,4%	0,247
Block D - Informationsübermittlung	43,6%	35,6%	0,000	20,8%	0,003
Block E - Allgemeine Überlegungen	73,1%	11,8%	0,000	15,1%	0,000
mAGBS-Jugendliche Varianzanalyse (Englmeier)					
Gesamt	72,2%	5,9%	0,001	22,0%	0,912
Block A - Einleitung des Gesprächs	85,0%	1,3%	0,079	13,8%	0,020
Block B - Den Befund überbringen	64,7%	3,3%	0,726	32,0%	0,100
Block C - Bedenken des Patienten	56,4%	10,5%	0,000	33,2%	0,685
Block D - Informationsübermittlung	66,5%	8,7%	0,000	24,9%	0,792
Block E - Allgemeine Überlegungen	70,9%	5,3%	0,002	23,8%	0,002
AGBS Varianzanalyse (Wand et al.)					
Gesamt	77,6%	3,1%	0,000	19,3%	0,791
Block A - Einleitung des Gesprächs	88,5%	1,2%	0,001	10,3%	0,000
Block B - Den Befund überbringen	72,4%	1,2%	0,038	26,4%	0,362
Block C - Bedenken des Patienten	57,3%	0,2%	0,775	42,5%	0,519
Block D - Informationsübermittlung	55,5%	3,5%	0,003	41,1%	0,025
Block E - Allgemeine Überlegungen	66,2%	6,7%	0,000	27,2%	0,981
BAS Varianzanalyse (Miller et al.)					
Gesamt	62,0%	17,0%	n.v.	21,0%	n.v.

Tabelle 18 - Vergleich - Varianzanalyse - AGBS-Versionen und BAS

Zunächst einmal ist hier darauf hinzuweisen, dass es sich bei den einzelnen Themenblöcken nicht um identische Items handelt, sondern wie im Material- und Methodenteil beschrieben, kleinere Veränderungen an den Inhalten stattfanden.

Der Varianzanteil, der in der mAGBS-Eltern auf die Leistung des Probanden zurückzuführen ist, beträgt mit 50,5% weniger als in den anderen Ratingskalen (BAS: 62,0%; AGBS: 77,6%,

mAGBS-Jugendliche: 72,2%). Dies würde isoliert betrachtet für ein weniger gutes Werkzeug zur Gesprächsbeurteilung sprechen. Allerdings kann der systematische Fehler, der durch die Inhomogenität der Ratermittelwerte erklärt wird, korrigiert werden. Betrachtet man die beiden Varianzanteile „Leistung des Probanden“ und „Inhomogenität der Ratermittelwerte“ zusammen, erreicht die mAGBS-Eltern mit 84,3% sogar einen geringfügig höheren Wert als die Vergleichsinstrumente (mAGBS-Jugendliche: 78,1%; AGBS: 80,8%; BAS: 79,0%). Alle diese Werte sind als sehr gut einzuschätzen.

In den mAGBS-Eltern ist durchgehend ein hoher Varianzanteil (Gesamtbewertung: 33,8%; Themenblöcke: 4,8% - 36,6%) auf die Inhomogenität der Ratermittelwerte, also den systematischen Fehler, zurückzuführen. Im Vergleich hierzu findet sich in der mAGBS-Jugendliche ein relativ geringer Anteil der Varianz, der auf diesen Effekt zurückzuführen ist, obwohl beide Reliabilitätsstudien mit denselben Ratern durchgeführt wurden. Eine mögliche Erklärung hierfür wäre, neben inhaltlichen Unterschieden, dass die Bewertung der mAGBS-Eltern zeitlich vor der Bewertung der mAGBS-Jugendlichen stattfand und die Rater zu diesem späteren Zeitpunkt den Umgang mit dem Werkzeug „Ratingskala“ bereits besser beherrschten.

Der unsystematische Fehler, also die Interaktion zwischen Rater und Arzt, fiel jedoch in den mAGBS-Eltern geringer aus als in allen Vergleichswerkzeugen. Dieser betrug mit 15,7% in der Gesamtwertung weniger als mit 19,3% in der Gesamtwertung der AGBS, 21,0 % in der Gesamtwertung der BAS und 22,0% in der mAGBS-Jugendliche. Die Interaktion Rater-Arzt betrug maximal 28,67% in einem der Themenblöcke (Block A - Einleitung des Gespräches), welcher der Themenblock ist, der bei den anderen Versionen der AGBS die geringste Interaktion zeigte (AGBS: 10,3%; mAGBS-Jugendliche: 13,8%). Dieser Unterschied beruht wahrscheinlich auf der Veränderung oder der unterschiedlichen Anwendbarkeit von Item 3, der Frage nach den Lebensumständen des Gesprächspartners (mit einer Interaktion Rater/Arzt von 30,88% für das einzelne Item), die nicht direkt zur Aufgabenstellung der Arztdarsteller im Arzt-Eltern Szenario gehörte und deshalb möglicherweise sehr unterschiedlich wahrgenommen wurde, ob diese Aufgabe „erfolgreich“ oder „nicht erfolgreich“ erledigt werden konnte.

In allen Versionen der AGBS findet sich der größte unsystematische Fehler in Block C - Bedenken des Patienten/Gesprächspartners herausfinden. Ein Erklärungsversuch hierfür ist,

dass sich die Fragen in diesem Block stark überschneiden und in jedem einzelnen Gespräch sich der Rater erneut überlegen muss, was genau die wichtigsten Befürchtungen der Patienten/des Gesprächspartners sind. Dies sieht jeder Rater in jeder Gesprächssituation wieder unterschiedlich, je nachdem wie der Patient oder Gesprächspartner schauspielerisch dargestellt wird.

Die Varianzanteilsverteilung unterscheidet sich zwar geringfügig von den Vergleichsinstrumenten. Diese Unterschiede erklären sich unter anderem durch die verschiedenen Gesprächssituationen an denen die Werkzeuge getestet wurden. Der Unterschied ist aber vor allem auf den systematischen Fehler zurückzuführen, da einer der Rater (Rater 2) im Vergleich zu den anderen Ratern deutlich besser bewertete. Wäre Rater 2 durch einen anderen Rater ersetzt worden, wäre der Unterschied möglicherweise gar nicht aufgetreten. Wichtiger ist, dass der Varianzanteil, der durch den unsystematischen Fehler erzeugt wurde, sich auf ähnlich niedrigem beziehungsweise sogar auf niedrigerem Niveau befindet als in den Vergleichsinstrumenten.

Dies zeugt von einer ähnlich guten Qualität des Werkzeugs mAGBS-Eltern und generell von einer guten Qualität der Ratingskalen vom BAS/AGBS-Typ.

5.5. Andere Gesprächsanalyseskalen

Roter Interaction Analysis System

Der direkte Vergleich der mAGBS-Eltern mit dem RIAS (siehe Einleitung) ist schwierig, aber sinnvoll. Beide Systeme verfolgen eine gänzlich unterschiedliche Zielsetzung. Das RIAS zielt nicht auf eine Bewertung der Leistung von Gesprächsteilnehmern, sondern konzentriert sich auf Aussagen und Aussagenkomplexe. Genau aus diesem Grund könnte das RIAS sehr nützlich sein, wenn im Rahmen weiterer Arbeiten die genaue Analyse von Gesprächszeiten und Gesprächsanteilen, wie in dieser Arbeit begonnen, weiter ausgeführt wird. Das System findet seinen Platz aber, anders als die mAGBS Werkzeuge, nicht in der Evaluation von Kommunikations-Lehrveranstaltungen und der Bewertung der Teilnehmer.

MAAS-Global

Die MAAS-Global-List ist ein Werkzeug, das für einen sehr ähnlichen Zweck entwickelt wurde wie die mAGBS-Eltern und die anderen AGBS-Versionen. Sie zielt aber direkter auf die Lehre ab. Ein Hauptbestandteil dieses Bewertungswerkzeuges ist der Anamneseteil des Gespräches, der sich fast ausschließlich auf ein Erstgespräch zwischen Arzt und Patient mit körperlichem Leiden beschränkt. Das führt dazu, dass das Instrument in anderen Gesprächssituationen im ärztlichen Alltag nicht mehr einsetzbar ist. Dies trifft in ähnlicher Weise auf die AGBS-Versionen zu. Jedoch erscheinen diese leicht übertragbar auf andere Situationen, wie diese Arbeit und die von Frau Englmeier (mAGBS-Jugendliche) zeigen konnten. Das liegt wahrscheinlich daran, dass in den AGBS mehr allgemeingültige Punkte zur Gesprächsführung abgefragt werden.

Andere

Die oben beschriebenen sind nur eine kleine Auswahl einer Fülle von weiteren Werkzeugen und Checklisten zur Arzt-Patienten-Kommunikation. An dieser Fülle zeigt sich, wie komplex das Thema Kommunikation sein kann, welcher Bedarf nach weiterem Verständnis besteht und welche vielfach unterschiedlichen Herangehensweisen es gibt. Ihren Platz hat die mAGBS-Eltern auf dem noch wenig begangenen Gebiet der Kommunikationsforschung bei der Bewertung des Arzt-Eltern Gespräches im Lehrsetting der Kinder- und Jugendpsychiatrie und auch der Kinder- und Jugendmedizin.

5.6. Methodenkritik und Ausblick

Eine Verbesserung der Reliabilitätstestung könnte dadurch herbeigeführt werden, dass mehr Rater mehr Videoaufnahmen bewerten. Dies ist aber eher eine Frage der vorhandenen Ressourcen und für einen ersten Test eines neu modifizierten Instruments ist die Anzahl von drei Ratern, wie sie hier verwendet wurde, durchaus ausreichend, um Stärken und Schwächen zu identifizieren und gegebenenfalls zu korrigieren. Dies gilt vor allem, da bereits Vorarbeit mit der Erstellung der BAS (Miller, Hope et al. 1999) und der AGBS (Wand, Schildmann et al. 2007) geleistet wurde.

Für die Auswertung der Gesprächsanteile standen zu wenige Gespräche zur Verfügung, um feine Unterschiede erkennen zu können. Der Ansatz, die Videoaufnahmen mit Hilfe einer Software genau auszuwerten, bietet jedoch vielfältige Möglichkeiten, formale und inhaltliche Aspekte der Gesprächsführung in Zusammenschau zu betrachten. Dieser Ansatz sollte unbedingt weiter verfolgt werden.

Die mAGBS-Eltern und die in dieser Arbeit gezeigten Ergebnisse sollten verwendet werden, um diese Skala an einigen wenigen Stellen noch einmal zu überarbeiten, um Reliabilität der ganzen Skala zu gewährleisten. Ein nächster Schritt wäre, einzelne Items stärker zu gewichten (zum Beispiel die Items die nicht-formale Aspekte beurteilen), da verschiedene Aspekte unterschiedlich starke Auswirkungen auf einen guten Eindruck vom Gesprächsverhalten haben können. Eine weitere Möglichkeit ist die Verwendung der mAGBS-Eltern im Wahlfach „Kinder- und Jugendpsychiatrie“, um Inhalte zu vermitteln und die Studenten für verschiedene Kriterien eines guten Gespräches zu sensibilisieren.

Interessant wäre, ob sich die mAGBS-Eltern so modifizieren lässt, dass sie auf eine Reihe von Gesprächssituationen passt, ohne an Reliabilität und Aussagekraft zu verlieren, um ein einfaches, praktikables Werkzeug zu schaffen, das universal einsetzbar ist. Mit dem Ziel Gesprächsverhalten zum Beispiel im Prüfungsrahmen evaluieren zu können.

6. Zusammenfassung

Einleitung

Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung wird zu einem immer wichtigeren Thema in der Forschung sowie in besonderem Maße in der Ausbildung junger Mediziner.

Um einen Teil des Arzt-Patienten-Gesprächsverhaltens besser verstehen zu können, wurde als Modifikation der 2007 in Erlangen entwickelten Aufklärungsgesprächsbewertungsskala (AGBS) im Rahmen dieser Arbeit die „modifizierte Aufklärungsgesprächsbewertungsskala für Arzt-Eltern-Gespräche“ (mAGBS-Eltern) entwickelt. Im Unterschied zu anderen Ansätzen soll versucht werden, die Mehrpersonensituation im Gespräch zu berücksichtigen.

Methodik

Dabei wurden auf strukturierte Art und Weise an verschiedenen Stellen der ursprünglichen Skala Änderungen eingeführt. Diese sollten die Skala so anpassen, dass sie auf die Gesprächssituation „Übermittlung eines psychopathologischen Befundes an die Eltern eines Kindes“ anwendbar ist.

Ergebnisse

Anschließend wurde die neu entwickelte Skala von drei Beurteilern (Ratern) anhand von 30 Videoaufnahmen evaluiert. Inhalt dieser Videoaufnahmen war ein im Rahmen des Wahlfaches „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ an der LMU aufgenommenes Rollenspiel mit oben genannter Gesprächssituation. Studenten aus höheren klinischen Semestern stellten sowohl den Arzt als auch die Eltern dar.

Die bei der Auswertung gewonnenen Daten zeigen eine gute interne Konsistenz (Cronbach's Alpha = 0,84) und eine ebenfalls gute Reliabilität für die Gesamtwertung der mAGBS-Eltern (Intra-Klassen-Korrelation: $ICC_{avg}=0,84$). Dabei weisen verschiedene Themenblöcke der Skala eine unterschiedlich hohe Reliabilität auf.

Die Gesamtwertung der mAGBS-Eltern korreliert bei allen Beurteilern hoch mit der erhobenen globalen Beurteilung der Gespräche (Spearman's ρ liegt zwischen 0,757 und 0,792).

Von allen drei Beurteilern wurde die Skala als leicht erlernbar und praktikabel eingestuft.

Diskussion

Diese Ergebnisse bewegen sich auf einem Niveau, welches gut mit den für die AGBS angegebenen Daten vergleichbar ist. Sie ist bereits jetzt ein für den Unterricht zu Lehr- und Evaluationszwecken anwendbares Instrument, das sicher dazu dienen kann das Verständnis für Arzt-Patienten-Kommunikation zu verbessern.

In einem weiteren Abschnitt dieser Arbeit wurden Gesprächsanteile der Gesprächsteilnehmer genauer betrachtet. Durch die relativ geringe Anzahl und hohe Heterogenität der ausgewerteten Videoaufnahmen ließ sich hieraus zwar keine allgemeingültige Aussage ableiten, sie lieferte aber wertvolle Hinweise für weitere Projekte.

7. Literaturverzeichnis

- Aspegren, K. (1999). "BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine - a review with quality grading of articles." Medical Teacher **21**(6): 563-570.
- Baile, W. F., R. Buckman, et al. (2000). "SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer." Oncologist **5**(4): 302-311.
- Bernzweig, J., J. I. Takayama, et al. (1997). "Gender differences in physician-patient communication. Evidence from pediatric visits." Arch Pediatr Adolesc Med **151**(6): 586-591.
- Bland, J. M. und D. G. Altman (1997). "Cronbach's alpha." BMJ **314**(7080): 572.
- Bliesener, T. und K. K. (1986). Die ärztliche Visite - Chance zum Gespräch. Opladen, Westdeutscher Verlag.
- Brennan, P. und A. Silman (1992). "Statistical methods for assessing observer variability in clinical measures." BMJ **304**(6840): 1491-1494.
- Brunklaus, E. (2002). "Wahrheit am Krankenbett - Ein Seminar zum Thema schlechte Nachrichten mitteilen im Rahmen des Gesamtprojektes Ausbildung kommunikativer Fähigkeiten in der Medizin." Med Ausbildung(19): 97-100.
- Buckman, R. und Y. Kason (1992). How to Break Bad News - A Guide for Health Care Professionals. Toronto, University of Toronto Press.
- Bundesamt, S. (2009). Fachserie 11, R 4.1, WS 2008/2009.
- Bundesärztekammer. (2008). "Arztstatistik 2008."
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat08Abbildungsteil.pdf>.
- Burger, W. (2004). "Der Berliner Reformstudiengang Medizin an der Charité - Erfahrungen der ersten fünf Jahre." Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz(49): 337-343.
- Cahill, P. und A. Papageorgiou (2007). "Video analysis of communication in paediatric consultations in primary care." Br J Gen Pract **57**(544): 866-871.

- Cushing, A. M. und A. Jones (1995). "Evaluation of a breaking bad news course for medical students." Med Educ **29**(6): 430-435.
- Dorfmueller, M. (2001). Die ärztliche Sprechstunde. Landsberg/Lech, ecomed.
- Eid, A., M. Petty, et al. (2009). ""Breaking bad news": standardized patient intervention improves communication skills for hematology-oncology fellows and advanced practice nurses." J Cancer Educ **24**(2): 154-159.
- Englmeier, J. (2010/2011). Dissertation - mAGBS-Jugendliche. München, Ludwig-Maximilians-Universität.
- Fallowfield, L., V. Jenkins, et al. (2002). "Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial." Lancet **359**(9307): 650-656.
- Frank, R., G. Gegenfurtner, et al. (2009). "Was lernen Medizinstudenten im Wahlfach Kinder- und Jugendpsychiatrie?" Z. Kinder-Jugendpsychiatr. Psychother. **37**(2): 129-134.
- Friedrichsen, M. J. und P. M. Strang (2003). "Doctors' strategies when breaking bad news to terminally ill patients." J Palliat Med **6**(4): 565-574.
- Greatbatch, D., C. Heath, et al. (1995). "How do desk-top computers affect the doctor-patient interaction?" Fam Pract **12**(1): 32-36.
- Heath, C., P. Luff, et al. (2007). "Video and qualitative research: analysing medical practice and interaction." Med Educ **41**(1): 109-116.
- Jenkins, V., L. Fallowfield, et al. (2001). "Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres." Br J Cancer **84**(1): 48-51.
- Junger, J. und V. Kollner (2003). "Integration eines Kommunikationstrainings in die klinische Lehre - Beispiele aus den Reformstudiengängen der Universitäten Heidelberg und Dresden." Psychother Psychosom Med Psychol **53**(2): 56-64.
- Kopecky-Wenzel, M., E. M. Maier, et al. (2009). "Überbringen schlechter Nachrichten-- Videogestützte Trainingseinheit für Medizinstudenten." Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother **37**(2): 139-144.

- Kurtz, S. M. und J. D. Silverman (1996). "The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes." Med Educ **30**(2): 83-89.
- Kurtz, S. M., J. D. Silverman, et al. (1998). Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Oxford, Radcliffe Medical Press.
- Kurtz, S. M., J. D. Silverman, et al. (2005). Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Oxford-San Francisco, Radcliffe Publishing.
- Langer, T. und M. Schnell (2009). Editorial - Kommunikation in der Arzt-Patienten Beziehung. Das Arzt-Patient Patient-Arzt Gespräch. T. Langer und M. Schnell (Hrsg.). München, Hans Marseille Verlag GmbH.
- Langewitz, W. A., P. Eich, et al. (1998). "Improving communication skills--a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine." Psychosom Med **60**(3): 268-276.
- Levinson, W., R. Gorawara-Bhat, et al. (2000). "A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings." JAMA **284**(8): 1021-1027.
- Lienert, G. A. (1989). Testaufbau und Testanalyse. Weinheim, Psychologie Verlags Union.
- Lienert, G. A. und A. Raatz (2001). Testanalyse und Testkonstruktion. Weinheim, Beltz.
- Linde A. (2009). Die Arzt-Patient-Beziehung bei somatoformen Störungen - Kapitel 14. Das Arzt-Patient Patient-Arzt Gespräch. T. Langer und M. Schnell (Hrsg.). München, Hans Marseille Verlag GmbH.
- Meredith, C., P. Symonds, et al. (1996). "Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views." BMJ **313**(7059): 724-726.
- Miller, S. J., T. Hope, et al. (1999). "The development of a structured rating schedule (the BAS) to assess skills in breaking bad news." Br J Cancer **80**(5-6): 792-800.
- Ong, L. M., M. R. Visser, et al. (1998). "The Roter Interaction Analysis System (RIAS) in oncological consultations: psychometric properties." Psychooncology **7**(5): 387-401.
- Pringle, M., S. Robins, et al. (1984). "Assessing the consultation: methods of observing trainees in general practice." Br Med J (Clin Res Ed) **288**(6431): 1659-1660.

- Ptacek, J. T. und T. L. Eberhardt (1996). "Breaking bad news. A review of the literature." JAMA **276**(6): 496-502.
- Ramirez, A. J., J. Graham, et al. (1996). "Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work." Lancet **347**(9003): 724-728.
- Rosengren, D. B., B. Hartzler, et al. (2008). "The video assessment of simulated encounters-revised (VASE-R): reliability and validity of a revised measure of motivational interviewing skills." Drug Alcohol Depend **97**(1-2): 130-138.
- Roter, D. L. und S. Larson (2002). "The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions." Patient Educ Couns **46**(4): 243-251.
- Roter, D. L., M. Stewart, et al. (1997). "Communication patterns of primary care physicians." JAMA **277**(4): 350-356.
- Schildmann, J., J. Harlein, et al. (2006). "Breaking bad news: evaluation study on self-perceived competences and views of medical and nursing students taking part in a collaborative workshop." Support Care Cancer **14**(11): 1157-1161.
- Schildmann, J., E. Herrmann, et al. (2005). ""Wahrheit am Krankenbett"--Eine ärztliche Fortbildungsveranstaltung zum Überbringen schlechter Nachrichten." Z Ärztl Fortbild Qualitätssich **99**(7): 443-447.
- Schildmann, J. und E. Schildmann (2009). Das Überbringen einer schlechten Nachricht, Kapitel 7. Das Arzt-Patient Patient-Arzt Gespräch. T. Langer und M. Schnell (Hrsg.). München, Hans Marseille Verlag GmbH.
- Schmid Mast, M., A. Kindlimann, et al. (2005). "Recipients' perspective on breaking bad news: how you put it really makes a difference." Patient Educ Couns **58**(3): 244-251.
- Schnell, W. und T. Langer (2009). Arzt-Patient-Kommunikation im Medizinstudium - Kapitel 16. Das Arzt-Patient Patient-Arzt Gespräch. W. Schnell und T. Langer (Hrsg.). München, Hans Marseille Verlag GmbH.
- Schwantes, U. (2009). Der "schwierige Patient", Kapitel 13. Das Arzt-Patient Patient-Arzt Gespräch. T. Langer und M. Schnell (Hrsg.). München, Hans Marseille Verlag GmbH.
- Silverman, J. D., S. M. Kurtz, et al. (1998). Skills for Communicating with Patients. Oxford, Radcliffe Medical Press.

- Street, R. L., Jr. (2002). "Gender differences in health care provider-patient communication: are they due to style, stereotypes, or accommodation?" Patient Educ Couns **48**(3): 201-206.
- Theadom, A., S. de Lusignan, et al. (2003). "Using three-channel video to evaluate the impact of the use of the computer on the patient-centredness of the general practice consultation." Inform Prim Care **11**(3): 149-156.
- Thomsen, O. O., H. R. Wulff, et al. (1993). "What do gastroenterologists in Europe tell cancer patients?" Lancet **341**(8843): 473-476.
- Van Dalen, J., C. J. Prince, et al. (1998). "Evaluating Communication Skills." Adv Health Sci Educ Theory Pract **3**(3): 187-195.
- Van der Pasch, M. und P. F. Verhaak (1998). "Communication in general practice: recognition and treatment of mental illness." Patient Educ Couns **33**(2): 97-112.
- van Thiel, J., H. F. Kraan, et al. (1991). "Reliability and feasibility of measuring medical interviewing skills: the revised Maastricht History-Taking and Advice Checklist." Med Educ **25**(3): 224-229.
- van Thiel, J., P. Ram, et al. (2000). "MAAS-Global 2000." Maastricht University, Netherlands.
- Wand, S., J. Schildmann, et al. (2007). "Die Aufklärungsgesprächbewertungsskala (AGBS): Ein Instrument zur Bewertung kommunikativer Kompetenzen bei der Aufklärung von Patienten über Tumorerkrankungen." Z Ärztl Fortbild Qualitätssich **101**(10): 645-651.
- Weber, M., E. Bohler, et al. (2003). "Kann Kommunikation mit unheilbar kranken Patienten gelehrt werden? Evaluation eines Kursmodells." Med Klin (München) **98**(9): 477-483.
- Wikipedia. (2009). "Cronbach's Alpha." http://de.wikipedia.org/wiki/Cronbachs_Alpha.
- Wikipedia. (2009). ""Intra-Klassen-Korrelation"." <http://de.wikipedia.org/wiki/Intra-Klassen-Korrelation>.
- Wirtz, M. und F. Caspar (2002). Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität. Göttingen, Hogrefe.

Xeroulis, G. J., J. Park, et al. (2007). "Teaching suturing and knot-tying skills to medical students: a randomized controlled study comparing computer-based video instruction and (concurrent and summary) expert feedback." Surgery **141**(4): 442-449.

Yedidia, M. J., C. C. Gillespie, et al. (2003). "Effect of communications training on medical student performance." JAMA **290**(9): 1157-1165.

Zick, A., M. Granieri, et al. (2007). "First-year medical students' assessment of their own communication skills: a video-based, open-ended approach." Patient Educ Couns **68**(2): 161-166.

8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 - Zeitplan des Wahlfaches Kinder- und Jugendpsychiatrie (Frank et al. 2009)	25
Tabelle 2 - Gesprächszeit.....	55
Tabelle 3 - Ratingdauer.....	56
Tabelle 4 – Wertungen in den Themenblöcken und Gesamtbewertung nach Ratern aufgeschlüsselt	58
Tabelle 5 - Gesamtbewertung nach Ratern und Videos aufgeschlüsselt.....	59
Tabelle 6 - Ergebnisse des Ratings.....	61
Tabelle 7 - Trennschärfe der Items.....	71
Tabelle 8 - Varianzanalyse und unjustierte zufällige Intra-Class-Correlation - Einzelheiten ...	72
Tabelle 9 - Varianzanalyse und unjustierte zufällige Intra-Klassen-Korrelation	73
Tabelle 10 - Videoaufnahmen zur Analyse mit Interact in Bezug auf hohe und niedrige Bewertung	77
Tabelle 11 - Videoaufnahmen zur Analyse mit Interact in Bezug auf den Vergleich männlich/weiblich	77
Tabelle 12 - Gesprächsanteile in gut und weniger gut bewerteten Videos im Vergleich.....	78
Tabelle 13 - Gesprächsanteile im Geschlechtervergleich	78
Tabelle 14 - Formeller Vergleich der mAGBS-Eltern mit mAGBS-Jugendliche, AGBS und BAS	100
Tabelle 15 - Vergleich der vergebenen Bewertungen - AGBS-Versionen	103
Tabelle 16 - Vergleich von Cronbach's Alpha - AGBS-Versionen.....	104
Tabelle 17 - Vergleich der Intra-Klassen-Korrelation - AGBS-Versionen.....	104
Tabelle 18 - Vergleich - Varianzanalyse - AGBS-Versionen und BAS.....	106

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Entwicklung der Bewertungsskala.....	28
Abbildung 2 - Entwicklungsschritte von der AGBS zur mAGBS-Eltern im Überblick	29
Abbildung 3 - Empathische Äußerung	34
Abbildung 4 - Abschnitte der mAGBS-Eltern	38
Abbildung 5 - Aufbau und Ablauf der Raterschulung	40
Abbildung 6 - Ausschluss von Videoaufnahmen	48
Abbildung 7 - Geschlechterverteilung Arztrolle - Histogramm	50
Abbildung 8 - Geschlechterverteilung Vaterrolle - Histogramm	50
Abbildung 9 - Geschlechterverteilung Mutterrolle - Histogramm.....	50
Abbildung 10 - Rollenidentifikation - Histogramm	51
Abbildung 11 - Sprachliche Probleme - Histogramm.....	51
Abbildung 12 - Tonqualität - Histogramm	53
Abbildung 13 - Bildqualität - Histogramm	53
Abbildung 14 - Abgeschnittener Anfang - Histogramm.....	53
Abbildung 15 - Abgeschnittenes Ende - Histogramm	54
Abbildung 16 - Mehr als 15 Sekunden fehlen - Histogramm.....	54
Abbildung 17 - Störfaktoren - Histogramm	54
Abbildung 18 - Gesprächszeit	55
Abbildung 19 - Ratingdauer	56
Abbildung 20 - Anzahl der Unterbrechungen - Histogramm	57
Abbildung 21 - Gesamtbewertung der einzelnen Gespräche nach Ratern	58
Abbildung 22 - Bewertung - Geeignete Umgebung - Item 1 - Histogramm	62
Abbildung 23 - Bewertung - Angemessene Begrüßung - Item 2 - Histogramm	62
Abbildung 24 - Bewertung - Lebensumstände - Item 3 - Histogramm	62
Abbildung 25 - Bewertung - Vorwissen - Item 4 - Histogramm	63
Abbildung 26 - Bewertung - Verständliche Sprache - Item 5 - Histogramm	63
Abbildung 27 - Bewertung - Angepasstes Tempo - Item 6 - Histogramm	63
Abbildung 28 - Bewertung - Fragenaufforderung - Item 7 - Histogramm	64
Abbildung 29 - Bewertung - Befürchtungen erfassen - Item 8 - Histogramm.....	64
Abbildung 30 - Bewertung - Wichtige Befürchtungen - Item 9 - Histogramm	64

Abbildung 31 - Bewertung - Informationen den Befürchtungen angepasst - Item 10 - Histogramm	65
Abbildung 32 - Bewertung - Strukturiert/Verständnis - Item 11 - Histogramm	65
Abbildung 33 - Bewertung - Wiederholungen und Zusammenfassungen - Item 12 - Histogramm	65
Abbildung 34 - Bewertung - Positive Aspekte - Item 13 - Histogramm	66
Abbildung 35 - Bewertung - Empathie - Item 14 - Histogramm.....	66
Abbildung 36 - Bewertung - Faktisch korrekt - Item 15 - Histogramm	66
Abbildung 37 - Bewertung - Beiseite stehen - Item 16 - Histogramm	67
Abbildung 38 - Bewertung - Körpersprache - Item 17 - Histogramm	67
Abbildung 39 - Bewertung - Einbeziehung beider Eltern - Item 18 - Histogramm	67
Abbildung 40 - Bewertung - Unbeholfenheit - Item 19 - Histogramm.....	68
Abbildung 41 - Bewertung - Gesprächstempo - Item 20 - Histogramm	68
Abbildung 42 - Bewertung - Beenden - Item 21 - Histogramm.....	68
Abbildung 43 - Bewertung - Globale Einschätzung - Arzt - Item 22 - Histogramm	69
Abbildung 44 - Bewertung - Globale Einschätzung - Patienten - Item 23 - Histogramm.....	69
Abbildung 45 - Korrelation globaler Einschätzung und strukturierter Beurteilung - Rater 1 ..	75
Abbildung 46 - Korrelation globaler Einschätzung und strukturierter Beurteilung - Rater 2 ..	75
Abbildung 47 - Korrelation globaler Einschätzung und strukturierter Beurteilung - Rater 3 ..	76
Abbildung 48 - Beispielhafter Ausschnitt aus Interact zu Video E18 Abschnitt 1	79

10.ANHANG

10.1. mAGBS-Eltern-Manual

29.01.2009

mAGBS - Eltern

Manual zur Verwendung der modifizierten
Aufklärungsgespräch-Bewertungsskala - Arzt-
Eltern-Gespräch

Robert Braun

Einführung

Dieses Manual enthält Bewertungskriterien für die Beurteilung von Arzt-Eltern-Gesprächen, in denen Eltern über den Befund zu einer Entwicklungsverzögerung ihres Kindes ausgeklärt werden.

Das Manual ist angelehnt an die Aufklärungsgespräch-Bewertungsskala (Wand, Schildmann et al. 2007). Die Skala wurde jedoch entsprechend den Bedürfnissen für das Arzt-Eltern-Gespräch modifiziert.

Die Bewertung der einzelnen Fragen muss nicht chronologisch erfolgen. Bitte beantworten Sie alle genannten Fragen zu jedem Interview und sehen Sie sich zu diesem Zweck die Videoaufzeichnungen ggf. mehrfach an. Versuchen Sie, die genannten Kriterien bestmöglich auf die einzelnen Videos anzuwenden. In Einzelfällen kann es jedoch notwendig sein, dass Sie von den hier genannten Bewertungskriterien abweichen.

Sollten Sie im Verlauf der Bewertung auf Schwierigkeiten im Bezug auf die Anwendung der mAGBS-Eltern stoßen, notieren Sie dies bitte in einem kleinen Vermerk auf dem Bewertungsbogen.

Inhaltsverzeichnis

Einführung	123
A. Einleitung des Gesprächs/Gesprächsbeginn/Rahmungebung:	126
1. Wie gut ist es dem Arzt gelungen, eine geeignete Umgebung für das Gespräch zu schaffen?	127
2. Hat der Arzt die Eltern angemessen begrüßt und sich vorgestellt?.....	128
3. Hat sich der Arzt zu Beginn des Gespräches nach den momentanen Lebensumständen der Eltern erkundigt?	129
B. Den Befund überbringen:	130
4. Hat der Arzt erfragt, wie viel die Eltern bereits wissen, bevor er den Befund durchgesprochen hat?	131
5. Hat der Arzt beim Überbringen des Befundes eine verständliche Sprache verwendet und den Eltern die Entscheidung überlassen wie detailliert über den Sachverhalt gesprochen wird?	132
6. Hat der Arzt die Nachricht in einem angemessenen Tempo und an die Aufnahmefähigkeit der Eltern angepasst überbracht?	133
C. Bedenken der Eltern herausfinden:	134
7. Hat der Arzt die Eltern eingeladen Fragen zu stellen?	135
8. Hat der Arzt versucht die Befürchtungen der Eltern zu erfassen?.....	136
9. Hat der Arzt erfasst welche Befürchtungen im Zusammenhang mit der Entwicklungsverzögerung für die Eltern am wichtigsten sind?.....	137
D. Informationsübermittlung:.....	138
10. Waren die vom Arzt übermittelten Informationen den von den Eltern genannten Fragen bzw. Bedenken angepasst?	139
11. Hat der Arzt die Informationen strukturiert vermittelt und sich vergewissert, dass die Eltern die Informationen verstanden haben?.....	140
12. Benutzt der Arzt Wiederholungen und Zusammenfassungen?	141
13. Hat der Arzt es geschafft, das Augenmerk auf positive Aspekte zu lenken?	142
14. Hat der Arzt Empathie gezeigt? Zur Definition siehe (Baile, Buckman et al. 2000)	143
15. War der Inhalt des Gespräches faktisch korrekt?	144
E. Allgemeine Überlegungen:	145
16. Hat der Arzt es geschafft den Eltern während des Gespräches hilfreich zur Seite zu stehen?	146
17. Hat der Arzt sich während des Gespräches einer angemessenen Körpersprache bedient?	147
18. Hat der Arzt während des Gespräches beide Elternteile miteinbezogen?	148
19. Hat es der Arzt während des Gespräches vermieden unbeholfen zu wirken?	149

20.	Hat der Arzt - bezogen auf das gesamte Gespräch - ein angemessenes Gesprächstempo eingehalten?.....	150
21.	Hat der Arzt das Gespräch rechtzeitig und angemessen beendet?	151
F.	Globale Einschätzungen des Raters:.....	152
22.	Globaler Eindruck des Raters - Hat der Arzt das Gespräch gut geführt?	153
23.	Globaler Eindruck des Raters - Wurden die Eltern/Patienten gut dargestellt?	154

A. Einleitung des Gespräches/Gesprächsbeginn/Rahmumgebung:

Dieser Abschnitt betrifft die Fähigkeit des Arztes *vor dem inhaltlichen Hauptteil des Gespräches* einen guten Kontakt mit den Eltern herzustellen. Dies kann erreicht werden durch die Schaffung einer Umgebung, die eine persönliche und angenehme Kommunikation ermöglicht, indem der Arzt sich vorstellt und Interesse an der individuellen Situation seiner Gesprächspartner zeigt.

1. Wie gut ist es dem Arzt gelungen, eine geeignete Umgebung für das Gespräch zu schaffen?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

1 = Der Arzt...

- a) hat für ausreichend Sitzgelegenheiten für die Eltern gesorgt **und**
- b) hat den Tisch geordnet bzw. leergeräumt **und**
- c) wirkt gepflegt, ordentlich und angemessen gekleidet

2 = zwei der oben genannten Verhaltensweisen

3 = eine der oben genannten Verhaltensweisen

4 = etwaige Verhaltensweisen, die eine Gestaltung der Szene erkennen lassen

5 = keinerlei Verhaltensweisen, die eine Gestaltung der Szene erkennen lassen

2. Hat der Arzt die Eltern angemessen begrüßt und sich vorgestellt?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

1 = Der Arzt hat

- a) die Eltern mit Namen oder „die Eltern von“ begrüßt/sich nach der Identität der Eltern erkundigt **und**
- b) sich selbst mit Namen vorgestellt **und**
- c) eine kurze Beschreibung seiner beruflichen Rolle/Stellung gegeben **und**
- d) den Eltern einen Sitzplatz angeboten / Die Eltern haben sich von selbst gesetzt.

2 = drei der Verhaltensweisen von a-d

3 = zwei der Verhaltensweisen von a-d

4 = eine der Verhaltensweisen von a-d

5 = keine der genannten Verhaltensweisen

3. Hat sich der Arzt zu Beginn des Gespräches nach den momentanen Lebensumständen der Eltern erkundigt?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

1 = Der Arzt hat

- a) sich über das Leben zu Hause mit dem Kind („Wie geht es Ihnen mit?“) erkundigt **und**
- b) sich nach (möglichen) Geschwistern des Kindes erkundigt **und**
- c) bei diesen Fragen einen offenen Fragetypus verwendet **und**
- d) den Eltern Zeit gelassen, ihre Schilderung auszuführen.

2 = drei der Verhaltensweisen von a-d

3 = zwei der Verhaltensweisen von a-d

4 = eine der Verhaltensweisen von a-d

5 = Der Arzt hat sich gar nicht nach den momentanen Lebensumständen der Eltern erkundigt.

B. Den Befund überbringen:

Dieser Abschnitt fokussiert auf die Fähigkeit des Arztes, beim Überbringen des Befundes aufmerksam für die Perspektive der Eltern zu sein (das Schaffen eines guten Kontakts zwischen Arzt und Eltern wird im vorhergehenden Abschnitt bewertet). Wie viel Information die Eltern gerne möchten, mag abhängig davon sein, wie viel die Eltern bereits wissen. Einzelne Elternpaare können sich hinsichtlich ihres Informationsbedarfs im Gespräch und der Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung unterscheiden.

4. Hat der Arzt erfragt, wie viel die Eltern bereits wissen, bevor er den Befund durchgesprochen hat?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

1 = Der Arzt hat

- a) die Eltern gefragt, wie sie ihr Kind einschätzen, bzw. was sie über den Zustand wissen (*dieses Kriterium wird zugunsten des Arztes gewertet, wenn die Eltern von sich aus berichtet haben, wie viel sie über den Zustand ihres Kindes wissen bzw. explizites Unwissen äußern „Was ist denn los?“ o.ä.*) **und**
- b) sichergestellt, dass er die Perspektive der Eltern (z.B. Erwartungen, Befürchtungen, die mit dem Informationsstand assoziiert sind) zu diesem Zeitpunkt des Gespräches erfasst **und**
- c) sich rückversichert, ob die Eltern eine Vorstellung bezüglich des Inhalts und möglicher Ergebnisse des Gespräches haben.

2 = a **und** b **oder** c

3 = a **oder** b **oder** c

4 = Der Arzt hat andeutungsweise Kenntnisstand/Perspektive der Eltern vorher erfasst beziehungsweise eine Zusammenfassung des bisher Geschehenen gegeben.

5 = Der Arzt hat Kenntnisstand/Perspektive der Eltern vorher überhaupt nicht erfasst.

5. Hat der Arzt beim Überbringen des Befundes eine verständliche Sprache verwendet und den Eltern die Entscheidung überlassen wie detailliert über den Sachverhalt gesprochen wird?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

1 = Der Arzt hat

- a) Laien-Begriffe benutzt, bzw. verwendete Fachbegriffe auf eigene Initiative erläutert **und**
- b) Fachtermini auf Nachfrage verständlich erläutert **und**
- c) durch Rückfragen sichergestellt, dass die Eltern die im Gespräch verwendeten Begriffe verstehen **und**
- d) auf eigene Initiative die Eltern gefragt, ob sie detailliertere Informationen möchten, bevor er spezifischer wurde.

2 = a und zwei weitere Verhaltensweisen von b-d

3 = a und eine weitere Verhaltensweise von b-d

4 = eine Verhaltensweise von a-d

5 = keine der unter a-d genannten Verhaltensweisen

6. Hat der Arzt die Nachricht in einem angemessenen Tempo und an die Aufnahmefähigkeit der Eltern angepasst überbracht?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

1 = Der Arzt hat

- a) die Information in einer angemessenen Geschwindigkeit überbracht **und**
- b) Gesprächspausen gemacht **und**
- c) das Verständnis der überbrachten Informationen auf Elternseite erfragt **und**
- d) die Eltern gefragt, wie viele Informationen sie möchten.

2 = drei der Verhaltensweisen von a-d

3 = zwei der Verhaltensweisen von a-d

4 = eine der Verhaltensweisen von a-d

5 = keine der Verhaltensweisen von a-d

C. Bedenken der Eltern herausfinden:

Dieser Abschnitt fokussiert auf die Fähigkeit des Arztes, aktiv zu versuchen, eine klare Vorstellung davon zu bekommen, welche persönlichen Folgen der Befund für die Eltern hat, was er für sie bedeutet und welche Befürchtungen diese Informationen bei den Eltern hervorrufen.

7. Hat der Arzt die Eltern eingeladen Fragen zu stellen?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

1 = Der Arzt hat die Eltern mehrfach verbal und nonverbal (z.B: durch Pausen, Gestik) eingeladen Fragen zu stellen.

2 = Der Arzt hat (ausschließlich) am Ende des Gespräches die Eltern verbal eingeladen Fragen zu stellen.

3 = Der Arzt hat es durch ein angemessenes Gesprächstempo den Eltern ermöglicht Zwischenfragen zu stellen.

4 = Der Arzt hat den Eltern keine Möglichkeit gegeben Fragen zu stellen.

5 = Der Arzt hat Fragen der Eltern ignoriert.

8. Hat der Arzt versucht die Befürchtungen der Eltern zu erfassen?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

1 = Der Arzt hat wiederholt (mindestens eine Nachfrage) die Eltern nach ihren Befürchtungen befragt.

2 = Der Arzt hat die Eltern einmal nach ihren Befürchtungen gefragt.

3 = Der Arzt hat es trotz fehlender direkter Nachfrage geschafft die Befürchtungen der Eltern zu erfassen.

4 = Der Arzt hat die Eltern nicht nach ihren Befürchtungen befragt und es nicht anderweitig geschafft die Befürchtungen der Eltern zu erfassen.

5 = Der Arzt hat auf die von den Eltern genannten Befürchtungen nicht reagiert.

9. Hat der Arzt erfasst welche Befürchtungen im Zusammenhang mit der Entwicklungsverzögerung für die Eltern am wichtigsten sind?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

1 = Der Arzt hat die Eltern wiederholt (mind. 1 Nachfrage) gefragt welche Befürchtungen im Zusammenhang mit diesem Gespräch wichtig seien.

2 = Der Arzt hat die Eltern einmal gefragt, welche Befürchtungen im Zusammenhang mit diesem Gespräch wichtig seien.

3 = Der Arzt hat die wichtigste Befürchtung mit den Eltern im Verlauf des Gespräches besprochen ohne explizit danach zu fragen.

4 = Die für die Eltern wichtigste Sorge wurde im Verlauf des Gespräches nicht erörtert.

5 = Der Arzt hat die von den Eltern im Gespräch genannte wichtigste Sorge ignoriert.

D. Informationsübermittlung:

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit Aspekten der Informationsübermittlung, die nicht unmittelbar das Überbringen des Befundes betreffen.

10. Waren die vom Arzt übermittelten Informationen den von den Eltern genannten Fragen bzw. Bedenken angepasst?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

1 = Der Arzt hat

- a) Informationen während des gesamten Gespräches in einer Art und Weise gegeben, die sich auf die von den Eltern geäußerten Sorgen bezogen **und**
- b) die Fragen der Eltern vollständig beantwortet (bzw. zugesagt, die Fragen zu einem späteren Zeitpunkt beantworten zu können).

2 = a **oder** b

3 = Der Arzt hat auf die Fragen teilweise geantwortet, bzw. sich teilweise auf die Sorgen der Eltern bezogen.

4 = Der Arzt hat die Fragen der Eltern andeutungsweise beantwortet, bzw. die Sorgen der Eltern andeutungsweise behandelt.

5 = Der Arzt hat die Fragen der Eltern ignoriert, bzw. die ausgesprochenen Sorgen der Eltern nicht angemessen behandelt.

11. Hat der Arzt die Informationen strukturiert vermittelt und sich vergewissert, dass die Eltern die Informationen verstanden haben?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

1 = Der Arzt hat

- a) die Informationen in einer strukturierten Form übermittelt **und**
- b) überprüft, ob die Eltern die Informationen verstanden haben **und**
- c) die überbrachten Informationen für die Eltern strukturiert zusammengefasst.

2 = zwei der Verhaltensweisen von a-c

3 = eine der Verhaltensweisen von a-c

4 = Ansätze von a **oder** b **oder** c erkennbar

5 = keine Ansätze von a oder b oder c erkennbar

12. Benutzt der Arzt Wiederholungen und Zusammenfassungen?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

1 = Der Arzt...

- a) fasst einzelne Gesprächsabschnitte zusammen.
- b) Wiederholt sich trotzdem nicht zu oft (außer auf Nachfrage der Eltern)
- c) gibt eine abschließende kurze Zusammenfassung am Ende des Gesprächs

2 = a und (b oder c)

3 = b und c

4 = a oder b oder c

5 = Weder a noch b noch c

13. Hat der Arzt es geschafft, das Augenmerk auf positive Aspekte zu lenken?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

1 = Der Arzt hat

- a) Den bisherigen den Befund auf eine positive Art dargestellt **und**
- b) eine gute Balance zwischen der Darstellung von positiven und negativen Aspekten eingehalten **und**
- c) es geschafft, korrekte Informationen über den Befund zu geben ohne die Hoffnung zu nehmen.

2 = zwei der Kriterien von a-c

3 = eines der Kriterien von a-c

4 = Ansätze von a **oder b oder c** erkennbar

5 = keine Ansätze von a oder b oder c erkennbar

14. Hat der Arzt Empathie gezeigt? Zur Definition siehe (Baile, Buckman et al. 2000)

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

1 = Der Arzt zeigt mehrfach beiden Elternteilen gegenüber Empathie.

2 = Der Arzt zeigt 2-3 mal (in der Summe) beiden Elternteilen gegenüber Empathie.

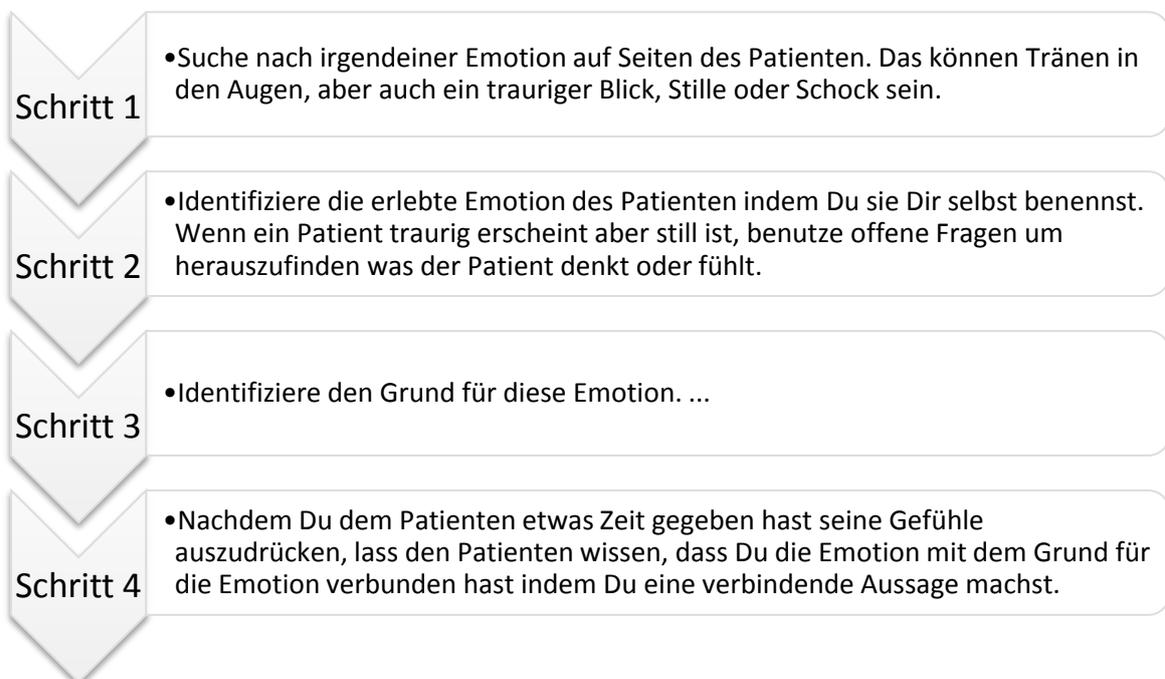
3 = Der Arzt zeigt einmal Empathie und zeigt anders dass er die Reaktionen und Handlungsweisen der Eltern versteht.

4 = Der Arzt zeigt zwar keine Empathie zeigt aber anders dass er die Reaktionen und Handlungsweisen der Eltern versteht.

5 = Der Arzt zeigt keine Empathie und zeigt auch nicht anders dass er die Reaktionen und Handlungsweisen der Eltern versteht.

Um eine genaue Definition der Empathie unabhängig vom Verständnis des Raters des Konstrukts „Empathie“ zu haben wird in der Fragestellung auf die von (Baile, Buckman et al. 2000) und (Ptacek und Eberhardt 1996) verwendete Beschreibung hingewiesen:

Eine empathische Äußerung besteht aus vier Schritten (Ptacek und Eberhardt 1996):



15. War der Inhalt des Gespräches faktisch korrekt?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

1 = Der Arzt hat

- a) alle erwähnten Informationen faktisch korrekt übermittelt **oder**
- b) Unsicherheit oder fehlendes Wissen eingeräumt und in Aussicht gestellt die offenen Fragen entsprechend zu klären.

2 = vereinzelt falsche Aussagen **oder** vereinzelt ungerechtfertigten Optimismus/voreilige Beruhigung/ungerechtfertigte Skepsis vermittelt.

3 = teilweise falsche Aussagen **oder** teilweise ungerechtfertigten Optimismus/voreilige Beruhigung/ungerechtfertigte Skepsis vermittelt.

4 = mehrfach falsche Aussagen **oder** mehrfach ungerechtfertigten Optimismus/voreilige Beruhigung/ungerechtfertigte Skepsis vermittelt.

5 = überwiegend falsche Aussagen **oder** überwiegend ungerechtfertigten Optimismus/voreilige Beruhigung/ungerechtfertigte Skepsis vermittelt.

E. Allgemeine Überlegungen:

Die folgenden Punkte beziehen sich auf das Gespräch als Ganzes.

16. Hat der Arzt es geschafft den Eltern während des Gespräches hilfreich zur Seite zu stehen?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

1 = Der Arzt hat während des gesamten Gespräches emotionale Unterstützung gezeigt, den Eltern vermittelt, dass ihm das Gespräch ein wichtiges Anliegen ist und einen persönlichen Eindruck von Stärke und Unterstützung vermittelt.

2 = Der Arzt hat während des überwiegenden Verlaufs des Gespräches emotionale Unterstützung gezeigt, den Eltern vermittelt, dass ihm das Gespräch ein wichtiges Anliegen ist und einen persönlichen Eindruck von Stärke und Unterstützung vermittelt.

3 = Der Arzt hat teilweise emotionale Unterstützung gezeigt, teilweise den Eltern vermittelt, dass ihm das Gespräch ein wichtiges Anliegen ist und teilweise einen persönlichen Eindruck von Stärke und Unterstützung vermittelt.

4 = Der Arzt hat andeutungsweise emotionale Unterstützung gezeigt, andeutungsweise den Eltern vermittelt, dass ihm das Gespräch ein wichtiges Anliegen ist und andeutungsweise einen persönlichen Eindruck von Stärke und Unterstützung vermittelt.

5 = Der Arzt hat keine emotionale Unterstützung gezeigt, den Eltern nicht vermittelt, dass ihm das Gespräch ein wichtiges Anliegen ist und keinen persönlichen Eindruck von Stärke und Unterstützung vermittelt.

17. Hat der Arzt sich während des Gespräches einer angemessenen Körpersprache bedient?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

1 = Der Arzt hat während des gesamten Gesprächsverlaufs ein angemessenes Maß an interessiertem Blickkontakt gehalten und eine das Gespräch unterstützende Gestik verwendet.

2 = Der Arzt hat während des größten Teil des Gesprächsverlaufs ein angemessenes Maß an interessiertem Blickkontakt gehalten und eine das Gespräch unterstützende Gestik verwendet.

3 = Der Arzt hat zeitweise ein angemessenes Maß an interessiertem Blickkontakt gehalten und eine das Gespräch unterstützende Gestik verwendet.

4 = Der Arzt hat gelegentlich ein angemessenes Maß an interessiertem Blickkontakt gehalten und eine das Gespräch unterstützende Gestik verwendet.

5 = Der Arzt hat keinen Blickkontakt gehalten und keine das Gespräch unterstützende Gestik verwendet.

18. Hat der Arzt während des Gespräches beide Elternteile miteinbezogen?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

1 = Der Arzt sprach beide Elternteile an und hielt mit beiden Blickkontakt

2 = Der Arzt sprach beide Elternteile an hielt jedoch hauptsächlich zu einem einzelnen Blickkontakt.

3 = Der Arzt hielt zu beiden Elternteilen Blickkontakt, schien jedoch nur eine Person anzusprechen.

4 = Der Arzt sprach nur ein Elternteil an und hielt nur zu einem Elternteil Blickkontakt.

5 = Der Arzt sprach keinen von beiden Elternteilen an und hielt auch keinen Blickkontakt.

19. Hat es der Arzt während des Gespräches vermieden unbeholfen zu wirken?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

1 = Der Arzt hat während des gesamten Gespräches schwierige Themen vorsichtig eingeleitet, während des gesamten Gespräches Flexibilität und Sensibilität gegenüber den Bedürfnissen der Eltern gezeigt sowie während des gesamten Gespräches unangebrachte Formulierungen und Trugschlüsse vermieden.

2 = Der Arzt hat die meisten schwierigen Themen vorsichtig eingeleitet, während des überwiegenden Teils des Gespräches Flexibilität und Sensibilität gegenüber den Bedürfnissen der Eltern gezeigt sowie in den meisten Fällen unangebrachte Formulierungen und Trugschlüsse vermieden.

3 = Der Arzt hat schwierige Themen teilweise vorsichtig eingeleitet, teilweise Flexibilität und Sensibilität gegenüber den Bedürfnissen der Eltern gezeigt sowie teilweise unangebrachte Formulierungen und Trugschlüsse vermieden.

4 = Der Arzt hat eine Minderheit der schwierigen Themen vorsichtig eingeleitet, andeutungsweise Flexibilität und Sensibilität gegenüber den Bedürfnissen der Eltern gezeigt sowie in der Minderheit der Fälle unangebrachte Formulierungen und Trugschlüsse vermieden.

5 = Der Arzt hat die schwierigen Themen nicht vorsichtig eingeleitet, keinerlei Flexibilität und Sensibilität gegenüber den Bedürfnissen der Eltern gezeigt und durchweg unangebrachte Formulierungen benutzt.

20. Hat der Arzt - bezogen auf das gesamte Gespräch - ein angemessenes Gesprächstempo eingehalten?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

1 = Der Arzt hat

- a) ein angemessenes Gesprächstempo eingehalten **und**
- b) den Eltern ausreichend Zeit gelassen zu sprechen **und**
- c) Pausen gelassen, wo es angebracht war, um den Eltern Zeit zum Nachdenken und Antworten zu geben.

2 = zwei der Verhaltensweisen von a-c

3 = eine der Verhaltensweisen von a-c

4 = Ansätze von a **oder b oder c**

5 = keine Ansätze von a oder b oder c

21. Hat der Arzt das Gespräch rechtzeitig und angemessen beendet?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

1 = Der Arzt hat

- e) die vorgesehene Gesprächszeit eingehalten **und**
- f) die Möglichkeit weiterer Gespräche erwähnt **und**
- g) einen Plan für das weitere Vorgehen erstellt **und**
- h) das Gespräch zu einem Abschluss gebracht.

2 = drei der Kriterien von a-d

3 = zwei der Kriterien von a-d

4 = ein Kriterium von a-d

5 = keines der Kriterien a-d

F. Globale Einschätzungen des Raters:

Die folgenden Punkte sollen die globale Einschätzung des Raters zur Gesprächsführung und zum Rollenspiel erfassen. Sie gehen NICHT in die mAGBS-Eltern Wertung ein.

22. Globale Einschätzung des Raters - Hat der Arzt das Gespräch gut geführt?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

Globale Bewertung der Gesprächsführung die NICHT in die mAGBS-Eltern Wertung eingeht.

23. Globale Einschätzung des Raters - Wurden die Eltern/Patienten gut dargestellt?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
1	2	3	4	5

Hinweise zur Bewertung:

Globale Bewertung der Gesprächsführung die NICHT in die mAGBS-Eltern Wertung eingeht!

- Baile, W. F., R. Buckman, et al. (2000). "SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer." Oncologist **5**(4): 302-11.
- Ptacek, J. T. and T. L. Eberhardt (1996). "Breaking bad news. A review of the literature." JAMA **276**(6): 496-502.
- Wand, S., Schildmann J., et al. (2007). "[The "bad news consultation assessment scale" (Aufklärungsgesprächbewertungsskala, AGBS): a tool for assessing communication competencies when breaking bad news to cancer patients]." Z Arztl Fortbild Qualitatssich **101**(10): 645-51.

10.2. mAGBS-Eltern-Ratingbogen

m(odifizierte)AGBS - Eltern

Datum: _____

Video ID: _____

Name des Raters: _____

Laufende Nummer des Raters: _____

Beginn des Ratings um _____ Uhr

Einwilligung der Teilnehmer: Vorhanden Keine Einwilligung

Arztrolle - Ausbildung: Student Arzt

Arztrolle - Geschlecht: m w

Darsteller - Vater - Geschlecht: m w

Darsteller - Mutter - Geschlecht: m w

BEWERTUNG

A. Einleitung des Gesprächs/Gesprächsbeginn/Rahmumgebung

- | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Geeignete Umgebung | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. Angemessene Begrüßung | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. Lebensumstände | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

B. Den Befund überbringen

- | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 4. Vorwissen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. Verständliche Sprache | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. Angepasstes Tempo | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

C. Bedenken des Patienten herausfinden

- | | | | | | |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 7. Fragenaufforderung | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 8. Befürchtungen erfassen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 9. Wichtige B. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

D. Informationsübermittlung

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 10. Infos B. angepasst | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 11. Strukturiert/Verständnis | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 12. Wiederholungen und Zus. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 13. Positive Aspekte | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 14. Empathie | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 15. Faktisch korrekt | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Video ID: _____

E. Allgemeine Überlegungen

16. Beiseite stehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Körpersprache	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Einbeziehung beider Eltern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Unbeholfenheit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Gesprächstempo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. Beenden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

22. Global - Arzt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. Global - Patientenrollenspiel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Länge: _____ Minuten

Tonqualität* : Gut Mittelmäßig Schlecht

Bildqualität†: Gut Mittelmäßig Schlecht

Vollständigkeit: Ja Anfang abgeschnitten Ende abg. Mehr als 15 Sek. fehlen

Rollenidentifikation‡: komplett annähernd komplett wenig

Sprachliche Probleme: keine oder geringe beeinträchtigende

Störfaktoren§: keine oder geringe beeinträchtigende

Anzahl der Unterbrechungen während des Ratings keine 1 2 3 >3

Ende des Ratings um _____ Uhr

Unterschrift (Rater) _____

* Tonqualität: Gut (Alles zu verstehen); Mittelmäßig (Einzelne Worte unverständlich); Schlecht (Ganze Sätze nicht zu verstehen)

† Bildqualität: Gut (Alle Beteiligten inclusive Mimik erkennbar); Mittelmäßig (Alle Beteiligten im Bild); Schlecht (Mindestens ein Beteiligter nicht im Bild)

‡ Rollenidentifikation: komplett (kein aus der Rolle fallen); annähernd komplett (einzelne Teilnehmer fallen für <15 Sekunden aus der Rolle)

§ Störfaktoren: z.B. andere Personen die sich einmischen, störender Bau- oder Straßenlärm

11. Danksagung

Bedanken möchte ich mich in erster Linie bei Prof. Reiner Frank, meinem Betreuer, für sein großes Engagement, seine vorbildhafte Betreuung und seine freundliche und ermutigende Art, die er in regelmäßigen Gesprächen mit seinen Doktoranden an den Tag legt.

Außerdem möchte ich mich bei Jennifer Englmeier und Sabine Klemz bedanken für ihr zügiges Auswerten der Gespräche und die konstruktiven Ideen die sie im Laufe dieser Arbeit einbrachten.

Sämtlichen Darstellern, die einer Verwendung ihrer Videoaufzeichnungen für die Forschung zugestimmt haben auch ein herzliches Dankeschön.

Anmerkungen:

Die Ergebnisse Arbeit wurden 2009 im Workshop „Video in der Lehre“ vorgestellt.

Außerdem erhielt diese Arbeit zusammen mit Frau Englmeiers „mAGBS-Jugendliche“ den Vortragspreis auf dem Doktorarbeitskongress „DoktaMed 2009“ an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

12. Lebenslauf

- In der elektronischen Publikation nicht verfügbar