

Aus dem Arbeitsbereich Medizinische Psychologie und Psychotherapie
im Zentrum für Psychische Gesundheit (ZEP)
Universitätsklinikum und Universität Würzburg

**„Vergleich von Selbst- und Fremdeinschätzung hinsichtlich der
kommunikativen Kompetenz von Medizinstudenten in einem
Anamnesegespräch mit Schauspielpatienten“**

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Vianne Elsner

aus Böblingen

Würzburg, März 2023

Referent: Prof. Dr. Dr. Hermann Faller

Koreferent/Koreferentin: Prof. Dr. Anne Simmenroth

Dekan: Prof Dr. M. Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 08.02.2024

Die Promovierende ist Ärztin

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	1
1.1.	Hintergrund	1
1.2.	Grundlagen von Selbst- und Fremdeinschätzung	2
1.2.1.	Stand der Forschung zur Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung im medizinischen Kontext	5
1.3.	Arzt-Patienten-Kommunikation	12
1.3.1.	Entwicklung der Forschung	12
1.3.2.	Einflussfaktoren auf ein gelungenes Arzt-Patienten-Gespräch.....	14
1.3.3.	Kommunikative Kompetenz im Medizinstudium	16
1.3.4.	Training von kommunikativer Kompetenz	19
1.3.5.	Simulationstraining mit Schauspielpatienten.....	21
1.4.	Mögliche Einflussfaktoren auf die Selbsteinschätzung	23
1.4.1.	Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit, Empathie und kommunikativer Kompetenz	23
1.4.2.	Die Rolle der Selbstwirksamkeit	24
1.4.3.	Die Rolle der Empathie	26
1.4.4.	Die Rolle des Geschlechts und des Alters.....	28
1.4.5.	Die Rolle der Vorerfahrung.....	30
1.5.	Fragestellung und Hypothesen.....	30
2.	Material und Methoden	34
2.1.	Studiendesign und Durchführung	34
2.2.	Instrumente.....	35
2.2.1.	Selbst- und Fremdeinschätzung kommunikativer Kompetenz	35
2.2.2.	Selbstwirksamkeit.....	40
2.2.3.	Empathiefähigkeit	41
2.2.4.	Alter	42
2.2.5.	Berufliche Vorerfahrung.....	43
2.2.6.	Selbstwirksamkeitsgefühl bezüglich der Anamneseerhebung.....	43
2.3.	Ablauf der Hauptstudie	43
2.4.	Statistische Auswertung.....	46
2.4.1.	Interraterreliabilität der Vorstudie.....	46
2.4.2.	Statistische Auswertung der Hauptstudie.....	47
3.	Ergebnisse.....	50
3.1.	Beschreibung der Stichprobe	50
3.1.1.	Soziodemographische Merkmale aller Kursteilnehmer	50

3.1.2.	Soziodemographische Merkmale der gesprächsführenden Studienteilnehmer	50
3.2.	Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung	52
3.2.1.	Richtung des Unterschiedes zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung der Globalbewertung.....	58
3.3.	Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung	59
3.4.	Zusammenhang zwischen Empathie und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung	62
3.5.	Zusammenhang zwischen Geschlecht und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung	65
3.5.1.	Richtung der Selbsteinschätzung hinsichtlich des Geschlechts	67
3.6.	Zusammenhang zwischen Alter und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung	68
3.6.1.	Richtung der Selbsteinschätzung hinsichtlich des Alters	71
3.7.	Zusammenhang zwischen beruflicher Vorerfahrung und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung	72
3.8.	Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit bezüglich der Anamneseerhebung und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung	74
3.8.1.	Richtung der Selbsteinschätzung bezüglich der Selbstwirksamkeit bezüglich der Anamneseerhebung	78
3.9.	Zusammenfassung der Ergebnisse	78
4.	Diskussion	80
4.1.	Vergleich von Selbst- und Fremdeinschätzung	80
4.2.	Zusammenhang zwischen der Genauigkeit der Selbst- und Fremdeinschätzung und dem Maß an Selbstwirksamkeit und Empathie.....	85
4.3.	Einfluss von Geschlecht, Alter, beruflicher Vorerfahrung und Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung.....	87
4.4.	Methodische Aspekte und Limitationen	89
4.5.	Fazit und Ausblick.....	92
5.	Zusammenfassung.....	97
6.	Literaturverzeichnis.....	99
Appendix.....		i
I	Abkürzungsverzeichnis	i
II	Abbildungsverzeichnis	ii
III	Tabellenverzeichnis	iv
IV	Anhänge	v
V	Danksagung	xx
VI	Lebenslauf	xxi

"Niemand bezweifelt, dass medizinische Fachkompetenz Voraussetzung für eine verantwortungsvolle und qualifizierte ärztliche Tätigkeit ist. Es leuchtet auch jedem ein, dass für den Erwerb einer solchen Kompetenz ein mehrjähriges Studium und eine anschließende Weiterbildungszeit unerlässlich sind. Aber die Einsicht, dass über fachmedizinische Kompetenz hinaus auch psychosoziale Kompetenz erforderlich ist, die ebenfalls im Verlauf einer Ausbildung erworben werden muss, um mit kranken Menschen verantwortungsvoll und qualifiziert umgehen zu können, hat sich noch keineswegs allgemein durchgesetzt."

(Thure von Uexküll, 1994, S. 78)

Hinweis: Das Thema „richtig gendern“ ist ein kontroverses Thema. Es wurde auf die parallele Verwendung aller Geschlechterformen zugunsten der besseren Lesbarkeit verzichtet. Im Falle der Nennung einer Geschlechterform sind implizit alle weiteren auch eingeschlossen.

1. Einleitung

1.1. Hintergrund

Das Zitat von Uexküll, einem der Gründungsväter der psychosomatischen Medizin, beschreibt das Dilemma, in dem sich heute viele Ärzte und Studenten befinden. Das Studium besteht aus einer jahrelangen theoretischen Ausbildung, die nach wie vor stark vom technisch-naturwissenschaftlichen Paradigma der Medizin geprägt ist. Der schnelle Fortschritt der naturwissenschaftlichen Forschung führt weiter zur zunehmenden Spezialisierung und Technologisierung. Angehende Ärzte stehen unter großem Druck, denn zum einen besteht seit einigen Jahren ein größeres Bewusstsein für die Notwendigkeit einer patientenorientierten Kommunikation. Noch nie in der Geschichte war der wissenschaftliche Fundus zum Thema Kommunikation so groß wie zu unserer Zeit. Wir wissen um den enormen Anteil nonverbaler Aspekte an der Gesprächsführung, es gibt unzählige Modelle, die die Komplexität der Kommunikation beschreiben, und Jahr für Jahr gibt es besonders im Bereich der Medizindidaktik Tausende von Publikationen zum Thema Arzt-Patienten-Kommunikation. Mittlerweile wurden eigene Studiengänge geschaffen, die sich mit diesem Thema befassen. So wurde an der Medizinischen Universität Graz 2011 der erste Lehrstuhl mit dem Schwerpunkt kommunikative Kompetenz eingerichtet (<https://at.dental-tribune.com/news/kommunikation-wirk-und-heilmittel-in-der-medizin/>, abgerufen am 02.09.2022). In den letzten Jahren wurde auch hierzulande der Bereich Kommunikation in der universitären Ausbildung von Ärzten zunehmend thematisiert - seit den Änderungen in der Approbationsordnung 2012 ist die Gesprächsführung offiziell Gegenstand der ärztlichen Ausbildung.

Ein Arzt führt in seiner beruflichen Laufbahn im Schnitt 150.000 bis 200.000 Patientengespräche (Fallowfield et al., 2002). Es ist bekannt, dass kommunikative Fertigkeiten auf ärztlicher Seite für die Etablierung einer guten Arzt-Patient-Beziehung von enormer Bedeutung sind. Seit vielen Jahren besteht das Wissen, dass Defizite in der Kommunikationskompetenz zu Patientenunzufriedenheit, Fehlentscheidungen in der Diagnostik und Therapiewahl und somit auch zu unnötig erhöhten Kosten führen können (u.a. Farin 2010; Goedhuys and Rethans 2001; Levinson et al. 1997; Linus 2004; Little et al. 2001; Thorne et al. 2005). Trotz dieses Wissens kommt es in der klinischen Praxis nach wie vor zu Situationen, in denen sich Patienten nicht ausreichend informiert, Angehörige übergangen und Ärzte überfordert fühlen (u.a. Kee et al., 2018; Langewitz et al., 2002; Sawicki, 2005). CRICO Strategies, ein Forschungs- und Analysezeitung der Versicherungsgesellschaft, die die

Krankenhäuser in Harvard versichert, untersuchte 23.000 Arzthaftungsklagen, die zwischen 2009 und 2013 eingereicht wurden, und fand heraus, dass Kommunikationsmängel in über 7000 dieser Fälle (d.h. in 30 %) eine Rolle spielten. Dieser Prozentsatz war verantwortlich für 1.744 Todesfälle, 1,7 Milliarden US-Dollar an Krankenhauskosten und 37 % der Klagen wegen schwerer Verletzungen (CRICO Strategies, 2015).

Die Fähigkeit, die eigenen, auch kommunikativen Leistungen angemessen einschätzen zu können, gehört zu den Kennzeichen ärztlicher Kompetenz. So beschreibt der Schweizer Bundesrat: „Kompetentes ärztliches Handeln, das an den Bedürfnissen der Bevölkerung orientiert sein soll, erfordert die Fähigkeit und Bereitschaft, die Grenzen der eigenen Leistungsfähigkeit zu erkennen und daraus Konsequenzen zu ziehen“ (Schweizer Bundesrat, 1980). Die Selbsteinschätzung wird als die „Einschätzung der eigenen Person im Hinblick auf bestimmte Fähigkeiten, Fehler u. Ä.“ definiert (Dudenredaktion, 2019, S. 1788). Oder wie es das Lexikon der Psychologie Spektrum beschreibt: „Selbsteinschätzung, die affektive Beurteilung der einzelnen Ansichten über die eigene Person“ (Selbsteinschätzung - Lexikon der Psychologie Online abgerufen am 20.12.2019). Liegt möglicherweise einem Teil der beschriebenen Kommunikationsmängel eine fehlende Selbsteinschätzung der Ärzte hinsichtlich ihrer kommunikativen Fähigkeiten mit Patienten zugrunde?

Diese Arbeit befasst sich mit der Frage, inwieweit die Selbst- und die Fremdbeurteilung hinsichtlich der kommunikativen Kompetenz eines Studenten in einem Patientengespräch (mit Fokus auf die Anamnese) übereinstimmen. Im Folgenden wird zunächst der aktuelle Wissensstand hinsichtlich der Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung dargestellt. Daran anschließend werden die Hintergründe der Arzt-Patienten-Kommunikation erläutert, um dann einen Blick auf die Situation bezüglich der Lehre kommunikativer Kompetenz in der medizinischen Ausbildung sowie mögliche Einflussfaktoren auf die Genauigkeit der Selbsteinschätzung zu werfen.

1.2. Grundlagen von Selbst- und Fremdeinschätzung

Mit Blick auf die Selbsteinschätzung im Bereich der Gesundheitsberufe beschreiben Eva und Regehr (2005) diese in einer Übersichtsarbeit wie folgt: „Die Selbsteinschätzung ist [...] ein kompliziertes, vielschichtiges und vielseitiges Phänomen, das eine Reihe von

interagierenden kognitiven Prozessen umfasst.“ (Eva & Regehr 2005, S. 47, eigene Übersetzung aus dem Englischen). Der Prozess der Selbsteinschätzung ist also ein komplexer Vorgang, an dessen Ende eine Beurteilung steht. Es werden etwa ein Umfang, ein Wert, eine Bedeutung oder eine Qualität von beispielsweise einer Handlung oder Fähigkeit beurteilt. Weiterführend kann der Prozess einen Entschluss beinhalten, der aufgrund des Bewertungsergebnisses getroffen wird, beispielsweise für eine persönliche Weiterentwicklung (Eva & Regehr, 2005).

Sich immer wieder neu selbst einzuschätzen, ist generell eine wichtige Kontrollinstanz in unserer lebenslangen Entwicklung und unserem Lernverhalten (Taylor & Brown, 1988). Sie kann Studenten als Lernzielkontrolle dienen: Wo stehe ich in bestimmten Bereichen? Eine gute Selbsteinschätzung ist unabdingbar, um eigenes Fehlverhalten zu erkennen, und schafft Motivation, um an der eigenen Kompetenz zu arbeiten. Im medizinischen Kontext und insbesondere in der Ausbildung von Ärzten macht das Thema „self-assessment“ seit einigen Jahren einen beachtlichen Teil der medizindidaktischen Forschung aus. So lässt sich konstatieren, dass Selbstbeurteilungsvermögen eine Grundvoraussetzung für eine fortwährende Lernbereitschaft darstellt. Diese fortwährende Lernbereitschaft ist neben vielen anderen eine wesentliche Kompetenz im ärztlichen Beruf (mehr dazu s.u. Kapitel 1.3.4) (Moore & Cordes, 1992; Westberg & Jason, 1994). Ergänzend dazu soll hier der Kompetenzbegriff definiert werden: Kompetenzen stellen kognitive oder physische Selbstorganisationsdispositionen dar, um in einem bestimmten Tätigkeitsfeld selbstständig und kreativ handeln zu können. Es werden also spezifische innere Voraussetzungen zur Regulation der Tätigkeit benötigt, um sie erfolgreich bewältigen zu können (Epstein & Hundert, 2002; Erpenbeck et al., 2017; Schmidt, 2005). Die eigenen Fähigkeiten zu unterschätzen, kann auf der anderen Seite auch Ausdruck eines Vermeidungsverhaltens sein: Man betont die eigene Unfähigkeit, um sich immer wieder dafür zu rechtfertigen, warum man bestimmten Situationen aus dem Weg geht, in denen genau diese Fähigkeit gebraucht wird (Taylor & Brown, 1988).

Wie gerade aufgezeigt, hat die Selbsteinschätzung bestimmter Fähigkeiten in sich bereits starke Relevanz und bietet eine Weiterentwicklungsmöglichkeit. Diese subjektive Einschätzung der eigenen Fertigkeiten kann dann weiter um die Perspektive einer Fremdeinschätzung („observer assessment“) ergänzt bzw. damit abgeglichen werden. Diese ist „in Abgrenzung zu Selbstbeurteilungsverfahren [eine] Verfahrensgruppe, bei der die Bewertung der interessierenden Bereiche durch einen trainierten Urteiler (Rater) oder andere

Dritte (z. B. Partner) erfolgt“ (Dorsch- Lexikon der Psychologie, abgerufen am 20.12.2019). Die im Rahmen der medizinischen Ausbildung am häufigsten eingesetzte Form der Fremdbeurteilung erfolgt durch Schauspielpatienten, Patienten oder fachliche Experten wie etwa Lehrpersonal (Gillis et al., 2015). Um die Subjektivität der Analyse, wie etwa von Arzt-Patienten-Interaktionen, zu reduzieren, werden häufig Videoaufzeichnungen eingesetzt, die dann von einem externen Rater bewertet werden (Bachmann et al., 2017; Perron et al., 2014; Ward et al., 2002).

Die Untersuchung von Selbst- und Fremdeinschätzung bei Ärzten hat aus unterschiedlichen Gründen Bedeutung. Die Überprüfung der Selbsteinschätzung hat mit Blick auf die medizindidaktische Entwicklung der letzten Jahre (vgl. Kapitel 1.3) vor allem im Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation an Bedeutung gewonnen. Durch eine treffende Selbsteinschätzung der eigenen Fertigkeiten, wie beispielsweise des eigenen kommunikativen Verhaltens, wird ein Bewusstsein für die eigenen Stärken entwickelt. Dies fördert das nötige Selbstvertrauen, um den beruflichen Alltag gestalten zu können. Sie bewirkt Ausdauer, auch in herausfordernden Situationen oder bei Kritik am eigenen Handlungsplan (z.B weiteres diagnostisches Vorgehen) festzuhalten und für die eigenen Entscheidungen einstehen zu können. Anstatt ausschließlich z.B. Weiterbildungskurse zu wählen, die bereits Erlerntes behandeln, fördert eine realistische Selbsteinschätzung, sich angemessene, anspruchsvolle Lernziele zu setzen (Eva & Regehr, 2005). Eine Über- oder Unterschätzung der eigenen Fertigkeiten kann bereits im Studium eine ungünstige Voraussetzung für späteres ärztliches Handeln und den angemessenen Umgang mit Patienten darstellen (A. Calhoun et al., 2014; Wallace et al., 2016). Die eigenen Schwächen anerkennen zu können, ist somit ein essenzieller Schutzmechanismus davor, sich selbst in Situationen zu begeben, die die eigene Kompetenz übersteigen. Dem Arzt wird es dadurch möglich, Hilfe an- sowie weitere Schulung (z.B Weiterbildungsmöglichkeiten) wahrzunehmen (Eva & Regehr, 2005). Es konnte gezeigt werden, dass eine regelmäßige Selbst- und Fremdeinschätzung mit anschließendem Feedback die studentischen Leistungen signifikant verbessert, zu einer größeren Lernmotivation führt und die Bereitschaft erhöht, von sich aus bewusst an Schwächen zu arbeiten (Brown et al., 2018; Kaur et al., 2016). So kann sie nicht nur als Bewertungswerkzeug der studentischen Leistung herangezogen werden, sondern hat in sich selbst bereits einen Lerneffekt. Daher wird in der Medizindidaktik zunehmend gefordert, dass sich Medizinstudenten im Verlauf des Studiums immer wieder in den verschiedenen Bereichen selbst einschätzen sollen. In diesem Zusammenhang stellen in der Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung Kuhnert und ihre Kollegen fest, dass die Selbstreflexion in herausfordernden Situationen, beispielsweise eines

Psychosomatik Kurses mit dem Überbringen schlechter Nachrichten eng mit dem Selbstbild des Medizinstudenten verknüpft ist. Die adäquate Selbsteinschätzung und die professionelle Begleitung durch Lehrpersonal in solch herausfordernden Lehrsituationen soll in Zukunft Fokus medizinischer Lehre sein, insbesondere in Hinblick auf die Persönlichkeitsentwicklung der Medizinstudenten, sowie das Erlernen einer professionellen Haltung (Kuhnert et al., 2009).

Die vorliegende Arbeit untersucht die Frage, inwiefern die Selbsteinschätzung eines Studenten nach einem Anamnesegespräch mit einem Schauspielpatienten sowohl mit einer Expertenbeurteilung als auch mit der Beurteilung des Schauspielpatienten übereinstimmen und welche Einflussfaktoren es auf die Genauigkeit der Selbsteinschätzung gibt. Zuvor wird erläutert, welche Erkenntnisse über die Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung es bereits in der Literatur gibt.

1.2.1. Stand der Forschung zur Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung im medizinischen Kontext

Eine umfassende Übersichtsarbeit zeigt, dass bei Ärzten durchaus signifikante Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung besteht (Davis et al., 2006): In dieser wurden 20 Studien aus zahlreichen Nationen einbezogen und es zeigte sich, dass in unterschiedlichsten ärztlichen Berufsfeldern und Kulturkreisen Diskrepanzen zwischen der Selbst- und Fremdbeurteilung in bestimmten Bereichen auftreten (u.a. Barnsley et al., 2004; Biernat et al., 2003; Fox et al., 2000; Leopold et al., 2005). Unter anderem wurde die Selbsteinschätzung hinsichtlich des aktuellen Lernbedarfs, allgemeiner klinischer Fertigkeiten, klinischer Abläufe, nicht klinischer Kompetenzen (wie sprachliche, kulturelle oder pädagogische Kompetenz) untersucht. Unter den 20 Studien, die Selbst- und Fremdeinschätzung verglichen, zeigte sich bei sieben Arbeiten eine positive Korrelation zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung. Bei den anderen 13 wurde eine geringe, eine nicht vorhandene oder eine negative Korrelation zwischen Selbsteinschätzungsmaßnahmen und anderen Indikatoren gemessen. Vor allem eines der weiteren Ergebnisse ist hinsichtlich der Forschungsfrage relevant: Die geringste Genauigkeit bei der Selbsteinschätzung trat tendenziell bei den am wenigsten qualifizierten Ärzten auf, die aber gleichzeitig auch das größte Vertrauen in sich selbst angaben. Ein genereller Erklärungsansatz für diese Ergebnisse könnte das Phänomen des Dunning-Kruger-Effektes darstellen (Kruger &

Dunning, 1999): Personen, die in einem Test sehr schlecht abschneiden, überschätzen ihre Leistung tendenziell stark. Kruger und Dunning bringen diese Fehleinschätzung mit Defiziten der metakognitiven Fähigkeiten in Zusammenhang. Sie beschreiben vier auftretende Faktoren:

1. Weniger kompetente Menschen überschätzen häufiger ihre eigenen Fähigkeiten.
2. Sie schätzen das Ausmaß ihrer Inkompetenz nicht richtig ein.
3. Sie unterschätzen die überlegenen Fähigkeiten anderen Menschen.
4. Durch Übung kann nicht nur die Kompetenz gesteigert, sondern auch erlernt werden, sich und andere besser einzuschätzen (Kruger & Dunning, 1999).

Auf diesen Aspekt wird in der abschließenden Diskussion (s. Kapitel 4 Diskussion) weiter eingegangen. Ferner werden in der von Davis untersuchten Literatur als methodische Verfahren drei Selbsteinschätzungsverfahren aufgeführt: prädiktiv, also die richtige Vorhersage der eigenen Leistung, retrospektiv, also die summative Bewertung der eigenen Leistung in der Rückschau; oder begleitend zur Aufgabe, also eine zeitgleiche Selbsteinschätzung, während eine Leistung erbracht wird. Die Ermittlung der Selbsteinschätzung kann sowohl mit als auch ohne Abgleich durch eine Fremdbeurteilung erfolgen. Hier werden als die gängigsten externen Beurteilungsquellen Schauspielpatienten, Patienten, Lehrpersonal, OSCE-Ergebnisse (Objective Structured Clinical Examination, ein mündlich-praktisches Prüfungsverfahren, bei dem praktisch-klinische Kompetenzen geprüft werden) oder andere Prüfungen genannt.

Gordon, welcher bereits 1991 über das Phänomen der Selbsteinschätzung in den Gesundheitsberufen schrieb, gibt in seiner Studie Korrelationen zwischen $r=0,31$ und $0,64$ (Spearman-Korrelationskoeffizient) bei einer ärztlichen Selbsteinschätzung einer klinischen Tätigkeit und der Einschätzung von Experten durch Videoratings an, also ein erster Hinweis auf eine mittlere bis starke Korrelation zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung (Gordon, 1991). Ferner untersuchte er 18 wissenschaftliche Arbeiten zum Thema Selbst- und Fremdeinschätzung und kommt zu folgendem Schluss: Es bestehen Differenzen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung und er vermutet schlussfolgernd als einer der Ersten, dass die Selbsteinschätzung eine Fähigkeit sei, die geschult werden kann. Er stellt fest, dass es nicht ausreichend untersucht sei, inwiefern Studenten, die sich regelmäßig selbst einschätzen, diese Fähigkeit mit ins Berufsleben übernehmen (Gordon, 1992).

Der überwiegende Teil der Studien in den genannten Übersichtsarbeiten von Davis und Wards beschreibt die Situation von bereits im Beruf stehenden Medizinerinnen. Wie ist jedoch die Situation im Studium? Gibt es Hinweise darauf, dass es bereits im Studium Diskrepanzen zwischen der Selbst- und einer Fremdeinschätzung gibt? Ist eine treffendere Selbsteinschätzung lernbar und somit eine Entwicklung bis zum Berufsstart möglich?

Blanch-Hartigan (2011) fasst 35 internationale Studienergebnisse zusammen, die die Selbst- und Fremdeinschätzung bei einer erbrachten Leistung unter Medizinstudenten vergleichen. In zahlreichen der untersuchten Studien wird beschrieben, dass tatsächlich signifikante Diskrepanzen zwischen erbrachter Leistung und subjektiv wahrgenommener Leistung bestehen (u.a. Barnsley et al., 2004; Jünger et al., 2006; Probert et al., 2003). Auch zahlreiche andere Studien zeigen eine Diskrepanz zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung von Studenten auf (Arnold et al. 1981; Calhoun et al. 1988; Coutts and Rogers 1999; Fitzgerald, White, and Gruppen 2003; Gruppen et al. 1997; Gude et al. 2015; Lanning et al. 2011; Poirier et al. 2017; Ward et al. 2002; Wooliscroft et al. 1993). In den von Blanch-Hartigan genannten Studien werden Diskrepanzen zwischen der Selbsteinschätzung und der externen Bewertung einer erbrachten klinischen Tätigkeit (z.B. Blutentnahme, Wiederbelebungsmaßnahmen) (Barnsley et al., 2004) oder der erbrachten Leistung in einer Prüfungssituation (OSCE) (Jünger et al., 2006) beschrieben. Als mögliche untersuchte Einflussfaktoren auf die Selbstbewertung werden hier Geschlecht, Hochschulsesemester und Art der Selbsteinschätzungsmessung angegeben. In der zitierten Übersichtsarbeit finden sich in etwa gleich viele Arbeiten, die auf eine Überschätzung der eigenen Leistung hinweisen (11), wie Studienergebnisse, die eine Unterschätzung zeigen (14).

Die größten Arbeiten sollen hier detaillierter beschrieben werden: In der longitudinalen Studie von Fitzgerald und Kollegen (2003) wurden über drei Jahre hinweg die Korrelationen zwischen der Selbsteinschätzung von 420 Medizinstudenten und den tatsächlichen Ergebnissen in Wissensprüfungen (Multiple-Choice-Klausuren, Laborprüfungen) sowie OSCE-Prüfungen untersucht. Die Genauigkeit der Selbsteinschätzung wurde mit drei unterschiedlichen Verfahren gemessen sowie ihre Stabilität über diesen Zeitraum untersucht. Zum einen zeigte sich eine Tendenz zur Überschätzung aus Sicht der Studenten. Ein interessantes weiteres Ergebnis der Arbeit ist, dass die Genauigkeit der Selbsteinschätzung zunahm, je bekannter eine Aufgabe ist. Ein Fazit der Forschungsgruppe diesbezüglich ist, dass die Selbsteinschätzung konstant bleibe, wenn keine Konfrontation mit der eigenen Fehleinschätzung passiere (Fitzgerald et al., 2003). Die Forschungsgruppe um Gruppen

(1997) untersuchte in einer älteren Studie bei rund 400 Medizinstudenten im vierten Studienjahr nach einem Anamnesegespräch mit einem Schauspielpatienten die intraindividuelle Genauigkeit der Selbsteinschätzung von Studenten mit der Fremdeinschätzung durch einen Schauspielpatienten. Ihre Ergebnisse zeigen, dass die Selbsteinschätzung von der Fremdeinschätzung abweicht und die Studenten die eigene Leistung vergleichsweise überschätzen (Gruppen et al., 1997). Auch eine andere Studie mit knapp 170 Medizinstudenten im fünften Jahr kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Die Studenten führten nach einem sechswöchigen Praktikum in einer Hausarztpraxis von gut 2600 Konsultationen Selbsteinschätzungen (offene Fragen) durch und wurden durch den behandelten Patienten sowie durch den vorgesetzten Arzt eingeschätzt. Im Schnitt gaben die Studenten eine signifikant pessimistischere Selbsteinschätzung an als Patient und Arzt in der Fremdeinschätzung (Braend et al., 2010). Hier zeigt sich also ebenfalls eine Abweichung in der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung, die Richtung steht jedoch im Gegensatz zu den Resultaten der vorherig genannten Studien. So liegen Ergebnisse vor, in denen sich Studenten unter- und ebenso solche, in denen sich Studenten überschätzen.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich übergeordnet mit der Leitfrage, inwieweit bezüglich *der kommunikativen Kompetenz* von Medizinstudenten eine Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung vorliegt. In der aktuellen Literatur finden sich hier unterschiedliche Ergebnisse. In zahlreichen Studien werden Differenzen zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung hinsichtlich der kommunikativen Kompetenzen beschrieben (Hulsman & van der Vloodt, 2015; Lundquist et al., 2013). In einer aktuellen Arbeit wurden in einer longitudinalen Kohortenstudie Differenzen zwischen der Selbsteinschätzung von Medizinstudenten hinsichtlich ihrer kommunikativen Kompetenz und der Einschätzung durch mehrere betroffene Schauspielpatienten aufgezeigt, die über den Verlauf hin sogar zunahmten (Graf et al., 2020). Auch eine Kohortenstudie mit gut 60 Medizinstudenten zeigt ähnliche Ergebnisse. Die studentische Einschätzung der eigenen Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Sicherheit in Kommunikationsfähigkeiten in einem Schauspielpatientengespräch korrelierte beim ersten Messzeitpunkt nicht mit der Fremdeinschätzung durch einen externen Rater. Anschließend durchliefen die Studenten ein einjähriges Praktikum, beim zweiten Messzeitpunkt zeigte sich eine negative Korrelation, was auf eine mangelnde Übereinstimmung zwischen der Selbsteinschätzung der jungen Ärzte und der Einschätzung der Beobachter hinweist (Gude et al., 2017). Eine weitere Arbeit mit 82 Zahnmedizinstudenten im zweiten Studienjahr untersuchte die Korrelation zwischen der Bewertung der kommunikativen Fähigkeiten durch Studenten, Mitstudenten und Lehrkräfte während einem simulierten Patientengespräch. Die größte Korrelation zeigte sich zwischen

der Bewertung durch Mitstudenten und Dozenten, also zwischen den beiden Fremdeinschätzungen. Die Einschätzungen der Studierenden unterschieden sich am stärksten von denen der Lehrkräfte (Lanning et al., 2011). Treadwell und Kollegen zeigten in ihrer Arbeit mit über 200 Medizinstudenten in Südafrika im dritten Studienjahr, dass sich Studenten in praktischen Fähigkeiten unter- und in Gesprächsfertigkeiten überschätzten. Hier wurde die Selbsteinschätzung zum einen mit der Fremdeinschätzung und zum anderen mit einem Prüfungsergebnis abgeglichen (OSCE mit Einsatz von Schauspielpatienten) Interessant ist hier das Hauptergebnis der Studie: Hinsichtlich der Frage nach der kommunikativen Kompetenz bei Medizinstudenten lag die Gesprächskompetenz von Medizinstudenten signifikant unter den Ergebnissen der praktischen Fähigkeiten (Treadwell, 2015). In einer anderen Studie konnte gezeigt werden, dass die Zufriedenheit eines Schauspielpatienten mit einem Arzt-Gespräch mit der Fremdeinschätzung durch einen externen Rater korreliert, was einen Hinweis auf die Übereinstimmung der Fremdeinschätzung zwischen zwei Bewertungsquellen eines Anamnesegespräches gibt (Gude et al., 2015). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es Diskrepanzen zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung der kommunikativen Fähigkeiten von Medizinstudenten gibt. Hinsichtlich der Richtung der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung hinsichtlich kommunikativer Fähigkeiten gibt es wenige Arbeiten, die von einer Unterschätzung und mehrere Arbeiten, die von einer Überschätzung sprechen.

Aus der genannten Literatur wird ersichtlich, dass die Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung zwischen Studenten und mehreren externen Bewertungsquellen hinsichtlich der kommunikativen Kompetenz in einem Simulationsgespräch nicht ausreichend untersucht wurde. Untersuchte Variablen auf die generelle Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung, die in der aufgeführten und auch weiteren Literatur genannt werden, sind das Geschlecht (u.a. Blanch-Hartigan, 2011; Fitzgerald et al., 2003; Gude et al., 2017; Jünger et al., 2006; Mavis, 2001), das Alter (u.a. Blanch-Hartigan, 2011; Graf et al., 2020) sowie die berufliche Vorerfahrung (u.a. Blanch-Hartigan, 2011; Coutts & Rogers, 1999; Fitzgerald et al., 2003; Jansen et al., 1998) (mehr dazu unter Kapitel 1.4 Mögliche Einflussfaktoren auf die Selbsteinschätzung).

Ferner fällt mit Blick auf den aktuellen wissenschaftlichen Stand zur Frage von Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung auf, dass in den letzten Jahren zahlreiche Studien veröffentlicht wurden, die eine mangelhafte Selbsteinschätzung von Ärzten und Medizinstudenten anprangerten und den Eindruck hinterließen, dass dies ein unumstößlicher

Tatbestand sei. Es lässt sich aus der vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz zusammenfassen, dass durchaus Differenzen zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung bestehen. Dabei beeinflusst unter anderem die Art, wie die Genauigkeit der Selbsteinschätzungen definiert wird, maßgeblich die Studienergebnisse. Davis (2006) postuliert, dass das Konzept der Selbsteinschätzung in zahlreichen Studien mit mangelnder konzeptioneller Klarheit untersucht werde. Unter anderem nennt er unzureichende Validität und Zuverlässigkeit der externen Referenzstandards. Auch die oben genannten Forschungsarbeiten von Gordon (1992) sowie die Forschungsgruppe um Ward (2002) stellten in ihren Studien fest, dass die Übereinstimmung von Selbst- und Experteneinschätzungen tendenziell gering ist, und kommen zu dem Schluss, dass bestehende Studienergebnisse kritisch gesehen werden müssen, v.a. im Hinblick auf starke Mängel im Studiendesign und in den Analysemethoden. So ist bei der Betrachtung der bisherigen Forschungsergebnisse zu beachten, dass die Selbsteinschätzung von Wissen andere Dimensionen und Informationen erfordert als die Selbstbewertung von praktisch erbrachter Leistung. Die Selbsteinschätzung stellt eher einen situationsgebundenen kognitiven Prozess dar, welcher kontextspezifisch und abhängig von der Expertise ist (Eva & Regehr, 2005). So darf eine Selbsteinschätzung des eigenen Wissen, die durch eine reine Wissensprüfung (M1-, M2-Prüfung) abgeglichen wird, nicht mit der Selbsteinschätzung erbrachter Leistung (z.B. in einem OSCE oder Patientengespräch) gleichgesetzt werden. Die Bewertung der Studienergebnisse über die Genauigkeit einer Selbsteinschätzung müsse folglich kontextspezifisch erfolgen (Fitzgerald et al. 2003). Bedeutsam ist die Tatsache, dass gezeigt werden konnte, dass die eigene Leistung in einer allgemeinen schriftlichen Prüfungssituationen treffender eingeschätzt wird als etwa in einer Gesprächssituation oder OSCE (Leopold et al., 2005). Ebenfalls beachtet werden muss, mit welcher Fremdeinschätzung die Selbsteinschätzung verglichen wurde. In einigen Studien findet ein Abgleich zwischen der Einschätzung des Studenten mit der eines Schauspielpatienten statt, in anderen mit der eines Experten. Auch die Art der Anleitung der anstehenden Aufgabe beeinflusst die Selbsteinschätzung. Es besteht eine Korrelation zwischen der Ausführlichkeit der Anleitung für eine klinische Tätigkeit und der Genauigkeit der Selbsteinschätzung: Durch eine ausführliche Anleitung gleichen sich Selbsteinschätzung und tatsächlich erbrachte Leistung an (Leopold et al., 2005). Ferner muss berücksichtigt werden, dass die Selbsteinschätzung einer Entwicklung unterliegt. Die Fähigkeit zur Selbsteinschätzung scheint zeitlich gesehen nicht starr zu sein, sondern erlernbar und unterliegt im Laufe des Studiums einer Entwicklung. Es gibt Hinweise darauf, dass sich Studenten der höheren Semester treffender einschätzen als jüngere (Blanch-Hartigan, 2011; Eva & Regehr, 2005) (mehr dazu unter Kapitel 1.4.5 Die Rolle der Vorerfahrung). Die Bewertung einer bestimmten Fähigkeit (z.B. der kommunikativen Kompetenz) darf nicht mit einer Globalbewertung der

eigenen Person gleichgesetzt werden. Auch die einmalige Selbstbewertung in einer konkreten Situation muss nicht die generelle Fähigkeit in diesem Bereich widerspiegeln. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Frage nach der Genauigkeit der Selbsteinschätzung in einen engen Kontext gestellt werden muss, ansonsten verliert sie an Aussagekraft. Eine wertvolle Ergänzung hierzu sind die Gedanken von Schön über die Reflexion: es sollte im Gesundheitswesen eher eine Reflexion *in* der Praxis geschehen, als eine Reflexion *über* die Praxis. Also nicht die Reflexion, um die eigenen Fähigkeiten zu bewerten, sondern ein aufgabengebundener Reflexionsprozess, bei dem die Reflexion in die Handlung eingebettet ist (Schön, 1992) bzw. Eva et al. 2005 S 51). Es sollte folglich mehr über das *Wie* (z.B. Wie wende ich eine Fähigkeit (im Sinne einer sozialen Kompetenz) an) als über das *Was* reflektiert werden. Ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt ist, dass im Kontext der Selbsteinschätzung interkulturelle und sozialpsychologische Unterschiede bestehen. In westlichen Kulturen ist aufgrund der unterschiedlichen kulturellen Prägungen tendenziell eine stärkere Selbstüberschätzung zu beobachten, in östlichen Ländern zeigt sich grundsätzlich eine selbstkritischere Einschätzung der eigenen Fähigkeiten (Heine et al., 2001). Dieser Aspekt ist zu berücksichtigen, da ein gewisser Anteil von Studenten mit diesen kulturellen Prägungen in Deutschland ausgebildet wird. Mit Blick auf den Umfang dieser Arbeit wird er jedoch nicht weiter ausgeführt, sondern findet im Rahmen der abschließenden Diskussion Beachtung.

Um die Qualität der universitären Ausbildung im Anamnesetraining weiter verbessern zu können, wird ein größeres Verständnis davon benötigt, welche Variablen die Diskrepanz zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung verstärken. Die vorliegende Arbeit untersucht daher die Selbsteinschätzung nach einem Anamnesegespräch mit Abgleichung durch einen externen Beobachter sowie durch den betroffenen Schauspielpatienten. Das Ziel dieser Untersuchung ist, ein besseres Verständnis der beeinflussenden Variablen auf die Selbsteinschätzung und daraus abgeleitet des Lehrangebotes für die Studenten im Anamnesegespräch zu ermöglichen. Hier braucht es immer wieder neue Konzepte in der Lehre, was konkret aus der Selbstbewertung folgen soll und welche Bildungsprogramme tatsächlich helfen, um die nötige, lebenslange Weiterbildung zu ermöglichen. Kapitel 1.4 zeigt für diese Überlegungen mögliche Einflussfaktoren auf die Genauigkeit der Selbsteinschätzung auf, in der anschließenden Diskussion wird versucht, Wege aufzuzeigen, wie die Ausbildung im Medizinstudium diesem Faktor Rechnung tragen kann.

1.3. Arzt-Patienten-Kommunikation

Die vorliegende Arbeit analysiert in der Hauptforschungsfrage die Genauigkeit der Selbsteinschätzung nach einem Anamnesegespräch mit einem Schauspielpatienten. Das Anamnesegespräch steht am Anfang eines Arzt-Patienten Kontaktes und stellt hiermit die Grundlage für den gesamten Behandlungsprozess dar (Lichstein, 1990; Lown, 2002). Um die Relevanz der Selbsteinschätzung im Anamnesegesprächstraining aufzuzeigen, wird im Folgenden die geschichtliche Entwicklung der Arzt-Patienten-Kommunikation dargestellt, um dann konkret die Frage beantworten zu können, welche Schwerpunkte in der medizinischen Ausbildung gesetzt werden müssen, um diese Kompetenz stärken zu können.

1.3.1. Entwicklung der Forschung

Bereits in der Antike wird die menschliche Kommunikation als Heilfaktor beschrieben - so wird Paracelsus (1493 bis 1541) zitiert „Heile erst mit dem Wort, dann mit der Arznei, zuletzt mit dem Messer“. Seit den 1930ern setzen sich Medizin-, Sozial- und Sprachwissenschaftler zunehmend mit dem Thema der Gesundheitskommunikation auseinander. Balint beschreibt bereits in den 1960er Jahren erste Erkenntnisse über die Bedeutung des Gespräches für die medizinische Diagnostik und therapeutische Empfehlung (Balint, 1969). George Engel, Begründer des biopsychosozialen Modells, bezeichnet das Gespräch zwischen dem behandelnden Arzt und seinem Patienten als das mächtigste, sensibelste und vielseitigste Instrument des Arztes (Engel, 1977). Er warb als einer der ersten dafür, den Patienten als ganzheitlichen Menschen zu betrachten, also seinen sozialen und psychologischen Kontext miteinzubeziehen. Eine wegweisende Studie im Bereich der Gesundheitskommunikation führte Korsch mit ihren Kollegen in den 60er Jahren durch: Sie nahm 800 Gespräche in der kinderärztlichen Klinik auf und stellte dar, wie groß die Unzufriedenheit vieler Patienten nach dem Gespräch ist. So konnte ein Zusammenhang zwischen der unzufriedenstellenden Gesprächssituation und der darauffolgenden Non-compliance der Patienten aufgezeigt werden (Francis et al., 1969). Der Aspekt der Patientenorientiertheit in der Arzt-Patienten-Kommunikation gewann daraufhin an Relevanz. Cassells Arbeit stärkte das Verständnis, wie wichtig das Gespräch für die Arzt-Patient-Beziehung ist. Er transkribierte Arzt-Patienten-Gespräche und bot damit eine empirische Grundlage für die patientenorientierte Kommunikation (Cassell, 1985). Einige Jahre später prägte Kleinman die Definition von Leiden und Kranksein. Er stellte dem ärztlichen Verständnis der biochemischen Prozesse

einer Erkrankung das subjektive Erleben einer Erkrankung vonseiten des Patienten gegenüber (Kleinman, 1988). So steht bei der patientenorientierten Kommunikation die Überzeugung im Mittelpunkt, dass eine Krankheitsdiagnose mit dem Verständnis der Lebenserfahrung des Patienten und seiner Erkrankung verbunden werden muss, damit die ärztliche Arbeit voll wirksam sein kann (Schofield, Theo; Stewart, 1995). Eine patientenorientierte Kommunikation erhöht nicht nur nachweislich die Patientenzufriedenheit, es konnte auch gezeigt werden, dass eine stärkere Einbindung der Patienten in Entscheidungen das Konfliktpotential in der Arzt-Patientenbeziehung reduziert (Hölzel et al., 2013). Zu den Hauptbedürfnissen von Patienten in einem patientenorientierten Gespräch zählen das Bedürfnis nach Information, das Partizipationsbedürfnis und die emotionale Unterstützung (Faller, 2012). In einer Studie aus Großbritannien zeigte sich, dass sich der Großteil der Patienten in der ärztlichen Primärversorgung einen patientenorientierten Umgang wünscht. Sehr ähnlich werden hier Kommunikation, partnerschaftliches Miteinander und Gesundheitsförderung als die Hauptfaktoren beschrieben. Besonders die Aspekte der Gesundheitsförderung und des partnerschaftlichen Vorgehens werden von vielen angehenden Ärzten häufig nicht ausreichend in Betracht gezogen (Bieber et al., 2016; Little et al., 2001).

Die patientenorientierte Kommunikation ist ein heute viel genutztes Konzept, welches im klinischen Alltag komplex umzusetzen ist (Street et al., 2012). Es ist wichtig festzuhalten, dass eine patientenorientierte Medizin aus Sicht des Patienten zu bewerten ist und nicht zuerst auf einer Expertenmeinung beruht. Stewart und ihre Kollegen konstatieren, dass eine echte patientenzentrierte Kommunikation bedeutet, das Informationsbedürfnis des Patienten sowie das Bedürfnis nach einem gemeinsamen Entscheidungsprozess („shared decision making“) ernst zu nehmen und in der Folge dann auch auf das Partizipationsbedürfnis einzugehen (Stewart, 2001). Zu beachten ist, dass neben dem beschriebenen partnerschaftlichen Modell weitere Rollenmodelle für die Arzt-Patienten-Beziehung bestehen, wie das paternalistische oder das Konsumenten-/Informationsmodell, nach denen Patienten andere Anforderungen an ein gelungenes Arztgespräch stellen und eine andere Rolle einnehmen. Die Bedürfnisse von Patienten weisen hinsichtlich der Partizipation eine große Varianz auf, es ist ratsam, die Bedürfnisse proaktiv zu erfragen (Farin, 2010).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Arzt-Patienten-Kommunikation, und damit die Arztrolle selbst, einem starken Wandel unterliegt. Angehende Ärzte stehen unter großem Druck, denn zum einen besteht das soeben dargelegte verstärkte Bewusstsein für eine

patientenorientierte Kommunikation, zum anderen ist die Ausbildung vom einseitig technisch-naturwissenschaftlichen Paradigma der Medizin geprägt – der Fortschritt der naturwissenschaftlichen Forschung führt zur zunehmenden Spezialisierung und Technologisierung. In dieser Spannung bedarf es der Ressource der Eigenreflexion. Diese Verantwortung darf jedoch nicht allein auf den Schultern der Studenten liegen.

1.3.2. Einflussfaktoren auf ein gelungenes Arzt-Patienten-Gespräch

Es konnte nachgewiesen werden, dass die Fähigkeit von Ärzten, nicht nur verbal Verbindung mit dem Patienten aufzunehmen, sondern intendierte Emotionen auch nonverbal auszudrücken, mit der Zufriedenheit von Patienten positiv korreliert (Hall et al., 2009). Spezifische Gesprächstechniken und Rahmenfaktoren erhöhen die Patientenzufriedenheit und Qualität des Gespräches: ausreden lassen, wiederholen (echoing), spiegeln (mirroring), zusammenfassen, der angemessene Umgang mit Emotionen, das Gespräch an sich strukturieren und den Zeitrahmen für das Gespräch aufzeigen (Langewitz, 2012). Zu weiteren Charakteristika, die den „idealen Arzt“ für die Patienten ausmachen, zählen: Er sollte „erreichbar sein und sich Zeit nehmen“ (75%), „freundlich und sympathisch sein“ (63%), „Engagement und Interesse zeigen“ (60%), „ein verständnisvoller, einfühlsamer Ansprechpartner sein“ (60%), „auf die Bedürfnisse der Patienten eingehen“ (55%) (Theisel et al., 2010).

Patienten sind im Mittel mit der medizinischen Versorgung eher zufrieden, geben aber starke Defizite in der Kommunikation, sowohl von ärztlicher als auch von pflegerischer Seite, an (Ha et al., 2010; Langewitz et al., 2002). Auch Ärzte beschreiben die Situation als unzufriedenstellend. So beschrieben in einer Studie mit 170 niedergelassenen Ärzten, dass sie mit ihrer eigenen Kommunikation unzufrieden seien, ein Viertel der befragten Ärzte erlebe in der täglichen Arbeit zwei bis drei Situationen, in denen ein Gespräch aufgrund von Zeitmangel inadäquat abgebrochen werden müsse (Hemmer-Schanze & Füessl, 2006).

Es ist vielfach belegt, dass eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation die Patientenzufriedenheit und damit die Adhärenz steigert und die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbessert (Aiarzaguena et al., 2007; Altin & Stock, 2016; Belasen & Belasen, 2018; Levinson et al., 2010; Sherrie et al., 1989). Des Weiteren zeigen sich eine bessere

Erholung von Beschwerden, eine bessere emotionale Gesundheit und weniger diagnostische Tests und Überweisungen zu weiteren Fachärzten (Stewart et al., 2000).

Für eine mangelhafte Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten werden in der Literatur mannigfaltige Gründe aufgeführt. Anzuführen ist zum einen eine verstärkte Konsumentenrolle von Patienten (Hemmer-Schanze & Füessl, 2006). Goldstein und Bowers diskutieren beispielsweise die Entwicklung von Patienten hin zu Konsumenten, deren Erwartungshaltung beim Praxis- oder Klinikbesuch eher dem Besuch eines Fastfoodrestaurants gleiche (Goldstein & Bowers, 2015). Verstärkt wird diese Entwicklung durch die zunehmende Anzahl von Arztbewertungsportalen im Internet (Emmert & Meszmer, 2018). Auf Patientenseite werde des weiteren „gekonntes Zuhören“ von einer durch die Medien verursachten Erwartungshaltung erschwert, das Bild von idealen Ärzten in idealen Arztserien kann der Patientenversorgung in der Realität nicht entsprechen (Witzel et al., 2018). Als größtes Hindernis für gekonntes Zuhören gaben Hausärzte in einer Studie unter anderem den Zeitdruck in der Praxis, das Vergütungssystem in Deutschland sowie fehlende Ausbildung der Ärzte im Bereich Gesprächsführung an (Hemmer-Schanze & Füessl, 2006). Die Gestaltung der Kommunikation hat jedoch nicht nur Auswirkungen für den Patienten. Auch auf ärztlicher Seite hat sie Konsequenzen. In einer britischen Studie wurde bei Gastroenterologen, Chirurgen, Radiologen und Onkologen anhand einer Fragebogenerhebung die subjektive psychische Gesundheit ermittelt. Positiv mit der Burnout-Rate der Ärzte korrelierte eine mangelnde Schulung in Kommunikations- und Managementfähigkeiten (Ramirez et al., 1996). Somit bezieht eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation sowohl den Patienten als auch den Arzt ein (Brédart et al., 2005).

Es sind jedoch nicht allein inhaltliche Gründe für die Arzt-Patienten-Beziehung, die die deutschen Universitäten dazu bewegt haben, mangelhafte Kommunikation weiter verstärkt in den Fokus zu nehmen. Wie bereits angeklungen, spielen auch wesentlich gesteigerte Kosten für das Gesundheitssystem eine weitere Rolle. Vor allem in der Betreuung onkologischer Patienten konnte, wie eingangs erwähnt, gezeigt werden, dass eine mangelhafte Kommunikation nicht nur negative Auswirkung auf den Patienten und den behandelnden Arzt hat, sondern auch massive ökonomische Konsequenzen mit sich bringt (Thorne et al., 2005).

Wie in den letzten Abschnitten gezeigt werden konnte, ist die Kommunikation in der Medizin von hoher Relevanz. Um einer gezielten Einflussnahme und Verbesserung der universitären

Ausbildung willen, muss das Metathema Kommunikation auf spezifische Einflussfaktoren untersucht werden. Deshalb fokussiert die vorliegende Arbeit auf einen bisher wenig beachteten Bereich: Das Erlernen der Selbsteinschätzung der eigenen kommunikativen Kompetenz bereits im Studium und den stetigen Lernprozess mit diesem Wissen in der beruflichen Praxis. Daher folgt nun ein Überblick über die Grundlagen und die Entwicklung der kommunikativen Kompetenz in der medizinischen Ausbildung. Dadurch soll ein besseres Verständnis darüber ermöglicht werden, welche Entwicklungen bereits vonstattengegangen sind und evaluiert werden sowie welche Schritte in Zukunft nötig sind, um die Fähigkeit zur Einschätzung der eigenen kommunikativen Kompetenz bereits im Studium erlernen und weiter entwickeln zu können.

1.3.3. Kommunikative Kompetenz im Medizinstudium

In verschiedenen Befragungen geben Absolventen an, dass sie sich durch das Studium nicht ausreichend auf das Berufsleben als Arzt vorbereitet fühlen. Unter anderem wird die Vermittlung der Kompetenzen von Kommunikation, Interaktion und Teamarbeit als mangelhaft erlebt (Dettmer & Kuhlmeier, 2010; Jungbauer et al., 2004; Piedmont & Robra, 2015). Nicht erst die Kommunikation in der ärztlichen Tätigkeit beeinflusst die Arzt-Patienten-Beziehung und damit auch den Erfolg der Tätigkeit. Tamblyn konnte aufzeigen, dass eine schlechte Arzt-Patientenkommunikation in der Ausbildung zu mehr gerichtlichen Prozessen als praktizierender Arzt führt (Tamblyn et al., 2007).

Kommunikationskompetenzen sind bereits im Studium erlernbar (Gilligan et al., 2021; Langewitz, 2012; Yedidia et al., 2003). In den letzten 15 Jahren wurde den oben aufgeführten Defiziten zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt und es wurden in der ärztlichen Ausbildung Reformen eingeleitet. Die Ausbildung war in den letzten Jahrzehnten durch klassische dozentenorientierte Lehre und theoretische Prüfungsinhalte geprägt, es ist jedoch belegt dass die wirksamsten Trainingsmethoden für ärztliche Kommunikation Rollenspiele, Feedback sowie Diskussion in Kleingruppen darstellen (Berkhof et al., 2011). Im internationalen Vergleich fällt auf, dass vor allem im angloamerikanischen Raum früh Reformen in der medizinischen Ausbildung hinsichtlich kommunikativer Kompetenzen vorangetrieben wurden. 2008 wurde die kommunikative Kompetenz vom General Medical Council (Ärztammer des Vereinigten Königreiches) als eine Schlüsselkompetenz zukünftiger Ärzte definiert (Council & General Medical Council, 2009). Ferner gibt es im

angloamerikanischen Raum zwei Grundsatzpapiere, die sich vornehmlich mit der ärztlichen Kommunikation und der entsprechenden Lehre beschäftigen: das Toronto Consensus Statement (Appleyard et al., 1991) und das Kalamazoo Consensus Statement (Makoul, 2001).

Inspiziert von diesen Grundsatzpapieren wurde 2008 im deutschsprachigen Ausbildungsraum das Positionspapier „Basler Consensus Statement“ erarbeitet. Die Ausbildungsziele, die darin als am wichtigsten eingeschätzt wurden, lauten: „identifiziert die eigenen Stärken, Schwächen und Grenzen; passt sich dem Verstehens- und Sprachhorizont der Patientin an, begegnet der Patientin respektvoll; berücksichtigt nonverbale Aspekte der Kommunikation; überprüft eigene Normen und Werte, respektiert die Individualität und subjektive Wahrnehmung anderer Personen, ist bereit, mit anderen zusammenzuarbeiten“ (Kiessling et al., 2008, S. 4). 2013 wurde im Auftrag des Ausschusses "Kommunikative und soziale Kompetenz“, der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung untersucht, inwieweit kommunikative Kompetenzen an Universitäten im deutschsprachigen Raum gelehrt und geprüft werden. Hierfür wurden 39 Universitäten mit medizinischen Studiengängen im "D-A-CH"-Raum (Deutschland, Österreich, Schweiz) einbezogen. Zu diesem Zeitpunkt wurde an allen deutschen Universitäten in diesem Bereich unterrichtet und in 90% der Studiengänge absolvierten die Studenten in diesem Bereich Prüfungen. Die Ausbildungsziele des Basler Consensus boten im Folgenden die Grundlage für den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) 2015, woraufhin im Jahre 2017 der Masterplan Medizinstudium 2020 des Bundesministeriums für Bildung und Forschung beschlossen wurde. In diesem Maßnahmenpaket sind die sieben Hauptkompetenzen angehender Ärzte definiert, wovon eine die Gesprächsführung ist (Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen, 2020; MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. (Hrsg.), 2015).

Kompetenzen werden nach wie vor häufig in der Lehre abstrakt in Form von theoretischen Checklisten oder anderen schriftlichen Formaten geprüft. Wie an anderen Universitäten weltweit haben auch die medizinischen Fakultäten in Deutschland OSCE-Prüfungen eingeführt, um die Kommunikationsfähigkeiten zu prüfen und somit das Lernen zu fördern (Buss et al., 2012). Des Weiteren setzt sich seit einigen Jahren ein neues Konzept in den deutschen Curricula durch (Breckwoldt et al., 2018): Die sogenannten „Entrustable Professional Activities“ (EPA) (oder anvertraubare professionelle Tätigkeiten, kurz APT) beschreiben authentische ärztliche Tätigkeiten, die von einem

Medizinstudierenden/Auszubildenden übernommen werden können. Sie werden je nach Bedarf an Supervision gestaffelt. APTs sind Tätigkeitenbeschreibungen, greifen also weiter als nur eine Kompetenz, die der Auszubildende entweder besitzt oder noch nicht erlernt hat. Um eine gewisse Aufgabe, z.B. eine Blutabnahme oder ein Aufklärungsgespräch selbstständig durchzuführen, muss der Auszubildende unterschiedlichste relevante Kompetenzen einbringen. Folglich sind damit Aufgaben gemeint, die den Auszubildenden einladen, Teil einer professionellen Gemeinschaft zu werden, indem er eine authentische ärztliche Tätigkeit ausübt. Eine fortgeschrittene Professionalität geht also mit einer erhöhten Autonomie des Auszubildenden einher. Der Lernfortschritt wird am Grad der Supervision bestimmt (Breckwoldt et al., 2018; Ten Cate & Taylor, 2021). So kann bereits im Studium die Interaktion zwischen auszubildendem Arzt und Patient verbessert werden, indem die Qualität der Kommunikation als Entscheidungskriterium für den Grad an benötigter Supervision standardisiert wird (Younas et al., 2021). Dies ist eine neue Entwicklung, denn „Kompetenzen, z. B. die Patientenzentrierte Kommunikation, werden zwar seit Jahrzehnten immer wieder eingefordert, offensichtlich stehen aber nicht nur ihrer Vermittlung, sondern auch ihrer Realisierung in der Praxis strukturelle Hürden entgegen.“ (Kießling et al., 2008, S. 5). In Form der EPAs kann so die kommunikative Kompetenz in einem ganzheitlicheren Setting geprüft werden.

Welche weiteren Konzepte benötigt es, damit in der Ausbildung so geschult wird, dass psychosozial kompetente Ärzte ausgebildet werden und nicht nur erfolgreich das Studium gemeistert wird? In einer Göttinger Studie von 2016 wurden die Attribute ermittelt, die ein Student braucht, um erfolgreich Medizin zu studieren, und diejenigen, die einen „guten Arzt“ ausmachen. Um erfolgreich Medizin studieren zu können, wurden unter anderem „lernbereit“, „fleißig“, „neugierig“ genannt. Die Attribute eines guten Arztes waren unter anderem „empathisch“, „kommunikativ“, „patientenorientiert“, „fachlich kompetent“, „teamfähig“ und „selbstkritisch“. Hierbei wird eine große Diskrepanz zwischen Studier- und Berufsfähigkeit deutlich. Die „soft skills“ finden im Auswahlverfahren um einen Medizinstudienplatz von Medizinstudenten keine Berücksichtigung (Simmenroth-Nayda et al., 2016). Bei der Vergabe der Studienplätze zeigt sich hier weiterhin ein Ungleichgewicht zwischen der Bewertung fachlicher Kompetenz und Fertigkeiten wie Kommunikationsfähigkeiten und Empathiefähigkeit.

Aus den angeführten Themen wird deutlich, dass es in den letzten Jahren viele Entwicklungen gab, um angehende Ärzte besser zu schulen. Wie die aktuelle Situation in

Bezug auf kommunikative Kompetenzen bei Studenten der Medizin ist, zeigt zum Beispiel eine Kohortenstudie, die erbrachte, dass vor allem Defizite in grundlegenden Kommunikationsfähigkeiten vorliegen, wie beispielsweise dem empathischen Zuhören, auch bei Studenten der Abschlusssemester (Bachmann et al., 2017). Aus der Beschreibung der vorherigen Kapitel wird die Wichtigkeit von kommunikativer Kompetenz unter Medizinstudenten ersichtlich.

Die beschriebenen Erkenntnisse aus der Literatur heben die enorme Bedeutung des Trainings von kommunikativer Kompetenz hervor. Sie ist wesentlicher Bestandteil der Behandlung von Patienten und hat daher mittlerweile einen festen Platz im medizinischen Curriculum an deutschen Universitäten.

1.3.4. Training von kommunikativer Kompetenz

Es gibt unterschiedliche Ansätze, um die kommunikativen Kompetenzen von Medizinstudenten zu verbessern.

Zum einen konnte gezeigt werden, dass gezieltes Kommunikationstraining im Studium die Kommunikationskompetenzen verbessern kann (Yedidia et al., 2003). Insbesondere das in der vorliegenden Studie untersuchte Anamnesetraining erbringt einen gesteigerten Lernzuwachs (Herchenröther et al., 2021). Treadwell zeigte in der bereits erwähnten Studie mit über 200 Studenten aus präklinischen Semestern, dass in Prüfungen, bei denen sowohl praktische Fertigkeiten als auch Gesprächsfertigkeiten bewertet werden (OSCE mit Einsatz von Schauspielpatienten), die Gesprächskompetenz signifikant unter den praktischen Fähigkeiten lag. Durch die Wiederholung der Prüfung konnte eine deutliche Verbesserung bei den Items der kommunikativen Kompetenz erzielt werden. Es konnte ferner gezeigt werden, dass eine vorher angeschaute Dokumentation über eine „gute Arzt-Patienten-Kommunikation“ zu einer signifikanten Verbesserung der Prüfungsergebnisse in einer Kommunikationsprüfung führt (Lee et al., 2011). Eine relevante Herausforderung im Lernfeld Kommunikation scheint für Studenten zu sein, dass das Bedürfnis nach Kontrolle und Sicherheit in Bezug auf Arzt-Patienten-Kommunikation und ihrem Erlernen im Studium bei Studenten sehr hoch ist. Sie wünschen sich stärkere Kontrolle über das erlernte medizinische Wissen und dessen Anwendung und lehnen daher den Rollenunterricht teilweise ab, weil das

Gefühl von Kontrollierbarkeit bei theoretischem Unterricht vorerst höher ist (Büchtemann et al., 2011).

Ärzte und Studenten sehen den Bereich der Kommunikation häufig als weitere Aufgabenpflicht, die auf einer Checkliste abgehakt werden muss. Dabei verlieren sie nicht nur den Patienten, sondern auch sich selbst aus dem Blick. Verschiedene innovative Ansätze können dem entgegenwirken. So gibt es das Konzept der eigenen Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre. Dabei trainieren Ärzte, kurz innezuhalten, um insbesondere die eigene Wahrnehmung ins Bewusstsein zu rücken, da diese jedes Gespräch stark beeinflusst (Langewitz, 2007). Auch neue Technologien finden Eingang in die Lehre und Lehrforschung in diesem Bereich. Zum Beispiel konnten Studenten mittels „Virtual-Reality-Brillen“, eines Brillen-ähnlichen getragenen Miniaturcomputers, ihr Arzt-Patienten-Gespräch in nicht vorher dagewesener Echtheit nacherleben. So erlebten sie das Gespräch sehr real aus der tatsächlichen Blickperspektive des Schauspielers. Anschließend bewerten sie sich selbst (Tully, Dameff, Kaib, & Moffitt, 2015). Die Videos können online gestellt und später bewertet und immer wieder angeschaut werden. So kann mit geringem Aufwand und niedrigen Kosten ein hoher Lerneffekt generiert werden. Insbesondere während der Corona-Pandemie wurden neue Methoden entwickelt, um Kommunikationstrainings online zu ermöglichen. Hier entstehen beispielsweise Plattformen, auf denen Studenten ein Gespräch mit einem Schauspielers führen und die Bewertungen ihres eigenen Gespräches sowie Feedback von Tutoren und Schauspielers online einsehen können (Langewitz et al., 2021). Mit solchen Online-Formaten wäre es auch möglich, den Lern- beziehungsweise Kompetenzzuwachs durch die verschiedenen Semester, in denen man Gesprächstrainings durchlaufen hat, aufzeichnen zu können (Kneebone et al., 2006).

Wie bereits angeklungen ist eine fortwährende Lernbereitschaft ein wesentliches Kriterium für den ärztlichen Beruf. Gründe dafür sind unter anderem die hohe Rate neuer Erkenntnisse aus der Forschung sowie die sich schnell verändernden Arbeitsbedingungen für Ärzte (beispielsweise durch Vorschriften oder ein fluktuierendes Patientenkollektiv). Motivation, Neugier und Leistungsanforderungen, die über der eigenen Expertise liegen, sind Voraussetzungen für gelungenes, selbstgeführtes Lernen (Bundesärztekammer, 2020). Diese Haltung soll bereits im Studium gefördert werden. Hier gibt es neue Ansätze, wie das Medizinstudium umstrukturiert werden kann, damit die Bereitschaft für „lebenslanges Lernen“ bei angehenden Ärzten gestärkt wird (Rotgans & Lampert, 2014).

Um aus gemachten Fehlern lernen zu können, benötigt es zum einen die Eigenreflexion, zum anderen das Feedback des Gegenübers, welches in der Arzt-Patient-Beziehung jedoch häufig fehlt (Langewitz, 2012). Die Bedeutung von Feedback wird umso deutlicher seit gezeigt werden konnte, dass die Förderung von Feedback durch Reflexion und Selbstbewertung einen positiven Effekt auf spätere Leistungen und die Selbsteinschätzung der Leistung hat (White et al., 2009). Feedback sollte dabei so spezifisch wie möglich sein (Cantillon & Sargeant, 2008) und wird dann von Studenten als positiv erlebt (Moorhead et al., 2004).

Das in der vorliegenden Arbeit untersuchte Anamnesegespräch findet im Rahmen eines Simulationstrainings mit Schauspielpatienten statt. Im nächsten Abschnitt wird genauer ausgeführt, was die Grundlagen solcher Simulationstrainings sind und warum die später beschriebene Studie innerhalb dieses Trainings durchgeführt wurde.

1.3.5. Simulationstraining mit Schauspielpatienten

Um die dargelegten kommunikative Fähigkeiten wie Gesprächsführung oder empathisches Zuhören zu trainieren, sind unterschiedlichste Simulationsmethoden in der medizinischen Ausbildung gängig. Kneebone fasst die Hauptvorteile von Simulationslernmethoden im Vergleich zu traditionellen Lernmodellen zusammen: Zum einen entsprechen sie dem „first do no harm!“ Konzept. Der Student kann in einem geschützten, risikofreien Rahmen üben, Fehler machen, aus seinen Fehlern lernen und so neue Kompetenzen erwerben. Der Fokus in der Situation liegt hierbei auf dem Studenten und nicht auf dem Patienten, wie es sonst im klinischen Alltag der Fall ist. Des Weiteren stellen die Option zur Übungswiederholung und die Möglichkeit von Feedback an den Studenten große Vorteile dar (Kneebone, 2003). Die gängigste Simulationsmethode sind Rollenspiele. Diese stellen ein effektives Lerninstrument dar (Kaplonyi et al., 2017; Nikendei et al., 2003a; Schultz et al., 2007). Zum einen werden „Als ob“-Rollenspiele angewandt (Kochan, 1975). Hierbei übernimmt beispielsweise ein Mitstudent die Rolle des Patienten. Zum anderen werden Simulationen mit sogenannten Schauspielpatienten oder standardisierten Patienten durchgeführt. Hierbei handelt es sich um professionelle oder Laienschauspieler, die eine feste Patientenrolle einstudieren und diese im Rollenspiel mit Studenten verkörpern (Barrows, 1993; Peters, 2018). Im angloamerikanischen Raum wurden erstmals in den 60er Jahren Schauspielpatienten in der medizinischen Lehre eingesetzt, sowohl als Lernmethode für praktische fachspezifische

Fertigkeiten (z.B. körperliche Untersuchungen) als auch, um kommunikative Fähigkeiten gezielt zu trainieren (Anderson et al., 1994). Durch die bereits geschilderten Veränderungen in der Lehre und Prüfung hinsichtlich kommunikativer Kompetenz hat der Einsatz von Schauspielpatienten in der medizinischen Lehre auch hierzulande stark zugenommen. Mittlerweile nimmt der Einsatz von Schauspielpatienten in nahezu allen medizinischen Universitätscurricula einen festen Platz ein (Brenk-Franz et al. 2011; Nikendei et al. 2003a; Simmenroth-Nayda et al. 2007; Sommer et al. 2019). Auch in Würzburg, unter anderem an der hiesigen Lehrklinik, werden Anamnesetrainings mit Schauspielpatienten angeboten (Schauspielpatientenprogramm der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg mit ca. 40 Schauspielern in knapp 30 Rollen, > 400 Simulationsgespräche im 2., 5., 7. und 9. Studiensemester; Stand Oktober 2022, siehe auch (*Schauspielpatienten-Programm der Universität Würzburg*, abgerufen am 27.02.2022)). Es konnte gezeigt werden, dass das Training mit Schauspielpatienten einen positiven Effekt und damit eine validierte Lernmethode für kommunikative Fähigkeiten ist (Brenk-Franz et al., 2010; Nikendei et al., 2003a; Schultz et al., 2007). Viele Studenten erleben das Kommunikationstraining mit Schauspielpatienten als positiv und schätzen die Lernimpulse, die von dieser praktischen Erfahrung ausgehen (Nikendei et al., 2003b). Darüber hinaus sind reale Lernerfahrungen zum Training kommunikativer Fähigkeiten der theoretischen Lehre überlegen (Rees et al., 2004).

Auch außerhalb der medizinischen Ausbildung von Studierenden werden Schauspielpatienten eingesetzt, etwa in der Qualitätsbewertung von Fachärzten in den USA (Terry et al., 2007). Untersucht wurde beispielsweise bei Gesprächen zwischen Schauspielpatienten und Hausärzten der Effekt nonverbaler Kommunikation (Augenkontakt, Stimmlage, Zugewandtheit) auf die Patientenzufriedenheit (Griffith et al., 2003). Auch gibt es insbesondere in den letzten Jahren gänzlich neue Lehrkonzepte mit Schauspielpatienten. So entstand beispielsweise in Würzburg ein interprofessionelles Training zwischen Medizinstudenten und Studenten der sozialen Arbeit für Gespräche mit Schauspielpatienten (Neuderth et al., 2018).

Die aufgeführten Aspekte zeigen, dass der Einsatz von Schauspielpatienten für Studenten der Medizin gut etabliert und untersucht ist. Somit stellt das Anamnesetraining mit einem Schauspielpatienten einen geeigneten Rahmen für die zu untersuchenden Fragestellungen der vorliegenden Arbeit dar.

In der bereits erwähnten Arbeit von Gude und Kollegen konnte gezeigt werden, dass die Zufriedenheit des Schauspielers nach einem Gespräch mit der Einschätzung durch einen Experten, ob es ein gutes Arzt-Patientengespräch war, korreliert (Gude et al., 2015). Dies ist eine wichtige theoretische Grundlage für die in der vorliegenden Arbeit eingesetzte Fremdeinschätzung. Auch ist festzuhalten, dass Bewertung durch Schauspielers möglicherweise anfälliger für Bewertungsfehler ist (Iramaneerat & Yudkowsky, 2007) (mehr dazu unter Kapitel 4.1).

In Zusammenschau der eingangs erfolgten Ausführung über die Bedeutung der Selbst- und Fremdeinschätzung wird die Relevanz der Forschungsfrage über die beiden Themenfelder Selbst- und Fremdeinschätzung und kommunikativer Kompetenz deutlich. Weiterführend werden mögliche Einflussfaktoren auf das Maß der Genauigkeit zwischen Fremd- und Selbsteinschätzung der Faktor der Selbstwirksamkeit in Zusammenhang mit kommunikativer Kompetenz im medizinischen Bereich beleuchtet.

1.4. Mögliche Einflussfaktoren auf die Selbsteinschätzung

Welche weiteren Variablen beeinflussen das Maß der Genauigkeit zwischen Fremd- und Selbsteinschätzung? Wie bereits angeklungen sind die relevanten, in der Literatur erwähnten, Faktoren das Geschlecht, das Alter und die berufliche Vorerfahrungen (s. Kapitel 1.2.1). Im Kontext der ärztlichen Gesprächsführung und kommunikativen Kompetenz von Medizinstudenten wurden die Variablen Selbstwirksamkeit und Empathie als mögliche Einflussfaktoren auf die Genauigkeit der Selbst- und Fremdeinschätzung der kommunikativen Kompetenz mitaufgenommen. Die im Folgenden beschriebenen Variablen sollen in der vorliegenden Arbeit untersucht werden (vgl. Kapitel 1.5).

1.4.1. Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit, Empathie und kommunikativer Kompetenz

Laut Smith und Hart (1994) beeinflusst unter anderem auch die Selbstwirksamkeitserwartung des Behandlers die kommunikativen Fähigkeiten. In ihrer Arbeit zeigen sie auf, dass sich die Kommunikation mit einem aufgebrachten Patienten negativ auf die wahrgenommene Selbstwirksamkeit des Behandlers auswirken kann. Fachpersonal mit einer geringeren

Selbstwirksamkeit neigt eher dazu, sich durch wütendes Patientenverhalten verunsichern zu lassen, so dass eine dysfunktionale Beziehungsgestaltung entstehen kann (Smith & Hart, 1994). Der positive Einfluss von Kommunikationstrainings auf die kommunikative Selbstwirksamkeit ist vielfach belegt (u.a. Ammentorp et al., 2007; Bragard et al., 2010; Gulbrandsen et al., 2013). So zeigt beispielsweise die Studie von Bragard und Kollegen (2010), dass ein Kommunikations- und Stressmanagement-Training die kommunikative Selbstwirksamkeit erhöht und gleichzeitig den kommunikativen Stress und das Burnoutisiko bei Ärzten verringern kann (Bragard et al., 2010). Auch die Arbeit von Gulbrandsen und Kollegen (2013) zeigt die langfristige Wirkung von Kommunikationstrainings auf die Selbstwirksamkeit und die damit zusammenhängende Leistung von Ärzten auf (Gulbrandsen et al., 2013).

1.4.2. Die Rolle der Selbstwirksamkeit

Bisher wurde nicht systematisch untersucht, inwieweit das Maß an Selbstwirksamkeit die Selbsteinschätzung von Studenten hinsichtlich eines Anamnesetrainings mit einem Schauspielpatienten beeinflusst.

Das Konzept der Selbstwirksamkeit (engl.: *perceived self-efficacy*) wurde von Bandura als Kerninhalt seiner sozial-kognitiven Theorie eingeführt und wird vor allem im Bereich der Pädagogik und der Psychologie und Psychotherapie angewendet. Bandura beschreibt Selbstwirksamkeit als die Überzeugung, ein Verhalten auch unter widrigen Umständen durchführen zu können. Es geht hierbei folglich um eine subjektive Kompetenzerwartung. Bestehen Zweifel an der eigenen Selbstwirksamkeit, kann dies durchaus zum Scheitern bei einer eigentlich bewältigbaren Aufgabe führen. Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung kann andererseits zum erfolgreichen Überwinden von Barrieren führen. Diese Selbstwirksamkeitserwartungen beeinflussen demnach bestimmte Verhaltensweisen, die wiederum zu bestimmten Handlungsergebnissen führen (Abbildung 1).



Abbildung 1: Selbstwirksamkeitserwartungen und Ergebniserwartungen im sozial-kognitiven Modell von Bandura (Bandura 1977:193)

Bandura zeigt vier Faktoren auf, aus denen sich Selbstwirksamkeit entwickelt: Den stärksten Einfluss haben eigene Erfahrungen. Die weiteren Faktoren sind das Beobachten von Dritten (Modelllernen), die soziale Überzeugung und Bewertung von Emotionen sowie die physiologischen Empfindungen. Selbstwirksamkeit hat einen starken Einfluss auf Verhaltensmuster. So zeigen beispielsweise Personen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung ein größeres Durchhaltevermögen in stressreichen Situationen und setzen sich eher herausfordernden Situationen aus. Wenn eine Diskrepanz zwischen der gestellten Anforderung und der tatsächlich erbrachten Leistung wahrgenommen wird, kann dies zu einem Gefühl der Unzufriedenheit führen, welches wiederum Motivation zur Änderung von Verhalten sein kann. Selbstwirksamkeitserwartungen bleiben nicht auf den jeweiligen Bereich begrenzt – die Erwartung in einem Bereich kann das Verhalten in einem anderen Aufgabenbereich maßgeblich beeinflussen (Bandura, 1977). Schwarzer und Jerusalem definieren die Selbstwirksamkeitserwartung auch als „optimistische Selbstüberzeugung“ (Ralf Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 37) und zeigen ihren starken Einfluss auf die Selbstregulation wie Motivation, Arbeitsantrieb und die „realistischere Einschätzung der Güte ihrer eigenen Leistung“ auf (Ralf Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 38).

Hieraus ergibt sich im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit die Frage, inwieweit die Fähigkeit zur präzisen Selbsteinschätzung der Leistung bei Medizinstudenten vom Maß der Selbstwirksamkeit abhängt.

In einer Studie von Mavis und Kollegen (2001) wurde die Korrelation zwischen Selbstwirksamkeit und tatsächlich erbrachter klinischer Leistung untersucht. Medizinstudenten mit einer hohen Selbstwirksamkeit zeigten häufiger eine bessere Leistung in klinischen Simulationen (OSCE) als solche mit einer niedrigen, jedoch bestand kein kausaler Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und OSCE-Ergebnis (Mavis, 2001). Jünger und Kollegen (2006) zufolge wird die Selbsteinschätzung einer

Leistung, die nicht so häufig erbracht wird, stärker von den Eigenschaften einer Person beeinflusst als Leistungen, die häufiger erbracht werden. Je mehr Feedback für bestimmte Leistungen erhalten wird, desto höher wird die Übereinstimmung zwischen objektiver Leistung (z.B. OSCE) und subjektiver Kompetenzeinschätzung (Jünger et al., 2006). Folglich scheint die Selbstwirksamkeit eine Variable mit Einfluss auf das Maß der Genauigkeit der Selbsteinschätzung zu sein. Ein Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitsmaß und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung wurde bisher noch nicht untersucht und ist daher Inhalt der vorliegenden Forschung.

1.4.3. Die Rolle der Empathie

Auch das Themenfeld der Empathie ist ein zentraler Gegenstand der Forschung im Kontext der ärztlichen Kommunikation. So wurde beispielsweise in einer Beobachtungsstudie der Zusammenhang zwischen einem achtstündigen Kommunikationstrainings für Ärzte mit den Faktoren Empathiefähigkeit, Selbstwirksamkeit und Burnoutrate der Ärzte sowie der Patientenzufriedenheit untersucht (Boissy et al., 2016). Die Ergebnisse zeigten, dass durch das Kommunikationstraining die ärztliche Selbstwirksamkeit, die Empathiefähigkeit und ebenfalls die Fähigkeit, eine patientenzentrierte Kommunikation durchzuführen, signifikant zunahm. Des Weiteren reduzierte sich die Burnoutneigung und die Patientenzufriedenheit wurde gesteigert (Boissy et al., 2016). Empathie wird als möglicher Einflussfaktor auf die Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung diskutiert. Gibt es einen möglichen Zusammenhang zwischen der Empathiefähigkeit und einer vergleichsweise präziseren Selbsteinschätzung? Eingangs sollen bündig die theoretischen Grundlagen erörtert werden: Es gibt verschiedene Ansätze und Definitionen zum Thema Empathie. Davis beschrieb 1980 einen multidimensionalen Ansatz, der affektive und kognitive Komponenten miteinschließt. Er entwickelte basierend auf diesem Ansatz den Interpersonal Reactivity Index (IRI), welcher zu den am meist genutzten Instrumenten für die Selbsteinschätzung im Bereich Empathie zählt. Er definierte vier Bereiche, die sich untereinander bedingen und als ein valides Maß für die Einschätzung der Empathiefähigkeit gelten: Perspective-taking, fantasy, empathic concern, personal distress (Davis, 1980). Angelehnt daran beschreiben Mercer und Reynolds in ihrem ebenfalls multidimensionalen Ansatz Empathie in Abgrenzung zum Begriff der Sympathie „als eine Form der beruflichen Interaktion (eine Reihe von Fähigkeiten oder Kompetenzen) und nicht als eine subjektive emotionale Erfahrung oder eine Persönlichkeitseigenschaft, die man entweder hat oder nicht hat“ (Mercer & Reynolds, 2002, S. 10 aus dem Engl. übersetzt).

Weitere, häufig in der Literatur angegebene Empathiekomponenten sind: kognitiv (Gefühle des anderen identifizieren und verstehen), emotional (sich die Gefühle des anderen vorstellen und teilen), moralisch (mit dem anderen mitfühlen bzw. dazu bereit sein mitzufühlen) und verhaltensbezogen/relational (Verständnis kommunizieren, dem anderen ein Verständnis für dessen Gefühle zurückvermitteln) (Hall & Schwartz, 2018). Rosenberg, der Begründer der „Gewaltfreien Kommunikation“, prägte den Empathiebegriff in den letzten Jahrzehnten maßgeblich mit. Er beschreibt Empathie als eine Haltung, mit der man im Gespräch ganz präsent ist und sich mit den Gefühlen des Gegenübers verbindet. Präsenz im Sinne von Achtsamkeit und Selbstbewusstheit ist demzufolge eine Grundvoraussetzung für Empathie. Somit fördert Empathie im Kontext der Gewaltfreien Kommunikation die Selbstwahrnehmung auf der Gefühls- und Bedürfnisebene (Rosenberg, 2012).

Die einfühlsame Fürsorge im Sinne von Empathie stellt ein essenzielles Merkmal für eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation dar (u.a. Derksen, Bensing, and Lagro-Janssen 2013; Mercer and Reynolds 2002; Neumann et al. 2009). Sie hat signifikanten Einfluss auf die Patientenzufriedenheit, die Adhärenz und den therapeutischen Erfolg (Arborelius & Österberg, 1995; Derksen et al., 2013; Zachariae et al., 2003). Empathie wird unter anderem als entscheidendes Kriterium für ein beziehungsaufbauendes Gespräch zwischen Arzt und Patient genannt (Rebensburg, 2009). Das Gefühl von Patienten, in einem Arzt-Patienten-Gespräch „emotional aufgehoben zu sein“, wird dabei nicht dadurch kreiert, dass explizit über Emotionen gesprochen wird, sondern insgesamt durch die ärztliche Gesprächskompetenz vermittelt (Langewitz, 2012). Stucke stellt aus seiner Arbeit in Balint-Gruppen fest, dass Ärzte anfangs häufig mit abwehrenden Äußerungen, wie "Ich bin Arzt und darf keine Gefühle haben" (Stucke, 1990, S. 43) reagieren, wenn sie nach ihren Gefühlen gefragt werden. Jeder Arzt habe jedoch im Umgang mit seinen Patienten unterschiedlichste Gefühle. Er postuliert, dass es im Verlauf der Ausbildung der Ärzte dazu komme, dass Ärzte internalisieren, Gefühle nicht wahrnehmen zu sollen. Dadurch entstehe ein innerer Konflikt, bekannte Negationsstrategien seien Ironie oder Zynismus sowie eine abgeklärte, professionelle Haltung (Stucke, 1990). Aufgrund ihrer Relevanz wird die ärztliche Empathie international seit vielen Jahren als definiertes Ziel in die Lernzielkataloge mitaufgenommen (Bürgi et al., 2001). Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass eine Begriffsdefinition der Empathie von Studenten eher abgelehnt wird, wenn sie vorwiegend auf Emotionen fokussiert. Daher wird sie auch in ihrer Erlernbarkeit schlechter bewertet. Im Gegensatz dazu sehen Studenten bei einem Konzept, das vorrangig kognitive Komponenten beschreibt, die Lernbarkeit als realistischer an (Zschoke, 2016).

Zur Frage, ob die Empathiefähigkeit erlernbar sei, beziehungsweise in der Ausbildung und beruflichem Werdegang einer Entwicklung unterliegt, zeigen Studien konträre Ergebnisse. Zum einen gibt es Ergebnisse, dass die Empathiefähigkeit gleichbleibend ist oder im Verlauf des Studiums zunimmt (u.a. Hegazi & Wilson, 2013; Quince et al., 2011; Rosenthal et al., 2011). Bereits ein kurzes Training in der „Gewaltfreien Kommunikation“ nach Rosenberg bei Medizinstudenten konnte zu signifikant höheren Empathiewerten führen (Epinat-Duclos et al., 2021). Im Gegensatz dazu fanden andere Studien eine Abnahme der Empathiefähigkeit im Laufe des Medizinstudiums (u.a. Neumann et al., 2011; Seitz et al., 2017). Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass zunehmender Stress im Verlaufe des Studiums ein Hauptfaktor für die Abnahme ist (Neumann et al. 2011). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Empathiefähigkeit, wie dargelegt, ein Schlüsselement in der gelungenen Patientenkommunikation ist. Ein Zusammenhang zwischen dem Maß an Empathiefähigkeit und der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung wurde bisher noch nicht systematisch untersucht.

1.4.4. Die Rolle des Geschlechts und des Alters

Seit vielen Jahren studieren in Deutschland weitaus mehr Frauen als Männer Humanmedizin. Seit 2007 sind die Anteile ungefähr unverändert und liegen bei 62% Frauen und 38% Männern (Rudnicka, 2022). Der Geschlechterunterschied macht sich im Berufsalltag bemerkbar, vor allem im unterschiedlichem Kommunikationsverhalten. Beispielsweise wird die Gesprächsführung von weiblichen Ärzten tendenziell als emotional ansprechender wahrgenommen, die ihrer männlichen Kollegen hingegen als sachlicher (Cronauer Klöckner & Schmid Mast, 2010).

Ist das Geschlecht des Studenten eine Einflussgröße darauf, wie man sich nach einem Gespräch mit einem Patienten einschätzt? Dazu gibt es in der Literatur unterschiedliche Ergebnisse. Einige Studien im Bereich der Selbsteinschätzung bei Medizinstudenten zeigen, dass sich das Geschlecht nicht auf das Maß der Selbsteinschätzung auswirkt (Fitzgerald et al., 2003; Mavis, 2001). Im Gegensatz dazu zeigen andere Studien, dass Frauen sich generell unter- und Männer tendenziell überschätzen (Blanch-Hartigan, 2011; Gude et al., 2017; Hargittai & Shafer, 2006; Lloyd et al., 2005). Es konnte ebenso gezeigt werden, dass sich Frauen in klinischen Prüfungssituationen tendenziell unter- und Männer überschätzen (Coutts & Rogers, 1999; Gude et al., 2017;

Jünger et al., 2006). Braun (2003) fasst in einer Literaturanalyse zum Thema Selbsteinschätzung zusammen, dass sich Männer und Frauen relativ gleich einschätzen, jedoch eine Tendenz sichtbar ist in der Form, dass sich Frauen eher unterschätzen und Männer sich eher überschätzen. Ein mögliches Erklärungsmodell hierfür ist die „Theorie der Selbstwertsteigerung: Erfolge werden vermehrt internal attribuiert, also auf die eigenen Fähigkeiten und die eigene Anstrengung zurückgeführt. Männer attribuieren Erfolge mehr internal als Frauen. Personen, welche große Erfolge erwarten, haben auch eine hohe interne Kontrollüberzeugung. Eine sehr hohe Kontrollüberzeugung führt zu einer leichten Überschätzung der eigenen Fähigkeiten und der Sicherheit bezüglich der Richtigkeit der Entscheidungen und damit zu einer geringeren Genauigkeit der Selbsteinschätzung“ (Braun, 2003, S. 76–77). Hier muss angemerkt werden, dass Braun sich in seiner Literaturrecherche nicht auf Studien mit Medizinstudenten beschränkt, sondern Studien zur Genauigkeit der Selbsteinschätzung aus unterschiedlichen psychologischen und medizinischen Lernumfeldern einbezogen hat. Mit Blick auf die Forschungsfrage der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung hinsichtlich der kommunikativen Kompetenz beschreibt Gude (2017), dass sich Männer stärker überschätzen als Frauen.

Hinsichtlich der Rolle des Alters gibt es in der Literatur unterschiedliche Ergebnisse. Zum einen zeigt sich in der bereits erwähnten Studie von Graf und Kollegen, dass die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung im zeitlichen Verlauf von sieben Semestern zunahm (Graf et al., 2020). Im Gegensatz dazu ist in der bereits beschriebenen Metaanalyse von Blanch-Hartigan von 35 internationalen Papern über die Selbsteinschätzung von Medizinstudenten (siehe Kap. 1.2.1).

Grundlagen von Selbst- und Fremdeinschätzung) bei Medizinstudenten höherer Semester im Vergleich zu niedrigeren Semestern als genauer beschrieben. Ein möglicher Erklärungsversuch hierfür ist der Einfluss der beruflichen Vorerfahrung der Studenten auf die Selbsteinschätzung. Durch den vermehrten Patientenkontakt ist der Umgang im Patientengespräch bereits erprobter und die Genauigkeit der Selbsteinschätzung könnte durch die Vertrautheit mit der Aufgabe positiv beeinflusst werden (Blanch-Hartigan, 2011; Fitzgerald et al., 2003). Anzumerken ist hier, dass in den genannten Studien die Fähigkeit der Selbsteinschätzung und ihr Zusammenhang mit Geschlecht und Alter in

unterschiedlichsten Aufgabenfeldern untersucht wurde. Das Geschlecht sowie das Alter sind somit wichtige, zu untersuchende Variablen in Bezug auf die Genauigkeit von Selbst- und Fremdeinschätzung von Medizinstudenten hinsichtlich der kommunikativen Kompetenz.

1.4.5. Die Rolle der Vorerfahrung

Etwa die Hälfte der Medizinstudenten in Deutschland startet mit praktischer Vorerfahrung im medizinischen Bereich ins Studium (Jacob et al., 2019). Die vorliegende Arbeit untersucht daher auch die Frage, ob Studenten mit beruflicher Vorerfahrung eine treffendere Selbsteinschätzung aufweisen. Dazu gibt es bisher kaum Studienbefunde. In zwei älteren Studien fand sich kein signifikanter Einfluss auf die Genauigkeit der generellen Selbsteinschätzung durch die Vorerfahrung (Coutts & Rogers, 1999; Jansen et al., 1998). Die Studienergebnisse und Erklärungsversuche zeigen insgesamt auf, dass der Einfluss der Variablen berufliche Vorerfahrung im Kontext der kommunikativen Kompetenz bei Medizinstudierenden noch nicht ausreichend untersucht sind.

1.5. Fragestellung und Hypothesen

Ziel dieser Arbeit ist es, vor dem Hintergrund der skizzierten Befundlage mögliche Unterschiede zwischen der Selbst- und der Fremdeinschätzung von Medizinstudierenden im Rahmen eines simulierten Anamnesegesprächs im Kurs „Anamnesetraining“ der Universität Würzburg zu untersuchen. Hierdurch soll die Frage beantwortet werden, ob die Selbsteinschätzung eines Studenten nach einem Anamnesegespräch von der Fremdeinschätzung durch einen Experten und Schauspielpatienten abweicht und welche der herangezogenen Einflussfaktoren auf die Abweichung von Bedeutung sind.

Im Einzelnen werden die folgenden Fragestellungen untersucht und die zugehörigen Hypothesen geprüft:

Es soll untersucht werden, ob die in der Literatur (vgl. Kapitel 1.2.1) beschriebene geringe Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung auch bei der mehrperspektivischen Einschätzung durch Studenten, Experten und Schauspielpatienten

hinsichtlich der kommunikativen Kompetenz von Medizinstudenten besteht. Weiter soll untersucht werden, inwieweit in der Globalbewertung (mittels Schulnotensystem) eine Unter- oder Überschätzung der Studenten hinsichtlich ihrer kommunikativen Kompetenz im Vergleich mit der Fremdeinschätzung durch Experten und/oder Schauspielpatienten vorhanden ist.

Hypothese 1 (H1):

H1a): Zwischen der Selbsteinschätzung eines Studenten und der Fremdeinschätzung durch einen Experten oder eines Schauspielpatienten besteht eine geringe Übereinstimmung.

H1b): Es zeigt sich eine Überschätzung durch die Studenten.

Da die Selbstwirksamkeit eine Einflussgröße in der kommunikativen Kompetenz darstellt (vgl. Kapitel 1.4.1 und Kapitel 1.4.2), soll zudem untersucht werden, ob zwischen Selbstwirksamkeit und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung ein signifikanter Zusammenhang besteht (Hypothese H2).

Hypothese 2 (H2):

Das Ausmaß an Selbstwirksamkeit steht in positivem Zusammenhang mit der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung.

Aufgrund der dargelegten Relevanz der Empathie in der ärztlichen Gesprächsführung (vgl. Kapitel 1.4.1 und Kapitel 1.4.3) soll des Weiteren untersucht werden, ob zwischen Empathiefähigkeit und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung ein signifikanter Zusammenhang besteht.

Hypothese 3 (H3):

Das Ausmaß an Empathiefähigkeit steht in positivem Zusammenhang mit der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung.

Ebenso soll untersucht werden, ob der in der Literatur (vgl. Kapitel 1.4.4) beschriebene Zusammenhang zwischen Geschlecht und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung als auch die stärkere Überschätzung männlicher Studenten in der Globalbewertung in der untersuchten Stichprobe nachweisbar ist.

Hypothese 4 (H4):

H4a): Die Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung fällt bei weiblichen und männlichen Studenten unterschiedlich hoch aus.

H4b): Männliche Studenten überschätzen sich stärker als weibliche.

Des Weiteren soll überprüft werden, ob der in der Literatur (vgl. Kapitel 1.4.4) dargestellte Zusammenhang zwischen Alter und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung auch bei Studenten der herangezogenen Kohorte hinsichtlich der kommunikativen Kompetenz nachweisbar ist. Dieser stellt dar, dass sich ältere Studenten tendenziell zutreffender einschätzen, jüngere Studenten also eine stärkere Überschätzung in der Globalbewertung aufweisen.

Hypothese 5 (H5):

H5a): Ältere Studenten zeigen eine höhere Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung.

H5b): Jüngere Studenten zeigen eine stärkere Überschätzung.

Auch soll untersucht werden, inwieweit der in der Literatur (vgl. Kapitel 1.4.5) nicht konsistent belegte Zusammenhang zwischen beruflicher Vorerfahrung und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung bei der untersuchten Kohorte zu finden ist.

Hypothese 6 (H6): Studenten mit beruflicher Vorerfahrung im medizinischen Bereich zeigen eine höhere Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung.

Schließlich soll überprüft werden, ob der in der Literatur dokumentierte Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und kommunikativer Kompetenz (vgl. Kapitel 1.4.1) auch die Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung im spezifischen Kontext des Anamnesegesprächs betrifft.

Hypothese 7 (H7):

H7a): Studenten mit einer höheren Selbstwirksamkeit bezüglich der Anamneseerhebung weisen eine höhere Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung auf.

H7b): Studenten mit einer niedrigen Selbstwirksamkeit bezüglich der Anamneseerhebung überschätzen sich eher.

2. Material und Methoden

2.1. Studiendesign und Durchführung

Die Durchführung der Hauptstudie wurde am 08.05.2015 von der Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg genehmigt (Bearbeitungszeichen 83/15).

An der Universität Würzburg finden in der sogenannten Lehrklinik jeweils im 5., 7. sowie 9. Studiensemester für alle Humanmedizinstudenten Kurse mit Schauspielpatienten statt. Die Lehrklinik ist eine Lehr- und Trainingseinrichtung, in welcher an Modellen und Simulationspatienten grundlegende praktische ärztliche Fertigkeiten erlernt und trainiert werden können. Für die Studie bot sich das Modul „Anamnesetraining“ des Kurses Praktische Klinische Untersuchungsmethoden (PKU) im 5. Studiensemester an. In diesem Kurs steht das Training zur Erhebung einer strukturierten Anamnese sowie kommunikativer Kompetenzen in Simulationsgesprächen im Mittelpunkt, im Gegensatz zu späteren Modulen, bei denen auch praktische Fertigkeiten (z.B körperliche Untersuchung) miteinfließen. Die Szenarien bzw. Patientenrollen im Anamnesetraining wurden von Medizinern und Psychologen gemeinsam entwickelt und sollen Gesprächssituationen auf einer vergleichbaren Anforderungsstufe ermöglichen. Bei den Szenarien handelt es sich um verschiedene typische Anamnesesituationen in einer allgemeinärztlichen Praxis. Viele der in diesem Kurs eingesetzten Schauspielpatienten haben jahrelange Erfahrung im Anamnesetraining mit Medizinstudenten. Zu Beginn des Kurses erfolgt eine kurze Einweisung über das folgende Anamnesegespräch. Zusammen mit den Studenten werden die wichtigsten Elemente für ein Anamnesegespräch erarbeitet. Das anschließende Anamnesegespräch mit einem Schauspielpatienten dauert durchschnittlich sieben bis zehn Minuten. Abschließend erhält der Student sowohl von Tutoren, Mitstudenten und dem Schauspielpatienten Feedback über das geführte Gespräch.

Im Dezember 2014 wurde ein Probestudie mit 16 Anamnesegesprächen durchgeführt, von denen drei aufgrund technischer Schwierigkeiten nicht ausgewertet werden konnten. Die verbliebenen 13 Gespräche wurden von vier Experten bewertet. Zum einen wurde hier die Durchführbarkeit des Studiendesigns erprobt, zum anderen erfolgte an dieser ersten Stichprobe die Ermittlung der Interraterreliabilität (s. Kapitel 2.4.1). Vier Mitarbeiter, die am Arbeitsbereich Medizinische Psychologie und Psychotherapie beziehungsweise in der Klinik für Psychiatrie des Universitätsklinikums Würzburg tätig waren, wurden als Experten

eingesetzt, um die Fremdeinschätzung der Gespräche durchzuführen. Alle vier wiesen langjährige Erfahrung im Anamnesetraining auf und haben die Kurse bereits betreut. Somit ergab sich eine ähnliche Blickrichtung auf die Gesprächsbeurteilung. Erwogen wurde, ob die Zusammensetzung des Raterteams aus verschiedenen Berufsgruppen (Allgemeinmediziner, Mitarbeiter des Anamnesetrainings, klinisch tätige Ärzte) sinnvoll sei. Es wurde sich für eine homogene Zusammensetzung des Raterteams entschieden, da diese eine größere Übereinstimmung der Bewertungen und damit eine höhere Interraterreliabilität möglich macht. Dies ist notwendig, um eine Aufteilung der Gesprächsbewertungen unter den einzelnen Experten zu ermöglichen.

Die vier Experten nahmen vor Durchführung des Ratings an einer einstündigen Raterschulung teil. Hier wurde eine Vorversion des „Fragebogens zur Einschätzung eines Anamnesegesprächs“ (s. Anhang 1) benutzt. Es wurden gemeinsame Entschlusskriterien festgelegt, um eine möglichst hohe Interraterreliabilität zu erreichen. So wurde festgelegt, dass eine Frage, die beispielsweise aufgrund einer stellenweise schlechten Aufnahmequalität nicht beurteilt werden kann, als „nicht anwendbar“ gekennzeichnet wird. Anschließend wurde der Fragebogen diskutiert, korrigiert und die Version für die Hauptstudie festgelegt.

2.2. Instrumente

2.2.1. Selbst- und Fremdeinschätzung kommunikativer Kompetenz

Um zu erfassen, wie die teilnehmenden Studenten sich nach einem Anamnesegespräch selbst einschätzen, wurde für den Studienzweck ein Fragebogen entwickelt. Zur Orientierung diente „HeiCuMed-Checkliste zum Anamnesegespräch“¹. Dies ist eine validierte Checkliste, die an der Universität Heidelberg entwickelt wurde. Sie wird dort im sogenannten MediKIT (Interaktions- und Kommunikationstraining) eingesetzt, um eine Selbsteinschätzung durch den Studenten im Kommunikationstraining mit Schauspielpatienten abzufragen. Die Checkliste beinhaltet 39 Items aus fünf Themenfeldern: 1. Kontaktaufnahme zum Patienten, 2. Informationen sammeln, a) Erhebung des Konsultationsgrundes, b) Struktur der

¹ mit freundlicher Erlaubnis der Universität -Medizinische Fakultät – Heidelberg, sowie von Dipl.-Psych. Katja Brenk-Franz; Institut für Allgemeinmedizin/Universitätsklinikum Jena, Modifiziert nach: © Copyright 2000-2004 Universität – Medizinische Fakultät – Heidelberg (Heicumed)

Konsultation, c) Gesprächsverlauf, d) Verständnis für die Situation des Patienten, 3. Beziehungsgestaltung, 4. Erklärung und Planung, 5. Gesprächsabschluss.

Da kein für die Studienfragestellung exakt passendes Instrument vorlag und die Neuentwicklung eines Verfahrens nicht Ziel der Arbeit war (und deren Rahmen gesprengt hätte), wurde die grundsätzlich geeignete HeiCuMed-Checkliste für die vorliegende Studie modifiziert, um sie an die untersuchte Gesprächssituation anzupassen (Studenten des fünften Semesters, keine körperliche Untersuchung). Im Folgenden werden die Modifikationen gegenüber dem Originalinstrument beschrieben.

Die von uns vorgenommene Itemselektion erfolgte in einem mehrstufigen Verfahren. Ziel der Selektion war die Verwendung eines Fragebogens, der möglichst präzise die verschiedenen Aspekte eines gelungenen Arzt-Patientengesprächs erfasst. Die modifizierte, zum Einsatz gekommene Checkliste hat sechs Themenfelder mit insgesamt 26 Items:

1. Kontaktaufnahme zum Patienten.
2. Informationen sammeln & Erhebung des Konsultationsgrundes.
3. Gesprächsverlauf.
4. Beziehungsgestaltung.
5. Erklärung und Planung.
6. Gesprächsabschluss.

Zusätzlich wurde für alle Items die zusätzliche Antwortkategorie „nicht anwendbar“ aufgenommen, um die Spezifität der Antwortmöglichkeiten zu erhöhen, falls beispielsweise ein Item aufgrund der Kameraführung nicht klar zu beantworten ist. Die Items 1 - 8 sowie 25 des Instruments sind mit „ja“, „nein“ oder „nicht anwendbar“ zu beantworten. Die Items 9 - 24 sind mit einer vierstufigen Likertskala mit den Antwortkategorien „trifft überhaupt nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft eher zu“, „trifft genau zu“ und „nicht anwendbar“ zu beantworten. Die Perspektive wurde modifiziert, indem alle Formulierungen aus der Perspektive auf den Arzt („Der Arzt ...“; Originalfassung) für die Teilnehmer des Anamnesetrainings in die „Ich-Perspektive“ (Fragebogen zur Selbsteinschätzung) übertragen wurden. Die Fassung für die Fremdeinschätzung durch den Schauspielpatienten und Experten wurden in der Arztperspektive wie im Original belassen. Es folgt ein tabellarischer Überblick über die Modifikationen der einzelnen Items.

Tabelle 1: Vergleich zwischen Originalfassung und modifizierter Fassung

Items Originalfassung HeiCuMed	Items modifizierte Fassung
1. Der Arzt gibt dem Patienten zur Begrüßung die Hand.	1. Ich begrüßte den Patienten angemessen (z. B. Blickkontakt, Handschlag, an der Tür abholen, Lächeln).
2. Der Patient wird mit seinem Namen angesprochen oder auch danach gefragt.	2. Ich sprach den Patienten mit seinem Namen an / fragte ihn danach.
3. Der Arzt stellt sich vor mit Namen (und Funktion) vor.	3. Ich stellte mich mit Namen (und ggf. Funktion) vor.
4. Der Arzt bietet dem Patienten einen Platz an.	4. Ich bot dem Patienten einen Platz an.
5. Der Arzt verwendet offene Fragestellung zum Konsultationsgrund (z.B. Was führt sie zu mir?).	5. Ich verwendete offene Fragen zum Konsultationsgrund (z. B. „Was führt Sie zu mir?“).
6. Der Arzt verwendet gezielte und geschlossene Fragen zur Spezifizierung der Beschwerden.	6. Ich verwendete gezielte und geschlossene Fragen zur Spezifizierung der Beschwerden.
	7. Ich vermied Suggestiv- und/oder Mehrfachfragen.
7. Der Arzt vergewissert sich, dass alle Probleme und Beschwerden zur Sprache kamen.	<i>Nicht verwendet.</i>
8. Der Arzt macht deutlich, wenn ein bestimmtes Thema abgeschlossen wird und fasst kurz zusammen.	<i>Nicht verwendet.</i>
9. Der Arzt macht deutlich, wenn ein neues Thema besprochen werden soll und nennt Gründe dafür.	<i>Nicht verwendet.</i>
10. Der Zeitrahmen für das Anamnesegespräch ist angemessen.	15. Ich konnte einen guten Zeitrahmen für das Gespräch realisieren.
11. Der Zeitrahmen für die einzelnen Unterpunkte ist angemessen.	<i>Nicht verwendet.</i>
12. Der Patient kann ausreden, Pausen machen und nachdenken bevor er antwortet.	11. Ich ließ den Patienten ausreden, Pausen machen und nachdenken bevor er antwortete.
	10. Ich hatte ein angemessenes Sprechtempo
13. Der Arzt paraphrasiert angemessen und sinnvoll.	<i>Nicht verwendet.</i>
14. Der Arzt hält den Gesprächsverlauf durch Nachfragen, Konkretisieren lassen flüssig (aktives Zuhören).	<i>Nicht verwendet.</i>
	14. Ich lenkte das Gespräch, das Gespräch hatte einen roten Faden.

15. Der Arzt erklärt Fachbegriffe, spricht für den Patienten verständlich.	13. Ich vermied Fachbegriffe, sprach an das Sprachverständnis des Patienten angepasst.
16. Der Arzt geht auf Fragen des Patienten ein und beantwortet sie zufrieden stellend.	12. Ich ging auf Fragen des Patienten ein.
17. Der Arzt fordert auf zu korrigieren und Informationen zuzufügen.	<i>Nicht verwendet.</i>
18. Der Arzt fragt nach bisherigen Bewältigungsstrategien des Patienten.	<i>Nicht verwendet.</i>
19. Der Patient wird nach seiner Meinung gefragt.	<i>Nicht verwendet.</i>
	20. Ich nahm die nonverbalen Signale des Patienten wahr und reagierte darauf.
20. Der Patient kann sein Verständnis der Symptome und seine Sorgen äußern und der Arzt erkennt diese an.	8. Ich gab dem Patienten die Möglichkeit die Beschwerden aus seiner Sicht zu schildern.
21. Der Patient hat Raum den Einfluss seiner Beschwerden auf sein Leben auszudrücken.	<i>Nicht verwendet.</i>
	22. Ich besprach Informationen mit dem Patienten, ohne belehrend zu wirken.
22. Der Patient hat Gelegenheit, Gefühle und Gedanken zu den Symptomen zu äußern.	9. Ich gab dem Patienten die Möglichkeit sein Verständnis der Symptome zu äußern (subjektive Krankheitstheorie).
	21. Meine Gestik und Mimik waren dem Gespräch angemessen.
23. Der Arzt zeigt Interesse und Respekt durch offene Haltung und Blickkontakt.	16. Ich stellte angemessenen Blickkontakt her.
24. Der Arzt ist dem Patienten zugewandt, in einem angemessenen Abstand, in angemessener Sitzposition.	17. Ich war dem Patienten zugewandt, in einem angemessenen Abstand, in angemessener Sitzposition.
25. Der Arzt beschäftigt sich nicht mit anderen Dingen. Wenn er Notizen macht, dann in einer Art und Weise, die den Gesprächsverlauf nicht stört.	18. Ich beschäftigte mich nicht mit anderen Dingen. Wenn ich Notizen machte, dann in einer Art und Weise, die den Gesprächsverlauf nicht störte.
26. Die bisherigen Bewältigungsstrategien des Patienten werden anerkannt und nicht negativ abgewertet.	<i>Nicht verwendet.</i>
27. Der Arzt geht sensibel mit peinlichen oder beunruhigenden Themen um.	19. Ich ging sensibel mit unangenehmen Themen um.
28. Der Arzt erläutert, wie anstehende Untersuchungen ablaufen und was während der Untersuchungen passieren könnte.	<i>Nicht verwendet.</i>
29. Vor einer körperlichen Untersuchung fragt der Arzt den	<i>Nicht verwendet.</i>

Patienten um Erlaubnis diese durchzuführen.	
30. Während der körperlichen Untersuchung erklärt der Arzt dem Patienten den Ablauf der Untersuchung.	<i>Nicht verwendet.</i>
31. Der Arzt fasst wichtige Informationen noch einmal zusammen.	<i>Nicht verwendet.</i>
32. Der Arzt vergewissert sich, dass der Patient alles verstanden hat.	<i>Nicht verwendet.</i>
	25. Ich ermutigte den Patienten Fragen zu stellen.
33. Der Arzt erklärt die weitere Vorgehensweise.	23. Ich erklärte die weitere Vorgehensweise.
34. Der Arzt trifft mit dem Patienten eine gemeinsame Lösung zum weiteren Vorgehen bzw. fragt nach dem Einverständnis zum weiteren Ablauf.	24. Ich fragte nach dem Einverständnis zum weiteren Ablauf.
35. Der Arzt fragt nach sozialen Ressourcen und Hilfen.	<i>Nicht verwendet.</i>
36. Der Arzt gibt einen Zeitplan: bis wann geschieht was.	<i>Nicht verwendet.</i>
37. Der Arzt bespricht mit dem Patienten den nächsten Arztbesuch. Evtl. Verweis zur Arzthelferin.	<i>Nicht verwendet.</i>
38. Der Arzt verabschiedet den Patienten.	26. Ich verabschiedete den Patienten angemessen (z. B. Blickkontakt, Handschlag, zur Tür begleiten).
39. Der Arzt gibt dem Patienten die Hand zum Abschied.	<i>Nicht verwendet.</i>

Im Folgenden wird dargestellt, warum einzelne Items nicht verwendet beziehungsweise verändert wurden. Die Originalfragen werden dabei mit Item und der entsprechenden Nummer beschrieben, die modifizierte und eingesetzte Fassung wird für eine bessere Übersichtlichkeit kursiv dargestellt.

Das Item 7 wurde modifiziert durch die *Frage 25*: „Ich ermutigte den Patienten, Fragen zu stellen.“ aufgenommen, da sich das Item für die gegebene Anforderung an den Kurs als zu spezifisch darstellte. Die *Frage 7*: „Ich vermied Suggestiv- und/oder Mehrfachfragen“ wurde mit aufgenommen, da dies zusätzlich zu Item 6 ein wichtiges Element für die Gesprächsführung darstellt (Koerfer et al., 2008). Die Items 7, 8, 9, 11 und 14 wurden unter *Frage 14*: „Ich lenkte das Gespräch, hatte einen roten Faden.“ zusammengefasst. Das Item 13 wurde durch *Frage 10*: „Ich hatte ein angemessenes Sprechtempo.“ modifiziert. Die Items

17, 18, 19, 20, 21 und 26 wurden unter der gegebenen Gesprächssituation unter *Frage 8* zusammengefasst: „Ich gab dem Patienten die Möglichkeit, die Beschwerden aus seiner Sicht zu schildern.“ Neu hinzugefügt wurden die *Frage 20*: „Ich nahm die nonverbalen Signale des Patienten wahr und reagierte darauf.“ sowie die *Frage 21*: „Meine Gestik und Mimik waren dem Gespräch angemessen.“, da die nonverbale Gesprächsführung, wie bereits dargelegt, einen wichtigen Aspekt im Arzt-Patientengespräch darstellt. Die Items 28, 29 und 30 wurden nicht verwendet, da im untersuchten Anamnesetraining keine körperliche Untersuchung stattfindet, sondern der didaktische Fokus im untersuchten Anamnesetraining auf den kommunikativen Fertigkeiten liegt. Das Item 32 wurde durch die *Frage 25*: „Ich ermutigte den Patienten, Fragen zu stellen.“ ersetzt. Die Items 35, 36 sowie 37 wurden für die gegebene Gesprächssituation unter *Frage 23*: „Ich erklärte die weitere Vorgehensweise.“ und *Frage 24*: „Ich fragte nach dem Einverständnis zum weiteren Ablauf.“ zusammengefasst. Die Items 38 und 39 wurden unter *Frage 26* „Ich verabschiedete den Patienten angemessen (z. B. Blickkontakt, Handschlag, zur Tür begleiten).“ subsummiert.

Am Ende des Instruments wurde ein Item zur Globalbewertung des Gespräches mit einer Notenskala von eins bis sechs (1=sehr gut bis 6=ungenügend) angefügt.

Um die Fremdeinschätzung nach dem Anamnesegespräch zu erfassen, wurden zwei Versionen des modifizierten Fragebogens zur Bearbeitung durch den betroffenen Schauspielpatienten und den Experten erstellt bzw. die Items wurden entsprechend angepasst. Diese Fassungen sind im Anhang (s. Anhang 2 + 3) zu finden.

Somit ergaben sich drei inhaltlich deckungsgleiche Fragebögen aus drei verschiedenen Perspektiven.

2.2.2. Selbstwirksamkeit

Da Banduras Konzept in großem Maß anerkannt ist und einen Kernfaktor in selbstregulativen Lernprozessen beschreibt, wird es in dieser Arbeit als möglicher Einflussfaktor auf die Präzision der Selbsteinschätzung untersucht. Hierfür wird die von Schwarzer entwickelte Skala zur Erfassung der subjektiven Kompetenzerwartung (ASKU; Allgemeine Selbstwirksamkeit Skala) verwendet (Beierlein et al., 2012). Diese ist eine Kurzform mit drei

Items, die sich vom „Fragebogen zur Messung der Selbstwirksamkeit“ mit zehn Items ableitet (R. Schwarzer & Jerusalem, 1999). Sie ist auf einer fünfstufigen Likertskala zu beantworten („trifft gar nicht zu“, „trifft wenig zu“, „trifft etwas zu“, „trifft ziemlich zu“, „trifft voll und ganz zu“). Die Kurzskaala wird anhand des mittleren Skalenwertes ausgewertet, der „die Ausprägung einer Person in dem Merkmal der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung angibt“ (Beierlein et al., 2012, S. 16). Die Kurzform wurde gewählt, da sie zugleich einen zeitlichen Vorteil im engen Kurszeitrahmen bot und trotz der kürzeren Form ausreichend reliabel (ω zwischen 0,81 und 0,86) und valide (faktorielle sowie Konstruktvalidität) ist und so einen geeigneten Kompromiss für die durchzuführende Studie bot. Für die Zuteilung der Ergebnisse wurde am Ergebnismedian (Wert 4) getrennt. Somit wurden Ergebnisse ≤ 4 der Kategorie „niedrige Selbstwirksamkeit“ und Ergebnisse >4 der Kategorie „höhere Selbstwirksamkeit“ zugeordnet.

2.2.3. Empathiefähigkeit

Um das Maß an Empathiefähigkeit für die Frage der Korrelation von Empathiefähigkeit und Genauigkeit der Selbsteinschätzung zu bestimmen, wurden zwei Subskalen des Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (Paulus, 2009) verwendet. Er stellt die deutsche Version des Interpersonal Reactivity Index von Davis dar. Der Interpersonal Reactivity Index ist ein weltweit eingesetzter Fragebogen zur Messung von Empathie (Davis, 1983; Jolliffe & Farrington, 2004). Er berücksichtigt den mehrdimensionalen Ansatz der Empathie (vgl. Kapitel 1.4.3) und besteht aus vier Subskalen: perspective taking (PT), fantasy (FS), empathic concern (EC) und personal distress (PD). Für die deutsche Version werden „gute Kennwerte in den Bereichen der Reliabilität, der faktoriellen Validität und der Itemtrennschärfe“ berichtet (Paulus, 2009, S. 9).

Für die Studie wurden die Subskalen „Empathic Concern“ und „Perspective Taking“ verwendet. Der Faktor „Empathic Concern“ (1) wird von Davis folgendermaßen beschrieben: „respondents' feelings of warmth, compassion, and concern for others“ (Davis, 1980, S. 6). Den Faktor „Perspective Taking“ (2) beschreibt er mit „spontaneous attempts to adopt the perspectives of other people and see things from their point of view.“ (Davis, 1980, S. 6). Dies bedeutet, dass jemand (1) die Gefühle von Wärme und Mitgefühl erlebt sowie die Besorgnis um andere und (2) die Bestrebung hat, die Perspektive anderer nachzuvollziehen und Dinge aus ihrer Sicht zu betrachten. Für die vorliegende Arbeit wurden die genannten Skalen für

die Ermittlung der Empathiefähigkeit ausgewählt, da angenommen werden kann, dass diese den direkteren Einfluss auf ein gelungenes Arzt Patienten-Gespräch haben. Die beiden Subskalen umfassen insgesamt acht Items mit einer fünfstufigen Likert-Skala („nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“, „immer“).

Da unter den Anamneseführenden Studenten nur ein Student vorlag, der ein hohes Empathiemaß aufzeigte, erfolgte die Einteilung der Ergebnisscores in zwei Kategorien: niedriges versus mittleres + hohes Empathiemaß.

2.2.4. Alter

Um die Frage nach dem Zusammenhang zwischen dem Alter und der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung untersuchen zu können, wurde das Alter kategorisiert. Folgende Alterskategorien wurden festgelegt, um mit verteilungsabhängigen Gruppen rechnen zu können:

20 + 21 Jahre: „jüngere“ (n=20)

22 + 23 Jahre: „mittlere“ (n=29)

>= 24 Jahre: „ältere“ (n=18)

Diese Kategorisierung bezieht mit ein, dass das durchschnittliche Alter für einen Hochschulbeginn in Deutschland (im Jahr 2015) bei 21 Jahren liegt (*Durchschnittsalter der Studienanfänger bis 2021 Statista*, abgerufen am 02.09.2022). Wer mit 20, beziehungsweise 21 Jahren bereits im 5. Studiensemester (der untersuchte Kurs findet im 5. Studiensemester statt) studiert, kann als „jüngerer Student“ gelten. Das Alter 22 und 23 Jahre sind somit das durchschnittliche Alter für einen Studenten im 5. Studiensemester. Das durchschnittliche Absolventenalter für Humanmedizin liegt bei 26 Jahren, somit können Studenten mit 24 Jahren im 5. Studiensemester als „ältere Studenten“ gelten (*Humanmedizin - Durchschnittsalter von Absolventen 2021, Statista*, abgerufen am 02.09.2022) (Daten von 2019).

2.2.5. Berufliche Vorerfahrung

Um die Frage nach dem Zusammenhang zwischen der Dauer der beruflichen Vorerfahrung und der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung untersuchen zu können, wurde ebenfalls die Dauer der Vorerfahrung folgendermaßen kategorisiert:

≤1 Jahr (n=12)

1-3 Jahre (n=4)

>3 Jahre (n=4)

Diese Kategorisierung berücksichtigt, dass die Dauer für Praktika, kurze Praxiseinsätze beziehungsweise ein freiwilliges soziales Jahr (FSJ) bis zu einem Jahr beträgt (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, abgerufen am 07.12.2022). Die Dauer einer beruflichen Ausbildung beträgt durchschnittlich drei Jahre (Bundesministerium für Bildung und Forschung, abgerufen am 07.12.2022). Das bedeutet, dass Personen, die tatsächlich in einem medizinischen Beruf gearbeitet haben, in der Regel eine Berufserfahrung über drei Jahre aufweisen.

2.2.6. Selbstwirksamkeitsgefühl bezüglich der Anamneseerhebung

Ein weiteres Item (Eigenentwicklung) wurde angefügt, um eine grobe Einschätzung des Selbstwirksamkeitsgefühls bezüglich der Anamneseerhebung zu erhalten: „Ich fühle mich in der Lage, eine strukturierte Anamnese zu erheben.“ Die Scores 1 bis 3 wurden unter der Kategorie „niedrige Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung“ zusammengefasst, die Scores 4 und 5 unter Kategorie „höhere Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung“.

2.3. Ablauf der Hauptstudie

Die Hauptstudie wurde im Juni 2015 durchgeführt (s. Abbildung 2). Zu Beginn des Kurses erfolgte die Aufklärung über die Studie. Es wurde schriftlich über die Freiwilligkeit sowie über

den Umgang mit den Daten aufgeklärt. Auch wurde darauf hingewiesen, dass die Durchführung des Übungsgesprächs unabhängig von der Studienteilnahme ist, somit ergab sich aus der Studien- sowie der Kursstruktur nur ein Ausschlusskriterium: Ablehnung der Teilnahme an der Videoaufzeichnung oder Fragebogenbearbeitung. Von allen Studienteilnehmern liegt eine schriftliche Einwilligungserklärung vor.

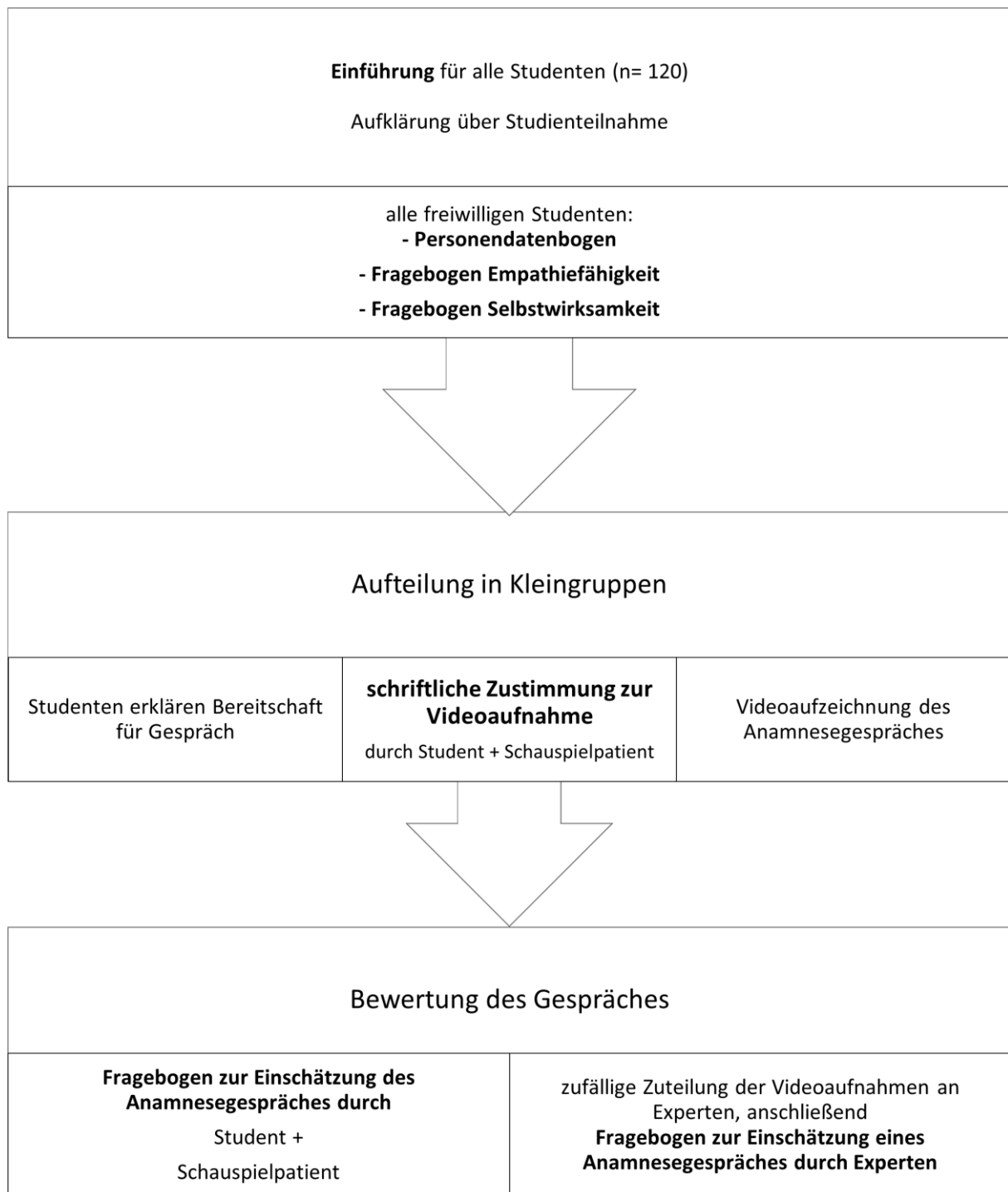


Abbildung 2: Ablauf der Studierhebung

Zu Beginn des Kurses füllten alle Teilnehmer (n=114, alle teilnehmenden Studenten des Anamnesetrainings) den Personendatenbogen mit soziodemographischen Angaben (s. Anhang 4), einen Fragebogen zur Empathiefähigkeit (Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen, s. Kapitel 2.2.3) und einen Fragebogen zur Selbstwirksamkeit (Allgemeine Selbstwirksamkeit Skala, s. Kapitel 2.2.2) aus. Dies erfolgte vor dem Gespräch,

um eine mögliche Beeinflussung durch das gerade erlebte Gespräch zu minimieren. Jedes Anamnesegespräch wurde mit einem zufälligen numerischen Code versehen, um Anonymität zu wahren. Diese Codenummer wurde dann sowohl auf der Videoaufnahme wie auch auf den Fragebögen vermerkt, um die Zuteilung der Daten zu ermöglichen. Vor Beginn des Gespräches erhielten der Student sowie der Schauspielpatient die Probandeninformation zur Studienteilnahme (s. Anhang 5), daran anschließend füllten beide die nötige Einwilligungserklärung (s. Anhang 6 + 7) aus. Das folgende Gespräch mit dem Schauspielpatienten wurde von einer Kamera aufgezeichnet, die durch die Lehrklinik zur Verfügung gestellt wurde. Direkt im Anschluss an das Gespräch wurden durch den Studenten sowie durch den Schauspielpatienten der Fragebogen zur Einschätzung des Gespräches beantwortet (s.u. sowie Anhang 1 + 2). Das aufgenommene Gespräch wurde nach dem abgeschlossenen Kurs durch alle vier Experten bewertet. Hier erfolgte die Video-Zuteilung auf die vier Experten per Zufall über die Codenummer.

Die in der Studie zum Einsatz gekommenen Instrumente/Fragebögen werden im Folgenden vorgestellt.

2.4. Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte unter der Beratung und Anleitung von Joy Backhaus (Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Universitätsklinikum Würzburg, Institut für Medizinische Lehre und Ausbildungsforschung)

2.4.1. Interraterreliabilität der Vorstudie

Die Interraterreliabilität gibt an, wie hoch die Übereinstimmung zwischen unterschiedlichen Experten ist. Um die Übereinstimmung zwischen den Experten zu ermitteln, wurde anhand der Probestudie mit 13 Gesprächen die Interraterreliabilität ermittelt.

Die Daten der Vorstudie wurden tabellarisch geordnet nach Ratern in Microsoft Excel aufbereitet. Die Bestimmung der Interraterreliabilität erfolgte über den Finn-Koeffizienten mittels des Statistikprogramms „R“. Der Finn-Koeffizient ist ein Maß für Übereinstimmung,

das bei geringer Varianz zwischen den Ratern empfohlen wird. Es handelt sich hierbei um ein eher strenges Maß für Übereinstimmungsberechnungen. Der Finn-Koeffizient kann sowohl bei binären als auch polytomen Antwortskalen angewendet werden, die Anzahl der Bewertungskategorien fließt hierbei in die Berechnungen mit ein (Asendorpf & Wallbott, 1979). Die Kategorie „nicht anwendbar“ wurde in die Berechnung miteinbezogen, da die Wahl dieser Antwortkategorie auch das Maß der Übereinstimmung zwischen den Ratern beeinflusst. Bei den Items 1 – 9 und 26 lagen somit drei Antwortkategorien vor, bei den Fragen zehn bis 25 fünf Antwortkategorien. Als Mittelwert ergab sich unter den vier Experten ein ausreichender Reliabilitätskoeffizient (Finn-Koeffizient = 0,7; ausreichend) woraufhin die Aufteilung der Videos an die vier Experten erfolgte.

2.4.2. Statistische Auswertung der Hauptstudie

Die statistischen Analysen wird mittels Microsoft Excel und RStudio 4.1.1 durchgeführt. Die Verteilung der quantitativen Daten wird durch deskriptive Statistiken wie Mittelwert, Standardabweichung und absolute und relative Häufigkeiten beschrieben. Das primäre Ergebnis von Interesse für die Übereinstimmungen zwischen der Selbsteinschätzung durch den Studenten und der Fremdeinschätzung des Schauspielpatienten sowie des Experten (H1a) ist die gewichtete Kappa-Übereinstimmung (k) (Fleiss, 1976; Landis & Koch, 1977). Hierfür wurden drei Raterpaare gebildet: für R-. Cohens Kappa stellt ein zufallsbereinigtes Maß der Übereinstimmung bei zwei Ratern dar. Zwischen jedem Raterpaar wird bei jedem Item des Einschätzungsfragebogens die Kappa-Werte bestimmt. Diese werden in der Folge gemittelt. Neben dem Mittelwert als Hauptwert wird der Empfehlung nachgekommen, ebenfalls den Median der Kappa-Werte von jedem Item zu berechnen, um mögliche Ausreißerwerte zu detektieren (Jürgen Bortz, 1999). Neben dem Mittelwert als Hauptwert wird der Empfehlung nachgekommen, ebenfalls den Median der Kappa-Werte von jedem Item zu berechnen, um mögliche Ausreißerwerte zu detektieren (Jürgen Bortz, 1999). Folgende Richtwerte sind für Cohens Kappa publiziert und wurden in dieser Studie herangezogen:

keine Übereinstimmung $<.0$
kaum Übereinstimmungen $.01-.20$
leichte Übereinstimmung $.21-.40$
mäßige Übereinstimmung $.41-.60$

moderate Übereinstimmung .61–.80

nahezu perfekte Übereinstimmung .81–1

(Landis & Koch, 1977)

Die Berechnung und Analyse des Kappa-Koeffizienten musste dabei mittels RStudio in zwei konsekutiven Schritten erfolgen:

1. In einem ersten Schritt wurde die Übereinstimmung zwischen den drei Raterpaaren (Student und Experte, Student und Schauspielpatient, Schauspielpatient und Experte) stratifiziert nach Anamnesegespräch berechnet. Somit wurden Kappas für jedes Raterpaar über alle Items berechnet. Da jeder Student nur an einem Anamnesegespräch teilgenommen hat, konnten zwei individuelle Kappa-Werte für jeden Studenten (Übereinstimmung mit dem Experten sowie Übereinstimmung mit dem Schauspielpatienten) berechnet werden. Operationalisiert wurde somit die Genauigkeit der Selbsteinschätzung durch Studenten in Relation zu Experten bzw. Schauspielpatienten mittels Kappa-Koeffizient (s. Auszug aus der Matrix, Anhang 8).
2. Die individuellen Kappa-Werte wurden auf aggregierter Ebene verwendet, um stratifizierte Berechnungen durchzuführen. So konnte anschließend zum Beispiel untersucht werden, ob Studierende mit einem hohen Wert auf der Skala Empathie im Vergleich zu Studierenden mit einem niedrigen Wert einen signifikant niedrigeren/höheren Kappa-Koeffizienten aufweisen.

Zusätzlich wird die prozentuale Übereinstimmung berechnet. Sie stellt ein anschauliches Maß für Konkordanzbestimmungen dar (Wirtz & Caspar, 2002). Es gibt die Möglichkeit der Angabe einer Fehlertoleranz, wobei in der vorliegenden Arbeit eine Abweichung von null bis zwei Skalenpunkten benutzt wird, eine Abweichung also trotzdem noch als Übereinstimmung angezeigt werden kann. Diese Angaben sind ein deskriptives ergänzendes Maß zu Cohens Kappa für die Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung. Der Wertebereich der prozentualen Übereinstimmung liegt zwischen 0% und 100%, je höher der Wert, desto besser die Übereinstimmung zwischen den Beurteilenden (Burke & Dunlap, 2016). Um die Übereinstimmung umfassender untersuchen zu können, wurde die prozentuale Übereinstimmung mit den Toleranzpunkten 0, 1 und 2 berechnet. Dies bedeutet, es wird nicht

nur bei absoluter Übereinstimmung (0 Toleranzpunkte), sondern auch bei Abweichung von einer (1 Toleranzpunkt), beziehungsweise zwei (2 Toleranzpunkte) Antworten in der Likert-Skala das Maß der Übereinstimmung in Prozent angegeben.

Da die Variablen Selbstwirksamkeit und Empathie nicht normalverteilt sind, wird für die Frage nach dem Zusammenhang von Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung und der Selbstwirksamkeit (H2), beziehungsweise Empathie (H3) der Spearman-Korrelationskoeffizient der Kappa-Werte ermittelt (Jürgen Bortz, 1999). Analog wird bei der Selbstwirksamkeit bezüglich der Anamneseerhebung (H7a) der Spearman-Korrelationskoeffizient der Kappa-Werte ermittelt. Hier soll von einem 5%-Signifikanzniveau und einem bedeutsamen Zusammenhang erst ab einer Höhe des Korrelationskoeffizienten von 0,3 gesprochen werden. Da die Variable Geschlecht nominalskaliert ist, werden die Werte der männlichen und weiblichen Studenten mittels t-Tests für unabhängige Stichproben auf 5%-Signifikanzniveau miteinander verglichen (H4a). Um den Zusammenhang zwischen der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung und dem Alter (H5a) zu berechnen, werden die Mittelwertsunterschiede mittels Varianzanalyse (ANOVA) jeweils miteinander verglichen und somit auf signifikante Unterschiede überprüft. Die Variable beruflichen Vorerfahrung (H6) wird mittels Rangvarianzanalyse (Kruskal-Wallis-Test) untersucht.

Nebst den Übereinstimmungsberechnungen werden folgende Berechnungen durchgeführt, um eine Aussage über die Richtung der Differenz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung in der Globalbewertung des Gespräches (Schulnotensystem) (s. Kapitel 2.2.1) treffen zu können: Die Globalbewertung der drei Rater als drei abhängige Bewertungen wird mittels Friedman-Test für verbundene Stichproben untersucht (H1b). Die Variable Geschlecht wird mittels Mann-Whitney-U-Test für zwei unabhängige Stichproben untersucht (H4a). Die Variablen der drei Altersgruppen (H5b) sowie der Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung (H7b) werden mittels Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben untersucht.

3. Ergebnisse

Zunächst wird die Stichprobe anhand der soziodemografischen Daten beschrieben (3.1). Dann wird das Ergebnis zur Übereinstimmung zwischen der Selbst- und der Fremdeinschätzung beschrieben (H1) (3.2). Im Anschluss daran werden die Ergebnisse zum Zusammenhang und zur Übereinstimmung zwischen Selbstwirksamkeit und Selbst- und Fremdeinschätzung (H2) dargestellt (3.3). Darauffolgend wird das Ergebnis zum Zusammenhang zwischen Empathiefähigkeit und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung (H3) berichtet (3.4). Danach wird dargelegt, inwiefern sich Männer oder Frauen in der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung unterscheiden (H4) (3.5). Daran anschließend wird das Ergebnis zum Zusammenhang zwischen Alter und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung (H5) dargestellt (3.6) sowie der Zusammenhang zwischen beruflicher Vorerfahrung und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung (H6) (3.7). Zu guter Letzt wird das Ergebnis zum Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit bezüglich der Anamneseerhebung und der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung berichtet (H7) (3.8) und die Ergebnisse abschließend zusammengefasst (3.9).

3.1. Beschreibung der Stichprobe

3.1.1. Soziodemographische Merkmale aller Kursteilnehmer

Es nahmen $n=114$ Studenten am Anamnesetraining teil. Davon waren 64 weiblich (56%) und 50 männlich (44%). Das durchschnittliche Alter lag bei 23 Jahren ($\pm 2,6$) mit einer Spannweite von 20 bis 34 Jahren. Bei der Frage nach beruflicher Vorerfahrung im medizinischen Bereich gaben 77 (67%) an, keine Erfahrung zu besitzen; 37 Studenten (33%) gaben an, bereits Vorerfahrung gesammelt zu haben. Die durchschnittliche Dauer der beruflichen Vorerfahrung lag bei 2,0 Jahren ($\pm 2,1$), das Minimum betrug drei Monate, das Maximum neun Jahre.

3.1.2. Soziodemographische Merkmale der gesprächsführenden Studienteilnehmer

Von den 114 Kursteilnehmern führten 69 Studenten ein Gespräch mit einem Schauspielpatienten. Aufgrund der damaligen Kursstruktur konnten zum Zeitpunkt der

Datenerhebung in jeder Kleingruppe von drei bis vier Studenten je nach Zeitumfang der geführten Gespräche nur zwei bis drei Studenten ein Gespräch führen. Wegen technischer Störungen konnten drei Videos nicht verwendet werden. Somit standen 66 Anamnesegespräche zur Auswertung zur Verfügung. Diese Gespräche wurden von 36 Frauen (55%) und 30 Männern (45%) geführt. Das durchschnittliche Alter lag bei 23,1 Jahren ($\pm 2,8$) mit einer Spannweite von 22 bis 26 Jahren. Bei der Frage nach beruflicher Vorerfahrung im medizinischen Bereich gaben 46 Studenten (70%) an, keine medizinische Berufsvorerfahrung zu besitzen. 20 Studenten (30%) gaben an, bereits Vorerfahrung gesammelt zu haben. Als Vorerfahrung wurden angegeben (in Klammern die Häufigkeit der Nennungen): FSJ (5), Rettungssanitäter (5), Krankenpflegeausbildung (3), Pflegehelferin (2), Aushilfstätigkeit Pflege (2), MTA (1), Zahnarzt (1), Zivildienst (1), Hebammenausbildung (1), Sanitätsdienst Bundeswehr (1). Zwei Studenten gaben eine doppelte vorherige Ausbildung an. Die Vorerfahrung lag bei 45% der Gesprächsteilnehmer bei unter einem Jahr, bei 15% bei einem Jahr, bei 20% betrug sie anderthalb bis drei Jahre sowie bei 20% mehr als vier Jahre Vorerfahrung. Die durchschnittliche Dauer der beruflichen Vorerfahrung lag bei 2,1 Jahren ($\pm 2,1$). Das Minimum betrug drei Monate, das Maximum neun Jahre.

In Tabelle 2 sind die demographischen Daten vergleichend für alle Teilnehmern am Anamnesetraining (n=114) und den Teilnehmern mit Videogespräch dargestellt.

Tabelle 2: demographische Daten aller Kursteilnehmenden gegenüber den gesprächsführenden Studenten

	Alle Teilnehmer am Anamnesetraining (n=114)	Videogespräch durchgeführt (n=66)
Alter in Jahren (Mittelwert, SD)	23,1 ($\pm 2,6$)	23,1 ($\pm 2,8$)
Männlich (Häufigkeit, Prozent)	50 (44%)	30 (45%)
Weiblich (Häufigkeit, Prozent)	64 (56%)	36 (55%)
Berufliche Vorerfahrung vorhanden (Anteil in Prozent)	37 (33%)	20 (30%)
Durchschnittliche Dauer der Vorerfahrung in Jahren (Mittelwert, SD)	2,0 ($\pm 2,1$)	2,1 ($\pm 2,1$)

Die Gruppe der Studenten, die an einem Anamnesegespräch teilgenommen haben (n=66), wurde mit der Gruppe der Studenten, die kein Gespräch durchführten (n=48), hinsichtlich der soziodemographischen Daten verglichen. Die Variablen Selbstwirksamkeit (ASKU-Score), Empathie (Score im Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen) und Alter wurden mittels Welch-

t-Test, die Variablen Geschlecht und berufliche Vorerfahrung (vorhanden vs. nicht vorhanden) sowie der Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung (hoch vs. niedrig) wurden mit dem Chi-Quadrat-Test überprüft. Wie in der folgenden Tabelle (Tabelle 3) dargelegt, konnte nur bei der Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung ein signifikanter Unterschied zwischen den gesprächsführenden und nicht-gesprächsführenden Studenten festgestellt werden. Studenten mit einer höheren Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung führen eher ein Gespräch, als Studenten mit einer niedrigen Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung.

Tabelle 3: Ergebnisse des Vergleiches zwischen Kursteilnehmenden und gesprächsführenden Studenten (soziodemographische Daten)

	df	t	Chi-Quadrat	p
Selbstwirksamkeit	109,97	-1,20		0,234
Empathie	94,70	-0,28		0,777
Alter	108,73	-0,27		0,790
Geschlecht	1		0,045	0,833
berufliche Vorerfahrung	1		0,139	0,709
Selbstwirksamkeit hinsichtlich Anamneseerhebung	1		5,468	0,019*

*Vergleich der soziodemographischen Daten der Studenten auf Signifikanzunterschiede mittels Welch-Test (ASKU-Score für Maß an Selbstwirksamkeit, Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen-Score für Maß an Empathie sowie Alter) bzw. Chi-Quadrat (Geschlecht, berufliche Vorerfahrung (vorhanden/nicht vorhanden) und Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung (niedrig/hoch)). * = signifikant auf 5%-Signifikanzniveau ($p < 0,05$)*

3.2. Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung

Hypothese H1a postuliert eine geringe Übereinstimmung zwischen der Selbst- und der Fremdeinschätzung. Die folgende Abbildung (Abbildung 3) gibt Aufschluss über die Ergebnisse der Übereinstimmungsberechnung mittels Cohens k zwischen Student und Experte (SxE), Student und Schauspielpatient (SxSP) sowie Schauspielpatient und Experte (SPxE) über alle geführten Anamnesegespräche.

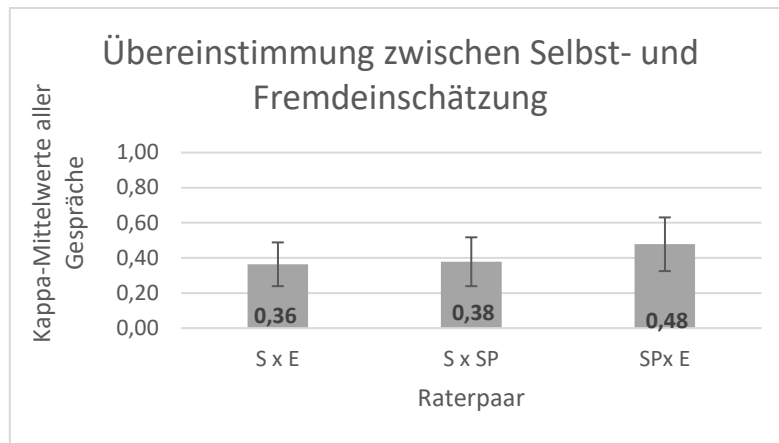


Abbildung 3: mittlere Kappa-Werte für die Raterpaare Student und Experte (SxE), Student und Schauspielpatient (SxSP) sowie Schauspielpatient und Experte (SPxE)

Zugrunde liegt die Einordnung der Kappa-Werte nach Landis und Koch (1977):

- keine Übereinstimmung <.0
- kaum Übereinstimmung .01–.20
- leichte Übereinstimmung, .21–.40
- mäßige Übereinstimmung: .41– .60
- moderate Übereinstimmung, .61–.80

Für alle drei Raterpaare (Student und Experte, Student und Schauspielpatient sowie Schauspielpatient und Experte), zeigt die Berechnung ein statistisch signifikantes Ergebnis ($p < .001$). Mit $k=0,36$ ($p < 0,001$) für SxE, $k=0,38$ ($p < 0,001$) für SxSP sowie $k=0,48$ ($p < 0,001$) für SPxE zeigt sich in allen drei Raterpaaren eine leichte bis mäßige Übereinstimmung (vgl. Landis & Koch, 1977). Hierbei zeigt der Signifikanzwert an, dass die Nullhypothese für die Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung zwischen allen drei Raterpaaren abgelehnt werden kann, das Ergebnis also in allen Fällen nicht zufällig auftritt. Die größte Übereinstimmung liegt hierbei zwischen Schauspielpatient und Experte, also zwischen den beiden Fremdeinschätzungen (mäßige Übereinstimmung). Zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung, also zwischen Student und Schauspielpatient sowie Student und Experte zeigt sich nur eine leichte Übereinstimmung. Hypothese H1a kann somit bestätigt werden.

Die folgende Abbildung (Abbildung 4) illustriert die Streuung der Kappa-Mittelwerte zwischen allen drei Raterpaaren von jedem Anamnesegespräch und gibt eine graphische Übersicht über das Maß der Übereinstimmung:

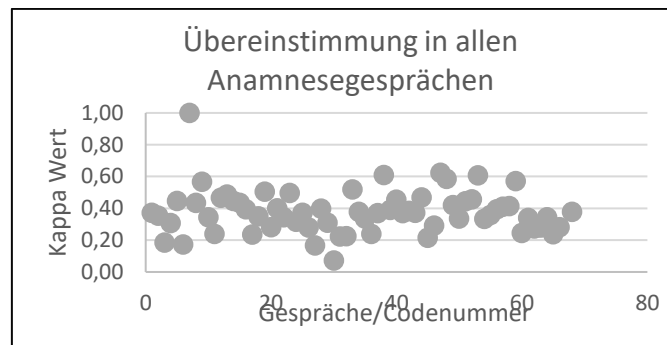


Abbildung 4: mittlere Kappa-Werte in allen Anamnesegesprächen

Es zeigt sich, dass der überwiegende Teil der Kappa-Werte zwischen 0,2 und 0,6 liegt, also wie oben beschrieben sich also im Bereich der leichten bis mäßigen Übereinstimmung befindet und wenige Ausreißerwerte vorliegen.

Die folgende Tabelle (Tabelle 4) zeigt eine Übersicht über die Mittelwerte der Kappa-Werte nach den untersuchten Variablen Selbstwirksamkeit, Empathie, Geschlecht, Alter, berufliche Vorerfahrung sowie der Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung. Es werden jeweils die Mittelwerte mit Standardabweichung sowie der Median angegeben (s. Kapitel 2.4.2).

Tabelle 4: Mittelwerte und Median der Kappa-Werte der drei Raterpaare je nach den untersuchten Variablen Selbstwirksamkeit, Empathie, Geschlecht, Alter, beruflicher Vorerfahrung und Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung

		Student & Experte	Student & Schauspielpatient	Schauspielpatient & Experte
Alle Gespräche	M (SD)	0,36 (0,12)	0,38 (0,14)	0,48 (0,15)
	Median	0,35	0,37	0,49
niedrige Selbstwirksamkeit	M (SD)	0,35 (0,12)	0,39 (±0,14)	0,48 (0,15)
	Median	0,34	0,38	0,49
hohe Selbstwirksamkeit	M (SD)	0,42 (0,13)	0,32 (0,11)	0,44 (0,15)
	Median	0,38	0,32	0,48

niedrige Empathie	M (SD)	0,33 (0,09)	0,30 (0,08)	0,41 (0,17)
	Median	0,29	0,33	0,47
mittlere + hohe Empathie	M (SD)	0,37 (0,13)	0,38 (0,14)	0,48 (0,15)
	Median	0,36	0,37	0,49
männlich	M (SD)	0,36 (0,12)	0,33 (0,11)	0,42 (0,14)
	Median	0,33	0,34	0,47
weiblich	M (SD)	0,37 (0,12)	0,41 (0,15)	0,53 (0,14)
	Median	0,36	0,41	0,52
Alter: 20+21 Jahre	M (SD)	0,38 (0,16)	0,42 (0,2)	0,44 (0,16)
	Median	0,34	0,37	0,42
Alter: 22+23 Jahre	M (SD)	0,39 (0,11)	0,34 (0,13)	0,49 (0,14)
	Median	0,38	0,34	0,50
Alter: >24 Jahre	M (SD)	0,34 (0,11)	0,38 (0,09)	0,52 (0,17)
	Median	0,36	0,38	0,49
Vorerfahrung vorhanden	M (SD)	0,35 (0,11)	0,38 (0,13)	0,48 (0,17)
	Median	0,35	0,39	0,49
ohne Vorerfahrung	M (SD)	0,37 (0,13)	0,38 (0,15)	0,48 (0,14)
	Median	0,35	0,36	0,49
Vorerfahrung < 1 Jahr	M (SD)	0,32 (0,13)	0,38 (0,15)	0,46 (0,18)
	Median	0,33	0,36	0,49
Vorerfahrung 1-3 Jahre	M (SD)	0,43 (0,07)	0,36 (0,05)	0,47 (0,19)
	Median	0,45	0,39	0,41
Vorerfahrung > 3 Jahre	M (SD)	0,35 (0,04)	0,39 (0,10)	0,57 (0,15)
	Median	0,35	0,42	0,52
niedrige Selbstwirksamkeit hinsichtlich Anamneseerhebung	M (SD)	0,37 (0,14)	0,36 (0,11)	0,46 (0,16)
	Median	0,36	0,35	0,49
hohe Selbstwirksamkeit hinsichtlich Anamneseerhebung	M (SD)	0,36 (0,10)	0,40 (0,16)	0,49 (0,15)
	Median	0,35	0,38	0,49

Bei der untersuchten Variable niedrige und hohe Selbstwirksamkeit fällt auf, dass die Übereinstimmung zwischen Student und Experte bei einer hohen studentischen Selbstwirksamkeit im Bereich der mäßigen Übereinstimmung liegt. Ob ein signifikanter Zusammenhang vorliegt, wird weiter untenstehend geprüft.

Ebenso fällt deskriptiv auf, dass jeweils die niedrigsten Kappa-Werte bei den Studenten mit niedrigen Empathiescores vorliegen. Des Weiteren liegen deskriptiv bei den männlichen Studenten zwischen allen drei Raterpaaren niedrigere Kappa-Werte vor als bei den weiblichen Studenten. In der Fremdeinschätzung durch Schauspielpatient und Experte zeigt sich bei weiblichen Studenten unter allen untersuchten Variablen deskriptiv der höchste Kappa-Wert. In den untersuchten Alterskategorien liegt bei Student und Experte in den beiden Alterskategorien 20 + 21 Jahre und 22+23 Jahre ein vergleichbarer Kappa-Wert vor (SxE bei 20 + 21 Jahren: $k=0,38 \pm 0,12$, SxE bei 22 + 23 Jahren: $k=0,39 \pm 0,11$), beim Alter > 24 Jahre zeigt sich ein niedriger Kappa Wert mit $k=0,34 \pm 0,11$ (SxE). In der Übereinstimmung zwischen Student und Schauspielpatient liegt der höchste Kappa-Wert für das Alter 20 + 21 Jahre bei $k=0,42 \pm 0,20$ (SxSP) vor. In der Übereinstimmung zwischen Experte und Schauspielpatient zeigt sich ein gestaffeltes Ergebnis. Für das Alter 20 + 21 Jahre ist $k=0,44 \pm 0,16$ (SPxE), für das Alter 22 + 23 Jahre $k=0,49 \pm 0,14$ (SPxE) und der höchste Wert für < 24 Jahre mit $k=0,52 \pm 0,17$ (SPxE). Zwischen Studenten mit und Studenten ohne beruflicher Vorerfahrung zeigen sich zwischen allen drei Raterpaaren ähnliche Kappa-Werte. Auch bei Studenten mit einer niedrigen versus einer hohen Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung liegen vergleichbare Kappa-Werte vor.

In der folgenden Tabelle (Tabelle 5) werden die Ergebnisse der prozentualen Übereinstimmung zu den drei Raterpaaren dargestellt. Die Berechnung der prozentualen Übereinstimmung berechnet die Toleranzabweichung in der Likertskala um 0, 1 und 2 Punkte bezogen auf den gesamten Fragebogen mit ein. Dies bedeutet, es wird nicht nur bei absoluter Übereinstimmung (0 Toleranzpunkte), sondern auch bei Abweichung von einer (1 Toleranzpunkt) beziehungsweise zwei (2 Toleranzpunkte) Antworten in der Likert-Skala das Maß der Übereinstimmung in Prozent angegeben (s. Kapitel 2.4.2). Auch hier zeigt sich, dass die Übereinstimmung zwischen der Fremdeinschätzung durch Schauspielpatient und Experten am höchsten ist und dass die Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung zwischen Student und Schauspielpatienten etwas höher ist als die zwischen Student und Experten.

Tabelle 5: prozentuale Übereinstimmung mit 0, 1 und 2-Toleranzskalenpunkten

prozentuale Übereinstimmung (in %)	Student & Experte			Student & Schauspielpatient			Schauspielpatient & Experte		
	0-TP	1-TP	2-TP	0-TP	1-TP	2-TP	0-TP	1-TP	2-TP
alle Gespräche	38,0	80,0	90,7	51,8	89,1	96,4	61,6	88,4	92,8
niedrige Selbstwirksamkeit	37,9	80,5	90,7	62,7	88,3	92,4	52,5	89,6	96,5
hohe Selbstwirksamkeit	38,2	77,6	90,7	56,3	88,8	94,9	48,1	86,6	95,4
niedrige Empathie	34,1	75,1	86,8	70,6	86,7	91,5	40,3	83,3	95,3
mittlere + hohe Empathie	38,2	80,3	91,0	61,0	88,5	92,9	52,5	89,4	96,4
Alter: 20+21 Jahre	37,1	77,6	87,2	54,4	87,4	94,7	56,8	85,9	90,1
Alter: 22+23 Jahre	38,1	83,7	93,4	49,4	91,0	97,6	62,8	90,3	93,6
Alter: >24 Jahre	40,8	82,2	91,4	55,0	90,5	95,5	66,2	90,6	95,6
männlich	35,2	79,3	91,7	49,2	88,6	96,8	55,1	88,2	93,9
weiblich	40,1	81,8	89,9	54,2	89,8	95,8	66,9	88,7	92,2
Vorerfahrung vorhanden	39,9	78,9	87,9	53,5	89,4	94,5	64,4	86,7	92,1
ohne Vorerfahrung	37,1	81,4	91,8	51,6	89,3	97,0	60,1	89,1	93,2
Vorerfahrung ≤ 1 Jahr	40,4	81,5	90,4	53,5	91,8	97,2	64,0	88,8	93,8
Vorerfahrung 1-3 Jahre	35,6	79,0	92,4	64,0	94,3	96,3	51,5	82,8	95,2
Vorerfahrung > 3 Jahre	48,3	82,9	89,7	52,0	87,3	94,4	78,7	92,6	94,5
niedrige ASW	35,8	78,8	90,5	58,4	87,1	92,3	50,2	88,4	97,9
hohe ASW	40,3	81,2	90,9	64,9	89,8	93,3	53,3	89,7	94,8

Die prozentuale Übereinstimmung (pÜ) gemittelt über alle Gespräche ist in den folgenden Abbildungen (Abbildung 5-7) dargestellt:

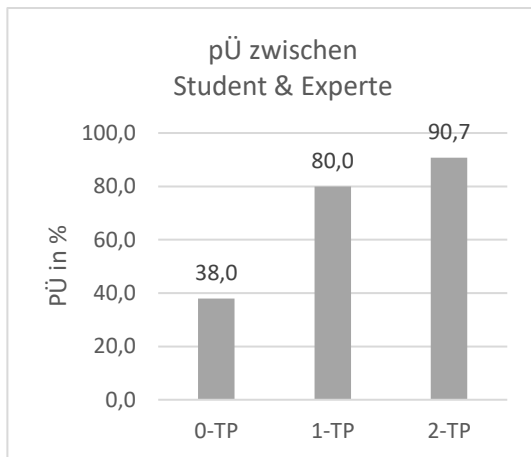


Abbildung 5: pÜ zwischen Student & Experte

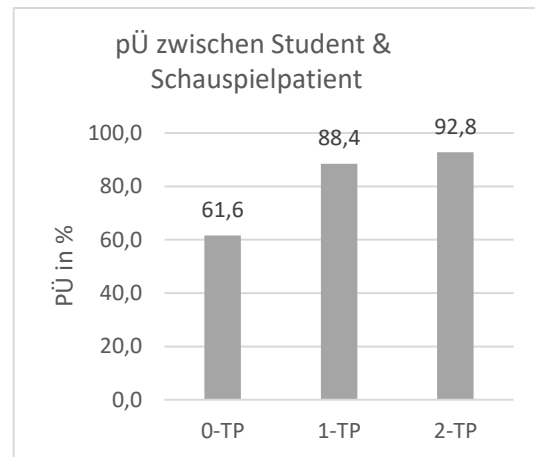


Abbildung 6: pÜ zwischen Student & Schauspielpatient

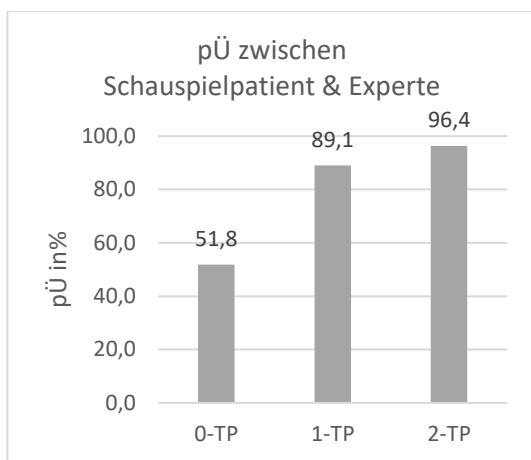


Abbildung 7: pÜ zwischen Schauspielpatient & Experte

3.2.1. Richtung des Unterschiedes zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung der Globalbewertung

Laut Hypothese H1b wird eine Überschätzung durch die Studenten erwartet. Im Friedman-Test zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung der Globalbewertung (s. Tabelle 6). Die kleinere Fallzahl besteht aufgrund einer geringeren Fragebogenbeantwortung der Globalbewertung als die des Gesamtkollektives. Mit Blick auf die deskriptive Statistik (s. Tabelle 7) zeigt sich, dass die Studenten im Vergleich zu Experten und Schauspielpatienten zu einer signifikanten Unterschätzung neigen. Hypothese H1b wurde also nicht bestätigt.

Tabelle 6 Ergebnis Friedman-Test bezüglich Globalbewertung der Anamnesegespräche

n	Teststatistik	df	p
46	38,9	2	<0.0001

** = signifikant auf 5%-Signifikanzniveau ($p < 0,05$)*

Tabelle 7: Globalbewertung (Schulnotensystem) der Anamnesegespräche

	Student	Experte	Schauspielpatient
Mittelwert	2,82	2,09	1,93
Median	3,00	2,00	2,00
SD	0,66	0,79	0,77
Interquartilsabstand	-1	-1	-1

3.3. Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung

Im Vergleich mit der entsprechenden Referenzgruppe des ASKU (Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzsкала, s. Kapitel 2.2.2) (Alter von 18 bis 35 Jahren, hohes Bildungsniveau) liegen die Studenten des Anamnesetrainings ($n=114$) mit einem Mittelwert von $M=3,90$ ($SD=0,48$) im unteren Normbereich (ASKU Referenzwert: $M=4,28$, $SD=0,62$). Die Anamnesegesprächsteilnehmer ($n=66$) liegen ebenfalls mit einem Mittelwert von $M=3,87$ ($SD=0,50$) im unteren Normbereich der Referenzgruppe.

Hypothese H2 postuliert einen positiven Zusammenhang zwischen dem Maß an Selbstwirksamkeit auf der einen und der Übereinstimmung der Selbst- und Fremdeinschätzung auf der anderen Seite. Die Ergebnisse der Zusammenhangsberechnung nach Spearman sind in der folgenden Tabelle dargestellt (Tabelle 8).

Tabelle 8: Spearman-Korrelationskoeffizient zwischen Selbstwirksamkeit und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung

	Student & Experte	Student & Schauspielpatient	Schauspielpatient & Experte
r	0,18	-0,03	-0,04
p	0,160	0,840	0,780

Bei allen Raterpaaren zeigen sich nicht signifikante Korrelationen, somit wird Hypothese H2 abgelehnt. Es besteht folglich kein Zusammenhang zwischen einer höheren Selbstwirksamkeit und der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung.

Die folgenden Abbildungen (Abbildung 8-13) zeigen die prozentuale Übereinstimmung (pÜ) zwischen den drei Raterpaaren bei niedriger beziehungsweise hoher Selbstwirksamkeit. Es zeigt sich, dass die Übereinstimmungswerte nicht maßgeblich voneinander abweichen. Auch im Vergleich zum Mittelwert der prozentualen Übereinstimmung aller Gespräche zeigen sich ähnliche Werte, was sich mit den Ergebnissen der korrelativen Zusammenhangsberechnung deckt.

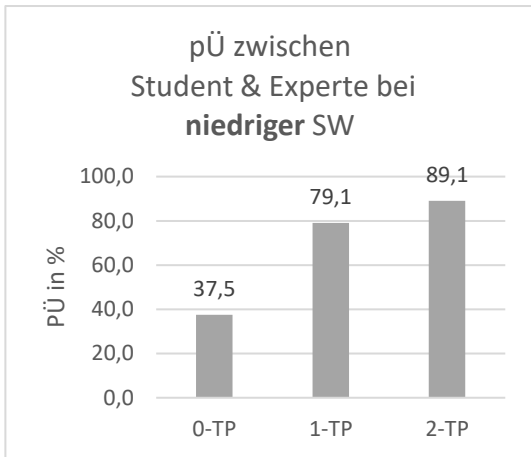


Abbildung 8: pÜ zwischen Student & Experte bei niedriger SW

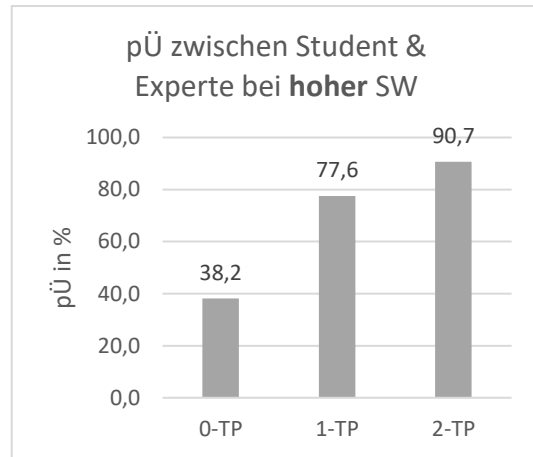


Abbildung 9: pÜ zwischen Student & Experte bei hoher SW

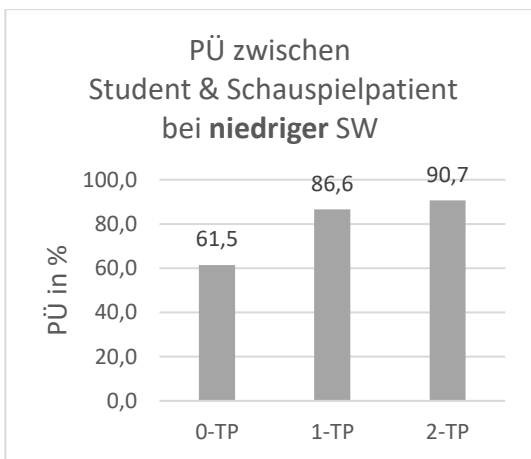


Abbildung 10: pÜ zwischen Schauspielpatient & Experte bei niedriger SW

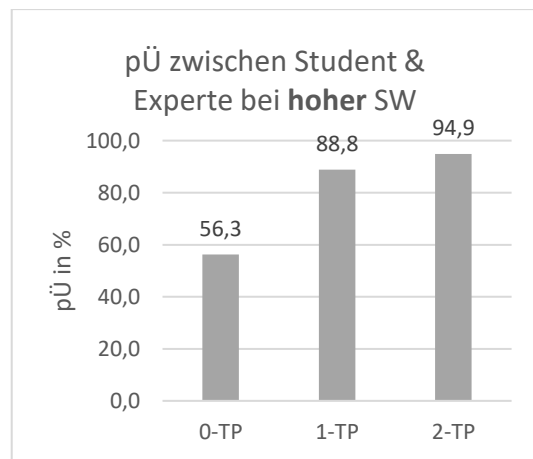


Abbildung 11: pÜ zwischen Student & Experte bei hoher SW

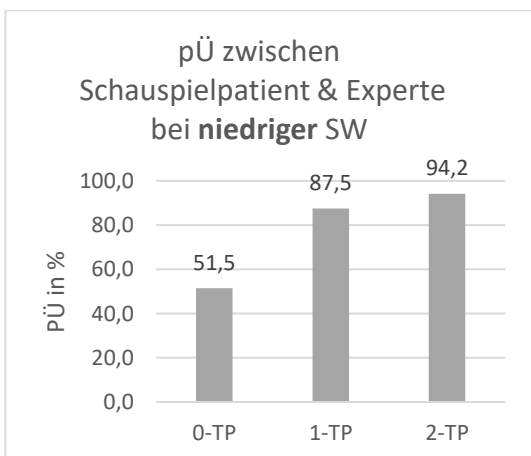


Abbildung 12: pÜ zwischen Student & Schauspielpatient bei niedriger SW

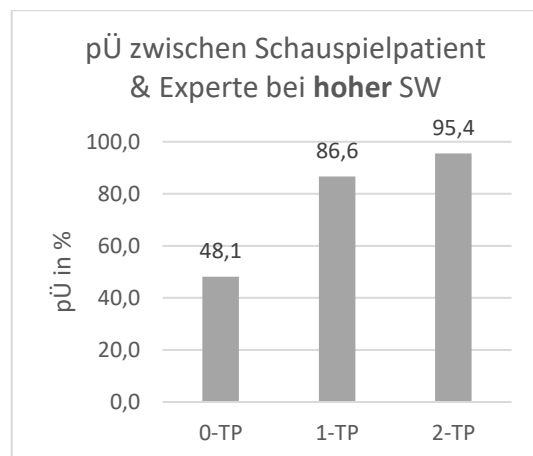


Abbildung 13: pÜ zwischen Student & Experte bei hoher SW

3.4. Zusammenhang zwischen Empathie und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung

Die am Anamnesetraining teilnehmenden Studenten erzielten im Mittel im Teilfragebogen des Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogens (s. Kapitel 2.2.3) einen Score von $M=14,7$ ($SD=0,44$). Dies korrespondiert mit einem Z-normierten Wert in der Alterskategorie von 22-26 Jahren von 101,37 für „empathic concern“ und von 101,52 für „perspective taking“. Die Studienpopulation entspricht somit dem „Normalbereich“ in der Bevölkerung.

Hypothese H3 postuliert einen positiven Zusammenhang zwischen dem Maß an Empathie auf der einen und der Übereinstimmung der Selbst- und Fremdeinschätzung auf der anderen Seite. Die Ergebnisse der Zusammenhangsberechnung nach Spearman sind in der folgenden Tabelle dargestellt (Tabelle 9).

Tabelle 9: Spearman-Korrelationskoeffizient zwischen Empathie und der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung:

	Student & Experte	Student & Schauspielpatient	Schauspielpatient & Experte
r	0,14	0,34	0,22
p	0,250	0,005*	0,078

* = signifikant auf 5%-Signifikanzniveau ($p<0,05$)

Der Korrelationskoeffizient ist im Falle der Übereinstimmung zwischen Student und Schauspielpatient signifikant ($p=0,0047$). Die beiden anderen Raterpaare zeigen keine signifikanten Ergebnisse. Somit wird Hypothese H5 nur teilweise (für die Übereinstimmung zwischen Student und Schauspielpatient) angenommen, denn es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Maß an Empathie und der Übereinstimmung zwischen Student und Schauspielpatient. Ein höherer Empathie-Score geht mit einem höheren Kappa-Mittelwert, also einer größeren Übereinstimmung zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung durch Student und Schauspielpatient einher. Zwischen den anderen Raterpaaren konnten zwar qualitativ keine Signifikanzen nachgewiesen werden, jedoch lässt sich eine Tendenz erkennen: bei Studenten mit einem höheren Empathiemaß zeigt sich eine höhere Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung, sowie in der Fremdeinschätzung durch Schauspielpatient und Experte.

Die folgenden Abbildungen (Abbildung 14-19) zeigen die prozentuale Übereinstimmung zwischen den drei Raterpaaren bei niedrigem Empathiemaß sowie bei mittlerem und hohem Empathiemaß (mhE). Hier fällt auf, dass bei allen Raterpaaren bei 0 Toleranzpunkten eine deskriptive, höhere Übereinstimmung bei den Studenten mit einem mittleren und hohem Empathiemaß vorliegt.

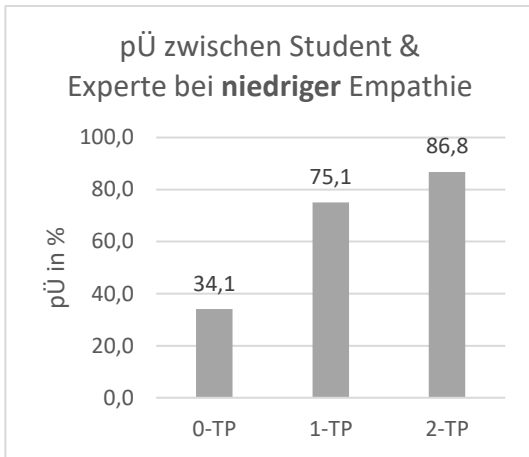


Abbildung 14: pÜ zwischen Student & Experte bei *niedriger* Empathie

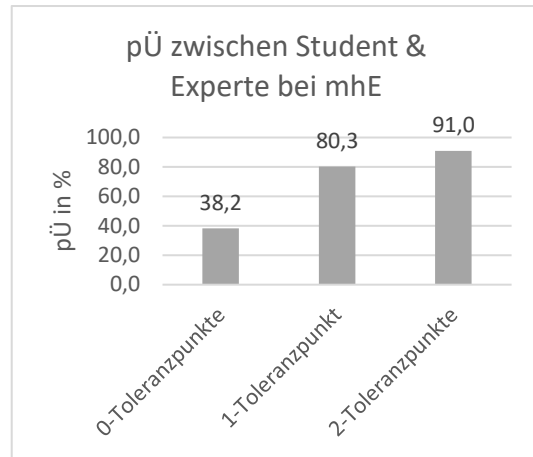


Abbildung 15: pÜ zwischen Student und Experte bei mhE

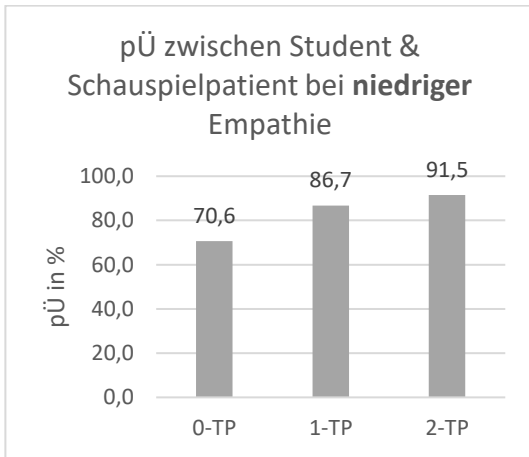


Abbildung 16: pÜ zwischen Student & Schauspielpatient bei *niedriger* Empathie

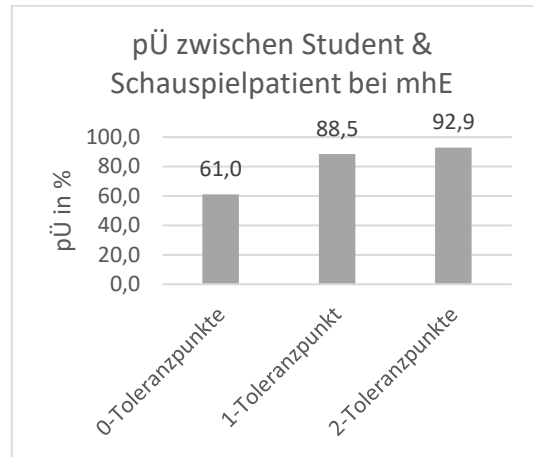


Abbildung 17: pÜ zwischen Student und Schauspielpatient bei mhE

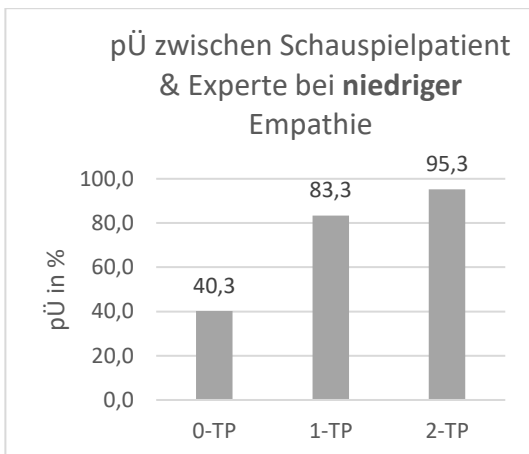


Abbildung 18: pÜ zwischen Schauspielpatient & Experte bei *niedriger* Empathie

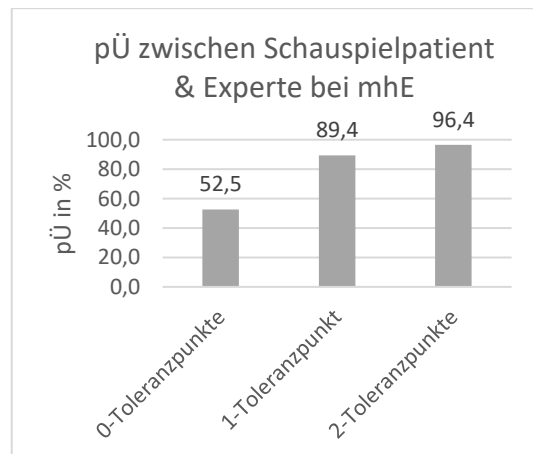


Abbildung 19: pÜ zwischen Schauspielpatient und Experte bei mhE

3.5. Zusammenhang zwischen Geschlecht und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung

Laut Hypothese H4 wird ein Zusammenhang zwischen Geschlecht und Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung erwartet. Mittels t-Tests für unabhängige Stichproben (Welch-t-Test) wurden die Mittelwerte der Kappa-Werte zwischen männlichen und weiblichen Studenten miteinander verglichen. Die folgende Tabelle (Tabelle 10) zeigt die Ergebnisse:

Tabelle 10: Zusammenhang zwischen Geschlecht und Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung

		n	M	SD	t	p
Student & Experte	männlich	30	0,36	0,12	-0,50	0,620
	weiblich	36	0,37	0,12		
Student & Schauspielpatient	männlich	30	0,33	0,11	-2,37	0,021*
	weiblich	36	0,41	0,15		
Schauspielpatient & Experte	männlich	30	0,42	0,14	-2,95	0,005*
	weiblich	36	0,53	0,14		

* = signifikant auf 5%-Signifikanzniveau ($p < 0,05$):

Bei der Übereinstimmung zwischen Schauspielpatient und Experte sowie Student und Experte zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang mit dem Geschlecht. Hypothese H4 kann in diesen beiden Fällen angenommen werden. In der Bewertung durch Student und Schauspielpatient ist die Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung unter den männlichen Studenten mit $M=0,33$ signifikant geringer als die der weiblichen Studenten mit $M=0,41$. Auch in der Fremdeinschätzung durch Schauspielpatient und Experte zeigt sich ein Zusammenhang. Die Bewertung durch Schauspielpatienten und Experten weicht bei den männlichen Studenten stärker voneinander ab als bei den weiblichen Studenten. Deskriptiv zeigt sich in allen drei Fällen, dass sich die weiblichen Studenten zutreffender einschätzen als die männlichen.

Die folgenden Abbildungen (Abbildung 20-25) stellen die prozentuale Übereinstimmung zwischen den drei Raterpaaren bei männlichen sowie bei weiblichen Studenten dar. Es zeigt sich, dass in der Selbst- und Fremdeinschätzung durch Student und Experte bei den weiblichen Studenten in allen Toleranzpunkten höhere Werte vorliegen, in der Einschätzung durch Student und Schauspielpatient liegen vergleichbare Werte vor, in der Einschätzung durch Schauspielpatient und Experte liegen bei männlichen Studenten höhere Werte vor.

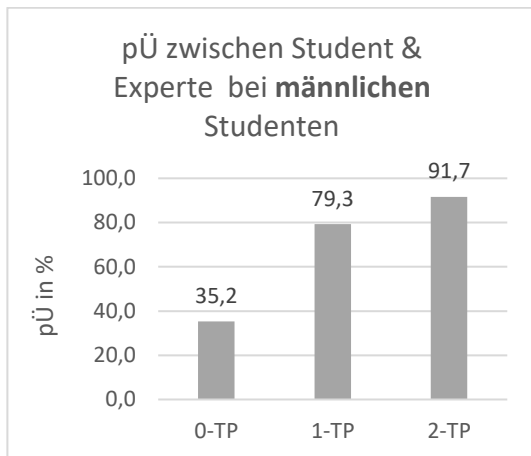


Abbildung 20: pÜ zwischen Student und Experte bei männlichen Studenten

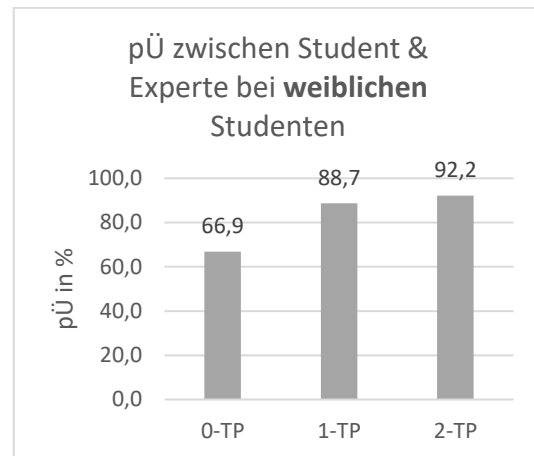


Abbildung 21: pÜ zwischen Student & Experte bei weiblichen Studenten

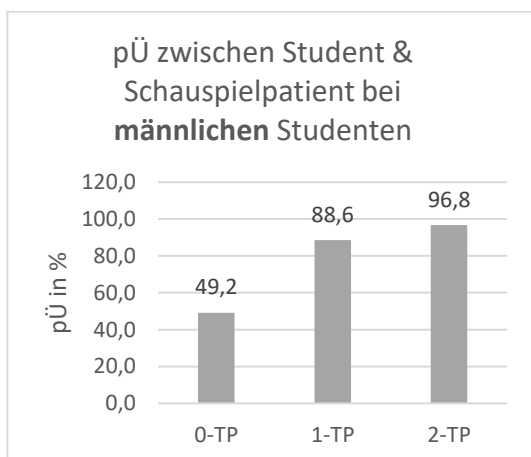


Abbildung 22: pÜ zwischen Student und Schauspielpatient bei männlichen Studenten

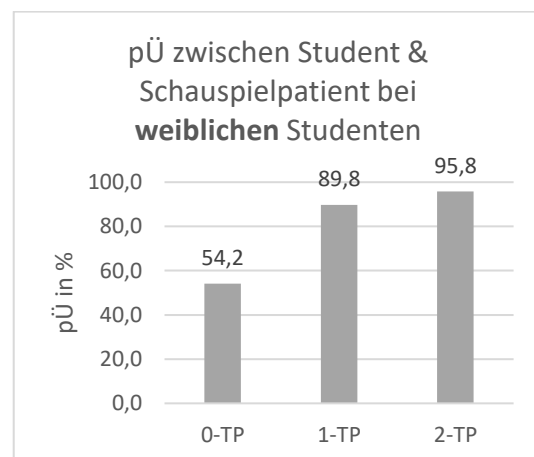


Abbildung 23: pÜ zwischen Student & Schauspielpatient bei weiblichen Studenten

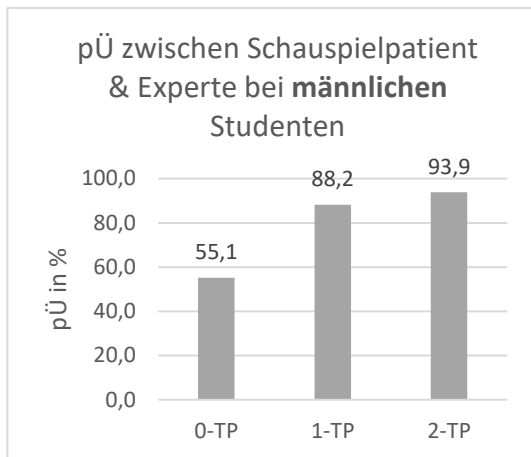


Abbildung 24: pÜ zwischen Schauspielpatient und Experte bei männlichen Studenten

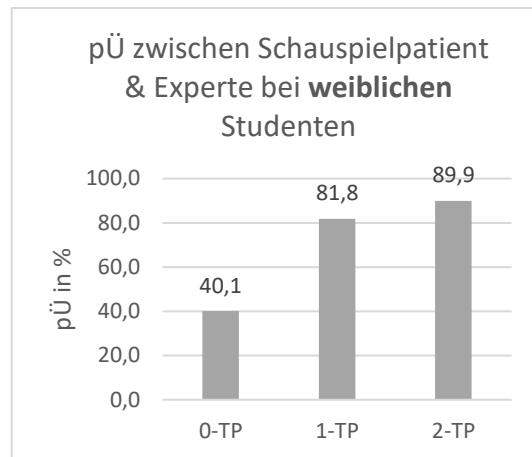


Abbildung 25: pÜ zwischen Schauspielpatient und Experte bei weiblichen Studenten

3.5.1. Richtung der Selbsteinschätzung hinsichtlich des Geschlechts

Laut Hypothese H4b wird erwartet, dass sich männliche Studenten stärker überschätzen als weibliche Studenten. Im Mann-Whitney-U-Test (s. Tabelle 11) zeigt sich kein signifikanter Unterschied, daher wird Hypothese H4b abgelehnt. Tabelle 12 zeigt die deskriptiven Daten der Selbsteinschätzung in der Globalbewertung.

Tabelle 11: Mann-Whitney-U-Test bezüglich des Geschlechts in der Globalbewertung

n	W	p
66	428	0,488

Tabelle 12: Unterschied in der Selbsteinschätzung der Globalbewertung (Schulnotensystem) zwischen männlichen und weiblichen Studenten

	Männliche Studenten	Weibliche Studenten
Mittelwert	2,88	2,77
Median	3,00	3,00
SD	0,65	0,68
Interquartilsabstand	-1,00	-1,00

3.6. Zusammenhang zwischen Alter und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung

Hypothese H5 postuliert einen positiven Zusammenhang zwischen höherem Alter und der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung. Die folgende Tabelle (Tabelle 13) zeigt die Ergebnisse der Varianzanalyse der Mittelwertsunterschiede zwischen den drei Alterskategorien.

Tabelle 13: Mittelwertsunterschiede der Kappa-Werte zwischen den drei Alterskategorien 20-21 Jahre, 22-23 Jahre, >24 Jahre

		n	M	SD	F(2,70)	p
Student & Experte	20-21 Jahre	19	0,38	0,15	0,48	0,619
	22-23 Jahre	36	0,35	0,12		
	>24 Jahre	18	0,34	0,11		
Student & Schauspielpatient	20-21 Jahre	19	0,42	0,19	1,34	0,268
	22-23 Jahre	36	0,36	0,11		
	>24 Jahre	18	0,38	0,09		
Schauspielpatient & Experte	20-21 Jahre	19	0,44	0,16	1,19	0,311
	22-23 Jahre	36	0,47	0,15		
	>24 Jahre	18	0,52	0,17		

Die Mittelwertsvergleiche zeigen keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Alter und der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung. Eine korrelative Analyse bestätigt dieses Ergebnis, wie in der folgenden Tabelle (Tabelle 14) (vgl. Anhang 9) aufgezeigt:

Tabelle 14: Spearman-Korrelationskoeffizient zwischen Alter und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung

	Student & Experte	Student & Schauspielpatient	Schauspielpatient & Experte
r	-0,01	-0,02	0,23
p	0,930	0,860	0,050

Daher wird Hypothese H5 abgelehnt, es wurde kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter und der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung dokumentiert.

Die folgenden Abbildungen (Abbildung 26-34) stellen die prozentuale Übereinstimmung zwischen den drei Raterpaaren in den drei Alterskategorien dar. Es fällt deskriptiv auf, dass jüngere Studenten eine niedrigere Übereinstimmung zwischen Selbst und Fremdeinschätzung aufzeigen als ältere Studenten.

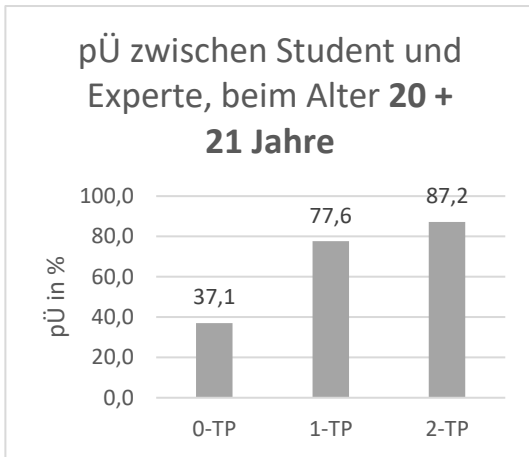


Abbildung 26 pÜ zwischen Student und Experte, beim Alter 20 + 21 Jahre

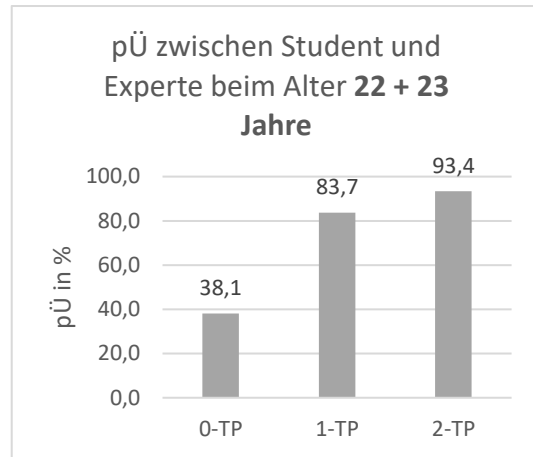


Abbildung 27: pÜ zwischen Student und Experte beim Alter 22 + 23 Jahre

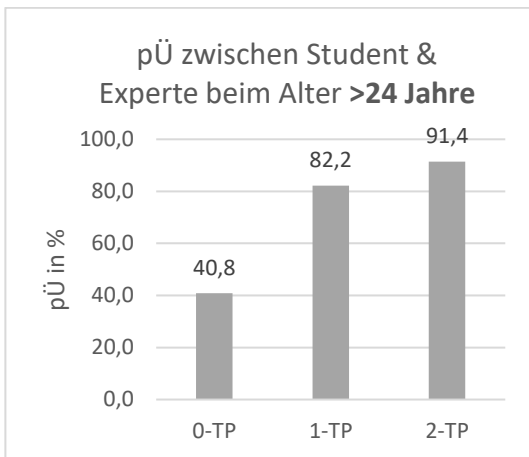


Abbildung 28: pÜ zwischen Student & Experte beim Alter >24 Jahre

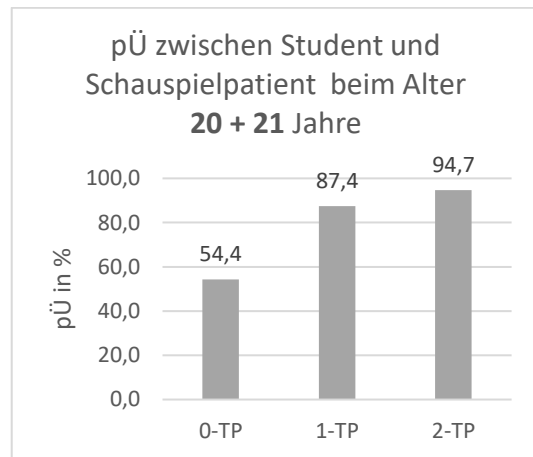


Abbildung 29: pÜ zwischen Student und Schauspielpatient beim Alter 20 + 21 Jahre

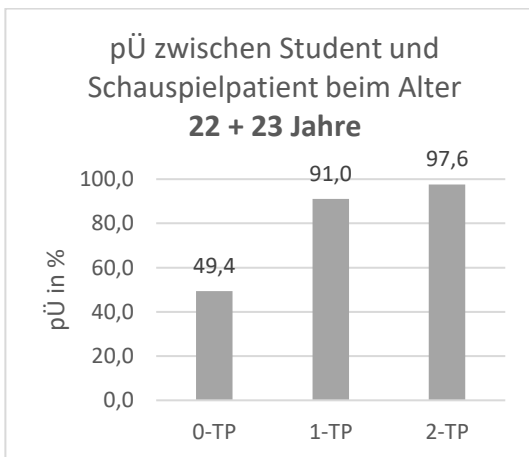


Abbildung 30: pÜ zwischen Student und Schauspielpatient beim Alter 22 + 23 Jahre

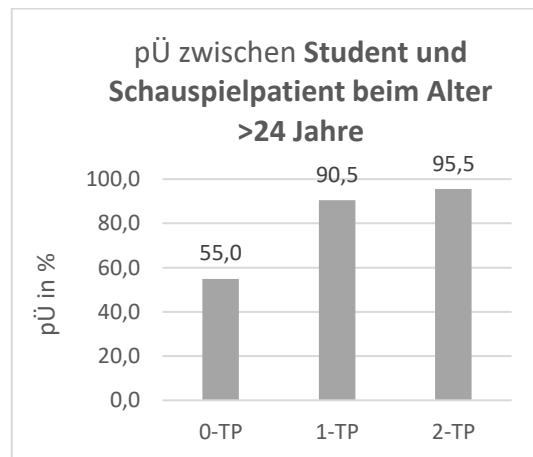


Abbildung 31: pÜ zwischen Student und Schauspielpatient beim Alter >24 Jahre

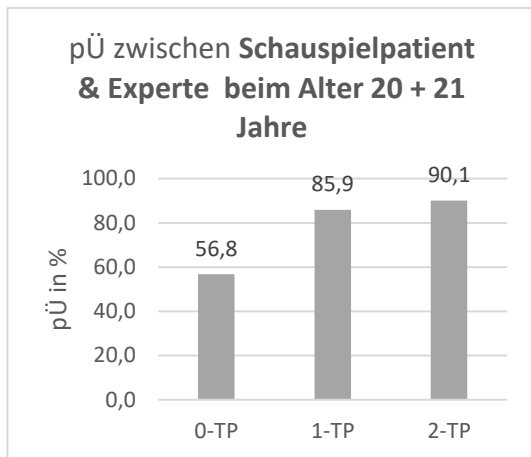


Abbildung 32: pÜ zwischen Schauspielpatient & Experte beim Alter 20 + 21 Jahre

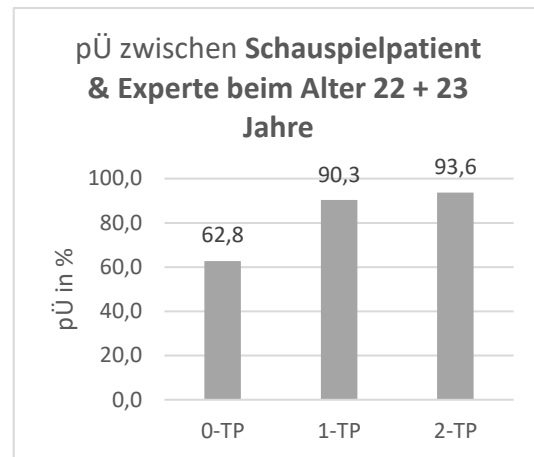


Abbildung 33: pÜ zwischen Schauspielpatient & Experte beim Alter 22 + 23 Jahre

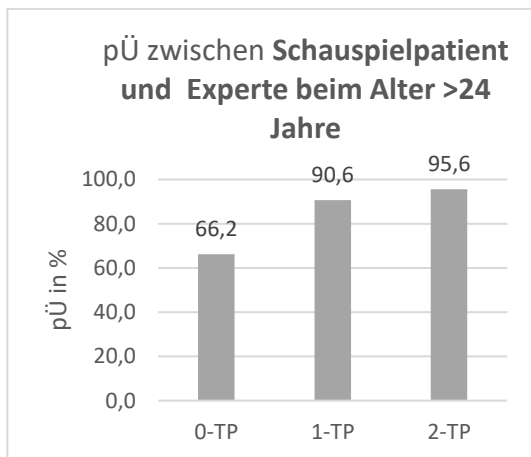


Abbildung 34: pÜ zwischen Schauspielpatient und Experte beim Alter >24 Jahre

3.6.1. Richtung der Selbsteinschätzung hinsichtlich des Alters

Laut Hypothese H5b wird erwartet, dass jüngere Studenten eine stärkere Überschätzung aufweisen. Im Kruskal-Wallis-Test (s. Kapitel 2.4.2) zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Altersgruppen (s. Tabelle 16) und der Selbsteinschätzung in der Globalbewertung, daher wird Hypothese H5b abgelehnt.

Tabelle 15: Rangvarianzanalyse der Selbsteinschätzung bezüglich des Alters

n	χ^2 (2)	df	p
63	0,8874	2	0,6417

Tabelle 16: Unterschied in der Selbsteinschätzung der Globalbewertung (Schulnotensystem) hinsichtlich des Alters:

	20 + 21 Jahre	22 + 23 Jahre	≥ 24 Jahre
Mittelwert	2,94	2,69	2,93
Median	3,00	3,00	3,00
SD	0,77	0,55	0,73
Interquartilsabstand	-1,75	-1,00	-1,25

3.7. Zusammenhang zwischen beruflicher Vorerfahrung und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung

Hypothese H6 postuliert einen positiven Zusammenhang zwischen einer längeren beruflichen Vorerfahrung und der höheren Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung. Die folgende Tabelle (Tabelle 17) zeigt die Ergebnisse der Rangvarianzanalyse zwischen den drei Kategorien der beruflichen Vorerfahrung:

Tabelle 17: Rangvarianzanalyse der Kappa-Werte bezüglich der Dauer der beruflichen Vorerfahrung:

	χ^2 (2)	P
Student & Experte	2,952	0,229
Student & Schauspielpatient	-0,135	0,935
Schauspielpatient & Experte	-1,085	0,581

Es zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der beruflichen Vorerfahrung und der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung, daher wird Hypothese H6 abgelehnt.

Ergänzend hierzu zeigt Tabelle 18 die Ergebnisse der Varianzanalyse der Mittelwertsunterschiede zwischen den drei Kategorien der beruflichen Vorerfahrung:

Tabelle 18: Mittelwertsunterschiede der Kappa-Werte bezüglich der Dauer der beruflichen Vorerfahrung

		n	M	SD	F (2,17)	p
Student & Experte	< 1 Jahr	12	0,32	0,13	1,38	0,280
	1-3 Jahre	4	0,43	0,035		
	>3 Jahre	4	0,35	0,066		
Student & Schauspielpatient	< 1 Jahr	12	0,38	0,155	0,03	0,074
	1-3 Jahre	4	0,39	0,105		
	>3 Jahre	4	0,36	0,049		
Schauspielpatient & Experte	< 1 Jahr	12	0,46	0,180	0,61	0,554
	1-3 Jahre	4	0,57	0,150		
	>3 Jahre	4	0,47	0,190		

Deskriptiv fällt auf, dass jeweils die höchste Übereinstimmung bei einer beruflichen Vorerfahrung von 1-3 Jahren vorliegt.

Die folgenden Abbildungen (Abbildung 35-40) stellen die prozentuale Übereinstimmung zwischen den drei Raterpaaren ohne und mit beruflicher Vorerfahrung. Es zeigt sich, dass die Werte vergleichbar sind.

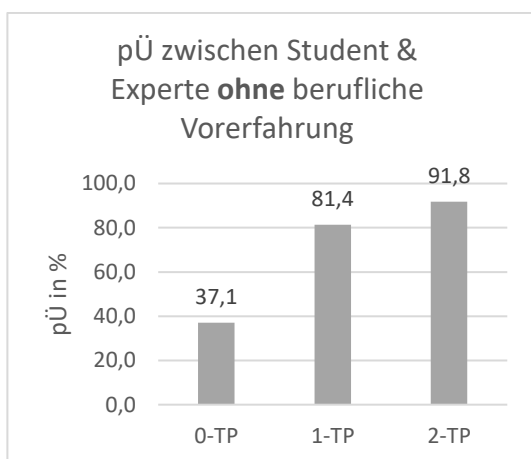


Abbildung 35: pÜ zwischen Student & Experte ohne berufliche Vorerfahrung

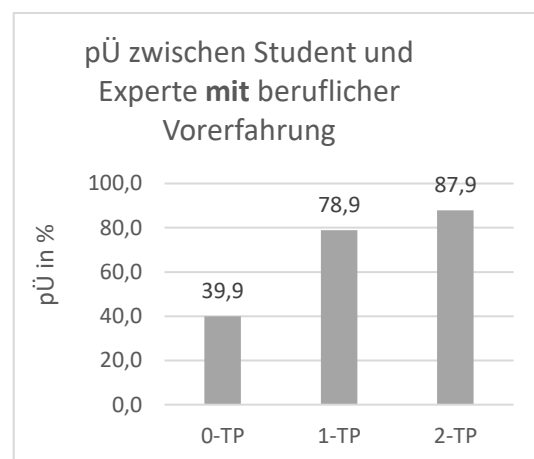


Abbildung 36: pÜ zwischen Student und Experte mit beruflicher Vorerfahrung

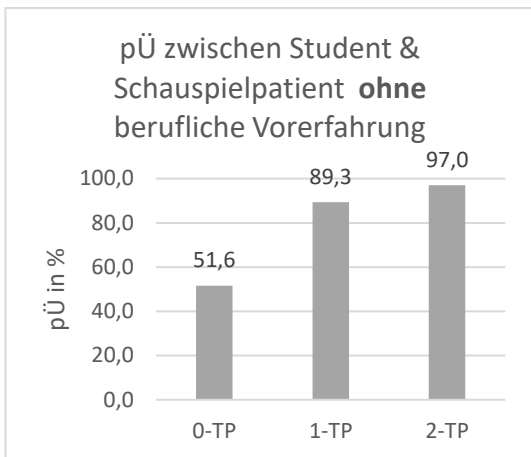


Abbildung 37: pÜ zwischen Student & Schauspielpatient ohne berufliche Vorerfahrung

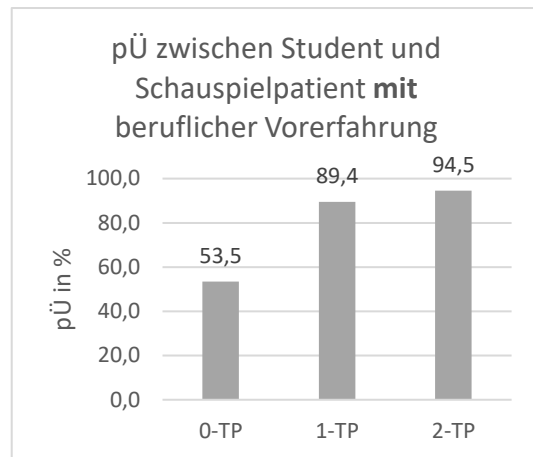


Abbildung 38: pÜ zwischen Student und Schauspielpatient mit beruflicher Vorerfahrung

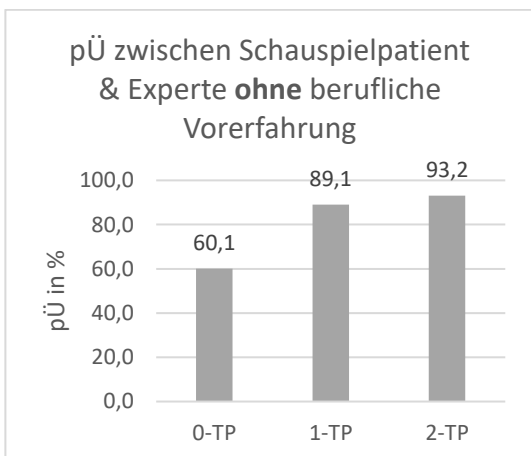


Abbildung 39: pÜ zwischen Schauspielpatient & Experte ohne berufliche Vorerfahrung

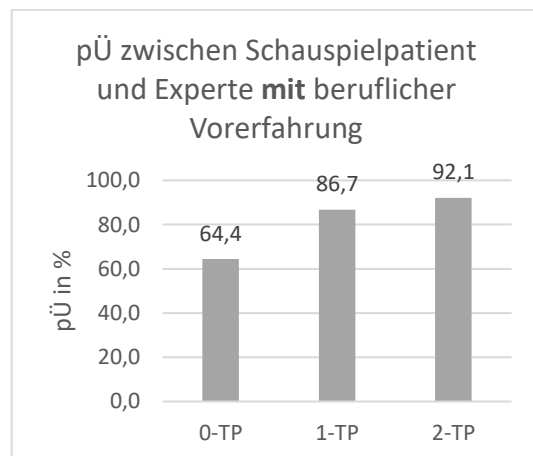


Abbildung 40: pÜ zwischen Schauspielpatient und Experte mit beruflicher Vorerfahrung

3.8. Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit bezüglich der Anamneseerhebung und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung

Hypothese H7 zufolge wird ein Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung und der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung erwartet. Die folgende Tabelle (Tabelle 19) zeigt die Ergebnisse des Welch-Tests für den Vergleich zwischen den beiden Kategorien „niedrige Anamnese-Selbstwirksamkeit“ und „hohe Anamnese-Selbstwirksamkeit“.

Tabelle 19: Mittelwertsunterschiede der Kappa-Werte zwischen niedriger und hoher Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung („Anamnese-Selbstwirksamkeit“, ASW)

		n	M	SD	t (63)	p
Student & Experte	niedrige ASW	33	0,37	0,14	0,08	0,934
	hohe ASW	32	0,36	0,15		
Student & Schauspielpatient	niedrige ASW	33	0,36	0,11	-1,08	0,287
	hohe ASW	32	0,4	0,17		
Schauspielpatient & Experte	niedrige ASW	33	0,46	0,16	-0,69	0,495
	hohe ASW	32	0,49	0,15		

Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied in den Mittelwertvergleichen, daher wird Hypothese H7 abgelehnt.

Aus der Abbildung 41 wird ersichtlich, dass sich bei der Bewertung durch Student und Experte (S-E) die Mehrzahl der Kappa-Werte um den Median von 0,4 gruppiert, sowohl bei den Studenten mit einer niedrigen Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung (1) als auch denjenigen mit einem hohen Selbstwirksamkeitsgefühl hinsichtlich der Anamneseerhebung (2). Bei der Übereinstimmung zwischen Student und Schauspielpatient (SxSP) liegen bei Studenten mit einer niedrigen Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung (1) die Werte enger um den Median 0,36 mit mehr Ausreißerwerten, bei Studenten mit einem hohen Selbstwirksamkeitsgefühl hinsichtlich der Anamneseerhebung (2) liegen die Werte weiter gestreut um den Median 0,38. In der Übereinstimmung zwischen Schauspielpatient und Experte zeigt sich sowohl bei hoher als auch bei niedriger Selbstwirksamkeit eine vergleichbare Verteilung der Werte. Deskriptiv zeigt sich eine höhere Übereinstimmung bei Studenten mit einer hohen Anamnese-Selbstwirksamkeit zwischen Student und Schauspielpatient und auch in der Fremdeinschätzung zwischen Student und Experte.

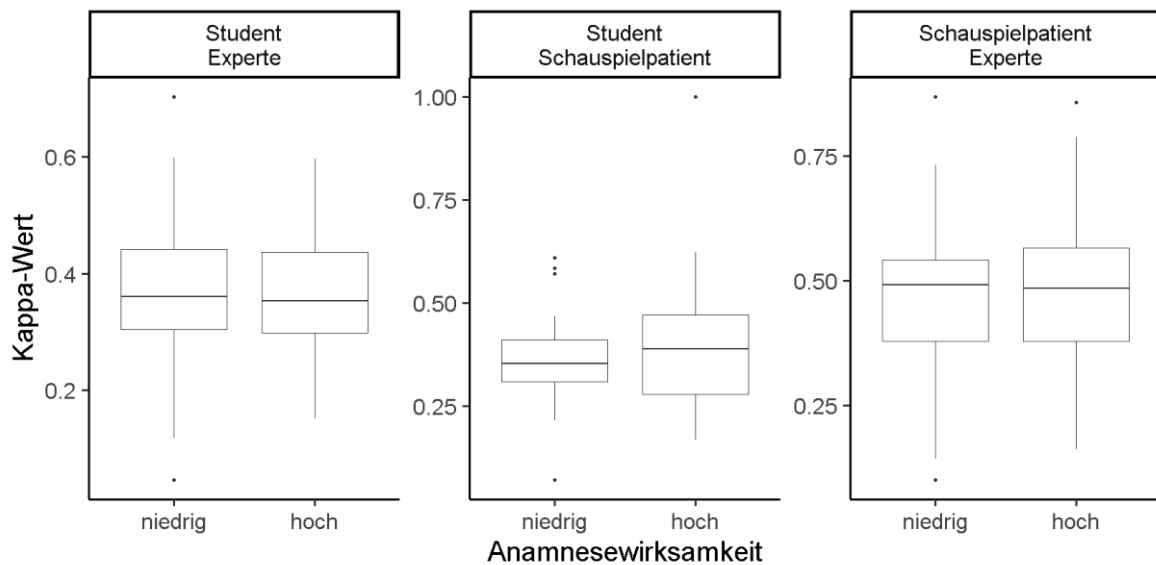


Abbildung 41: Boxplot mit mittleren 50% der Daten und markiertem Median, ergänzt um Ausreißerwerte.

Zu erwähnen sind ebenfalls die weiterführenden Ergebnisse der Interaktion zwischen hoher und niedriger Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamnesewirksamkeit und dem jeweiligen Vergleich mit der Bewertung durch Schauspielpatient und Experte. Hier zeigt sich zwar kein insgesamt signifikantes Ergebnis, jedoch lassen sich interessante Post-hoc-Unterschiede feststellen: bei der Analyse der korrespondierenden, deskriptiven Werte zeigt sich, dass die Bewertung durch Student und Schauspielpatient einen Mittelwert von 0,361 aufweist und die Fremdbewertung durch Schauspielpatient und Experte einen Wert von 0,464. Damit ist bei niedriger Anamneseselbstwirksamkeit, die Übereinstimmung zwischen Schauspielpatient und Experte signifikant höher als zwischen Studierenden und Schauspielpatient. Dies wird in der Diskussion weiter behandelt.

Die folgenden Abbildungen (Abbildung 42-47) stellen die prozentuale Übereinstimmung zwischen den drei Raterpaaren in den beiden Selbstwirksamkeitskategorien dar. Hierbei fallen deskriptiv bei allen drei Raterpaaren die deutlich höheren Übereinstimmungen bei Studenten mit einer hohen Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung bei 0 Toleranzpunkten und 1 Toleranzpunkt auf.

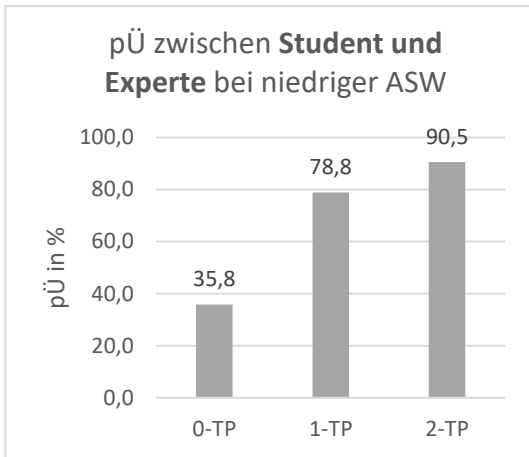


Abbildung 42 pÜ zwischen Student und Experte bei niedriger ASW

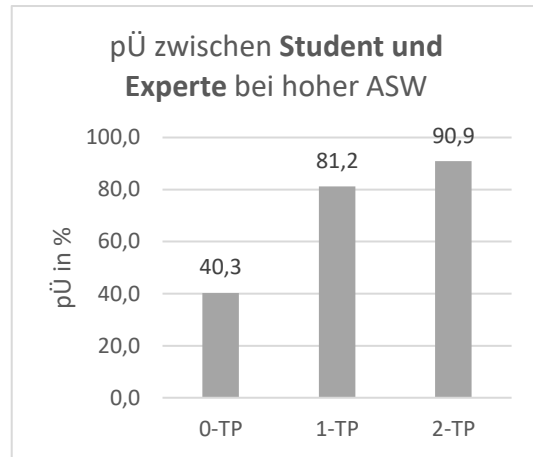


Abbildung 43 pÜ zwischen Student und Experte bei hoher ASW

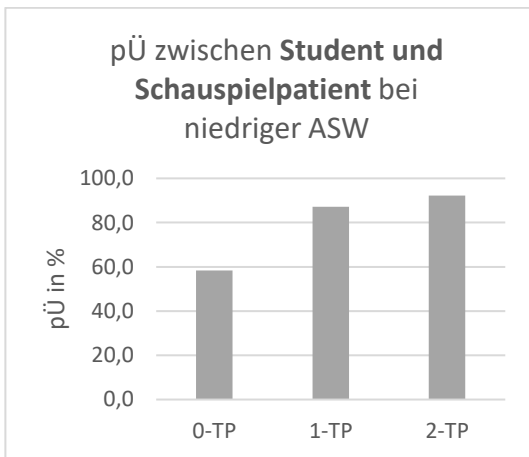


Abbildung 44 pÜ zwischen Student und Schauspielpatient bei niedriger ASW

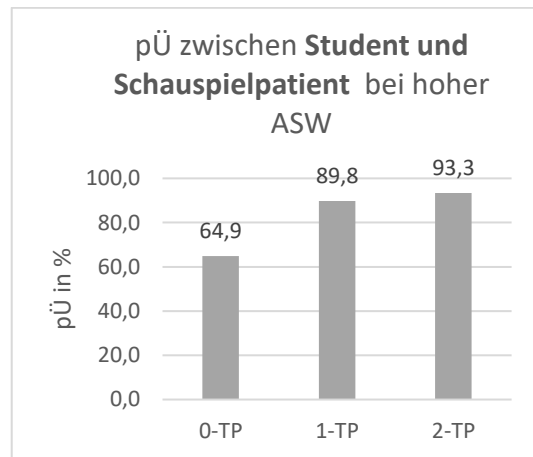


Abbildung 45 pÜ zwischen Student und Schauspielpatient bei hoher ASW

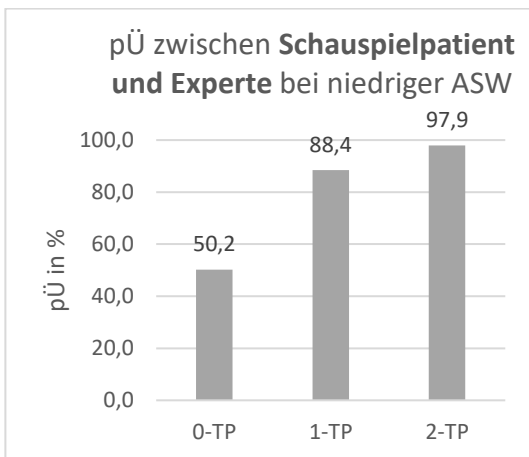


Abbildung 46 pÜ zwischen Schauspielpatient und Experte bei niedriger ASW

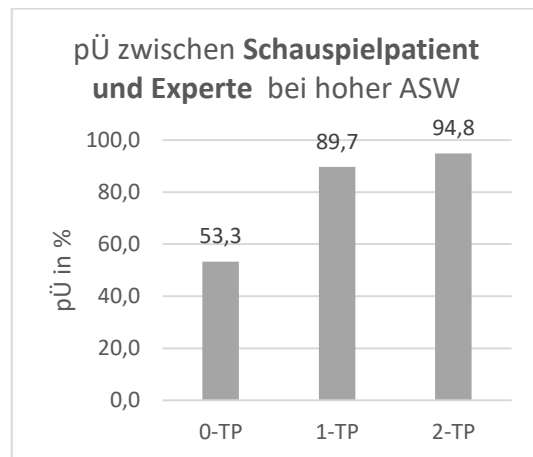


Abbildung 47 pÜ zwischen Schauspielpatient und Experte bei hoher ASW

3.8.1. Richtung der Selbsteinschätzung bezüglich der Selbstwirksamkeit bezüglich der Anamneseerhebung

Laut Hypothese H7b überschätzen sich Studenten mit einem niedrigen Selbstwirksamkeitsgefühl bezüglich der Anamneseerhebung eher. Die Ergebnisse der Rangvarianzanalyse der Globalbewertung zwischen hoher und niedriger Selbstwirksamkeit bezüglich des Anamnesegespräches (s. Tabelle 20) zeigen keine signifikanten Ergebnisse, daher wird Hypothese H7b abgelehnt.

Tabelle 20: Rangvarianzanalyse der Selbstwirksamkeit bezüglich der Anamneseerhebung

n	χ^2 (2)	df	p
66	0,41659	1	0,5186

Tabelle 21: Unterschied in der Selbsteinschätzung der Globalbewertung (Schulnotensystem) hinsichtlich der Selbstwirksamkeit bezüglich der Anamneseerhebung

	niedrige ASW	hohe ASW
Mittelwert	2,89	2,75
Median	3,00	3,00
SD	0,57	0,75
Interquartilsabstand	0	-1,00

3.9. Zusammenfassung der Ergebnisse

Bei allen drei Raterpaaren (Student und Experte, Student und Schauspielpatient sowie Schauspielpatient und Experte) besteht eine geringe Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung. Die größte Übereinstimmung liegt hierbei in der Fremdeinschätzung zwischen Schauspielpatient und Experte vor. Die geringste Übereinstimmung besteht zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung von Student und Experte. Ferner zeigt sich eine Unterschätzung der Studenten im Vergleich zur Fremdeinschätzung in der Globalbewertung. Die Variablen Selbstwirksamkeit, Alter, berufliche Vorerfahrung sowie das Selbstwirksamkeitsgefühl hinsichtlich der Anamneseerhebung zeigen keine statistisch signifikanten Zusammenhänge mit der Übereinstimmung zwischen Selbst- und

Fremdeinschätzung, auch zeigt sich keine signifikante Unter- oder Überschätzung der kommunikativen Kompetenz je nach Geschlecht, Alter und Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung. Für Empathie zeigt sich nur in der Selbst- und Fremdeinschätzung durch Student und Schauspielpatient ein signifikanter Zusammenhang. Hier zeigen Studenten mit einem höheren Maß an Empathie eine höhere Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung. Bezüglich des Geschlechts zeigt sich in der Selbst- und Fremdeinschätzung durch Student und Schauspielpatient sowie in der Fremdeinschätzung durch Schauspielpatient und Experte ein signifikanter Zusammenhang. Hier weisen weibliche Studenten zwischen Selbst und Fremdeinschätzung durch Schauspielpatienten eine höhere Übereinstimmung auf, die Fremdeinschätzung durch Schauspielpatienten und Experten zeigt ebenfalls bei weiblichen Studenten eine höhere Übereinstimmung.

Im Vergleich zwischen der Gruppe, die ein Anamnesegespräch führte, und derjenigen, die kein Anamnesegespräch führte zeigte sich, dass Studenten mit einem höheren Selbstwirksamkeitsgefühl eher ein Gespräch führten. Darüber hinaus unterschieden sich die beiden Teilgruppen nicht voneinander.

4. Diskussion

Gegenstand der vorliegenden Studie war es zu untersuchen, inwieweit die Selbst- und Fremdeinschätzung von Medizinstudenten im Hinblick auf ein Anamnesegespräch mit einem Schauspielpatienten im Rahmen einer Lehrveranstaltung übereinstimmt. Ferner sollte der Frage nachgegangen werden, inwieweit die Faktoren Selbstwirksamkeit (allgemein und spezifisch hinsichtlich der Anamneseerhebung), Empathie, Geschlecht, Alter und berufliche Vorerfahrung auf die Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung Einfluss nehmen. Die im Anamnesetraining (Kurs Praktische Klinische Untersuchung, 5. Fachsemester) durchgeführte Studie untersuchte die Anamnesegespräche von 66 Studenten mit einem Schauspielpatienten. Das Gespräch wurde im Folgenden durch den Studenten, einen Experten sowie den betroffenen Schauspielpatienten bewertet. Die Einschätzung des Gespräches erfolgte mittels eines Fragebogens zur Selbst-, beziehungsweise Fremdeinschätzung (s. Anhang 1-3). Es wurden 26 Items abgefragt, die verschiedenen Aspekte eines gelungenen Arzt-Patientengespräches erfassen. Die Bewertung durch Experten wurde unter vier Mitarbeitern, die am Arbeitsbereich Medizinische Psychologie und Psychotherapie beziehungsweise in der Klinik für Psychiatrie des Universitätsklinikums Würzburg tätig waren, aufgeteilt. Mittels Cohens Kappa wurde die Übereinstimmung zwischen den Raterpaaren Student und Experte, Student und Schauspielpatient sowie der Fremdeinschätzung zwischen Schauspielpatient und Experte untersucht. Die Übereinstimmung wurde hier für jedes Individuum über alle Items mittels Kappa ermittelt und nicht wie sonst üblich, Kappas für Items über alle Raterpaare bestimmt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt und in Bezug zur aktuellen Forschung gesetzt (4.1 – 4.3). Zudem werden methodische Aspekte sowie Limitationen der vorliegenden Arbeit diskutiert (4.4). Abschließend werden Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen gezogen und ein Ausblick gegeben (4.5).

4.1. Vergleich von Selbst- und Fremdeinschätzung

In der vorliegenden Studie konnte eine „leichte“ Übereinstimmung (Einteilung gemäß Landis & Koch, 1977) zwischen der Selbst- und der Fremdeinschätzung von Student und Schauspielpatient sowie Student und Experte festgestellt werden. Diese eher geringe

Übereinstimmung ist aufgrund der vielfachen internen und externen Einflussfaktoren auf die Selbsteinschätzung der kommunikativen Kompetenz nicht überraschend und deckt sich mit den in der Einleitung beschriebenen Erkenntnissen aus der Literatur (Graf et al., 2020; Gude et al., 2017; Treadwell, 2015). Beim Vergleich zeigte sich interessanterweise die geringste Übereinstimmung zwischen der studentischen Einschätzung mit der Fremdeinschätzung durch einen Experten ($k=0,36$). Die Übereinstimmung von Student und Schauspielpatient lag ein wenig höher, aber ebenfalls im Bereich der „leichten“ Übereinstimmung ($k=0,38$). Im Vergleich der Globalbewertung zeigt sich eine signifikante Unterschätzung der Studenten im Vergleich zur Fremdeinschätzung.

Die Ergebnisse der eher geringen Übereinstimmung entsprechen zum Großteil den Ergebnissen der eingangs beschriebenen Studien. Es konnte bereits gezeigt werden, dass sich Studenten im Vergleich mit der Fremdeinschätzung tendenziell unzutreffend einschätzen (Fitzgerald et al., 2003; Gruppen et al., 2000). Auch mit Arbeiten, die konkret die Selbsteinschätzung der kommunikativen Kompetenz untersuchten, decken sich die Ergebnisse der vorliegenden Studie (Bachmann et al., 2017; Braend et al., 2010; Graf et al., 2020; Gude et al., 2017; Lanning et al., 2011; Treadwell, 2015). Die longitudinale Untersuchung von Gude (2017) konnte eine über die Zeit zunehmende Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung darlegen.

Die Studie von Lanning (2011) lässt sich mit der vorliegenden Arbeit am ehesten vergleichen: Dort wurde die Korrelation zwischen der Bewertung der kommunikativen Fähigkeiten durch Studenten und Lehrkräfte nach einem Schauspielpatientengespräch untersucht. Die Ergebnisse decken sich mit denen der vorliegenden Arbeit: Es zeigte sich, dass die studentische Einschätzung von derjenigen der Lehrkräfte abweicht. Hier bleibt zu erwähnen, dass die Arbeit von Lanning die Einschätzungsfähigkeit der kommunikativen Fähigkeiten von Zahnmedizinstudenten und nicht von Humanmedizinstudenten untersuchte, wenngleich das Thema Kommunikation für angehende Zahnärzte dieselbe Relevanz hat (Woelber et al., 2012).

In der Analyse der Differenz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung zeigt sich, dass im Vergleich zu Experten und Schauspielpatienten die Studenten der untersuchten Stichprobe zu einer signifikanten Unterschätzung ihrer kommunikativen Kompetenz neigen. Dies ist ein überraschendes Ergebnis, da mehr Studienergebnisse vorliegen, die von einer

Selbstüberschätzung, insbesondere einer Überschätzung der kommunikativen Fähigkeiten berichten. So berichtet beispielweise die Arbeit von Fitzgerald (2003) von einer Selbstüberschätzung der Studenten, bei der jedoch ein Abgleich der Selbsteinschätzung mit einer Wissensprüfung sowie den OSCE-Ergebnissen erfolgte. Die Ergebnisse sind also nicht gänzlich vergleichbar. Auch die longitudinale Arbeit von Graf (2020) sowie die Studie von Treadwell (2015) dokumentieren eine Selbstüberschätzung. Diese beschriebene Tendenz zur Überschätzung zeigte sich in der vorliegenden Arbeit nicht. Das Ergebnis der *Unterschätzung* deckt sich mit den Ergebnissen der pessimistischeren Selbsteinschätzung von Braend (2010). Hier ist zu berücksichtigen, dass in dieser Studie die studentische Selbsteinschätzung der klinischen Leistung in der Allgemeinmedizin untersucht wurde und nicht spezifisch das Anamnesegespräch. Die Selbsteinschätzung wurde mit der des Patienten und des Lehrpersonals verglichen. Auch ist zu erwähnen, dass dort sowohl quantitative (EUROPEP-Fragebogen, ein Instrument zur Messung der Patientenbewertung der Qualität in der Allgemeinmedizin) als auch qualitative (offene Fragen bezüglich Lob und Kritik) Methoden angewandt wurden. Das Ergebnis ist demnach aufgrund des abweichenden Studiendesigns nur bedingt mit dem Ergebnis dieser Studie vergleichbar. Insgesamt ist ein Vergleich der vorliegenden Arbeit mit den Ergebnissen anderer Studien aufgrund der fehlenden psychometrischen Testung der in ihr eingesetzten Instrumente nur bedingt möglich (mehr dazu unter Kapitel 4.4). Trotzdem sind die möglichen Gründe für die aufgetretene geringe Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung sowie die Selbstunterschätzung der Studenten im Folgenden zu diskutieren.

Zum einen ist generell anzumerken, dass Beurteiler/Rater an einem komplexen und fehleranfälligen kognitiven Prozess beteiligt sind (Cronbach, 1990). So sind sich Studenten, die sich unterschätzen, möglicherweise zu unsicher oder der Bewertungsmaßstäbe nicht bewusst (Bing-You & Trowbridge, 2009). Ein weiterer möglicher Einflussfaktor ist die Vertrautheit mit der gestellten Aufgabe. So postulieren unter anderem Fitzgerald et al. (2003), dass die Genauigkeit der Selbsteinschätzung mit zunehmender Vertrautheit der Aufgabe zunimmt. Dies ist ein möglicher Einflussfaktor in der untersuchten Studie. Die Erhebung zu einem frühen Zeitpunkt im Studium (5. Semester) führt möglicherweise dazu, dass Studenten mit der Aufgabe noch sehr wenig vertraut sind, sich daher ihre Einschätzung stärker von einer Fremdeinschätzung unterscheidet und sie sich hinsichtlich ihrer kommunikativen Fähigkeiten eher unterschätzen. Das überraschende Ergebnis der Unterschätzung liegt möglicherweise auch an methodischen Limitationen der Studie (mehr dazu unter 4.4).

Ferner ist zu diskutieren, dass in der vorliegenden Studie die höchste Übereinstimmung in der Fremdeinschätzung zwischen Schauspielpatient und Experte ($k=0,48$) vorliegt. Die beiden Fremdbeurteilungen scheinen demnach die größte Schnittmenge an Bewertungsansprüchen zu haben. Zum einen ist die Perspektive der beiden Fremdeinschätzungen dieselbe: Beide beobachten das Verhalten des Studenten, während dieser sich selbst beobachtet. Zum anderen weisen Experten (in dieser Studie: langjährig in der medizinischen Lehre Tätige) und Schauspielpatienten einen reicheren Erfahrungsschatz an Bewertungen im untersuchten Anamnesetraining auf, zum anderen wurden sie durch ihre jeweilige Tätigkeit geschult, Bewertungen und Feedback zu geben. Es ist jedoch ebenfalls festzuhalten, dass die Übereinstimmung nur im „mäßigen“ Bereich liegt (Einteilung nach Landis und Koch). Daraus wird deutlich, dass ebenfalls bei der Fremdeinschätzung die Fragen nach Validität und Reliabilität gestellt werden müssen. Schauspielpatienten unterliegen möglicherweise stärker Beurteilungsfehlern. Sie sind persönlich in das Gespräch involviert und damit beispielsweise anfällig für den Halo-Effekt, Inkonsistenz (i.S. von Unbeständigkeit) oder eine zu milde Beurteilung („Leniency“) (Iramaneerat & Yudkowsky, 2007). Der Halo-Effekt beschreibt die Tendenz eines Bewerters, bei der Gesamtbewertung verschiedene Aspekte der Leistung einer Person ähnlich zu bewerten (Thorndike, 1920, S. 25; Wells, 1907). Gleichzeitig bildet die Bewertung durch Schauspielpatienten stärker die Patientensicht ab, die für eine gelungene Arzt-Patientenkommunikation eine wesentliche Rolle spielt. Die Expertenmeinung muss ebenfalls nicht zwingend der Goldstandard sein, da auch diese anfällig für Verzerrung ist (Ward et al., 2002). Eine fehlerfreie, vollkommen reliable und valide Einschätzung eines Patientengesprächs ist nicht möglich und soll durch die vorliegenden Ergebnisse auch nicht gefordert werden. Vielmehr könnte eine konstruktive Haltung sein, jede Einschätzung als gewinnbringende Information zu betrachten, die vor allem im Abgleich miteinander ergänzende Aspekte des Gesprächs beleuchtet. Daher wurde im vorliegenden Studiendesign die zweifache Fremdbewertung durch Experten und Schauspielpatienten gewählt, da sie zum einen den fachlichen Blick auf das Thema Kommunikation durch den Experten ermöglicht und zum anderen den stärker durch die Patientenrolle geprägten Blick durch den Schauspielpatienten.

Zur Diskussion soll gestellt werden, ob die Frage nach einer generellen Unter- oder Überschätzung in der aktuellen Literatur nicht zu kurz greift. Vielmehr soll in Kommunikationstrainings im Medizinstudium der Fokus auf der individuellen Unter- sowie Überschätzung in den einzelnen Bereichen liegen, eine Gruppentendenz ist meist wenig aussagekräftig. Daher wurde im vorliegenden Studiendesign ein eher ungewöhnlicher Ansatz gewählt: Die Übereinstimmung wurde für jedes Individuum über alle Items mittels Kappa

ermittelt und nicht wie sonst üblich, Kappas für Items über alle Raterpaare bestimmt. Das Anliegen der vorliegenden Arbeit ist es vielmehr, ein Werkzeug zu entwickeln, mittels dessen die Studenten sich selbst einschätzen können. Dies soll nicht dazu dienen, ihre Fähigkeit zur Selbsteinschätzung in Frage zu stellen, sondern individuell und konstruktiv den weiteren Lernbedarf ermitteln zu können.

Die vorliegenden Ergebnisse zur Differenz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung bei Medizinstudenten in einem Anamnesegegespräch können demnach eine wichtige Grundlage für den weiteren Ausbau von Kommunikationstrainings für Medizinstudenten liefern. Denn das Anliegen der vorliegenden Arbeit ist nicht, eine mangelnde Selbsteinschätzungsfähigkeit von Studenten anzuprangern. Die Untersuchung des Vergleiches von Selbst- und Fremdeinschätzung bietet vielmehr die wertvolle Möglichkeit, spezifisch zu ermitteln, in welchem Bereich ein Student Beurteilungsfehlern unterliegt oder ein Schauspielpatient eine andere Einschätzung trifft als der Student. Hier kann im darauffolgenden Feedback-Gespräch konkret auf die Punkte der größten Diskrepanz eingegangen werden.

Somit liegt eine Methode vor, mittels derer Studenten durch die medizinische Ausbildung hindurch klare Rückmeldungen sammeln können, zum Beispiel darüber, in welchen Teilbereichen der kommunikativen Kompetenz eine höhere Übereinstimmung, beziehungsweise noch Diskrepanzen bestehen. Mit diesen Informationen kann das weitere Lernpotential ermittelt und auf Basis des Feedbacks kommunikative Kompetenz aufgebaut werden. Wenn dies mit Schwerpunkt auf die kommunikative Kompetenz regelmäßig im Studium geschieht, kann ein positiver Effekt für das spätere Berufsleben generiert werden, denn die Kommunikation mit Patienten, insbesondere das Anamnesegegespräch ist essenzieller Bestandteil der Arzt-Patienten-Beziehung. So kann durch den Ausbau der Ausbildungscurricula mit Blick auf die fortlaufende Selbst- und Fremdeinschätzung das notwendige lebenslange Lernen in puncto Kommunikation angeregt werden. Auch Eva und Regehr (2005) postulieren, dass Menschen durchaus in der Lage sind, sich in der Praxis selbst einzuschätzen, auch wenn eine Korrelation bei der Einschätzung der *generellen* Fähigkeit schlechte Ergebnisse aufweist. Sie kritisieren zusammenfassend, dass es in der aktuellen wissenschaftlichen Literatur nicht von Interesse sei, ob nach der genauen Reflexion einer Tätigkeit auch angemessene Konsequenzen gezogen werden, wie beispielsweise das weitere Einholen von Informationen zu einem Thema, bei dem eine Wissenslücke deutlich wurde (Eva & Regehr, 2005).

In anderen Arbeiten wird berichtet, dass die Selbsteinschätzung der Leistung ohne spezifisches Training ein Artefakt des globalen Selbstkonzepts des Lernenden zu sein scheint und dass die Selbsteinschätzung bemerkenswert resistent gegen den Einfluss externer Bewertungen wie Bewertungen durch Vorgesetzte, Noten oder Prüfungsergebnisse ist (u.a. Gordon, 1992). Dies deutet darauf hin, dass auch eine angemessene Selbsteinschätzung Übung erfordert und auch weiterverfolgt werden muss. Heneman (1980) kritisiert, dass bei zahlreichen Studien, die die Selbsteinschätzung untersuchen, die angewandten Beurteilungsdimensionen und Ratingskalen zu unterschiedlich seien, um sie miteinander vergleichen zu können. Insbesondere da den Studienteilnehmern die angewandten Beurteilungsformate aufgezwungen werden. Anstatt dessen könnte Studienteilnehmern die Möglichkeit gegeben werden, diejenigen Beurteilungsmaßstäbe und Kriterien mit festzulegen, die bei der täglichen Selbsteinschätzungen tatsächlich von Relevanz sind (Heneman, 1980). Henbest und Fehrsen (1985) beschreiben diesbezüglich eine gänzlich andere Möglichkeit, mit der Studenten ihre unterschiedlichen Leistungsdimensionen bewerten könnten. Sie baten Medizinstudenten zu Beginn ihres hausärztlichen Praktikums, ihre eigenen Kriterien für die Bewertung zu erstellen. Als am Ende des Praktikums dieselben Kriterien zur Bewertung der Studenten herangezogen wurden, konnte eine hohe positive Korrelation zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung festgestellt werden (Henbest & Fehrsen, 1985). Da die vorliegende Arbeit auf Vergleichbarkeit angewiesen ist, wurden an alle Studenten die gleichen Kriterien angelegt. Um die studentische Praxis der eigenen Einschätzung weiter zu trainieren, ist aber darüber nachzudenken, die extern formulierten Bewertungskriterien um die persönlichen zu erweitern. Dies könnte eine interessante Ergänzung zum vorliegenden Instrument der Selbst- und Fremdeinschätzung bieten.

4.2. Zusammenhang zwischen der Genauigkeit der Selbst- und Fremdeinschätzung und dem Maß an Selbstwirksamkeit und Empathie

In der Frage nach dem Zusammenhang zwischen dem Maß an studentischer *Selbstwirksamkeit* und der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung zeigte sich kein statistisch signifikantes Ergebnis.

In der Studie von Mavis und Kollegen (2001) wurde die Korrelation zwischen Selbstwirksamkeit und tatsächlich erbrachter klinischer Leistung untersucht. Hier zeigte sich,

dass Medizinstudenten mit einer hohen Selbstwirksamkeit häufiger eine bessere Leistung in klinischen Simulationen (OSCE, in welchen Kommunikationskompetenzen ebenfalls geprüft werden) als solche mit einer niedrigen erbrachten (Mavis, 2001). Vor diesem Hintergrund ist festzuhalten, dass die Auseinandersetzung mit der Thematik der Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Arzt-Patienten-Kommunikation für Studenten in der Ausbildung durchaus interessant ist, obgleich in dieser Studie kein Zusammenhang zwischen der Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung und dem Maß an studentischer Selbstwirksamkeit gefunden werden konnte.

Bei der Frage nach dem Zusammenhang zwischen studentischer *Empathie* und der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung zeigte sich nur bei der Bewertung durch Student und Schauspielpatient ein positiver Zusammenhang. Ein höherer Empathie-Score geht mit einem höheren Kappa-Mittelwert, also einer größeren Übereinstimmung zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung durch Student und Schauspielpatient einher. Möglicherweise fühlen sich Schauspielpatienten im Gespräch mit einem empathischeren Studenten wohler und neigen zu einer weniger kritischen Bewertung. Es fällt bei allen Raterpaaren eine tendenziell höhere Übereinstimmung bei Studenten mit einem höheren Empathiemaß auf. Ebenfalls lag bei jeweils 0 Toleranzpunkten der prozentualen Übereinstimmung (also einer absoluten Übereinstimmung bezüglich der Likert-Skala-Bewertung) tendenziell eine höhere Rater-Übereinstimmung bei den Studenten mit einem mittleren und hohen Empathiemaß vor. Möglicherweise weisen Studenten mit einem höheren Empathiemaß eine genauere Selbsteinschätzungsfähigkeit auf. Eine Studie beschreibt hier einen signifikanten Zusammenhang zwischen der studentischen Einschätzung der eigenen Empathie und der Fremdeinschätzung der studentischen Empathie durch einen Schauspielpatienten (O'Connor et al., 2014). Eine andere Arbeit beschreibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem selbsteingeschätzten Ergebnis in der Jefferson Scale of Empathy und der Einschätzung durch einen Schauspielpatienten (Berg et al., 2011). Die Jefferson Scale of Empathy ist ein international eingesetzter Fragebogen. Er wurde entwickelt, um Empathie im Bereich der Ausbildung von Gesundheitsberufen und der Patientenversorgung zu messen (Hojat et al., 2018). Hier ist anzumerken, dass bisher keine Studienergebnisse zum genauen Zusammenhang zwischen Empathie und Genauigkeit der Selbsteinschätzung hinsichtlich der kommunikativen Kompetenz von Medizinstudenten beschrieben sind. Die vorliegenden Studienergebnisse liefern erste Hinweise darauf, dass das Maß an Empathie die Fähigkeit zur Selbsteinschätzung beeinflusst, weiterführende Fragen bezüglich des Zusammenhangs

zwischen Empathie und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung sind zu klären und stellen eine interessante Möglichkeit zur weiteren Forschung dar.

4.3. Einfluss von Geschlecht, Alter, beruflicher Vorerfahrung und Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung

Bezüglich des Geschlechts zeigt sich in der Selbst- und Fremdeinschätzung durch Student und Schauspielpatient sowie in der Fremdeinschätzung durch Schauspielpatient und Experte ein signifikanter Zusammenhang: Weibliche Studenten weisen eine höhere Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung durch Schauspielpatienten auf, die Fremdeinschätzung durch Schauspielpatienten und Experten stimmt ebenfalls bei weiblichen Studenten stärker überein. In der der Globalbewertung zeigte sich keine signifikante Unter- oder Überschätzung durch männliche und weibliche Studenten, was ein eher überraschendes Ergebnis darstellt, was jedoch möglicherweise an Limitationen der Studie liegen könnte (s. 4.4). In allen Fällen zeigt sich jedoch deskriptiv, dass sich die weiblichen Studenten tendenziell übereinstimmender einschätzen als männliche Studenten. Dies deckt sich mit einem Teil der Literatur (Braun, 2003; Gude et al., 2017; Jünger et al., 2006), wobei kritisch angemerkt werden muss, dass die Arbeit von Jünger die Selbsteinschätzung der *klinischen* Kompetenz mit einem OSCE-Ergebnis vergleicht. Auch Brauns Arbeit ist mit der vorliegenden Arbeit nicht gänzlich vergleichbar. Seine Untersuchungen beschränken sich nicht auf Medizinstudenten, sondern fasst zahlreiche Studien zur Genauigkeit der Selbsteinschätzung aus unterschiedlichsten psychologischen und medizinischen Lernumfeldern mit ein.

Bei der Frage, ob sich ältere Studenten zutreffender einschätzen, zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Altersgruppen. Auch in der Globalbewertung fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen jüngeren und älteren Studierenden. Es zeigt sich jedoch eine tendenziell höhere Übereinstimmung in der Fremdeinschätzung durch Schauspielpatienten und Experten bei älteren Studenten. In einer longitudinalen Untersuchung der kommunikativen Fähigkeit von Medizinstudenten zeigte sich, dass die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung im zeitlichen Verlauf von sieben Semestern zunahm (Graf et al., 2020). Im Gegensatz dazu stehen die Ergebnisse aus Blanch-Hartigans Arbeit: Die Selbsteinschätzung von Studenten höherer Semester im Vergleich zu niedrigeren Semestern wird als genauer beschrieben (Blanch-Hartigan, 2011).

Zu beachten ist jedoch, dass Blanch-Hartigans Übersichtsarbeit Diskrepanzen zwischen der Selbsteinschätzung und der externen Bewertung einer erbrachten klinischen Tätigkeit (z.B. Blutentnahme, Wiederbelebensmaßnahmen) oder der erbrachten Leistung in einer Prüfungssituation, nicht jedoch spezifisch der kommunikativen Kompetenz untersucht. Die Tendenz der höheren Übereinstimmung in der Fremdeinschätzung durch Schauspielpatienten und Experten kann verschiedene Gründe haben. Möglicherweise treten die routinierteren älteren Studenten selbstsicherer auf und sind daher von den Ratern leichter einzuordnen. Zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung zeigt sich ein gegenteiliges Phänomen - jüngere Studenten zeigen eine tendenziell höhere Übereinstimmung als ältere. Möglicherweise schätzen sich jüngere Studenten selbst kritischer ein als ältere. Bereits ältere Studienergebnisse legen dar, dass Medizinstudenten am Anfang des Studiums ein größeres Interesse an Patientengesprächen und generell an Patientenangelegenheiten zeigen. Mit zunehmender Semesterzahl haben Studenten im Anamnesegespräch einen größeren Fokus auf das Einholen diagnostischer Informationen, die Empathiefähigkeit sinkt und das Interesse an Patientenangelegenheiten nimmt ab (Evans et al., 1996). Ein ähnlicher Zusammenhang wird von Neumann (2011) berichtet: das Maß an Empathie nimmt im Laufe des Studiums und der Facharztausbildung ab.

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen beruflicher Vorerfahrung und der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung fällt auf, dass jeweils die höchste Übereinstimmung bei einer beruflichen Vorerfahrung von 1-3 Jahren vorliegt, jedoch besteht kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang. Dies deckt sich mit der bisherigen Literatur (Coutts and Rogers 1999; Jansen et al. 1998). Es wäre interessant zu untersuchen, inwiefern eine berufliche Vorerfahrung in ganz bestimmten Bereichen einen Einfluss auf die Genauigkeit der Selbsteinschätzung nimmt. Es ist vorstellbar, dass in einigen Berufsbildern kommunikative Kompetenzen stärker geschult werden als in anderen.

Auch zur Frage nach dem Zusammenhang zwischen dem spezifischen Selbstwirksamkeitsgefühl hinsichtlich der Anamneseerhebung mit der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung zeigte sich kein statistisch signifikantes Ergebnis. Ebenfalls zeigt die Analyse der Globalbewertung hier keinen signifikanten Unterschied. Interessant ist hier zu erwähnen, dass sich ein Interaktionseffekt zwischen hoher und niedriger Anamnese-Selbstwirksamkeit und dem jeweiligen Vergleich mit der Bewertung durch Schauspielpatient und Experte zeigt: bei niedriger Anamnese-Selbstwirksamkeit ist die Übereinstimmung zwischen Schauspielpatient und Experte signifikant höher als zwischen

Studierenden und Schauspielpatient. Dies könnte Grundlage für weitere Untersuchungen bezüglich des Selbstwirksamkeitsgefühls hinsichtlich der Anamneseerhebung darstellen.

In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass im Vergleich zwischen der Gruppe, die ein Anamnesegespräch führte, und derjenigen, die kein Anamnesegespräch führte, Studenten mit einem höheren Selbstwirksamkeitsgefühl hinsichtlich der Anamneseerhebung signifikant eher ein Gespräch führten. Dies könnte einen Einfluss auf das Studienergebnis haben.

Ein weiterer kritischer Aspekt betrifft die kulturelle Prägung der Studenten. Es wird ein gewisser Anteil von Studenten mit anderen kulturellen Prägungen in Deutschland ausgebildet (etwa 10% ausländische Medizinstudenten im Jahr 2015 (*Anteil ausländischer Studierender bis 2021/2022 Statista*, abgerufen am 12.09.2022); der Anteil der Studenten mit weiteren kulturellen Prägungen kann nicht angegeben werden). Die kulturelle Prägung kann, wie beschrieben, die Selbsteinschätzung beeinflussen und hatte möglicherweise einen Effekt auf das Studienergebnis. Erst im Verlauf der Forschung erwies sich dies als interessanter Punkt. Eine Erhebung personenbezogener Daten dahingehend erfolgte nicht, könnte jedoch in Zukunft eine interessante, ergänzende Information bieten.

4.4. Methodische Aspekte und Limitationen

Um eine angemessene Interpretation der Ergebnisse zu gewährleisten, müssen einige methodische Aspekte der Studie erläutert werden, die zu Einschränkungen bei der Interpretation der Ergebnisse führen können.

Zunächst muss erwähnt werden, dass ein Einfluss der Kursstruktur auf die Studienstichprobe denkbar ist. Nicht jedem Studenten des Semesters war es möglich, ein Anamnesegespräch zu führen, die Freiwilligkeit der Teilnahme beeinflusste die Stichprobe möglicherweise (siehe vorherigen Absatz). Um ein klareres Ergebnis liefern zu können, müsste die Studie so angelegt werden, dass ein ganzer Jahrgang daran teilnimmt, und sichergestellt werden, dass jeder Student ein Anamnesegespräch führt. Auch der Ausbildungsgang der Universität könnte einen spezifischen Einfluss haben. In einem Jahrgang wurde möglicherweise bereits

die Sensibilität bei den Studenten in diesem Themenbereich erhöht, da ein anderer Ausbildungsverlauf (z.B. Modellstudiengang) verfolgt wird, in dem es beispielsweise schon verpflichtende Praktika oder entsprechende Seminare gab, an einer anderen Universität im selben Jahrgang jedoch noch nicht. Auch das Reliabilitäts-Validitäts-Dilemma kommt in der vorliegenden Arbeit zum Tragen: Bei der Wahl der Studienszenarien kann zwischen künstlichen Situationen und natürlichen Berufssituationen unterschieden werden (Schultz et al., 2007; Simmenroth-Nayda et al., 2007). Künstliche Situationen zeichnen sich meist durch eine höhere Reliabilität als natürliche Untersuchungsbedingungen aus, haben jedoch häufig im Vergleich eine geringe oder nur bedingte (externe) Validität. So ist auch hier zu diskutieren, inwieweit sich die künstliche Gesprächssituation mit einem Schauspielpatient auf ein Anamnesegespräch im klinischen Alltag übertragen lässt bzw. dort vergleichbare Befunde zu erwarten wären.

Ferner ist anzumerken, dass die Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung mittels Cohens Kappa berechnet wurde und daher keine Aussage über die Richtung der Differenz möglich ist. Mit Kappa wird zwar die Übereinstimmung, nicht aber eine Differenz oder deren Richtung (Über- oder Unterschätzung) berechnet. Weiter ist zu berücksichtigen, dass jeder einzelne Koeffizient nur bestimmte Eigenschaften der erhobenen Datenstrukturen abbilden kann und die verschiedenen Koeffizienten jeweils unterschiedliche Informationen widerspiegeln (Wirtz & Caspar, 2002). So weisen Wirtz und Caspar darauf hin, dass solche Werte immer nur als grobe Richtlinie verstanden werden dürfen. Ihre Höhe ist unter anderem von mehreren Faktoren wie beispielsweise der Grundrate oder der Varianz abhängig. So merken Wirtz und Caspar an, dass es keine von „Randbedingungen unabhängige Reliabilität“ gibt (Wirtz & Caspar, 2002, S. 24). Somit gibt die Übereinstimmungsreliabilität Informationen über den Gebrauch der Skalen, sie sagt jedoch nichts über die Eigenschaften der Skalen selbst aus. Die Interrater-Reliabilität kann somit lediglich feststellen, ob sich die beurteilenden Personen in ihrer Erhebung an denselben Vorgaben orientieren (Wirtz & Caspar, 2002). Darüber hinaus kann die relativ kleine Stichprobengröße ($n=66$) der vorliegenden Arbeit bedingen, dass vorhandene statistisch signifikante Unterschiede nicht erkannt werden, obwohl sie existieren (J. Bortz & Lienert, 2008).

Ein prinzipieller Kritikpunkt an jedem Fragebogenverfahren betrifft die Validität, die oftmals - beispielsweise durch Verzerrungen aufgrund sozial erwünschter Antworttendenzen - nur mangelhaft ist. Auch im Fall der vorliegenden Studie kann dies nicht ausgeschlossen werden. Durch die Verwendung modifizierter Fragebögen (s. Anhang 1-3) sind Validität und

Reliabilität unklar. Die Untersuchung dieser Gütekriterien war nicht Ziel der Arbeit, könnte jedoch in Zukunft sinnvoll zu untersuchen sein, um ein geeignetes Instrument für die Feststellung der Selbst- und Fremdeinschätzung im Anamnesetraining zu entwickeln. Ebenfalls wurden mit Blick auf die zeitliche Gestaltung des Kurses für die Fragebögen zur Empathie sowie zur Selbstwirksamkeit nur jeweils Subskalen verwendet. Hier ist ein Informationsverlust bei den sehr komplexen Merkmalen Selbstwirksamkeit und Empathie nicht auszuschließen. Auch sei erwähnt, dass die Stichprobengröße bei der Frage nach der Variable „berufliche Vorerfahrung“ sehr reduziert war. Der Einsatz der Globalbewertung (Schulnotensystem), die sich nicht aus den Einzelbewertungen zusammensetzt, ist ebenfalls als mögliche Fehlerquelle aufgrund des Ordinalskalenniveaus sowie der fraglichen Reliabilität und Validität zu diskutieren. Es bleibt kritisch anzumerken, dass bei der Berechnung der Unterschiede in der Globalbewertung die verringerte Anzahl der vollständig ausgefüllten Fragebögen ($n=46$) eine weitere mögliche Fehlerquelle darstellt.

Weiter muss kritisch in Betracht gezogen werden, dass zwar eine Schulung der Experten zur Bewertung des Fragebogens erfolgte, die Schauspielpatienten jedoch keine Schulung zur Beantwortung des Bewertungsfragebogens erhielten. Es fällt auf, dass die Übereinstimmung der Kappa-Werte von Schauspielpatient und Experte mit $k=0,48$ zwar deutlich höher ausfällt als die der anderen beiden Raterpaare. Dies deckt sich mit den Befunden aus der Literatur (u.a. Lanning et al., 2011; Pawluk et al., 2018). Jedoch spricht dieser Wert trotzdem nur für eine mäßige Übereinstimmung (Landis & Koch, 1977), die Differenzen könnten möglicherweise durch eine vorherige Schulung minimiert und eine objektivere Fremdeinschätzung gewährleistet werden. Ebenfalls ist in Betracht zu ziehen, ob geschulte Experten weniger Geschlechterstereotypen unterliegen als Schauspielpatienten. Auch ein möglicherweise vorliegender Halo-Effekt (Tendenz eines Bewerter bei der Gesamtbewertung, verschiedene Aspekte der Leistung einer Person ähnlich zu bewerten) sollte bedacht werden (Gray, 1996).

Hinzu kommt, dass die unterschiedlichen Patientenrollen im Schauspielpatientenprogramm das Anamnesegespräch beeinflussen. Zwar wurde versucht, die Patientenrollen so zu entwickeln, dass ein ähnliches Schwierigkeitsniveau vorliegt, jedoch liegen Abweichungen vor. So muss zumindest in Betracht gezogen werden, dass die unterschiedlichen Rollen durch die verschiedenen Schauspielpatienten Einfluss auf das Studienergebnis genommen haben. Dieser Effekt wäre möglicherweise durch eine Untersuchung mit einer Studienpopulation, die alle mit demselben Schauspielpatienten ein Anamnesegespräch

führen, zu reduzieren. Möglicherweise beeinflusst auch die Auswahl der Experten die Ergebnisse der Arbeit. Zwei der Experten betreuen dieses Dissertationsvorhaben. Da diese sich durch jahrelange Beschäftigung mit dem Anamnesetraining und der Ausbildung von Schauspielpatienten auszeichnen, wurde sich für ihre Mitarbeit an den Auswertungen entschieden. Eine Beeinflussung ihrer Bewertung in Richtung des Ergebnisses des Dissertationsvorhabens ist aber nahezu auszuschließen - die Zuteilung der Videos erfolgte randomisiert und die ausgefüllten Fragebögen der Studenten zur Selbsteinschätzung waren den Experten nicht zugänglich. Ferner ist kritisch anzumerken, dass die Interraterreliabilität mit einem Finn-Koeffizienten von 0,7 als „ausreichend“ bewertet wird. Dies beeinflusst möglicherweise das Ergebnis der Übereinstimmungen. Ein höherer Finn-Koeffizient wäre möglicherweise durch eine weitere Expertenschulung zu erreichen.

4.5. Fazit und Ausblick

Insgesamt hat es sich als aufschlussreich erwiesen, den Vergleich zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung hinsichtlich der kommunikativen Kompetenz von Medizinstudenten im Hinblick auf ein Anamnesegegespräch zu untersuchen. Die bestehende leichte bis mäßige Übereinstimmung zwischen den Beteiligten bestätigen die Ergebnisse anderer Studien. Das Ergebnis der studentischen Unterschätzung ist überraschend und muss aufgrund möglicher methodischer Einschränkungen mit Hinblick auf bestehende aktuelle Literatur kritisch betrachtet werden.

Die Gründe für die bestehenden Zusammenhänge bei Studenten und Schauspielpatienten, jedoch nicht bei Studenten und Experten stellt eine interessante Fragestellung für weitere Studien dar. Das Maß an Empathie sowie das Geschlecht beeinflussen die Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung von Student und Schauspielpatient, die Gründe hierfür werden in künftigen Studien zu klären sein. Ferner zeigen die vorgestellten Ergebnisse auf, dass es tendenziell geschlechterspezifische Unterschiede in der Selbst- und Fremdeinschätzung gibt. Dass kein Zusammenhang zwischen beruflicher Vorerfahrung und höherer Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung besteht, erscheint kontraintuitiv. Dies zeigt umso mehr den dringenden Trainingsbedarf im Studium und darüber hinaus auf, denn die kommunikative Kompetenz wächst nicht automatisch mit den Berufsjahren und der Berufserfahrung. Auch der Aspekt, dass Studenten mit einem hohen Selbstwirksamkeitsgefühl hinsichtlich der Anamneseerhebung eher das freiwillige

Anamnesegespräch führen, sollte berücksichtigt werden. Die Kursstruktur an der Lehrklinik der Universität Würzburg wurde zwischenzeitlich so modifiziert, dass alle Studenten die Chance haben, ein Anamnesegespräch zu führen. Für die freiwillige Teilnahme an einem Gespräch zeigte die Variable „hohe Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung“ einen Zusammenhang. Die erwähnte Post-hoc-Interaktion könnte hier weitere interessante Zusammenhänge aufweisen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen, dass angehende Ärzte kein Kommunikationstraining „von der Stange“ benötigen, sondern dass es an die individuellen Lernbedarfe angepasst werden muss. Die Methode der Selbsteinschätzung in der medizinischen Ausbildung darf nicht Selbstzweck bleiben (Moore, 1998). Die Selbsteinschätzung sollte ein spezifisches Tool, vielleicht sogar ein Wegweiser werden, anhand dessen die Selbstreflexion angestoßen und der spezifische Lernbedarf ermittelt wird. Im Anschluss müssen weiter Feedback (im Sinne der Fremdeinschätzung) und Schulungen erfolgen, um Hilfestellungen zu geben, wie die eigenen Fähigkeiten konkret ausgebaut werden können (Andrade, 2019). Hier bedarf es weiterhin neuer Konzepte in der Lehre, was konkret aus der Selbsteinschätzung folgen soll und welche Bildungsprogramme tatsächlich helfen, um die nötige, lebenslange Weiterbildung zu ermöglichen. Daher sollte die Reflexion über das eigene kommunikative Verhalten nach einem Anamnesegespräch sowie das differenzierte Feedbackgespräch durch Schauspielpatienten und Experten bzw. Ausbilder im medizinischen Ausbildungscurriculum in der Breite ausgebaut werden. Vor allem in Hinblick auf die Tatsache, dass die eigene Leistung in einer allgemeinen schriftlichen Prüfungssituation treffender eingeschätzt wird als etwa in einer Gesprächssituation oder OSCE (Leopold et al. 2005), sollte das Kommunikationstraining von Medizinstudenten mit Blick auf Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumente weiter Gegenstand der Forschung sein.

Auch die weitere Schulung von Experten beziehungsweise Ausbildern/Trainern und Schauspielpatienten hinsichtlich einer differenzierten und konstruktiven Fremdeinschätzung ist wünschenswert. Hier könnte untersucht werden, was die konkreten Einflussgrößen auf die nur mäßige Übereinstimmung in der Fremdeinschätzung zwischen Schauspielpatient und Experte sind. Auch die hohe Bedeutung des Feedbacks nach der Fremdeinschätzung wurde dargelegt: Bei der Vermittlung des Feedbacks und des Abgleiches zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung muss deutlich gemacht werden, dass es sich nicht um eine Globalbewertung der Person bzw. ihrer kommunikativen Fähigkeiten handelt. Vielmehr stellt

die Fremdeinschätzung eine kostbare Möglichkeit zur Ermittlung von Wachstums- und Lernpotential dar. Somit bieten Kommunikationstrainings im Studium die Chance, Anstoß für das für Ärzte so essenzielle lebenslange Lernen im Bereich Kommunikation zu geben. So fassen auch Schultz und Kollegen zusammen, dass „die Vermittlung und Reflexion kommunikativer Fertigkeiten im Sinne eines ‚lebenslangen Lernens‘ auch im Rahmen der Fachärztlichen Weiterbildung und darüber hinaus stehen" (Schultz et al., 2007, S. 21) müssen.

Eine Validierungsstudie der Instrumente zur Selbst- und Fremdeinschätzung mit einer größeren Studienpopulation könnte wichtiger Gegenstand zukünftiger Forschung in der Medizindidaktik sein. Auch eine Langzeituntersuchung im vorliegenden Anamnesetraining, inwieweit der Vergleich der Selbst- und Fremdeinschätzung der kommunikativen Kompetenz einer Entwicklung unterliegt, könnte interessante weitere Information für das Kommunikationstraining liefern. Hier liegen bereits erste Studien mit anderem Untersuchungsrahmen vor (z.B. Fitzgerald et al., 2003; Graf et al., 2020; Gude et al., 2017).

Die in der Einleitung (s. Kapitel 1.3.4) kurz erwähnten neuen Technologien bieten enorme Chancen für den Weiterausbau des Kommunikationstrainings im medizinischen Kontext (Tully et al., 2015). Der Einsatz von „Virtual-Reality-Brillen“ und einer entsprechenden Onlineplattform könnte Studenten eine wertvolle Ergänzung zum klassischen Simulationstraining mit Schauspielpatienten bieten. Vor allem die fortlaufende Reflexion über das eigene kommunikative Verhalten durch das gesamte Studium hindurch könnte dank dieser neuen technischen Möglichkeiten im deutschen Ausbildungscurriculum gefördert werden.

Möglicherweise können die Instrumente zur Selbst- und Fremdeinschätzung auch auf andere Bereiche des Kommunikationstrainings in der medizinischen Ausbildung übertragen werden, um die Selbsteinschätzungsfähigkeit der kommunikativen Kompetenz über die weitere medizinische Ausbildung zu fördern. Studenten könnten sich nach einer Patienteninteraktion auch im klinischen Kontext hinsichtlich der kommunikativen Kompetenz selbst einschätzen und diese dann mit der Patienteneinschätzung und der des beiwohnenden Tutors oder Arztes abgleichen lassen. Denn es bleibt festzuhalten, dass „die Simulation allein, so überzeugend sie auch sein mag, nicht ausreicht, um effektives Lernen zu gewährleisten. Die Simulation muss in einer Lernumgebung eingesetzt werden, die durch Wissen und professionelle

Einstellungen untermauert wird.“ (Kneebone, 2003, S. 268). Ein denkbarer Ansatz wären hier die bereits aufgeführten „Entrustable Professional Activities“ (EPA, oder anvertraubare professionelle Tätigkeiten, kurz APT) (s. Kapitel 1.3.3). Ebenfalls könnten die sogenannten Mini-CEX (Mini Clinical Evaluation Exercise) in diesem Kontext Anwendung finden. Dies sind kurze klinische Übungen, die zur Beurteilung fachlicher Fertigkeiten und Fähigkeiten im Rahmen einer beruflichen Alltagssituation dienen (Lörwald et al., 2018). Die Mini-CEX werden mit echten Patienten, also in klinischem Umfeld mehrmalig während eines Semesters durchgeführt. Der Prüfer bewertet die Interaktion zwischen Student und Patient anhand einer Checkliste (einschließlich der kommunikativen Komponenten) und gibt anschließend Feedback. Das Verfahren kann somit als formative, lernende Bewertung des Kompetenzerwerbs und als Rückmeldung an den Studenten über die Durchführung einer alltäglichen klinischen Aufgabe dienen.

Van Dalen und Kollegen zeigen nach 20 Jahren Erfahrung mit Kommunikationstrainings im medizinischen Kontext auf, dass kontinuierliche Kommunikationskurse einen größeren und auch anhaltenderen Erfolg aufweisen als kurze Programme (Van Dalen et al., 2001). Ferner muss berücksichtigt werden, dass psychosoziale Kommunikationsfertigkeiten besser in kombinierten Kursen vermittelt werden können. In diesen werden Kommunikationsfertigkeiten zusammen mit klinischem Wissen gelehrt (z.B. im Rahmen von Kleingruppenarbeiten). So wird Studenten eine essenzielle Möglichkeit zum Beobachten von Beziehungsverhalten und in der Folge die Chance zum Trainieren von Einfühlungsvermögen gegeben (Benbassat & Baupal, 2002). Wurden diese Ergebnisse in Deutschland mit dem Hinweis auf den andersartigen Aufbau der deutschen Ausbildung von Medizinern (u.a. langer vorklinischer Abschnitt, starker Fokus auf theoretische Grundlegung) bisher ignoriert, sollten die Ergebnisse dieser Arbeit dazu beitragen, das individuelle Kommunikationstraining und Feedback weiterzuentwickeln und im breiten Maßstab umzusetzen, beispielsweise mit Blick auf die geplante neue ärztliche Approbationsordnung bzw. die Umstrukturierung des Medizinstudiums. So steigerte die Lehrklinik Würzburg bereits die Kursfrequenz mit Schauspielpatienten. Im untersuchten Anamnesetraining im 5. Studiensemester führt, wie erwähnt, mittlerweile jeder Student ein Gespräch mit einem Schauspielpatienten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Auseinandersetzung mit der Differenz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung von Medizinstudenten immer mit Blick auf eine konstruktive Lernmöglichkeit für Studenten geschehen muss. Die Ergebnisse dieser Forschung, die die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung betreffen, sollten

als didaktisches Mittel im Sinne einer „Realitätskonfrontation“ im Rahmen entsprechender Schulungen eingesetzt werden. So kann bereits im Theorieteil einer Schulung eine Sensibilisierung erreicht werden. Die möglichen Ursachen für die Diskrepanz bieten interessante Möglichkeiten für weitere Forschung, müssen jedoch ebenfalls in ein umsetzbares, den Studenten dienliches Ausbildungskonzept eingebettet werden. Die individuell aufgezeigten Differenzen nach einem Anamnesegespräch sollen demnach Anreiz und Motivation kreieren, die nötige, fortwährende Weiterbildung der eigenen kommunikativen Fähigkeiten bereits im Studium zu etablieren.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Auseinandersetzung mit der kommunikativen Kompetenz einen essenziellen Bestandteil für angehende Ärzte darstellt. Die dargelegten Resultate und Aspekte machen deutlich, dass insbesondere die Selbst- und Fremdeinschätzung der kommunikativen Kompetenz von Medizinstudenten ein zunehmend wichtiges Thema in der Aus- und Weiterbildung angehender Ärzte sein sollten. Denn wie der Kardiologe und Friedensnobelpreisträger Bernard Lown es ausdrückte: „Ich kenne nur wenige Heilmittel, die mächtiger sind als ein sorgsam gewähltes Wort“ (Lown, 2002, S. 52).

5. Zusammenfassung

Das Verständnis der Beziehung zwischen Arzt und Patient befindet sich im Wandel. Die Patientenorientiertheit gewinnt an Relevanz, wobei insbesondere die Arzt-Patienten-Kommunikation in den Fokus rückt. Es ist belegt, dass eine effektive Kommunikation einen positiven Einfluss auf den emotionalen und den physiologischen Zustand des Patienten hat. Folglich wurde in den letzten Jahren auch hierzulande der Bereich Kommunikation in der universitären Ausbildung von Ärzten zunehmend thematisiert - seit der Änderung der Approbationsordnung 2012 ist die Gesprächsführung offiziell Gegenstand der ärztlichen Ausbildung. Das Studium ist jedoch nach wie vor stark vom technisch-naturwissenschaftlichen Paradigma der Medizin geprägt.

Die Fähigkeit, sich selbst hinsichtlich seiner kommunikativen Fähigkeiten einzuschätzen, stellt ein wichtiges Merkmal angehender Ärzte dar. Bestehende Studien zeigen auf, dass bei Medizinstudenten Diskrepanzen zwischen der Selbst- und der Fremdeinschätzung in unterschiedlichen Kompetenzfeldern bestehen. Um aus Fehlern lernen zu können, benötigt es zum einen die Fähigkeit zur Eigenreflexion. Ergänzend wird ein regelmäßiger Abgleich der Selbsteinschätzung mit einer Fremdeinschätzung im Sinne einer „Realitätskonfrontation“ benötigt. Durch das Feedback können individuelle Differenzen hinsichtlich der kommunikativen Fähigkeiten aufgezeigt, um dadurch dem Studenten den Anreiz zu geben, eine fortwährende Weiterbildung der eigenen kommunikativen Fähigkeiten bereits im Studium zu etablieren.

In der vorliegenden Studie wurde daher untersucht, inwieweit die Selbsteinschätzung von einem Studenten nach einem Anamnesegespräch mit der Fremdeinschätzung übereinstimmt. Hierfür wurde ein Anamnesegespräch mit einem Schauspielpatienten durch den Studenten, einen Experten sowie den betroffenen Schauspielpatienten bewertet. Mittels Cohens Kappa wurde die Übereinstimmung zwischen den Raterpaaren Student und Experte, Student und Schauspielpatient sowie der Fremdeinschätzung zwischen Schauspielpatient und Experte berechnet. Ergänzend wurde der Einfluss der Variablen Selbstwirksamkeit (allgemein und spezifisch hinsichtlich der Anamneseerhebung), Empathie, Geschlecht, Alter und berufliche Vorerfahrung auf die Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung untersucht. Es konnte eine geringe Übereinstimmung zwischen allen drei Raterpaaren (Student & Experte, Student & Schauspielpatient sowie Schauspielpatient & Experte)

nachgewiesen werden. Die geringste Übereinstimmung zeigte sich zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung von Student und Experte, die größte Übereinstimmung in der Fremdeinschätzung zwischen Schauspielpatient und Experte. Die Hypothese bezüglich der Überschätzung der Studenten im Vergleich zur Fremdeinschätzung wurde nicht bestätigt. Weiter konnte eine höhere Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung des Schauspielpatienten bei Studenten mit einem höheren Maß an Empathie gezeigt werden. Bezüglich des Geschlechterunterschiedes konnte nachgewiesen werden, dass weibliche Studenten eine höhere Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung mit Schauspielpatienten aufweisen. Auch in der Fremdeinschätzung durch Schauspielpatienten und Experten ist bei weiblichen Studenten eine höhere Übereinstimmung zu finden. Die Variablen Selbstwirksamkeit, Alter, berufliche Vorerfahrung sowie Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung zeigen keine statistisch signifikanten Zusammenhänge mit der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung. Der Vergleich zwischen der Gruppe, die ein Anamnesegespräch führte, und derjenigen, die kein Anamnesegespräch führte, zeigte, dass Studenten mit einer höheren Selbstwirksamkeit eher ein Gespräch führten.

Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen, dass angehende Ärzte Rückmeldung bezüglich ihrer kommunikativen Kompetenz benötigen, um durch die Fremdeinschätzung das Selbstbild ihrer Kompetenz erweitern zu können. Über etwaige Diskrepanzen zwischen Fremdeinschätzung und Selbsteinschätzung erhalten sie konkretes Feedback, so dass das Kommunikationstraining an ihre individuellen Lernbedarfe angepasst werden kann. Hierfür ist der Vergleich der Selbsteinschätzung eines Schauspielpatientengesprächs mit der Fremdeinschätzung eine gut in der Ausbildungspraxis einzusetzende Methode.

6. Literaturverzeichnis

- Aiarzaguena, J. M., Grandes, G., Gaminde, I., Salazar, A., Sánchez, Á., & Ariño, J. (2007). A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms. *Psychological Medicine*, *37*(2), 283–294. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009536>
- Altin, S. V., & Stock, S. (2016). The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. *BMC Health Services Research*, *16*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1693-y>
- Ammentorp, J., Sabroe, S., Kofoed, P. E., & Mainz, J. (2007). The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, *66*(3), 270–277. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2006.12.012>
- Anderson, M. B., Stillman, P. L., & Wang, Y. (1994). Growing use of standardized patients in teaching and evaluation in medical education. *Teaching and Learning in Medicine*, *6*(1), 15–22. <https://doi.org/10.1080/10401339409539637>
- Andrade, H. L. (2019). A Critical Review of Research on Student Self-Assessment. *Frontiers in Education*, *4*(August), 1–13. <https://doi.org/10.3389/educ.2019.00087>
- Anteil ausländischer Studierender bis 2021/2022 Statista*. (o. J.). Abgerufen 12. September 2022, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/222/umfrage/anteil-auslaendischer-studenten-an-hochschulen/>
- Appleyard, N., Edbrooke, D., Dawson, D., Winston, I., Duncan, J., Baker, G. A., Sherry, K., Shaw, T., Moss, A., Simpson, M., Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., & Novack, D. (1991). the Toronto consensus statement. *BMJ (Clinical research ed.)*, *303*(November), 1385–1387.
- Arborelius, E., & Österberg, E. (1995). How do GPs discuss subjects other than illness?: Formulating and evaluating a theoretical model to explain successful and less successful approaches to discussing psychosocial issues. *Patient Education and Counseling*, *25*(3), 257–268. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(95\)00811-D](https://doi.org/10.1016/0738-3991(95)00811-D)
- Arnold, L., Willoughby, L., Calkins, V., Gammon, L., & Eberhart, G. (1981). Use of peer evaluation in the assessment of medical students. *Journal of medical education*, *56*(1), 35–42.

<https://doi.org/10.1097/00001888-198101000-00007>

- Asendorpf, J., & Wallbott, H. G. (1979). Masse der Beobachterübereinstimmung. Ein systematischer Vergleich. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, *10*(3).
- Bachmann, C., Roschlaub, S., Harendza, S., Keim, R., & Scherer, M. (2017). Medical students' communication skills in clinical education: Results from a cohort study. *Patient Education and Counseling*, *100*(10), 1874–1881. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.030>
- Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. In *J R Coll Gen Pract.* *17*(82) (S. 269–276).
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Barnsley, L., Lyon, P. M., Ralston, S. J., Hibbert, E. J., Cunningham, I., Gordon, F. C., & Field, M. J. (2004). Clinical skills in junior medical officers: a comparison of self-reported confidence and observed competence. *Medical Education*, *38*(4), 358–367. <https://doi.org/10.1046/J.1365-2923.2004.01773.X>
- Barrows, H. S. (1993). An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *AAMC. undefined*, *68*(6), 443–451. <https://doi.org/10.1097/00001888-199306000-00002>
- Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C. J., & Rammstedt, B. (2012). Ein Messinstrument zur Erfassung subjektiver Kompetenzerwartungen: Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU) [An instrument for measuring subjective competence expectations: General Self-Efficacy Short Scale]. *GESIS-Working Papers 2012/17*, *17*, 24. http://www.psyndex.de/pub/tests/6490_ASKU-Manual_2012.PDF
- Belasen, A., & Belasen, A. T. (2018). Doctor-patient communication: a review and a rationale for using an assessment framework. *Journal of Health Organization and Management*, *32*(7), 891–907. <https://doi.org/10.1108/JHOM-10-2017-0262>
- Benbassat, J., & Baumal, R. (2002). A step-wise role playing approach for teaching patient counseling skills to medical students. *Patient Education and Counseling*, *46*(2), 147–152. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(01\)00150-1](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(01)00150-1)
- Berg, K., Majdan, J. F., Berg, D., Veloski, J., & Hojat, M. (2011). Medical students' self-reported empathy and simulated patients' assessments of student empathy: an analysis by gender and ethnicity. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, *86*(8),

984–988. <https://doi.org/10.1097/ACM.0B013E3182224F1F>

Berkhof, M., van Rijssen, H. J., Schellart, A. J. M., Anema, J. R., & van der Beek, A. J. (2011). Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. *Patient Education and Counseling*, *84*(2), 152–162.

<https://doi.org/10.1016/J.PEC.2010.06.010>

Bieber, C., Gschwendtner, K., Müller, N., & Eich, W. (2016). Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) - Patient und Arzt als Team. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *66*(5), 195–207. <https://doi.org/10.1055/S-0042-105277/ID/JR748-46>

Biernat, K., Simpson, D., Duthie, E., Bragg, D., & London, R. (2003). Primary care residents self assessment skills in dementia. *Advances in Health Sciences Education*, *8*(2), 105–110.

<https://doi.org/10.1023/A:1024961618669>

Bing-You, R. G., & Trowbridge, R. L. (2009). Why medical educators may be failing at feedback. *JAMA*, *302*(12), 1330–1331. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2009.1393>

Blanch-Hartigan, D. (2011). Medical students' self-assessment of performance: Results from three meta-analyses. *Patient Education and Counseling*, *84*(1), 3–9.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.037>

Boissy, A., Windover, A. K., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, R. M., Merlino, J., & Rothberg, M. B. (2016). Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *Journal of general internal medicine*, *31*(7), 755–761.

<https://doi.org/10.1007/S11606-016-3597-2>

Bortz, J., & Lienert, G. A. (2008). Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung- Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben. In *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung* (3. Aufl.). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-540-75738-2>

Bortz, Jürgen. (1999). *Statistik* (5. Aufl.). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-10031-8>

Braend, A., Gran, S., Frich, J., & Lindbaek, M. (2010). Medical students' clinical performance in general practice Triangulating assessments from patients, teachers and students. *Medical Teacher*, *32*(4), 333–339. <https://doi.org/10.3109/01421590903516866>

Bragard, I., Etienne, A. M., Merckaert, I., Libert, Y., & Razavi, D. (2010). Efficacy of a communication and stress management training on medical residents' self-efficacy, stress to communicate and burnout: a randomized controlled study. *Journal of health psychology*, *15*(7), 1075–1081.

<https://doi.org/10.1177/1359105310361992>

- Braun, M. (2003). Genauigkeit der Selbsteinschätzung beim Erwerb neuer Kompetenzen in Abhängigkeit von Kontrollmeinung, Erfahrung, Selbstaufmerksamkeit, Ängstlichkeit und Geschlecht [Universität Bern]. In *Veröffentlichte Dissertation*, (Nummer April). <http://edudoc.ch/record/17440/files/zu07066.pdf>
- Breckwoldt, J., Beckers, S. K., Breuer, G., & Marty, A. (2018). Entrustable professional activities: Promising concept in postgraduate medical education. In *Anaesthetist* (Bd. 67, Nummer 6, S. 452–457). <https://doi.org/10.1007/s00101-018-0420-y>
- Brédart, A., Bouleuc, C., & Dolbeault, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current Opinion in Oncology*, 17(4), 351–354. <https://doi.org/10.1097/01.cco.0000167734.26454.30>
- Brenk-franz, K., Franz, S., Kreuz, R., Kalusa, W., Gensichen, J., & Instituts, L. (2011). *Training kommunikativer Kompetenzen mit Simulationspatienten : Einsatzmöglichkeiten in der Präklinik. I*, 622–625.
- Brenk-Franz, K., Kubieziel, H., Schulz, S., & Gensichen, J. (2010). Simulationspatienten in der allgemeinmedizinischen lehre: Das Jenaer programm - Eine pilotstudie. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 86(4), 152–158. <https://doi.org/10.3238/zfa.2010.0152>
- Brown, C. E., Back, A. L., Ford, D. W., Kross, E. K., Downey, L., Shannon, S. E., Curtis, J. R., & Engelberg, R. A. (2018). Self-Assessment Scores Improve After Simulation-Based Palliative Care Communication Skill Workshops. *The American journal of hospice & palliative care*, 35(1), 45–51. <https://doi.org/10.1177/1049909116681972>
- Büchtemann, D., Wollny, A., Mortsiefer, A., Schmitt, J. I. Der, Rotthoff, T., Karger, A., & Altiner, A. (2011). Einstellungen von studierenden im 4. studienjahr zur erlangung kommunikativer kompetenzen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 87(3), 135–142. <https://doi.org/10.3238/zfa.2011.135>
- Bundesärztekammer. (2020). Beschluss der Bundesärztekammer über die Stellungnahme „Wissenschaftlichkeit als konstitutionelles Element des Arztberufes“. *Deutsches Ärzteblatt Online*, 4. https://doi.org/10.3238/baek_wb_sn_wiss2020
- Bundesministerium für Bildung und Forschung. *No Title*. Abgerufen 7. Dezember 2022, von <https://www.praktisch-unschlagbar.de/praktischunschlagbar/de/deine-ausbildung/die-ausbildungsdauer/die-ausbildungsdauer.html>

Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend. (o. J.). *No Title*. Abgerufen 9. Dezember 2022, von <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/engagement-und-gesellschaft/freiwilligendienste/jugendfreiwilligendienste/freiwilliges-soziales-jahr/freiwilliges-soziales-jahr-96732>

Bürgi, H., Bader, C., Bloch, R., & Bosman, F. (2001). *Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training*.

Burke, M. J., & Dunlap, W. P. (2016). Estimating Interrater Agreement with the Average Deviation Index: A User's Guide. *https://doi.org/10.1177/1094428102005002002*, 5(2), 159–172.
<https://doi.org/10.1177/1094428102005002002>

Buss, B., Krautter, M., Möltner, A., Weyrich, P., Werner, A., Jünger, J., & Nikendei, C. (2012). Can the „Assessment Drives Learning“ effect be detected in clinical skills training? - Implications for curriculum design and resource planning. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 29(5), Doc70. <https://doi.org/10.3205/ZMA000840>

Calhoun, A., Boone, M., Porter, M., & Miller, K. (2014). Using Simulation to Address Hierarchy-Related Errors in Medical Practice. *The Permanente Journal*, 18(2), 14.
<https://doi.org/10.7812/TPP/13-124>

Calhoun, J., Woolliscroft, J., Haken, J., Wolf, F., & Davis, W. (1988). Evaluating medical student clinical skill performance: Relationships among Self, Peer, and Expert Ratings. *Evaluation & the Health Professions*, 11(2), 201–212. <https://doi.org/10.1177/016327878801100204>

Cantillon, P., & Sargeant, J. (2008). Giving feedback in clinical settings. *BMJ*, 337(7681), 1292–1294.
<https://doi.org/10.1136/BMJ.A1961>

Cassell, E. J. (1985). *Talking with patients* (M. Press (Hrsg.); 2. Aufl., Bd. 2). MIT Press.

Council, G. M., & General Medical Council. (2009). Tomorrow ' s Doctors The duties of a doctor registered with the General Medical Council. 2009, 1, 1–108. http://www.gmc-uk.org/TomorrowsDoctors_2009.pdf_39260971.pdf

Coutts, L., & Rogers, J. (1999). Predictors of student self-assessment accuracy during a clinical performance exam. *Academic Medicine*, 74(10), S128-30. <https://doi.org/10.1097/00001888-199910000-00062>

CRICO Strategies. (2015). Malpractice Risks in Communication Failures, CRICO Benchmarking Report. *CRICO - Annual Benchmarking Report*, 24.

- Cronauer Klöckner, C., & Schmid Mast, M. (2010). Geschlechtsspezifische Aspekte des Gesprächs zwischen Arzt und Patient 1. *Rehabilitation*, 49(5), 308–314, 1098–1129.
<https://doi.org/10.1055/S-0030-1262850/ID/55>
- Davis, M. (1980). A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Davis, M. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Davis, Mazmanian, P., Fordis, M., Van Harrison, R., Thorpe, K., & Perrier, L. (2006). Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: A systematic review. In *JAMA* (Bd. 296, Nummer 9, S. 1094–1102). JAMA.
<https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1094>
- Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606), 76–84.
<https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814>
- Dettmer, S. ., & Kuhlmeier. (2010). Studienzufriedenheit und berufliche Zukunftsplanung von Medizinstudierenden - ein Vergleich zweier Ausbildungskonzepte. *P Angerer, F W Schwartz (Hrsg.): Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Report Versorgungsforschung Band 2*, 103–115.
https://www.researchgate.net/publication/271191132_Studienzufriedenheit_und_berufliche_Zukunftsplanung_von_Medizinstudierenden_-_ein_Vergleich_zweier_Ausbildungskonzepte
- Dorsch- Lexikon der Psychologie. Fremdbewertungsverfahren auf Dorsch- Lexikon der Psychologie. Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02852-000>
- Dudenredaktion. (2019). *Duden - Deutsches Universalwörterbuch: Das umfassende Bedeutungswörterbuch der deutschen Gegenwartssprache* (Dudenredaktion (Hrsg.); 9. Aufl.). Cornelsen Verlag.
- Durchschnittsalter der Studienanfänger bis 2021 Statista*. Abgerufen 2. September 2022, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/36660/umfrage/durchschnittsalter-der-studienanfaenger-seit-1995/>
- Emmert, M., & Meszmer, N. (2018). A Decade of Online Physician-Rating Websites in Germany: an Assessment of the Current Level of Development TT - Eine Dekade Arztbewertungsportale in

- Deutschland: Eine Zwischenbilanz zum aktuellen Entwicklungsstand. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 80(10), 851–858.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28759920>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129–136. <https://doi.org/10.1521/pdps.2012.40.3.377>
- Epinat-Duclos, J., Foncelle, A., Quesque, F., Chabanat, E., Duguet, A., Baptiste Van Der Henst, J., & Rossetti, Y. (2021). Does nonviolent communication education improve empathy in French medical students? *International Journal of Medical Education*, 12, 205–218.
<https://doi.org/10.5116/ijme.615e.c507>
- Epstein, R., & Hundert, E. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 287(2), 226–235. <https://doi.org/10.1001/JAMA.287.2.226>
- Erpenbeck, J., Rosenstiel, L. v., Grote, S., & Sauter, W. (2017). *Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. 2. A. (3. Aufl.)*. Schäffer-Poeschel.
https://books.google.com/books/about/Handbuch_Kompetenzmessung.html?hl=de&id=gB_RDwAAQBAJ
- Eva, K. W., & Regehr, G. (2005). Self-assessment in the health professions: A reformulation and research agenda. *Academic Medicine*, 80(10 SUPPL.), 46–54.
<https://doi.org/10.1097/00001888-200510001-00015>
- Evans, B. J., Coman, G. J., & Goss, B. (1996). Consulting skills training and medical students' interviewing efficiency. *Medical education*, 30(2), 121–128. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2923.1996.TB00729.X>
- Faller, H. (2012). Patientenorientierte kommunikation in der arzt-patient-beziehung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55(9), 1106–1112.
<https://doi.org/10.1007/s00103-012-1528-x>
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A., & Eves, R. (2002). Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: A randomised controlled trial. *Lancet*, 359(9307), 650–656. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07810-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07810-8)
- Farin, E. (2010). Die Patient-Behandler-Kommunikation bei chronischen Krankheiten: Überblick über den Forschungsstand in ausgewählten Themenbereichen. *Rehabilitation*, 49(5), 277–291.
<https://doi.org/10.1055/S-0030-1263160/ID/63>

- Fitzgerald, J., White, C., & Gruppen, L. (2003). *A longitudinal study of self-assessment accuracy*. 645–649.
- Fleiss, J. L. (1976). *Statistical Methods for Rates and Proportions*. In *Wiley series in probability and mathematical statistics* (Bd. 25, Nummer 1). Wiley. <https://doi.org/10.2307/2988144>
- Fox, R. A., Ingham Clark, C. L., Scotland, A. D., & Dacre, J. E. (2000). A study of pre-registration house officers' clinical skills. *Medical education*, *34*(12), 1007–1012. <https://doi.org/10.1046/J.1365-2923.2000.00729.X>
- Francis, V., Korsch, B. M., & Morris, M. J. (1969). Gaps in doctor-patient communication. Patients' response to medical advice. *The New England journal of medicine*, *280*(10), 535–540. <https://doi.org/10.1056/NEJM196903062801004>
- Gilligan, C., Powell, M., Lynagh, M. C., Ward, B. ., Lonsdale, C., Harvey P., James, E. ., & Rich D. (2021). *Cochrane Library Cochrane Database of Systematic Reviews Interventions for improving medical students' interpersonal communication in medical consultations (Review) Interventions for improving medical students' interpersonal communication in medical consu.* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012418.pub2>
- Gillis, A. E., Morris, M. C., & Ridgway, P. F. (2015). Communication skills assessment in the final postgraduate years to established practice: A systematic review. *Postgraduate Medical Journal*, *91*(1071), 13–21. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2014-132772>
- Goedhuys, J., & Rethans, J. J. (2001). On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. A validity study. *Family Practice*, *18*(6), 592–596. <https://doi.org/10.1093/FAMPRA/18.6.592>
- Goldstein, M. M., & Bowers, D. G. (2015). The patient as consumer: Empowerment or commodification? Currents in contemporary bioethics. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, *43*(1), 162–165. <https://doi.org/10.1111/jlme.12203>
- Gordon, M. J. (1991). A review of the validity and accuracy of self-assessments in health professions training. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, *66*(12), 762–769. <https://doi.org/10.1097/00001888-199112000-00012>
- Gordon, M. J. (1992). Self-assessment programs and their implications for health professions training. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, *67*(10), 672–679. <https://doi.org/10.1097/00001888-199210000-00012>
- Graf, J., Loda, T., Zipfel, S., Wosnik, A., Mohr, D., & Herrmann-Werner, A. (2020). Communication

- skills of medical students: survey of self- and external perception in a longitudinally based trend study. *BMC Medical Education*, 20(1), 149. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02049-w>
- Gray, J. D. (1996). Global rating scales in residency education. *Academic Medicine*, 71(1), 55–63. https://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1996/01000/Global_rating_scales_in_residency_education.43.aspx?casa_token=LBY0NgTT3tEAAAAA:YqVRsVaHw347win7A4I3jl7oc5YLn6PQuwMqpRcxJDwfWiFWHmRHYyxkFQNE2XaQHkMszAnI-b-4_YP4ibZFYNJBNt6g6RSAOwe5lk
- Griffith, C. H., Wilson, J. F., Langer, S., & Haist, S. A. (2003). House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 18(3), 170–174. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.10506.x>
- Gruppen, L. D., Garcia, J., Grum, C. M., Fitzgerald, J. T., White, C. A., Dicken, L., Sisson, J. C., & Zweifler, A. (1997). Medical students' self-assessment accuracy in communication skills. *Academic Medicine*, 72(10 SUPPL. 1), S57–S59. <https://doi.org/10.1097/00001888-199710001-00020>
- Gruppen, L. D., White, C., Fitzgerald, J. T., Grum, C. M., & Woolliscroft, J. O. (2000). Medical students' self-assessments and their allocations of learning time. *Academic Medicine*, 75(4), 374–379. <https://doi.org/10.1097/00001888-200004000-00018>
- Gude, T., Finset, A., Anvik, T., Bærheim, A., Fasmer, O., Grimstad, H., & Vaglum, P. (2017). Do medical students and young physicians assess reliably their self-efficacy regarding communication skills? A prospective study from end of medical school until end of internship. *BMC medical education*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/S12909-017-0943-Y>
- Gude, T., Grimstad, H., Holen, A., Anvik, T., Baerheim, A., Fasmer, O. B., Hjortdahl, P., & Vaglum, P. (2015). Can we rely on simulated patients' satisfaction with their consultation for assessing medical students' communication skills? A cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 15(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0508-x>
- Gulbrandsen, P., Jensen, B. F., Finset, A., & Blanch-Hartigan, D. (2013). Long-term effect of communication training on the relationship between physicians' self-efficacy and performance. *Patient education and counseling*, 91(2), 180–185. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2012.11.015>
- Ha, J. F., Hons, M., Anat, D. S., Longnecker, N., Charles, S., & Hospital, G. (2010). *Doctor-Patient Communication : A Review*. 38–43.
- Hall, J., Roter, D., & Junghans, B. (2009). Doctors Talking with Patients-Patients Talking with Doctors:

- Improving Communication in Medical Visits. *Clinical and Experimental Optometry*, 78, 79–80.
<https://doi.org/10.1111/j.1444-0938.1995.tb00792.x>
- Hall, J., & Schwartz, R. (2018). Empathy present and future.
<https://doi.org/10.1080/00224545.2018.1477442>, 159(3), 225–243.
<https://doi.org/10.1080/00224545.2018.1477442>
- Hargittai, E., & Shafer, S. (2006). Differences in Actual and Perceived Online Skills: The Role of Gender*. *Social Science Quarterly*, 87(2), 432–448. <https://doi.org/10.1111/J.1540-6237.2006.00389.X>
- Hegazi, I., & Wilson, I. (2013). Maintaining empathy in medical school: It is possible. *Medical Teacher*, 35(12), 1002–1008. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.802296>
- Heine, S. J., Kitayama, S., Lehman, D. R., Takata, T., Ide, E., Leung, C., & Matsumoto, H. (2001). Divergent consequences of success and failure in Japan and North America: An investigation of self-improving motivations and malleable selves. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(4), 599–615. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.4.599>
- Hemmer-Schanze, C., & Füessl, H. S. (2006). Wer verstehen will, braucht Zeit. *MMW - Fortschritte der Medizin*, 148(3), 25–31. <https://doi.org/10.1007/bf03364518>
- Henbest, R. J., & Fehrsen, G. S. (1985). Preliminary Study at the Medical University of Southern Africa on Student Self-Assessment as a Means of Evaluation. *Journal of Medical Education*, 60(1), 66–68.
- Heneman, H. G. (1980). SELF-ASSESSMENT: A CRITICAL ANALYSIS. *Personnel Psychology*, 33(2), 297–300. <https://doi.org/10.1111/J.1744-6570.1980.TB02352.X>
- Herchenröther, J., Tiedemann, E., Vogel, H., & Simmenroth, A. (2021). Which teaching method is more effective in a communication course - role-playing versus simulated patients, taught by tutors or faculty staff? A randomized trial. *GMS Journal for Medical Education*, 38(3), 1–18.
<https://doi.org/10.3205/zma001450>
- Hojat, M., DeSantis, J., Shannon, S. C., Mortensen, L. H., Speicher, M. R., Bragan, L., LaNoue, M., & Calabrese, L. H. (2018). The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Advances in health sciences education : theory and practice*, 23(5), 899–920.
<https://doi.org/10.1007/S10459-018-9839-9>
- Hölzel, L. P., Kriston, L., & Härter, M. (2013). Patient preference for involvement, experienced

- involvement, decisional conflict, and satisfaction with physician: A structural equation model test. *BMC Health Services Research*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-231/FIGURES/3>
- <https://at.dental-tribune.com/news/kommunikation-wirk-und-heilmittel-in-der-medizin/>. (2022). <https://at.dental-tribune.com/news/kommunikation-wirk-und-heilmittel-in-der-medizin/>
- Hulsman, R. L., & van der Vloodt, J. (2015). Self-evaluation and peer-feedback of medical students' communication skills using a web-based video annotation system. Exploring content and specificity. *Patient Education and Counseling*, 98(3), 356–363. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.007>
- Humanmedizin - Durchschnittsalter von Absolventen 2021*, Statista. (o. J.). Abgerufen 8. Februar 2023, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/986118/umfrage/alter-von-absolventen-der-humanmedizin-und-der-gesundheitswissenschaft/>
- Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen. (2020). *Kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten*.
- Iramaneerat, C., & Yudkowsky, R. (2007). Rater errors in a clinical skills assessment of medical students. *Evaluation and the Health Professions*, 30(3), 266–283. <https://doi.org/10.1177/0163278707304040>
- Jacob, R., Kopp, J., & Fellingner, P. (2019). *Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018* (Dezernat Versorgungsmanagement (Hrsg.)). Kassenärztliche Bundesvereinigung. https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf
- Jansen, J., Grol, R., Crebolder, H., Rethans, J., & Van Der Vleuten, C. (1998). Failure of Feedback to Enhance Self-Assessment Skills of General Practitioners. *Teaching and Learning in Medicine*, 10(3), 145–151. https://doi.org/10.1207/S15328015TLM1003_4
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9(5), 441–476. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.03.001>
- Jungbauer, J., Kamenik, C., Alfermann, D., & Brähler, E. (2004). Wie Bewerten Angehende Ärzte Rückblickend ihr Medizinstudium? Ergebnisse einer Absolventenbefragung. *Gesundheitswesen*, 66(1), 51–56. <https://doi.org/10.1055/s-2004-812705>
- Jünger, J., Schellberg, D., & Nikendei, C. (2006). Subjektive Kompetenzeinschätzung von Studierenden und ihre Leistung im OSCE. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 23(3), Doc51. <http://www.egms.de/en/journals/zma/2006-23/zma000270.shtml>

- Kaplonyi, J., Bowles, K. A., Nestel, D., Kiegaldie, D., Maloney, S., Haines, T., & Williams, C. (2017). Understanding the impact of simulated patients on health care learners' communication skills: a systematic review. *Medical education*, 51(12), 1209–1219.
<https://doi.org/10.1111/MEDU.13387>
- Kaur, M., Singh, H., & Badyal, D. (2016). Impact of continuous self-assessment on the learning of medical students. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 4(7), 2665–2669.
<https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20161929>
- Kee, J. W. Y., Khoo, H. S., Lim, I., & Koh, M. Y. H. (2018). Communication Skills in Patient-Doctor Interactions: Learning from Patient Complaints. *Health Professions Education*, 4(2), 97–106.
<https://doi.org/10.1016/J.HPE.2017.03.006>
- Kiessling, C., Dieterich, A., Fabry, G., H, H., W, L., I, M., S, P., S, S., & S, S. (2008). Basler Consensus Statement Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium: Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* |, 25(2), 1–7. <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2008-25/zma000567.shtml>
- Kleinman, A. (1988). The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition: [Excerpt]. *Academic Medicine*, 92(10), 1406. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001864>
- Kneebone, R. (2003). Simulation in surgical training: Educational issues and practical implications. *Medical Education*, 37(3), 267–277. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2003.01440.x>
- Kochan, B. (1975). *Rollenspiel als Methode sprachlichen und sozialen Lernens ein Reader* (5.-9. Tsd.). Scriptor Verl.
- Koerfer, A., Köhle, K., Obliers, R., Sonntag, B., Thomas, W., & Albus, C. (2008). Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung. *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 9(9), 34–78.
- Kruger, J., & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121–1134. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1121>
- Kuhnert, A., Pfeifer, R., Schneid, E., & Hartmann, A. (2009). Persönlichkeit und Professionalität: Longitudinale Studie zu emotionaler Befindlichkeit, Selbsteinschätzung klinischer Kompetenz und professioneller Identität von Medizinstudierenden während des Trainings „Überbringen schlechter Nachrichten (ÜsN)“ im Kurs. *Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische*

- Ausbildung - GMA. Freiburg im Breisgau, 08.- 10.10.2009. Düsseldorf, German Medical Science
GMS Publishing House, 15. <https://doi.org/10.3205/09gma023>*
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33(1), 159. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Langewitz, W. (2007). Beyond content analysis and non-verbal behaviour-What about atmosphere?. A phenomenological approach. *Patient Education and Counseling*, 67(3 SPEC. ISS.), 319–323. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.04.009>
- Langewitz, W. (2012). Zur erlernbarkeit der arzt-patienten-kommunikation in der medizinischen ausbildung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55(9), 1176–1182. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1533-0>
- Langewitz, W., Conen, D., Nübling, M., & Weber, H. (2002). Kommunikation ist wesentlich - Defizite der betreuung im krankenhaus aus der sicht von patienten und patientinnen. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52(8), 348–354. <https://doi.org/10.1055/s-2002-33079>
- Langewitz, W., Seixas, U., Hunziker, S., Becker, C., Fischer, M., Benz, A., & Otto, B. (2021). Doctor-patient communication during the Corona crisis – web-based interactions and structured feedback from standardized patients at the University of Basel and the LMU Munich. *GMS Journal for Medical Education*, 38(4). <https://doi.org/10.3205/ZMA001477>
- Lanning, S. K., Brickhouse, T. H., Gunsolley, J. C., Ranson, S. L., & Willett, R. M. (2011). Communication skills instruction: an analysis of self, peer-group, student instructors and faculty assessment. *Patient education and counseling*, 83(2), 145–151. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2010.06.024>
- Lee, C. A., Chang, A., Chou, C. L., Boscardin, C., & Hauer, K. E. (2011). INNOVATIONS IN MEDICAL EDUCATION Standardized Patient-Narrated Web-Based Learning Modules Improve Students' Communication Skills on a High-stakes Clinical Skills Examination. *J Gen Intern Med*, 26(11), 1374–1381. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1809-3>
- Leopold, S. S., Morgan, H. D., Kadel, N. J., Gardner, G. C., Schaad, D. C., & Wolf, F. M. (2005). Impact of educational intervention on confidence and competence in the performance of a simple surgical task. *Journal of Bone and Joint Surgery - Series A*, 87(5), 1031–1037. <https://doi.org/10.2106/JBJS.D.02434>
- Levinson, W., Lesser, C. S., & Epstein, R. M. (2010). Developing physician communication skills for

- patient-centered care. *Health Affairs*, 29(7), 1310–1318.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0450>
- Levinson, W., Roter, D. L., Mullooly, J. P., Dull, V. T., & Frankel, R. M. (1997). Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, 277(7), 553–559. <https://doi.org/10.1001/JAMA.277.7.553>
- Lichstein, P. R. (1990). Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations. The Medical Interview. In Kenneth Walker, W. Dallas Hall, & J. Willis Hurst (Hrsg.), *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations* (3. Aufl.). Butterworths.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK349/>
- Linus S., G. (2004). Das Arzt-Patient-Gespräch als Instrument der Qualitätssicherung. "Qualitätssicherung in ärztlicher Hand zum Wohle der Patienten. http://www.linus-geisler.de/vortraege/0406arzt-patient-gespraech_qualitaetsicherung.html
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., & Ferrier, K. (2001). Primary care consultation in primary care : observational study. *Bmj*, 322, 468–472.
<http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.322.7284.468>
- Lloyd, J. E. V., Walsh, J., & Yailagh, M. S. (2005). Sex differences in performance attributions, self-efficacy, and achievement in mathematics: If I'm so smart, why don't I know it? *Canadian Journal of Education*, 28(3), 384–408. <https://doi.org/10.2307/4126476>
- Lörwald, A. C., Lahner, F. M., Nouns, Z. M., Berendonk, C., Norcini, J., Greif, R., & Huwendiek, S. (2018). The educational impact of Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) and Direct Observation of Procedural Skills (DOPS) and its association with implementation: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 13(6). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0198009>
- Lown, B. (2002). Die verlorene kunst des heilens. In *Medizinische Welt* (Bd. 62, Nummer 5, S. 17 + 18). Schattauer.
- Lundquist, L., Shogbon, A., Momary, K., & Rogers, H. (2013). A comparison of students' self-assessments with faculty evaluations of their communication skills. *American journal of pharmaceutical education*, 77(4). <https://doi.org/10.5688/AJPE77472>
- Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: The kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine*, 76(4), 390–393. <https://doi.org/10.1097/00001888-200104000-00021>
- Mavis, B. (2001). Self-Efficacy and OSCE Performance among Second Year Medical Students.

- Advances in Health Sciences Education*, 6(2), 93–102.
<https://doi.org/10.1023/A:1011404132508>
- Mercer, S., & Reynolds, W. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52(SUPPL.), 9–12.
- MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. (Hrsg.). (2015). *Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) (2015)*. <http://www.mft-online.de/lehre/nationaler-kompetenzbasierter-lernzielkatalog-medicin>
- Moore, D. (1998). Needs assessment in the new health care environment: Combining discrepancy analysis and outcomes to create more effective CME. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 18(3), 133–141. <https://doi.org/10.1002/chp.1340180302>
- Moore, D., & Cordes, D. (1992). Needs assessment. *Continuing Medical Education: A Primer*, 42–51. https://openlibrary.org/books/OL1478867M/Needs_assessment
- Moorhead, R., Maguire, P., & Thoo, S. L. (2004). Giving feedback to learners in the practice. *Australian Family Physician*, 33(9), 691–695. <https://europepmc.org/article/MED/15487361>
- Neuderth, S., Lukaszczik, M., Thierolf, A., Wolf, H., Oorschot, V., König, S., Unz, D., Henking, T., Neuderth, S., Lukaszczik, M., Thierolf, A., & Wolf, H. (2018). Use of standardized client simulations in an interprofessional teaching concept for social work and medical students : first results of a pilot study. *Social Work Education*, 00(00), 1–14. <https://doi.org/10.1080/02615479.2018.1524455>
- Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., & Pfaff, H. (2009). Analyzing the „nature“ and „specific effectiveness“ of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 339–346. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.013>
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A., & Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996–1009. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615>
- Nikendei, C., Zipfel, S., Roth, C., Löwe, B., Herzog, W., & Jünger, J. (2003a). Kommunikations- und Interaktionstraining im psychosomatischen Praktikum: Einsatz von standardisierten Patienten. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53(11), 440–445. <https://doi.org/10.1055/s-2003-43388>

- Nikendei, C., Zipfel, S., Roth, C., Löwe, B., Herzog, W., & Jünger, J. (2003b). Kommunikations- und Interaktionstraining im psychosomatischen Praktikum: Einsatz von standardisierten Patienten. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *53*(11), 440–445.
<https://doi.org/10.1055/s-2003-43388>
- O'Connor, K., King, R., Malone, K. M., & Guerandel, A. (2014). Clinical examiners, simulated patients, and student self-assessed empathy in medical students during a psychiatry objective structured clinical examination. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, *38*(4), 451–457.
<https://doi.org/10.1007/S40596-014-0133-8>
- Paulus, C. (2009). *Der Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF-IRI) zur Messung von Empathie*.
http://bildungswissenschaften.uni-saarland.de/personal/paulus/empathy/SPF_Artikel.pdf
- Pawluk, S., Zolezzi, M., & Rainkie, D. (2018). Comparing student self-assessments of global communication with trained faculty and standardized patient assessments. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, *10*(6), 779–784. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2018.03.012>
- Perron, J., Nendaz, N., Louis-Simonet, M., Sommer, M., Gut, J., Cerutti, A., Van Der Vleuten, B., & Dolmans, C. P. (2014). Impact of postgraduate training on communication skills teaching: A controlled study. *BMC Medical Education*, *14*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-80>
- Peters, T. (2018). Simulationspatientinnen und Simulationspatienten – Eine Einführung. In C. Thrien (Hrsg.), *Simulationspatienten. Ein Handbuch für die Aus- und Weiterbildung in medizinischen und Gesundheitsberufen* (S. 13–22). Hogrefe.
- Piedmont, S., & Robra, B. P. (2015). Praxis und wissenschaft im studium – erwartungen und erlebte kompetenzförderung von studierenden der humanmedizin im vergleich mit studierenden anderer fächer. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, *32*(1).
<https://doi.org/10.3205/ZMA000950>
- Poirier, T. I., Pailden, J., Jhala, R., Ronald, K., Wilhelm, M., & Fan, J. (2017). *INSTRUCTIONAL DESIGN AND ASSESSMENT Student Self-Assessment and Faculty Assessment of Performance in an Interprofessional Error Disclosure Simulation Training Program*. <http://www.ajpe.org>
- Probert, C. S., Cahill, D. J., McCann, G. L., & Ben-Shlomo, Y. (2003). Traditional finals and OSCEs in predicting consultant and self-reported clinical skills of PRHOs: A pilot study. *Medical Education*, *37*(7), 597–602. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2003.01557.x>

- Quince, T. A., Parker, R. A., Wood, D. F., & Benson, J. A. (2011). Stability of empathy among undergraduate medical students: a longitudinal study at one UK medical school. *BMC medical education*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-90>
- Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A., & Gregory, W. M. (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, 347(9003), 724–728. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)90077-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)90077-X)
- Rebensburg, C. (2009). *Gefühlsbezogene und empathische Interaktion in der Sprechstunde des Hausarztes und seine Diagnostik psychischer und psychosomatischer Erkrankungen*. Heinrich-Heine Universität Düsseldorf.
- Rees, C., Sheard, C., & McPherson, A. (2004). Medical students' views and experiences of methods of teaching and learning communication skills. *Patient Education and Counseling*, 54(1), 119–121. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00196-4](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00196-4)
- Rosenberg, M. B. (2012). *Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens* (I. Holler (Hrsg.)). Junfermann Verlag GmbH. https://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=FTECuSRa2bIC&oi=fnd&pg=PA17&dq=rosenberg+gewaltfrei+kommunikation&ots=_o9F6_AL6-&sig=Yr2NLRCVvA79r-Z4JGoXz63Tu4%5Cnhttp://books.google.com/books?id=FTECuSRa2bIC
- Rosenthal, S., Howard, B., Schlüssel, Y. R., Herrigel, D., Smolarz, B. G., Gable, B., Vasquez, J., Grigo, H., & Kaufman, M. (2011). Humanism at heart: preserving empathy in third-year medical students. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 86(3), 350–358. <https://doi.org/10.1097/ACM.0B013E318209897F>
- Rotgans, J., & Lampert, F. (2014). Wo liegt Lissabon? Ein DQR inhärentes Trainings- und Ausbildungskontinuum für die Medizin. *Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)*. <https://doi.org/10.3205/14GMA064>
- Rudnicka, J. (2022). *Studierende der Medizin nach Geschlecht bis 2021/2022*. Studierende der Medizin nach Geschlecht bis 2021/2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/200758/umfrage/entwicklung-der-anzahl-der-medizinstudenten/>
- Sawicki, P. T. (2005). Qualität der gesundheitsversorgung in Deutschland: Ein randomisierter simultaner sechs-länder-vergleich aus patientensicht. In *Medizinische Klinik* (Bd. 100, Nummer 11, S. 755–768). Springer. <https://doi.org/10.1007/s00063-005-1105-2>

- Schauspielpatienten-Programm der Universität Würzburg*. Abgerufen am 27. Februar 2022, von <https://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/schauspielpatienten/>
- Schmidt, S. J. (2005). *Lernen, Wissen, Kompetenz, Kultur Vorschläge zur Bestimmung von vier Unbekannten* (1. Aufl.). Carl-Auer Verlag.
- Schofield, Theo; Stewart, M. (1995). Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. *Bmj*, 311(7019), 1580. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7019.1580>
- Schön, D. A. (1992). The reflective practitioner: How professionals think in action. In *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action* (1. Aufl.). Ashgate Publishing Published. <https://doi.org/10.4324/9781315237473>
- Schultz, J. H., Schönemann, J., Lauber, H., Nikendei, C., Herzog, W., & Jünger, J. (2007). Einsatz von Simulationspatienten im Kommunikations- Und Interaktionstraining für Medizinerinnen und Mediziner (Medi-KIT): Bedarfsanalyse - Training - Perspektiven. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 38(1), 7–23. <https://doi.org/10.1007/s11612-007-0002-y>
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer-und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung ... Freie Universität Berlin, Berlin, 101. <https://www.fachportal-paedagogik.de/literatur/vollanzeige.html?Fid=612392>
- Schwarzer, Ralf, & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In M. Jerusalem & D. Hopf (Hrsg.), *Jerusalem, Matthias [Hrsg.]; Hopf, Diether [Hrsg.]: Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen*. Weinheim : Beltz 2002, S. 28-53. - (Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft; 44). Beltz Verlag. <https://doi.org/10.25656/01:3930>
- Schweizer Bundesrat. (1980). *Botschaft über die Genehmigung von Prüfungsverordnungen für das Medizinalpersonal und die Änderung des* (Nummer November).
- Seitz, T., Gruber, B., Preusche, I., & Löffler-Stastka, H. (2017). What causes the decrease in empathy among medical students during their university training? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 63(1), 20–39. <https://doi.org/10.13109/zptm.2017.63.1.20>
- Selbsteinschätzung - Lexikon der Psychologie Online abgerufen am 20.12.2019. *Selbsteinschätzung - Lexikon der Psychologie*. <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/selbsteinschaetzung/13890>
- Sherrie, K., Greenfield, S., & Ware, J. E. (1989). Assessing effect of physician patient interaction. In *Medical Care* (Bd. 27).

- Simmenroth-Nayda, A., Chenot, J. F., Fischer, T., Scherer, M., Stanske, B., & Kochen, M. M. (2007). Mit laienschauspielern das ärztliche gespräch trainieren. *Deutsches Arzteblatt*, *104*(13), 847–852.
- Simmenroth-Nayda, A., Palant, A., & Weiß, V. (2016). „Höchste fachliche kompetenz und menschenfreundlichkeit“ - Diskrepanz zwischen studier- und berufsfähigkeit: Eine qualitative studie. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, *92*(7–8), 301–307. <https://doi.org/10.3238/zfa.2016.0301-0307>
- Smith, M. E., & Hart, G. (1994). Nurses' responses to patient anger: from disconnecting to connecting. *Journal of advanced nursing*, *20*(4), 643–651. <https://doi.org/10.1046/J.1365-2648.1994.20040643.X>
- Sommer, M., Fritz, A. H., Thrien, C., Kursch, A., & Peters, T. (2019). Simulated patients in medical education – A survey on the current status in Germany, Austria and Switzerland. *GMS Journal for Medical Education*, *36*(3). <https://doi.org/10.3205/ZMA001235>
- Stewart, M. (2001). *Consultant Psychiatrist*. February, 444–445.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, *49*(9), 796–804.
- Street, R. L., Elwyn, G., & Epstein, R. M. (2012). Patient preferences and healthcare outcomes: An ecological perspective. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, *12*(2), 167–180. <https://doi.org/10.1586/erp.12.3>
- Stucke, W. (1990). *Die Balint-Gruppe* (S. Häfner (Hrsg.); 2.). Deutscher ÄrzteVerlag.
- Tamblyn, R., Abrahamowicz, M., Dauphinee, D., Wenghofer, E., Jacques, A., Klass, D., Smees, S., Blackmore, D., Winslade, N., Girard, N., Du Berger, R., Bartman, I., Buckeridge, D. L., & Hanley, J. A. (2007). Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *Journal of the American Medical Association*, *298*(9), 993–1001. <https://doi.org/10.1001/jama.298.9.993>
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and Well-Being: A Social Psychological Perspective on Mental Health. *Psychological Bulletin*, *103*(2), 193–210. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.2.193>
- Ten Cate, O., & Taylor, D. R. (2021). The recommended description of an entrustable professional activity: AMEE Guide No. 140. *Medical Teacher*, *43*(10), 1106–1114. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1838465>

- Terry, R., Hiester, E., & James, G. D. (2007). The use of standardized patients to evaluate family medicine resident decision making. *Family Medicine*, 39(4), 261–265.
<https://europepmc.org/article/MED/17401770>
- Theisel, S., Schielein, T., & Spiessl, H. (2010). Der „ideale“ Arzt aus Sicht psychiatrischer Patienten. *Psychiatrische Praxis - PSYCHIAT PRAX*, 37, 279–284. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1248403>
- Thorndike, E. L. (1920). A constant error in psychological ratings. *Journal of Applied Psychology*, 4(1), 25–29. <https://doi.org/10.1037/H0071663>
- Thorne, S. E., Bultz, B. D., Baile, W. F., Hack, T., Degner, L., Brundage, M., Butler, L., Carlson, L., Davidon, J., Feldman-Stewart, D., Parker, P., & Tishelman, C. (2005). Is there a cost to poor communication in cancer care?: a critical review of the literature. *Psycho-oncology*, 14(10), 875–884. <https://doi.org/10.1002/PON.947>
- Thure von Uexküll. (1994). *Integrierte psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik mit 29 Tabellen* (Rolf Adler (Hrsg.); 3.). Schattauer.
- Treadwell, I. (2015). Preclinical medical students’ performance in and reflections on integrating procedural and communication skills in a simulated patient consultation. *African Journal of Health Professions Education*, 7(2), 165. <https://doi.org/10.7196/ajhpe.334>
- Tully, J., Dameff, C., Kaib, S., & Moffitt, M. (2015). Recording medical students’ encounters with standardized patients using google glass: Providing end-of-life clinical education. *Academic Medicine*, 90(3), 314–316. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000620>
- Van Dalen, J., Bartholomeus, P., Kerkhofs, E., Lulofs, R., Van Thiel, J., Rethans, J. J., Scherpbier, A. J. J. A., & Van Der Vleuten, C. P. M. (2001). Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years. *Medical teacher*, 23(3), 245–251.
<https://doi.org/10.1080/01421590120042991>
- Wallace, D., Woolley, T., Martin, D., Rasalam, R., & Bellei, M. (2016). Medication calculation and administration workshop and hurdle assessment increases student awareness towards the importance of safe practices to decrease medication errors in the future. *Education for Health: Change in Learning and Practice*, 29(3), 171–178. https://doi.org/10.4103/EFH.EFH_312_14
- Ward, M., Gruppen, L., & Regehr, G. (2002). *Measuring Self-assessment : Current State of the Art*. 63–80.
- Wells, F. L. (1907). *A statistical study of literary merit ; with remarks on some new phases of the method : Wells, Frederic Lyman, b. 1884 : Free Download, Borrow, and Streaming : Internet*

- Archive. Science Press. <https://archive.org/details/statisticalstudy00well>
- Westberg, J., & Jason, H. (1994). Fostering learners' reflection and self-assessment. *Family Medicine*, 26(5), 278–282. <https://europepmc.org/article/MED/8050644>
- White, C. B., Ross, P. T., & Gruppen, L. D. (2009). Remediating students' failed OSCE performances at one school: the effects of self-assessment, reflection, and feedback. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(5), 651–654. <https://doi.org/10.1097/ACM.0B013E31819FB9DE>
- Wirtz, M., & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität (Rater agreement and rater reliability)*. 287.
- Witzel, K., Weitzendorfer, M., Schredl, P., Koch, H. J., & Kaminski, C. (2018). Einfluss von Arzt- und Krankenhausserien auf das Wirklichkeitsempfinden chirurgischer Krankenhauspatienten. *Der Unfallchirurg* 2018 121:12, 121(12), 962–967. <https://doi.org/10.1007/S00113-018-0473-Z>
- Woelber, J. P., Deimling, D., Langenbach, D., & Ratka-Krüger, P. (2012). The importance of teaching communication in dental education. A survey amongst dentists, students and patients. *European journal of dental education : official journal of the Association for Dental Education in Europe*, 16(1). <https://doi.org/10.1111/J.1600-0579.2011.00698.X>
- Wooliscroft, J. O., & Others, A. (1993). Woolliscroft-1993-Medical students' cl.pdf. In *Academic Medicine* (Bd. 68, Nummer 4, S. 285–294).
- Yedidia, M. J., Gillespie, C. C., Kachur, E., Schwartz, M. D., Ockene, J., Chepaitis, A. E., Snyder, C. W., Lazare, A., & Lipkin, M. (2003). Effect of Communications Training on Medical Student Performance. *Journal of the American Medical Association*, 290(9), 1157–1165. <https://doi.org/10.1001/jama.290.9.1157>
- Younas, A., Khan, R. A., & Yasmin, R. (2021). Entrustment in physician-patient communication: a modified Delphi study using the EPA approach. *BMC Medical Education*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S12909-021-02931-1/TABLES/4>
- Zachariae, R., Pedersen, C. G., Jensen, A. B., Ehrnrooth, E., Rossen, P. B., & Von Der Maase, H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*, 88(5), 658. <https://doi.org/10.1038/SJ.BJC.6600798>
- Zschoke, E. U. (2016). Kann man Empathie lernen? Ärztliche Empathie als Ausbildungsgegenstand im Medizinstudium. *Med Dissertation, Charité Universitätsmedizin Berlin*.

Appendix

I Abkürzungsverzeichnis

APT: anvertraubare professionelle Tätigkeiten

ASKU: Allgemeine Selbstwirksamkeit Skala

EPA: Entrustable Professional Activities

mhE: mittleres + hohes Empathiemaß

Mini-CEX: Mini Clinical Evaluation Exercise

MTA: Medizinisch-technische Assistenz

NKLM: Objective Structured Clinical Examination

OSCE: Objective Structured Clinical Examination

PKU: Praktische Klinische Untersuchungsmethoden

pÜ: prozentuale Übereinstimmung

SP: Schauspielpatient

SW: Selbstwirksamkeit

TP: Toleranzpunkte

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Selbstwirksamkeitserwartungen und Ergebniserwartungen im sozial-kognitiven Modell von Bandura (Bandura 1977:193)	25
Abbildung 2: Ablauf der Studierenerhebung	45
Abbildung 3: mittlere Kappa-Werte für die Raterpaare Student und Experte (SxE), Student und Schauspielpatient (SxSP) sowie Schauspielpatient und Experte (SPxE)	53
Abbildung 4: mittlere Kappa-Werte in allen Anamnesegesprächen	54
Abbildung 5: pÜ zwischen Student & Experte	58
Abbildung 6: pÜ zwischen Student & Schauspielpatient	58
Abbildung 7: pÜ zwischen Schauspielpatient & Experte	58
Abbildung 8: pÜ zwischen Student & Experte bei niedriger SW	61
Abbildung 9: pÜ zwischen Student & Experte bei hoher SW	61
Abbildung 10: pÜ zwischen Schauspielpatient & Experte bei niedriger SW	61
Abbildung 11: pÜ zwischen Student & Experte bei hoher SW	61
Abbildung 12: pÜ zwischen Student & Schauspielpatient bei niedriger SW	61
Abbildung 13: pÜ zwischen Student & Experte bei hoher SW	61
Abbildung 14: pÜ zwischen Student & Experte bei niedriger Empathie	64
Abbildung 15: pÜ zwischen Student und Experte bei mhE	64
Abbildung 16: pÜ zwischen Student & Schauspielpatient bei niedriger Empathie	64
Abbildung 17: pÜ zwischen Student und Schauspielpatient bei mhE	64
Abbildung 18: pÜ zwischen Schauspielpatient & Experte bei niedriger Empathie	64
Abbildung 19: pÜ zwischen Schauspielpatient und Experte bei mhE	64
Abbildung 20: pÜ zwischen Student und Experte bei männlichen Studenten	66
Abbildung 21: pÜ zwischen Student & Experte bei weiblichen Studenten	66
Abbildung 22: pÜ zwischen Student und Schauspielpatient bei männlichen Studenten	66
Abbildung 23: pÜ zwischen Student & Schauspielpatient bei weiblichen Studenten	66
Abbildung 24: pÜ zwischen Schauspielpatient und Experte bei männlichen Studenten	67
Abbildung 25: pÜ zwischen Schauspielpatient und Experte bei weiblichen Studenten	67
Abbildung 26 pÜ zwischen Student und Experte, beim Alter 20 + 21 Jahre	70
Abbildung 27: pÜ zwischen Student und Experte beim Alter 22 + 23 Jahre	70
Abbildung 28: pÜ zwischen Student & Experte beim Alter >24 Jahre	70
Abbildung 29: pÜ zwischen Student und Schauspielpatient beim Alter 20 + 21 Jahre	70
Abbildung 30: pÜ zwischen Student und Schauspielpatient beim Alter 22 + 23 Jahre	70
Abbildung 31: pÜ zwischen Student und Schauspielpatient beim Alter >24 Jahre	70
Abbildung 32: pÜ zwischen Schauspielpatient & Experte beim Alter 20 + 21 Jahre	71
Abbildung 33: pÜ zwischen Schauspielpatient & Experte beim Alter 22 + 23 Jahre	71
Abbildung 34: pÜ zwischen Schauspielpatient und Experte beim Alter >24 Jahre	71
Abbildung 35: pÜ zwischen Student & Experte ohne berufliche Vorerfahrung	73
Abbildung 36: pÜ zwischen Student und Experte mit beruflicher Vorerfahrung	73
Abbildung 37: pÜ zwischen Student & Schauspielpatient ohne berufliche Vorerfahrung	74
Abbildung 38: pÜ zwischen Student und Schauspielpatient mit beruflicher Vorerfahrung	74
Abbildung 39: pÜ zwischen Schauspielpatient & Experte ohne berufliche Vorerfahrung	74
Abbildung 40: pÜ zwischen Schauspielpatient und Experte mit beruflicher Vorerfahrung	74
Abbildung 41: Boxplot mit mittleren 50% der Daten und markiertem Median, ergänzt um Ausreißerwerte.	76
Abbildung 42 pÜ zwischen Student und Experte bei niedriger ASW	77
Abbildung 43 pÜ zwischen Student und Experte bei hoher ASW	77
Abbildung 44 pÜ zwischen Student und Schauspielpatient bei niedriger ASW	77
Abbildung 45 pÜ zwischen Student und Schauspielpatient bei hoher ASW	77

<i>Abbildung 46 pÜ zwischen Schauspielpatient und Experte bei niedriger ASW</i>	<u>77</u>
<i>Abbildung 47 pÜ zwischen Schauspielpatient und Experte bei hoher ASW</i>	<u>77</u>

III Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Vergleich zwischen Originalfassung und modifizierter Fassung</i>	37
<i>Tabelle 2: demographische Daten aller Kursteilnehmenden gegenüber den gesprächsführenden Studenten</i>	51
<i>Tabelle 3: Ergebnisse des Vergleiches zwischen Kursteilnehmenden und gesprächsführenden Studenten (soziodemographische Daten)</i>	52
<i>Tabelle 4: Mittelwerte und Median der Kappa-Werte der drei Raterpaare je nach den untersuchten Variablen Selbstwirksamkeit, Empathie, Geschlecht, Alter, beruflicher Vorerfahrung und Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung</i>	54
<i>Tabelle 5: prozentuale Übereinstimmung mit 0, 1 und 2-Toleranzskalpunkten</i>	57
<i>Tabelle 6 Friedman Test der Globalbewertung der Anamnesegespräche</i>	59
<i>Tabelle 7: Globalbewertung (Schulnotensystem) der Anamnesegespräche</i>	59
<i>Tabelle 8: Spearman-Korrelationskoeffizient zwischen Selbstwirksamkeit und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung</i>	60
<i>Tabelle 9: Spearman-Korrelationskoeffizient zwischen Empathie und der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung:</i>	62
<i>Tabelle 10: Zusammenhang zwischen Geschlecht und Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung</i>	65
<i>Tabelle 11: Mann-Whitney-U-Test bezüglich des Geschlechts in der Globalbewertung</i>	67
<i>Tabelle 12: Unterschied in der Selbsteinschätzung der Globalbewertung (Schulnotensystem) zwischen männlichen und weiblichen Studenten</i>	67
<i>Tabelle 13: Mittelwertsunterschiede der Kappa-Werte zwischen den drei Alterskategorien 20-21 Jahre, 22-23 Jahre, >24 Jahre</i>	68
<i>Tabelle 14: Spearman-Korrelationskoeffizient zwischen Alter und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung</i>	68
<i>Tabelle 15: Rangvarianzanalyse der Selbsteinschätzung bezüglich des Alters</i>	71
<i>Tabelle 16: Unterschied in der Selbsteinschätzung der Globalbewertung (Schulnotensystem) hinsichtlich des Alters:</i>	72
<i>Tabelle 17: Rangvarianzanalyse der Kappa-Werte bezüglich der Dauer der beruflichen Vorerfahrung: ...</i> 72	
<i>Tabelle 18: Mittelwertsunterschiede der Kappa-Werte bezüglich der Dauer der beruflichen Vorerfahrung</i>	73
<i>Tabelle 19: Mittelwertsunterschiede der Kappa-Werte zwischen niedriger und hoher Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Anamneseerhebung („Anamnese-Selbstwirksamkeit“, ASW)</i>	75
<i>Tabelle 20: Rangvarianzanalyse der Selbstwirksamkeit bezüglich der Anamneseerhebung</i>	78
<i>Tabelle 21: Unterschied in der Selbsteinschätzung der Globalbewertung (Schulnotensystem) hinsichtlich der Selbstwirksamkeit bezüglich der Anamneseerhebung</i>	78

-Anhang 1-

Fragebogen zur Selbsteinschätzung eines Anamnesegespräches (Student)

Code-Nr: _____

Bitte beantworten Sie, inwiefern folgende Aussagen auf Ihr Anamnesegespräch zutreffen.

Kontaktaufnahme zum Patienten	ja	nein	<i>Nicht anwendbar</i>
1. Ich begrüßte den Patienten angemessen (z. B. Blickkontakt, Handschlag, an der Tür abholen, Lächeln).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich sprach den Patienten mit seinem Namen an / fragte ihn danach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich stellte mich mit Namen (und ggf. Funktion) vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich bot dem Patienten einen Platz an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informationen sammeln, Erhebung des Konsultationsgrundes	ja	nein	<i>Nicht anwendbar</i>
5. Ich verwendete offene Fragen zum Konsultationsgrund (z. B. „Was führt Sie zu mir?“).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich verwendete gezielte und geschlossene Fragen zur Spezifizierung der Beschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich vermied Suggestiv- und/oder Mehrfachfragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich gab dem Patienten die Möglichkeit die Beschwerden aus seiner Sicht zu schildern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich gab dem Patienten die Möglichkeit sein Verständnis der Symptome zu äußern (subjektive Krankheitstheorie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesprächsverlauf	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau zu	<i>Nicht anwendbar</i>
10. Ich hatte ein angemessenes Sprechtempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich ließ den Patienten ausreden, Pausen machen und nachdenken bevor er antwortete.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich ging auf Fragen des Patienten ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Ich vermied Fachbegriffe, sprach an das Sprachverständnis des Patienten angepasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich lenkte das Gespräch, das Gespräch hatte einen roten Faden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich konnte einen guten Zeitrahmen für das Gespräch realisieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehungsgestaltung	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau zu	<i>Nicht anwendbar</i>
16. Ich stellte angemessenen Blickkontakt her.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich war dem Patienten zugewandt, in einem angemessenen Abstand, in angemessener Sitzposition.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich beschäftigte mich nicht mit anderen Dingen. Wenn ich Notizen machte, dann in einer Art und Weise, die den Gesprächsverlauf nicht störte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich ging sensibel mit unangenehmen Themen um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich nahm die nonverbalen Signale des Patienten wahr und reagierte darauf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Meine Gestik und Mimik waren dem Gespräch angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich besprach Informationen mit dem Patienten ohne belehrend zu wirken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erklärung und Planung	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau zu	<i>Nicht anwendbar</i>
23. Ich erklärte die weitere Vorgehensweise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich fragte nach dem Einverständnis zum weiteren Ablauf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich ermutigte den Patienten Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesprächsabschluss	ja	nein	<i>Nicht anwendbar</i>
---------------------------	----	------	------------------------

26. Ich verabschiedete den Patienten angemessen (z. B. Blickkontakt, Handschlag, zur Tür begleiten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------

Das Gespräch bewerte ich insgesamt als:

1 sehr gut	2 gut	3 befriedigend	4 ausreichend	5 mangelhaft	6 ungenügend
----------------------	-----------------	--------------------------	-------------------------	------------------------	------------------------

**Vielen Dank für Ihre
Mithilfe!**

-Anhang 2-

Fragebogen zur Einschätzung nach einem Anamnesegespräch (Experte)

Code-Nr: _____

Bitte beantworten Sie, inwiefern folgende Aussagen auf Ihr Anamnesegespräch zutreffen.

Kontaktaufnahme zum Patienten	ja	nein
1. Der Arzt begrüßte den Patienten angemessen (z. B. Blickkontakt, Handschlag, an der Tür abholen, Lächeln).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Der Arzt sprach den Patienten mit seinem Namen an oder fragte nach diesem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Der Arzt stellte sich mit Namen (und ggf. Funktion) vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Der Arzt bot dem Patienten einen Platz an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informationen sammeln, Erhebung des Konsultationsgrundes	ja	nein
5. Der Arzt verwendete offene Fragen zum Konsultationsgrund (z. B. „Was führt Sie zu mir?“).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Der Arzt verwendete gezielte und geschlossene Fragen zur Spezifizierung der Beschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Der Arzt gab dem Patienten die Möglichkeit die Beschwerden aus seiner Sicht zu schildern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Der Arzt gab dem Patienten die Möglichkeit sein Verständnis der Symptome zu äußern (subjektive Krankheitstheorie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesprächsverlauf	trifft überhaupt nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft überwiegend zu	trifft genau zu
9. Der Arzt hatte ein angemessenes Sprechtempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Der Arzt ließ den Patienten ausreden, Pausen machen und nachdenken bevor er antwortete.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Der Arzt ging auf Fragen des Patienten ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Der Arzt vermied Fachbegriffe, sprach an das Sprachverständnis des Patienten angepasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Der Arzt lenkte das Gespräch, das Gespräch hatte einen roten Faden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Der Arzt konnte einen guten Zeitrahmen für das Gespräch realisieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beziehungsgestaltung	trifft überhaupt nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft überwiegend zu	trifft genau zu
15. Der Arzt stellte angemessenen Blickkontakt her.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Der Arzt war dem Patienten zugewandt, in einem angemessenen Abstand, in angemessener Sitzposition.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Der Arzt beschäftigte sich nicht mit anderen Dingen. Wenn er Notizen machte, dann in einer Art und Weise, die den Gesprächsverlauf nicht störte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Der Arzt ging sensibel mit unangenehmen Themen um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Der Arzt nahm die nonverbalen Signale des Patienten wahr und reagierte darauf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Die Gestik und Mimik des Arztes waren dem Gespräch angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Der Arzt besprach Informationen mit dem Patienten ohne belehrend zu wirken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erklärung und Planung	trifft überhaupt nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft überwiegend zu	trifft genau zu
22. Der Arzt erklärte die weitere Vorgehensweise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Der Arzt fragte nach dem Einverständnis zum weiteren Ablauf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Der Arzt ermutigte den Patienten Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesprächsabschluss	ja	nein
25. Der Arzt verabschiedete den Patienten angemessen (z. B. Blickkontakt, Handschlag, zur Tür begleiten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das Gespräch bewerte ich insgesamt als:

1 sehr gut	2 gut	3 befriedigend	4 ausreichend	5 mangelhaft	6 ungenügend
---------------	----------	-------------------	------------------	-----------------	-----------------

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

-Anhang 3-

**Fragebogen zur Einschätzung eines Anamnesegesprächs
(Schauspielpatient)**

Code-Nr: _____

Bitte beantworten Sie, inwiefern folgende Aussagen auf Ihr Anamnesegespräch zutreffen.

Kontaktaufnahme zum Patienten	ja	nein	<i>Nicht anwendb ar</i>
26. Der Arzt begrüßte mich angemessen (z. B. Blickkontakt, Handschlag, an der Tür abholen, Lächeln).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Der Arzt sprach mich mit meinem Namen an oder fragte nach diesem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Der Arzt stellte sich mit Namen (und ggf. Funktion) vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Der Arzt bot mir einen Platz an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informationen sammeln, Erhebung des Konsultationsgrundes	ja	nein	<i>Nicht anwendb ar</i>
30. Der Arzt verwendete offene Fragen zum Konsultationsgrund? (z. B. „Was führt Sie zu mir?“).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Der Arzt verwendete gezielte und geschlossene Fragen zur Spezifizierung der Beschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Der Arzt vermied Suggestiv- und/oder Mehrfachfragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Der Arzt gab mir die Möglichkeit die Beschwerden aus meiner Sicht zu schildern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Der Arzt gab mir die Möglichkeit mein Verständnis der Symptome zu äußern (subjektive Krankheitstheorie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesprächsverlauf	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau zu	<i>Nicht anwendb ar</i>
35. Der Arzt hatte ein angemessenes Sprechtempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ich konnte ausreden, Pausen machen und nachdenken bevor ich antwortete.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Der Arzt ging auf meine Fragen ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Der Arzt vermied Fachbegriffe, sprach an mein Sprachverständnis angepasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Der Arzt lenkte das Gespräch, das Gespräch hatte einen roten Faden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Der Arzt konnte einen guten Zeitrahmen für das Gespräch realisieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehungsgestaltung	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau zu	<i>Nicht anwendbar</i>
41. Der Arzt stellte angemessenen Blickkontakt her.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Der Arzt war mir zugewandt, in einem angemessenen Abstand, in angemessener Sitzposition.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Der Arzt beschäftigte sich nicht mit anderen Dingen. Wenn er Notizen machte, dann in einer Art und Weise, die den Gesprächsverlauf nicht störte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Der Arzt ging sensibel mit unangenehmen Themen um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Der Arzt nahm meine nonverbalen Signale wahr und reagierte darauf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Die Gestik und Mimik des Arztes waren dem Gespräch angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Der Arzt besprach Informationen mit mir ohne belehrend zu wirken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erklärung und Planung	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau zu	<i>Nicht anwendbar</i>
48. Der Arzt erklärte die weitere Vorgehensweise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Der Arzt fragte nach dem Einverständnis zum weiteren Ablauf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Der Arzt ermutigte mich Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesprächsabschluss	ja	nein	Nicht anwend- bar
51. Der Arzt verabschiedete mich angemessen (z. B. Blickkontakt, Handschlag, zur Tür begleiten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patientenorientiertheit (PZF 18,21,22)	gar nicht	kaum	etwas	ziemlich	sehr
1. Ich habe mich im Gespräch wohl gefühlt .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe mich ermutigt gefühlt Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich hatte das Gefühl, dass ich im Gespräch alle Probleme ansprechen konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das Gespräch bewerte ich insgesamt als:

1 sehr gut	2 gut	3 befriedigend	4 ausreichend	5 mangelhaft	6 ungenügend
----------------------	-----------------	--------------------------	-------------------------	------------------------	------------------------

Vielen Dank für Ihre
Mithilfe!

-Anhang 4-

Personendaten

Wie stark stimmen Selbst- und Fremdeinschätzung der kommunikativen Fähigkeiten von Medizinstudenten überein?

Eine Studie im Rahmen des PKU-Kurses „Anamnesetraining“

Medizinische Doktorarbeit

Bitte füllen Sie folgende Angaben aus:

Code-Nr: _____

Alter: _____Jahre

Geschlecht: M W

Haben Sie schon eine Ausbildung im medizinischen Bereich absolviert

oder schon im medizinischen Bereich gearbeitet? Ja Nein

Wenn ja, welche Art von Ausbildung /Berufserfahrung?

Wie lange haben Sie in diesem Bereich gearbeitet?

Rückseite Persönlichkeitsfragebogen

-Anhang 5-

Pilotstudie im Rahmen der Dissertation

„Wie stark stimmen Selbst- und Fremdeinschätzung der kommunikativen Fähigkeiten von Medizinstudenten überein?“

Probandeninformation zur Studienteilnahme

Der Proband kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen sein Einverständnis zu Teilnahme an dem Forschungsvorhaben zurücknehmen, ohne dass ihm hieraus Nachteile entstehen. Die Teilnahme ist freiwillig, die Einwilligung erfolgt schriftlich, über die Videoaufnahme sowie die Weitergabe an Dritte wird informiert. Die persönlichen Daten werden pseudonymisiert und nicht an Dritte übermittelt.

Die Daten werden sachgerecht archiviert, die Videoaufnahmen nach Auswertung und Analyse unwiderruflich gelöscht.

Bei Rückfragen oder im Falle, dass Sie nachträglich Ihre Teilnahme widerrufen möchten, bitten wir Sie um Kontaktaufnahme mit der Doktorandin:

Vianne Elsner: vianne.elsner@live.de

-Anhang 6-

Einverständniserklärung Schauspielpatient

Wie stark stimmen Selbst- und Fremdeinschätzung der kommunikativen Fähigkeiten von Medizinstudenten überein?

Eine Studie im Rahmen des PKU-Kurses „Anamnesetraining“

Medizinische Doktorarbeit

Hiermit gebe ich die ausdrückliche Genehmigung, Videoaufnahmen meines Anamnesegespräches in der Lehrklinik Würzburg im Rahmen des PKU Anamnesetrainings am _____ (Datum) zu machen sowie die von mir gemachten Aufnahmen im Rahmen der wissenschaftlichen Auswertung an die Mitarbeiter der Studie weiterzugeben.

Ich bin zum Zeitpunkt der Abgabe dieser Erklärung volljährig und voll geschäftsfähig.

.....
Name, Vorname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Unterschrift

-Anhang 7-

Einwilligungserklärung zur Videoaufnahme

1. Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen des o.g. Dissertationsvorhabens meine Daten einschließlich der Angaben zu Name, Geschlecht, Alter, Fachsemester, vorheriger medizinischer Ausbildung aufgezeichnet und pseudonymisiert (Namen usw. werden durch einen Verschlüsselungscode ersetzt), sowie an die Mitarbeiter der Studie zu ihrer wissenschaftlichen Auswertung weitergegeben werden.

2. Hiermit gebe ich die ausdrückliche Genehmigung, Videoaufnahmen von meinem Anamnesegespräch in der Lehrklinik Würzburg im Rahmen des PKU Anamnesetrainings am _____ (Datum) zu machen sowie die von mir gemachten Aufnahmen im Rahmen der wissenschaftlichen Auswertung an die Mitarbeiter der Studie weiterzugeben.

Ich bin zum Zeitpunkt der Abgabe dieser Erklärung volljährig und voll geschäftsfähig.

.....
Name, Vorname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Unterschrift

-Anhang 8-

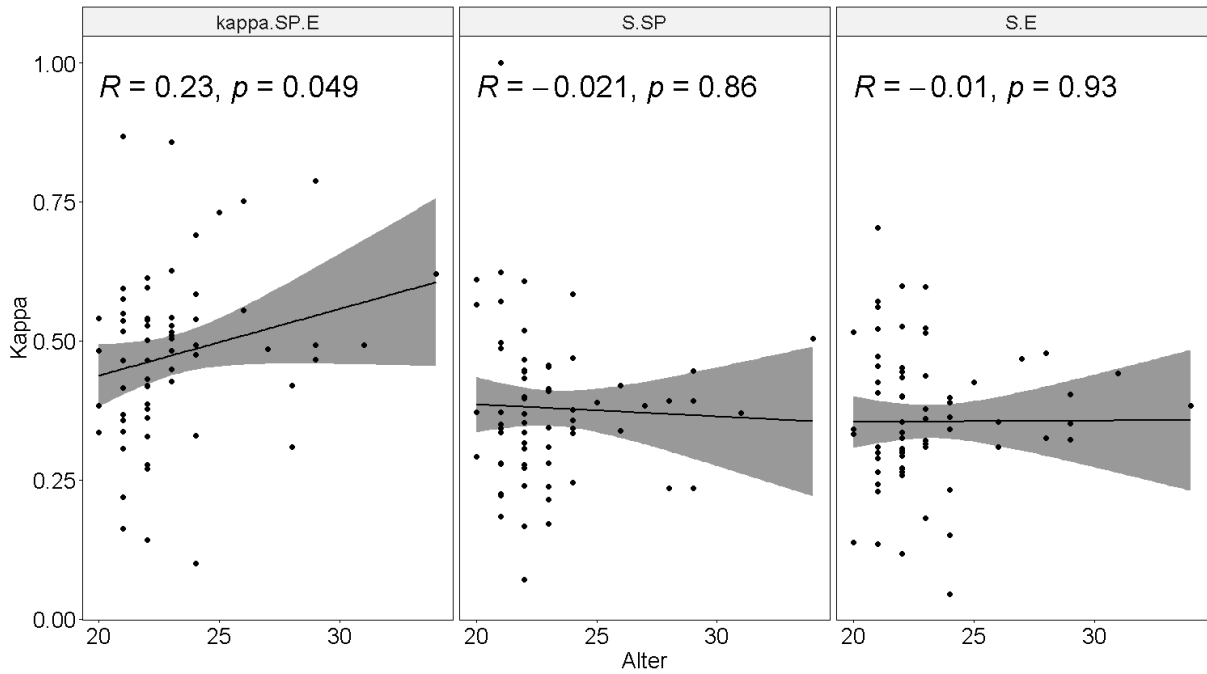
Matrize der Kappa Berechnung in RStudio

	Codenummer	Kategorie	kappa.S.P.E	S.SP	S.E
1	2	2	0.55	0.37	0.46
2	4	1	0.43	0.35	0.27
3	6	1	0.16	0.18	0.31
4	9	-	0.50	0.31	0.26
5	10	1	0.60	0.45	0.45
6	13	0	0.86	0.17	0.18
7	14	1	0.54	1.00	0.52
8	15	1	0.33	0.43	0.33
9	16	1	0.38	0.57	0.34
10	21	1	0.63	0.34	0.52
11	25	1	0.27	0.24	0.31
12	26	0	0.61	0.47	0.30
13	27	1	0.42	0.49	0.29
14	28	1	0.79	0.45	0.40
15	30	0	0.53	0.43	0.60
16	31	0	0.31	0.39	0.48
17	33	0	0.42	0.24	0.33
18	36	0	0.37	0.35	0.41
19	38	1	0.62	0.50	0.38
20	43	1	0.53	0.28	0.32

Erklärung: Nach der Berechnung jedes einzelnen Kappa-Koeffizienten für das jeweilige Anamnesegespräch (gekennzeichnet durch die Codenummer) wurden diese manuell in eine Exceltabelle eingetragen. Über die Codenummer wurden diese Werte der jeweiligen Kategorie (z.B. Selbstwirksamkeit, berufliche Vorerfahrung) zugeordnet.

-Anhang 9-

**Spearman-Korrelationskoeffizient zwischen Alter und Übereinstimmung
zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung**



V Danksagung

Ich danke meinem Doktorvater Prof. Dr. Dr. Hermann Faller für die stets zeitnahe, freundliche und sehr konstruktive Unterstützung.

Außerdem danke ich meinen beiden Betreuen Nina Zerban und Dr. phil. Matthias Lukaszczik- dafür, dass sie mich über all die Zeit begleitet, unermüdlich meine Fragen beantwortet und mich mit ihrem Fachwissen, ihrer Motivation und Ermutigung unterstützt haben. Auch an Hans-Dieter Wolf geht ein großer Dank für die Betreuung in den ersten Jahren der Arbeit.

Ein weiterer Dank geht außerdem an Joy Backhaus, die mit ihrer Statistischen Beratung häufig die „Rettung in der Not“ war.

Mein Dank geht auch an alle Teilnehmer der Umfrage. Danke an alle Studenten, Schauspielpatienten und Rater. Ohne ihr gründliches Beantworten des Fragebogens hätten keine Daten zur Auswertung bereitgestanden.

Von Herzen geht mein Dank an meine Familie und meine Freunde. Insbesondere meinen Eltern und Schwiegereltern für die unglaubliche Unterstützung und den Zuspruch über all die Zeit, ihr wart durchweg mein sicherer Hafen. Sowie meinen kostbaren Freunden- ohne euer Anfeuern und an meiner Seite sein, wäre ich nicht ans Ziel gekommen.

Ich danke meinen drei Kindern- auch wenn es immer wieder eine Zerreihsprobe für uns war- ihr habt mir, häufig ohne es zu wissen, neue Kraft geschenkt.

Ich danke meinem Abba im Himmel- der Gott, der mich sieht und hält. Du liebst Kommunikation und diese Arbeit ist dir zum Dank und zur Ehre.

Zuletzt danke ich meinem Mann- du bist der Held im Hintergrund. Ohne dich wäre ich verzweifelt. Danke für all deine Liebe, deine Unterstützung und deine Hingabe!

VI Lebenslauf