



Institut für medizinische und
pharmazeutische Prüfungsfragen

| BertelsmannStiftung

„Patientenorientiert lernen, prüfen, handeln – Entscheidungsfindung und ärztliche Dokumentation“

Abschlussbericht zum Projekt:

„Gemeinsam klug entscheiden und den Patienten und Patientinnen verständlich vermitteln: Überprüfung der klinischen und partizipativen Entscheidungsfindung sowie der Fähigkeit zur ärztlichen Dokumentation im Staatsexamen Medizin“



Impressum

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts
Rheinstraße 4F
55116 Mainz

Gestaltung

RHEINDENKEN GmbH, Köln
www.rheindenken.de

Bildnachweis

istock.com/SDI Productions: Titelseite;
IMPP: S. 13, S. 31 (oben links), S. 33, S. 34, S. 55

Mainz, Juni 2021

PROJEKTLEITUNG

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP)

Leitung: Prof. Dr. med. Jana Jünger, MME (Bern)

Wissenschaftliche Gesamtkoordination: Dr. med. Lena Selgert, Aline Federmann

KOOPERATIONSPARTNER*INNEN IM TEILPROJEKT 3: PATIENTENVERSTÄNDLICHER BERICHT

„Was hab' ich?“ gemeinnützige GmbH
Theaterstraße 4
01067 Dresden

Leitung: Ansgar Jonietz

Ärztliche Mitarbeiterin: Rebekka Post

WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT (IN ALPHABETISCHER REIHENFOLGE)

Prof. Dr. med. Erika Baum, Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Martin Härter, Prof. Dr. med. David Klemperer, Prof. Dr. med. Andreas Sönnichsen, Dr. Frank Wissing, Vertreter*innen des bvmd

AUTOR*INNEN

Aline Federmann, Lena Selgert, Maryna Gornostayeva, Barbara Hinding, Richard Lux, Christian Brünahl, Rebekka Post, Ansgar Jonietz, Jana Jünger

DANKSAGUNG

Wir bedanken uns sehr herzlich bei allen, die mit ihrer Expertise dazu beigetragen haben, die Themen partizipative und klinische Entscheidungsfindung sowie schriftliche Dokumentation in die zukünftigen medizinischen Staatsexamina zu integrieren.

Insbesondere danken wir der Bertelsmann Stiftung, die mit der finanziellen Förderung unseres Projektes die Entwicklung neuer Prüfungsthemen und -formate für die ärztliche Abschlussprüfung unterstützt hat. Im Rahmen dieses Projektes konnten wir standardisierte Bewertungsinstrumente entwickeln und pilotieren, um die Weiterentwicklung der medizinischen Ausbildung gemäß Novellierung der Approbationsordnung voranzutreiben und gleichzeitig Qualitätsstandards für die Kommunikation und Dokumentation zu entwickeln.

Zudem bedanken wir uns beim wissenschaftlichen Beirat unseres Projekts, der die Weiterentwicklung unserer Bewertungsbögen sowie die Erstellung der OSCE-Stationen durch seine fachkundige Beratung und sein Engagement maßgeblich unterstützt hat.

Wir freuen uns sehr, die Projektergebnisse allen Interessierten zur Verfügung zu stellen, um möglichst viele medizinische Fakultäten und Studierende bei der Vorbereitung auf künftige neue Staatsprüfungen zu unterstützen. Unser Ziel ist es, mithilfe der neuen Staatsexamina die Stellung der Arzt-Patienten-Kommunikation sowie der ärztlichen Dokumentation in der medizinischen Ausbildung aufzuwerten. Langfristig möchten wir damit einen nachhaltigen Beitrag zur Stärkung der Patientenorientierung und Optimierung der Patientenversorgung leisten.

INHALT

| | |
|---|----|
| I. Abbildungsverzeichnis | 6 |
| II. Glossar | 7 |
| 1. Ziele des Projektes | 8 |
| 2. Warum ist gelungene Kommunikation in der Versorgung so wichtig? | 11 |
| 2.1 Patienten-Empowerment durch verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation | 12 |
| 2.2 Eine abgestimmte Weiterversorgung – Dokumentation für das Fachpersonal | 14 |
| 2.3 Gesundheitskompetenz stärken – Patientenverständliche schriftliche Kommunikation | 16 |
| 3. Vorgaben und Initiativen zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation | 18 |
| 3.1 Medizinische Ausbildung | 19 |
| 3.2 Versorgung | 22 |
| 3.3 Förderung klinischer und partizipativer Entscheidungsfindung | 23 |
| 4. Patientenorientiert lernen, prüfen, handeln – Es wird gelernt, was geprüft wird! | 26 |
| 4.1 M3-STEX: Was ist die anwendungsorientierte Parcoursprüfung? | 28 |
| 4.2 M3-STEX: Was ist die Prüfung am Patienten oder an der Patientin? | 30 |
| 5. Projektergebnisse | 32 |
| 5.1 Partizipative Entscheidungsfindung in OSCE-Stationen prüfen | 33 |
| 5.1.1 Wie funktioniert eine OSCE-Prüfung zur partizipativen Entscheidungsfindung? | 34 |
| 5.2 Evidenzbasierter Patientenbericht | 40 |
| 5.2.1 Der evidenzbasierte Patientenbericht in der M3-Prüfung am Patienten oder an der Patientin der neuen Staatsexamina | 40 |
| 5.2.2 Wie messen wir das? | 43 |
| 5.3 Bericht in patientenverständlicher Sprache | 47 |
| 5.3.1 Der Bericht in patientenverständlicher Sprache in der M3-Prüfung am Patienten oder an der Patientin im neuen Staatsexamen | 47 |
| 5.3.2 Wie messen wir das? | 49 |
| 6. Aktionsplan: Wie setzen wir es um? | 52 |
| 6.1 So nutzen wir das Praktische Jahr: Integration von patientenorientiertem Training und arbeitsplatzbasierten Prüfungen | 53 |
| 6.2 Entwicklung und Validierung von Prüfungsinhalten und -standards für die neue M3-Staatsexamensprüfung | 54 |
| 6.3 Die STEX-Modellstationen und -praxen im IMAGINE-Netzwerk | 56 |
| 7. Literatur | 57 |

I. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Das paternalistische Modell im IMPP-Schulungsvideo | 13 |
| Abbildung 2: PEF im IMPP-Schulungsvideo | 13 |
| Abbildung 3: Das Informationsmodell im IMPP-Schulungsvideo | 13 |
| Abbildung 4: Auszug aus dem Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V [18] | 15 |
| Abbildung 5: Auswertung der Daten aus dem LongKomm-Projekt: Häufigkeit der Lernziele zur partizipativen Entscheidungsfindung in Lehre und Prüfungen | 21 |
| Abbildung 6: Auswertung der Daten aus dem LongKomm-Projekt: Häufigkeit der Lernziele zur Erstellung von Patientenberichten in Lehre und Prüfungen | 21 |
| Abbildung 7: Neugestaltung der humanmedizinischen Staatsexamina (Stex) | 27 |
| Abbildung 8: Neugestaltung der mündlich-praktischen Prüfung M3 – Prüfung an der Patientin oder am Patienten | 30 |
| Abbildung 9: Beispiel für die wissenschaftliche Recherche im Open Book Exam | 31 |
| Abbildung 10: Testung einer OSCE-Station im Rahmen des Qualifizierungsprogramms „Studentische/r Kommunikationstrainer/in“ im Juli 2019 | 33 |
| Abbildung 11: Videodreh am IMPP zur OSCE-Station Kniegelenksarthrose | 34 |
| Abbildung 12: Beispiel für eine Fallvignette und Aufgabenstellung für Prüflinge einer OSCE-Station | 35 |
| Abbildung 13: Auszug aus dem Rollenskript für Simulationspersonen | 36 |
| Abbildung 14: Entscheidungshilfe Knie-Endoprothese | 38 |
| Abbildung 15: Bewertungsbogen für die OSCE-Station „Knie-TEP“ | 39 |
| Abbildung 16: Vorlage für einen evidenzbasierten Patientenbericht im stationären Setting | 41 |
| Abbildung 17: Vorlage für einen evidenzbasierten Patientenbericht im ambulanten Setting | 42 |
| Abbildung 18: Standorte, die an der Pilotierung der Prüfung am Patienten oder der Patientin mitgewirkt haben | 44 |
| Abbildung 19: Bewertungsbogen zum evidenzbasierten Patientenbericht für das stationäre Setting | 45 |
| Abbildung 20: Bewertungsbogen zum evidenzbasierten Patientenbericht für das ambulante Setting | 46 |
| Abbildung 21: Beispiel für einen Patientenbrief | 48 |
| Abbildung 22: Bewertungsbogen für den patientenverständlichen Bericht im stationären Setting | 50 |
| Abbildung 23: Bewertungsbogen für den patientenverständlichen Bericht im ambulanten Setting | 51 |
| Abbildung 24: Organisation von Supervision, Überprüfungen und Feedback-Gesprächen auf einer STEX-Modellstation | 54 |
| Abbildung 25: Erstes IMAGINE-Netzwerktreffen, Januar 2019 | 55 |

II. GLOSSAR

ÄApprO = Approbationsordnung für Ärzte

ABIM Foundation = American Board of Internal Medicine

AWMF = Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

BMG = Bundesministerium für Gesundheit

Bvmd = Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland

CIRS = Critical Incident Reporting System

CanMEDS-Modell = Canadian Medical Education Directives for Specialists- Modell

DGIM = Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin

DOPS = Direct Observation of Procedural Skills

Ebm = Evidenzbasierte Medizin

EPA = entrustable professional activities

GK = Gegenstandskatalog

GMA = Gesellschaft für Medizinische Ausbildung

HHU = Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

HIPSTA = Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation

ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health

IGeL = Individuelle Gesundheitsleistungen

IMAGINE = Interprofessionelle und intersektorale medizinische Versorgung aktiv und gemeinsam implementieren sowie mittels Netzwerk verbessern und evaluieren

IMPP = Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen

IMPP-GK2 = Gegenstandskatalog für den schriftlichen Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung

IPSTA = Interprofessionelle Ausbildungsstation

IQWiG = Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

LCME = Liaison Committee on Medical Education

MFT = Medizinischer Fakultätentag

Mini-CEX = Mini-Clinical Evaluation Exercise

MME = Master of Medical Education

NKLM = Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin

ÖGD = Öffentlicher Gesundheitsdienst

OSCE = Objective Structured Clinical Examination

PEF = Partizipative Entscheidungsfindung

PICO-Schema = Patient Population – Intervention – Comparison – Outcome

PJ = Praktisches Jahr

SMP = strukturierte mündlich-praktische Prüfung

SP = Simulationspersonen

STARS = Students and Trainees Advocating for Resource Stewardship

STEX = Staatsexamen

WHO = World Health Organization

1 ZIELE DES PROJEKTES

Hintergrund

Der **Masterplan Medizinstudium 2020** [1], der im Jahr 2017 verabschiedet wurde, sieht eine **Neustrukturierung der Staatsexamina hin zu kompetenzorientierten, mündlich-praktischen Prüfungen** vor [1]. Dem folgt auch der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Neuordnung der Ärztlichen Ausbildung von November 2020 [2]. Durch den von allen Bundesländern verabschiedeten Staatsvertrag gehört es zu den Aufgaben des **Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP)** die Prüfungsinhalte der Staatsexamina zu gestalten [3]. Die geplante Änderung der ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) bietet die einmalige Chance, innovative Prüfungsformate und -inhalte in die Staatsexamina zu integrieren und damit jährlich ca. 10.000 zukünftige Ärzt*innen verbindlich in klinischer und gemeinsamer Entscheidungsfindung sowie der Dokumentation dieser Prozesse zu prüfen [4].

Unser Projekt „*Gemeinsam klug entscheiden und den Patient*innen verständlich vermitteln: Überprüfung der klinischen und partizipativen Entscheidungsfindung sowie der Fähigkeit zur ärztlichen Dokumentation im Staatsexamen Medizin*“ bereitet auf Grundlage des Masterplans Medizinstudium 2020 die Umsetzung der novellierten ÄApprO vor.

Ziel des Projekts war es, die Bereiche **klinischer und partizipativer Entscheidungsfindung** sowie **ärztlicher Dokumentation für das Fachpersonal und für die Patient*innen** in die Staatsexamina zu integrieren. Hierfür wurden gemeinsam mit medizinischen Expert*innen **standardisierte Bewertungsbögen** zur Überprüfung studentischer Kompetenzen in diesen Bereichen entwickelt, pilotiert und für den Einsatz in den Staatsexamina finalisiert.

In intensiven Literaturrecherchen wurden nationale und internationale Standards und best practice Beispiele gesammelt, die anschließend von Expertengruppen in mehreren Workshops in Vorlagen für standardisierte Bewertungsbögen zusammengeführt wurden. Dabei wurden sowohl Bewertungsbögen für **OSCE-Fälle zur partizipativen Entscheidungsfindung (PEF)** als auch für den **evidenzbasierten und patientenverständlichen Bericht als Teile der neuen Prüfung am Patienten oder an der Patientin** entwickelt.

Diese wurden anschließend an verschiedenen Standorten im stationären sowie ambulanten Setting umfangreich getestet und auf Basis der erhobenen Rückmeldungen weiterentwickelt. Um eine objektive und faire Bewertung sicherzustellen, wurden **zudem prototypische Musterlösungen** für jede Notenstufe der Bewertungsskala sowie

Die Ziele des Projekts auf einen Blick:

1. Integration von **klinischer und partizipativer Entscheidungsfindung** in die Staatsexamina: Entwicklung von Objective-Structured-Clinical-Examination (OSCE)-Stationen zum Thema „Partizipative Entscheidungsfindung“
2. Ärztliche Dokumentation: Entwicklung eines standardisierten Bewertungsbogens zur Beurteilung des im Staatsexamen zu verfassenden **evidenzbasierten Patientenberichts**
3. Patientenorientierte Ausbildung und Versorgung: Entwicklung eines standardisierten Bewertungsbogens zur Beurteilung der Übertragung des Patientenberichts in eine **patientenverständliche Sprache**

Lehrfilme für Prüferschulungen erstellt. Auf Basis der im Projekt entstandenen Bewertungsinstrumente können nun einerseits **fakultätsintern Prüfungsaufgaben** entwickelt werden. Zudem können sie künftig den **Sachverständigen des IMPP** bei der Erstellung neuer Prüfungsaufgaben für die mündlich-praktischen Prüfungen in den Staatsexamina dienen.

Mit der Bereitstellung der standardisierten Bewertungsbögen wurde ein richtungsweisender Meilenstein zur **Neustrukturierung der Staatsexamina** gemäß dem Masterplan Medizinstudium 2020 geleistet. Die inhaltliche Ausrichtung auf „partizipative Entscheidungsfindung“ und „patientenverständliche Sprache“ leistet einen relevanten Beitrag zur **Stärkung der Patientenzentrierung und der Steigerung der patientenseitigen Gesundheitskompetenz**.

Dieser Bericht beleuchtet die **Hintergründe der einzelnen Themenbereiche sowie die Methodik und Ergebnisse der drei Projektbereiche**. Dies umfasst sowohl Informationen zu den neuen mündlich-praktischen Prüfungsformaten der künftigen Staatsexamina als auch konkrete Bewertungsinstrumente in Form von **standardisierten Bewertungsbögen für OSCE-Stationen zur partizipativen Entscheidungsfindung und für den evidenzbasierten sowie patientenverständlichen Bericht**.



**WARUM IST GELUNGENE KOMMUNIKATION
IN DER VERSORGUNG SO WICHTIG?**

2. WARUM IST GELUNGENE KOMMUNIKATION IN DER VERSORGUNG SO WICHTIG?

2.1 Patienten-Empowerment durch verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation

Die Arzt-Patienten-Kommunikation ist ein wesentlicher Bestandteil der erfolgreichen Umsetzung von Behandlungsmaßnahmen. Es ist wichtig, dass Patient*innen ihre Diagnosen und Therapien verstehen und als hilfreich wahrnehmen. Eine **patientenorientierte und gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation** bildet die Grundlage für die Erfassung und Berücksichtigung der Patienteninteressen und stellt somit in allen Phasen der Versorgung eine zentrale Aufgabe von Ärzt*innen dar.

Studien zeigen hier jedoch ein Defizit in Deutschland: Viele Ärzt*innen können Diagnosen und Therapien nicht patientengerecht erklären [5]. **22 % der erwachsenen Patient*innen** sowie **24 % der Eltern von Patient*innen im Kindes- und Jugendalter** erhalten auf ihre Fragen im Behandlungskontext **keine für sie inhaltlich verständlichen Antworten**. Zudem haben **29 % der Patient*innen** sowie **38 % der Eltern erkrankter Kinder** Probleme, die ihnen **vorgelegten Untersuchungsergebnisse zu verstehen** [6].

Etwa **ein Drittel** der Patient*innen in Deutschland wünscht sich eine **stärkere Einbindung** in die einzelnen Schritte des Versorgungsprozesses [6]. Hierbei spielt die **partizi-**

pative Entscheidungsfindung (PEF) eine wichtige Rolle: Medizinisches Personal sowie Patient*innen **kommunizieren auf Augenhöhe** miteinander und entscheiden gemeinsam unter Berücksichtigung von **Wünschen, Erwartungen und Sorgen der Patient*innen über Untersuchungs- und Behandlungsoptionen** [7,8].

Hierdurch wird die Verantwortung für die Umsetzung der Behandlung geteilt. Erwartungen, Wünsche sowie Vorstellungen, persönliche Werte und auch Sorgen und Ängste der Patient*innen werden explizit in das Gespräch und die Auswahl der relevanten Behandlungsoptionen einbezogen [9–11].

Im Zuge der **Weiterentwicklung des Medizinstudiums** werden spezifische kommunikative Kompetenzen wie die **partizipative Entscheidungsfindung** in mündlich-praktischen Parcoursprüfungen in die **Staatsexamina** integriert. Damit wird die starke Hebelwirkung von Prüfungen als Steuerungsinstrument für den studentischen Kompetenzerwerb genutzt und mehr Patientenzentrierung in der medizinischen Ausbildung gefördert.

Gesprächsmodelle

1. PATERNALISTISCHES ENTSCHEIDUNGSMODELL:

- Steuerung des Informationsflusses durch die Ärzt*innen.
- Entscheidung über Diagnose und Therapie ohne gleichwertigen Einbezug der Patient*innen.
- Fokus auf die Fachkompetenz der Ärzt*innen.



Abbildung 1: Das paternalistische Modell im IMPP-Schulungsvideo

2. PARTIZIPATIVE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG:

- Beteiligung von mindestens **zwei Personen**: Mediziner*innen und Patient*innen
- Beide Personen verfügen über die **relevanten Informationen**.
- Beide Parteien **beteiligen sich aktiv am Entscheidungsprozess**.
- Beide Parteien **stimmen der Entscheidung zu** [12].



Abbildung 2: PEF im IMPP-Schulungsvideo

3. INFORMATIONSMODELL:

- Mitteilung aller relevanten Informationen durch die Ärzt*innen.
- Bewertung der Informationen durch die Patient*innen vor dem Hintergrund der eigenen Erwartungen und Befürchtungen.
- Entscheidung über mögliche Untersuchungen und Therapien allein durch die Patient*innen [7,8].



Abbildung 3: Das Informationsmodell im IMPP-Schulungsvideo

2.2 Eine abgestimmte Weiterversorgung – Dokumentation für das Fachpersonal

Im Rahmen des Entlassmanagements legt die **ärztliche Dokumentation klinischer Entscheidungsprozesse** die Grundlage für einen abgestimmten Behandlungsprozess sowie für die Weiterversorgung in einem interdisziplinären und interprofessionellen Team. Zum Teil hat der **Entlassbrief**, auch Arztbrief genannt, den Ruf einer zeitraubenden Pflicht. Dabei ist er ein wichtiges Instrument, um den **Informationsfluss** zwischen den Disziplinen zu sichern und dient Ärzt*innen somit als **wesentliches Kommunikationsmittel im Behandlungsprozess**. Zudem ist der Entlassbrief auch **juristisch** von Bedeutung: Ist er fehlerhaft, unvollständig oder verursacht er sogar Behandlungsfehler, können die Ersteller*innen haftbar gemacht werden [13].

Der Entlassbrief gilt gemeinhin als „Visitenkarte“ der Klinik, der Abteilung bzw. der jeweiligen Ärzt*innen [14]. Er erfüllt eine wichtige Funktion: Im Rahmen der Berichterstellung **reflektieren** Ärzt*innen durch das Zusammenfassen von Diagnosen, Befunden, durchgeführter sowie geplanter Therapien und Maßnahmen und weiterer Empfehlungen erneut den stationären Aufenthalt der Patient*innen. Daher ist eine **gute Dokumentation integraler Bestandteil der Qualitäts- und Patientensicherheit** [10]. Der Entlassbrief dient den Hausärzt*innen als wichtiges Instrument zur Koordination der Weiterbehandlung Ihrer Patient*innen und stellt somit eine zentrale Schnittstelle der sektorenübergreifenden Versorgung dar [15].

Zur Vermeidung von Lücken in der weitergehenden medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgung sind Krankenhäuser nach **§ 39 Abs. 1a des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V)** zu einem effektiven Entlassmanagement verpflichtet [16]. **Bisher existierten für diese Kommunikation jedoch weder Leitlinien noch Empfehlungen von Fachgesellschaften** [17].

Die **Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V.** zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement nach **§ 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V** geben seit 2019 konkrete Anweisungen zur Erstellung eines ärztlichen Entlassberichtes (siehe Abbildung 4) [18].

Auch in der medizinischen Ausbildung ist der Entlassbrief noch nicht flächendeckend in den Curricula der Universitäten verankert (siehe Abbildung 5). Dies führt dazu, dass viele Ärzt*innen ihre schriftlichen Kommunikationskompetenzen aus der Praxis nebenbei und somit ohne klare Anleitung entwickeln [13].

Informationslücken und Verständnisprobleme aufseiten der empfangenen Ärzt*innen sind die Folge: Bei einer Befragung bewerteten rund **80 % der Hausärzt*innen Angaben zum Wirkstoff verordneter Arzneimittel** als wichtig oder sehr wichtig, jedoch gaben nur ca. **50 % der Befragten** an, hierzu ausreichende Informationen aus den ihnen zugehenden Entlassbriefen entnehmen zu können. Zudem merkten etwa **50 % der Befragten** an, dass sie selten oder sogar nie Informationen zur Ursache bzw. Begründung von **Medikationsänderungen** im Rahmen des stationären Aufenthalts erhielten [15].

Eine **Standardisierung des Entlassungsbriefes** sowie die **systematische Ausbildung von Medizinstudierenden in der schriftlichen Kommunikation** ist daher dringend geboten. Mit der Novellierung der ärztlichen Approbationsordnung soll **ein evidenzbasierter Patientenbericht** nach dem Vorbild von Entlassbriefen als Teil der Prüfung am Patienten oder an der Patientin in die künftige M3-Staatsexamensprüfung integriert werden. Damit wird ein wichtiger Beitrag zur **Qualitätssicherung** in der schriftlichen intraprofessionellen Kommunikation, zur **intersektoralen Versorgung** sowie zur Stärkung der **Patientensicherheit** in der Versorgung geleistet.

§ 9 – Dokumentation an die weiterbehandelnden Ärzte

1. Der Entlassbrief ist zwingender Bestandteil des Entlassmanagements. Er ist zum Zeitpunkt der Entlassung dem Patienten und - sofern erforderlich - dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer auszuhändigen. Bei stationärer Anschlussheilbehandlung oder stationärer Pflege ist der Entlassbrief mit Einwilligung des Patienten sowohl der stationären Einrichtung als auch dem Hausarzt bzw. dem einweisenden/weiterbehandelnden Vertragsarzt zu übermitteln.
2. Ist zum Zeitpunkt der Entlassung die Mitgabe eines endgültigen Entlassbriefes nicht möglich, muss mindestens ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden, in dem alle getroffenen Maßnahmen und Verordnungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6, 12 und 14 sowie Beurteilungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V erfasst sind.
3. Der Entlassbrief enthält alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgungen des Patienten erforderlichen Informationen. Diese sind mindestens:
 - Patientenstammdaten, Aufnahme- und Entlassdatum
 - Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen
 - Kennzeichnung „vorläufiger“ oder „endgültiger“ Entlassbrief
 - Grund der Einweisung
 - Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger
 - Entlassungsbefund
 - Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren)
 - Weiteres Prozedere/Empfehlungen
 - Arzneimittel (unter ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von § 115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen Darreichungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) und der Medikationsplan; § 8 Abs. 3a Arzneimittel-Richtlinie ist zu beachten; Information über mitgegebene Arzneimittel
 - Alle veranlassten Leistungen (inklusive nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6, 12 und 14 SGB V) und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit
 - Nachfolgende Versorgungseinrichtung

Abbildung 4: Auszug aus dem Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V [18]

2.3 Gesundheitskompetenz stärken – Patientenverständliche schriftliche Kommunikation

Insbesondere bei der **Entlassung** aus der stationären Behandlung in die ambulante Weiterversorgung ist die **patientenverständliche Kommunikation** essentiell. Sie stellt u.a. die Weichen zur Vermeidung von Komplikationen, zur Gewährleistung der Arzneimitteltherapiesicherheit und -adhärenz und damit für das Wohlbefinden von Patient*innen.

Jedoch zeigen sich auch hier Missstände: Mit **23 % der Patient*innen wird kein Entlassungsgespräch geführt** oder zumindest keines, das von ihnen als solches identifiziert werden konnte. Bei der Organisation der Weiterversorgung durch Rehabilitations-, Pflege- oder Sozialdienstleistungen fühlen sich **32 % der Patient*innen allein gelassen, sodass sich ebenfalls 32 % bei der Entlassung insgesamt nicht ausreichend unterstützt** sehen [6]. Die mangelhafte Kommunikation zwischen den Professionen führt zu Medikationsfehlern, mangelhafter Wundversorgung, unzureichender Ernährung, Wiederaufnahmen ins Krankenhaus und sogar zu lebensbedrohlichen Situationen sowie zu vermeidbaren Leistungen und Prozeduren und insgesamt zu erhöhten Kosten im Gesundheitswesen [19–21].

Nach dem „**Patientenrechtegesetz**“ des deutschen Bürgerlichen Gesetzbuches haben Patient*innen das Recht, umfassend über ihren **Gesundheitszustand sowie mögliche Behandlungsoptionen informiert** zu werden [22]. Die umfassende schriftliche Information von Patient*innen ist dabei wichtig, um deren **Therapietreue** zu gewährleisten und **präventive Maßnahmen** durchzuführen [6,19–21,23]. Einige nationale und internationale Studien

„Es sollte doch in erster Linie um die Patienten gehen“, sagte ich, „und das sind Menschen mit Schmerzen und Angst. Man darf sie nicht zusätzlich durch eine Sprache verschrecken, die sie unmöglich verstehen können. Laborbefunde, Diagnosen, Arztbriefe – das sind doch Dinge, die von ihnen und ihrem Leiden handeln, und nun halten sie die Papiere in der Hand, starren verzweifelt darauf und verstehen kein Wort. Ist das nicht monströs?“

Aus: „Das Gewicht der Worte“ von Pascal Mercier

zeigen die Wichtigkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation im Allgemeinen und der **schriftlichen Kommunikation** im Besonderen. Sie legen zum Beispiel einen Zusammenhang zwischen der **Gesundheitskompetenz** der Patient*innen und der **Lesbarkeit und Verständlichkeit schriftlicher Patienteninformationsmaterialien** nahe [24–27].

Eine größere randomisierte, kontrollierte Studie zum Nutzen **laienverständlicher Patientenberichte** wurde bereits von der Initiative „**Was hab' ich?**“ gGmbH mit **417 Patient*innen** durchgeführt. Hierbei stellten die Ärzt*innen von

„Was hab' ich?“ den Patient*innen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus einen **leicht verständlichen Patientenbericht** zur Verfügung. Diese Studie zeigte **signifikante Auswirkungen der Patientenberichte auf das Verständnis von Untersuchungsergebnissen, Medikamentenindikationen und -verschreibungen** [28].

Die Verbesserung der schriftlichen Kommunikation hat außerdem einen weiteren positiven Effekt: Medizinstudierende, die ein **schriftliches Kommunikationstraining durch „Was hab' ich?“** absolviert haben und regelmäßig fachsprachliche Befunde in leicht verständlicher Sprache erklären, verwendeten auch im **Gespräch mit Simulationspersonen in einem simulierten Arzt-Patienten-Kontakt bessere Erklärungen** als ungeschulte Studierende. Das Training zur schriftlichen Kommunikation kann folglich auch die **mündliche Kommunikationskompetenz verbessern**: Die Auswahl patientenrelevanter Informationen, die Wahl und Formulierung passender Hintergrundinformationen sowie die Verwendung einer einfachen Sprache für die Erstellung der patientenverständlichen Berichte half den Studierenden dabei, auch in der direkten Kommunikation mit Patient*innen sicherer und erfolgreicher zu sein. Dies entspricht auch der Rückmeldung der Studierenden, die regelmäßig für die „Was hab' ich“ gGmbH tätig werden: Sie sind sich einig, dass schriftliche Übersetzungen von Arztberichten in Patientenberichte ihre Fähigkeiten in patientenverständlicher Kommunikation insgesamt verbessern [29].

Dies ist besonders wichtig, da mehr als die Hälfte der Menschen in Deutschland deutliche Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen hat: **54,3% der in Deutschland lebenden Menschen über 15 Jahren weisen eine eingeschränkte Gesundheitskompe-**

tenz auf [5]. Hierunter versteht man die Fähigkeit **Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und in der Entscheidungsfindung anzuwenden** [30]. Eine geringe Gesundheitskompetenz geht häufig mit schlechterer körperlicher und seelischer Gesundheit einher und kann so auch höhere Kosten für das Gesundheitssystem verursachen [31–33].

Informierte Patient*innen hingegen werden befähigt, gute Entscheidungen für ihre eigene Gesundheit zu treffen: **Eine umfassende Aufklärung durch Ärzt*innen führt zu einer erhöhten Bereitschaft, das eigene Verhalten gesundheitsförderlich zu verändern** [34]. Der Übergang von der Behandlung im stationären zur Versorgung im ambulanten Sektor kann verbessert und Folgekosten, z. B. durch Wiedereinweisung oder falsch eingenommene Medikamente, können verringert werden [45].

Daher ist in der neuen Prüfung am Patienten oder an der Patientin neben dem evidenzbasierten Patientenbericht auch ein Bericht in **patientenverständlicher Sprache** anzufertigen. Dies erleichtert nicht nur die umfassende Information der Patient*innen, sondern führt außerdem zu einer Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz und befähigt sie so zur Teilhabe an Diagnose-, Therapie- und Rehabilitationsprozessen.

A large, stylized number '3' is rendered in a light teal color, serving as a background graphic for the page. It is positioned on the right side, extending from the top to the bottom of the page.

VORGABEN UND INITIATIVEN ZUR VERBESSERUNG DER ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION

3. VORGABEN UND INITIATIVEN ZUR VERBESSERUNG DER ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION

3.1 Medizinische Ausbildung

Internationale Vorgaben für die Ausbildung

Auch **international** wird die Integration von **Lehr- und Prüfinhalten zu kommunikativen Kompetenzen** intensiv gefördert. In **Großbritannien** hat das General Medical Council in 2009 „Tomorrow’s Doctors“ und in 2018 in „Outcomes for graduates“ die zu erlernenden Fertigkeiten und Fähigkeiten von Absolvierenden der Medizin definiert. Kommunikative Kompetenzen sollen sowohl für den Umgang mit Patient*innen sowie deren Angehörigen als auch für die Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams erworben werden [35]. In den **USA und in Kanada** werden medizinische Studiengänge durch das Liaison Committee on Medical Education (LCME) akkreditiert. In den Akkreditierungsstandards sind unter 7. „Curricular Content“ auch Unterrichtsinhalte zur Entwicklung kommunikativer Kompetenzen enthalten [36]. In den Niederlanden wurde bereits 2003 die Modernisierung der medizinischen Ausbildung basierend auf dem CanMEDS-Modell (Canadian Medical Education Directives for Specialists) vorangetrieben. Im Zuge dessen wurden spezifisch für die Niederlande sieben Rollen definiert – Kommunikation steht hierbei an zweiter Stelle [37].

Die CanMEDS-Rollen [38]:

- a) Medical Expert
- b) Communicator
- c) Collaborator
- d) Manager
- e) Health Advocate
- f) Scholar
- g) Professional

Kommunikationsunterricht sollte Studierende auf typische herausfordernde Situationen im ärztlichen Alltag vorbereiten. International zeigen sich jedoch **große Unterschiede** in der Verfügbarkeit solcher Trainings. Eine große europäische Studie zeigt, dass es z. B. in **Estland, Lettland, Litauen, Italien und Frankreich** keine

universitären Kurse zum Thema Kommunikation gibt. In **Polen** bieten nur einige wenige Universitäten Kommunikationstrainings an, was hauptsächlich auf fehlendes Lehrpersonal zurückgeführt werden kann. Auch **Österreich, Finnland, Frankreich, Zypern, Griechenland, Norwegen,**

Tschechien, Schweden, Dänemark und die Niederlande bieten nur wenige Kurse an. Diese sind zum Teil nur für Studierende oder auch nur für Absolvent*innen zugänglich, was die Aus- und Weiterbildung von (angehenden) Ärzt*innen im Bereich der Kommunikation zusätzlich erschweren kann. Anders hingegen sieht es in **Belgien und Irland** aus: Hier sind Kommunikationstrainings fester Bestandteil der universitären Ausbildung. Auch in **Großbritannien** bieten die medizinischen Fakultäten mit insgesamt 28 Kursen für Studierende und 11 Kursen für Ärzt*innen in der Weiterbildung vergleichsweise viele Kommunikationstrainings an [37]. Dabei soll insbesondere Patientenorientierung und die Beteiligung von Patient*innen gestärkt werden [39].

Nationale Vorgaben für die Ausbildung

Ärztliche Gesprächsführung wurde in Deutschland mit der **Ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte** im Jahr 2012 ausdrücklich als Gegenstand der abschließenden Staatsexamensprüfung aufgenommen [40]. Die Lehre und Prüfung der Arzt-Patienten-Kommunikation wurde dadurch im Rahmen der medizinischen Ausbildung verpflichtend.

Hieran knüpfte im Jahre 2015 der erste **Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog (NKLM)** an, der in Zusammenarbeit einer Arbeitsgruppe des Medizinischen Fakultätentages (MFT), der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA), der Fachgesellschaften, der Bundesärztekammer sowie der Bundesvereinigung der Medizinstudierenden Deutschlands (bvmd) entwickelt wurde [41]. Der NKLM enthält die im Laufe des Studiums zu erwerbenden Kompetenzen. Zentral für die Stärkung kommunikativer Kompetenzen in den fakultären Curricula sind die **Kapitel 7 „Die Ärztin und der Arzt als Kommunikator“ und Kapitel 14c „Ärztliche Gesprächsführung“**. Diese umfassen die Lernziele zur Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung und professionellen Gesprächsführung [42].

Als wichtiger Meilenstein hin zu einer kompetenzorientierten medizinischen Ausbildung wurde der **Masterplan Medizinstudium 2020** von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Bundesforschungsministerin Professorin Johanna Wanka sowie Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheits- und der Kultusministerkonferenz der Länder und der Koalitionsfraktionen des Deutschen Bundestages im Jahr **2017 beschlossen** [1,43]. Der Masterplan

sieht u. a. eine stärkere Berücksichtigung des **Arzt-Patienten-Gesprächs in der medizinischen Ausbildung** vor, um so frühzeitig den Aufbau vertrauensvoller **Arzt-Patienten-Beziehungen** zu erlernen. Damit soll eine Steigerung des **Wohlbefindens** der Patient*innen sowie des **Behandlungserfolgs** in der Versorgung einhergehen. Außerdem wird ein Augenmerk auf die Befähigung zum **wissenschaftlichen Arbeiten** gelegt, um **lebenslanges Lernen** zu fördern [43].

Dies wird in **Maßnahme <8>** des Masterplans Medizinstudium 2020 verdeutlicht: Der Erwerb **kommunikativer Kompetenzen** in der ärztlichen Ausbildung und als Inhalt der **abschließenden Staatsprüfung** wird seitens der Politik unterstützt und die Umsetzung des nationalen **longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation** ausdrücklich empfohlen [1,44].

Das IMPP folgte den Empfehlungen der Politik im Zuge der Überarbeitung der **sogenannten Gegenstandskataloge (GK)**. Hierbei handelt es sich um Kataloge des IMPP, die den Prüflingen verdeutlichen, welche **Kenntnisse und Fertigkeiten in den Staatsexamensprüfungen** erwartet werden. Die Definition der möglichen Prüfungsgegenstände im GK sowie die Erstellung von Prüfungsaufgaben anhand des GK zählen zu den gesetzlich definierten Aufgaben des IMPP [45]. Die Gegenstandskataloge werden vom IMPP in Zusammenarbeit mit Sachverständigen, Fachexpert*innen und Fakultäten erstellt, sorgfältig geprüft und regelmäßig aktualisiert.

Im Rahmen der **gemeinsamen Weiterentwicklung des NKLM und des kompetenzorientierten Gegenstandskatalogs des IMPP** wurden **konkrete Lernziele** zum Erwerb und zur Überprüfung kommunikativer Kompetenzen für die medizinischen Curricula und die Staatsprüfungen formuliert [41,46].

Mit der Veröffentlichung des **ersten kompetenzorientierten Gegenstandskatalogs des IMPP im Dezember 2020** ist ein wichtiger **Schritt in der Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020** erfolgt. Aufgrund der gemeinsamen Weiterentwicklung des GK und NKLM sind Lehrinhalte und Prüfungen nun gemäß **Constructive Alignment** aufeinander abgestimmt [47]. Zudem wurden ein Menschenbild und ein Absolventenprofil mit den Arztrollen sowie den anvertraubaren ärztlichen Tätigkeiten (entrustable professional

activities/EPA), die von Absolvent*innen selbstständig durchgeführt werden können, in die Kataloge integriert [47,48]. Das Absolventenprofil bildet somit diejenigen ärztlichen Tätigkeiten ab, die bereits am ersten Arbeitstag von Berufsanfänger*innen selbstständig durchgeführt werden können sollen. Damit bildet es die Grundlage für die neuen abschließenden Staatsexamensprüfungen (s. Kapitel 3).

Mit der **Novellierung der Approbationsordnung** wird der systematische und strukturierte Erwerb kommunikativer Kompetenzen bereits während der medizinischen Ausbildung gefördert. Laut dem Referentenentwurf für die neue ärztliche Approbationsordnung ist die **verständliche und empathische Kommunikation mit Patient*innen** ein zentraler Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit, die auch künftig weiter an Bedeutung gewinnen wird. Daher sollen Kommunikationskompetenzen bereits möglichst früh im Studium erworben und weiterentwickelt werden [2].

Doch wie wird Kommunikation aktuell in Medizinstudium gelehrt? In Deutschland ist Kommunikation mittlerweile an den Medizinischen Fakultäten ein **selbstverständlicher Bestandteil der Lehre**. Neben der fest verankerten Kommunikationsausbildung im Rahmen des Medizinstudiums existiert eine Vielzahl weiterer Angebote, die sich mit ausgewählten Teilbereichen der Kommunikation, wie Empathie, laienverständliche Sprache, dem Überbringen schlechter Nachrichten oder der Kommunikation am Lebensende beschäftigen [49].

Jedoch bestehen zwischen den Fakultäten **deutliche Abweichungen im Umfang und in den Methoden**: So gibt es bereits einige Initiativen, die partizipative Entscheidungsfindung in der Ausbildung fördern. Eine **Befragung** von insgesamt **24 medizinischen Fakultäten** in Deutschland im Februar 2011 ergab, dass **partizipative Entscheidungsfindung an 67% der teilnehmenden Fakultäten curricular verankert** war. Durchschnittlich wurde das Thema drei bis vier Stunden pro Semester gelehrt und von den Befragten mit einer Wichtigkeit von 5,3 von insgesamt 10 bewertet. Im Vergleich hierzu lag die durchschnittliche Wichtigkeit der partizipativen Entscheidungsfindung aus Sicht der Fakultäten im Jahr 2006 noch bei 4,4, was auf eine **Steigerung der Relevanz des Themas** an den Universitäten hindeutet [50].

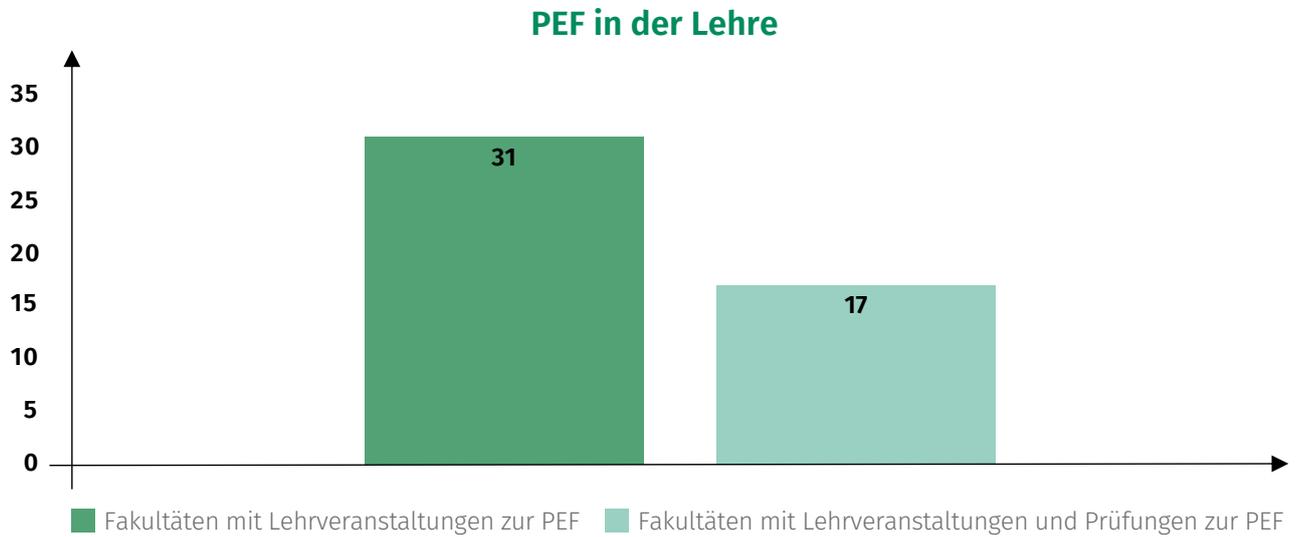


Abbildung 5: Auswertung der Daten aus dem LongKomm-Projekt: Häufigkeit der Lernziele zur partizipativen Entscheidungsfindung in Lehre und Prüfungen

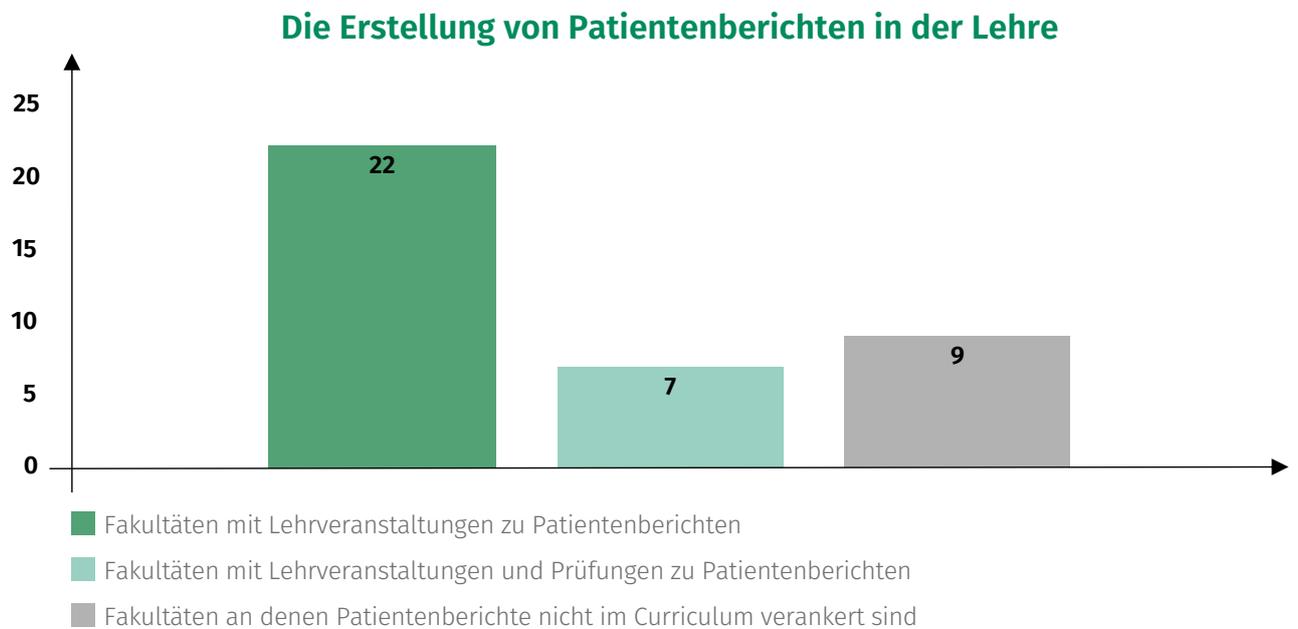


Abbildung 6: Auswertung der Daten aus dem LongKomm-Projekt: Häufigkeit der Lernziele zur Erstellung von Patientenberichten in Lehre und Prüfungen

Betrachtet man jedoch die Überprüfungen studentischer Kommunikationskompetenzen wird deutlich: Kommunikation wird meist zu spät und häufig nur schriftlich geprüft. Eine standardisierte Form fehlt [51].

Wichtige Erkenntnisse zum Stand des Kommunikationsunterrichts an den medizinischen Fakultäten konnten im Longkomm-Projekt gewonnen werden. In diesem Projekt wurde das **„Nationale longitudinale Mustercurriculum Kommunikation“** gemeinsam mit über 500 Vertreter*innen aller medizinischer Fakultäten zur Unterstützung der Integration von Lernzielen zur Kommunikation in Lehre und Prüfungen entwickelt [52].

Eine im Rahmen des „Longkomm-Projekts“ durchgeführte Befragung an **31 medizinischen Fakultäten** zum Ist-Stand der **Lehre und Prüfung kommunikativer Kompetenzen (anhand der NKLM-Lernziele zur ärztlichen Gesprächsführung)** im Zeitraum von Juli 2013 bis März 2015 [53] zeigte, dass an den deutschen medizinischen Fakultäten im Durchschnitt **ca. 20 Lehrveranstaltungen sowie ca. fünf Prüfungen mit kommunikationsbezogenen Inhalten** stattfinden. Betrachtet man allerdings die **Bandbreite** der Werte, so variieren die Angaben zur Anzahl der Lehrveranstaltungen zwischen 5 und 91 sowie die Anzahl der Prüfungen zwischen 0 und 15 [54]. **Kommunikation wurde also eher selten geprüft.**

Die detaillierte Auswertung der Longkomm-Daten zeigt die Defizite des Kommunikationsunterrichts für Medizinstudierende in Deutschland: Obgleich, wie oben eingangs erläutert, alle Fakultäten kommunikative Inhalte in ihren Curricula integriert haben, werden diese an 32% der im Longkomm-Projekt befragten Fakultäten entweder nur praktisch oder nur schriftlich geprüft. Weiterhin wurden Lücken im Bereich praktischer Prüfformate festgestellt, z. B. das Fehlen von OSCEs, die zur standardisierten Messung kommunikativer Kompetenzen besonders geeignet sind [55].

Dies bedeutet, dass eine einheitliche und praxisnahe Feststellung kommunikativer Kompetenzen bei Studierenden bislang noch nicht erfolgt. Zudem zeigten die Ergebnisse, dass einige NKLM-Lernziele zur ärztlichen Gesprächsführung nur selten bzw. gar nicht geprüft werden [54], was weitere Lücken im Kommunikationstraining für Studierende bedeutet.

Wie Abbildung 5 zeigt, war die **partizipative Entscheidungsfindung** explizit oder implizit curricularer **Inhalt an allen befragten Fakultäten**. Jedoch wurden studentische Kompetenzen in der PEF nur an rund **55% befragten Fakultäten (17) auch überprüft.**

Während Lehrveranstaltungen zur PEF an allen teilnehmenden Fakultäten vorhanden waren, war die **Erstellung von Patientenberichten an neun der befragten Fakultäten** (entspricht knapp 30%) **noch nicht in der Lehre verankert** (siehe Abbildung 6). Eine **Überprüfung** der von Studierenden verfassten Patientenberichte fand nur an **sieben der befragten Fakultäten (entspricht rund 22%)** statt.

Die Daten zeigen somit einerseits eine zwischen den Fakultäten **ungleiche Verteilung der Lernziele sowohl in der Lehre als auch bei den fakultären Prüfungen**. Andererseits wurde deutlich, dass die Themen „Partizipative Entscheidungsfindung“ und „Erstellung von Patientenberichten“ bislang im Studium der Humanmedizin **an einigen Standorten insgesamt eine eher untergeordnete Rolle** spielen.

Im Rahmen eines Projektes am IMPP wurde das **Mustercurriculum Kommunikation** in der Medizin an vier medizinischen Fakultäten in Deutschland implementiert.

Dieser Implementierungsprozess wurde begleitet und evaluiert und hieraus Strategien für die Implementierung an den Fakultäten entwickelt [44], sodass unter anderem die Themenkomplexe „partizipative Entscheidungsfindung“ und „schriftliche Dokumentation“ deutschlandweit gelehrt und geprüft werden. Der Leitfaden soll die Fakultäten bei der Implementierung von Lehre und Prüfungen im Bereich der Kommunikation unterstützen.

3.2 Versorgung

Internationale Vorgaben für die Versorgung

Eine Studie internationaler Forscher erfragt in einem Abstand von fünf Jahren regelmäßig Entwicklungen zur Unterstützung und **Implementierung des Themas „partizipative Entscheidungsfindung“ in die Gesundheitssysteme teilnehmender Länder**. 2017 konnte hierbei festgestellt werden, dass die partizipative Entscheidungsfindung in vielen Ländern bereits durch politische Initiativen oder Gesetze gestärkt wird. Dies trifft beispielsweise auf **Aust-**

ralien, Israel, Norwegen, die USA und Großbritannien zu. Die Integration des Themas in die medizinische Aus- und Weiterbildung schreitet unter anderem in **Deutschland und der Schweiz** voran. Einige weitere Länder, wie **Argentinien, Chile, Spanien, Iran, Frankreich und Italien** stärken die Patientenorientierung, -autonomie, -beteiligung sowie Patientenrechte. Die Implementierung von partizipativer Entscheidungsfindung in der Versorgung steht hier jedoch noch am Anfang [56].

Nationale Vorgaben für die Versorgung

Die patientenverständliche Information und umfassende Aufklärung von Patient*innen ist essentiell zur Ausübung der Selbstbestimmungsrechte der Patient*innen und seit 2013 im **Patientenrechtegesetz** verankert. Ärzt*innen haben die Aufgabe, sich sprachlich auf Patient*innen einzustellen. Es soll explizit kein Fachjargon verwendet werden [22].

Nach dem einstimmigen Beschluss der **91. Gesundheitsministerkonferenz 2018** wird die Einbeziehung von Patient*innen in sie betreffende Fragen und Entscheidungen der gesundheitlichen Versorgung als ein grundlegendes Element einer zukunftsweisenden Gesundheitspolitik definiert. Um dies zu erreichen, sollte die Kommunikationskompetenz der im Gesundheitssystem Tätigen gestärkt und diese Anforderungen in den Ausbildungs- und Studiencurricula verankert werden.

3.3 Förderung klinischer und partizipativer Entscheidungsfindung

International

Die **Choosing-wisely-Initiative**, 2012 in den USA durch die ABIM Foundation (American Board of Internal Medicine) gegründet, hat das Ziel, **Übersorgung zu vermeiden** und Patient*innen zu befähigen, Untersuchungs- und Behandlungsoptionen zu wählen, die

- evidenzbasiert sind,
- nicht bereits durchgeführt wurden,
- ungefährlich sind,
- absolut notwendig sind.

Mithilfe von Listen, die von partizipierenden **Fachgesellschaften** erarbeitet werden, erhalten Patient*innen einen Überblick über **Tests und Prozeduren, die häufig unnötig und in manchen Fällen sogar schädlich sein können**. Zudem stellt die Initiative **patientenfreundliche Informationsmaterialien** bereit, um die Arzt-Patienten-Kommunikation zu unterstützen [57].

2014 wurde **Choosing Wisely Canada** gemeinsam mit der University of Toronto, der Canadian Medical Association und dem St. Michaels Hospital (Toronto) ins Leben gerufen [58]. Im Rahmen der Kampagne „More is not always better“ wurden Ärzt*innen zum Thema Überversorgung befragt. **64 %** gaben an, dass **Wünsche von Patient*innen stärker zu Überversorgung beitragen** als die Entscheidungen von Mediziner*innen. Daher hat die Kampagne zum Ziel, Patient*innen besser über die **Notwendigkeit medizinischer Untersuchungen und Behandlungen** aufzuklären und sie zu ermutigen, mit ihren Ärzt*innen über unnötige Leistungen zu sprechen [59].

Eine zweite Kampagne von Choosing Wisely Canada **„Students and Trainees Advocating for Resource Stewardship (STARS)“** fördert die Integration von ärztlicher Gesprächsführung zu Überversorgung, Ressourcenmanagement und Gesundheitskosten in die medizinische Lehre. Seit 2015, beginnend in Kanada, hat sich diese von Studierenden geführte Choosing-wisely-Initiative rasch weltweit verbreitet [60,61].

National

In Deutschland wurden im Jahr 2018 **11,7% des Bruttoinlandsproduktes für die Gesundheit** ausgegeben (EU Durchschnitt = 9,8%). Als ein Grund für die hohen Kosten gelten unnötige medizinische Leistungen [62]. Aus dem OECD-Bericht zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung in Deutschland aus dem Jahr 2019 geht hervor, dass die **Anzahl der Ärzt*innen mit 4,3 sowie der Krankenpflegekräfte mit 12,0 pro 1.000 Einwohner deutlicher höher ist als im EU-Durchschnitt** (3,6 Ärzt*innen sowie 8,5 Krankenpflegekräfte). Ein Anstieg des ärztlichen bei einem gleichzeitigen Rückgang des pflegerischen Personals ließ sich vor allem mit der Einführung eines Vergütungssystems der diagnosebezogenen Fallpauschalen beobachten. Hinzu kommt eine **außergewöhnlich hohe Anzahl an Krankenhausbetten in Deutschland** (8 pro 1.000 Einwohner) im Vergleich zum EU-Durchschnitt (6 pro 1.000 Einwohner).

Dies führt dazu, dass trotz der vergleichsweise hohen Zahl an Gesundheitspersonal relativ wenige Ärzt*innen sowie Krankenpflegekräfte pro Bett verfügbar sind. Obgleich die **Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Deutschland sowohl für den stationären als auch den ambulanten Sektor deutlich über dem EU-Durchschnitt liegt** (z. B. 257 Entlassungen aus dem Krankenhaus in Deutschland gegenüber 172 Entlassungen aus dem Krankenhaus im EU-Durchschnitt je 100.000 Einwohner), liegen die **Raten vermeidbarer und behandelbarer Todesursachen in Deutschland nur leicht unter dem EU-Durchschnitt** und sind im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern sogar höher. Dies zeigt sich auch in der Lebenserwartung (Deutschland: 81,1 Jahre, Spanien: 83,4 Jahre) [63].

Höhere Gesundheitsausgaben führen somit also nicht automatisch auch zu einer besseren Gesundheit der Gesamtbevölkerung. Zu viele oder falsch eingesetzte Medikamente, nicht behandlungsrelevante Diagnostik, überflüssige Operationen und riskante Therapien verursachen nicht nur hohe Kosten, sondern können auch zu einer **Verunsicherung oder gar Gefährdung von Patient*innen** führen. Vielmehr geht es darum, abzuwägen, welche **medizinischen Leistungen tatsächlich erforderlich und hilfreich** sind. Mehr „**Choosing Wisely**“ kann dazu beitragen, Überversorgung zu vermeiden [64]. Mit der **Qualitätsoffensive „Gemeinsam Klug Entscheiden“** haben in Deutschland die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften unter dem Dach der **AWMF** (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) im Jahr **2015** an die Choosing-wisely-Initiative angeknüpft. Unter **Beteiligung von Patientenvertretungen werden konsensual Empfehlungen auf Grundlage multidisziplinär und formal konsentierter, evidenzbasierter S3-Leitlinien** sowie bei Bedarf unter Hinzuziehung weiterer Quellen veröffentlicht. „Gemeinsam Klug Entscheiden“ stellt Patient*innen mit ihren Erkrankungen in den Mittelpunkt und unterstützt die Professionalisierung von Ärzt*innen sowie die Befähigung von Patient*innen zur partizipativen Entscheidungsfindung. Die **wissenschaftlich und ethisch begründete Entscheidungsfindung** gilt hierbei als Antwort auf eine zunehmend marktwirtschaftliche Orientierung des Gesundheitssystems [65]. Einerseits geht es darum, Patient*innen aber auch Ärzt*innen den **Mut zu geben, etwas nicht zu tun**. Gleichzeitig will „Gemeinsam Klug ent-

scheiden“ aber auch **medizinische Leistungen identifizieren, die stärker in Anspruch genommen werden sollten** sowie Themen wie die Arzt-Patienten-Kommunikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit stärker in den Fokus rücken [66].

Auch die **deutsche Krebsgesellschaft** hat Konzepte entwickelt, um mit einem leitlinienkonformen therapeutischen, in interdisziplinären Tumorkonferenzen abgestimmten Vorgehen eine optimale Therapie zu gewährleisten und Überversorgung zu vermeiden [67]. **Regelmäßige Audits der zertifizierten onkologischen Zentren garantieren die Einhaltung von Qualitätsindikatoren, die zum Teil gezielt Übertherapien vermeiden sollen.**

Ausreichend Zeit für Aufklärung und Gespräche gilt als eine der besten Maßnahmen zur Vermeidung überflüssiger Tests und Behandlungen [68]. Daher sollte angehenden Ärzt*innen das Konzept des Choosing Wisely schon in der **Ausbildung** nähergebracht werden, um hierfür ein Bewusstsein zu schaffen. Hierzu fand in Deutschland vom **20. – 21. Februar 2020 erstmals das Vertiefungsmodul „Entscheidungsfindung und Überbringen schlechter Nachrichten“** im Rahmen des Qualifizierungsprogramms „Kommunikationstraining für studentische Tutorinnen und Tutoren in den Heil- und Gesundheitsberufen“ in **Mainz am IMPP** statt.

Doch wie kann diese Thematik auch flächendeckend in die Ausbildung integriert werden? Um der Problematik der Überversorgung bereits frühzeitig in der medizinischen Ausbildung zu begegnen, fordert der **Masterplan Medizinstudium 2020** die Stärkung **wissenschaftlichen Arbeitens** in der medizinischen Ausbildung, um Patient*innen eine Behandlung nach dem **aktuellen Stand der medizinischen Forschung** zu bieten. Einen zentralen Stellenwert soll außerdem die **Arzt-Patienten-Kommunikation** erhalten, die laut Masterplan **„maßgeblich die Arzt-Patienten-Beziehung, den Behandlungserfolg und das Wohlbefinden der Patient*innen beeinflusst“** [1].

Im **Referentenentwurf der neuen Approbationsordnung** von November 2020 werden die Ziele der ärztlichen Ausbildung daher unter anderem explizit um die **„Nutzung von Daten in Forschung und Versorgung einschließlich**

der wissenschaftlichen Methodik, der ethischen Aspekte sowie der datenschutzrechtlichen Grundlagen“, „**die Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung, der Aufklärung des Patienten oder der Patientin und der Beachtung des Patientenwillens“** sowie „**die wissenschaftlichen Methoden der Medizin“** ergänzt [2].

Mit der Integration „neuerer Themen“ wie **Patientensicherheit, Kommunikation, Digitalisierung und Interprofessionalität in den kompetenzorientierten Gegenstandskatalog** [47], fördert das IMPP diese für eine **patientenorientierte Versorgung** wichtigen Kompetenzen in der medizinischen Ausbildung. Doch nicht nur die **Inhalte der Staatsexamenprüfungen** wurden unter dem Aspekt der Kompetenzorientierung weiterentwickelt. Auch die im Referentenentwurf vorgesehenen **Prüfungsformate** sehen für die künftigen medizinischen Staatsexamina neben schriftlichen auch mündlich-praktische Prüfungen vor (s. Kapitel 4). Die im **Referentenentwurf** formulierte „praxisnahe Mediziner-ausbildung“ macht neben der inhaltlichen Verknüpfung von klinischen und theoretischen Lehrinhalten auch „**die Umgestaltung der Prüfungen und die Einführung neuer, moderner Prüfungsformate**“ erforderlich [2].

The background is a solid teal color. Overlaid on this are several large, semi-transparent geometric shapes in various shades of green and teal. These shapes include a large parallelogram tilted to the right, a trapezoid, and several rectangular blocks of varying sizes and orientations, some overlapping each other. The overall composition is abstract and modern.

**PATIENTENORIENTIERT LERNEN,
PRÜFEN, HANDELN – ES WIRD GELEHRT,
WAS GEPRÜFT WIRD!**

4. PATIENTENORIENTIERT LERNEN, PRÜFEN, HANDELN – ES WIRD GELERNT, WAS GEPRÜFT WIRD!

Der Referentenentwurf der Ärztlichen Approbationsordnung aus dem Jahr 2020 sieht eine **Neugestaltung der Ärztlichen Abschlussprüfungen** vor (siehe Abbildung 7). Hierbei ist nach dem zweiten Studienjahr eine schriftliche Prüfung und nach dem dritten Studienjahr eine mündlich-praktische Prüfung, die gemeinsam das M1-STEX abbilden, vorgesehen. Nach dem fünften Studienjahr folgt dann eine erneute schriftliche Überprüfung, das sogenannte M2-STEX. Schließlich, nach dem sechsten Studienjahr, ist das abschließende M3-STEX zu absolvieren. **Zur Überprüfung praktischer Fertigkeiten wurde vom IMPP ein Konzept zur Neugestaltung der Ärztlichen Abschlussprüfungen entwickelt** [48]. Hierbei werden im Sinne des **Programmatic Assessments** (programmatische Prüfung) verschiedene Prüfformate kombiniert: Neben einer „**anwendungsorientierten Parcoursprüfung**“ mit **Simulationspersonen** ist eine **mündlich-praktische Prüfung an realen Patient*innen** in einem **stationären und einem ambulanten Setting** vorgesehen. Durch die Praxisnähe ermöglichen diese neuen Formate über die Faktenebene hinaus eine Überprüfung **kommunikativer, interprofessioneller, wissenschaftlicher und klinisch-praktischer Inhalte sowie den Einbezug der Patientenperspektive** [48].

Die **künftigen arbeitsplatzbasierten Prüfungen orientieren sich an anvertraubaren professionellen Tätigkeiten** (entrustable professional activities, EPA) [4,48,69] und bilden somit das **Anforderungsprofil an Berufsanfänger*innen** ab. Mithilfe der arbeitsplatzbasierten Prüfungen soll sichergestellt werden, dass Absolvent*innen in der **Theorie und der Praxis über erforderliches Wissen und Fertigkeiten** verfügen, um in der Patientenversorgung tätig werden zu können.

Damit auch die konkreten Anliegen der Patient*innen in Ausbildung und Prüfung von Studierenden besser Eingang finden, wurde 2019 ein **Patientenbeirat am IMPP** eingerichtet. Mitglieder dieses Beirats sind Vertreter*innen von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen. Ziel ist die **Identifikation von Maßnahmen zur Verbesserung und Weiterentwicklung der Patientenversorgung im Kontext von Prüfungen** durch die Erweiterung einer patientenbezogenen Perspektive. Hierzu werden die Mitglieder des Patientenbeirates in die Aktivitäten des IMPP eingebunden. Über die Beiratsmitglieder hinaus sollen Vertreter*innen von Patientengruppen benannt werden, die sich bei spezifischen Themen an den IMPP-Aktivitäten beteiligen.

Zeitpunkt der Prüfungen zwischen den Studienjahren (1.–6.) des Medizinstudiums

Nach aktueller ärztlicher Approbationsordnung Stand 2002



Zeitpunkt der Prüfungen zwischen den Studienjahren (1.–6.) des Medizinstudiums (geplant)

Nach Referentenentwurf zur ärztlichen Approbationsordnung Stand 2020



Abbildung 7: Neugestaltung der humanmedizinischen Staatsexamina (Stex) / SMP: strukturierte mündlich-praktische Prüfung

Mit der Kompetenzorientierung der neuen Ärztlichen Abschlussprüfungen soll die **nachhaltige Verbesserung des zukünftigen Gesundheitssystems** aktiv vorangetrieben werden: „**Assessment drives health care**“ [70].

4.1 M3-STEX: Was ist die anwendungsorientierte Parcoursprüfung?

Die anwendungsorientierte Parcoursprüfung besteht aus insgesamt zehn mündlich-praktischen Prüfungsaufgaben nach dem Vorbild von OSCE-Stationen.

Mit einer **OSCE-Prüfung** können spezifische **klinische Situationen** durch den Einsatz von Simulationspersonen in einem **standardisierten, realitätsnahen Setting** geprüft werden. Durch sorgfältige Konstruktion der Stationen ist es möglich, auch **komplexe Aufgaben in jeweils zehn Minuten zu prüfen**, da der Fokus auf kritische Entscheidungsknoten oder die Weitergabe spezifischer Informationen in der Prüfungsaufgabe gelegt werden kann [48].

Prüfungen in Form von OSCE-Stationen ermöglichen die Überprüfung des **theoretischen medizinischen Hintergrundwissens und der ärztlichen Gesprächsführungskompetenzen** der Prüflinge in einem spezifischen, komplexen Kontext zugleich. Beide Aspekte kommen insbesondere beim Prüfen der partizipativen und klinischen Entscheidungsfindung zum Tragen.

Die **am IMPP erarbeiteten Prüfredularien und zentral erstellten Prüfungsaufgaben inkl. der Fallvignetten und Aufgabenstellungen** für die Prüflinge, Rollenskripte für die Simulationspersonen sowie Musterlösungen und Bewertungsbögen für die Prüfenden ermöglichen eine **objektive, deutschlandweit vergleichbare Staatsexamens-Prüfung aller Medizinstudierenden**.

Erstellung von Stationen

Um eine Standardisierung des OSCE-Entwicklungsprozesses zu gewährleisten, wurde am IMPP eine Anleitung zur Erstellung einer OSCE-Station für Autor*innen erarbeitet. Neben den übergeordneten Vorgaben zum Aufbau einer Station beinhaltet diese Anleitung spezifische Hinweise zur Erstellung unter anderem von Bewertungsbögen.

a) Fallvignette und die Aufgabenstellung für Prüflinge

Dies sind die Herzstücke einer OSCE-Station. In der Fallvignette werden alle Aspekte einer Station beschrieben, die für die Prüflinge relevant sind. Der Fokus liegt hierbei auf Inhalten, die für das Verständnis der Aufgabenstellung notwendig sind und das erfolgreiche Absolvieren einer Station ermöglichen. Dazu zählen: Ort, Angaben zum Zeitpunkt, Rolle der Prüflinge, Hintergrundinformationen und Begleitdokumente.

In der Aufgabenstellung finden sich die konkreten Anweisungen für die Prüflinge. Die Aufgaben werden als klare Handlungsanweisung formuliert, sodass sich daraus möglichst eindeutige Prüfziele erschließen (wie zum Beispiel partizipative Entscheidungsfindung).

b) Rollenskript für Simulationspersonen (SP)

Das Rollenskript dient der Vorbereitung der SP und ihrer Trainer*innen auf eine möglichst authentische und stimmige Darstellung von Patient*innen bzw. Angehörigen oder Vertreter*innen anderer Gesundheitsberufe. Zu den Anforderungen an das SP-Rollenskript gehören Darstellungen im Hinblick auf die Prüfungsziele und den Prüfungsfokus zu standardisieren. Dazu sind Informationen erforderlich, die den SP konkrete Hinweise für die Darstellung geben und damit keinen Raum für eigenwillige oder klischeehafte Umsetzungen lassen. Das Rollenskript ist der rote Faden, an dem sich die SP für die Darstellung orientieren. Es sollte folgende Ele-

mente enthalten: Name, Alter, Geschlecht, Situationsbeschreibung, Informationen zur Biographie, Charakter und Auftreten, Anamnese, Handlungsanweisung, ggf. Diagnose, Abläufe beispielsweise der körperlichen Untersuchung oder Camouflage (z. B. das Schminken von Wunden).

c) Instruktion für Prüfende

Ziel ist es, hiermit alle Informationen zu vermitteln, die es Prüfenden ermöglichen, eine gerechte und sichere Prüfung durchzuführen. Die Instruktion für Prüfende soll die Möglichkeit bieten, auch kurzfristig einen Überblick über das Thema und die Aufgabe der Station zu erhalten und informiert deshalb über alle Aspekte der Station, die relevant für den Ablauf und die Bewertung sind. Dazu gehören die festgelegten Prüfziele, die vollständige Fallvignette, die Aufgabenstellung sowie für Prüfende relevante Auszüge aus dem SP-Rollenskript, insbesondere Handlungsanweisungen, und wichtige Hintergrundinformationen sowie Erwartungen an die Prüflinge.

d) Bewertungsbogen inkl. Musterlösung

Der **Bewertungsbogen** ist die zentrale Orientierungshilfe für Prüfende. Ein übersichtlicher Bewertungsbogen zeigt den Prüfenden sofort, auf was es in dieser Station ankommt. Die Untergliederung in drei bis sechs gewichtete Lösungsabschnitte lässt auf einen Blick den Fokus der Station erkennen. Bezeichnung und Inhalte der Lösungsabschnitte werden von den Autor*innen festgelegt. Lösungsabschnitte entsprechen nicht zwangsläufig den (Teil-)Aufgaben der Station, sondern bilden inhaltliche Einheiten, die sinnvollerweise gemeinsam beurteilt werden. Zu jedem Lösungsabschnitt wird eine **Musterlösung** auf dem Bewertungsbogen formuliert. Musterlösungen enthalten die konkreten Erwartungen an Prüflinge und entsprechen der optimalen Bearbeitung des jeweiligen Lösungsabschnitts.

Die **Struktur jedes Lösungsabschnittes** bildet die erwünschte Leistung der Prüflinge – soweit dies möglich ist – chronologisch bzw. anhand des Handlungsablaufs logisch ab. Die Kriterien werden so gewählt und formuliert, dass Prüfende ausschließlich auf dieser Basis zu einer klinischen Einschätzung der Leistung kommen können.

In Stationen, die kommunikative Elemente (z. B. das Gespräch mit Simulationspersonen) enthalten, wird der **Lösungsabschnitt „Beziehungsaufbau“ „Kommunikationsstil“ und „Gesprächsstruktur“** unabhängig von konkreten Aufgabenstellungen im Bewertungsbogen aufgeführt. Dieser Abschnitt umfasst grundsätzliche Aspekte von Kommunikation, die immer beachtet werden sollten und kann stationsabhängig ergänzt werden.

e) Auflistung mit benötigten Simulationspersonen, der sächlichen und räumlichen Ausstattung

Abschließend wird eine **detaillierte Liste mit allen Simulationspersonen sowie Materialien und Gegenständen** angefertigt, die im Voraus besorgt und für die Durchführung der Prüfung zur Verfügung gestellt werden müssen.

Ein standardisiertes Setting bedarf auch einer genauen Beschreibung des **räumlichen und materiellen Aufbaus**, der die konkrete Anordnung von Mobiliar, Gegenständen sowie die Positionen von SP, Prüfenden und Prüflingen regelt. Auch wenn je nach räumlichen Gegebenheiten des Prüfungsortes geringe Abweichungen möglich sind, wird eine Skizze zur Orientierung angefertigt.

4.2 M3-STEX: Was ist die Prüfung am Patienten oder an der Patientin?

Bei der Prüfung am Patienten oder an der Patientin handelt sich um eine **arbeitsplatzbasierte Prüfung an realen Patient*innen** auf einer chirurgischen oder internistischen Station sowie in einem ambulanten Setting der Allgemeinmedizin. Die Prüfung beinhaltet acht Schritte (siehe Abbildung 8). Es werden die **ärztlichen Basiskompetenzen** erfasst, wobei fachliche und kommunikationsbezogene Aspekte integriert geprüft werden.

Ablauf der mündlich-praktischen Prüfung am Patienten oder an der Patientin

Die Prüfung beginnt mit einer vollständigen **Anamnese (1) und der körperlichen Untersuchung (2)** eines*r Patienten*in, unter der Aufsicht von zwei Prüfenden. Hierfür stehen den Studierenden circa 60 Minuten zur Verfügung, so dass der Fall komplett erfasst werden kann.

Die erhobenen Informationen werden **strukturiert an die Prüfenden übergeben (3)**.

Neugestaltung der mündlich-praktischen Prüfung M3

Prüfung an der Patientin oder am Patienten

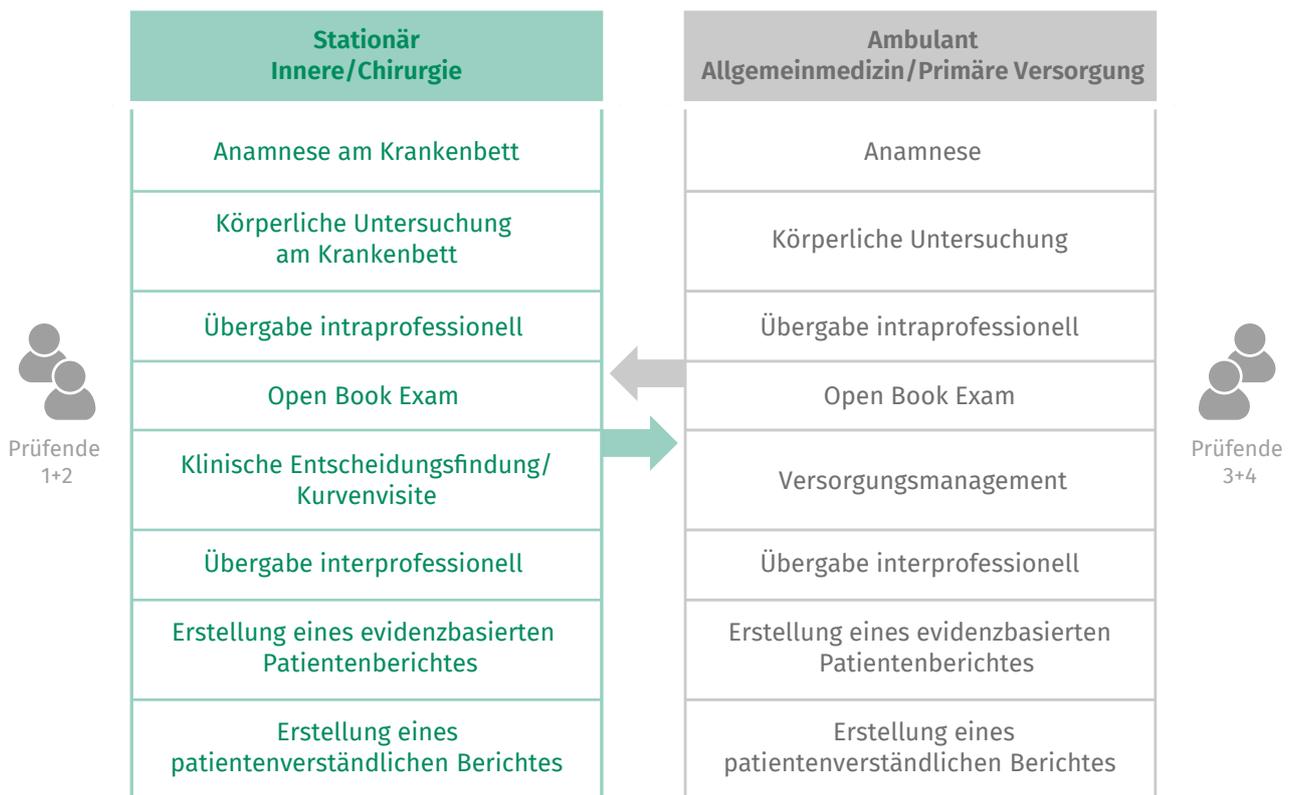


Abbildung 8: Neugestaltung der mündlich-praktischen Prüfung M3 – Prüfung an der Patientin oder am Patienten



Abbildung 9: Beispiel für die wissenschaftliche Recherche im Open Book Exam

Anschließend beantworten die Studierenden eine auf den*die Patient*in bezogene, konkrete Fragestellung nach dem **PICO-Schema (4)** (Patient Population – Intervention – Comparison – Outcome) unter Durchführung einer wissenschaftlichen Literaturrecherche (**Open Book Exam**) und füllen im stationären Setting eine standardisierte Patientenkurve (**5**) aus. Im ambulanten Setting wird dagegen das weitere **sektorenübergreifende Versorgungsmanagement** geplant. Die Patientenkurve bzw. das Versorgungsmanagement wird den Prüfenden präsentiert und dient der Reflexion klinischer Entscheidungen. Zur **systematischen Literaturrecherche der wissenschaftlichen, externen Evidenz** wird den Prüflingen ein Computerarbeitsplatz mit Internetzugang zur Verfügung gestellt.

Im Rahmen des **Open Book Exam** wird eine **klinische Fragestellung** erörtert, deren Beantwortung auch in den **evidenzbasierten Patientenbericht** integriert werden sollte. Dabei sollte die gefundene wissenschaftliche Evidenz im Sinne der evidenzbasierten Medizin auch in Anbetracht des **konkreten klinischen Falles und unter Berücksichtigung der individuellen Patientenpräferenz** diskutiert werden.

Anschließend erfolgt zur Demonstration der **interprofessionellen Kompetenzen** eine Patientenübergabe an das Fachpersonal aus dem interprofessionellen Behandlungsteam (**6**).

Zum Abschluss erstellen die Studierenden den **evidenzbasierten Patientenbericht (7)**. Dieser soll alle **wesentlichen Aspekte sowie Befunde aus der durchgeführten Anamnese und der körperlichen Untersuchung** enthalten. Der bisherige Krankheitsverlauf, inkl. diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie Befunden, die zur Diagnose geführt haben, wird zusammengefasst und diskutiert. Diskrepante Befunde sollten beispielsweise bewertet und ggf. abgewogen werden [48]. Abschließend werden **konkrete Empfehlungen zur weiteren Versorgung, Therapie bzw. zum Prozedere für die Weiterbehandlung** festgehalten. Zur Erstellung des **evidenzbasierten Patientenberichtes** erhalten die Prüflinge eine standardisierte **Vorlage für die stationäre bzw. die ambulante Prüfung** (siehe Abbildungen 16 und 17).

Zudem erstellen die Studierenden einen für Patient*innen verständlichen Bericht (8). Dieser Bericht für Patient*innen enthält alle wichtigen Informationen zum Krankenhausaufenthalt oder Konsultationsanlass ohne medizinisches Fachvokabular zu verwenden. Er dient somit **zur Information der Behandelten** selbst. Für die Erstellung beider Berichte stehen den Prüflingen 120 Minuten zur Verfügung. Bei der Erstellung eines evidenzbasierten Patientenberichtes sowie der Übertragung in einen Patientenbericht in eine für Patientinnen und Patienten verständliche Sprache erfolgt eine Überprüfung der schriftlichen Kommunikationskompetenz. Auch zur **Erstellung der patientenverständlichen Patientenberichte** erhalten die Prüflinge standardisierte Vorlagen.

Die Performanz der Studierenden während aller acht Schritte wird von jeweils zwei Prüfenden beobachtet und anhand standardisierter Bewertungsbögen bewertet [71,72].

5. PROJEKTERGEBNISSE

5.1 Partizipative Entscheidungsfindung in OSCE-Stationen prüfen

Erstellung von OSCE-Stationen zur PEF

Für die Erstellung der OSCE-Stationen zur klinischen und partizipativen Entscheidungsfindung wurden **spezifische präferenzsensible Situationen** ausgewählt. Diese lassen sich in die vier Kontexte „**Prävention**“, wie beispielsweise eine Gripeschutzimpfung, „**Diagnostik**“ wie bildgebende Diagnostik bei Rückenschmerzen, „**Therapie**“ wie die Implantation einer Knieendoprothese und in „**ärztliche Unterstützung bei sensiblen Entscheidungen**“ wie beispielsweise die Beratung bei der Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch unterteilen.

Die Auswahl und konkrete Definition dieser Situationen erfolgte nach einer ausführlichen **Literaturrecherche** und basierend auf den **AWMF-Leitlinien** (insbesondere S3-Leitlinien [73]), den **nationalen Versorgungsleitlinien** des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin [74], den **Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts, des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen** (IQWiG: gesundheitsinformation.de), **Optiongrids** sowie **aktueller Forschungsliteratur** und wurde intensiv mit den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats des Projektes diskutiert. Basierend auf diesen Informationen wurden **20 OSCE-Stationen am IMPP** erarbeitet.

Im **September 2018** wurde eine beispielhafte OSCE-Station zur „**Brustkrebsfrüherkennung**“ bei einem **Workshop auf der GMA-Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung** erprobt und mit den teilnehmenden Ärzt*innen unterschiedlicher Fachdisziplinen aus dem deutschsprachigen Raum überarbeitet [75].

Testung der OSCE-Stationen zur PEF

Die Stationen wurden im Rahmen des Vertiefungsmoduls „Prüfungen“ des Qualifizierungsprogrammes „**Studentische/r Kommunikationstrainer/in**“ im **Juli 2018 und Juli 2019 in Heidelberg** sowie im Rahmen des Vertiefungsmoduls „**Breaking-bad-News & partizipative Entscheidungsfindung**“ im **Februar 2020 in Mainz** getestet und basierend auf dem Feedback der teilnehmenden Studierenden und prüferfahrenden Ärzt*innen aus dem Studienprogramm Master of Medical Education (MME) überarbeitet. Die **Pilotierung im Juli 2019 in Heidelberg fand mit Vertreter*innen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)** statt.

Die Überarbeitung der OSCE-Stationen erfolgte in einem mehrstufigen Review-Verfahren anhand standardisierter Review-Checklisten.

Die Testung und Evaluation von sieben OSCE-Stationen zur PEF fand im Rahmen einer parallelen **virtuellen Parcours-Prüfung im März 2021** an fünf verschiedenen deutschen Fakultäten statt.



Abbildung 10: Testung einer OSCE-Station im Rahmen des Qualifizierungsprogramms „Studentische/r Kommunikationstrainer/in“ im Juli 2019

5.1.1 Wie funktioniert eine OSCE-Prüfung zur partizipativen Entscheidungsfindung?

Das partizipative Gespräch in einer OSCE-Station umfasst drei Phasen, an der sich die Bewertung der studentischen Leistung orientieren sollte:

1. **Anfangsphase „Team-Talk“**
2. **Informationsphase „Option-Talk“**
3. **Entscheidungsfindung und Gesprächsabschluss „Decision-Talk“**

In der **Anfangsphase** steht die **Mitteilung** der Ärzt*innen, dass eine Entscheidung ansteht sowie die Betonung der Gleichwertigkeit der Behandlungsoptionen sowie der Partner*innen im Vordergrund.

In der **Informationsphase** sollten Ärzt*innen die **Behandlungsmöglichkeiten beschreiben** und hierbei über deren Vor- und Nachteile informieren. Hierbei sollte die **persönliche Sicht der Patient*innen** miteinbezogen werden und

ihre Erwartungen und Befürchtungen erfragt werden, sowie das **Verständnis der Informationen** gesichert werden.

Im **„Decision-talk“** sollte gemeinsam festgestellt werden, in welchem Maß Patient*innen an der Entscheidungsfindung beteiligt werden möchten (Klärung der Rollenpräferenz) und welche Behandlungspräferenzen sich bereits abzeichnen. Daran anschließen sollte die Entscheidungsfindung mit **konkreten Vereinbarungen** zur Umsetzung der Entscheidung. So kann gemeinsam eine Wahl der Therapiemöglichkeiten getroffen oder alternativ ein konkreter Folgetermin vereinbart werden [10].

Diese drei Phasen werden in den entwickelten Bewertungsbögen für die OSCE-Stationen zur partizipativen Entscheidungsfindung abgebildet (siehe Abbildung 15).

Eine OSCE-Station zur partizipativen Entscheidungsfindung wurde beispielsweise über einen Patienten mit Kniegelenksarthrose, der vor einer Entscheidung über die weiteren Therapieoptionen steht, entwickelt. Neben einem operativen Kniegelenksersatz käme eine konservative

Therapie mit Medikamenten und Physiotherapie in Betracht. Abbildung 12 zeigt die Fallvignette inkl. Aufgabenstellung. Abbildung 13 zeigt Auszüge aus dem dazugehörigen Rollenskript.

Im April 2021 wurden am IMPP Videos für Prüferschulungen gedreht. Diese zeigen zwei unterschiedliche studentische Leistungen in der OSCE-Station Kniegelenksarthrose, die in Analysevideos anhand des standardisierten Bewertungsbogens bewertet und kommentiert werden.



Abbildung 11: Videodreh am IMPP zur OSCE-Station Kniegelenksarthrose

Fallvignette und Aufgabenstellung für Prüflinge



Bitte lesen Sie sich die folgende Fallvignette, Aufgabenstellung und Entscheidungshilfe durch und beginnen Sie erst mit dem Gespräch, wenn Sie den gesamten Text erfasst haben:

Fallvignette:

Heute stellt sich Frau/Herr Scholz (67 Jahre, weiblich/männlich) in der orthopädischen Sprechstunde der Universitätsklinik vor, in der Sie als Assistenzarzt oder als Assistenzärztin eingesetzt sind. Am Vortag erfolgte bei Ihrem Kollegen Anamnese, körperliche Untersuchung und eine Röntgenuntersuchung.

Vorerkrankungen:

- Z.n. Cholezystektomie vor 5 Jahren nach rezidivierenden Cholezystitiden
- Adipositas (Größe: 165 cm, Gewicht: 85 kg, BMI: 31)

Anamnese und bisheriger Therapieverlauf:

- seit einem Jahr rezidivierende Schmerzen im rechten Kniegelenk
- Besserung der Symptomatik durch Einnahme von Ibuprofen (ein- bis zweimal 400 mg pro Tag), aber keine Schmerzfreiheit
- seit acht Monaten Manualtherapie des Kniegelenks und Gewichtsabnahme von 1,5 kg, dadurch geringe Schmerzreduktion

Klinische Untersuchung der rechten Kniegelenkes:

- Gelenkspalt druckschmerzhaft
- Bewegungseinschränkung: Neutral-Null-Methode: 0/0/90

Röntgenuntersuchung des rechten Kniegelenks in 2 Ebenen im Stehen:

Dies zeigte bei ansonsten unauffälligem Befund eine deutliche Gelenkspaltverschmälerung des rechten Kniegelenks.

Aufgabenstellung:

Bitte führen Sie mit Frau/Herrn Scholz ein Gespräch über die Behandlungsoptionen (konservativ oder operativ) bei Gonarthrose und kommen Sie unter Zuhilfenahme der ausgehändigten Entscheidungshilfe gemeinsam mit Frau/Herrn Scholz zu einer Entscheidung über das weitere Vorgehen. Bitte beachten Sie, dass Sie in der vorgesehenen Zeit das Gespräch abschließen.

Abbildung 12: Beispiel für eine Fallvignette und Aufgabenstellung für Prüflinge einer OSCE-Station

Auszug aus dem Rollenskript für Simulationspersonen

Frau/Herr Scholz, 67 Jahre und 5 Monate, identifiziert sich als weiblich/männlich.

Situationsbeschreibung:

Sie sind Frau/Herr Scholz und haben heute Ihren zweiten Termin in der orthopädischen Sprechstunde des Universitätsklinikums. Am Vortag erfolgten bei einem anderen Arzt Anamnese, körperliche Untersuchung und eine Röntgenuntersuchung Ihres rechten Kniegelenkes. Die durchgeführte Röntgenuntersuchung zeigte einen eindeutigen Verschleiß des Kniegelenkes (Kniegelenksarthrose). Heute besprechen Sie diesen Befund und erhoffen sich Aufklärung über die Therapiemöglichkeiten. Seit nun mehr als einem Jahr leiden Sie an starken Schmerzen im rechten Kniegelenk. Während der vergangenen acht Monate waren Sie in physiotherapeutischer Behandlung und versuchten mit Schmerzmitteln die Schmerzen einzudämmen. Da Sie ein sehr aktiver Mensch sind und unter der Einschränkung durch die Schmerzen leiden, riet Ihnen Ihre Hausärztin sich in der orthopädischen Ambulanz vorzustellen. Eine Ihrer Nachbarinnen hat sich im vergangenen Jahr einer Knie-Operation unterzogen. Sie hat Ihnen ganz erfreut hiernach berichtet, dass Sie sich wieder besser und mit weniger Schmerzen bewegen kann. Sie wollen wissen, ob so eine Operation auch für Sie in Frage kommt.

Biografie:

Sie sind seit zwei Jahren berentet, zuvor waren Sie im Vorstand eines mittelständischen Unternehmens (Automobilindustrie) tätig. Sie genießen Ihre Freiheit seit der Berentung und reisen mit Ihrem Ehemann Werner Scholz/Ihrer Ehefrau Sonja Scholz (68 Jahre) gerne durch Europa. Sie sind seit 38 Jahren verheiratet. Ihr Ehemann/Ihre Ehefrau ist ebenfalls seit zwei Jahren berentet und bei ihm sind keine chronischen Erkrankungen bekannt. Sie haben drei gemeinsame Kinder (Laura, 36, Jannis, 33 und Eva, 31 Jahre alt) und bisher vier Enkelkinder im Kindergarten- und Grundschulalter, mit denen Sie gerne viel Zeit verbringen.

Charakter/Auftreten:

Grundsätzlich sind Sie ein sehr positiver Mensch, höflich, zuvorkommend und aufgeschlossen. Sie sind zudem eine sehr aktive Person, so oft wie möglich unternehmen Sie Ausflüge und Reisen zusammen mit ihrem Ehemann/ihrer Ehefrau oder Freunden. Sie haben sich daher sehr auf Ihren Ruhestand gefreut und schon viele Pläne für die kommende Zeit. Sie möchten unbedingt wieder mit ihren Enkelkindern toben und den Zoo besuchen können. Es ist Ihnen daher äußerst wichtig, möglichst bald wieder mobil sein zu können und gleichzeitig kein unnötiges Risiko einzugehen, indem Sie eine überflüssige OP durchführen lassen. Dies stellen Sie bestimmt, aber höflich dar. Um eine Entscheidung bezüglich einer Knieprothesenversorgung fällen zu können, benötigen Sie Informationen bezüglich der Risiken und Erfolgchancen einer operativen Therapie. Sie interessieren sich hier auch für Zahlen, da Sie sich davon genauere Informationen erhoffen. Sie sind offen eine Entscheidung im Laufe des Gesprächs zu treffen, wenn Sie ausreichend informiert sind.

Abbildung 13: Auszug aus dem Rollenskript für Simulationspersonen

Für die **Integration des Partizipativen Entscheidungsfindung in die medizinische Lehre und Staatsexamina** wurden im Rahmen des gemeinsamen Weiterentwicklungsprozesses des **NKLM und des GK diesbezügliche Lernziele** für die Studierenden erstellt [47]:

„Die Absolventin und der Absolvent gestalten eine **vertrauensvolle, stabile Arzt-Patienten-Beziehung** und beherrschen eine **professionelle und patientenzentrierte Gesprächsführung** unter Berücksichtigung der spezifischen Gesprächstypen, Gesprächsphasen und Gesprächsaufgaben. Sie gestalten **Entscheidungsprozesse gemeinsam mit Patientinnen und Patienten oder deren Bezugspersonen** unter Berücksichtigung der Voraussetzungen und möglichen Folgen der Urteilsbildung (Partizipative Entscheidungsfindung/Shared Decision Making). Sie können ...

- **Zuständigkeiten** bei der Entscheidungsfindung klären und entsprechende Personen gegebenenfalls unter Anwendung der Methode der Partizipativen Entscheidungsfindung in den Entscheidungsprozess **einbeziehen.**“
 - **Information** über die verschiedenen Behandlungsoptionen von Prophylaxe bis Palliation mit deren Vor- und Nachteilen und Risiken unter Einsatz von Hilfsmitteln **verständlich mitteilen.**“
 - das **Beteiligungsbedürfnis** von Patientinnen und Patienten individuell klären und Entscheidungsprozesse gemeinsam mit diesen gestalten.“
 - die **Erwartungen, Sorgen und Präferenzen von Patientinnen und Patienten** ermitteln und in Bezugnahme dazu die eigenen **Erwartungen und Behandlungspräferenzen** kommunizieren.“
 - die **Wechselwirkungen** zwischen der Entscheidung und dem **sozialen Umfeld der Patientinnen und Patienten** thematisieren und berücksichtigen.“
-

Lernziel

Materialien für Prüflinge:

Als spezifisches Kernstück von OSCE-Stationen zur partizipativen **Entscheidungsfindung** fungieren Entscheidungshilfen (siehe Abbildung 14). Diese enthalten Informationen zu Vor- und Nachteilen verfügbarer Optionen [76]. Hiermit können den Simulationspersonen bildlich die verschiedenen Optionen dargestellt und ausführlicher erläutert werden.

Durch die graphische Darstellung wird das Verständnis und damit eine gemeinsame Entscheidungsfindung erleichtert. Die Integration der Entscheidungshilfen in das Gespräch ist Teil der studentischen Leistung und wird daher ebenfalls mit Hilfe des standardisierten Bewertungsbogens beurteilt.

Wie viele Patienten erleben Nutzen und Risiken?

Verbesserung des Knies, Komplikationen und Nachoperationen je 100 Patienten

Wie viele Patienten sehen Verbesserung (innerhalb von 5 Jahren)?

89 von 100 Patienten

bewerten die Verbesserung als gut oder ausgezeichnet



11 von 100 Patienten

bewerten die Verbesserung nicht als gut oder ausgezeichnet



Wie oft gibt es Komplikationen (innerhalb von 6 Monaten)?

92 von 100 Patienten

litten nicht unter Komplikationen



8 von 100 Patienten

litten unter Komplikationen wie Blutgerinnseln oder Wundinfektionen



Wie oft ist eine weitere Operation nötig (innerhalb von 10 Jahren)?

95 von 100 Patienten

benötigen keine Nachoperation



5 von 100 Patienten

benötigen eine Nachoperation



Gleichzeitiges, beidseitiges Einsetzen von Gesamtknieprothesen kann das Risiko für Komplikationen erhöhen.

Weitere Faktenboxen zu Knieschmerzen finden Sie auf:

www.faktencheck-knieoperation.de

Dieses Dokument wird zur Verfügung gestellt vom „Faktencheck Gesundheit“ der Bertelsmann Stiftung.

© Oktober 2015 Bertelsmann Stiftung

Abbildung 14: Entscheidungshilfe Knie-Endoprothese

| Bewertungsbogen Knie-TEP | |
|--|----------------------|
| | Global Rating |
| Team Talk: Anfangsphase (20%) | 0-5 |
| <input type="checkbox"/> Eruiert Gründe für Konsultation unter Berücksichtigung der individuellen Lage <input type="checkbox"/> Teilt der*dem Patient*in mit, dass eine Entscheidung bezüglich der Therapie ihrer*seiner Kniegelenksarthrose ansteht Betont die Gleichwertigkeit der*des Patient*in als Gesprächspartner*in: <input type="checkbox"/> betont die Relevanz der subjektiven Einschätzung der*des Patient*in <input type="checkbox"/> benennt, dass die*der Patient*in gleichwertig zur Entscheidung beiträgt | |
| Option Talk: Informationsphase (30%) | 0-5 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Informiert über bestehende Therapiealternativen unter Verwendung der Entscheidungshilfe: - <u>Konservative Therapie</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> muss laut Leitlinie voll ausgeschöpft werden, bevor die Indikation zur operativen Therapie gestellt werden kann. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nicht-medikamentöse Therapie <ul style="list-style-type: none"> • Lebensstiländerung (Bewegung, Gewichtsabnahme) • Physiotherapie und physikalische Therapie • Orthopädische Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Medikamentöse Therapie <ul style="list-style-type: none"> • Intensivierung der medikamentösen Therapie nach WHO-Stufenschema <input type="checkbox"/> Vorteile: kein OP-Risiko, kein Risiko einer Revisions-OP nach einigen Jahren <input type="checkbox"/> Nachteile: keine Kuration, Nebenwirkungen der Medikamente, Patientenbeteiligung notwendig - <u>Operative Therapie</u> <ul style="list-style-type: none"> o Gelenkersatz (Knie-Totalendoprothese (TEP)) <input type="checkbox"/> Vorteile: Verbesserung der Schmerzen, Verbesserung der Beweglichkeit und hierdurch körperliche Aktivität möglich <input type="checkbox"/> Nachteile: Komplikationsrate der Operation, Austausch des Gelenkersatzes evtl. notwendig - Erfragt <input type="checkbox"/> Verständnis der Informationen - Exploriert: <input type="checkbox"/> Erwartungen und Befürchtungen bezüglich der Entscheidung - bietet explizit die Möglichkeit <input type="checkbox"/> Fragen zu stellen | |
| Decision Talk: Entscheidungsfindung und Gesprächsabschluss (30%) | 0-5 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Klärt Rollenpräferenz und Behandlungspräferenz zur Entscheidungsfindung: <input type="checkbox"/> findet heraus, in welchem Ausmaß die*der Patient*in bei der Entscheidungsfindung beteiligt werden möchte <input type="checkbox"/> weist darauf hin, dass es notwendig ist, eine Entscheidung jetzt (oder zu einem anderen, definierbaren Zeitpunkt) zu treffen - Trifft eine Vereinbarung: <input type="checkbox"/> trifft mit der*dem Patient*in eine Wahl (idealerweise Ausschöpfen der konservativen Optionen) oder <input type="checkbox"/> vereinbart einen konkreten Folgetermin | |
| Grundsätzliche Aspekte der Kommunikation (20%) | 0-5 |
| <u>Beziehungsaufbau im Gespräch:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Eröffnet das Gespräch angemessen: <input type="checkbox"/> begrüßt Gesprächspartner*in mit Namen <input type="checkbox"/> Vorstellung mit Namen und Funktion - Gestaltet das Gesprächssetting angemessen: <input type="checkbox"/> positioniert sich zugewandt zu Gesprächspartner*in - Führt das Gespräch <input type="checkbox"/> wertschätzend <input type="checkbox"/> vorurteilsfrei <input type="checkbox"/> empathisch <u>Kommunikationsstil:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Gestaltet die verbale Kommunikation mit der*dem Gesprächspartner*in adäquat bezüglich: <input type="checkbox"/> Sprachstil <input type="checkbox"/> Wortschatz, <input type="checkbox"/> Lautstärke <input type="checkbox"/> Tempo <input type="checkbox"/> Deutlichkeit - Gestaltet die non/paraverbale Kommunikation angemessen: <input type="checkbox"/> Gestik <input type="checkbox"/> Mimik <input type="checkbox"/> Augenkontakt <input type="checkbox"/> Körperhaltung <u>Gesprächsstruktur:</u> Gestaltet die Gesprächsstruktur nachvollziehbar und auf die*den Gesprächspartner*in bezogen: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> logische Reihenfolge <input type="checkbox"/> Gesprächsführung <input type="checkbox"/> Gesprächsschwerpunkt <input type="checkbox"/> Metaebene <input type="checkbox"/> Zusammenfassungen <input type="checkbox"/> Gesprächsabschluss | |
| Gesamtpunktzahl (max. 100 Punkte) | |

Abbildung 15: Bewertungsbogen für die OSCE-Station „Knie-TEP“

5.2 Evidenzbasierter Patientenbericht

5.2.1 Der evidenzbasierte Patientenbericht in der M3-Prüfung am Patienten oder an der Patientin der neuen Staatsexamina

Um schriftliche Kommunikationskompetenzen in die medizinische Ausbildung zu stärken, wurde im Konzept für die **Prüfung am Patienten oder an der Patientin** als Schritt sieben die Erstellung eines **evidenzbasierten Patientenberichts** (s. Abbildung 9) integriert. Dieser evidenzbasierte Patientenbericht fasst alle wichtigen Informationen und Befunde aus der vorangegangenen Anamnese, körperlichen Untersuchung, dem bisherigen Krankheitsverlauf, inkl. diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zusammen. Abschließend werden konkrete Empfehlungen zur weiteren Versorgung, Therapie bzw. zum Prozedere für die Weiterbehandlung festgehalten. Damit entspricht der evidenzbasierte Patientenbericht im stationären Setting einem **Entlassbrief**. Diese in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen können langfristig einen **abgestimmten Behandlungsprozess** und damit die **Patientensicherheit** auch in der Versorgung stärken.

Mit der Integration des **evidenzbasierten Patientenberichts** in die medizinische Staatsexamensprüfung wird auf Grundlage der Richtlinien der EbM eine inhaltliche Qualitätssicherung möglich. Zudem wird das **systematische Einüben der Berichterstellung** bereits in der medizinischen Ausbildung verankert und dank standardisierter Bewertungsbögen und **Vorlagen** auch **Vorgaben zu Struktur und Inhalten** des Patientenberichtes etabliert. Die Festlegung auf die Grundsätze der evidenzbasierten Medizin bei der Erstellung des Patientenberichts ermöglicht eine **inhaltliche Qualitätssicherung**.

Bei der Entwicklung des nationalen kompetenzorientierten Lernzielkatalogs (NKLM) wurden erstmals fakultätenübergreifende Lernziele zur schriftlichen Kommunikation formuliert [41]. Auch in dem überarbeiteten **Gegenstandskatalog des IMPP** wurde das Lernziel übernommen und somit zum **Inhalt der Staatsexamina [47]**:

Exkurs: Was ist EbM?

Als **evidenzbasierte Medizin (EbM)** wird „der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig **besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen** in der medizinischen Versorgung **individueller Patientinnen und Patienten**“ definiert. Die Praxis der EbM integriert „individuelle klinische Expertise mit der bestverfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung“ [77].

„Die Absolventin und der Absolvent reflektieren die spezifischen Anforderungen der **mündlichen, schriftlichen und elektronischen Kommunikation** sowie der öffentlichen Kommunikation und interagieren unter Einhaltung des Datenschutzes kontextspezifisch. Sie verfassen unterschiedliche Formen von Patientenberichten/schriftlicher Kommunikation angemessen. Sie können **verschiedene Formen von Patientenberichte (Aufnahmeprotokoll, Kurzbericht, Entlassbericht) in einer strukturierten und sachbezogenen Form mit allen relevanten Untersuchungsergebnissen und Vorschlägen zur Behandlungsplanung** erstellen.“

Lernziel

Empfänger/
Empfängerin



Patientenstammdaten:

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Aufnahmedatum: _____
Untersuchungsdatum: _____

Einweisungsgrund: _____

Haupt- und Nebendiagnosen: _____

Operationen und Eingriffe: _____

Anamnese

Körperlicher Untersuchungsbefund

Zusammenfassung des bisherigen Verlaufs

Evidenz und Patientenpräferenz

Empfehlungen/ weiteres Procedere

Medikationsplan

Abbildung 16: Vorlage für einen evidenzbasierten Patientenbericht im stationären Setting

Empfänger/
Empfängerin



Patientenstammdaten:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Untersuchungsdatum: _____

Beratungsanlass:

Beratungsergebnis:

Anamnese

Körperlicher Untersuchungsbefund

Zusammenfassung des bisherigen Verlaufs

Evidenz und Patientenpräferenz

Empfehlungen/ weiteres Procedere

Medikationsplan

Abbildung 17: Vorlage für einen evidenzbasierten Patientenbericht im ambulanten Setting

5.2.2 Wie messen wir das?

Entwicklung der Bewertungsbögen zum evidenzbasierten Patientenbericht

Um eine objektive, standardisierte und bundeseinheitliche Bewertung der studentischen Patientenberichte zu ermöglichen, wird den Prüfenden ein **standardisierter Bewertungsbogen des IMPP** zur Verfügung gestellt. Die Nutzung der Bewertungsbögen ist daher in den STEX-Prüfungen verpflichtend.

Zur **Stärkung der Allgemeinmedizin** in der medizinischen Ausbildung, wird die neue Prüfung auch in **allgemeinärztlichen Praxen am*an ambulanten Patient*in** durchgeführt werden. Um diese unterschiedlichen Settings abzubilden, wurde je ein Bewertungsbogen für den evidenzbasierten Patientenbericht im stationären sowie im ambulanten Bereich entwickelt.

Basierend auf einer ausführlichen Literaturrecherche am IMPP wurde ein erster Entwurf eines standardisierten Bewertungsbogens für den stationären Bereich zusammen mit **medizinischen Expert*innen, Lehr- und Prüfungsverantwortlichen sowie Studierenden** entwickelt. Anschließend wurde dieser Bewertungsbogen im Rahmen der **GMA-Tagung 2018 mit internationalen Expert*innen** diskutiert und überarbeitet [78].

Zur Vorbereitung der Prüfung im ambulanten Setting wurde der **Bewertungsbogen** im Rahmen eines interdisziplinären Workshops mit Ärzt*innen der Allgemeinmedizin sowie Pädiatrie im September 2019 an die speziellen **Bedürfnisse und Erfordernisse der Patient*innen im ambulanten Bereich** angepasst.

Testung der Bewertungsbögen zum evidenzbasierten Patientenbericht

Im Oktober 2018 und Februar 2019 wurde die **Durchführung der neuen Prüfung sowie der Einsatz der standardisierten Bewertungsbögen** in der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg mit Dozierenden und Studierenden von **sieben verschiedenen Standorten im stationären Bereich** mehrfach erfolgreich getestet. Die Rückmeldungen der Studierenden und der Dozierenden, die als Prüfende fungierten, waren positiv.

Eine weitere Pilotierungsprüfung im stationären Bereich wurde im **Mai 2019 in der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie des Universitätsklinikums Heidelberg mit Herrn Prof. Dr. André Mihaljevic sowie vor Frau Susanne Wald und Herrn Markus Algermissen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)** durchgeführt.

Eine erste erfolgreiche **Testung** des Bewertungsbogens für den **ambulanten Bereich** fand im **Oktober 2019 in einer Praxis für Allgemeinmedizin in München** statt. Weitere Testprüfungen zur Evaluation der Bewertungsbögen erfolgten in einer ersten Pilotierungsphase in drei akkreditierten Lehrpraxen der **Universitätsmedizin Göttingen** sowie in einer **Lehrpraxis der Universitätsmedizin Rostock**.

In der zweiten Pilotierungsphase wurde die mündlich-praktische Prüfung mit ambulanten Patient*innen in sieben **allgemeinmedizinischen Lehrpraxen der Universitätsmedizin Göttingen und Universität Marburg** mit insgesamt 14 Medizinstudierenden erfolgreich durchgeführt [79].

Auch hier waren die **Rückmeldungen der Patient*innen sehr positiv**: Sie schätzten den strukturierten Ablauf der Prüfung in dem ihnen vertrauten Prüfungsort Hausarztpraxis und erhielten einen Einblick in die Ausbildung Medizinstudierender in Deutschland. Daher zeigten sie eine hohe **Motivation zur Beteiligung an der Prüfung**.

Adaption der Prüfung und Testung der Bewertungsbögen während der COVID-19 Pandemie

Um auch während der **COVID-19 Pandemie** Patientenorientierung, Kommunikation und Wissenschaftlichkeit unterrichten zu können, haben **die Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (HHU) und das IMPP** im Rahmen einer Kooperation die Prüfung am Patienten oder an der Patientin für das Sommersemester 2020 erstmals an den **Praxisunterricht adaptiert**. Dies umfasste beispielsweise die Durchführung von Prüfungsteilen mittels Videokonferenzen, um den Kontaktrestriktionen während der Pandemie gerecht zu werden. **689 Medizinstudierende sowie 366 Lehrende der HHU nahmen am sechswöchigen Lehrprojekt teil** und erstellten in Kleingruppen wöchentlich je einen evidenzbasierten sowie einen patientenverständlichen Patientenbericht. Die **Bewertungsbögen für beide Berichte wurden erfolgreich für ein formatives Feedback und Unterstüt-**

zen des Lernprozesses eingesetzt. Die Durchführung des neuen Formats zeigte, dass praxisnahes und patientenzentriertes Lernen auch während eines pandemischen Geschehens dank intensiver Zusammenarbeit und mittels digitalisierter Lehre möglich war. Rückmeldungen von Lehrenden und Studierenden hierzu wurden im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitforschung erhoben. Aufgrund der positiven Erfahrungen wird das Projekt im Wintersemester 2020/21 fortgeführt.

Zur Evaluation des Bewertungsbogens wird ein Teil der erstellten evidenzbasierten Patientenberichte, die im Sommersemester 2020 erstellt wurden, durch Expert*innen des IMPP gegenbewertet.



Abbildung 18: Standorte, die an der Pilotierung der Prüfung am Patienten oder an der Patientin mitgewirkt haben

| Bewertung des evidenzbasierten Patientenberichtes für das stationäre Setting | Punkte |
|---|---------------|
| Inhaltsdokumentation (entsprechend dem Rahmenvertrag Entlassmanagement) (5%) | 0-5 |
| Erfasst alle wesentlichen Aspekte zu: <ul style="list-style-type: none"> - Patientendaten, Aufnahme- und Entlassungsdatum bzw. Untersuchungsdatum - Adressaten: Hausarzt*ärztin, Zuweiser*in und Mitbehandler*in - Operationen und Eingriffe - Grund der Einweisung bzw. Überweisung - Haupt- und Nebendiagnosen - Infektionen - Besiedelungen durch multiresistente Erreger | |
| Anamnese (15%) | 0-5 |
| Erfasst alle wesentlichen Aspekte der Anamnese, zum Beispiel: <ul style="list-style-type: none"> - aktuelle Beschwerden - Familienanamnese, ggf. Sozial- und Berufsanamnese - Vorgeschichte (inkl. vorheriger Operationen und Eingriffe, Untersuchungen), Risikofaktoren - Mögliche Zusammenhänge und/oder Kausalitäten | |
| Körperlicher Untersuchungsbefund (10%) | 0-5 |
| Stellt folgende Befunde und deren Dokumentation korrekt dar: <ul style="list-style-type: none"> - Hauptbefund/ Lokalbefunde - ggf. Veränderungen zu Vorbefunden - wesentliche Befunde der körperlichen und psychopathologischen Untersuchung | |
| Zusammenfassung des bisherigen Verlaufs (20%) | 0-5 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Verfasst die Epikrise sowohl logisch nachvollziehbar als auch komprimiert und berücksichtigt die wichtigsten Informationen zu: <ul style="list-style-type: none"> o Aufnahmegrund o wichtigen Befunden, die zur Diagnosestellung geführt haben o differentialdiagnostischen Überlegungen o durchgeführten Therapien inkl. Prozeduren o klinischem Verlauf, ggf. Komplikationen inkl. Management und möglichen Konsequenzen o ggf. Entlassungsbefund - Erkennt die Bedeutung von Befunden sowie Zusammenhänge und Kausalitäten. | |
| Evidenz und Patientenpräferenz (20%) | 0-5 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Fasst die Befunde sinnvoll zusammen und diskutiert diskrepante Befunde kritisch. - Trifft - wenn möglich - Entscheidungen unter Berücksichtigung der Patientenpräferenz. - Bewertet die bisher getroffenen Entscheidungen evidenzbasiert. - Zitiert ggf. verwendete Literatur korrekt. - Wendet - wenn möglich - Leitlinien auf den konkreten Fall an und begründet dies. - Diskutiert und erklärt Einzelfallentscheidungen sowie Abweichungen von Leitlinien-Empfehlungen. | |
| Procedere inkl. interprofessionelle Aspekte (20%) | 0-5 |
| Erfasst alle wesentlichen Aspekte zum weiteren Procedere: <ul style="list-style-type: none"> - Gibt Empfehlungen, ob und wenn ja, welche weiteren Leistungserbringer in der nachfolgenden Versorgung involviert sein sollten. - Liefert einen Medikationsplan (inkl. Erläuterungen zu Wirkstoffbezeichnung und -stärke, Darreichungsform (inkl. besonderer Formen), Dosierung bei Aufnahme und Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) - Nennt zu veranlassende Verordnungen = Heilmittel (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie). - Nennt zu veranlassende Hilfsmittel, spricht Verhaltensempfehlungen aus - Weist ggf. auf eine Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit hin. - Nennt die nachfolgende Versorgungseinrichtung. - Informiert über mitgegebene Befunde: klinische Untersuchungen, Zusatzuntersuchungen. - Beurteilt das Patienten-Outcome hinsichtlich der Alltagsaktivität und sozialen Teilhabe (nach ICF). | |
| Form und Stil (10%) | 0-5 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Drückt sich klar und verständlich aus. - Verwendet eine gut lesbare Fachsprache ohne Abkürzungen, Ausschweifungen oder Jargon. - Verwendet Fachbegriffe korrekt. | |
| Gesamtbewertung | /100% |

Abbildung 19: Bewertungsbogen zum evidenzbasierten Patientenbericht für das stationäre Setting

| Bewertung des evidenzbasierten Patientenberichtes für das ambulante Setting | | Punkte |
|--|--|---------------|
| Inhaltsdokumentation (5%) | | 0-5 |
| Erfasst alle wesentlichen Aspekte zu: <ul style="list-style-type: none"> - Patientenstammdaten, Untersuchungsdatum - aktueller Beratungsanlass - Beratungsergebnis - Infektionen - Besiedelungen durch multiresistente Erreger | | |
| Anamnese (15%) | | 0-5 |
| Erfasst korrekt alle wesentlichen Aspekte der Anamnese, zum Beispiel: <ul style="list-style-type: none"> - Aktuelle Beschwerden - Vorgeschichte (inkl. vorherige Operationen und Eingriffe), Risikofaktoren - Familienanamnese, ggf. Sozial- und Berufsanamnese - Mögliche Zusammenhänge und/oder Kausalitäten | | |
| Körperlicher und psychopathologischer Untersuchungsbefund (10%) | | 0-5 |
| Stellt folgende Befunde und deren Dokumentation korrekt dar: <ul style="list-style-type: none"> - Hauptbefund/ Lokalbefunde - Ggf. Veränderungen zu erhaltenen Vorbefunden - Wesentliche Befunde der körperlichen und psychopathologischen Untersuchung | | |
| Zusammenfassung des bisherigen Verlaufs (20%) | | 0-5 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Fasst den Beratungsanlass logisch nachvollziehbar und komprimiert zusammen und berücksichtigt die folgenden Informationen zu: <ul style="list-style-type: none"> - Beratungsanlass - Ggf. wichtigen Befunden, die zur Diagnosestellung geführt haben - differentialdiagnostischen Überlegungen, Warnhinweise für abwendbar gefährliche Verläufe - durchgeführten Therapien inkl. Prozeduren - klinischem Verlauf, ggf. Komplikationen inkl. Management und mögliche Konsequenzen - Erkennt die Bedeutung von Befunden sowie Zusammenhänge und Kausalitäten | | |
| Evidenz und Patientenpräferenz (20%) | | 0-5 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Fasst die Befunde sinnvoll zusammen und diskutiert diskrepante Befunde kritisch. - Trifft - wenn möglich - Entscheidungen unter Berücksichtigung der Patientenpräferenz. - Bewertet die bisher getroffenen Entscheidungen evidenzbasiert. - Zitiert ggf. verwendete Literatur korrekt bzw. bezieht sich korrekt auf Leitlinie. - Wendet - wenn möglich - Leitlinien auf den konkreten Fall an und begründet dies. - Diskutiert und erklärt Einzelfallentscheidungen sowie Abweichungen von Leitlinien-Empfehlungen. | | |
| Procedere inkl. interprofessionelle Aspekte (20%) | | 0-5 |
| Erfasst alle wesentlichen Aspekte zum weiteren Procedere: <ul style="list-style-type: none"> - Nennt weitere Versorgung durch behandelnde*n Arzt*/Ärztin (z.B. Behandlung, Wiedervorstellung, Einweisung) - Gibt Empfehlungen, ob und wenn ja, welche weiteren Leistungserbringer in der nachfolgenden Versorgung involviert sein sollten. - Liefert einen aktualisierten Medikationsplan (inkl. Erläuterungen zu Wirkstoffbezeichnung und -stärke, Darreichungsform (inkl. besonderer Formen), Dosierung, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten). - Nennt zu veranlassende Verordnungen = Heilmittel (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie) - Nennt zu veranlassende Hilfsmittel, spricht Verhaltensempfehlungen aus - Weist ggf. auf eine Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit hin. - Beurteilt das Patientenoutcome hinsichtlich der Alltagsaktivität und sozialen Teilhabe (nach ICF). - Dokumentiert das gemeinsam mit dem/der Patienten/-in geplante weitere Vorgehen (Kontrolltermine, (Nicht-) Erreichen von Behandlungszielen, etc.) | | |
| Form und Stil (10%) | | 0-5 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Drückt sich klar und verständlich aus. - Verwendet eine gut lesbare Fachsprache ohne Abkürzungen, Ausschweifungen oder Jargon. - Verwendet Fachbegriffe korrekt. | | |
| Gesamtbewertung | | /100% |

Abbildung 20: Bewertungsbogen zum evidenzbasierten Patientenbericht für das ambulante Setting

5.3 Bericht in patientenverständlicher Sprache

5.3.1 Der Bericht in patientenverständlicher Sprache in der M3-Prüfung am Patienten oder an der Patientin im neuen Staatsexamen

Mit der Integration eines **patientenverständlichen Berichts als achtem Schritt der Prüfung am Patienten oder der Patientin in der künftigen M3-Staatsexamensprüfung** wird der **Wichtigkeit einer patientenverständlichen, schriftlichen Kommunikation im Versorgungsalltag und zur Steigerung der Gesundheitskompetenz** von Patient*innen Rechnung getragen. Auch im **Referentenentwurf der Approbationsordnung** wird auf eine **„gerade aus Sicht der Patienten und Patientinnen verständliche und der Situation entsprechende, einfühlsame Arzt-Patienten-Kommunikation“** als zentralem Element der ärztlichen Tätigkeit im Umgang mit Patient*innen verwiesen [2].

Um dies bereits in der **medizinischen Ausbildung** zu etablieren, wurde im Rahmen der gemeinsamen Überarbeitung ein **Lernziel zum Verfassen patientenverständlicher Berichte im kompetenzorientierten GK sowie NKLM** verankert [47]:

„Die Absolventin und der Absolvent reflektieren die spezifischen Anforderungen der mündlichen, schriftlichen und elektronischen Kommunikation sowie der öffentlichen Kommunikation und interagieren unter Einhaltung des Datenschutzes kontextspezifisch. Sie verfassen unterschiedliche Formen von Patientenberichten/schriftlicher Kommunikation angemessen. Sie können Berichte für Patientinnen und Patienten in patientengerechter Sprache erstellen.“

Lernziel

Exkurs:

Was ist patientenverständliche Sprache?

Insbesondere das **Vermeiden medizinischer Fachsprache** wird als sinnvolle Strategie hervorgehoben, um Patient*innen in ihrem **Entscheidungsprozess zu stärken** [80]. Hintergründe und physiologische Zusammenhänge sollten erklärt werden.

Der*die Patient*in sollte direkt angesprochen und ein gehobener Sprachstil vermieden werden. Dabei kann es hilfreich sein, sich zunächst eine mündliche Formulierung zu überlegen und diese als Grundlage für den schriftlichen Brief zu verwenden.

Wichtig für das patientenverständliche Schreiben ist zudem die **Verwendung einfacher Wörter aus dem Alltag, nur allgemein geläufiger Abkürzungen sowie ganzer, kurzer und vollständiger Sätze** [81,82].

Wie auch beim evidenzbasierten Patientenbericht geht mit der Implementierung des Berichts in patientenverständlicher Sprache in das Konzept zur Prüfung am Patienten oder der Patientin zunächst eine Steigerung der Qualität schriftlicher Kommunikationskompetenzen von Studierenden einher. Längerfristig führt eine **standardisierte Beurteilung der studentischen Fertigkeiten in der patientenverständlichen Kommunikation** im Rahmen der Prüfungen aber auch zu einer **Standardisierung der Qualitätsmerkmale für patientenverständliche Kommunikation in der Versorgung**. Durch Optimierung der patientenverständlichen Kommunikation zukünftiger Ärzt*innen wird die Stärkung der **Gesundheitskompetenz** und der **Adhärenz von Patient*innen** sowie ein besser abgestimmter Übergang zwischen den einzelnen Sektoren mit Vermeidung von Rehospitalisierungen zur Entlastung des Gesundheitssystems angestrebt.

Abbildung 21 zeigt ein Beispiel für einen Bericht in patientenverständlicher Sprache.

Empfänger/ Empfängerin

Peter Müller
Hausstraße 5
11111 Hausen

**Patientenstammdaten:**

Name: Peter Müller
Geburtsdatum: 21.08.1953
Aufnahmedatum: 01.04.2019
Untersuchungsdatum: 08.04.2019

Sehr geehrter Herr Müller,

Sie waren seit dem 01.04.2019 in unserem Krankenhaus in der Klinik für Chirurgie. In diesem Brief sind für Sie die wichtigsten Informationen zu Ihrem Krankenhausaufenthalt zusammengefasst. Bei Fragen können Sie sich gern an uns wenden.

Der Grund für Ihren Krankenhausaufenthalt

Sie sind am 01. April 2019 in unser Krankenhaus gekommen, weil Sie immer stärkere Bauchschmerzen hatten. Bei Aufnahme wurde festgestellt, dass sich bei Ihnen der Magenkrebs leider erneut ausgebreitet hat. Dabei hat der Krebs Ihren Darm abgedrückt und die Verdauungsflüssigkeiten konnten nicht mehr richtig abfließen. Sie hatten Bauchschmerzen, weil sich diese Flüssigkeiten bei Ihnen aufgestaut haben.

Ihre Krankengeschichte und Ihre weiteren Erkrankungen (Ergebnisse des Gesprächs und der körperlichen Untersuchung)

Bereits im September 2017 wurde bei Ihnen Magenkrebs festgestellt. Aus diesem Grund wurde Ihnen am 12. September 2017 der Magen und die zugehörigen Lymphknoten entfernt. Die Krebszellen hatten sich auch in einigen Lymphknoten ausgebreitet.

Bei einer Krebserkrankung vermehren sich die körpereigenen Zellen unkontrolliert. Die Krebszellen können auch in die Umgebung einwachsen und sich weiter ausbreiten. Lymphknoten sind wie Filterstationen für die Flüssigkeit aus dem Gewebe. Die Lymphknoten gehören zum Abwehrsystem des Körpers.

Normalerweise wird die Nahrung durch die Speiseröhre in den Magen und weiter in den Darm befördert. Der Darm besteht aus dem Dünndarm und dem Dickdarm. Im ersten Teil vom Dünndarm gibt es eine Öffnung, durch die bestimmte Flüssigkeiten für die Verdauung in den Darm fließen. Diese Flüssigkeiten sind die Gallen-Flüssigkeit und die Bauchspeicheldrüsen-Flüssigkeit. Die Gallen-Flüssigkeit wird in der Leber hergestellt und in der Gallenblase gesammelt. Die Bauchspeicheldrüse ist ein längliches Organ, das hinten oben im Bauch liegt.

Aufgrund Ihrer Krebserkrankung wurden Sie am 12. September 2017 operiert. Ihr Magen wurde dabei entfernt. Ihre Speiseröhre wurde an den zweiten Teil vom Dünndarm genäht. So gelangt die Nahrung von Ihrer Speiseröhre nun direkt in den Dünndarm. Die Verdauungsflüssigkeiten fließen wie gewöhnlich in den ersten Teil vom Dünndarm und dann in den weiteren Darm. Zudem hat man Ihre Gallenblase und einige Lymphknoten entfernt.

Seite 2: Der Verlauf Ihres Krankenhausaufenthalts; Ihre Medikamente; Die nächsten Schritte inkl. Verhaltensempfehlungen

Abbildung 21: Beispiel für einen Patientenbrief

5.3.2 Wie messen wir das?

Entwicklung der Bewertungsbögen zum patientenverständlichen Bericht

Zur Beurteilung der Qualität von patientenverständlichen Berichten wurde auf der Grundlage einer **Literaturanalyse und einer Kriteriensammlung für patientenverständliches Schreiben** ein erster Entwurf eines Bewertungsbogens durch die „Was hab' ich?“ gGmbH und das IMPP erstellt [23, 24].

Analog zu dem Bewertungsbogen für den evidenzbasierten Patientenbericht wurde dieser erste Entwurf mit **medizinischen Expert*innen** überarbeitet und konsensual weiterentwickelt. Durch die Einbindung verschiedener medizinischer Expert*innen in den Entwicklungsprozess konnte sichergestellt werden, dass die einzelnen Bewertungskategorien die wichtigsten Schritte beim Verfassen eines patientenverständlichen Berichtes umfassend abbilden.

Auch dieser Bewertungsbogen wurde im Rahmen eines interdisziplinären Workshops mit Ärzt*innen der Allgemeinmedizin sowie Pädiatrie an die Prüfung **im ambulanten Bereich** angepasst.

Testung der Bewertungsbögen zum patientenverständlichen Bericht

Im Rahmen einer Evaluationsstudie wurden **21 patientenverständliche Berichte**, die auf der Heidelberger Interprofessionellen Ausbildungsstation (HIPSTA) von Studierenden in ihrem praktischen Jahr erstellt wurden, von insgesamt **14 Prüfenden bewertet**. Diese Prüfenden setzten sich zusammen aus **Ärzt*innen der Initiative „Was hab' ich?“ gGmbH, die Erfahrung im patientenverständlichen Schreiben hatten, und aus Ärzt*innen des IMPP sowie Allgemeinmediziner*innen**, da dies die Ärzt*innen sind, die in der Regel Entlassberichte erhalten [83].

Diese Testungen zeigten die **Praktikabilität** sowie die **Nützlichkeit** dieses Instruments zur **Beurteilung der spezifischen schriftlichen Kommunikationsfähigkeiten** von Studierenden. Basierend auf den Erfahrungen der Testungen wurde der Bewertungsbogen von den teilnehmenden Ärzt*innen der Initiative „Was hab' ich?“ gGmbH und des IMPP weiterentwickelt.

Wie bereits in Kapitel 5.2.2 erläutert, wurden die Bewertungsbögen für den patientenverständlichen Bericht auch im ambulanten Bereich in den Praxen für Allgemeinmedizin sowie im **Rahmen der Kooperation mit der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (HHU) unter umfassender Begleitevaluation erfolgreich getestet**. Ein Teil der patientenverständlichen Berichte, die im Sommersemester 2020 erstellt wurden, wird durch Expert*innen der „Was hab' ich?“ gGmbH gegenbewertet, so dass eine weitere Evaluation des Bewertungsbogens erfolgt.

| Bewertung des schriftlichen patientenverständlichen Berichtes für das stationäre Setting | | Punkte |
|---|---|---------------|
| Auswahl patientenrelevanter Inhalte und fachliche Korrektheit (40%) | | 0-5 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Wählt die für den*die Patient*in relevanten Informationen aus. - Gibt die Informationen vollständig und fachlich korrekt wieder. | | |
| Der Grund für Ihren Krankenhausaufenthalt | <ul style="list-style-type: none"> - Erklärt den Einweisungsgrund in wenigen Sätzen inkl. Beschwerden, bisheriger Diagnostik und Therapie. | |
| Ihre Krankengeschichte und Ihre weiteren Erkrankungen | <ul style="list-style-type: none"> - Beschreibt wichtige Ergebnisse der Anamnese-Erhebung und der körperlichen Untersuchung. - Erklärt wichtige Nebendiagnosen. | |
| Der Verlauf Ihres Krankenhausaufenthalts | <ul style="list-style-type: none"> - Erklärt schlüssig den Verlauf mit durchgeführter Diagnostik und Therapie. - Erläutert ggf. Komplikationen. | |
| Ihre Medikamente | <ul style="list-style-type: none"> - Erklärt jeweils die Indikation/gewünschte Wirkung. - Erklärt das Einnahmeschema, gibt Einnahmehinweise. - Weist ggf. auf relevante Interaktionen und/ oder unerwünschte Wirkungen hin. | |
| Die nächsten Schritte | <ul style="list-style-type: none"> - Gibt Informationen zu weiterer geplanter Diagnostik und Therapie inkl. Termine, Rehabilitation etc. - Gibt Verhaltensempfehlungen (Hygiene, Wundpflege, Ernährung, Bewegung, Trinkmenge, Nikotin) und erklärt konkretes Vorgehen bei Komplikationen. | |
| Vermittlung von Hintergrundinformationen und patientenverständlicher Umgang mit Fachbegriffen (30%) | | 0-5 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Findet und nutzt im gesamten Text gute Entsprechungen für Fachwörter. - Erklärt schwierige Wörter und gibt angemessene Hintergrundinformationen. - Erklärt relevante anatomische und physiologische Zusammenhänge. - Nutzt nur allgemein geläufige Abkürzungen (z.B., ggf., EKG, MRT). | | |
| Patientenverständlicher Sprachstil, Lesbarkeit und Alltagssprache (30%) | | 0-5 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Spricht den*die Patient*in direkt an. - Formuliert vollständige, kurze und einfach aufgebaute Sätze. - Verwendet einfache Wörter aus der Alltagssprache. - Vermeidet gehobenen Sprachstil (wie z.B. Substantivierungen, Konjunktiv, Passiv, Präteritum). - Schreibt orthographisch und grammatikalisch korrekt. | | |
| Gesamtbewertung | | /100% |

Abbildung 22: Bewertungsbogen für den patientenverständlichen Bericht im stationären Setting

Bewertung des schriftlichen patientenverständlichen Berichtes für das ambulante Setting

| | | Punkte |
|--|--|---------------|
| Auswahl patientenrelevanter Inhalte und fachliche Korrektheit (40%) | | 0-5 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Wählt die für den*die Patient*in relevanten Informationen aus. - Gibt die Informationen fachlich korrekt wieder. | | |
| Beratungsanlass | <ul style="list-style-type: none"> - Erklärt den Beratungsanlass in wenigen Sätzen inkl. Beschwerden, bisheriger Diagnostik und Therapie. | |
| Ihre Krankengeschichte und Ihre weiteren Erkrankungen | <ul style="list-style-type: none"> - Beschreibt weitere wichtige Ergebnisse der Anamnese-Erhebung und der körperlichen Untersuchung. - Erklärt wichtige Nebendiagnosen und benennt Risikofaktoren. | |
| Ergebnis des Beratungsanlasses | <ul style="list-style-type: none"> - Erklärt schlüssig Ergebnis der durchgeführten Diagnostik und der vereinbarten Therapieziele. - Erläutert ggf. potentielle Komplikationen. | |
| Ihre Medikamente | <ul style="list-style-type: none"> - Erklärt jeweils die Indikation/ gewünschte Wirkung. - Erklärt das Einnahmeschema, gibt Einnahmehinweise. - Weist ggf. auf relevante Interaktionen und/ oder unerwünschte Wirkungen hin. | |
| Die nächsten Schritte | <ul style="list-style-type: none"> - Gibt Informationen zum weiteren Vorgehen (Kontrolltermine, Wiedervorstellung) und zu geplanten Untersuchungen - Gibt Verhaltensempfehlung (z.B. Hygiene, Wundpflege, Ernährung, Bewegung, Trinkmenge, Nikotin) und erklärt konkretes Vorgehen bei möglichen Komplikationen. | |
| Vermittlung von Hintergrundinformationen und patientenverständlicher Umgang mit Fachbegriffen (30%) | | 0-5 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Findet und nutzt im gesamten Text gute Entsprechungen für Fachwörter. - Erklärt schwierige Wörter und gibt angemessene Hintergrundinformationen. - Erklärt relevante anatomische und physiologische Zusammenhänge. - Nutzt nur allgemein geläufige Abkürzungen (z. B., ggf., EKG, MRT). | | |
| Patientenverständlicher schriftlicher Sprachstil, Lesbarkeit und Alltagssprache (30%) | | 0-5 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Spricht den*die Patient*in direkt an. - Formuliert ganze, kurze und einfach aufgebaute Sätze. - Verwendet einfache Wörter aus der Alltagssprache. - Vermeidet gehobenen Sprachstil (wie z.B. Substantivierungen, Konjunktiv, Passiv, Präteritum). - Schreibt orthographisch und grammatikalisch korrekt. | | |
| Gesamtbewertung | | /100% |

Abbildung 23: Bewertungsbogen für den patientenverständlichen Bericht im ambulanten Setting

6. AKTIONSPLAN: WIE SETZEN WIR ES UM?

Anknüpfend an den Referentenentwurf der neuen Approbationsordnung ist der **bundesweite Aufbau von STEX-Modellstationen und -praxen** geplant. Diese sollen Studierende im praktischen Jahr sowohl auf die **zukünftige M3-Staatsexamensprüfung als auch auf die anschließende Tätigkeit als Ärzt*innen vorbereiten**.

Auf den **STEX-Modellstationen und in den STEX-Modellpraxen** arbeiten Medizinstudierende mit Auszubildenden und Studierenden aus anderen Gesundheitsprofessionen in **interprofessionellen Teams weitestgehend eigenverantwortlich in der Patientenversorgung zusammen**. Regelmäßige Besprechungen und ständige Erreichbarkeit der Lernbegleitenden beugen Fehlern vor und sorgen dafür, dass die PJ-Studierenden Handlungen entsprechend ihrem Ausbildungsstand durchführen können. Im Kontakt mit **realen Patient*innen** auf den Stationen und in den Praxen können die Studierenden nicht nur ihre klinisch-praktischen Fertigkeiten vertiefen, sondern auch **kommunikative Kompetenzen**, wie zum Beispiel die **partizipative Entscheidungsfindung**, regelmäßig üben und sich so im Sinne des **Constructive Alignments** [48] für die **abschließende ärztliche Staatsexamensprüfung vorbereiten**.

Da sich die STEX-Modellstationen und -praxen an das Konzept der Interprofessionellen Ausbildungsstationen anschließen, wird überdies der systematische und strukturierte Erwerb **interdisziplinärer sowie interprofessioneller und intersektoraler Kompetenzen** gefördert. Mit Blick auf die Stärkung des **öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD)**, der dritten Säule des deutschen Gesundheitssystems, ist auch ein STEX-Modellgesundheitsamt geplant.

6.1 So nutzen wir das Praktische Jahr: Integration von patientenorientiertem Training und arbeitsplatzbasierten Prüfungen

Auf den STEX-Modellstationen und in den STEX-Modellpraxen haben **PJ-Studierende** für einen Monat die Möglichkeit unter anderem in Zusammenarbeit mit Auszubildenden und/oder Studierenden anderer Gesundheitsprofessionen

klinisch-praktische, kommunikative und interprofessionelle Kompetenzen zu erwerben und zu vertiefen. Dabei wird der Ansatz des **workplace-based Assessment** [84] verfolgt: Um den studentischen Lernprozess gezielt zu unterstützen, werden **arbeitsplatzbasierte formative Prüfungen** (wie Direct Observation of Procedural Skills (DOPS) und Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) [85]) genutzt, die sich nach den **Inhalten des kompetenzorientierten Gegenstandskataloges** richten. Diese Prüfungsformate sind besonders geeignet, um Studierenden **regelmäßige Rückmeldungen zum gegenwärtigen Stand ihrer Kompetenzen und deren Weiterentwicklung** zu geben.

Die arbeitsplatzbasierten Prüfungen sind angelehnt an die **neue M3-Staatsexamensprüfung** und erfassen neben klinisch-praktischen Fertigkeiten auch **Patientenorientierung, interprofessionelle Kompetenzen sowie Techniken der wissenschaftlichen Recherchearbeit in der realen Versorgungssituation**. Die Durchführung von Gesprächen sowohl im Team als auch mit Patient*innen sowie das Verfassen von Patientenberichten ist somit fester Bestandteil des PJs auf den STEX-Modellstationen und -praxen.

Wie können formative Überprüfungen in den klinischen Alltag integriert werden?

Für die erfolgreiche Durchführung der arbeitsplatzbasierten Prüfungen werden unter anderem die im Rahmen des Projektes erstellten **standardisierten Bewertungsbögen** vom IMPP für die formativen Prüfungen modifiziert und **zur Dokumentation des Kompetenzerwerbs** zur Verfügung gestellt. Studierende können die im Gegenstandskatalog des IMPP [86] vorgesehenen Kompetenzen mithilfe der formativen Prüfungen üben und werden somit ideal auf den letzten Teil der Staatsexamensprüfung sowie den Berufsbeginn vorbereitet.

So werden auch die **partizipative Entscheidungsfindung und die Erstellung von Patientenberichten auf den STEX-Modellstationen und in den STEX-Modellpraxen geübt**. Beispielsweise können Studierende im Rahmen eines DOPS [85], eine*n Patient*in bzgl. möglicher Therapieoptionen angemessen informieren und beraten. Dies können je nach Patientenfall unterschiedliche Therapieoptionen

STEX-Modellstationen

Ablauf

Beginn PJ

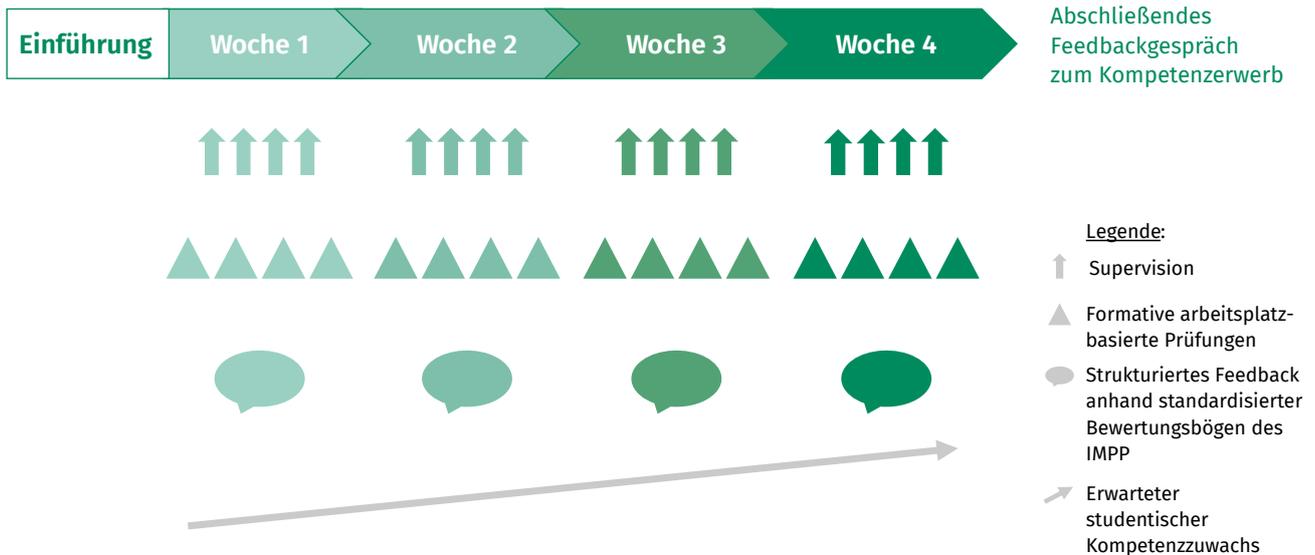


Abbildung 24: Organisation von Supervision, Überprüfungen und Feedback-Gesprächen auf einer STEX-Modellstation

sein; die Studierenden üben aber jeweils die patientenverständliche und -orientierte Kommunikation und erhalten hierzu **Feedback durch ihre Lernbegleitenden**.

Dies folgt dem Prinzip des **Constructive Alignments** [48]: **In der abschließenden M3-Staatsexamensprüfung können die erworbenen Kompetenzen dann in einer spezifischen OSCE-Prüfung zur partizipativen Entscheidungsfindung, beispielsweise bei verschiedenen Therapieoptionen wie beim Vorliegen einer Knie-Arthrose, überprüft werden.**

Abbildung 24 zeigt vereinfacht den Ablauf des PJs auf einer STEX-Modellstation. Geplant sind neben ständiger Supervision ca. **vier formative Überprüfungen pro Woche** durchzuführen. Dabei handelt es sich um arbeitsplatzbasierte Prüfungen an realen Patient*innen. Die **Lernbegleitenden**

geben den Studierenden im Anschluss an die **formativen Überprüfungen ein strukturiertes Feedback anhand der standardisierten Bewertungsbögen** des IMPP. Mithilfe dieses Feedbacks können die Studierenden ihr **Kompetenzniveau** besser einschätzen sowie gezielt an ihren Stärken und Schwächen arbeiten.

6.2 Entwicklung und Validierung von Prüfungsinhalten und -standards für die neue M3-Staatsexamensprüfung

Die praxisnahe Durchführung erlaubt einerseits eine **Überprüfung der Umsetzbarkeit auf den Stationen und in den Praxen** sowie andererseits eine **inhaltliche Validierung** im Rahmen der Entwicklung der neuen mündlich-praktischen

Prüfungsaufgaben insbesondere bezüglich ihrer **Relevanz im klinischen Alltag**.

Zudem ermöglichen die Modellstandorte Einblicke in die Arbeitswelt, wie sie sich für PJ-Studierende sowie für Berufsanfänger*innen unmittelbar nach dem Medizinstudium präsentiert. Es wird eine sichere Umgebung geschaffen, in der besondere Herausforderungen im Team offen thematisiert werden können. Darüber hinaus ermöglicht das **studentische Fehlermeldeportal „S.H.I.T. happens“** [87] die anonymisierte Meldung von Fehlern und auch Beinahe-Fehlern in der Patientenversorgung sowie deren Analyse durch eine Fachgruppe. Durch Feedback an die Meldenden wird der Lernprozess zusätzlich unterstützt. Auf den STEX-Modellstationen und -praxen soll dieses **studentische CIRS** (Critical Incident Reporting System) außerdem genutzt werden, um **häufig auftretende herausfordernde Situationen im klinischen Alltag als potentielle Themen für Staatsexamensprüfungen zu erfassen**. Indem solche Fehlerquellen als **Prüfgegenstände** in die Staatsexamina aufgenommen und damit intensiver geübt werden, können diese in der Praxis zukünftig eher vermieden und so die **Patientensicherheit** nachhaltig gestärkt werden.

Die STEX-Modellstationen, -praxen sowie das -gesundheitsamt sind demnach auch für die adäquate Vorbereitung und reibungslose Durchführung der neuen M3-Staatsexamensprüfung eine wichtige Informationsquelle. Beispielsweise werden Rückmeldungen zu den Bewertungsbögen, Prüfungsformen und Settings mithilfe **regelmäßiger Evaluationen** gesammelt und für **Prüferschulungen** aufbereitet. Die Erkenntnisse aus der Praxis unterstützen dann den Aufbau und die Arbeit eines **STEX-Trainingsnetzwerks**, das die **Prüfer*innen auf die neue M3-Staatsexamensprüfung vorbereitet**. Zusätzlich können die Standards für das neue Staatsexamen validiert werden, um der Studienrealität sowohl der **Pflicht- als auch Wahlfächer** zu entsprechen.

Die STEX-Modellstationen, -praxen und das -gesundheitsamt bieten somit ein **praxisnahes System zur Entwicklung, Testung und Evaluation der neuen M3-Staatsexamina** mit den neuen kompetenzorientierten Inhalten wie der klinischen und partizipativen Entscheidungsfindung, dem evidenzbasierten Patientenbericht sowie dem patientenverständlichen Bericht für die Patienten und Patientinnen.



Abbildung 25: Erstes IMAGINE-Netzwerktreffen, Januar 2019

6.3 Die STEX-Modellstationen und -praxen im IMAGINE-Netzwerk

Zur Stärkung der werte- und patientenorientierten Medizin im Gesundheitswesen wurde am IMPP das IMAGINE-Netzwerk gegründet. IMAGINE steht für Interprofessionelle und intersektorale medizinische Versorgung aktiv und gemeinsam implementieren sowie mittels Netzwerk verbessern und evaluieren. In einem Teilprojekt von IMAGINE sollen **ideale Ausbildungsbedingungen für das praktische Jahr (PJ)** geschaffen werden mit dem Ziel, die **Prüfungsinhalte und -standards** der neuen mündlich-praktischen M3-Staatsexamensprüfung im stationären und ambulanten Setting **zu entwickeln und zu validieren**. Durch die Ausrichtung der zukünftigen Prüfungen an einer idealen Patientenversorgung kann auch die **zukünftige Versorgung** positiv verändert werden („transformative Assessments“ [88]).

Die STEX-Modellstationen und -praxen sowie ein STEX-Modellgesundheitsamt sind Teil des IMAGINE-Netzwerkes und können hierbei vom **regelmäßigen Austausch** mit den Partner*innen profitieren. Zudem können sie aktiv an der **Neugestaltung des Medizinstudiums** gemäß der Novelisierung der Approbationsordnung mitwirken, indem sie beispielsweise an der Entwicklung der standardisierten Bewertungsbögen für formative Prüfungen mitwirken und praxisnahe Prüfungsthemen für die abschließende M3-STEX-Prüfung sammeln.

7. LITERATUR

1. www.bmbf.de/files/2017-03-31_Masterplan%20Beschlusstext.pdf (accessed March 26, 2021).
2. Bundesministerium für Gesundheit. Referentenentwurf: Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung.
3. Abkommen über die Errichtung und Finanzierung des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen: BayRS III; 1970.
4. www.aerzteblatt.de/nachrichten/107829/Entwurf-fuer-neue-aerztliche-Approbationsordnung-vorgelegt.
5. Schaeffer D, Berens EM, Vogt D. Health literacy in the German population: results of a representative survey. *Deutsches Ärzteblatt international*. 2017;114(4):53–60.
6. Stahl, K., Nadj-Kittler, M. Vertrauen braucht gute Verständigung. Erfolgreiche Kommunikation mit Kindern, Eltern und erwachsenen Patienten: Picker Report 2016; 2016.
7. Bieber C, Gschwendtner K, Müller N, Eich W. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) - Patient und Arzt als Team. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 2016;66(5):195–207. DOI: 10.1055/s-0042-105277.
8. Scheibler F, Schwantes U, Kampmann M, Pfaff H. Shared decision-making. *G+G Wissenschaft (AOK)*. 2005;5(1):23–31.
9. Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *British Journal of General Practice*; 1999(49):477–82.
10. Jünger J. *Ärztliche Kommunikation Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020*. Stuttgart: Klett-Cotta; 2018.
11. Härter M. Shared decision making - from the point of view of patients, physicians and health politics is set in place. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich*;2004(98):89–92.
12. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared Decision-Making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes atleast two to tango). *Soc Sci Med*. 1997;44(5):681–92.
13. Bechmann S. Arztbriefe –Was will mir mein Kollege damit sagen? *Dtsch Med Wochenschr*. 2017(142):1398–400.
14. Hengesbach S, Hinkelbein J, Genzwürker H, Neuhaus C, Kollrack Y, Knauß A. *Checkliste Medical Skills*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2019.
15. Adam H, Niebling W-B, Schott G. Die Informationen zur Arzneimitteltherapie im Arztbrief: Was erwarten Hausärzte? *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946). 2015;140(8):e74–9. DOI: 10.1055/s-0041-101401.
16. www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassmanagement.html (accessed October 1, 2020).
17. Piepenhagen G, Röhrig B, Eirund W, Roth-Sackenheim C, Steffens M. Die Bedeutung qualitativ hochwertiger Entlassbriefe: Eine empirische Untersuchung. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. 2020. DOI: 10.1055/a-1173-9771.
18. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG). *Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V*; 2019.
19. Williams H, Edwards A, Hibbert P, Rees P, Prosser Evans H, Panesar S, et al. Harms from discharge to primary care: Mixed methods analysis of incident reports. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2015;65(641):e829–37. DOI: 10.3399/bjgp15X687877.

20. Hesselink G, Zegers M, Vernooij-Dassen M, Barach P, Kalkman C, Flink M, et al. Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping. *BMC health services research*. 2014;14:389. DOI: 10.1186/1472-6963-14-389.
21. Pinelli VA, Papp KK, Gonzalo JD. Interprofessional Communication Patterns During Patient Discharges: A Social Network Analysis. *Journal of general internal medicine*. 2015;30(9):1299–306. DOI: 10.1007/s11606-015-3415-2.
22. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praevention/Infoblatt_Patientenrechte.pdf (accessed November 16, 2020).
23. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *Journal of the American Medical Association*. 2007;297(8):831–41.
24. Rubin DT, Ulitsky A, Poston J, Day R, Huo D. What is the most effective way to communicate results after endoscopy? *Gastrointestinal endoscopy*. 2007;66(1):108–12. DOI: 10.1016/j.gie.2006.12.056.
25. Davis CD, Fredrickson DD, Arnold C, Murphy P.W., Herbst M, Bocchini J.A. A polio immunization pamphlet with increased appeal and simplified language does not improve comprehension to an acceptable level. *Patient education and counseling*. 1998;33(1):25–37.
26. Roberts HJ, Zhang D, Earp BE, Blazar P, Dyer GSM. Patient self-reported utility of hand surgery online patient education materials. *Musculoskeletal care*. 2018;16(4):458–62. DOI: 10.1002/msc.1360.
27. Schumaier AP, Kakazu R, Minoughan CE, Grawe BM. Readability assessment of American Shoulder and Elbow Surgeons patient brochures with suggestions for improvement. *JSES open access*. 2018;2(2):150–54. DOI: 10.1016/j.jses.2018.02.003.
28. Patientenbriefe wirken.: Ergebnisbericht zum Projekt „Mehr Gesundheitskompetenz durch Patientenbriefe“: Was hab' ich?
29. Bittner A, Bittner J, Jonietz A, Dybowski C, Harendza S. Translating medical documents improves students' communication skills in simulated physician-patient encounters. *BMC medical education*. 2016;16:72. DOI: 10.1186/s12909-016-0594-4.
30. Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan JM, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80. Available from: www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80.
31. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*. 2011;155(2):97. DOI: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
32. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: A systematic review. *International journal of public health*. 2009;54(5):313–24. DOI: 10.1007/s00038-009-0058-2.
33. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med*. 2005;165(17):1946–52. DOI: 10.1001/archinte.165.17.1946.
34. Frileux S. The impact of the preventive medical message on intention to change behavior. *Patient education and counseling*. 2004;52(1):79–88. DOI: 10.1016/S0738-3991(03)00003-X.
35. General Medical Council. Outcome for graduates; 2018.

36. Liaison Committee on Medical Education (LCME). Functions and Structure of a Medical School: Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the MD Degree; 2018.
37. Rademakers JJDJM, Rooy N de, Cate OTJ ten. Senior medical students' appraisal of CanMEDS competencies. *Medical education*. 2007;41(10):990–94. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2007.02842.x.
38. Jilg S, Möltner A, Berberat P, Fischer MR, Breckwoldt J. How do Supervising Clinicians of a University Hospital and Associated Teaching Hospitals Rate the Relevance of the Key Competencies within the CanMEDS Roles Framework in Respect to Teaching in Clinical Clerkships? *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*. 2015;32(3):Doc33. DOI: 10.3205/zma000975.
39. Hasman A, Coulter A, Askham J. Education for partnership: Developments in medical education. Oxford: Picker Institute Europe; 2006.
40. www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html (accessed January 20, 2021).
41. Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM). Berlin; 2015.
42. Richter-Kuhlmann E. Lernzielkatalog Medizin: Mehr als Faktenwissen. *Deutsches Ärzteblatt*. 2015(112). Available from: www.aerzteblatt.de/archiv/171592/Lernzielkatalog-Medizin-Mehr-als-Faktenwissen.
43. www.bmbf.de/files/2017-03-31_Masterplan%20Beschlusstext.pdf (accessed March 26, 2021).
44. Hinding B, Gornostayeva M, Lux R, Brünahl C, Buggenhagen H, Gronewold N, et al. Kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten: Leitfaden zur Implementierung des nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation in der Medizin. Mainz; 2020.
45. Landesgesetz zu dem Abkommen über die Errichtung und Finanzierung des Instituts für medizinische Prüfungsfragen Vom 24. Februar 1971: *MedPrAbkG RP*; 1971.
46. medizinische-fakultaeten.de/medien/presse/presseerklaerung-zur-gemeinsamen-entwicklung-von-nklm-und-gk (accessed October 15, 2020).
47. Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP). 1. Kompetenzorientierter Gegenstandskatalog Medizin. 1 ed.; 2020.
48. Jünger J. Kompetenzorientiert prüfen im Staatsexamen Medizin. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2018;61(2):171–77. DOI: 10.1007/s00103-017-2668-9.
49. Consortium of the Health Communication Training for Health Professionals Project. Health Communication Training for Health Professionals: State of the Art Report on „Communication Training for Health Professionals“; 2017.
50. Härter M, Müller H, Dirmaier J, Donner-Banzhoff N, Bieber C, Eich W. Patient participation and shared decision making in Germany - history, agents and current transfer to practice. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2011;105(4):263–70. DOI: 10.1016/j.zefq.2011.04.002.
51. Klöpfer, C., Spieser, A., Weis, J. Ist-Analyse der Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in der ärztlichen und pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung.: Nationaler Krebsplan. Handlungsfeld 4, Ziel 12a. Freiburg: Klinik für Tumorbiologie Freiburg; 2012.
52. Jünger J, Weiss C, Fellmer-Drüg E, Semrau J. Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen im Arztberuf am Beispiel der Onkologie. *Forum*. 2016;31(6):473–78. DOI: 10.1007/s12312-016-0162-1.
53. Jünger J, Mutschler A, Kröll K, Weiss C, Fellmer-Drüg E, Köllner V. Ärztliche Gesprächsführung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung. Das Nationale longitudinale Mustercurriculum Kommunikation. *Medizinische Welt*. 2015;66(4):189–92.

54. Jünger J. Sachbericht zum Projekt: Kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten in der Onkologie – Entwicklung eines longitudinalen, onkologischen Mustercurriculums Kommunikation auf Basis der Umsetzungsempfehlungen des Nationalen Krebsplans.
55. Nikendei C, Jünger J. OSCE - praktische Tipps zur Implementierung einer klinisch-praktischen Prüfung. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*. 2006;23(3):54–61.
56. Härter M, Moumjid N, Cornuz J, Elwyn G, van der Weijden T. Shared decision making in 2017: International accomplishments in policy, research and implementation. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2017;123-124:1–5. DOI: 10.1016/j.zefq.2017.05.024.
57. www.choosingwisely.org/our-mission (accessed October 1, 2020).
58. choosingwiselycanada.org/about (accessed October 15, 2020).
59. choosingwiselycanada.org/campaign/more-is-not-always-better (accessed October 15, 2020).
60. choosingwiselycanada.org/perspective/stars-further-reading (accessed October 15, 2020).
61. Born KB, Moriates C, Valencia V, Kerssens M, Wong BM. Learners as Leaders: A Global Groundswell of Students Leading Choosing Wisely Initiatives in Medical Education. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2019;94(11):1699–703. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002868.
62. Statistisches Bundesamt. Gesundheitsausgaben im Jahr 2018 um 4 % gestiegen: Im Jahr 2019 werden die Gesundheitsausgaben 400 Milliarden Euro übersteigen. Nr. 164. Wiesbaden; 2020.
63. OECD. Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2019: OECD Publishing.
64. Bertelsmann-Stiftung. Überversorgung: Überflüssige medizinische Leistungen können Patienten schaden. *Spotlight*; 2019.
65. www.awmf.org/medizin-versorgung/gemeinsam-klug-entscheiden.html (accessed April 23, 2020).
66. AWMF startet Initiative „Gemeinsam Klug Entscheiden“ – Mehr Information, bessere Versorgung; 2015.
67. Ortmann O, Follmann M, Wesselmann S. Onkologische Versorgungsstrukturen in Deutschland als Vorreiter – können Leitlinien und Zentrenbildung Übertherapie verhindern? *Forum*. 2019;34(4):336–40. DOI: 10.1007/s12312-019-0644-z.
68. Eckert N. Choosing Wisely – Wege aus der Überversorgung. *Deutsches Ärzteblatt*. 2019;116(46):2130–32. Available from: www.aerzteblatt.de/archiv/210900/Choosing-Wisely-Wege-aus-der-Ueberversorgung#artikel.
69. Association of American Medical Colleges (AAMC). Core Entrustable Professional Activities for entering Residency.: Toolkits for the 13 Core EPAs; 2017.
70. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010;376(9756):1923–58. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
71. Selgert L, Samigullin A, Lux R, Gornostayeva M, Hinding B, Schlasius-Ratter U, et al. Weiterentwicklung des medizinischen Staatsexamens in Deutschland: Prüfung am Patienten. *Interprofessionelle Lehre. Gemeinsame Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA), des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin (AKWLZ) und der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Lehre (CAL)*. Düsseldorf; 2019.
72. Post, Jonietz, Selgert, Lux, Mihaljevic, Jünger. Entwicklung, Testung und Validierung eines Bewertungsbogens zur Beurteilung laienverständlicher Patientenbriefe. In: *German Medical Science* GMS Publishing House.

73. www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/ll-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-stufenklassifikation/klassifikation-s3.html (accessed November 30, 2020).
74. www.leitlinien.de/nvl (accessed November 30, 2020).
75. Hinding B, Brünahl C, Deis N, Hollinderbäumer A, Reschke K, Jünger J. Entwicklung von OSCE-Stationen zu Motivational Interviewing, Risikokommunikation und partizipativer Entscheidungsfindung. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Wien; 2018.
76. Lenz M, Buhse S, Kasper J, Kupfer R, Richter T, Mühlhauser I. Decision aids for patients. *Deutsches Arzteblatt international*. 2012;109(22-23):401–08. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0401.
77. www.cochrane.de/de/ebm (accessed November 18, 2020).
78. Köstner C, Wienand S, Deis N, Samigullin A. Entwicklung eines standardisierten Bewertungsbogens zur Beurteilung des schriftlichen Patientenberichtes im Staatsexamen. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Wien; 2018.
79. Demmer, Selgert, Altiner, Baum, Becker, Schmittziel, Streitlein-Böhme, Michiels-Corsten, Zutz, Hummers, Jünger. Machbarkeitsuntersuchungen zur Implementierung eines bundeseinheitlichen medizinischen Staatsexamens in der allgemeinmedizinischen Praxis. *GMS journal for medical education*; 2021; 38(5):Doc96.
80. Noordman J, van Vliet L, Kaunang M, van den Muijsenbergh M, Boland G, van Dulmen S. Towards appropriate information provision for and decision-making with patients with limited health literacy in hospital-based palliative care in Western countries: A scoping review into available communication strategies and tools for healthcare providers. *BMC palliative care*. 2019;18(1):37. DOI: 10.1186/s12904-019-0421-x.
81. Netzwerk Leichte Sprache. Die Regeln für Leichte Sprache; 2013.
82. Bredel M. Duden Leichte Sprache: Theoretische Grundlagen, Orientierung für die Praxis. Berlin: Dudenverlag; 2016.
83. Selgert L, Bender B, Hinding B, Federmann A, Mihaljevic A, Post R, Jonietz A, Norcini J, Tekian A, Jünger J. Development, testing and generalizability of a standardized evaluation form for the assessment of patient-directed reports in the new final medical licensing examination in Germany. *GMS journal for medical education*. 2021; 38(3):Doc71.
84. Norcini, J. & Burch, V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Medical teacher*. 2007(29):855–71.
85. Lehmann, M., Timbill, S. Bewertungsmethoden in der Medizin - Ein Überblick über verschiedene Formate.
86. Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP). IMPP-Gegenstandskatalog (IMPP-GK 2) für den schriftlichen Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung. 5 ed.; 2019.
87. www.impp.de/informationen/studentisches-cirs.html (accessed November 13, 2020).
88. Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes. Washington, D.C: National Academies Press; 2015.

