

# Konsultationskompetenz als Element in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Deutschland – eine qualitative Befragung

## *Consultation skills training as an element of general practice training in Germany – a qualitative survey*

Christine Nittritz, Susann Schaffer, Thomas Kühlein, Marco Roos\*

Allgemeinmedizinisches Institut, Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland

### Z U S A M M E N F A S S U N G

**Einleitung:** Die Konsultation ist der Mittelpunkt hausärztlichen Arbeitens. In ihr findet der Austausch vom Patienten mit seinem Arzt statt. Dafür benötigen Ärzte verschiedene Kompetenzen, die international in Kompetenzmodellen für die Aus- und Weiterbildung beschrieben sind. Für Deutschland sind aktuell keine spezifischen Weiterbildungsprogramme vorhanden. Mit dieser Studie berichten wir Aussagen von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) und weiterbildungsbefugten Ärzten (WB) zur aktuellen Wahrnehmung von Konsultationskompetenzen als Element in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Deutschland.

**Methodik:** Es wurde ein qualitativ, explorierender Ansatz mit Leitfaden-gestützten Fokusgruppen-Interviews mit ÄiW und WB durchgeführt. Die Teilnehmer wurden über den Emailverteiler der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADE) und der Lehrärzte der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg rekrutiert. Es fanden insgesamt vier Fokusgruppen mit je drei bis fünf Teilnehmern im Umfang von 25-65 Minuten statt. Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet wörtlich transkribiert, anonymisiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die Aussagen von zehn ÄiW und fünf WB bildeten sich in einem Kategoriensystem mit vier Hauptkategorien ab: (a) Assoziationen zum Begriff Konsultation, (b) Elemente einer Konsultation, (c) Kompetenzen, die in der Konsultation benötigt werden und (d) Konsultation in der Weiterbildung. Insgesamt wurde die Konsultation als zentrales Element der allgemeinmedizinischen Praxis eingeschätzt. Als wichtige Elemente der Konsultation wurden der Beziehungsaufbau zwischen Arzt und Patient, der Ablauf mit Informationsgewinnung, körperlicher Untersuchung und gemeinsamer Planung des weiteren Vorgehens genannt. Aus Sicht der Teilnehmer bedarf es dafür unterschiedlicher Kompetenzen wie medizinisches Fachwissen, Kommunikationsfähigkeit, praktische Fertigkeiten und Professionalität. Es wurde festgestellt, dass die Entwicklung von Konsultationskompetenz bisher nicht regelhaft in der Weiterbildung gefördert wird. Die große Mehrheit sah hier die Notwendigkeit einer Änderung.

**Schlussfolgerung:** Bisher findet in der Weiterbildung Allgemeinmedizin allenfalls eine rudimentäre Entwicklung von Konsultationskompetenz statt. Es fehlt an einer strukturierten Auseinandersetzung mit der Konsultation als zentralen Weiterbildungsinhalt in der Allgemeinmedizin. Die ÄiW sehen den dringenden Bedarf, ihre eigenen Konsultationskompetenzen zu entwickeln und wünschen sich dabei mehr Unterstützung. Die WB erkennen ebenfalls die Notwendigkeit zur Unterstützung der ÄiW, fühlen sich jedoch inhaltlich und didaktisch nicht für diese Aufgabe qualifiziert. Mit dem „Kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin“ durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und den damit verbundenen didaktischen Hilfsmitteln ist ein Bezugsrahmen zur Unterstützung bereitgestellt.

\* Korrespondenzadresse: Dr. med. Marco Roos, Allgemeinmedizinisches Institut, Universitätsklinikum Erlangen, Universitätsstraße 29, 91054 Erlangen, Deutschland.  
E-mail: [marco.roos@uk-erlangen.de](mailto:marco.roos@uk-erlangen.de) (M. Roos).

## A B S T R A C T

**Introduction:** The consultation is at the heart of general practice. It is the central setting through which primary care is delivered. The competency requirements are laid down internationally by competency-based curricula for undergraduate and postgraduate education. So far, there is no competency-based vocational training to develop consultation skills in general practice in Germany. The study describes experiences with consultation skills training as an element of general practice training as reported by trainees and trainers in Germany.

**Methods:** A qualitative and exploring approach was chosen because there is little experience with the German situation. We conducted structured focus group interviews with trainees and trainers, respectively. We recruited all participants by e-mail via the mail distributor „Junge Allgemeinmedizin Deutschland“ (JADE, a trainee and junior GP organization) and the academic teachers of the Friedrich-Alexander University Erlangen-Nürnberg. Altogether, four focus group interviews with three to five participants were conducted, varying in length from 25 to 65 minutes. All interviews were recorded digitally and transcribed verbatim. Then a qualitative content analysis was performed.

**Results:** The statements of the ten trainees and five trainers mapped a system of four main categories: (a) association with the term consultation, (b) parts of a consultation, (c) competencies required for professional practice, (d) consultation skills training as an element of vocational training. Overall, all participants regarded the consultation as the most important element in general practice. Important content of consultations is to build a relationship with the patient, gather information, conduct physical examinations and achieve informed consent on further proceedings. All participants agreed that physicians need different sets of competencies: medical expertise, communication skills, examination skills and professionalism. Finally, there was a broad consensus that a competency-based general practice training to support the development of consultation skills is lacking in Germany. The majority acknowledged the need for change.

**Conclusion:** So far, the consultation skills development within the general practice training in Germany is regarded as deficient. Both trainees and trainers have stressed the importance of change in vocational training. With the new competency-based curriculum for general practice in Germany and the associated development of supporting tools important prerequisites have been provided.

## Einleitung

Die Konsultation beim Hausarzt ist das Herzstück der Allgemeinmedizin. Sie ist der Mittelpunkt hausärztlichen Arbeitens. In ihr findet der Austausch zwischen Patienten und ihren Ärzten statt. Die Konsultation beinhaltet dabei mehr als das reine Austauschen von medizinisch relevanten Informationen. Vielmehr gibt sie den Rahmen, den Patienten als Individuum in seinem bio-psycho-sozialen-Umfeld zu betrachten [1]. Deshalb gehören medizinische Fragen zu Gesundheit und Krankheit genauso zu einer guten Konsultation wie auch die persönlichen Sorgen und subjektiven Einstellungen der Patienten. In der Konsultation wird Vertrauen geschaffen und eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung aufgebaut [2]. In ihr findet eine größtmögliche Beteiligung von Patienten an medizinische Entscheidungsprozessen, die partizipative Entscheidungsfindung, statt [3].

Von Ärzten wird erwartet, dass sie in der Lage sind, Konsultationen durchzuführen. Die dafür benötigten Kompetenzen werden dabei häufig zu Unrecht auf Kommunikationskompetenz reduziert. Dabei vereinigen sich in der Fähigkeit, eine gute Konsultation durchzuführen, ganz unterschiedliche Kompetenzen. Neben der bereits angesprochenen Kommunikationskompetenz gehört dazu ebenfalls medizinische Expertise wie beispielsweise das Grundverständnis der Besonderheiten vom Arbeiten im Niedrigprävalenzbereich und der damit verbundenen eingeschränkten Aussagekraft von diagnostischen Tests [4]. Es benötigt auch Kenntnisse zu den Rahmenbedingungen und Bürokratien des Gesundheitssystems ebenso wie eine ethisch-moralische Haltung [5]. In der guten Konsultation vereinen sich also Kompetenzen aus vielen Kompetenzfeldern.

Um zukünftige Ärztinnen und Ärzte auf diese Anforderungen vorzubereiten, haben in den letzten Jahrzehnten unterschiedliche Kompetenzmodelle in die Aus- und Weiterbildung Einzug gehalten. Weit verbreitet ist das CanMED Modell aus Canada. In diesem werden sieben Kompetenzfelder beschrieben: Medizinische Expertise,

Kommunikation, Management, Vertretung des Patienten, Lernen und Lehren, Zusammenarbeit und Professionalität [6,7]. In vielen europäischen Ländern, wie beispielsweise den Niederlanden oder England, sind seit langem Weiterbildungsprogramme mit spezifischen Inhalten zur Entwicklung von Konsultationskompetenzen eingeführt. Wichtige Merkmale solcher Weiterbildungsprogramme sind vor allem die gelebte Weiterbildungskultur. Hier nehmen sich sowohl weiterbildungsbefugte Ärzte aber auch Ärzte in Weiterbildung in die Verantwortung, wissenschaftlich begründeter Inhalte der eigenen Fachgesellschaften (wie Leitlinien) als Basis für ihr Handeln zu akzeptieren [8]. Zusätzlich werden Instrumente (wie Beobachtungsbögen oder Videoanalysen) zur Kompetenzentwicklung in der Praxis eingesetzt und evaluiert [9–11]. Nicht zuletzt werden die zur Weiterbildung befugten Ärzte qualifiziert und für ihre Rolle als Weiterbilder vorbereitet [12].

Auch für Deutschland liegen mit dem „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin“ (NKLM) [13,14] für die Ausbildung und dem „Kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin“ (KCA) [15] für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin Kompetenzmodelle vor. Beide orientieren sich am Kompetenzmodell der CanMEDs. In diesen Curricula werden unter anderem Kompetenzen und Lernziele zur Durchführung einer Konsultation definiert. Jedoch fehlt es in Deutschland bisher an einer regelhaften Umsetzung in spezifische Weiterbildungsprogramme.

Vor dem Hintergrund der nationalen Entwicklungen zur kompetenzbasierten Aus- und Weiterbildung war das Ziel dieser Studie, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) sowie weiterbildungsbefugte Ärzte (WB) nach ihren persönlichen Erfahrungen zur Entwicklung von Konsultationskompetenz in der Weiterbildung zu befragen. Die Ergebnisse sollten einen Eindruck darüber geben, wie die Weiterbildung in der Praxis gelebt und erlebt wird. Darüber hinaus sollte exploriert werden, wie die Kompetenzentwicklung gefördert wird und welche Hemmnisse in der täglichen Praxis bestehen.

## Methodik

Da für Deutschland bisher nur wenig Erkenntnisse zur Entwicklung von Konsultationskompetenz in der Weiterbildung vorliegen, wurde ein qualitativ, explorierender Ansatz gewählt. Es wurden Leitfaden-gestützte Fokusgruppen-Interviews mit ÄiW und WB durchgeführt. Wir trennten die teilnehmenden ÄiW und WB, so dass die Fokusgruppen-Interviews nur aus Teilnehmenden der jeweiligen Gruppe bestanden. Damit erhielten die Befragten die Möglichkeit, sich in einem geschützten Rahmen kritisch mit dem Thema auseinanderzusetzen. Den Teilnehmenden wurde durch eine offene Gesprächsführung ein möglichst großer Freiraum geschaffen, eigene Erfahrungen und Einstellungen darzustellen sowie neue Ideen zur Verbesserung zu entwickeln. Ein Leitfaden mit zentralen und offen formulierten Fragen diente zur Anregung der Diskussion. Der Leitfaden kann bei den Autoren angefragt werden.

### Leitfadenentwicklung

Auf Basis einer Literaturrecherche zum Thema Konsultationskompetenzen wurden Interviewfragen abgeleitet: (a) Was assoziieren Sie mit dem Begriff Konsultation? (b) Bitte versuchen Sie zu abstrahieren, welche Kompetenzen für eine erfolgreiche Konsultation nötig sind. (c) Wie unterstützen Sie ÄiW beziehungsweise wie werden Sie durch ihre/ihren WB unterstützt, diese Kompetenzen zu entwickeln? (d) Wie könnten unterstützende Angebote in der Weiterbildung aussehen, um die Konsultationskompetenz zu verbessern? (e) Was verhindert eine „gute Konsultation“ im Praxisalltag? Der Leitfaden wurde in einem Probeinterview mit einer Fachärztin für Allgemeinmedizin pilotiert und auf Verständlichkeit geprüft.

### Rekrutierung und Stichprobenbeschreibung

Die Teilnehmer wurden über zwei Emailverteiler rekrutiert. Die ÄiW wurden über einen lokalen Emailverteiler der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADE) angeschrieben. Die Einladung wurde an 276 ÄiW in ganz Bayern versandt. Es wurden zwei Erinnerungen im Abstand von zwei Wochen versandt. Die WB wurden über den Emailverteiler der Lehrärzte der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg (n=96) rekrutiert (Erinnerungsmail nach 2 Wochen). Auswahlkriterium für die ÄiW war das Absolvieren eines ambulanten Weiterbildungsabschnitts in einer allgemeinmedizinischen Praxis. Die Weiterbilder sollten bereits Erfahrung mit mindestens einem ÄiW in der Vergangenheit gehabt haben.

Es fanden vier Fokusgruppen-Interviews mit insgesamt 15 Teilnehmenden statt. Eine Fokusgruppe bestand aus fünf erfahrenen WB. Zwei Fokusgruppen wurden mit ÄiW durchgeführt. Eine Fokusgruppe bestand aus jungen Fachärztinnen für Allgemeinmedizin, deren Weiterbildungszeit maximal zwei Jahre zurücklag. Die Aussagen dieser Gruppe wurden der Gruppe der ÄiW zugerechnet.

### Datengewinnung

Es wurden vier Leitfaden-gestützte und somit semistrukturierte Fokusgruppen mit je drei bis fünf Teilnehmern im Umfang von 25-65 Minuten durchgeführt. Die Gespräche fanden in ungestörter Umgebung statt. Neben den Leitfragen wurden spontan weitere Fragen gestellt, um eine Differenzierung der Einzelmeinungen und eine inhaltliche Tiefe zu fördern. Erkenntnisse aus vorangegangenen Fokusgruppen wurden in den folgenden Fokusgruppen zur Diskussionsanregung benutzt. Jedes Gruppengespräch wurde von einer Interviewerin (CN) geleitet und einem protokollierenden Beobachter (dreimal MR und einmal SS) begleitet. Alle

Fokusgruppen-Interviews wurden nach vorher erteiltem Einverständnis in Ton und Bild digital aufgezeichnet.

### Datenauswertung

Die Fokusgruppen-Mitschnitte wurden wörtlich transkribiert, anonymisiert und mit Hilfe des Softwareprogramms ATLAS.ti analysiert [16]. Die inhaltliche Auswertung des Textmaterials wurde gemäß den methodischen Empfehlungen von Mayring durchgeführt [17]. Zunächst erfolgte die deduktive, vorläufige Bildung eines Kategoriensystems gemäß der im Leitfaden vorgegebenen Hauptkriterien. Anschließend wurde das Transkript der ersten Fokusgruppe unabhängig voneinander durch zwei Autoren (CN, Doktorandin und MR, Arzt und Wissenschaftler) induktiv auf das Kategoriensystem hin kodiert. Das Kategoriensystem wurde dabei durch sinnvolles Zusammenfassen von Codes zu Unterkategorien ergänzt. In einer Konsensrunde (CN, MR und SS, Psychologin und Wissenschaftlerin) wurden die beiden (Unter-)Kategoriensysteme verglichen, diskutiert und ein gemeinsames Kategoriensystem festgelegt. Die weiteren drei Transkripte wurden anschließend auf das Kategoriensystem hin kodiert [18]. Wenn nötig, sollte das Kategoriensystem ergänzt und abgestimmt werden. Die Codes aus den weiteren Transkripten konnten zwanglos dem Kategoriensystem zugeordnet werden. Aufgrund des geringen Informationsgewinns aus den vier Transkripten wurde auf eine weitere Rekrutierung verzichtet. Die Aussagen werden gemäß den Kriterien zum Berichten von qualitativen Studien dargestellt [19].

## Ergebnisse

Basierend auf den Aussagen aus vier Fokusgruppen ergaben sich vier Hauptkategorien: (a) Assoziationen zum Begriff Konsultation, (b) Elemente einer Konsultation, (c) Kompetenzen, die in der Konsultation benötigt werden und (d) Konsultation in der Weiterbildung. Haupt- und Unterkategorien sind in [Tabelle 2](#) dargestellt. Eine Beschreibung der Teilnehmer ist in [Tabelle 1](#) dargestellt.

### Assoziationen zu dem Begriff Konsultation

Alle Studienteilnehmer waren sich einig darüber, dass die Begegnung zwischen Arzt und Patient das Herzstück allgemeinmedizinischer Arbeit darstellt. In der Konsultation findet der größte Teil der hausärztlichen Patientenversorgung statt.

„Das ist eigentlich [. . .] das wesentliche Arbeitsmerkmal [des Hausarztes, Anm. der Autoren].“

**Tabelle 1**  
Eigenschaften der Teilnehmer.

	Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW)	Weiterbildungsbefugte Ärztinnen und Ärzte (WB)
	Geschlecht	Geschlecht
Anzahl		
weiblich	8*	2
männlich	2	3
	Zeit in der Weiterbildung in Jahren	Erfahrung als WB (in Jahren)
Mittelwert [Spanne]	4 [3-5]	10 [1-25]
	Weiterbildungszeit in einer Praxis AM in Monaten	Anzahl der weitergebildeten ÄiW
Mittelwert [Spanne]	17 [6-24]	3 [3-20]

\* 3 der 8 weiblichen ÄiW waren junge Fachärztinnen für Allgemeinmedizin mit max. 2 Jahren Abstand zur Facharztanerkennung

**Tabelle 2**  
Kategoriensystem zur Wahrnehmung von Konsultationskompetenzen in der Weiterbildung.

Haupt- und Unterkategorien	Beispielhafte Originalzitate aus den Interviews
<b>1. Assoziationen zu dem Begriff Konsultation</b>	
Arbeitsmerkmal (9 Nennungen)	„... Basis unseres Arbeitens.“ „Das ist eigentlich [...] das wesentliche Arbeitsmerkmal.“ „Es ist wie beim Wandern, es gibt keinen Wegweiser, der mitläuft.“
Definition (24 Nennungen)	„Für mich ist Konsultation die ganze Zeit: der Patient kommt rein und dann beginnt die Konsultation bis er geht.“ „... klassische Form des Arzt-Patienten-Kontaktes.“ „Er kommt mit dem Beratungsanlass [...] und möchte eine möglichst einfache Lösung für [...] im Idealfall ein bestimmtes Problem.“ „... der gemeinsame Weg zur Problemlösung wäre für mich die Konsultation...“
Sonstiges (4 Nennungen)	„... viel Respekt [...] mit drin...“ „... vom Gefühl her [...] ein höheres Level eines Gesprächs und was ganz anderes als [...] einfach miteinander reden.“
<b>2. Elemente einer Konsultation</b>	
Ablauf (6 Nennungen)	„... ich lasse ihn erst mal sprechen und dann [...] versuche ich Nachfragen zu stellen [...] und versuche herauszufinden, ob er da eine Bedrohung sieht durch die neue oder durch die ungewohnte Schwere der Erkrankung.“ „... man sich Zeit nimmt, dem Patienten gut zuhört, ausreden lässt und auf jeden Fall seine Probleme ernst nimmt...“
Beziehungsaufbau (9 Nennungen)	„... wesentlich ist am Anfang [...] der Beziehungsaufbau - zwischen Arzt und Patient.“ „Was ich immer wichtig finde ist diese persönliche Beziehung.“ „... ihn auch [...] da abholen wo er gerade steht.“
Erfahrung (4 Nennungen)	„Das ist der Vorteil der Allgemeinmedizin. Man kennt ja seine Leute und weiß wer völlig unstrukturiert ist, der bekommt nicht so lang Raum sich lange zu ergießen. [...] Ich glaube, manchen Leuten tut auch eine Struktur gut.“
Eröffnung (16 Nennungen)	„... ich habe mir jetzt mehr und mehr angewöhnt lange zu warten und erzählen zu lassen. Was ist denn der Grund.“ „Was kann ich für Sie tun?“ „Ganz oft frage ich [...] wie geht es Ihnen?“
Informationsgewinn (6 Nennungen)	„Natürlich geht es um Symptome abfragen [...] aber auch um eine subjektive Krankheitstheorie kennenzulernen.“ „... viel fragen. Man muss eine richtige Anamnese machen. [...] das ist das aller wichtigste, weil man auf diese Weise relativ schnell raus bekommt in welche Richtung das geht.“
Körperliche Untersuchung (7 Nennungen)	„Was für mich oberste Priorität hat in diesen Konsultationen ist die Untersuchung- egal wie wichtig die medizinisch ist.“ „... der Patient hat den Eindruck, dass irgendwas mit ihm gemacht wird...“
Professionellem Handeln (9 Nennungen)	„... das verleiht dem Patienten ein Gefühl von Sicherheit...“ „Empathie...“ „Respekt dem Patienten gegenüber...“ „... meine Haltung“, „Jeder ist individuell ernst zu nehmen.“ „... wissen wie man ein Gespräch strukturiert...“
Ziele (19 Nennungen)	„... Abstimmung zwischen Arzt und Patienten von weiteren oder diagnostischen therapeutischen Maßnahmen.“ „Ganz viele wollen einfach beruhigt werden.“ „Koordination“ „Anamnese, Diagnostik, Therapie und Kommunikation.“ „... gemeinsames Ziel formulieren...“ „... dass beide zufrieden sind.“
<b>3. Kompetenzen, die in der Konsultation benötigt werden</b>	
Fachwissen (8 Nennungen)	„... ein gutes Fachwissen, das setzt hier jeder als Grundvoraussetzung voraus.“ „... wenn ich jemanden konsultiere, dann erwarte ich, dass derjenige eine hohe Kompetenz hat und ich mir dort einen Rat oder eine Hilfe holen kann.“
Kommunikation (19 Nennungen)	„... ich habe jetzt „zuhören“ aufgeschrieben, weil ich manchmal gar nicht weiß worum die Menschen kommen.“ „... Ohrwerk [...] mich nicht festreden [...] mich nicht zu schnell festzulegen, sondern immer wieder aufmachen...“ „Selbstreflexion“ „... Also dieses Bewusstsein oder innere Stärke dann auch einfach mal Entscheidungen zu treffen und dann auch zu tragen und eben nicht bei jedem Symptom was man möglicherweise nach fachärztlich noch weiter abklären könnte gleich zu überweisen- vielleicht sogar mal Fachärzten zu widersprechen.“ „... dass man das Wichtige von dem Unwichtigen trennen kann, um dann medizinisch handeln zu können.“ „... Geduld...“ „... Offenheit...“ „... soziale Kompetenz...“
<b>4. Konsultation in der Weiterbildung</b>	
Kompetenz der AIW (12 Nennungen)	„... wir haben viel über eigene Erfahrung und über normales Sozialverhalten gelernt...“ „Ich habe immer wieder gute Sachen einfach durch zuschauen oder zuhören gelernt. Auch so mit anderen Kulturen, wie man dann anders kommunizieren kann.“
Kompetenz des WB (9 Nennungen)	„Also ich glaube das richtige Lehren von Kommunikation könnte ich zum Beispiel jetzt erst mal nicht, weil ich es selber gar nicht gelernt habe und die theoretischen Hintergründe dazu gar nicht habe um das zu lehren.“ „... dass ich Feedback geben kann...“
Struktur (11 Nennungen)	„Ich glaube Zeit ist natürlich der Hauptpunkt.“ „... Störungen von außen, Telefon, klopfen, e-Mails...“
WB- Realität (60 Nennungen)	„Ich war selber schockiert, als ich am zweiten oder dritten Tag schon alleine da saß.“ „Dieses Thema kam alles in allem in der Weiterbildung sicherlich zu kurz.“ „Das war die Hölle. Ich meine die Allgemeinmedizin ist ziemlich breit, da kommen die Patienten mit allen möglichen Problemen.“ „... also ich habe in den ersten Wochen viel nachschlagen müssen, viel notieren müssen und habe mir Hefte zusammengestellt [...] das bringt dir sonst keiner bei [...] bis jetzt finde ich ist es so, ein Allgemeinarzt ist ein self-made Arzt...“ „... das hängt ein bisschen auch vom Weiterbildungsassistenten und Assistentin ab. Aber wo grundsätzlich eine Offenheit da ist etwas zu reflektieren, da findet das eigentlich täglich statt... aber eben zwischen Tür und Angel.“
Wünsche (18 Nennungen)	„Es gibt ja Techniken zur verbesserten Kommunikation, die man lernen kann. [...] Das fände ich schon sehr wichtig.“ „Was ich mir auch gewünscht hätte, wäre eine feste Zeit einmal in der Woche, wo ich gewusst hätte, dass ich Fragen stellen kann. Das gab es bei mir gar nicht.“ „Wie gebe ich ein gutes Feedback was gut ankommt, nicht niederschmetternd ist sondern aufbauend. [...] Durchaus auch mit Kamera...“ „... für mich selber würde ich mir auch eine Supervision wünschen- wie supervisiere ich das Ganze.“

Sie wurde einhellig als die ganzheitliche ärztliche, patientenorientierte Betreuung über den medizinischen Therapieaspekt hinaus verstanden.

*„... der gemeinsame Weg zur Problemlösung wäre für mich die Konsultation...“*

#### Elemente einer Konsultation

Auch bezüglich der wichtigen Bestandteile einer Konsultation herrschte große Einigkeit in den Aussagen. Formal beginnt die Konsultation mit der Begrüßung und der Klärung des Beratungsanlasses oder auch Auftrages – also der Kontaktaufnahme zwischen Patienten und Ärzten. Anschließend folgt die Periode der Informationssammlung, wie der Anamnese, der Befunderhebung, oder der Befundmitteilung. Das Ende der Konsultation liegt in der gemeinsamen Entscheidungsfindung in Bezug auf weitere Diagnostik oder Therapie und der Verabschiedung. Ein ÄiW beschrieb:

*„... ich lasse ihn erst mal sprechen und dann [...] versuche ich Nachfragen zu stellen [...] und versuche herauszufinden, ob er da eine Bedrohung sieht durch die neue oder durch die ungewohnte Schwere der Erkrankung.“*

Als weiteres wichtiges Element sahen die Teilnehmenden den Beziehungsaufbau, der vor allem am Anfang der Konsultation stattfindet und entscheidend für eine vertrauensvolle Atmosphäre ist.

*„Was ich immer wichtig finde ist diese persönliche Beziehung.“ „... ihn auch [...] da abholen wo er gerade steht.“*

Als ein weiteres Element wurde die erlebte Anamnese und somit auch das Kommunikationsverhalten des Patienten in früheren Konsultationen genannt. Sie helfe dabei, bereits bekannte Patienten besser einzuschätzen und ermögliche dadurch, die oft wenige Zeit effizienter nutzen zu können.

*„Das ist der Vorteil der Allgemeinmedizin. Man kennt ja seine Leute und weiß wer völlig unstrukturiert ist. Der bekommt nicht so lang Raum sich lange zu ergießen. [...] Ich glaube, manchen Leuten tut auch eine Struktur gut.“*

Auf die Frage wie die Eröffnung einer Konsultation am besten gestaltet werden sollte, war es den Befragten wichtig, den freien Erzählraum am Beginn möglichst breit zu gestalten. So würde auf einfache Weise viel Information vom Patienten gewonnen. Ein Teilnehmer berichtete, dass es sich bewährt habe, ein Gespräch immer auf die gleiche Weise zu eröffnen, wie zum Beispiel:

*„Was kann ich für Sie tun?“*

Alle waren sich darüber einig, dass eine gute Anamnese für das Beratungsergebnis essentiell ist. Diese kann sich bei manchen Patienten auch als große Herausforderung darstellen.

*„... viel fragen. Man muss eine richtige Anamnese machen. [...] das ist das Allerwichtigste, weil man auf diese Weise relativ schnell rausbekommt, in welche Richtung das geht.“*

Die Befragten schätzten die körperliche Untersuchung aus unterschiedlichen Gründen als sehr wichtig ein. Zum einen trage sie zur Befunderhebung bei, zum anderen schenke sie den Patienten das Gefühl von Aufmerksamkeit und Wertschätzung und habe somit einen positiven Einfluss auf die Arzt-Patienten-Beziehung.

*„... das verleiht dem Patienten ein Gefühl von Sicherheit...“*

Unter professionellem Handeln verstanden die Befragten die respektvolle Haltung den Patienten gegenüber und eine an die individuelle Persönlichkeit der Patienten angepasste Kommunikationsform.

*„Respekt dem Patienten gegenüber...“ oder „Jeder ist individuell ernst zu nehmen.“*

Das letzte sehr wichtige Element waren die Ziele einer Konsultation. Diese würden je nach Beratungsanlass anders ausfallen. Für viele war es wichtig, ein gemeinsames Verständnis für das Problem zu erlangen, um dann gemeinsam eine Lösung finden zu können.

*„... Abstimmung zwischen Arzt und Patienten von weiteren oder diagnostischen therapeutischen Maßnahmen.“*

#### Kompetenzen, die in der Konsultation benötigt werden

Die Studienteilnehmer taten sich zunächst etwas schwer spezifische Kompetenzen zu benennen, waren sich aber einig darüber, dass für eine gelungene Konsultation verschiedene Kompetenzen benötigt werden. Auf Nachfragen, wurde die medizinische Fachkenntnis als die wichtigste Kompetenz und als Grundvoraussetzung angesehen. Ohne das nötige Fachwissen wären medizinische Beratung und Therapie schlichtweg nicht möglich. Ein Teilnehmer meinte, dass dies der erlernbare Teil der Konsultation ist.

*„... ein gutes Fachwissen, das setzt hier jeder als Grundvoraussetzung voraus.“*

Kommunikative Fähigkeiten und hohe Gesprächsführungskompetenzen hätten einen entscheidenden Einfluss auf eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung und wirkten sich positiv auf Zufriedenheit und Compliance der Patienten aus.

*„... ich habe jetzt „zuhören“ aufgeschrieben, weil ich manchmal gar nicht weiß warum die Menschen kommen.“*

Einige der Befragten betonten, dass eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation Auswirkungen auf die eigene berufliche Zufriedenheit habe. Viele bemerkten, dass sie immer wieder kommunikative Probleme mit einigen Patienten hätten und besonders die ÄiW sagten, dass ihnen oft Ideen für Lösungsansätze fehlten.

Unter professionellem Handeln verstanden die Teilnehmer zum einen persönliche Veranlagungen, wie Selbstreflexion, soziale Kompetenzen, therapeutische Distanz und eine respektvolle Haltung. Zum anderen wurde professionelles Handeln mit beruflicher Erfahrung verbunden.

*„... dass man das Wichtige von dem Unwichtigen trennen kann, um dann medizinisch handeln zu können.“*

Die Befragten waren der Meinung, dass die Charaktereigenschaften von Ärzten für dieses Kompetenzfeld maßgeblich sind, erkannten aber auch, dass diese Kompetenzen weiterentwickelt werden können.

#### Konsultation in der Weiterbildung

Viele ÄiW gaben an, ihre Konsultationsfähigkeiten zum Großteil durch eigene Erfahrung im Berufsalltag erworben zu haben.

*„... wir haben viel über eigene Erfahrung und über normales Sozialverhalten gelernt...“*

Sie waren sich einig, dass eine gezielte Entwicklung von Konsultationskompetenz bis heute kein fester Bestandteil der Weiterbildung sei. Einige erinnerten sich positiv an Balint-Gruppen, in denen sie sich mit Kollegen ausgetauscht hätten und so andere Sichtweisen kennenlernen konnten. Auch durch Zuhören und Zuschauen hätten einige ihre Konsultationsweise verbessern können.

*„Ich habe immer wieder gute Sachen einfach durch Zuschauen oder Zuhören gelernt. Auch so mit anderen Kulturen, wie man dann anders kommunizieren kann.“*

Die WB waren zunächst erstaunt, als sie feststellten, dass die Konsultationskompetenz auch Inhalt der Weiterbildung sein könnte. Sie erkannten ebenso wie die ÄiW deren Wichtigkeit. Die Fähigkeit eine Konsultation durchzuführen hätten sie sich selber durch Praxiserfahrung beigebracht. Ihre Erfahrung geben sie gerne weiter, fühlten sich aber ohne eigene Fortbildung nicht in der Lage Konsultationskompetenz zu schulen oder Feedback-Regeln anzuwenden.

*„Also ich glaube das richtige Lehren von Kommunikation könnte ich zum Beispiel jetzt erst mal nicht, weil ich es selber gar nicht gelernt habe und die theoretischen Hintergründe dazu gar nicht habe um das zu lehren.“*

Ein strukturierter Weiterbildungsplan für den Alltag existiere in den meisten Fällen nicht. Oft habe es mündliche Vereinbarungen gegeben, wie in kritischen Situationen gehandelt werden sollte oder wann ein Weiterbildungsgespräch geführt werde. Die am häufigsten genannte Barriere dafür war die Zeitlimitation, aber auch andere Störungen von außen würden die Struktur im Alltag verhindern.

*„Ich glaube Zeit ist natürlich der Hauptpunkt.“*

Zur Weiterbildungsrealität wussten die ÄiW zu berichten, dass sie die Zeit, in der sie mit ihren WB mitgelaufen seien, als sehr lehrreich empfunden hätten, allerdings seien die Einarbeitungszeiträume sehr kurz ausgefallen. Sie hätten sich gerade am Anfang oft alleine gelassen gefühlt.

*„... also ich habe in den ersten Wochen viel nachschlagen müssen, viel notieren müssen und habe mir Hefte zusammengestellt [...] das bringt dir sonst keiner bei [...] bis jetzt finde ich ist es so, ein Allgemeinarzt ist ein self-made Arzt...“*

Auch die WB erzählten, dass ihnen oft die Zeit fehle die ÄiW zu supervidieren. Unklarheiten würden oft zwischen den einzelnen Konsultationen vor den Zimmern geklärt. Feste Zeiten für Gespräche, in denen offen gebliebene Fragen geklärt werden könnten, waren zwar bei fast allen Befragten geplant, oft aber nicht realisiert.

*„Dieses Thema kam alles in allem in der Weiterbildung sicherlich zu kurz.“*

Die ÄiW wünschten sich Kommunikationstechniken zu lernen.

*„Es gibt ja Techniken zur verbesserten Kommunikation, die man lernen kann. [...] Das fände ich schon sehr wichtig.“*

Sie sahen einen hohen Bedarf ihre Konsultationskompetenzen zu verbessern, indem sie Andere beim Konsultieren beobachten könnten beziehungsweise sich selbst beobachten könnten (z.B. durch Videofeedback). Ihre eigene Weiterentwicklung könne von einer gemeinsamen Fehleranalyse und von konstruktivem Feedback profitieren.

*„Wie gebe ich ein gutes Feedback was gut ankommt, nicht niederschmetternd ist sondern aufbauend. [...] Durchaus auch mit Kamera...“*

Die WB wünschten sich mehr Unterstützung bei der eigenen Qualifikation Konsultationskompetenzen zu lehren. Die ÄiW sowie die Weiterbilder betonten die Freiwilligkeit dieser Angebote oder sie zumindest flexibel zu gestalten.

*„... für mich selber [als WB, Anm. der Autoren] würde ich mir auch eine Supervision wünschen - wie supervisiere ich das Ganze.“*

## Diskussion

Die Aussagen der in dieser Studie befragten Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) und der weiterbildungsbefugten Ärzte (WB) zur Wahrnehmung von Konsultationskompetenz als ein Element der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, zeichnen ein ernüchterndes Bild der aktuellen Weiterbildungspraxis: Eine Entwicklung von Konsultationskompetenzen findet allenfalls rudimentär statt. Eine Aussage der befragten ÄiW fasst die Situation erschreckend negativ zusammen: *„... das bringt dir sonst keiner bei [...] bis jetzt finde ich ist es so, ein Allgemeinarzt ist ein self-made Arzt...“*.

Alle Befragten schätzen den Stellenwert der Konsultation im hausärztlichen Arbeitsalltag als hoch ein. Die Aussagen zeigen ebenfalls, dass die Teilnehmer intuitiv ein übereinstimmendes Gespür dafür haben, welche Bestandteile zu einer gelungenen Konsultation zählen. Dennoch lassen die Aussagen darauf schließen, dass die genannten Bestandteile eher einer losen Sammlung von Stichworten gleichen und an der Oberfläche bleiben. Keiner der Teilnehmenden konnte Modelle oder Konzepte zur Konsultationsgestaltung benennen. Die ÄiW sahen einen dringenden Bedarf ihre eigenen Konsultationskompetenzen zu entwickeln und wünschten sich dabei mehr Unterstützung. Als förderlich wurden mit Balint-Gruppen oder Seminaren zur Arzt-Patientenkommunikation jedoch Elemente genannt, die „losgelöst“ sind von der eigenen täglichen Weiterbildungspraxis. Der Wunsch nach mehr Feedback wurde von der Mehrheit der ÄiW gewünscht ohne, dass häufig Ideen zum Wie genannt wurden. Letztendlich wurde der Wunsch nach Feedback auch wieder relativiert, da es für viele Befragte mit den zeitlichen Rahmenbedingungen in einer Praxis kollidieren würde. Auch die WB erkannten die Notwendigkeit zur Unterstützung der ÄiW, fühlten sich jedoch inhaltlich und didaktisch nicht für diese Aufgabe qualifiziert und sahen Barrieren in der Umsetzung (wie die zur Verfügung stehende Zeit) im Praxisalltag. Auf Basis der hier berichteten Aussagen erscheint es so, als ob eine strukturierte Auseinandersetzung mit dem Thema Konsultationskompetenz als Elementen der Weiterbildung nicht regelhaft stattfindet. Noch gravierender scheint, dass sich die WB nicht qualifiziert dafür sehen und die ÄiW es aber auch nicht von ihren WB erwarten. Sie sehen eine Entwicklung dieser Kompetenzen vermehrt in Seminaren und Fortbildungen außerhalb des Praxisalltags.

Viele andere europäische Länder sind hier einige Schritte voraus [5–8]. So steht beispielsweise in den Niederlanden mit dem „MAAS Global“ ein unterstützendes Instrument für die Kompetenzentwicklung in der Weiterbildung zur Verfügung [20]. Darin werden die zu einer Konsultation benötigten Kompetenzen transparent gemacht und für den Weiterbildungsalltag in der Praxis operationalisiert. Außerdem unterstützt das Instrument die formative Rückmeldung zwischen WB und ÄiW [20–22]. Eine grundlegende Anforderung und der erste Schritt in der Umsetzung solcher Inhalte eines kompetenzbasierten Curriculums in die reale Weiterbildung wäre die Schulung der WB. Sie müssten auf ihre Rolle als Lehrende vorbereitet werden [23]. Ein weiteres hilfreiches Beispiel stellt die Weiterbildung in England dar. Dort wurden zentral die Anforderungen für ÄiW in einem kompetenzbasierten Curriculum des „Royal College of General Practitioners“ festgelegt [24]. Neben den verbindlichen Weiterbildungsinhalten werden auch dort Instrumente zur Entwicklung und Überprüfung dieser Kompetenzen bereitgestellt. ÄiW müssen in regelmäßigen Zeitabschnitten zufällig ausgewählte Konsultationen auf Video aufzeichnen und zur Supervision an eine zentrale Stelle einsenden. Dort werden die Konsultationen mit Hilfe von standardisierten Beobachtungsinstrumenten (z.B. The Consultation Observation Tool) gemeinsam mit dem ÄiW analysiert und so lange trainiert, bis ein vorgegebenes Kompetenzniveau erreicht wurde [25].

Deutschland steht erst am Anfang einer kompetenzbasierten Aus- und Weiterbildung. Mit dem „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin“ (NKLK) [13,14] und dem „Nationalen longitudinalen Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin“ [26] für die Ausbildung, sowie dem „Kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin“ für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin [15] sind zwar die theoretischen Grundsteine gelegt, allerdings wird erst in einiger Zeit mit deren flächendeckenden und verbindlichen Umsetzung zu rechnen sein. In diesem Rückstand zu anderen Ländern könnte jedoch auch eine Chance liegen. So versteht die Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) die gegenwärtige Situation als eine einmalige Möglichkeit, neue Weiterbildungskonzepte zu erproben und zu implementieren. In einem Positionspapier wurde ein Vorschlag entwickelt, wie sich Kompetenzen in den Weiterbildungsalltag integrieren lassen. Somit soll die Lücke zwischen dem theoretischen Konstrukt eines Curriculums und der patientenzentrierten Umsetzung im klinischen, praktischen Kontext geschlossen werden [27].

Auch für die allgemeinmedizinische Weiterbildung wurden bislang wichtige Entwicklungen angeregt und theoretisch vorbereitet. Mit der Bereitstellung des „Kompetenzbasierten Curriculums Allgemeinmedizin“ durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) [15] wurde erstmalig ein Bezugsrahmen für die allgemeinmedizinische Weiterbildung in Deutschland geschaffen. Ein Schwerpunkt lag dabei unter anderem in der Validierung von Hilfsmitteln, die eine Kompetenzentwicklung in der Weiterbildung sichtbar machen. Es liegen inzwischen bereits mehrere validierte Instrumente zur Unterstützung der Entwicklung von Konsultationskompetenzen in deutscher Sprache vor: Mit dem Professionalitäts-Skala Deutschland (Pro-D) [28,29] liegt ein Instrument zur formativen Rückmeldung von professionellem Handeln in der ambulanten Weiterbildung vor. Das ins Deutsche Übersetzte Maas-Global Instrument [30] unterstützt die Bewertung von Kommunikationsverhalten und klinischen Fähigkeiten und mit der deutschen Übersetzung und Validierung des „Calgary Cambridge Observation Guides“ [31] liegt ein weiteres Beobachtungsinstrument zur Kompetenzentwicklung vor. In einem nächsten Schritt gilt es, die Inhalte des Curriculums in die praktische Aus- und Weiterbildung zu übersetzen und zu implementieren. In ersten Pilotprojekten wurde methodisch die Implementierung von Weiterbildungsinhalten in den Praxisalltag erprobt. In einem Projekt wurden beispielsweise Videoaufnahmen von Konsultationen angefertigt, die dann losgelöst vom Termin- und Zeitdruck einer allgemeinmedizinischen Sprechstunde als Grundlage für ein strukturiertes Feedback zwischen Lernendem und Lehrer genutzt wurden [32]. Nicht zuletzt wurde damit begonnen, die Weiterbildungsbefugten auf ihre Rolle als Lehrende vorzubereiten. Erste sogenannte „Train the Trainer (TTT)-Programme“ stellen einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Weiterbildung dar [33].

#### *Stärken und Schwächen der Studie*

Für die Studie wurde ein explorierender, qualitativer Ansatz gewählt, um Meinungen und Einschätzungen unter den Befragten zu fördern. Hierin sehen die Autoren eine große Stärke, da so ein realitätsnahes Bild aktueller Weiterbildungspraxis gezeigt werden konnte. Eine potentielle Schwäche stellt die Rekrutierung der Studienteilnehmer über die Emailverteiler der JADE und der Lehrärzte des Allgemeinmedizinischen Institutes an der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg dar. Trotz mehrfacher Erinnerungen konnten lediglich die Fokusgruppenteilnehmenden aus dem deutlich größeren Pool von Angeschriebenen rekrutiert werden. Damit kann ein Selektionsbias und/oder ein Motivationsbias nicht ausgeschlossen werden. Jedoch ist anzunehmen, dass der mögliche Selektionsbias das gezeichnete Bild zum positiven Pol hin

verzerrt. Die Rekrutierung erfolgte unter den WB in einer Gruppe, die als Lehrärzte einer Universität eine akademische Anbindung haben. Daher ist anzunehmen, dass sie sich mehr als andere Kollegen mit Aus- und Weiterbildung und der dafür benötigten Didaktik beschäftigen. Auch die ÄiW wurden über ein Netzwerk von engagierten Ärzten rekrutiert, das sich intensiv mit der Qualität der Weiterbildung auseinandersetzt. Aus Sicht der Autoren sind die Aussagen realistisch für die regelhafte Weiterbildungspraxis, auch wenn damit positive Ausnahmen nicht widerspiegelt werden. Die eher kleine Stichprobe mit  $n=15$  könnte ebenfalls als Limitation betrachtet werden. Jedoch zeigte sich nach dem Kodieren der vier Transkripte nur noch wenig Informationsgewinn und das Kategoriensystem musste nicht erweitert werden. Eine weitere Rekrutierung wurde daher nicht verfolgt.

#### **Schlussfolgerung**

Die Konsultation ist das Herzstück allgemeinmedizinischer Arbeitsweise, jedoch fehlt es bisher an einer strukturierten Auseinandersetzung mit der Konsultation als zentralen Weiterbildungsinhalt in der Allgemeinmedizin. Auch wenn intuitiv alle Befragten ein Gespür für die Wichtigkeit und Tragweite der Konsultation für die Patientenversorgung, sowie die benötigten Kompetenzen und Struktur einer guten Konsultation haben, fühlen sich sowohl ÄiW als auch WB alleine gelassen. Die ÄiW sehen den dringenden Bedarf, ihre eigenen Konsultationskompetenzen zu entwickeln und wünschen sich dabei mehr Unterstützung. Die WB erkennen ebenfalls die Notwendigkeit zur Unterstützung der ÄiW, fühlen sich jedoch inhaltlich und didaktisch nicht für diese Aufgabe qualifiziert. So bleibt bisher die Entwicklung der Konsultationskompetenz meist dem Zufall der individuellen Erfahrung überlassen. Erfreulicherweise wurde mit dem „Kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin“ durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) ein Bezugsrahmen zur Unterstützung bereitgestellt. Die damit verbundenen Entwicklungen von Hilfsmitteln zur Implementierung der Inhalte in die tägliche Praxis und das Angebot zur Qualifizierung der Weiterbildung in Form der TTT-Programme, stellen einen ersten Schritt zur inhaltlichen Verbesserung der Weiterbildung dar. In weiteren Studien sollte der Transfer in die Weiterbildungspraxis untersucht werden.

#### **Ethikvotum**

Die Studie ist von der Ethikkommission der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg geprüft und für unbedenklich befunden worden (Aktenzeichen 83\_14 B).

#### **Anmerkung**

Diese Publikation wurde im Rahmen einer Dissertation zum „Dr. med.“ an der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg erstellt.

#### **Interessenkonflikt**

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

#### **Appendix A. Zusätzliche Daten**

Zusätzliche Daten verbunden mit diesem Artikel finden sich in der Online-Version unter: [doi:10.1016/j.zefq.2016.09.007](https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.09.007).

## Literatur

- [1] Allen J, Gray B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European Definition of General Practice, Family Medicine. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>, 2002 (accessed 17.09.2016).
- [2] Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine* 2000;51: 1087–110.
- [3] Loh A, Simon D, Kriston L, Härter M. Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. *Dtsch Arztebl* 2007;104:A-1483.
- [4] Wübken M, Oswald J, Schneider A. Dealing with diagnostic uncertainty in general practice. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2007;107:632–7.
- [5] Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. 2nd ed. Oxford: Radcliff Medical Press; 2004.
- [6] Frank J. The CanMEDS 2005 physician competency framework. In: *Better standards. Better physicians*. Ottawa: Better care, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
- [7] Frank J, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Med Teach* 2007;29:642–7.
- [8] Kortekaas MF, Bartelink ML, van der Heijden GJ, Hoes AW, de Wit NJ. Development and validation of a new instrument measuring guideline adherence in clinical practice. *Fam Pract* 2016;33:562–8.
- [9] Van Thiel J, Ram P, Dalen J. *Maas-Global Manual*, Maastricht University, <http://www.each.eu/teaching/resources/maas-global-rating-list-consultation-skills-doctors/>, 2003 (accessed 17.09.2016).
- [10] Deveugele M, Dereze A, De Bacquer D, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation in general practice: a standard operating procedure? *Pat Educ Couns* 2004;54:227–33.
- [11] Miloslavsky EM, McSparron JI, Richards JB, Puig A, Sullivan AM. Teaching during consultation: factors affecting the resident-fellow teaching interaction. *Med Educ* 2015;49:717–30.
- [12] Horowitz SD, Miller SH, Miles PV. Board certification and physician quality. *Med Educ* 2004;38:10–1.
- [13] Nationaler Kompetenzorientierter Lernzielkatalog Medizin, <http://www.nklm.de/files/nklm.final.2015-07-03.pdf>, 2015 (accessed 17.09.2016).
- [14] Hahn EG, Fischer MR. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) für Deutschland: Zusammenarbeit der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Medizinischen Fakultätentages (MFT). *GMS J Med Educ* 2008.
- [15] Steinhäuser J, Chenot JF, Roos M, Ledig T, Joos S. Competence-based curriculum development for general practice in Germany: a stepwise peer-based approach instead of reinventing the wheel. *BMC research notes* 2013;6:314.
- [16] ATLAS.ti 7 User Manual, [http://atlasti.com/wp-content/uploads/2014/05/atlasti.v7\\_manual.201312.pdf](http://atlasti.com/wp-content/uploads/2014/05/atlasti.v7_manual.201312.pdf?q=/uploads/media/atlasti.v7_manual.201312.pdf), 2013 (accessed 17.09.2016).
- [17] Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse*. Beltz, Weinheim und Basel: Grundlagen und Techniken; 2008.
- [18] Barbour RS. Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? *BMJ* 2001;322:1115–7.
- [19] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19:349–57.
- [20] van Es JM, Schrijver CJ, Oberink RH, Visser MR. Two-dimensional structure of the MAAS-Global rating list for consultation skills of doctors. *Med Teach* 2012;34:e794–9.
- [21] van Nuland M, Thijs G, van Royen P, van den Noortgate W, Goedhuys J. Vocational trainees' views and experiences regarding the learning and teaching of communication skills in general practice. *Pat Educ Couns* 2010;78:65–71.
- [22] Essers G, van Dulmen S, van Es J, van Weel C, van der Vleuten C, Kramer A. Context factors in consultations of general practitioner trainees and their impact on communication assessment in the authentic setting. *Pat Educ Couns* 2013;93:567–72.
- [23] Essers G, Dielissen P, van Weel C, van der Vleuten C, van Dulmen S, Kramer A. How do trained raters take context factors into account when assessing GP trainee communication performance? An exploratory, qualitative study. *Adv Health Sci Educ Theory Prac* 2015;20:131–47.
- [24] RCGP Curriculum and Assessment Site, MRCGP, <http://www.rcgp.org.uk/training-exams/gp-curriculum-overview.aspx>, 2013 (accessed 17.09.2016).
- [25] McKelvey I. The consultation hill: a new model to aid teaching consultation skills. *Br. J. Gen. Pract* 2010;60:538–40.
- [26] Nationalen longitudinalen Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin, [https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/prins.dokumente/dokumente/dok-20150710122600\\_f0e3dad999.pdf](https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/prins.dokumente/dokumente/dok-20150710122600_f0e3dad999.pdf) (accessed 17.09.2016).
- [27] Berberat PO, Harendza S, Kadmon M. Entrustable professional activities - visualization of competencies in postgraduate training. Position paper of the Committee on Postgraduate Medical Training of the German Society for Medical Education (GMA). *GMS J Med Educ* 2013;30:Doc47.
- [28] Roos M, Pfisterer D, Ledig T, Steinhäuser J, Szecsenyi J, Götz K. Adaptation, psychometrische Eigenschaften und Anwendbarkeit der Professionalitäts-Skala Deutschland. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. (in press).
- [29] Roos M, Krug D, Pfisterer D, Joos S. Professionalism in general practice in Germany - a qualitative approximation. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2013;107:475–83.
- [30] Hammersen F, Böhmer K, von der Bey J, Berger S, Steinhäuser J. MAAS-Global-D: Instrument zur Messung und Schulung kommunikativer sowie medizinischer Kompetenzen. *Z Allg Med* 2016;92:13–8.
- [31] Simmenroth-Nayda A, Heinemann S, Nolte C, Fischer T, Himmel W. Psychometric properties of the Calgary Cambridge guides to assess communication skills of undergraduate medical students. *Int J Med Educ* 2014;5:212–8.
- [32] Bolter R, Freund T, Ledig T, Boll B, Szecsenyi J, Roos M. Video-assisted feedback in general practice internships using German general practitioner's guidelines. *GMS J Med Educ* 2012:Doc68.
- [33] Steinhäuser J, Ledig T, Szecsenyi J, Eicher C, Engeser P, Roos M, et al. Train the Trainer for general practice trainer - a report of the pilot within the programme Verbundweiterbildung plus. *GMS J Med Educ* 2012;29:Doc43.