

Deutsche Übersetzung und Konstruktvalidierung des „Patient-Provider-Orientations Scale“ (PPOS-D12)

German Translation and Construct Validation of the Patient-Provider-Orientations Scale (PPOS-D12)

Autoren

Claudia Kiessling¹, Götz Fabry², Martin Rudolf Fischer³, Claudia Steiner⁴, Wolf A Langewitz⁴

Institute

¹ Lehrstuhl für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin, Klinikum der Universität München

² Abteilung für Medizinische Psychologie und Soziologie, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg

³ Lehrstuhl für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin, Klinikum der Universität München

⁴ Psychosomatik, Innere Medizin, Universitätsspital Basel, Basel, Schweiz

Schlüsselwörter

- Patientenorientierung
- Medizinstudium
- Patient-Provider-Orientations Scale (PPOS)

Keywords

- patient-centeredness
- medical education
- patient-provider-orientation scale (PPOS)

Zusammenfassung

Ziel war die Übersetzung des englischsprachigen Patient-Provider Orientation Scale (PPOS) ins Deutsche und die Untersuchung der Patientenorientierung in 2 Kohorten von Medizinstudierenden in Freiburg (DE) und Basel (CH). Die deutsche Übersetzung des PPOS wurde bei 259 Medizinstudierenden in Freiburg und bei 137 Medizinstudierenden in Basel eingesetzt. Die Konstruktvalidität wurde faktorenanalytisch überprüft. Durch Faktorenanalyse und Überprüfen der internen Konsistenz wurde eine deutsche Version (PPOS-D12) erstellt, die für die Subskalen „Partizipation“ und „Zuwendung & Interesse“ je 6 Items umfasst. Mit dem PPOS-D12 steht ein Instrument zur Verfügung, das es erlaubt, das Ausmaß der Patientenorientierung bei Medizinstudierenden zu messen.

Abstract

The aim was to translate the Patient-Provider Orientation Scale (PPOS) into German and to assess the degree of medical students' patient-centeredness in 2 student samples in Freiburg (GER) and in Basel (CH). The German translation of PPOS was administered to 259 medical students in Freiburg and to 137 medical students in Basel. Construct validity was tested using factor analysis. Based on factor analysis and tests of internal consistency, a shortened version with 6 items for each of the 2 subscales "sharing" and "caring" was generated (PPOS-D12). PPOS D12 is a reliable instrument to assess patient-centeredness among medical students in German-speaking countries.

eingereicht 19. Oktober 2012

akzeptiert 19. Februar 2013

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1341455>
 Online-Publikation: 2013
 Psychother Psych Med
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0937-2032

Korrespondenzadresse

Dr. Claudia Kiessling
 Lehrstuhl für Didaktik und
 Ausbildungsforschung in der
 Medizin
 Klinikum der Universität
 München
 Ziemssenstraße 1
 80336 München
claudia.kiessling@med.uni-muenchen.de

Einleitung

Die Bedeutung der ärztlichen Kommunikation für die Patientenversorgung wird in den letzten Jahrzehnten zunehmend anerkannt. In zahlreichen Studien konnte nachgewiesen werden, dass eine gelungene Kommunikation die Zufriedenheit von Patienten, ihre Adhärenz und ihren Gesundheitsstatus positiv beeinflusst [1–3]. Andererseits ist es nicht trivial, professionelle Kommunikation zu operationalisieren und relevante Endpunkte festzulegen, mit denen sich die Effektivität gelungener Kommunikation nachweisen ließe [4, 5]. Grundsätzlich kann gelungene Kommunikation als ein Zusammenspiel von kognitiven, verhaltensbezogenen, affektiven und einstellungsbezogenen Aspekten definiert werden, die es dem Arzt erlauben, Patientenprobleme besser zu verstehen und zu ihrer Lösung im Sinne einer zielgerichteten Diagnostik und Therapie beizutragen. Diese Form der Kommunikation

wird häufig als patientenzentrierte oder patientenorientierte Kommunikation bezeichnet [3, 4]. In den letzten Jahrzehnten haben sich allerdings unterschiedliche Konzepte entwickelt, was unter patientenzentrierter Kommunikation zu verstehen sei. Die umfassendste Definition von Patientenzentrierung benutzen Mead und Bower [6] in ihrem Überblicksartikel, in dem sie 5 Schlüsseldimensionen aufzeigen: 1) die biopsychosoziale Perspektive auf Krankheit und Gesundheit, 2) die Wahrnehmung des Patienten als Person, 3) das Teilen von Verantwortung und Macht in der Arzt-Patient-Beziehung, 4) das Herstellen einer therapeutischen Allianz und 5) die Wahrnehmung des Arztes als Person. Häufig liegt den verschiedenen Konzepten eine Dichotomie zugrunde, die sich entweder auf der Achse „Kontrolle im Gespräch“ (Kontrolle liegt beim Patienten = patientenzentriert; Kontrolle liegt beim Arzt = arztzentriert) oder auf der Achse „Krankheitsverständnis“ (biomedizi-

nisch = arztzentriert; biopsychosozial = patientenzentriert) bewegt [7]. Eine weitere Unterteilung ließe sich auch dahin gehend vornehmen, ob ein Arzt oder eine Ärztin im Gespräch mit einem Patienten eher Hypothesen überprüft oder Hypothesen generiert, d. h. inwieweit sich bereits aus den ersten Angaben des Patienten ein gezieltes Vorgehen ableiten lässt. Hat die Ärztin bereits sehr früh eine Hypothese oder Verdachtsdiagnose vor Augen, z. B. bei stark vorselektierten Patienten oder sehr eindeutigen Symptomen, wird sie auf der Basis ihres medizinischen Fachwissens Hypothesen formulieren, die sie dann über gezielte Fragen an den Patienten zu verifizieren versucht. Wenn die Ärztin allerdings noch keine Hypothese z. B. zur Ursache von Oberbauschmerzen formulieren kann, machen geschlossene Fragen wenig Sinn. Dann sollte sie die Patientin ermutigen ‚ihre Geschichte zu erzählen‘, in der Hoffnung, dass sie dabei Anhaltspunkte liefert, die das Formulieren von Hypothesen erlauben. In dieser Situation folgt sie der Agenda des Patienten und wird den Gesprächsrahmen für den Patienten öffnen, um möglichst effektiv an die Informationen zu kommen, die für den Patienten am bedeutsamsten sind. Idealerweise kommen beide Agenden, die des Arztes und die des Patienten, im Verlauf eines Gesprächs zusammen, um zu einem gemeinsamen Verständnis der Situation zu kommen und daraus abgeleitet ein gemeinsames Vorgehen zu formulieren [6, 8–10].

Empfehlungen für gelungene Kommunikation, die auf alle Settings und Patienten gleichermaßen anwendbar wären, lassen sich nicht strikt formulieren, da Patientinnen und Patienten unterschiedliche Vorstellungen von angemessener Kommunikation haben. Nicht alle Patienten möchten immer im vollen Umfang aufgeklärt werden und als gleichberechtigte Partner Entscheidungen mitbestimmen, auch wenn in den letzten Jahren eine gemeinsame Entscheidungsfindung zunehmend favorisiert wird [11]. Aufgabe des Arztes sollte es daher sein herauszufinden, in welchem Maße ein Patient aufgeklärt werden und mitentscheiden will und sich an den Einstellungen und Bedürfnissen des Patienten zu orientieren. Der Arzt sollte in der Lage sein, seine Kommunikation und sein Verhalten auf die Bedürfnisse des Patienten einzustellen und eine „Kongruenz“ oder „Passung“ im Sinne einer komplexeren Beziehungsgestaltung herzustellen [12–15].

Krupat und Kollegen, die bei ihrem Konzept der Patientenzentrierung sehr stark die Beziehung zwischen Arzt und Patient und die im idealen Fall daraus resultierende Kongruenz herausstreichen, untersuchten, in welchem Ausmaß Patientenzufriedenheit mit der Kongruenz zwischen behandelndem Arzt und Patient zusammenhängt [12]. Als Messinstrument wurde die Patient-Provider Orientation Scale entwickelt [16, 17], die sowohl bei Ärzten als auch bei Patienten eingesetzt werden kann. Gemessen wird eine patientenzentrierte bzw. arztzentrierte Einstellung hinsichtlich der Aspekte „Sharing“ (Partizipation) und „Caring“ (Zuwendung und wohlwollendes Interesse des Arztes). Bisherige Erfahrungen mit der PPOS, die auf Daten an 400 Ärzten und 1020 Patienten beruhen, zeigen, dass auf Patientenseite Frauen sowie jüngere, gesündere und gut ausgebildete Patienten eine patientenzentriertere Einstellung hatten. Auf der Ärzteseite hatten Ärztinnen eine patientenzentriertere Einstellung als ihre männlichen Kollegen. Hinsichtlich der Kongruenz zeigte sich, dass die Patientenzufriedenheit höher war, wenn die Orientierung kongruent oder wenn die ärztliche Patientenzentrierung hoch war. Umgekehrt waren Patienten, deren Ärzte nicht patientenzentriert waren, weniger zufrieden. Diese Studienergebnisse konnten in Malaysia mit Krebspatienten und ihren behandelnden Ärzten repliziert werden [18]. Cvenegros und Kollegen konn-

ten in einer weiteren Studie zeigen, dass Kongruenz zwischen Arzt und Patient bezogen auf Partizipation prädiktiv war für die selbst eingeschätzte Adhärenz von Patienten mit Diabetes mellitus sowie für die Patientenzufriedenheit [19].

Im deutschsprachigen Raum liegen bisher kaum Studienergebnisse zu diesem Themenkreis vor, was unter anderem daran liegt, dass es keine deutschsprachigen Instrumente gibt, die es erlauben würden, Patientenzentrierung bei Medizinstudierenden, Ärzten und Patienten reliabel und valide zu überprüfen. Zwar existieren deutschsprachige Instrumente, die entweder aus Sicht des Arztes oder aus Sicht des Patienten Einstellungen (im Sinne einer Selbst- bzw. Fremdeinschätzung), Haltungen oder Zufriedenheit mit bestimmten Aspekten der Arzt-Patienten-Beziehung erfassen. Zu nennen sind hier die Fragebögen im Rahmen von Patientenbefragungen [20–22], zur partizipativen Entscheidungsfindung [23–26], zu Aspekten der Arzt-Patient-Beziehung [27–29] oder zur ärztlichen Empathie [30–33]. Doch keines dieser Instrumente sieht einen gleichzeitigen Einsatz des identischen Instruments bei Patienten und Ärzten bzw. Medizinstudierenden vor, was es erlauben würde, eine Aussage über die Kongruenz der Beziehung treffen zu können.

Ziel der Studie war es daher, die von Krupat und Kollegen [16, 17] entwickelte „Patient-Provider Orientation Scale“ ins Deutsche zu übersetzen und die Konstruktvalidität der deutschen Version zu überprüfen.

Material und Methoden

Übersetzung des PPOS

Die Originalversion des PPOS enthält 18 Items, die sich 2 Dimensionen zuordnen lassen:

Sharing: Die Skala reflektiert das Ausmaß, mit dem der Antwortende glaubt, dass Patienten Informationen wünschen und partnerschaftlich in eine Entscheidungsfindung einbezogen werden sollten (Items: 1, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 15, 18).

Caring: Die Skala reflektiert das Ausmaß, mit dem der Antwortende glaubt, dass die Erwartungen, Wünsche und Lebensumstände eines Patienten eine wichtige Rolle im Betreuungs- und Behandlungsprozess dieses Patienten spielen (Items: 2, 3, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 17).

Die Beurteilung erfolgt anhand einer 6-stufigen Skala von 1 = „stimme voll zu“ bis 6 = „stimme überhaupt nicht zu“. Hohe Werte entsprechen einer hohen, niedrige Werte einer niedrigen Patientenzentrierung. Die Items 9, 13 und 17 müssen aufgrund der Itemformulierung für weitere Analysen umcodiert werden. Für die beiden Subskalen werden anschließend Durchschnittswerte gebildet. Zusätzlich kann ein Durchschnittswert für die Gesamtskala berechnet werden, die dann eine Beurteilung von „Patientenzentrierung“ (Maximalausprägung = 6,0) bis „Arztzentrierung“ (Maximalausprägung = 1,0) erlaubt.

Für die deutschsprachige Version wurde der PPOS Fragebogen von einem deutschsprachigen Arzt und einer englischsprachigen Ethnologin übersetzt und ein anschließender Konsens über die Formulierung der Items hergestellt. Die Subskala „Sharing“ wurde in der deutschsprachigen Version mit „Partizipation“ und die Subskala „Caring“ mit „Zuwendung & Interesse“ übersetzt.

Überprüfung der Konstruktvalidität des deutschen PPOS

Der Fragebogen wurde im April 2010 in Freiburg bei Medizinstudierenden des 2. Semesters eingesetzt. Außer den 18 Items

des PPOS und dem Geschlecht wurden keine weiteren Daten erhoben. Die Teilnahme erfolgte im Rahmen einer Vorlesung und war anonym und auf freiwilliger Basis. Die Studierenden erhielten für das Ausfüllen des Fragebogens Schweizer Schokolade. Insgesamt gaben 259 Studierende einen ausgefüllten Fragebogen ab. Da die Vorlesung freiwillig war, wurde nicht ermittelt, wie viele Studierende an der Vorlesung teilgenommen hatten. Die Jahrgangsstärke betrug circa 340 Studierende, sodass ungefähr 75% des Jahrgangs einen Fragebogen abgegeben haben. Zur Überprüfung der Konstruktvalidität wurden die Subskalen auf interne Konsistenz mittels Cronbach's α überprüft. Die 2-Dimensionalität des Fragebogens wurde mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse, Varimax Rotation) überprüft. Auf der Basis wiederholter konfirmatorischer Faktorenanalysen und Überprüfen der internen Konsistenz der Subskalen wurde durch schrittweises Ausschließen von einzelnen Items eine neue, gekürzte Version des deutschen PPOS (PPOS-D12) erstellt.

Die Konstruktvalidität wurde anschließend mit den Daten einer zweiten Kohorte von Medizin- und Zahnmedizinierenden in Basel überprüft. Der Fragebogen wurde im Rahmen einer einführenden Vorlesung zum Kommunikationskurs ausgeteilt und wieder eingesammelt. Die Teilnahme war freiwillig. Insgesamt gaben 137 Studierende einen PPOS Fragebogen ab. Eine exakte Rücklaufquote ist aus verschiedenen Gründen nicht eindeutig zu berechnen, da der Besuch der Vorlesung nicht zwingend an den Besuch des anschließenden Kommunikationskurses gekoppelt ist. Im 2. Studienjahr trugen sich 151 Studierende in den freiwilligen Kommunikationskurs ein und nahmen 171 Studierende an der bestehensrelevanten OSCE Prüfung teil (inklusive Repetenten). Die Rücklaufquote liegt also zwischen 80 und 91% des Jahrgangs. In Basel wird das 1. und 2. Studienjahr für die Human- und Zahnmedizin zusammen durchgeführt, d.h. ein Teil der Studierenden des 2. Studienjahres waren Studierende der Zahnmedizin.

Statistische Verfahren

Die Daten wurden mit dem Statistical Package for Social Sciences (SPSS Version 20) analysiert. Zur Berechnung der Faktoren-

analysen wurden die Daten z-transformiert. Unterschiede zwischen Männern und Frauen wurden mit nicht-parametrischen Tests überprüft (Mann-Whitney U Test), das Signifikanzniveau wurde auf 5% festgesetzt.

Ergebnisse

▼ Überprüfung der Konstruktvalidität des deutschen PPOS

In einem ersten Schritt wurde die interne Konsistenz der beiden Subskalen sowie der Gesamtskala mit den Freiburger Daten überprüft. Cronbach's α war für die 9 Items der Subskala „Partizipation“ $\alpha=0,621$, für die 9 Items der Subskala „Zuwendung & Interesse“ war $\alpha=0,561$, und für die Gesamtskala „Patientenzentriertheit“ war $\alpha=0,730$. Mit einer ersten konfirmatorischen Faktorenanalyse mit 2 Faktoren konnten lediglich 28,7% der Gesamtvarianz aufgeklärt werden. In der rotierten Komponentenmatrix für 2 Faktoren ließen sich die beiden Subskalen nicht reproduzieren. Nach schrittweisem Ausschluss der Items mit negativer bzw. niedriger Item-Test-Korrelation (Items 1, 4, 9, 13, 14, 17) konnten in einer konfirmatorischen Faktorenanalyse mit reduzierter Itemanzahl eine zufriedenstellende Faktorenlösung für die beiden Subskalen gefunden werden. Dabei klärten die 2 Faktoren 38,8% der Gesamtvarianz auf. Die rotierte Komponentenmatrix ist in **Tab. 1** abgebildet. Cronbach's α für die Subskala „Partizipation“ war $\alpha=0,643$, für die Subskala „Zuwendung & Interesse“ $\alpha=0,662$ und für die Gesamtskala $\alpha=0,760$. Item 11 lud in der Faktorenanalyse im Unterschied zur Originalversion höher auf den Faktor „Partizipation“ als auf „Zuwendung & Interesse“, wurde aber vorerst in der Skala belassen.

Eine Überprüfung der Konstruktvalidität erfolgte anhand der Daten der Basler Kohorte. In der konfirmatorischen Faktorenanalyse klärten 2 Faktoren 39,3% der Gesamtvarianz auf. Item 11 lud dabei eindeutig auf den Faktor „Zuwendung & Interesse“. Dafür lud das Item 15 anders als in der Originalversion auf den Faktor „Zuwendung & Interesse“ statt auf den Faktor „Partizipation“. Die Berechnung der Cronbach's α für die Subskalen und

Tab. 1 Rotierte Komponentenmatrix für 2 Faktoren „Partizipation“ und „Zuwendung & Interesse“ (Freiburger Kohorte).

	Partizipation	Zuwendung & Interesse
5. Patienten sollten sich auf das Wissen ihrer Ärzte verlassen und nicht versuchen, sich selber über ihre Erkrankung zu informieren.	0,604	
8. Viele Patienten stellen immer weiter Fragen, ohne dass sie wirklich etwas Neues dabei lernen.	0,468	
10. In der Regel wollen Patienten eher hören, dass alles gut ist, als echte Informationen über ihre Gesundheit.	0,560	
12. Wenn Patienten eine andere Meinung haben als ihre Ärzte, zeigt das, dass sie ihre Ärzte nicht respektieren und ihnen nicht vertrauen.	0,641	
15. Der Patient muss sich immer darüber im Klaren sein, dass der Arzt die Verantwortung trägt.	0,415	
18. Wenn Patienten sich selber medizinische Informationen besorgen, verwirrt es sie oft mehr, als dass es ihnen hilft.	0,745	
2. Obwohl heutzutage die Behandlung von Patienten nicht mehr so persönlich ist, ist das doch letztlich ein kleiner Preis für den medizinischen Fortschritt.		0,669
3. Der wichtigste Teil der normalen Visite ist die körperliche Untersuchung.		0,701
6. Wenn Ärzte viele Fragen zur persönlichen Situation eines Patienten stellen, mischen sie sich zu sehr in private Angelegenheiten ein.		0,572
7. Wenn Ärzte wirklich gut sind in Diagnostik und Therapie, ist ihr Umgang mit den Patienten nicht so wichtig.	0,350	0,594
11. Wenn Ärzte zunächst mal versuchen, offen zu sein und einen warmherzigen Eindruck zu machen, werden sie nicht so schrecklich viel Erfolg haben.	0,526	0,307
16. Es kommt nicht so sehr darauf an, den kulturellen Hintergrund eines Patienten und seine Lebenssituation zu kennen, um seine Erkrankung zu behandeln.	0,354	0,459

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse; Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung; Koeffizienten unter 0,30 unterdrückt

Tab. 2 Deutschsprachiger PPOS-D12.

	Stimme voll zu	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
1. Obwohl heutzutage die Behandlung von Patienten nicht mehr so persönlich ist, ist das doch letztlich ein kleiner Preis für den medizinischen Fortschritt.	0	0	0	0	0	0
2. Der wichtigste Teil der normalen Visite ist die körperliche Untersuchung.	0	0	0	0	0	0
3. Patienten sollten sich auf das Wissen ihrer Ärzte verlassen und nicht versuchen, sich selber über ihre Erkrankung zu informieren.	0	0	0	0	0	0
4. Wenn Ärzte viele Fragen zur persönlichen Situation eines Patienten stellen, mischen sie sich zu sehr in private Angelegenheiten ein.	0	0	0	0	0	0
5. Wenn Ärzte wirklich gut sind in Diagnostik und Therapie, ist ihr Umgang mit den Patienten nicht so wichtig.	0	0	0	0	0	0
6. Viele Patienten stellen immer weiter Fragen, ohne dass sie wirklich etwas Neues dabei lernen.	0	0	0	0	0	0
7. In der Regel wollen Patienten eher hören, dass alles gut ist, als echte Informationen über ihre Gesundheit.	0	0	0	0	0	0
8. Wenn Ärzte zunächst mal versuchen, offen zu sein und einen warmherzigen Eindruck zu machen, werden sie nicht so schrecklich viel Erfolg haben.	0	0	0	0	0	0
9. Wenn Patienten eine andere Meinung haben als ihre Ärzte, zeigt das, dass sie ihre Ärzte nicht respektieren und ihnen nicht vertrauen.	0	0	0	0	0	0
10. Der Patient muss sich immer darüber im Klaren sein, dass der Arzt die Verantwortung trägt.	0	0	0	0	0	0
11. Es kommt nicht so sehr darauf an, den kulturellen Hintergrund eines Patienten und seine Lebenssituation zu kennen, um seine Erkrankung zu behandeln.	0	0	0	0	0	0
12. Wenn Patienten sich selber medizinische Informationen besorgen, verwirrt es sie oft mehr, als dass es ihnen hilft.	0	0	0	0	0	0

Subskala Partizipation: Items 3, 6, 7, 9, 10, 12

Subskala Zuwendung und Interesse: Items 1, 2, 4, 5, 8, 11

Die Reihenfolge der Items wurde nicht verändert, die Nummerierung wurde jedoch an die reduzierte Anzahl der Items angepasst

Scoring: Stimme voll zu = 1; Stimme überhaupt nicht zu = 6

der Gesamtskala ergaben ähnliche Ergebnisse wie in der Freiburger Kohorte („Partizipation“: $\alpha=0,665$, „Zuwendung & Interesse“: $\alpha=0,661$; Gesamtskala: $\alpha=0,726$)

Die endgültige Version des deutschsprachigen PPOS-D12 enthält 12 Items mit jeweils 6 Items pro Subskala und ist in **Tab. 2** dargestellt. Die Items erhielten dabei eine neue Nummerierung. Im Gegensatz zur Originalversion muss für die Auswertung keines der Items umcodiert werden. Wie in der Originalversion bedeuten auch in der deutschen Version hohe Werte eine hohe Patientenzentrierung und niedrige Werte eine niedrige Patientenzentrierung.

In der Freiburger Kohorte lagen die Mittelwerte (MW) für die Gesamtskala bei 4,27, für die Subskala „Partizipation“ bei 3,98 und für die Subskala „Zuwendung & Interesse“ bei 4,56. Dabei waren die Mittelwerte der Studentinnen [w] für die Subskala „Zuwendung & Interesse“ sowie für die „Gesamtskala“ signifikant höher als die der Studenten [m] (Gesamtskala: MW[w]=4,37 vs. MW[m]=4,08, $p \leq 0,001$; „Partizipation“ MW[w]=4,03 vs. MW[m]=3,89, $p=0,113$; „Zuwendung & Interesse“: MW[w]=4,70 vs. MW[m]=4,28, $p \leq 0,001$). In der Basler Kohorte bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Studierenden („Partizipation“ MW[w]=4,00 vs. MW[m]=3,83, $p=0,216$; „Zuwendung & Interesse“ MW[w]=4,76 vs. MW[m]=4,65, $p=0,125$; Gesamtskala MW[w]=4,38 vs. MW[m]=4,24, $p=0,082$).

Diskussion



Mit dem vorliegenden PPOS-D12 wurde ein Instrument entwickelt, das es erlaubt, im deutschsprachigen Raum die Einstellungen von Medizinstudierenden hinsichtlich ihrer Patientenzentrierung zu messen. Die Konstruktvalidität der deutschen Übersetzung wurde mit einer Gruppe von Medizinstudierenden in Freiburg überprüft. Faktorenanalytisch konnten 2 Subskalen mit jeweils 6 Items identifiziert werden, was mittels der zweiten Kohorte mit Basler Medizinstudierenden repliziert werden konnte. Die Anzahl der Items weicht von der englischsprachigen Originalversion ab, die aus 2 Subskalen mit jeweils 9 Items besteht [16,17].

Für den Vergleich von Gruppen werden für Multi-Item-Skalen α -Werte von $>0,700$ als befriedigend angesehen [34]. Dies konnte in der vorliegenden Studie für die Gesamtskala, nicht jedoch für die beiden Subskalen erreicht werden. Für beide Subskalen lag Cronbach's α zwischen 0,640 und 0,670. Ein Vergleich der internen Konsistenz der deutschen Version mit der englischen, portugiesischen, griechischen oder schwedischen Version fällt schwer, da die entsprechenden Werte für Cronbach's α in den vorliegenden Studien mit Medizinstudierenden nicht berichtet werden [35–40]. In weiteren Studien muss daher überprüft werden, inwieweit die interne Konsistenz der Subskalen ausreichend ist, um Gruppenvergleiche anstellen zu können.

Der Fragebogen konnte im Rahmen dieser Studie ausschließlich bei Medizinstudierenden eingesetzt werden. Eine Validierung der deutschen Version mit Ärzten sowie Patienten wäre wün-

schenswert, um zu überprüfen, ob die deutsche Version ähnlich wie das englischsprachige Original auch bei anderen Personengruppen eine ausreichende Konstruktvalidität besitzt. Sowohl die konvergente Validität als auch die Kriteriumsvalidität konnte aufgrund des sehr fokussierten Studiendesigns nicht überprüft werden. Hier könnte in zukünftigen Studien ein Vergleich mit Skalen, die Empathie messen [33], Patientenbeurteilungen einschließen oder Patienten-Outcomes messen, wichtige Aufschlüsse über die Güte des Instruments geben.

Während in der Basler Kohorte keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen vorlagen, zeigten die Studentinnen in der Freiburger Kohorte eine signifikant stärkere Ausprägung für die Subskala „Zuwendung & Interesse“ sowie für die Gesamtskala. Geschlechtsunterschiede wurden in fast allen Studien mit Medizinstudierenden beschrieben [35–39], wobei jeweils Frauen eine höhere Patientenzentrierung aufwiesen als Männer. Da in der Basler Kohorte nur eine relativ kleine Gruppe von Studierenden betrachtet werden konnte, könnte es sein, dass die Kohorte zu klein war, um eine sichere Aussage über Geschlechtsunterschiede treffen zu können. Da auch in Basel die Medizinstudentinnen eine höhere Patientenzentrierung zeigten als ihre männlichen Mitstudenten, diese jedoch nicht signifikant war, sollte die Befragung mit einer größeren Studierendengruppe wiederholt werden, um zu überprüfen, welchen Stellenwert Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Messung von Patientenzentrierung bei Medizinstudierenden im deutschsprachigen Raum haben.

Fazit

Mit der Übersetzung des Patient-Provider Orientation Scale, PPOS-D12, steht nun für den deutschsprachigen Raum ein Instrument zur Verfügung, das es erlaubt, bei Medizinstudierenden deren Einstellungen hinsichtlich Patientenzentrierung reliabel und valide zu messen. Weitere Studien sind nötig, um die Testgüte des PPOS-D12 auch bei Ärzten und Patienten zu überprüfen. Dies würde die Grundlage dafür darstellen, gelungene Kommunikation im Sinne einer Kongruenz zwischen Arzt und Patient auf der Ebene der Selbsteinschätzung zu messen. Bereits zum jetzigen Zeitpunkt erlaubt der PPOS-D12 patientenzentrierte Einstellungen bei Medizinstudierenden zu messen und Rückschlüsse auf die Patientenzentrierung ihrer Lernumgebung zu ziehen.

Danksagung

Ein herzlicher Dank gilt den Medizinstudierenden in Freiburg und Basel, die an der Studie teilgenommen haben sowie Jan Kiesewetter und Dr. Daniel Bauer vom Lehrstuhl für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin am Klinikum der Universität München.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Stewart M. Effective physician-patient communication and patient health outcomes: a review. *CMAJ* 1995; 152: 1423–1433
- 2 Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325: 697–700
- 3 Rao JK, Anderson LA, Inui T et al. Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients. A systematic review of the evidence. *Med Care* 2007; 45: 340–349
- 4 Street RL, Makoul G, Arora NK et al. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Pat Educ Couns* 2009; 74: 295–301
- 5 De Haes H, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Pat Educ Couns* 2009; 74: 287–294
- 6 Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000; 51: 1087–1110
- 7 Bensing J. Bridging the gap, the separate worlds of evidence based medicine and patient centered medicine. *Pat Educ Couns* 2000; 39: 17–25
- 8 Stewart M, Brown J, Weston W et al. Patient-centred medicine: transforming the clinical method. London: Sage; 1995
- 9 Marvel MK, Epstein RM, Flowers K et al. Soliciting the patient's agenda have we improved? *JAMA* 1999; 281: 283–287
- 10 Langewitz WA. Zur Erlernbarkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung. *Bundesgesundheitsbl* 2012; 55: 1176–1182
- 11 Chewning B, Bylund CL, Shah B et al. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Pat Educ Couns* 2012; 86: 9–18
- 12 Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM et al. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Pat Educ Couns* 2000; 39: 49–59
- 13 Uexküll TV, Geigges W, Plassmann R. Integrierte Medizin, Modell und klinische Praxis. Stuttgart: Schattauer; 2002
- 14 O'Callaghan A. Emotional congruence in learning and health encounters in medicine: addressing an aspect of the hidden curriculum. *Adv in Health Sci Educ* 2012. Published online 08.02.2012
- 15 Grawe K. Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In: Margraf J, Brengelmann JC, Hrsg. Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. München: Röttger; 1992; S. 215–S. 244
- 16 Krupat E, Putnam SM. Studying the congruence of doctors' and patients' attitudes about medical practice. In: American Academy on Physician and Patient. San Diego, 1995. Paper presentation
- 17 Krupat E, Putnam SM, Yeager C. The fit between doctors and patients: can it be measured? *J Gen Intern Med* 1996; 11: 134
- 18 Chan CMH, Azman WA. Attitudes and role orientations on doctor-patient fit and patient satisfaction in cancer care. *Singapore J* 2012; 53: 52–56
- 19 Cvergros JA, Christensen AJ, Cunningham C et al. Patient preference for and reports of provider behavior: Impact of symmetry on patient outcomes. *Iowa Research Online* 2009; <http://ir.uiowa.edu/psychologypubs/6>
- 20 Lecher S, Satzinger W, Trojan A et al. Patientenorientierung durch Patientenbefragungen als ein Qualitätsmerkmal der Krankenversorgung. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 2002; 45: 3–12
- 21 Langewitz W, Conen D, Nübling M et al. Kommunikation ist wesentlich – Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus Sicht von Patientinnen und Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2002; 52: 348–354
- 22 Nübling M, Weber H, Zierath M et al. Patientenbefragung im Spital: Revalidierung und Optimierung eines Erhebungsinstrumentes. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003; 53: 236–242
- 23 Scheibler F, Freise D, Pfaff H. Die Einbeziehung von Patienten in die Behandlung. Validierung der deutschen PICS-Skalen. *J Public Health* 2004; 12: 199–209
- 24 Simon D, Loh A, Härter M. Measuring (shared) decision-making – a review of psychometric instruments. *Z ärztl Fortbild Qual Gesundhwes (ZaeFQ)* 2007; 101: 259–267
- 25 Hirsch O, Keller H, Müller-Engelmann M et al. Reliability and validity of the German version of the OPTION scale. *Health Expectations* 2012; 15: 379–388
- 26 Bieber C, Loh A, Ringel N et al. Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Manual zur Partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making). Verlag: Universitätsklinikum Heidelberg; 2007
- 27 Bieber C, Nicolai J, Müller KG et al. Der Fragebogen zur Arzt-Patient-Interaktion (FAPI) – Validierung und psychometrische Optimierung anhand einer Stichprobe chronischer Schmerzpatienten. *Klin Diagnostik Evaluation* 2011; 4: 78–93
- 28 Nicolai J, Eisenbeiß D, Müller KG et al. Fragebogen zur schwierigen Arzt-Patient-Beziehung – psychometrische Evaluation eines kurzen Fragebogens für ambulante Konsultationen. *Klin Diagnostik Evaluation* 2011; 4: 94–108

- 29 Casar D. Evaluation eines Arzt-Patient-Interaktions-Trainings im Krankenhaus anhand von Selbst- und Fremdbeobachtungen. Dissertation. Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München 2009; http://edoc.ub.uni-muenchen.de/10857/1/Casar_Daniela.pdf
- 30 Paulus C. Saarbrücker Persönlichkeits-Fragebogen (SPF). Based on the Interpersonal Reactivity Index (IRI). V3.0. Saarbrücken: Universität des Saarlandes, FR Erziehungswissenschaft; 2006
- 31 Neumann M, Wirtz M, Bollscheweiler E et al. Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Messinstruments „Consultation and Relational Empathy“ (CARE) am Beispiel von Krebspatienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2008; 58: 5–15
- 32 Neumann M, Scheffer C, Tauschel D et al. Physician empathy: Definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Z Med Ausbild* 2012; 29: Doc11
- 33 Preusche I, Wagner-Menghin M. Rising to the challenge: cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the adapted German version of the Jefferson Scale of Physician Empathy for Students (JSPE-S). *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2012. [Epub ahead of print]
- 34 Bland JM, Altman DG. Statistics notes. Cronbach's alpha. *BMJ* 1997; 314: 572
- 35 Haidet P, Dains JE, Paterniti DA et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ* 2002; 36: 568–574
- 36 Tsimtsiou Z, Kerasidou O, Efstathiou N et al. Medical students' attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey. *Med Educ* 2007; 41: 146–153
- 37 Krupat E, Pelletier S, Alexander EK et al. Can Changes in the Principal Clinical Year Prevent the Erosion of Students' Patient-Centered Beliefs? *Acad Med* 2009; 84: 582–586
- 38 Ribeiro MM, Freitas N, Krupat E et al. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. *Med Teacher* 2007; 29: e204–e208
- 39 Lee KH, Seow A, Luo N et al. Attitudes towards the doctor-patient relationship: a prospective study in an Asian medical school. *Med Educ* 2008; 42: 1092–1099
- 40 Wahlquist M, Gunnarson RK, Dahlgren G et al. Patient-centred attitudes among medical students: Gender and work experience in health care make a difference. *Med Teacher* 2010; 32: e191–e198