

Simulationspatienten in der allgemeinmedizinischen Lehre

Das Jenaer Programm – eine Pilotstudie

Simulated (Standardized) Patients in Family Medicine Education

The Jena Program – a Pilot Study

Katja Brenk-Franz¹, Heidi Kubieziel¹, Sven Schulz¹, Jochen Gensichen¹

Hintergrund: Für eine wirksame Behandlung im hausärztlichen Patientenumgang sind kommunikative Kompetenzen von zentraler Bedeutung.

Fragestellung: Ziel des Pilotprojektes war es, die kommunikativen Fähigkeiten der Medizinstudierenden im hausärztlichen Anamnesegespräch durch ein spezifisches Training zu verbessern.

Methode: Simulationspatienten ermöglichten im Anamnesegespräch mit Studierenden einen geschützten Rahmen zur Erprobung und Übung der Kommunikationskompetenz. Ein strukturiertes Feedback der Simulationspatienten, der Mitstudierenden und der Dozenten zu verbaler und nonverbaler Kommunikation sowie ein zusätzliches Videofeedback stellen die zentralen didaktischen Elemente des Trainings dar. Anschließend wurden Handlungsalternativen gemeinsam erarbeitet und erprobt. Die Pilotstudie war ein längsschnittlicher Prä-Post-Vergleich zur Erfassung der kommunikativen Fähigkeiten mit standardisierten Instrumenten der Selbst- und Fremdbewertung.

Ergebnisse: 16 Studierende aus dem klinischen Studienabschnitt zeigten einen Anstieg der kommunikativen Kompetenzen in der Selbst- und Fremdbewertung. Der Gesprächsanteil der Patienten von der Eröffnungsfrage bis zur ersten Unterbrechung von Seiten des Arztes konnte nach dem Training erhöht werden.

Diskussion: Die Limitationen der Studie sind in der geringen Fallzahl und der Repräsentativität der Stichprobe zu sehen. Daher sind nur explorative Aussagen möglich.

Schlussfolgerung: Ob das Jenaer Kommunikationstraining mit Simulationspatienten die Kommunikationskompetenzen von Medizinstudierenden deutlich verbessern kann, muss in einer prospektiven, kontrollierten Studie mit höherer Fallzahl geprüft werden.

Schlüsselwörter: Primärversorgung, Allgemeinmedizin, medizinische Lehre, Simulationspatienten, Kommunikationstraining

Background: Communication skills are of central importance for an effective interaction with primary care patients. Purpose: The purpose of this pilot study was to improve by a specific training communication skills of medical students taking a medical history.

Methods: Simulated (standardized) patients provide a secure setting to prove and exercise communication skills for medical students taking a medical history. Central didactical elements of the training were the structured feedback of simulated (standardized) patients, peers and teachers at verbal and non-verbal communication (including video feedback). Subsequently alternative activities were developed and tested. This pilot was a longitudinal pre-post-study to capture the communication skills with standardized self-rating and external-rating instruments.

Results: 16 medical students showed an enhancement of self-rating and external-rating communication skills. Patients' conversation time from the first question until the first interruption by the physician teacher was increased after the training.

The limitations of this study (low number of cases and missing representativeness of the sample) call for prospective controlled studies to verify whether the Jena Communication Training improves the communication skills of medical students.

Keywords: primary care, family medicine, medical education, simulated patients, communication training

1. Hintergrund

Dem Wunsch der Patienten nach einer für sie zufriedenstellenden Kommunikation und verständlichen Informationsgesprächen mit Ärzten [1] wird in der klinischen Realität zu selten nachgekommen [2]. Ca. 50 % der Beschwerden der Patienten kommen nicht zur Sprache, und die Ärzte erhalten nur wenige Informationen über die individuelle Bedeutung der Erkrankung für die Betroffenen [3]. Bei mehr als 50 % der Arzt-Patienten-Kontakte gibt es keine Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient hinsichtlich des hauptsächlichsten Gesundheitsproblems des Patienten [4]. Störungen der Kommunikation zwischen Arzt und Patient können zu einer mangelhaften Compliance, einem gestörten Vertrauensverhältnis und gehäuften Arztwechseln führen [5]. Die häufigsten Mängel in der Arzt-Patienten-Kommunikation von ärztlicher Seite zeigen sich in Form von Gesprächsunterbrechungen, mangelnder Strukturierung des Gesprächs, unverständlichen Erklärungen zu Diagnosen, Untersuchungsbefunden und therapeutischen Empfehlungen [4]. Diesbezüglich besteht ein Trainingsbedarf zur Förderung kommunikativer Fähigkeiten [4]. Eine besondere Rolle kommt dabei dem Hausarzt zu. Basierend auf dem strukturellen Aufbau des Gesundheitswesens und inhaltlichen Aspekten der allgemeinmedizinischen Arbeit ist gerade er der erste Hauptansprechpartner in Hinblick auf somatische Beschwerden aber auch bei psychischem Leidensdruck [6]. Daher ist es essentiell, ihn im Sinne einer vertrauensvollen Bezugsperson zu betrachten und die Studierenden frühzeitig auf die facettenreichen Herausforderungen der Arzt-Patienten-Kommunikation vorzubereiten.

Simulationen in der medizinischen Lehre

In der medizinischen Studentenausbildung werden inzwischen zunehmend Simulationsmethoden eingesetzt, da sie verschiedene Vorteile bieten [7]:

- Ein simulierter Rahmen bietet die Möglichkeit der Orientierung an den Bedürfnissen und dem Wissensstand der Lernenden. Teilabschnitte können dabei einzeln fokussiert und so

oft wiederholt werden, wie es notwendig erscheint.

- Der geschützte Rahmen einer simulierten Situation fördert eine risikofreie Atmosphäre, um die notwendige Handlungssicherheit für den klinischen Alltag zu erwerben.
- Mit Simulationseinheiten lassen sich vorhandene Kompetenzen anhand objektiver Kriterien überprüfen.
- Das strukturierte Feedback im Rahmen der Simulation verbessert die fachlichen und kommunikativen Fähigkeiten und fördert Lernprozesse auf der Team- und der Individual-ebene.

Der Simulationspatient ist ein schauspielernder Patient, der trainiert wird, um eine erlernte Erkrankung in einer standardisierten, unveränderlichen und gleichbleibenden Art und Weise für Lehrzwecke im Rahmen von Rollenspielen zu präsentieren [8]. Die Einsatzgebiete für Simulationspatienten sind sehr breit gefächert und reichen von klassischen Kommunikations- und Interaktionstrainings über typische Arzt-Patienten-Gespräche (wie beispielsweise Anamneseerhebungen, Durchführung von Aufklärungsgesprächen, dem Überbringen schwerwiegender Nachrichten) bis zu körperlichen Untersuchungen und klinisch-praktischen Prüfungssituationen [9]. Simulationspatienten bieten dabei neben dem sehr hohen Realitätsgrad den Vorteil eines direkten Feedbacks [10, 8].

Ein wichtiges didaktisches Element beim Einsatz von Simulationspatienten stellt das direkte, strukturierte Feedback zur Arzt-Patienten-Beziehung und zum Konsultationsgespräch dar, welches die Lernenden erhalten. Den verschiedenen Feedbackebenen (z. B. Peerfeedback, Dozentenfeedback, Feedback der Simulationspatienten) werden dabei signifikant positive verhaltensmodulierende Effekte in der Ausbildung zugeschrieben [11, 8, 12, 13]. Das Feedback der Simulationspatienten erhält durch die direkte Rückmeldung ihrer Gefühle im Setting des Arzt-Patienten-Kontaktes eine besondere Bedeutung und gilt inzwischen als geeignetes Beurteilungsverfahren für die Ausbildung [11]. Eine entscheidende Grundvoraussetzung dafür ist eine umfangreiche und gut strukturierte Feedbackschulung der Simulationspatienten [14].

Die Kommunikations- und Interaktionstrainings in der allgemeinmedizinischen Lehre können nur dann langfristige Erfolge nachweisen, wenn sich diese an den Bedürfnissen der Primärversorgung orientieren und anschließend ein Transfer des Erlernten in den Praxisalltag ermöglicht wird. Daher müssen die Rollenskripte für die Simulationspatienten entsprechend den Bedürfnissen einer Hausarztpraxis verfasst werden [15]. Besonderen Stellenwert erlangen hierbei die Anamnese-, Aufklärungs-, Angehörigengespräche, aber auch Themen wie das Erläutern von Diagnosen und klinischen Untersuchungsbefunden, die im allgemeinmedizinischen Setting üblich sind. Das Kommunikationstraining kann dabei jederzeit entsprechend dem Bedarf der Studierenden angepasst werden.

Der Einsatz von Simulationspatienten – Das Jenaer Programm am Institut für Allgemeinmedizin

Rekrutierung der Simulationspatienten: Die Rekrutierung der angehenden Simulationspatienten erfolgte in erster Linie über Aushänge, Flyer und Mailverteiler im Bereich der Friedrich-Schiller-Universität Jena, der Fachhochschule Jena und bekannter Seniorentreffs der Stadt sowie über die Lehrarztpraxen des Institutes. Entsprechend unserer Anforderungen wurden volljährige Personen mit flexibler Zeiteinteilung gesucht, idealerweise mit Erfahrungen als Laienschauspieler, welche Einsatzzeiten hauptsächlich am Vor- und Nachmittag ermöglichen können. Die Interessenten wurden zu einer ersten Informationsveranstaltung eingeladen, in welcher das Simulationspatientenprogramm umfassend vorgestellt wurde und genügend Raum für Fragen zur Verfügung stand.

Erstellen von Rollendrehbüchern und Training der Simulationspatienten: Anhand einer vorgegebenen Aufgabenstellung oder eines vorgegebenen Beschwerdebildes entsprechend dem Lernzielkatalog wurden die Drehbücher für die Simulationspatienten durch medizinisches und psychologisches Fachpersonal verfasst. Ein Drehbuch wird wie folgt gegliedert:

- Setting der Gesprächssituation
- Soziodemographische Daten des Patienten

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena
Peer reviewed article eingereicht: 31.01.2010, akzeptiert: 19.02.2010
DOI 10.3238/zfa.2010.0152

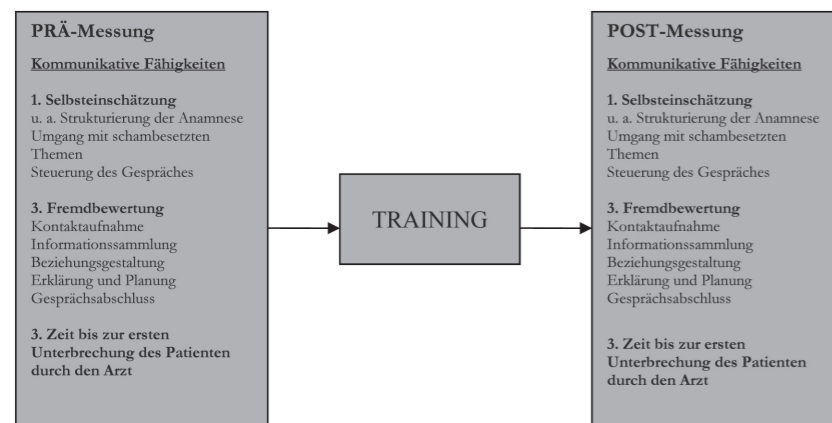


Abbildung 1 Untersuchungsdesign und Parameter der Pilotstudie.

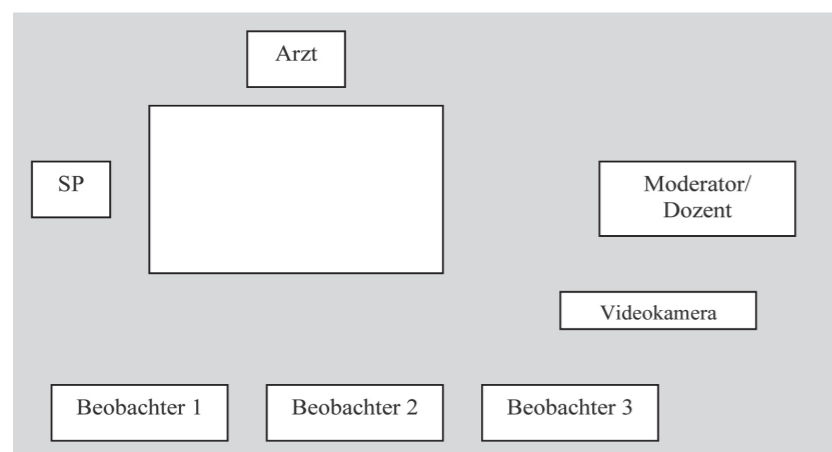


Abbildung 2 Anordnung der Übungssituation.

- Symptome der Erkrankung
- Krankengeschichte
- Informationen über Medikamente (Dosierung, Medikamentenverpackungen)
- Sozialanamnese, Familienanamnese, Sexualanamnese
- Lebensgewohnheiten
- Informationen über Persönlichkeitseigenschaften und Präsentation der Rolle

Vorgegeben werden auch mögliche Fragen des Arztes sowie die gewünschten Antworten und Reaktionen des Patienten. Eine erste allgemeine Schulung der Simulationspatienten erfolgte in einem 6- bis 8-stündigen Workshop im Kleingruppensetting. Dieser beinhaltete organisatorische und rechtliche Themen, ein erstes grundlegendes schauspielerisches Rollentraining sowie das allgemei-

ne Feedbacktraining. Anschließend erhielt jeder angehende Simulationspatient ein individuelles Rollentraining entsprechend der Rollenfigur (meist im Einzelsetting). Der Zeitaufwand dafür variierte je nach Komplexität der einzuübenden Rolle und des Beschwerdebildes zwischen 5 und 8 Stunden. Die Durchführung des individuellen Rollentrainings orientiert sich dabei immer an der Struktur:

1. Eigenstudium
2. Einübung des Rollenverhalten
3. Trainingsphase

Qualitätssicherung: Besondere Bedeutung bei der Umsetzung des Simulationspatientenprogramms kommt der Qualitätssicherung zu. Diese wird gewährleistet durch:

- eine Orientierung der Unterrichtsziele am Lernzielkatalog des Institutes

für Allgemeinmedizin hinsichtlich der von den Studierenden zu erwerbenden fachlichen und kommunikativen Kompetenzen,

- eine fachärztliche Supervision beim Verfassen der Rollenscripte sowie eine Rollenscriptabnahme durch klinisch erfahrene Mediziner,
- ein umfassendes Briefing jedes Simulationspatienten vor jedem Einsatz,
- regelmäßige Supervision der Simulationspatienten bezüglich der Feedbackübermittlung und des Rollenverhaltens durch eine klinisch erfahrene Psychologin,
- die Evaluation der Simulationspatienten während des Einsatzes oder nach dem Einsatz mittels Videoanalyse anhand von Checklisten zum vorgegebenen Rollenverhalten.

Überprüfung der erlernten Fertigkeiten und Evaluation: Entscheidend für das Simulationsprogramm ist es, von Beginn an eindeutige Lernziele zu definieren, um die Studierenden zum vertieften Lernen und Üben zu motivieren und um klare Kriterien für eine Verbesserung der kommunikativen und praktischen Fertigkeiten evaluieren zu können. Die Evaluation kann grundsätzlich auf folgenden Ebenen erfolgen:

- Subjektive Einschätzung durch die Studierenden mittels Fragebögen (z. B. Fragebogen zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Fähigkeiten; [16]).
- Einschätzung der Veränderungen der fachlichen Fertigkeiten und kommunikativen Fähigkeiten durch die Dozenten, Hausärzte (Lehrpraxen), z. B. mittels standardisierter Checklisten.
- Objektivierete Veränderungsmessungen der „Arzt-Patienten-Gespräche“ (vor und nach dem Training) durch eine Videoevaluation zum konkreten ärztlichen Verhalten z. B. mittels Checklisten [17] oder mittels RIAS – Roter Interaction Process Analysis System [18]. Die deutsche Übersetzung erfolgte von Langewitz, Fellmann und Peters [19, 20].
- Perspektivisch betrachtet: Überprüfung der kommunikativen Fähigkeiten im Rahmen von 2 bis 3 Stationen einer Objective Structured Clinical Examination (OSCE).



Abbildung 3 Übungssituation mit einem Simulationspatienten (Fallbeispiel „Allergie“).

1. Kommunikationstraining (Theorieteil und Praxisteil)
2. Vorbereitung auf ein spezifisches Patientengespräch (z. B. Anamnesegespräch)
3. Durchführung des Arzt-Patientengesprächs mit Hilfe der Simulationspatienten (Videodokumentation)
4. Selbstreflexion (Selbstbild) direkt nach dem Rollenspiel bzw. nach einer eingeschobenen Videobetrachtung (Videofeedback)
5. Feedback durch den Simulationspatienten (Fremdbild 1)
6. Feedback durch die Mitstudierenden (Fremdbild 2)
7. Feedback durch Supervisoren/Dozenten
8. Offene Diskussionsrunde
9. Videoanalyse anhand verschiedener Fragestellungen

Abbildung 4 Ablauf des Trainings mit Simulationspatienten.

2. Methoden

Im Rahmen einer längsschnittlichen Pilotstudie mit 2 Messzeitpunkten erhielten die teilnehmenden Studierenden des Wahlfaches Allgemeinmedizin ein Trainingsmodul zu kommunikativen und interaktiven Fertigkeiten. Die Teilnahme an der Veranstaltung war freiwillig. Untersucht wurde die Veränderung kommunikativer Kompetenzen mittels Prä-Post-Vergleich durch strukturierte Selbsteinschätzungsbögen und fremdbewertete Videoanalysen (siehe Abbildung 1). Der modifizierte Heidelberger Fragebogen zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Fähigkeiten erfasst die Strukturierung der Anamnese, den Umgang mit schambesetzten Themen und die Steuerung des Gespräches auf einer 6-stufigen Ratingskala und ermöglicht

die Berechnung eines Gesamtsummenscores (GSS_{selbst}) [16]. Die modifizierte Heidelberger Checkliste zur Fremdbewertung der Videosequenzen (GSS_{fremd}) erfasst die Themenbereiche: Kontaktaufnahme zum Patienten, Items zur Informationssammlung und zum Gesprächsabschluss mittels dichotomer Bewertung sowie die Bereiche Informationssammlung, Beziehungsgestaltung, Erklärung und Planung auf einer 5-stufigen Ratingskala und ermöglicht ebenfalls die Berechnung eines Gesamtsummenscores (GSS_{fremd}) [17]. Höhere Werte stehen dabei für höhere kommunikative Fähigkeiten. Der Gesamtscore der Selbsteinschätzung kann einen Wert zwischen 9 und 54 annehmen, der Gesamtscore der Fremdeinschätzung einen Wert zwischen 0 und 114. Ebenfalls erhoben wurde die Zeitspanne von der ärztlichen Eröff-

nungsfrage bis zur ersten Unterbrechung des Patienten durch den Arzt. Die Auswertung erfolgte bei den vorliegenden intervallskalierten Daten mittels T-Test für abhängige Stichproben, wobei die Analyse mit dem Statistikpaket SPSS 15.0 für Windows vorgenommen wurde.

Durchführung des Jenaer Programms

Zu Beginn und am Ende der Gesamtveranstaltung wurden Konsultationsgespräche mit einem Simulationspatienten per Video aufgezeichnet ($t_1=11/08$; $t_2=02/09$). Anschließend bewerteten die Studierenden ihre kommunikativen Fähigkeiten anhand des Fragebogens zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Fähigkeiten [16]. Das Training wurde in Form eines Blockseminars (2 Blockveranstaltungen mit 7 Unterrichtseinheiten à 45 min.) im Rahmen des Wahlfaches „Anamnese und Diagnostik in der ambulanten-hausärztlichen Versorgung“ für Studierende des 9. Fachsemesters durchgeführt. Die beiden Blockveranstaltungen lagen jeweils eine Woche auseinander, wobei eine individuelle Videoanalyse für jeden Studierenden nach einem strukturierten Beobachtungsbogen [17] obligat war. Die Übungseinheiten mit den Simulationspatienten erfolgten in Kleingruppen mit jeweils 4 Studierenden. Pro Trainingsdurchgang hatte ein Studierender die Möglichkeit, die Übungsrolle des Arztes einzunehmen, währenddessen der Simulationspatient (SP), ein Moderator (Dozent) sowie 3 Studierende mit 3 Beobachtungsbögen das Feedback vorbereiteten, um dieses dann in strukturierter Form an den Studierenden zu geben. Die Beobachtungsbögen beinhalteten die Themen: nonverbale Kommunikation, Gesprächsführungstechniken und Gesprächsverlauf. Zur Veranschaulichung der räumlichen Anordnung der Übungssituation dient die Abbildung 2.

Insgesamt waren 10 verschiedene Simulationspatienten während des gesamten Trainingsprogramms im Einsatz. Die Fallbeispiele wurden in Anlehnung an die Seminarinhalte immer anspruchsvoller und steigerten sich von einfachen Krankheitsbildern wie Kopfschmerzen und Allergie (siehe Abbildung 3) über Patienten mit einer De-

Variable	Kategorien	Anzahl	Prozent
Alter in Jahren (M = 24,25; SD = 2,49)	< 23	3	18,5
	23–25	9	56,25
	26–28	3	18,5
	> 28	1	6,25
Geschlecht	weiblich	12	75
	männlich	4	25
Semester	7	4	25
	9	10	62,5
	11	2	12,5

Tabelle 1 Charakteristika der Stichprobe.

Messzeitpunkt	GSSselbst MW (SD)	GSSfremd MW (SD)	Zeit in Sekunden MW (SD)
Prä	39,38 (3,07)	49,00 (12,07)	8,6 (3,95)
Post	44,88 (2,83)	75,80 (17,29)	20,3 (7,24)

Tabelle 2 Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtsummenscores und der Zeit bis zur ersten Unterbrechung.

menzerkrankung oder einer „schwierigen“ Persönlichkeit des Patienten bis hin zu schambesetzten Themen wie Harninkontinenz und erektile Dysfunktion. Ergänzend zu den Blockveranstaltungen wurden Seminare mit medizinischen Fachinhalten zur Demenz, Depression und zu Untersuchungstechniken durchgeführt. Der genaue Ablauf des Trainings mit den Simulationspatienten ist in Abbildung 4 dargestellt.

3. Ergebnisse

Die Stichprobe der Pilotstudie umfasste 16 Personen. Der Altersdurchschnitt lag bei etwa 24 Jahren und die Altersspanne reichte von 22 bis 32 Jahren. Das Geschlechterverhältnis zeigte mit 75 Prozent Frauen und etwa 25 Prozent Männern einen deutlich höheren Frauenanteil. Der überwiegende Anteil der Studierenden entstammte dem 9. Semester. Die soziodemographischen Variablen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Die Mittelwerte und Standardabweichungen für die Gesamtsummenscores der kommunikativen Fähigkeiten der Selbst- und der Fremdeinschätzung sowie der Zeit bis zur ersten Unterbre-

chung durch den Arzt sind in Tabelle 2 für beide Messzeitpunkte aufgeführt.

Die Ergebnisse zeigen statistisch signifikant höhere Werte in den selbst-bewerteten kommunikativen Fähigkeiten ($T_{\text{selbst}} = -5,91$; $df = 15$, $p < 0,001$) und den fremdbewerteten kommunikativen Fähigkeiten ($T_{\text{fremd}} = -5,80$; $df = 15$, $p < 0,001$) nach dem Training. In Abbildung 5 und Abbildung 6 ist die Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten im Prä-Post-Vergleich dargestellt. Aufgrund der besseren graphischen Darstellung und Vergleichbarkeit werden die Daten in Prozentwerten angegeben. Des Weiteren zeigt sich eine statistisch signifikante Erhöhung des Gesprächsanteil der Patienten von der Eröffnungsfrage bis zur ersten Unterbrechung von Seiten des Arztes ($T_{\text{zeit}} = -5,83$; $df = 15$, $p < 0,001$), siehe Abbildung 7.

Katja Brenk-Franz ...



... ist Diplompsychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena. Sie hat die Trainerausbildung für Simulationspatienten in Heidelberg absolviert und das Simulationspatientenprogramm der Allgemeinmedizin in Jena aufgebaut und leitet es. Weitere Interessenschwerpunkte: Bindungsforschung, Sexualforschung, Adherence in der Primärversorgung, Therapiefor-

4. Diskussion

Die vorläufigen Ergebnisse legen nahe, dass durch Trainingsprogramme mit Simulationspatienten Verbesserungen der kommunikativen Fähigkeiten im hausärztlichen Anamnesegepräch erreicht werden können. Ähnlich wie in anderen Studien zeigt sich diese Verbesserung sowohl in der Selbst-, als auch in der Fremdeinschätzung [21, 22]. Die vor dem Training gemessene Zeit von der Eröffnungsfrage z. B. „Was führt Sie zu mir?“ bis zur Unterbrechung des Patienten durch den Arzt ist mit durchschnittlich 8,6 Sekunden als vergleichsweise gering zu betrachten. Nach dem Training konnte die Redezeit für den Patienten erhöht werden und entspricht mit 20,3 Sekunden den nationalen (Wilm 2004: 24 sek [20]) und internationalen Vergleichsdaten (Beckman und Frankel 1984: 18 sek [23]; Marvel et al. 1999: 23 sek [24]; Dyche, Swideriski 2005: 16,5 sek [25]), wobei diese immer noch als durchaus gering einzuschätzen sind [23, 26]. In Bezug auf eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse sind als Limitationen dieser Pilotstudie die geringe Fallzahl und die selektive Probandenauswahl anzuführen. Für das allgemeinmedizinische Trainingsprogramm in Jena haben wir Kritikpunkte anderer Modellversuche (wie z. B. Reduktion der Gruppengröße, Erhöhung der praktischen Übungsanteile) aufgegriffen [27]. Bei der Konzeption wurde versucht, den Studierenden genügend Raum für praktische Erfahrungen zu bieten. Insbesondere das Üben vor einer größeren Gruppe ($n = 15$) wurde von einigen Studierenden in anderen Studien als „angstauslösend“ beschrieben und in diesem Zusammenhang wurden die Rollenspiele und Videoaufnahmen dann teilweise kritisch beurteilt [27]. Das Jenaer Programm für die allgemeinmedizinischen Lehre versucht auf einige dieser Punkte einzugehen:

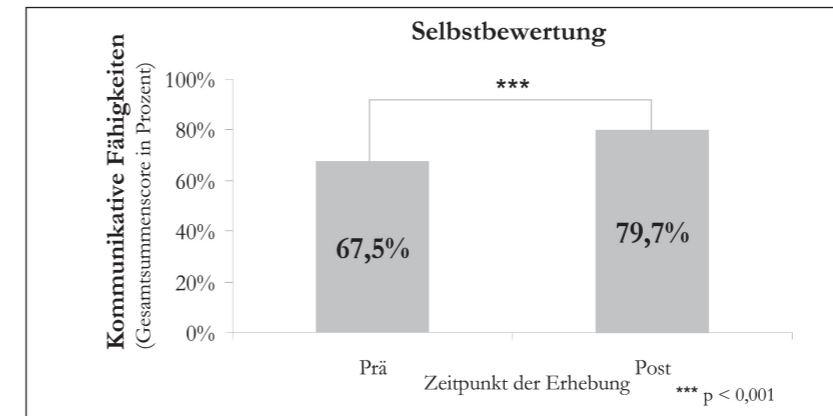


Abbildung 5 Veränderung der kommunikativen Fähigkeiten (Selbstbewertung durch die Studierenden).

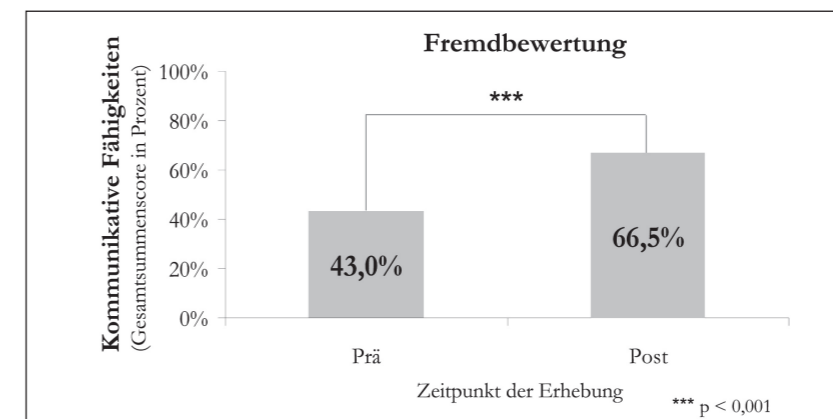


Abbildung 6 Veränderung der kommunikativen Fähigkeiten (Fremdbewertung).

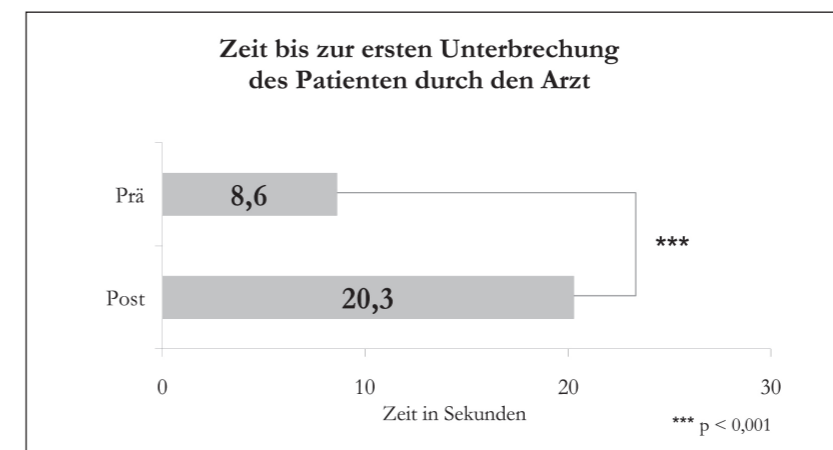


Abbildung 7 Veränderung der Zeit bis zur ersten Unterbrechung.

- Das Kommunikationstraining findet in kompakten Tagesblockveranstaltungen statt.
- Die Übungs- und Feedbackeinheiten finden in stark strukturierter Form statt (siehe Abbildung 4).
- Es werden mehr Übungseinheiten mit als ohne Simulationspatienten durchgeführt.
- Die Übungsgruppen werden soweit geteilt, dass in einer Gruppe nicht mehr als 5 Studierende anwesend sind.
- Das Videofeedback erfolgt kontinuierlich.
- Eine individuelle Videoanalyse eines eigenen Konsultationsgesprächs ist obligat.
- Jeder teilnehmende Studierende eines Übungsdurchlaufes hat Beobachteraufgaben und füllt während bzw. nach der Übungseinheit einen strukturierten Analysebogen aus.
- Die Übungen und Fallbeispiele sind auf die Anforderungen der Primärversorgung abgestimmt.

Nachdem in dieser Pilotstudie erste Hinweise auf die Durchführbarkeit und Effekte beschrieben werden konnten, sollten nachfolgend in einer prospektiven, kontrollierten Studie die Effekte auf das Kommunikationsverhalten der Teilnehmer geprüft werden, um es bei nachgewiesenen Effekten dann der Mehrheit der Medizinstudierenden curricular zugänglich zu machen. Im Hinblick auf eine Effizienzsteigerung, könnte sich auch ein Zusammenschluss verschiedener klinischer Fächer als sinnvoll erweisen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. Katja Brenk-Franz
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Jena
Bachstr. 18
07743 Jena
Tel.: 03 641 / 939 -58 00
E-Mail: katja.brenk-franz@med.uni-jena.de

Literatur

1. Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M et al. Arbeitsbericht Nr. 195: Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt. Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg; 2001: 4–26
2. Geisler LS. Das Arzt-Patient-Gespräch als Instrument der Qualitätssicherung. Vortrag auf dem Kongress: Qualitätssicherung in ärztlicher Hand zum Wohle der Patienten. Düsseldorf: Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein Westfalen; 2004
3. Maguire P, Piceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325: 697–700
4. Buddeberg JW (Hrsg). *Psychosoziale Medizin*. Heidelberg, Berlin: Springer, 2004
5. Goedhuys J, Rethan JJ. On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. *A validity study. Fam Pract* 2001; 18: 592–596
6. Sachverständigenrat. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens – Sondergutachten 2009, Langfassung. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; 2009
7. Kneebown R. Simulation in surgical training: educational issues and practical implications. *Med Educ* 2003; 37: 267–277
8. Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluation clinical skills. *Acad Med* 1993; 68: 443–453
9. Schultz J, Schönemann J, Lauber H, Nikendei C, Herzog W, Jünger J. Einsatz von Simulationspatienten im Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinerinnen und Mediziner (Medi-KIT): Bedarfsanalyse-Training-Perspektiven. *Gruppendynamik und Organisationsberatung* 2007; 38: 7–23
10. Vu N, Barrows HS. Use of standardized patients in clinical assessments: recent developments and measurement findings. *Educ Res* 1994; 23: 23–30
11. Norcini JJ. Peer assessment of competence. *Med Educ* 2003; 37: 539–543
12. Greco M, Brownlea A, McGovern J. Impact of patient feedback on the interpersonal skills of general practice registrars: results of a longitudinal study. *Med Educ* 2001; 35: 748–756
13. Sloane PD, Beck R, Kowlowitz V et al. Behavioral coding for evaluation of medical student communication: clarification or obfuscation? *Acad Med* 2004; 79: 162–170
14. Pfeiffer CA, Kosowicz LY, Holmboe E, Wang Y. Face-to-face clinical skills feedback: lessons from the analysis of standardized patient's work. *Teach Learn Med* 2005; 17: 254–256
15. <http://www.degam.de/fachdefinition.html> (Letzter Zugriff am 04.02.2010)
16. HeiCuMed. Fragebogen zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Fähigkeiten (unveröffentlicht). Heidelberg Curriculum Medicinale/HeiCuMed; 2000–2004
17. HeiCuMed. Checkliste zur Fremdbewertung der kommunikativen Fähigkeiten (unveröffentlicht). Heidelberg Curriculum Medicinale/HeiCuMed; 2000–2004
18. Roter D, Larson S. The Roter Interaction Process Analysis System (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Educ Couns* 2002; 46: 243–251
19. Fellmann Fischer I. RIAS als Evaluationsinstrument einer Interventionsstudie im Bereiche der Arzt-Patienten Kommunikation (Dissertation, unveröffentlicht): Universitätsspital Basel, 2004
20. Wilm S, Knauf A, Peters T, Bahrs O. Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation? *Z Allg Med* 2004; 80: 53–57
21. Simmenroth-Nayda A, Weiß C, Chenot JF et al. Verbessern Anamneseübungen die kommunikativen Fähigkeiten von Studierenden? Ein Prä-Post Vergleich. *GMS Z Med Ausbild* 2007; 24: Doc22
22. Wille E, Scriba PC, Fischer GC et al. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; 2005: 1–762
23. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984; 101: 692–696
24. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999; 281: 283–287
25. Dyche L, Swiderski D. The effect of physician solicitation approaches on ability to identify patient concerns. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 267–270
26. Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002; 325: 472
27. Petersen C, Busche W, Bergelt C, Huse-Kleinstoll G. Kommunikationstraining als Teil des Medizinstudiums: ein Modellversuch. *GMS Z Med Ausbild* 2005; 22: Doc8