

» Simulationspatientenkontakt an der Universität Witten/Herdecke

J. Seitz, W. Vermaasen, C. Schikarski, B. Pfau
Fakultät für Medizin, Universität Witten/Herdecke

Zusammenfassung: Anamnese- und Kommunikationsfähigkeit spielen für das ärztliche Handeln eine zentrale Rolle, dennoch werden sie im Medizinstudium in Deutschland kaum systematisch gelehrt und noch seltener praktisch erprobt. Das studentisch initiierte und organisierte Programm „Simulationspatientenkontakte“ für das dritte, vierte und fünfte Semester der Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke bietet hier ein erweiterndes Lehrangebot. Trainierte Laien übernehmen die Rolle von Patienten und Studierende bekommen die Gelegenheit, sie zu befragen, über Untersuchungen aufzuklären oder das Überbringen schlechter Nachrichten zu üben. Durch Videodokumentation und ein vierstufiges Feedbacksystem werden die Gespräche intensiv nachbereitet. Dies bildet ein Unterrichtsangebot mit gut kalkulierbaren Kosten und großer Akzeptanz bei Dozenten und Studierenden.

Schlüsselwörter: Simulationspatienten – standardisierte Patienten – Kommunikationstraining – Anamnese

Simulated Patient Contacts at the University of Witten/Herdecke: History taking and communications skills play a central role in medical practice, yet they are rarely taught or actually trained in German medical education. A student-led programme: „Simulated Patient Contacts“ during semesters three, four, and five at University of Witten/Herdecke offers extended training possibilities. Healthy subjects take the role of a patient so that medical students can take their history, explain procedures or practice breaking bad news to them. Personal feedback via video documentation is offered and four distinct feedback sessions give students ample opportunity for intensive discussions of their experiences. This programme was very well accepted by staff and students at a predictable cost.

Key words: Simulated patients – Standardized patients – Communication training – Anamnesis

Ein ganz normaler Patient?

Die Studentin im fünften Semester begrüßt Herrn Müller und bittet ihn herein. „Wie geht es Ihnen?“ Herr Müller ist 28 Jahre alt und Kraftfahrer, er klagt über stechende Schmerzen in der Magengegend, die seit drei Tagen immer schlimmer werden. Er sitzt leicht vornüber gebeugt, eine Hand auf dem Oberbauch, und sieht leidend aus. Die ganze letzte Woche hatte er „Grippe“, seine Gelenke taten weh, doch ist das jetzt dank des Schmerzmittels sehr viel besser. Das sei auch gut so, denn die Auftragslage sei sehr eng und Verzug koste die Firma Strafge-
lder. Die Studentin exploriert die Geschichte noch weiter, so weit sie mit ihrem Wissen kommt, und stellt eine Verdachtsdiagnose: Magenulkus nach beruflichem Stress und Schmerzmittelgebrauch, was durch eine Gastroskopie abgeklärt werden müsse. Was das sei und ob das weh tue? will Herr Müller wissen. Nach einer Erklärung mit möglichst einfachen Worten geleitet sie ihn zur Tür. Jetzt passiert etwas Ungewöhnliches: Herr Müller dreht sich um, nimmt lächelnd wieder Platz und beginnt zu erzählen, wie er sich während des Gesprächs gefühlt hat! Ob er Vertrauen hätte zu solch einer „Ärztin“, ob er sich ernst genommen fühlte und genug Raum bekam, sein Anliegen darzulegen, und ob ihre Begriffe verständlich waren?

Ort des Geschehens ist das „MedLab“, das multimediale Übungszentrum der Universität Witten/Herdecke. Herr Müller ist ein extra für diese Aufgaben trainierter „Simulationspatient“, der nicht nur eine Patientenrolle angenommen hat, sondern auch nach der Simulation explizit Feedback geben soll. Danach kann die Studentin seine Aussagen mit der angefertigten Videoaufnahme vergleichen und sich so selbst evaluieren. Eigene Fragen („War ich zu unstrukturiert?“) notiert sie auf einem vorbereiteten Zettel, der zum Videoband gesteckt wird, das nun etwa eine Woche lang im Medlab für die Kommilitonen ausliegen wird. Sie kann zu jeder Tages- und Nachtzeit kommen und sich auch die Bänder anderer Studierender ihrer 10er-Gruppe anschauen und kommentieren, maximal fünf gleiche Bänder à 25 Minuten inklusive Feedback. So bekommt sie einen Eindruck, wie die anderen mit derselben Situation umgegangen sind, und kann ihnen wiederum Rückmeldung geben. Den Abschluss bildet dann das Nachtreffen mit einer Ärztin, einem Arzt oder einer Psychologin, in dem alle fünf Videos mit derselben Krankengeschichte nachbesprochen werden und noch einmal häufige Probleme bei der Anamnese und mögliche Lösungen diskutiert werden können.

Einleitung

Anamnese- und Kommunikationsfähigkeit spielen im ärztlichen Handeln eine zentrale Rolle [20], dennoch werden sie im klassischen Medizinstudium kaum systematisch gelehrt und noch seltener praktisch erprobt. Die Idee von Simulationspatienten in der Medizinerbildung geht auf Howard Barrows [6] zurück. Er hatte zufällig entdeckt, dass ein echter Patient während einer Facharztprüfung einen zusätzlichen Babinski-Reflex am „falschen“ Fuß simulierte, nachdem ihn der zu prüfende Arzt geringschätzig behandelt hatte. Daraufhin trainierte er zunächst Simulationspatienten für die Assistenzarztausbildung, später auch für Studierende. Heute benutzen drei Viertel aller nordamerikanischen Universitäten Simulationspatienten für eine Vielzahl von Ausbildungszwecken und zwei Drittel für Prüfungen [2, 7–9, 11, 12, 16, 21, 23].

Auch in Europa finden sie mehr und mehr Verbreitung, insbesondere in Großbritannien [13] und in Maastricht/Niederlande, wo sie seit vielen Jahren Teil der praktischen Ausbildung sind [24].

In Deutschland gibt es Veranstaltungen mit Simulationspatienten, z. B. in Münster im Rahmen von Ethikseminaren und Prüfungen und seit dem Wintersemester 1999/2000 in Berlin (HU) und Köln für Prüfungen [14].

„Simulationspatienten“ sind dabei definiert als „gesunde Laien, die gelernt haben, die Rolle eines Kranken möglichst echt wiederzugeben“.

Davon zu unterscheiden sind „standardisierte Patienten“. Diese können entweder echte Patienten oder trainierte Gesunde sein, wobei besonderer Wert auf die exakte Reproduktion einer Situation gelegt wird, was wichtig wird, wenn sie für Prüfungen eingesetzt werden sollen [10].

Bei der Frage, ob in der Ausbildung besser „echte“ Patienten oder Simulationspatienten eingesetzt werden sollen, müssen folgende Gesichtspunkte erwogen werden:

Echte Patienten:

- Die Akzeptanz bei Studierenden und Dozenten ist hoch, da dies eine traditionell bewährte Lehr- und Lernform ist [17].
- Es können „echte pathologische“ Befunde demonstriert werden.
- Es entstehen keine zusätzlichen Kosten.
- Es besteht geringerer Organisationsaufwand.
- Allerdings stehen oft nur begrenzt Kapazitäten in den Krankenhäusern zur Verfügung.

Simulationspatienten:

- Sie sind immer und überall einsetzbar.
- Sie sind länger belastbar.
- Die Patientengeschichte kann exakt dem Niveau und den Bedürfnissen der Studierenden angepasst werden.
- Simulationspatienten können für schwierige und heikle Themen eingesetzt werden (Sexualanamnese, Überbringen schlechter Nachrichten), ohne dass Gefahr besteht, die Gefühle wirklich betroffener Patienten zu verletzen.
- Simulationspatienten geben nach entsprechender Schulung gezielt Feedback.

- Gut trainierte Simulationspatienten sind selbst für erfahrene Ärzte nicht von echten Patienten zu unterscheiden [18].

Organisation des Kurses

Im Wintersemester 1998/99 ergriffen Studierende die Initiative, ein solches Programm an der Universität Witten/Herdecke aufzubauen. Bei einem dreimonatigen Austauschaufenthalt an der Rijksuniversiteit Limburg in Maastricht/NL konnte das dort seit 18 Jahren ständig weiterentwickelte „Simulatie-Patient-Contact Programme“ miterlebt werden.

Dem dortigen Rat folgend, klein anzufangen, wurde mit einem einzelnen Kurs über sechs Wochen für die 42 Studierenden des fünften Semesters begonnen. Simulationspatienten und Dozenten wurden geworben, mit finanzieller Unterstützung der Fakultät eine Videokamera und vier Fernseh-Video-Einheiten angeschafft und ein Raum hergerichtet. Die Patientengeschichten wurden mit einem erfahrenen Kliniker verfasst und danach die Simulationspatienten trainiert. Dazu bekamen sie zunächst nur eine grobe Beschreibung ihrer Rolle, die sie dann selbst mit Details ausgestalten konnten. Dadurch wurden sie in die Lage versetzt, bei späteren unvorhergesehenen Fragen besser zu reagieren [5]. Das eigentliche Training bestand aus Probesimulationen, bei denen ein Kliniker und die Organisatoren immer wieder Feedback zur medizinischen Korrektheit einerseits und didaktischen Angemessenheit, bezogen auf den aktuellen Studiumsabschnitt, andererseits geben konnten. Dabei konnten wir – anders als in Maastricht, wo nur Laien spielen – auf Studierende der Pflegewissenschaft zurückgreifen. Diese hatten den Vorteil, dass sie über große klinische Erfahrung verfügten, mit Feedback vertraut sind und so weniger Training brauchen.

Ablauf

Wie oben beschrieben nahmen die Studierenden zu zweit Videos mit einem Simulationspatienten auf. Einer übernahm die Rolle des „Arztes“, der andere assistierte mit der Kamera und durfte auch helfen, wenn der „Arzt“ nicht weiter wusste. Dann folgten die vier Feedbackebenen [24]:

1. Feedback durch den Simulationspatienten
2. Selbstbeobachtung im Video mit schriftlichen Fragen an die Kommilitonen
3. gezielte Beobachtung durch die Kommilitonen, die die Videos der anderen im Laufe einer Woche anschauen und die Fragen beantworten konnten
4. Nachbesprechung in der Seminargruppe mit einem Arzt oder Psychologen

Durch das mehrstufige Feedback wurde eine hohe Lernintensität erreicht und sowohl das eigene Kommunikationsverhalten gründlich nachbesprochen als auch am Beispiel der anderen Studierenden verfolgt, welche vielfältigen Ansätze es bei demselben Patienten geben kann.

Inhalt

Inzwischen wurde der Simulationspatientenkontakt (SPK) auf das dritte bis fünfte Semester ausgedehnt. Bei vier verschiedenen Fällen pro Semester standen bis jetzt zwölf Patientenschichten für diese Art des Kommunikationstrainings zur Verfügung. Dabei wurden die ersten Fälle naturgemäß einfach gehalten, um den Studierenden Gelegenheit zu geben, sich auf die Begegnung mit einem Patienten zu konzentrieren. Für die Anamnese gaben wir als Grundlage den biopsychosozialen Ansatz nach Adler an die Hand [1], wobei wir Wert darauf legten, dass jede(r) Studierende im Laufe der Zeit seinen eigenen Anamnesestil entwickeln sollte. Im weiteren Verlauf wurden die Geschichten komplizierter, oder die Simulationspatienten bekamen zusätzliche Verhaltensanweisungen (z. B. „viel reden“, „aufdringlich“ oder „zurückgezogen“), um explizit das Eingehen auf solche Situationen oder Patientenspezifika zu üben. Insbesondere der Umgang mit problematischen Themen konnte so erfahren werden:

- Gesprächsführung bei Krebsverdacht,
- Sexualanamnese,
- Aufklärung über Operationsrisiken,
- Übungen zur Raucherentwöhnung,
- Einhalten der ärztlichen Schweigepflicht,
- Überbringen schlechter Nachrichten

Wir haben den Simulationspatientenkontakt stets als Experimentierrahmen verstanden, in dem unter kontrollierten und geschützten Bedingungen jeder sein eigenes Kommunikationsverhalten frei ausprobieren, infrage stellen und infrage stellen lassen kann. Wichtig erscheint uns dabei besonders auch die emotionale Ebene, das Bewusstwerden der eigenen Gefühle während eines Gesprächs und ihrer handlungssteuernden Wirkung. Dadurch kann der Beeinflussung des eigenen ärztlichen Handelns durch vorbewusste Prozesse eine aktive Reflexion entgegengesetzt werden.

Einbettung

Der Simulationspatientenkontakt (SPK) ist inzwischen in den normalen Studienablauf integriert und hat für die Studierenden des seit April 2000 laufenden Modellstudienganges nach §36 a der 8. Novelle der ÄappO Wahlpflichtcharakter bekommen. Mittlerweile hat sich das Programm von einer studentischen Initiative zu einem vom Studiendekanat getragenen Lehrangebot entwickelt.

Eine kontinuierliche Schulung von Kommunikation ist wesentlich effektiver als eine punktuelle [3, 4, 15]. Der SPK ist daher eingebettet in eine Reihe von thematisch abgestimmten Lehrangeboten zur Kommunikations- und Reflexionsschulung an der Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke:

Das *Wahrnehmungspraktikum* im ersten und zweiten Semester. Hier geht es darum, die eigene Wahrnehmung zu schulen und Patienten zu begegnen, bevor die eigentliche medizinische Diagnosefindung im Vordergrund steht.

Das Seminar „Patient-Arzt-Beziehung“ im ersten und zweiten Semester. Sie verlaufen ähnlich wie das beschriebene SPK, allerdings in größeren Gruppen. Ein erfahrener Arzt übernimmt hier Patientenrollen, ein Studierender die des „Arztes“, beson-

dere Aufmerksamkeit gilt Übertragungs- und Gegenübertragungspänomenen.

Diesem Angebot folgen die *Simulationspatientenkontakte (SPK)* vom dritten bis fünften Semester.

Ab dem fünften Semester für den Regelstudiengang und ab dem vierten Semester für den neuen Modellstudiengang folgen die *klinischen Blockpraktika*, in denen dann praktische Erfahrungen mit echten Patienten gesammelt werden. Diese werden dann in *Balint-Gruppen* nachbesprochen, die bis zum PJ ausgebaut werden.

Kosten

Simulationspatienten-Kontakte sind verhältnismäßig einfach zu initiieren, wie man an der Entstehung dieses Programms ablesen kann. Inzwischen ist das Programm gewachsen, es gibt zwei Räume mit Videoanlagen, einen Stamm von Simulationspatienten und die feste Anbindung der Organisation an das Studiendekanat mit fester personaler Verantwortung. Die Kosten für zwei parallele Kurse für 84 Studierende beliefen sich auf einmalig etwa 3000,- DM Investitionen und 4000,- bis 6000,- DM Personalkosten pro Semester. Diese Kosten sinken noch, wenn auf bereits vorhandene Infrastruktur zurückgegriffen werden kann und wenn Dozenten die Betreuung der Kurse im Rahmen ihres Lehrdeputats wahrnehmen.

Ergebnisse

Bis zum Sommersemester 2001 konnten 178 Studierende am SPK teilnehmen und insgesamt fast 300 Gespräche mit 16 verschiedenen Simulationspatienten führen. Die Evaluation wurde einerseits persönlich durch die Organisatoren in den Seminargruppen und dann zentral durch das Studiendekanat durchgeführt. Dabei ergab sich eine hohe generelle Zufriedenheit mit dem Kurs (Evaluation des Studiendekanats).

Ein besonders sensibler Punkt für das Gelingen ist die Schaffung einer offenen, vertrauensvollen Atmosphäre in den Seminargruppen, die einen konstruktiven Umgang mit dem gegenseitigen Feedback überhaupt erst ermöglicht. Hiermit wurde aber von Dozenten- und Teilnehmerseite gleichermaßen verantwortlich umgegangen, wie die bisherigen guten Erfahrungen gezeigt haben.

Probleme betrafen zumeist noch nicht ausreichend trainierte Simulationspatienten und Terminüberschneidungen.

Beim Training der Simulationspatienten soll künftig noch stärker auf die Feedbackkomponente eingegangen werden, insbesondere dann, wenn in Zukunft verstärkt Laien eingebunden werden, um Simulationspatienten aller Altersgruppen präsentieren zu können.

In Zukunft soll darüber hinaus ein gestuftes Curriculum des Kurses mit zunächst einfachen Aufnahmeanamnesen, dann aber auch komplexen Problemgesprächen, wie Beratung zur Therapieeinschränkung, Mitteilung infauster Prognosen etc., umgesetzt werden. Zudem erwägen wir einen Einsatz des Kurses auch im Weiterbildungsbereich.

Dank aussprechen wollen wir an dieser Stelle noch einmal an Jan van Dalen vom Skillslab und „Simulatie-Patient-Contact Programme“ der Rijksuniversiteit in Maastricht/Niederlande für seine Unterstützung und den Studierenden der Pflegewissenschaften an der Universität Witten/Herdecke, die als SimulationspatientInnen hervorragende Arbeit geleistet haben.

Literatur

- ¹ Adler R, Hemmeler W. Anamnese und Körperuntersuchung: Der biologische, psychische und soziale Zugang zum Patienten. Gustav Fischer Verlag, 1992; 3. Aufl.
- ² Anderson MB, Stillman PL, Wang Y. Growing use of standardised patients in teaching and evaluation in medical education. *Teaching and Learning in Med* 1994; 6 (1): 15–21
- ³ Archinard M. Formation continue en psychologie médicale: Quelques expériences récentes. *Med Hyg* 1999; 57: 262–265
- ⁴ Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles. *Med Teacher* 1999; 21, 6: 563–570
- ⁵ Baerheim A, Malterud K. Simulated patients for the practical examination of medical students: intentions, procedures and experiences. *Med Educ* 1995; 29: 410–413
- ⁶ Barrows HS, Abrahamson S. The programmed patient: a technique for appraising student performance in clinical neurology. *J of Med Educ* 1964; 39: 802–805
- ⁷ Barrows HS. An overview of the uses of standardised patients for teaching and evaluating clinical skills. *Acad Med* 1993; 68 (6): 443–453
- ⁸ Boulet JR, McKinley D, Hambleton RK, Whelan GP. Quality control measures to monitor the accuracy and consistency of scores from standardized patient assessments. Short Center of Professional Development, Southern Illinois University School of Medicine: Simulated Patients (Standardized Patients-Patient Actors). CPD Monographs, 1999; No. 1
- ⁹ Cohen D et al. A large-scale study of the reliabilities of checklist scores and ratings of interpersonal and communication skills evaluated on a standardized-patient examination. *Advances in Health Science Education* 1997; 1: 209–213
- ¹⁰ Collins JP, Harden RM. *AMEE Medical Education Guide No. 13: Real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations.* *Med Educ* 1998; 6: 508–518
- ¹¹ Gallagher T et al. Teaching medical students to discuss advance directives: a standardized patient curriculum. *Teaching and Learning in Med* 1999; 11 (3): 142–147
- ¹² Hamish JW. An integrated approach to consultation coaching using professional actors as simulated patients. *Med Teacher* 2000; 22 (4): 370–379
- ¹³ Hargie O et al. A survey of communication skills training in UK Schools of Medicine: present practices and prospective proposals. *Med Educ* 1998; 32: 25–34
- ¹⁴ Koerfer A, Obliers R, Thomas W, Köhle K. Ausbildung in ärztlicher Gesprächsführung. Köln: Poster-Präsentation, Kongress „Medizinische Ausbildung 2000: Ziele – Qualität – Kosten“, 12./13.5.2000
- ¹⁵ Kurtz S, Silverman J, Draper J. „Teaching and Learning Communications Skills in Medicine“. Oxon, UK: Radcliff Medical Press, 1998
- ¹⁶ McGraw RC, O'Connor HM. Standardized patients in the early acquisition of clinical skills. *Med Educ* 1999; 33: 572–578
- ¹⁷ Newble DI. The observed long-case in clinical assessment. *Med Educ* 1991; 25: 369–373
- ¹⁸ Norman GR, Tugwell P, Feightner JW. A comparison of residents' performance on real and simulated patients. *J of Med Educ* 1982; 57: 708–715
- ¹⁹ Rethans JJ, Van Boven CP. Simulated patients in general practice: a different look at the consultation. *Brit Med J* 1987; 294: 809–812
- ²⁰ Silverman J, Kurtz S. *Skills for Communicating with Patients.* Abingdon, UK: Radcliffe Medical Press, 1998
- ²¹ Sutnick AI. International use of standardized patients. *Teaching and Learning in Med* 1994; 6 (1): 33–35
- ²² Swartz M et al. Validating the standardized-patient assessment administered to medical students in the New York City Consortium. *Acad Med* 1997; 72 (7): 619–626
- ²³ Tamblyn R, Abrahamowicz M, Schnarch B, Colliver JA, Banaroya A, Snell L. Can standardized patients predict real-patient satisfaction with the doctor-patient-relationship? *Teaching and Learning in Med* 1994; 1: 36–44
- ²⁴ Van Dalen J, Bartholomeus P. *Werkboek Medisch Praktisch Onderwijs. Skillslab: Rijksuniversiteit Maastricht, 1998*
- ²⁵ Van Dalen J, Prince CJ, Scherpier AJ, Van der Vleuten CP. Evaluating communication skills. *Advances in Health Sciences Education* 1998; 3: 187–195

Jochen Seitz

Geldernerstraße 22
52428 Jülich

E-mail: jochens@uni-wh.de

Dr. med. Wilhelm E. Vermaasen
Studiendekan

Fakultät für Medizin
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58454 Witten

E-mail: wilhelm.vermaasen@uni-wh.de