

*Jobst-Hendrik Schultz, Jochen Schönemann, Heike Lauber,
Christoph Nikendei, Wolfgang Herzog und Jana Jünger*

Einsatz von Simulationspatienten im Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinerinnen und Mediziner (Medi-KIT): Bedarfsanalyse – Training – Perspektiven

Zusammenfassung:

Im medizinischen Alltag spielen Kommunikationsfähigkeit und ein guter Umgang mit Patienten eine zentrale Rolle für eine wirksame Behandlung.

Gerade in der heutigen hoch technisierten Medizin kommt dem vertrauensvollen Gespräch eine große Bedeutung zu. Damit sich die Studierenden an der medizinischen Fakultät in Heidelberg besser auf ihre verantwortungsvolle Rolle als Gesprächspartner für die Patienten vorbereiten können, trainieren diese im Rahmen von HeiCuMed (Heidelberger Curriculum Medicinale) mit speziell ausgebildeten Simulationspatienten.

Das Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinerinnen und Mediziner (Medi-KIT) ermöglicht es, Gesprächsführung mit anspruchsvollen Gesprächspartnern und schwerwiegenden Inhalten in schwierigen Situationen zu üben.

Zentrales didaktisches Element stellt dabei das Feedback der Simulationspatienten sowie der Peers und Dozenten dar. Um den Transfer in den Klinikalltag zu gewährleisten und eine Verknüpfung zur kognitiven Wissensvermittlung herzustellen, werden alle Medizinstudierenden parallel zum Medi-KIT-Unterricht auf Station eingesetzt und die Trainingseinheiten werden inhaltlich mit der Leitsymptomvorlesung und dem parallel stattfindenden POL-Gruppen-Unterricht (Problem-orientiertes Lernen) abgestimmt.

Am Ende des Semesters werden die kommunikativen Lernziele in einem simulierten Setting im Rahmen einer klinisch-praktischen Prüfung (OSCE: Objective Structured Clinical Examination) und am Krankenbett (Mini-CEX: MINI Clinical EXamination) überprüft.

Zielsetzung bei der Vermittlung kommunikativer Fertigkeiten in der medizinischen Ausbildung ist die Fortführung des longitudinalen, kommunikativen Curriculums in die fachärztliche Weiterbildung hinein.

Abstract:

Communication skills are of central importance within daily medical life providing effective treatment. In the modern high-tech field of medicine, trustful conversations play a prominent role. In order to help students of the Heidelberg Medical Faculty to be ready for their highly responsible role as communication partner, training is carried out in the framework of HeiCuMed (short for Heidelberger Curriculum Medicinale) using specially trained simulation patients. The communication and interaction training program (referred to as Medi-KIT) enables to practice conducting conversations with challenging communication partners and grave conversational content in difficult situations. Feedback from the standardized patients, as well as from peers and tutors represents a central didactic element.

In order to secure knowledge transfer into daily clinic life and as well to build a relation to cognitive knowledge transfer, all medical students are assigned, alongside Medi-KIT lessons, to a ward, and training units are coordinated in terms of content to correspond with symptom-oriented lectures and parallel POL-groups (problem-oriented learning groups). In addition, communication learning objectives are examined at the end of the semester in the form of a clinical practical exam (OSCE: Objective Structured Clinical Examination) and at patient's bedside (Mini-CEX: Mini Clinical Examination). The goal in imparting communication skills within medical education is that the longitudinal communication curriculum be maintained and continued in subsequent medical specialization studies.

1. Kommunikation in der Medizin – eine Bedarfsanalyse

Herr Müller, ein 53jähriger Schreiner, krümmt sich vor Schmerzen. „Ach, Frau Doktor, mir geht es gar nicht gut!“ „Was fehlt Ihnen?“ fragt die junge Ärztin. „Bauchschmerzen, ach, ich halte es kaum noch aus!“ Der Patient stöhnt und jammert, und die Ärztin hat Mühe, ihm genauere Angaben zu entlocken. „Seit wann haben Sie Beschwerden?“ „So schlimm erst seit gestern Abend.“

Die Ärztin fragt weiter, versucht herauszufinden, wodurch Herrn Müllers Bauchschmerzen verursacht sein könnten und erklärt dem Patienten schließlich die geplanten Untersuchungen. Eine ganz normale Situation, wie sie im Klinik- und Praxisalltag ständig vorkommt.

Doch dieses Gespräch findet nicht in einer Arztpraxis statt, sondern in einem Übungsraum der Klinik für Innere Medizin der Universität Heidelberg. Herr Müller heißt nicht Müller, und er arbeitet auch nicht als Schreiner. Vor allem aber ist er kerngesund!

Die junge Ärztin, die in dieser Szene das Gespräch führt, ist eine Medizinstudentin im sechsten Semester und absolviert derzeit das Kommunikationstrainingsprogramm im Rahmen von HeiCuMed (Heidelberger Curriculum Medicinale) an der Universität Heidelberg (vgl. Steiner, Jünger, Schmidt, Bardenheuer, Kirschfink et al., 2003). Während dieses Programms können junge Medizinstudierende die Arzt-Patient-Kommunikation im Gespräch mit so genannten Simulationspatienten üben und sich in diesem simulierten Setting auf ihre zukünftige alltägliche Tätigkeit als Ärzte vorbereiten. Als Simulationspatient werden hierbei Schauspieler bezeichnet, die die Rolle von Patienten übernehmen und eine Krankheit in standardisierter und gleich bleibender Art und Weise für Lehrzwecke präsentieren.

Arztsein ist ein sprechender Beruf. Welche Kenntnisse, Fähigkeiten oder speziellen Qualitäten und Begabungen ein Arzt auch haben mag, erst im Gespräch mit seinem Patienten erhalten sie Gewicht, werden sie in die klinische Tätigkeit umsetzbar und können eine nützliche Wirkung entfalten.

Die Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg konnte in einer Studie über Patientensouveränität zeigen, dass der Wunsch nach umfassender und verständlicher Information von 93 Prozent aller befragten Patienten als ‚sehr wichtig‘ eingestuft wird. Allerdings entsprechen weniger als 30 Prozent der Ärzte diesem Patientenwunsch nach Information (Dierks, Bitzer, Lerch, Martin, Röseler et al., 2001). Betrachtet man die klinische Realität der Arzt-Patient-Kommunikation, kann man nicht selten den Eindruck gewinnen, dass zwei Fremde in einer jeweils fremden Sprache miteinander reden (Geisler, 2004):

- Etwa 50% der Beschwerden des einzelnen Patienten kommen beim Arzt-Patient-Gespräch nicht zur Sprache. Oft bekommen Ärzte nur wenig Information über die Bedeutung der Erkrankung für den Betroffenen sowie über deren emotionalen und sozialen Folgeerscheinungen (Maguire & Piceathly, 2002).
- Bei mehr als 50% der Arztbesuche stimmen Arzt und Patient nicht überein, welches das hauptsächliche Gesundheitsproblem des Patienten ist (Buddeberg, 1998).
- Nach einer Arztkonsultation erinnern sich Patienten häufig nicht mehr daran, was mit dem Arzt hinsichtlich ihrer Krankheit und Therapieempfehlungen besprochen wurde. Kommunikationsstörungen und -defizite im Arzt-Patient-Gespräch können

zu einer Reihe unerwünschter Effekte führen, die durchweg die Arzt-Patient-Beziehung direkt oder indirekt beeinflussen (Geisler, 2004). Oft mündet eine gestörte Arzt-Patient-Kommunikation entweder in eine mangelhafte Compliance, oder in einem gestörten Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt oder in einem gehäuftem Arztwechsel (Goedhuys & Rethan, 2001).

Die häufigsten Mängel und Fehler in der Arzt-Patient-Kommunikation, die auf unzureichende Kompetenz des Arztes in der Gesprächsführung zurückzuführen sind, manifestieren sich nach Buddeberg (1998) folgendermaßen:

- Häufig werden Patienten in ihren Schilderungen unterbrochen.
- Es fehlt an einer mangelnden Strukturierung des Gesprächs.
- Der Patient wird in seinen Möglichkeiten, sich zu äußern, durch Suggestiv- und geschlossene Fragen eingeschränkt.
- Auf emotionale Äußerungen des Patienten wird von Seiten des Arztes nicht eingegangen.
- Häufig werden vom behandelnden Arzt unklare und missverständliche Erklärungen zu Untersuchungsbefunden, Krankheitsdiagnosen und therapeutischen Empfehlungen gegeben.

Eine adäquate Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist die entscheidende Schlüsselstelle für einen erfolgreichen Arzt-Patienten-Kontakt. Hier besteht – wie gesehen – noch viel Trainingsbedarf. Wie eine solche Förderung kommunikativer Fertigkeiten geschehen kann, wird im nächsten Kapitel aufgezeigt.

2. Stellenwert von Simulation und Feedback bei der Vermittlung kommunikativer Fertigkeiten – eine Standortbestimmung

Simulationen in der medizinischen Ausbildung. In der medizinischen Ausbildung werden mittlerweile verstärkt Simulationsmethoden eingesetzt. Simulationen folgen dabei dem Imperativ: „first do no harm!“ (Ziv, Wolpe, Small & Glick, 2003, p. 784). Dies bedeutet, dass bei Simulationsmethoden allem voran dem Aspekt der Patientensicherheit Rechnung getragen wird. Simulationsmethoden bieten jedoch zahlreiche weitere Vorteile, wobei nach Kneebown (2003) vier zentrale Merkmale betont werden:

- Die Lernziele von Trainingseinheiten, die in einem simulierten Rahmen stattfinden, können direkt an den Bedürfnissen und dem Wissensstand der Lernenden orientiert werden. So kann der Fokus entweder auf eine gesamte Prozedur oder auch lediglich auf Teilabschnitte gelegt werden und diese so oft wiederholt werden, wie es notwendig erscheint.
- Aufgrund der Trainingsbedingungen in einem geschützten Rahmen, haben die Lernenden die ‚Erlaubnis, Fehler zu machen‘, die in einem klinischen Setting undenkbar wäre. Diese so entstehende angst- und risikofreie Atmosphäre bietet die Möglichkeit eines Erwerbs von Handlungssicherheit, bevor dem Patienten in der klinischen Realität gegenübergetreten wird.

- Mit Simulationseinheiten lassen sich anhand objektivierter Kriterien die demonstrierten Fertigkeiten und vorhandenen Kompetenzen überprüfen. Dies ermöglicht es, dem Lernenden ein fundiertes formatives und summatives Feedback zu vermitteln.
- Das Potential eines im Rahmen der Simulation vermittelten konkreten und strukturierten Feedbacks fördert Lernprozesse sowohl auf der Team-, als auch auf der Individualebene.

Das Rollenspiel. Ein wichtiger Bestandteil von Simulationen ist das Rollenspiel. Die didaktischen Möglichkeiten von Rollenspielen werden in der medizinischen Ausbildung vor allem im Bereich der Vermittlung kommunikativer Kompetenzen genutzt. Rollenspiele fokussieren auf die Interaktion der beteiligten Personen (Tolan & Lendrum, 1995), wobei mindestens zwei simulative Komponenten von Rollenspielen existieren: das ‚Stellvertretende Handeln‘ und die so genannten ‚Als-ob-Handlungen und –Umstände‘ (Kochan, 1981; Yardley-Matwiejczuk, 1997). Mit dieser Simulationsmethode übernehmen die beteiligten Personen bestimmte Rollen in einem simulierten Kontext, in dem sie handeln, ‚als ob‘ sie eine andere Person in einer gegebenen Situation wären und ‚als ob‘ sie sich in einem real existierenden Setting bewegen würden. Dieser Sachverhalt ermöglicht ein angst- und risikofreies Üben und den Erwerb von Handlungssicherheit (Simpson, 1985). Im medizinischen Kontext wird in diesen Simulationen mittlerweile oft mit so genannten Simulationspatienten gearbeitet.

Der Simulationspatient. Barrows (1993) versteht unter dem Begriff Simulationspatient schauspielende (und tatsächliche) Patienten, die sorgfältig und gewissenhaft trainiert wurden, um ihre erlernte (oder tatsächliche) Erkrankung in einer standardisierten, unveränderlichen und gleich bleibenden Art und Weise für Lehrzwecke zu präsentieren. Im Bereich der medizinischen Ausbildung finden Simulationspatienten bei Kommunikations- und Interaktionstrainings zur Anamneseerhebung, Aufklärung von Patienten und Angehörigen und Übermittlung schwerwiegender Nachrichten sowie im Rahmen klinisch-praktischer Prüfungen Verwendung. Simulationspatienten erreichen hierbei einen sehr hohen Realitätsgrad (Vu & Barrows, 1994) und zeichnen sich insbesondere durch ihr didaktisch relevantes und strukturiertes Feedback aus (Barrows, 1993).

Feedback. Ein wesentliches Element von Rollenspielen sowie eines Trainings mit Simulationspatienten stellt das direkte Feedback dar, welches die Teilnehmer erhalten. Beim Rollenspiel bekommen die Teilnehmer direkt im Anschluss an das Rollenspiel sowohl von ‚Peers‘ als auch von den Supervisoren ein Feedback. Dieser direkten und konkreten Rückmeldung von ‚Peers‘ und Supervisoren bezüglich des kommunikativen Verhaltens wird als verhaltensmodulierendes Element ein nachhaltiger Ausbildungseffekt für Medizinstudierende und Ärzte zugeschrieben (Barrows, 1993; Greco, Brownlea & McGovern, 2001; Norcini, 2003; Sloane, Beck, Kowlowitz, Blotzer, Wang et al., 2004). Feedback durch Simulationspatienten gilt ebenfalls als ein bereits erprobtes Beurteilungs- und Reflexionsverfahren für den Unterricht (Norcini, 2003). Die entscheidende inhaltliche Erweiterung erfährt das Feedback von Simulationspatienten gegenüber dem von ‚Peers‘ oder Supervisoren durch die Rückmeldung von Gefühlen (Übertragung), die der Simulationspatient mit seiner Introspektionsfähigkeit im Arzt-Patienten-Kontakt wahrgenommen hat. Entscheidende Voraussetzung dabei ist allerdings, dass die Schauspiel-Patienten bezüglich ihres Feedbacks umfangreich geschult sind (Pfeiffer, Kosowicz, Holmboe & Wang, 2005).

Wie Simulationspatienten bei der Vermittlung kommunikativer Fertigkeiten an der medizinischen Fakultät in Heidelberg eingesetzt und wie sie trainiert werden und welche Ziele und welchen Nutzen die damit verbundenen Kommunikations- und Interaktionstrainings haben, legt das folgende Kapitel dar.

3. Medi-KIT an der Medizinischen Universität Heidelberg

Medi-KIT ist ein Baustein des Heidelberger Curriculum Medicinale (HeiCuMed) (vgl. Steiner et al., 2003). Das innovative Lehrkonzept HeiCuMed wurde 2001 an der medizinischen Fakultät Heidelberg eingeführt. Es wurde damit ein Modell für die gesamte klinische Ausbildung in Deutschland geschaffen. Der bisher übliche Frontalunterricht wurde größtenteils abgeschafft. Das Motto lautet nun: praxisbezogener Unterricht in Kleingruppen und Vorlesungen, die sich nicht an Krankheitsbildern, sondern an Leitsymptomen, wie Kopfschmerzen, Atemnot oder Bauchschmerz orientieren. Dazwischen findet immer wieder ein mehrwöchiger Blockunterricht statt, in dem sich die Studierenden die Wissensinhalte interaktiv mit den Patienten erarbeiten. Begleitet wird diese innovative Vermittlung von Wissen von praktischen Übungen im so genannten Skills-Lab (ein Trainingszentrum zum Erlernen der medizinischen Basistechniken, wie beispielsweise das Legen von Magensonden oder Venenverweilkanülen an Modell-Puppen), sowie von Medi-KIT, dem Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinerinnen und Mediziner mit Simulationspatienten. Um einen Transfer in die Praxis zu gewährleisten, schließt sich der Unterricht direkt am Krankenbett und die Arbeit auf den Stationen an.

An der Medizinischen Fakultät in Heidelberg durchlaufen im Fach Innere Medizin pro Studienhalbjahr ca. 160 Studierende das Medi-KIT-Programm.

Dieses Kommunikations- und Interaktionstraining ermöglicht es den Studentinnen und Studenten, Gesprächsführung in schwierigen Situationen im geschützten Rahmen zu üben, um eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung herzustellen und für den Einsatz am Patienten besser vorbereitet zu sein. Die mit Simulationspatienten durchgeführten Gespräche werden per Video aufgezeichnet, so dass die Studierenden ihr eigenes Kommunikationsverhalten beobachten können, um aus ihren Fehlern zu lernen. Sie erhalten für ihr Gesprächsverhalten ein entsprechendes Feedback vom Simulationspatienten, den Mitstudierenden und dem Dozenten (siehe Abbildung 1).

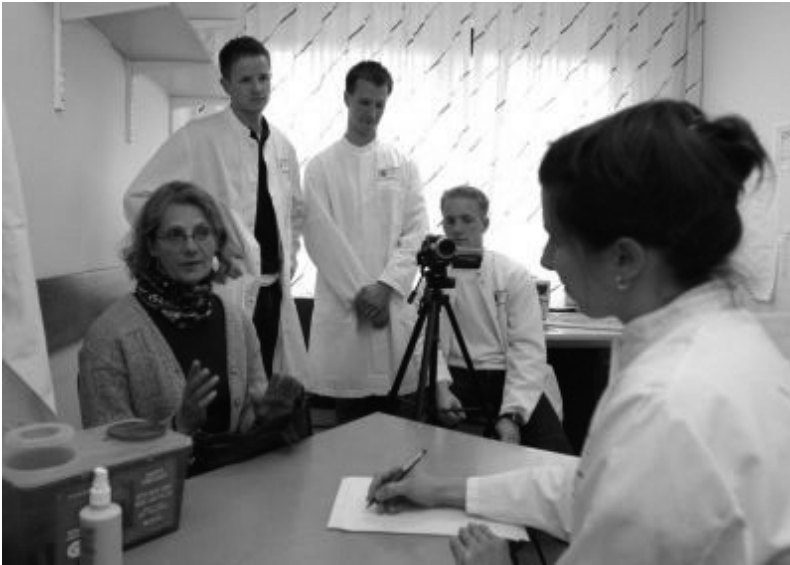


Abb. 1: Im Rahmen des Medi-KIT-Unterrichts im Fach Innere Medizin an der Universität Heidelberg führen Studierende Gespräche mit Simulationspatienten. Nach dem Gespräch bekommen sie vom Patienten und den Kommilitonen ein Feedback.

Das eigentliche Trainingsziel ist es, auf Seiten der zukünftigen Ärztinnen und Ärzte Verunsicherungen und Ängste zu mindern, den eigenen Gesprächsstil weiterzuentwickeln und eine Verknüpfung zwischen kognitiv erarbeiteten Lerninhalten und der Praxis herzustellen. Dieses Training leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Patientensicherheit, dadurch dass alle Studierenden vor ihrem Einsatz am Patienten die wichtigsten Schritte im Simulationstraining geübt haben. Es werden dabei typische Patientenfälle mit schwierigen Charakteren in Szene gesetzt, die den Studierenden den Umgang mit realen Patienten im parallel laufenden Stationsunterricht erleichtern sollen.

3.1 Der Unterricht mit Simulationspatienten – Ablauf und Mikrostruktur

„Seit wann haben Sie die Beschwerden?“ fragt der angehende Arzt den ihm gegenüber-sitzenden Simulationspatienten, der in die Person eines etwa 45 jährigen ehemaligen Bauarbeiters namens Michael Wörner hineingeschlüpft ist und nun einen Arzt wegen seiner Bauchschmerzen aufgesucht hat.

„Seit ca. 6 Wochen“, antwortet ihm Herr Wörner, mit lauter, grober Stimme, mit der er alles übertönen kann. Durch die Schmerzen fühle er sich nun zwar nicht beunruhigt, aber in seinem Wohlbefinden beeinträchtigt und gestört. Das Verhalten des Patienten wirkt etwas provozierend, er zeigt keinerlei Respekt vor der Person des Arztes und sein Aussehen ist ungepflegt (ungekämmt, 3-Tages-Bart, verschmutzte Kleider). Insgesamt

merkt man ihm an, dass er in den letzten Jahren dem übermäßigen Alkoholkonsum nicht abgeneigt war.

„Wie und wo genau sind die Schmerzen?“, fährt der Jungmediziner fort. „Es ist so ein Drücken hier oben“, so der Patient, dabei auf den Bereich des rechten Oberbauchs weisend. „Haben Sie noch weitere Beschwerden?“, fragt der Arzt. „Ja, in letzter Zeit ist mir aufgefallen, dass mein Bauch immer größer wurde und sich manchmal wie gebläht anfühlt. Ich kann das gar nicht verstehen, weil ich eigentlich nur wenig esse und trotzdem die Hosen immer enger werden.“ Außerdem sei er in letzter Zeit so schlapp entgegnet der Patient. „Hatten Sie früher schon einmal solche Beschwerden?“ (Arzt) „Na ja, so ähnliche Schmerzen habe ich immer mal wieder“, brummte der Patient, „und als es ganz schlimm wurde, musste ich auch schon zweimal ins Krankenhaus. Aber da waren die Schmerzen anders. Eher in der Mitte oder ganz rundherum, wie ein Gürtel.“ Der Arzt schließt die Frage an: „Hat sich Ihr Appetit in der letzten Zeit verändert?“ Patient: „In letzter Zeit habe ich kaum Appetit.“ „Haben Sie Gewicht verloren? Wenn ja, wie viel?“ will der Arzt nun wissen. „Ja, sicher habe ich abgenommen, aber ich esse ja kaum etwas. Wie viel Kilogramm ich jedoch abgenommen habe weiß ich nicht, weil ich keine Waage habe.“ „Haben Sie andere Erkrankungen?“ „Nein, eigentlich nicht. Nur der starke Husten quält mich manchmal“, so der Patient, „und außerdem bin ich schon öfter mal in Ohnmacht gefallen“. „Haben Sie deswegen schon einmal einen Arzt aufgesucht?“ forscht der Arzt nach. Barsch entgegnet der Patient: „Ach was! Dafür brauche ich keinen Arzt.“ Um ein weiterhin gutes Gesprächsklima bemüht fragt der Arzt freundlich: „Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?“ „Nein“, antwortet der Patient mit einer abweisenden Handbewegung. „Trinken Sie Alkohol“, möchte der Arzt nun wissen, um seine Verdachtsdiagnose weiter zu bestätigen. „Wenn ja wie viel und was trinken Sie?“ „Na ja, ich trinke schon meine 4-5 Bier am Tag, auch mal mit 'nem Klaren dazu,“ sagte der Patient zögerlich und lehnte sich dabei mit kritischem Blick zurück, um zum Ausdruck zu bringen, dass nun für ihn ein sehr unangenehmer Teil des Gesprächs begonnen hat.

So oder so ähnlich, wie an diesem Fragment eines Original-Dialogs mit einem Simulationspatienten, bei dem ein Verdacht auf eine Leberzirrhose besteht, beispielhaft gezeigt, laufen viele Übungsgespräche von Medizinstudierenden im Rahmen des Medi-KIT-Unterrichts an der Universität Heidelberg ab. Diese Gespräche finden in Gruppen zu jeweils 12 Studierenden statt. Jede der Medi-KIT-Gruppen durchläuft während ihrer Ausbildung in der Inneren Medizin im 14tätigen Turnus insgesamt vier Medi-KIT-Unterrichtseinheiten, deren Themen wiederum auf die parallel stattfindenden Leitsymptomvorlesungen abgestimmt sind. Eine Unterrichtseinheit selbst verteilt sich auf zwei Termine: Am ersten Termin werden in Kleingruppen zu jeweils drei Personen Gespräche mit Simulationspatienten geführt, wobei ein Studierender die Rolle des Arztes, die beiden Kommilitonen die Beobachterfunktion übernehmen. Dabei sieht jede Kleingruppe nacheinander den gleichen Patienten. Dies hat den Vorteil, dass die verschiedenen Vorgehensweisen der einzelnen Studierenden direkt verglichen werden können. Beim zweiten Termin – der Videoanalyse – werden die aufgezeichneten Gespräche mit allen 12 Studierenden einer Gruppe mit einem Dozenten analysiert und besprochen.

Konkret sieht das Unterrichtskonzept Medi-KIT mehrere Prozess-Schritte vor (vgl. Abb. 2):

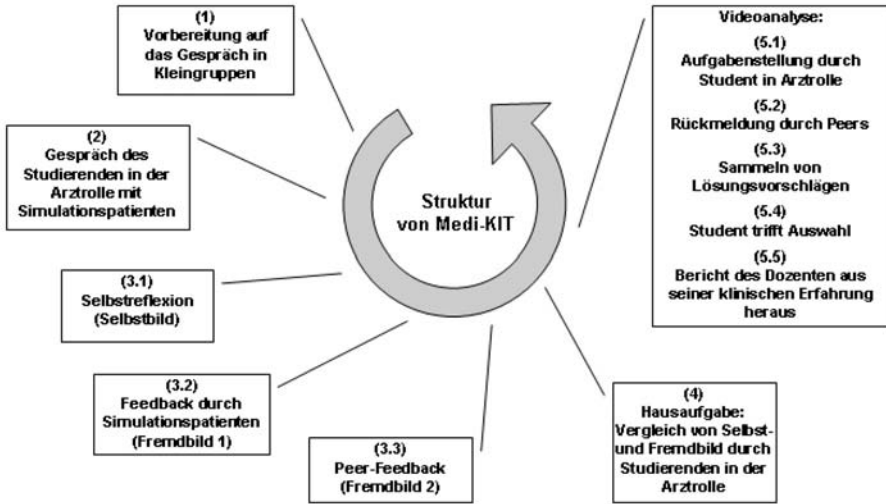


Abb. 2: Die Mikrostruktur des Medi-KIT-Unterrichts im Fach Innere Medizin an der Universität Heidelberg

(1) Vor dem Gespräch mit dem Simulationspatienten bereiten sich die Studierenden in ihren Untergruppen selbstständig auf das anstehende Gespräch vor. Hierbei sollen vor allem fachliches Wissen bezüglich des im Vorfeld bereits bekannten Leitsymptoms wiederholt werden und mögliche kommunikative Strategien und Fallstricke erörtert werden. (2) Im eigentlichen Medi-KIT-Unterricht nimmt eine Studentin oder ein Student die Rolle des Arztes ein. Die Aufgabenstellung kann bei diesem Kommunikationstraining vom Anamnesege­spräch bis hin zur Patientenaufklärung und -schulung reichen. Dieser ärztliche Arbeitsauftrag sowie besondere Rahmenbedingungen und Vorkenntnisse aus etwaigen Vorkontakten werden dem Studenten in der Arztrolle direkt vor dem Gespräch in schriftlicher Form mitgeteilt. Anschließend findet der Arzt-Patienten-Kontakt statt. Das einzelne Gespräch erstreckt sich auf eine Dauer von ca. sieben Minuten und wird digital mittels Videokamera aufgezeichnet. Das Gespräch sollte ohne Unterbrechungen ablaufen, wenngleich es in schwierigen Situationen sinnvoll sein kann, in einer kurzen Pause zusammen mit den beiden beobachtenden Kommilitonen eine weitere Verfahrensweise für das Gespräch zu entwickeln.

Nach dem Arzt-Patienten-Gespräch schließt sich eine Feedback-Runde in einem fest definierten Algorithmus an: (3.1) Zuerst gibt der Student in der Arztrolle seine eigenen Eindrücke, Gegenübertragungsgefühle und von ihm wahrgenommene Stärken und Schwächen des Gesprächs wieder (Selbstbild). (3.2) Als zweites schildert der Schauspieler aus der Perspektive des von ihm gespielten Patienten seine Beobachtungen bezüglich der Eingangssituation, des Kontaktaufbaus, des verbalen und nonverbalen Verhaltens, der eigenen Übertragungsreaktion sowie bezüglich der Vermittlung eines Ausblicks über das weitere Vorgehen. (3.3) Die beiden anderen Kommilitonen der Untergruppe geben zuletzt eine Rückmeldung, die ebenfalls entsprechend definierter Feedback-Regeln von den einzelnen Studierenden formuliert wird, wobei ein Kommilitone sich auf die kommunikativen, der andere auf die medizinisch-fachlichen Aspekte des Gespräches bezieht (Fremdbild).

(4) Die Studentin oder der Student in der Arztrolle hat nun in einer Art Hausaufgabe den Auftrag, an Hand der Notizen seiner Kommilitonen Verbesserungsmöglichkeiten seines Gesprächsverhaltens zu überlegen und konkrete Beobachtungsaufgaben für die Videoanalyse zu erarbeiten (Vergleich von Selbst- und Fremdbild). In der Videoanalyse selbst werden die verschiedenen aufgezeichneten Gespräche der Medi-KIT-Gruppe nacheinander besprochen und analysiert: (5.1) Vor der eigentlichen Betrachtung des Videos soll der Student, der die Rolle des Arztes übernommen hat, berichten, wie die Situation für ihn war und bestimmen, worauf die Gruppe achten soll. Während der Analyse achtet ein Teil der Gruppe auf den Inhalt (z.B. hypothesengesteuerte Fragen oder Differentialdiagnosen) und der andere auf die Form (z.B. Körperhaltung, Empathie, roter Faden oder Fachjargon) des Gesprächs. (5.2) Danach geben die Gruppen ihre Beobachtungen wieder (ohne Diskussion) und (5.3) sammeln mit der Studentin bzw. dem Studenten Lösungsvorschläge zur Weiterentwicklung der Gesprächsführung. (5.4) Hieraus trifft die Studentin bzw. der Student eine Auswahl, die als Ziel für die nächste Übungssituation gesetzt wird.

(5.5) Zum Abschluss der Videoanalyse betrachtet der Dozent die Gespräche nochmals aus seiner klinischen Erfahrung heraus und weist dabei auf spezifische Besonderheiten und Problembereiche des Themas der simulierten Gespräche hin.

Vorbereitung auf den Medi-KIT-Unterricht. Sehr entscheidend für das Gelingen des Unterrichtskonzepts ist die adäquate Vorbereitung sowohl (a) der Studierenden als auch (b) der Dozierenden auf den Medi-KIT-Unterricht:

(a) Vorbereitung der Studierenden. Im Rahmen einer obligatorischen, allgemeinen Einführungswoche in das Studienhalbjahr bekommen die Studierenden in ihren Medi-KIT-Gruppen eine Einführung bezüglich des Medi-KIT-Programms. In dieser 90minütigen Einführungsveranstaltungen bilden gruppenspezifische Übungen, vorwiegend aus dem Methodenrepertoire des Psychodramas, wie beispielsweise die Aktionssoziometrie (vgl. von Ameln, Gerstmann & Kramer, 2004), einen wichtigen Bestandteil. Diese dienen dem gegenseitigen Kennen lernen und fördern die Vertrauensbildung innerhalb der Medi-KIT-Gruppe – eine grundlegende Voraussetzung dafür, dass sich die Studierenden ohne Angst und Vorbehalte auf die simulierten Patientengespräche einlassen.

Des Weiteren wird den Studierenden ein Überblick über das Konzept und den strukturellen Ablauf des Medi-KIT-Unterrichts vermittelt. Zusätzlich werden sie in theoretischer und praktischer Form in die Anwendung von Feedbackregeln und wichtiger Gesprächsführungstechniken eingeführt.

(b) Vorbereitung der Dozentinnen und Dozenten auf die Videoanalyse. Die Ärztinnen und Ärzte des Universitätsklinikums in Heidelberg werden im Rahmen eines insgesamt 7tätigen Workshops medizindidaktisch qualifiziert und auf ihre Dozentenrolle an der Medizinischen Fakultät vorbereitet. Ein Teil dieser Weiterbildung ist dem Simulationsprogramm gewidmet und umfasst beispielsweise die Anwendung und Schulung von Feedbackregeln, das Erkennen besonderer Fallstricke der Gesprächsführung und gruppenspezifische Besonderheiten. Ein wichtiger Bestandteil des Schulungsprinzips ist hierbei die Selbsterfahrung. Das heißt, die Dozentinnen und Dozenten schlüpfen selbst in die Rolle der Studierenden und führen unter Beobachtung ihrer Kollegen Gespräche mit Simulationspatienten analog zum Ablauf im eigentlichen Medi-KIT-Unterricht durch.

Neben der Vorbereitung der Studierenden und der Dozenten auf das Kommunikations- und Interaktionstraining ist die Ausbildung der Simulationspatienten von entscheidender Wichtigkeit für den Erfolg des Unterrichtskonzepts.

3.2 Training der Simulationspatienten: vom Drehbuch zum Unterricht

Vorbereitung der Übungssituation mit Simulationspatienten. In HeiCuMed (Heidelberger Curriculum Medicinale) werden ausgewählte und gut ausgebildete Laienschauspielerinnen und -Spieler als Simulationspatienten eingesetzt. Damit wird eine authentische und qualitativ hochwertige Übungssituation gewährleistet.

Die Schauspielerinnen und Schauspieler werden nach einer einstündigen Informationsveranstaltung, in der die Rahmenbedingungen vorgestellt und allgemeine Fragen beantwortet werden, in einem speziellen 6stündigen Workshop mit drei unterschiedlichen Themenbereichen vertraut gemacht:

- (1) Im rechtlichen Seminarteil werden Themen behandelt, wie beispielsweise Mitarbeit, Fortbildung, Schweigepflicht, Versteuerung des Einkommens, Versicherungen und Abrechnungsmodalitäten.
- (2) Der schauspielerische Teil bezieht sich auf das Rollentraining. Im Rahmen des Workshops werden Stimme und Stimmmodulation, Argumentationstechniken, Körpersprache, Geschmeidigkeit, Mimik, Spontaneität und Kreativität, Improvisation und Wahrnehmung geschult.
- (3) Im dritten Workshopteil beschäftigen sich die Schauspieler mit ihrer Reflexionsfähigkeit. Die zukünftigen Simulationspatienten werden mit den Feedbackregeln bekannt gemacht, und in anschließenden Rollenspielen wird das Feedback aus den unterschiedlichsten Perspektiven der Teilnehmer angewendet und trainiert.

Das Rollenskript als Trainingsgrundlage. Die Rollenskripte dienen als Grundlage zum Erlernen der Rolle und bestehen aus drei Teilen: Im ersten Teil werden die Schauspieler allgemein in das Setting, die familiäre Struktur, die Daten des Erkrankten, die aktuellen und bekannten Symptome wie auch in die Charaktereigenschaften eingeführt. Im zweiten Teil werden mögliche Fragen des Arztes oder der Ärztin und Antworten darauf entsprechend des Krankheitsverlaufs beschrieben. Im dritten Teil werden spezifische kommunikative sowie medizinische Lernziele der einzelnen Fälle aufgelistet. Zusätzlich werden Hintergrundinformationen für den Dozenten sowie Handlungsanweisungen für den Studierenden zum Patientenfall zusammengestellt.

Das erste Rollentraining für eine neue Rolle. Alle Schauspielerinnen und Schauspieler werden durch ausgebildete Schauspieltrainer einzeln oder gemeinsam in einer Gruppe in die Rollenfigur eintrainiert. Die Bestandteile der Schulung sind (a) Eigenstudium mit Rollenbesprechung, (b) Arbeit an der Rolle und (c) Rollen- und Feedbacktraining:

(a) Eigenstudium und Rollenbesprechung: Die Schauspieler machen sich zuerst mit dem Rollenskript vertraut und notieren sich Fragen zum Krankheitsbild und zur Rolle.

(b) Die Arbeit an der Rolle: Die Simulationspatienten erarbeiten sich unter Anleitung der Schauspieltrainer die Rolle Schritt für Schritt nach einem auf der Methodik des Psychodramas (z.B. von Ameln et al., 2004) und des Schauspieltrainings nach Lee Stras-

berg (2005) basierend an der medizinischen Fakultät in Heidelberg entwickeltem Konzept (Lauber, Schönemann & Jünger, 2005): Zu Beginn wird die Biografie des Patienten und später die Krankengeschichte mit allen Höhepunkten und Krisen entfaltet. Danach wird gemeinsam mit dem Schauspieler detailliert das aktuelle Beziehungsumfeld der simulierten Figur mit Imaginationen über die Empfindungen gegenüber der Familie, Kollegen und Freunden entwickelt. Dabei haben auch Aussehen, Verhalten und Gedanken der Menschen im Umfeld eine große Bedeutung. Das Umfeld wird so konstruiert, dass sich die Schauspieler hineinversetzen können. Sie erleben und wissen, wie sich die Patientenfigur auch außerhalb der Krankheit fühlt, wie sie denkt, wie sie lebt.

In einem weiteren Schritt werden die Symptome bearbeitet: Es wird dabei überlegt und gleichzeitig versuchsweise in Szene gesetzt, wie sich das Symptom darstellen lässt. Wichtige Fragen sind zum Beispiel: Wie fühlt es sich an, wenn der Schmerz auftritt? Wie ist das typische Bewegungsmuster des Patienten? Welche Körperhaltung wird dabei eingenommen? Wie ist die Stimme?

Zum Schluss der Rollenerarbeitung wird die Erlebniswelt des Patienten zum Zeitpunkt der Arztkonsultation betrachtet: Welche Fragen, Hoffnungen, Befürchtungen bringt er ins Gespräch mit? Wie wird sich dieses Erleben während des Gesprächs verändern?

(c) Trainingsphase: Im anschließenden Rollentraining wird die Arzt-Patienten-Konversation geübt. Der Schauspieltrainer nimmt die Rolle des Arztes ein und führt das Gespräch. Er verkörpert immer wieder andere Arztcharaktere, so dass sich der Schauspieler auf unterschiedlichste Situationen flexibel einstellen kann. Der Trainer korrigiert den Schauspieler bei Unstimmigkeiten durch ein Zwischenfeedback. Die Schulung mit Techniken aus dem Repertoire des Psychodramas (vgl. von Ameln et al., 2004) führt zu starker Identifikation der Schauspieler mit der Rolle.

Des Weiteren üben die Schauspieler während des Trainings, Feedback an den Arzt zu geben. Die Trainer achten darauf, dass die Regeln eingehalten werden, ergänzen weitere Formulierungsmöglichkeiten (z.B. mithilfe von Metaphern) und ermutigen oder bremsen den Schauspieler in seiner Art, Missstände direkt zu benennen. Dabei reflektieren sie mit dem Schauspieler zusammen die Wendepunkte und Fallstricke des Gespräches und schulen damit die Wahrnehmung des Schauspielers bezüglich seines Gegenübers.

3.3 Qualitätssicherung des Kommunikations- und Interaktionstrainings

Eine wichtige Voraussetzung für ein gutes Gelingen des Medi-KIT-Unterrichts ist die Qualitätssicherung desselben. Dies geschieht durch vielfältige Maßnahmen, wie etwa der Orientierung der Unterrichtsziele an einem breit abgestimmten Lernzielkatalog für Kommunikation, einer Rollenabnahme der einzelne Fälle durch klinisch erfahrene Ärzte, regelmäßige Feedback- und Rollennachschulungen der Schauspielerinnen und Schauspieler, der Evaluation der Simulationspatienten während ihres Einsatzes sowie fortlaufende Schulungen der Dozentinnen und Dozenten für die Videoanalyse.

3.4 Transfer in den Klinikalltag – von der Simulation zum Krankenbett

Von entscheidender Bedeutung für den langfristigen Erfolg einer Kommunikationsschulung wie Medi-KIT ist, dass den Studierenden die Möglichkeit eines Transfers des Erlernten aus der Schulung in den Anwendungsalltag ermöglicht wird. Auch bei diesem Lernschritt kommt einer begleitenden Supervision eine bedeutsame Rolle zu (vgl. Heaven, Clegg & Maguire, 2006). Alle Studierenden werden begleitend zum Medi-KIT-Training jeweils für vier Wochen auf einer Station eines Akademischen Lehrkrankenhauses bzw. der Medizinischen Universitätsklinik eingesetzt. Die Lernziele umfassen dabei neben den somatisch orientierten Lernzielen das Ausbilden von Verantwortungsgefühl und Einüben ärztlich-menschlicher Fähigkeiten im Umgang mit dem Patienten. Formatives und summatives Feedback erhalten die Medizinstudierenden auf mehreren Ebenen. So sind sie dazu angehalten, einen ausführlichen Patientenbericht über die Zeit des klinischen Einsatzes hinweg zu verfassen, der anamnestische, interaktionelle und somatische Aspekte des Patientenfalles beleuchtet. Dieser Patientenbericht wird von einem erfahrenen klinischen Kollegen evaluiert und der Verfasser erhält eine Rückmeldung von diesem. Einmal pro Woche treffen sich die Studentinnen und Studenten außerdem mit einem betreuenden Dozenten zu einer klinischen Fallbesprechung, während der die Studierenden in Tandems von ihren Patientenfällen berichten, mit denen sie sich während ihrer Stationsarbeit ausführlich beschäftigt haben. Hierbei werden somatische und kommunikative Problemaspekte beleuchtet. Zudem findet während des klinischen Einsatzes einmalig für jeden Studierenden eine klinisch-praktische Prüfung am Krankenbett statt (Mini-CEX: MINI Clinical EXamination; vgl. Norcini, Blank, Duffy & Fortna, 2003; siehe auch nächsten Abschnitt).

3.5 „Assessment drives learning“: Überprüfung kommunikativer Lernziele

Auch beim Erlernen kommunikativer Fertigkeiten spielen Motivationsaspekte eine zentrale Rolle. Prüfungen stellen dabei den stärksten steuernden Faktor für das Lernverhalten von Studierenden dar. Zudem sollten gute, gerechte Prüfungen in Inhalt und Form die Anforderungen an zukünftige Ärzte auch bezüglich kommunikativer Fähigkeiten widerspiegeln. Deswegen ist entscheidend, Prüfungsziele im Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation zu definieren, um die Studierenden zum vertieften Lernen und Üben zu motivieren. Kommunikative und praktische Fertigkeiten werden zunehmend mittels OSCE oder Mini-CEX abgeprüft, da mit diesen Prüfungsformen diese Kompetenzen im direkten Kontakt mit dem simulierten bzw. realen Patienten beobachtet und überprüft werden können. Ein OSCE (Objective Structured Clinical Examination; z.B. Wass, van der Vleuten, Shatzer & Roger, 2001; Nikendei & Jünger, 2006) ist ein praxisorientierter Prüfungsparcours mit 10 bis 20 Stationen, an denen unterschiedliche klinisch-praktische Aufgaben im Rahmen eines simulativen Settings gestellt werden. Ein Mini-CEX (MINI Clinical EXamination; z.B. Holmboe, Huot, Chung, Norcini & Hawkins, 2003) ist eine Prüfung direkt am Patienten mit mehreren Bewertungskriterien. Es werden neben verschiedenen Aspekten einer körperlichen Untersuchung auch Bereiche wie Kommunikationsformen, Organisationsverständnis, Effizienz oder klinische Entscheidungsfindung bewertet und somit der Transfer von kommunikativen und klinisch-praktischen Fertigkeiten anhand definierter Prüfungsziele evaluiert.

Mit solchen Prüfungen lassen sich nicht nur die angehenden Medizinerinnen und Mediziner bewerten, sondern auch die Wirksamkeit des medizinischen Kommunikations- und Interaktionstrainings Medi-KIT belegen.

3.6 Wie wirksam ist die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen? – Eine kontrollierte Studie

Die Effektivität des Medi-KIT-Trainings wurde mittels einer kontrollierten Studie mit zwei studentischen Kohorten im Sommer- und Wintersemester 2001 / 2002 auf subjektiver Ebene im Sinne einer Selbsteinschätzung der Studierenden als auch auf objektiver Ebene mittels einer klinisch-praktischen Prüfung (OSCE; Objektive Structured Clinical Examination) untersucht. Die Interventionsgruppe (n=77) erhielt jeweils sieben Einheiten Skills-Lab-Training, Kommunikationstraining, sowie Unterricht am Patientenbett. Die Kontrollgruppe (n=66) wurde ausschließlich am Patientenbett unterrichtet. Das Training führte zu einer signifikanten Verbesserung der subjektiven Kompetenzeinschätzungen ($p < .01$; Jünger, Schellberg, Benkowitsch, Schäfer, Zeuch et al., 2002) sowie zu einem signifikant besseren Abschneiden der Interventionsgruppe im OSCE ($p < .001$; Jünger, Schäfer, Schellberg, Roth, Ben-David et al., 2005; vgl. Abb. 3).

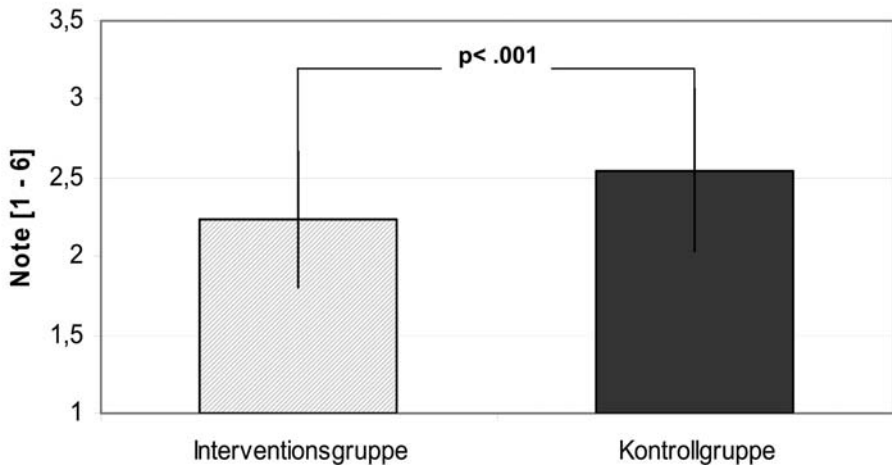


Abb. 3: Pilotstudie: OSCE-Ergebnisse der Interventionsgruppe (n = 66) und Kontrollgruppe (n=77)

4. Ausblick

Mit der vorliegenden Arbeit wurde versucht, praxisnah die Umsetzung eines Kommunikations- und Interaktionstrainings an der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg

darzustellen. Das Training mit Simulationspatienten ist anhand von Lernzielen ausgerichtet, ermöglicht allen Studierenden einen Kompetenzerwerb durch angstfreies Üben in einem geschützten Rahmen und erweist sich in den durchgeführten Evaluationen sowohl in der Selbsteinschätzung als auch in der klinisch-praktischen Überprüfung kommunikativer Fertigkeiten als effektiv. Dennoch ist der Ansatz eines Trainings mit Simulationspatienten, Videofeedback und ärztlicher Supervision mit einem hohen logistischen und finanziellen Aufwand und nicht zuletzt mit der Notwendigkeit einer umfassenden Erfahrung in diesem Bereich verbunden.

Von entscheidender Bedeutung ist darüber hinaus, nicht nur punktuell kommunikative Kompetenzen zu vermitteln, sondern den Studierenden ein longitudinales Lernen zu ermöglichen, das anhand von aufeinander aufbauenden Lernzielen abgestimmt ist. Während das Kommunikationstraining in den Anfangsjahren eine Insellösung in der Inneren Medizin darstellte, wurde das Training schrittweise auf zehn klinische Fächer erweitert. Das longitudinale Kommunikationscurriculum wird zentral organisiert und die Unterrichtsinhalte zur Vermeidung von Redundanz mit den Fachvertretern koordiniert. Neben der Abstimmung der Vermittlung kommunikativer Inhalte innerhalb somatischer Fachbereiche, entstand bei diesem Prozess ein longitudinaler Lernzielkatalog für die Fachbereiche, die die Vermittlung kommunikativer Fertigkeiten als ihren Kernbereich verstehen: der Medizinischen Psychologie, Psychiatrie, Kinder-Jugend-Psychiatrie, Psychosomatik und Allgemeinmedizin (Jünger, 2006). Durch die Einbettung der Trainingseinheiten in ein longitudinales Curriculum finden über die gesamte Studienzeit hinweg Kommunikationstrainings statt, wobei die jeweiligen Schulungsfälle zunehmend anspruchsvoller und komplexer werden (vgl. Abbildung 4). So trainieren beispielsweise die Studierenden am Ende ihres Studiums im so genannten Praktischen Jahr Fertigkeiten der Patienten-Arzt- und Team-Kommunikation innerhalb komplexer Behandlungsszenarien, wie z.B. der klinischen Visite (Kraus, Briem, Jünger, Schrauth, Weyrich et al., im Druck).

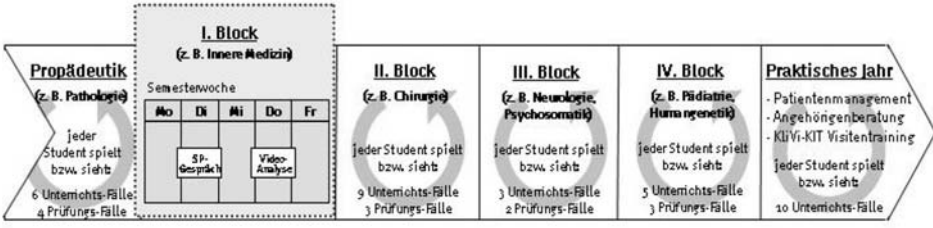


Abb. 4: Das longitudinale Kommunikations-Curriculum HeiCuMed an der medizinischen Fakultät in Heidelberg.

Doch auch nach dem Studium bleibt es von besonderer Wichtigkeit, kommunikative Fertigkeiten im Sinne eines ‚lebenslangen Lernens‘ weiter zu fördern und kontinuierlich zu reflektieren. Hierzu wurden erste Schritte im Sinne der Entwicklung und Durchführung von Unterrichtsmodulen innerhalb der fachärztlichen Weiterbildung unternommen (Bosse, Nikendei, Hoffmann, Kraus, Huwendiek et al., im Druck; Schultz, Hoffmann, Lauber, Schönemann, Kraus et al., 2007).

Fazit

Das Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinerinnen und Mediziner (Medi-KIT) an der Universitätsklinik Heidelberg ist als longitudinales Curriculum konzipiert und erweist sich in der wissenschaftlichen Evaluation als effektiv. Im Vordergrund weiterer Anstrengung muss die Vermittlung und Reflexion kommunikativer Fertigkeiten im Sinne eines ‚lebenslangen Lernens‘ auch im Rahmen der Fachärztlichen Weiterbildung und darüber hinaus stehen.

Literatur:

- Barrows, H. S. (1993). An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Academic Medicine*, 68, 443-453.
- Bosse, H. M., Nikendei, C., Hoffmann, K., Kraus, B., Huwendiek, S., Hoffmann, G. F., Jünger, J. & Schultz, J.-H. (im Druck). Kommunikationsschulung mittels „Standardisierter Eltern“ für Ärzte im Fachbereich der Pädiatrie – strukturierte Kompetenzvermittlung im Rahmen der Facharztausbildung. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*.
- Buddeberg, J. W. (Hrsg.). (1998). *Psychosoziale Medizin* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Dierks, M. L., Bitzer, E. M., Lerch, M., Martin, S., Röseler, S., Schienkiewitz, A., Siebeneick, S. & Schwartz, F.-W. (2001). Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg [Internet]. Abgerufen am 6.11.2006 unter <http://elib.uni-stuttgart.de/opus/volltexte/2004/1882/pdf/AB195.pdf>.
- Geisler, L. S. (2004, Juni). Das Arzt-Patient-Gespräch als Instrument der Qualitätssicherung. Vortrag anlässlich des 2. Kongresses „Qualitätssicherung in ärztlicher Hand zum Wohle der Patienten“. Veranstaltet vom Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein Westfalen (IQN), 26. Juni 2004, Düsseldorf.
- Goedhuys, J. & Rethan, J. J. (2001). On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. A validity study. *Family Practice*, 18 (6), 592-596.
- Greco, M., Brownlea, A. & McGovern, J. (2001). Impact of patient feedback on the interpersonal skills of general practice registrars: results of a longitudinal study. *Medical Education*, 35, 748-756.
- Heaven, C., Clegg, J. & Maguire, P. (2006). Transfer of communication skills training from workshop to workplace: The impact of clinical supervision. *Patient Education and Counseling*, 60, 313-325.
- Holmboe, E. S., Huot, S., Chung, J., Norcini, J. J. & Hawkins, R. E. (2003). Construct validity of the miniclinical evaluation exercise (miniCEX). *Academic Medicine*, 78 (8), 826-830.
- Jünger, J. (2006, November). Fünf Jahre Kommunikations- und Interaktionstraining von Medizinstudenten (Medi-KIT) – von der Insellösung zum longitudinalen Curriculum. Vortrag auf dem Kongress der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, 10.-12. November 2006, Köln.
- Jünger, J., Schäfer, S., Schellberg, D., Roth, C., Ben-David, M. F. & Nikendei, C. (2005). Effects of basic clinical skills training on OSCE performance among medical students: a group control design study. *Medical Education*, 39 (10), 1015-1020.
- Jünger, J., Schellberg, D., Benkowitsch, M., Schäfer, S., Zeuch, A., Roth, C., Nikendei, C., Müller, T., Auler, B. & Herzog, W. (2002). *Influence of a reformed curriculum in internal medicine on self-efficacy in clinical skills of medical students*. Association for Medical Education in Europe (AMEE): Lissabon 2002, p. 4.6.
- Kneebown, R. (2003). Simulation in surgical training: educational issues and practical implications. *Medical Education*, 37, 267-277.

- Kochan, B. (Hrsg.). (1981). *Rollenspiel als Methode sprachlichen und sozialen Lernens*. Königstein/Ts: Athenäum.
- Kraus, B., Briem, S., Jünger, J., Schrauth, M., Weyrich, P., Herzog, W., Zipfel, S. & Nikendei, C. (im Druck). Entwicklung und Evaluation eines Schulungsprogramms für Studenten im Praktischen Jahr in der Inneren Medizin. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*.
- Lauber, H., Schönemann, J. & Jünger, J. (2005, November). Psychodrama in der medizinischen Ausbildung. Vortrag auf dem Kongress der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, 4.-6. November 2005, Münster.
- Maguire, P. & Piceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal*, 325, 697-700.
- Nikendei, C. & Jünger, J. (2006). OSCE – praktische Tipps zur Implementierung einer klinisch-praktischen Prüfung. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 23 (3), 54-61.
- Norcini, J. J. (2003). Peer assessment of competence. *Medical Education*, 37, 539-543.
- Norcini, J. J., Blank, L. L., Duffy, F. D. & Fortna, G. S. (2003). The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Annals of Internal Medicine*, 138 (6), 476-481.
- Pfeiffer, C. A., Kosowicz, L. Y., Holmboe, E. & Wang, Y. (2005). Face-to-face clinical skills feedback: lessons from the analysis of standardized patient's work. *Teaching and Learning in Medicine*, 17, 254-256.
- Schultz, J.-H., Hoffmann, K., Lauber, H., Schönemann, J., Kraus, B., Bosse, H. M., Huwendiek, S., Hoffmann, G. F., Herzog, W., Jünger, J. & Nikendei, C. (2007). Einsatz von „Standardisierten Eltern“: Authentizität und Qualität des Feedbacks. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 24, N: Doc 72.
- Simpson, M. A. (1985). How to use role-play in medical teaching. *Medical Teacher*, 7, 75-82.
- Sloane, P. D., Beck, R., Kowlowitz, V., Blotzer, A. M., Wang, L., Akins, L., White-Chu, F. & Mitchell, C. M. (2004). Behavioral coding for evaluation of medical student communication: clarification or obfuscation? *Academic Medicine*, 79, 162-170.
- Steiner, T., Jünger, J., Schmidt, J., Bardenheuer, H., Kirschfink, M., Kadmon, M., Schneider, G., Seller, H. & Sonntag, H. G. (2003). HeiCuMed: Heidelberger Curriculum Medicinale – Ein modularer Reformstudiengang zur Umsetzung der neuen Approbationsordnung. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 20, 87-91.
- Strasberg, L. (2005). *Schauspielen und das Training des Schauspielers* (6. Aufl.). Berlin: Alexander.
- Tolan, J. & Lendrum, S. (1995). *Case material and role play in counselling training*. London: Routledge.
- von Ameln, F., Gerstmann, R. & Kramer, J. (2004). *Psychodrama*. Berlin: Springer.
- Vu, N. V. & Barrows, H. S. (1994). Use of standardized patients in clinical assessments: recent developments and measurement findings. *Educational Researcher*, 23, 23-30.
- Wass, V., van der Vleuten, C., Shatzer, J. & Roger, J. (2001). Assessment of clinical competence. *The Lancet*, 357, 945-949.
- Yardley-Matwiejczuk, K. M. (1997). *Role play. Theory and Practice*. London: Sage.
- Ziv, A., Wolpe, P. R., Small, S. D. & Glick, S. (2003). Simulation-based medical education: an ethical imperative. *Academic Medicine*, 78, 783-788.

Zu den Autorinnen und Autoren:

Dr. Jobst-Hendrik Schultz (MME), Arzt, stellvertretender Leiter des Kompetenzzentrums für Prüfungen in der Medizin in Baden-Württemberg, wissenschaftlicher Leiter von MediKIT.

Jochen Schönemann, Diplom-Psychologe, Psychodramatherapeut i.A., Outdoortrainer (IHK) i.A., wissenschaftlicher Mitarbeiter.

Heike Lauber, Lehrerin für Gesundheitsberufe, Psychodramatherapeutin i.A.

Dr. Christoph Nikendei, Arzt, wissenschaftlicher Mitarbeiter.

Prof. Dr. Wolfgang Herzog, Ärztlicher Direktor.

Dr. Jana Jünger, Oberärztin, Leiterin von HeiCuMed Innere Medizin, Leiterin des Kompetenzzentrums für Prüfungen in der Medizin in Baden-Württemberg.

Alle tätig an der Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin des Universitätsklinikums in Heidelberg.

Anschrift:

Dr. med. Jana Jünger, Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin, Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg, Email: Jana.Juenger@med.uni-heidelberg.de, Telefon: +49(0)6221-5638872, Fax: +49 0)6221-561341.