

# Einsatz von "Standardisierten Eltern"

## Authentizität und Qualität des Feedbacks

### Communication with standardised parents in paediatrics

#### Relevance of cases, authenticity and quality of feedback

• Jobst-Hendrik Schultz<sup>1</sup> • Katja Hoffmann<sup>1</sup> • Heike Lauber<sup>1</sup> • Jochen Schönemann<sup>1</sup> • Claudia Conrad<sup>1</sup> • Bernd Kraus<sup>1</sup> • Hans Martin Bosse<sup>2</sup> • Sören Huwendiek<sup>2</sup> • Georg Friedrich Hoffmann<sup>2</sup> • Wolfgang Herzog<sup>1</sup> • Jana Jünger<sup>1</sup> • Christoph Nikendei<sup>1</sup>

*Zusammenfassung:*

**Einführung:** "Standardisierte Patienten" (SP) sind simulierte Patienten, die sorgfältig und gewissenhaft trainiert wurden, um ihre erlernte Erkrankung in einer standardisierten und gleich bleibenden Art und Weise für didaktische Lehrzwecke zu präsentieren. SP werden in der Medizinischen Ausbildung zunehmend eingesetzt und sind inzwischen ein unverzichtbarer Bestandteil eines Kommunikationstrainings von Medizinstudenten. Auch für die Ausbildungscurricula von Assistenzärzten auf dem Weg zum Facharzt werden im angloamerikanischen Raum inzwischen SP eingesetzt. In der Pädiatrie wird die Verwendung von Schauspielern zu Schulungszwecken bisher nur vereinzelt beschrieben. Die wiederkehrende Frage nach einer ausreichenden Realitätsnähe und nach dem Nutzen ihres Feedbacks, wie sie bereits hinsichtlich des Einsatzes von SP aufgeworfen wurde, bleibt auch bei Schulungen mit "standardisierten Eltern", bei denen der Patient - das Kind - gar nicht oder nur teilweise anwesend ist, bestehen.

**Methode:** In dem vorliegenden Projekt wurde für 28 Ärzte der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Heidelberg mit einer mittleren Berufserfahrung von 4,2 Jahren ein Kommunikationstraining mit "standardisierten Eltern" durchgeführt. Dazu wurden 13 Schauspieler anhand ausführlicher Rollenskripte für den Einsatz als „standardisierte Eltern“ trainiert. Die Auswahl der Schauspieler erfolgte aus einem umfangreichen Pool an erfahrenen Schauspielern, die bereits Vorerfahrung im Einsatz als "standardisierte Patienten" hatten. Berufserfahrene pädiatrische Dienstärzte wurden anhand neun klinischer Szenarien im Umgang mit Problemen und schwierigen Gesprächssituationen im Kontakt mit Eltern erkrankter Kinder geschult. Im Anschluss an das Arzt-Eltern-Gespräch erhielten die trainierten Ärzte ein Feedback von den Schauspielern selbst, den teilnehmenden ärztlichen Kollegen ("peers") sowie den Supervisoren der Unterrichtsveranstaltungen. Mittels einer schriftlichen Evaluation der Teilnehmer wurde die Authentizität der "standardisierten Eltern" sowie die Relevanz der Fälle für eine praxisnahe Schulung hinsichtlich kommunikativer Fähigkeiten erfasst. Darüber hinaus wurde eine Einschätzung der Teilnehmer hinsichtlich der Qualität der nach dem Arzt-Eltern-Gespräch erhaltenen Feedbacks eingeholt.

**Ergebnis:** Die Fälle der Schulungen wurden von den Ärzten als äußerst authentisch und relevant hinsichtlich der Verbesserung der eigenen kommunikativen Fertigkeiten und der Sicherheit im Umgang mit Eltern erkrankter Kinder gewertet. Die Teilnehmer bewerteten (sechsstufige Likert Skala: 1 = trifft voll zu und 6 = trifft gar nicht zu) das Feedback der Schauspieler (Mittelwert (M) = 1,08; Standardabweichung (SD) = 0,28), der Supervisoren (M = 1,25; SD = 0,68) und der „peers“ (M = 1,29; SD = 0,55) als etwa gleich relevant und nützlich.

**Diskussion:** "Standardisierte Eltern" werden von angehenden Fachärzten der Pädiatrie als sehr authentisch eingeschätzt. Das Feedback der "standardisierten Eltern" wird als sehr hochwertig angesehen. Die Grundlage für diese Einschätzungen bildet eine fundierte Vorbereitung und Konzeption der Schulungsfälle sowie ein umfassendes Training der "standardisierten Eltern" hinsichtlich der Feedbackgabe. Ein weitreichender Einsatz von "standardisierten Eltern" wäre auch für die Ausbildung von angehenden Ärzten im Fachbereich Pädiatrie wünschenswert.

**Schlüsselwörter:** Facharzt-Weiterbildung, Standardisierte Patienten, Standardisierte Eltern, Lehrmethoden, Kommunikations-Schulung, Feedback, Authentizität, Realitätsnähe, Pädiatrie

**Abstract:**

**Introduction:** "Standardised patients" are finding increased application within medical training and have become an indispensable component of communication training for medical students. In the Anglo-American world, "standardised patients" are also employed in the postgraduate curriculum for resident physicians. In the German-speaking realm, however, there are currently no publications indicating the use of "standardised parents" in the specialist field of paediatrics. The basic recurring question concerning the extent to which training with "standardised parents" can be considered adequately realistic - a question which has already been raised in connection with the use of "standardised patients" - is of particular relevance in the case of highly experienced clinical staff. The degree to which feedback from "standardised parents" proves helpful in everyday clinical life also remains to be ascertained.

<sup>1</sup> Universität Heidelberg, Medizinische Universitätsklinik, Abteilung für Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin, Heidelberg, Deutschland

<sup>2</sup> Universität Heidelberg, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Heidelberg, Deutschland

**Methods:** In the current project, a communication training course involving "standardised patients", who simulated the parents and caregivers of ill children, was carried out with residents of Heidelberg University Clinic for Paediatric and Adolescent Medicine. 28 Accident and Emergency were trained in dealing with problems and difficult situations arising in communication with parents. Following the physician-parent dialogue, the respective physician received feedback from the actors, fellow medical peers and supervisors. The authenticity of the cases and their relevance in the context of a realistic training course for communication skills was assessed by means of a questionnaire for participants. Additionally, participants evaluated the quality of the feedback received following the physician-parent dialogue.

**Results:** Physicians considered the training cases to be extremely authentic and of relevance regarding both the improvement of communication skills and confidence in dealing with the parents of ill children. Feedback from actors (Likert scale:  $M = 1.08$ ;  $SD = 0.28$ ), from supervisors ( $M = 1.25$ ;  $SD = 0.68$ ) and medical peers ( $M = 1.29$ ;  $SD = 0.55$ ) received very high ratings.

**Discussion:** In the project presented here, the application of "standardised patients" represents a valuable tool which can be considered a suitable and obligatory component within a structured communication training course for paediatric residents. Furthermore, the employment of "standardised parents" could prove of interest in the context of graduate medical education. **Keywords:** postgraduate medical training, standardised parents, standardised patients, teaching methods, communication training, feedback, authenticity, simulation, self-assessment, pediatrics

## Einleitung

### Die Bedeutung der Kommunikation zwischen Patient und Arzt

In der Patient-Arzt-Kommunikation ist das Erreichen gemeinsamer Realitäten zweier Individuen von grundlegender Wichtigkeit und stellt die Basis für ein integriertes Denken in der Medizin dar [1]. Das Patient-Arzt-Gespräch bildet die entscheidende Grundlage für eine tragende Patienten-Arzt-Beziehung, die wiederum als das "sine qua non" einer "guten Patient-Arzt-Interaktion" gilt [2]. Bisher konnten Ärzte ihre kommunikative Kompetenz üblicherweise durch "trial and error" erwerben oder durch Beobachtung erfahrener Kollegen indirekte Erfahrungen für schwierige Gesprächssituationen sammeln [3].

### Standardisierte Patienten – eine Begriffsbestimmung

Gerade bei der Kommunikationsschulung von Ärzten kommt dem Einsatz von sogenannten "standardisierten Patienten" mittlerweile eine große Bedeutung zu. Barrows [4] versteht unter dem Begriff "standardisierte Patienten" simulierte (und tatsächliche) Patienten, die sorgfältig und gewissenhaft trainiert wurden, um ihre erlernte (oder tatsächliche) Erkrankung in einer standardisierten und gleich bleibenden Art und Weise für didaktische Lehrzwecke zu präsentieren. Es handelt sich bei solchen Schulungen um Simulationen von "real life" Situationen [3] in denen Ärzte auch für schwierige Gesprächssituationen Erfahrungen sammeln können, ohne "echte" Patienten dabei zu belasten [4], [5], [6], [7]. Ein wesentliches Element einer Schulung mit standardisierten Patienten ist das direkte Feedback, das die Teilnehmer eines solchen Trainings von diesen erhalten. Der direkten und konkreten Rückmeldung über ihr eigenes Verhalten bei der Untersuchung oder im ärztlichen Gespräch mit dem Patienten wird ein nachhaltiger Ausbildungseffekt für Medizinstudierende und Ärzte zugeschrieben [4], [8], [9].

## Simulation mit standardisierten Patienten: Einsatzgebiete und Effektivität

Beim Einsatz von simulativen Elementen im Rahmen der Mediziner- und Pflegeausbildung wird zwischen "low-tech"- und "high-tech" Simulationen unterschieden [10]. Bei den "high-tech" Simulationen wird mit hohem technischem Aufwand versucht, die Realität möglichst authentisch abzubilden und eine hohe Realitäts- und Abbildungstreue herzustellen. Der Einsatz standardisierter Patienten, der ebenfalls zu den "high-tech Simulationen" gezählt wird [10], muss sich aber immer wieder der laut werdenden Kritik einer möglicherweise nicht ausreichenden Authentizität und Realitätsnähe stellen (vgl. [4]). Mehr als zwei Drittel der nordamerikanischen Hochschulen machen im Rahmen von Kommunikationstrainings von "standardisierten Patienten" bei der Ausbildung von Medizinstudenten Gebrauch [11]. Auch in Deutschland kommt dieses Schulungskonzept mehr und mehr zum Einsatz, sodass bereits an einigen Universitäten mittels "standardisierter Patienten" Kommunikationstrainings für Medizinstudenten durchgeführt werden (z. B. [12], [13], [14]). Die Effektivität solcher Trainingseinheiten wurde bereits durch Studien im kontrollierten Design nachgewiesen [15]. Zunehmend werden "standardisierte Patienten" aber auch zur Kommunikationsschulung im Rahmen eines strukturierten Curriculums für Ärzte auf dem Weg zum Facharzt eingesetzt [16].

## Spezifika der Kommunikation in der Pädiatrie

Ärzte im Fachbereich Pädiatrie sind bei ihrer Gesprächsführung im Unterschied zur Kommunikation in anderen Fachbereichen einer besonderen Situation ausgesetzt. Ärztliche Gesprächsführung in der Pädiatrie ist im hohen Maße ein interaktioneller Prozess mit Kind und Eltern [17]. Diagnostik und Therapie beim kranken Kind erfordert ein besonderes ärztliches Vorgehen auf der Arzt-Eltern-Beziehungsebene, insbesondere bei Krisensituationen wie der Geburt eines missgebildeten Neugeborenen, bei schwerer Behinderung, lebensbedrohlicher oder chronischer Erkrankung oder Tod eines Kindes [18]. Studien zu Kommunikationsschulungen im Fachbereich Pädiatrie weisen daraufhin, dass das gezielte Training kommunikativer Kompetenzen für die Arbeit in der Pädiatrie grundlegend ist und dass mangelnde Erfahrungen an Kommunika-

tionsfähigkeit durch diese Schulungen gut überbrückt und kompensiert werden können [19].

## Kommunikationsschulung in der Pädiatrie – Stand der Forschung

In der Literatur wird die Verwendung von Schauspielern zu Schulungszwecken im Fachbereich Pädiatrie bisher nur vereinzelt beschrieben. In diesen Untersuchungen wurden teilweise Schauspieler als "standardisierte Patienten", wie z.B. adoleszente Jugendliche [20], [21] oder als so genannte "standardisierte Eltern" [3] eingesetzt. Greenberg et al. [3] ließen in dieser Untersuchung unerfahrene Ärzte, die eine Schulungen zum Thema "Überbringen schlechter Nachrichten" erhalten hatten, die kritische Frage nach der Authentizität und Relevanz des Einsatzes von "standardisierten Eltern" beantworten. Dabei zeigte sich, dass die Ärzte, die zum Zeitpunkt der Schulung nur wenig klinische und im Umgang mit Krisensituationen noch keine Erfahrung hatten, den Einsatz der "standardisierten Eltern" als sehr authentisch und hilfreich für die Verbesserung der eigenen kommunikativen Fähigkeiten angesehen hatten [3]. Es bleibt die Frage offen, inwieweit sich bei fortschreitender Professionalisierung der Ärzte auf dem Weg zum Facharzt diese positive Einschätzung hinsichtlich des Einsatzes von "standardisierten Eltern" im Fachbereich Pädiatrie verändert.

Ziel des vorgestellten Projektes war es zu prüfen,

1. inwiefern "standardisierte Eltern" von erfahrenen pädiatrischen Assistenzärzten als authentisch beurteilt und
2. für wie relevant die verwendeten Gesprächssituationen in den Schulungen für den pädiatrischen Alltag eingeschätzt werden. Darüber hinaus sollte
3. untersucht werden, in welchem Maße das Feedback durch die Schauspieler als hilfreich hinsichtlich der Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten im Fachbereich Pädiatrie angesehen wird.

## Methoden

### Entwicklung der Schulungsfälle und Training der "Standardisierten Eltern"

In einer Fokusgruppe [22] an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Heidelberg, die aus neun klinisch erfahrenen pädiatrischen Ärzten bestand, wurden zunächst der Bedarf und die Ziele einer Kommunikationsschulung im Fachbereich Pädiatrie formuliert. Zur Konzeption der Schulungsfälle wurden wichtige Krankheitsbilder des Fachbereichs Pädiatrie zusammengestellt und schwierige Gesprächssituationen, die bei Ärzten im Gespräch mit Eltern erkrankter Kinder auftreten können, herausgearbeitet. Daraus ergaben sich neun pädiatrische Krankheitsbilder und neun wichtige Problemstellungen hinsichtlich der Arzt-Eltern-Interaktion, aus denen neun Schulungsfälle konzipiert wurden (siehe Tabelle 1). Zu jedem Schulungsfall wurden jeweils fallspezifische Lernziele definiert. Ein Autorenteam aus Ärzten, Psychologen und Schauspiel-Trainern erstellte auf dieser Basis umfangreiche Drehbücher für die "Standardisierten Eltern" (Schauspieler in der Rolle der Eltern) und "Standardisierten Patienten" (Schauspieler in der Rolle der Kinder) (siehe Tabelle 1). Drei der Schulungsfälle

waren als Paar-, zwei als Mutter-und-Tochter- und fünf als Eltern-Einzelrollen konzipiert.

Die Drehbücher bestanden aus drei Teilen: Im ersten Teil wurde der Schauspieler allgemein in das Setting, die familiäre Struktur, die Daten des erkrankten Kindes, die aktuellen und vorbekannten Symptome des Kindes, die Charaktereigenschaften des zu spielenden Elternteils etc. eingeführt. In einem zweiten Teil wurden die Krankheitszusammenhänge sowie die möglichen Fragen, die der Schauspieler zu den Symptomen gegebenenfalls von dem Arzt gestellt bekommen könnte, aber auch die dazugehörigen Antworten beschrieben. In einem dritten Teil waren die spezifischen kommunikativen sowie medizinisch-pädiatrischen Lernziele der einzelnen Fälle aufgelistet. Zusätzlich wurden als Handout für den jeweiligen Supervisor umfangreiche Hintergrund-Informationen zum dem pädiatrischen Fall zusammengestellt.

Insgesamt wurden 13 Eltern-Schauspieler auf die unterschiedlichen Rollen trainiert. Im Rahmen von MediKIT (Kommunikations- und Interaktionstraining in der Medizin), das ein integrierter Bestandteil des Heidelberger Curriculum Medicinale (HeiCuMed) der Universität Heidelberg ist, wurde im Vorfeld bereits eine Datenbank mit etwa 60 Schauspielpatienten aufgebaut [12]. In dieser Datenbank sind zu den Schauspielern Angaben zu Alter, Geschlecht, Angaben zu Körpergröße und -gewicht, persönlichen Eigenschaften, Schauspiel-Vorerfahrung, Repertoire der bisher gespielten Rollen etc. enthalten. Die Zuordnung der Elternrollen zu den einzelnen Schauspielern erfolgte jeweils unter sorgfältiger Berücksichtigung der in der Datenbank enthaltenen persönlichen Parameter und der bisherigen Vorerfahrung der Schauspieler.

Alle Schauspieler wurden in Einzelveranstaltungen durch ausgebildete Schauspieltrainer in den Rollen geschult. Die Schauspieler mussten sich in einem ersten Schritt mit dem Rollenscript selbst vertraut machen und gegebenenfalls schwierige Passagen der Drehbücher vormerken, um diese während des eigentlichen Trainings intensiver zu bearbeiten. Bevor sich die Schauspieler direkt im Rollenspiel unter Anweisung der Schauspieltrainer die Elternrolle Schritt für Schritt erarbeiteten, wurden gemeinsam die biographischen Eckdaten und das soziale Umfeld der Elternpersonen detailliert abgesprochen sowie die eventuellen Fragen zu dem Krankheitsbild geklärt. Kurz vor dem ersten Einsatz fand jeweils noch einmal eine kurze Vorbesprechung und Einstimmung auf die Rolle statt. Darüber hinaus wurde jeder Schauspieler hinsichtlich der Feedback-Gabe intensiv geschult. Dazu erhielten die Schauspieler zunächst eine Einführung in die Regeln einer adäquaten Feedback-Gabe sowie in wesentliche kommunikative Aspekte eines guten Arzt-Patienten-Gesprächs. Durch Feedback-Kontrolle seitens der Schauspieltrainer während der Schulungen sowie durch in regelmäßigen Abständen wiederholte Feedbacktrainings wurde die Qualität der Feedbackgabe gesichert.

Die Schauspieler hatten jeweils zum Abschluss des Rollentrainings die Gelegenheit, die Rolle vor den Schauspieltrainern sowie vor erfahrenen ärztlichen Supervisoren mehrfach zu spielen. Auf diese Weise sollte das durch die Schauspieltrainer sowie durch die Supervisoren hinsichtlich der Gestaltung der Rolle erhaltene Feedback seitens der Schauspieler in einer erneuten Darstellung verbessert werden können. Jeder Schauspieler wurde hinsichtlich seiner Rolle von einem Pädiater auf die inhaltlich-medizinische Korrektheit überprüft, bevor er in den Schulungen eingesetzt wurde.

**Tabelle 1: Schulungsfälle (Übersicht), Einschätzung der Authentizität und der Relevanz für die Schulung (N=28) mittels sechsstufiger Likert Skala mit den Extremen trifft voll zu und trifft gar nicht zu; Angaben als Mittelwerte (M) mit den jeweiligen Standardabweichungen (SD) (in Klammern)**

Fall	Thema (medizinische und kommunikative Aspekte)	Bewertung M ( $\pm$ SD)		
		Authentizität	Relevanz	
Fall 1	Synkope	Streit mit Pflegepersonal	1.29 ( $\pm$ 0.61)	1.36 ( $\pm$ 0.50)
Fall 2	Bauchschmerzen	Streit wegen langer Wartezeit	1.50 ( $\pm$ 0.85)	1.29 ( $\pm$ 0.47)
Fall 3	Urtikaria	Dramatisierende Mutter	1.21 ( $\pm$ 0.57)	1.50 ( $\pm$ 0.65)
Fall 4	Fieber ohne eindeutigen Fokus	Fordernde Mutter	2.20 ( $\pm$ 1.61)	1.87 ( $\pm$ 1.06)
Fall 5	Durchfall	Türkische Mutter spricht schlecht	1.33 ( $\pm$ 0.48)	1.40 ( $\pm$ 0.63)
Fall 6	Schreiendes Kind	Ängstliche und überforderte Mutter	1.73 ( $\pm$ 1.33)	1.60 ( $\pm$ 0.91)
Fall 7	Meningitis	Kritische Eltern bzgl. Schulmedizin	1.17 ( $\pm$ 0.39)	1.17 ( $\pm$ 0.39)
Fall 8	Fieberkrampf	Eltern wünschen keine Lumbalpunktion	1.58 ( $\pm$ 1.44)	1.33 ( $\pm$ 0.49)
Fall 9	Atemnot	Eltern wünschen keine Aufnahme	1.62 ( $\pm$ 1.45)	1.77 ( $\pm$ 1.42)

## Ablauf des Kommunikationstrainings

Das Kommunikationstraining bestand aus einer Einführungsveranstaltung, in der allgemeine theoretische Grundlagen der ärztlichen Kommunikation kurz präsentiert und in Kleingruppenarbeit vertieft wurden, und aus drei praktischen Schulungseinheiten. In den Schulungseinheiten kamen jeweils drei unterschiedliche pädiatrische Fälle zum Einsatz. Jeder Teilnehmer konnte an jedem der drei Termine jeweils ein Gespräch selbst führen und war bei zwei Gesprächen Beobachter ("peer-learning"). Während einer Selbstreflexionsphase des gesprächsführenden Teilnehmers anhand von Videoaufzeichnungen bereiteten die Schauspieler, die ärztlichen Kollegen und die Supervisoren getrennt von einander ein Feedback vor. Anschließend wurde dem gesprächsführenden Teilnehmer zunächst durch den Schauspieler, danach durch die "peer-group" und zum Abschluss durch das Supervisoren-Team ein Feedback hinsichtlich der kommunikativen Aspekte des geführten Gespräches gegeben.

## Teilnehmer des Kommunikationstrainings

28 Assistenzärzte der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Heidelberg durchliefen zwischen Oktober 2005 und März 2006 das hier beschriebene Kommunikationstraining. Die Teilnahme war freiwillig. Die Gruppe der Teilnehmer (N=28) bestand aus 18 weiblichen und 10 männlichen Assistenzärztinnen und -ärzten in der Weiterbildung zum pädiatrischen Facharzt. Die mittlere Berufserfahrung lag bei 4,2 Jahren ( $\pm$  2,7 Jahre). Das Supervisoren-Team bestand aus Ärzten, Psychologen und einer Dozentin im Bereich Krankenpflege.

## Datenerhebung und Statistische Analyse

Daten zur *Authentizität und Relevanz der Fälle* sowie zur *Einschätzung der Qualität der Feedbackgabe durch die Schauspieler, die "peer-group" und die Supervisoren* wurden unmittelbar jeweils nach jeder einzelnen Schulungseinheit von jedem Teilnehmer mittels eines Fragebogens (9 Items) erhoben. Am Ende der gesamten Schulung wurde zur Erhebung der Gesamtbeurteilung ein zweiter Fragebogen mit insgesamt 13 Items eingesetzt.

Die Daten zur *Authentizität und Relevanz der Fälle* sowie zur *Einschätzung der Feedbackgaben* wurden in einer Likert Skala mit den numerischen Abstufungen 1 bis 6, von *trifft voll zu* bis

*trifft gar nicht zu*, erfasst und als Durchschnitt mit Standardabweichung angegeben. Die statistische Auswertung erfolgte für die Beurteilung der Schulung durch die Teilnehmer als Darstellung von Mittelwerten mit Standardabweichung. Zur differenzierten *Einschätzung der Qualität der Feedbackgabe durch die Schauspieler, die "peer-group" und die Supervisoren* wurden Mittelwerte (M) und Standardabweichung (SD) berechnet (SPSS 4.0).

## Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt sowohl die neun entwickelten pädiatrische Schulungsfälle, die auf Vorarbeiten einer Fokusgruppe basierten, als auch die unterschiedlichen schwierigen Arzt-Eltern-Interaktionen, mit denen die einzelnen Fälle jeweils kombiniert waren. Die Teilnehmer beurteilten die einzelnen Schulungsfälle als sehr authentisch (zwischen M = 1,17 (SD = 0,39) und M = 2,20 (SD = 1,61)) und hoch relevant (zwischen M = 1,17 (SD = 0,39) und M = 1,87 (SD = 1,06)).

In den Schulungen selbst wurde das Feedback durch die Schauspieler (M = 1,08; SD = 0,28), durch die "peers" (M = 1,29; SD = 0,55) und durch die Supervisoren (M = 1,25; SD = 0,68) annähernd gleich hoch bewertet (siehe Tabelle 2).

**Tabelle 2: Einschätzung (N=24) der Qualität des Feedbacks seitens der Schauspieler, Teilnehmer (peers) und Supervisoren mittels sechsstufiger Likert Skala mit den Extremen 1 = trifft voll zu und 6 = trifft gar nicht zu; Angaben als Mittelwerte (M) mit Standardabweichungen (SD)**

Methodik / Didaktik	Bewertung	
	M	SD
Feedback durch die Schauspieler hilfreich	1,08	$\pm$ 0,28
Feedback durch die Teilnehmer hilfreich	1,29	$\pm$ 0,55
Feedback durch die Supervisoren hilfreich	1,25	$\pm$ 0,68

## Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde ein spezifisches Kommunikationstraining für Ärzte der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Heidelberg in der Weiterbildung zum pädiatrischen Facharzt durchgeführt. Dabei kamen standardisierte Patienten zum Einsatz, die Eltern von kranken Kindern simulierten. Die medizinischen Inhalte der Trainingsfälle waren unter Berücksichtigung der häufigsten klinischen Krankheitsbilder im Fachbereich Pädiatrie in Zusammenarbeit mit einer Fokusgruppe der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Heidelberg konzipiert. Die kommunikativen Aspekte der Schulungen waren an häufigen im

pädiatrischen Alltag vorkommenden Gesprächssituationen, die die Arzt-Eltern-Interaktion erschweren, orientiert. Teilnehmer der Untersuchung waren Ärzte, die auf dem Weg zum pädiatrischen Facharzt bereits eingehende klinische Erfahrung gesammelt hatten. Diese beurteilten die "standardisierten Eltern" als sehr authentisch und die Fälle als hoch relevant für eine Schulung zur Verbesserung der kommunikativen Fertigkeiten im Fachbereich Pädiatrie.

Im Unterschied zu Greenberg et al. [3] wurden zur Beurteilung der Authentizität der standardisierten Eltern sowie der Relevanz der Fälle Ärzte befragt, die weit reichende klinische Erfahrung im Bereich Pädiatrie erworben hatten. Wir gehen davon, dass die gute Beurteilung der Authentizität und Relevanz durch erfahrene Ärzte durch mehrere Faktoren beeinflusst wurde:

- Maßgeblich war sicherlich die umfangreiche Vorbereitung und Konzeption der Schulungsfälle. In der Vorbereitungsphase wurde durch eine Fokusgruppe zunächst eine Analyse der kommunikativen und medizinischen Lernziele für den Fachbereich Pädiatrie durchgeführt und darauf basierend fall- und fachspezifische Lernziele formuliert. Diese Lernziele waren in der Folge auch eine maßgebliche Grundlage für das jeweilige Training der Schauspieler. Die Konzeption der einzelnen Fälle barg die Besonderheit, dass weder ausschließlich auf somatische noch ausschließlich auf kommunikative Aspekte fokussiert wurde, sodass beim Training eine Integration von klinisch-praktisch Fertigkeiten hinsichtlich des Patientenmanagements und von kommunikativen Elementen stattfand, die sonst zumeist getrennt trainiert werden [23], [24].
- Einen weiteren wesentlichen Punkt für die hohe Bewertung der Authentizität der "standardisierten Eltern" sehen wir in der Auswahl der Schauspieler aus einem großen Pool bereits erfahrener SP sowie in einer grundlegenden Schulung der Schauspieler. Neben einer Anleitung zum ausführlichen Selbststudium der Rolle und einem intensiven Einzelunterricht ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass beim Rollentraining grundlegende Methoden des Psychodramas [25] eingesetzt wurden, die es dem Schauspieler erleichtern sollten, sich in die jeweilige aktuelle Rolle hineinbegeben zu können.
- Neben der Auswahl und der Schulung der Schauspieler halten wir für die gute Einschätzung hinsichtlich Authentizität und Relevanz der klinischen Fälle auch das Vorliegen umfassender Drehbücher sowie die intensive Begleitung der Schauspieler bis zum ersten Schauspieleinsatz für entscheidend. Vor dem ersten Einsatz wurde jeder Schauspieler bei seiner Darstellung durch einen Pädiater auf die inhaltlich-medizinische Korrektheit und durch die Supervisoren auf den kommunikativen Fokus seiner Rolle überprüft. Mehrere Feedbackrunden ermöglichten so die Sicherung einer hohen Qualität der Schauspielereinsätze.
- Über das Rollentraining hinaus wurde jeder Schauspieler im Geben von Feedback intensiv geschult. Feedback durch standardisierte Patienten gilt für den Unterricht als ein bereits erprobtes Beurteilungsverfahren [8]. Entscheidende Voraussetzung dabei ist jedoch, dass die Schauspiel-Patienten in Ihrem Feedback umfangreich geschult sind [26]. Neben der Rückmeldung durch die "standardisierte Eltern" erhielten die Schulungsteilnehmer in der vorgestellten Studie sowohl ein Feedback durch die ärztlichen Kollegen ("peers") als auch durch die Supervisoren. In der Ausbildung von Ärzten spielt das Feedback von "peers" und von Supervisoren eine herausragende und entscheidende didaktische Rolle [27]. Die Beurteilung von Kompetenzen durch

"peers" wird in der Literatur als ein sehr reliables Beurteilungsverfahren eingeschätzt [8]. Insgesamt sahen die Teilnehmer in der vorgestellten Studie die Feedbackgabe durch die SP, "peers" und Supervisoren als sehr hilfreich für die Verbesserung der eigenen kommunikativen Fertigkeiten an. Das Feedback sowohl der SP, der "peers", als auch der Supervisoren wurde als sehr positiv und gleichwertig bewertet, was unter inhaltlichen Aspekten nicht überrascht, da die Intentionen und inhaltlichen Wertigkeiten völlig unterschiedliche Zieleetzungen erfüllen. Während SP in ihren Rückmeldungen vor allem durch Introspektion auf die Übertragungen, die in den Gesprächen aufgetreten waren, Bezug nahmen, war das Feedback der "peers", die als Kollegen den gesprächsführenden Ärzten hinsichtlich ihrer beruflichen Position gleichgestellt waren, durch inhaltliche, medizinrelevante Kommentare geprägt. Die besondere Bedeutung des Feedbacks der Supervisoren lag vor allem darin, dass diese in ihren Anmerkungen Bezüge zu übergeordneten Themenbereichen wie z.B. zu den theoretischen Grundlagen der Arzt-Patienten-Kommunikation herstellen und darüber hinaus die Teilnehmer hinsichtlich der Entwicklung ihrer kommunikativen Fertigkeiten im Verlauf der gesamten Trainingseinheit beurteilen konnten.

## Limitationen

Der Aufwand für die Planung und Implementierung eines solchen oben vorgestellten Kommunikationstrainings ist sicherlich als sehr hoch zu betrachten. Dennoch ermöglicht ein solches Training den Teilnehmern, sich in einem geschützten Rahmen in seltenen aber wichtigen Gesprächssituationen hinsichtlich ihrer kommunikativen Fertigkeiten wiederholt zu erproben, ohne den Schutz und die Sicherheit von echten Patienten zu gefährden [4]. Bei dieser Art des Kommunikationstrainings können detaillierte und situationspezifische Lernziele festgelegt werden. Dies kann wesentlich zur Schaffung eines gewissen Standards und somit zur Qualitätssicherung der Ausbildung von Ärzten hinsichtlich ihrer kommunikativen Kompetenzen beitragen. Der Einsatz von SP ist sicherlich nur als Vorbereitung auf den klinischen Alltag zu sehen, wobei der direkte Patienten-/ Elternkontakt und die damit verbundenen vielfältigen Erfahrungen hinsichtlich der Arzt-Eltern-Kommunikation, sicherlich dadurch nicht gänzlich ersetzt werden kann.

Bei dem vorgestellten Projekt handelt es sich um eine erste Datensammlung hinsichtlich der Einschätzung der Authentizität von "standardisierten Eltern" durch klinisch erfahrene pädiatrische Ärzte, hinsichtlich der Relevanz der klinischen Fälle für die Verbesserung der kommunikativen Fertigkeiten und hinsichtlich der Qualität der durch SP abgegebenen Rückmeldungen an die Teilnehmer des Kommunikationstrainings. Bei den verwendeten Messinstrumenten handelt es sich um nicht validierte Fragebögen. Es besteht weiterer Forschungsbedarf, bei dem die unterschiedlichen Merkmale des Einsatzes von SP ausführlicher und unter Berücksichtigung weiterer Dimensionen untersucht werden sollten.

## Schlussfolgerung

"Standardisierte Eltern" werden von angehenden Fachärzten der Pädiatrie als authentisch und relevant erlebt. Das Feedback der "standardisierten Eltern", Supervisoren und "peers" wird insgesamt als hochwertig angesehen. Um hohe Realitätstreue und gutes didaktisches Potential zu erzeugen, sind eine weitreichende Fallkon-

zeption sowie ein fundiertes Training der "standardisierten Eltern" von besonderer Bedeutung. "Standardisierte Eltern" haben sich im Einsatz bei angehenden Fachärzten der Pädiatrie zur Verbesserung der kommunikativen Fertigkeiten als wertvolles Schulungsinstrument erwiesen, sodass ein weitreichender Einsatz auch in der Ausbildung von angehenden Ärzten für den Fachbereich Pädiatrie wünschenswert wäre.

## Korrespondenzadresse:

• Dr. med. Jobst-Hendrik Schultz, Universität Heidelberg, Medizinische Universitätsklinik, Abteilung für Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin, Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg, Deutschland, Tel.: 06221/56-39099, Fax: 06221/56-1341  
jobst-hendrik.schultz@med.uni-heidelberg.de

## Literatur:

- [1] Von Uexküll T. Anthropology and the theory of medicine. *Theor Med.* 1995;16(1):93-114.
- [2] Makoul G. Essential elements of communications in medical encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Acad Med.* 2001;76(4):390-393.
- [3] Greenberg LW, Ochsenschlager D, O'Donnell R, Mastruserio J, Cohen GJ. Communication bad news: a pediatric department's evaluation of a simulated intervention. *Pediatrics.* 1999;103(6):1210-1217.
- [4] Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Acad Med.* 1993;68(6):443-453.
- [5] Ainsworth MA, Rogers LP, Markus JF, Dorsey NK, Blackwell TA, Petrusa ER. Standardized patient encounters. A method for teaching and evaluation. *JAMA.* 1991;266(10):1390-1396.
- [6] Skelton JR, Matthews PM. Teaching sexual history taking to health care professionals in primary care. *Med Educ.* 2001;35(6):603-608.
- [7] Kahn MJ, Szerlip HM. Using standardized patients to teach end-of-life skills to clinical clerks. *Acad Med.* 1999;74(5):581.
- [8] Norcini JJ. Peer assessment of competence. *Med Educ.* 2003;37(6):539-543.
- [9] Sloane PD, Beck R, Kowlowitz V, Blotzer AM, Wang L, Akins L, White-Chu F, Mitchell CM. Behavioral coding for evaluation of medical student communication: clarification or obfuscation? *Acad Med.* 2004;79(2):162-170.
- [10] Ziv A. Simulators and simulation-based medical education Kapitel. In Dent JA, Harden RM. *A practical Guide for Medical Teachers.* London: Elsevier. 2005:211-220.
- [11] Association of American Medical Colleges (AAMC). Report III: Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine. Medical School Objectives Project; 1999. Available from: Zugänglich unter: <http://www.aamc.org/meded/msop/msop3.pdf>.
- [12] Jünger J, Köllner V. Integration of a doctor/patient-communication-training into clinical teaching. Examples from the reform-curricula of Heidelberg and Dresden Universities. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2003;53(2):56-64.
- [13] Köllner V, Ghan G, Kallert T, Felber W, Reichmann H, Dieter P, Nitsche I, Jorschky P. Unterricht in Psychosomatik und Psychotherapie im Dresdner DIPOL-Curriculum. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2003;53(2):47-55.
- [14] Nikendei C, Zipfel S, Roth C, Löwe B, Herzog W, Jünger J. Kommunikations- und Interaktionstraining im Psychosomatischen Praktikum: Einsatz von standardisierten Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2003; 53(11):440-445.
- [15] Jünger J, Schäfer S, Roth C, Schellberg D, Friedmann Ben-David M, Nikendei C. Effects of Basic Clinical Skills Training on OSCE performance among medical students: a group control design study. *Med Educ.* 2005;39(10):1015-1020.
- [16] Roth CS, Watson KV, Harris IB. A communication assessment and skill-building exercise (CASE) for first-year residents. *Acad Med.* 2002;77(7):746-747.
- [17] Crossley J, Davies H. Doctors' consultations with children and their parents: a model of competencies, outcomes and confounding influences. *Med Educ.* 2005;39(8):757-759.
- [18] Pölzelbauer K. Arzt - Kind - Eltern: Kommunikation in der Pädiatrie; Schwerpunkt: Gesprächsführung in Krisensituationen, siehe Informationstexte zu den Lehrveranstaltungen der Universität Heidelberg. Heidelberg: Universität Heidelberg; 2005. Zugänglich unter: [www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/medpsych/Kurstexte\\_WS\\_06-07.pdf](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/medpsych/Kurstexte_WS_06-07.pdf).
- [19] Cohen R, Hardoff D, Reichmann B, Danziger Y, Ziv A. Development and assessment of simulated patient based curricular unit in order to improve clinical skills in adolescent medicine of pediatric and family practice residents. *Harefuah.* 2004;143(12):863-868.
- [20] Tsai TC. Using children as standardised patients for assessing clinical competence in paediatrics. *Arch Dis Child.* 2004;89(12):1117-1120.
- [21] Brown R, Doonan S, Shellenberger S. Using children as simulated patients in communication training for residents and medical students: a pilot program. *Acad Med.* 2005;80(12):114-120.
- [22] Barbour RS. Making sense of focus groups. *Med Educ.* 2005;39(7):742-750.
- [23] Dacre J, Nicol M, Holroyd D, Ingram D. The development of a clinical skills centre. *J R Coll Physicians Lond.* 1996;30(4):318-324.
- [24] Kneebone R, Kidd J, Nestel D, Asvall S, Paraskeva P, Darzi A. An innovative model for teaching and learning clinical procedures. *Med Educ.* 2002;36(7):628-634.
- [25] von Ameln, F, Gerstmann R, Kramer J. *Psychodrama.* Berlin; Springer: 2004.
- [26] 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(3):254-256.
- [27] 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(8):748-756.