

Aus der Abteilung Allgemeinmedizin
(Prof. Dr. med. M. M. Kochen, MPH, FRCGP)
im Zentrum Innere Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Wie beurteilen Simulationspatienten
die Relevanz von Kommunikationsunterricht
unter Berücksichtigung ihrer eigenen Arztbeziehung?**

Ergebnisse von Leitfadeninterviews

INAUGURAL - DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Thorsten Lorkowski

aus

Hamburg

Göttingen 2011

D e k a n: Prof. Dr. med. C. Frömmel

I. Berichterstatter: Prof. Dr. disc. pol. W. Himmel

II. Berichterstatter/in:

III. Berichterstatter/in:

Tag der mündlichen Prüfung:

1. Einleitung	1
2. Stand der Forschung	3
2.1 Die ersten Anfänge.....	3
2.2 Heutige Bedeutung von SP.....	3
2.3 Sind SP für den medizinischen Unterricht geeignet?	5
2.4 Wie empfinden SP ihre Tätigkeit?.....	6
2.5 SP und ihre reale Arzt-Patienten-Beziehung.....	6
2.6 Schlussfolgerung aus Literatur und Forschungsbedarf	8
3. Fragestellung und Ziele	9
4. Studienteilnehmer und Methoden	10
4.1 SP im Unterricht „Ärztliche Basisfähigkeiten“	10
4.2 Datenerhebung: Leitfadeninterviews.....	11
4.3 Kriterien für die Auswahl der Stichprobe und Vorgehen.....	12
4.4 Datenanalyse.....	13
4.4.1 Dokumentarische Methode nach Bohnsack.....	14
4.4.2 Inhaltsanalytische Auswertung.....	17
4.5 Datenschutz und Genehmigung durch die Ethik-Kommission.....	19
5. Ergebnisse	20
5.1 Teilnahme.....	20
5.2 Beschreibung der Stichprobe.....	20
5.3 Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung	21
5.3.1 Positive Aspekte der Unterrichtseinheit.....	21
5.3.2 Einfluss der Unterrichtsleitung auf die Qualität des Unterrichts	25
5.4 Einfluss der SP-Tätigkeit auf die private Arzt-Patienten-Beziehung – Vier Fallbeschreibungen	30
5.4.1 Frau Ackermann (SP 9): „Verbesserter Umgang mit Ärzten durch die SP-Tätigkeit“	30
5.4.2 Frau Mayer (SP 3): „Unterricht als Therapie“	33
5.4.3 Frau Köster (SP 6): „Simulation und Realität“	35
5.4.4 Frau Lehmann (SP 10): „Wie beurteilt eine SP aus einem medizinischen Arbeitsumfeld die Auswirkungen ihrer Tätigkeit?“	38
5.4.5 Fallübergreifende Analyse	41
6. Diskussion	43
6.1 Methode	43
6.1.1 Einschlusskriterien und Teilnahme.....	44

6.1.2 Leitfadeninterviews	44
6.1.3 Auswertungsmethode	45
6.2 Ergebnisse.....	46
6.2.1 Studentische Tutoren als Problem	46
6.2.2 Einfluss der SP-Tätigkeit auf die eigene Arzt-Patienten-Beziehung	48
6.3 Schlussfolgerung und Ausblick	50
7. Zusammenfassung	53
8. Literaturverzeichnis	55
9. Anhang	60
9.1 Leitfaden.....	60
9.2 Transkriptionszeichen.....	62
9.3 Informationen zur Studie.....	63
9.4 Einverständniserklärung	64
Abbildungsverzeichnis	
Abbildung 1 Formulierende Interpretation.....	15
Abbildung 2 Reflektierende Interpretation.....	17
Abbildung 3 Übersicht Auswertung.....	18
Abbildung 4 Inhaltsanalytische Auswertung	19
Tabellenverzeichnis	
Tabelle 1 Beschreibung des Kollektivs	20
Tabelle 2 Transkriptionszeichen.....	62

1. Einleitung

„Der alte Arzt spricht lateinisch, der junge Arzt englisch. Der gute Arzt spricht die Sprache des Patienten.“

Dieses Zitat von Ursula Lehr (2009) thematisiert, dass Kommunikation einen wichtigen Bestandteil des Arztberufs darstellt. Eine sorgfältig und empathisch erhobene Anamnese kann nicht nur die Zufriedenheit, sondern auch die Behandlungsergebnisse von Patienten messbar verbessern (Di Blasi et al. 2001; Stewart et al. 2000). Auch ein Zusammenhang zwischen kommunikativen Schwächen von Ärzten und der Unzufriedenheit von Patienten, die bis zu Schadensprozessen führte, ist nachweisbar (Tamblyn et al. 2007). Das Training einer Anamneseerhebung und das Üben kommunikativer Fähigkeiten sollten daher Bestandteil und möglichst auch ein Schwerpunkt des Medizinstudiums sein (Yedidia et al. 2003; Terzioglu et al. 2003).

Durch die 2002 verabschiedete Novelle der Approbationsordnung für Ärzte haben sich neue Richtlinien zur Gestaltung des Unterrichts in der Vorklinik und der Klinik ergeben. Die Lehre soll im Vergleich zu früher praxisorientierter werden. Dies bezieht sich auf den Unterricht, der zum Beispiel als problemorientiertes Lernen (POL) dargeboten werden kann, sowie auf Abschlussprüfungen, die auch praktische Prüfungen umfassen können. Des Weiteren soll der Unterricht verstärkt fachübergreifend und möglichst in Form von Kleingruppen gestaltet werden. So ist eine Gruppengröße von maximal sechs Studierenden während einer Patientendemonstration und drei bei Patientenuntersuchungen vorgeschrieben (Approbationsordnung für Ärzte 2002).

Der praktische Unterricht mit Patienten („Unterricht am Krankenbett“) gestaltet sich immer schwieriger. Im Rahmen eines neuen Abrechnungssystems (Diagnosis Related Groups seit 2004) wurde die Behandlung der Patienten in Fallgruppen klassifiziert, was auch Universitätskliniken und Lehrkrankenhäuser betrifft. Dadurch ist die Finanzierung und Abrechnung der Krankenhausbehandlung standardisiert und nicht mehr vom individuellen Krankheitsverlauf des Patienten abhängig. Hieraus resultieren kürzere Liegezeiten, und der Aufenthalt der Patienten wird ökonomischer gestaltet – Patienten stehen immer weniger für Lehrzwecke zur Verfügung. Zum anderen

kommt hinzu, dass die Krankheitsbilder an Universitätskliniken überdurchschnittlich schwer und zum Teil „exotisch“ sind (Albanese et al. 2008; Ortwein et al. 2006).

Eine gute Alternative, um bestehende Engpässe in der Lehre am Patienten zu vermeiden und daraus resultierende Ausbildungsdefizite zu verhindern, ist der Einsatz von Simulationspatienten (im Folgenden als SP abgekürzt). Dies sind Laien oder professionelle Schauspieler, die ausgebildet wurden, eine bestimmte Patientenrolle zu spielen und den Studierenden ein, für den Lernerfolg notwendiges, detailliertes Feedback über ihre Leistung zu erteilen. International ist der Einsatz von SP daher schon seit vielen Jahren Standard in der Lehre (Gottlieb 2002; Anderson et al. 1994).

Die Arbeit mit SP ist seit einigen Jahren auch in Deutschland ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Ausbildung (Fröhmel et al. 2007). Sie werden zum Erlernen von Anamnesetechniken und zur Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten der Studierenden eingesetzt. Die hohe Rollengenaugigkeit von SP ermöglicht es den Studierenden, die nach neuer Approbationsordnung vorgeschriebenen praktischen Fähigkeiten unter realen Bedingungen, aber dennoch in einem geschützten Rahmen zu erlernen (Ortwein et al. 2006): Verschiedene Gesprächssituationen und -techniken können in ruhiger Atmosphäre geübt und beliebig oft wiederholt werden. Auch von den Studierenden wird das Unterrichtskonzept, z.B. Anamnesegespräche mit Hilfe von Simulationspatienten zu trainieren, als geeignete Lehrmethode empfunden (Nikendei et al. 2003).

In Göttingen existiert seit 2004 eine Lehreinheit, die mit Hilfe von SP die kommunikativen Fähigkeiten der Studierenden schult. Dieser Unterricht (entwickelt und durchgeführt von den Abteilungen Allgemeinmedizin und Psychosomatik) unterliegt durch regelmäßige Evaluation der Studierenden einer ständigen Qualitätskontrolle. Da SP speziell geschult sind, Sachverhalte zu analysieren und zu bewerten, wäre die Einschätzung der beteiligten SP zur Qualität dieser Unterrichtseinheit eine viel versprechende Ergänzung zu der bestehenden Unterrichtsevaluation durch Studierende.

2. Stand der Forschung

2.1 Die ersten Anfänge

SP sind seit ca. 40 Jahren Gegenstand der medizinischen Lehre. Die ersten SP wurden 1963 von Barrows und Abrahamson an der University of Southern California zur Evaluation von Medizinstudenten in der Neurologie eingesetzt. Der Beweggrund für dieses Projekt war die Frage, wie klinische Fähigkeiten der Studierenden und ihr Verhalten während der Anamneseerhebung effektiv beurteilt werden können (Barrows et al. 1964). Da eine dritte Person als Beobachter die normale Interaktion zwischen Arzt und Patient beeinflusst, wurde nach weiteren Möglichkeiten der Evaluation geforscht und die innovative Idee geboren, mit SP zu arbeiten. Die erste SP war die Schauspielerin Rose McWilliams. Für sie wurde ein neurologischer Fall (Halbseitenlähmung) entwickelt, der von ihr erst trainiert und anschließend simuliert wurde. Ein Jahr darauf wurde dieses Projekt bereits wissenschaftlich publiziert (Barrows et al. 1964).

2.2 Heutige Bedeutung von SP

Derzeit werden international an vielen Universitäten SP in unterschiedlichen Situationen eingesetzt. Bereits 1993 arbeiteten in den USA und Kanada mehr als 80% der befragten Medical Schools im Unterricht und bei Prüfungen mit SP (Anderson et al. 1994): 1998 verfügten 97% der US-amerikanischen medizinischen Fakultäten über ein Simulationspatienten-Programm. Auch in Deutschland ist dieser Trend, wenn auch etwas zögerlich, zuerkennen (Fröhmel et al. 2007). Die Berliner Charité, Witten-Herdecke und Heidelberg waren die ersten deutschen Universitäten, die SP einsetzen. Heute haben auch viele andere Universitäten sie in ihren Unterricht integriert (Simmenroth-Nayda et al. 2007), 2004 waren es 13 von 36 deutschen medizinischen Fakultäten. Mittlerweile setzen 30 Fakultäten in Deutschland (83 %) SP in der medizinischen Ausbildung ein (Kruppa et al. 2009).

Die Verwendungsmöglichkeiten für SP in der Ausbildung von Heilberufen sind vielfältig (Barrows 1993). Vor allem Medizinstudenten und Ärzte in der Facharztausbildung

profitieren von ihrem Einsatz. Es gibt eine große Breite an Simulationsmöglichkeiten. Dabei lassen sich drei große Gebiete eingrenzen:

(1) SP können für das Erlernen von körperlichen Untersuchungstechniken, einschließlich der Urogenitaluntersuchung eingesetzt werden (Anderson et al. 1994). Unter anderem sind Untersuchungen, die reale Patienten peinlich berühren könnten (z.B. eine rektale Untersuchung), gut mit der Hilfe von SP zu trainieren. Auch Prozeduren wie das Anlegen eines EKGs oder eine sonographische Untersuchung können geübt werden, ohne dabei reale Patienten zu belasten.

(2) Eine weitere Möglichkeit bietet das Training kommunikativer Fähigkeiten mit Hilfe von SP. 2004 nutzten 12 von 13 Fakultäten SP zum Erlernen von Anamnese-Techniken (Fröhmel et al. 2007). Dabei können verschiedene Patienten-Gruppen (z.B. „schwieriger Patient“, „Notfallpatient“ (Burdick et al. 1992)) und unterschiedliche Beratungssituationen (z.B. Überbringen von schlechten Nachrichten, Aufklärungsgespräche (Amiel et al. 2006)) simuliert werden. Außerdem besteht die Möglichkeit, unterschiedliche Gesprächstechniken auszuprobieren. Meistens handelt es sich um einmalige Gespräche. An der Universität Maastricht wurde untersucht, ob es sinnvoll ist, über mehrere Jahre einen Kontakt zwischen einem Studierenden und demselben SP aufrechtzuerhalten, der eine chronische Krankheit simuliert (Linssen et al. 2007). Das Ergebnis war, dass sich die Simulation realistischer und das Feedback detaillierter entwickelte. Außerdem bestand für die Studierenden die Möglichkeit, sich zwischen zwei Konsultationen gezielt auf den SP vorzubereiten.

In der Postgraduierten Ausbildung spielen SP ebenfalls eine Rolle, um die kommunikativen Fähigkeiten der Ärzte zu verbessern (Hardoff und Schonmann 2001). In der Pädiatrie wurden Ärzte beispielsweise auf schwierige Situationen im Elterngespräch mithilfe von „Standardisierten Eltern“ vorbereitet (Hoffmann et al. 2007). Auch im Fach Psychiatrie wurde die Arbeit mit SP erprobt (Wünderich et al. 2008).

(3) Ansonsten können SP bei Prüfungen im Medizinstudium oder in Zulassungsprüfungen zur ärztlichen Weiterbildung (bisher in den USA und der Schweiz, nicht in Deutschland) eingesetzt werden, um praktische Fähigkeiten oder kommunikative Kompetenzen zu testen. Eine Prüfungsvariante wurde von Harden et al. 1975 als Objektive Structured Clinical Examination (OSCE) beschrieben. Hier müssen die

Prüflinge in einer definierten Zeit verschiedene Prüfungsstationen mit unterschiedlichen Aufgaben durchlaufen. Der Einsatz von SP ist ein wichtiger Bestandteil dieser Prüfungsform (Wallace et al. 2002).

Außerhalb der medizinischen Ausbildung spielen SP ebenfalls eine Rolle, um die Qualität von Ärzten zu ermitteln (Terry et al. 2007). So wurden zum Beispiel SP eingesetzt, um die Anamnese und körperliche Untersuchung von Hausärzten bei einer erstmaligen Konsultation zu bewerten (Ramsey et al. 1998). In einer anderen Studie sollten SP die Beratungsqualität von Hausärzten bei Hautkrebs für Hochrisikopatienten beurteilen (Hornung et al. 2007). 2003 nutzten Forscher SP, um den Effekt von nonverbaler Kommunikation (Augenkontakt, Ton der Stimme, Zugewandtheit) auf die Zufriedenheit von Patienten zu bewerten (Griffith et al. 2003).

2.3 Sind SP für den medizinischen Unterricht geeignet?

Wie in der Einleitung beschrieben, bietet die Arbeit mit SP deutliche Vorteile gegenüber dem herkömmlichen Unterricht am Krankenbett. Dennoch stellt sich die Frage, ob SP den Unterricht mit realen Patienten ausreichend ersetzen können, um eine qualitativ hochwertige Lehre anzubieten. Eine Untersuchung von Jünger et al. (2002) konnte zeigen, dass sich die Selbsteinschätzung von Studierenden, eine strukturierte Anamnese erheben zu können, nach einem Unterricht mit SP im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (ohne SP) signifikant steigerte. Außerdem sei für die Studierenden der Nutzen eines Unterrichts mit realen Patienten signifikant höher, wenn mit Hilfe von SP darauf vorbereitet wurde (Nikendei et al. 2002). Auch von den Studierenden wird das Unterrichtskonzept, Anamnesegespräche mit Hilfe von SP zu trainieren, als geeignete Lehrmethode empfunden und positiv evaluiert (Nikendei et al. 2003). Es mache keinen Unterschied beziehungsweise entstehe kein Nachteil, wenn die Anamnese mit Hilfe von SP, anstatt realer Patienten, gelehrt werde (Gilliland et al. 2006). Manche Studierende schätzten den Lehrzuwachs sogar höher ein (Wündrich et al. 2008). Wenn SP gut ausgebildet werden, können selbst Ärzte sie nicht von realen Patienten unterscheiden (Simmenroth-Nayda et al. 2007). Wie SP das Unterrichtskonzept selber beurteilen, ist noch unklar.

2.4 Wie empfinden SP ihre Tätigkeit?

Der Schwerpunkt der medizinischen Forschung bezüglich SP liegt überwiegend auf der Erkundung von Einsatzmöglichkeiten, deren Effektivität und den Kosten für SP. Nur wenige Studien thematisieren den Einfluss und damit verbundene Konsequenzen der Tätigkeit für die SP. Es gibt Hinweise in der Literatur, dass Rollenspiele nicht ausschließlich angenehm für SP sind (McNaughton et al. 1999; Hanson et al. 2002). So berichteten in einer Studie 73 % der befragten SP von zum Teil negativen Erfahrungen (Bokken et al. 2004). Am häufigsten traten Ermüdungserscheinungen, Unzufriedenheit mit der eigenen Leistung, Nervosität oder Angst im Zusammenhang mit der Simulation auf. Um diese Effekte genauer zu erforschen und die SP vor negativen Erfahrungen zu schützen, gab es eine Folgestudie mit dem Ergebnis, dass die Komplexität der Rolle, die Anzahl der aufeinander folgenden Simulationen, die zeitliche Länge der einzelnen Simulation, die Summe an Unterrichtserfahrung der einzelnen SP und die Studierenden an sich das Wohlbefinden der SP beeinflussen (Bokken 2006). Auch eine deutsche Studie von 2009 kommt zu dem Ergebnis, dass die Simulation mit erheblichem Stress für die SP einhergehen kann (Rieber et al. 2009).

2.5 SP und ihre reale Arzt-Patienten-Beziehung

Die Frage, wie sich die Schauspieltätigkeit auf die reale Arzt-Patienten-Beziehung auswirkt, ist noch wenig untersucht. Woodward und Gliva-McConvey (1995) ließen die Auswirkungen, als SP tätig zu sein, an der kanadischen McMaster University Hamilton/Ontario in einer Gruppendiskussion erörtern. Die Teilnehmer (n=37) waren alle in Schauspielprogramme eingebunden und wurden randomisiert ausgewählt. Die SP berichteten, eine differenzierte Sicht auf ihre Arzt-Patienten-Beziehung entwickelt zu haben. Alle SP änderten diesbezüglich ihre Erwartungen. So sollte ein Arzt neben seinen klinischen Fähigkeiten empathisch sein, zuhören und nicht „von oben herab“ kommunizieren. Einige SP wechselten nach Beginn der SP-Tätigkeit ihren Arzt. Außerdem beschrieben manche SP, dass sie sich in bestimmten Situationen besser artikulieren konnten. Daraus resultierte ein besserer Informationsaustausch, was sich positiv auf ihre Zufriedenheit als Patient auswirkte.

1998 veröffentlichten Rubin und Philp die Ergebnisse einer über fünf Jahre angelegten Longitudinalstudie mit dem Titel „Health care perceptions of the standardized patients“. Die Datenerhebung erfolgte mithilfe eines Fragebogens, der vor einem OSCE, im Zeitraum während der OSCE-Prüfungen und ein Jahr nach der Teilnahme an einer OSCE Prüfung ausgefüllt werden sollte. Die Fragen zielten auf vier Themenbereiche einer Arztkonsultation ab (Zufriedenheit des Patienten, Zeitmanagement, Kommunikationsverhalten und Aufmerksamkeit des Arztes). Ausgehend von der Hypothese, dass SP mit weniger Erfahrung empfänglicher für Einflüsse der SP-Tätigkeit sind, wurde bei der Auswertung zusätzlich zwischen „erfahrenen“ und „unerfahrenen“ Darstellern unterschieden. Die Studie kam jedoch zu dem Ergebnis, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen gab. Ein Effekt auf die Arzt-Patienten-Beziehung war aber deutlich sichtbar. So wurde direkt nach den Prüfungen der Arztkontakt deutlich negativer evaluiert, was sowohl das Verständnis der Patienten für den Arzt als auch die Patientenzufriedenheit während der Arztkonsultation betraf.

Eine weitere Studie von 2001 war ein Gemeinschaftsprojekt mehrerer amerikanischer Universitäten der Bundesstaaten Florida, West Virginia, Texas, Illinois und Kalifornien mit dem Titel: „Standardized patients perceptions about their own health care“. Die SP (n=180) bekamen einen Fragebogen zugeschickt mit elf Aussagen zu Themenbereichen wie medizinisches Verständnis oder Kommunikation im Arzt-Patienten-Gespräch. Die Teilnehmer beschrieben über die Jahre eine positive Entwicklung. So habe sich ihre Auffassungsgabe während der Anamnese verbessert, die Kommunikation mit den Ärzten konnte effektiver gestaltet werden und die Patienten fühlten sich während der körperlichen Untersuchung wohler (Wallach et al. 2001).

Ein ähnliches Ergebnis lieferte auch eine 2009 veröffentlichte Studie. Hier wurde exploriert, dass SP aufgrund ihrer intensiven Schulungen und Erfahrungen ein aktiveres Verhalten während der Arztkonsultation zeigten. Dieser Habitus wirke sich positiv auf die Genesung der Patienten aus. Generell seien SP aufgrund ihrer umfassenden Ausbildung und Tätigkeit geeignet, ärztliches Handeln zu beurteilen (Gillespie et al. 2009; Fiscella et al. 2007).

Die Studie von Fiscella et al. (2007) kommt zu dem Ergebnis, dass SP und reale Patienten die kommunikativen Fähigkeiten von Ärzten unterschiedlich beurteilen: Die SP seien aufgrund ihrer großen Routine in Anamnesegesprächen und ihres regelmäßigen Trainings deutlich objektiver.

Erst kürzlich wurde eine Studie publiziert (Boerjan et al. 2008), die ebenfalls den Einfluss der SP-Tätigkeit auf das Verhältnis zum eigenen Arzt erforschte. Es zeigten sich sowohl positive als auch negative Effekte. Grundsätzlich genossen die SP ihre Arbeit mit den Studierenden. Sie gaben an, dass die Tätigkeit ihr medizinisches Wissen beeinflusse, woraus ein verändertes Verhalten beim Arzt resultiere. Diesem begegneten sie kritischer, jedoch mit dem Hintergrundwissen, dass die Aufgaben eines Arztes schwierig und kompliziert sein können. Dennoch traten zum Teil Situationen mit Stress und Angstgefühlen auf. Einige berichteten sogar von Schlafproblemen, die sie auf ihre Tätigkeit zurückführten. Diese Probleme sollten - so die Autoren - durch sorgfältige Auswahl der SP, gute Vorbereitung und Anleitung vermieden werden.

2.6 Schlussfolgerung aus Literatur und Forschungsbedarf

SP setzen sich in der medizinischen Ausbildung auch in Deutschland zunehmend durch. Die Datenerhebung der beschriebenen Studien erfolgte bisher weitestgehend standardisiert mit Hilfe von Fragebögen. Insbesondere die Auswirkungen der Tätigkeit auf das reale Leben von SP sind international wenig und in Deutschland noch gar nicht untersucht.

3. Fragestellung und Ziele

In der Unterrichtssituation des Kurses „Ärztliche Basisfähigkeiten“ (Kapitel 4.1) nehmen SP eine Sonderstellung ein. Da sie zwar Mitwirkende in der Lehre sind, aber eher eine Beobachterrolle innehaben, ist ihre Einschätzung unabhängig von Absichten und theoretischen Konzepten der professionell Lehrenden. Im Gegenteil: Unter Umständen bringen SP Erfahrungen aus ihrem realen Alltag als Patienten mit. Wir wollten durch eine Befragung erfahren, wie sie diese Elemente unseres Unterrichts beurteilen:

- Wird diese Unterrichtsform als authentisch und effektiv erachtet?
- Sind wichtige Aspekte im Unterrichtskonzept ausreichend repräsentiert oder fehlen bestimmte Inhalte noch?

Die Lehrforschung beschäftigte sich bisher vor allem mit der Qualität von Simulationpatienten als Unterrichtsmethode. Wenige Studien befassten sich mit den Auswirkungen der Tätigkeit auf das Befinden der SP und die eigene Rolle als Patient/in. Die bisherigen Ergebnisse sind heterogen, zum Teil widersprüchlich. Die herausgehobene Rolle von SP einerseits als „Experten für Kommunikation“ zwischen Arzt und Patient, andererseits als lebenserfahrene Menschen mit realen Arzt-Kontakten wollten wir nutzen, um zusätzlich folgende Fragen zu beantworten:

- Gab es Veränderungen in der realen Arzt-Patienten-Beziehung, welche durch die Tätigkeit als SP bedingt sind?
- Welchen Einfluss hat die Tätigkeit als SP auf reale Arzt-Kontakte?

Es spricht vieles dafür, dass SP eine gute Informationsquelle zur Beurteilung des medizinischen Unterrichts und der Arzt-Patienten-Beziehung sind, da sie aufgrund ihrer intensiven Schulungen geübt sind, Kompetenzen zu beurteilen und strukturiertes Feedback zu erteilen. Daher sollte diese Studie konstruktive Ansätze zur Verbesserung der Lehre und neue Aspekte über die Erfahrungen als SP ergeben.

4. Studienteilnehmer und Methoden

4.1 SP im Unterricht „Ärztliche Basisfähigkeiten“

Die hier interviewten SP wirken in der Unterrichtseinheit „Ärztliche Basisfähigkeiten“ mit. 2004 wurde dieser Pflichtkurs an der Universität Göttingen im ersten klinischen Semester eingeführt. Der in zehn Bausteinen angelegte Kurs vermittelt neben praktischen Fertigkeiten auch das Erheben einer vollständigen Anamnese und Grundlagen ärztlicher Kommunikationstechniken. In Kleingruppen werden verschiedene Arzt-Patienten-Gespräche simuliert. In den ersten Bausteinen übernehmen Studierende die Patientenrolle, bevor in späteren Bausteinen SP eingesetzt werden. Pro Unterrichtseinheit werden zwei Anamnesen erhoben, an die sich ein strukturiertes Feedback („Feedbackrunde“) und eine Diskussion in der Kleingruppe anschließen. SP und Studierende besprechen hier gemeinsam die Stärken, Schwächen und Probleme des zuvor simulierten Arzt-Patienten-Gesprächs. Die Kleingruppen werden jeweils durch einen Dozenten (Arzt / Wissenschaftlicher Mitarbeiter oder studentischer Tutor) geleitet. Lernziele sind unter anderem die Förderung günstiger Gesprächsbedingungen, das Training einer sinnvollen Gesprächseröffnung und Gesprächsstrukturierung. Auch die Vermittlung einer empathischen Grundhaltung und ein Verständnis der nonverbalen Kommunikation sind Lernziele (Simmenroth-Nayda et al. 2007). Die Studierenden erheben neben der Krankengeschichte in speziellen Bausteinen auch eine psychosoziale Anamnese oder z.B. eine Sexualanamnese. In zwei Unterrichtsbausteinen kommen SP zum Einsatz: Hier wird die Erhebung einer vollständigen Anamnese unter realen Bedingungen geübt. Die Diagnosestellung und Therapieempfehlungen stehen aufgrund des noch unzureichenden klinischen Wissens der Studierenden nicht im Vordergrund. Daher werden einfache Konsultationsanlässe wie z.B. „Husten“, „akute Rückenschmerzen“ oder „Allergie“ gewählt.

Die SP werden speziell für diesen Kurs geschult. Die Schulung umfasst einen Informationsabend, einen Einzeltermin zur Rollenfestlegung, ein Rollentraining sowie einen Gruppentermin zum Feedbacktraining. Wichtig ist, dass - zumindest im Bereich der chronischen Krankheiten - die SP nur Erkrankungen porträtieren, von denen sie in der Realität nicht selber betroffen sind, um eine Vermischung von Simulation und persönlicher Betroffenheit zu vermeiden. Für den Unterricht und damit für diese Stu-

die standen zum Zeitpunkt der Interviews 22 Personen unterschiedlichen Alters und Geschlechts zur Verfügung (24 bis 70 Jahre, 18 weiblich und 4 männlich).

4.2 Datenerhebung: Leitfadeninterviews

Um unerwartete und eventuell in der Literatur noch nicht beschriebene Aspekte zu den Erfahrungen der SP kennenzulernen, entschieden wir uns gegen standardisierte Instrumente (z.B. Fragebögen). Vielmehr erschienen ergebnisoffene Fragen, in Form von halbstandardisierten Interviews als die geeignete Methode. Hierbei können sich die Befragten im Gespräch frei und ohne vorgegebene Antworten äußern und von persönlichen Erfahrungen berichten.

Leitfadengestützte Interviews dienen der Zentrierung des Gesprächs auf ein zu untersuchendes Problem, ohne jedoch das Gespräch zu stark zu lenken. Die Fragen sind grob vorformuliert. Reihenfolge und Formulierungen sind nicht festgelegt, sondern können abhängig vom Gesprächsverlauf variieren, was dem qualitativen Ansatz der Datenerhebung entspricht. Daher wird diese Methode auch als „teilstrukturiertes“ oder „halboffenes Interview“ bezeichnet (Flick et al. 2005). Da alle Interviews auf demselben Leitfaden basieren, ist trotzdem ein Vergleich der Daten möglich (Merton und Kendall 1993). Der Interviewer übernimmt in diesem Gespräch die Rolle des Moderators: Durch Nachfragen kann er Themen vertiefen, ohne jedoch den Interviewten zu beeinflussen. Zu jedem Zeitpunkt wahrt der Interviewer seine Neutralität. Durch nonverbale Kommunikation (animierende Gestik und Mimik) kann der Erzählfluss des Interviewten zusätzlich gesteigert werden.

Vor der Durchführung der Interviews wurde, nach umfassender Literaturrecherche, ein auf die Forschungsfragen zugeschnittener Leitfaden erarbeitet. Es wurde darauf geachtet, die Leitfragen allgemein verständlich und nicht suggestiv zu formulieren. Besonders geeignet erschienen „erzählgenerierende“ oder „offene Fragen“ (Nohl 2006). Sie bestehen häufig aus der Bitte, bestimmte Sachverhalte, persönliche Erlebnisse oder Standpunkte zu schildern, und geben dem Befragten die Möglichkeit, sich ausführlich zu einem Thema zu äußern. Vermieden wurden Formulierungen, die mögliche Antwortrichtungen nahelegen. Wichtig war außerdem, dass die Leitfragen

kein bestehendes Forschungskonzept erkennen ließen. Dies sollte vermeiden, dass die SP im Sinne der „sozialen Erwünschtheit“ antworten und somit Ergebnisse verfälscht würden. Der Interviewleitfaden war den SP vorher nicht bekannt.

Der Interviewleitfaden enthielt folgende Aspekte:

- Welche Elemente unseres Unterrichts empfinden die SP als gut bzw. schlecht oder verbesserungsbedürftig?
- Wie realitätsnah ist der Unterricht?
- Spiegelt das Unterrichtskonzept die von den SP als wichtig empfundenen Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung wider?
- Wie beurteilen SP ihre eigene Beziehung zu ihren Ärzten und welchen Einfluss hat die Tätigkeit auf ihre Arzt-Patient-Beziehung?

Es erfolgte eine Pilotierung des erarbeiteten Leitfadens. Anhand der Transkriptionen zweier Probeinterviews wurden die Daten ausführlich im Hinblick auf Interviewfehler, wie suggestives Fragen oder mehrdeutige Formulierungen, analysiert und überarbeitet. So wurde der Einstieg in die thematisch unterschiedlichen Blöcke eindeutiger gestaltet und missverstandene Fragen umformuliert. Außerdem wurde eine zusätzliche Eingangsfrage („Beschreiben Sie bitte, was Sie genau in unserem Unterricht machen“) gewählt. Dies sollte den SP eine Einstiegshilfe liefern und die Gesprächsatmosphäre auflockern. Anhand der Probeinterviews konnte der Zeitrahmen für die folgenden Interviews abgeschätzt werden. Der vollständige Leitfaden befindet sich im Anhang (Kapitel 9.1).

4.3 Kriterien für die Auswahl der Stichprobe und Vorgehen

Parallel zur Bestimmung einer geeigneten Interviewmethode und der Erstellung des Interviewleitfadens erfolgte die Auswahl und Kontaktierung der SP. Um die fachliche Kompetenz und ausreichende Erfahrung der befragten SP sicherzustellen, wurden als Einschlusskriterien für die Interviews eine regelmäßige Teilnahme an allen Schulungen sowie eine Tätigkeit von mindestens einem Jahr mit mehr als zwei „Auftritten“ pro Semester vorausgesetzt. Die SP erhielten zunächst ein Informationsschreiben zur Studie (s. Anhang 9.3). In anschließenden Telefongesprächen wurden Detailfragen zur Methodik und zum Datenschutz angesprochen. Dem Wunsch der SP ent-

sprechend, wurde für das Interview ein Termin in der häuslichen Umgebung oder der Abteilung Allgemeinmedizin vereinbart. Das Einverständnis der SP wurde vor der Durchführung der Interviews durch eine Einverständniserklärung eingeholt (s. Anhang 9.4). Nach einer kurzen Einführung durch den Interviewer begannen die SP dann über ihre persönlichen Erfahrungen im Unterricht und mit Ärzten zu berichten. Während der Interviews lief ein digitales Aufnahmegerät. Lediglich bei kurzen Unterbrechungen (z.B. Läuten des Telefons) wurde auch die Aufnahme unterbrochen, um die Privatsphäre der Gesprächspartner zu wahren. Am Ende jedes Interviews wurden - soweit gewünscht - Fragen zur Datenanalyse geklärt. Eine Rücknahme des Einverständnisses und somit ein Ausstieg aus der Studie war für die SP jederzeit möglich.

4.4 Datenanalyse

Der erste Schritt der Datenaufbereitung beinhaltete eine Interviewtranskription der Audiodateien durch den Autor - in Anlehnung an die Transkriptionsrichtlinien von Aglaja Przyborski und Wohlrab-Sahr (2008) mit Hilfe des Computerprogramms „f4“ (s. Anhang 9.2). Diese Transkriptionsmethode legt ihren Schwerpunkt auf eine wortgenaue Wiedergabe des Gesagten und das Kenntlichmachen von Gesprächspausen (z.B. „(4)“ für eine Pause von 4 Sekunden) und emotionalen Kommentierungen (z.B. „((lachend))“). Namen oder Orte wurden während dieses Arbeitsschrittes unkenntlich gemacht. In den Transkripten wurden zur besseren Übersicht die Zeilen fortlaufend nummeriert.

Die anschließende Datenauswertung erfolgte in Anlehnung an die Dokumentarische Methode von Bohnsack (2003). Die Vorteile dieser Methode bestehen in klar definierten Arbeitsschritten, einer strukturierten Vorgehensweise und der Möglichkeit, sehr umfassend und tiefgehend zu analysieren. Interpretativ ausgewertet wurde in einer Arbeitsgruppe, bestehend aus medizinischen Doktoranden und zwei wissenschaftlichen Mitarbeitern der Abteilung Allgemeinmedizin. Die Analyse durch mehrere Personen sollte die Objektivität und Validität der Ergebnisse sichern und eine Verfälschung durch subjektive Interpretationen eines Einzelnen vermeiden.

4.4.1 Dokumentarische Methode nach Bohnsack

Die Dokumentarische Methode wurde ursprünglich entwickelt, um Gruppendiskussionen auszuwerten, ist jedoch zur Interpretation von Einzelinterviews inzwischen ein etabliertes Verfahren. Ziel ist es, das während der Interviews gewonnene Material schrittweise zu rekonstruieren und in Richtung einer *Typenbildung* auszuwerten (Bohnsack 2003). Wesentlich ist dabei die Analyse des Sinngehaltes der gesprochenen Äußerungen und dessen Interpretation unter Herausarbeitung der impliziten (der nicht verbalisierten) Aussagen. Hierzu werden Strukturen und Besonderheiten der Interaktionen genau hinterfragt: somit wird nicht nur beleuchtet, *was* gesagt wird, sondern auch, *wie* es gesagt wird. Arbeitsschritte dieser Methode sind die *Formulierende Interpretation*, *Reflektierende Interpretation* und die *Typenbildung*. Der stufenhafte Aufbau dieser Methode ermöglicht ein klar strukturiertes Auswerten. Die Zwischenergebnisse, welche nicht Teil der Ergebnisdarstellung sind, lassen jedoch nachträglich eine Rekonstruktion der Auswertung zu. Das Ergebnis ist ein Eindruck über die Haltungen (*Orientierungen*) der agierenden Personen.

Formulierende Interpretation

Den ersten Schritt der Analyse der (transkribierten) Interviews stellte die *Formulierende Interpretation* dar. Ihre Aufgabe besteht in der zusammenfassenden, sinngemäßen Paraphrasierung der Interviews (Bohnsack 2003) sowie der Formulierung von Ober- und Unterthemen. Dabei wurden die Transkripte eng am Text orientiert zusammengefasst und besondere Formulierungen wörtlich übernommen. Dies geschah ohne tiefergehende Interpretation oder Stellungnahme zum Wahrheitsgehalt des Gesagten. Die *Formulierende Interpretation* diente vielmehr der Darstellung der thematischen Strukturen des Interviews, also zunächst nur der Wiedergabe dessen, *was* gesagt wurde (Bohnsack et al. 2007). Die Transkripte wurden in diesem Arbeitsschritt spezifisch nach Themen in einzelne Abschnitte unterteilt (*Sequenzen*) und inhaltlich zusammengefasst. Das Formulieren der Überschriften, Themen und Unterthemen für die jeweiligen *Sequenzen* geschah parallel. Alle Punkte und Unterpunkte wurden in diesem speziellen Fall tabellarisch, unter Berücksichtigung der Interviewzeit, dargestellt. Zusätzlich erfolgte zur besseren Übersicht eine Markierung der einzelnen Sprecher (Interviewer und SP) und der Leitfragen. Das Ergebnis der *Formulierenden Interpretation* ist eine Zusammenfassung eines Interviews, welche aufgrund ihrer tabellarischen Darstellung einen guten Überblick über das zur Auswertung bereitste-

hende Material liefert. Die Intention dieses Arbeitsschrittes war, der Forschungsfrage entsprechend relevante Themen und Passagen zu identifizieren, um sie später detaillierter auswerten zu können. Exemplarisch ist ein Ergebnis dieses Arbeitsschritts in Abb. 1 dargestellt.

Formulierende Interpretation von Interview

2

Datum: 21.04.2008

Sequ./ Zeit	Inhalt	Themen
1 0:00 - 0:44	Th: Einleitung; Frage nach SP-Tätigkeit? SP: spielt Rolle (Asthmapat.) seit einem Jahr im Gespräch mit Studenten	SP im Unterricht - Rollenspiel
2 0:44 – 1:17	Th Frage: Was macht SP im Unterricht gerne? SP: Angenehm und interessant: Feedbackrunde für den Studenten. Positiver Teil des Unterrichts	Feedbackrunde - angenehm, interessant, positiv
3 1:17 – 2:13	Th Frage: Was ist besonders gut im Unterricht? SP: Feedbackrunde abhängig von Dozent. Gut: Hintergrundinformationen, Lerneffekt für Studenten; schlecht: kurzes Feedback mit sparsamen Informationen. Feedback „positive Sache“ für Studenten, Stud. „nehmen viel dabei mit“	Qualität der Feedbackrunde abhängig vom Dozent - positiv: Hintergrundinfos - Lerneffekt für Stud. - negativ: fehlende Zusatzinformationen
4 2:13 – 3:05	Th Frage: Was macht eine gute Feedback Runde aus? SP: Möglichst alle sollen zu Wort kommen; Lösungsmöglichkeiten für Studenten zu bestimmten Situationen aufzeigen, basierend auf Erfahrung des Kursleiters; Feedback sollte abschließend trotz Schwächen die Studenten nicht entmutigen	Optimaler Verlauf einer Feedbackrunde - Gesprächsanteile gerecht verteilt - Hilfestellung für Studenten von Dozent - Lernen durch positive Verstärkung
5	Th Frage: Beeinflussungsmöglichkeiten des	Gestaltung eines guten

Oberthema (fett)
Unterthema

Abbildung 1 Formulierende Interpretation

Th = Thorsten Lorkowski, SP = Simulationspatient

Reflektierende Interpretation

Der zweite Auswertungsschritt der Dokumentarischen Methode ist die *Reflektierende Interpretation*. Ihr Ziel ist „(...) die Rekonstruktion und Explikation des *Rahmens*, innerhalb dessen das Thema abgehandelt wird“ (Bohnsack 2003). Dies geschieht durch Herausarbeitung verschiedener Orientierungen der Interviewten (*Fälle*), welche im anschließenden letzten Schritt der Auswertungen (*Fallbeschreibungen*) dargestellt werden. Aufgrund unterschiedlicher Erfahrungen und Charakteristika der einzelnen Personen gestalten sich die Orientierungen individuell unterschiedlich (Bohnsack 2003).

Aus den 14 Interviews wurden vier ausgewählt und während dieses Arbeitsschrittes einer tiefergehenden Interpretation unterzogen. Hierzu wurden aus den einzelnen Interviews ausgewählte Passagen (*Sequenzen*) mit hoher thematischer Dichte interpretiert und fallintern verglichen. Der Umfang einer solchen Sequenz beträgt meistens nur wenige Interviewminuten. Die Analyse erfolgte in kleinen Schritten (Satz für Satz) und unvoreingenommen in alle denkbaren Richtungen. Verschiedene Hypothesen und Interpretationen wurden als unterschiedliche *Lesarten* formuliert. Im weiteren Verlauf erfolgte eine ständige Prüfung der *Lesarten*, wonach manche Thesen sich bestätigen, andere verworfen wurden. Interpretationen wurden also nicht als faktisch angenommen, sondern hinsichtlich ihrer Entstehung beobachtet. Anschließend folgte eine Zusammenfassung der jeweiligen *Sequenz*, in welcher Kerninterpretationen anhand des Verlaufs dargestellt und diskutiert wurden. Durch ständiges Reflektieren der Interpretationen soll einem zu starken Subjektivismus des Forschers entgegengewirkt werden. Die Validität der sich anschließenden *Fallbeschreibungen* steigt mit der Anzahl an Vergleichssequenzen, wodurch die formulierten Hypothesen abgesichert werden. Abb. 2 zeigt exemplarisch die Vorgehensweise.

Typenbildung / Fallbeschreibungen

Die *Typenbildung* stellt den abschließenden Schritt der Dokumentarischen Methode dar und wurde durch vier *Fallbeschreibungen* realisiert. Das Merkmal einer Fallbeschreibung ist die Darstellung eines Schlüsselthemas unter Berücksichtigung der charakteristischen Attribute eines Individuums. Das Ziel der Darstellungen einzelner Fälle war die Wiedergabe von heterogenen Ergebnissen im Sinne einer *maximalen Kontrastierung* (Bohnsack 2003), welche einen Überblick über die Einstellungen und Erfahrungen der SP liefern. Die einzelnen Interpretationen wurden in den Fällen mit Belegziten als Nachweise aufgearbeitet, um dem Leser einen zusätzlichen Eindruck über die interviewten Personen zu vermitteln. In einer abschließenden Analyse wurden die einzelnen Fälle miteinander verglichen, Gemeinsamkeiten dargestellt und Unterschiede herausgearbeitet, um sie gegeneinander abzugrenzen. Auf diese Weise konnten Themen nachgewiesen werden, die gleichzeitig auf unterschiedliche SP zutrafen. Der Vergleich und das Darstellen von Kontrasten sind fundamentale Prinzipien der Generierung und der Eindeutigkeit einzelner Typiken (Bohnsack et al. 2007).

Teil einer Sequenz:

Th: Gibt es Erfahrungen aus dem Unterricht, die Ihnen besonders geholfen haben, Ihren Arzt zu verstehen?

SP3: Sie haben mir geholfen, dieses Krankenhaus anzunehmen, in das ich zweimal im Jahr ja gehe, wenn die Prüfungen sind,...



Reflektierende Interpretation:

SP3 berichtet in diesem Abschnitt, dass „sie“ ihr geholfen haben, „dieses Krankenhaus anzunehmen“, in welches SP zweimal jährlich zu Prüfungen geht. Mit „sie“ sind augenscheinlich die von Th zuvor angeführten Erfahrungen aus dem Unterricht gemeint. In ihrer Antwort bezieht sich SP nicht darauf, wie diese ihr Verständnis für den Arzt beeinflussen, wonach Th explizit gefragt hatte. Sie beginnt direkt von einem anscheinend bestimmten **Krankenhaus** zu berichten, was sich aus der Formulierung „dieses“ ableiten lässt. Aus ihren Aussagen geht hervor, dass sie dieses Krankenhaus regelmäßig aufsucht. Die Formulierung „anzunehmen“ lässt auf eine emotionale Verbindung schließen.

1. Lesart: SP verbindet mit dieser speziellen Institution unangenehme Erfahrungen.
2. Lesart: Der Unterricht stellte eine Hilfestellung dar, Krankenhäuser zu betreten.
3. Lesart: SP nimmt die Frage Ths zum Anlass, um über eine Erfahrung zu berichten, welche für sie persönlich einen hohen Stellenwert hat.
4. Lesart: SP hat nur Kontakt zu Ärzten im Krankenhaus und verwendet beide Begriffe synonym.
5. Lesart: SP hat die Frage nicht richtig verstanden und spricht assoziativ über das, was ihr spontan einfällt.
6. Lesart: SP assoziiert Ärzte automatisch mit Krankenhäusern.



Zusammenfassung dieser und anderer Sequenzen



Typenbildung

Abbildung 2 Reflektierende Interpretation

Th = Thorsten Lorkowski, SP = Simulationspatientin

4.4.2 Inhaltsanalytische Auswertung

Es entstand beim Transkribieren und während der *Formulierenden Interpretation* der Eindruck, dass die vor allem beschreibenden Schilderungen der SP aus den ersten Interviewabschnitten (*Evaluation des Unterrichts*) wenig Raum für tiefgehende Interpretationen ließen. Zudem wurde von einigen SP vermitteltes Wissen aus dem Kurs reproduziert. Ein Vorteil eines strikten Durchlaufens aller Arbeitsschritte der dokumentarischen Methode in Relation zu den benötigten Ressourcen erschien für diese Schilderungen nicht gegeben. Daher wurden nicht alle Arbeitsschritte für beide Interviewabschnitte (*Evaluation des Unterrichts* und *Arzt-Patient-Beziehung der SP*) gleichermaßen angewendet. Die Äußerungen zum Unterricht wurden auf der Basis der

Formulierende Interpretation themenspezifisch deskriptiv zusammengefasst, ohne tiefergehend zu interpretieren. Der zweite Teil des Interviews, welcher die persönlichen Erfahrungen der SP in ihrer realen Patientenrolle erfasste, wurde reflektierend interpretiert. Die unterschiedlichen Wege der Auswertung sind zur Veranschaulichung graphisch in Abb. 3 dargestellt.

Die inhaltsanalytische Auswertung beinhaltete ein Screening aller *Formulierenden Interpretationen* nach relevanten Textpassagen im Sinne der Forschungsfrage. Anschließend wurden diese Textpassagen inhaltsspezifisch nach Ober- und Unterthemen strukturiert (Abb. 3, linker Arm). In den darauf folgenden Zusammenfassungen wurden alle Aspekte und Facetten eines angesprochenen Themas zusammengebracht und mit entsprechenden Zitaten belegt. Das Herausarbeiten und Darstellen der einzelnen Charaktere war nicht Teil dieses Auswertungsschrittes. Das Vorgehen wird exemplarisch am Beispiel „Tutoren im Unterricht“ in Abb. 4 veranschaulicht.

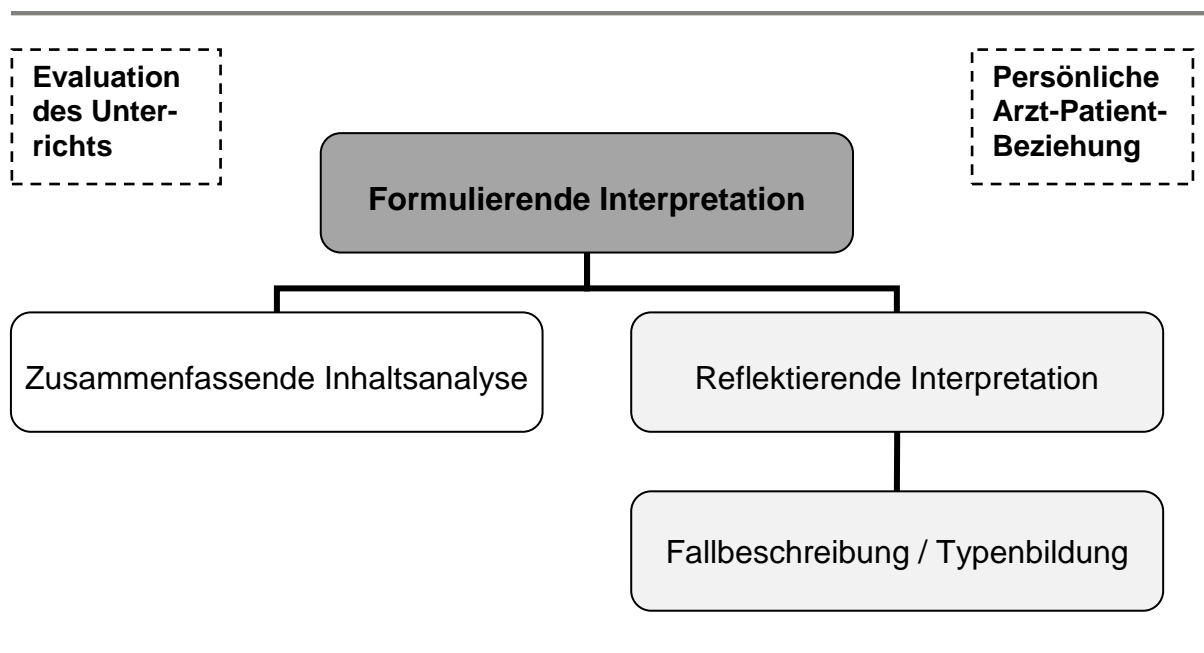


Abbildung 3 Übersicht Auswertung

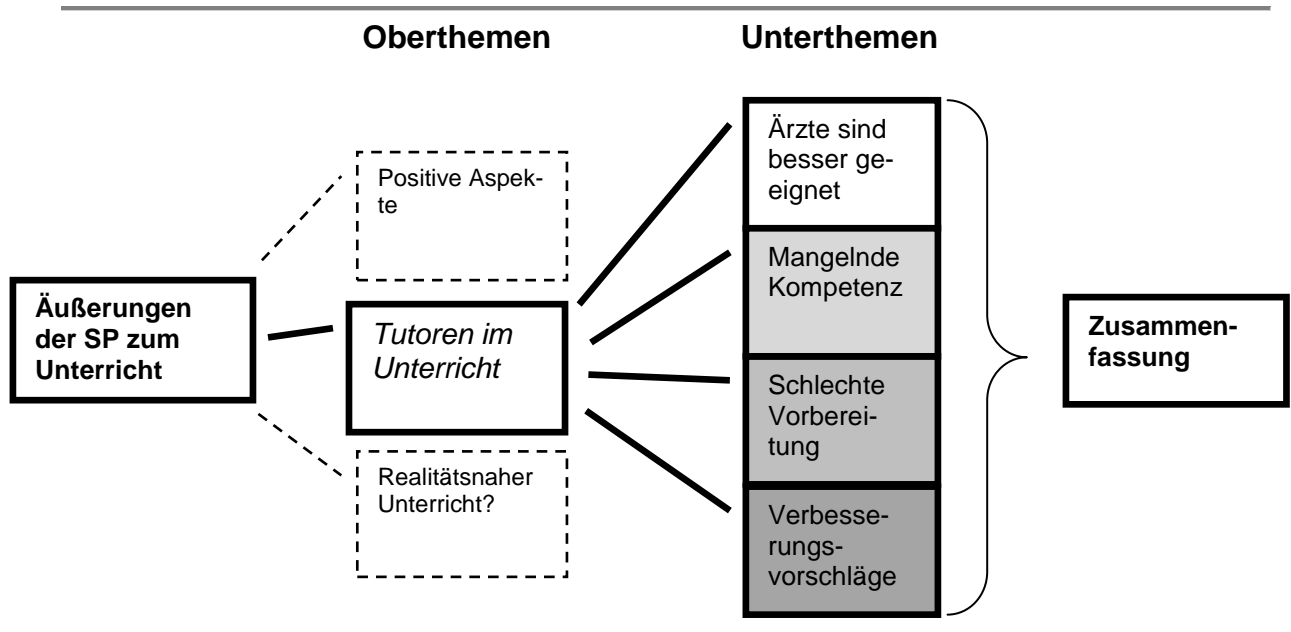


Abbildung 4 Inhaltsanalytische Auswertung

4.5 Datenschutz und Genehmigung durch die Ethik-Kommission

Die Befragung und Auswertung der Äußerungen eines SP erfolgten unter Verwendung eines Pseudonyms und mit Zustimmung der SP. Nach Aufzeichnung der Interviews wurden die Audiodateien auf CD gebrannt und in der Allgemeinmedizin anonym archiviert. In den Interview-Transkripten wurden alle Namen sowie weitere Angaben, die Rückschlüsse auf beteiligte Personen zulassen (z.B. von Ärzten, Einrichtungen, Städten, anderen Personen etc.), unkenntlich gemacht. Die Namen der SP wurden dabei durch Nummern (z.B. SP 1, SP 2, SP 3) in den transkribierten Interviews und der Dissertation ersetzt. Alle Daten wurden und werden unter keinen Umständen an Dritte weiter gegeben. Die an der Studie beteiligten Personen unterliegen der Schweigepflicht.

Im März 2008 wurde der Ethik-Kommission der Georg-August-Universität Göttingen eine Studienskizze unter der Antragsnummer 12/4/08 vorgelegt. Am 23.04.2008 teilte die Ethik-Kommission mit, dass keine ethischen und rechtlichen Bedenken bezüglich des vorgelegten Studienvorhabens beständen.

5. Ergebnisse

5.1 Teilnahme

Von den 22 SP der Abteilung für Allgemeinmedizin Göttingen erfüllten 14 die im Kapitel 4.3 beschriebenen Einschlusskriterien und wurden daraufhin um Mitarbeit gebeten. Alle angeschriebenen SP erklärten telefonisch ihre Bereitschaft zu einem Interview. Dies fand je nach Wunsch an der Abteilung Allgemeinmedizin oder in der häuslichen Umgebung der SP statt, nachdem zuvor eine Einverständniserklärung unterzeichnet worden war (s. Anhang 9.4). Zur Datenanalyse konnten alle Interviews verwendet werden.

5.2 Beschreibung der Stichprobe

Von den 14 an der Studie beteiligten SP waren 2 Männer. Der Altersdurchschnitt lag bei 56,7 Jahre. Der größte Teil der SP befand sich im Rentenalter. Nur zwei waren unter 30 Jahren und studierten (Tab. 1).

Tabelle 1 Beschreibung des Kollektivs

N	14
Geschlecht	
weiblich	12
männlich	2
Alter	
über 50 Jahre	11
unter 50 Jahre	3
Durchschnittsalter (Jahre)	56,7
Dauer der SP-Tätigkeit (Semester)	2-7

5.3 Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung

5.3.1 Positive Aspekte der Unterrichtseinheit

Die SP wurden zu Beginn der Interviews nach positiven Aspekten des Unterrichts befragt. Dies sollte ihnen einerseits eine Einstiegshilfe in das Thema bieten, um „Erzählfreude“ zu generieren. Andererseits war die Intention, Stärken des Unterrichts konkreter zu beleuchten und hervorzuheben.

Die Rückmeldung der SP bezüglich des Kurses war insgesamt sehr positiv. Allein die Existenz einer solchen Unterrichtsform wurde als sehr wichtig erachtet und hervorgehoben. Dass ein Unterricht in dieser Form angeboten und praktiziert werde, sei sinnvoll und unterstützenswert:

[...] „dass dieser Unterricht überhaupt stattfindet, das ist das, was ich schon vor 35 Jahren gepredigt habe, so was müsste es geben, da ich nun immer mit Ärzten zu tun hatte und Patienten, insofern finde ich also das in jeder Hinsicht unterstützenswert“ [...] (SP 4; Z. 48-50).

„Ja, ich finde die Tatsache **überhaupt** gut, dass es passiert, grundsätzlich. Ich finde das großartig, dass Göttingen da mitmacht. Das ist eine Lücke. Und wenn ich Leuten davon erzähle, die woanders sind, ich hab diverse Verbindungen in der Uni, habe die noch und **hatte** früher und jedes Mal, wenn ich davon erzähle, sagen die, ach ist das toll, wir würden uns das wünschen. An anderen Unis ist es eben noch nicht so weit. Ich find die **Tatsache**, dass das passiert einen unglaublichen Schritt, sehr gut“ (SP9; Z. 101-106).

„Ja sinnvoll allgemein ist erstmal, dass es das überhaupt **gibt**, das muss ich auch erstmal voran stellen, also das finde ich schon mal ne super Sache“ [...] (SP 13; Z. 46-47).

„Erst mal überhaupt, dass es das überhaupt gibt“ (SP 14; Z. 65).

Einige SP betonten, dass für Studierende neben dem theoretischen Unterricht besonders die Förderung der praktischen Erfahrungen wichtig sei. Der Unterricht biete die Möglichkeit, Gespräche zu führen und sich durch Training in der Praxis zu verbessern. Dies sei eine große Chance für die Studierenden (SP 1; Z. 327-323). Praktische Erfahrungen könnten durch keinen theoretischen Unterricht ersetzt werden:

„Das glaube ich ist für die Studenten **so** hilfreich, das kann keine Theorie ersetzen und das gefällt mir einfach gut, dass man heute den Studenten die

Möglichkeit gibt, eine möglichst realistische Situation mal einfach durchzuspielen ähhh, das gefällt mir“ [...] (SP 4; Z. 52-55).

Auch die kommunikative Schulung der Studierenden wurde als wichtiger Bestandteil des Unterrichts erachtet. Die vorhandene Begabung der Studierenden variere diesbezüglich:

„Aber ich denk, es ist eben nicht jeder Mediziner dann irgendwie so ein Naturtalent, ja, in der Kommunikation“ [...] (SP 14; Z. 70-84).

Eine Sprache, die die Patienten verstünden und ohne Fachausdrücke auskomme, wäre jedoch wünschenswert (SP 7; Z. 124-125). Sinnvoll sei es zudem, die noch unerfahrenen Studierenden vorerst mit SP üben zu lassen, um nicht reale Patienten zu belasten. Die Studierenden seien zum Teil noch ungeübt und in manchen Situationen überfordert (SP 7; Z. 104-107).

„Ich finde es **generell** sinnvoll, also jetzt dass sie auf Patienten **losgelassen** werden, die äh die eigentlich keine Beschwerden haben, die ihre Beschwerden simulieren“ (SP 5; Z. 163-165).

Einige SP begrüßten außerdem, dass die Studierenden lernten, auf Patienten und ihre Bedürfnisse einzugehen. SP 7 vertrat die Auffassung, dass Fachwissen bei dem noch geringen Ausbildungsstand der Studierenden entbehrlich sei. Den Patienten als vollwertigen Menschen zu betrachten und zu behandeln, sei aber ein wichtiger Lehrinhalt für die Studierenden (SP 7; Z. 120-125).

[...] „ich finde es generell äh sehr **gut**, dass ich denke, es ist auch eine sehr gute Möglichkeit deutlich zu machen, wie man-, oder wie der Studierende und spätere Arzt mit den Patienten umgeht“ [...] (SP 10; Z. 24-27).

[...] „damit die äh also Praxiserfahrung bekommen, als Mediziner, ich mein, das ist ja neu, das gab es ja früher gar nicht, und ich finde (3), sie bekommen da eine gewisse Erfahrung, wie man mit Patienten umgeht, und die ist notwendig“ [...] (SP 12; Z. 47-49).

Ein weiterer wichtiger Bestandteil für den Lernzuwachs der Studierenden scheint aus der Sicht vieler SP (SP 1, 2, 4, 8, 9, 10, 11, 13) die Feedbackrunde zu sein. Sie wurde als sehr sinnvoll und gewinnbringend beschrieben. Hier bestünde die Möglichkeit, sowohl positive als auch negative Aspekte und Probleme der Simulation in einer größeren Gruppe zu besprechen. Dies sei eine große Chance für die Studierenden, Fehler aufzuzeigen und die eigenen Fähigkeiten zu verbessern (SP 1; Z.327-323).

Positiv während der Feedbackrunde sei zudem, dass viel Zeit für die Analyse des Arzt-Patienten-Gesprächs verwendet werde (SP 13; Z. 195-196).

„Was ich immer sehr **angenehm** und interessant finde ist eigentlich so diese Feedback-Runde, wo man irgendwie den Studenten noch mal eben darauf hinweisen kann: so dass war gut, das war vielleicht noch ein bisschen verbesserungswürdig, wo man einfach da irgendwo noch mal drüber sprechen kann, wie das gelaufen ist, das Gespräch. Das finde ich eigentlich einen ganz positiven Teil von dem Unterricht“ (SP 2 Z. 23-27).

[...] „das gefällt mir auch gut, dass eben die (Konsesemester) dabei sitzen und dann eben im Feedback auch äh ihre Meinung sagen“ [...] (SP 4; Z. 55-56).

„Besonders sinnvoll? (4) Ja natürlich das Feedback, was schon mal angesprochen war“ [...] (SP 8; Z. 251-252).

„Und eben dieses Nachfragen, nicht einfach nur abhandeln, sondern wirklich ganz gezielt und ausführlich nachfragen, nachher beim Feedback. Das finde ich für **alle** wichtig, auch für mich“ (SP 9; Z. 95-97).

„Also gut, am Unterricht finde ich, ähm, wirklich das Feedback- dass man dann auch, äh, drauf eingehen kann, was das Gespräch an Mängeln hat oder auch an Positivem hat“ (SP 11; Z. 95-96).

Von einigen SP wurde außerdem die gute Organisation der Unterrichtseinheit und der OSCE-Prüfung gelobt. Der gesamte Aufbau sei sinnvoll gestaltet (SP 10). Die kleine Gruppengröße wirke sich zudem positiv auf die Unterrichts Atmosphäre aus. Sie sei sehr intensiv und fördere die Beteiligung der Studierenden.

„Also, ich finde, dass das sehr gut organisiert ist, besonders dann auch die relevante Prüfungssituation, wo es ja dann wirklich wie am Schnürchen läuft. Alle fünf Minuten praktisch dann nen anderen Arzt in der Kabine. Das läuft prima“ (SP 1; Z. 235-238).

[...] „im Großen und Ganzen finde ich die Atmosphäre in dem Unterricht immer sehr angenehm. Dadurch, dass das kleine Arbeitsgruppen sind, habe ich meistens das Gefühl, dass das wirklich ne äh intensive Arbeitsatmosphäre ist, eine gute Basis irgendwie, um eben auch da konstruktiv Kritik zu üben und die Studenten irgendwie auch sich trauen können, was zu sagen, wo ich als SP auch offen mit den Studenten sprechen kann und mit demjenigen, der den Kurs leitet. Also das fällt mir jedes Mal auf, dass ich die Atmosphäre eigentlich meistens **sehr** sehr angenehm finde, sehr produktive Arbeitsatmosphäre“ (SP 2; Z. 73-80).

Außerdem berichteten viele SP, dass es ihnen Spaß bereitet, am Unterricht teilzunehmen. Für eine SP stelle besonders die Aufgabe, unterschiedliche Rollen nacheinander gut zu inszenieren, eine positive Herausforderung dar (SP 3; Z. 29-31). An-

dere empfinden die Arbeit mit jungen Menschen als interessant. Die zum Teil sehr guten Leistungen der Studierenden seien oftmals überraschend und erfreulich.

„Und, äh, das macht einfach auch Spaß, die jungen Menschen zu erleben. Und äh ja, so zu schauen, wie sie sich in ihrem Beruf da so vorhangeln, für viele ist es das erste Mal. Und, äh ja, ich bin oftmals **sehr erstaunt**, wie gut die Gespräche sind, das finde ich ganz toll. Und, ähm, das macht einfach-macht einfach auch Spaß“ (SP 1; Z. 39-43).

„Das macht mir **einfach** (2) einfach Spaß, weil es äh äh junge äh ähh ja wissbegierige Leute sind“ [...] (SP 5; Z. 17-18).

„Es macht mir richtig Spaß, da mitzumachen, das auf jeden Fall, wirklich. Manchmal ist das **so** lustig also-, und ähm und eigentlich freue ich mich immer, wenn die Ärzte nicht auf meine Krankheit kommen. (lacht) Das freut mich immer“ (SP 8; Z. 524-526).

Der Unterricht biete zudem einige spannende und interessante Momente. Einer SP bereite die Arbeit mit den männlichen Studierenden besonders viel Spaß (SP 8; Z. 18-35). Eine andere berichtet, dass sie den Augenblick vor der Simulation sehr intensiv erlebe:

„Ganz spannend finde ich diesen kurzen Moment, in dem ich dann vor der Tür bin, mich sammle und so einen ganz schnellen Abriss habe, was ist jetzt hier zu sagen von meiner Seite“ (SP 10; Z. 28-30).

„Also, ich finde die Gespräche immer spannend und es ist auch immer besonders schön, wenn der mir gegenüber sitzende Student, äh, locker ist und einfach fragt“ (SP 11; Z. 22-23).

Viele SP sind demnach überzeugt vom Unterrichtskonzept, woraus sich zum Teil auch die Motivation für ihr Engagement im Unterricht begründet:

„Also das ist das, was ich **wirklich** gut finde und weshalb ich da auch gerne mitmache, weil ich es ganz wichtig für eine Gesellschaft halte, dass sie das so macht“ (SP 4; Z. 72-74).

„Ich denke, der ist **sehr sehr sehr** wichtig und hilfreich, also unbedingt, das war auch der Grund, weswegen ich da überhaupt mitgemacht habe“ (SP 7; Z. 190-191).

„Erst mal überhaupt, dass es das überhaupt gibt“ [...] „Deshalb war ich auch ganz begeistert, das auch mitzumachen“ (SP 14; Z. 65-69).

Um zukünftig einen guten Unterricht zu garantieren, wurden die Schulungen für SP sowie eine detaillierte Einweisung in die Rolle und das regelmäßige Feedbacktrai-

ning als wichtig und hilfreich angesehen. Dies helfe, bestehendes Wissen aufzufrischen und zu erweitern. (SP 1; Z. 235-244 und SP 12; Z. 220-233)

Zusammenfassend war die Resonanz der SP bezüglich des Unterrichts sehr positiv. Vielen bereitet die Arbeit Freude und es herrscht eine konstruktive Atmosphäre. Die Unterrichtseinheit scheint gut organisiert zu sein. Feedback und kommunikative Schulung sind nach Überzeugung der SP sinnvolle und wichtige Bestandteile.

5.3.2 Einfluss der Unterrichtsleitung auf die Qualität des Unterrichts

Bereits während der Interviews, aber auch während der Transkription und der *Formulierenden Interpretation* fiel auf, dass viele SP von einem Qualitätsunterschied des Unterrichts berichteten, wenn er von studentischen Tutoren (Kapitel 4.1.), statt von Ärzten abgehalten wurde. Fast alle, nämlich 12 der 14 SP äußerten sich kritisch zur Unterrichtsleitung durch studentische Tutoren. Die große Resonanz zu diesem Thema ist erstaunlich, da der Interviewleitfaden weder konkrete Fragen zur Unterrichtsleitung noch zur Thematik „studentische Tutoren“ beinhaltete. Daher soll dieser Aspekt im Folgenden detaillierter betrachtet werden.

Wie in Kapitel 5.3.1 beschrieben, bewerteten die SP die Unterrichtseinheit ohne Ausnahme als sinnvoll und wichtig. Jedoch empfanden sie die Art der Gesprächs- und Unterrichtsleitung als sehr unterschiedlich und personenabhängig (SP 10; Z. 149).

„Häufig finde ich im Unterricht eben diese Feedbackrunde ganz gut, aber es kommt auch eben immer darauf an, je nach dem, wer den Unterricht **leitet**“ (SP 2; Z. 32-34).

[...] „und ich glaube, dass von den Tutoren auch äh der **Erfolg** solcher Veranstaltungen abhängt“ (SP 5; Z. 54-55).

„Es mangelt manchmal an **Kompetenz** bei einigen Tutoren“ (SP 6; Z. 25).

Insgesamt wurde die Leitung des Unterrichts durch Ärzte als gelungener empfunden. Dies sei aber nicht immer auf die Tutoren *per se* zurückzuführen, sondern hänge auch mit der größeren Erfahrung der Ärzte zusammen. Sie seien geübter und daher professioneller in der Moderation des Feedbacks („die stellen eben noch mal andere Fragen“ [SP 14]). Ein umfangreicheres fachspezifisches Wissen und die größere Er-

fahrung mit realen Patienten würden sich außerdem als vorteilhaft bemerkbar machen.

„Dass jemand, der schon lange mit, ähm, also, real schon lange mit dem Patienten arbeitet, natürlich mehr weiß als ein Student im höheren Semester, ist ganz klar“ [...] (SP 11; Z. 391-392).

„Natürlich ist es einfacher, wenn da ein Arzt dabei ist, der das alles schon kennt, als wenn die so jung sind“ (SP 11; Z. 181-182).

Im Gegensatz dazu seien die studentischen Tutoren aufgrund ihrer geringen Erfahrung oft unsicher in der Leitung des Unterrichts. Zusätzlich vermittelten einige den Eindruck, unvorbereitet zu sein.

[...] „das ist auch schon oft angesprochen worden, dass die Tutoren auf jeden Fall Bescheid wissen müssen über die Rolle, **selber** auch nicht unvorbereitet rein gehen, um entsprechend ja auch nachher beim Feedback das Gespräch ähm vernünftig auch lenken zu können“ [...] (SP 13; Z. 91-94).

„Wenn es zum Beispiel Tutoren sind, die äh von denen ich den Eindruck habe, das kann mich täuschen, dass die nicht genug Zeit gehabt haben, sich in dieses Metier einzuarbeiten. **Deutlich** besser ist es, wenn es Menschen sind, die schon selber Ärzte sind“ [...] (SP 9; Z. 47-49).

Anderen Tutoren mangle es an kommunikativen Fähigkeiten, oder sie werden generell als ungeeignet empfunden.

[...] „und dann gibt es aber auch welche, die **können** es wahrscheinlich nicht besser“ [...] (SP 6; Z. 57-58).

[...] „es gibt eben Personen dabei, denen liegt es vielleicht selber nicht so, oder sie sind selber nicht so aufmerksam, oder haben nicht so für sich die Möglichkeit, es zu artikulieren“ [...] (SP 10; Z. 146-148).

Des Weiteren bemerken einige SP, dass das Alter bzw. der Status des Kursleiters Einfluss auf das Verhältnis zu den Studierenden und auf die Unterrichtsatmosphäre habe. Manche studentischen Tutoren würden sich nicht vollständig in ihre Rolle als Kursleiter fügen. Sie wahrten keine ausreichende Distanz zu den Studierenden, die jedoch von manchen SP als wichtige Voraussetzung für Disziplin und Aufmerksamkeit im Unterricht betrachtet wird. Stattdessen agierten diese Tutoren mit den Studierenden zu sehr auf einer „Ebene“ (SP 9; Z. 53).

[...] „da würde ich, für mich manchmal etwas mehr fundierte Distanz haben wollen (...) so eine Distanz, die aber sehr hilfreich ist“ [...] (SP 9; Z. 53-59).

„Also ich finde, es ist nichts Negatives, eine Autorität zu haben (...) dann reißt sich so mancher vielleicht noch am Riemen“ [...] (SP 11; Z. 198-203).

„und dann ist auch häufig dann die Unaufmerksamkeit da, dass sie sich gegenüber feixen [...] bei Frau Dr. S. passiert das auch nicht“ [...] (SP 6; Z. 121-123).

Die Vorbereitung und Erfahrung der Kursleiter variere somit in den einzelnen Unterrichtsstunden und beeinflusse deren Qualität. Entscheidend für die Leistung sei zudem der Ausbildungsstand der Kursleiter. „[...] da merkt man schon sehr die Kluft in der Ausbildung“ (SP 6; Z. 125). Häufig erwähnten die SP, dass hieraus Abweichungen und Fehler im festgelegten Ablauf des Unterrichts resultieren. Die Berücksichtigung und strikte Einhaltung des vorgeschriebenen Kursablaufs war jedoch für nahezu alle SP wichtig. In der Regel verlässt der SP nach Beendigung des Anamnesegesprächs kurz den Raum, um dann zum Feedback wieder zu erscheinen. Die Gesprächsreihenfolge in der Feedbackrunde ist ebenfalls festgelegt, wonach zuerst der studentische Arzt, danach der Simulationspatient und später die übrigen Studierenden ihre Meinung äußern dürfen. Manchen Tutoren sei dieser Ablauf nicht bewusst gewesen.

[...] „und oft ist es so, dass der Leiter schon anfängt mit den-, mit der Gruppe zu sprechen, mit dem Arzt zu sprechen, wo ich nicht da bin. Oder dass ich dann gar nicht rausgehe, sondern da bleiben soll“ (SP 8; Z. 110-119).

„Aber ich glaube, das hängt auch vom Leiter ab, denn er weiß dann nicht so genau, wie das ablaufen soll“ (SP 8; Z. 123-124).

„Da muss ich jetzt sagen, das hängt häufig dann eben auch von dem Tutor ab, würde ich jetzt sagen. Mhm wenn es tatsächlich wirklich so läuft, wie besprochen und angedacht ist, hätte ich dem jetzt nichts zuzufügen und von dem Ablauf“ [...] (SP 10; Z. 131-133).

Eine SP (SP 12; Z. 56-52) berichtete, dass sie von einem unerfahrenen Tutor bereits vor der Feedbackrunde aus dem Unterricht entlassen wurde.

Bei vielen SP existiert eine konkrete Vorstellung, wie ein Tutor sich im Unterricht zu verhalten habe. So solle er keine „klassische Dozentenrolle“ (SP 2; Z. 149), sondern eher die Funktion eines Moderators einnehmen, der den Unterrichtsverlauf strukturiert und sich in seiner Präsenz zurückhält. Es werde eine „lockerere“ (SP5; Z.59)

Haltung der Unterrichtsleitung bevorzugt. Eine zu große Dominanz schränke die produktive und konstruktive Atmosphäre im Unterricht ein (SP 2; Z. 100-101).

[...] „und dass er dann auch **zuerst** die-, also zuerst den Patienten, dann den Arzt und dann die andere Gruppe ähm reden lässt und dann erst seine Meinung sagt [...] dann lernt man vielleicht ein bisschen mehr, denn wenn er sofort etwas sagt, dann (3) ist das nicht so gut“ (SP 8; Z. 130-137).

„Manche regulieren **derart stark** [...] und fahren den nicht über den Mund, **aber aber sind sehr dominierend**“ (SP 5; Z. 51-53).

[...] „ja und eben ergänzend vielleicht noch die eine oder andere Information gibt, aber nach Möglichkeit eben ohne den Unterricht zu dominieren, so dass das zu so ner frontalen Dozenten-Studenten-Geschichte wird“ (SP 2; Z. 150-152).

Verbesserungsvorschläge für studentische Tutoren

Neben der Kritik äußern die SP auch konkrete Vorstellungen zur Unterrichtsleitung. So wird z.B. erwartet, dass der Arzt oder Tutor aufmerksam ist und den Studierenden während der Feedbackrunde durch gezieltes (Nach-)Fragen Denkanstöße liefert (SP 9; Z. 38 und SP 11; Z. 171). Dies sei vor allem bei geringer Beteiligung der Studierenden erforderlich (SP 7; Z. 78-82 und SP 14). Ergänzend sollten sie Verbesserungsvorschläge einbringen. Erleichternd für den Leiter sei es, wenn er sich während der Simulation Notizen mache (SP 8; Z. 129).

„Und es gibt den jungen Leuten Sicherheit und auch, natürlich auch den Schauspielpatienten Möglichkeit, Dinge nochmal-, manchmal vergisst man was oder es ist dann nicht so ganz **klar**, was man dann gesehen hat oder erlebt hat in der Situation, und es ist dann gut, wenn dann direkt nachgehakt wird: wie habt ihr das empfunden“ (SP 11; Z. 398-401).

Um eine rege Beteiligung der Studierenden zu sichern, sei das Vorgehen sinnvoll, den zuschauenden Studierenden eine klare Aufgabe zu geben, wonach sie das Gespräch auf Körperhaltung, Gestik oder Mimik analysieren sollen. Die Kommilitonen wären dadurch in den Unterricht eingebunden und es würde verhindert, dass sich die Anmerkungen der Studierenden in der Feedbackrunde wiederholen (SP 2; Z. 113-116).

Zusätzlich wäre es aus der Sicht einiger SP wünschenswert, wenn die Unterrichtsleitung Hintergrundinformationen zu den Kursinhalten liefere. Dadurch könnten Verhaltensmöglichkeiten für die Praxis aufgezeigt werden. Die Theorie der einzelnen

Krankheitsbilder sei noch nicht vorhanden, da die Studierenden noch am Anfang ihrer klinischen Ausbildung stünden. Durch den praktischen Bezug werde sie anschaulicher vermittelt (SP 2; Z. 131-138), was aber nicht alle Tutoren berücksichtigen.

[...] „und andere sind da eben noch ein bisschen sparsamer mit Informationen“ [...] (SP 2; Z. 38).

Einigen SP war es wichtig zu betonen, dass das Feedback den studentischen Arzt grundsätzlich nicht entmutigen sollte. Es diene der konstruktiven Kritik und der Motivation.

„So dass aber eben auch am Ende für alle, also gerade auch für den Studenten, der jetzt das Gespräch geführt hat, ein positives Gefühl bleibt“ [...] (SP 2; Z. 51-52).

[...] „sondern das macht sie wirklich so gut, dass er zwar merkt, da liege ich noch nicht richtig, aber ich bin auf dem richtigen Weg, und die werden auch motiviert weiter“ (SP 6; Z. 49-51).

Zudem wäre für eine Verbesserung des Unterrichts eine regelmäßige Teilnahme und eine angemessene Vorbereitung der studentischen Tutoren wünschenswert (SP 13; Z. 104). Ein detailliertes „Handlungsskript“ könnte eine zusätzliche Hilfe sein. Außerdem fordert SP 9, dass mehr Wert auf die Auswahl der Tutoren gelegt werden sollte (Z. 212), sieht aber Schwierigkeiten darin, „jemand zu finden, der sagt, ich mache Tutorenarbeit, und der auch qualifiziert genug ist“ (Z. 219-220). SP 11 überlegt sogar, ob es nicht sinnvoll wäre, auf die studentischen Tutoren ganz zu verzichten und sie durch ausgebildete Ärzte zu ersetzen.

[...] „ich habe also beobachtet dass zum Beispiel bei Frau Doktor X., das immer sehr interessant ist, Doktor Y. auch, oder wer sonst so an Ärzten dabei ist. Aber das kann man sicherlich nicht alles abdecken mit Ärzten, diese ganzen Simulationspatienten-Gespräche“ (SP 11; Z. 216-217).

Trotz aller Kritik betonen viele SP, dass die Einwände nicht auf alle studentischen Tutoren zutreffen und viele von ihnen gute Arbeit als Kursleiter leisten.

[...] „da gibt es auch schon auch wirklich herausragende Lichter, die ich erlebt habe“ [...] (SP 6; Z. 56).

[...] „es gibt Personen dabei, die sind wirklich klasse, wo ich dann denke, wow, also der bringt genau das rüber, für (2) für alle, was hätte laufen sollen“ [...] (SP 10; Z. 143-145).

Nach Auswertung der Interviewsequenzen bleibt abschließend anzumerken, dass aus der Sicht der SP die Qualität des Unterrichts stark mit der individuellen Leistung der Unterrichtsleitung verknüpft ist. Ärzte seien demnach geeigneter als studentische Tutoren.

5.4 Einfluss der SP-Tätigkeit auf die private Arzt-Patienten-Beziehung – Vier Fallbeschreibungen

Die Bereitschaft der SP, über ihre persönliche Arzt-Patienten-Beziehung zu berichten, war sehr groß. Insbesondere ältere SP mit häufigen Arztkontakten schilderten bereitwillig zahlreiche persönliche Erlebnisse. Jüngere SP mit seltenerem Arztkontakt hatten weniger zu dieser Thematik beizutragen.

Besonders sinnvoll erschien uns die Darstellung der Ergebnisse in Form von Fallbeispielen, um neben den vielfältigen Erfahrungen auch einen Eindruck über die Persönlichkeit der SP zu vermitteln. Die folgenden vier Fallbeschreibungen sollen einen Einblick in das breite Spektrum der Erlebnisse und Erfahrungen von SP geben.

Zur besseren Lesbarkeit wurden die vier SP anstatt durch Nummern mittels fiktiver Namen pseudonymisiert.

5.4.1 Frau Ackermann (SP 9): „Verbesserter Umgang mit Ärzten durch die SP-Tätigkeit“

Die Interviews konnten zeigen, dass viele SP aufgrund ihrer Tätigkeit einen veränderten Umgang mit Ärzten entwickeln, welche sich unterschiedlich darstellten. Exemplarisch soll an dieser Stelle das Beispiel Frau Ackermann für eine Gruppe von Simulationspatienten ohne medizinische Vorkenntnisse (SP 1, SP 2, SP 3, SP 6, SP 7, SP 8, SP 9, SP 11, SP 12) vorgestellt werden, die aufgrund ihrer Erfahrungen mündiger in ihrer Patientenrolle agierten. Die 68 Jahre alte Frau Ackermann war seit Beginn der Unterrichtseinheit SP und hatte regelmäßigen Kontakt zu Ärzten. In ihrem

speziellen Fall führte die SP-Tätigkeit zu einer kritischeren Beurteilung des ärztlichen Handelns sowie in einer selbstbewussten Interpretation der Patientenrolle.

[...] „dass ich eindeutig kritischer geworden bin, dass ich mich mehr traue nachzufragen und dass, ja, nicht immer, das klappt nicht immer so, aber- also, es hat mir weiter geholfen, weil ich mich- mein Selbstverständnis als Patient etwas gewachsen ist, so als- also, mein Selbstbewusstsein“ (Z. 644-647).

Die selbstbewusste Haltung von Frau Ackermann zeigte sich auch durch die Entschlossenheit, auf Informationen und einer aktiven Beteiligung am Gespräch zu bestehen und bei unklaren Details aktiv nachzuhaken. Ob der Arzt sich an ihrem Verhalten störe, sei ihr nicht wichtig.

[...] „aber ich nehme mir ja da die Freiheit nachzufragen und das hätte ich vorher nicht gemacht, so ohne weiteres“ (Z. 582-583).

„Und es ist mir auch schon passiert, dass ich mir die Freiheit nehme zu sagen: Ich möchte auch mal was sagen“ (Z. 230-231).

„Ich habe mir hier einen Zettel geschrieben, weil Sie mich sonst dauernd unterbrechen“ (Z.235).

„Ja. Ich will nicht sagen, dass ich mich in **allen** Fällen mehr traue, ähm, aber in den meisten Fällen frage ich mehr [...] eindeutig, auch wenn's dann manchmal nervt. Aber das ist mir ein bisschen egal, weil ich sage: Sie müssen mir jetzt einfach mal Auskunft geben“ [...] (Z. 481-487).

Differenzen mit dem Arzt werden offen angesprochen. Frau Ackermann berichtet von einer Situation, in der ein Arzt falsche Aussagen bezüglich ihrer medikamentösen Therapie machte und vorerst auf seinem Standpunkt beharrte. Anstatt sich dem Arzt unterzuordnen, widersprach sie ihm mehrfach, bis die Unstimmigkeit aufgeklärt war.

„Also, wissen Sie was? Das stimmt nicht, was Sie mir da eben gesagt haben. Nachdem er mir lang und breit erzählt hat, dass dieses bestimmte Medikament ich vor so und so viel Zeit und ich hätte auch immer das und das gehabt. Hatte ich nicht [...] also ich hab ihn gebeten, noch mal richtig nachzugucken. Also richtig mich darauf festgenagelt, ich hätte etwas ganz Bestimmtes schon mal genommen oder hätte ganz bestimmte Erkrankungen schon mal gehabt, das kann ich mir doch nicht einfach überstülpen lassen“ (Z. 539-549).

Außerdem führten die Erfahrungen als Simulationspatientin zu einer genauen Beobachtung ihrer Ärzte. Besonders achte sie beim Arztbesuch auf eine angemessene Begrüßung und Verabschiedung sowie auf die nonverbale Kommunikation. Ein eili-

ges Verhalten des Arztes missfalle ihr. Zudem solle der Arzt während des Gesprächs aufmerksam sein und sich nicht mit „Nebentätigkeiten“ beschäftigen.

„Es passiert mir schon, dass ich meinen Arzt mit anderen Augen angucke und denke: Jetzt stürmt er wieder rein und hat mich nicht richtig begrüßt oder er fläzt sich auf seinen Sessel oder er guckt mich nicht an oder er unterbricht mich dauernd“ (Z. 227-230).

„Ja, ich achte natürlich sofort darauf, wie der reinkommt. Das ist das Ergebnis dieser, dieser Rollen, dieses Rollenspiels. Wie kommt er rein? Wie- Gibt er mir die Hand? Und guckt er mich an, wenn er mir die Hand gibt? Oder macht er schon was ganz anderes? Und lässt er mich erst mal zu Worte kommen“ (Z. 469-472).

„Ja, ich achte schon drauf, dass er mich anguckt und dass er nicht während der Zeit in seinen Akten wühlt. Es sei denn, ich habe ihn quasi damit beauftragt mal eben was nachzugucken oder so. Oder wir sind uns im Klaren, er muss da jetzt eben mal was gucken. Ansonsten, wenn er da abgelenkt sitzt und eigentlich nur mit einem halben Ohr zuhört, dann finde ich das nicht gut“ (Z. 451-455).

Ein weiterer Effekt der SP-Tätigkeit sei eine gesteigerte Aufmerksamkeit als Patientin. Sie könne dem Geschehen besser folgen und denke aktiv mit.

[...] „weil ich wahrscheinlich nicht so aufmerksam gewesen wäre wie heute. Also, das ist das Ergebnis **auch** dieser Rollenspiele. Dass man etwas mehr **mitdenkt**“ (Z. 563-565).

Die langjährige Teilnahme am Unterricht habe außerdem zu einer gewissen Routine während des Arztbesuches geführt. Sollten Differenzen zum erwarteten Ablauf auftreten, falle ihr dies besonders auf.

„Und dann kommen da so auch schon, weil ich das schon ne ganze Weile mitmache so etwas **eingelernte** Dinge mit, die zu einer bestimmten Zeit ablaufen. Also, nech, so- das Eingangsgespräch, dann kommt das, dann kommt das, dann kommt das und dann fällt mir zwischendurch auf: Er hat überhaupt nicht das und das gefragt, oder so“ (Z. 569-573).

Generell begrüße Frau Ackermann die Existenz des Unterrichts. Sie sehe eine neue Mediziner-Generation heranwachsen, welche sich zukünftig empathischer und dem Patienten zugewandter verhalte.

„Und wenn ich denke, dass die Studenten, die das verinnerlicht haben in dem Unterricht, später als Ärzte tätig sind, die werden **anders** sein, sensibler, denke ich mal. Hellhöriger“ (Z. 365-367).

5.4.2 Frau Mayer (SP 3): „Unterricht als Therapie“

Die 59-jährige Frau Mayer war zum Zeitpunkt des Interviews dreieinhalb Jahre als SP aktiv und suchte nur in dringlichen Fällen den Arzt auf. Ihre Tätigkeit als Simulationspatientin hat bei ihr dazu geführt, dass ihre Angst vor Krankenhäusern und medizinischen Maßnahmen stetig abgenommen hat. Sie berichtet, sie sei sich früher in Krankenhäusern „verloren“ vorgekommen. Zudem äußerte sich die entstandene Angst in der Befürchtung, dass ihr keiner helfe, wodurch das Betreten von medizinischen Institutionen zu einem großen Problem wurde.

„Verloren, dieses Wort verloren, ich bin mir in Krankenhäusern immer so verloren vorgekommen. Ähm und ähm hatte die Angst, da würde mir keiner helfen“ [...] (Z. 533-534).

Die Ursache für die in der Vergangenheit sehr starke und noch immer spürbare Angst ist ein 35 Jahre zurückliegendes, prägendes Ereignis nach einer Kaiserschnittoperation mit postoperativen Komplikationen. In dieser Extremsituation (Geburt eines Kindes und zugleich Bedrohung der eigenen Gesundheit) erlebte Frau Mayer einen Arzt während der körperlichen Untersuchung als willkürlich und empathielos. Frau Mayer war Teil einer Unterrichtseinheit am Krankenbett, die der Arzt durchführte. Die sehr harschen Worte des Arztes traumatisierten sie über viele Jahre und schürten vermutlich starke Ängste.

[...] „und dann dieser-, war am erzählen, am dozieren, der guckte mich dann kurz an und sagte, ich soll eine Brücke machen, das-, **Ich war so erschüttert** ich habe die Worte gar nicht verstanden, was er sagte, und schrie der mich an, (wird lauter) *Mensch können sie keine Brücke machen, was denn mit ihnen los, kriegen sie das nicht hin*“ (Z. 550-553).

Noch viele Jahre später zeigt sich Frau Mayer entrüstet und betont, dass dies ein Beispiel für den enormen Schaden sei, den ein Arzt mit wenigen Worten anrichten könne. Das aus den negativen Erfahrungen resultierende distanzierte Verhältnis zu Krankenhäusern ist heute noch spürbar. Mit Hilfe des Unterrichts lernte sie, sich hiermit zu arrangieren. Das Verhältnis zu Krankenhäusern und Ärzten ist nicht mehr nur durch Angst geprägt, wozu wohl maßgeblich Erfahrungen aus dem Unterricht beigetragen haben.

„Ich glaube, ich habe dieses Projekt hier mit gemacht oder mache das vom Unterbewusstsein her, damit ich meine Ängste mehr abbaue“ (Z. 300-302).

„Das ist so richtig **das**, was ich **für mich** bekommen habe in den dreieinhalb Jahren. Das ist für mich das **absolut** Wichtigste. Deswegen könnte ich glaube ich auch mit dem Krankenhaus mittlerweile umgehen, weil ich könnte das (ausblenden)“ [...] (Z. 519-522).

„**Das** hat sich für mich **sehr** verändert. Ich stell mir mal so vor, wenn ich da mal eingeliefert werde. Da kommt jemand zum Blutabnehmen hier und diese Anwendung, dass ich doch bestimmt um 70 % weniger Angst habe. Das hat sich verändert“ (Z. 321-323).

Das Betreten von Krankenhäusern gestaltet sich im Gegensatz zu früher als nahezu normal – für sie ein großer persönlicher Gewinn.

[...] „vor Krankenhäusern habe ich immer wahnsinnige Angst gehabt. Ich beuge mich da jetzt eigentlich ziemlich alltäglich, das ist natürlich für mich etwas ganz tolles“ (Z. 319-321).

Ein weiterer Effekt der SP-Tätigkeit ist ein gesteigertes Selbstvertrauen gegenüber Ärzten. Frau Mayer ist bereit, ihre Interessen gegenüber Ärzten zu vertreten und eventuelle Konsequenzen aus Fehlverhalten zu ziehen. So wäre für sie beispielsweise ein Arztwechsel bei Unzufriedenheit denkbar. Überdies würde sie Ärzte auf Fehlverhalten direkt ansprechen. Situationen, die ihr missfallen, akzeptiere sie nicht mehr uneingeschränkt.

„Aber ich würde mir nicht mehr **viel**, so ganz furchtbar viel gefallen lassen. Mir fällt so viel von früher ein, seitdem ich das mache. Was mir wahrscheinlich auch so eine Angst eingebracht hat und also da würde ich richtig Rabatz machen“ (Z. 434-437).

„Wenn mir so was wie früher noch mal passieren würde. Das war eine () Sache, die würde ich mir **nie wieder** gefallen lassen“ (Z. 441-442).

Des Weiteren berichtet Frau Mayer von einem veränderten Verhältnis zu ihren sie regelmäßig behandelnden Ärzten. Eine persönliche Beziehung zum Arzt sei eine begrüßenswerte, aber keine unumgängliche Voraussetzung mehr für dessen Konsultation. Die Option des Verzichts auf eine persönliche Arzt-Patienten-Beziehung stellt einen weiteren großen persönlichen Gewinn durch die SP-Tätigkeit dar und war zugleich die Voraussetzung, Krankenhäuser wieder betreten zu können.

„Also die finde ich schon ganz toll, aber wenn sie nicht wäre und der Arzt wäre gut, dann könnte ich heute damit leben und **das** habe ich in den dreieinhalb Jahren geschafft, könnte sagen, Mensch der Arzt ist doch ok und die Schwester ist doch ok, die unterhalten sich zwar hier mit mir nicht groß, was also auch-, kann auch Angst abbauen, aber trotzdem, das Andere das zählt jetzt auch für mich“ (Z. 518-525).

Im Gegensatz zu ihrem früher schwachen Selbstvertrauen im Umgang mit Ärzten wirkt Frau Mayer in ihren Absichten entschlossen und selbstbewusst. Die Tatsache, dass ihre Bedürfnisse als Patientin auch von anderen geteilt werden und als Lehrinhalte des Kurses an zukünftige Ärzte weitergegeben werden, vermittelt ihr Selbstbestätigung.

An einigen Textpassagen lässt sich am Erzählstil (Intonation) beobachten, dass Frau Mayer den Erlebnissen noch immer nicht neutral gegenüber steht und es ihr schwer fällt, entspannt zu berichten. Ihre Schilderungen sind verbal und nonverbal sehr emotional gefärbt. Des Weiteren spricht sie viele Sätze nicht zu Ende und es fehlen zum Teil Wörter. Während des Interviews zeigte sie emotionale und sogar physische Reaktionen.

„Also wenn ich das jetzt erzähle, ich kriege immer noch ein Herzrasen, ich könnte auch losheulen“ [...] (Z. 553-554).

5.4.3 Frau Köster (SP 6): „Simulation und Realität“

Das Kernthema bei Frau Köster ist die Übertragung von Verhaltensweisen aus der Simulation auf die Realität. Sie ist eine 68-jährige Dame, die seit vier Jahren als SP an der Universität Göttingen arbeitete und sehr häufig Ärzte aufsucht. Aus ihren Erzählungen geht hervor, dass sie analog zur Unterrichtssituation einem realen Arzt spontan ein Feedback bezüglich dessen Verhaltens erteilte. Sie zeigte sich kritisch und akzeptierte während der Arzt-Konsultation keinen Sachverhalt, ohne ihn zu hinterfragen.

„Ähm und da bin ich sehr kritisch jetzt inzwischen auch, der hat mich einmal gesehen und dann nie wieder“ [...] (Z. 203-204).

„Ja, ich hinterfrage alles“ [...] (Z. 284).

Ihre kritische Haltung bezieht sich einerseits auf die Beurteilung ärztlichen Handelns, andererseits wird das eigene Verhalten als Patientin selbstkritisch reflektiert. Die folgenden Beispiele sollen zeigen, wie Frau Köster sich aufgrund ihrer besonderen Erfahrung und ihres Wissens als Patientin empfindet und verhält.

Feedback

Zu dem Aufgabenbereich eines SP zählt neben der Patientensimulation eine Rückmeldung an die Studierenden zur Anamneseerhebung (Feedback; Kapitel 4.1.). Dieses Schema übernahm Frau Köster offenbar auch in ihrem Alltag als reale Patientin. Während eines Arztbesuches missfielen ihr die Gesprächsatmosphäre bzw. das wenig zugewandte, unaufmerksame und unhöfliche Verhalten einer Ärztin. Auch das Ausbleiben einer Begrüßung und das Fehlen von Patientenunterlagen trugen zu ihrer Unzufriedenheit bei (jeweils Themen, die im Unterricht Lehrinhalte sind). Am Ende eines wenig konstruktiven Dialogs nutzte Frau Köster die abschließende Floskel „Haben Sie noch Fragen“, um der Ärztin ein Feedback zu erteilen.

[...] „und wenn er mich fragt, haben sie noch Fragen? Dann sage ich ihm auch schon mal, wie ich ihn empfunden habe“ (Z. 204-205).

„Und da habe ich ihr gesagt, wissen sie, ich bin hier rein gekommen mit Herzklopfen, habe ihr mein Gefühl geschildert, wie mir war, dann kriegte sie wirklich einen hochroten Kopf, ich habe nicht gesagt, dass ich Simulationspatientin bin, das habe ich natürlich nicht gesagt und ich habe gesagt, ich habe eigentlich erwartet, dass sie mich von Anfang an wahrnehmen“ (Z. 229-232).

Diese Intervention führte zu einer angemessenen Verabschiedung der Ärztin, was Frau Köster als Erfolg empfand. Den Mut zur offenen Reflexion gegenüber Ärzten habe sie vor ihrer Tätigkeit als SP nicht gehabt.

„Und da hat sie mich mit Handschlag verabschiedet, hat mich zur Tür gebracht und „Auf Wiedersehen“ gesagt. Da habe ich gedacht, vielleicht hat sie ja eine Lektion gelernt“ [...] (Z. 235-237).

„Ja diesen Mut hätte ich **früher** nicht gehabt“ (Z. 245).

In einer anderen Situation erteilte Frau Köster ebenfalls einem Arzt bezüglich seines Erscheinungsbildes und Verhaltens ein Feedback.

[...] „sie sind nicht gerade glücklich und sie sind ein bisschen mürrisch zu mir“ [...] (Z.324-325).

Auch in dieser Situation hatte das Feedback die positive Konsequenz, dass der Arzt sich entschuldigte und freundlicher agierte. Er bemühte sich, den negativen Eindruck durch Höflichkeit zu revidieren, womit das Bedürfnis von Frau Köster nach einem aufmerksamen und höflichen Arzt befriedigt wurde. Die offene und zum Teil kritische Haltung führte demnach wiederholt zu einer positiven Resonanz.

Empathie

Frau Köster zeigt großes Verständnis für die Situation der Ärzte. Vor dem Hintergrund der hohen Arbeitsbelastung, die sie in Krankenhäusern erlebt habe, müsse man unter anderem mit emotionalen Verstimmungen seitens der Ärzte rechnen.

„Aber auch mit mehr Verständnis [...] ähm (5) na, weil ich einfach als Patientin erlebt habe zum Beispiel in der Klinik, wie sich die Ärzte manchmal Beine ausreißen müssen und wie lange sie Dienst haben und dass ein Arzt dann eventuell, wenn er morgens aus der Nachtschicht kommt und wieder unten in der Ambulanz tätig sein muss, dass er nicht gerade der Fröhlichste ist“ (Z. 313-320).

Daher plädiert Frau Köster für ein situationsgerechtes Verhalten der Patienten, ohne den Arzt zeitlich zu überfordern.

[...] „also wenn ich jetzt zum Arzt gehe, sollte ich meine Beschwerden, die ich habe, konkretisieren, vielleicht mir stichwortartig aufschreiben, dass ich nicht vom Hundertsten ins Tausendste komme, um auch den **Arzt** in der Praxis nicht zu überfordern“ (Z. 294-297).

So habe sie einem Arzt, der unter Zeitdruck stand angeboten, offene Fragen zu einem anderen Zeitpunkt zu klären. Die Reaktionen der Ärzte auf ihr entgegenkommendes Verhalten waren in allen Situationen ohne Ausnahme positiv.

[...] „dann muss ich auch als **Patient** ein bisschen Einfühlungsvermögen haben für den Arzt und sagen, wissen sie, ich hätte noch Fragen dazu, haben sie noch mal irgendwann 10 Minuten Zeit für mich“ [...] (Z. 285-287).

Eine Art „Weiterbildung“ der Patienten sei daher wünschenswert, um diese für die Situation der Ärzte zu sensibilisieren und ein rücksichtsvolles und strukturiertes Verhalten zu bewirken. Schriftliche Notizen könnten beispielsweise den Patienten helfen, ihre Probleme angemessen vorzutragen. Eine Unterbrechung durch den Arzt sei dennoch immer möglich.

„Ach so zum Beispiel es gehört auch dazu, finde ich, das wäre vielleicht auch eine Teil einer Ausbildung seitens der **Mediziner** für Patienten, dass sie auch Empfindung bekommen für den Arzt, also dass sie äh wissen“ [...] (Z. 292-294).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Frau Köster ihre beobachtende „Expertenrolle“ aus dem Unterricht in die Realität überträgt. Für sie gelten die „Qualitätsstandards“, die sie im Unterricht erlebt, auch im Alltag. Das Verhalten der „realen“ Ärzte

und insbesondere die nonverbale Kommunikation während der Konsultation werden differenziert und objektiv analysiert.

Es gibt zudem einen Hinweis, dass Frau Köster als Schauspielerin im Theater aktiv war, was die Vermutung zulässt, dass sie ohnehin ein eher selbstsicherer und extrovertierter Mensch ist.

5.4.4 Frau Lehmann (SP 10): „Wie beurteilt eine SP aus einem medizinischen Arbeitsumfeld die Auswirkungen ihrer Tätigkeit?“

Nicht alle SP konnten über einen Effekt ihrer Tätigkeit auf ihre reale Arzt-Patienten-Beziehung berichten. Insbesondere SP mit medizinischen Vorkenntnissen scheinen diesbezüglich zunächst keine Veränderung zu erleben. Bei genauerer Betrachtung der Erfahrungsberichte stellte sich dieser Sachverhalt jedoch nicht so eindeutig dar, wie anfänglich vermutet. Stellvertretend für eine Gruppe von Simulationspatienten (SP 4, SP 10, SP 12), die in medizinischen Berufen arbeiteten, soll Frau Lehmann vorgestellt werden. Sie ist eine 55 Jahre alte Frau, die seit zweieinhalb Jahren als SP arbeitet und regelmäßig ihre Ärzte aufsucht. Trotz ihrer Erfahrungen als Simulationspatientin berichtete sie von keiner Veränderung in der Beurteilung von Ärzten.

„(4) Nein, ich beurteile das aufgrund dessen nicht anders, nein“ (Z.364).

Sie halte aber einen Effekt des Unterrichts auf die reale Arzt-Patienten-Beziehung generell für denkbar, sollte keine berufliche Erfahrung im medizinischen Bereich bestehen.

„(2) Ne, das hatte bei mir keinen Einfluss, eben wirklich aufgrund meiner eigenen Vorgeschichte, das kann durchaus sein, dass es vielleicht, wenn das nicht **so** wäre, dass es dazu beigetragen hätte“ (Z. 431-433).

Bereits vor ihrer SP-Tätigkeit arbeitete sie als Chefsekretärin an einer Universitätsklinik. Der Umgang mit der Berufsgruppe „Arzt“ sei ihr vertraut und stelle daher keine Besonderheit dar. Vielmehr reduziere sie einen Arzt auf dessen Profession.

„Also für mich ist ein Arzt ein Arzt und äh nichts anderes, das ist genau so, als würde ich mir jetzt hier einen Installateur in meine Wohnung kommen lassen“ (Z. 230-231).

Die Erfahrungen aus dem beruflichen Alltag führten aus ihrer Sicht zu einer objektiveren Beurteilung von Ärzten.

[...] „zu dem Zeitpunkt oder ab dem Zeitpunkt, seit ich mhm mit Ärzten zusammengearbeitet habe, hatte sich schon ganz viel verändert. Mhmm ich denke mal, ich kann Situationen, was das Verhalten von Ärzten betrifft, objektiver beurteilen, aufgrund dieser Situation“ (Z. 330-334).

Abgesehen von dieser Objektivität als Expertin betrachte sie den Arztberuf auch aus dem Blickwinkel einer Patientin mit gewöhnlichen Erwartungen und Bedürfnissen, die jedoch nicht immer erfüllt werden. Es bestehe eine große Differenz zwischen der Unterrichtssituation und der Realität. Dies sei ihr besonders bewusst geworden, als ein Arztbesuch und ein Termin als Simulationspatientin auf denselben Tag fielen.

„Ähm also ich habe selbst in einer Uniklinik war ich dort beschäftigt und hatte also beruflich mit Ärzten zu tun und eben auch als Patient“ [...] (Z. 159-161).

„Also als Patientin muss ich einfach sagen, äh habe ich es in der Höchstform der Negativität erlebt und muss dann auch im Nachhinein insbesondere jetzt in diesen Rollen darüber schmunzeln, ich hatte z.B. eine Situation, da hatte ich selbst einen Arztbesuch und dann nachmittags Patientin, SP und hatte dann das krasse Gegenteil erlebt“ [...] (Z. 162-166).

Eine Umsetzung der Lehrinhalte stelle nach ihren Vorstellungen jedoch die optimale Situation für einen Patienten dar. Die persönliche Unzufriedenheit und damit verbundene Kritik an den Ärzten sei ihre Motivation gewesen, Simulationspatientin zu werden.

„Mhmm ich würde sagen, das Ziel, was hierbei angesteuert wird, wäre der Idealfall für den Patienten, ich selber habe es bisher in den seltensten Fällen so erlebt, ähm ich muss es einfach mal so einfügen, das war auch für mich das () warum ich das tue“ (Z. 157-159).

Ihre Erwartungen decken sich mit den Standards des Unterrichts und folglich mit den Bedürfnissen eines „gewöhnlichen“ Patienten. Besonders wichtig seien ihr die uneingeschränkte Aufmerksamkeit und der Respekt des Arztes. Zudem erwarte sie, dass dieser seine Patienten unvoreingenommen ernst nehme, ohne sich als allwissenden Experten darzustellen, um Frustration zu vermeiden.

[...] „also ich erwarte die Aufmerksamkeit, ja und dann quasi all das, was in diesen äh in dieser Simulationsgeschichte quasi erlernt wird, was eben Empathie, Verständnis etc. betrifft“ (Z. 253-255).

[...] „aber auch diese Deutlichkeit dem Patienten gegenüber, egal mit welchem Intellekt er da nun vor ihnen sitzt ähm, ich weiß schon, was du hast, du brauchst nichts mehr sagen, wir machen das jetzt mal schnell so, ne? Und das (räuspert sich) das ist der Frust für den Patienten schlechthin, da kann er gar nicht mit umgehen [...] ohne zu erklären, ne. Oder eben auch die Möglichkeit zu geben, dass der Patient äh sich äußert, ne“ (Z. 177-185).

Der Arzt solle sich für die Diagnostik angemessen viel Zeit nehmen und seinen Patienten die Gelegenheit geben, ihre Anliegen vorzutragen. In der Realität wäre dies aufgrund begrenzter Zeitkontingente häufig nicht möglich. Es entsteht ein Spannungsverhältnis zwischen subjektiven Erwartungen und Realisierbarkeit.

„Ähm die Unterrichtssituation zielt ja wirklich darauf ab, eben für den Patienten da zu sein und ihm die Chance zu geben, sich darzustellen und eben ja sein Problem herauszufinden, das ist natürlich in einer üblichen Praxis oder bei jeglichen Arztbesuchen sicherlich auch das Ziel, häufig ist einfach der Faktor **Zeit** bei dem Arzt gegeben, das ist auch häufig ganz doll spürbar“ [...] (Z. 173-177).

Frau Lehmann beschreibt ihre Sichtweise für die ärztliche Situation als objektiv. Trotz ihres „Expertenstatus“ teilt sie aber „gewöhnliche“ Bedürfnisse eines Patienten. Ihre Erzählungen wirken subjektiv gefärbt. Global betrachtet können die Forderungen nach Empathie, Aufmerksamkeit und Gesprächsanteilen einerseits und der Hinweis des begrenzten Zeitkontingents von Ärzten andererseits sogar als Widerspruch interpretiert werden. Daher könnte die Hypothese aufgestellt werden, dass sich die Patientenbedürfnisse von „Experten“ wenig von denen „gewöhnlicher“ Patienten unterscheiden. Ob Frau Lehmann diese Ambivalenz bewusst ist, kann nicht eindeutig geklärt werden. Hinsichtlich des Effekts der SP-Tätigkeit auf ihre reale Arzt-Patienten-Beziehung kann aufgrund ihrer Äußerungen von gestiegenen oder konkretisierten Ansprüchen an den Arzt ausgegangen werden, was auf einer unterbewussten Ebene stattfindet. Zumindest werden „ihre“ Ärzte an der Unterrichtssituation gemessen und dabei Unterschiede festgestellt. Die SP ist sich persönlich jedoch über keine veränderte Beziehung zu ihren Ärzten bewusst. Trotzdem kam sie zu der Erkenntnis, dass die Unterrichtseinheit sinnvoll und wichtig sei.

[...] „einen Effekt gab es nicht. Sondern einfach ein Stück weit die Überlegung, es ist gut, was wir hier machen und auch ganz **wichtig**“ (Z. 345-346).

Die Tatsache, dass sie sich aufgrund ihrer Unzufriedenheit an der Lehre von zukünftigen Ärzten beteiligt, ist ein Hinweis auf eine aktive, entschlossene, vielleicht sogar

idealistische Persönlichkeit, die ihre Interessen vertritt und Verantwortung übernimmt, um die Realität zu verbessern.

5.4.5 Fallübergreifende Analyse

Zusammenfassend lassen sich anhand der Fallbeschreibungen heterogene Effekte des Unterrichts beobachten. Einige Erfahrungen werden von mehreren SP geteilt, andere sind ganz individuell. Nicht alle SP waren sich jedoch dessen bewusst. So widersprach Frau Lehmann der Annahme, dass die SP-Tätigkeit einen Effekt auf die reale Arzt-Patienten-Beziehung habe, sogar mehrfach, und sah sich aufgrund ihrer beruflichen Erfahrung in einer Sonderposition.

Eine Sonderstellung nehmen die SP in der Beobachtung und der Analyse von ärztlichem Verhalten ein. Die Analysekriterien entsprechen hierbei weitestgehend den Qualitätsstandards des Unterrichts. Insbesondere die Gesprächsabschnitte „Begrüßung“, „Verabschiedung“ sowie die nonverbale Kommunikation schienen einen hohen Stellenwert zu haben und wurden detailliert beobachtet. Zusätzlich erwarteten die SP ein aufmerksames, patientenorientiertes Verhalten der Ärzte.

Die SP, mit Ausnahme von Frau Lehmann (die nach ihren Angaben aus beruflichen Gründen nie „Autoritätsprobleme“ mit Ärzten hatte), berichteten von einem deutlich gesteigerten Selbstvertrauen in der Patientenrolle seit ihrer SP-Tätigkeit. Sollte beispielsweise ein Arzt nicht ihren Vorstellungen entsprechend handeln, werde Kritik offen angesprochen. Frau Köster erteilte sogar ihren Ärzten ein umfangreiches Feedback, nicht viel anders als im Unterricht. Frau Ackermann wurde zu einer mündigeren Patientin und sprach ebenfalls konkret Dinge an, die ihr missfielen. Frau Mayer war der Überzeugung, dass sie sich ein rücksichtsloses Verhalten von Ärzten, wie es in der Vergangenheit vorkam, nicht mehr gefallen ließe.

Insgesamt profitierten die SP auf unterschiedliche Weise von ihrer Tätigkeit. Frau Ackermann konnte beispielsweise dem Geschehen beim Arzt besser folgen und denke aktiver mit. Durch die offene Kritik von Frau Köster passten die kritisierten Ärzte ihr Verhalten den Vorstellungen der SP an. Im konkreten Fall von Frau Mayer führten die Erfahrungen aus dem Unterricht zum Abbau der Angst vor Krankenhäusern und hatten demnach sogar einen „therapeutischen Effekt“. Frau Lehmann dagegen

würde wohl nicht von einer Angstreduktion oder ähnlichem berichten, da sie sich als „Expertin“ versteht und Angst ihrem Selbstbild widersprechen würde. Sie betrachtet den Unterricht vielmehr als Möglichkeit, bei der Ausbildung von angehenden Ärzten gestaltend mitzuwirken.

Bezüglich der Empathie für Ärzte waren die Einstellungen der Simulationspatienten unterschiedlich. Frau Köster und Frau Lehmann zeigten Verständnis für die Situation der Ärzte (Arbeitsbelastung etc.) und verhielten sich empathisch. Frau Köster plädierte sogar für ein situationsgerechtes Verhalten aller Patienten, um Ärzte nicht unnötig zu belasten. Frau Ackermann und Frau Mayer scheinen - soweit man das beurteilen kann - eher die eigene Situation als die Sachlage der Ärzte zu berücksichtigen.

Ein Effekt der SP-Tätigkeit ist nach Analyse der Interviews deutlich erkennbar. Die SP erhalten anscheinend durch den Unterricht ein Handwerkszeug, mit dessen Hilfe sie den Alltag als Patienten besser bestreiten können.

6. Diskussion

Die vorliegende Studie sollte zeigen, wie effektiv SP die Unterrichtseinheit „Ärztliche Basisfähigkeiten“ einschätzen und welche Aspekte ihnen verbesserungswürdig erscheinen. Außerdem sollte untersucht werden, ob sich bei SP Veränderungen in der realen Arzt-Patienten-Beziehung zeigen, welche auf ihre Unterrichtstätigkeit zurückzuführen sind.

Mithilfe leitfadengestützter Interviews konnte gezeigt werden, dass die beteiligten SP die Unterrichtseinheit bezüglich Relevanz, Organisation und Darbietung als äußerst gelungen empfanden. Allerdings hänge die Qualität stark von der individuellen Leistung der Unterrichtsleitung ab. Ärzte seien aufgrund ihrer Erfahrung und Routine geeigneter als studentische Tutoren.

Die SP-Tätigkeit hatte häufig einen Effekt auf die reale Arzt-Patienten-Beziehung. Einigen SP gelingt es offensichtlich, Verhaltensweisen aus dem Unterricht in das Sprechzimmer zu übertragen. Außerdem berichteten die SP von einem kritischeren Verhalten und einem gesteigerten Selbstvertrauen gegenüber Ärzten.

6.1 Methode

Datenerhebung und Auswertung dieser Studie folgten einem qualitativen Ansatz. Dieses Vorgehen fördert die Erzählung von oft noch vor-bewussten Erfahrungen und ist besonders für wenig erforschte Aspekte empfohlen (Britten 1995; Malterud 1993). Da es sich bei den Forschungsfragen um weitgehend unbekanntes Terrain handelt (Kapitel 2.5), erschien diese Methodik gut geeignet.

Die Datenerhebung erfolgte ausschließlich durch den Doktoranden. Eine Einflussnahme während der Interviews sollte durch geeignetes Training vermieden, kann aber dennoch nie vollständig ausgeschlossen werden (Richards und Emslie 2000). Ein großer Teil der Daten wurde innerhalb einer Arbeitsgruppe ausgewertet, bestehend aus einer weiteren Medizinstudentin, einer Soziologin und einer Ärztin, um Subjektivität und „Willkür“ bei der Auswertung zu vermeiden.

Um eine repräsentative Aussage über eine große Population zu treffen, ist die Methode aufgrund der geringen Fallzahl ungeeignet. Intention der Studie war vielmehr, eine tiefgehende Einschätzung der Unterrichtseinheit durch die daran beteiligten SP zu erhalten. Die Ergebnisse spiegeln die persönlichen Bewertungen einer speziellen Gruppe wider.

6.1.1 Einschlusskriterien und Teilnahme

Zur Sicherung einer ausreichenden Erfahrung in der Tätigkeit als SP wurden die regelmäßige Teilnahme an Schulungen und eine Unterrichtserfahrung von mindestens zwei Semestern als Einschlusskriterien für die Studie vorausgesetzt. Die Rekrutierung beschränkte sich auf die 22 SP der Universitätsmedizin Göttingen, wobei 14 SP die erforderlichen Kriterien erfüllten. In dieser Gruppe befanden sich nur zwei Männer, was zu einer asymmetrischen Verteilung des Geschlechts führte. Die kontaktierten SP waren mit einer Rate von 100% uneingeschränkt zur Teilnahme bereit. Dies spricht für eine hohe allgemeine Motivation der SP, was sich auch im Interviewmaterial später explizit wiederfand: So berichten viele SP, dass sie von dem Unterrichtskonzept überzeugt seien, woraus sich ihr Engagement für die Tätigkeit begründet. Die hohe Teilnahmerate kann außerdem auf den geringen mit der Studie verbundenen Aufwand für die SP zurückgeführt werden: Die Befragten konnten selber über Ort und Zeitpunkt der Interviews entscheiden. Man kann also durchaus von einer „Vollerfassung“ sprechen und das heißt bei einer qualitativen Methodik von einer sehr breiten Repräsentation der verschiedenen Perspektiven – ein wichtiges Qualitätsmerkmal solcher Studien.

6.1.2 Leitfadeninterviews

Wir entschlossen uns, die Datenerhebung mithilfe von leitfadengestützten Interviews durchzuführen. Hierdurch ließ sich Raum für offene Antworten (Flick et al. 2005) mit einer Vergleichbarkeit der Daten (Merton und Kendall 1993) vereinbaren. Der Vorteil von offenen Antwortmöglichkeiten besteht darin, dass der Interviewte in seiner Sprache antworten kann und die Aussagen nicht durch Vorformulierungen eingeschränkt sind; auch können ganz neue Aspekte geschildert werden, die vorher nicht eingeplant waren. Beispielsweise war die umfangreiche Kritik an den studentischen Tutoren ein überraschendes Ergebnis der Studie, das im Vorfeld nicht thematisiert wor-

den war und in einem standardisierten Verfahren wohl kaum zum Ausdruck gekommen wäre.

Um zu vermeiden, dass die befragten SP untereinander die Thematik des Interviews diskutieren und daher der persönliche Erlebnisbericht verfälscht wird, waren den SP die Leitfragen vor den Interviews nicht bekannt. Dies hatte jedoch zur Folge, dass die SP teilweise lange über einzelne Fragen nachdenken mussten. Einige SP äußerten daher, dass sie sich gerne zum Thema vorher Gedanken gemacht hätten.

6.1.3 Auswertungsmethode

Die „Rohdaten“ wurden durch eine Interviewtranskription der Audiodateien gewonnen. Das Kenntlichmachen der Intonation (s. Anhang 9.2) und vorhandener Emotionen sollten einen Informationsverlust während dieses Arbeitsschrittes verhindern. Durch eine Pseudonymisierung von Personen und Orten wurde der Datenschutz sichergestellt. Die gesamte Transkription aller Interviews war mit einem hohen Arbeits- und Zeitaufwand verbunden. Jedoch konnten hierdurch Passagen nachträglich ausgewertet werden, die anfangs weniger relevant erschienen.

Die Auswertung der Interviews erfolgte in Anlehnung an die Dokumentarische Methode nach Bohnsack (Bohnsack 2003). Diese erschien aufgrund der klar strukturierten Arbeitsschritte und der Möglichkeit einer tiefgehenden Interpretation als geeignet. Allerdings erfolgte die Auswertung nicht gleichermaßen für alle Interviewteile. Wegen des hohen zeitlichen Aufwandes und der Annahme, dass eine tiefgehende Interpretation des gesamten Materials wenig gewinnbringend wäre, wurden thematisch relevante Aspekte der ersten Interviewabschnitte auf der Basis der *Formulierenden Interpretation* deskriptiv zusammengefasst, ohne reflektierend interpretiert zu werden.

Für den zweiten Teil der Interviews wurden zur Interpretation alle Arbeitsschritte der Dokumentarischen Methode angewendet. Mit Hilfe der *Formulierenden Interpretation*, die einen Gesamtüberblick über das zur Auswertung bereitstehende Material liefert, wurden Sequenzen mit einer besonders hohen inhaltlichen Dichte identifiziert. An dieser Stelle bestand eine große Gefahr des Datenverlustes: Zum einen unterliegt die Auswahl der Sequenz und damit die thematische Gewichtung der Ergebnisse

einer subjektiven Entscheidung. Zum anderen bedeutet dieser Arbeitsschritt eine erhebliche Reduktion der auszuwertenden Daten. Um den Verlust von relevantem Material möglichst gering zu halten, wurde die Auswahl der relevanten *Sequenzen* in der Arbeitsgruppe diskutiert. Eine möglichst hohe Zahl an Vergleichssequenzen pro Fall sollte außerdem eine hohe Validität der Fallbeschreibungen sichern.

6.2 Ergebnisse

6.2.1 Studentische Tutoren als Problem

Die Unterrichtseinheit „Ärztliche Basisfähigkeiten“ wurde insgesamt von den SP sehr positiv bewertet (Kapitel 5.3.1). Diese Einschätzung deckt sich mit den Ergebnissen einer Studie, bei der Studierende mit Hilfe des Kurses „Ärztliche Basisfähigkeiten“ sowohl in der Selbsteinschätzung als auch objektiv in der Abschlussprüfung (OSCE) einen deutlichen Lernzuwachs erzielten. (Fischer et al. 2005).

Die SP äußerten zum Teil deutliche Kritik an den studentischen Tutoren. Ärzte seien zur Unterrichtsleitung besser geeignet, was vor allem auf die mangelnde Erfahrung der studentischen Tutoren zurückzuführen sei. Diese agierten teils sehr unsicher, einige zeigten sich zudem nicht ausreichend vorbereitet. Ärzte hingegen hätten eine größere Autorität gegenüber den Studierenden und könnten oft hilfreiche Hintergrundinformationen liefern. Insgesamt hänge die Qualität des Unterrichts stark von deren Leitung ab.

Die Rolle der studentischen Tutoren in der beschriebenen Unterrichtseinheit wurde bereits in einer Studie von 2007 untersucht, jedoch beschränkte sich diese Arbeit auf das Setting der Abschlussprüfung (OSCE). Demnach gab es sowohl vonseiten der Studierenden als auch nach Analyse der Prüfungsergebnisse keine Einwände gegenüber dem Einsatz studentischer Tutoren (Chenot et al. 2007). Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch eine Studie der Universität Transkei, Südafrika (Kwizera et al. 2001). In dieser retrospektiven Studie wurden professionelle Dozenten mit unerfahrenen Tutoren einer problemorientierten Lerneinheit verglichen: Die Tutoren hatten keinen negativen Einfluss auf die Leistung der Studierenden.

In einer anderen Studie wurde aufgrund begrenzt zur Verfügung stehender qualifizierter Tutoren (*senior completed postgraduate education*) untersucht, welchen Einfluss eine unterschiedliche Qualifikation des Tutors auf die Lernergebnisse von Studierenden einer problemorientierten Unterrichtseinheit hat und wie die Studierenden selber dies beurteilen (Matthes et al. 2002): Die Studierenden evaluierten erfahrene Tutoren besser als studentischen Tutoren. Interessanterweise hatte auch hier die unterschiedliche Qualifikation der Tutoren keinen Einfluss auf die Ergebnisse einer folgenden schriftlichen Prüfung. Somit konnten keine Unterschiede im Lernerfolg, welche mit der Unterrichtsleitung verknüpft waren, festgestellt werden, wohl aber in der Zufriedenheit der Studierenden.

Eine weitere Studie stellte anhand eines Fragebogens fest, dass die Studierenden „qualifizierte“ Tutoren geeigneter empfanden als studentische Tutoren (Groves et al. 2005), da erstere sich empathischer verhielten und über ein größeres klinisches Wissen verfügen. Dies hätte eine höhere Unterrichtsbeteiligung der Studierenden zur Folge. Außerdem legten „qualifizierte“ Tutoren mehr Wert darauf, die Studierenden zu beurteilen.

Wie SP studentische Tutoren beurteilen, war ein Teilaspekt einer Studie von Hudson und Tonkin (2008). Einerseits wurden hier Prüfungsergebnisse der Studierenden zweier Vergleichsgruppen (Unterrichtsleitung durch studentische Tutoren vs. Ärzte) analysiert, andererseits eine Diskussion mit SP qualitativ ausgewertet: Studierende im fortgeschrittenen Studienabschnitt und Ärzte gestalteten demnach Kleingruppenunterricht gleichermaßen effektiv.

Die in dieser Arbeit geäußerte Kritik an den studentischen Tutoren sollte im Gesamtzusammenhang betrachtet werden: Die SP kennen die beteiligten Ärzte aus diversen Unterrichtsstunden und Weiterbildungen, woraus ein vertrautes Verhältnis resultiert. Die studentischen Tutoren dagegen wechseln häufig und werden unregelmäßiger eingesetzt. Die große Altersdifferenz der SP zu den Tutoren könnte ebenfalls einen Einfluss haben: Da sich die studentischen Tutoren in einer anderen Lebenssituation befinden, unterscheiden sich vermutlich auch deren Wertevorstellungen von denen der meist im Rentenalter befindlichen SP. So können Sprache und Umgangsformen abweichen, was eventuell zu Differenzen führt. Nach Karl Mannheim (2009) haben

Menschen derselben Generationen eine spezifische Art des Erlebens, Denkens und des Handelns, was auf gesellschaftlich-historische Gründe zurückzuführen ist. Vielen SP war z.B. ein striktes Einhalten der vorgeschriebenen Abläufe sehr wichtig. Eine freiere Interpretation des eigentlich streng gegliederten Unterrichtsablaufes durch die studentischen Tutoren wurde oft kritisiert, muss aber nicht zwangsweise die Unterrichtsqualität negativ beeinflusst haben.

6.2.2 Einfluss der SP-Tätigkeit auf die eigene Arzt-Patienten-Beziehung

Die vorliegende Studie konnte zeigen, dass die Tätigkeit als Simulationspatient einen erheblichen Einfluss auf das reale Leben, insbesondere die Arzt-Patienten-Beziehung haben kann. Einige der in dieser Arbeit explorierten Erfahrungen finden sich schon in der Literatur, andere wurden noch nicht beschrieben.

Ein Großteil der befragten SP nahm eine Sonderposition in der Beobachtung und der Analyse ärztlichen Handelns ein. Besonderen Wert legten die SP auf Begrüßung, Verabschiedung und nonverbale Kommunikation der sie behandelnden Ärzte. Die Analysekriterien entsprachen weitestgehend den Qualitätsstandards des Unterrichts. Eine Studie von Fiscella et al. (2007) kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass SP die kommunikativen Fähigkeiten von Ärzten deutlich objektiver beurteilen als andere Patienten. Auch eine Studie von Woodward und Gliva-McConvey (1995) zeigte, dass SP durch ihre Tätigkeit eine differenzierte Sicht auf die Arzt-Patienten-Beziehung entwickeln und sich damit die Erwartungen an den Arzt konkreter gestalten. Neben seinen klinischen Fähigkeiten sollte ein Arzt demnach empathisch sein, zuhören und nicht „von oben herab“ kommunizieren. Den SP unserer Studie war besonders eine aufmerksame, patientenorientierte Handlungsweise des Arztes wichtig.

Darüber hinaus berichteten einige SP, dass sie seit ihrer SP-Tätigkeit Kritik gegenüber ihren Ärzten offen ansprechen. Eine SP wendete ihre hier erlernte Fähigkeit, ein umfassendes Feedback zu geben, mehrfach in der Realität an, was zu einem freundlicheren Verhalten des Arztes führte. Ein gesteigertes Selbstvertrauen ließ sich bei mehreren unserer befragten SP beobachten. Auch die Studie von Gillespie et al. (2009) kam zu dem Ergebnis, dass SP aufgrund ihrer intensiven Schulungen und Erfahrungen ein aktiveres Verhalten während des Arztbesuchs zeigten, was sich

durch eine gute Vorbereitung auf den Arztkontakt und ggf. energisches Nachfragen äußerte. Ärzte, die den Erwartungen nicht entsprachen, wurden von den SP nicht mehr aufgesucht (ähnlich Woodward et al. [1995] und Boerjan et al. [2008]).

Eine SP unserer Studie berichtete zudem, ihrem Arzt im Gespräch besser folgen zu können und aktiver mitzudenken. Ein Gemeinschaftsprojekt mehrerer amerikanischer Universitäten von 2001 konnte durch Auswertung von Fragebögen (N 180) zeigen, dass sich deren Auffassungsgabe während der Anamnese und der klinischen Untersuchung verbesserte (Wallach et al. 2001).

Während der Analyse der Interviews fiel auf, dass Simulationspatienten mit medizinischer „Vorbildung“ einen Effekt der SP-Tätigkeit auf andere Lebensbereiche ausschlossen, z.B. war sich die oben beschriebene Frau Lehmann diesbezüglich über keinerlei Veränderungen bewusst. Eine genaue Analyse des Interviews aber zeigte, dass sich ihre Ansprüche an den Arzt doch konkretisierten. So verglich sie ihre Ärzte mit der Unterrichtssituation und markierte Unterschiede. Insgesamt aber erlebten SP ohne medizinische Berufserfahrung einen Effekt durch die SP-Tätigkeit deutlicher und bewusster als jene SP, die beruflich „vorbelastet“ waren. Erstere beginnen sich vermutlich durch den Unterricht mit dem Thema „Arzt-Patienten-Beziehung“ genauer auseinanderzusetzen. Bei SP mit medizinischer Berufserfahrung ist ein Effekt nicht ausgeschlossen, aber anscheinend weniger offensichtlich. Von einer ähnlichen Hypothese gingen auch Rubin und Philp (1998) in ihrer Studie „Health care perceptions of the standardized patients“ aus und unterschieden daher bei der Auswertung zwischen „erfahrenen“ und „unerfahrenen“ Darstellern. Interessanterweise zeigten ihre Ergebnisse keine Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.

Ein Aspekt, den Boerjan et al. (2008) beschrieben und der auch auf zwei unserer SP zutraf, ist ein vermehrt empathisches Verhalten gegenüber Ärzten seit der SP-Tätigkeit: SP berichteten, trotz ihrer Ansprüche an den Arzt auch dessen Gesamtsituation (z.B. Zeitmangel, Überarbeitung) zu berücksichtigen. Mit Hilfe der Unterrichtserfahrungen hatten sie die ärztliche Perspektive und Probleme des ärztlichen Alltags kennengelernt. Eine SP plädierte aufgrund der hohen Arbeitsbelastung von Ärzten für mehr Rücksichtnahme der Patienten und ein angemessenes Verhalten ihnen gegenüber.

Mit unseren Daten konnte, neben den aus der Literatur bekannten Gesichtspunkten, auch ein neuer Aspekt exploriert werden. So hatte für eine SP ihre Tätigkeit einen „therapeutischen Effekt“: Erfahrungen aus dem Unterricht waren offensichtlich dafür verantwortlich, dass ihr Verhältnis zu Ärzten nicht mehr durch Angst geprägt war und ermöglichten ihr, Krankenhäuser wieder angstfrei betreten zu können. Dies mutet in der Tat außergewöhnlich an, verdeutlicht aber, welchen starken Einfluss die SP-Tätigkeit im Einzelfall auf das Privatleben haben kann.

6.3 Schlussfolgerung und Ausblick

Das Problem der unterschiedlichen Unterrichtsqualität zwischen ärztlichen Dozenten und studentischen Tutoren sollte zukünftig noch gründlicher diskutiert werden. Es ist aufgrund begrenzter Ressourcen vermutlich unrealistisch, alle Kleingruppen mit ärztlichen Dozenten oder wissenschaftlichen Mitarbeitern zu besetzen, daher könnten nur größere Gruppen einen Ansatz zur Verbesserung liefern. Hierbei müsste zwischen Qualität des Dozenten einerseits und einer optimalen Gruppengröße andererseits abgewogen werden, da Kleingruppenunterricht ein wichtiger Bestandteil des Konzepts ist. Definitiv sollte auf eine genaue Auswahl der studentischen Tutoren geachtet werden, die möglichst langfristig ihre Tätigkeit ausüben sollten. Fundierte Schulungen erscheinen ebenso wichtig wie eine ausreichende Einarbeitung. Nach Dolmans et al. (2002) erfordert die Entwicklung eines geeigneten Curriculums und der Ausbildung von Tutoren ein hohes Maß an Anstrengung.

Bei einigen SP konnte eine Übertragung von Verhaltensweisen aus dem Unterricht in die Realität beobachtet werden. Ein Beispiel ist die Gabe eines detaillierten Feedbacks beim realen Arzt oder die Übernahme von „Qualitätsstandards“, die im Unterricht erlebt wurden. Dies ist an sich ein schönes Ergebnis, wenngleich es mit einer kleinen Gefahr verbunden ist: Falls der Unterschied zwischen Lehrsituation und Realität von den SP nicht mehr berücksichtigt werden sollte, könnte sich für einige SP Unterricht und Realität vermischen. Es sollte darüber nachgedacht werden, die SP auf diesen Sachverhalt hinzuweisen. Umso wichtiger erscheint außerdem die Vorgabe, dass SP keine Erkrankungen spielen, von denen sie persönlich betroffen sind. Es könnte ansonsten zu unangemessenen emotionalen Reaktionen gegenüber Studierenden kommen und die gebotene Objektivität als SP damit beeinträchtigt werden.

Ein Effekt der SP-Tätigkeit auf die reale Arzt-Patienten-Beziehung ist deutlich erkennbar. Die SP erhalten durch den Unterricht ein Handwerkszeug, mit dessen Hilfe sie den Patientenalltag besser bestreiten können. Jedoch muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass es sich um individuelle Erlebnisse der Göttinger SP handelt.

Bokken et al. (2006) konnten in einer Studie der Universität Maastricht zeigen, dass die SP-Tätigkeit auch mit negativen Erfahrungen (Unzufriedenheit mit der Leistung, Stress, Nervosität) verbunden sein kann. In unserer Studie kamen solche Erfahrungen nicht zum Ausdruck, weshalb hier vorerst kein Handlungsbedarf gesehen wird. In weiteren Studien könnte aber untersucht werden, ob SP generell unzufriedener mit ihren Ärzten sind, da sie aufgrund ihres geschulten Blicks Missstände entdecken, diese aber unter Umständen nicht beseitigen können.

Zukünftig können neue Einsatzmöglichkeiten für SP in Deutschland diskutiert werden. Die Studie konnte bestätigen, dass ein wichtiges Resultat der SP-Tätigkeit der besonders „geschulte Patient“ ist. Diese Patienten könnten z.B. zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern eingesetzt werden. Außerdem wäre mit ihrer Hilfe eine Weiterbildung der kommunikativen Fähigkeiten von Assistenz- oder Fachärzten denkbar. Ärzte eignen sich mit der Zeit einen persönlichen „klinischen Stil“ bei der Kommunikation an, der von der Lehrmeinung abweichen kann (Rubin und Philp 1998) und eventuell einer „Nachschulung“ bedarf. Außerdem ist aus Zeitgründen die Kommunikation zwischen Arzt und Patient oft eingeschränkt. Daher könnten Ärzte ebenfalls von der besonderen Fähigkeit der SP, ein strukturiertes Feedback zu geben, profitieren. International wurde dies schon erfolgreich erprobt (Hardoff und Schonmann 2001; Beaulieu et al. 2003).

Außerdem könnten SP aufgrund ihrer besonderen Kenntnisse und Sensibilität eingesetzt werden, um mehr über Problemfelder der Arzt-Patienten-Beziehung zu erfahren. Überspitzt formuliert könnte man postulieren, dass das SP-Training der „Königsweg“ ist, ein autonomer Patient zu werden. Denkbar wäre daher, diese Ressource bei Patientenschulungen zu nutzen und „normale Patienten“ an dieser Expertise teilhaben zu lassen.

Die Fallbeschreibung „Frau Lehmann“ warf die Frage auf, ob medizinische Experten dieselben Bedürfnisse (Empathie und Aufmerksamkeit des Arztes sowie Gesprächsanteile) wie „gewöhnliche“ Patienten haben. Dieser Aspekt konnte mit dieser Studie nicht abschließend beurteilt werden, ist aber ein wichtiges Thema für weitere Nachforschungen.

Abschließend bleibt anzumerken, dass zwar eine „Vollerfassung“ der in Göttingen in der Lehre eingesetzten SP gelungen ist, aber über die Erfahrungen von SP an anderen Orten nichts ausgesagt werden kann, bzw. die Generalisierung der Ergebnisse behutsam erfolgen sollte. Es sind weitere Untersuchungen – quantitativer und qualitativer Art – wünschenswert, um die Ergebnisse zu untermauern und noch unklare Aspekte näher zu beleuchten.

7. Zusammenfassung

Hintergrund:

Simulationspatienten (SP) sind Laien oder professionelle Schauspieler, die eine bestimmte Patientenrolle porträtieren. Sie werden zur Ausbildung und Beurteilung von Medizinstudierenden eingesetzt. Die Lehrforschung beschäftigte sich bisher vor allem mit der Qualität dieser Methode. Wie SP den Unterricht beurteilen und welchen Einfluss die Tätigkeit auf die SP persönlich hat, ist noch wenig erforscht.

Fragestellung

SP wurden zu ihrer Meinung über den Unterricht im Kurs „Ärztliche Basisfähigkeiten“, besonders zu dessen Qualität und Relevanz befragt. Die SP wurden auch nach ihren Erfahrungen mit Ärzten und den Auswirkungen ihrer SP-Tätigkeit auf die eigene Patientenrolle und das persönliche medizinische Handeln gefragt.

Methode

Mithilfe von leitfadengestützten Einzelinterviews wurden 14 SP (davon zwei Männer) zu ihren Erfahrungen befragt. Die Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert. Die interpretative Auswertung in einem interdisziplinären Team erfolgte in Anlehnung an die Dokumentarische Methode nach Bohnsack (2003).

Ergebnisse

Die Relevanz des Unterrichts wurde von den SP als sehr hoch bewertet. Besonders die Förderung der praktischen Erfahrungen, eine kommunikative Schulung der Studierenden sowie die Arbeit in Kleingruppen wirke sich ihrer Meinung nach positiv auf den Lernerfolg aus. Die Qualität des Unterrichts hänge stark mit der individuellen Leistung der Unterrichtsleitung zusammen. Studentische Tutoren seien aufgrund ihrer geringeren Erfahrung oft unsicher, teils auch unvorbereitet. Die Tätigkeit als SP führe dazu, die eigene Rolle als Patient/in kritischer zu hinterfragen, aber auch selbstbewusster in der Interaktion mit dem Arzt zu sein. Darüber hinaus zeigten einige SP mehr Verständnis für die berufliche Situation (z.B. Zeitmangel oder hohe Anforderungen) von Ärzten.

Schlussfolgerung

Die Erfahrungen von SP sind eine wertvolle Ressource. Sie könnten in Zukunft verstärkt zur Verbesserung der Lehre und auch z.B. im Rahmen von Patientenschulungen eingesetzt werden. Gerade hier wären SP als Mit-Dozenten geeignet.

8. Literaturverzeichnis

Albanese M, Mejicano G, Gruppen L (2008): Competency-based medical education: a defense against the four horsemen of the medical education apocalypse. *Acad Med* 83, 1132-1139

Amiel GE, Ungar L, Alperin M, Baharier Z, Cohe R, Reis S (2006): Ability of primary care physician`s to break bad news: a performance based assessment of an educational intervention. *Patient Educ Couns* 60, 10-15

Anderson MB, Stillman PL, Wang Y (1994): Growing use of standardized patients in teaching and evaluation in medical education. *Teach Learn Med* 6, 15-22

Approbationsordnung für Ärzte. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2002 Teil I 44, 2405-2435

Barrows HS (1993): An overview of the use of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Acad Med* 68, 443-453

Barrows HS, Abrahamson S (1964): The programmed patient: a technique for appraising student performance in clinical neurology. *J Med Educ* 39, 802-805

Beaulieu MD, Rivard M, Hudon E, Saucier D, Remondin M, Favreau R (2003): Using standardized patients to measure professional performance of physicians. *Int J Qual Health Care* 15(3), 251-259

Boerjan M, Boone F, Anthierens S, van Weel-Baumgarten E, Deveugele M (2008): The impact of repeated simulation on health and healthcare perceptions of simulated patients. *Patient Educ Couns* 73, 22-27

Bohnsack R: Rekonstruktive Sozialforschung - Einführung in qualitative Methoden. 5. Auflage; Leske u. Budrich, Opladen 2003,129-144

Bohnsack R, Nentwig-Gesemann I, Nohl AM: Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. 2. Auflage; VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2007, 303

Bokken L, van Dalen J, Rethans JJ (2004): Performance-related stress symptoms in simulated patients. *Med Educ* 38, 1089-1094

Bokken L, van Dalen J, Rethans JJ (2006): The impact of simulation on people who act as simulated patients: a focus group study. *Med Educ* 40, 781-786

Britten N (1995): Qualitative interviews in medical research. *BMJ* 311, 251-253

Burdick WP, Escovitz ES (1992): Use of standardized patients in a freshman emergency medicine course. *J Emerg Med* 10, 627-629

Chenot JF, Simmenroth-Nayda A, Koch A, Fischer T, Scherer M, Emmert B, Stanske B, Kochen MM, Himmel W (2007): Can student tutors act as examiners in an objective structured clinical examination? *Med Educ* 41(11), 1032-1038

Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J (2001): Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 357(9258), 757-762

Dolmans DH, Gijssels WH, Moust JH, de Grave WS, Wolphagen IH, van der Vleuten CP (2002): Trends in research in the tutor in problem-based learning: conclusions and implications for educational practice and research. *Med Teach* 24(2), 173-80

Fiscella K, Franks P, Srinivasan M, Kravitz R, Epstein R (2007): Ratings of Physician Communication by Real and Standardized Patients. *Ann Fam Med* 5, 151-158

Fischer T, Chenot JF, Kleiber C, Kochen MM, Simmenroth-Nayda A, Staats H, Hermann-Lingen C (2005): Kurs „ärztliche Basisfähigkeiten“ – Evaluation eines primärärztlich orientierten Unterrichtskonzepts im Rahmen der neuen Approbationsordnung. *GMS Z Med Ausbild* 22(3), Doc59

Flick U, Kardorff E, Steinke I: *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg 2005, 349-456

Fröhmel A, Burger W, Ortwein H (2007): Einbindung von Simulationspatienten in das Studium der Humanmedizin in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr* 132, 549-554

Gillespie C, Bruno JH, Kalet A (2009): What standardised patients tell us about 'activating' patients. *Med Educ* 43, 1112-1113

Gilliland WR, Pangaro LN, Downing S, Hawkins RE, Omori D M, Marks ES, Adamo G, Bordage G (2006): Standardized versus real hospitalized patients to teach history-taking and physical examination skills. *Teach Learn Med* 18(3), 188-195

Gottlieb S (2002): US students face national examination on simulated patients. *BMJ* 325, 512

Griffith CH, Wilson JF, Langer S, Haist SA (2003): House staff nonverbal communication skills and Standardized Patient satisfaction. *J Gen Intern Med* 18, 170-174

Groves M, Rego P, O'Rourke P (2005): Tutoring in problem-based learning medical curricula: the influence of tutor background and style on effectiveness. *BMC Med Educ* 5(1), 20

Hanson M, Tiberius R, Hodges B, MacKay S, McNaughton N, Dickens S, Regehr G (2002): Adolescent standardized patients: method of selection and assessment of benefits and risks. *Teach Learn Med* 14(2), 104-113

Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM (1975): Assessment of clinical competence using objective structured examination. *BMJ* 1(5955), 447-451

Hardoff D, Schonmann S (2001): Training physicians in communication skills with adolescents using teenage actors as simulated patients. *Med Educ* 35(3), 188-190

Hoffmann K, Schultz JH, Conrad C, Hancke R, Lauber H, Schönemann J, Kraus B, Bosse HM, Huwendiek S, Hoffmann GF, Herzog W, Jünger J, Nikendei C (2007): Kommunikationsschulung mittels "Standardisierter Eltern" im Fachbereich der Pädiatrie: Effekte auf die Selbst- und Fremdeinschätzung kommunikativer Kompetenzen-eine Studie im Kontrollgruppen-Design. *GMS Z Med Ausbild* 24(2), 113

Hornung RL, Hansen LA, Sharp LK, Poorsattar SP, Lipsky MS (2007): Skin cancer prevention in the primary care setting: assessment using a standardized patient. *Pediatr Dermatol* 24(2), 108-112

Hudson JN, Tonkin AL (2008): Clinical skills education: outcomes of relationships between junior medical students, senior peers and simulated patients. *Med Educ* 42, 901-908

Jünger J, Schnellberg D, Benkowitsch M, Schaefer S, Zeuch A, Roth C, Nikendei C, Müller T, Auler B, Herzog W (2002): Influence of a reformed curriculum in international medicine on self-efficacy in clinical skills of medical students. Lissabon: Association for Medical Education in Europe (AMEE) 4.6

Kruppa E, Jünger J, Nikendei C (2009): Innovative teaching and examination – taking stock at German medical faculties. *Dtsch Med Wochenschr* 134(8), 371-327

Kwizera EN, Dambisya YM, Aguirre JH (2001): Does tutor subject-matter expertise influence student achievement in the problem-based learning curriculum at UNITRA Medical School? *S Afr Med J* 91(6), 514-516

Lehr U: Langlebigkeit verpflichtet zu einem gesunden und kompetenten Älterwerden. (Schriftenreihe der Senioren Union der CDU NRW, Ausgabe Nr. 14) DZE GmbH, Essen 2009, 25

Linssen T, van Dalen J, Rethans JJ (2007): Simulating the longitudinal doctor-patient relationship: experiences of simulated patients in successive consultations. *Med Educ* 41(9), 873-878

Malterud K (1993): Shared understanding of qualitative research process. Guidelines for the medical researcher. *Fam Pract* 10, 201-206

Mannheim K: Das Problem der Generationen. In: Barboza A, Lichtblau K: Schriften zur Wirtschafts- und Kultursoziologie. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2009, 136

Matthes J, Marxen B, Linke RM, Antepohl W, Coburger S, Christ H, Lehmacher W, Herzig S (2002): The influence of tutor qualification on the process and outcome of learning in a problem-based course of basic medical pharmacology. *Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol* 366(1), 58-63

McNaughton N, Tiberius R, Hodges B (1999): Effects of portraying psychologically and emotionally complex standardised patient roles. *Teach Learn Med* 11(3), 135-141

Merton RK, Kendall PL: Das fokussierte Interview. In: Qualitative Sozialforschung; hrsg. v. Hopf C, Weingarten E, Klett-Cotta, Stuttgart 1993, 171-204

Nikendei C, Roth C, Dieckmann P, Schnellberg D, Schaefer S, Auler B, Herzog W, Jünger J (2002): Integration of paper-cases and role-plays in skillslab training in international medicine. Lissabon: Association for Medical Education in Europe (AMEE) 4.7

Nikendei C, Zipfel S, Roth C, Löwe B, Herzog W, Jünger J (2003): Kommunikations- und Interaktionstraining im psychosomatischen Praktikum: Einsatz von standardisierten Patienten. Psychother Psych Med 53: 440-445

Nohl AM: Interview und Dokumentarische Methoden. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2006,19-23

Ortwein H, Fröhmel A, Burger W (2006): Einsatz von Simulationspatienten als Lehr-, Lern und Prüfungsform. Psychother Psych Med 56, 23-29

Przyborski A, Wohlrab-Sahr M: Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch. Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München 2008, 160-173

Ramsey PG, Curtis JR, Paauw DS, Carline JD, Wenrich MD (1998): History-taking and preventive medicine skills among primary care physicians: an assessment using standardized patients. Am J Med 104(2), 152-158

Richards H, Emslie C (2000): The `doctor` or the `girl from the university`? Considering the influence of professional roles on qualitative interviewing. Fam Pract 17, 71-75

Rieber N, Betz L, Enck P, Muth E, Nikendei C, Schrauth M, Werner A, Kowalski A, Zipfel S (2009): Effects of medical training scenarios on heart rate variability and motivation in students and simulated patients. Med Educ 43(6), 553-556

Rubin NJ, Philp (1998): Health care perceptions of the standardized patient. Med Educ 32, 538-542

Simmenroth-Nayda A, Chenot JF, Fischer T, Scherer M, Stanske B, Kochen M (2007): Medizinstudium: Mit Laienschauspielern das ärztliche Gespräch trainieren. Dtsch Ärztebl 104, A-847-852

Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. (2000): The impact of patient-centred care on outcomes. J Fam Pract 49, 796–804.

Tamblyn R, Abrahamowicz M, et al. (2007): Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. JAMA 298, 993-1001

Terry R, Hiester E, James GD (2007): The use of standardized patients to evaluate family medicine resident decision making. Fam Med 39(4), 261-265

Terzioglu P, Jonitz B, Schwantes U, Burger W (2003): Kommunikativ und soziale Kompetenzen: Vermittlung muss im Medizinstudium beginnen. Dtsch Arztebl 36, A 2277-2279

Wallace J, Rao R, Haslam R (2002): Simulated patients and objective structured clinical examinations: review of their use in medical education. Adv Psychiatr Treat 8, 342-350

Wallach PM, Kovach R, Elnick M (2001): Standardized patients' perceptions about their own health care. Teach Learn Med 13, 227-231

Woodward CA, Gliva-McConvey G (1995): The effect of simulating on standardized patients. Acad Med 70, 418-420

Wüdrich M, Peters J, Philipsen A, Kopasz M, Berger M, Voderholzer U (2008): Clinical teaching with simulated patients in psychiatry and psychotherapy. A controlled pilot study. Nervenarzt 79, 1273-1282

Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE et al. (2003): Effect of communications training on medical student performance. JAMA 290(9), 1157-1165

9. Anhang

9.1 Leitfaden

Fragestellung 1

Welche Elemente unseres Unterrichts empfinden die SP als gut bzw. schlecht oder verbesserungsbedürftig?

Mögliche Leitfragen:

- Beschreiben Sie bitte, was Sie genau in unserem Unterricht machen.
- Was machen Sie gerne?
- Können Sie sich erinnern, was Ihnen an dem Unterricht der Allgemeinmedizin besonders gut gefallen hat?
- Gab es schon Situationen, mit denen Sie bezüglich des Unterrichts nicht einverstanden waren?
- Was können wir besser machen?
- Wie könnten wir die Kursinhalte verbessern?
- Sollte der Kurs durch bestimmte Aspekte ergänzt werden?

Fragestellung 2

Spiegelt das Unterrichtskonzept die von den SP als wichtig empfundene Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung wider?

Mögliche Leitfragen:

- Im Unterricht sind Sie Schauspieler. Wenn Sie aber nun die Unterrichtsgespräche mit den Arzt-Patient-Gesprächen aus Ihrem realen Leben vergleichen, für wie realitätsnah halten sie dann den Unterricht?
- Sehen Sie Unterschiede zwischen der Lehrsituation und der realen Arzt-Patient-Beziehung
- Gibt es Erfahrungen aus dem Unterricht, die Ihnen besonders geholfen haben, ihren Arzt zu verstehen?

- Was ist besonders sinnvoll, was finden Sie eher unwichtig an unseren Lehrinhalten?
- Haben Sie noch weitere Anmerkungen zum Kurs, auf die wir noch nicht zu sprechen gekommen sind?

Fragestellung 3

Wie beurteilen SP ihre Beziehung zu ihren Ärzten und welchen Einfluss hat die Tätigkeit auf ihre Arzt-Patient-Beziehung?

Mögliche Leitfragen:

- Wie empfinden Sie Ihre Beziehung zu Ärzten?
- Was ist für Sie während einer Arzt-Patienten-Konsultation wichtig?
- Was möchten Sie erklärt bekommen?
- Worauf achten Sie, wenn der Arzt mit Ihnen spricht?
- Wie wichtig ist eine persönliche Beziehung zum Arzt?
- Was hat sich seit Ihrer SP-Tätigkeit in Ihrer Beziehung zu Ärzten verändert?
- Beurteilen Sie das Handeln der Ärzte heute anders?
- Haben Sie Ärzte auf eventuelle Defizite angesprochen?
- Verstehen Sie jetzt besser, was ihr Arzt Ihnen erklärt?
- Haben Sie Ihren Arzt gewechselt?
- Nach welchen Kriterien suchen Sie einen neuen Arzt aus?

9.2 Transkriptionszeichen

Tabelle 2 Transkriptionszeichen

(4)	Dauer der Pause in Sekunden
Jaaa	Dehnung
((lachend)) Bsp.: ((lachend)) <i>Alle Menschen haben...</i> ((räuspert sich))	Kommentar der Transkibierenden, das „Gelachte“ wird kursiv geschrieben
nein (fett)	betont
viel-	Abbruch
()	Inhalt der Äußerung ist unverständlich; Länge der Klammer entspricht etwa der Dauer der Äußerung
(sagte er)	unsichere Transkription
ja so war das damals ↑nein ich↓	gleichzeitiges Sprechen ab "so", gleichzeitiges Sprechen endet hinter „das“
ja so war das damals ↑nein ich	unmittelbarer Anschluss ab "damals"

9.3 Informationen zur Studie

Georg-August-Universität Göttingen • Bereich Humanmedizin
 Universitätsklinikum • Medizinische Fakultät

Abteilung Allgemeinmedizin

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP

Informationen zur Studie

„Wie beurteilen Simulationspatienten die Relevanz von Kommunikationsunterricht unter Berücksichtigung ihrer eigenen Arztbeziehung?“

Sehr geehrte Schauspielpatientin, sehr geehrter Schauspielpatient,
 im Rahmen einer medizinischen Doktorarbeit beschäftigen wir uns mit der Frage, wie Schauspielpatienten den Unterricht beurteilen und wie sie ihre eigene Arzt-Patienten-Beziehung sehen. Wir erhoffen uns neue Einsichten zu gewinnen, um diese für die Lehre zu nutzen. Daher möchten wir mit Schauspielpatienten Interviews zu dieser Thematik führen.

Ablauf:

Nach Ihrer Unterschrift unter die Einverständniserklärung wird das Interview durchgeführt und aufgezeichnet. Die Aufzeichnungen werden mit einem elektronischen Programm transkribiert und dann ausgewertet. Die Ergebnisse werden dann in einer Dissertation und in einem Aufsatz in der Fachliteratur veröffentlicht.

Datenschutz:

Die Befragung und Auswertung erfolgt anonym. Die Daten werden unter keinen Umständen an Dritte weiter gegeben.

Betreuung:

Die Informationen zur Studie haben Sie von mir (Thorsten Lorkowski, Studierender der Universität Göttingen) erhalten. Sollten Sie noch Fragen haben, so wenden Sie sich doch bitte an mich oder an die Verantwortlichen für das Seminar und Projekt.

Ihre Teilnahme

Die Teilnahme ist freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angaben Gründen Ihr Einverständnis zurückziehen und aus der Studie ausscheiden, ohne dass es negative Folgen für Sie hat.

Verantwortlich für dieses Projekt sind:

Prof. Dr. Wolfgang Himmel
 Dr. Anne Simmenroth-Nayda
 Thorsten Lorkowski

9.4 Einverständniserklärung

Georg-August-Universität Göttingen
Abteilung Allgemeinmedizin
Humboldtallee 38
37075 Göttingen

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Michael M. Kochen

Einverständniserklärung

Ich, _____, bin damit einverstanden, dass dieses Interview aufgezeichnet, transkribiert und ausgewertet wird. Die Daten dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken und werden unter keinen Umständen an Dritte weiter gegeben. Sie werden in anonymisierter Form publiziert und in der Abt. Allgemeinmedizin archiviert.

Datum

.....
(Unterschrift des Simulationspatienten)

Danksagung

Ich möchte mich herzlich bei allen Personen bedanken, die auf verschiedene Weise zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben:

- Herrn Prof. Dr. med. M.M. Kochen und Herrn Prof. Dr. disc. pol. W. Himmel für die Bereitstellung des Themas
- Herrn Prof. Dr. disc. pol. W. Himmel für seine sehr hilfreiche konstruktive Kritik, sein Engagement zur Problemlösung und Betreuung während dieser Arbeit
- Frau Dr. med. Anne Simmenroth-Nayda für die hervorragende und immer freundliche Betreuung und ihre motivierende Unterstützung
- Gabriella Marx für Ihre Unterstützung und Ratschläge in methodischen Fragen
- Katrin Püschel, meiner Mitdoktorandin, für eine produktive und angenehme Zeit während unserer Arbeitsgruppe
- Meiner Freundin Friederike Gutzeit für ihre Aufmunterungen in schwierigen Phasen und für das Korrekturlesen
- Jürgen Gutzeit für seine abschließende Korrektur.

Lebenslauf

Am 16. Januar 1983 wurde ich, Thorsten Lorkowski, als erstes von zwei gemeinsamen Kindern von Manfred Lorkowski und Rosemarie Lorkowski, geb. Mielisch, in Hamburg geboren.

Von 1993 bis 2002 besuchte ich das Goethe-Gymnasium in Hamburg und erlangte dort die allgemeine Hochschulreife. Anschließend leistete ich Zivildienst in der Klinik Dr. Guth (Hamburg) auf einer orthopädischen Station.

Im April 2004 nahm ich mein Studium der Humanmedizin an der Universität Göttingen auf und bestand im Sommersemester 2006 den ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung.

Während des Praktischen Jahres absolvierte ich den chirurgischen Teil am General Mayo Hospital in Castlebar, Irland. Mein Wahltertial Dermatologie verbrachte ich an der Universität Göttingen und das Tertial Innere Medizin am Krankenhaus Alfeld.

Im November 2010 beendete ich erfolgreich das Medizinstudium und arbeite zurzeit als Assistenzarzt in der Allgemein- und Viszeralchirurgie.