

**Entwicklung des longitudinalen Curriculums
Sprechende Medizin „Communicare“ in den klinischen
Semestern
des Fachbereichs Humanmedizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen
- Hintergrund - Entwicklung/Konzeption - Inhalte -**

**Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Humanbiologie
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen**

**vorgelegt von
van der Mei, Sicco H.,
Psychologischer Psychotherapeut
aus Amersfoort (Niederlande)**

Gießen, 2020

Aus dem
Medizinischen Zentrum für Psychosomatische Medizin

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. J. Kruse

des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

Gutachter: Priv.-Doz. Dr. biol. hom. H. B. Jurkat, Dipl.-Psych.
Gutachter: Univ.-Prof. Dr. rer. nat. R. Stark

Tag der Disputation: 24.09.2020

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Entwicklung in Deutschland	5
2.1	Historie	5
2.2	Basler Consensus Statement „Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium“	6
2.3	Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog der Medizin (NKLM).....	8
3	Strukturierung des Curriculums an der Justus-Liebig-Universität Gießen.....	18
3.1	Basler Consensus Statement „Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium“ an der JLU Gießen	18
3.2	Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog der Medizin an der JLU Gießen 24	
3.3	Finanzierung des Projekts Longitudinales Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ an der JLU Gießen	25
4	Schauspielpatienten.....	26
4.1	Das Arbeiten mit Schauspielpatienten.....	28
4.2	Organisatorische Vorarbeiten zur Implementierung der Sprechenden Medizin in der JLU Gießen.....	30
4.3	Werbung.....	30
4.4	Rekrutierung und Casting von Schauspielpatienten	33
4.5	Rechtliche Rahmenbedingungen, Erfassung der Stunden, Entwicklung Formulare, Verwaltungsabläufe	35
4.6	Organisation und Planung.....	36
4.7	Training der Schauspielpatienten in den klinischen Semestern im Fachbereich Medizin der JLU Gießen	36
4.7.1	Konzeption, Planung und Entwicklung.....	36
4.7.2	Merkmale eines effizienten Schauspieltrainings.....	37
4.7.3	Trainingskonzept der Schauspielpatienten	37
5	Entwicklung von Rollen.....	49

5.1	Struktur und Inhalt der Rollenbeschreibung	50
5.2	Auflistung der Rollen pro Fachgebiet	52
6	Arbeiten mit Tutoren	54
6.1	Tutorenschulung Anamneseerhebung	55
6.1.1	Hintergrund.....	55
6.1.2	Lehr- und Lernziele.....	56
6.1.3	Themen und Inhalte.....	56
6.1.4	Unterrichtsmethoden und Didaktik.....	56
6.1.5	Rahmenbedingungen	57
6.1.6	Unterrichtsstruktur	57
6.2	Tutorenschulung im Bereich Altersmedizin	58
6.2.1	Hintergrund.....	58
6.2.2	Lehr- und Lernziele.....	60
6.2.3	Themen und Inhalte.....	60
6.2.4	Unterrichtsmethoden und Didaktik.....	61
6.2.5	Rahmenbedingungen	61
6.2.6	Unterrichtsstruktur	62
7	Entwicklung in den medizinischen Fachgebieten	63
7.1	Psychosomatik und Psychotherapie.....	64
7.1.1	Hintergrund / Einbindung ins Lehrprogramm.....	64
7.1.2	Lehr- und Lernziele.....	66
7.1.3	Themen und Inhalte.....	66
7.1.4	Unterrichtsmethoden und Didaktik.....	67
7.1.5	Rahmenbedingungen	68
7.1.6	Evaluation.....	68
7.1.7	Unterrichtsstruktur	68
7.1.8	Lehr- und Lernziele Seminar Kommunikation und Interaktion mit Schauspielpatienten	69
7.2	Palliativmedizin	70

7.2.1	Hintergrund / Einbindung ins Lehrprogramm.....	70
7.2.2	Lehr- und Lernziele.....	71
7.2.3	Themen und Inhalte.....	72
7.2.4	Unterrichtsmethoden und Didaktik.....	73
7.2.5	Rahmenbedingungen	73
7.2.6	Evaluation.....	74
7.2.7	Unterrichtsstruktur	74
7.2.8	Lehr- und Lernziele Seminar Kommunikation und Interaktion mit Schauspielpatienten	75
7.3	Wahlfach Palliativmedizin	76
7.3.1	Hintergrund / Einbindung ins Lehrprogramm.....	76
7.3.2	Unterrichtsmethoden und Didaktik.....	76
7.3.3	Rahmenbedingungen	76
7.3.4	Evaluation.....	77
7.3.5	Unterrichtsstruktur	77
7.3.6	Lehr- und Lernziele Seminar Kommunikation und Interaktion mit Schauspielpatienten	77
7.4	Allgemeinmedizin.....	78
7.4.1	Hintergrund / Einbindung ins Lehrprogramm.....	78
7.4.2	Lehr- und Lernziele und Themen	79
7.4.3	Unterrichtsmethoden und Didaktik.....	80
7.4.4	Rahmenbedingungen	81
7.4.5	Evaluation.....	81
7.4.6	Unterrichtsstruktur	81
7.4.7	Lehr- und Lernziele Seminar Kommunikation und Interaktion mit Schauspielpatienten	82
7.5	Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie	83
7.5.1	Hintergrund / Einbindung ins Lehrprogramm.....	83
7.5.2	Lehr-, Lernziele, Themen und Inhalte	84
7.5.3	Unterrichtsmethoden und Didaktik.....	85

7.5.4	Rahmenbedingungen	85
7.5.5	Evaluation.....	85
7.5.6	Unterrichtsstruktur	86
7.5.7	Lehr- und Lernzeile Seminar Kommunikation und Interaktion mit Schauspielpatienten	86
7.6	Pädiatrie.....	87
7.6.1	Hintergrund / Einbindung ins Lehrprogramm.....	87
7.6.2	Lehr- und Lernziele	88
7.6.3	Unterrichtsmethoden und Didaktik	89
7.6.4	Rahmenbedingungen	90
7.6.5	Evaluation.....	90
7.6.6	Unterrichtsstruktur	90
7.6.7	Lehr- und Lernziele Seminar „Praktikum Gesprächsführung“	91
7.7	OSCE in der Pädiatrie	91
7.7.1	Prüfungsmethode	92
7.7.2	Rahmenbedingungen	93
7.7.3	Lehr- und Lernzeile im OSCE-Pädiatrie unter Einbezug von Kommunikation und Interaktion mit Schauspielpatienten.....	93
8	Fragestellungen	94
8.1	Einordnung und Fragestellung	94
9	Methoden.....	95
9.1	Vergleich Lernziele und Basiskompetenzebenen in Gießen mit Vorgaben des NKLM.....	95
9.2	Evaluation der Studierenden	95
9.3	Entwicklung des Evaluationsbogens für Schauspielpatienten	95
9.4	Messinstrument.....	97
10	Ergebnisse.....	99
10.1	Mitarbeit der Fachgebiete.....	99
10.2	Lernzielabdeckung und Basiskompetenzebenen.....	100
10.3	Ergebnisse der vertieften Lehrevaluation	102

10.3.1	Auswertungsverfahren.....	102
10.3.2	Stichprobenbeschreibungen	102
10.3.3	Ergebnisse	102
11	Diskussion und Ausblick	107
11.1	Diskussion.....	107
11.2	Ausblick.....	117
12	Zusammenfassung	120
13	Summary	121
14	Abkürzungsverzeichnis	122
15	Abbildungsverzeichnis	124
16	Tabellenverzeichnis	126
17	Literaturverzeichnis.....	128
	Anhang	146
	Anhang A – Kompetenzen, Lernziele und Lerntiefe über alle Fachbereiche	i
	Anhang B - Evaluationsbogen.....	xiv
	Anhang C – Kompetenzbereiche und Basiskompetenzebenen - Vergleich NKLM und JLU Gießen.....	xv
	Anhang D - Zahlen Deskriptive Statistik.....	xxv
	Anhang E - Erklärung der Ethikkommission	liv
	Anhang F - Erklärung zur Dissertation	lv
	Anhang G - Publikations- und Vortragsverzeichnis	lvi
	Anhang H - Danksagung.....	lxiii

Aus Gründen der flüssigeren Lesbarkeit wird nachfolgend in erster Linie die maskuline Form des Personenbezugs verwendet und auf die geschlechtsspezifische Endung „*in/-innen“ verzichtet. Selbstverständlich ist die feminine Form grundsätzlich mit impliziert und wird zur Kennzeichnung relevanter Problemstellungen benutzt.

*„Gedacht heißt nicht immer gesagt/gesagt heißt nicht immer richtig
gehört/gehört heißt nicht immer richtig verstanden/verstanden
heißt nicht immer einverstanden/einverstanden heißt nicht immer
angewendet/angewendet heißt noch lange nicht beibehalten.“*

*Zitat von Konrad Lorenz (1903 – 1989)
(Jung & Buchmann, 2015)*

1 Einleitung

Die Entwicklung des longitudinalen Curriculums Sprechende Medizin „Communicare“ hat einen bildungspolitischen Hintergrund (MFT, 2015). Der Wissenschaftsrat urteilte im Jahr 2008, dass die Qualität von Lehre und Studium im Bereich der Humanmedizin zu verbessern sei (Wissenschaftsrat, 2008). Er empfahl dem Hochschulausschuss der Kultusministerkonferenz einen Fachqualitätsrahmen für das Medizinstudium in Deutschland zu entwickeln. In diesem Sinne wurde von Seiten des Medizinischen Fakultätentages (MFT) und der Gesellschaft Medizinische Ausbildung (GMA) der Vorschlag unterbreitet, einen „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM)“ zu entwickeln, welcher einen einheitlichen, flächenübergreifenden Qualitätsstandard für das deutsche Humanmedizinstudium begründen soll (Jünger et al., 2016; MFT 2016). Die Umsetzung umfasst 21 Arbeitspakete, von denen sich zwei explizit mit der ärztlichen Gesprächsführung befassen. Auf jene Arbeitspakete mit ihren kompetenzbasierten Zielen bezieht sich die vorliegende Dissertation.

In Deutschland war bis zu diesem Zeitpunkt der Stellenwert der Vermittlung kommunikativer und sozialer Kompetenzen in der Lehre eher gering, obwohl bereits bekannt war, dass diese Fertigkeiten und Kompetenzen nicht am Rande des klinischen Unterrichts erworben werden können (Langewitz, Eich, Kiss, Wössmer, 1998; Yecidia et al., 2003). Kiessling et al. (2008) empfahlen in ihrem Positionspapier „einen gut strukturierten interaktiven Unterricht in Kleingruppen mit hohem praktischen Übungsanteil und Feedback, z.B. durch Einbezug von Simulationspatienten...“ (S. 2).

Auch unter den Lehrenden wurde schon seit längerem die Ansicht vertreten, dass kommunikative Fähigkeiten in den Lehrplan verankert werden müssten (Petersen, Busche, Bergelt & Huse-Kleinstoll, 2005). Dies wurde auch von den Studierenden so gesehen. Im Ergebnis wurde von Junghans, Alfermann, Kamenik & Brähler (2003) die

Ausbildung der Ärzte diesbezüglich als defizitär eingestuft. Seitdem hat die Vermittlung der sozialen und kommunikativen Kompetenzen und Fertigkeiten in den deutschen Fakultäten der Medizin stetig an Bedeutung gewonnen (Cämmerer, Martin & Rockenbauch, 2016).

Als ein Anwendungskonzept, setzte die Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Medizin der Universität Heidelberg in ihren Kommunikations- und Interaktionstrainings für Mediziner (MED-KIT) schon sehr früh Simulationspatienten ein (Schulz et al., 2007), da solche Lerneinheiten der Realität sehr nahekommen und zugleich anhand von standardisierten Kriterien gut überprüfbar sind.

Auch das Studiendekanat der Medizin der JLU Gießen sah den Handlungsbedarf, die sozialen und kommunikativen Kompetenzen der Studierenden in der Humanmedizin zu verbessern. Im Jahr 2009 wandte es sich deshalb mit dem Auftrag an das Zentrum für Psychosomatische Medizin, ein entsprechendes longitudinales Curriculum zu entwickeln, da im deutschsprachigen Raum traditionell diese Fertigkeiten und Kompetenzen schwerpunktmäßig durch die psychosozialen Fächer unterrichtet und oder koordiniert werden (Jünger & Köllner, 2003).

Im Zentrum für Psychosomatische Medizin der JLU Gießen (Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Univ.-Prof. Dr. med. J. Kruse; Institut für Medizinische Psychologie; Frau Univ.-Prof. Dr. rer. nat. R. Deinzer) wurde dieses Vorhaben unterstützt. Man teilte zunächst das Curriculum „Sprechende Medizin“ in Vorklinik und Klinik auf. Das Institut für Medizinische Psychologie übernahm die vorklinischen Semester und die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie verantwortete seitdem die Umsetzung in den klinischen Semestern des Medizinstudiums.

Als verantwortlicher Projektleiter wurde der Autor dieser Dissertation Anfang 2010 damit betraut, ein solches Curriculum mit den dazu gehörigen Unterrichtsmethode, dessen Didaktik und Unterrichtstechniken für die klinischen Semester zu entwickeln, Finanziert wird dieses Vorhaben bis heute durch die „Mittel zur Verbesserung der Qualität der Studienbedingungen und der Lehre“ (QSL-Mittel), woraus schließlich das Longitudinale Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ entstand (Deinzer, Kruse, van der Mei & Alleker, 2012).

Das übergeordnete Ziel des longitudinalen Curriculums ist es, längerfristig und nachhaltig die ärztliche Gesprächskompetenz zu stärken und zu verbessern. Hierfür soll

es sich über den ganzen Zeitraum des Medizinstudiums der JLU Gießen erstrecken und sowohl in der vorklinischen als auch in der klinischen Lehre angesiedelt sein. Die kommunikativen Grundlagen sowie die kommunikativen Skills mittels moderner didaktischer Konzepte und praktischer Übungen umgesetzt und geprüft werden.

Dabei stellt „Communicare“ seine fachliche Kompetenz im Bereich „Kommunikation und Interaktion“ den jeweiligen Fachgebieten zur Verfügung und, die inhaltlichen fachgebietsspezifischen Tätig- und Fertigkeiten.

Begleitend zur Entwicklung des longitudinalen Curriculums und der Durchführung des jeweiligen Unterrichts wurden seit 2009 die jeweiligen Lehreinheiten in den medizinischen Fachrichtungen evaluiert. Zusammenfassend bestätigen die Ergebnisse die Praxisnähe und Relevanz der Angebote des Curriculums, ebenso fällt die Bewertung der Leistungen der Schauspielpatienten und der Dozenten positiv aus (Schleicher, van der Mei, Mika & Kreuder, 2017).

Ziel dieser Arbeit ist es, den Hintergrund, die Entwicklung und Konzeption sowie deren Unterrichtsmethode, deren Didaktik und Unterrichtstechniken und die Inhalte des longitudinalen Curriculums Sprechende Medizin „Communicare“ in den klinischen Semestern des Fachbereichs Humanmedizin der JLU Gießen darzustellen. Ebenso soll die Zusammenarbeit mit den Fachrichtungen und die Abdeckung der Lernziele sowie deren Basiskompetenzebenen (Lerntiefe) beleuchtet und vor dem Hintergrund der Lehrevaluationen diskutiert werden. Dabei soll auf fachspezifisch-allgemeine Publikationen, sowie auf den praktischen Erfahrungen bei der Entwicklung des Curriculums seit dem Jahr 2010 und die schon in der Vergangenheit veröffentlichten Publikationen des Verfassers in den jeweiligen medizinischen Fachgebieten zurückgegriffen werden.

Die Besonderheit im vorliegenden Curriculum an der JLU Gießen ist das Arbeiten mit geschulten Schauspielpatienten und standardisierten Fallvignetten, was gemäß dem didaktischen Konzept eine hohe Praxisrelevanz aufweist und es den angehenden Ärzten ermöglicht, Gespräche mit anspruchsvollen geschulten Gesprächspartnern und fachlich herausfordernden Inhalten zu üben. Dabei stellt das Feedback der Schauspielpatienten, der Mitstudenten und der Dozenten ein zentrales didaktisches Element dar. Diese praxisnahe Übung ermöglicht die in den bisherigen Praktika bereits erworbenen kommunikativen Fähigkeiten durch Übungen im Rollenspiel in der Klinik zu vertiefen.

Somit eröffnet neben der Theorievermittlung die Arbeit mit Schauspielpatienten, eine wertvolle Ergänzungsmöglichkeit (Kneebown 2003, Schulz et al., 2007).

2 Entwicklung in Deutschland

2.1 Historie

Der Wissenschaftsrat urteilte im Jahr 2008, dass die Qualität von Lehre und Studium im Bereich der Humanmedizin zu verbessern sei (Wissenschaftsrat, 2008). Er empfahl dem Hochschulausschuss der Kultusministerkonferenz einen Fachqualitätsrahmen für das Medizinstudium in Deutschland zu entwickeln. Dies nahm der Medizinische Fakultätentag (MFT) und die Gesellschaft Medizinische Ausbildung (GMA) zum Anlass den Vorschlag zu unterbreitet, einen „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM)“ zu entwickeln (Jünger et al., 2016; MFT 2016). Die Umsetzung umfasst 21 Arbeitspakete, von denen sich zwei explizit mit der ärztlichen Gesprächsführung befassen.

Historisch gesehen, gab es in Deutschland schon vor dem Beschluss des MFT und der GMA zur Entwicklung eines NKLM Bestrebungen, ein kompetenzbasiertes Curriculum für das Medizinstudium zu entwickeln. Dies wurde auch im Bologna-Prozess (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2003) gefordert, woraufhin der Ausschuss „Kommunikative und soziale Kompetenzen“ der GMA sich im September 2006 in Basel getroffen hatte. Dort wurde ein Positionspapier mit Empfehlungen zu kommunikativen und sozialen Kompetenzen verabschiedet, welches die Grundlage eines Längsschnittcurriculums im Medizinstudium schaffen sollte. Es entstand so das Basler Consensus Statement „Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium“ (Kiessling et al., 2008).

Zuvor hatte die Approbationsordnung des Jahres 2002 verbindlich festgeschrieben, dass die Fähigkeiten und Fertigkeiten in ärztlicher Gesprächsführung in naher Zukunft gelehrt und geprüft werden müssten (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017). Erweitert wurde dies schließlich in der „Ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte“ im Jahr 2012 sowie 2013 (inkraftgetreten 01.01.2014), indem die ärztlichen kommunikativen Fähigkeiten und Fertigkeiten im Staatsexamen explizit abzurufen seien (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2014).

2.2 Basler Consensus Statement „Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium“

Wie bereits dargestellt, sahen die Lehrenden in den medizinischen Fakultäten in Deutschland die Notwendigkeit, dass kommunikative Fähigkeiten in dem Lehrplan verankert werden müssen (Petersen et al., 2005). Diese Einschätzung teilten sie mit den Studierenden, so dass an dieser Stelle ein Handlungsbedarf deutlich wurde (Junghans, Alfermann, Kamenik & Brähler, 2003).

Daher wurde von den Lehrenden der Medizinischen Fakultäten der Universitäten Hamburg, Berlin, Freiburg und Basel im September 2006 ein 2-tägiger Workshop in Basel mit dem Ziel initiiert, ein Positionspapier in Bezug auf kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium zu entwickeln, welches sich auf einen interdisziplinären und fakultätsübergreifenden Konsens stützen kann. Im Ergebnis sollte mit diesem Papier eine Empfehlung abgegeben werden, welche kommunikativen und sozialen Kompetenzen Studierende am Ende ihres Studiums sich angeeignet haben sollten. Gleichzeitig sollte es als Grundlage für ein zu entwickelndes interdisziplinäres longitudinales Curriculum kommunikativer und sozialer Kompetenzen dienen, welches in Deutschland, Österreich und der Schweiz etabliert werden sollte. Dieser Vorgang wird in den deutschsprachigen Ländern auch kurz „Baseler Consensus Statement“ genannt (Kiesling et al., 2008, S. 3).

Am bezeichneten Workshop nahmen 30 Personen teil, die in einem Delphi-Verfahren Ausbildungsziele in den oben genannten Kompetenzen festlegten. Diese wurden wiederum den Mitgliedern der GMA per Fragebogen vorgelegt und hinsichtlich ihrer Wichtigkeit beurteilt. Ergebnis dieser beiden Arbeitsschritte war das „Longitudinale Modell-Curriculum kommunikative und soziale Kompetenzen“ unter Berücksichtigung der im Bologna-Prozess¹ gefassten Beschlüsse (Bachmann et al., 2009, S.3).

Es wurden 5 Kompetenzbereiche mit insgesamt 131 Lernzielen abgegrenzt.

¹ Als Bologna-Prozess wird eine auf europaweite Harmonisierung von Studiengängen und -abschlüssen sowie auf internationale Mobilität der Studierenden zielende transnationale Hochschulreform bezeichnet, die auf die Schaffung eines einheitlichen Europäischen Hochschulraums gerichtet ist. Der Begriff geht auf eine 1999 von 29 europäischen Bildungsministern im italienischen Bologna unterzeichnete politisch-programmatische Erklärung zurück (Wikipedia, 2017)

Der Bologna-Prozess leistet mit dem Austausch von Studierenden und Hochschulpersonal einen Beitrag zur Weiterentwicklung der nationalen Hochschulsysteme in Europa, zur Qualifizierung von Fachkräften für den Arbeitsmarkt sowie des wissenschaftlichen Nachwuchses. Zur Erreichung dieser Ziele bedient er sich verschiedener Instrumente. Hierzu gehören unter anderem vergleichbare Studienstrukturen (gestufte Studienstruktur mit Bachelor und Master), eine Qualitätssicherung auf der Grundlage gemeinsamer Standards und Richtlinien sowie Transparenzinstrumente wie Qualifikationsrahmen, Diploma Supplement und ECTS (European Credit Transfer System). (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2017)

Tabelle 1: Kompetenzbereiche im Basler Consensus Statement

1. Allgemeine Kompetenzen
2. Ärztin-Patientin-Beziehung
3. Teamarbeit
4. Persönlichkeit & Professionalität
5. Urteilsbildung & Entscheidungsfindung

Das Modellcurriculum mit den 131 Lernzielen wurde auf 6 Studienjahre verteilt (inklusive das Praktische Jahr) und beinhaltet allgemeine (A) und spezifische Ausbildungsziele (B). Diese gelehrt Kompetenzen und deren Ziele wurden so strukturiert, dass sie aufeinander aufbauen und immer spezifischer werden. Dabei sollen sie nicht nur einmalig gelehrt werden, sondern im Sinne der Lernspirale immer wieder gelehrt, gelernt und geübt werden (Bachmann, 2009, S. 3).

Im ersten Studienjahr sollen die Studierenden Kommunikationsmodelle, Feedbackregeln und Basisfertigkeiten erlernen und im zweiten Studienjahr die allgemeinen Gesprächstechniken und die verschiedenen Aspekte der ärztlichen sozialen Verantwortung lernen und möglichst mit Schauspielpatienten trainieren.

Im dritten Studienjahr sollen die Studierenden der Medizin ihre kommunikativen und sozialen Kompetenzen in verschiedenen Settings mit Schauspielpatienten üben, wobei das Gelernte aus der Vorklinik in die Praxis umgesetzt werden soll.

Im zweiten Studienabschnitt (viertes und fünftes Studienjahr) sollen spezifische Kommunikationstechniken in komplexen Situationen mit Schauspielpatienten in den klinischen Fächern praktisch und realitätsnah geübt werden.

Im sechsten Jahr (PJ) sollen die Studierenden der Medizin ihre kommunikativen und sozialen Kompetenzen im Kontakt mit Patienten in der Klinik, Ambulanz oder Hausarztpraxis unter Supervision oder Balintgruppe reflektieren (Bachmann, 2009, S. 4).

Die Autoren entwickelten somit folgende Kompetenzbereiche und teilten diese in allgemeine (A) und spezifische Ausbildungsziele (B) auf.

Tabelle 2: Kompetenzbereiche und Art der Ausbildungsziele

Ausbildungsziel	Kompetenzbereich
A1	Sozialverhalten und Kommunikation
A2	Soziale Verantwortung
A3	Selbstreflexion
A4	Umgang mit Fehler
B1	Arzt-Patienten-Beziehung
B2	Teamarbeit
B3	Persönlichkeit, Professionalität, Urteilsbildung und Selbstschutz
B4	Entscheidungsfindung

Somit entstand ein Modellcurriculum, als eine Art Blaupause, welches in den medizinischen Fakultäten dazu genutzt werden kann, ein eigenes Curriculum zu entwickeln.

2.3 Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog der Medizin (NKLM)

Der NKLM wurde im Juni 2015 durch den MFT und die GMA nach einer 6-jährigen Entwicklungsphase verabschiedet (Fischer, Bauer & Mohn, 2015; Jünger, Weiss, Fellmer-Drüg & Semrau, 2016). Dieser Lernzielkatalog beinhaltet 21 Arbeitspakete bzw. Kapitel. Von diesen 21 Kapiteln befassen sich zwei Kapitel explizit mit der ärztlichen Gesprächsführung (Arbeitspakete 7 und 14c), die laut Vorgabe ausdrücklich Gegenstand der ärztlichen Ausbildung und Inhalt des Staatsexamens sein soll (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017).

In Kapitel 7 „Die Ärztin und der Arzt als Kommunikator“ werden die übergeordneten Kompetenzen der ärztlichen Gesprächsführung beschrieben und Kapitel 14c („Ärztliche Gesprächsführung“) befasst sich mit den konkreten Lernzielen dieser Kompetenzen (MFT, 2015).

Der NKLM soll die Basis des Medizinstudiums darstellen. Er soll aufzeigen, was der Arzt nach dem Abschluss seines universitären Studiums können muss und begründet das Kerncurriculum, in dem Kompetenzen und medizinisches Wissen gelehrt werden,

welche der Absolvent nach seinem Staatsexamen in seiner Facharztausbildung weiterentwickelt und differenziert (MFT, 2015).

Kompetenzen werden im NKLM verstanden als „die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen sowie die damit verbunden motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können“ (MFT, 2015, S. 13.; Weinert 2002, S. 27f). Dabei spielen die Berufspraxis eines Arztes und die Anforderungen aus der Umwelt eine große Rolle und auch von diesen beiden Komponenten abgeleitet.

Im NKLM werden die zentralen Kompetenzen über Rollen zugeordnet, die in Teilkompetenzen und Lernziele unterteilt werden. Diese umfassen das medizinische Wissen, die wissenschaftlichen und klinischen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die professionelle Haltung (MFT 2015, S. 13). Der NKLM fasst diese Kompetenzen noch einmal zusammen und versteht darunter „verfügbare kognitive und praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Problemlösung sowie die damit verbundenen Einstellungen, diese erfolgreich einzusetzen.“ (MFT, 2015, S. 13).

So gliedert sich der NKLM in drei Abschnitte: die „Rolle des Arztes“, die eine übergeordnete Kompetenz darstellt und auf die das Medizinstudium hinführen soll; der zweite Abschnitt umfasst „das medizinische Wissen, die klinischen Fähigkeiten und die professionelle Haltung“, die der angehende Arzt am Ende des Studiums können sollte, der dritte Abschnitt umfasst die „patientenzentrierte Gesundheitsversorgung“. Unter letzterem versteht der NKLM konkrete Konsultationsanlässe und Erkrankungen, die zu einem gewissen Maße theoretisch sowie praktisch beherrscht werden sollen (MFT, 2015, S. 13).

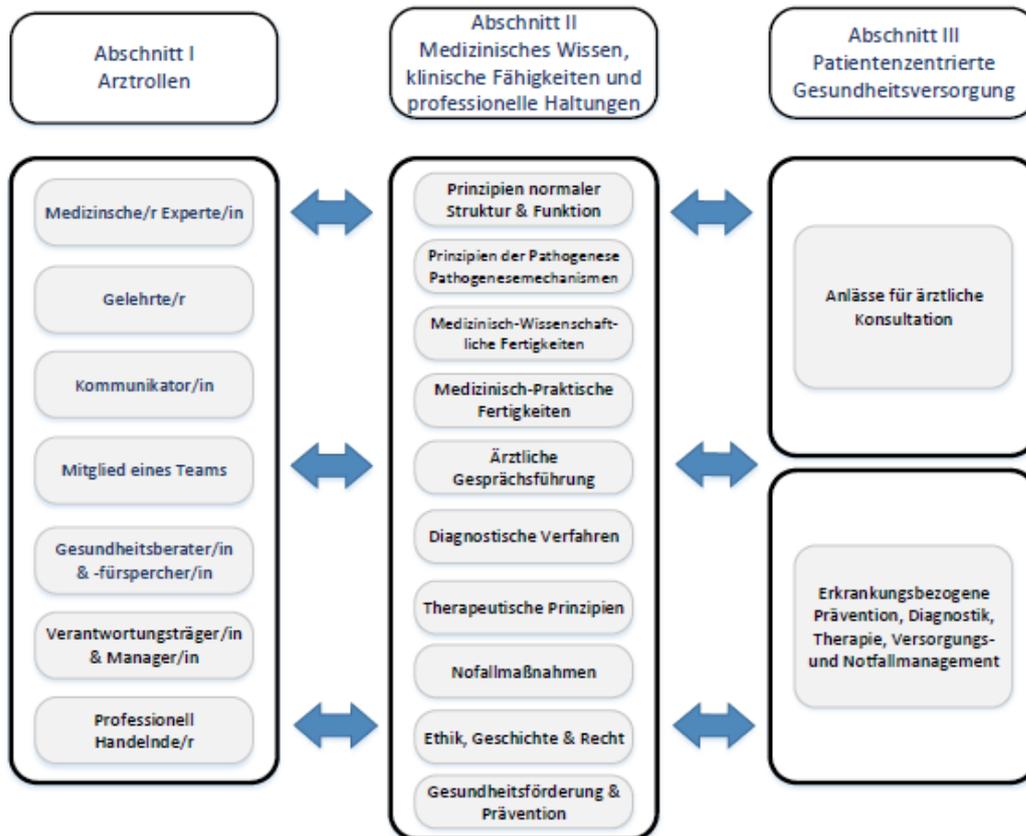


Abbildung 1: Gliederung des NKLM (MFT, 2015, S. 14)

Diese drei oben genannten Abschnitte sind eng miteinander verbunden und können nicht losgelöst voneinander betrachtet werden. In Bezug auf die Kommunikation ist hier die besondere Verzahnung zwischen der Rolle des „Kommunikators“ (Abschnitt I) mit dem Kapitel der „Ärztlichen Gesprächsführung“ (Abschnitt II) zu nennen.

Die in der obigen Abbildung (siehe Abbildung 2) ersichtlichen einzelnen Kapitel sind im NKLM wiederum hierarchisch in 3 Ebenen untergegliedert. Die beiden ersten Ebenen (Ebene I: Kompetenzen und Ebene II: Teilkompetenzen) sind vorgegeben und haben einen Empfehlungscharakter, wobei die Ebene III (Lernziele mit Angabe der Kompetenzebenen) in den jeweiligen Fakultäten individuell erprobt und kritisch evaluiert werden sollen (MFT, 2015, S. 14).

Die Identifikationsnummer (ID) der Kompetenzen und Teilkompetenzen und die Lernziele verweisen auf die jeweiligen Unterkapitel und die jeweilige Gliederungsebene. Die erste Ziffer verweist auf die Zugehörigkeit zum jeweiligen Unterkapitel und die Anzahl der darauffolgenden Ziffern gibt Aufschluss über die Gliederungsebene (MFT, 2015, S. 14).

Kapitel 14c: Ärztliche Gesprächsführung mit der Kompetenz „zentrale Bedeutung der Kommunikationsfähigkeit...“

ID	Kompetenz bzw. Lernziel	GL	BK	PJ	WK	Wiss	Anwendungsbeispiele	Querverweis: andere Kapitel	Querverweis: Beratungsanlässe; Krankheit	Querverweis: MFP	Leistungsnachweis lt. ÄAppO [sortiert, für Printversion]
14c.1	Die Absolventin und der Absolvent erkennen die zentrale Bedeutung der Kommunikationsfähigkeit für den Arztberuf und für die Gesundheitsversorgung an und wissen, dass Kommunikation lernbar ist.							7.1; 16.8			fächerübergreifend
4c.1.1	Sie reflektieren und begründen ihr kommunikatives Handeln auf der Grundlage von Konzepten und Modellen der ärztlichen Kommunikation. Sie können ...										fächerübergreifend
4c.1.1.1	allgemeine theoretische Grundlagen der Kommunikation erklären.		2	2	2		Modelle: Zwei-Aspekte-Modell von P. Walzawick, 4-Ohren Modell von Schulz von Thun; Kommunikationssituationen; Kenntnisse über Kommunikationsmöglichkeiten mit Menschen mit Behinderungen				fächerübergreifend

Teilkompetenz

Lernziel

Abbildung 2: Beispiel Lernziel (MFT, 2015, S. 159 und 160)

Der Abschnitt I „Arztrollen“ (siehe Abbildung 1) ist in sieben Rollen unterteilt und aus dem kanadischen CanMEDS-Rahmenkonzept (Frank, 2005) abgeleitet (siehe Abbildung 3). Diese wurden auf internationaler Ebene für die medizinische Ausbildung weiterentwickelt und angepasst. Die internationale Verankerung war für die Autoren der Anlass, dieses System auch für den NKLM zu nutzen, was unter Berücksichtigung der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO - Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2002; Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017; MFT, 2015) geschah. Jilg, Möltner, Berberat, Fischer & Breckwoldt. (2015) konnten feststellen, dass sämtliche Rollen-definierenden Kompetenzen des CanMEDS-Modells für ihre persönliche tägliche Arbeit relevant ist. Ebenso bewerteten sie diese als relevant für die PJ-Ausbildung.

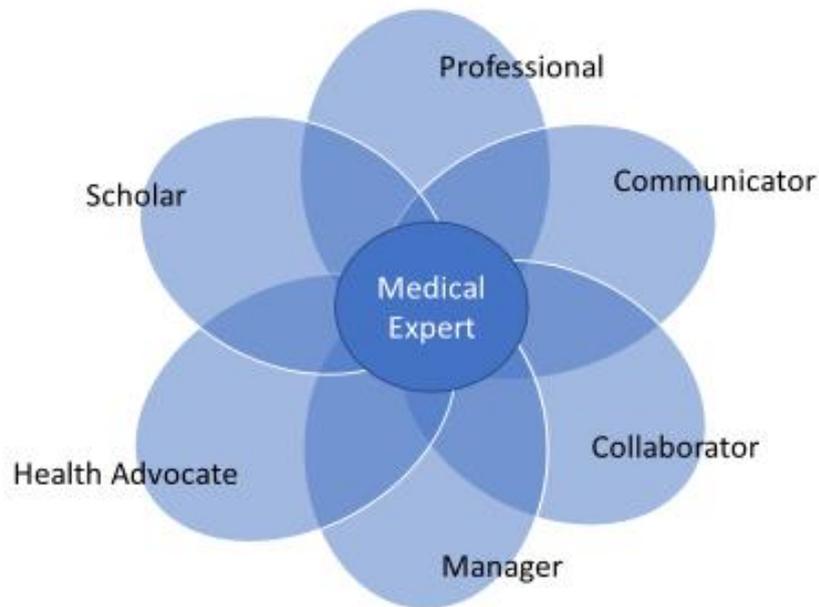


Abbildung 3: CanMed Rollenmodell (Frank, 2005)

Wenn man die Rollen im NKLM betrachtet, so nimmt die Rolle „medizinischer Experte“ eine essenzielle Position ein. Diese Rolle greift auf die im Abschnitt II genannten Unterpunkte zurück (siehe Abbildung 1), die in den einzelnen Kompetenzen und Lernzielen disziplinübergreifend beschrieben werden. In Verbindung mit den anderen Kompetenzen der im Abschnitt I genannten Rollen (siehe Abbildung 1) bilden sie die Grundlage einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung und sind die zentralen Bezugspunkte für die im Abschnitt III genannten „Anlässe für ärztliche Konsultationen“ sowie für die erkrankungsbezogene Prävention, Diagnostik, Therapie, und für das Versorgungs- und Notfallmanagement (MFT, 2015, S. 15).

Die Kompetenzen werden im NKLM wiederum unterteilt in Kompetenzebenen, die die Lerntiefe repräsentieren und wiederum in drei Ebenen unterteilt sind: die Unterebene „Faktenwissen“ sowie „Handlungs- und Begründerwissen“, und die Unterebene der „Handlungskompetenz“. Diese Unterebenen werden im NKLM mit entsprechenden Ziffern gekennzeichnet (MFT, 2015, S. 19; Weidner et al., 2015).

Tabelle 3: Kompetenzebenen NKLM

	Lerntiefe
Faktenwissen: Deskriptives Wissen (Fakten, Tatsachen) nennen und beschreiben.	1
Handlungs- und Begründungswissen: Sachverhalte und Zusammenhänge erklären, in den klinisch-wissenschaftlichen Kontext einordnen und datenbasiert bewerten.	2
Handlungskompetenz unter Anleitung selbst durchführen und demonstrieren.	3a
Handlungskompetenz selbständig und situationsadäquat in Kenntnis der Konsequenzen durchführen.	3b

Im Verlauf des Medizinstudiums erlangt man in seinen Kompetenzen zunehmendes Wissen, welches der Studierende durch das Studium ständig erweitert. Der NKLM spricht in diesem Zusammenhang von Meilensteinen der Kompetenz, die sich aus der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) herleiten lassen (MFT, 2015, S. 20).

Es werden fünf Meilensteine definiert (MFT, 2015):

Grundlagenkompetenz (GL)

Diese umfasst im Regelstudium die Inhalte der vorklinischen Fächer und wird mit dem Physikum abgeschlossen.

Ärztliche Basiskompetenz (BK)

Hierunter versteht der NKLM die klinisch-praktische Basiskompetenzen inklusive ärztlicher Gesprächsführung, die vor der Übernahme von Aufgaben mit unmittelbarem Patientenbezug trainiert werden sollen. Dies kann am Modell oder an Gesunden erfolgen und soll als Voraussetzung für das Arbeiten in medizinischen Einrichtungen dienen (z.B. in der Famulatur).

Praktisches Jahr-Kompetenz (PJ)

Im Praktischen Jahr „... sollen die Studierenden die während des vorhergehenden Studiums erworbenen ärztlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vertiefen und erweitern. Sie sollen lernen, sie auf den einzelnen Krankheitsfall anzuwenden. Zu diesem Zweck sollen sie entsprechend ihrem Ausbildungsstand unter Anleitung, Aufsicht und in Verantwortung des ausbildenden Arztes ihnen zugewiesene ärztliche

Verrichtungen durchführen“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2002, § 3 Abs. 4 ÄAppO).

Ärztliche Approbation und Weiterbildungskompetenz (WK):

Diese Kompetenzen werden nach dem Staatsexamen und dem einjährigen PJ, mit der Erteilung der Approbation vorausgesetzt.

Wissenschaftskompetenz (WISS)

Mit dieser Kompetenz ist die Fähigkeit zum selbständigen wissenschaftlichen Denken, Arbeiten und Handeln gemeint und soll die Befähigung zur Promotion bescheinigen. Sie kann auch schon vor Studienabschluss nachgewiesen werden.

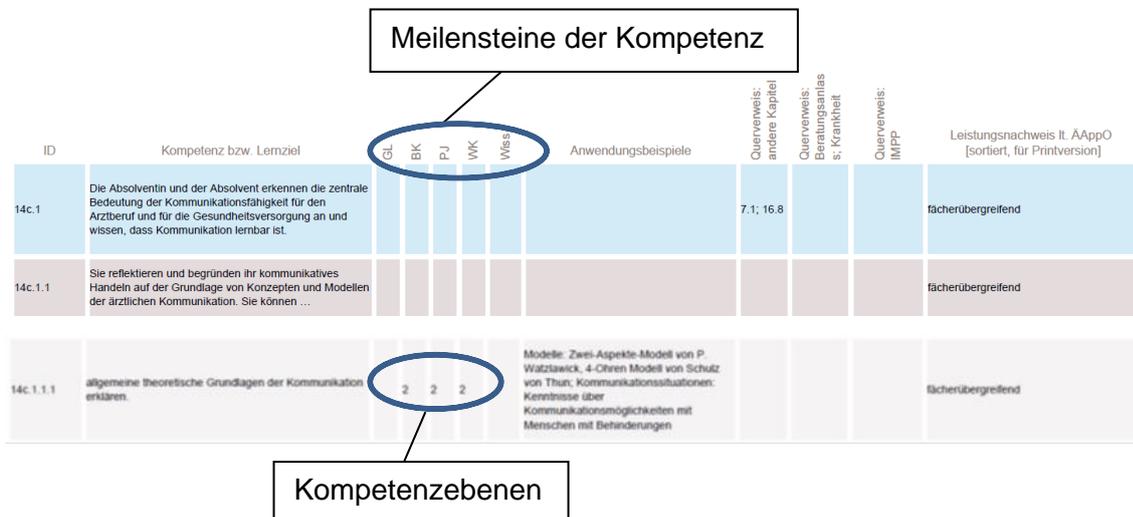


Abbildung 4: Meilensteine der Kompetenz und Beispiel Kompetenzebenen (MFT, 2015, S. 159 und 160)

Kapitel 7 „Die Ärztin und der Arzt als Kommunikator“ beinhaltet die übergeordneten Kompetenzen der ärztlichen Gesprächsführung und ist unterteilt in 6 eigene Kompetenzbereiche (MFT, 2015; Universitätsklinikum Heidelberg, 2015, Jünger, 2018)

Tabelle 4: Kompetenzbereiche "Ärztliche Gesprächsführung" NKLM

1. Konzepte, Modelle und allgemeine Grundlagen
2. Fertigkeiten und Aufgaben der ärztlichen Kommunikation
3. Emotional herausfordernde Situationen
4. Herausfordernde Kontexte
5. Soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren
6. Andere mediale Kanäle und Settings

Der Kompetenzbereich 1 „Grundlagen“ befasst sich mit den allgemeinen theoretischen und den spezifischen Grundlagen der Kommunikation, wie auch mit dem biopsychosozialen Modell der Entstehung von Gesundheit und Krankheit. Ferner sollen dort die theoretischen Konzepte der Arzt-Patient-Beziehung und -Kommunikation sowie die unterschiedlichen Modelle dieser Kommunikation und darauf gelehrt werden.

Der Kompetenzbereich 2 „Fertigkeiten und Aufgaben der ärztlichen Kommunikation“ ist in mehrere Teilkompetenzen untergliedert. Er beinhaltet die Arzt-Patienten-Beziehung unter Berücksichtigung der Gesprächsaufgaben und den Gesprächstypen bzw. -phasen.

Tabelle 5: Kompetenzbereich 2 "Fertigkeiten und Aufgaben der ärztlichen Kommunikation" NKLM

2.1	Aufbau und Erhalt der Arzt-Patient-Beziehung
2.2	Gesprächsstrukturierung
2.3	Gesprächseröffnung und -setting
2.4	Anamnese und Informationssammlung
2.5	Informationsvermittlung und Diagnosemitteilung
2.6	Gestaltung von Entscheidungsprozessen
2.7	Gesprächsabschluss und Diagnostik-/Therapieplanung
2.8	Gesprächsaufgaben

Der Kompetenzbereich 3 „Emotional herausfordernde Situationen“ bezieht sich auf die besonders sensiblen Themenfeldern des Arztberufes im medizinischen Berufsalltag.

Tabelle 6: Kompetenzbereich 3 "Emotional herausfordernde Situationen" NKLM

3.1	Umgang mit Emotionen und Störungen der Kommunikation
3.2	Umgang mit sensiblen Themenfeldern
3.3	Umgang mit Ungewissheit
3.4	Umgang mit Fehlern

Der Kompetenzbereich 4 „Herausfordernde Kontexte“ hat den gezielten Einsatz von Kommunikationsstrategien in der der Klinik sowie im ambulanten Sektor des medizinischen Systems zum Inhalt.

Tabelle 7: Kompetenzbereich 4 "Herausfordernde Kontexte" NKLM

4.1	Kommunikationsstrategien
4.2	Risikokommunikation und Aufklärung
4.3	Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen
4.4	Mehrpersonen-Setting

Der Kompetenzbereich 5 „Soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren“ umfasst die alters- und gendergerechte Kommunikation unter Berücksichtigung von kommunikativen Handicaps und interkulturellen Gegebenheiten.

Tabelle 8: Kompetenzbereich 5 "Soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren" NKLM

5.1	Alters- und gendergerechte Kommunikation
5.2	Interkulturelle Kompetenz
5.3	Umgang mit sprachlichen Barrieren
5.4	Umgang mit eingeschränkter Wahrnehmung und Kommunikationsfähigkeit

Der Kompetenzbereich 6 „Andere mediale Kanäle und Settings“ beschäftigt sich mit den spezifischen Anforderungen der mündlichen, schriftlichen und elektronischen Kommunikation.

Tabelle 9: Kompetenzbereich 6 "Andere mediale Kanäle und Settings" NKLM

6.1	Mündliche Kommunikation
6.2	Schriftliche Kommunikation
4.3	Medizinische Informationstechnologien
4.4	Kommunikation mit der Öffentlichkeit

Kapitel 7 „Die Ärztin und der Arzt als Kommunikator“ beinhaltet die übergeordneten Kompetenzen der ärztlichen Gesprächsführung und ist in 6 Kompetenzbereiche gegliedert, welche wiederum in Teilkompetenzen unterteilt und im Kapitel 14c (Ärztliche Gesprächsführung) formuliert wurden. Diese Teilkompetenzen umfassen 116 Lernziele (MFT, 2015; Universitätsklinikum Heidelberg, 2015).

Parallel zur Entwicklung des NKLM wurde ein Mustercurriculum Kommunikation im Nationalen Krebsplan entwickelt. Es soll den Medizinischen Fakultäten als Maßstab für den zeitlichen Umfang eines solchen Curriculums dienen. Der übergeordnete Gedanke

dabei ist, eine Vereinheitlichung der Standards im Medizinstudium in Deutschland zu erreichen. Das Mustercurriculum ist in drei Bausteine aufgeteilt und umfasst insgesamt 450 Unterrichtseinheiten (UE = 45 Minuten) (Jünger, 2016; Jünger et al., 2016).

Baustein I	Baustein II	Baustein III
Kerncurriculum Ärztliche Kommunikation	Interprofessionelle Kommunikation	Spezialisierung / Vertiefung Kommunikation
300 UE	50 UE	100 UE

Abbildung 5: Bausteine des Mustercurriculums Kommunikation (NKLM) (Jünger, 2016; Jünger & Doll, 2016; Jünger et al., 2016)

3 Strukturierung des Curriculums an der Justus-Liebig-Universität Gießen

Aufgrund der Entwicklungen im deutschsprachigen Raum beschloss das Studiendekanat der Medizin der JLU Gießen im Jahr 2009 Maßnahmen zu ergreifen, welche die sozialen und kommunikativen Kompetenzen der Studierenden in der Humanmedizin gezielt verbessern sollten. Da im deutschsprachigen Raum traditionell schwerpunktmäßig diese Fertigkeiten und Kompetenzen durch die psychosozialen Fächer unterrichtet und oder koordiniert werden (Jünger & Köllner, 2003) wurde mit diesem Vorhaben das Zentrum für Psychosomatische Medizin betraut, um ein solches longitudinale Curriculum zu entwickeln.

Im Zentrum für Psychosomatische Medizin der JLU Gießen (Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Univ.-Prof. Dr. med. J. Kruse; Institut für Medizinische Psychologie; Frau Univ.-Prof. Dr. rer. nat. R. Deinzer) wurde dieses Vorhaben aufgegriffen. Man teilte das Curriculum Sprechende Medizin in Vorklinik und Klinik auf. Das Institut für Medizinische Psychologie übernahm die vorklinischen Semester und die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie verantwortete seitdem die klinischen Semester des Medizinstudiums. Es entstand das Longitudinale Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ (Deinzer et al., 2012).

3.1 Basler Consensus Statement „Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium" an der JLU Gießen

Als erste Grundlage für die Entwicklung des longitudinalen Curriculums wurde das Basler Consensus Statement „Kommunikative und Soziale Kompetenzen im Medizinstudium" (Kießling et al., 2008) herangezogen.

Mit der Aufgabe, ein solches Curriculum für die klinischen Semester zu entwickeln, wurde der Autor dieser Dissertation Mitte 2010 betraut. Erster Linie war es das Ziel, die Studieninhalte der sozialen und kommunikativen Kompetenzen in den jeweiligen Fachgebieten ohne gravierende strukturelle Veränderungen des bestehenden Studienablaufs separat zu vertiefen und zu lehren. Es entstand zunächst die Aufteilung der Studieninhalte in Vorklinik und Klinik. Hierbei wurden und werden durch das Institut für Medizinische Psychologie in ihren Seminaren und Vorlesungen in der Vorklinik die

Grundlagen der sozialen und kommunikativen Kompetenzen gelegt. Diese Grundlagen wurden und werden sodann durch die Seminare und Vorlesungen der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Zusammenarbeit mit den jeweiligen medizinischen Fachgebieten realitätsnah vertieft und an die entsprechende medizinische Situation angepasst. Diese Folge wurde in enger Absprache mit dem Studiendekan entwickelt.

Die so entstandene zweigliedrige Struktur hat zum Ziel, praxisnahe Basisfähigkeiten (sog. Skills) in der Patientenkommunikation zu vermitteln. Angehende Ärzte sollen so die Gelegenheit geboten bekommen, ihre grundlegenden Kommunikationskompetenzen zu erweitern. Diese Kommunikations- und Interaktionskompetenzen sind notwendige Voraussetzungen für die Arzt-Patienten-Kooperation, das Stellen valider Diagnosen, sowie für die Adhärenz und Zufriedenheit von Patienten.

Neben der Struktur mussten die inhaltlichen Kompetenzen, Lernziele und Inhalte erarbeitet werden. Diese wurden als Leitfaden „Struktur Communicare in den klinischen Semestern“ intern veröffentlicht.

Die langfristigen und übergeordneten angelegten Ziele des longitudinalen Curriculums Sprechende Medizin „Communicare“ an der JLU Gießen sind, die ärztliche Gesprächskompetenz zu stärken und zu verbessern. Es sollen kommunikative Grundlagen sowie die kommunikativen Skills mittels moderner didaktischer Konzepte und praktischer Übungen umgesetzt und geprüft werden. Dabei stellt „Communicare“ seine fachliche Kompetenz im Bereich „Kommunikation und Interaktion“ den jeweiligen Fachgebieten zur Verfügung. Es nimmt, neben den inhaltlichen fachgebietsspezifischen Tätig- und Fertigkeiten, eine wichtige Nebenrolle ein.

Hierfür wurde mit den jeweiligen Fachgebieten über spezifische Lernziele diskutiert. Dabei sollen die sozialen und kommunikativen Kompetenzen sowohl in Vorlesungen wie auch in Seminaren gelehrt werden, aufbauend auf die in der Vorklinik unterrichteten und schon in den klinischen Semestern vertieften Inhalte. Ferner wurden vier Punkte herausgearbeitet, die die Grundlage der Seminare in den jeweiligen Fachgebieten bilden sollen:

1. Die Kommunikation sollte immer im klinischen Kontext und im unmittelbaren Praxisbezug unterrichtet werden (vgl. Jünger & Köllner, 2003)

2. Diese Lehreinheiten sollten in das Praktikum der jeweiligen Fachgebiete integriert gelehrt werden.
3. Die Dozenten der jeweiligen Fachgebiete sollten kommunikativ geschult und mit Kollegen aus der Psychosomatik die jeweiligen Praktika und Seminare durchführen.
4. Die Dozenten, die die kommunikativen und sozialen Kompetenzen im longitudinalen Curriculum unterrichten, sollten möglichst selbst im klinischen Berufsleben und im Patientenkontakt stehen.

Es wurden 2009 mit folgenden Fachgebieten zunächst Inhalte und Lernziele in Zusammenarbeit mit dem Studiendekan entwickelt, geplant und den jeweiligen Semestern zugeordnet (Abbildung 8).

1. Psychosomatik (Umgang mit psychosomatisch erkrankten und psychisch belasteten Patienten)
2. Innere Medizin (Aufklärungsgespräche, Umgang mit Patientenerwartungen, Shared-Decision-Making)
3. Palliativmedizin und Wahlfach Palliativmedizin (Umgang mit schwerstkranken Patienten, Überbringen schlechter Nachrichten, Umgang mit Sterben und Tod)
4. Neurologie (Umgang mit kommunikativ eingeschränkten Patienten, Umgang mit Patienten in der letzten Lebensphase)
5. Gynäkologie (Umgang mit intimen und sensiblen Themen)
6. Pädiatrie (altersgerechte Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen, Gespräche mit Erziehungsberechtigten)
7. Allgemeinmedizin (Umgang mit Patienten in der Hausarztpraxis - Lebensstilveränderung)
8. Orthopädie/Chirurgie (Aufklärungsgespräche, Vertiefung: Umgang mit Patientenerwartungen)
9. Fachübergreifend (Umgang mit schwierigen Situationen in der Klinik)
10. Notfallmedizin/Anästhesie (Umgang mit Stress- und Akutsituationen, Teamarbeit)
11. Fachübergreifend (Umgang mit schwierigen Situationen im Klinikalltag)
12. Psychosomatik

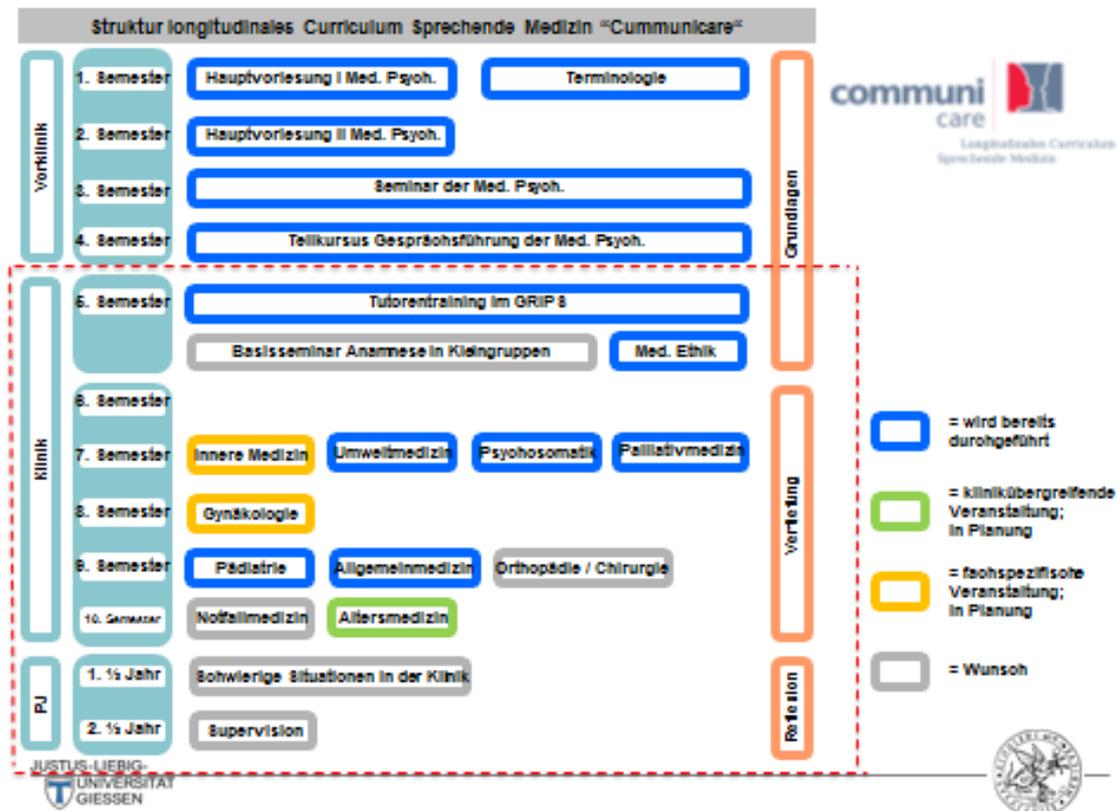


Abbildung 6: Entwickelte Struktur 2009 Curriculum Sprechende Medizin Fachbereich Humanmedizin der JLU Gießen

In der weiteren Umsetzung konnte im Laufe der Jahre das Thema „Kommunikation und Interaktion“ in der Psychosomatik, Palliativmedizin, Pädiatrie, Allgemeinmedizin und der Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie erfolgreich implementiert werden.

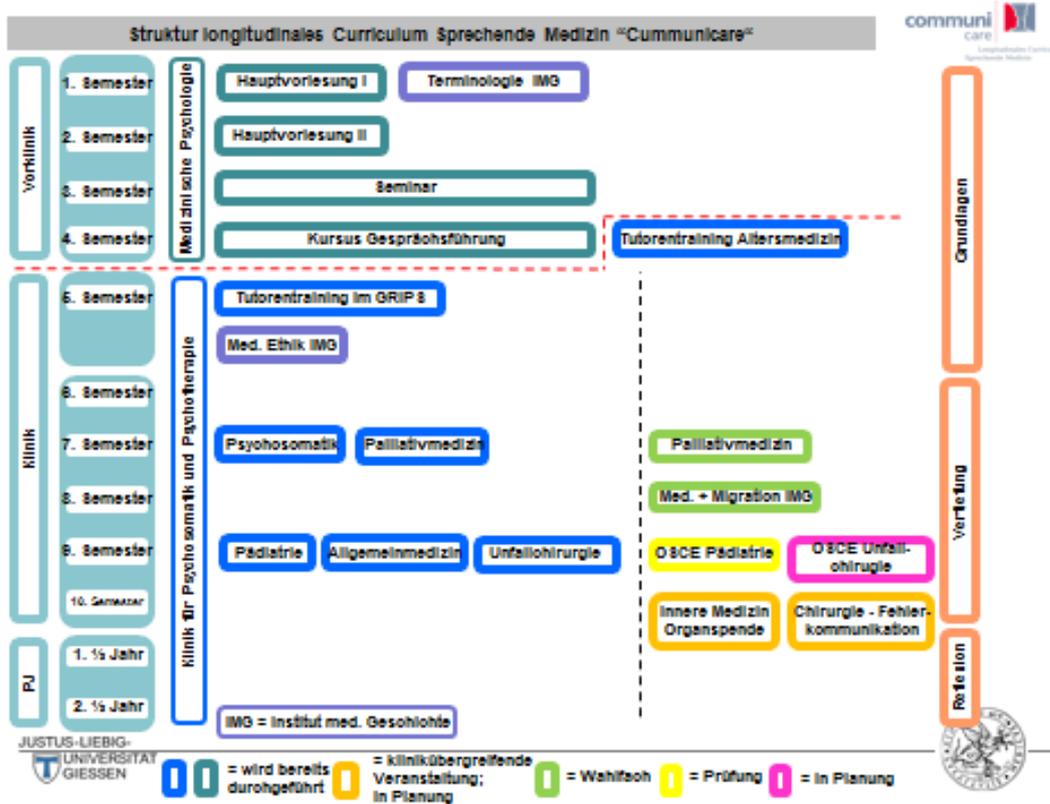


Abbildung 7: Struktur 2019 Curriculum Sprechenden Medizin Fachbereich Humanmedizin der JLU Gießen

Am Beispiel der Fachgebiete Psychosomatik und Allgemeinmedizin wurden untenstehende Inhalte und Lernziele sowie deren Struktur, der didaktischen Umsetzung und deren Unterrichtstechnik mit den jeweiligen Fachgebieten festgelegt. Hierbei wurden die Kompetenzbereiche des Basler Consensus Statement als Grundlage herangezogen (Bachmann et al., 2009).

	Fächer	Zeitpunkt	Baseler Statement	Inhalte	Lernziele	Didaktische Umsetzung	Prüfung
Klinik	Psychosomatik	3. klinisches Semester	A1, A3, B1, B3, B4	<p>Umgang mit psychosomatisch erkrankten und psychisch belasteten Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vertiefung und Modifikation schon bereits erlernter Techniken (Schulung der Wahrnehmung, Übertragung und Gegenübertragung) ▪ Einblick in lebensgeschichtliche Zusammenhänge in Bezug auf psychische und körperliche Störungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erlernen von Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung ▪ Erheben einer psychosomatischen Anamnese ▪ Einblick in das Krankheitserleben und der Psychodynamik 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Standardisierte Patienten ▪ Diskussion in Kleingruppen ▪ Reflexion Arzt-Patient-Beziehung 	
Klinik	Allgemeinmedizin	5. klinisches Semester	A1, A2, A3, B1, B3, B4	<p>Umgang mit Patienten in der Hausarztpraxis - Lebensstilveränderung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivierende Gesprächsführung ▪ Umgang mit chronisch kranken Patienten ▪ Umgang mit "schwer fñhzbaren" Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung ▪ Erkunden des subjektiven Verständnisses ▪ Motivierende Gesprächsführung ▪ Identifizieren der individuellen Schwierigkeiten der Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführung in die motivierende Gesprächsführung ▪ Standardisierte Patienten ▪ Reflexion Arzt-Patienten-Beziehung 	

Abbildung 8: Exemplarische Beispiele der Fachgebiete Psychosomatik und Psychotherapie und Allgemeinmedizin - Kompetenzbereiche und Lernziel

Das Fachgebiet der Psychosomatik im 3. Semester beinhaltet die allgemeinen (A) und speziellen Ausbildungsziele (B). Die dazugehörigen Kompetenzbereiche und die dazugehörigen Lernziele wurden dabei ebenfalls formuliert und festgelegt.

Tabelle 10: Kompetenzbereiche und Art der Ausbildungsziele " Fachgebiet Psychosomatik"

Ausbildungsziel	Kompetenzbereich
A1	Sozialverhalten und Kommunikation
A3	Selbstreflexion
B1	Arzt-Patienten-Beziehung
B3	Persönlichkeit, Professionalität, Urteilsbildung und Selbstschutz
B4	Entscheidungsfindung

Im Fachgebiet der Allgemeinmedizin wurde das Thema „Lebensstilveränderung“ behandelt. Dies ist ein Feld, mit dem die Ärzte für Allgemeinmedizin häufig konfrontiert werden. Auch hier wurden die jeweiligen Kompetenzbereiche und die dazugehörigen Lernziele nach dem Basler Consensus Statement erarbeitet und formuliert.

Tabelle 11: Kompetenzbereiche und Art der Ausbildungsziele "Fachgebiet der Allgemeinmedizin"

Ausbildungsziel	Kompetenzbereich
A1	Sozialverhalten und Kommunikation
A2	Soziale Verantwortung
A3	Selbstreflexion
B1	Arzt-Patienten-Beziehung
B3	Persönlichkeit, Professionalität, Urteilsbildung und Selbstschutz
B4	Entscheidungsfindung

3.2 Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog der Medizin an der JLU Gießen

Durch die Entwicklung des NKLM in Deutschland wurde im Fachbereich der Humanmedizin an der JLU Gießen entschieden, diese als Grundlage für die medizinische Lehre zu nehmen. Die vorhandenen Lernziele des Basler Consensus Statement „Kommunikative und Soziale Kompetenzen im Medizinstudium" mussten daher mit den Lernzielen des NKLM verglichen und angepasst werden. Dies hatte zur Folge, dass neue Lernziele entstanden und dementsprechend die Lehre im kommunikativen und interaktiven Bereich verändert werden

musste. Die entwickelte Unterrichtsmethode, deren Didaktik und deren Unterrichtstechnik wurde beibehalten.

3.3 Finanzierung des Projekts Longitudinales Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ an der JLU Gießen

Die Finanzierung des Projekts wird durch die „Mittel zur Verbesserung der Qualität der Studienbedingungen und der Lehre“, auch „QSL“-Mittel genannt, des Fachbereichs Humanmedizin seit 2009 sichergestellt.

Die Grundlage bildet das Gesetz zur Verbesserung der Qualität der Studienbedingungen und der Lehre an hessischen Hochschulen (Hessisches Ministerium für Wissenschaft und Kunst, 2008).

Die nach diesem Gesetz den Hochschulen zufließenden Landesmittel müssen auf Grundlage der Satzung des Präsidiums innerhalb der Hochschule vergeben werden. Seitdem vergibt der Fachbereich Humanmedizin (Fachbereich 11) vertreten durch die QSL-Kommission diese Mittel. Ein Teil dieser Sondermittel erhält auf Dauer das Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ (Fachbereich 11 - JLU Gießen, 2017).

Jährlich wird ein Antrag an den Studiendekan des Fachbereichs Medizin auf „Förderung aus dem dezentralen Budget zur Verbesserung der Qualität der Studienbedingungen und der Lehre (QSL-Mittel) am Fachbereich Medizin der JLU“ für den klinischen Bereich von „Communicare“ mit dem dazugehörigen Finanzierungsplan für das Winter- und Sommersemester gestellt.

Im jährlichen Turnus wird ein „Abschluss- / Zwischenbericht“ für das durch das „Dezentrale Budget des Fachbereichs Medizin zur Verbesserung der Qualität der Studienbedingungen und der Lehre an der JLU“ gefördertes Projekt verfasst. Somit wird seit dem Jahr 2009 die Finanzierung von „Communicare“ in den klinischen Semestern des Humanmedizinstudiums der JLU Gießen gewährleistet.

4 Schauspielpatienten

Die zentrale Neuerung des longitudinalen Curriculums an der JLU Gießen im Jahre 2010 war das Arbeiten mit Schauspielpatienten, die als Unterrichtsmethode mit ihrem didaktischen Konzept und deren Unterrichtstechnik eine Praxisnähe einbringen und es den angehenden Ärzten ermöglichen, Gespräche mit anspruchsvoll geschulten Gesprächspartnern und fachlich schwerwiegenden Inhalten zu üben.

In den 1960er Jahren wurde in den USA zum ersten Mal mit Schauspielpatienten gearbeitet, man nannte sie „programmierte Patienten“ (Barrows & Abrahamson, 1964; Barrows, 1993; Konitzer, Jäger & Schmid-Ott, 2010; Rockenbauch, Decker & Stöbel-Richter, 2008a). Auch arbeitete man mit Patienten, die nach einer entsprechenden Ausbildung die Medizinstudierenden selbst unterrichteten. Wykurz & Kelly (2002) nannte diese „patient-instructors“ (Rockenbauch, 2008b). In den 1970er Jahre starteten entsprechende Lehrmodule in den Niederlanden (Lorkowski, 2011; Wind, van Dalen, Muijtjens & Rethans, 2004). Barrows et al. (1964) setzten diese im Bereich der Neurologie ein. Dies entstand in einem initiierten Projekt mit der Fragestellung, wie man die klinische Fähigkeit der Medizinstudenten beurteilen kann. Es wurde die Idee geboren, mit Schauspielpatienten zu arbeiten (Lorkowski, 2011).

Heute arbeiten 97% der „Medical Schools“ in den USA und Kanada mit Schauspielpatienten, sowohl im Unterricht als auch in Prüfungen (Anderson, Stillman & Wang, 1994; Lorkowski, 2011).

Einer der Vorreiter in Deutschland im Bereich Schauspielpatienten² ist die Universität Heidelberg, die ihr Curriculum HeiCuMed (Heidelberger Curriculum Medicinale) im Jahr 2001 einführte. Ziel war es, ein Modell für die klinische Ausbildung zu schaffen und einen praxisbezogenen Unterricht (Kleingruppen und Vorlesungen) einzuführen. In diesem Curriculum wurde das Medi-KIT, das Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinerinnen und Mediziner mit Simulationspatienten, implementiert (Schulz et al., 2007). Auch an der medizinischen Fakultät der Universität Leipzig wurde im Jahr 2003/2004 angefangen, mit Schauspielpatienten zu arbeiten (Glenewinkel & Rockenbauch, 2009; Cämmerer et al., 2016; Rockenbauch et al., 2008b).

² In deutschsprachigem Raum werden die Begriffe „Schauspielpatienten“ und „Simulationspatienten“ synonym verwendet.

Auch die Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf startete an ihrer medizinischen Fakultät, Institut für Allgemeinmedizin, im Jahr 2006, ein Pilotprojekt „Fachübergreifendes Kommunikationstraining mit Simulationspatienten“, welches durch den Förderfond Lehre (FFL) unterstützt wurde. Dieses Unterrichtskonzept wurde durch die Studierenden wie auch Dozenten positiv bewertet, sodass man es in die Regellehre überführte (Bachmann et al., 2008).

Ebenso arbeitet die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) in ihrem Modellstudiengang „Hannibal“ seit 2010 mit Schauspielpatienten. In einer Evaluation wurde von den Studierenden der Einsatz von Schauspielpatienten am besten bewertet (von Lengerke, Kursch, Lange & APG-Lehrteam MHH, 2011).

In einer Umfrage zum Lehren und Prüfen kommunikativer Kompetenzen im Medizinstudium durch den GMA-Ausschuss „Kommunikative und soziale Kompetenzen (KusK)“ wurden 39 medizinische Fakultäten im deutschsprachigen Raum befragt, wie sie die kommunikativen Kompetenzen lehren und prüfen würden. Als häufigste Lehrmethode wurde hierbei das Arbeiten mit Schauspielpatienten genannt (n=38), bei 37 Fakultäten arbeitete man mit einem strukturierten Feedback (Härtl et al., 2015).

1	Aachen	20	Homburg
2	Basel	21	Innsbruck
3	Berlin	22	Jena
4	Bern	23	Kiel
5	Bochum	24	Köln
6	Bonn	25	Leipzig
7	Dresden	26	Lübeck
8	Duisburg-Essen	27	Magdeburg
9	Düsseldorf	28	Mainz
10	Erlangen	29	Mannheim
11	Frankfurt	30	Marburg
12	Freiburg	31	München (2 Standorte)
13	Gießen	32	Münster
14	Göttingen	33	Regensburg
15	Greifswald	34	Rostock
16	Halle	35	Tübingen
17	Hamburg	36	Wien
18	Hannover	37	Würzburg
19	Heidelberg	38	Zürich

Abbildung 9: Übersicht der Städte und Universitäten wo mit Schauspielpatienten gearbeitet wird (Härtl et al., 2015)

4.1 Das Arbeiten mit Schauspielpatienten

Schauspielpatienten (SP) werden in verschiedenen Bereichen eingesetzt (Barrows, 1993). Sie werden in Deutschland sowohl beim Erlernen einer strukturierten Anamnese (Simmenroth-Nayda, 2007b) als auch in den medizinischen Fächern wie z.B. in der Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie (OP-Aufklärung) (Schleicher et al., 2017), in der Psychosomatik und Psychiatrie, in der Palliativmedizin (Mitteilung schwerer Nachrichten) (van Oorschot et al., 2008a, van Oorschot, Neuderth, Faller & Flentje, 2008b) sowie in der Pädiatrie (Elterngespräche) (Hoffmann et al., 2007) eingesetzt.

Die Studierenden haben im Skillstraining mit Schauspielpatienten die Möglichkeit, ihr komplexes berufliches und kommunikatives Handeln und Verhalten in einem Setting zu üben. Es werden dabei motorische, kommunikative, kognitive und selbstregulierende Skills praxisnah trainiert. Es entsteht eine Handlungskompetenz, die der Lernstufenpyramide nach Miller (1990) entspricht. Die Studierenden werden auf diese Weise gut auf den auf sie zukommenden Berufsalltag vorbereitet und können sich u.a. angemessen verhalten und gut kommunikativ handeln (Schroeder, 2008).

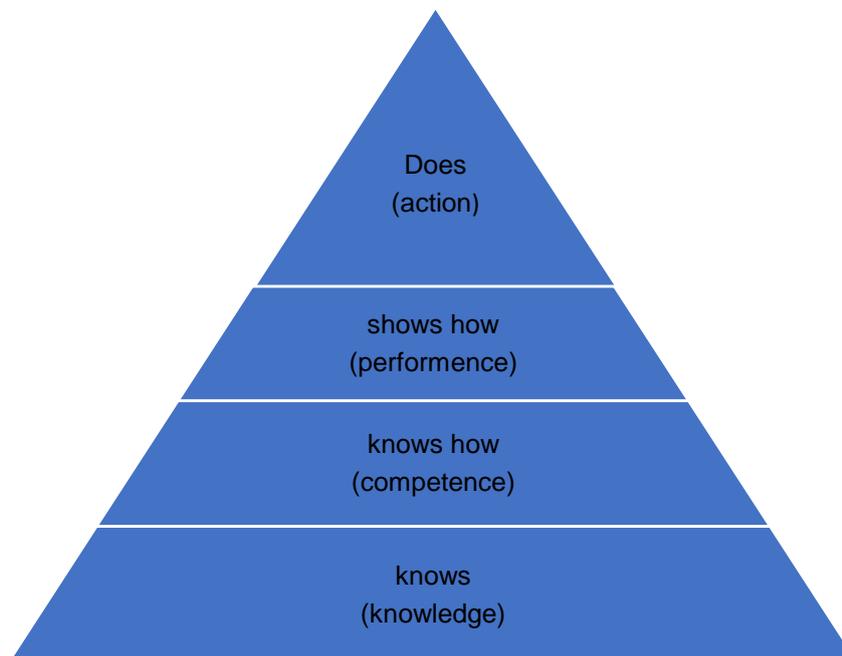


Abbildung 10: Lernstufenpyramide (Miller, 1990)

In den Prüfungen einzelner Fächer werden ebenfalls Schauspielpatienten eingesetzt. Von Harden et al. (1975) beschrieb diese Form der Prüfung erstmals als „Objektive Structured Clinical Examination (OSCE)“. Die Medizinstudenten müssen in der Regel verschiedene Prüfungsstationen mit unterschiedlichen Aufgaben durchlaufen. Auch in Deutschland wird

diese Art der Prüfung im Medizinstudium mit Erfolg eingesetzt (Ortwein, Fröhmel & Burger, 2006; Stibane et al., 2016).

Die Arbeit mit Schauspielpatienten bietet eine wertvolle Ergänzung zur herkömmlichen Theorievermittlung mit folgenden Vorteilen (Kneebown 2003, Schulz et al., 2007; Ortwein et al., 2006; Rockenbauch et al., 2008a; Wüdrich et al., 2008; Brenk- Franz, Kubieziel, Schulz & Gensichen, 2010):

- Die hohe Rollengenauigkeit von SP ermöglicht es den Studierenden unter realen Bedingungen im geschützten Rahmen kommunikative Kompetenz zu erlernen und zu vertiefen.
- Die Gesprächssituationen können immer wieder unter den gleichen Bedingungen in einem ruhigen Setting wiederholend, aber auch in Zeitsprüngen trainiert werden.
- Der spielerische und realitätsbezogene Ansatz hilft den Studierenden praxisnah, das gelernte Wissen klinikbezogen anzuwenden.
- Schauspielpatienten sind (anders als reale Patienten) immer für den Unterricht verfügbar und einplanbar und können ihre Rolle an die jeweiligen Lernziele anpassen.
- Ihr Feedback fördert die Wahrnehmung der Studierenden für ihre eigenen verbalen und nonverbalen Interaktionen und deren Einfluss (Bezug) auf den Patienten.
- Schauspielpatienten geben den Studierenden das Gefühl und die Sicherheit, dass Fehler keine negativen Auswirkungen auf die Gesundheit haben, somit können die Studierenden ihre Fähigkeiten ohne Angst in einem geschützten Rahmen üben und trainieren. Es entsteht eine Handlungssicherheit, die im späteren Klinikalltag die Qualität der Behandlung steigert.
- Mit Schauspielpatienten lassen sich anhand vorgegebener objektiver Kriterien kommunikative sowie fachlich-inhaltliche Fertigkeiten und vorhandene Kompetenzen überprüfen.
- Es kann mit Hilfe von Schauspielpatienten auf den individuellen Wissensstand der Studierenden Bezug genommen werden. Es ist in einer Lehreinheit eine Fokussierung und Wiederholung bestimmter Inhalte möglich.

Ebenso hat der Einsatz von Schauspielpatienten den Vorteil, dass die realen Patienten vor zusätzlicher physischer und psychischer Belastung geschützt werden (Fröhmel, Burger & Ortwein, 2007). Dies ist ein nicht unerheblicher Punkt, denn reale Patienten neigen oft dazu über ihre Grenzen zu gehen.

Neben dem bildungspolitischen Hintergrund (MFT, 2015), dem Bologna-Prozess (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2003) und der Approbationsordnung vom Jahr 2002, die verbindlich fest schrieb, dass die Fähigkeiten und Fertigkeiten in ärztlicher Gesprächsführung in naher Zukunft gelehrt und geprüft werden müssen (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2002), wurde durch die „Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte“ im Jahr 2012 und deren weitere Änderung 2013, die zum 01.01.2014 in Kraft getreten ist, der Schwerpunkt auf die kommunikativen Fähig- und Fertigkeiten noch einmal erweitert, indem diese auch im Staatsexamen abzuprüfen sind (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017).

4.2 Organisatorische Vorarbeiten zur Implementierung der Sprechenden Medizin in der JLU Gießen

Um das Projekt Sprechende Medizin „Communicare“ im Fachbereich Medizin der JLU Gießen starten zu können, bedurfte es vieler Vorbereitungen. Nachdem die Strukturierung des Projektes abgeschlossen war und die jeweiligen Fachgebiete ihre Mitarbeit zugesagt hatten, musste das Projekt publik gemacht werden, damit auch Schauspielpatienten gefunden werden konnten.

4.3 Werbung

Zunächst wurde auf der Homepage des Fachbereichs Medizin Informationen zum Bereich der Sprechenden Medizin bereitgestellt, damit die Interessenten sich informieren können (<https://www.uni-giessen.de/fbz/fb11/studium/medizin/kommtrain>).

JUSTUS-LIEBIG-UNIVERSITÄT GIESSEN

FB 11 - Medizin

Fachbereich Studium Forschung Einrichtungen Klinikum

Website durchsuchen

meinSTUDIUM

Häufig gestellte Fragen

Studiendekanat

Studieninteressierte

Medizin

Übersicht zum Studium

Ansprechpartner & Beratung

Vorklinischer Studienabschnitt

Klinischer Studienabschnitt

Prüfungsregelungen

Praktisches Jahr

Skillslabs (GRIPS & GiSim)

Sprechende Medizin

Hintergrund

Schauspielpatienten

BewerberInfo

Das Team

Auslandsstudium

Studentische Arbeitskreise

Fachschaft Medizin

Zahnmedizin

Förderangebote

Landesprüfungsamt

Studium und Forschung

Recht und Verordnungen

Medien & Bibliotheken

Informationssysteme

Qualität in der Lehre

Studium - Lehre - Familie

Campus-Kultur

Schauspielpatienten

In den Veranstaltungen der „Sprechenden Medizin“ steht die Praxis im Vordergrund. Es kommen Schauspielpatienten zum Einsatz. Diese werden trainiert und ausgebildet, um klinische Krankheitsbilder und medizinische Probleme realitätsnah simulieren zu können. Weiterhin werden sie darin geschult, den Studierenden ein strukturiertes, inhaltliches Feedback über ihr kommunikatives Verhalten zu geben. Entlang dieses Feedbacks können die Studierenden ihr eigenes Gesprächsverhalten wahrnehmen, reflektieren und neu bewerten. Die angehenden Mediziner können auf diesem Wege ganz gezielt das ärztliche Gespräch üben.

- Training und Pool der Schauspielpatienten

Bevor die Schauspielpatienten bei uns tätig werden, durchlaufen sie zunächst ein Auswahlverfahren. Danach beginnt ein intensives, speziell entwickeltes Training, in dem sie ihre Rollen und Feedbacktechniken lernen. Die Schauspielpatienten werden sowohl im Unterricht als auch in der Prüfung eingesetzt.

- Einsatzmöglichkeiten

In der „Sprechenden Medizin“ bietet die Arbeit mit Schauspielpatienten eine wertvolle Ergänzung:

- Der spielerische, aber realitätsbezogene Ansatz hilft, praxisnah das gelernte Wissen klinikbezogen anzuwenden.
- Schauspielpatienten sind (anders als reale Patienten) immer für den Unterricht verfügbar und einplanbar und können ihre Rolle an die jeweiligen Lernziele anpassen.
- Ihr Feedback fördert die Wahrnehmung für eigene verbale und nonverbale Interaktionen und deren Einfluss auf den Patienten.

Schauspielpatienten geben den Studierenden das Gefühl und die Sicherheit, dass Fehler keine negativen Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Somit können die Studenten ihre Fähigkeiten ohne Angst üben.

Studiendekanat des Fachbereichs

Med. Lehrzentrum
Klinikstr. 29 (Ebene 2)
35392 Gießen

STUDIERENDE
Ihr direkter Kontakt zum Studiendekanat!

Abbildung 11: Eintrag auf der Homepage Sprechende Medizin des Fachgebiets 11 der JLU Gießen (www.uni-giessen.de)

Der Inhalt wurde zusammen mit dem Institut für Medizinische Psychologie erarbeitet und soll Auskunft über den Hintergrund des Projekts, die Voraussetzungen für eine Mitarbeit als Schauspielpatient und die Ansprechpartner von „Communicare“ geben.

Zeitgleich wurde im Gießener Express (Online) eine Anzeige mit folgendem Inhalt geschaltet:

Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität (JLU), Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Gießen sucht Schauspielinteressierte und (Laien)Schauspieler für den Studentenunterricht. Die Laienschauspieler werden unter fachkundiger Anleitung eine Patientenrolle einüben. Diese Patientenrollen werden dann mit angehenden Medizinern durchgespielt. Die Auswahlworkshops finden am 10. und 17. 03.2010 statt. Anmeldung bis zum 08. bzw. bis zum 12.03.2010.

Neben flexibler Verfügbarkeit sind Zuverlässigkeit und Engagement wichtige Voraussetzungen. Die Einsätze werden stundenweise vergütet.

Informationen dazu gibt es beim Projektleiter drs. (Amsterdam) S. H. van der Mei, Tel. 0641-9945636, E-Mail: Sicco.H.VanDerMei@psycho.med.uni-giessen.de

Abbildung 12: Werbeanzeige für die Schauspielpatienten im Gießener Tagesblatt

Parallel wurde eine JLU Pressemitteilung veröffentlicht:

Pressemitteilung

Wie echt – Arbeiten mit Schauspielpatienten

Studenten trainieren Kommunikation mit Schauspielpatienten im Medizinstudium

Depression, Angst, Schmerzen, eine Krebserkrankung oder eine chronische Erkrankung im Alter – mit diesen und anderen Beschwerden von Patienten werden angehende Mediziner des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen im longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ gezielt konfrontiert. Aber: Die Patienten sind nicht „echt“ und die Studierenden befinden sich in den klinischen Semestern.

„Arzt sein“ ist ein kommunikativer Beruf und die Kommunikation muss gelernt - und geübt werden. Am Gießener Medizin-Fachbereich wird seit 2009 das Kommunikationstraining durchgeführt, bei dem die angehenden Mediziner ganz gezielt ab dem siebten Semester in den Bereichen Psychosomatik, Palliativmedizin, Kinderheilkunde, Allgemeinmedizin und Altersmedizin das ärztliche Gespräch üben. Die Schauspielpatienten spielen dabei eine zentrale Rolle. Sie üben unter fachkundiger Anleitung Patientenrollen ein, die dann mit angehenden Mediziner durchgespielt werden. Gezielte Rückmeldungen an die Studierenden zu geben gehört ebenfalls zum Training der Schauspiel-patienten. Im Unterricht geht es um das Erkennen einer Krankheit durch das strukturierte Gespräch, samt Anamnese und Diagnose. Ebenso geht es um die Übermittlung weniger schöner Nachrichten. Wie verhalte ich mich gegenüber dem Patienten? Wie frage ich ihn? Wie bringe ich ihn dazu, mir etwas zu erzählen und wie teile ich ihm mit, dass er wahrscheinlich Krebs hat? Eine Situation, die die Studierenden bisher nur aus der Theorie kennen.

„Learning by doing!“ - ärztliche Kommunikation kann man nur in der Praxis am Patienten üben und erlernen. Die Stärken der Schauspielpatienten liegen darin, dass sie den angehenden Mediziner direkt Feedback geben können. Diese Rückmeldungen helfen den Studierenden, ihre Haltung und ihre Kommunikation zu verbessern.

Das longitudinale Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ in der Gießener Fakultät ist ein fester Bestandteil des Lehrplans und trägt zur Qualitätsverbesserung des Medizinstudiums bei.

Derzeit werden noch interessierte Schauspielpatienten gesucht. Neben flexibler Verfügbarkeit sind Zuverlässigkeit und Engagement wichtige Voraussetzungen. Die Einsätze werden stundenweise vergütet.

Nähere Informationen erhalten Sie im Sekretariat „Sprechende Medizin“ der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie bei Frau Sabine Geißler per Mail (Sabine.Geissler@psycho.med.uni-giessen.de) oder telefonisch unter: 0641/99-45645.

Abbildung 13: Pressemitteilung der Justus-Liebig-Universität (2011)

Zusätzlich wurden an der JLU Gießen Aushänge zur Rekrutierung von Schauspielpatienten platziert.

Ein Grafikbüro designte das Logo des Longitudinalen Curriculums Sprechende Medizin „Communicare“. Aus vielen Vorschlägen wurde sich für untenstehendes Logo entschieden.

Dieses Logo mit dem begleitenden Text verdeutlicht die Kommunikation in der medizinischen Versorgung.



Abbildung 14: Logo *Communicare*

4.4 Rekrutierung und Casting von Schauspielpatienten

Die Personen, die sich für die Tätigkeit als Schauspielpatient interessierten, wurden durch das Sekretariat der Sprechenden Medizin der klinischen Semester verwaltet.

Parallel wurde ein Auswahlworkshop konzipiert und Kriterien entwickelt, um geeignete Schauspielpatienten herauszufiltern. Dabei war es wichtig, dass neben der Freude und dem Talent am Rollenspiel, die Bereitschaft vorhanden sein musste, junge Studenten darin zu unterstützen, im zukünftigen Arztberuf besser mit Patienten und Kollegen zu kommunizieren. Außerdem sollte Interesse vorhanden sein, die jungen Studenten darin zu begleiten, eine eigene Haltung zu finden, mit der sie respektvoll in ihrem Arztberuf Patienten begegnen können (Bramer et al. 2015; Brenk, Christen, Richter, Schnabel & Woermann, 2014).

Folgende Kriterien spielen bei der Auswahl von geeigneten Schauspielpatienten eine Rolle (Lauber, 2009):

Tabelle 12: Kriterien Auswahlworkshop Schauspielpatienten

1. Körpersprache differenziert darstellen
2. Körperbeherrschung
3. Imaginationsfähigkeit
4. Stimmausdruck, affektiv differenziert
5. Inszenierung, Improvisation
6. Kognitive Fähigkeiten (Konzentration etc.)
7. Kommunikation (Feedback und Interaktion)
8. Präsentation, äußere Erscheinung
9. Verfügbarkeit

Diese Kriterien, die bei der Beurteilung angesetzt wurden, mussten in einem Auswahlworkshop überprüft werden. Es wurde der untenstehende Auswahlworkshop konzipiert und die Interessierten über das Sekretariat des Longitudinalen Curriculums Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester schriftlich eingeladen. Am Ende des Auswahlworkshops wurden durch die Workshop-Leiter die geeigneten Schauspielpatienten anhand der Kriterien und den Beobachtungen herausgefiltert. Die Kandidaten wurden ein paar Tage später zum Rollenspieltraining schriftlich durch das Sekretariat eingeladen. Diejenigen, die die Kriterien nicht erfüllten, bekamen eine schriftliche Absage. Auf Wunsch erhielten die abgelehnten Personen eine mündliche Begründung.

Ablauf Auswahlworkshop Schauspielpatienten

Phasen und Ziele	Aktion	Ergänzungen/Alternativen	Zeitplanung	Rolle
Vorstellung des Projekts	Projektinformation Was erwarten wir von den TN Wie geht es nach der Auswahl weiter?	Weitergabe der Adressen an die medizinische Psychologie	15 Min	
Warming up TN lernen das Training und den Aufgabenbereich des Schauspielers	Soziometrische Gruppenübungen In Zweiergruppen Interview zu bestimmten Fragen. Danach in der Gruppe den Partner vorstellen.	3 Fragen: Wie heißt Du, woher kommst Du? Hast Du schon Erfahrungen mit Schauspiel? Was bringst Du an Eigenschaften mit, die ihre Aufgabe hier unterstützen könnten?	10 Min.	Einzel
Training des Körperausdrucks Körpersprache differenziert darstellen Die TN lernen verschiedene Stimmungen auszudrücken	Gehen im Raum Beschleunigen und verlangsamen Gehen, schlendern, laufen, rennen, wandern, hüpfen, schleichen etc. Darstellen von verschiedenen Stimmungen Leichtigkeit, Traurigkeit, Heiterkeit, Aggressivität, Wut, Resignation Darstellen von Symptomen Schmerzen im Bauch, Lichtempfindlichkeit, Kopfschmerzen, Nackenschmerz	Gehen im Raum Szene anweisen: den Zug erreichen müssen, verliebt, Kündigungsschreiber etc. Gruppenübung Alle gemeinsam stoppen Ein Menschenknäuel bilden und entwirren	10 Min.	Einzel

Phasen und Ziele	Aktion	Ergänzungen/Alternativen	Zeitplanung	Rolle
Training der Interaktion und Imagination TN lernen: -Abstimmung -Personen und Dinge vorstellen	Körpersprache differenziert darstellen Zu zweit unter einem Regenschirm gehen, eine Leiter tragen, eine Glasscheibe transportieren, einen Blinden führen.	Kleingruppenübung: Imaginationsübung mit einem Ball, einem störrischen Esel, Über die Mimik z.B. das Schrumpfen des Raumes oder den Einsturz einer Brücke etc. darstellen	10 Min.	Partner vorgegeben
Training der Körperbeherrschung TN lernen, die Motivation des anderen zu erkennen und zu folgen	Spiegelübung/Marionettenübung Einer führt eine Bewegung an, der andere oder die anderen machen diese nach (-verstärken oder verändern sie)	Wettlauf im Zeitlupentempo	10 Min.	Partner vorgegeben
Training der Stimme TN können mit ihrer Stimmlage verschiedene Stimmungen verbalisieren	Stimmübung: „Ein selten guter Tee, den du gemacht hast“ (Stimmung der Dankbarkeit bis hin zum Ekel)	Stimmübung: „Ich habe nie gesagt, dass Du das Geld genommen hast“ (Worte einzeln betonen, immer ein Wort herausheben)	5 Min.	Partner freie Wahl
Rollenspielimprovisationen TN machen sich mit dem Rollenspiel, Inszenierung und Improvisation vertraut.	Spieldarstellungen: „Einladung ins Kino: Die Brieftasche ist verschwunden“ „Der Heiratsantrag“ „Das ist mein Platz“			Partner freie Wahl

Phasen und Ziele	Aktion	Ergänzungen/Alternativen	Zeitplanung	Rolle
Rollenspiele mit Arzt und Patient TN machen sich mit der Arzt-Patient Interaktion vertraut.	Folgende Szenen werden zu zweit vor der Gruppe gespielt. Krankheitsbild: Massiver Kopfschmerz Begrüßung: Arzt begrüßt! Platz nehmen 3 Fragen: Was führt sie zu mir? Seit wann haben sie die Beschwerden? Bei was ist das aufgetreten?	Krankheitsbild: Massive Bauchschmerzen Material: 1 Tisch 2 Stühle	45 Min.	Partner freie Wahl, Demonstration paarweise
Abschlussrunde Beendigung des Auswahlworkshops	Feedback an die Trainer: Wie fanden sie diese 2 Stunden? Können sie sich es weiterhin vorstellen als Schauspielpatienten tätig zu sein? Organisatorische Informationen: Mitteilung der Entscheidung (E-Mail, Telefon) Adressenweitergabe Med.-Psych.			

Abbildung 15: Ablauf Auswahlworkshop Schauspielpatienten

4.5 Rechtliche Rahmenbedingungen, Erfassung der Stunden, Entwicklung Formulare, Verwaltungsabläufe

Im Zentrum für Psychosomatische Medizin wurde entschieden, dass die Schauspielpatienten für ihre Tätigkeiten ein Honorar in Höhe von 12,00 €/Stunde erhalten sollten. Dies entsprach der Bezahlung der Schauspielpatienten in vergleichbaren Programmen medizinischer Fakultäten in Deutschland. Die Stundenhonorare erhalten die Schauspielpatienten für das Training, das Spielen in den jeweiligen Fachgebieten und für weitere (Rückmelde-)Treffen.

Mit Unterstützung der Rechtsabteilung der JLU Gießen wurde eine rechtssichere vertragliche Vereinbarung zwischen dem Schauspielpatienten und der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie erarbeitet. Nach mehreren Gesprächen wurde ein Vertrag erstellt, der bis heute zur Anwendung kommt. Ebenso wurde gemäß der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) im Jahr 2018 eine gesonderte Einverständniserklärung für die Schauspielpatienten entwickelt.

Zusätzlich wurden die interessierten Schauspielpatienten im Auswahlworkshop über Schweigepflicht, kontinuierliches Feedbacktraining, das Einüben neuer Rollen, sowie der Versteuerung ihres Honorars informiert.

Neben dieser rechtlichen Grundlage wurden organisatorische Formulare konzipiert, wie z.B. Stundenzettel, Personalbogen, und Rechnungen, damit die Schauspielpatienten die geleisteten Stunden der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Rechnung stellen

können. Es mussten Verwaltungsabläufe besprochen und etabliert werden, um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten.

4.6 Organisation und Planung

In den Anfängen des Longitudinalen Curriculums Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester wurden die organisatorischen Anforderungen von den Dozenten selbst geleistet. Da der Umfang des Curriculums jedoch immer größer wurde, mehr Fachgebiete, aber auch Schauspielpatienten hinzukamen, wurde ein eigenes Sekretariat eingerichtet. Dieses Sekretariat ist Ansprechpartner für die Schauspielpatienten, die mittlerweile neben dem Klinikteam aus einer Gruppe von 30 Personen besteht. Hier ist, wie in jeder Organisation, Personalsteuerung und -führung notwendig.

Darüber hinaus ist das Sekretariat für Sekretariatsaufgaben/Schriftverkehr, Verwaltungsaufgaben, Terminkoordination und Verwaltung der Schauspielpatienten zuständig. Außerdem erstellt es Verträgen wie auch die Stundenabrechnungen der Schauspielpatienten.

Die größte Herausforderung des Sekretariats ist die Erstellung von Einsatzplänen und die ständige Anpassung dieser Pläne aufgrund von (krankheitsbedingten) Ausfällen etc.. Aufgrund der oben genannten Aufgaben wurde eine halbe Sekretariatsstelle eingerichtet.

4.7 Training der Schauspielpatienten in den klinischen Semestern im Fachbereich Medizin der JLU Gießen

4.7.1 Konzeption, Planung und Entwicklung

Im Vorfeld musste ein Trainingskonzept entwickelt und Rollen für die jeweiligen Fachgebiete inhaltlich konzipiert und erarbeitet werden mit dem Ziel, die Schauspielpatienten, eingebettet in die vorgegebene Unterrichtsmethode und deren Didaktik, auf ihre Arbeit mit den Studierenden optimal vorzubereiten.

Die Vorbereitung erfolgt pro Fachgebiet erst in einem 2-stündigen Schauspieltechniktraining und später pro Fachgebiet in einem 5-stündigen Training (Schulz et al., 2007; Schroeder, 2008). Das Training wird in der Gruppe durchgeführt, um u.a. eine übereinstimmende Darstellung der Rolle zu erreichen (Simmenroth-Nayda et al., 2007b). Dies

ist gerade in Bezug auf den Einsatz in einem OSCE sehr wichtig, da in kurzen Abständen immer wieder die gleiche Rolle unter gleichen Bedingungen in einer identischen Situation gespielt werden muss, um in Prüfungen über standardisierte gleiche Bedingungen die Vergleichbarkeit sicherstellen zu können.

Das Training in der Gruppe hat den Vorteil, dass die Schauspielpatienten auch voneinander lernen und sich gegenseitig korrigieren können. Zudem wird so ein Zusammengehörigkeitsgefühl in der Gesamtgruppe der Schauspielpatienten gefördert, was eine gute Basis für das weitere Arbeiten miteinander darstellt.

4.7.2 Merkmale eines effizienten Schauspieltrainings

Im Vorfeld eines Trainings von Schauspielpatienten war es wichtig, Kriterien zu definieren, um die Voraussetzungen für ein gutes Training gewährleisten zu können. Diese Kriterien wurden zusammen mit dem Institut für Medizinische Psychologie festgeschrieben und in Struktur-, Prozess- und Ergebnismerkmale unterteilt. Diese Merkmale bilden die Grundlage für das Arbeiten mit Schauspielpatienten und sind die Basis einer guten Lehre für und mit den Studierenden.

4.7.3 Trainingskonzept der Schauspielpatienten

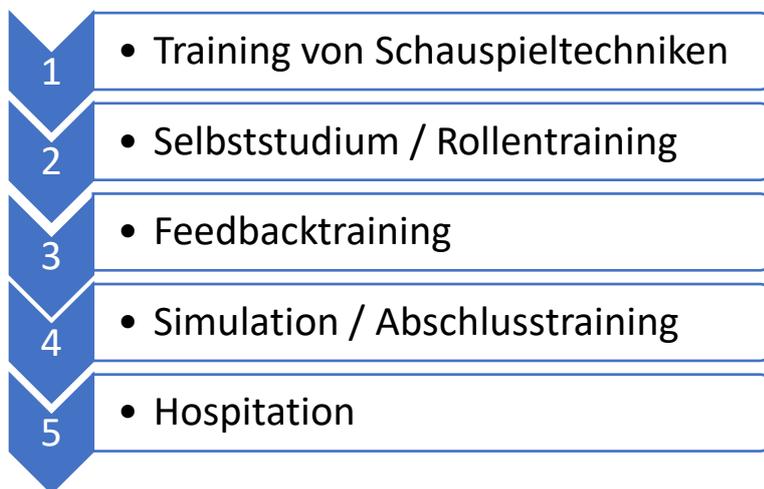


Abbildung 16: Ablauf des Trainings der Schauspielpatienten

Training von Schauspieltechniken

Zuallererst werden mit den Schauspielpatienten Schauspieltechniken eingeübt. Es werden Stimme, Stimmmodulation, Körpersprache, Mimik, Spontanität, Improvisation und die Wahrnehmung geschult (Schulz et al., 2007).

In der Arbeit mit Studierenden ist es für die Schauspielpatienten besonders wichtig, authentisch und klar die Rolle darzustellen, dabei in eine natürliche Interaktion zu treten und gleichzeitig noch flexibel und spontan zu reagieren. Dabei spielen eine authentische Körpersprache, ein angemessenes Verhältnis von Nähe und Distanz, wie auch passende Emotionen und eine natürlich wirkende Reaktion auf das Verhalten des Gegenüber eine große Rolle (Brammer et al., 2015).

Am Anfang der Schulung wird mit einfachen Übungen und Rollen gearbeitet, die im Laufe des Trainings immer komplexer und mehrschichtiger werden, sodass die oben genannten Aspekte des Schauspiels und der Kommunikation verinnerlicht werden. Dies bildet die Grundlage für die eigentlichen Rollen, die die Schauspielpatienten im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester einnehmen sollen. Es ist für die Trainer auch gleichzeitig ein Entscheidungskriterium für welches Fachgebiet / Rolle die Schauspielpatienten eingesetzt werden sollen.

Selbststudium / Rollentraining

Im Rollentraining wird darauf geachtet, dass die Rollen der Schauspielpatienten, die sie letztendlich im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester spielen müssen, möglichst wenig mit der eigenen Biografie oder evtl. Erkrankung der Schauspielpatienten gemeinsam haben (Simmenroth-Nayda et al., 2007b). Es soll vermieden werden, dass Schauspielpatienten nicht in ihre „eigene“ Rolle mit den darin verbundenen Gefühlen, Bildern und Phantasien hineingeraten. Ebenso wird darauf geachtet, dass das Alter der Schauspielpatienten nicht gravierend vom Alter der Rolle abweicht, ansonsten wirkt der Schauspielpatient in seiner Rolle unglaubwürdig.

Simpson (1985) beschäftigte sich mit der Frage: „How to Use Role-Play in Medical Teaching“ (S. 75) und kommt zu der Erkenntnis, dass nicht allein ein „acting“ reicht, sondern ein spezifisches Training erforderlich ist, um eine Rolle in dem spezifischen Kontext darstellen zu können. Aus diesem Grund wurde im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester ein Ablauf zum Training von Schauspielpatienten entwickelt (Lauber, 2009; Schroeder, 2008), in dem die Schauspielpatienten, die eine gleiche Rolle darstellen sollen, gemeinsam diesen Charakter erarbeiten, um eine übereinstimmende Darstellung zu garantieren (Simmenroth-Nayda et al., 2007b).

Tabelle 13: Ablauf Selbststudium / Rollentraining

▪ Selbststudium
▪ Klärung offener Fragen
▪ Information zum Krankheitsbild
▪ Lernziel im jeweiligen medizinischen Fachgebiet
▪ Rollenerarbeitung Schritt für Schritt
▪ Flexibilisierung in der Rolle
▪ Heraustreten aus der Rolle

Rollenzuordnung und Selbststudium

Bevor die Schauspielpatienten eine Rolle trainieren, findet eine Rollenzuordnung statt. Die Rolle muss dem Alter, dem Geschlecht wie auch dem Charakter des Schauspielpatienten entsprechen. Kommt die Rolle dem Schauspielpatienten „entgegen“, so ist die Wahrscheinlichkeit sehr groß, dass diese sehr authentisch dargestellt wird.

Die Schauspielpatienten bekommen ein Rollenskript mit dem Auftrag ausgehändigt, sich mit der Rolle auseinander zu setzen. Sie sollen sich offene Fragen, Undeutlichkeiten und Fragen zum Krankheitsbild zu Hause notieren und die Eckdaten zur der zu spielenden Person und deren Biografie auswendig lernen und verinnerlichen.

Klärung offener Fragen

Dieser Schritt ist notwendig, da jeder einzelne Schauspielpatient beim Erarbeiten seiner Rolle eigene Ideen und Phantasien entwickelt. Diese können und müssen in der Gruppe besprochen und abgeglichen werden. Nur so kann eine übereinstimmende Darstellung erfolgen. Dies ist vor allem bei den Prüfungen (OSCE) notwendig.

Information zum Krankheitsbild

Ein wichtiger Aspekt bezieht sich auf das Hintergrundwissen der Schauspielpatienten. Je mehr diese über die zu spielende Erkrankung und deren Auswirkungen auf den Körper, und auch über die soziale Umgebung des zu spielenden Patienten weiß, desto besser kann er sich in die Rolle hineinfallen lassen und diese Rolle mit der darzustellenden Erkrankung authentischer spielen.

Lernziel im jeweiligen medizinischen Fachgebiet

Das kommunikative Lernziel im jeweiligen medizinischen Fachgebiet muss dem Schauspielpatienten am Anfang des Trainings bewusst sein. Geht es um eine medizinische

Untersuchung oder um ein Aufklärungsgespräch und was soll der Studierende am Ende des Seminars gelernt haben? Geht es z.B. um das Ziel der Kontaktaufnahme, so sollte der Schauspielpatient darauf achten, ob z.B. „Der Studierende empathisch war?“, ob er „Augenkontakt aufgenommen hat?“, ob „Er den Patienten eine Hand zur Begrüßung gegeben hat?“. All diese Wahrnehmungen sind für das spätere Feedback, aber auch für das Spielen der Rolle wichtig.

Erarbeiten der Rolle Schritt für Schritt

Die Schauspielpatienten erarbeiten sich unter Anleitung des Trainers die Rolle Schritt für Schritt. Dabei werden Methoden des Psychodramas, nach dem in Heidelberg entwickelten Konzept (Lauber, 2009), aber auch Methoden der Integrativen Bewegungstherapie (Baardman, Gernerden & van der Mei, 1995) herangezogen.

Tabelle 14: Erarbeiten der Rolle Schritt für Schritt

▪ Gegenseitiges Interview über die Rolle
▪ Erarbeitung der Biografie mit Hilfe eines Zeitstrahls
▪ Erarbeitung der Krankheitsgeschichte mit Hilfe eines Zeitstrahls
▪ Erarbeiten des familiären und sozialen Umfeldes am Flipchart
▪ Erarbeiten der Gedanken und Gefühle und der Psychodynamik
▪ Spielen der Rolle in der Gruppe

▪ Gegenseitiges Interview über die Rolle

Am Anfang spielt das gegenseitige Interview eine wichtige Rolle. Die Schauspielpatienten werden durch vertieftes Fragen intensiver in das Erleben der zu spielenden Person geführt. Gleichzeitig erhöht es die bildreiche Imagination zur Lebenssituation und das Vertiefen in das soziale Umfeld. Dies verstärkt die Identifikation mit der zu spielenden Rolle (Lauber, 2009).

▪ Erarbeitung der Biografie mit Hilfe eines Zeitstrahls

Um so authentisch wie möglich zu wirken, muss der Schauspielpatient die Biografie wie auch die Krankheitsgeschichte der Rolle verinnerlichen. Hierfür eignet sich der Zeitstrahl. Damit wird die stimmige Biografie wie auch die Krankengeschichte chronologisch erarbeitet. Es wird der Lebensweg des Schauspielpatienten wie auch seine Krankheitsgeschichte bildlich erarbeitet, dargestellt und erlebbar gemacht. Wichtige Stationen des Lebens des zu spielenden Patienten, deren emotionaler Inhalt und der begleitenden Krankheitssymptome werden nochmals vertieft und führen dadurch zu einer noch höheren Identifikation mit der Rolle.

- **Erarbeitung der Krankheitsgeschichte mit Hilfe eines Zeitstrahls**

Das Erarbeiten des sozialen Umfeldes erfolgt an einem Flipchart. Es wird in der Form eines Genogramms³ erstellt. Dort werden verwandtschaftliche Zusammenhänge, Familienbeziehungen, Freunde und Arbeitsbeziehungen visualisiert, um beziehungsbestimmende Faktoren und Verflechtungen darzustellen, die das Hinabtauchen in die Rolle nochmals verstärken. Ferner kann der Trainer so wichtige Hinweise und Korrekturen hinsichtlich des Verhaltens, Erlebens und im Darstellen geben, sodass der Schauspielpatient noch authentischer die Rolle spielen kann.

- **Erarbeiten des familiären und sozialen Umfeldes am Flipchart**

Das Erarbeiten der eigenen Gedanken, Ängste, Hoffnungen und Emotionen sowie die Symptome der Erkrankung und die Psychodynamik mit sich als Person wie auch im Kontakt mit anderen ist ein wichtiger Teil des Trainings. Dabei werden diese Komponenten mit einem Gegenüber teilweise in Szene gesetzt, um in realem Kontext zu trainieren. Dies lässt den Schauspielpatienten noch realistischer auftreten. Dabei wird auf Körperhaltung, Bewegungsmuster, allgemeiner Ausdruck, Ausdruck der Symptome und Stimme geachtet (nonverbale Darstellung).

- **Erarbeiten der Gedanken und Gefühle und der Psychodynamik**

Sind die oben genannten Schritte erarbeitet, wird die Rolle in der Gruppe von Schauspielpatienten gespielt. Am Anfang des Projekts wurden die Schauspielpatienten nur durch die Dozenten trainiert. Nun werden die durch das Auswahlverfahren angenommenen Schauspielpatienten mit erfahrenen Schauspielpatienten zusammen trainiert. Dies hat den Vorteil, dass die neuen Schauspielpatienten von den Erfahrungen der anderen profitieren und lernen können.

- **Spielen der Rolle in der Gruppe**

Beim Spielen in der Gruppe werden mehrere Techniken aus dem Psychodrama (Lauber, 2009) eingesetzt. Eine wichtige Technik ist der Rollentausch. Hier nimmt der Schauspielpatient sowohl die Rolle des Patienten als auch die des Arztes ein, um einen Perspektivenwechsel herbeizuführen. Sich in die Rolle des Studierenden hineinzubegeben und die Situation selbst zu erleben und zu erfahren vergrößert die Empathiefähigkeit.

³ Ein Genogramm ist eine Darstellungsform, wo verwandtschaftliche Zusammenhänge, Familienbeziehungen visuell dargestellt werden. Dies wird vor allem in der Systemischen Familientherapie verwendet (Johnson, 1995).

Auch wird bewusst die sogenannte „Doppelgängertechnik“ eingesetzt, indem der Dozent hinter dem Schauspielpatienten sitzt und ihn in schwierigen Situationen souffliert oder die Rolle übernimmt. Ebenfalls werden die Techniken der Zeitverzögerung, des Zeitraffers, des „Time out“ wie auch der Minimierung und Maximierung angewandt (Lauber, 2009; Pessoa, 1986; Baardman, Gernerden & van der Mei, 1995). Dies ermöglicht dem Schauspielpatienten Gefühle und Symptome zu intensivieren, Handlungsabläufe zu verkürzen, um auf wichtige Aspekte des Spielens einzugehen. Ferner können Szenen im Training gestoppt werden, um Dinge zu klären bzw. Input zu geben. Auch eine zielgerichtete Übersteigerung wie auch Minimierung einzelner Elemente und Eigenschaften im Rollenspiel (verbal wie nonverbal) können schließlich zu einer situationsangepassten realistischen Rollendarstellung beitragen. Alle diese Techniken haben das Ziel, die Wahrnehmung der Schauspielpatienten zu schulen, damit eine gute und wertfreie Rückmeldung über alle Aspekte der Kommunikation wie auch der nonverbalen Kommunikation an den Studierenden erfolgen kann.

Flexibilisierung in der Rolle

Im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester steht die „Flexibilität in der Rolle“ im Mittelpunkt. Die Schauspielpatienten haben einen festen Rahmen, innerhalb dessen sie sich kreativ bewegen können. Die Biografie, die Krankengeschichte sowie die familiären und sozialen Gegebenheiten sind dabei feste Eckpunkte, die im Spielen nicht veränderbar sind. Die Gedanken und Gefühle, die der Schauspielpatient hat, sind im Erleben der Erkrankung ebenfalls nicht veränderbar, aber welche Gefühle und Gedanken der Schauspielpatient im Kontakt mit dem Arzt entwickelt und mit welcher Intensität er diese nach außen bringt ist frei zu gestalten. Dadurch können die Schauspielpatienten auf ihr Gegenüber flexibel reagieren z.B. getreu dem Motto „so wie man in den Wald hineinruft, so schallt es auch zurück!“. Auch ist das Darstellen der Rolle abhängig vom momentanen Gemütszustand der Schauspielpatienten. Diese Freiheiten lassen die Situation noch realistischer erfahrbar machen. Anders ist es bei den OSCE. Hier müssen die Darstellung der Rolle, aber auch die Intensität in der diese gespielt wird, exakt gleich sein.

Heraustreten aus der Rolle

Die Schauspielpatienten schlüpfen in die Rolle der zu spielende Person. Sie denken und fühlen wie diese Person und entwickeln entsprechend auch deren innere Bilder und Phantasien. Daher ist es sehr wichtig, nach dem Spielen aus der Rolle wieder herauszutreten und sich emotional zu distanzieren. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Rolle emotional belastend war oder das Rollenspiel einen ungünstigen Verlauf genommen hat. (Brammer et al., 2015). Dies kann z.B. durch Verlassen des Raumes, durch eine verbale Abgrenzung („Ich bin jetzt nicht mehr der Patient „Herr Müller – sondern mein Name ist Dietrich und bin Ihr

Schauspielpatient“) oder dadurch, dass man den Platz im Seminarraum wechselt, erfolgen. Dadurch steigt die Qualität des Feedbacks.

Feedbacktraining

Das Feedback ist eines der wesentlichen Elemente der Methode „Schauspielpatienten“ (Rockenbach, 2008a).

Begriffsdefinition

Was wird unter Feedback verstanden? Eine Begriffsdefinition ist daher notwendig. Van de Ridder, Stokking, McGaghie & Ten Cate (2008) definieren dies als „... eine spezifische Information über den Vergleich zwischen der beobachteten erbrachten Leistung eines zu Trainierenden und einem Standard, welches mit der Intention gegeben wird, die Leistung des zu Trainierenden zu verbessern.“ (Fehr, 2017, S. 7). Feedback ist keine Evaluation, bei der nur gewertet und nicht korrigiert wird (Henderson, Ferguson-Smith & Johnson, 2005; Fehr, 2017). Van de Ridder et al. (2008) sprechen von drei Formen des Feedbacks.

1. Feedback als Information. Dies wird auch als minimales Feedback definiert. Dabei übermittelt der Feedbackgeber dem Feedbackempfänger eine reine Information mit dem Ziel, sein Verhalten zu verbessern.
2. Feedback als Information und Reaktion. Dies wird auch als Interaktion bezeichnet. Hier reagiert der Feedbackempfänger auf die Information des Feedbackgebers. Es kommt zu einer Rückkoppelung über das beobachtete Verhalten.
3. Feedback als Zyklus. Bei dieser Art des Feedbacks kommt es zur Information, zur Reaktion des Feedbackempfängers und aber auch zur Interaktion. Es wird als ein Zyklus gesehen, bei dem die Weiterentwicklung des Empfängers im Mittelpunkt steht. Weil die Studierenden sich aktiv einbringen, wird die Fähigkeit der Selbsteinschätzung verbessert (Regehr & Eva, 2006).

Das Feedback als Information und Reaktion sowie das Feedback als Zyklus wird beim Arbeiten mit Schauspielpatienten eingesetzt, um somit eine Weiterentwicklung der schon vorhandenen sozialen und kommunikativen Kompetenzen zu erreichen. Alle Beteiligten geben Feedback, sowohl die Studierenden (Gruppe), der Schauspielpatient als auch der Dozent. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von 360°-Feedback (Telio, Ajjawi & Regehr, 2015; Wünsch, 2018).

Fehr (2017) dagegen benennt zwei grundlegende Arten des Feedbacks. Zum einen spricht man von verstärktem Feedback. Hier bekommt der Empfänger eine Rückmeldung über seine

guten Leistungen und bekräftigt somit sein Verhalten und die dahinterliegenden Gedanken. Zum anderen wird über korrekatives Feedback gesprochen. Dies bezieht sich auf Fehler und Defizite des Studierenden und soll dem Empfänger die Wahrnehmung und Überarbeitung seiner Schwächen ermöglichen. Bienstock et al. (2007) ist der Meinung, dass dies eine zielorientierte Weiterentwicklung des Studierenden erst möglich macht. Man kann auch in diesem Zusammenhang von einem Feed-Forward-Feedback sprechen (Kluger & van Dijk, 2010). Neben der Rückmeldung werden konkrete Veränderungsmöglichkeiten aufgezeigt. Dies motiviert die Studierenden. Daher wird das korrektive Feedback bei der Arbeit mit Schauspielpatienten eingesetzt. Dozenten verwenden diese Methode, aber auch die Studierenden, weil dadurch zusätzliche Perspektiven in den Rückmeldungen entstehen.

Beim Arbeiten mit Schauspielpatienten ist das Feedback durch die Schauspielpatienten, der Mitstudierenden und der Dozenten ein zentrales didaktisches Element (Wind et al, 2004; Bouter, van Weel-Baumgarten & Bolhuis, 2013). Die Person, die sich in die Arztrolle begeben hat, erhält vom Schauspielpatienten eine direkte Rückmeldung bezüglich seines verbalen Verhaltens und den geäußerten kommunikativen Inhalten sowie zum nonverbalen Verhalten. Eine inhaltliche Erweiterung bekommt das Feedback durch die Rückmeldung von Gefühlen (Übertragung) der Schauspielpatienten mit ihrer Introspektionsfähigkeit im Arzt-Patienten-Kontakt (Schulz et al., 2007). Der Studierende in der Arztrolle bekommt also eine direkte Rückmeldung über sein Verhalten vom (Schauspiel) Patienten, was so im ärztlichen Alltag nicht regelhaft stattfindet. Dem Studierenden bietet sich dadurch die Möglichkeit, sein Verhalten direkt zu überprüfen, es mit den Mitstudenten, Schauspielpatienten und den Dozenten zu analysieren und diskutieren und Gesprächssequenzen ggf. zu wiederholen. Entscheidende Voraussetzung dabei ist allerdings, dass die Schauspielpatienten bezüglich ihres Feedbacks umfangreich geschult werden (Schulz et al., 2007).

Im longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester wird das korrigierende Feedback nach der Sandwich-Methode im 360°-Modus und in der Form „Feedback als Information und Reaktion“ (van de Ridder et al., 2008) in Zusammenhang mit der dem Feed-Forward-Methode (Kluger & van Dijk, 2010; Telio et al., 2015; Wunsch, 2018) gehandhabt.

Ablauf und Durchführung des Feedbacks

Im Anschluss an das Arzt-Patienten-Gespräch in der Studentengruppe erfolgt in Abhängigkeit vom Unterrichtskonzept, ein konstruktives Feedback, das vom jeweiligen begleitenden Dozenten moderiert wird. Dieses Feedback sollte nicht durch direkte

Kommentare der Studierenden unterbrochen werden. An der medizinischen Fakultät der JLU Gießen wird das Feedback nach untenstehenden Regeln strukturiert.

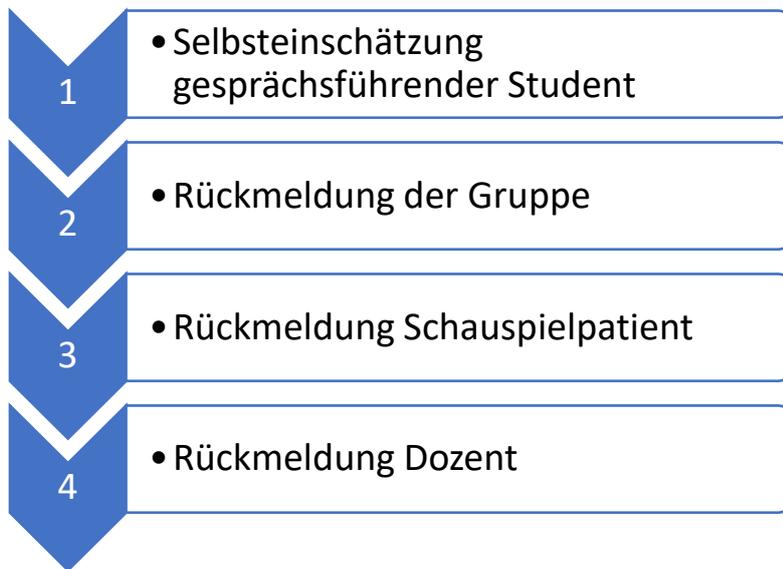


Abbildung 17: Ablauf und Durchführung von Feedback

- Der gesprächsführende Studierende soll zunächst eine Selbsteinschätzung zur Gesprächsführung abgeben, dabei soll er seine eigenen Eindrücke und Gegenübertragungsgefühle sowie Stärken und Schwächen benennen (einleitende Frage: „Wie war es für Sie?“, „Was ist Ihnen in diesem Gespräch gut gelungen?“ und dann „Was hätten Sie besser machen können?“)
- Danach gibt jeder Studierende aus der Gruppe ein Feedback, was er so wahrgenommen hat. (Antworten: „Was ist dem gesprächsführenden Studenten im Gespräch gut gelungen? „Was hätte der gesprächsführende Student besser machen können?“)
- Im Anschluss gibt der Schauspielpatient sein Feedback. Hierbei schildert er aus der Perspektive des Patienten seine Beobachtungen bezüglich des Gespräches. Die Themen können sein: „Was ist gut gelungen?“, „Wie hat der Schauspielpatient sich gefühlt?“, „Was hätte der Studierende besser machen können?“. Auch Handlungsempfehlungen können sehr hilfreich sein und sind explizit erwünscht, wie z.B. „Ich hätte mir gewünscht, dass ...“, Bemerkungen zu fachlichen Inhalten und Lernzielen sind dabei nicht Aufgabe des Schauspielpatienten, sondern sind dem Dozenten ausdrücklich vorbehalten.
- Abschließend gibt der Dozent ein Feedback, korrigiert eventuelle Aussagen, fasst die Stärken nochmals zusammen, geht auf spezielle Inhalte noch mal ein, gibt Handlungsanweisungen für die Zukunft und beantwortet Fragen, die aus der Studierendengruppe kommen.

Das Feedback sollte folgende Punkte umfassen (Egan, 2013; van der Leeuw & Slootweg, 2013; May, Fisher & Souder, 2012; Brem, Christen, Richter, Schnabel & Woermann, 2010; Eicher et al., 2010; Schulz et al. 2007; van der Leuw & Slootweg, 2013).

Feedback sollte

- positive und negative Eindrücke umfassen und konstruktiv sein. Es ist dabei sehr hilfreich mit dem positiven Feedback zu beginnen, dann die negativen Aspekte zu benennen, möglichst mit einer Handlungsempfehlung, um nochmals mit den positiven Beobachtungen das Feedback zu beenden. Dies nennt man auch „Sandwich-Methode“ (Dohrenwend, 2002; Kluger & van Dijk, 2010; Wunsch, 2018).
- sollte nicht (ab)wertend sein: z.B. „Ihre Begrüßung erschien mir sehr kurz.“ Nicht: „Ihre Begrüßung war schlecht/gut...“
- sollte möglichst Ich-Botschaften enthalten: „Ich habe gesehen, wahrgenommen...“ Nicht: „Man hat oder sie haben...“
- sollte sinnliche Wahrnehmungen enthalten: „Ich habe gesehen, gehört...“ Im Anschluss können Interpretationen, Annahmen, Schlussfolgerungen, die von diesen Wahrnehmungen abgeleitet und geäußert werden: „Ich glaube, dass Sie den Patienten deshalb so selten in die Augen geschaut haben, weil es Ihnen unangenehm war.“
- sollte konkret und nicht verallgemeinernd geäußert werden: „In diesem Erstgespräch wirkten Sie nervös auf mich.“ Nicht: „Ich habe das Gefühl, dass Sie ein nervöser Student sind.“

Gutes Feedback - ob positiv oder negativ - sollte dem Empfänger immer einen Mehrwert bieten. Es soll dem Studierenden helfen, dass er in das nächste Gespräch besser, sicherer und vorbereiteter gehen kann.

Feedback und Reflexionsfähigkeit

Da das Feedback von Schauspielpatienten ein wichtiger Bestandteil beim Erlernen kommunikativer Kompetenzen ist, hat man schon sehr früh angefangen Instrumente zu entwickeln, die die Qualität des Feedbacks verbessern sollen. Wind et al. (2004) entwickelten an der Universität Maastricht, Fakultät der Medizin, im Jahr 2004 den „Maastricht Assessment of Simulated Patients (MaSP)“, eine Checkliste, die die Authentizität und das Feedback der Schauspielpatienten bewerten soll, um so eine Qualitätsverbesserung zu erreichen. Auch Brammer et al. (2015) entwickelten an der medizinischen Fakultät in Nijmegen ebenfalls einen Evaluationsbogen, den „Nijmegen Evaluation of the Simulated Patient (NESP)“, der das Rollenspiel und das Feedback der Schauspielpatienten beurteilen soll.

Der GMA-Ausschuss „Kommunikative und soziale Kompetenzen (KusK) hat sich ebenfalls mit der Entwicklung eines Instruments zur Kontrolle von SP-Qualität, vor allem in Bezug auf Authentizität und Feedbackkompetenz im deutschsprachigen Raum beschäftigt. Kujumdshiev et al. (2012) entwickelte und validierte daraufhin einen „Fragebogen zur Beurteilung des Spiels von Simulationspatienten“. In diesem Fragebogen wurden valide Koeffizienten für Kommunikation, Information und Realismus gefunden, entsprechend wird der Fragebogen als ein hoch reliables und valides Instrument gesehen, mit dem die Qualität des Spiels von Schauspielpatienten gut beurteilt werden kann. Dieser Fragebogen wird vereinzelt in deutschen medizinischen Fakultäten eingesetzt.

Im Feedbacktraining beschäftigen sich die Schauspielpatienten mit ihrer Reflexionsfähigkeit. Deshalb ist es wichtig, diese Fertigkeit umfassend und wiederholend zu trainieren. Die angehenden Schauspielpatienten werden mit den Feedbackregeln bekannt gemacht und diese Regeln werden im Schauspieltechnik- sowie im Rollenspieltraining immer wieder aus den unterschiedlichsten Perspektiven der Teilnehmer angewandt und reflektiert. Dadurch erlernen die Schauspielpatienten bereits im Training untereinander eine Haltung, die es ermöglicht, den Studierenden konkrete, wertfreie positiv-wertschätzende und konstruktive Rückmeldungen zu geben. Diese Art des Feedbacks soll den Schauspielpatienten in „Fleisch und Blut übergehen“.

Da Feedback ein zentrales Element im Erlernen kommunikativer und sozialer Kompetenzen ist, werden in den Semesterferien immer wieder Trainingseinheiten hierzu angesetzt. Dieses intensive Training wirkt sich auch auf den privaten Bereich der Schauspielpatienten aus. Es hat sich gezeigt, dass die Schauspielpatienten selbst auch kritischer und selbstbewusster gegenüber ihren eigenen behandelnden Ärzten auftreten und mehr nach- und hinterfragen (Lorkowski, 2011). Eine Umfrage an der Universitätsmedizin Göttingen ergab, dass Schauspielpatienten im Arztkontakt eine größere Aufmerksamkeit in der Konsultation hatten, dem Arzt mehr Verständnis für seine Arbeitssituation entgegenbrachten und subjektiv selbstbewusster in Bezug auf die Formulierung eigener Bedürfnisse auftraten (Simmenroth-Nayda, Marx, Lorkowski & Mimmel, 2016).

Das Feedback der Schauspielpatienten sollte als korrigierendes Feedback nach der Sandwich-Methode im 360°-Modus und in der Form „Feedback als Information und Reaktion“ (van de Ridder et al., 2008) in Zusammenhang mit der dem Feed-Forward-Methode (Kluger & van Dijk, 2010; Telio et al., 2015; Wünsch, 2018) erfolgen. Es kommt dann zu einer Rückkoppelung über das beobachtete Verhalten im Spiel zwischen dem Schauspielpatienten und dem Studierenden.

Dem Dozenten obliegt es in dieser Situation Bemerkungen zu den fachlichen Inhalten und Lernzielen korrigierend zu äußern. Es kommt hier zum „Feedback als Zyklus“. Dieses Feedback dient zur Information, Reaktion und Interaktion als auch Reflexion zwischen Dozenten und Studierender wie auch der Gruppe der Studierenden, die im Spiel als Beobachter fungierten. Dabei nimmt der Dozent auch die Rolle des Moderators ein. Zentral in diesen Prozess steht dabei die Weiterentwicklung der sozialen und kommunikativen Kompetenzen der Studierenden.

Simulation / Abschlusstraining

Zum Abschluss des Trainings wird mit dem Trainer in der Gruppe die ganze Rolle noch einmal gespielt. Dabei sind die anderen Schauspielpatienten Gruppenmitglieder, die in der Simulation den spielenden Schauspielpatienten Feedback geben. Der Dozent nimmt neben der dozierenden Rolle auch die Rolle des fragenden Arztes ein. Ziel ist es eine möglichst reale Situation herzustellen. Hier kann der Dozent, wenn notwendig, abschließend noch kleine Korrekturen anbringen.

Hospitation

Der nächste Schritt ist die Hospitation bei einem erfahrenen Schauspielpatienten in einer Lehrveranstaltung, damit er das Format der Lehrveranstaltung in der realen Situation kennenlernt. Erst danach wird der Schauspielpatient im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester unter praxisnahen Voraussetzungen eingesetzt, um somit den Studierenden im Bereich der sozialen und kommunikativen Kompetenzen die Möglichkeit zu geben, einen möglichst großen Erfahrungs- und Wissenszuwachs zu bekommen.

5 Entwicklung von Rollen

Die Rollenbeschreibung ist neben der schauspielerischen Eignung und Leistung die Arbeitsgrundlage der Schauspielpatienten. Daher nimmt sie einen großen Stellenwert beim Gelingen des Lernsettings ein (Schroeder, 2008).

Zuallererst müssen die Lernziele definiert werden, welche mit den Schauspielpatienten erreicht werden sollen. Diese müssen mit den jeweiligen Fachgebieten abgestimmt sein. Die Rollen müssen so angelegt sein, dass die Ziele auch für die Studierenden erreichbar sind. Ebenso müssen die zu zeigenden Phänomene und Situationsbeschreibungen vollkommen klar sein, damit diese realitätsnah und glaubwürdig dargestellt werden können. Die Erstellung der Rollen ist eine große Herausforderung an den jeweiligen Dozenten. Sie sollten, wenn es sich um fachfremde Gebiete handelt, auf Fallvignetten anderer medizinischer Fachvertreter zurückgreifen (Brenk-Franz, 2010; Rockenbauch et al., 2008a; Schroeder, 2008; Keim et al., 2016). Auch sollten diese Rollen nach der Fertigstellung mit den anderen Fachvertretern nochmals abgestimmt und später evtl. (nach 1 á 2 Jahren) überarbeitet werden, da sich die Therapien oder die medikamentöse Therapie vielleicht geändert haben könnten.

Am besten eignen sich reale anonymisierte Fallgeschichten. Im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester werden nur Fallvignetten von realen Patienten in den Fachgebieten Allgemeinmedizin, Psychosomatik, Pädiatrie und Palliativmedizin verwendet, die der Autor der Dissertation selbst gesehen und behandelt hat. Zwei Kollegen haben aus dem Fach Allgemeinmedizin und Psychosomatik jeweils zwei Fallvignetten beigesteuert. Reale Fallvignetten zu verwenden ermöglicht eine hohe Qualität der Rollenbeschreibung aufgrund des (selbst erlebten) realen Patientenkontakts des Dozenten. Das Training mit dem Schauspielpatienten kann dadurch viel intensiver verlaufen und die Rolle viel authentischer dargestellt werden.

Die Rollenbeschreibungen enthalten drei Ausführungen. Ein Exemplar für den Dozenten, ein Exemplar für den Studierenden und eine sehr ausführliche und umfangreiche Version für den Schauspielpatienten.

Das Exemplar für den Dozenten ist erforderlich, da man davon ausgehen muss, dass nicht immer der Autor der Dissertation den Unterricht begleiten wird. Daher sind Diagnose, Alter und Beruf, der Grund der Konsultation und eine kurze Situationsbeschreibung sowie die

Lerninhalte und –ziele notwendig, damit der begleitende Dozent sich in die Situation hineindenken kann und sich darüber im Klaren ist, was für Lernziele erreicht werden sollen.

Die Version für den Studierenden ist notwendig, da dieser über die Problematik des Patienten Informationen benötigt, aber auch über die Lernziele informiert werden muss. Dabei ist der Name, das Alter, der Beruf des Patienten sowie der Grund der Konsultation und die Funktion, die der Studierende ausübt, wichtig, um sich auf das Gespräch vorzubereiten.

Die Schauspielpatienten erhalten die ausführlichsten Informationen, da sie die Rolle so lernen und darstellen müssen als ob diese ein „Zweites-Ich“ wäre. Ein gutes Rollenscript mit dem dazugehörigen Training ermöglicht ein vollkommenes Eintauchen in die Rolle. Nur dann ist die größtmögliche Realitätsnähe erreichbar.

5.1 Struktur und Inhalt der Rollenbeschreibung

Folgende Struktur und Inhalte wurden für eine realitätsnahe Rollenbeschreibung im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester entwickelt und angewandt (Schroeder, 2008; Lauber, Schönemann & Jünger, 2009):

Tabelle 15: Struktur und Inhalte der Rollenbeschreibung für Schauspielpatienten, Studierende und Dozenten

Inhalt		Informationen		
		Schauspiel- patient	Studierende	Dozent
1.	Diagnose	X		X
2.	Name, Alter, Beruf der Patienten	X	X	X
3.	Patienteninformation	X		
4.	Situationsbeschreibung	X		
5.	Berufsgruppe Arzt	X	X	
6.	Grund der Konsultation und weitere Informationen	X	X	
7.	Charakter / Präsentation des Patienten	X		
8.	Biografie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ehe / Partnerschaft (Genogramm) ▪ Herkunftsfamilie (Genogramm) ▪ Schulisch-beruflicher Werdegang 	X		

9.	Soziale Situation des Patienten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eltern ▪ Schwiegereltern ▪ Freunde / Bekannte 	X		
10.	Krankengeschichte des Patienten / Krankheitsanamnese	X		X
11.	Gedanken und Gefühle des Patienten	X		
12.	Situationsbeschreibung / Aufgabenstellung Student	X	X	
13.	Kommunikative und interaktive Lernziele	X	X	X
14.	Fachliche Lernziele	X	X	X

Der Charakter des zu spielenden Patienten und wie der Schauspielpatient diese Rolle präsentiert ist ein wichtiger Bedingungsfaktor der erlebbaren Authentizität, weshalb der Charakter der Rolle vom Schauspielpatienten flexibel zu gestalten ist. Es gibt aber auch feste Eckpunkte (Biografie, familiäre und soziale Gegebenheiten), die nicht veränderbar sind. Ebenso ist das Erleben der Erkrankung (die auch konform der Symptome der ICD-10 Diagnose sein sollen) ein fester Bestandteil der Rolle.

Ferner sollte die Krankengeschichte sehr umfassend geschildert und ausgeschmückt beschrieben und mit der Biografie und sozialen Situation inhaltlich verknüpft sein. Ebenso sollten die Gedanken und Gefühle mit der Biografie inhaltlich eng verwoben und schriftlich in der Rollenbeschreibung festgehalten sein, damit die Schauspielpatienten mit Hilfe der Dozenten die Rolle gut einüben und später auch selbständig gut darstellen können. Die unten dargestellte Tabelle gibt einen differenzierten Überblick über den Inhalt einer Rolle.

Tabelle 16: Differenzierter Inhalt einer Rolle

Biografie	Soziales Netzwerk	Soziale Situation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geburtsort ▪ Kindheit ▪ Schule / Ausbildung / Studium ▪ Beruf / Karriere ▪ Beziehungen ▪ Lebensprobleme ... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ehe / Partnerschaft / Kinder (Genogramm) ▪ Herkunftsfamilie - Eltern / Familie / Geschwister (Genogramm) ▪ Schwiegereltern ▪ Partnerschaft ... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktuelles Lebensumfeld ▪ Arbeitsstelle / Kollegen / Sport ▪ Freunde ▪ Interessen / Hobbys ...

Krankengeschichte	Innerer Dialog	Gedanken und Gefühle
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorerkrankungen ▪ Erste Symptome ▪ Durchgeführte Untersuchungen ▪ Operationen / Therapien ▪ Medikamente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angst / Traurigkeit / Hilflos / Enttäuscht / Wut ▪ Gesund / Kraft / Hoffnung ▪ Unterstützung ▪ Subjektive Krankheitstheorie ... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie ist das Gegenüber? ▪ Freundlich / kalt / vorwurfsvoll / gestresst / einfühlend / kommunikativ ...

5.2 Auflistung der Rollen pro Fachgebiet

Nachfolgend werden alle Rollen aufgeführt, die im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester entwickelt worden sind und durch die Schauspielpatienten gespielt und dargestellt werden. Diese wurden im Laufe der Jahre den neuen medizinischen Gegebenheiten angepasst. Darüber hinaus werden kontinuierlich neue Rollen mit unterschiedlichen Krankheitsbildern entwickelt, geschrieben und mit den Schauspielpatienten trainiert.

Tabelle 17: Rollenaufstellung pro medizinisches Fachgebiet

Nr.	Rollen	Weiblich	männlich
Psychosomatik			
1	Somatoforme Störung	Frau Yilmaz	
2	Posttraumatische Belastungsstörung	Frau Seilbacher	Herr Lindinger
3	Panikstörung	Frau Seibel	Herr Ström
4	Mittelgradige Depression	Frau Dold	Herr Becker
5	Generalisierte Angststörung	Frau Kröger	Herr Büchner
6	Anorexia nervosa	Frau Holz	
7	Somatoforme Schmerzstörung	Frau Billinger	Herr Nagel
8	Rezidivierende depressive Störung (mittelgradig)	Frau Neubauer	Herr Weber
9	Zwangsgedanken und -handlungen	Frau Koller	
10	Panikstörung	Frau Weigel	Herr Seifert
Palliativmedizin			
1	Magenkarzinom	Frau Redecker	Herr Redecker
2	Superfizielles spreitendes Melanom	Frau Bergmann	Herr Großkopf

3	Uteruskarzinom, Ovarialkarzinom	Frau Bamberger	
4	Mamakarzinom, Pleurakarzinose	Frau Kröger	Herr Rodes
Palliativ E-Learning			
1	Kleinzelliges Bronchialkarzinom	Frau Dr. Halfer (Ärztin)	Herr Wichert
Allgemeinmedizin			
1	Diabetes mellitus Typ 2	Frau Schmidt	Herr Weber
2	Diabetes mellitus Typ 2	Frau Berg	Herr Sigmund
Unfall-, Hand und Wiederherstellungschirurgie			
1	Arthroskopie des Kniegelenks	Frau Müller	Herr Lackner
2	Hüftgelenksprothese	Frau Schmidt	Herr Pausner
3	Amputation Unterschenkel	Frau Schneider	Herr Karon
Pädiatrie (OSCE)⁴			
1	Elterngespräch Zöliakie	X	X
2	Elterngespräch Fieberkrampf	X	X
1	Elterngespräch Diabetes 1	X	X
		

⁴ Es werden nur ein paar Krankheitsbilder erwähnt, um die Prüfungsthemen nicht ganz offen zu legen.

6 Arbeiten mit Tutoren

Tutorengestütztes Lernen ist ein fester Bestandteil der medizinischen Ausbildung vieler medizinischer Fakultäten in Deutschland. Eine erfolgreiche Vermittlung interaktiver aber auch klinisch-praktischer Fertigkeiten kann in einer Kleingruppe mit Dozenten aber auch mit Tutoren stattfinden. Das Letztere ist ressourcensparend. Diese Kleingruppenarbeit gibt den Studierenden die Möglichkeit des „Peer Assisted Learning“ (PAL), das sich dank seiner empirischen Evidenz als anerkannte Methode im Medizinstudium etabliert hat (Jünger et al., 2009; Ringel et al., 2015). Beim PAL werden Lerninhalte von speziell ausgebildeten studentischen Peer-Tutoren vermittelt. Untersuchungen konnten zeigen, dass gut geschulte Tutoren genauso guten Unterricht durchführen wie Dozenten, wenn es um die Vermittlung klinischer Fertigkeiten geht (Ringel et al., 2009).

Bisherige Untersuchungen konnten zeigen, dass Studierende, die mit Peer-Tutoren arbeiten, ihre klinischen Fertigkeiten verbessern können. Darüber hinaus fungieren Peer-Tutoren auch als Rollenmodelle und können neben Wissen und klinischen Fertigkeiten auch die Haltung der Studierenden verändern. Peer-Tutoren ermöglichen außerdem durch die sogenannte soziale Kongruenz eine angenehme, sichere Lernatmosphäre (Keifenheim et al., 2017; Loda et al., 2018). Durch diese ungezwungene Lernatmosphäre können die praktischen Inhalte und Fertigkeiten besser vermittelt, erlernt und geübt werden. Auch die Kommunikations- und Lernfähigkeiten der Peer-Tutoren selbst verbesserten sich (Schauseil-Zipf, Karay, Ehrlich, Knoop & Michalk, 2010).

Da verschiedene Studien gezeigt haben, dass die Medizinstudierenden erhöhter Stressbelastung ausgesetzt sind und erhöhte Depressionswerte aufweisen als die Normalbevölkerung (Jurkat et al., 2011a; 2011b; Kohls et al., 2012) ist eine möglichst stressfreie Lernatmosphäre von hoher Bedeutung. Die Peer-Tutoren haben hier eine präventive Funktion. Wenn die Peer-Tutoren wahrnehmen, dass eine erhöhte Stressbelastung vorliegt oder sich gar psychische Probleme abzeichnen, können sie unmittelbar auf das bestehende Angebot der Stressbewältigung der JLU Gießen aufmerksam machen (Vetter, 2013; Schumann, 2018).

An der JLU Gießen, Fachbereich Humanmedizin, arbeitet man im „Gießener Interdisziplinärem Zentrum für Praktisches Lernen und Simulation in der Medizin“ (GRIPS) seit 2009 mit Peer-Tutoren. Es wurde durch die Studierenden selbst konzipiert. Das Programm erstreckt sich von der Vorklinik bis in die klinischen Semester hinein.

In der Vorklinik werden 8 Kurse mit Peer-Tutoren für das Vertiefen der Basisfertigkeiten angeboten, in den klinischen Semestern 16 Kurse. In der Vorklinik sowie in den klinischen Semestern ist im Vorfeld bei jeweils einem Kurs das Longitudinale Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester (Verfasser der Dissertation) mit eingebunden. In der Vorklinik werden die Peer-Tutoren für den Kurs „Wie fühlt sich ‚alt sein‘ an? Selbsterfahrung im Altersanzug.“ und in den klinischen Semestern im Kurs „Anamneseerhebung“ geschult.

6.1 Tutorenschulung Anamneseerhebung

6.1.1 Hintergrund

Im Bereich der Anamneseerhebung sind viele Seminare in den medizinischen Fakultäten in Deutschland entwickelt worden (Keifenheim et al., 2017). Es ist eins der wichtigsten Instrumente zur Diagnosefindung. Keifenheim (2015) sagt darüber: „... the medical interview is the most common task performed by physicians“. Thus, for good reason, ... called it “the most powerful and sensitive and most versatile instrument available to the physician” (Keifenheim et al., 2015, S. 2). Es ist daher wichtig die Anamneseerhebung gut zu schulen da Mängel in der Kommunikation und in der körperlichen Untersuchung zu fehlerhaften Diagnosen und nicht indizierten Therapiemaßnahmen führen können (Peters-Klimm et al., 2012).

Die Anamneseerhebung wird an medizinischen Fakultäten in Deutschland vorwiegend in Kleingruppen und mithilfe von Rollenspielen aber auch mit Schauspielpatienten unterrichtet (Simmenroth-Nayda, 2007b; Keifenheim et al., 2015). Sie hat zum Ziel, den Studierenden die Struktur, die inhaltliche Vollständigkeit und die Entwicklung von Fragetechniken sowie Interviewtechniken zu vermitteln. Obgleich die Aspekte der Kommunikation und Beziehungsgestaltung weniger Raum einnehmen, stellen diese doch sehr wichtige Bausteine in der Diagnosefindung dar.

Im Fachbereich Humanmedizin der JLU Gießen arbeitet man schon seit einigen Jahren mit Peer-Tutoren in Anamnesegruppen. Im Vorfeld werden die Tutoren von erfahrenen Dozenten auf ihre Tätigkeit fachlich-inhaltlich geschult. Dies bildet die theoretische Grundlage für die Anamnesegruppen.

Ziel ist es, im ersten klinischen Semester mit den Studierenden die Anamnese Fertigkeiten zu üben und zu verbessern, aber auch das Verständnis für ein biopsychosoziales

Krankheitsmodel zu schaffen (Ringel et al., 2015). Weiterhin sollen die Studierenden ein Bewusstsein für eine patientenzentrierte Herangehensweise entwickeln, wo die kommunikativen Aspekte ebenfalls eine tragende Rolle spielen sollen (Füeßl, 2015; Keifenheim et al., 2017).

Die Anamnesegruppen bestehen aus vier bis sechs Studierenden mit einem Peer-Tutor. Diese Gruppensitzung findet einmal in der Woche statt. Es wird in diesen Gruppen mit Rollenspielen gearbeitet, d.h. es werden verschiedene Szenarien mit verschiedenen Krankheitsbildern dargestellt und die Studierenden im 1. klinischen Semester sollen eine ausführliche biopsychosoziale Anamnese erheben (Buddeberg, 2006; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2013, S.36). Sie bekommen dann vom Peer-Tutor und von den anderen Gruppenteilnehmern Feedback.

6.1.2 Lehr- und Lernziele

Die Tutoren sollen praxisnah

- die Anamnesefertigkeiten schulen
- das Bewusstsein für patientenzentrierte Herangehensweisen schärfen
- ihre Empathiefähigkeit verbessern
- zur Selbstreflektion ermutigt werden
- ihre didaktischen Fähigkeiten üben und verbessern
- ihre kommunikativen und interaktiven Kompetenzen verbessern

6.1.3 Themen und Inhalte

In der Tutorenschulung erhalten die Tutoren eine Vorlesung zum Thema „Kommunikation und nonverbale Kommunikation“ und eine Vorlesung zum Thema „Kommunikation und körperliche Untersuchungen“. Ebenso werden den Tutoren nochmals die Grundlagen der Anamnese vermittelt (Buddeberg, 2006).

6.1.4 Unterrichtsmethoden und Didaktik

Die Tutoren erhalten im Vorfeld ihres Einsatzes eine mehrtägige didaktische Schulung. Diese wurden bis 2017 an der medizinischen Fakultät der Eberhard-Karls-Universität Tübingen durchgeführt (Heni et al., 2012; Fellmer-Drüg et al., 2014). Seit dem Wintersemester 2016/2017 bietet der Fachbereich Humanmedizin der JLU Gießen in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für fremdsprachliche und berufsfeldorientierte Kompetenzen (ZfbK) Bereich Hochschuldidaktik der JLU Gießen diese Schulungen regelmäßig an.

Tabelle 18: Unterrichtsmethode Tutorenschulung Anamneseerhebung

Methoden	Anzahl der Termine und Schwerpunkte
Vorlesungen	2 Vorlesungen zur Kommunikation und körperliche Untersuchungen und Kommunikation
Schulung	1 praktische Schulung
Gruppe (SP)	Die Gruppe wird mit 2 Schauspielpatienten unterrichtet, die jeweils 1 oder 2 Rollen darstellen (je nach Größe der Gruppe). Seminarleitung: 1 Dozent

Es wurde 2011 in Zusammenarbeit mit dem Studiendekanat ein Seminar entwickelt, das den Tutoren die Möglichkeit gibt, ihre Anamnese-, kommunikativen- und interaktiven Fähigkeiten und ihre didaktischen Kenntnisse noch einmal vertieft und praxisnah mit Schauspielpatienten zu schulen, um ihre Kompetenzen in diesen Bereichen zu stärken.

6.1.5 Rahmenbedingungen

Der Dozent (Verfasser der Dissertation) hat eine umfangreiche klinische und didaktische Erfahrung im medizinischen wie auch kommunikativen Bereich.

6.1.6 Unterrichtsstruktur

Die Tutorenschulung „Anamneseerhebung“ ist folgendermaßen strukturiert.

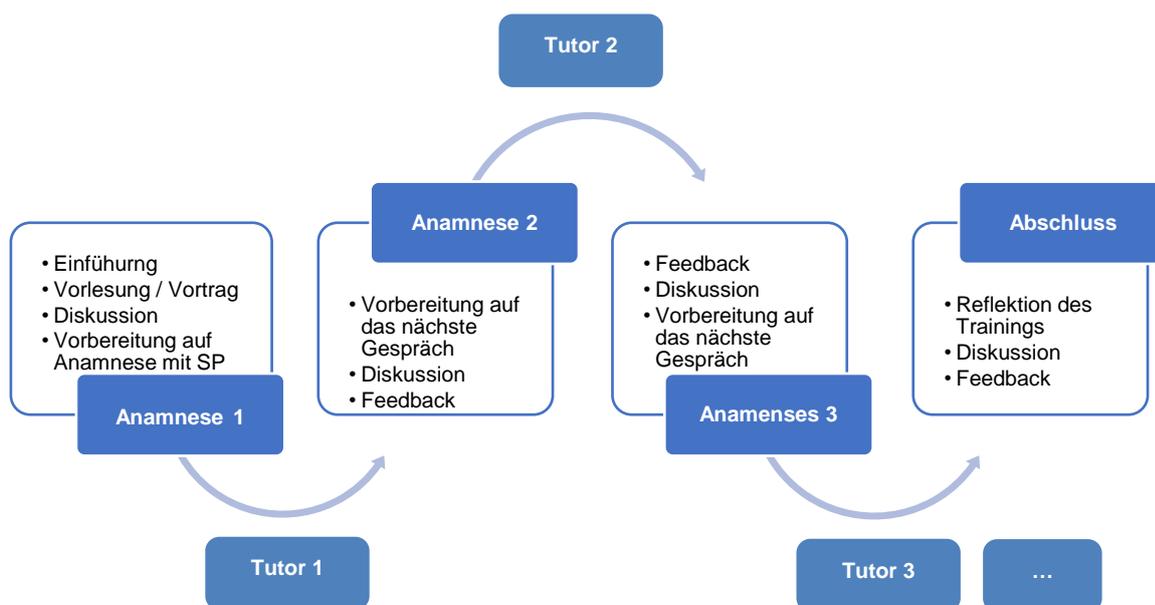


Abbildung 18: Unterrichtsstruktur Tutorenschulung Anamneseerhebung

In der Einführung erhalten die Tutoren Informationen über die Arbeitsweise und die Ziele der Schulungen. Wie aus der oberen Abbildung ersichtlich, beginnt die Tutorengruppe inhaltlich mit zwei Vorlesungen zum Thema Kommunikation. Im Anschluss werden die Inhalte untereinander diskutiert und reflektiert. Alle Tutoren erhalten die praktische Möglichkeit, eine Anamnese mit einem Schauspielpatienten durchzuführen. Die Rollenbeispiele und die schon im Vorfeld geschulten Inhalte der Anamneseerhebung dienen als Grundlage für die Schulung.

Im Vorfeld der Anamneseerhebung werden die Rollen der jeweiligen Tutoren festgelegt. Die Schulung ist derart konzipiert, dass die Schulungsgruppe unter realistischen Bedingungen geschult wird. Ein Tutor nimmt die Rolle eines Tutors ein und leitet die Anamneseerhebung, ein zweiter Tutor übernimmt die Rolle des „Studierenden“ und der Rest der Gruppe übernimmt die Rollen der restlichen „Studierenden“, die als Beobachter fungieren und später auch Feedback geben.

Nach der Anamnese erfolgt das Feedback, welches durch den „Tutor“ geleitet wird. Im Anschluss an das Feedback gibt es eine inhaltliche sowie eine didaktische Reflektion durch den Dozenten. Danach wird die ganze Situation mit der Gruppe nochmals kritisch reflektiert. Eine Schlüsselqualifikation im ärztlichen Handeln ist die Kommunikation und Interaktion mit den Patienten. Diese wird sozusagen „nebenbei“ nochmals verstärkt geschult.

Danach bekommt der nächste Tutor ebenfalls die Möglichkeit, eine Anamnese mit einem anderen Schauspielpatienten und einer anderen Rolle durchzuführen. Das Feedback erfolgt nach der gleichen Prozedur.

Dieses Vorgehen ermöglicht eine ständige Reflektion der Unterrichtssituation sowie eine inhaltliche Reflektion in Form einer Lernschleife mit dem Ziel, eine andauernde Verbesserung der didaktischen wie auch inhaltlichen Qualität der Anamnese bei den Tutoren zu erreichen.

6.2 Tutorenschulung im Bereich Altersmedizin

6.2.1 Hintergrund

Die demographische Entwicklung in Deutschland führt dazu, dass in den kommenden Jahren die Patienten immer älter werden. Deshalb nimmt in der medizinischen Lehre der Querschnittsbereich 7 „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ einen großen Raum ein (Sauer et al., 2017). Daher wurde 2004 dieses Querschnittfach verpflichtend in die ÄAppO verankert (Kwetkat, Swoboda & Singler, 2011, Kwetkat, 2012). Neben den theoretischen

Aspekten wie z.B. der veränderten Physiologie oder Pharmakologie im Alter geht es auch um den Umgang mit älteren Patienten und deren körperlichen Handicaps (Schlaganfall, Morbus Parkinson etc.), kognitiven (Demenz etc.), sensorische Defizite sowie kommunikative Einschränkungen und deren Auswirkungen im Alltag (van der Mei, 1993a; 1993b; 1993c; Dröes & van der Mei, 1994).

Die medizinischen Fakultäten in Göttingen, Würzburg, Erlangen-Nürnberg sowie Dresden haben vor einigen Jahren im Querschnittsfach 7 das Unterrichtskonzept „Instant-Aging“ (Fils, 2008) eingeführt, welches den Studierenden eine Haltung und Einstellung vermitteln soll, die später in einem achtungs- und respektvollen Umgang mit älteren chronisch kranken Patienten und deren Handicaps münden soll (Simmenroth-Nayda et al., 2007a; Kwetkat et al., 2011; Kwetkat, 2012; Fießl, 2015; Sauer et al., 2017).

Die Änderung der Approbationsordnung war für die medizinische Fakultät der JLU Gießen ein Grund, die inhaltliche praktische Erfahrung im Querschnittsbereich 7 mehr zu gewichten. Deshalb hat man das Konzept des „Instant-Aging“ ebenfalls eingeführt. Es wurde im vorklinischen Bereich der Kurs „Wie fühlt sich 'alt sein' an? Selbsterfahrung im Altersanzug“ entwickelt und entsprechende Materialien im „Gießener Interdisziplinären Zentrum für Praktisches Lernen und Simulation in der Medizin (GRIPS)“ angeschafft, um möglichst eine realitätsnahe Simulation der altersspezifischen Handicaps zu realisieren. Im Konzept wurde der Schwerpunkt auf einen Perspektivenwechsel der Studierenden gelegt. Sie sollen lernen, ihr eigenes Menschenbild kritisch zu reflektieren und aufgrund dieser praktischen Erfahrungen den Patienten empathisch, patientenzentriert und respektvoll begegnen (Simmenroth-Nayda et al., 2007a; Sauer et al., 2017; Sauer, Göring, Voigt, Schübel & Bergmann, 2018). Dabei spielt Kommunikation im Kontakt mit den älteren Menschen eine wichtige Rolle. Für diesen Bereich werden die Peer-Tutoren besonders sensibilisiert. Eine gute Kommunikation trägt dazu bei, dass die Patienten zufriedener sind, aber auch mehr Vertrauen entwickeln können und so mehr von sich preiszugeben bereit sind (Egger, 2007; Fießl, 2015; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2013).

Die Tutoren erhalten im Vorfeld ihres Einsatzes eine Schulung, bei der sie Informationen über Aspekte der Altersmedizin und deren speziellen Herausforderungen erhalten, die sie an die Studierenden weitergeben können. Zusätzlich können sie mit den Materialien wie Protektoren, Ohrstopfen, Gewichte, Handschuhe und spezielle Brillen etc. sensorische und Sensibilitätsstörungen sowie motorische Beeinträchtigungen praxisnah erleben und erfahren. Ferner können sie mit den Dozenten Ideen entwickeln, wie sie diese altersspezifischen Handicaps im Unterricht unterweisen können (Kwetkat et al., 2011; Kwetkat, 2012).

6.2.2 Lehr- und Lernziele

Den Tutoren soll

- eine Selbsterfahrung im Bereich der Altersmedizin ermöglicht werden
- eine Perspektivenübernahme ermöglicht werden, um so den Unterricht praxisnah gestalten zu können

Ferner sollen die Tutoren

- Empathie gegenüber dem älteren und betagten Patienten entwickeln
- den Altersanzug und die sonstigen Materialien praxisnah einsetzen können
- ihre didaktischen Fähigkeiten praxisnah üben und verbessern
- ihre kommunikativen und interaktiven Kompetenzen praxisnah verbessern

6.2.3 Themen und Inhalte

In der Tutorenschulung erhalten die Tutoren eine Vorlesung zum Thema Altersmedizin, wo die körperlichen, geistigen Fähigkeiten und Handicaps sowie die verbale und die nonverbale Kommunikation thematisiert werden (van der Mei, 1993a; 1993b; 1993c; Dröes & van der Mei, 1994).

Tabelle 19: Simulierte Handicaps im Bereich Altersmedizin

Simulierte Handicaps im Bereich der Altersmedizin	
	Einschränkungen
Motorische Handicap	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empfindung von Muskelsteifigkeit ▪ Verminderte Funktionsbewegung ▪ Verminderte Mobilität sitzend und stehend ▪ Kniegelenksbeweglichkeit ▪ Wirbelsäulenbeweglichkeit ▪ Allgemeine Gelenkbeweglichkeit strukturelles Handicap am Oberarm ▪ Strukturelles Handicap - Extremität
Propriozeptive und sensorische Handicaps	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Störungen der Propriozeption ▪ Eingeschränkte taktile Wahrnehmung ▪ Verminderte Feinmotorik ▪ Probleme Medikamentenzubereitung und -dosierung

Auditive und visuelle Handicaps	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verminderte auditive Wahrnehmung ▪ Verminderte visuelle Wahrnehmung ▪ Veränderte Raumwahrnehmung ▪ Verminderte Sehschärfe ▪ Veränderte Sehqualität ▪ Verminderte Schallwahrnehmung ▪ Probleme beim Lesen ▪ Beschwerden bei täglicher Routine
---------------------------------	---

6.2.4 Unterrichtsmethoden und Didaktik

Die Tutoren erhalten im Vorfeld ihres Einsatzes eine didaktische Schulung.

Tabelle 20: Unterrichtsmethode Tutorenschulung Altersmedizin

Methoden	Anzahl der Termine und Schwerpunkte
Vorlesungen	1 Vorlesung zur Altersmedizin
Schulung	1 praktische Schulung
Gruppe	Die Tutoren üben mit dem vorhandenen Material untereinander, Reflektieren es kritisch und entwickeln Ideen zur Durchführung des Unterrichts. Seminarleitung: 1 Dozent

6.2.5 Rahmenbedingungen

Der Dozent (Verfasser der Dissertation) hat eine umfangreiche klinische Erfahrung im Bereich der Psychogeriatric und didaktische Erfahrung im medizinischen wie auch kommunikativen Bereich.

6.2.6 Unterrichtsstruktur

In der Tutorenschulung Altersmedizin ist die Schulung folgendermaßen strukturiert.

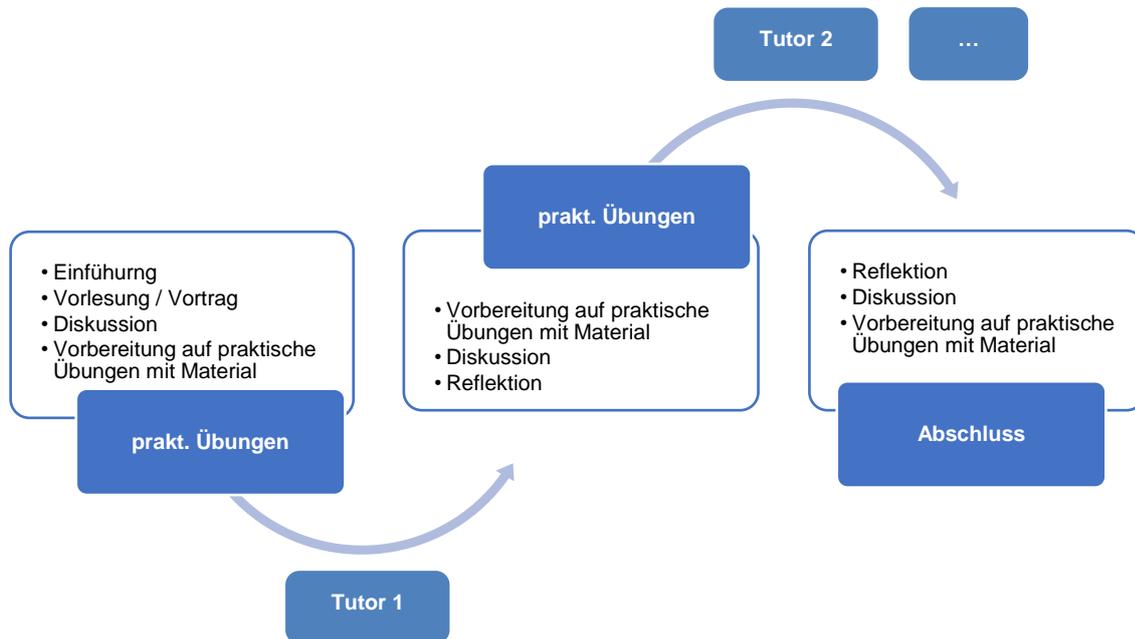


Abbildung 19: Unterrichtsstruktur Tutorenschulung Altersmedizin

In der Einführung der Schulung werden die Tutoren über die Arbeitsweise und die Ziele der Schulungen informiert. Wie aus der oberen Abbildung ersichtlich, fängt die Tutorengruppe inhaltlich mit einer Vorlesung über die Altersmedizin an. Anschließend kann über die Inhalte untereinander diskutiert und das vorhandene Material gesichtet, ausprobiert und Ideen zum praktischen Unterricht entwickelt werden.

Die Schulung ist so konzipiert, dass die Schulungsgruppe unter realen Umständen geschult wird. Ein Tutor nimmt die Rolle eines Tutors ein und leitet die praktische Übungseinheit mit Material, die übrigen Tutoren übernehmen die Rollen der „Studierenden“. Im Anschluss erfolgt eine inhaltliche sowie didaktische Reflektion durch den Dozenten. Die ganze Übungseinheit wird mit der Gruppe kritisch reflektiert.

Dieses Vorgehen ermöglicht eine ständige Reflektion der Unterrichtssituation wie auch inhaltlicher Reflektion in Form einer Lernschleife mit dem Ziel einer ständigen Verbesserung der didaktischen Qualität, wie auch inhaltlichen Qualität der Übungen bei den Tutoren zu erreichen.

7 Entwicklung in den medizinischen Fachgebieten

Wie schon erwähnt, stellt das Longitudinale Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ seine fachliche Kompetenz im Bereich „Kommunikation und Interaktion“ den jeweiligen Fachgebieten zur Verfügung. Es nimmt, neben den inhaltlichen fachgebietspezifischen Tätig- und Fertigkeiten, eine wichtige ergänzende Rolle ein. Dabei wurden die Inhalte im Zentrum für Psychosomatische Medizin der JLU aufgeteilt. Die kommunikativen Grundlagen werden durch das Institut für Medizinische Psychologie in der Vorklinik gelehrt.

Es werden dementsprechend die im Kompetenzbereich 1 „Grundlagen“ des NKLM genannten Lehr- und Lernziele (MFT, 2015):

- allgemeinen theoretischen und den spezifischen Grundlagen der Kommunikation
- das biopsychosoziale Modell der Entstehung von Gesundheit und Krankheit
- die theoretischen Konzepte der Arzt-Patient-Beziehung und -Kommunikation und dessen unterschiedliche Modelle

in den klinischen Semestern vorausgesetzt, so dass sie in den folgenden Abschnitten dieses Kapitels nicht separat aufgeführt werden. Man kann davon ausgehen, dass am Ende der vorklinischen Semester (nach dem bestandenen Physikum) die Grundlagenkompetenz mit folgenden kommunikativen Kompetenzebenen (MFT, 2015) vorhanden sind. Diese Beurteilung basiert auf den praktischen Erfahrungen der Dozenten (u.a. Verfasser der Dissertation) des Longitudinalen Curriculums Sprechende Medizin „Communicare“ in den klinischen Semestern.

Tabelle 21: Kompetenzebenen vorklinische Semester

Faktenwissen	1
Handlungs- und Begründungswissen	2

Darauf aufbauend werden in den klinischen Semestern die kommunikativen Themen vertieft und mit der klinischen Praxis verknüpft. Daher liegt der Schwerpunkt des Longitudinalen Curriculums Sprechende Medizin „Communicare“ in den klinischen Semestern auf der Weiterentwicklung der schon in der Vorklinik vermittelten Grundlagen. Es wird eine

ärztliche Basiskompetenz vermittelt, die die Kompetenzebenen der kommunikativen und interaktionellen Handlungskompetenz beinhaltet (MFT, 2015, S. 20).

Tabelle 22: Kompetenzebenen klinische Semester

Handlungs- und Begründungswissen	2
Handlungskompetenz - unter Anleitung	3a
Handlungskompetenz - selbständig	3b

Der Unterricht im longitudinalen Curriculum der klinischen Semester Sprechende Medizin „Communicare“ der jeweiligen Fachgebiete steht auf insgesamt acht Säulen. Die ersten sechs Säulen gemäß Fritzsche, Engemann & Wirsching (2008) entwickelt.

1. Lehr- und Lernziele
2. Themen und Inhalte
3. (Unterrichts-)Methoden
4. Didaktik
5. Rahmenbedingungen
6. Evaluation
7. Unterrichtsstruktur
8. Lehr und Lernziele Seminar Kommunikation und Interaktion mit Schauspielpatienten

Die wichtigste Aufgabe des Longitudinalen Curriculums Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester in der JLU Gießen ist eine angemessene Abstimmung dieser oben genannten Säulen miteinander, damit die Studierenden maximal davon profitieren können. Die Inhalte werden einerseits in Vorlesungen und Seminaren gelehrt, aber auch in den Hospitationen im Fachgebiet selbst.

7.1 Psychosomatik und Psychotherapie

7.1.1 Hintergrund / Einbindung ins Lehrprogramm

Die Einführung der neuen Approbationsordnung (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017) und die Einführung des NKLM (MFT, 2015) haben dazu geführt, dass sich das Fachgebiet der Psychosomatik und Psychotherapie sehr viele Gedanken gemacht haben, wie sie ihre Lehre in den Universitäten den neuen Richtlinien und Zielen umsetzen können. Fritzsche et al. (2008) haben schon vor der Erstellung des NKLM ein

Curriculum vorgestellt. Sie sehen zur Vermittlung der psychosomatischen und psychotherapeutischen Schlüsselqualifikationen und im Besonderen im Bereich der Arzt–Patienten–Kommunikation und Interaktion zwei Möglichkeiten. Zum einen, dass diese Lerninhalte in Kooperation mit anderen Fachgebieten in deren Curricula erfolgen oder im Rahmen eines eigenen Curriculums Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Der Lehrstuhl für Psychosomatik und Psychotherapie der JLU Gießen (wie auch die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie) hat sich für die letztere Möglichkeit entschieden. Er bietet ein eigenes Curriculum an.

Dieses Curriculum basiert in der Lehre wie auch in der Klinik auf vier Bereichen (Weidner, 2015, S. 1604), die gleichzeitig die Lehr- und Lernziele beinhalten:

- Erkennen psycho-sozialer Einflussfaktoren bei der Entstehung, Bewältigung und dem Verlauf von Erkrankungen oder lebensphasentypischen Reaktionen im medizinischen Alltag mit Indikationsstellung weiterführender diagnostischer psychosomatischer Maßnahmen (Psychosomatik als Querschnittfach).
- Erkennen, Einordnung und Diagnostik psychischer und psychosomatischer Erkrankungen im medizinischen Alltag sowie Indikationsstellung zur Überweisung in ambulante/stationäre Psychotherapie einschließlich Rehabilitation (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie als Kernfach).
- Behandlung psychosomatischer und psychischer Störungen insbesondere der psychosomatischen Wechselwirkungen im Sinne der psychosomatischen Basiskompetenz sowie Indikationsstellung und Durchführung indikationsspezifischer Psychotherapie im ambulanten beziehungsweise stationären Setting unter Berücksichtigung multimodaler und pharmakologischer Therapiekonzepte (Psychotherapie als Kernfach) (Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer in der Fassung vom 28.06.2013).
- Gestalten und Reflektieren der Arzt-Patienten-Beziehung und ärztliche Gesprächsführung (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie als Querschnittsfach) (Fritzsche et al., 2008).

Der Unterricht im Fachgebiet der Psychosomatik und Psychotherapie steht, wie schon oben erwähnt, auf acht Säulen (Fritzsche et al., 2008). Der Unterricht erfolgt einerseits als Vorlesungen und Seminaren, daneben besteht auch die Möglichkeit, für eine Woche in einer ausgewählten Klinik für Psychosomatik zu hospitieren. Dort kann die Psychosomatik „live“

erlebt werden, indem die Studierenden in den Klinikalltag eingebunden sind und an den verschiedenen Therapien und Besprechungen teilnehmen können.

7.1.2 Lehr- und Lernziele

Ausbildungsziele für das Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der JLU Gießen sind (Weidner, 2015):

Der Studierende soll

- ein Grundverständnis für das Fach Psychosomatik und Psychotherapie erlernen.
- die bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen im medizinischen Alltag rechtzeitig erkennen und einordnen können, sowie psychische und psychosomatische Störungen diagnostizieren sowie verhaltensrelevante Faktoren erkennen.
- über eine kommunikative und soziale Kompetenz als diagnostisches und therapeutisches Instrument verfügen und diese anwenden können.
- einen Überblick über die wichtigsten Therapieverfahren (Psychoanalyse, Tiefenpsychologische Psychotherapie und Verhaltenstherapie etc.) und einen Überblick über die Therapiemodule (Physiotherapie) und die Kreativverfahren (Biofeedback, EMDR, Musik- und Kunsttherapie) erhalten und diese im Patientenkontakt benennen können.
- die Ebenen der psychosozialen Versorgung in der Medizin sowie die psychosomatische und psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung kennen.
- die diagnostische und therapeutische Wirksamkeit einer guten Arzt-Patienten-Beziehung kennen und anwenden können.

Die Schlüsselqualifikationen im psychosomatisch-ärztlichen Handeln ist die Kommunikation und Interaktion mit den Patienten. Daher hat das Arbeiten mit Schauspielpatienten einen besonderen Stellenwert in der Lehre.

7.1.3 Themen und Inhalte

In den Vorlesungen der Psychosomatik und Psychotherapie werden die im NKLM formulierten Lehr- und Lernziele (Weidner et al., 2015) vorgestellt und unterrichtet. Es werden Grundlagen der Psychosomatik vermittelt sowie auf die Themen Psychoonkologie, Diabetes Mellitus, somatoforme-, Ess-, Angst- und depressive Störungen eingegangen. Auch werden die Themen Psychoneuroimmunologie, Psychotherapie, Migration und Psychosomatik sowie die Bedeutung von Selbsthilfegruppen behandelt.

Die Studierenden werden in 12 Seminargruppen eingeteilt, die dann mit jeweils einem Dozenten in den Seminaren die Krankheitsbilder Depression, somatoforme Störungen, Anpassungsstörungen, Traumafolgestörungen, Essstörungen und Angststörungen ausführlich und tiefgehend durcharbeiten. Daneben besuchen die jeweiligen Seminargruppen zwei Rotationsgruppen, worin sie ein Kreativverfahren in der Psychosomatik und das Biofeedbackverfahren kennenlernen und selbst erleben dürfen.

Ein Seminar ist allein der bio-psycho-sozialen Anamnese und der Kommunikation und Interaktion gewidmet. Dieses Seminar ist für alle Studierenden verpflichtend und wird mit Schauspielpatienten durchgeführt.

7.1.4 Unterrichtsmethoden und Didaktik

Tabelle 23: Unterrichtsmethoden im Fachgebiet der Psychosomatik und Psychotherapie

Methoden	Anzahl der Termine und Schwerpunkte	
Vorlesungen	14 Vorlesungen	
Seminare	11 Seminare mit Referaten und Patientenvorstellung	
Rotationsgruppen (Therapiemodule)	Kunst-, Musik, Physiotherapie	Biofeedback
Kleingruppe (SP) 3 UE ⁵	Eine Seminargruppe wird in zwei Kleingruppen mit jeweils 2 Schauspielpatienten aufgeteilt. Seminar und Gruppenleitung: 2 Dozenten	

In den Vorlesungen werden die theoretischen Grundlagen gelehrt und in den Seminargruppen von Dozenten geführte Patienten-Live-Gespräche mit realen Patienten aus der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie durchgeführt. Ferner muss jeder Studierende ein Referat über ein bestimmtes Krankheitsbild oder Thema in Form einer Power-Point-Präsentation halten (Selbststudium), die zuvor durch den jeweiligen Dozenten korrigiert wurde. In den Seminargruppen haben die Studierenden die Möglichkeit, über das Thema zu diskutieren und reflektieren. Auch die Selbsterfahrung hat ihren Raum. Die Studierenden können in den Rotationsgruppen die Therapiemodule (Kunst-, Musik, Physiotherapie und Biofeedback) selbst erfahren. Der Unterricht ist didaktisch so aufgebaut, dass die Studierenden in Anlehnung an die Pyramide von Miller (1990) über das Semester hinweg eine Kompetenzsteigerung in Bezug auf ihre Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten erfahren (Fritzsche et al., 2008).

⁵ UE = Unterrichtseinheit

Eingebettet in den Lehrplan der Psychosomatik und Psychotherapie ist das Longitudinale Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“.

7.1.5 Rahmenbedingungen

In der Klinik für Psychosomatik werden alle Dozenten regelmäßig durch externe Dozenten für Medizindidaktik geschult, um ihre pädagogischen Kompetenzen spezifisch für das Fachgebiet der Psychosomatik und Psychotherapie zu verbessern.

7.1.6 Evaluation

Auf die Evaluation der „Kleingruppenarbeit mit Schauspielpatienten“ in der Psychosomatik und Psychotherapie wird im Kapitel 9.2 ausführlich besprochen.

7.1.7 Unterrichtsstruktur

Im Fachgebiet der Psychosomatik und Psychotherapie ist die Kleingruppenarbeit folgendermaßen strukturiert.

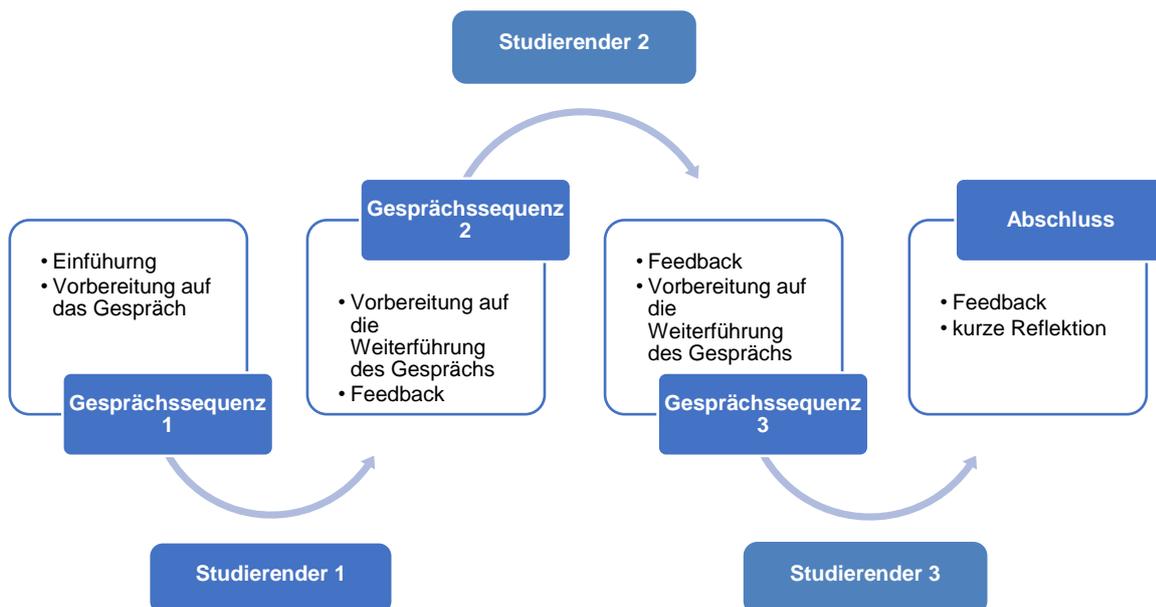


Abbildung 20: Unterrichtsstruktur Psychosomatik und Psychotherapie

Wie aus der oberen Abbildung ersichtlich, beginnt das Seminar der Kleingruppe inhaltlich mit einer Einführung über die Arbeitsweise in der Psychosomatik und die Ziele der Unterrichtseinheit. Anschließend wird den Studierenden der Arbeitsablauf erläutert. Da drei Studierende pro Gesprächseinheit die Möglichkeit haben, ein Teilgespräch mit einem

Schauspielpatienten zu führen und pro Unterrichtseinheit 2 Schauspielpatienten eingesetzt werden, können insgesamt sechs Studierende ein solches Gespräch führen.

Am Anfang der Unterrichtseinheit erhalten die Studierenden einen Erstinterviewleitfaden, den sie auch im k-MED⁶ im Vorfeld der Unterrichtseinheit als PDF erhalten können. Dieser dient als Grundlage für das zu führende Gespräch. Dann wird die psychische Problematik des (Schauspiel)Patienten besprochen und mit den Studierenden zusammen die zu stellenden Fragen und Themen erarbeitet, so dass einer der Studierenden vorbereitet in die erste Sequenz des Gespräches gehen kann. Nach ca. 7 bis 10 Minuten wird das Gespräch unterbrochen und es erfolgt ein Feedback.

Im Anschluss an das Feedback erfolgt die inhaltliche Vorbereitung auf die nächste Gesprächsfrequenz. Dort wird die letzte Gesprächssequenz reflektiert und die weiteren Fragen, Themen, Hypothesen aber auch Unklarheiten erarbeitet, so dass der nächste Studierende das Gespräch vorbereitet fortsetzen kann (es wird an das bereits geführte Gespräch angeknüpft). Die Prozedur findet insgesamt dreimal statt. Im Anschluss wird das ganze Gespräch nochmals kurz reflektiert. Danach wird der Schauspielpatient entlassen und der nächste Schauspielpatient mit einer anderen psychischen Problematik steht den nächsten drei Studierenden zur Verfügung.

7.1.8 Lehr- und Lernziele Seminar Kommunikation und Interaktion mit Schauspielpatienten

Die Schlüsselqualifikationen im psychosomatisch-ärztlichen Handeln ist die Kommunikation und Interaktion mit den Patienten. Daher werden die Lernziele im Seminar mit Schauspielpatienten nochmals enger definiert. Das Gelernte soll und kann in den weiteren Seminaren des Fachgebiets Psychosomatik und Psychotherapie und darüber hinaus praktisch umgesetzt werden.

Die Ziele des Seminars mit Schauspielpatienten sind:

- Aufbau und Erhalt der Arzt-Patienten-Beziehung
- Erlernen von Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung
- Erheben einer bio-psychozialen Anamnese mit psychosomatischem Schwerpunkt

⁶ k-MED ist die Lernplattform des Fachbereichs Medizin der JLU Gießen. Sie bietet Unterrichtsmaterialien zum größten Teil der Veranstaltungen; über sie läuft die Unterrichtsevaluation und sie wird zur Kommunikation zwischen Hochschullehrern und Studierenden genutzt (Justus-Liebig-Universität Gießen, 2018).

- Einblick in das Krankheitserleben und der Psychosomatik

Diese Ziele sind auch im NKLM (MFT, 2015) wiederzufinden und decken einen Teil der Kompetenzbereiche ab (siehe Anhang A).

Tabelle 24: Lernzielabdeckung in der Psychosomatik und Psychotherapie

	abgedeckt
1. Konzepte, Modelle und allgemeine Grundlagen	11
2. Fertigkeiten und Aufgaben der ärztlichen Kommunikation	14
3. Emotional herausfordernde Situationen	2
4. Herausfordernde Kontexte	0
5. Soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren	4
6. Andere mediale Kanäle und Settings	0

7.2 Palliativmedizin

7.2.1 Hintergrund / Einbindung ins Lehrprogramm

Die Entscheidung des Bundestages vom 10.07.2009, das Fach Palliativmedizin als 13. Querschnittsfach (Q13) in die ärztliche Approbationsordnung zu verankern (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2002) hatte zur Folge, dass ab dem Sommersemester 2013 die medizinischen Fakultäten in Deutschland das Fach Palliativmedizin als Pflicht und Prüfungsfach anbieten mussten. Eine Abschlussprüfung im Medizinstudium ist dann nur noch mit einem entsprechenden Leistungsnachweis in diesem Querschnittsbereich möglich (Alt-Epping et al., 2010; Dietz, Elsner, Schiessl & Borasio, 2011).

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat diesem Beschluss zur Folge ein Curriculum für Studierende mit entsprechenden Lernzielen erarbeitet, die die fachübergreifenden Aspekte der Palliativmedizin mit einbezieht. Ebenso hat die DGP einen Gegenstandskatalog mit einer Gewichtung der zu lehrenden Kernthemen erarbeitet (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2003; Dietz et al., 2011).

Tabelle 25: Empfohlene Gewichtung palliativmedizinischer Themen im QB 13 der DGP

	%
Grundlagen der Palliativmedizin	5
Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen	45

Psychosoziale Aspekte	30
Ethische und rechtliche Fragestellungen	5
Kommunikation	10
Teamarbeit und Selbstreflexion als implizite Themen	5

Der Fachbereich Humanmedizin der JLU Gießen hat schon sehr früh erkannt, dass die Palliativmedizin ein wichtiges Querschnittfach in der Medizin darstellt und bietet dies seit dem Wintersemester 2007/2008 an (Sibelius, 2017).

7.2.2 Lehr- und Lernziele

Eines der Hauptziele in der palliativmedizinischen Lehre des Fachbereichs Humanmedizin der Justus-Liebig-Universität ist, neben den fachlichen Inhalten der Palliativmedizin, die Vermittlung einer ärztlichen Grundhaltung, die die Behandlung und Begleitung unheilbar erkrankter und sterbender Patienten als unabdingbaren Bestandteil ärztlichen Handelns integriert. Dies wird ebenso in der Auswahl der Themen in den Vorlesungen und Seminaren deutlich. Es ist ein Querschnittsfach, in dem Interdisziplinarität auch in der Lehre Raum einnimmt.

Die Ausbildungsziele für das Fach Palliativmedizin sind demnach auch interdisziplinär gehalten und wurden u.a. von der DGP übernommen (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2009; Alt-Epping et al., 2010; Dietz et al., 2011; Schulz et al. 2015). Sie sollen den Studierenden Wissen, Fertigkeiten und Haltungen vermitteln, um die Versorgung lebensbedrohlich kranker und sterbender Menschen zu verbessern.

Es soll den Studierenden

- verdeutlicht werden, dass ärztliche Behandlung mehr umfasst als nur Diagnosestellung und Heilung. Der erkrankte Mensch soll in seiner Ganzheit wahrgenommen, betreut und behandelt werden.
- vermittelt werden, dass es wichtig ist, Therapieziele zu definieren und dass diese in Abhängigkeit vom Krankheitsstadium und Patientenwillen sehr unterschiedlich sein können und sich im Verlauf einer Erkrankung auch ändern können.
- vermittelt werden, welche medikamentösen und nichtmedikamentösen Behandlungen belastende Beschwerden (Schmerzen und andere Symptome) lindern.
- verdeutlicht werden, dass die palliativmedizinische Betreuung von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen ein Prozess ist, in dem es nicht ausschließlich um

Krisenintervention, sondern ebenso um eine vorausschauende, vorsorgende Behandlung und Begleitung geht.

- vermittelt werden, dass Betreuung und Behandlung an den individuellen Bedürfnissen, Wünschen und Wertvorstellungen der Patientinnen und Patienten und ihren Nächsten orientiert werden müssen.
- bewusstgemacht werden, dass eine kompetente Betreuung Schwerkranker und Sterbender nur gelingen kann, wenn die Behandelnden ihre Einstellung zu Krankheit, Sterben, Tod und Trauer reflektieren sowie ihre eigenen Grenzen wahrnehmen können.
- Mut gemacht werden, die individuelle Einstellung der Betroffenen wahrzunehmen und zu respektieren.
- bewusstwerden, dass die Qualität der ärztlichen Arbeit nicht allein durch wissensbezogene Qualifizierung verbessert wird, sondern gleichermaßen durch eine erweiterte Kompetenz zu kommunizieren, in einem Team zu arbeiten und ethische Fragestellungen zu berücksichtigen.

Die Schlüsselqualifikationen im palliativ-ärztlichen Handeln sind die Kommunikation und Interaktion mit den Patienten, mit den Angehörigen wie auch im interdisziplinären Team. Daher nimmt das Arbeiten mit Schauspielpatienten einen besonderen Stellenwert in der Lehre ein.

Viele Studien haben schon dargelegt, dass die Studierenden durch den Einsatz von Schauspielpatienten im Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen gut vorbereitet werden können (Schildmann, Härlein, Buchardi, Schlögl & Vollmann, 2006; Simmenroth-Nayda et al., 2007b; van Oorschot et al., 2008a, 2008b). Es fördert die Kommunikationsfähigkeit und verbessert die Selbstwahrnehmung der Studierenden.

7.2.3 Themen und Inhalte

In den Vorlesungen der Palliativmedizin werden gemäß NKLM und der DGP die Lehr- und Lernziele vorgestellt und unterrichtet (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2009; Sibelius, 2017). Es werden in den Vorlesungen die Grundlagen der Palliativmedizin sowie Themen wie Schmerztherapie, neurologische-, onkologische- und psychiatrische Erkrankungen vorgestellt. Auch Themen wie Ethik, Bedeutung von Tod und Sterben in verschiedenen Religionen, Sterben und Tod aus der Sicht eines Bestatters, Rechte der Patienten, Sterbephasen sowie die Kommunikation in der Palliativmedizin werden behandelt. Die Palliativversorgung von Kindern und die Kommunikation in der Palliativmedizin nimmt in den Vorlesungen einen gesonderten Themenschwerpunkt ein (Sibelius, 2017).

Neben den Vorlesungen werden die Studierenden in 4 rotierende Seminargruppen eingeteilt. Sie bearbeiten 4 unterschiedliche Themen mit jeweils 4 unterschiedlichen Dozenten. Zum einen wird ein „spezieller Fall“ in Kleingruppen bearbeitet, zum anderen werden die psychosozialen Aspekte in der Palliativmedizin beleuchtet und in einem Seminar wird auf ethische Fragestellungen eingegangen. Ein weiteres Seminar ist allein der Kommunikation und Interaktion gewidmet. Dort wird das Thema „Mitteilung schlechter Nachrichten“ behandelt. Dieses Seminar ist für alle Studierenden verpflichtend und wird mit Schauspielpatienten durchgeführt.

7.2.4 Unterrichtsmethoden und Didaktik

Tabelle 26: Unterrichtsmethoden im Fachgebiet der Palliativmedizin

Methoden	Anzahl der Termine und Schwerpunkte
Vorlesungen 1UE	10 Vorlesungen (eine Vorlesung über Kommunikation)
Seminare	4 Seminare mit Arbeitsaufträgen und anschließender Diskussion und Reflektion
Kleingruppe (SP) 2 UE	Eine Seminargruppe wird in 6 Kleingruppen mit jeweils 2 Schauspielpatienten aufgeteilt. Seminarleitung: 1 Dozent; Gruppenleitung: Schauspielpatienten

In den Vorlesungen werden die theoretischen Grundlagen gelehrt. In den Seminargruppen haben die Studierenden die Möglichkeit über das Thema zu diskutieren und zu reflektieren. Der Unterricht ist letztendlich didaktisch so aufgebaut, dass die Studierenden in Anlehnung an die Pyramide von Miller (1990) über die Seminare hinweg eine Kompetenzsteigerung in Bezug auf ihre Reflektions-, Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten erfahren (Fritzsche et al., 2008).

Eingebettet in den Lehrplan der Palliativmedizin ist das Longitudinale Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“.

7.2.5 Rahmenbedingungen

In der Palliativmedizin werden nur erfahrene Dozenten mit langjähriger Praxiserfahrung unterschiedlicher Professionalität für den Unterricht herangezogen, um die Arbeitsweise und die damit begleitenden Erfahrungen der Palliativmedizin „bildlich“ darzustellen. Ferner sind die Schauspielpatienten umfangreich geschult worden, Gruppen von Studierenden zu leiten und begleiten.

7.2.6 Evaluation

Die Evaluation der „Kleingruppenarbeit mit Schauspielpatienten“ in der Palliativmedizin wird im Kapitel 9.2 ausführlich besprochen.

7.2.7 Unterrichtsstruktur

Im Fachgebiet der Palliativmedizin ist die Kleingruppenarbeit folgendermaßen strukturiert.

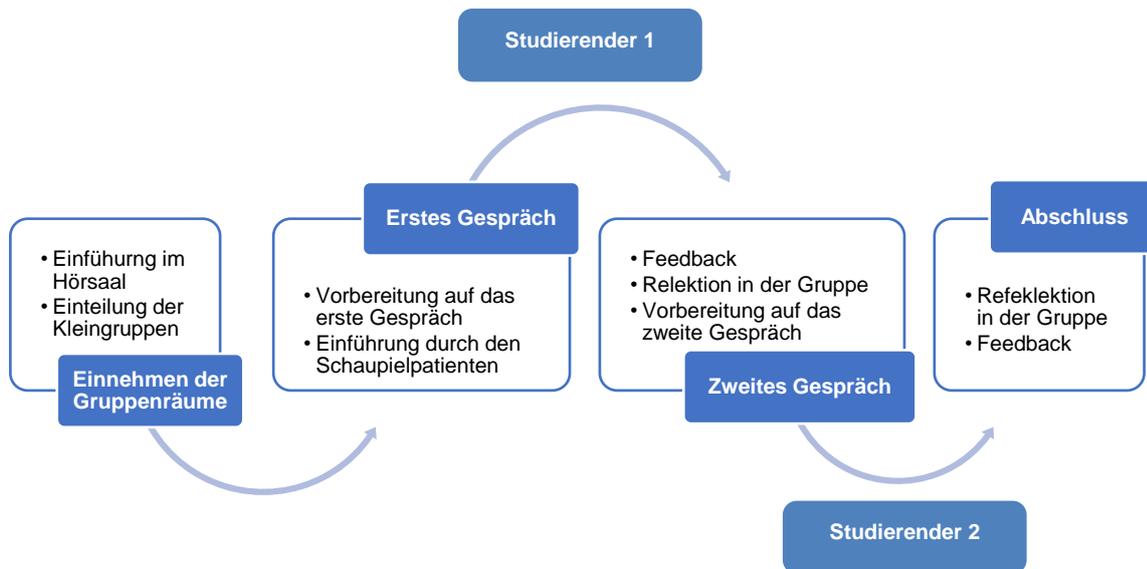


Abbildung 21: Unterrichtsstruktur Palliativmedizin

Wie aus der oberen Abbildung ersichtlich findet eine inhaltliche Einführung für alle teilnehmenden Studierenden im Hörsaal statt. Im Vorfeld wurde eine Vorlesung über „Kommunikation in der Palliativmedizin“ angeboten, wo das Thema „Mitteilung schlechter Nachrichten“ theoretisch behandelt wurde. Alle Studierenden hatten im Vorfeld die Möglichkeit die zur Verfügung gestellten Unterrichtsmaterialien aus dem k-MED herunterzuladen und sich inhaltlich auf das Seminar vorzubereiten. Im Anschluss an die inhaltliche Einführung im Hörsaal werden alle Studierenden in sechs Gruppen aufgeteilt und den jeweiligen Schauspielpatienten und Gruppenräumen zugeordnet.

Dort werden die Studierenden durch die jeweiligen Schauspielpatienten über das Vorgehen in den Gesprächen informiert. Zusätzlich erhalten sie eine ausführliche schriftliche medizinische Information über den Fall, so dass die Studierenden gut vorbereitet das Patientengespräch führen können. Die schriftliche Information lesen die Studierenden in der Gruppe laut vor und überlegen gemeinsam das weitere Vorgehen. Ein Studierender führt dann das Patientengespräch. Nach dem Gespräch, das ca. 20 Minuten dauert, erfolgt ein Feedback.

Im Anschluss an das Feedback wird das Gespräch durch den Schauspielpatienten moderiert. Danach werden die weiteren Fragen, Themen, Hypothesen, aber auch Unklarheiten reflektiert und erarbeitet. Sequenzweise kommt der verantwortliche Dozent dazu. Danach steht der nächste Schauspielpatient mit einer anderen Problematik dem nächsten Studierenden zur Verfügung, der wiederum ein Gespräch führt.

7.2.8 Lehr- und Lernziele Seminar Kommunikation und Interaktion mit Schauspielpatienten

Wie oben schon erwähnt, sind die Schlüsselqualifikationen in der Palliativmedizin Patientenkommunikation und -interaktion mit den Patienten. Daher werden die Lernziele im Seminar mit Schauspielpatienten enger definiert.

Die Ziele des Seminars mit Schauspielpatienten sind:

- Erlernen von Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung.
- Aufbau und Erhalt der Arzt-Patienten-Beziehung bei schlechten Nachrichten erlernen.
- Kommunikation am Lebensende und Umgang mit Patienten im Palliativstadium erlernen.
- Erlernen einer umfassenden Aufklärung der Patienten vor therapeutischen oder diagnostischen Maßnahmen.
- Erlernen, wie unter situationsspezifischer Berücksichtigung eines Gesprächsmodells eine Mitteilung schlechter Nachrichten angemessenen überbracht werden kann.

Diese Ziele sind auch im NKLM (MFT, 2015) wiederzufinden und decken einen Teil der Kompetenzbereiche ab (siehe auch Anhang A).

Tabelle 27: Lernzielabdeckung in der Palliativmedizin

	abgedeckt
1. Konzepte, Modelle und allgemeine Grundlagen	11
2. Fertigkeiten und Aufgaben der ärztlichen Kommunikation	25
3. Emotional herausfordernde Situationen	4
4. Herausfordernde Kontexte	3
5. Soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren	4
6. Andere mediale Kanäle und Settings	0

7.3 Wahlfach Palliativmedizin

7.3.1 Hintergrund / Einbindung ins Lehrprogramm

Das Wahlfach Palliativmedizin wird ebenfalls seit dem Wintersemester 2007/2008 am Fachbereich Medizin der JLU Gießen angeboten. Es wird als Blockveranstaltung an einem Wochenende angeboten und ist auf 12 Teilnehmer beschränkt. Das Format einer Blockveranstaltung wurde gewählt, um die Themen der Vorlesung intensiver und umfassender zu beleuchten. Die Studierenden müssen sich vorbereiten und halten im Seminar Vorträge über die Palliativmedizin und zu gesellschaftlichen Themen über Sterben und Tod. Im Seminar werden mit Schauspielpatienten Gesprächssituationen geübt, die im Berufsalltag eines Palliativmediziners typisch sind. Der Schwerpunkt in den Gesprächssituationen ist die nonverbale Kommunikation. Es werden Teile der Gespräche mit der Kamera aufgenommen und später in der Gruppe analysiert. Ebenfalls finden Gespräche mit Patienten auf der Palliativstation statt, um eine Verknüpfung zwischen der im Seminar erarbeiteten Theorie und der Praxis herzustellen. Auch ist ein Besuch der stationären Hospize in der Umgebung Bestandteil des Wahlfachs (Sibelius, 2017).

7.3.2 Unterrichtsmethoden und Didaktik

Tabelle 28: Unterrichtsmethoden im Fachgebiet der Palliativmedizin Wahlfach

Methoden	Anzahl der Termine und Schwerpunkte
Seminar	Seminar mit Arbeitsaufträgen, Referate und anschließende Diskussion und vertiefte Reflektion, Seminarleitung: 3 Dozenten
Kleingruppe (SP) 3 UE	Die Seminargruppe wird in 4 Kleingruppen mit jeweils 4 Schauspielpatienten aufgeteilt. Seminarleitung: 3 Dozenten

Der Unterricht ist didaktisch so aufgebaut, dass die Studierenden sich intensiv mit dem Thema Sterben und Tod und der Palliativmedizin auseinandersetzen und dies mit drei Dozenten inhaltlich vertieft diskutieren. Es findet ein durchdringender Austausch und ein Transfer von praktischem Wissen zwischen den Studierenden und erfahrenen Dozenten in einer kleinen Gruppe statt. In der Veranstaltung ist das Longitudinale Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ eingebettet.

7.3.3 Rahmenbedingungen

Das Wahlfach leiten drei sehr erfahrene Dozenten mit langjähriger palliativmedizinischer Praxiserfahrung unterschiedlicher Professionalität. Bestandteile des Seminars sind auch

umfangreich geschulte und sehr erfahrene Schauspielpatienten, die typische Patientensituationen gut darstellen können.

7.3.4 Evaluation

Am Ende des Seminars findet eine mündliche Rückmeldungsrunde der Studierenden in der Gruppe statt.

7.3.5 Unterrichtsstruktur

Die Gesprächssituationen mit den Schauspielpatienten haben den gleichen Ablauf wie im Pflichtfach (siehe 7.2.7).

7.3.6 Lehr- und Lernziele Seminar Kommunikation und Interaktion mit Schauspielpatienten

Wie oben schon einmal ausgeführt, ist die Kommunikation wie auch die Interaktion mit den Patienten in der Palliativmedizin die Schlüsselqualifikationen. Daher werden im Wahlfach die Lernziele nochmals enger definiert.

Die Ziele des Seminars mit Schauspielpatienten sind:

- Erlernen von Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung.
- Aufbau und Erhalt der Arzt-Patienten-Beziehung bei schlechten Nachrichten erlernen.
- Kommunikation am Lebensende und Umgang mit Patienten im Palliativstadium erlernen.
- Erlernen einer umfassenden Aufklärung der Patienten vor therapeutischen oder diagnostischen Maßnahmen.
- Erlernen, wie unter situationsspezifischer Berücksichtigung eines Gesprächsmodells, eine Mitteilung schlechter Nachrichten angemessenen überbracht werden kann.
- Bewusstwerden von verbalen, nonverbalen, paraverbalen und Signalen im Gespräch mit Patienten.

Diese Ziele sind auch im NKLM (MFT, 2015) wiederzufinden und decken einen Teil der Kompetenzbereiche ab (siehe auch Anhang A).

Tabelle 29: Lernzielabdeckung Palliativmedizin Wahlfach

	abgedeckt
1. Konzepte, Modelle und allgemeine Grundlagen	11
2. Fertigkeiten und Aufgaben der ärztlichen Kommunikation	30
3. Emotional herausfordernde Situationen	6
4. Herausfordernde Kontexte	3
5. Soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren	5
6. Andere mediale Kanäle und Settings	0

7.4 Allgemeinmedizin

7.4.1 Hintergrund / Einbindung ins Lehrprogramm

Durch die erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom 17. Juli 2012 (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017) wurden ergänzend zum Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung einige Maßnahmen und Veränderungen zur gezielten Nachwuchsgewinnung und Förderung von Medizinstudierenden sowie zur Stärkung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Ausbildung vorgenommen (Bundesministerium für Gesundheit, 2019). Es wurde für das Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin eine Mindestdauer von zwei Wochen festgelegt. Ferner soll während der Famulatur ein Monat in einer hausärztlichen Versorgungseinrichtung verbracht werden, um so den Studierenden einen Einblick in diese Tätigkeit zu geben. Dies soll dazu beitragen, dass sich mehr junge Ärzte für den Facharzt der Allgemeinmedizin und spätere Niederlassung entscheiden (Bundesministerium für Gesundheit, 2019).

Entsprechend wurde ein verpflichtendes zweiwöchiges Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin als Bestandteil des Medizinstudiums an der Justus-Liebig-Universität eingeführt. Dieses Blockpraktikum ist im 5. Klinischen Semester des „Gießener Stundenplans“ zu absolvieren (Justus-Liebig-Universität, 2019). In diesem Blockpraktikum haben der Umgang und die Kommunikation mit Patientin einen wichtigen Stellenwert, was einerseits im Kontakt mit realen Patienten (in der Praxis) und andererseits mit Schauspielpatienten umgesetzt wird.

7.4.2 Lehr- und Lernziele und Themen

Im zweiwöchigen verpflichtenden Blockpraktikum in einer Hausarztpraxis sollen die Studierenden möglichst umfassend am routinemäßigen Betrieb einer hausärztlichen Lehrpraxis teilnehmen und dabei einen Einblick in die Vielfalt des hausärztlichen Alltags erhalten.

Folgende Lehr- und Lernziele sowie Inhalte sollen den Studierenden vermittelt werden (Justus-Liebig-Universität, 2019):

- Kommunikation erlernen und verbessern sowie das Kennenlernen der Themenbereiche Patienten Anliegen/-wünsche/-befürchtungen/-autonomie, körperliche Untersuchung und der Therapieplanung. Die Studierenden sollen die Lehrärzte während der Sprechstunde begleiten und die Bedeutung von Therapieentscheidungen, aber auch die Technik des hausärztlichen Gesprächs und der Anamneseerhebung sowie der körperlichen Untersuchung kennenlernen. Zudem sollten die Studierenden mindestens viermal die Gelegenheit haben, Patienten selbständig zu befragen, eine Anamnese zu erheben, körperlich zu untersuchen und eine Therapie vorzuschlagen.
- Hausbesuche sollen sowohl bei Akut-Besuchen als auch bei Besuchen von chronisch Kranken und in Altenheimen kennengelernt werden und den Studierenden neben Einblicken in typisch hausärztlichen Versorgungsbereiche, die Möglichkeit bieten, für sie bisher meist unbekannte Aspekte der Medizin kennenzulernen. Im Rahmen der Hausbesuche sollen die Studierenden einfache diagnostische Maßnahmen (Blutdruckmessen, Blutzuckerbestimmungen, Ausfüllen von Wiederholungsrezepten oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen) durchführen.
- Umgang mit Patienten mit Infekten der oberen Atemwege. Hier sollen die Studierenden die grundsätzlichen Untersuchungstechniken und die Herangehensweise bei Patienten mit oberen Atemwegsinfekten im Rahmen des Praktikums erlernen.
- Umgang mit chronisch kranken, multimorbiden und sterbenden Patienten und deren Familien und dessen langfristige Begleitung erfahren. Sowie einen Einblick in die „koordinierende Steuerung“, die der Hausarzt bei dieser Begleitung einnimmt bekommen.
- Den Umgang mit Patienten mit funktionellen Beschwerden, Angsterkrankungen, somatoformen Störungen erlernen. Grundlage dieser Beschwerden ist eine Beeinträchtigung der vegetativen Regulation. Diese sind häufig auch durch emotionale Zustände bedingt, was oftmals eine besondere Herausforderung darstellt. Dadurch können sog. Krankheitsmischbilder kennengelernt werden, welche zwischen organischer und psychischer Erkrankung angesiedelt sind.

- Einen Einblick in die rationale Arzneimitteltherapie und der dazu führenden Verschreibungspraxis im Kontext der Budgetierung der Kosten in einer Hausarztpraxis erhalten.
- Kennenlernen der Familienmedizin und einen Einblick in die familiären Strukturen, Beziehungen sowie Dynamiken bekommen, wodurch manche Therapieentscheidung erst in Kenntnis der familiären Umstände verständlich wird.
- Prävention in der hausärztlichen Praxis ist eine zentrale Aufgabe. Viele chronische Krankheiten sind durch präventive Maßnahmen, Veränderungen des Lebensstils und Minimierung der Risikofaktoren einzuschränken. Die Art und Weise der Kommunikation, wie der Hausarzt damit umgeht und wie er auf die Patienten zugeht, sollten die Studierenden erlernen.
- Das Praktikum soll Gelegenheit bieten, die Begriffe „abwendbar gefährlicher Verlauf“, „abwartendes Offenlassen“ und „erlebte Anamnese“ in der täglichen Anwendung zu erfahren.

Neben den Vorlesungen werden die Studierenden in 16 Seminargruppen eingeteilt. Diese Gruppen bearbeiten vier unterschiedliche Themen mit jeweils vier verschiedenen Dozenten. Ein Seminar widmet sich alleinig der Kommunikation und Interaktion. Dort wird das Thema „Motivierende Gesprächsführung“ (Kienle, Freytag & Hitzblech, 2018) mit Diabetes Patienten behandelt. Dieses Seminar ist für alle Studierenden verpflichtend und wird mit Schauspielpatienten durchgeführt.

7.4.3 Unterrichtsmethoden und Didaktik

Tabelle 30: Unterrichtsmethoden im Fachgebiet der Allgemeinmedizin

Methoden	Anzahl der Termine und Schwerpunkte
Vorlesungen	15 Vorlesungen
Seminare	4 Seminare
Kleingruppen (SP) 3 UE	Eine Seminargruppe wird in 2 Kleingruppen mit jeweils 2 Schauspielpatienten aufgeteilt. Die Kleingruppen finden an zwei unterschiedlichen Tagen statt. Seminarleitung: 1 Dozent

In den Vorlesungen werden die theoretischen Grundlagen gelehrt. In den Seminargruppen haben die Studierenden die Möglichkeit über das Thema zu diskutieren und zu reflektieren. Der Unterricht ist letztendlich didaktisch so aufgebaut, dass die Studierenden in Anlehnung an die Pyramide von Miller (1990) über die Seminare hinweg eine Kompetenzsteigerung in Bezug

auf ihre Reflektions-, Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten erfahren (Fritzsche et al., 2008).

Eingebettet in den Lehrplan der Allgemeinmedizin ist das Longitudinale Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“.

7.4.4 Rahmenbedingungen

In der Allgemeinmedizin werden nur erfahrene Lehrärzte mit langjähriger Praxiserfahrung in der Allgemeinmedizin für den Unterricht herangezogen, um die Arbeitsweise und die damit begleiteten Erfahrungen theoretisch wie auch „bildlich“ darzustellen. Obligatorisch ist die umfangreiche Schulung der Schauspielpatienten.

7.4.5 Evaluation

Die Evaluation der „Kleingruppenarbeit mit Schauspielpatienten“ in der Allgemeinmedizin wird im Kapitel 8 ausführlich besprochen.

7.4.6 Unterrichtsstruktur

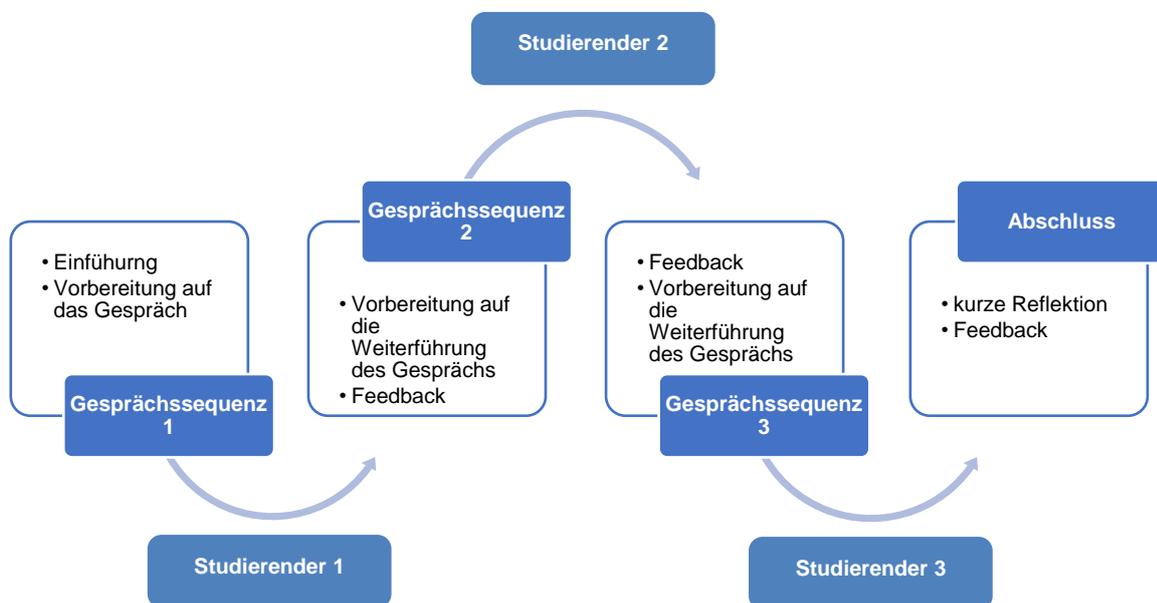


Abbildung 22: Unterrichtsstruktur Allgemeinmedizin

Wie aus der oberen Abbildung ersichtlich, erhält die Kleingruppe eine Einführung über das Thema „Motivierende Gesprächsführung“ (Miller & Rollnick, 2009) und wird über die Ziele der Unterrichtseinheit informiert. Ergänzend wird den Studierenden die Arbeitsweise erklärt. Da

drei Studierende pro Gesprächseinheit die Möglichkeit haben, ein Teilgespräch mit einem Schauspielpatienten zu führen und pro Unterrichtseinheit zwei Schauspielpatienten eingesetzt werden, können letztendlich sechs Studierende ein Gespräch zu führen. Alle Studierenden können die im Vorfeld zur Verfügung gestellten Unterrichtsmaterialien aus dem k-MED herunterladen und sich inhaltlich auf das Seminar vorzubereiten. Dies dient als Grundlage für das zu führende Gespräch.

Nach dem Vorlesen der Fallvignette des (Schauspiel)Patienten wird über die aktuelle Situation des (Schauspiel)Patienten gesprochen und mit den Studierenden zusammen die zu stellenden Fragen bzw. Themen erarbeitet, so dass ein Studierender vorbereitet in die erste Sequenz des Gesprächs gehen kann. Nach ca. 7 bis 10 Minuten wird das Gespräch unterbrochen und es erfolgt ein Feedback. Im Anschluss an dieses Feedback erfolgt die inhaltliche Vorbereitung auf die Weiterführung des Gesprächs. Es wird dort die letzte Gesprächssequenz reflektiert und die weiteren Fragen, Themen, aber auch Undeutlichkeiten erarbeitet, so dass der nächste Studierende das Gespräch vorbereitet fortsetzen kann (es wird an das bereits geführte Gespräch angeknüpft). Die Prozedur findet insgesamt dreimal statt. Im Anschluss an das geführte Gespräch wird der Inhalt des Gesprochenen wie auch die nonverbale Kommunikation nochmals kurz reflektiert. Danach wird der Schauspielpatient entlassen und der nächste Schauspielpatient mit einer Diabetesproblematik steht den nächsten drei Studierenden zur Verfügung.

7.4.7 Lehr- und Lernziele Seminar Kommunikation und Interaktion mit Schauspielpatienten

Für eine wirksame Behandlung im hausärztlichen Patientenumgang sind kommunikative Kompetenzen von zentraler Bedeutung (Bachmann, Roschlaub & Scherer, 2014; Brenk-Franz et al., 2010; Schweickhardt & Fritzsche, 2009). Es ist eine Schlüsselkompetenz, die besonders bei chronischen Erkrankungen und den dazugehörigen Lebensstilveränderungen eine zielführende und wirksame Methode ist. Daher werden die Lernziele im Seminar mit Schauspielpatienten spezifisch definiert.

Die Ziele des Seminars mit Schauspielpatienten sind:

- Erlernen von Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung.
- Aufbau und Erhalt der Arzt-Patienten-Beziehung. Erlernen von Kommunikationstechniken bezüglich einer Lebensstilveränderung.
- Entwickeln der eigenen Haltung gegenüber problematischem Krankheitsverhalten.

- Erlernen eines verständnisvollen und akzeptierenden Umgangs mit diesen Krankheitsverhalten.

Diese Ziele entsprechen denen des NKLM-Teilbereichs (MFT, 2015) und decken einen Teil der Kompetenzbereiche ab (siehe auch Anhang A).

Tabelle 31: Lernzielabdeckung in der Allgemeinmedizin

	<i>abgedeckt</i>
1. Konzepte, Modelle und allgemeine Grundlagen	11
2. Fertigkeiten und Aufgaben der ärztlichen Kommunikation	30
3. Emotional herausfordernde Situationen	2
4. Herausfordernde Kontexte	4
5. Soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren	6
6. Andere mediale Kanäle und Settings	0

7.5 Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie

7.5.1 Hintergrund / Einbindung ins Lehrprogramm

Aufgrund der neuen Ausbildungsordnung wurde das Chirurgische Praktikum (ChiP) neu strukturiert. Es wird von den Fachgebieten Unfallchirurgie, Allgemein- Visceral, Thorax-Kinder- und Transplantationschirurgie und der Neurochirurgie unterrichtet. Dieses 14-tägige Praktikum ist in zwei große Blöcke, einem allgemeinchirurgischen Block und einem unfallchirurgischen Block, aufgeteilt (Schäfer, 2019). Neben dem Kenntniserwerb von Untersuchungstechniken, therapeutischen Vorgehensweisen, Therapieerfordernissen und Nachbehandlungskonzepten spielt auch hier die Kommunikation eine wichtige Rolle.

Der Grund hierfür besteht darin, dass in den chirurgischen Fächern die Patientenaufklärung vor operativen Eingriffen einen zentralen und zugleich kritischen Punkt einnimmt (Biberthaler et al., 2011; Leclercq, Keulers, Scheltinga, Spauwen & van der Wild, 2010; Schleicher et al., 2017). Von ärztlicher Seite sind in diesem Zusammenhang verschiedene Kompetenzen nötig. Zum einen sollten die Ärzte über die bevorstehende Operation und deren operative Methode, deren Vor- und Nachteile wie auch deren Komplikationen informiert sein und zum anderen sollte der Mediziner über kommunikative Skills und Empathie verfügen, um die medizinischen Sachverhalte gegenüber Patienten verständlich zu machen. Die Bedeutung der Aufklärungsgespräche auch vor dem Hintergrund der deutlichen Zunahme der vermuteten

Arzthaftungsfälle zu sehen. Untersuchung haben hier gezeigt, dass neben mangelhafter Information über geplante operative Maßnahmen, deutliche Defizite in der Kommunikation zwischen aufklärendem Arzt und dem Patienten vorhanden sein können (Armstrong & Cole, 1997; Ashraf, Stillman & Wang, 2014; Schleicher et al., 2017).

7.5.2 Lehr-, Lernziele, Themen und Inhalte

Der Studierenden sollen die praktischen Fertigkeiten und Maßnahmen in der Theorie kennen und diese durch die Dozenten demonstriert bekommen. Ebenso sollen die praktischen Fertigkeiten geübt und unter Aufsicht durchgeführt worden sein. Dies kann am Patienten oder am Schauspielpatienten erfolgt sein.

Die Studierenden sollen (Schäfer, 2019):

- klinische Untersuchungen großer Gelenke (Schulter-, Kniegelenk). Befunddokumentation nach der Neutral-Null-Methode und Peyton-Methode durchführen können.
- im Gipszimmer die Anfertigung üblicher Gipse (Fingergips in intrinsic plus Stellung, Radiusgipsschiene, Schienenbehandlung, etc.) erlernen.
- im Osteosyntheselabor grundlegende Osteosynthesetechniken erlernen und selbständig durchführen (Zuggurtung, Schraubenosteosynthese, Plattenosteosynthese, Nagelosteosynthese).
- typische unfallchirurgische Verletzungsmuster und Befunde anhand entsprechender Röntgenbilder besprechen, Therapiemaßnahmen festlegen und ggf. operative Maßnahmen anhand postoperativer Röntgenaufnahmen beurteilen können. Dabei sollen in einer systematischen Abfolge Verletzungen der oberen und unteren Extremität sowie des Körperstamms besprochen werden.
- Versorgungskonzepte kennenlernen.
- im Rahmen des chirurgischen Praktikums ein strukturiertes, patientenorientiertes und verständliches Patientenaufklärungsgespräch durchführen, um die kommunikativen Kompetenzen zu schulen und die Bedeutung, die Wichtigkeit und die versicherungsrechtliche Tragweite dieser Gespräche erlernen (Schleicher, 2017).

7.5.3 Unterrichtsmethoden und Didaktik

Tabelle 32: Unterrichtsmethoden im Fachgebiet der Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie

Methoden	Anzahl der Termine und Schwerpunkte
Vorlesungen	44 Vorlesungen (auch im Vorfeld des Blockpraktikums)
Seminare	2 Seminare mit Arbeitsaufträgen, praktische Übungen und anschließende Diskussion und Reflektion
Kleingruppen (SP) 4 UE	Eine Seminargruppe wird in 3 Kleingruppen mit jeweils 1 Schauspielpatienten aufgeteilt (insgesamt 3 Schauspielpatienten). Seminarleitung: 2 Dozenten

Das Longitudinale Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ ist in den Lehrplan der Unfall-, Hand und Wiederherstellungschirurgie eingebettet. Als Vorbereitungsmaterial werden den Studierenden drei verschiedene Standardaufklärungsbögen (Arthroskopie des Kniegelenkes, Implantation einer Hüftgelenktotalendoprothese und Unterschenkelamputation) als Vorbereitungsliteratur zur Verfügung gestellt (Schleicher, 2017).

7.5.4 Rahmenbedingungen

In der Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie leisten erfahrene Ärzte den Unterricht, um die Arbeitsweise und die damit begleiteten Erfahrungen theoretisch wie auch praktisch darzustellen. Die Dozenten werden vorab in den kommunikativen Aspekten und den Unterricht mit den Schauspielpatienten durch den Verfasser der Dissertation umfangreich geschult (Hölzer, Freytag & Sonntag, 2017). Die Schauspielpatienten sind ebenfalls zur spezifischen Thematik umfangreich geschult worden.

7.5.5 Evaluation

Die Evaluation der „Kleingruppenarbeit mit Schauspielpatienten“ in der Unfall-, Hand und Wiederherstellungschirurgie wird im Kapitel 8 ausführlich besprochen.

7.5.6 Unterrichtsstruktur

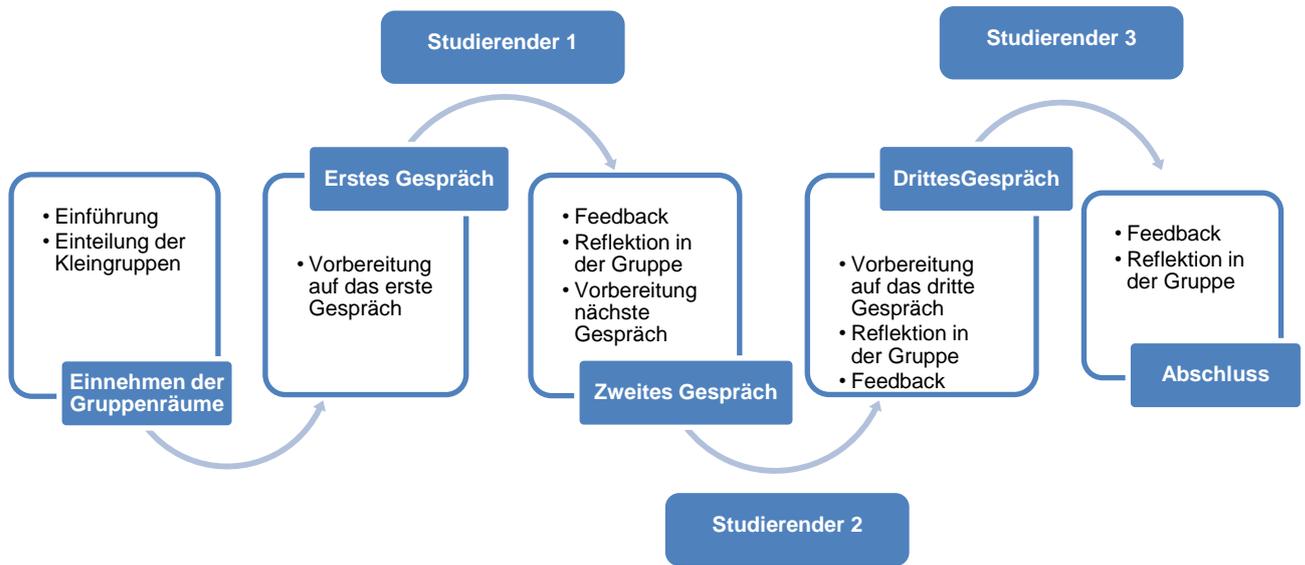


Abbildung 23: Unterrichtsstruktur Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie

Wie aus der oberen Abbildung ersichtlich, gibt es eine inhaltliche Einführung in das Thema. Im Vorfeld wurde den Studierenden ein Fall zugeordnet. Diese konnten die zur Verfügung gestellten Standardaufklärungsbögen aus dem k-MED herunterladen und sich inhaltlich auf dieses Patientenaufklärungsgespräch vorbereiten. Im Anschluss an die inhaltliche Einführung werden die Studierenden in drei Gruppen aufgeteilt und den jeweiligen Schauspielpatienten und Gruppenräumen zugeordnet. Dort führen sie die jeweiligen Aufklärungsgespräche mit den Schauspielpatienten (ca. 20 Minuten) durch.

Im Anschluss an das Feedback wird das Gespräch durch den Schauspielpatienten moderiert. Anschließend werden die weiteren Fragen, Themen, aber auch Undeutlichkeiten erarbeitet und reflektiert. Sequenzweise kommt einer der verantwortlichen Dozenten dazu. Danach wird der Schauspielpatient entlassen und der nächste Schauspielpatient mit einer anderen geplanten Operation steht dem nächsten Studierenden zur Verfügung. Diese Prozedur wird dreimal wiederholt.

7.5.7 Lehr- und Lernziele Seminar Kommunikation und Interaktion mit Schauspielpatienten

Um ein gutes Patientenaufklärungsgespräch führen zu können ist einerseits das Wissen über die bevorstehende Operation und dessen operative Methode, dessen Vor- und Nachteile

wie auch deren Komplikationen erforderlich. Andererseits sollte der Arzt über kommunikative Skills und Empathie verfügen, um die medizinischen Sachverhalte gegenüber Patienten zu verdeutlichen, aber auch die emotionale Tragweite einer solchen bevorstehenden Operation beim Patienten erkennen und wahrnehmen. Nur so ist es möglich, adäquat und Situationsgerecht im Aufklärungsgespräch reagieren und zu einem guten Gelingen beitragen zu können.

Die Ziele des Seminars mit Schauspielpatienten sind:

- Erlernen von Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung.
- Aufbau und Erhalt der Arzt-Patienten-Beziehung bei einem Aufklärungsgespräch.
- Erlernen eines strukturierten, patientenorientierten und verständlichen Patientenaufklärungsgesprächs.
- Entwickeln der eigenen Haltung gegenüber problematischem Krankheitsverhalten.
- Erlernen eines verständnisvollen und akzeptierenden Umgangs mit Ängsten und Unsicherheiten.

Diese Ziele sind auch im NKLM (MFT, 2015) definiert und decken einen Teil der Kompetenzbereiche ab (siehe auch Anhang A).

Tabelle 33: Lernzielabdeckung in der Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie

	<i>abgedeckt</i>
1. Konzepte, Modelle und allgemeine Grundlagen	11
2. Fertigkeiten und Aufgaben der ärztlichen Kommunikation	27
3. Emotional herausfordernde Situationen	1
4. Herausfordernde Kontexte	2
5. Soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren	4
6. Andere mediale Kanäle und Settings	0

7.6 Pädiatrie

7.6.1 Hintergrund / Einbindung ins Lehrprogramm

Im Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin der JLU Gießen gibt es zwei Abschnitte, in denen Inhalte des Fachgebietes Pädiatrie unterrichtet werden. Im dritten

klinischen Semester finden 39 Vorlesungen und im vierten klinischen Semester finden 18 Vorlesungen über alle Schwerpunkte der Pädiatrie statt. Das zweiwöchige Blockpraktikum des Gießener Curriculum Pädiatrie (GiCuPaed) ist im fünften klinischen Semester angesiedelt. Dort findet die Verknüpfung der Theorie mit der Praxis statt. Inhalte sind unter anderem das Erlernen der Basisfertigkeiten. In diesem Blockpraktikum spielen der Umgang und die Kommunikation mit Kindern und Begleitpersonen (Eltern, Erziehungsberechtigte) eine zentrale Rolle, was zum einen über den Kontakt mit realen Patienten (in der Praxis) und andererseits über das Erarbeiten in der Gruppe mit Fallvignetten realisiert wird.

7.6.2 Lehr- und Lernziele

Das Arbeiten in der Kinderheilkunde ist etwas anders gelagert als in der Erwachsenenmedizin. Man sieht sich hier als Mediziner immer zwei oder mehreren Ansprechpartnern gegenüber. Dies sind die zu behandelnden Kinder oder Jugendliche, sowie deren Eltern (sofern das Sorgerecht des Kindes und Jugendlichen bei beiden Eltern liegt). Dies ist als eine besondere kommunikative Herausforderung mit spezifischen Charakteristika zu sehen. Daneben gibt es auch die fachlich-medizinischen Besonderheiten, die ebenfalls anders als im Erwachsenenbereich gelagert sind und entsprechend anders gewichtet werden müssen.

Die Lernziele haben mehrere Ebenen. Zum einen geht es um Vermittlung von theoretischem Wissen. Zum anderen sollen die Studierenden Untersuchungstechniken wie auch Diagnostik gesehen haben und demonstriert bekommen. Daneben sollen die Studierenden in diesem Bereich Kompetenzen und Fertigkeiten erwerben und diese unter Aufsicht einige Male durchgeführt haben, so dass eine gewisse Routine entsteht (Frank, 2009).

Die Ausbildungsziele im Blockpraktikum sind wie folgt definiert:

Der Studierende kann

- Diagnosen, Differentialdiagnose, Therapie und Prophylaxe der wichtigsten pädiatrischen Krankheitsbilder erklären.
- eine Anamneseerhebung (auch Fremdanamnese mit den Erziehungsberechtigten) durchführen.
- die klinisch-praktischen Untersuchungstechniken bei Kindern und Jugendlichen verschiedener Altersgruppen (vom Neugeborenen über Säuglinge bis hin zu den Schulkindern) durchführen.
- Gespräche mit Eltern, Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Kontexten zielgerichtet und kompetent gestalten.
- den rationalen und effizienten Einsatz von Untersuchungsmethoden in der Pädiatrie anwenden.

- typische Untersuchungsbefunde interpretieren.

Die Studierenden werden in 16 Seminargruppen eingeteilt. Diese Gruppen erhalten im 2-wöchigen Blockpraktikum neben themenspezifischen Seminaren (Untersuchungstechnik, Leitsymptome, Gesprächsführung, Kinderradiologie) auch Unterricht am Patienten/Eltern/Erziehungsberechtigten auf Station. Ferner nehmen sie an Fallkonferenzen sowie verpflichtend am poliklinischen Notdienst/Bereitschaftsdienst teil. Abgeschlossen wird das Blockpraktikum mit einem OSCE. Zwei Seminare sind der Kommunikation und Interaktion gewidmet. Dort wird zum einen das Thema „Umgang und Gespräche mit Eltern und Kinder“ behandelt und im zweiten Seminar „Praktikum Gesprächsführung“ werden Fallvignetten, in Bezug auf Kommunikation und Interaktion mit Eltern und Kinder, in Gruppen bearbeitet und später im Plenum besprochen.

7.6.3 Unterrichtsmethoden und Didaktik

Tabelle 34: Unterrichtsmethoden im Fachgebiet der Pädiatrie

Methoden	Anzahl der Termine und Schwerpunkte
Vorlesungen	57 Vorlesungen (auch im Vorfeld des Blockpraktikums)
Seminare 1 UE	16 Seminare (ein Seminar mit dem Thema „Umgang mit Eltern und Kinder“)
Praktikum Gesprächsführung (Gruppenarbeit) 2 UE	Die Gruppe wird in 4 Kleingruppen aufgeteilt. Diese Gruppen bearbeiten jeweils unterschiedliche Fallvignetten und stellen diese im Plenum vor. Anschließend Diskussion. Seminarleitung: 2 Dozenten

Im Seminar „Umgang und Gespräche mit Eltern und Kinder“ werden die theoretischen Grundlagen gelehrt. Im Praktikum Gesprächsführung, das in der zweiten Woche des Blockpraktikums stattfindet, werden Fallvignetten bearbeitet. Der Unterricht ist letztendlich didaktisch so aufgebaut, dass mit den die Studierenden am ersten Tag des Blockpraktikums das Thema Umgang mit Eltern und Kinder besprochen wird, so dass die Studierenden am zweiten Tag vorbereitet auf die Station gehen können. In der zweiten Woche können sie ihre praktische Erfahrung bei der Bearbeitung der Fallvignetten einbringen. Es findet somit eine Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis und somit eine Steigerung der Kommunikations-, Reflektions- und Interaktionsfähigkeiten statt, die am Ende mit einem OSCE nochmals praktisch abgeprüft werden. Im OSCE werden die Kommunikations- und Interaktionselemente

mit Schauspielpatienten abgeprüft. Das Longitudinale Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ ist ein Bestandteil des Lehrplans der Pädiatrie.

7.6.4 Rahmenbedingungen

Die Seminare werden von sehr erfahrenen Dozenten mit langjähriger Praxiserfahrung unterschiedlicher Professionalität geleitet.

7.6.5 Evaluation

Es findet am Ende des Seminars eine mündliche Rückmeldung der Studierenden in der Gruppe statt.

7.6.6 Unterrichtsstruktur

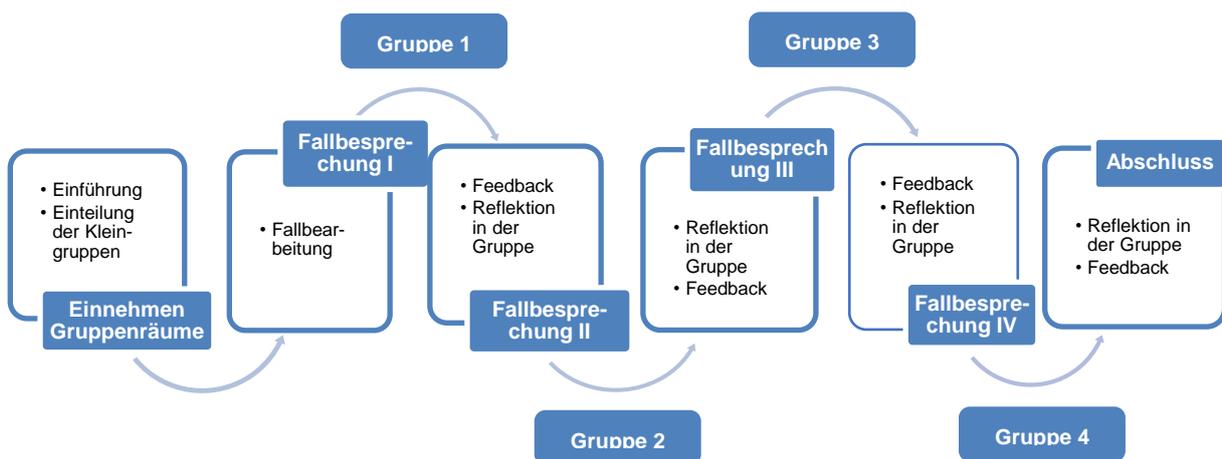


Abbildung 24: Unterrichtsstruktur Praktikum Gesprächsführung in der Pädiatrie

Wie aus der oberen Abbildung ersichtlich, gibt es eine Einführung in das Thema. Im Anschluss daran werden die Fallvignetten vergeben. Die einzelnen Gruppen formieren sich und suchen Kleingruppenräume auf. Dort haben sie gemeinsam ca. 30 Minuten Zeit, um die Fallvignetten und die dazugehörigen Fragen zu bearbeiten. Zu den einzelnen Handreichungen bekommen die Studierenden noch zusätzliches Anschauungsmaterial (Broschüren, Fotos etc.) angeboten. Im Anschluss daran kommen die Gruppen wieder zusammen und stellen als Gruppe die Fallvignette und deren Vorschlag für die Herangehensweise vor. Dies wird dann

nochmals im Gesamtplenium diskutiert und reflektiert. Im Anschluss folgen die weiteren Gruppen mit den nächsten Fallvignetten.

7.6.7 Lehr- und Lernziele Seminar „Praktikum Gesprächsführung“

Gespräche mit Eltern, Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Kontexten zielgerichtet und kompetent gestalten.

Die Ziele des Seminars sind:

- Erlernen von Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung mit Eltern und Kindern.
- Erlernen von Beziehungsaufnahme durch verbindlichen Gesprächsanfang und Ende.
- Erlernen einer Gesprächsvorbereitung unter schwerpunktmäßiger Einbeziehung der psychosozialen Aspekte der Familie als System und unter Einbeziehung der kindlichen Entwicklung.
- Erklären der gängigen pädiatrischen Krankheitsbilder.
- Erlernen eines verständnisvollen und akzeptierenden Umgangs mit Ängsten und Unsicherheiten.

Diese Ziele sind auch im NKLM (MFT, 2015) wiederzufinden und decken einen Teil der Kompetenzbereiche ab (siehe auch Anhang A).

Tabelle 35: Lernzielabdeckung in der Pädiatrie

	abgedeckt
1. Konzepte, Modelle und allgemeine Grundlagen	11
2. Fertigkeiten und Aufgaben der ärztlichen Kommunikation	23
3. Emotional herausfordernde Situationen	3
4. Herausfordernde Kontexte	2
5. Soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren	11
6. Andere mediale Kanäle und Settings	0

7.7 OSCE in der Pädiatrie

Neben der Lehre werden die Schauspielpatienten auch zur Überprüfung praktischer Fertigkeiten und der kommunikativen Kompetenzen in der JLU Gießen eingesetzt. Bei dieser Art der Prüfung durchlaufen die Studierenden verschiedene Stationen, bei denen sie jeweils eine praktische Tätigkeit durchführen und gleichzeitig ein Gespräch mit einem Elternteil bzw. Erziehungsberechtigten führen müssen. Die Beurteilung erfolgt mithilfe einer für die Kommunikation erarbeiteten Checkliste. Neben dem Schauspielpatienten bewertet ein Arzt die

jeweilige praktische Fertigkeit ebenfalls gemäß den Kriterien einer diesbezüglich erarbeiteten Checkliste.

Mit den Schauspielpatienten lassen sich anhand vorgegebener objektiver Kriterien die kommunikativen Kompetenzen bzw. Fertigkeiten überprüfen. Daher wurden sie im Vorfeld der Prüfungen auf diese Art der Prüfung speziell und umfangreich geschult. Sie müssen einerseits ihre Rolle immer gleich spielen und Abweichungen möglichst vermeiden. Eine erhöhte Rollenkonsistenz ist daher unabdingbar, da ansonsten eine Vergleichbarkeit nicht gegeben ist (Ortwein et al., 2006). Andererseits müssen sie nach der Prüfung die Checkliste der Kriterien ausfüllen. Dies bedeutet, dass sie sich während der Prüfung die gezeigten Kriterien merken müssen. Dies erfordert eine hohe Konzentration.

7.7.1 Prüfungsmethode

Tabelle 36: Prüfungsmethode im OSCE

Methoden	Anzahl der Termine und Schwerpunkte
Gruppen	2 Gruppen zu je 8 Studierenden werden parallel geprüft (Gruppe A und B)
Prüfung	10 Minuten (5 Minuten Prüfung, 1-2 Minuten Rückmeldung Prüfer und 1-2 Minuten Rückmeldung Schauspielpatient)
Stationen	4 Stationen <ol style="list-style-type: none"> 1. Arzt-Eltern-Gespräch mit einem Schauspielpatienten (Beurteilende: Arzt und SP) 2. Erklären von Perzentilen mit einem Schauspielpatienten (Beurteilende: Arzt und SP) 3. Säuglingsreanimation mit einem Schauspielpatienten (Beurteilende: Arzt und SP) 4. Blickdiagnostik ohne Schauspielpatienten
Anzahl Schauspielpatienten	9 Schauspielpatienten, die nach jedem Prüfungsdurchlauf wechseln (nach 4 Studenten)

In der Prüfungsstation „Arzt-Eltern-Gespräch“ werden einem Elternteil (Schauspielpatienten) nach bestimmten Symptomen ihres Kindes gefragt, um eine Diagnose festzulegen (z.B. Zöliakie, Diabetes I, Fieberkrampf)⁷

In der Prüfungsstation „Perzentile“ müssen die Studierenden ein Elternteil die pädiatrischen Perzentile erklären. Hier kommt es auch wieder auf kommunikative Kompetenzen an. In der dritten Prüfungsstation werden Eltern oder Erziehungsberechtigte bei einem Atemstillstand ihres Kindes um Unterstützung vom zu prüfenden Studierenden gebeten. Es handelt sich um eine Notfallsituation.

7.7.2 Rahmenbedingungen

Die Seminare werden von erfahrenen Ärzten geleitet und gut geschulten Schauspielpatienten begleitet.

7.7.3 Lehr- und Lernzeile im OSCE-Pädiatrie unter Einbezug von Kommunikation und Interaktion mit Schauspielpatienten

Diese Ziele sind auch im NKLM (MFT, 2015) wiederzufinden und decken einen Teil der Kompetenzbereiche ab (siehe auch Anhang A).

Tabelle 37: Lernzielabdeckung im OSCE Pädiatrie

	<i>abgedeckt</i>
1. Konzepte, Modelle und allgemeine Grundlagen	11
2. Fertigkeiten und Aufgaben der ärztlichen Kommunikation	27
3. Emotional herausfordernde Situationen	1
4. Herausfordernde Kontexte	2
5. Soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren	5
6. Andere mediale Kanäle und Settings	0

⁷ Es werden nur ein paar Krankheitsbilder erwähnt, um die Prüfungsthemen nicht ganz offenzulegen.

8 Fragestellungen

8.1 Einordnung und Fragestellung

Nachdem die Entwicklung und Durchführung des longitudinalen Curriculums Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester in den Jahren 2010 bis 2019 im Hinblick auf Hintergrund, Konzeption, Inhalte, Gestaltung und Ablauf detailliert dargestellt wurde, wird die Zusammenarbeit mit den Fachgebieten und auf die kommunikative und interaktive Lernzielabdeckung und den Basiskompetenzebenen (Lerntiefe) des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs der Medizin (NKLM) innerhalb des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen evaluiert.

Dabei soll auf fachspezifisch-allgemeine Publikationen, sowie auf den praktischen Erfahrungen bei der Entwicklung des Curriculums seit dem Jahr 2010 und die schon in der Vergangenheit veröffentlichten Publikationen des Verfassers der Dissertation in den jeweiligen medizinischen Fachgebieten zurückgegriffen werden.

Neben der Frage nach der Zusammenarbeit mit den Fachgebieten zum Thema „Kommunikation und Interaktion“, der Implementierung kommunikativer und interaktiver Inhalte in deren Lehre, sowie über die abgedeckten Lernziele und deren Lerntiefe des Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester, war die Entwicklung des unterrichtsbezogenen „Evaluationsbogens“ notwendig, um die folgenden Fragestellungen objektiv beantworten zu können.

- Wie bewerten die Studierenden den Nutzen von Communicare?
- Wie bewerten die Studierenden den Einsatz von Schauspielpatienten?
- Wie bewerten die Studierenden die Dozenten in Communicare?

9 Methoden

9.1 Vergleich Lernziele und Basiskompetenzebenen in Gießen mit Vorgaben des NKLM

Es werden die entwickelten kommunikativen und interaktiven Lernziele des NKLM und deren Basiskompetenzebenen (Lerntiefe) mit den erreichten Lernziele und deren Lerntiefe des longitudinalen Curriculums Sprechenden Medizin der klinischen Semester im Fachbereich Medizin der JLU Gießen verglichen um Information zu erhalten in wie weit die vorgegebenen Lernziele abgedeckt und deren Basiskompetenzebenen (Lerntiefe) erreicht worden sind (siehe Anhang C).

9.2 Evaluation der Studierenden

Nachdem die Inhalte des Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester in den jeweiligen Fachgebieten entwickelt und erste Erfahrungen in den praktischen Seminaren mit den Studierenden gesammelt worden waren, sollten die Unterrichtseinheiten regelmäßig evaluiert werden. Dies hatte mehrere Gründe. Einerseits wurden diese Seminare, die Teil eines Praktikums in den jeweiligen Fachgebieten bilden, in den Evaluationen nicht separat erfasst. Ferner fehlte in den allgemeinen studentischen Evaluationen Befragungen zu den Schauspielpatienten. Zusätzlich wollten wir in Erfahrung bringen, wie sich der Lernerfolg der Studierenden darstellt. Aus der Evaluation der Schauspielpatienten erwarteten wir eine Rückmeldung, inwiefern diese ihre Rolle realitätsnah spielen und darstellen. Ebenso wollten wir erfahren, ob die Dozenten studierendenbezogen und praxisnah unterrichten. Das alles vor dem Hintergrund, einen guten und praxisnahen Unterricht anzubieten und einen Lernerfolg bei den Studierenden zu erreichen.

9.3 Entwicklung des Evaluationsbogens für Schauspielpatienten

Nach einer Literaturrecherche wurde deutlich, dass es um eine Evaluation einer Lehrveranstaltung gehen sollte, worin der Wissens- und Kompetenzerwerb in der Interaktion zwischen den Dozenten und Studenten stattfindet. Rindermann (2003) beschreibt dazu in seinem „Multidimensionales Bedingungsmodell des Lernerfolgs“ die Schwierigkeit einer solchen Evaluation.

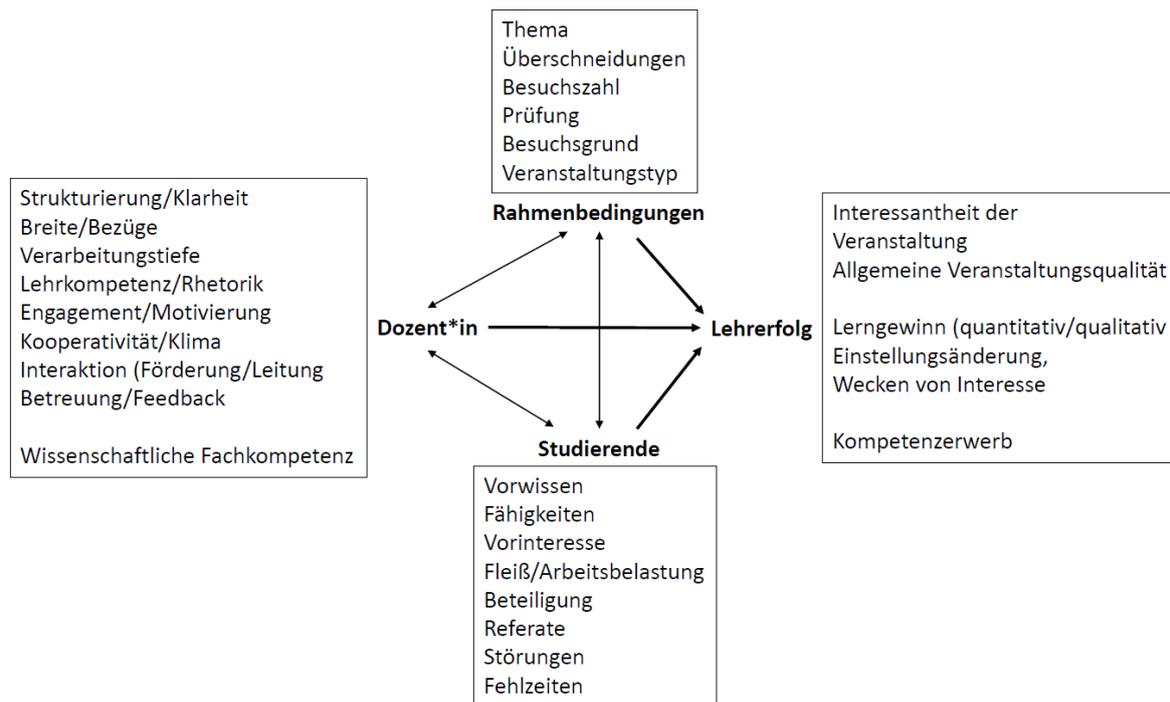


Abbildung 25 Multidimensionales Bedingungsmodell des Lernerfolgs (Rindermann, 2003, S. 236)

Das Modell basiert auf drei Bedingungsfaktoren (Dozent/in, Studierende, Rahmenbedingungen), welche den Lernerfolg innerhalb einer Lehrveranstaltung beeinflussen. Strukturierung und Klarheit zählen auf Seiten der Lehrenden zu den wichtigsten Erfolgsdeterminanten. Daneben gelten aber auch verständliche Erklärungen und Darstellungen, rhetorische Kompetenz, Engagement und Motivierung, Kooperations- und Kommunikationsbereitschaft sowie in Seminaren das Leiten von Diskussionen als Bedingungsvariablen für den Lernerfolg. Zudem haben auch Faktoren seitens der Studierenden wie Fleiß, Vorwissen und die Beteiligung der Studierenden während der Veranstaltung Anteil am Erfolg der Veranstaltung. Rahmenbedingungen wie z.B. das Thema, die Freiwilligkeit oder Pflichtmäßigkeit eines Seminars beeinflussen ebenso den Lernerfolg als auch die Beurteilung, die durch den Studierenden vorgenommen wird. Die genannten Bedingungsfaktoren sind miteinander verwoben und beeinflussen sich wechselseitig (Rindermann, 2003; Csonka, 2014).

Ergänzend kommt bei den Lehreinheiten mit Schauspielpatienten noch der Bedingungsfaktor „Schauspielpatient“ hinzu, welcher die Evaluation des Lernerfolgs noch komplexer werden lässt. Ein Grund dafür ist das Thema „Kommunikation“. Diese Bedingungsvariable beinhaltet verbale, nonverbale und paraverbale Faktoren, die nicht

getrennt voneinander gesehen werden können. Ein zweiter Grund ist die Methode „Schauspielpatient“ an sich, so werden mit Schauspielpatienten komplexe Fertigkeiten trainiert, die ebenfalls mehrere Dimensionen umfassen.

Mit der „Studentischen Evaluations-Skala für Lehrveranstaltungen mit Simulationen der Arzt-Patient-Interaktion (SES-Sim)“ (Neumann, Obliers, Schiessl, Stosch & Albus, 2011) liegt ein standardisiertes Messinstrument zur Evaluierung von Lehrveranstaltungen mit Schauspielpatienten vor. Diese Art der Evaluation erfasst neben der Leistung der Schauspielpatienten auch die Güte des Feedbacks und die realitätsnahe Darbietung der Rolle, die zu einer Erhöhung der ärztlichen Gesprächskompetenz führen soll (Neumann et al., 2011). Da das Arbeiten mit Schauspielpatienten im Fachbereich Medizin der JLU Gießen ein neues didaktisches Konzept war, welches im Laufe der Zeit weiterentwickelt werden sollte, war eine Rückmeldung über die Zufriedenheit der Studierenden zusätzlich von Bedeutung.

9.4 Messinstrument

Innerhalb des Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester wurde zunächst die SES-Sim (Neumann et al., 2011) erhoben. Es handelt sich um einen Fragebogen mit 18 Items auf einer fünfstufigen Likert-Skalen, bei der die Studierenden zwischen den Polen „stimme voll und ganz zu“ und „stimme überhaupt nicht zu“ ihre Bewertung vornehmen können. Die 18 Items laden auf die unten genannten fünf Faktoren:

- Lernerfolg
- Schauspielpatienten
- Räumlichkeiten
- Dozenten
- Studierende

Der bisherige Einsatz des SES-Sim hat gezeigt, dass die Studierenden die Veranstaltung umso positiver beurteilen, je mehr sie den Eindruck haben, dort etwas gelernt zu haben. Auch die Einschätzungen der Leistung aller beteiligten Personengruppen (Dozent, Schauspielpatient und Studierenden selbst) und die Unterrichtsräumlichkeiten hängen mit dem Gesamturteil stark zusammen (Neumann, 2011).

Der SES-Sim Evaluationsbogen wurde für das Longitudinale Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ in den klinischen Semestern modifiziert. In die „Gießener Fassung“

wurde der Faktor „Räumlichkeiten“ (Fragen 10 bis 12)⁸ nicht aufgenommen, da zu diesem Zeitpunkt noch kein Medizinisches Lehrzentrum mit gut ausgestatteten Lehrräumen zur Verfügung stand. Der Unterricht wurde in den alten provisorischen Räumen der „Alten Frauenklinik“ des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Standort Gießen, durchgeführt. Da in Voruntersuchungen der Faktor „Räumlichkeiten“ signifikant mit dem Gesamturteil der Lehrveranstaltung zusammenhing, wurden diese Fragen aus dem Fragebogen herausgenommen und die Ergebnisse ausschließlich auf die verbleibenden Faktoren bezogen (Neumann et al., 2011).

Somit besteht der „Gießener Fassung“ des SES-SIM aus den verbliebenen 14 Items, bei der die Studierenden zwischen „stimme voll und ganz zu“ und „stimme überhaupt nicht zu“ fünfstufig bewerten können sowie einer ergänzenden Rubrik „Anmerkungen, Kritik und Verbesserungsvorschläge“.

Im Evaluationszeitraum wurden alle Studierenden der jeweiligen klinischen Semester direkt im Anschluss an die jeweilige Lehreinheiten mit Schauspielpatienten eingeladen, den Evaluationsbogen auszufüllen. Diese wurden durch den jeweiligen Dozenten eingesammelt und im Sekretariat des Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester abgegeben.

Das Sekretariat des longitudinalen Curriculums Sprechende Medizin der klinischen Semester „Communicare“ sammelte diese Evaluationsbögen pro Fachgebiet und übermittelte diese am Ende des Semesters an die Servicestelle Lehrevaluation der Justus-Liebig-Universität. Dort wurden alle Evaluationsbögen pro Fachgebiet maschinell ausgewertet und die Ergebnisse an den Verfasser der Dissertation per E-Mail rückgemeldet. Dadurch war es möglich, dass die verantwortlichen Dozenten und die Schauspielpatienten zeitnah im Anschluss am Semester die Ergebnisse einsehen, diskutieren und - falls erforderlich - (kleine) Veränderungen in ihrer Lehre vornehmen konnten.

⁸ Fragen die aus dem SES-Sim herausgenommen wurden:

(10) Die Räumlichkeiten fand ich angemessen.

(11) Die Ausstattung der Räumlichkeiten fand ich angemessen.

(12) Die Räumlichkeiten und die Ausstattung sahen echt aus.

10 Ergebnisse

10.1 Mitarbeit der Fachgebiete

Laut der ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017) sollen in 21 Fächern und einem Bereich „Wahlfächer“ und Querschnittsbereichen Leistungsnachweise erbracht werden. Gemäß der Studienordnung für den Studiengang Humanmedizin mit dem Abschluss „Ärztliche Prüfung“ des Fachbereichs 11 (Medizin) der Justus-Liebig-Universität Gießen werden 21 Fächer unterrichtet (Justus-Liebig-Universität Gießen, 2019).

Von diesen 21 Fächern/Fachgebieten arbeiten im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester fünf Fachgebiete aktiv mit (siehe Tabelle 38).

Tabelle 38: Mitarbeit der Fachgebiete

	Fachgebiete	Mitarbeit
1	Allgemeinmedizin (Blockpraktikum)	■
2	Chirurgie (Unfall-, Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie)	■
3	Kinderheilkunde	■
4	Innere Medizin (Palliativmedizin)	■
5	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	■
6	Anästhesiologie	
7	Arbeitsmedizin, Sozialmedizin	
8	Augenheilkunde	
9	Dermatologie	
10	Frauenheilkunde, Geburtshilfe	
11	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	
12	Humangenetik	
13	Hygiene, Mikrobiologie, Virologie	
14	Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik	
15	Neurologie	
16	Orthopädie	
17	Pathologie	
18	Pharmakologie, Toxikologie	
19	Psychiatrie und Psychotherapie	
20	Rechtsmedizin	
21	Urologie	

10.2 Lernzielabdeckung und Basiskompetenzebenen

Der NKLM (MFT, 2015) gibt im Kapitel 7 „Die Ärztin und der Arzt als Kommunikator“ und Kapitel 14c „Ärztliche Gesprächsführung“ 116 Lernziele vor. Diese Lernziele mit ihren ärztlichen Kompetenzebenen werden im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ umgesetzt.

Es zeigt sich in den klinischen Semestern des Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“, dass im Bereich „Fertigkeiten und Aufgaben der ärztlichen Kommunikation (Kompetenzbereich 2)“ 10, im Bereich der „Emotional herausfordernden Situationen (Kompetenzbereich 3)“ 8, im Bereich der „Herausfordernden Kontexte (Kompetenzbereich 4)“ 3 sowie im Bereich „Soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren (Kompetenzbereich 5)“ 7 Lernziele nicht abgedeckt sind. Der Bereich „Andere mediale Kanäle und Settings“ ist im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ gar nicht abgedeckt. Dieser Bereich wird nicht gelehrt (siehe Anhang A und C). Ferner zeigt die praktische Erfahrung, dass die Lernziele im Bereich „Konzepte, Modelle und allgemeine Grundlagen“ in der Vorklinik (Institut für Medizinische Psychologie) erreicht werden, da die Studierenden in diesem Bereich über ausreichend Wissen verfügen (siehe Tabelle 39 und Anlage C).

Tabelle 39: Abgedeckte Lernziele

	abgedeckt	nicht abgedeckt	Gesamt
1. Konzepte, Modelle und allgemeine Grundlagen	6	0	6
2. Fertigkeiten und Aufgaben der ärztlichen Kommunikation	42	10	52
3. Emotional herausfordernde Situationen	11	8	19
4. Herausfordernde Kontexte	7	3	10
5. Soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren	11	7	18
6. Andere mediale Kanäle und Settings	0	11	11
	77	39	116

Es werden 66% der Lernziele des NKLM im Bereich „Ärztliche Gesprächsführung“ des NKLM im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ abgedeckt (siehe Abbildung 28).

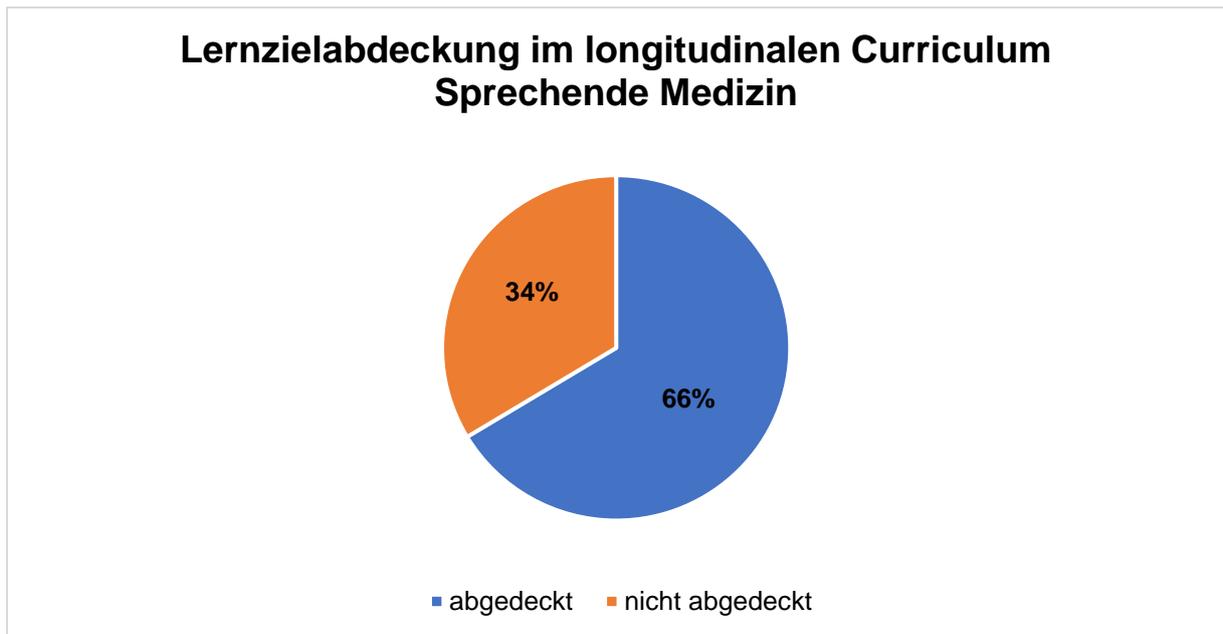


Abbildung 26: Lernzielabdeckung Longitudinales Curriculum Sprechende Medizin

Die Kompetenzen werden im NKLM in Kompetenzebenen unterteilt, die die Lerntiefe darstellen. Die Lerntiefe selbst ist in drei Ebenen gegliedert: die Subebenen „Faktenwissen“, „Handlungs- und Begründerwissen“ und „Handlungskompetenz“. Diese werden in NKLM mit Ziffern gekennzeichnet (MFT, 2015, S. 19; Weidner et al., 2015). Die Kompetenzen Handlungs- und Begründerwissen (Ebene 2) und Handlungskompetenz unter Anleitung (Ebene 3a) werden am Ende des Medizinstudiums vorausgesetzt. Die selbständige Handlungskompetenz (3b) soll am Ende des PJ erreicht werden.

Bezieht man sich auf den Meilenstein „ärztliche Basiskompetenz (BK)“, welcher die Voraussetzungen zum Eintritt in das PJ markiert, so liegen bei den abgedeckten Lernzielen im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ (insgesamt 75 Lernziele) 15 Kompetenzebenen über der Vorgabe und 3 unter der Vorgabe des NKLM. Bei 15 Lernzielen ist die Basiskompetenz der Studierenden der JLU Gießen höher als im NKLM gefordert (siehe Anhang C). Dagegen ist bei den 39 nicht abgedeckten und bei den 3 unter der Vorgabe liegenden Lernzielen eine sehr niedrige Basiskompetenz bei den Studierenden zu erwarten (siehe Anhang C).

10.3 Ergebnisse der vertieften Lehrevaluation

10.3.1 Auswertungsverfahren

Die Auswertung aller erhobenen Evaluationsdaten wurden mit der SPSS Version 23 durchgeführt.

10.3.2 Stichprobenbeschreibungen

Seit dem WS 2012/2013 bis zum WS 2018/2019 nahmen insgesamt N=4170 Studierende an den Evaluationen der Lehreinheiten mit Schauspielpatienten in den Fachgebieten Psychosomatik, Palliativmedizin, Allgemeinmedizin teil. Das Fachgebiet der Unfallchirurgie startete seine Lehreinheiten mit Schauspielpatienten erst im SS 2015, daher wurde die Evaluation ab diesem Zeitpunkt erst begonnen (siehe Tabelle 40).

Die Studierenden befinden sich alle im klinischen Abschnitt des Studiums. Wichtig ist zu beachten, dass dies die klinischen Semester widerspiegelt und nicht in welchem Fachsemester sich die Studierenden befinden.

Tabelle 40: Startpunkt Evaluation der Studierenden

Fachgebiet	Startpunkt Evaluation	klinisches Semester
Psychosomatik	WS 2012/2013	3
Palliativmedizin	WS 2012/2013	3
Allgemeinmedizin	WS 2012/2013	5
Unfallchirurgie	SS 2015	5

10.3.3 Ergebnisse

Als Grundlage der deskriptiven Statistik wurden die Evaluationsbögen über die Zeitspanne WS 2012/2013 bis WS 2018/2019 herangezogen. Der Evaluationsbogen wurde in vier Kategorien unterteilt. In der ersten Kategorie „Kurs“ wurden Fragen zum subjektiven Benefit der Studierenden in Bezug auf den Lernerfolg durch das Seminar gestellt. In der zweiten Kategorie „Schauspielpatient“ wurden die Studierenden über die Kompetenzen der Schauspielpatienten (Rolle und Feedbackkompetenzen) befragt. In der dritten Kategorie „Dozent“ konnten die Studierenden die Qualität des Dozenten beurteilen und in der vierten Kategorie „Studierende“ war eine Beurteilung der Mitarbeit der Kursteilnehmer möglich. Ihre Einschätzungen konnten die Studierenden auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit den Antwortkategorien zwischen „stimme voll und ganz zu“ (1) und „stimme überhaupt nicht zu“ (5) vornehmen.

Als Grundlage der statistischen Berechnungen wurden jeweils die Antworten der 4 Fragen in den Kategorien „Kurs“ und „Schauspielpatient“ aufsummiert. Ebenso wurden die jeweiligen Antworten der 3 Fragen in den Kategorien „Dozent“ und „Studierende“ summiert. Dies ergab für die ersten beiden Kategorien jeweils einen maximalen Wert von 20 (niedrigster Wert = 4) und für die letzten beiden Kategorien einen maximalen Wert von 15 (niedrigster Wert = 3). Für die Interpretation der Ergebnisse gilt, je niedriger der Summenwert einer Kategorie ist, desto mehr stimmt der Studierende zu und je höher der Wert ist, desto niedriger ist die Zustimmung in der Kategorie.

Fachrichtung Psychosomatik und Psychotherapie

Insgesamt fällt die Bewertung der Psychosomatik und Psychotherapie gut aus. Hier wird der Lernerfolg mit 7,96 sowie die Schauspielpatienten mit 5,33 bewertet. Ähnlich verhält es sich bei den Kategorien „Dozent“ und „Studierende“. Hier liegen die Mittelwerte jeweils bei 4,11 und 5,4.

Tabelle 41: Deskriptive Statistik Fachgebiet Psychosomatik und Psychotherapie

	N	Minimum	Maximum	MW	SD
Bewertung Benefit	1347	4,00	20,00	7,9569	2,71771
Bewertung Schauspielpatienten	1349	4,00	20,00	5,3321	1,78130
Bewertung Dozent	1297	3,00	15,00	4,1133	1,25534
Bewertung Studierende	1329	3,00	15,00	5,3973	2,09493

Fachrichtung Palliativmedizin

Die Studierenden bewerten das Seminar Palliativmedizin ebenfalls sehr gut. Der Mittelwert bezüglich des Lernerfolgs (Benefit) beträgt MW=8,28 und die Bewertung der Schauspielpatienten MW=5,28. Die beiden Kategorien „Dozent“ und „Studierende“ liegen bei jeweils MW=4,53 und MW=4,96.

Tabelle 42: Deskriptive Statistik Fachgebiet Palliativmedizin

	N	Minimum	Maximum	MW	SD
Bewertung Benefit	1256	4,00	20,00	8,2826	2,77678
Bewertung Schauspielpatienten	1226	4,00	20,00	5,2830	1,85314
Bewertung Dozent	1153	3,00	13,00	4,5291	1,68461
Bewertung Studierende	1231	3,00	14,00	4,9634	2,12713

Fachrichtung Palliativmedizin Wahlfach

Palliativmedizin als Wahlfach wird im Gegensatz zu den anderen Pflichtfächern nur von einer geringen Anzahl von Studierenden besucht. Diese sind sehr motiviert und sehen das Fach als eine Bereicherung an. Die Bewertung des Lernerfolges fällt hier sehr positiv mit einem Mittelwert von 5,29 aus, auch die Schauspielpatienten werden sehr positiv beurteilt (MW=4,32). Die Bewertung der 3 Dozenten, die das Seminar begleiten, liegt bei MW=4,18 und die Mitarbeit der Studierenden liegt bei einem Mittelwert von 4,41.

Tabelle 43: Deskriptive Statistik Fachgebiet Palliativmedizin Wahlfach

	N	Minimum	Maximum	MW	SD
Bewertung Benefit	17	4,00	9,00	5,2941	1,79460
Bewertung Schauspielpatienten	19	4,00	6,00	4,3158	0,58239
Bewertung Dozent	17	3,00	6,00	4,1765	1,18508
Bewertung Studierende	17	3,00	7,00	4,4118	1,50245

Fachrichtung Allgemeinmedizin

Im Hinblick auf die Ergebnisse in der Stichprobe der Fachrichtung Allgemeinmedizin bewerteten die Studierenden den Benefit des Seminars mit Schauspielpatienten mit einem Mittelwert von 8,91. Bei der Bewertung der Schauspielpatienten und des Dozenten liegen die Mittelwerte bei 5,84 und 4,58. Die Bewertung der Studierenden bezüglich ihrer Mitarbeit während des Seminars liegt im Mittel bei 5,82.

Tabelle 44: Deskriptive Statistik Fachgebiet Allgemeinmedizin

	N	Minimum	Maximum	MW	SD
Bewertung Benefit	1028	4,00	20,00	8,9056	3,17945
Bewertung Schauspielpatienten	1026	4,00	20,00	5,8402	2,38241
Bewertung Dozent	1004	3,00	15,00	4,5767	1,66935
Bewertung Studierende	1028	3,00	15,00	5,8220	2,28675

Fachrichtung Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie

Bei der Fachrichtung Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie sind ähnlich gute Ergebnisse zu finden. So ergibt sich für die Kategorie „Benefit“ (Lernerfolg) einen Mittelwert von 7,55 und für die Kategorie „Schauspielpatient“ einen Mittelwert von 5,60. Für die beiden Kategorien „Dozent“ und „Studierende“ lagen die Mittelwerte jeweils bei MW=4,36 bzw. MW=4,35.

Tabelle 45: Deskriptive Statistik Fachgebiet Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie

	N	Minimum	Maximum	MW	SD
Bewertung Benefit	522	4,00	20,00	7,5479	2,83023
Bewertung Schauspielpatienten	529	4,00	20,00	5,5955	2,55227
Bewertung Dozent	526	3,00	15,00	4,3593	1,91490
Bewertung Studierende	548	3,00	15,00	4,3467	1,91603

In der folgenden Abbildung werden die Mittelwerte der Evaluationen über die vier Kategorien in den jeweiligen Fächern zusammenfassend dargestellt (Abb. 29).

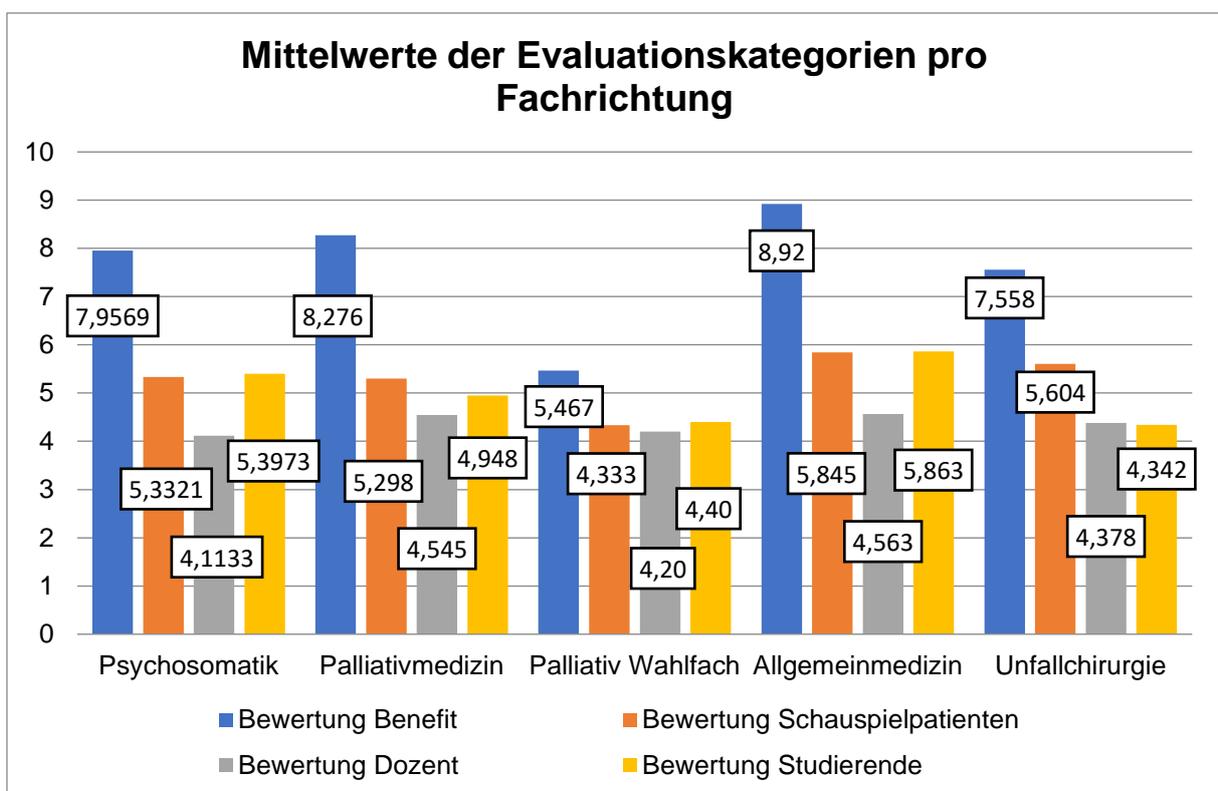


Abbildung 27: Mittelwerte der Evaluationskategorien (Benefit, Schauspielpatienten, Dozent, Studierende) nach Fachrichtung

Die Gesamtbeurteilung der Studierenden bezüglich der vier Bewertungskategorien über alle Fachrichtungen hinweg ist sehr positiv. Die Studierenden bewerten den „Benefit“ (Lernerfolg) über die Gesamtlaufzeit der Evaluation und alle Fachrichtungen hinweg im Mittel mit 8,23, die Bewertung der Schauspielpatienten liegt bei 5,47. Das sind sehr gute Ergebnisse, da die beste zu erreichende Bewertung bei 4,00 und die schlechteste Bewertung bei 20 liegt. Die Qualität des Unterrichts der Dozenten sowie die Mitarbeit der Studierenden liegt im Mittel bei 4,38 bzw. 5,32, wobei in diesen Kategorien die beste Bewertung, die erreicht werden kann,

bei 3,00 und die schlechteste Bewertung bei 15 liegt. Insgesamt zeigt sich anhand der geringen Streubreiten, dass es sich dabei um sehr homogene Einschätzungen handelt. Zusammenfassend sind die Ergebnisse in Tabelle 46 dargestellt.

Tabelle 46: Deskriptive Statistik über die Bewertungskategorien in allen Fachgebieten

	N	Minimum	Maximum	MW	SD
Bewertung Benefit	4170	4,00	20,00	8,2269	2,90521
Bewertung Schauspielpatienten	4149	4,00	20,00	5,4722	2,08256
Bewertung Dozent	3997	3,00	15,00	4,3823	1,59860
Bewertung Studierende	4153	3,00	15,00	5,3212	2,18001

Verlauf der Bewertungen über die Kategorien WS 2012/2013 bis WS 2018/2019

Aus der untenstehenden Grafik (Abbildung 28) ist ersichtlich, dass die Studierenden über die Jahre hinweg mehr von den Inhalten der Seminare profitiert haben. Eine ähnlich positive Entwicklung zeigt sich bei der wahrgenommenen Mitarbeit der Studierenden und der Beurteilung der Dozenten. Auch die Schauspielpatienten wurden über die Zeit besser bewertet, wobei diese sich ab dem Jahr 2016 auf einem ähnlich hohen Niveau einpendelt.

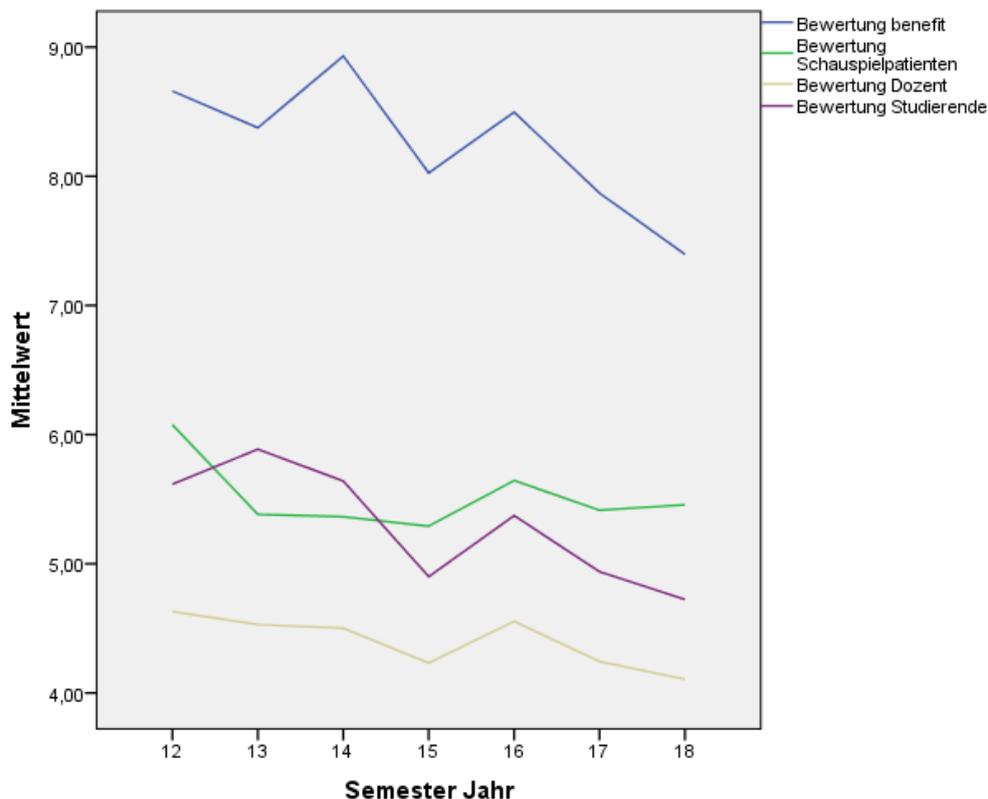


Abbildung 28: Verlauf der kategorialen Bewertungen über die Jahre 2012-2018 (MW)

11 Diskussion und Ausblick

11.1 Diskussion

In dieser Arbeit werden die Entwicklung des Longitudinalen Curriculums Sprechende Medizin „Communicare“ in den klinischen Semestern des Fachbereichs Humanmedizin der JLU Gießen mit Hintergrund, Konzeption, Inhalten und Ablauf dargestellt. Eine entsprechende vertiefende Lehrevaluation wurde methodisch abgeleitet und die spezifischen Ergebnisse berichtet.

Das Longitudinale Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ läuft erfolgreich ohne Unterbrechung seit dem Sommersemester 2010. Alle Studierenden in den klinischen Semestern der Humanmedizin (Stand SS 2018) haben an den entsprechenden Seminaren der verschiedenen Fachgebiete verpflichtend teilgenommen. Die Inhalte der Seminare wurden im Wesentlichen beibehalten. Kleinere Anpassungen wurden entsprechend den Rückmeldungen der Studierenden, wie beispielsweise die Einführung kleinerer Gruppen in der Psychosomatik und Psychotherapie oder die Erhöhung von vier auf fünf Seminartermine in der Palliativmedizin (seit dem Wintersemester 2018/2019) vorgenommen. Dies erfolgte vor der Zielsetzung, den Studierenden ein sich stetig besseres Lernumfeld und Lernmöglichkeiten zu bieten und individueller auf deren Bedürfnisse eingehen zu können. Darüber hinaus sollten den Studierenden mehr Möglichkeiten angeboten werden, die das eigene Kommunikations- und Interaktionsverhalten zu üben und zu reflektieren.

Es hat sich durchaus gezeigt, dass es nicht einfach zu gestalten ist, den NKLM in ein bestehendes Konzept medizinischer Lehre einzuführen. Häufig ist bei Neuerungen, welche auf ein etabliertes bis „eingefahrenes“ System treffen, immer auch mit Widerständen zu rechnen. Eine mangelnde Bereitschaft zur Mitarbeit in der Auseinandersetzung mit dem NKLM wurde in einer Studie von Lammerding-Koeppel et al. (2017a; 2017b) an süddeutschen medizinischen Fakultäten beschrieben. Trotzdem sahen die Autoren die Notwendigkeit der Entwicklung von Konzepten und Strategien zur Motivierung der Lehrenden an den medizinischen Fakultäten bezüglich der Einführung des NKLM als hilfreich an und erarbeiteten u.a. folgende Vorschläge für ein Gelingen der Implementierung: Einrichtung einer Koordinationsstelle, Aufbau von Organisations- und Kommunikationsstrukturen, aktive Unterstützung von Seiten des Studiendekans. Lammerding-Koeppel et al. (2017b) beschreiben weiter Durchhaltevermögen, Kommunikationsstärke, Strukturierungsgeschick

und personelle Kontinuität als hilfreiche Faktoren, die bei der Implementierung des NKLM förderlich sind und zum Erfolg beitragen können.

Auch im Fachbereich Humanmedizin der JLU Gießen gestaltete es sich bisweilen schwierig, das Longitudinale Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ fest zu implementieren. Besonders positiv wirkten sich die Zustimmung und Unterstützung des Studiendekanats sowie die Bereitschaft der Studierenden aus - und letztendlich die Entscheidung der QSL-Kommission, dieses Projekt auf Dauer finanziell zu unterstützen. Im Vorfeld wurden mit den Lehrstuhlinhabern und/oder Lehrverantwortlichen der Fachgebiete zahlreiche Gespräche über die Mitwirkung bei einem solchen „Kommunikationscurriculum“ geführt. Leider waren nicht alle zur Mitarbeit bereit. Als (teilweise durchaus plausible) Gründe und Argumente wurden u.a. die Mehrbelastung der Studierenden, zu wenig personelle Ressourcen, Überbelastung der Lehrverantwortlichen, Arbeitsplatzwechsel der Ansprechpartner, vermehrter Zeitaufwand bei der Umstellung der Lehre oder die fehlende Einsicht über die Notwendigkeit der Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen der Studierenden genannt.

Zwei Faktoren, die maßgeblich zur Mitarbeit einzelner Fachgebiete in der medizinischen Fakultät der JLU Gießen führten, waren der schon bestehende persönliche Kontakt aufgrund früherer Zusammenarbeit im Klinikkontext und die persönliche Ansprache der Verantwortlichen. Letztendlich konnten sich nur 5 der 21 Fachgebiete zur Mitarbeit entscheiden, was dazu führte, dass die ursprüngliche Struktur des longitudinalen Curriculums Sprechende Medizin „Communicare“ in 2009 nicht beibehalten werden konnte. Andererseits konnte in den 5 Fächern der NKLM im Bereich der Kommunikation und Interaktion so erfolgreich eingeführt werden, dass er bis heute einen wichtigen Teil der studentischen Lehre der medizinischen Fakultät der JLU Gießen ausmacht.

Auch der Wechsel vom „Basler Consensus Statement Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium“ zum NKLM gestaltete sich in der Praxis schwieriger als zunächst angedacht, obwohl der Verfasser der Dissertation aktiv bei der Entwicklung der Lernziele des NKLM beteiligt war. Die Umstellung erforderte vor allem mehr Zeit als geplant, da einerseits 116 Lernziele abzugleichen waren und andererseits der NKLM in seiner Form sehr komplex und vielschichtig ist. Letztlich zeigt sich hier auch einer der Gründe dafür, dass nur 66% aller Lernziele im Bereich des Longitudinalen Curriculums Sprechende Medizin „Communicare“ abgedeckt werden konnten.

Dass diese Umsetzungsschwierigkeiten nicht nur in Gießen auftraten, wird aus einer Studie von Steffens, Paulmann, Mecklenburg, Büttner & Behrends (2018) ersichtlich. Die Autoren untersuchten an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) den Modellstudiengang Hannibal (Hannoversche integrierte berufsorientierte adaptive Lehre) die Gebrauchstauglichkeit des NKLM im Zeitraum von September 2016 bis Februar 2017. Hierfür wurden 62 Lehrende befragt, von denen 71,9% der Meinung waren, dass der NKLM die Aspekte des Arztberufes zwar gut darstelle, 45,9 % aber der Meinung waren, dass der NKLM sehr schwerfällig im Gebrauch sei. 37,5 % der Lehrenden fanden die Struktur unnötig komplex und 59,4% können sich nicht vorstellen, den Umgang mit dem NKLM schnell erlernen zu können (Steffens et al., 2018).

Zur Gebrauchstauglichkeit des NKLM lässt sich sagen, dass dieser sinnvolles aber auch sehr komplexes System darstellt, mithilfe dessen man relevante kommunikative Inhalte in speziellen Kliniksituationen identifizieren kann. Die im NKLM beschriebenen kommunikativen Lernziele können dann in der praktischen Lehre in den jeweiligen Fachgebieten implementiert werden. Konkret bedarf es allerdings eine gute Einarbeitung in diese Thematik und macht eine Unterstützung von erfahrenen Lehrenden erforderlich (Steffens et al., 2018).

Wenn man die Ergebnisse betrachtet, so ist festzustellen, dass nicht alle Themenbereiche, Kompetenzen und Lernziele abgedeckt wurden. Es fehlt der Kompetenzbereich 6 „Andere mediale Kanäle und Settings“ im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“. Dieser beschäftigt sich mit den spezifischen Anforderungen der mündlichen, schriftlichen und elektronischen Kommunikation. Diese Kompetenzen werden in diesem Bereich nicht gelehrt. Es liegt auf der Hand, dass nicht 5 Fachgebiete 116 Lernziele abdecken können. Die Ursache darin liegt einerseits an der geringen Teilnahme der Fachgebiete und andererseits an den personellen Ressourcen innerhalb des Longitudinalen Curriculums Sprechende Medizin „Communicare“ in den klinischen Semestern.

Parallel zur Entwicklung des NKLM wurde ein Mustercurriculum Kommunikation im Nationalen Krebsplan entwickelt. Es soll den Medizinischen Fakultäten einen Einblick über den zeitlichen Umfang eines solchen Curriculums verschaffen, was von Seiten des IMPP wünschenswert ist. Der dahinterliegende Gedanke ist, eine Vereinheitlichung der Standards im deutschen Medizinstudium zu erreichen. Das Mustercurriculum umfasst insgesamt 450 Unterrichtseinheiten (UE = 45 Minuten) (Jünger, 2016; Jünger et al., 2016).

Auch der „Masterplan Medizinstudium 2020“ zielt auf eine Stärkung der praktischen aber auch kommunikativen Fertigkeiten und Fähigkeiten ab (Harendza, Fischer & Fabry, 2016). Die

Expertenkommission zum Medizinstudium 2020 des Wissenschaftsrates formuliert es in seiner Empfehlung folgendermaßen: "Weiteres Augenmerk liegt auf den kommunikativen Kompetenzen (ärztliche Gesprächsführung), durch deren frühzeitigen Erwerb im Studium die Patientenorientierung der ärztlichen Ausbildung gestärkt werden soll." (Wissenschaftsrat, 2018, S. 25). Sie formulieren zur Lehre 22 und zu den Prüfungen 8 Maßnahmen. Eine der Maßnahmen (Nr.7) beschäftigt sich mit den sozialen und kommunikativen Kompetenzen (Kütting, Jünger & Senninger, 2018), die explizit gestärkt werden sollen.

Der Ausschuss „Kommunikative und soziale Kompetenzen“ der GMA (2018) steht dieser Maßnahme in seiner Stellungnahme positiv gegenüber, sieht aber dieses angestrebte Mustercurriculum (Jünger, 2016; Jünger et al., 2016) von insgesamt 450 Unterrichtseinheiten (davon 350 UE als Pflichtveranstaltungen und 100 UE als Wahlpflichtveranstaltungen) sehr kritisch. Zum einen würde das den Stundenumfang des jetzigen Medizinstudiums von in der Regel 5500 Stunden erhöhen, was nicht vorgesehen ist, ferner würde es bedeuten, dass über 8 Prozent der Pflicht- und Wahlpflichtlehre für die curriculare Vermittlung kommunikativer und sozialer Kompetenzen in dieser Maßnahme veranschlagt werden sollen. Das steht in keinem Verhältnis zu anderen Fächern (Ausschuss Kommunikative und Soziale Kompetenzen, 2018). Es ist auch aus der Literatur nicht nachvollziehbar, warum der geforderte Umfang so hoch sein soll. Der Ausschuss begrüßt ausdrücklich ein longitudinales Kommunikationscurriculum in den medizinischen Fakultäten zu implementieren, aber die Umsetzung eines solchen Curriculums soll den Fakultäten überlassen werden, da diese die fachliche Expertise (Ausschuss Kommunikative und Soziale Kompetenzen, 2018) und einen Einblick in die organisatorischen Strukturen ihrer Fakultät besäßen.

Das sehen die Verantwortlichen des Longitudinalen Curriculums Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester in der JLU Gießen ähnlich. Die JLU Gießen hat schon im Jahr 2009 angefangen ein solches Longitudinales Curriculum Sprechende Medizin einzuführen, was bis heute bestand hat. Es umfasst zwar nicht die im Mustercurriculum geforderte Anzahl an Unterrichtseinheiten (zu diesen Unterrichtseinheiten werden nicht die Anamnesegruppen und die Vorklinik eingerechnet), aber dafür wird in den klinischen Semestern qualitativ hochwertige Lehre in Kleingruppen angeboten. Es geht den Verantwortlichen nicht um Quantität, sondern um Qualität des Unterrichts und die gelehrt und vermittelten Inhalte und Kompetenzen (Lernziele). Dies gilt auch für die Schulung der Tutoren, die im Bereich der Anamneseerhebung und der Altersmedizin unterrichten.

Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen der vertieften Lehrevaluation wider. 15 von 77 abgedeckten Lernzielen liegen über der Vorgabe des NKLM. Das Wissen der Studierenden

ist größtenteils auf der Kompetenzebene von 3b angesiedelt, gleichbedeutend mit einer „selbständigen Handlungskompetenz, die situationsadäquat in Kenntnis der Konsequenzen durchführt wird“. Somit befinden sich die Studierenden in diesen Bereichen auf einem Kompetenzniveau, welches mit dem Kompetenzwissen am Ende des PJ vergleichbar ist.

Die Qualität der Lehre bildet sich auch in den Ergebnissen der Lehrevaluationen ab. Der Benefit (Lernerfolg) der Studierenden wird in allen Bereichen als sehr hoch eingeschätzt. Dies wird auch noch einmal in den Lehrevaluationen deutlich sichtbar. Die Zufriedenheit der Studierenden ist sehr hoch und der Lernzuwachs erheblich (Mittelwert über alle Kategorien = 8,23 auf einer Skala von 4 [besten Beurteilung] bis 20 [schlechteste Bewertung]).

Angemerkt werden muss, dass in der Medizinischen Fakultät der JLU Gießen nicht deutlich ist, ob und welche kommunikativen Inhalte in den übrigen praktischen Fächern und Fachgebieten in den klinischen Semestern gelehrt werden. Auch in den praktischen Prüfungen (OSCE) könnten kommunikative Inhalte eine Rolle spielen und abgeprüft werden. Um diese beiden Unbekannten aufzuspüren, erfordert es im Fachbereich Medizin ein Curriculummapping, um in den Unterrichtseinheiten kommunikative Inhalte identifizieren zu können (Lammerding-Koeppel et al., 2017a; 2017b). Das Ergebnis könnte den jetzigen Umfang der Lernziele und Kompetenzen vergrößern.

Eine neue Unterrichtsansatz im Fachbereich Humanmedizin der JLU Gießen einzuführen war kein leichtes Unterfangen und erfordert in der Planung, Konzeption und Umsetzung sehr viel Zeit. Es musste eine völlig neue Unterrichtsmethodik eingeführt werden. Wenn man die geleistete Arbeitszeit für Entwicklung von Organisationsstrukturen, Rollenskripte, Casting der Schauspielpatienten, Schauspielpatiententrainings und das Abgleichen der Lernziele und der Einbettung der Kompetenzebenen (Lerntiefe) zusammenfasst, so kommt man auf 30-35 Stunden Vorbereitungszeit für ca. 3 Stunden Unterricht pro Fall und Fachgebiet (Bösner, et al., 2011). Diese erforderliche Stundenzahl nimmt im Laufe der Zeit ab, aber durchschnittlich kann man von ca. 20 Stunden pro Fall (Rolle) ausgehen. Es ist in den letzten Jahren sehr viel Arbeit in das Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ hineingeflossen. Wenn man die Faktoren Planung, Konzeption und Umsetzung und daneben die Durchführung der Lehre wie auch das ständige Training und die Personalführung der Schauspielpatienten hinzunimmt, so ist ein Stellenschlüssel von 50% für solch eine Aufgabe zu wenig und kaum durchführbar. Wenn man unter diesen Aspekt die Ergebnisse der vertieften Lehrevaluation betrachtet, so kann man mit dem Ergebnis sehr zufrieden sein.

Im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester wird zum größten Teil mit Schauspielpatienten gearbeitet. Grundsätzlich stellt sich dabei die Frage, ob das Arbeiten mit Schauspielpatienten für die Studierenden im Medizinstudium hilfreich ist und eine geeignete Lehrmethode neben den Vorlesungen, Seminaren und Praktika darstellt. Ebenso steht die Frage im Raum, ob dies die herkömmliche Lehre entlasten kann und ökonomischer sein könnte. Langewitz et al. (1998) beschrieb in seiner randomisierten kontrollierten Studie: „residents can learn to listen actively to patients, to invite the patient to share decisions, and to negotiate about the process of health care“ (S. 274). Deveugele et al. (2005) kommt zum Ergebnis, dass Schauspielpatienten im Bereich des Kommunikationstrainings eine gute Alternative zu den herkömmlichen Unterrichtsmethoden sein können.

Dies untermauert Schroeder (2008) in ihrer Publikation noch einmal. Die Studierenden haben im Skillstraining die Möglichkeit, ihr komplexes berufliches und kommunikatives Handeln und Verhalten in einem Setting zu üben. Es werden dabei motorische, kommunikative, kognitive und selbstregulierende Skills praxisnah trainiert. Die Studierenden werden auf diese Weise gut auf den auf sie zukommenden Berufsalltag vorbereitet und können sich u.a. angemessen verhalten und gut kommunikativ handeln (Schroeder, 2008).

Gleichzeitig taucht die Frage auf, ob nicht die Studierenden selbst die Rollenspiele durchführen könnten. Die Erfahrungen aus den Seminaren im Fachbereich Medizin der JLU Gießen haben gezeigt, dass die von den Studierenden selbst durchgeführten Rollenspiele wenig effektiv und lehrreich waren. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass die Studierenden, die wechselseitig die Rollen des Arztes und die des Patienten einnahmen, sich persönlich kennen und sich in gewisser Weise auch loyal gegenüber ihren Mitstudierenden verhalten wollen. Dies schränkte die Glaubwürdigkeit ein. Hinzu kommt auch noch die Unsicherheit, sich vor einer Gruppe im Rollenspiel zu zeigen (Petersen, Busche, Bergelt & Huse-Kleinstoll, 2005).

Aus der Umfrage von Härtl et al. (2015) wird ersichtlich, dass die Lehrmethode „Schauspielpatienten“ sehr weit verbreitet ist und mit Erfolg eingesetzt wird. Auch der erwartete Lerneffekt durch das Kommunikationstraining in der Psychiatrie mit standardisierten Patienten wurde signifikant höher eingeschätzt als der Lerneffekt bei der Bearbeitung eines Patientenfalles am Computer (Sahlmann, Siktas & Mathiak, 2010). In der Psychosomatik und Psychotherapie wird das Arbeiten mit Schauspielpatienten ebenfalls als eine geeignete Unterrichtsmethode gesehen (Nikendei et al., 2003). In einem systematischen Review von Kaplonyi et al. (2017) wird das Arbeiten mit Schauspielpatienten als eine effektive Methode

bestätigt, kommunikative Skills zu erlernen. Wüdrich et al. (2018) berichten in ihrer Pilotstudie, dass der Einsatz von Schauspielpatienten im Fach Psychiatrie und Psychotherapie sowohl von Seiten der Studierenden als auch seitens der Dozenten und Schauspielpatienten sehr gut angenommen und als eine Bereicherung gesehen wird.

Ob das Einsetzen von Schauspielpatienten letztendlich ökonomische Vorteile hat, konnten die Untersucher abschließend nicht klären (Kaplonyi et al, 2017). Aus den praktischen Erfahrungen im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester kann man zu dem Schluss kommen, dass der Einsatz von Schauspielpatienten eine sinnvolle Ergänzung zum herkömmlichen Unterricht darstellt. Sie verbessern die Unterrichtsqualität, da die Schauspielpatienten speziell geschult sind, dargestellte Sachverhalte zu analysieren, zu bewerten und zurückzumelden. Dies zeigen auch die Evaluationen der Studierenden im Fach Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Fachbereichs Medizin (Schleicher et al., 2017), sowie die in dieser Dissertation vorgestellten Ergebnisse der Lehrevaluationen.

Im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ der JLU Gießen wird auch begrenzt mit Tutoren gearbeitet. Das „Peer Assisted Learning“ hat sich dank seiner empirischen Evidenz, als anerkannte Methode im Medizinstudium etabliert (Jünger et al., 2009; Ringel et al., 2015). Untersuchungen konnten zeigen, dass gut geschulte Tutoren genauso guten Unterricht durchführen wie Dozenten, wenn es um klinische Fertigkeiten geht (Ringel et al., 2009). Aber es ist noch nicht klar, ob das Arbeiten mit Peer-Tutoren auch im kommunikativen und interaktiven Bereich (auch mit Schauspielpatienten) gekoppelt mit den klinisch praktischen Fertigkeiten wirksam ist. Bis heute ist dieses Konzept noch nicht ausreichend untersucht worden.

Es ist eine Herausforderung für Peer-Tutoren ihr theoretisch erworbenes Wissen mit praktischem Wissen und Handlungskompetenz zu verbinden, welche noch komplexer wird, wenn die Theorie und Praxis mit kommunikativen und interaktiven Kompetenzen zu vereinen sind (Ringel et al. 2015). Diese Kompetenzen den Studierenden didaktisch gut zu vermitteln, stellt eine zusätzlich zu vermittelnder Ebene dar, was die Lehre erschwert. Im kommunikativen und interaktiven Bereich kommt dabei noch die Komponente „Schauspielpatient“ hinzu, was eine zusätzliche kommunikative Interaktion bedeutet.

Görlitz et al. (2015) entwickelten im Ausschuss für Personal- und Organisationsentwicklung der GMA ein Kernkompetenzmodell für Lehrende. Dies gilt gleichermaßen für die Tutoren. Sie

formulierten sechs Kompetenzfelder, die für einen guten Hochschulunterricht wichtig sind, aber auch eine hohe Komplexität bedeuten und umfangreicher Schulung bedürfen:

- Medizindidaktisches Handeln
- Lernorientierung
- Soziale und kommunikative Kompetenz
- Rollenvorbild und professionelles Handeln
- Reflexion und Weiterentwicklung der eigenen Lehrpraxis
- Systembezogenes Lehren und Lernen

Aufgrund dieser hohen Komplexität der Kommunikation und Interaktion wurde von allen Verantwortlichen im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ im Fachbereich Medizin der JLU Gießen (Institut für Medizinische Psychologie und Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie) entschieden, keine Tutoren in der Vorklinik wie auch in den klinischen Semestern einzusetzen, da man einerseits der Überzeugung ist, dass Kommunikation ein so wichtiges, komplexes und vielschichtiges Gebiet ist, dass nur sehr erfahrene und geschulte Dozenten in diesem Bereich tätig sein dürfen. Die Qualität des Unterrichtes im Bereich der Kommunikation und Interaktion ist ein hohes Gut, dass auch im Masterplan Medizin 2020 (Wissenschaftsrat, 2018, S. 25; Harendza et al., 2016) seinen Raum einnimmt. Andererseits sollte man den Studierenden nicht zumuten, neben ihrem Studium eine umfangreiche hochschuldidaktische Schulung absolvieren zu müssen.

Allerdings konnte man aufgrund der eingeschränkten personellen Ressourcen bei der Vermittlung der Basisfertigkeit der Anamneseerhebung und der Altersmedizin nicht auf Tutoren verzichten. Daher haben sich die Verantwortlichen der klinischen Semester und das Studiendekanat auf den Kompromiss geeinigt, in der Anamneseerhebung und der Altersmedizin Tutoren einzusetzen. Die Gründe hierfür liegen trotz der o.g. Vorbehalte darin, dass die Anamneseerhebung eine klar umschriebene Basisfertigkeit darstellt, die in den späteren klinischen Semestern der medizinischen Fachgebiete noch weiter vertieft und durch Dozenten begleitet wird. Ebenso ist die strukturierte Anamneseerhebung eine Kompetenz und ein Lernziel, welches weniger interaktive Komponenten beinhaltet als z.B. ein Aufnahmegespräch in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie oder die Mitteilung schlechter Nachrichten in der Palliativmedizin.

Darüber hinaus beinhaltet die Altersmedizin das Unterrichtskonzept „Instant-Aging“, wo den Studierenden eine Haltung und Einstellung vermittelt werden soll, um bei ihnen einen achtungs- und respektvollen Umgang mit älteren chronisch kranken Patienten und deren

Handicaps zu entwickeln. Dieses Konzept der Lehre lässt sich mit Peer-Tutoren gut unterrichten, da sie durch ihre sogenannte soziale Kongruenz eine angenehme, sichere und ungezwungene Lernatmosphäre (Keifenheim et al., 2017; Loda et al., 2018) herstellen können, die die Selbsterfahrung der Studierenden noch vertiefen kann.

In der Palliativmedizin werden ebenfalls Schauspielpatienten eingesetzt, die aber neben der zu spielenden Rolle zusätzlich die Dozentenrolle einnehmen. Man kann sicherlich darüber diskutieren, ob man gleichzeitig eine Rolle spielen und die Dozentenrolle einnehmen kann. Die Argumente, die gegen einen solchen Einsatz sprechen, sind schon beim Arbeiten mit Peer-Tutoren genannt worden (siehe oben). Dennoch wurde dieses einzigartige Konzept (in Deutschland) aus Mangel an Personalressourcen in der Lehre eingesetzt. Um die Qualität der Lehre dennoch zu gewährleisten, wurden und werden die Schauspielpatienten umfangreich geschult. Weitere Argumente, die für einen Einsatz der Schauspielpatienten sprechen, ist die Lebens- und die langjährige berufliche Erfahrung (Krankenschwestern, Physiotherapeuten, Sozialpädagoginnen, Lehrerinnen). Dieses Konzept wird nun ca. 10 Jahre mit großem Erfolg innerhalb der JLU Gießen und der Universitätsklinik Gießen und Marburg, aber auch außerhalb der Klinik (hessenweite Schulungen der Ärzte und Mitarbeiter verschiedener Abteilungen externer Kliniken durch den Verfasser der Dissertation) eingesetzt. Die hohe Nachfrage externer Kliniken gibt uns Recht und spricht für die hohe Kompetenz der Schauspielpatienten. Die Ergebnisse der deskriptiven Statistik in der Palliativmedizin (beste Beurteilung, die die Studierenden vergeben = 4, schlechteste = 20) zeigen, dass der Mittelwert bezüglich des Lernerfolgs (Benefit) bei 8,28 und die der Schauspielpatienten bei 5,28 liegt. Nimmt man die Beurteilung der Kategorie „Dozent“ hinzu (4,53 bei einer besten Beurteilung = 3), so sprechen die äußerst positiven Beurteilungen der Studierenden für die Beibehaltung des Lehrkonzepts.

Wenn man mit Schauspielpatienten arbeitet, so ist das Feedback eines der wesentlichen Elemente dieser Methode (Rockenbauch, 2008a). Das Feedback nach der Sandwichmethode im 360°-Modus in Zusammenhang mit der Feed-Forward-Methode (Kluger et al., 2010; Telio et al., 2015; Wunsch, 2018) wird im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester im Fachbereich Medizin sehr erfolgreich angewendet. Es ist der Beginn eines Dialogs zwischen den Studierenden und dem Dozenten. Die Reflektion und Diskussion untereinander führt zu einem zusätzlichen Lernerfolg (Kaplonyi et al., 2017; Schroeder, 2008). Die Ergebnisse von Kissane et al. (2012) können aus unserer praktischen Erfahrung nur bestätigt werden. Sie kommen in ihrer Metaanalyse zum Schluss, dass ein Kommunikationstraining mit Schauspielpatienten im onkologischen Sektor der Medizin zu einer besseren Kommunikation zwischen Patienten und Arzt führt, die Ärzte sich auch sicherer

fühlen und die Patienten davon sehr profitieren. Wir gehen davon aus, dass diese Ergebnisse auf die Studierenden übertragen werden können.

Der Ablauf des Feedbacks wird in Deutschland unterschiedlich gehandhabt. In der Universität Heidelberg, Fakultät der Medizin, erfolgt nach dem Feedback des gesprächsführenden Studierenden das Feedback des Schauspielers (Schulz et al., 2007), was an der Universität Hamburg ähnlich gehandhabt wird (Brammer et al. 2015). Im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ in den klinischen Semestern anders gearbeitet, indem die Studierenden (Beobachtergruppe) nach der Selbsteinschätzung des gesprächsführenden Studierenden zur Gesprächssituation ein Feedback geben. Erst danach erfolgt die Rückmeldung des Schauspielers. Aus der praktischen Erfahrung heraus hat sich gezeigt, dass die Studierenden aus der Gruppe eigenständiger und differenzierter ihr Feedback abgeben, wenn der Schauspieler sich erst nach dem Feedback der Gruppe äußert.

Wie bereits ausgeführt, handelt es sich bei der Evaluation der Seminare mit Schauspielern um eine Evaluation einer Lehrveranstaltung, bei der der Wissens- und Kompetenzerwerb in der Interaktion zwischen den Dozenten und Studenten stattfindet. Im „Multidimensionalen Bedingungsmodell des Lernerfolgs“ zeigt die Schwierigkeiten einer solchen Evaluation auf (Rindermann, 2003). Dabei wird deutlich, dass die vier Bedingungsfaktoren der Lehrveranstaltung mit Schauspielern (Dozent/in, Studierende, Rahmenbedingungen und Schauspieler) (Rindermann, 2003) signifikant in Zusammenhang mit dem Lernerfolg der Studierenden stehen. Es wird deutlich, dass eine strukturierte und klar durchgeführte Lehrveranstaltung eine der Erfolgsdeterminanten für durchgeführte Lehre im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ in den klinischen Semestern ist. Daneben machen aber auch verständliche Erklärungen und Darstellungen, rhetorische Kompetenz, Engagement und Motivierungs-, Kooperations- und Kommunikationsbereitschaft den Lernerfolg in den Seminaren aus. Die Dozenten, die in den klinischen Semestern des Longitudinalen Curriculums Sprechende Medizin „Communicare“ tätig sind, haben ihre Kompetenzen in diesen Bereichen durch die Einschätzungen der Studierenden im hohen Maße bestätigt bekommen. Eine Schulung der Dozenten in diesen Kompetenzfeldern stellt daher die Grundlage einer guten Lehrleistung dar (Mutschler et al., 2015). Dies gilt ebenso für die Schauspielern, die als sehr kompetent erlebt werden und zum Lernerfolg beitragen. Diese Einschätzung der Studierenden ist für die Dozenten wie auch für das gute inhaltliche Training der Schauspielern eine Bestätigung und es wird deutlich, dass der Lehransatz „Schauspieler“ der Richtige ist. Härtl et al. (2015), Sahlmann et al.

(2010), Nikendei et al. (2003) und Kaplonyi et al. (2017) bestätigen dies ebenfalls in ihren Untersuchungen.

Die Ergebnisse zeigen auch, dass die Akzeptanz der Lehrveranstaltungen zum Thema „Kommunikation und Interaktion“ mit Schauspielpatienten über die Jahre besser geworden ist und die Studierenden selbst ebenfalls mit zunehmender Motivation bei den Lehrveranstaltungen mitarbeiten. Dies hängt auch mit der über die Jahre hinweg wahrgenommenen gesteigerten Kompetenz der Dozenten wie auch der Schauspielpatienten zusammen, aber auch damit, dass das Longitudinale Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ einen Platz in der Lehre in der JLU Gießen gefunden hat. Die Seminare mit dem Thema „Kommunikation und Interaktion“ gehören dazu und haben somit über die Jahre an Akzeptanz gewonnen. Zu einer ähnlichen Schlussfolgerung kommen Lichtenstein et al. (2018). Die Ergebnisse Ihrer Untersuchung deuten darauf hin, dass ein Longitudinales Kommunikations- und Interaktionscurriculum dazu beitragen kann, dass sich die Einstellung der Studierenden gegenüber dem Erlernen von kommunikativen Fähigkeiten positiv verstärken und negative Einstellungen reduzieren können.

Während laut Rindermann (2003) die Verpflichtung zu Lehrveranstaltungen eine negative Determinante in der Bewertung sein kann, zeigt sich dieser Effekt in der Evaluation des Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ in den klinischen Semestern in Gießen nicht, was für die Qualität der angebotenen Veranstaltungen spricht.

11.2 Ausblick

Das Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ stellt den Versuch dar, die im NKLM aufgeführten kommunikativen Inhalte in der Lehre und in den praktischen Prüfungen der klinischen Semester des Fachbereichs Humanmedizin der JLU Gießen strukturiert zu vermitteln. Um einen umfassenderen Überblick über sämtliche Bestrebungen in diesem Bereich zu erhalten, wäre ein Curriculummapping die Methode der Wahl (Lammerding-Koeppel et al., 2017a; 2017b). Dies könnte einerseits den Umfang der Lernziele identifizieren und andererseits die Kommunikation hinsichtlich der Lernziele, deren Lerntiefe, aber auch deren Inhalte zwischen den Fachgebieten verbessern. Es könnten so Redundanzen von Lerninhalten vermeiden wie auch sinnvolle Ergänzungen erfolgen, aber auch Personaleinsätze in den Fachgebieten ökonomisieren.

Ebenso könnten sich in der Zusammenarbeit mit allen Fachgebieten Synergien ergeben und die Kompetenzen in Bezug auf das Prüfen der praktischen Fähigkeiten in Kombination mit den kommunikativen gebündelt werden. Dies erscheint auch im Hinblick auf die Vorgabe der zu entwickelnden OSCE sinnvoll, welche im „Masterplan Medizinstudium 2020“ formuliert sind.

All diese vorgeschlagenen und sinnvollen Schritte sind nur dann realisierbar, wenn ausreichend personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Die Stellenbesetzung an der JLU im Longitudinalen Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ in den klinischen Semestern war in den letzten Jahren ausreichend, aber die kommenden Herausforderungen sind nicht mit einem Stellenanteil von 50% zu realisieren. Daher plädiere ich für eine personelle Aufstockung (Team) und eine Erhöhung der finanziellen Mittel, um Projekte und notwendige Begleitforschung in diesem Bereich weiter entwickeln zu können. Dazu gehört auch die Weiterbildung der Dozenten der Fachgebiete im Bereich der Kommunikation und Interaktion (Mutschler et al. 2015), wie es im Fachgebiet der Unfall-, Hand und Wiederherstellungschirurgie bereits durchgeführt wird. Wichtig ist, dass die Lehre im Bereich der Kommunikation und Interaktion immer von einem Dozenten aus dem jeweiligen Fachbereich mit begleitet wird und dieser Dozent über umfangreiche klinische Erfahrung verfügt. Dies verstärkt die Kompetenz des Dozenten, was zu einem besseren Lernerfolg führt.

Der Verfasser dieser Dissertation ist auch im Bereich der Kommunikation nicht allein im Studium, sondern auch in der Weiterbildung tätig. Die dort unterrichteten Themen könnten auch in der studentischen Lehre einen Platz finden. Die Themen könnten u.a. sein:

- Deeskalation Notaufnahme
- Gespräch Organspende
- Gespräch Humangenetik

Der Bereich des PJ wird im Bereich der Kommunikation und Interaktion der JLU Gießen stiefmütterlich behandelt. Hier besteht ein großer Bedarf an Begleitung, Supervision und Balintgruppen. Die Studierenden sind auf sich selbst gestellt, fühlen sich überfordert. Ein regelmäßiger Austausch und regelmäßige Schulungen würden im Bereich der Kommunikation und Interaktion den PJ'lern eine gute Basis geben, denn die Kommunikation ist ein zentraler Bestandteil des ärztlichen Handelns (Geisler, 2004). Im „Journal of the American Medical Association“ wurde im Jahr 2007 eine Studie veröffentlicht, in der Tamblyn et al. (2007)

nachweisen konnten, dass die Ärzte mit den schlechtesten Noten im CSE⁹-Test im späteren Berufsleben die meisten Patientenbeschwerden auf sich zogen. Eine um zwei Standardabweichungen schlechtere Kommunikationsfähigkeit erhöhte die Zahl der Patientenbeschwerden um 38%. Egger (2007) kommt mit den Worten auf den Punkt „kommunikative Fähigkeiten vermeiden Patientenbeschwerden – Kommunikation ist ein wichtiger Bestandteil der ärztlichen Kunst. Wer im Studium den Umgang mit dem Patienten nicht gelernt hat, sieht sich im späteren Berufsleben häufiger mit Patientenbeschwerden konfrontiert“ (Egger, 2007 S. 2). Diese Belege rechtfertigen das Longitudinale Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ des Fachbereichs Humanmedizin der JLU Gießen als zielführende und qualitativ hochwertige Vorbereitung auf das spätere Berufsleben als Mediziner.

⁹ „...clinical skills examination (CSE)—a nationally standardized assessment of patient-physician communication, clinical history taking, and examination skills—as a requirement for licensure. (Tamblyn et al., 2007 S. 993)

12 Zusammenfassung

Das longitudinale Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ der klinischen Semester an der Medizinischen Fakultät der Justus-Liebig-Universität (JLU) Gießen wurde im Jahr 2010 eingeführt und ständig weiterentwickelt. Sie richtet sich bis heute an die Studierenden der Humanmedizin und wird durch die „Mittel zur Verbesserung der Qualität der Studienbedingungen und der Lehre“ (QSL-Mittel) finanziert.

Die zentrale Neuerung in diesem Curriculum war das Arbeiten mit Schauspielpatienten, die im didaktischen Konzept eine Praxisnähe einbringt und es den angehenden Ärzten ermöglicht, anspruchsvolle Gespräche mit geschulten Gesprächspartnern und fachlich (schwerwiegenden) Inhalten zu üben.

Ausgangspunkt für die Entwicklung des „Communicare“ war die Einschätzung vieler medizinischer Fakultäten in Deutschland, dass die kommunikativen Fähigkeiten der Medizinstudenten defizitär seien. Es entstand im Jahr 2008 das „Baseler Consensus Statement“. Nachfolgend wurde von Seiten des Medizinischen Fakultätentages (MFT) und der Gesellschaft Medizinische Ausbildung (GMA) der „Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM)“ entwickelt, der im Jahr 2015 fertig gestellt wurde.

Der Autor dieser Dissertation war bei der Entwicklung im Bereich „ärztliche Gesprächsführung“ des NKLM aktiv beteiligt. Ebenso war er für die Konzeption, Organisation und Implementierung des „Communicare“ in den klinischen Semestern der JLU Gießen verantwortlich.

Ziel dieser Dissertation ist es, nachfolgend Hintergrund, Entwicklung, Konzeption und Inhalte des „Communicare“ in den klinischen Semestern darzustellen, um so einen Ein- und Überblick über die Struktur des Curriculums zu erhalten.

Neben der Darstellung des „Communicare“, den abgedeckten Lernzielen, waren die Ergebnisse einer vertieften Lehrevaluation ein wichtiger Bestandteil, um eine Einschätzung der Studierenden hinsichtlich ihres Lernerfolgs sowie die Qualität der Schauspielpatienten zu erhalten.

Die Rückmeldungen und Ergebnisse dieser vertieften Lehrevaluation geben Anlass zu der Schlussfolgerung, dass die Studierenden bezüglich ihrer Kommunikationsfähigkeit von den Seminaren mit Schauspielpatienten sehr profitieren. Dabei spielt der inhaltliche Aufbau der Seminare, wie auch die Qualität der Schauspielpatienten und die der Dozenten eine wichtige Rolle. Das Longitudinale Curriculum Sprechende Medizin „Communicare“ ist eine sehr gute Vorbereitung auf die anspruchsvollen kommunikativen Herausforderungen des späteren Berufslebens als Mediziner und sollte in der JLU Gießen daher nicht nur fest etabliert, sondern kontinuierlich weiterentwickelt und ausgebaut werden.

13 Summary

Many medical faculties in Germany considered the communication skills of the medical students to be insufficient. With the aim to improve their communication skills, the longitudinal curriculum 'Talking Medicine: Communicare' was firstly introduced as part of the clinical semesters at the medical faculty of the Justus Liebig University (JLU) Giessen in 2010 (funding: 'Mittel zur Verbesserung der Qualität der Studienbedingungen und der Lehre'). After continuously developing it further, it now includes the 'Baseler Consensus Statement', which was created in 2008, as well as the "National Competence-Based Catalog of Learning Objectives Medicine (NKLM)" which was completed by the 'Medizinischer Fakultätentag (MFT)' and the Society for Medical Education (GMA) in 2015.

Compared to previous curricula, 'Talking Medicine: Communicare' offers a communication training that includes simulated patients played by trained actors. This innovative approach facilitates a more practical approach within the didactic concept, and hence, enables aspiring doctors to practice conversations on professionally demanding contents with the help of sophisticated, trained discussion partners.

The author of this thesis was actively involved in the development of the conceptual framework on medical communication and conversation at the JLU Giessen. He was also responsible for the conception, organization and implementation of the longitudinal curriculum 'Talking Medicine: Communicare' as part of the clinical semesters at the JLU Giessen.

The major aim of this thesis is a general outlay of 'Talking Medicine: Communicare's theoretical background, development process, conception, and overall content. Therefore, this thesis intends to give an overview on the structure of the curriculum, the learning objectives covered, as well as he integrated the curriculum 'Communicare' into the faculty of medicine (practical semester) at the JLU Giessen. In addition, it evaluates medical students' learning progress as well as the quality of the actors' performance to offer insights on the benefits of such a curriculum.

Results of the evaluation show that students benefited greatly from seminars including simulated patients played by trained actors. Most important determinants for improved communication skills were the structural content of the seminars, as well as the quality of the actor's performance.

Regarding the demanding communication skills necessary for the upcoming working life as a physician, the curriculum 'Talking Medicine: Communicare' proved to be an excellent preparation for medical students. Therefore, it should be an inherent part of the education of medical students at the JLU Giessen.

14 Abkürzungsverzeichnis

ÄAppO	Approbationsordnung für Ärzte
BS	Basiskompetenz
bzw.	Beziehungsweise
ca.	circa
ChiP	Chirurgisches Praktikum JLU Fachbereich Medizin
DGP	Gesellschaft für Palliativmedizin
drs.	Doctorandus ist ein akademischer Titel der in den Niederlanden nicht mehr vergeben wird. Er ist gleichgestellt mit dem Grad MA oder MSc.
et al.	(lat. für et alii) und andere
etc.	(lat. für et cetera) und so weiter
GiCuPaed	Gießener Curriculum Pädiatrie
GL	Grundlagenkompetenz
GMA	Gesellschaft Medizinische Ausbildung
HannibalL	Hannoversche integrierte berufsorientierte adaptive Lehre
ICD	engl. für International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ID	Identifikationsnummer
IMPP	Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
JLU	Justus-Liebig-Universität
k-MED	Lernplattform des Fachbereichs Medizin der JLU Gießen
KusK	GMA-Ausschuss „Kommunikative und soziale Kompetenzen“
MFT	Medizinischer Fakultätentag
MW	Mittelwert
NKLM	Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin
OP	Operation
OSCE	"Objective Structured Clinical Examination"
PAL	Peer Assistent Learning
Priv.-Doz.	Privatdozent
PJ	Praktisches Jahr
QSL	Mittel zur Verbesserung der Qualität der Studienbedingungen und der Lehre
S.	Seite
SD	(engl. für standard deviation) statistisches Symbol der Standardabweichung
SP	Schauspielpatient

SS	Sommersemester
u.a.	unter anderem
UE	Unterrichtseinheiten
WISS	Wissenschaftskompetenz
WK	Weiterbildungskompetenz
WS	Wintersemester
z.B.	zum Beispiel
ZfbK	Zentrum für fremdsprachliche und berufsfeldorientierende Kompetenzen

15 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gliederung des NKLM (MFT, 2015, S. 14)	10
Abbildung 2: Beispiel Lernziel (MFT, 2015, S. 159 und 160)	11
Abbildung 3: CanMed Rollenmodell (Frank, 2005)	12
Abbildung 4: Meilensteine der Kompetenz und Beispiel Kompetenzebenen (MFT, 2015, S. 159 und 160)	14
Abbildung 5: Bausteine des Mustercurriculums Kommunikation (NKLM) (Jünger, 2016; Jünger & Doll, 2016; Jünger et al., 2016).....	17
Abbildung 6: Entwickelte Struktur 2009 Curriculum Sprechende Medizin Fachbereich Humanmedizin der JLU Gießen	21
Abbildung 7: Struktur 2019 Curriculum Sprechenden Medizin Fachbereich Humanmedizin der JLU Gießen	22
Abbildung 8: Exemplarische Beispiele der Fachgebiete Psychosomatik und Psychotherapie und Allgemeinmedizin - Kompetenzbereiche und Lernziel.....	23
Abbildung 9: Übersicht der Städte und Universitäten wo mit Schauspielpatienten gearbeitet wird (Härtl et al., 2015, S.18)	27
Abbildung 10: Lernstufenpyramide (Miller, 1990).....	28
Abbildung 11: Eintrag auf der Homepage Sprechende Medizin des Fachgebiets 11 der JLU Gießen (www.uni-giessen.de)	31
Abbildung 12: Werbeannonce für die Schauspielpatienten im Gießener Tagesblatt	31
Abbildung 13: Pressemitteilung der Justus-Liebig-Universität (2011)	32
Abbildung 14: Logo Communicare.....	33
Abbildung 15: Ablauf Auswahlworkshop Schauspielpatienten	35
Abbildung 16: Ablauf des Trainings der Schauspielpatienten	37
Abbildung 17: Ablauf und Durchführung von Feedback.....	45
Abbildung 18: Unterrichtsstruktur Tutorenschulung Anamneseerhebung	57
Abbildung 19: Unterrichtsstruktur Tutorenschulung Altersmedizin	62
Abbildung 20: Unterrichtsstruktur Psychosomatik und Psychotherapie.....	68
Abbildung 21: Unterrichtsstruktur Palliativmedizin	74
Abbildung 22: Unterrichtsstruktur Allgemeinmedizin.....	81
Abbildung 23: Unterrichtsstruktur Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie	86
Abbildung 24: Unterrichtsstruktur Praktikum Gesprächsführung in der Pädiatrie	90
Abbildung 25 Multidimensionales Bedingungsmodell des Lernerfolgs (Rindermann, 2003, S. 236).....	96
Abbildung 26: Lernzielabdeckung Longitudinales Curriculum Sprechende Medizin.....	101

Abbildung 27: Mittelwerte der Evaluationskategorien (Benefit, Schauspielpatienten, Dozent, Studierende) nach Fachrichtung..... 105

Abbildung 28: Verlauf der kategorialen Bewertungen über die Jahre 2012-2018 (MW) 106

16 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kompetenzbereiche im Basler Consensus Statement.....	7
Tabelle 2: Kompetenzbereiche und Art der Ausbildungsziele	8
Tabelle 3: Kompetenzebenen NKLM.....	13
Tabelle 4: Kompetenzbereiche "Ärztliche Gesprächsführung" NKLM	14
Tabelle 5: Kompetenzbereich 2 "Fertigkeiten und Aufgaben der ärztlichen Kommunikation" NKLM	15
Tabelle 6: Kompetenzbereich3 "Emotional herausfordernde Situationen" NKLM.....	15
Tabelle 7: Kompetenzbereich 4 "Herausfordernde Kontexte" NKLM	16
Tabelle 8: Kompetenzbereich 5 "Soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren" NKLM.....	16
Tabelle 9: Kompetenzbereich 6 "Andere mediale Kanäle und Settings" NKLM.....	16
Tabelle 10: Kompetenzbereiche und Art der Ausbildungsziele " Fachgebiet Psychosomatik"	24
Tabelle 11: Kompetenzbereiche und Art der Ausbildungsziele "Fachgebiet der Allgemeinmedizin"	24
Tabelle 12: Kriterien Auswahlworkshop Schauspielpatienten	33
Tabelle 13: Ablauf Selbststudium / Rollentraining	39
Tabelle 14: Erarbeiten der Rolle Schritt für Schritt	40
Tabelle 18: Struktur und Inhalte der Rollenbeschreibung für Schauspielpatienten, Studierende und Dozenten	50
Tabelle 19: Differenzierter Inhalt einer Rolle	51
Tabelle 20: Rollenauflistung pro medizinisches Fachgebiet.....	52
Tabelle 15: Unterrichtsmethode Tutorenschulung Anamneseerhebung.....	57
Tabelle 16: Simulierte Handicaps im Bereich Altersmedizin	60
Tabelle 17: Unterrichtsmethode Tutorenschulung Altersmedizin	61
Tabelle 21: Kompetenzebenen vorklinische Semester	63
Tabelle 22: Kompetenzebenen klinische Semester	64
Tabelle 23: Unterrichtsmethoden im Fachgebiet der Psychosomatik und Psychotherapie....	67
Tabelle 24: Lernzielabdeckung in der Psychosomatik und Psychotherapie	70
Tabelle 25: Empfohlene Gewichtung palliativmedizinischer Themen im QB 13 der DGP	70
Tabelle 26: Unterrichtsmethoden im Fachgebiet der Palliativmedizin	73
Tabelle 27: Lernzielabdeckung in der Palliativmedizin.....	75
Tabelle 28: Unterrichtsmethoden im Fachgebiet der Palliativmedizin Wahlfach	76
Tabelle 29: Lernzielabdeckung Palliativmedizin Wahlfach.....	78

Tabelle 30: Unterrichtsmethoden im Fachgebiet der Allgemeinmedizin.....	80
Tabelle 31: Lernzielabdeckung in der Allgemeinmedizin	83
Tabelle 32: Unterrichtsmethoden im Fachgebiet der Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie	85
Tabelle 33: Lernzielabdeckung in der Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie.....	87
Tabelle 34: Unterrichtsmethoden im Fachgebiet der Pädiatrie.....	89
<i>Tabelle 35: Lernzielabdeckung in der Pädiatrie</i>	<i>91</i>
Tabelle 36: Prüfungsmethode im OSCE	92
Tabelle 37: Lernzielabdeckung im OSCE Pädiatrie	93
Tabelle 38: Mitarbeit der Fachgebiete	99
Tabelle 39: Abgedeckte Lernziele	100
Tabelle 40: Startpunkt Evaluation der Studierenden.....	102
Tabelle 41: Deskriptive Statistik Fachgebiet Psychosomatik und Psychotherapie	103
Tabelle 42: Deskriptive Statistik Fachgebiet Palliativmedizin	103
Tabelle 43: Deskriptive Statistik Fachgebiet Palliativmedizin Wahlfach	104
Tabelle 44: Deskriptive Statistik Fachgebiet Allgemeinmedizin.....	104
Tabelle 45: Deskriptive Statistik Fachgebiet Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie	105
Tabelle 46: Deskriptive Statistik über die Bewertungskategorien in allen Fachgebieten	106

17 Literaturverzeichnis

- Alt-Epping, B., Jung, W., Simmenroth-Nayda, A., Russo, S.G., Vormfelde, S.V. & Nauck, F. (2010) Implementierung des Querschnittsfachs Palliativmedizin (Q13) vor dem Hintergrund der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen am Beispiel der Universitätsmedizin Göttingen. *GMS Z Med Ausbild.* 27, Doc67. DOI: 10.3205/zma000704, URN: urn:nbn:de:0183-zma0007040
- Ashraf, B., Tasnim, N., Saaiq, M. & Zamanet, K.-U. (2014) An audit of the knowledge and attitudes of doctors towards Surgical Informed Consent (SIC). *Int. J Health Policy Manag.*, 3, 315–321.
- Ausschuss „Kommunikative und soziale Kompetenzen“ (2018) *Stellungnahme KusK – Masterplan 2020 – Stand 28.08.2018*. Erlangen: Gesellschaft für medizinische Ausbildung.
- Bachmann, C., Barzel, A., Dunkelberg, S., Schrom, K., Ehrhardt, M. & van den Bussche, H. (2008) Fachübergreifendes Kommunikationstraining mit Simulationspatienten: ein Pilotprojekt ins Curriculum. *GMS Z. Med Ausbild*, 25 (1), Doc58.
- Bachmann, C., Hölzer, H., Dieterich, A., Fabry, G., Langewitz, W., Lauber, H., Ortwein, H., Pruskil, S., Schubert, S., Sennekamp, M., Simmerroth-Nayda, A., Silbernagel, W., Scheffer & S. Kiessling, C. (2009) Longitudinales bologna-kompatibles Modell-Curriculum „Kommunikative und soziale Kompetenzen. Ergebnisse eines interdisziplinären Workshops deutschsprachiger medizinischer Fakultäten. *GMS Z Med Ausbild*, 26 (4), Doc38.
- Bachmann, C., Roschlaub, S. & Scherer, M. (2014) Kommunikation mit Simulationspatienten üben. *Hamburger Ärzteblatt*, 05, 38-39.
- Baardman, I., Gemerden, H. van & Mei, S.H. van der (1995) Leiborientierte Methoden in der Klinik und Universität. *Integrative Bewegungstherapie*, 1, 36-40.
- Barrows, H.S. (1993) An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Acad Med*, 68, 443–451.
- Barrows, H.S. & Abrahamson, S. (1964) The programmed patient: a technique for appraising student performance in clinical neurology. *J Med Educ.*, 39, 802-805.

- Biberthaler, P., Seifert, J., Post, M., Smektala, R., Ottmann, K., Braun, A., Siebert, H. & Stengel, D. (2011) Identification of risk factors for subsequent legal claims in orthopedic and trauma surgery. *Unfallchirurg*, 114, 768–775.
- Bienstock, J.L., Katz, N.T., Cox, S.M., Nancy Hueppchen, N., Erickson, S. & Puscheck, E.E. (2007) To the point: medical education reviews--providing feedback. *Am J Obstet Gynecol.*, 196, 508-513.
- Bösner, S., Celemin-Heinrich, S., Mühlbauer, S., Stibane, T., Schönbauer, A. & Baum, E. (2011) Differentialdiagnose in der Primärversorgung: Konzeption und Durchführung eines neuen Wahlpflichtfaches – Ein Erfahrungsbericht. *GMS Z Med Ausbild.* 28(3), Doc40. DOI: 10.3205/zma000752, URN: urn:nbn:de:0183-zma0007522
- Bouter, S., van Weel-Baumgarten, E. & Bolhuis, S. (2013). Construction and validation of the Nijmegen Evaluation of the Simulated Patient (NESP): assessing simulated patients' ability to role-play and provide feedback to students. *Acad Med.*, 88(2), 253–259.
- Brammer, L., Keim, R., Puschmann, E., Schrom, K., Ehrhardt, M. & Scherer, M. (2015) *Handbuch für Simulationspatienten am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*. Hamburg: Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Brem, B., Christen, R., Richter, S., Schnabel, K., & Woermann, U. (2014) *Handbuch für Schauspielpatienten der Medizinischen Fakultät der Universität Bern*. Bern: Institut für Medizinische Lehre, Universität Bern.
- Brenk-Franz, K.; Kubieziel, H.; Schulz, S. & Gensichen, J. (2010) Simulationspatienten in der allgemeinmedizinischen Lehre. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 152-158. DOI 10.3238/zfa.2010.0152
- Buddeberg, C. (2006) Biopsychosoziale Anamnese – noch aktuell im Zeitalter der medialen Kommunikation? *Therapeutische Umschau*, 63, 7, 453-457.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2003) *Den Europäischen Hochschulraum verwirklichen. Communiqué der Konferenz der europäischen Hochschulministerinnen und -minister am 19. September 2003 in Berlin*. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung. Zugriff am 15.06.2017 unter http://bvmd.de/pup/berlin_communique.pdf

- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2017) *Der Bologna-Prozess*. Zugriff am 10.08.2017 unter <https://www.bmbf.de/de/der-bologna-prozess-die-europaeische-studienreform-1038.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (2019) *Information über Gesundheitsberufe Ärztinnen und Ärzte*. Zugriff am 24.01.2019 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/aerzte.html>
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2002) *Ärztliche Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (ÄApprO)*. Zugriff am 15.06.2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/appro_2002/BJNR240500002.html
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017) *Ärztliche Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (ÄApprO), Neufassung 14.01.2013; geändert am 17. Juli 2017*. Zugriff am 03.08.2019 unter https://www.gesetze-im-internet.de/appro_2002/BJNR240500002.html
- Cämmerer, J., Martin, O. & Rockenbauch, K. (2016) Learning Doctor-Patient Communication – Evaluating the effectiveness of the communication training course at Leipzig University from the students' point of view. *GMS J Med Educ.*, 33(3), Doc43. DOI: 10.3205/zma001042, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010423
- Csonka, N. (2014) *Evaluation von Lehrveranstaltungen an der Humboldt-Universität zu Berlin – Praxisleitfaden für Evaluationsbeauftragte an Fakultäten und Instituten. Schriftenreihe zum Qualitätsmanagement an Hochschulen, Band 8*. Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin
- Deinzer, R., Kruse, J., van der Mei, S.H. & Alleker, C. (2012) *Communicare - das longitudinale Curriculum „Sprechende Medizin“ an der Justus-Liebig-Universität Gießen*. 7. Skills Lab-Symposium der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, 23.-24.03.2012, Marburg, S. 31.
- Deveugele, M., Derese, A., De Maesschalck, S., Willems, S., van Driel, M. & De Maeseneer, J. (2005) Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? *Patient Education and Counseling*, 58, 265–270.

- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (2003) *Grundlagen der Palliativmedizin. Gegenstandskatalog und Lernziele für Studierende der Medizin*. Zugriff am 14.11.2018 unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/ag/AG%20AFW%20Curriculum%20fuer%20Studierende.PDF>
- Dietz, I., Elsner, F., Schiessl, C. & Borasio, G.D. (2011) Die Münchner Erklärung – Eckpunkte zur Etablierung der Lehre im neuen Querschnittsbereich 13: Palliativmedizin an deutschen Fakultäten. *GMS Z Med Ausbild.* 28, Doc51. DOI: 10.3205/zma000763, URN: urn:nbn:de:0183-zma0007634
- Dohrenwend; A. (2002) Serving Up the Feedback Sandwich. *Family practice management*, Nov-Dec, 9(10), 643-466.
- Dröes, R.M. & Mei, S.H. van der (1994) Psychomotorische Therapie im Altenpflegeheim; Bewegung als therapeutisches Mittel für psychogeriatrische Bewohner. *Altenheim*, 2, 102-110.
- Egan, M. (2013) *Teaching Preceptors to Give Feedback. Department of Family Medicine, University of Chicago*. Zugriff am 08.02.2018 unter <http://www.stfm.org/NewsJournals/EducationColumns/Feb2013>
- Egger, J.W. (2007) Fakten zur Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation. *Psychologische Medizin*, 18(4), 2-3.
- Eicher, C., Hermann, K., Roos, M., Schultz, J.H., Engeser, P. & Szecsenyi, J. (2010) Feedback-Training für Lehrärzte in der Allgemeinmedizin. *GMS Z Med Ausbild.* 27(1), Doc09. DOI: 10.3205/zma000646, URN: urn:nbn:de:0183-zma0006461
- Fachbereich 11, Medizin, Justus-Liebig-Universität Gießen. *Homepage Bereich Förderprogramme*. Zugriff am 28.09.2017 unter <https://www.uni-giessen.de/fbz/fb11/studium/lehre/foerderprogr>
- Fellmer-Drüg, E., Drude, N., Sator, M., Schultz, H., Irniger, E., Chur, D., Neumann, B., Resch, F. & Jünger, J. (2014) Einführung eines Curriculums zur medizindidaktischen Qualifizierung von studentischen TutorInnen mit Abschlusszertifikat. *GMS Z Med Ausbild.* 31(2), Doc19. DOI: 10.3205/zma000911, URN: urn:nbn:de:0183-zma0009116

- Fehr, U. (2017) *Korrektives Feedback im praktischen klinischen Unterricht. Dissertation.* Berlin: Institut der Klinik für Anästhesie der Medizinischen Fakultät Charité, Universitätsmedizin Berlin.
- Fils, S.A. (2008) „Instant Aging“ – *Selbsterfahrung des Alterns. Dissertation.* Würzburg: Medizinischen Klinik und Poliklinik I der Julius-Maximilians-Universität Universität Würzburg.
- Fischer, M.R., Bauer, D. & Mohn, K. (2015) Finally finished! National Competence Based Catalogues of Learning Objectives for Undergraduate Medical Education (NKLM) and Dental Education (NKLZ) ready for trial. *GMS Z Med. Ausbild*, 32(3), Doc35. DOI: 10.3205/zma000977, URN: urn:nbn:de:0183-zma0009774
- Frank, J.R. (2005) *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care.* Ottawa: The royal college of Physicians and Surgeons of Canada.
- Frank, R., Gegenfurtner, G., Christine Steininger, C., Kopecky-Wenzel, M. & Noterdaeme, M. (2009) Was lernen Medizinstudenten im Wahlfach Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37(2), 129–134.
- Fritzsche, K., Engemann, B. & Wirsching, M. (2008) Curriculum Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der medizinischen Ausbildung - Grundlagen, Praxis, Evaluation. *Psychother Psych Med.*, 58, 321-325.
- Fröhmel, A., Burger, W. & Ortwein, H. (2007) Einbindung von Simulationspatienten in das Studium der Humanmedizin in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr*, 132, 549-54. DOI 10.1055/s-2007-970375
- Füeßl, H.S. (2015) Wenn alte, kognitiv beeinträchtigte Patienten ins Krankenhaus müssen. *Dtsch Med Wochenschr.*, 140, 620–622. DOI 10.1055/s-0041-101605
- Glenewinkel, C.& Rockenbauch, K. (2009) Gesprächsführung in der medizinischen Ausbildung im Lehr- und Lerncurriculum: Eine qualitative Analyse der Sicht Studierender auf den Leipziger Gesprächsführungskurs. *GMS Z Med Ausbild*, 26(3), Doc33.

- Görlitz, A., Ebert, T., Bauer, D., Grasl, M., Hofer, M., Lammerding-Köppel, M. & Fabry, G. (2015) Core Competencies for Medical Teachers (KLM) - A Position Paper of the GMA Committee on Personal and Organizational Development in Teaching. *GMS Z Med Ausbild.*, 32(2), Doc23. DOI: 10.3205/zma000965, URN: urn:nbn:de:0183-zma0009656
- Harendza, S., Fischer, M.R. & Fabry, G. (2016) Quo vadis? – Medical education 2020 between politics and science. *GMS J Med Educ*, 33(1). Doc12. DOI: 10.3205/zma001011, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010116
- Härtl, A., Bachmann, C., Blum, K., Höfer, S., Peters, T., Preusche, I., Raski, B., Rüttermann, S., Wagner-Menghin, M., Wünsch, A., Kiessling, C. & GMA-Ausschuss Kommunikative und soziale Kompetenzen (2015) Desire and reality – teaching and assessing communicative competencies in undergraduate medical education in German-speaking Europe – a survey. *GMS Z Med Ausbild*, 32(5), Doc56.
- Henderson, P., Ferguson-Smith, A.C. & Johnson, M.H. (2005) Developing essential professional skills: a framework for teaching and learning about feedback. *BMC Medical Education*, 11.
- Heni ,M., Lammerding-Köppel, M., Celebi N, Shiozawa, T., Riessen, R., Nikendei, C. & Weyrich, P. (2012) Focused didactic training for skills lab student tutors – which techniques are considered helpful? *GMS Z Med Ausbild*, 29(3), Doc41. DOI: 10.3205/zma000811, URN: urn:nbn:de:0183-zma0008110
- Hessisches Ministerium für Wissenschaft und Kunst (2008) *Gesetz zur Sicherstellung von Chancengleichheit an hessischen Hochschulen. Nr. 12* – Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen, Teil I – 30. Juni 2008, 764-675.
- Hoffmann, K., Schultz, J.H., Conrad, C., Hancke, R., Lauber, H., Schönemann, J., Kraus, B., Bosse, H.M., Huwendiek, S., Hoffmann, G.F., 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), Doc113.

- Hölzer, H., Freytag, J. & Sonntag, U. (2017) Faculty Development for Small-Group-Teaching with Simulated Patients (SP) – Design and Evaluation of a Competency-based Workshop. *GMS J Med Educ*, 34(4), Doc42. DOI: 10.3205/zma001119, URN: urn:nbn:de:0183-zma0011192
- Jilg, S., Möltner, A., Berberat, P., Fischer, M.R. & Breckwoldt J. (2015) How do Supervising Clinicians of a University Hospital and Associated Teaching Hospitals Rate the Relevance of the Key Competencies within the CanMEDS Roles Framework in Respect to Teaching in Clinical Clerkships? *GMS Z Med. Ausbild*, 32(3), Doc33. DOI: 10.3205/zma000975, URN: urn:nbn:de:0183-zma0009752
- Tamblyn, R., Abrahamowicz, M., Dauphinee, D., Wenghofer, E., Jacques, A., Klass, D., Smee, S., Blackmore, D., Winslade, N., Girard, N., Du Berger, R., Bartman, I., Buckeridge, D.L. & Hanley, J.A. (2007) Physician Scores on a National Clinical Skills Examination as Predictors of Complaints to Medical Regulatory Authorities. *JAMA*, 298(9), 993-1001. doi:10.1001/jama.298.9.993
- Johnson, H. (1995) *Das Genogramm in der systemischen Persönlichkeitsanalyse. Mensch und System*. Wittlich: Institut Johnson.
- Jung, U. & Buchmann, M. (2015) Die Therapieumstellung: Gehört heißt nicht immer richtig verstanden. *Rheinisches Ärzteblatt*, 9. Zugriff am 21.02.2019 <https://www.aekno.de/page.asp?pagelId=14236&noredir=True>
- Jünger, J., Doll, A. (2016) *Nationaler Krebsplan - Handlungsfeld 4 „Stärkung der Patientenorientierung“ - Umsetzungsempfehlungen zu Ziel 12a „Kommunikative Kompetenzen im ärztlichen und pflegerischen Beruf“*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Jünger, J., Weiss, C., Fellmer-Drüg, E. & Semrau, J. (2016) Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen im Arztberuf am Beispiel der Onkologie. *Forum*, 31, 473-478.
- Jünger, J. (2016) *Entwicklung des Nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation in der Medizin. Ein Projekt des Nationalen Krebsplans*. Heidelberg: Universitätsklinikum der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.

- Jünger, J., Köllner, V., von Lengerke, T., Neuderth, S., Schultz, J.-H., Fischbeck, S., Karger, A., Kruse, J., Weidner, K., Henningsen, P., Schissl, C., Ringel, N., Fellmer-Drüg, E. (2016) Kompetenzbasierter, Lernzielkatalog „Ärztliche Gesprächsführung“ *Z. Psychosom Med Psychother.*, 62, 5-19.
- Jünger, J. & Köllner, V. (2003) Integration eines Kommunikationstrainings in die klinische Lehre. Beispiele aus den Reformstudiengängen der Universitäten Heidelberg und Dresden. *Psychother Psychosom Med Psych.*, 53, 56-64.
- Jünger, J., Schultz, J.H., Schönemann, J., Wagener, S., Drude, N., Duelli, R. & Resch, F. (2009) Peer-assisted learning: A planning and implementation framework. *Guide Supplement 30.6 - Practical application. Med Teach.*, 31(1), 55-56. DOI:10.1080/01421590802298181
- Jünger, J. (Hrsg.) (2018) *Ärztliche Kommunikation. Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020*. Stuttgart: Schattauer
- Junghans, J., Alfermann, D., Kamenik, C. & Brähler E. (2003) Vermittlung psychosozialer Kompetenzen mangelhaft. *Psychother Psych Med.*, 53, 319-321.
- Justus-Liebig-Universität Gießen, Fachbereich 11 – Medizin (2018) *Homepage*. Zugriff am 08.11.2018 unter <https://www.uni-giessen.de/fbz/fb11/studium/elearning/medien>
- Justus-Liebig-Universität Gießen, Fachbereich 11 – Lehrbereich Allgemeinmedizin (2019) *Logbuch - Blockpraktikum Allgemeinmedizin*. Gießen: Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Justus-Liebig-Universität Gießen, Fachbereich 11, der Präsident (2019) *Studienordnung für den Studiengang Humanmedizin mit dem Abschluss „Ärztliche Prüfung“ des Fachbereichs 11 – Medizin – der Justus-Liebig-Universität Gießen*. Gießen: Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Jurkat, H.B., Richter, L., Cramer, M., Vetter, A., Bedau, S., Leweke, F. & Milch, W. (2011a) Depressivität und Stressbewältigung bei Medizinstudierenden. *Nervenarzt*, 82, 646–652. DOI 10.1007/s00115-010-3039-z
- Jurkat, H.B., Höfer, S., Richter, L., Cramer, M. & Vetter, A. (2011b) Lebensqualität, Stressbewältigung und Gesundheitsförderung bei Studierenden der Human- und Zahnmedizin. *Dtsch Med Wochenschr*, 136, 1245–1250.

- Kaplonyi, J., Bowles, K.-A., Nestel, D., Kiegaldie, D., Stephen Maloney, S., Haines, T. & Williams, C. (2017) Understanding the impact of simulated patients on health care learners' communication skills: a systematic review. *Medical Education*, 51, 1209–1219. DOI: 10.1111/medu.13387
- Keifenheim, K.E., Teufel, M. Ip. J., Speiser, N., Leehr, E.J., Zipfel, S. & Herrmann-Werner, A. (2015) Teaching history taking to medical students: a systematic review. *BMC Med Educ.*, 15, 159. DOI: 10.1186/s12909-015-0443-x
- Keifenheim, K.E., Petzold, E.R., Junne, F., Erschens, R.S., Speiser, N., Herrmann-Werner, A., Zipfel, S. & Teufel, M. (2017) Peer-Assisted History-Taking Groups: A Subjective Assessment of their Impact Upon Medical Students' Interview Skills. *GMS J Med Educ*, 34(3), Doc35. DOI: 10.3205/zma001112, URN: urn:nbn:de:0183-zma0011127
- Keim, R., Brammer, L., Puschmann, E., Schrom, K., Ehrhardt, M. & Scherer, M. (2016) *Leitfaden zur Zusammenarbeit mit dem Simulationspatientenprogramm am UKE*. Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf der Universität Hamburg.
- Kienle, R., Freytag, J. & Hitzblech (2018) *Motivierende Gesprächsführung als Lehrinhalt im Medizinstudium*. *Jahrestagung der GMA*. Wien 19.-22.09.2018. DocP20.5. DOI: 10.3205/18gma345
- Kiessling, C., Dietrich, A., Fabry, G., Hölzer, H. Langewitz, W., Mühlinghaus, I., Pruskil, S., Scheffer, L., Schubert, S. (2008) Basler Consensus Statement „Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium“. Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen. *GMS Z Med Ausbild*, 25(2), Doc83.
- Kluger, A.N. & van Dijk; D. (2010) Feedback, the various tasks of the doctor, and the feedforward alternative. *Med Educ* 44(2), 1166-1174. Doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03849.x.
- Kneebown, R. (2003). Simulation in surgical training: educational issues and practical implications. *Medical Education*, 37, 267-277.

- Kohls, N., Büssing, A., Sauer, S., Rieß, J., Ulrich, C., Vetter, A. & Jurkat, H.B. (2012) Psychische Belastungen von Medizinstudierenden an den Universitäten München und Witten/Herdecke - ein Vergleich. *Z Psychosom Med Psychother.*, 58, 409–416.
- Konitzer, M., Jäger, B. & Schmid-Ott G. (2010) Schauspielpatienten sind auch "Sprachspiel"-Patienten: Vorschlag zur Modifikation eines didaktischen Modells. *GMS Z Med Ausbild*, 27(4), Doc55. DOI: 10.3205/zma000692, URN: urn:nbn:de:0183-zma0006928
- Kissane, D.W., Bylund, C.L., Banerjee, S.C., Bialer, P.A., Levin, T.T., Maloney, E.K. & D'Agostino, T.A. (2012) Communication Skills Training for Oncology Professionals. *American Society of Clinical Oncology*. 1242-1247. DOI: 10.1200/JCO.2011.39.6184
- Kujumdshiev, S., Conrad, C., Zupanic, M., Wagner, T.O.F. & Fischer, M.R. (2012) Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Beurteilung des Spiels von Simulationspatienten. In: *Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)*. Aachen
- Kütting, B., Jünger, J. & Senninger, N. (2018) *Masterplan Medizinstudium 2020 – Was bedeutet er für Lehre und Prüfungen?* Bundesverband der Deutschen Chirurgen e.V. Zugriff am 23.05.2019 unter <https://www.bdc.de/masterplan-medizinstudium-2020-was-bedeutet-er-fuer-lehre-und-pruefungen/>
- Kwetkat, A., Swoboda, W. & Singler, K. (2011) Instant Aging – Ein Erfahrungsbericht aus der medizinischen Lehre. *Z. Med Psychol*, 20, 185 – 187.
- Kwetkat, A. (2012) Instant Aging – Alterssimulation in der medizinischen Lehre und Fortbildung. *Ärzteblatt Thüringen*, 5(23), 278-280.
- Lammerding-Koeppel, M., Giesler, M., Gornostayeva, M., Narciss, E., Wosnik, A., Zipfel, S., Griewatz, J. & Fritze O. (2017a) Monitoring and analysis of the change process in curriculum mapping compared to the National Competency-based Learning Objective Catalogue for Undergraduate Medical Education (NKLM) at four medical faculties. Part I: Conducive resources and structures. *GMS J Med Educ*, 34(1), Doc7. DOI: 10.3205/zma001084, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010847

- Lammerding-Koeppel, M., Giesler, M., Gornostayeva, M., Narciss, E., Wosnik, A., Zipfel, S., Griewatz, J. & Fritze O. (2017b) Monitoring and analysis of the change process in curriculum mapping compared to the National Competency-based Learning Objective Catalogue for Undergraduate Medical Education (NKLM) at four medical faculties. Part II: Key factors for motivating the faculty during the process. *GMS J Med Educ*, 34(1), Doc6. DOI: 10.3205/zma001083, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010836
- Langewitz, W. A., Eich, P., Kiss, A. & Wössmer, B. (1998) Improving communication skills- a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med.*, 60, 268-276.
- Lauber, H. (2009) Das Training der Schauspieler in Theorie und Praxis. *Workshop zur Ausbildung von Schauspieltrainern im medizinischen Bereich 05.-07.10.2009*. Kompetenzzentrum für Prüfungen. Heidelberg: Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Lauber, H., Schönemann, J. & Jünger, J. (2009) *Das Schreiben von Rollenskripten für die medizinische Ausbildung*. Workshop zur Ausbildung von Schauspieltrainern im medizinischen Bereich 05.-07.10.2009. Kompetenzzentrum für Prüfungen. Heidelberg: Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Leclercq, W.K., Keulers, B.J., Scheltinga, M.R., Spauwen, P.H.M., & van der Wild, G.J. (2010) A review of surgical informed consent: past, present, and future. A quest to help patients make better decisions. *World JSurg.*, 34, 1406–1415.
- Lengerke, T. von, Kursch, A. Lange, K. & APG-Lehrteam MHH (2011) Das Gesprächsführungspraktikum im 2. Studienjahr des Modellstudienjahrs Hannibal. Eine Evaluation mittels Selbsteinschätzungen der Studierenden. *GMS Z Med Ausbild.*, 28(4), Doc 54.
- Leeuw, van der, R.M. & Slootweg, I.A. (2013) Twelve tips for making the best use of feedback. *Medical teacher*, 35, 348-351.
- Loda, T., Lönneker, H., Erschens, R., Keifenheim, K., Nikendei, C., Junne, F., Zipfel, S. & Herrmann-Werner, A. (2018) „Wenn mein Tutor das schafft, schaffe ich es auch!“ – Kognitive und soziale Kongruenz im Peer-Assisted Learning. *Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)*. Wien, 19.-22.09.2018

- Lorkowski, T. (2011) *Wie beurteilen Simulationspatienten die Relevanz von Kommunikationsunterricht unter Berücksichtigung ihrer eigenen Arztbeziehung?* Dissertation. Göttingen: Medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität zu Göttingen.
- Lichtenstein, N.V., Haak, R., Ensmann, I., Hallal, H., Huttenlau, J., Krämer, K., Krause, F., Matthes, J. & Stosch, C. (2018). Does teaching social and communicative competences influence dental students' attitudes towards learning communication skills? A comparison between two dental schools in Germany. *GMS J Med Educ.* 35(2), Doc18. DOI: 10.3205/zma001165, URN: urn:nbn:de:0183-zma0011651
- Medizinische Fakultät Heidelberg - Kompetenzzentrum für Prüfungen in der Medizin/Baden Württemberg (2012) *Longitudinales Kommunikationscurriculum in der Medizin*. Heidelberg: Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- May, W., Fisher, D. & Souder, D. (2012) Development of an instrument to measure the quality of standardized/simulated patient verbal feedback. *Medical Education Development*, 2, e3, 9-12.
- Mei, S.H. van der (1993a) Integrative Bewegungstherapie als Verbindung funktionaler und psychomotorischer Behandlung bei seniler Demenz in der Psychogeriatric. Teil 1. *Integrative Bewegungstherapie*, 1, 4-14.
- Mei, S.H. van der (1993b) Integrative Bewegungstherapie als Verbindung funktionaler und psychomotorischer Behandlung bei seniler Demenz in der Psychogeriatric; Teil 2. *Integrative Bewegungstherapie*, 2, 33-39.
- Mei, S.H. van der (1993c) Psychomotorisch-krankengymnastische Behandlung bei Patienten mit einer senilen Demenz in der Psychogeriatric. *Krankengymnastik*, 9, 1095-1103.
- Mei, S.H. van der, Schreiber, M., Kruse, J. & Jurkat, H. (2019) Praktikum der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie mit Schauspielpatienten an der Justus-Liebig-Universität Gießen. *27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), 70. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM)*, 20. bis 22. März 2019, Berlin, S.111.

- MFT-Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V., ed. (2015) *Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM)*. Berlin: MFT: <http://www.nklm.de>; www.mft-online.de
- Miller, G.E. (1990) The assessment of clinical skills/competence/ performance, *Acad Med*, 6, 563-567.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2009) *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus.
- Mutschler, A., Weiss, C., Fellmer-Drüg, E., Kröll, K., Brünahl, C., Dinkel, A., Fehr, F., Harnacke, D., Hladschik-Kermer, B., Huebner, J., Lausberg, H., Merse, S., Petermann-Meyer, A., Reschke, K., Schnegelsberg, A., Schönbauer, A., Silbernagel, W., Sonntag B., Stöcker, G., Thomas, M., van der Mei, S.H., Villalobos, M., Vitinius, F., Wecht, D., Weinert, M. & Jünger, J. (2015) Entwicklung eines Einsteiger- und Aufbau-Workshops für Dozierende kommunikativer Kompetenzen in der Medizin. In: Gemeinsame Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin (AKWLZ). Leipzig, 30.09.-03.10.2015. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2015. DocP7-112. DOI: 10.3205/15gma285, URN: urn:nbn:de:0183-15gma2855
- Neumann, E., Obliers, R., Schiessl, C., Stosch, C. & Albus, C. (2011) Student Evaluation Scale for Medical Courses with Simulations of the Doctor-Patient Interaction (SES-Sim). *GMS Z Med Ausbild*, 28(4), Doc56. DOI: 10.3205/zma000768, URN: urn:nbn:de:0183-zma0007688
- 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.
- Ortwein, H., Fröhmel, A. & Burger, W. (2006) Einsatz von Simulationspatienten als Lehr-, Lern und Prüfungsform. *Psychother Psych Med.*, 56, 23-29.
- Oorschot, B. van, Neuderth, S., Peath, C., Bepperling, A., Flentje, M. & Faller, H. (2008a) Kommunikation in der Palliativsituation: Ein Trainingskonzept mit standardisierten Patienten. *GMS Z Med Ausbild*, 25(1), Doc54.

- Oorschot, B. van, Neuderth, S., Faller, H. & Flentje, M. (2008b) Kommunikation mit Palliativpatienten. Erste Erfahrungen mit Standardisierten Patienten im Rahmen der interdisziplinären Onkologie. *Z Palliativmed*, 9, 120-125. DOI 10.1055/s-20081067510
- Pesso, A. (1986) *Dramaturgie des Unbewussten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Peters-Klimm, F., Laux, G., Campbell, S., Müller-Tasch, T., Lossnitzer, N., Schultz, J.-H., Remppis, A., Jünger, J. & Nikendei, C. (2012) Physician and patient predictors of evidence-based prescribing in heart failure: a multilevel study. *PLoS One*, 7, e31082 doi:10.1371/journal.pone.0031082
- Petersen, C., Busche, W., Bergelt, C. & Huse-Kleinstoll, G. (2005) Kommunikations-training als Teil des Medizinstudiums. *GMS Z Med Ausbild*, 22(1), Doc08.
- Regehr, G. & Eva, K. (2006) Self-assessment, self-direction, and self-regulating professional. *Clin Orthop Relat Res*, 449, 34-38.
- Ridder, J.M.M., van de, Stokking, K.M., McGaghie, W.C. & Ten Cate, O.Th.J. (2008) What is feedback in clinical education? *Medical Education*, 42, 189-197.
- Rindermann, H. (2003) Lehrevaluation an Hochschulen. *Zeitschrift für Evaluation*, 2, 233-256.
- Ringel, N., Maatouk-Bürmann, B., Fellmer-Drueg, E., Roos, M., Herzog, W., Nikendei, C., Wischmann, T., Weiss, C., Eicher, C., Engeser, P., Schultz, J.-H. & Jünger, J. (2015) Integriertes Peer Teaching klinischer und kommunikativer Kompetenzen. *Psychother Psych Med*, 65, 288–295.
- Rockenbauch, K., Fabry, G., Petersen, C., Daig, I. & Philipp, S. (2008b) Der Einsatz von Schauspielpatienten in der Medizinischen Psychologie – allgemeiner Überblick und konkrete Umsetzungsbeispiele. *Z Med Psychol*, 17, 185-192.
- Rockenbauch, K., Decker, O. & Stöbel-Richter, Y. (2008a) Implementierung eines Längsschnittscurriculums zur Gesprächsführung für Medizinstudierende im Grundstudium. *GMS Z Med Ausbild*, 25(1), Doc66.

- Sahlmann, M., Siktas, D. & Mathiak, K. (2010) Vergleich vom Einsatz Standardisierter Patienten mit Computerfällen in der Psychiatrie und Psychotherapie. *GMS Z Med Ausbild*, 27(1), Doc12.
- Sauer, M., Bartels, A., Lange, S., Schübel, J., Voigt, K. & Bergmann, A. (2017) Instant Aging – Empathieentwicklung durch Selbsterfahrung. *Z Allg Med.*, 93(3), 131-137. DOI 10.3238/zfa.2016.0131–0138
- Sauer, M., Görnig, M., Voigt, K., Schübel, J. & Bergmann, A. (2018) Interprofessionelles Multistationen-Hörsaalpraktikum. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 8, 903 – 911.
- Schäfer, C. (2019) *Chirurgisches Praktikum. Klinik für Unfallchirurgie, Allgemein- Visceral, Thorax- Kinder- und Transplantationschirurgie und Neurochirurgie*. Gießen: Klinik für Unfallchirurgie, Allgemein- Visceral, Thorax- Kinder- und Transplantationschirurgie und Neurochirurgie - Universitätsklinik Gießen und Marburg der Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Schauseil-Zipf, U., Karay, Y., Ehrlich, R., Knoop, K. & Michalk, D. (2010) Peer Teaching in der Pädiatrie - Evaluation eines studentischen Tutoriats im Blockpraktikum Kinderheilkunde. *GMS Z Med Ausbild*, 27(5), Doc71. DOI: 10.3205/zma000708, URN: urn:nbn:de:0183-zma0007082
- Schildmann, J., Härlein, J., Buchardi, N., Schlögl, M. & Vollmann, J.(2006) Die Aufklärung schwer kranker Patienten im interprofessionellen Kontext: Ein Lehrprojekt für Medizinstudenten und Krankenpflegeschüler. *GMS Z Med Ausbild*, 23, Doc67.
- Schleicher, I., van der Mei, S.H., Mika, J. & Kreuder, J.G. (2017) Chirurgisches Aufklärungsgespräch in der studentischen Lehre. *Unfallchirurg*, DOI: 10.1007/s00113-016-0298-6
- Schroeder, G. (2008) Fast wie echt - Skillstraining mit Simulationspatienten. *Padua 2, April*, 31-34. Zugriff am 19.04.2019 unter www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/schroeder_fast_wie_echt_1323_1.pdf

- Schulz, C., Wenzel-Meyburg, U., Karger, A., Scherg, A., In der Schmitt, J., Trapp, T., Paling, A., Bakus, S., Schatte, G., Rudolf, E., Decking, U., Ritz-Timme, S., Grünwald, M. & Schmitz, A. (2015) Implementation of palliative care as a mandatory cross-disciplinary subject (QB13) at the Medical Faculty of the Heinrich-Heine-University Düsseldorf, Germany . *GMS Z Med Ausbild*, 32, Doc6. DOI: 10.3205/zma000948, URN: urn:nbn:de:0183-zma0009488
- Schulz, J.-H., Schönemann, J., Lauber, H., Nikendei, C., Herzog, W. & Jünger, J. (2007) Einsatz von Simulationspatienten im Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinerinnen und Mediziner (Medi-KIT): Bedarfsanalyse - Training – Perspektiven. *Gruppendynamik und Organisationsplanung*. 38(1), 7-23.
- Schumann, E. (2018) Einschätzung der Wirksamkeit und Evaluation von dem Praxiskurs „Stressbewältigung im Medizinstudium“ - Eine Pilotstudie. Dissertation. Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Schweickhardt, A. & Fritzsche, K. (2009) *Kursbuch ärztliche Kommunikation*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2023) *Kommunikation im medizinischen Alltag*. Basel: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- Sibelius, U. (2017) (Unveröffentl. Manuskript) *Palliativmedizinische Lehre an der medizinischen Fakultät der Justus-Liebig-Universität Gießen. Klinik für Internistische Onkologie, Hämatologie, Palliativmedizin und Visceralmedizin*. Gießen: Klinik für Internistische Onkologie, Hämatologie, Palliativmedizin und Visceralmedizin Universitätsklinik Gießen und Marburg der Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Simmenroth-Nayda, A., Gagyor, I., Ahrens, D., Chenot, J.F., Fischer, T., Scherer, M. & Kochen (2007a) „Instant Aging“ eine Unterrichts-Methode zur Verbesserung der Empathiefähigkeit von Studierenden gegen über Älteren und chronisch Kranken. *Z Allg Med.*, 83, 252 – 255. DOI 10.1055/s-2007-980198
- Simmenroth-Nayda, A., Chenot, J. F., Fischer, T., Scherer, M., Stanske, B. & Kochen, M. (2007b) Medizinstudium: Mit Laienschauspielern das ärztliche Gespräch trainieren. *Dtsch Ärztebl.*, 104, A-847-852.

- Simmenroth-Nayda, A., Marx, G., Lorkowski, T. & Himmel, W. (2016) Working as simulated patient has effects on real patient life – Preliminary insights from a qualitative study. *GMS J Med Educ*, 33(3), Doc42. DOI: 10.3205/zma001041, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010415
- Simpson, M.A. (1985) How to Use Role-Play in Medical Teaching. *Medical Teacher*, 7, 75-82. DOI: 10.3109/01421598509036794.
- Steffens, S., Paulmann, V., Mecklenburg, J., Büttner, K. & Behrends, M. (2018) Perceived usability of the National Competence Based Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Education by medical educators at the Hannover Medical School. *GMS J Med Educ*, 35(2). Doc16. DOI: 10.3205/zma001163, URN: urn:nbn:de:0183-zma0011636
- Stibane, T., Sitter, H., Neuhof, D., Wiechens, H., Schönbauer, A., Bösner, S. & Baum, E. (2016) Feedback promotes learning success! Which kind of feedback for the faculty is given by an interdisciplinary OSCE with focus on decision-making? *GMS J Med Educ*, 33(4), Doc53. DOI: 10.3205/zma001052.
- Telio, S., Ajjawi, R. & Regehr, G. (2015) The „Educational Alliance“ as a framework for reconceptualizing feedback in medical education. *Acad med*, 90, 609-614. Doi:10:3109/01421599709019346.
- Universitätsklinikum Heidelberg (2015) *Entwicklung des Nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation in der Medizin – Ein Projekt des nationalen Krebsplans*. Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik. Heidelberg: Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Vetter, A.D.E. (2013) Entwicklung eines Kursprogramms zur Stressbewältigung im Medizinstudium - Hintergrund, Konzeption und Inhalte -. Dissertation. Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Weidner, K., Herrmann-Lingen, C., Herzog, W., Jünger, J., Kruse, J., Zipfel, S. & Köllner, V. (2015) Lernziele der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie vor dem Hintergrund des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkataloges Medizin (NKLM). *Z Psychosom Med Psychother*, 61, 275–288.

- Weinert, F.E. (2002) Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: F.E. Weinert (Hrsg.) *Leistungsmessung in Schulen* (S. 17-31). Weinheim: Beltz.
- Wikipedia (2017) *Der Bologna-Prozess*. Zugriff am 10.08.2017 unter <https://de.wikipedia.org/wiki/Bologna-Prozess>
- Wind, L.A., van Dalen, J., Muijtjens, A.M.M. Rethans, J.J. (2004). Assessing simulated patients in an educational setting: the MaSP (Maastricht Assessment of Simulated Patients). *Med Educ*, 38, 39-44.
- Wissenschaftsrat (2008) Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Lehre und Studium. Bonn. Zugriff am 18.04.2019
www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/Qualitätsverbesserung-Lehre.pdf
- Wissenschaftsrat (2018) Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte - Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020. Köln. Zugriff am 23.05.2019
<https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7271-18.pdf>
- www.uni-giessen.de (2018) Fachbereich Medizin – Sprechende Medizin. Zugriff am 15.02.2018 unter <https://www.uni-giessen.de/fbz/fb11/studium/medizin/kommtrain>
- Wykurz, G. & Kelly, D. (2002) Developing the role of patients as teachers: literature review. *British Medical Journal*, 325, 818 – 821.
- Wüdrich, M., Peters, J., Philipsen, A., Kopasz, M., Berger, M. & Voderholzer, U. (2008) Einsatz von Simulationspatienten in den Lehrfächern Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenarzt*, 79, 1273-1282.
- Wünsch, A. (2018) Feedback geben will gelernt sein. In: J. Jünger, J. (Hrsg.) *Ärztliche Kommunikation. Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020* (S. 79-85). Stuttgart: Schattauer
- Yecidia, M.J., Gillespie, C.C., Kachur, E., Schwartz, M.D., Ockene, J., Chepaitis, A.E., Snyder, C.W., Lazare, A., Lipkin, M. Jr. (2003) Effect of communications training on medical student performance. *Jama*, 290(9), 1157-1165.

Anhang

- A. Kompetenzen und Lernziele über alle Fachgebiete
- B. Gießener Fassung des Evaluationsbogens SES-Sim
- C. Kompetenzbereiche und Lernziele und Ebenen - Vergleich NKLM und JLU Gießen
- D. Zahlen Deskriptive Statistik
- E. Erklärung der Ethikkommission
- F. Erklärung zur Dissertation
- G. Publikations- und Vortragsverzeichnis
- H. Danksagung

Anhang A – Kompetenzen, Lernziele und Lerntiefe über alle Fachbereiche

Kompetenzen und Lernziele über alle Fachgebiete und deren Lerntiefe

(exklusiv Kompetenzbereich 1; wird in der Vorklinik durch das Institut für Medizinische Psychologie der Justus-Liebig-Universität Gießen gelehrt)

NKLM Mustercurriculum Kapitel 14c		Psycho- somatik	Palliativ- medizin	Palliativmedizin Wahlfach	Allgemein- medizin	Unfall- chirurgie	Pädiatrie	Pädiatrie OSCE
Kompetenzbereich 2	Die Absolventin und der Absolvent gestalten eine vertrauensvolle, stabile Arzt-Patienten-Beziehung und beherrschen eine professionelle und patientenzentrierte Gesprächsführung unter Berücksichtigung der spezifischen Gesprächstypen, Gesprächsphasen und Gesprächsaufgaben.							
Teilkompetenzbereich								
2.1.	Sie sind in der Lage, durch ihr kommunikatives Handeln eine positive, tragfähige und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen und zu erhalten. Sie können ...							
2.1.1	eine patientenzentrierte (kongruente, akzeptierende und empathische) Grundhaltung einnehmen, entsprechend kommunizieren und dabei Nähe und Distanz professionell gestalten.	3b	3b	3b	3b	3b	3b	3b
2.1.2	psychische, somatische, soziale, alters- und geschlechterbezogene Aspekte einer Erkrankung während des Gesprächs simultan berücksichtigen.	3a	3a	3a	3a	3a	3a	3a
2.1.3	die Patientenperspektive (Ideen, Gefühle, Autonomie, Werte, Genderaspekte, soziales, kulturelles und materielles Umfeld) wahrnehmen, einnehmen und respektieren und in Entscheidungen einbeziehen.	3a	3a	3a	3b	3b	3b	3b
2.1.4	Techniken der systematischen und strukturierten Informationssammlung anwenden.	3b	3b	3b	3b	3b	3b	3b

2.1.5	sowohl verbale als auch nonverbale und paraverbale Aspekte in der Kommunikation bei sich und anderen berücksichtigen.	2	2	3a	3a	3a	3a	3a
2.1.6	eigene und fremde Emotionen und Gefühle, wie Scham oder Ekel wahrnehmen, unterscheiden und benennen und situativ angepasst entsprechende Modelle zur Gesprächsführung professionell einsetzen.	3a	3a	3a	3a	3a		
2.1.7	gemäß der Regeln für konstruktives Feedback dieses entsprechend geben und empfangen.	3a	3a	3a	3a	3a		
2.1.8	eine Einwilligung vor und während der körperlichen Untersuchung einholen und das Vorgehen erklären.						2	2
2.1.9	die Methode der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) / Shared Decision Making (SDM) anwenden.		2	2	2	2		
2.1.10	auf die subjektive Krankheitstheorie und die Erklärungsmodelle der Patientinnen und Patienten eingehen, mit den ärztlichen Krankheitstheorien, Werten und Interessen abstimmen und in die Behandlung integrieren.		2	2	3a	3a		3a
2.1.11	Unterstützung anbieten.	3b						
2.1.12	zur Ressourcenaktivierung und Förderung von Eigenverantwortlichkeit entsprechende Techniken anwenden.				3a	3a		
2.2.	Sie strukturieren das Gespräch von Anfang bis Ende transparent. Sie können ...							
2.2.1	ein Zeitmanagement angepasst an verschiedene Gesprächssituationen und Erfordernisse betreiben.				2	2		
2.2.2	die Agenda für das Gespräch unter Berücksichtigung von Arzt- und Patienten-Anliegen festlegen und entsprechend kommunizieren.		2	3a	3a	3a	3a	
2.2.3	strukturierende Gesprächstechniken anwenden und je nach Gesprächsaufgabe spezifische Fragetechniken einsetzen.	3a						
2.2.4	den Fokus während des Gespräches erkennen und steuern und einen angemessenen Wechsel zwischen arzt- und patientenzentrierter Gesprächsführung gestalten.	3a						
2.3.	Sie finden einen angemessenen Einstieg in das Gespräch und schaffen eine den Rahmenbedingungen angepasste Gesprächs-situation. Sie können ...							

2.3.1	Patientinnen und Patienten begrüßen, sich mit Namen und Funktion vorstellen und mit Eröffnungsfragen beginnen, die den Gesprächsraum für Patientinnen und Patienten öffnen.	3b						
2.4.	Sie sind in der Lage, situations- und krankheitsspezifisch strukturierte allgemeine und spezifische Anamnesen mit den Patientinnen und Patienten zu erheben sowie Informationen aus anderen Quellen einzubeziehen. Sie können ...							
2.4.1	das medizinische Vorwissen, die Einstellungen, Erfahrungen und Erwartungen bezüglich der Krankheit bei Patientinnen und Patienten erfragen.	2	2	2	3a	3a	3a	
2.4.2	eine situationsgerechte Krankheitsanamnese durchführen.	2	2	2	3a		3a	3a
2.4.3	eine vegetative Anamnese durchführen.							3a
2.4.4	einen Systemüberblick erheben.							
2.4.5	eine Familienanamnese (Stammbaum, Genogramm etc.) durchführen.							
2.4.6	eine psychosoziale Anamnese, inklusive Arbeitsanamnese, ggf. Migrationsanamnese, durchführen.							
2.4.7	eine Medikamentenanamnese, inklusive Allergien und Unverträglichkeiten, durchführen.							3a
2.4.8	eine Entwicklungsanamnese durchführen.							2
2.4.9	eine Anamnese gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen durchführen.				2			2
2.4.10	eine Sexualanamnese, inklusive Menstruationsanamnese, durchführen.							
2.4.11	eine Notfallanamnese durchführen.							2

2.5.	Sie vermitteln Informationen, insbesondere Diagnosemitteilung, und Erklärungen achtsam und verständlich, ermutigen zu Nachfragen und Diskussionen und berücksichtigen das Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach Beteiligung. Sie können ...							
2.5.1	eine verständliche und empathische Aufklärung und Beratung durchführen		2	2	3a	3a	3a	3a
2.5.2	sich am Bedürfnis und an den Ressourcen der Patientinnen und Patienten bzgl. Autonomie und Verantwortung, Informationsmenge und Vollständigkeit orientieren und ihr Recht respektieren, Informationen abzulehnen, insbesondere bei der Diagnosemitteilung.		2	2	2			
2.5.3	erhobene Befunde in deren Bedeutung für Patientinnen und Patienten angemessen kommunizieren.			2	2	2	2	
2.5.4	das Verständnis von Patientinnen und Patienten respektvoll prüfen.		3a	3a	3a	3a	3a	
2.6.	Sie gestalten Entscheidungsprozesse gemeinsam mit Patientinnen und Patienten oder deren Bezugspersonen unter Berücksichtigung der Voraussetzungen und möglichen Folgen der Urteilsbildung (Partizipative Entscheidungsfindung/ Shared Decision Making). Sie können ...							
2.6.1	Zuständigkeiten bei der Entscheidungsfindung erklären und anbieten sowie entsprechende Personen (z. B. Eltern, Sorgeberechtigte, Kinder etc.) in den Entscheidungsprozess einzubeziehen.					2	2	2
2.6.2	Information über die verschiedenen Behandlungsoptionen mit deren Vor- und Nachteilen und Risiken unter Einsatz von Hilfsmitteln verständlich mitteilen.		2	2	2	2		
2.6.3	das Beteiligungsbedürfnis von Patientinnen und Patienten individuell klären und Entscheidungsprozesse gemeinsam mit diesen gestalten.		2	2	2	2	2	2
2.6.4	die Erwartungen, Sorgen und Präferenzen von Patientinnen und Patienten ermitteln und in Bezugnahme dazu die eigenen Erwartungen und Behandlungspräferenzen kommunizieren.		2	3a	3a	3a	3a	3a

2.6.5	die Wechselwirkungen zwischen der Entscheidung und dem sozialen Umfeld der Patientinnen und Patienten thematisieren und berücksichtigen.		2	2	2	2		
2.6.6	gesundheitspolitische und -ökonomische Einflussfaktoren auf die Entscheidungsfindung sowie zeitliche und organisatorische Rahmenbedingungen erklären.							
2.7.	Sie sind in der Lage, die weiteren, insbesondere diagnostischen und therapeutischen Schritte zu planen und ein Patientengespräch abzuschließen. Sie können ...							
2.7.1	einen gemeinsamen Diagnostik- und Behandlungsplan festlegen und bei Bedarf verändern.			2	2		2	2
2.7.2	die Sitzung zusammenfassen, die nächsten Schritte mit den Patientinnen und Patienten besprechen und das Patientengespräch abschließen.	3a						
2.8	Sie gestalten verschiedene Gesprächsaufgaben erfolgreich unter Berücksichtigung ihrer wesentlichen Merkmale und Anforderungen. Sie können ...							
2.8.1	eine Anamnese erheben.							3a
2.8.2	eine Fremdanamnese erheben.						2	2
2.8.3	eine Diagnose mitteilen.		2	2				2
2.8.4	eine Beratung durchführen und auf weitere geeignete Anlaufstellen verweisen.			2	2			
2.8.5	Patientinnen und Patienten und ggf. Bezugspersonen oder Pflegepersonal ausführlich über die Anwendung der verschiedenen Arzneimittel und Rezepte beraten und aufklären.							
2.8.6	ein Aufklärungsgespräch führen.					2		
2.8.7	eine Visite durchführen.							
2.8.8	ein Entlassungsgespräch führen.						2	2
2.8.9	einen Hausbesuch durchführen.							
2.8.10	eine Aufklärung bzgl. Einschluss in eine klinische Studie durchführen.							

2.8.11	über das Thema Patientenverfügung mit der Patientin oder dem Patienten sprechen.			1				
2.8.12	Informationen und Beratung zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe geben.							
Kompetenzbereich 3	Die Absolventin und der Absolvent reflektieren typische sensible Themenfelder im ärztlichen Berufsalltag und gestalten ihre Kommunikation auch in emotional herausfordernden Situationen angemessen.							
3.1.	Sie sind in der Lage, starke oder schwierige Emotionen sowohl bei Patientinnen und Patienten als auch bei deren Bezugspersonen / Sorgeberechtigten sowie Störungen der Kommunikation zu erkennen und im Gespräch entsprechend darauf einzugehen. Sie können ...							
3.1.1	situative und individuelle Unterschiede der Emotionsbewältigung erkennen und angemessen berücksichtigen.		3a	3a			3a	3a
3.1.2	eigene Gefühle im Kontakt mit anderen, insbesondere Patientinnen und Patienten, Kolleginnen und Kollegen, erkennen, vor Konzepten der Übertragung und Gegenübertragung reflektieren und einen angemessenen und sachlichen Kommunikationsstil bewahren.			3a	3a			
3.1.3	Konflikte wahrnehmen, analysieren, gegenüber Patientinnen/Patienten und ggf. Bezugspersonen konkret ansprechen und dahinter liegende soziokulturelle Dynamiken und ethische Dilemmata in ihrer Bedeutung angemessen einordnen.							
3.2	Sie kennen und benennen typische sensible Themenfelder, die im ärztlichen Berufsalltag auftreten können, und können entsprechende Gespräche bzw. Beratungen sensibel und gemäß aktueller Standards durchführen. Sie können ...							
3.2.1	tabuisierte Themen und stigmatisierte Erkrankungen wahrnehmen, akzeptieren und wenn eine Vertiefung sinnvoll bzw. notwendig erscheint, dieses Thema angemessen ansprechen.				2	2		
3.2.2	bei Verdacht auf Belastung durch häusliche Gewalt dies sensibel ansprechen.							

3.2.3	bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung angemessene Maßnahmen einleiten.							
3.2.4	eine eventuelle biografische Belastung durch Misshandlung oder sexuellen Missbrauch in der Kindheit in der Anamnese angemessen erfragen.							
3.2.5	ein sensibles Gespräch mit Sorgeberechtigten /Bezugspersonen eines (schwerst-) kranken Kindes führen.						2	
3.2.6	ein sensibles, personenzentriertes Gespräch mit Kindern (schwerst-) kranker Sorgeberechtigter /Bezugspersonen führen.						2	
3.2.7	schlechte Nachrichten unter situationsspezifischer Berücksichtigung eines Gesprächsmodells angemessen überbringen.		2	2				
3.2.8	ressourcenaktivierende und supportive Interventionen bei schwerkranken Patientinnen und Patienten in angemessenem Umfang anwenden.		2	2				
3.2.9	den Verdacht auf Suizidalität oder Fremdgefährdung angemessen ansprechen und die Patientinnen und Patienten bei Bestätigung des Verdachts weitervermitteln.	2						
3.2.10	psychosoziale, geschlechtsspezifische, altersspezifische, kulturelle, insbesondere familiäre oder arbeitsplatzbezogene Konflikte angemessen ansprechen.	2						
3.2.11	wahrhaftig und empathisch mit Sterbenden und deren Angehörigen kommunizieren.		2	2				
3.2.12	eine Trauerberatung durchführen oder vermitteln.							
3.2.13	Kostenfragen transparent thematisieren, indem der Patientin und dem Patienten die Erforderlichkeit, der empfohlene Umfang und die Vertretbarkeit von Leistungen korrekt dargestellt werden.							
3.3	Sie können mit genereller Ungewissheit von medizinischen Entscheidungen und individueller Unsicherheit umgehen und diese unter Berücksichtigung der eigenen Rolle in angemessener Weise kommunizieren. Sie können...							

3.3.1	Unsicherheiten gegenüber Kolleginnen/Kollegen und Vorgesetzten ansprechen und diese dem eigenen Ausbildungsstand angemessen gegenüber Patientinnen und Patienten und deren Bezugspersonen kommunizieren.			3				
3.4	Sie analysieren eigene Fehler und beherrschen eine situationspezifisch angemessene Fehlerkommunikation. Sie können ...							
3.4.1	eigene Fehler bei Kolleginnen und Kollegen ansprechen, situationsgerecht mit den für die Behandlung Verantwortlichen analysieren und, ggf. gemeinsam mit Patientinnen und Patienten, entscheidet, wer nachfolgende Gespräche führt.							
3.4.2	Fehler möglichst zeitnah und direkt gegenüber dem Patientinnen/Patienten und ggf. deren Bezugspersonen / Sorgeberechtigten kommunizieren.							
Kompetenzbereich 4	Die Absolventin und der Absolvent gestalten ihr kommunikatives Handeln durch den gezielten Einsatz von Kommunikationsstrategien auch in herausfordernden klinischen Kontexten und Konstellationen erfolgreich.							
4.1	Sie kennen und benennen typische herausfordernde klinische Kontexte und können entsprechende Kommunikationsstrategien anwenden. Sie können ...							
4.1.1	ein Gespräch mit nicht-adhärenenten Patientinnen und Patienten führen und dabei spezifische Modelle berücksichtigen.				2			
4.1.2	Maßnahmen einer Krisenintervention bei einer psychosozialen Krise, einem medizinischen Notfall, einem Großschadensereignis erläutern.						2	2
4.2	Sie sind in der Lage zu einer angemessenen Risikokommunikation und Aufklärung. Sie können...							
4.2.1	diagnostische und therapeutische Maßnahmen mit deren Vor- und Nachteilen und dem zu erwartenden Erfolg mit Hilfe von Techniken der transparenten Risikokommunikation darstellen sowie Nutzen, Risiken und Kosten abwägen und kommunizieren.		2	2	2	2		
4.2.2	positive und negative Konsequenzen eines Verzichts auf diagnostische und therapeutische Maßnahmen erklären.							

4.2.3	Ungewissheit als integralen Bestandteil von Urteilsbildung und Entscheidungsfindung berücksichtigen, implizite und explizite Urteilsmodelle von Gesundheit und Krankheit kritisch reflektieren und angemessen damit umgehen.		2	2				
4.3	Sie erkennen und kommunizieren gesunde und riskante Verhaltensweisen von Patientinnen und Patienten und können indizierte Verhaltensänderungen durch ein grundlegendes Wissen über entsprechende Beratungs- und Therapiemöglichkeiten einschließlich der Möglichkeit einer medizinischen Rehabilitation unterstützen. Sie können ...							
4.3.1	ressourcenaktivierende und die Autonomie fördernde Gespräche mit Patientinnen und Patienten führen.		2	2	3a			
4.3.2	auf Basis von grundlegendem Wissen Beratungen und ggf. Interventionen zur Verhaltens- und Lebensstilveränderung durchführen.				3a			
4.4	Sie sind in der Lage, ein angemessenes Gespräch im Mehrpersonen-Setting zu führen. Sie können ...							
4.4.1	Gespräche mit Bezugspersonen / Sorgeberechtigten / Vertretern unter Beachtung des Patientenwillens und der Vertraulichkeit führen.							
4.4.2	bei der Entscheidungsfindung persönliche Ansichten, Umstände und Wünsche derjenigen, die im Auftrag der Patientinnen und Patienten handeln, berücksichtigen.					2	2	2
4.4.3	Patientinnen und Patienten als primäre Ansprechpartner behandeln, d.h. diese, wenn möglich, direkt ansprechen.							
Kompetenzbereich 5	Die Absolventin und der Absolvent analysieren und reflektieren soziodemografische und sozioökonomische Einflussfaktoren auf die Kommunikation und kommunizieren entsprechend.							
5.1	Sie reflektieren und berücksichtigen alters-, entwicklungs-, behinderungs- und geschlechterbezogene Einflussvariablen auf die Kommunikation. Sie können ...							

5.1.1	sich an das Sprachverständnis von Patientinnen und Patienten anpassen.	3a						
5.1.2	geschlechtersensibel kommunizieren.	3b						
5.1.3	entwicklungs- und altersbezogene Unterschiede in der Kommunikation berücksichtigen.	3a						
5.2	Sie sind sich der sozio-kulturellen Vielfalt und der Werte- und Normenpluralität in der Gesellschaft bewusst und berücksichtigen diese in medizinischen Situationen angemessen. Sie können ...							
5.2.1	kulturelle, soziale, geschlechterbezogene, sozioökonomische, religiöse und weltanschauliche Wert- und Normsysteme differenziert bei sich und anderen wahrnehmen und ihre Bedeutung für den Einzelfall und für die medizinische Behandlung reflektieren.			3a	3a		3a	
5.2.2	sensibel mit individuellen Schamgrenzen umgehen und gleichzeitig die ärztlichen Pflichten und Aufgaben erklären und erfüllen.				2		2	2
5.2.3	gesellschaftliche Stigmatisierungsprozesse in ihren Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit und Behinderung berücksichtigen.							
5.2.4	sich Wissen über soziokulturelle Diversität aneignen und dabei kritisch gegenüber Vereinfachungen bleiben (Kulturalisierung vermeiden).							
5.2.5	Strategien zur kultursensiblen Kommunikation anwenden.						2	
5.3	Sie sind sich der Konsequenzen sprachlicher Barrieren für die Interaktion mit Patientinnen/ Patienten und deren Bezugspersonen bewusst und berücksichtigen diese bei der Planung und Durchführung des Gesprächs. Sie können ...							
5.3.1	die Sprachkenntnisse und das individuelle Sprachniveau von Patientinnen und Patienten einschätzen und das eigene Sprachniveau anpassen, z.B. bei Patientinnen und Patienten mit einer anderen Muttersprache als Deutsch.	2	2	2	2	2	2	2

5.3.2	das Verständnis von Patientinnen und Patienten durch verständnissichernde Maßnahmen (verbal und nonverbal) gezielt kontrollieren und beim Eindruck von Verständnisproblemen direkt intervenieren.							
5.3.3	die Vor- und Nachteile des Einsatzes von nichtprofessionellen und professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern im klinischen Alltag reflektieren und kompetent mit diesen zusammenarbeiten.						2	
5.3.4	bei Einsatz von nicht-professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern, insbesondere im Falle von Angehörigen, die Beziehung zu den Patientinnen bzw. Patienten erfragen und berücksichtigen und die Organisation der Dolmetschsituation übernehmen.						2	
5.3.5	auch während des Einsatzes von Dolmetscherinnen oder Dolmetschern die ärztlichen Aufgaben der Kommunikation wahrnehmen und nicht an die dolmetschende Person delegieren.							
5.4	Sie gestalten den Umgang mit Patienten, deren Wahrnehmung und Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt und/oder gestört ist, den besonderen Anforderungen entsprechend. Sie können ...							
5.4.1	die Art und Schwere der Wahrnehmungs- und Kommunikationsstörung erfragen und unter besonderer Berücksichtigung des Settings entsprechend kommunizieren.							
5.4.2	Maßnahmen der "unterstützten Kommunikation", d. h. zur Erweiterung der kommunikativen Möglichkeiten, im Gespräch einsetzen.						2	
5.4.3	sich anderer Kommunikationskanäle bedienen, wenn einer der Kanäle eingeschränkt ist, und bei Bedarf (und immer, wenn Patientinnen und Patienten von den Lippen absehen) die Interaktion von der Kommunikation trennen sowie das Verständnis sichern.						2	
5.4.4	bei Bedarf professionelle Unterstützung kompetent einbeziehen.							
5.4.5	bei Bedarf (und immer wenn Patientinnen und Patienten von den Lippen absehen oder ein Blickkontakt notwendig ist) die Interaktion von der Kommunikation trennen.							

6	Die Absolventin und der Absolvent reflektieren die spezifischen Anforderungen der mündlichen, schriftlichen und elektronischen Kommunikation sowie der öffentlichen Kommunikation und interagieren unter Einhaltung des Datenschutzes kontextspezifisch.							
6.1	Sie passen ihre Kommunikation den spezifischen Anforderungen verschiedener Arten mündlicher Kommunikation an. Sie können ...							
6.1.1	eine mündliche oder telefonische Übergabe von Patientinnen und Patienten an ärztliche Kolleginnen und Kollegen durchführen.							
6.1.2	eine mündliche oder telefonische Übergabe eines Patienten/einer Patientin an Angehörige der Pflege- bzw. anderer Gesundheitsberufe unter Verwendung geeigneter Fachsprache durchführen.							
6.1.3	Patientinnen und Patienten vorstellen, deren Probleme priorisieren und das diagnostische und therapeutische Prozedere bezogen auf den Einzelfall mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sowie Angehörigen anderer Gesundheitsberufe systematisch diskutieren.							
6.1.4	Telefonate mit Patientinnen/Patienten oder Dritten führen.							
6.2	Sie verfassen unterschiedliche Formen von Patientenberichten / schriftlicher Kommunikation angemessen. Sie können ...							
6.2.1	verschiedene Formen von Patientenberichten (Aufnahmeprotokoll, Kurzbericht, Entlassbericht) in einer strukturierten und sachbezogenen Form mit allen relevanten Untersuchungsergebnissen und Vorschlägen zur Behandlungsplanung erstellen.							
6.2.2	Rezepte ausstellen.							
6.2.3	Todesbescheinigungen ausstellen.							
6.3	Sie beherrschen und reflektieren den Umgang mit medizinischen Informationstechnologien. Sie können ...							

6.3.1	patientenspezifische Informationen aus klinischen Informationssystemen abrufen, sowie die ärztliche Verantwortlichkeit bei Betrieb dieser Systeme und Verfahren zur sicheren Übermittlung und Speicherung von Patientendaten kennen und anwenden.							
6.3.2	in einer elektronischen Patientenakte Untersuchungen anfordern, Befunde dokumentieren, Medikamentenverordnungen durchführen und Arztbriefe erstellen.							
6.3.3	Lösungen der Telemedizin patientenorientiert einsetzen und Rahmenbedingungen der Gesundheitsthematik erläutern.							
6.4	Sie beherrschen und reflektieren die angemessene Kommunikation mit Medienvertretern und in der Öffentlichkeit. Sie können ...							
6.4.1	medizinische Informationen an die Öffentlichkeit und/oder die Medien angemessen weitergeben.							

Anhang B - Evaluationsbogen

EvaSys	"Communicare" Longitudinales Curriculum Sprechende Medizin	Servicestelle Lehrveranstaltungen
GIFFB11SM7	Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Zentrum für Psychosomatische Medizin	JUSTUS-LIEBIG- UNIVERSITÄT GIESSEN

Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
 Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

Fach

Im Zusammenhang mit folgenden Fach habe ich an dem Kurs teilgenommen.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> Palliativmedizin Pflichtfach | <input type="checkbox"/> Palliativmedizin Wahlfach |
| <input type="checkbox"/> Unfallchirurgie | <input type="checkbox"/> Psychosomatik | <input type="checkbox"/> anderes Fach |

Kurs

	stimme voll und ganz zu			stimme überhaupt nicht zu	
Durch den Kurs bin ich in Bezug auf die ärztliche Tätigkeit sicherer geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch den Kurs hat sich meine ärztliche Kompetenz erhöht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch den Kurs hat sich meine Kompetenz in Bezug auf die ärztliche Gesprächsführung erhöht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das in diesem Kurs Gelernte kann ich in der späteren Berufspraxis gut gebrauchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schauspieler/innen

Die Schauspieler/innen schienen auf ihre Rolle als Patient/in gut vorbereitet.	<input type="checkbox"/>				
Die Schauspieler/innen gaben ein hilfreiches Feedback.	<input type="checkbox"/>				
Die Schauspieler/innen waren in ihrer Rolle als Patient/in glaubwürdig.	<input type="checkbox"/>				
Die Kontakte mit Schauspielpatient/inn/en kamen der Realität nahe.	<input type="checkbox"/>				

Dozent/in

Der Dozent/die Dozentin schien gut vorbereitet zu sein.	<input type="checkbox"/>				
Der Dozent/die Dozentin moderierte den Kurs kompetent.	<input type="checkbox"/>				
Der Dozent/die Dozentin war am Lernerfolg der Studierenden interessiert.	<input type="checkbox"/>				

Studierende

Die Studierenden arbeiteten aktiv mit.	<input type="checkbox"/>				
Die Studierenden gaben ein hilfreiches Feedback.	<input type="checkbox"/>				
Die Studierenden wirkten aufmerksam und interessiert.	<input type="checkbox"/>				

Anmerkungen, Kritik und Verbesserungsvorschläge

Was gefiel Ihnen an dieser Veranstaltung besonders gut (+) oder schlecht (-)?
 Nutzen Sie den Platz für weitere Anmerkungen und Anregungen!
 (Bitte verwenden Sie Druckbuchstaben, damit die Schrift keine Rückschlüsse auf Ihre Person zulässt!)



Anhang C – Kompetenzbereiche und Basiskompetenzebenen - Vergleich NKLM und JLU Gießen

Kompetenzbereiche und Lernziele und Ebenen - Vergleich NKLM und JLU Gießen

Es werden in der untenstehenden Tabelle nur die Kompetenzbereiche, Lernziele und Basiskompetenzebenen (BK; Lerntiefe) benannt, die im Fachbereich Humanmedizin der Justus-Liebig-Universität im Bereich des Longitudinalen Curriculums Communicare gelehrt bzw. vermittelt werden.

NKLM Mustercurriculum Kapitel 14c		BK Ebenen (Lerntiefe)	
		NKLM	JLU
Kompetenzbereich 2	Die Absolventin und der Absolvent gestalten eine vertrauensvolle, stabile Arzt-Patienten-Beziehung und beherrschen eine professionelle und patientenzentrierte Gesprächsführung unter Berücksichtigung der spezifischen Gesprächstypen, Gesprächsphasen und Gesprächsaufgaben.		
Teilkompetenzbereich			
2.1.	Sie sind in der Lage, durch ihr kommunikatives Handeln eine positive, tragfähige und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen und zu erhalten. Sie können ...		
2.1.1	eine patientenzentrierte (kongruente, akzeptierende und empathische) Grundhaltung einnehmen, entsprechend kommunizieren und dabei Nähe und Distanz professionell gestalten.	3a	3b
2.1.2	psychische, somatische, soziale, alters- und geschlechterbezogene Aspekte einer Erkrankung während des Gesprächs simultan berücksichtigen.	3a	3a
2.1.3	die Patientenperspektive (Ideen, Gefühle, Autonomie, Werte, Genderaspekte, soziales, kulturelles und materielles Umfeld) wahrnehmen, einnehmen und respektieren und in Entscheidungen einbeziehen.	3a	3b
2.1.4	Techniken der systematischen und strukturierten Informationssammlung anwenden.	3a	3b
2.1.5	sowohl verbale als auch nonverbale und paraverbale Aspekte in der Kommunikation bei sich und anderen berücksichtigen.	3a	3a
2.1.6	eigene und fremde Emotionen und Gefühle, wie Scham oder Ekel wahrnehmen, unterscheiden und benennen und situativ angepasst entsprechende Modelle zur Gesprächsführung professionell einsetzen.	3a	3a
2.1.7	gemäß der Regeln für konstruktives Feedback dieses entsprechend geben und empfangen.	3a	3a
2.1.8	eine Einwilligung vor und während der körperlichen Untersuchung einholen und das Vorgehen erklären.	3a	2

2.1.9	die Methode der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) / Shared Decision Making (SDM) anwenden.	2	2
2.1.10	auf die subjektive Krankheitstheorie und die Erklärungsmodelle der Patientinnen und Patienten eingehen, mit den ärztlichen Krankheitstheorien, Werten und Interessen abstimmen und in die Behandlung integrieren.	3a	3a
2.1.11	Unterstützung anbieten.	3a	3b
2.1.12	zur Ressourcenaktivierung und Förderung von Eigenverantwortlichkeit entsprechende Techniken anwenden.	2	3a
2.2.	Sie strukturieren das Gespräch von Anfang bis Ende transparent. Sie können ...		
2.2.1	ein Zeitmanagement angepasst an verschiedene Gesprächssituationen und Erfordernisse betreiben.	2	2
2.2.2	die Agenda für das Gespräch unter Berücksichtigung von Arzt- und Patienten-Anliegen festlegen und entsprechend kommunizieren.	3a	3a
2.2.3	strukturierende Gesprächstechniken anwenden und je nach Gesprächsaufgabe spezifische Fragetechniken einsetzen.	2	3a
2.2.4	den Fokus während des Gespräches erkennen und steuern und einen angemessenen Wechsel zwischen arzt- und patientenzentrierter Gesprächsführung gestalten.	3a	3a
2.3.	Sie finden einen angemessenen Einstieg in das Gespräch und schaffen eine den Rahmenbedingungen angepasste Gesprächssituation. Sie können ...		
2.3.1	Patientinnen und Patienten begrüßen, sich mit Namen und Funktion vorstellen und mit Eröffnungsfragen beginnen, die den Gesprächsraum für Patientinnen und Patienten öffnen.	3a	3b
2.4.	Sie sind in der Lage, situations- und krankheitsspezifisch strukturierte allgemeine und spezifische Anamnesen mit den Patientinnen und Patienten zu erheben sowie Informationen aus anderen Quellen einzubeziehen. Sie können ...		
2.4.1	das medizinische Vorwissen, die Einstellungen, Erfahrungen und Erwartungen bezüglich der Krankheit bei Patientinnen und Patienten erfragen.	3a	3a
2.4.2	eine situationsgerechte Krankheitsanamnese durchführen.	3a	3a
2.4.3	eine vegetative Anamnese durchführen.	3a	3a
2.4.7	Eine Medikamentenanamnese, inklusive Allergien und Unverträglichkeiten durchführen	3a	3a
2.4.8	eine Entwicklungsanamnese durchführen.	2	2
2.4.9	eine Anamnese gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen durchführen.	2	2
2.4.11	eine Notfallanamnese durchführen.	2	2

2.5.	Sie vermitteln Informationen, insbesondere Diagnosemitteilung, und Erklärungen achtsam und verständlich, ermutigen zu Nachfragen und Diskussionen und berücksichtigen das Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach Beteiligung. Sie können ...		
2.5.1	eine verständliche und empathische Aufklärung und Beratung durchführen	2	3a
2.5.2	sich am Bedürfnis und an den Ressourcen der Patientinnen und Patienten bzgl. Autonomie und Verantwortung, Informationsmenge und Vollständigkeit orientieren und ihr Recht respektieren, Informationen abzulehnen, insbesondere bei der Diagnosemitteilung.	2	2
2.5.3	erhobene Befunde in deren Bedeutung für Patientinnen und Patienten angemessen kommunizieren.	2	2
2.5.4	das Verständnis von Patientinnen und Patienten respektvoll prüfen.	3a	3a
2.6.	Sie gestalten Entscheidungsprozesse gemeinsam mit Patientinnen und Patienten oder deren Bezugspersonen unter Berücksichtigung der Voraussetzungen und möglichen Folgen der Urteilsbildung (Partizipative Entscheidungsfindung / Shared Decision Making). Sie können ...		
2.6.1	Zuständigkeiten bei der Entscheidungsfindung erklären und anbieten sowie entsprechende Personen (z. B. Eltern, Sorgeberechtigte, Kinder etc.) in den Entscheidungsprozess einzubeziehen.	2	2
2.6.2	Information über die verschiedenen Behandlungsoptionen mit deren Vor- und Nachteilen und Risiken unter Einsatz von Hilfsmitteln verständlich mitteilen.	2	2
2.6.3	das Beteiligungsbedürfnis von Patientinnen und Patienten individuell klären und Entscheidungsprozesse gemeinsam mit diesen gestalten.	2	2
2.6.4	die Erwartungen, Sorgen und Präferenzen von Patientinnen und Patienten ermitteln und in Bezugnahme dazu die eigenen Erwartungen und Behandlungspräferenzen kommunizieren.	2	3a
2.6.5	die Wechselwirkungen zwischen der Entscheidung und dem sozialen Umfeld der Patientinnen und Patienten thematisieren und berücksichtigen.	2	2
2.7.	Sie sind in der Lage, die weiteren, insbesondere diagnostischen und therapeutischen Schritte zu planen und ein Patientengespräch abzuschließen. Sie können ...		
2.7.1	einen gemeinsamen Diagnostik- und Behandlungsplan festlegen und bei Bedarf verändern.	2	2
2.7.2	die Sitzung zusammenfassen, die nächsten Schritte mit den Patientinnen und Patienten besprechen und das Patientengespräch abschließen.	3a	3a
2.8	Sie gestalten verschiedene Gesprächsaufgaben erfolgreich unter Berücksichtigung ihrer wesentlichen Merkmale und Anforderungen. Sie können ...		
2.8.1	eine Anamnese erheben.	3a	3a

2.8.2	eine Fremdanamnese erheben.	2	2
2.8.3	eine Diagnose mitteilen.	2	2
2.8.4	eine Beratung durchführen und auf weitere geeignete Anlaufstellen verweisen.	2	2
2.8.6	ein Aufklärungsgespräch führen.	2	2
2.8.8	ein Entlassungsgespräch führen.	2	2
2.8.11	über das Thema Patientenverfügung mit der Patientin oder dem Patienten sprechen.	2	1
Kompetenzbereich 3	Die Absolventin und der Absolvent reflektieren typische sensible Themenfelder im ärztlichen Berufsalltag und gestalten ihre Kommunikation auch in emotional herausfordernden Situationen angemessen.		
3.1.	Sie sind in der Lage, starke oder schwierige Emotionen sowohl bei Patientinnen und Patienten als auch bei deren Bezugspersonen / Sorgeberechtigten sowie Störungen der Kommunikation zu erkennen und im Gespräch entsprechend darauf einzugehen. Sie können ...		
3.1.1	situative und individuelle Unterschiede der Emotionsbewältigung erkennen und angemessen berücksichtigen.	3a	3a
3.1.2	eigene Gefühle im Kontakt mit anderen, insbesondere Patientinnen und Patienten, Kolleginnen und Kollegen, erkennen, vor Konzepten der Übertragung und Gegenübertragung reflektieren und einen angemessenen und sachlichen Kommunikationsstil bewahren.	2	3a
3.2	Sie kennen und benennen typische sensible Themenfelder, die im ärztlichen Berufsalltag auftreten können, und können entsprechende Gespräche bzw. Beratungen sensibel und gemäß aktueller Standards durchführen. Sie können ...		
3.2.1	tabuisierte Themen und stigmatisierte Erkrankungen wahrnehmen, akzeptieren und wenn eine Vertiefung sinnvoll bzw. notwendig erscheint, dieses Thema angemessen ansprechen.	2	2
3.2.5	ein sensibles Gespräch mit Sorgeberechtigten/Bezugspersonen eines (schwerst-) kranken Kindes führen.	2	2
3.2.6	ein sensibles, personenzentriertes Gespräch mit Kindern (schwerst-) kranker Sorgeberechtigter /Bezugspersonen führen.	2	2
3.2.7	schlechte Nachrichten unter situationsspezifischer Berücksichtigung eines Gesprächsmodells angemessen überbringen.	2	2
3.2.8	ressourcenaktivierende und supportive Interventionen bei schwerkranken Patientinnen und Patienten in angemessenem Umfang anwenden.	2	2
3.2.9	den Verdacht auf Suizidalität oder Fremdgefährdung angemessen ansprechen und die Patientinnen und Patienten bei Bestätigung des Verdachts weitervermitteln.	2	2

3.2.10	psychosoziale, geschlechtsspezifische, altersspezifische, kulturelle, insbesondere familiäre oder arbeitsplatzbezogene Konflikte angemessen ansprechen.	2	2
3.2.11	wahrhaftig und empathisch mit Sterbenden und deren Angehörigen kommunizieren.	2	3a
3.3	Sie können mit genereller Ungewissheit von medizinischen Entscheidungen und individueller Unsicherheit umgehen und diese unter Berücksichtigung der eigenen Rolle in angemessener Weise kommunizieren. Sie können...		
3.3.1	Unsicherheiten gegenüber Kolleginnen/Kollegen und Vorgesetzten ansprechen und diese dem eigenen Ausbildungsstand angemessen gegenüber Patientinnen und Patienten und deren Bezugspersonen kommunizieren.	3a	2
Kompetenzbereich 4	Die Absolventin und der Absolvent gestalten ihr kommunikatives Handeln durch den gezielten Einsatz von Kommunikationsstrategien auch in herausfordernden klinischen Kontexten und Konstellationen erfolgreich.		
4.1	Sie kennen und benennen typische herausfordernde klinische Kontexte und können entsprechende Kommunikations-strategien anwenden. Sie können ...		
4.1.1	ein Gespräch mit nicht-adhärenenten Patientinnen und Patienten führen und dabei spezifische Modelle berücksichtigen.	2	2
4.1.2	Maßnahmen einer Krisenintervention bei einer psychosozialen Krise, einem medizinischen Notfall, einem Großschadensereignis erläutern.	2	2
4.2	Sie sind in der Lage zu einer angemessenen Risikokommunikation und Aufklärung. Sie können...		
4.2.1	diagnostische und therapeutische Maßnahmen mit deren Vor- und Nachteilen und dem zu erwartenden Erfolg mit Hilfe von Techniken der transparenten Risikokommunikation darstellen sowie Nutzen, Risiken und Kosten abwägen und kommunizieren.	2	2
4.2.3	Ungewissheit als integralen Bestandteil von Urteilsbildung und Entscheidungsfindung berücksichtigen, implizite und explizite Urteilsmodelle von Gesundheit und Krankheit kritisch reflektieren und angemessen damit umgehen.	2	2
4.3	Sie erkennen und kommunizieren gesunde und riskante Verhaltensweisen von Patientinnen und Patienten und können indizierte Verhaltensänderungen durch ein grundlegendes Wissen über entsprechende Beratungs- und Therapiemöglichkeiten einschließlich der Möglichkeit einer medizinischen Rehabilitation unterstützen. Sie können ...		
4.3.1	ressourcenaktivierende und die Autonomie fördernde Gespräche mit Patientinnen und Patienten führen.	2	3a
4.3.2	auf Basis von grundlegendem Wissen Beratungen und ggf. Interventionen zur Verhaltens- und Lebensstilveränderung durchführen.	2	3a
4.4	Sie sind in der Lage, ein angemessenes Gespräch im Mehrpersonen-Setting zu führen. Sie können ...		

4.4.2	bei der Entscheidungsfindung persönliche Ansichten, Umstände und Wünsche derjenigen, die im Auftrag der Patientinnen und Patienten handeln, berücksichtigen.	2	2
Kompetenzbereich 5	Die Absolventin und der Absolvent analysieren und reflektieren soziodemografische und sozioökonomische Einflussfaktoren auf die Kommunikation und kommunizieren entsprechend.		
5.1	Sie reflektieren und berücksichtigen alters-, entwicklungs-, behinderungs- und geschlechterbezogene Einflussvariablen auf die Kommunikation. Sie können ...		
5.1.1	sich an das Sprachverständnis von Patientinnen und Patienten anpassen.	3a	3a
5.1.2	geschlechtersensibel kommunizieren.	3a	3b
5.1.3	entwicklungs- und altersbezogene Unterschiede in der Kommunikation berücksichtigen.	3a	3a
5.2	Sie sind sich der sozio-kulturellen Vielfalt und der Werte- und Normenpluralität in der Gesellschaft bewusst und berücksichtigen diese in medizinischen Situationen angemessen. Sie können ...		
5.2.1	kulturelle, soziale, geschlechterbezogene, sozioökonomische, religiöse und weltanschauliche Wert- und Normsysteme differenziert bei sich und anderen wahrnehmen und ihre Bedeutung für den Einzelfall und für die medizinische Behandlung reflektieren.	2	3a
5.2.2	sensibel mit individuellen Schamgrenzen umgehen und gleichzeitig die ärztlichen Pflichten und Aufgaben erklären und erfüllen.	2	2
5.2.5	Strategien zur kultursensiblen Kommunikation anwenden.	2	2
5.3	Sie sind sich der Konsequenzen sprachlicher Barrieren für die Interaktion mit Patientinnen/ Patienten und deren Bezugspersonen bewusst und berücksichtigen diese bei der Planung und Durchführung des Gesprächs. Sie können ...		
5.3.1	die Sprachkenntnisse und das individuelle Sprachniveau von Patientinnen und Patienten einschätzen und das eigene Sprachniveau anpassen, z.B. bei Patientinnen und Patienten mit einer anderen Muttersprache als Deutsch.	2	2
5.3.3	die Vor- und Nachteile des Einsatzes von nichtprofessionellen und professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern im klinischen Alltag reflektieren und kompetent mit diesen zusammenarbeiten.	2	2
5.3.4	bei Einsatz von nicht-professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern, insbesondere im Falle von Angehörigen, die Beziehung zu den Patientinnen bzw. Patienten erfragen und berücksichtigen und die Organisation der Dolmetschsituation übernehmen.	2	2
5.4	Sie gestalten den Umgang mit Patienten, deren Wahrnehmung und Kommunikations-fähigkeit eingeschränkt und/oder gestört ist, den besonderen Anforderungen entsprechend. Sie können ...		

5.4.2	Maßnahmen der "unterstützten Kommunikation", d. h. zur Erweiterung der kommunikativen Möglichkeiten, im Gespräch einsetzen.	2	2
5.4.3	sich anderer Kommunikationskanäle bedienen, wenn einer der Kanäle eingeschränkt ist, und bei Bedarf (und immer, wenn Patientinnen und Patienten von den Lippen absehen) die Interaktion von der Kommunikation trennen sowie das Verständnis sichern.	2	2

BK = ärztliche Basiskompetenzebenen des NKLM (MFT, 2015)

Nicht abgedeckte Kompetenzbereiche und Lernziele in der Justus-Liebig-Universität

NKLM Mustercurriculum Kapitel 14c	
Kompetenzbereich 2	Die Absolventin und der Absolvent gestalten eine vertrauensvolle, stabile Arzt-Patienten-Beziehung und beherrschen eine professionelle und patientenzentrierte Gesprächsführung unter Berücksichtigung der spezifischen Gesprächstypen, Gesprächsphasen und Gesprächsaufgaben.
Teilkompetenzbereich	
2.4.	Sie sind in der Lage, situations- und krankheitsspezifisch strukturierte allgemeine und spezifische Anamnesen mit den Patientinnen und Patienten zu erheben sowie Informationen aus anderen Quellen einzubeziehen. Sie können ...
2.4.4	einen Systemüberblick erheben.
2.4.5	eine Familienanamnese (Stammbaum, Genogramm etc.) durchführen.
2.4.6	eine psychosoziale Anamnese, inklusive Arbeitsanamnese, ggf. Migrationsanamnese, durchführen.
2.4.10	eine Sexualanamnese, inklusive Menstruationsanamnese, durchführen.
2.6.	Sie gestalten Entscheidungsprozesse gemeinsam mit Patientinnen und Patienten oder deren Bezugspersonen unter Berücksichtigung der Voraussetzungen und möglichen Folgen der Urteilsbildung (Partizipative Entscheidungsfindung/ Shared Decision Making). Sie können ...
2.6.6	gesundheitspolitische und -ökonomische Einflussfaktoren auf die Entscheidungsfindung sowie zeitliche und organisatorische Rahmenbedingungegenerklären.
2.8	Sie gestalten verschiedene Gesprächsaufgaben erfolgreich unter Berücksichtigung ihrer wesentlichen Merkmale und Anforderungen. Sie können ...
2.8.5	Patientinnen und Patienten und ggf. Bezugspersonen oder Pflegepersonal ausführlich über die Anwendung der verschiedenen Arzneimittel und Rezepte beraten und aufklären.
2.8.7	eine Visite durchführen.
2.8.9	einen Hausbesuch durchführen.
2.8.10	eine Aufklärung bzgl. Einschluss in eine klinische Studie durchführen.
2.8.12	Informationen und Beratung zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe geben.

Kompetenzbereich 3	Die Absolventin und der Absolvent reflektieren typische sensible Themenfelder im ärztlichen Berufsalltag und gestalten ihre Kommunikation auch in emotional herausfordernden Situationen angemessen.
3.1.	Sie sind in der Lage, starke oder schwierige Emotionen sowohl bei Patientinnen und Patienten als auch bei deren Bezugspersonen / Sorgeberechtigten sowie Störungen der Kommunikation zu erkennen und im Gespräch entsprechend darauf einzugehen. Sie können ...
3.1.3	Konflikte wahrnehmen, analysieren, gegenüber Patientinnen/Patienten und ggf. Bezugspersonen konkret ansprechen und dahinter liegende soziokulturelle Dynamiken und ethische Dilemmata in ihrer Bedeutung angemessen einordnen.
3.2	Sie kennen und benennen typische sensible Themenfelder, die im ärztlichen Berufsalltag auftreten können, und können entsprechende Gespräche bzw. Beratungen sensibel und gemäß aktueller Standards durchführen. Sie können ...
3.2.2	bei Verdacht auf Belastung durch häusliche Gewalt dies sensibel ansprechen.
3.2.3	bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung angemessene Maßnahmen einleiten.
3.2.4	eine eventuelle biografische Belastung durch Misshandlung oder sexuellen Missbrauch in der Kindheit in der Anamnese angemessen erfragen.
3.2.12	eine Trauerberatung durchführen oder vermitteln.
3.2.13	Kostenfragen transparent thematisieren, indem der Patientin und dem Patienten die Erfordlichkeit, der empfohlene Umfang und die Vertretbarkeit von Leistungen korrekt dargestellt werden.
3.4	Sie analysieren eigene Fehler und beherrschen eine situationsspezifisch angemessene Fehlerkommunikation. Sie können ...
3.4.1	eigene Fehler bei Kolleginnen und Kollegen ansprechen, situationsgerecht mit den für die Behandlung Verantwortlichen analysieren und, ggf. gemeinsam mit Patientinnen und Patienten, entscheiden, wer nachfolgende Gespräche führt.
3.4.2	Fehler möglichst zeitnah und direkt gegenüber dem Patientinnen/Patienten und ggf. deren Bezugspersonen / Sorgeberechtigten kommunizieren.
Kompetenzbereich 4	Die Absolventin und der Absolvent gestalten ihr kommunikatives Handeln durch den gezielten Einsatz von Kommunikationsstrategien auch in herausfordernden klinischen Kontexten und Konstellationen erfolgreich.
4.2	Sie sind in der Lage zu einer angemessenen Risikokommunikation und Aufklärung. Sie können...
4.2.2	positive und negative Konsequenzen eines Verzichts auf diagnostische und therapeutische Maßnahmen erklären.
4.4	Sie sind in der Lage, ein angemessenes Gespräch im Mehrpersonen-Setting zu führen. Sie können ...
4.4.1	Gespräche mit Bezugspersonen / Sorgeberechtigten / Vertretern unter Beachtung des Patientenwillens und der Vertraulichkeit führen.
4.4.3	Patientinnen und Patienten als primäre Ansprechpartner behandeln, d.h. diese, wenn möglich, direkt ansprechen.

Kompetenzbereich 5	Die Absolventin und der Absolvent analysieren und reflektieren soziodemografische und sozioökonomische Einflussfaktoren auf die Kommunikation und kommunizieren entsprechend.
5.2	Sie sind sich der sozio-kulturellen Vielfalt und der Werte- und Normenpluralität in der Gesellschaft bewusst und berücksichtigen diese in medizinischen Situationen angemessen. Sie können ...
5.2.3	gesellschaftliche Stigmatisierungsprozesse in ihren Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit und Behinderung berücksichtigen.
5.2.4	sich Wissen über soziokulturelle Diversität aneignen und dabei kritisch gegenüber Vereinfachungen bleiben (Kulturalisierung vermeiden).
5.3	Sie sind sich der Konsequenzen sprachlicher Barrieren für die Interaktion mit Patientinnen/ Patienten und deren Bezugspersonen bewusst und berücksichtigen diese bei der Planung und Durchführung des Gesprächs. Sie können ...
5.3.2	das Verständnis von Patientinnen und Patienten durch verständnissichernde Maßnahmen (verbal und nonverbal) gezielt kontrollieren und beim Eindruck von Verständnisproblemen direkt intervenieren.
5.3.5	auch während des Einsatzes von Dolmetscherinnen oder Dolmetschern die ärztlichen Aufgaben der Kommunikation wahrnehmen und nicht an die dolmetschende Person delegieren.
5.4	Sie gestalten den Umgang mit Patienten, deren Wahrnehmung und Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt und/oder gestört ist, den besonderen Anforderungen entsprechend. Sie können ...
5.4.1	die Art und Schwere der Wahrnehmungs- und Kommunikationsstörung erfragen und unter besonderer Berücksichtigung des Settings entsprechend kommunizieren.
5.4.4	bei Bedarf professionelle Unterstützung kompetent einbeziehen.
5.4.5	bei Bedarf (und immer wenn Patientinnen und Patienten von den Lippen absehen oder ein Blickkontakt notwendig ist) die Interaktion von der Kommunikation trennen.
6	Die Absolventin und der Absolvent reflektieren die spezifischen Anforderungen der mündlichen, schriftlichen und elektronischen Kommunikation sowie der öffentlichen Kommunikation und interagieren unter Einhaltung des Datenschutzes kontextspezifisch.
6.1	Sie passen ihre Kommunikation den spezifischen Anforderungen verschiedener Arten mündlicher Kommunikation an. Sie können ...
6.1.1	eine mündliche oder telefonische Übergabe von Patientinnen und Patienten an ärztliche Kolleginnen und Kollegen durchführen.
6.1.2	eine mündliche oder telefonische Übergabe eines Patienten/einer Patientin an Angehörige der Pflege- bzw. anderer Gesundheitsberufe unter Verwendung geeigneter Fachsprache durchführen.
6.1.3	Patientinnen und Patienten vorstellen, deren Probleme priorisieren und das diagnostische und therapeutische Prozedere bezogen auf den Einzelfall mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sowie Angehörigen anderer Gesundheitsberufe systematisch diskutieren.
6.1.4	Telefonate mit Patientinnen/Patienten oder Dritten führen.
6.2	Sie verfassen unterschiedliche Formen von Patientenberichten / schriftlicher Kommunikation angemessen. Sie können ...
6.2.1	verschiedene Formen von Patientenberichten (Aufnahmeprotokoll, Kurzbericht, Entlassbericht) in einer strukturierten und sachbezogenen Form mit allen relevanten

	Untersuchungsergebnissen und Vorschlägen zur Behandlungsplanung erstellen.
6.2.2	Rezepte ausstellen.
6.2.3	Todesbescheinigungen ausstellen.
6.3	Sie beherrschen und reflektieren den Umgang mit medizinischen Informationstechnologien. Sie können ...
6.3.1	patientenspezifische Informationen aus klinischen Informationssystemen abrufen, sowie die ärztliche Verantwortlichkeit bei Betrieb dieser Systeme und Verfahren zur sicheren Übermittlung und Speicherung von Patientendaten kennen und anwenden.
6.3.2	in einer elektronischen Patientenakte Untersuchungen anfordern, Befunde dokumentieren, Medikamentenverordnungen durchführen und Arztbriefe erstellen.
6.3.3	Lösungen der Telemedizin patientenorientiert einsetzen und Rahmenbedingungen der Gesundheitsthematik erläutern.
6.4	Sie beherrschen und reflektieren die angemessene Kommunikation mit Medienvertretern und in der Öffentlichkeit. Sie können ...
6.4.1	medizinische Informationen an die Öffentlichkeit und/oder die Medien angemessen weitergeben.

Anhang D - Zahlen Deskriptive Statistik

```
GET
  FILE='C:\Users\stmar6\Dropbox\Sicco Diss\Daten Sicco 040719.sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
DESCRIPTIVES VARIABLES=Q_1_s Q_2_s Q_3_s Q_4_s
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Deskriptive Statistik

Hinweise		
Ausgabe erstellt		16-AUG-2019 16:05:19
Kommentare		
Eingabe	Daten	C:\Users\stmar6\Dropbox\Sicco Diss\Daten Sicco 160819.sav
	Aktives Dataset	DataSet1
	Dateibeschriftung	electric paper
	Filter	<ohne>
	Stärke	<ohne>
	Aufgeteilte Datei	<ohne>
	Anzahl Zeilen in Arbeitsdatendatei	4662
Handhabung fehlender Werte	Definition von 'Fehlend'	Benutzerdefiniert fehlende Werte werden als fehlend behandelt
	Verwendete Fälle	Alle nicht fehlenden Daten werden verwendet.
Syntax		DESCRIPTIVES VARIABLES=Q_1_s Q_2_s Q_3_s Q_4_s /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
Ressourcen	Prozessorzeit	00:00:00,03
	Verstrichene Zeit	00:00:00,03

Deskriptive Statistiken

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Bewertung benefit	4170	4,00	20,00	8,2269	2,90521
Bewertung Schauspielpatienten	4149	4,00	20,00	5,4722	2,08256
Bewertung Dozent	3997	3,00	15,00	4,3823	1,59860
Bewertung Studierende	4153	3,00	15,00	5,2312	2,18001
Gültige Anzahl (listenweise)	3322				

```

SORT CASES BY Q_Fach.
SPLIT FILE SEPARATE BY Q_Fach.
DESCRIPTIVES VARIABLES=Q_1_s Q_2_s Q_3_s Q_4_s
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

```

Deskriptive Statistik

Hinweise

Ausgabe erstellt		16-AUG-2019 16:05:56
Kommentare		
Eingabe	Daten	C:\Users\stmar6\Dropbox\Sicco Diss\Daten Sicco 160819.sav
	Aktives Dataset	DataSet1
	Dateibeschriftung	electric paper
	Filter	<ohne>
	Stärke	<ohne>
	Aufgeteilte Datei	Im Zusammenhang mit folgenden Fach habe ich an dem Kurs teilgenommen.
	Anzahl Zeilen in Arbeitsdatendatei	4662
Handhabung fehlender Werte	Definition von 'Fehlend'	Benutzerdefiniert fehlende Werte werden als fehlend behandelt

Syntax	Verwendete Fälle	Alle nicht fehlenden Daten werden verwendet. DESCRIPTIVES VARIABLES=Q_1_s Q_2_s Q_3_s Q_4_s /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
Ressourcen	Prozessorzeit	00:00:00,05
	Verstrichene Zeit	00:00:00,05

Im Zusammenhang mit folgenden Fach habe ich an dem Kurs teilgenommen. = Allgemeinmedizin

Deskriptive Statistiken^a

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Bewertung benefit	1028	4,00	20,00	8,9056	3,17945
Bewertung Schauspielpatienten	1026	4,00	20,00	5,8402	2,38241
Bewertung Dozent	1004	3,00	15,00	4,5767	1,66935
Bewertung Studierende	1028	3,00	15,00	5,8220	2,28675
Gültige Anzahl (listenweise)	846				

a. Im Zusammenhang mit folgenden Fach habe ich an dem Kurs teilgenommen. = Allgemeinmedizin

Im Zusammenhang mit folgenden Fach habe ich an dem Kurs teilgenommen. = Palliativmedizin Pflichtfach

Deskriptive Statistiken^a

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Bewertung benefit	1256	4,00	20,00	8,2826	2,77678
Bewertung Schauspielpatienten	1226	4,00	20,00	5,2830	1,85314
Bewertung Dozent	1153	3,00	13,00	4,5291	1,68461
Bewertung Studierende	1231	3,00	14,00	4,9634	2,12713
Gültige Anzahl (listenweise)	961				

a. Im Zusammenhang mit folgenden Fach habe ich an dem Kurs teilgenommen. = Palliativmedizin Pflichtfach

Im Zusammenhang mit folgenden Fach habe ich an dem Kurs teilgenommen. = Palliativmedizin Wahlfach

Deskriptive Statistiken^a

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Bewertung benefit	17	4,00	9,00	5,2941	1,79460
Bewertung Schauspielpatienten	19	4,00	6,00	4,3158	,58239
Bewertung Dozent	17	3,00	6,00	4,1765	1,18508
Bewertung Studierende	17	3,00	7,00	4,4118	1,50245
Gültige Anzahl (listenweise)	15				

a. Im Zusammenhang mit folgenden Fach habe ich an dem Kurs teilgenommen. = Palliativmedizin

Wahlfach

Im Zusammenhang mit folgenden Fach habe ich an dem Kurs teilgenommen. = Psychosomatik

Deskriptive Statistiken^a

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Bewertung benefit	1347	4,00	20,00	7,9569	2,71771
Bewertung Schauspielpatienten	1349	4,00	20,00	5,3321	1,78130
Bewertung Dozent	1297	3,00	15,00	4,1133	1,25534
Bewertung Studierende	1329	3,00	15,00	5,3973	2,09493
Gültige Anzahl (listenweise)	1093				

a. Im Zusammenhang mit folgenden Fach habe ich an dem Kurs teilgenommen. = Psychosomatik

Im Zusammenhang mit folgenden Fach habe ich an dem Kurs teilgenommen. = Unfallchirurgie

Deskriptive Statistiken^a

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Bewertung benefit	522	4,00	20,00	7,5479	2,83023
Bewertung Schauspielpatienten	529	4,00	20,00	5,5955	2,55227
Bewertung Dozent	526	3,00	15,00	4,3593	1,91490
Bewertung Studierende	548	3,00	15,00	4,3467	1,91603
Gültige Anzahl (listenweise)	407				

a. Im Zusammenhang mit folgenden Fach habe ich an dem Kurs teilgenommen. = Unfallchirurgie

SPLIT FILE OFF.

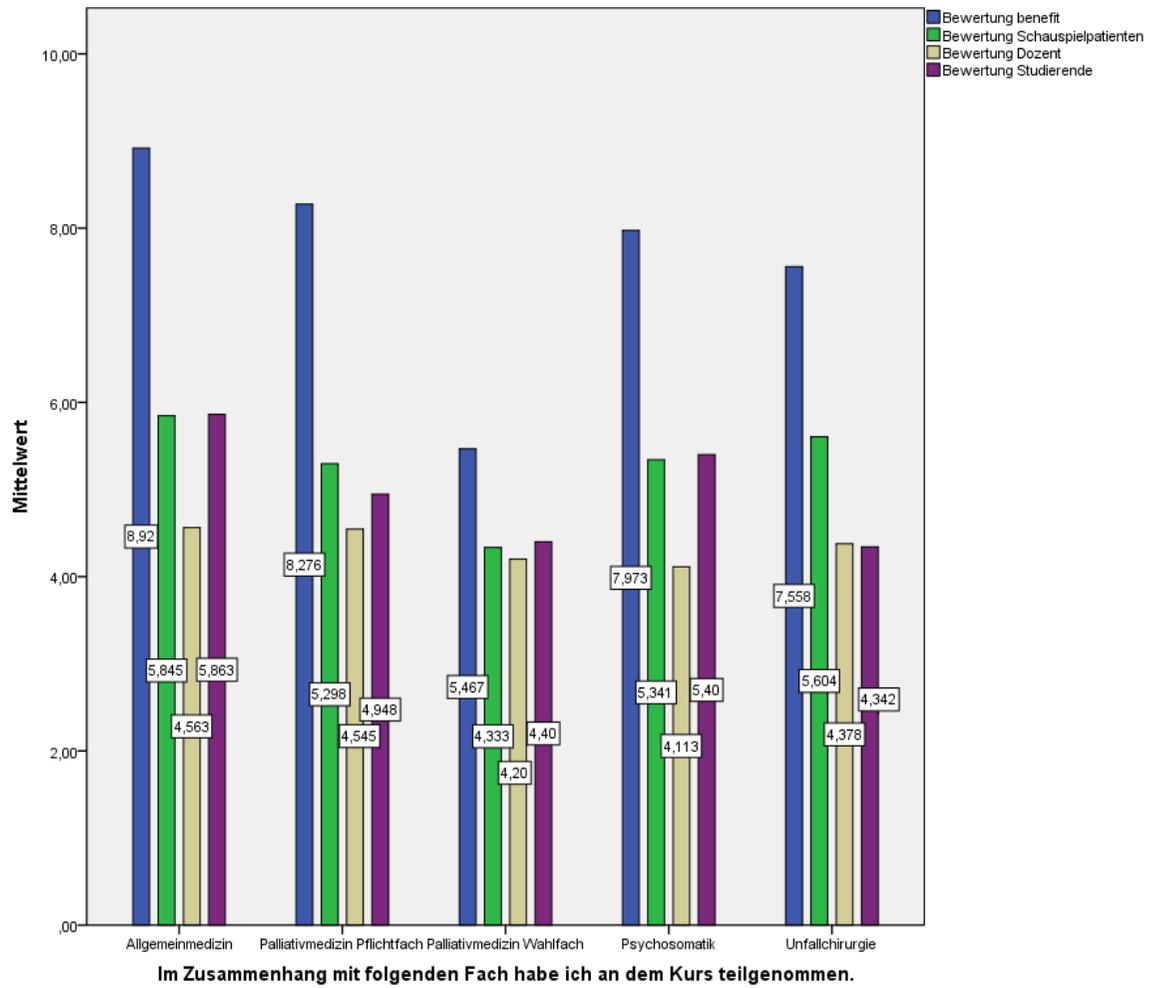
GRAPH

/BAR (GROUPED)=MEAN(Q_1_s) MEAN(Q_2_s) MEAN(Q_3_s) MEAN(Q_4_s) BY Q_Fach
/MISSING=LISTWISE.

Grafik

Hinweise

Ausgabe erstellt		16-AUG-2019 16:06:43
Kommentare		
Eingabe	Daten	C:\Users\stmar6\Dropbox\Sicco Diss\Daten Sicco 160819.sav
	Aktives Dataset	DataSet1
	Dateibeschriftung	electric paper
	Filter	<ohne>
	Stärke	<ohne>
	Aufgeteilte Datei	<ohne>
	Anzahl Zeilen in Arbeitsdatendatei	4662
Syntax		GRAPH /BAR(GROUPED)=MEAN(Q_1_s) MEAN(Q_2_s) MEAN(Q_3_s) MEAN(Q_4_s) BY Q_Fach /MISSING=LISTWISE.
Ressourcen	Prozessorzeit	00:00:01,33
	Verstrichene Zeit	00:00:01,27



```

UNIANOVA Q_1_s BY Q_Fach
/METHOD=SSTYPE(3)
/INTERCEPT=INCLUDE
/CRITERIA=ALPHA(0.05)
/DESIGN=Q_Fach.

```

Univariate Varianzanalyse

Hinweise

Ausgabe erstellt		16-AUG-2019 16:11:31
Kommentare		
Eingabe	Daten	C:\Users\stmar6\Dropbox\Sicco Diss\Daten Sicco 160819.sav
	Aktives Dataset	DataSet1
	Dateibeschriftung	electric paper
	Filter	<ohne>
	Stärke	<ohne>
	Aufgeteilte Datei	<ohne>
	Anzahl Zeilen in Arbeitsdatendatei	4662
Handhabung fehlender Werte	Definition von 'Fehlend'	Benutzerdefiniert fehlende Werte werden als fehlend behandelt
	Verwendete Fälle	Die Statistik basiert auf allen Fällen mit gültigen Daten für alle Variablen im Modell.
Syntax		UNIANOVA Q_1_s BY Q_Fach /METHOD=SSTYPE(3) /INTERCEPT=INCLUDE /CRITERIA=ALPHA(0.05) /DESIGN=Q_Fach.
Ressourcen	Prozessorzeit	00:00:00,03
	Verstrichene Zeit	00:00:00,08

Zwischensubjektfaktoren

	Wertbeschriftung	H
Im Zusammenhang mit folgenden Fach	Allgemeinmedizin	1028
1,00		
habe ich an dem Kurs teilgenommen.	Palliativmedizin	1256
2,00	Pflichtfach	
	Palliativmedizin	17
3,00	Wahlfach	
	Psychosomatik	1347
5,00		
7,00	Unfallchirurgie	522

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Bewertung benefit

Quelle	Typ III Quadratsumme	df	Quadratischer Mittelwert	F	Sig.
Korrigiertes Modell	962,548 ^a	4	240,637	29,284	,000
Konstanter Term	22814,501	1	22814,501	2776,416	,000
Q_Fach	962,548	4	240,637	29,284	,000
Fehler	34224,844	4165	8,217		
Gesamtsumme	317418,000	4170			
Korrigierter Gesamtwert	35187,392	4169			

a. R-Quadrat = ,027 (Angepasstes R-Quadrat = ,026)

```
GLM Q_1_s Q_2_s Q_3_s Q_4_s BY Q_Fach
/METHOD=SSTYPE(3)
/INTERCEPT=INCLUDE
/POSTHOC=Q_Fach(LSD)
/PLOT=PROFILE(Q_Fach)
/CRITERIA=ALPHA(.05)
/DESIGN= Q_Fach.
```

Allgemeines lineares Modell

Hinweise

Ausgabe erstellt		16-AUG-2019 16:13:50
Kommentare		
Eingabe	Daten	C:\Users\stmar6\Dropbox\Sicco Diss\Daten Sicco 160819.sav
	Aktives Dataset	DataSet1
	Dateibeschriftung	electric paper
	Filter	<ohne>
	Stärke	<ohne>
	Aufgeteilte Datei	<ohne>
	Anzahl Zeilen in Arbeitsdatendatei	4662
Handhabung fehlender Werte	Definition von 'Fehlend'	Benutzerdefiniert fehlende Werte werden als fehlend behandelt
	Verwendete Fälle	Die Statistik basiert auf allen Fällen mit gültigen Daten für alle Variablen im Modell.
Syntax		GLM Q_1_s Q_2_s Q_3_s Q_4_s BY Q_Fach /METHOD=SSTYPE(3) /INTERCEPT=INCLUDE /POSTHOC=Q_Fach(LSD) /PLOT=PROFILE(Q_Fach) /CRITERIA=ALPHA(.05) /DESIGN= Q_Fach.
Ressourcen	Prozessorzeit	00:00:00,89
	Verstrichene Zeit	00:00:00,89

Zwischensubjektfaktoren

	Wert	Wertbeschriftung	H
Im Zusammenhang mit folgenden Fach	1,00	Allgemeinmedizin	846
habe ich an dem Kurs teilgenommen.	2,00	Palliativmedizin	961
		Pflichtfach	
	3,00	Palliativmedizin	15
		Wahlfach	
	5,00	Psychosomatik	1093
	7,00	Unfallchirurgie	407

Multivariate Tests^a

Effekt		Wert	F	Hypothesen-df	Fehler df	Sig.
Konstanter Term	Pillai-Spur	,545	991,878 ^b	4,000	3314,000	,000
	Wilks-Lambda	,455	991,878 ^b	4,000	3314,000	,000
	Hotelling-Spur	1,197	991,878 ^b	4,000	3314,000	,000
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	1,197	991,878 ^b	4,000	3314,000	,000
Q_Fach	Pillai-Spur	,158	34,028	16,000	13268,000	,000
	Wilks-Lambda	,847	35,373	16,000	10125,075	,000
	Hotelling-Spur	,175	36,316	16,000	13250,000	,000
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,139	115,545 ^c	4,000	3317,000	,000

a. Design: Konstanter Term + Q_Fach

b. Exakte Statistik

c. Die Statistik ist eine Obergrenze für F, die eine Untergrenze für die Signifikanzebene erstellt.

Tests der Zwischensubjekteffekte

Quelle	Abhängige Variable	Typ III Quadratsumme	df	Quadratischer Mittelwert	F	Sig.
Korrigiertes Modell	Bewertung benefit	774,983 ^a	4	193,746	24,001	,000
	Bewertung Schauspielpatienten	191,763 ^b	4	47,941	11,074	,000
	Bewertung Dozent	133,054 ^c	4	33,264	13,243	,000
	Bewertung Studierende	776,697 ^d	4	194,174	42,862	,000
Konstanter Term	Bewertung benefit	20185,860	1	20185,860	2500,638	,000
	Bewertung Schauspielpatienten	9660,930	1	9660,930	2231,574	,000
	Bewertung Dozent	6575,988	1	6575,988	2618,004	,000
	Bewertung Studierende	8616,132	1	8616,132	1901,903	,000
Q_Fach	Bewertung benefit	774,983	4	193,746	24,001	,000
	Bewertung Schauspielpatienten	191,763	4	47,941	11,074	,000
	Bewertung Dozent	133,054	4	33,264	13,243	,000
	Bewertung Studierende	776,697	4	194,174	42,862	,000
Fehler	Bewertung benefit	26775,762	3317	8,072		
	Bewertung Schauspielpatienten	14359,954	3317	4,329		
	Bewertung Dozent	8331,749	3317	2,512		
	Bewertung Studierende	15026,901	3317	4,530		
Gesamtsumme	Bewertung benefit	253069,000	3322			
	Bewertung Schauspielpatienten	114482,000	3322			
	Bewertung Dozent	72350,000	3322			
	Bewertung Studierende	107466,000	3322			
Korrigierter Gesamtwert	Bewertung benefit	27550,746	3321			

Bewertung Schauspielpatienten	14551,717	3321		
Bewertung Dozent	8464,803	3321		
Bewertung Studierende	15803,598	3321		

- a. R-Quadrat = ,028 (Angepasstes R-Quadrat = ,027)
- b. R-Quadrat = ,013 (Angepasstes R-Quadrat = ,012)
- c. R-Quadrat = ,016 (Angepasstes R-Quadrat = ,015)
- d. R-Quadrat = ,049 (Angepasstes R-Quadrat = ,048)

Post-hoc-Tests

Im Zusammenhang mit folgenden Fach habe ich an dem Kurs teilgenommen.

Mehrfachvergleiche

LSD

Abhängige Variable	(I) Im Zusammenhang mit folgenden Fach habe ich an dem Kurs teilgenommen.	(J) Im Zusammenhang mit folgenden Fach habe ich an dem Kurs teilgenommen.	Mittelwertdifferenz (I-J)	Standardfehler	Sig.	95 % Konfidenzintervall	
						Untergrenze	Obergrenze
Bewertung benefit	Allgemeinmedizin	Palliativmedizin Pflichtfach	,6439 [*]	,13395	,000	,3812	,9065
		Palliativmedizin Wahlfach	3,4530 [*]	,74006	,000	2,0019	4,9040
		Psychosomatik	,9471 [*]	,13010	,000	,6920	1,2022
		Unfallchirurgie	1,3619 [*]	,17139	,000	1,0258	1,6979
	Palliativmedizin Pflichtfach	Allgemeinmedizin	-,6439 [*]	,13395	,000	-,9065	-,3812
		Palliativmedizin Wahlfach	2,8091 [*]	,73929	,000	1,3596	4,2586
		Psychosomatik	,3032 [*]	,12564	,016	,0569	,5495
		Unfallchirurgie	,7180 [*]	,16803	,000	,3886	1,0475
Palliativmedizin Wahlfach	Allgemeinmedizin	-3,4530 [*]	,74006	,000	-4,9040	-2,0019	

		Palliativmedizin Pflichtfach	-2,8091*	,73929	,000	-4,2586	-1,3596
		Psychosomatik	-2,5059*	,73861	,001	-3,9541	-1,0577
		Unfallchirurgie	-2,0911*	,74698	,005	-3,5557	-,6265
	Psychosomatik	Allgemeinmedizin	-,9471*	,13010	,000	-1,2022	-,6920
		Palliativmedizin Pflichtfach	-,3032*	,12564	,016	-,5495	-,0569
		Palliativmedizin Wahlfach	2,5059*	,73861	,001	1,0577	3,9541
		Unfallchirurgie	,4148*	,16498	,012	,0913	,7383
	Unfallchirurgie	Allgemeinmedizin	-1,3619*	,17139	,000	-1,6979	-1,0258
		Palliativmedizin Pflichtfach	-,7180*	,16803	,000	-1,0475	-,3886
		Palliativmedizin Wahlfach	2,0911*	,74698	,005	,6265	3,5557
		Psychosomatik	-,4148*	,16498	,012	-,7383	-,0913
Bewertung Schauspielpatienten	Allgemeinmedizin	Palliativmedizin Pflichtfach	,5475*	,09809	,000	,3552	,7399
		Palliativmedizin Wahlfach	1,5118*	,54197	,005	,4492	2,5744
		Psychosomatik	,5039*	,09528	,000	,3171	,6907
		Unfallchirurgie	,2407	,12552	,055	-,0054	,4868
	Palliativmedizin Pflichtfach	Allgemeinmedizin	-,5475*	,09809	,000	-,7399	-,3552
		Palliativmedizin Wahlfach	,9643	,54140	,075	-,0972	2,0258
		Psychosomatik	-,0437	,09201	,635	-,2241	,1367
		Unfallchirurgie	-,3068*	,12305	,013	-,5481	-,0656
	Palliativmedizin Wahlfach	Allgemeinmedizin	-1,5118*	,54197	,005	-2,5744	-,4492
		Palliativmedizin Pflichtfach	-,9643	,54140	,075	-2,0258	,0972
		Psychosomatik	-1,0079	,54090	,062	-2,0685	,0526
		Unfallchirurgie	-1,2711*	,54704	,020	-2,3437	-,1985
	Psychosomatik	Allgemeinmedizin	-,5039*	,09528	,000	-,6907	-,3171
		Palliativmedizin Pflichtfach	,0437	,09201	,635	-,1367	,2241

		Palliativmedizin Wahlfach	1,0079	,54090	,062	-,0526	2,0685
		Unfallchirurgie	-,2632	,12082	,029	-,5001	-,0263
	Unfallchirurgie	Allgemeinmedizin	-,2407	,12552	,055	-,4868	,0054
		Palliativmedizin Pflichtfach	,3068	,12305	,013	,0656	,5481
		Palliativmedizin Wahlfach	1,2711	,54704	,020	,1985	2,3437
		Psychosomatik	,2632	,12082	,029	,0263	,5001
Bewertung Dozent	Allgemeinmedizin	Palliativmedizin Pflichtfach	,0174	,07472	,816	-,1291	,1639
		Palliativmedizin Wahlfach	,3626	,41283	,380	-,4468	1,1721
		Psychosomatik	,4501	,07258	,000	,3078	,5924
		Unfallchirurgie	,1843	,09561	,054	-,0032	,3717
	Palliativmedizin Pflichtfach	Allgemeinmedizin	-,0174	,07472	,816	-,1639	,1291
		Palliativmedizin Wahlfach	,3453	,41239	,403	-,4633	1,1538
		Psychosomatik	,4327	,07008	,000	,2953	,5701
		Unfallchirurgie	,1669	,09373	,075	-,0169	,3507
	Palliativmedizin Wahlfach	Allgemeinmedizin	-,3626	,41283	,380	-1,1721	,4468
		Palliativmedizin Pflichtfach	-,3453	,41239	,403	-1,1538	,4633
		Psychosomatik	,0875	,41201	,832	-,7204	,8953
		Unfallchirurgie	-,1784	,41669	,669	-,9954	,6386
	Psychosomatik	Allgemeinmedizin	-,4501	,07258	,000	-,5924	-,3078
		Palliativmedizin Pflichtfach	-,4327	,07008	,000	-,5701	-,2953
		Palliativmedizin Wahlfach	-,0875	,41201	,832	-,8953	,7204
		Unfallchirurgie	-,2658	,09203	,004	-,4463	-,0854
	Unfallchirurgie	Allgemeinmedizin	-,1843	,09561	,054	-,3717	,0032
		Palliativmedizin Pflichtfach	-,1669	,09373	,075	-,3507	,0169
		Palliativmedizin Wahlfach	,1784	,41669	,669	-,6386	,9954
		Psychosomatik	,2658	,09203	,004	,0854	,4463

Bewertung Studierende	Allgemeinmedizin	Palliativmedizin Pflichtfach	,9149*	,10034	,000	,7182	1,1117
		Palliativmedizin Wahlfach	1,4629*	,55441	,008	,3759	2,5499
		Psychosomatik	,4631*	,09747	,000	,2720	,6542
		Unfallchirurgie	1,5214*	,12840	,000	1,2696	1,7731
	Palliativmedizin Pflichtfach	Allgemeinmedizin	-,9149*	,10034	,000	-1,1117	-,7182
		Palliativmedizin Wahlfach	,5480	,55383	,323	-,5379	1,6339
		Psychosomatik	-,4518*	,09412	,000	-,6364	-,2673
		Unfallchirurgie	,6064*	,12588	,000	,3596	,8533
	Palliativmedizin Wahlfach	Allgemeinmedizin	-1,4629*	,55441	,008	-2,5499	-,3759
		Palliativmedizin Pflichtfach	-,5480	,55383	,323	-1,6339	,5379
		Psychosomatik	-,9998	,55332	,071	-2,0847	,0851
		Unfallchirurgie	,0585	,55960	,917	-1,0387	1,1557
	Psychosomatik	Allgemeinmedizin	-,4631*	,09747	,000	-,6542	-,2720
		Palliativmedizin Pflichtfach	,4518*	,09412	,000	,2673	,6364
		Palliativmedizin Wahlfach	,9998	,55332	,071	-,0851	2,0847
		Unfallchirurgie	1,0583*	,12359	,000	,8160	1,3006
Unfallchirurgie	Allgemeinmedizin	-1,5214*	,12840	,000	-1,7731	-1,2696	
	Palliativmedizin Pflichtfach	-,6064*	,12588	,000	-,8533	-,3596	
	Palliativmedizin Wahlfach	-,0585	,55960	,917	-1,1557	1,0387	
	Psychosomatik	-1,0583*	,12359	,000	-1,3006	-,8160	

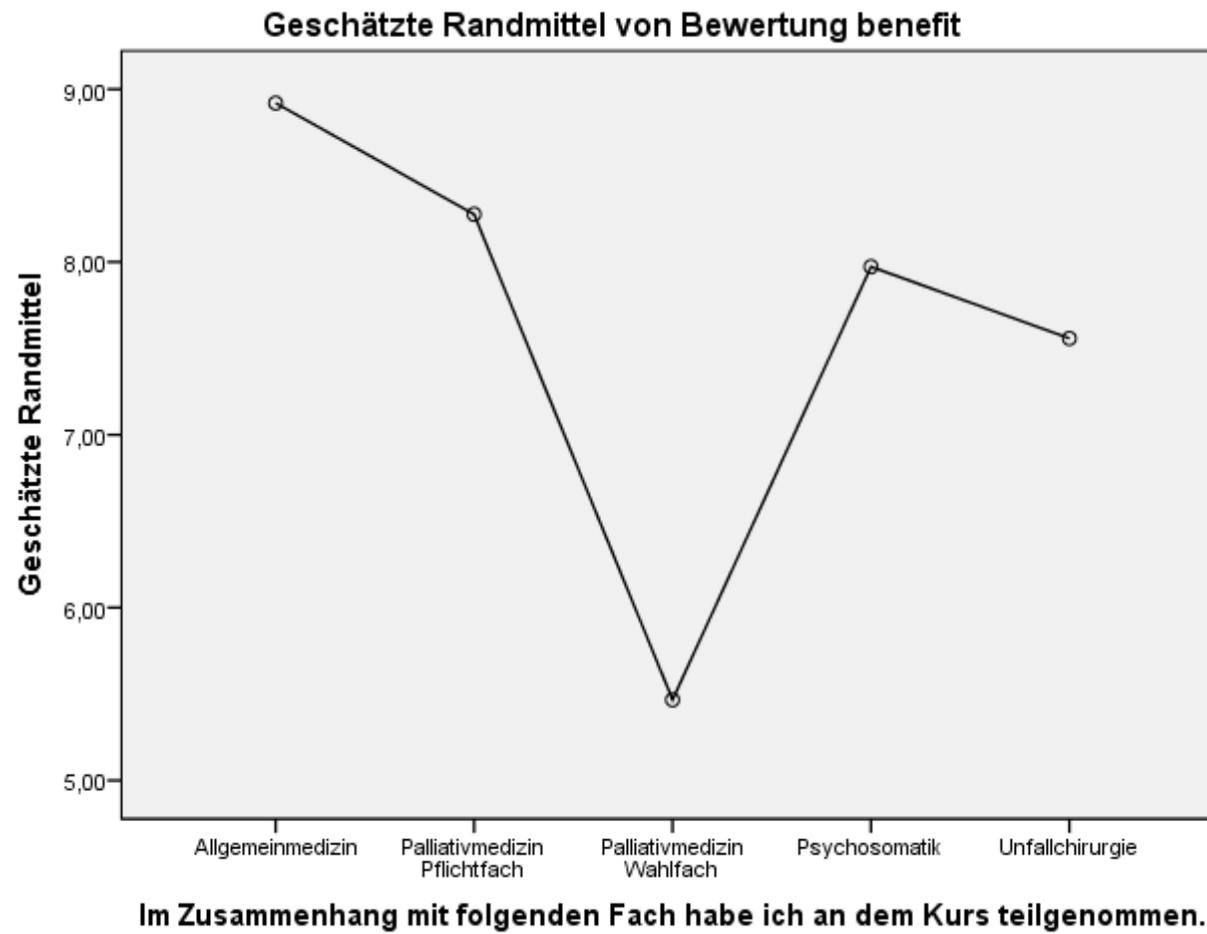
Basierend auf beobachteten Mittelwerten.

Der Fehlerterm ist Mittel der Quadrate(Fehler) = 4,530.

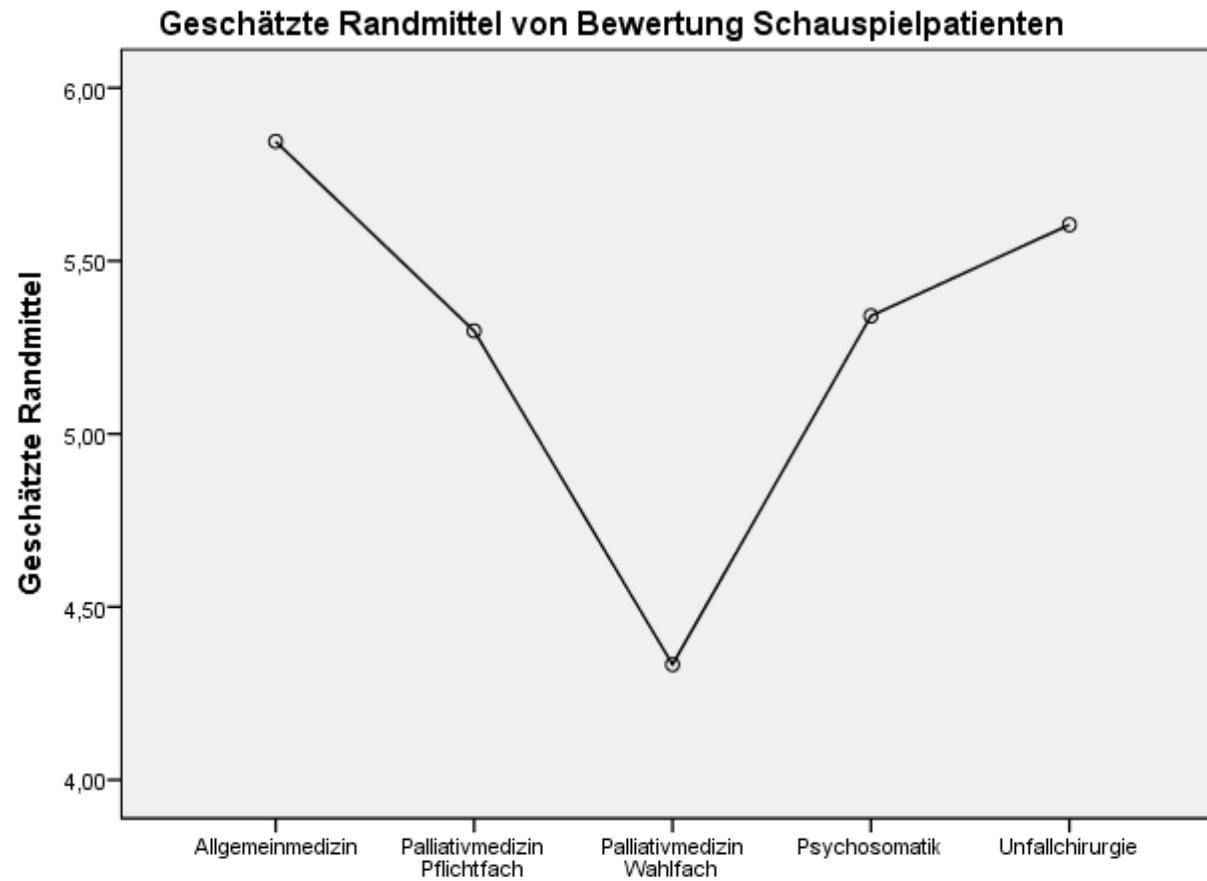
*. die Mittelwertdifferenz ist auf der Stufe ,05 signifikant.

Profilplots

Bewertung benefit

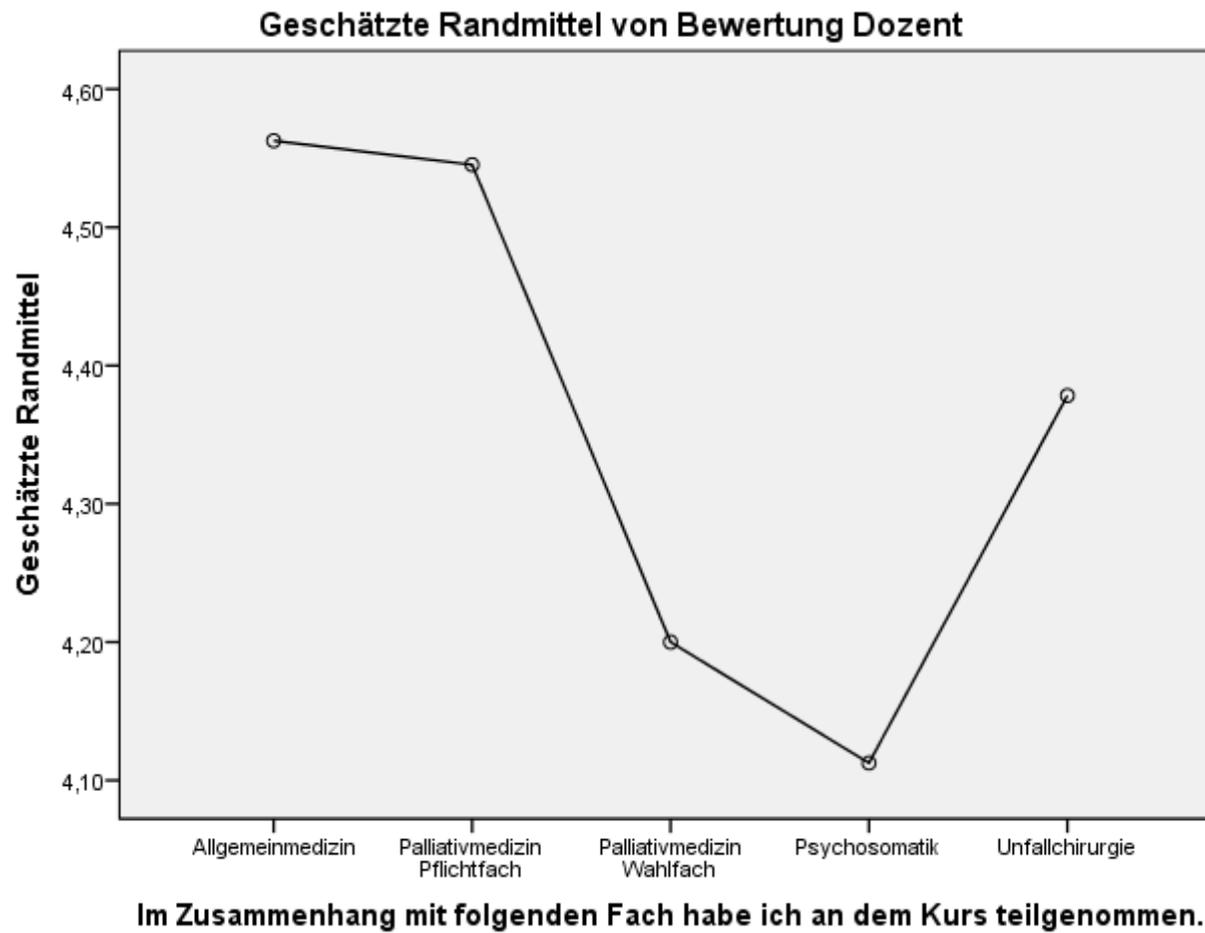


Bewertung Schauspielpatienten

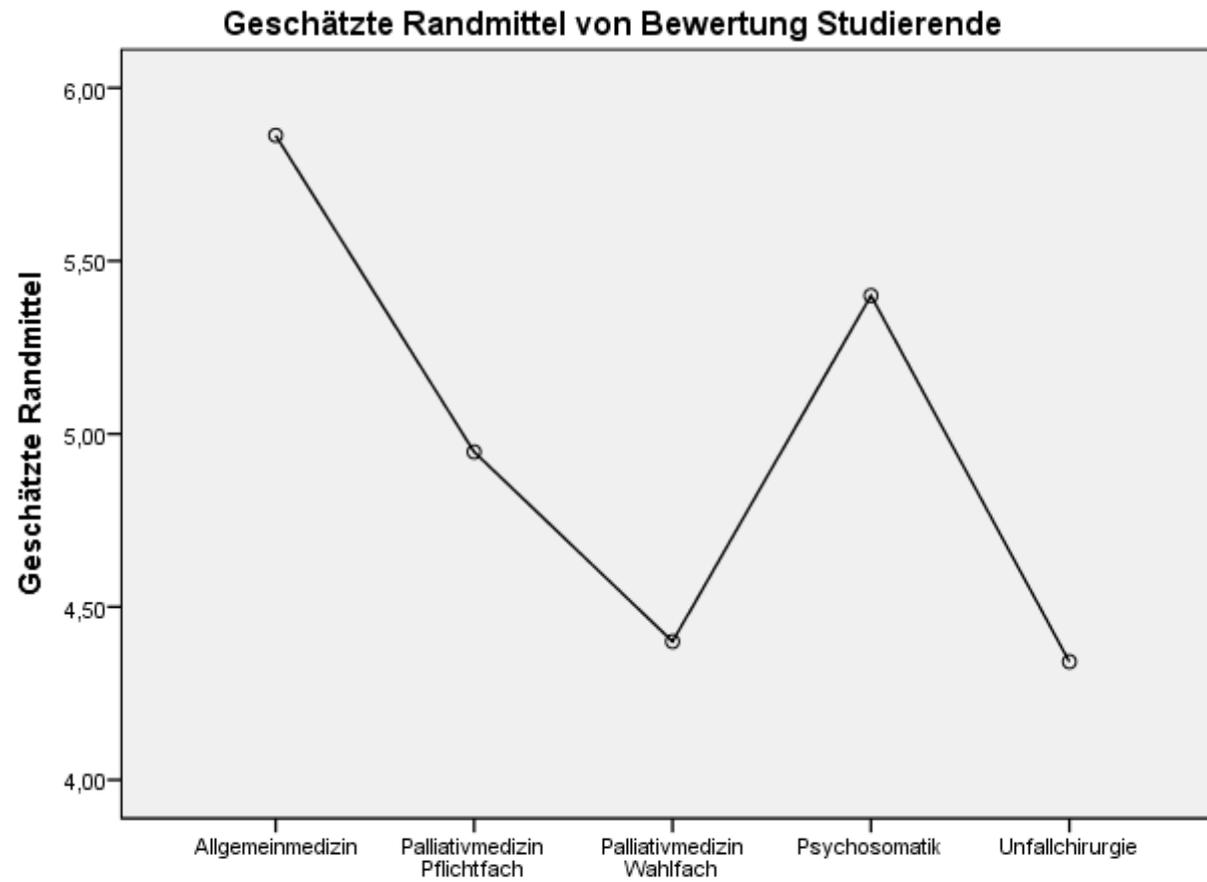


Im Zusammenhang mit folgenden Fach habe ich an dem Kurs teilgenommen.

Bewertung Dozent



Bewertung Studierende



Im Zusammenhang mit folgenden Fach habe ich an dem Kurs teilgenommen.

```

CORRELATIONS
/VARIABLES=Q_1_s Q_2_s Q_3_s Q_4_s
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

```

Korrelationen

Hinweise

Ausgabe erstellt		16-AUG-2019 16:14:40
Kommentare		
Eingabe	Daten	C:\Users\stmar6\Dropbox\Sicco Diss\Daten Sicco 160819.sav
	Aktives Dataset	DataSet1
	Dateibeschriftung	electric paper
	Filter	<ohne>
	Stärke	<ohne>
	Aufgeteilte Datei	<ohne>
	Anzahl Zeilen in Arbeitsdatendatei	4662
	Handhabung fehlender Werte	Definition von 'Fehlend'
	Verwendete Fälle	Die Statistik für die einzelnen Variablenpaare basiert auf allen Fällen mit gültigen Daten für das jeweilige Variablenpaar.
Syntax		CORRELATIONS /VARIABLES=Q_1_s Q_2_s Q_3_s Q_4_s /PRINT=TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE.
Ressourcen	Prozessorzeit	00:00:00,03
	Verstrichene Zeit	00:00:00,03

Korrelationen

		Bewertung benefit	Bewertung Schauspielpatienten	Bewertung Dozent	Bewertung Studierende
Bewertung benefit	Pearson-Korrelation	1	,373**	,468**	,388**
	Sig. (2-seitig)		,000	,000	,000
	N	4170	3815	3666	3799
Bewertung Schauspielpatienten	Pearson-Korrelation	,373**	1	,495**	,343**
	Sig. (2-seitig)	,000		,000	,000
	N	3815	4149	3689	3807
Bewertung Dozent	Pearson-Korrelation	,468**	,495**	1	,704**
	Sig. (2-seitig)	,000	,000		,000
	N	3666	3689	3997	3834
Bewertung Studierende	Pearson-Korrelation	,388**	,343**	,704**	1
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000	
	N	3799	3807	3834	4153

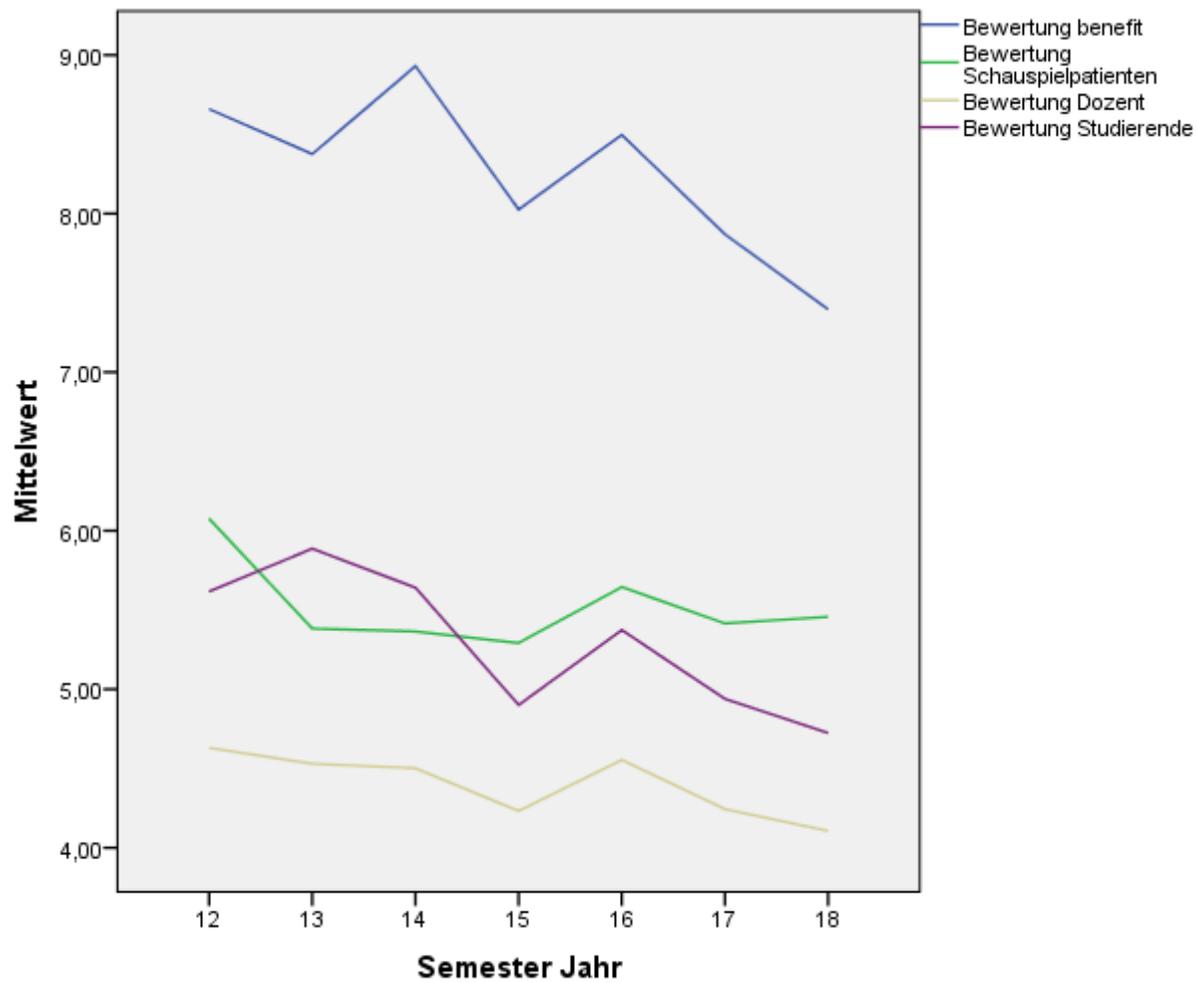
** . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

```
GRAPH
/LINE (MULTIPLE)=MEAN(Q_1_s) MEAN(Q_2_s) MEAN(Q_3_s) MEAN(Q_4_s) BY Semesterjahr
/MISSING=LISTWISE.
```

Grafik

Hinweise

Ausgabe erstellt		16-AUG-2019 16:15:13
Kommentare		
Eingabe	Daten	C:\Users\stmar6\Dropbox\Sicco Diss\Daten Sicco 160819.sav
	<u>Aktives Dataset</u>	DataSet1
	<u>Dateibeschriftung</u>	electric paper
	<u>Filter</u>	<ohne>
	<u>Stärke</u>	<ohne>
	<u>Aufgeteilte Datei</u>	<ohne>
	<u>Anzahl Zeilen in Arbeitsdatendatei</u>	4662
Syntax		GRAPH /LINE(MULTIPLE)=MEAN(Q_1_s) MEAN(Q_2_s) MEAN(Q_3_s) MEAN(Q_4_s) BY Semesterjahr /MISSING=LISTWISE.
Ressourcen	<u>Prozessorzeit</u>	00:00:00,25
	<u>Verstrichene Zeit</u>	00:00:00,25



Hinweise

Ausgabe erstellt		16-AUG-2019 16:15:48
Kommentare		
Eingabe	Daten	C:\Users\stmar6\Dropbox\Sicco Diss\Daten Sicco 160819.sav
	Aktives Dataset	DataSet1
	Dateibeschriftung	electric paper
	Filter	<ohne>
	Stärke	<ohne>
	Aufgeteilte Datei	<ohne>
	Anzahl Zeilen in Arbeitsdatendatei	4662
Handhabung fehlender Werte	Definition von 'Fehlend'	Benutzerdefiniert fehlende Werte werden als fehlend behandelt
	Verwendete Fälle	Alle nicht fehlenden Daten werden verwendet.
Syntax		DESCRIPTIVES VARIABLES=Q_1_s /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
Ressourcen	Prozessorzeit	00:00:00,03
	Verstrichene Zeit	00:00:00,03

Hinweise

Ausgabe erstellt		16-AUG-2019 16:26:55
Kommentare		
Eingabe	Daten	C:\Users\stmar6\Dropbox\Sicco Diss\Daten Sicco 160819.sav
	Aktives Dataset	DataSet1
	Dateibeschriftung	electric paper
	Filter	<ohne>
	Stärke	<ohne>
	Aufgeteilte Datei	<ohne>
	Anzahl Zeilen in Arbeitsdatendatei	4662
Handhabung fehlender Werte	Definition von 'Fehlend'	Benutzerdefiniert fehlende Werte werden als fehlend behandelt
	Verwendete Fälle	Die Statistiken für jede Analyse basieren auf den Fällen, die für keine der Variablen in der Analyse fehlende Daten oder Daten außerhalb des gültigen Bereichs aufweisen.
Syntax	<pre>T-TEST GROUPS=Semesterjahr(12 18) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=Q_1_s_18 Q_2_s_18 Q_3_s_18 Q_4_s_18 /CRITERIA=CI(.95).</pre>	
Ressourcen	Prozessorzeit	00:00:00,03
	Verstrichene Zeit	00:00:00,03

```
T-TEST GROUPS=Semesterjahr(12 18)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=Q_1_s Q_2_s Q_3_s Q_4_s
/CRITERIA=CI(.95) .
```

T-Test

Hinweise

Ausgabe erstellt		16-AUG-2019 16:27:53
Kommentare		
Eingabe	Daten	C:\Users\stmar6\Dropbox\Slcco Diss\Daten Sicco 160819.sav
	Aktives Dataset	DataSet1
	Dateibeschriftung	electric paper
	Filter	<ohne>
	Stärke	<ohne>
	Aufgeteilte Datei	<ohne>
	Anzahl Zeilen in Arbeitsdatendatei	4662
Handhabung fehlender Werte	Definition von 'Fehlend'	Benutzerdefiniert fehlende Werte werden als fehlend behandelt
	Verwendete Fälle	Die Statistiken für jede Analyse basieren auf den Fällen, die für keine der Variablen in der Analyse fehlende Daten oder Daten außerhalb des gültigen Bereichs aufweisen.
Syntax		T-TEST GROUPS=Semesterjahr(12 18) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=Q_1_s Q_2_s Q_3_s Q_4_s /CRITERIA=CI(.95).
Ressourcen	Prozessorzeit	00:00:00,03
	Verstrichene Zeit	00:00:00,03

Gruppenstatistik

	Semester Jahr	H	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler Mittelwert
Bewertung benefit	12	293	8,6280	3,31995	,19395
	18	389	7,3548	2,49796	,12665
Bewertung Schauspielpatienten	12	289	6,0208	2,55351	,15021
	18	389	5,4524	2,32998	,11813
Bewertung Dozent	12	284	4,6408	1,54023	,09140
	18	389	4,0951	1,56433	,07931
Bewertung Studierende	12	282	5,6099	2,20408	,13125
	18	398	4,7060	2,01168	,10084

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-seitig)	Mittelwertdifferenz	Standardfehlerdifferenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Unterer	Oberer
Bewertung benefit	Varianzgleichheit angenommen	17,515	,000	5,716	680	,000	1,27323	,22277	,83584	1,71062
	Varianzgleichheit nicht angenommen			5,497	522,603	,000	1,27323	,23164	,81816	1,72830
Bewertung Schauspielpatienten	Varianzgleichheit angenommen	7,819	,005	3,014	676	,003	,56832	,18853	,19814	,93850
	Varianzgleichheit nicht angenommen			2,974	587,600	,003	,56832	,19110	,19300	,94363

Bewertung Dozent	Varianzgleichheit angenommen	4,489	,034	4,499	671	,000	,54573	,12131	,30754	,78391
	Varianzgleichheit nicht angenommen			4,510	615,247	,000	,54573	,12101	,30808	,78338
Bewertung Studierende	Varianzgleichheit angenommen	3,038	,082	5,547	678	,000	,90390	,16296	,58394	1,22386
	Varianzgleichheit nicht angenommen			5,461	570,044	,000	,90390	,16551	,57881	1,22899

Anhang E - Erklärung der Ethikkommission

Erklärung der Ethikkommission

Ein positives Ethikvotum durch die Ethikkommission wurde von Priv.-Doz. Dr. biol. hom. H. B. Jurkat, Dipl.-Psych. an der medizinischen Fakultät der JLU Gießen eingeholt (Aktenzeichen der Ethikkommission: AZ 31/19).

Anhang F - Erklärung zur Dissertation

Erklärung zur Dissertation

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, oder habe diese nachstehend spezifiziert. Die vorgelegte Arbeit wurde weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang G - Publikations- und Vortragsverzeichnis

Publikations- und Vortragsverzeichnis

Mei, S.H. van der, Schreiber, M., Kruse, J. & Jurkat, H. (2019) Praktikum der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie mit Schauspielpatienten an der Justus-Liebig-Universität Gießen. *27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), 70. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM)*, 20. bis 22. März 2019, Berlin, S.111.

Schleicher, I., **Mei, van der, S.H.**, Mika, J., Kreuder, J.G. (2017) Chirurgisches Aufklärungsgespräch in der studentischen Lehre. *Unfallchirurg*, (Doi: 10.1007/s00113-016-0298-6).

Nolte, S., **Mei, van der, S.H.**, Strehl-Schwarz, K., Köster, J., Bender, A., Rose, M., Kruse, J. & Peters, E.M.J. (2016) Comparison of patient-reported need of psycho-oncologic support and the doctor's perspective: how do they relate to disease severity in melanoma patients. *Psycho-Oncology*, 25, 1271-1277.

Mutschler, A., Weiss, C., Fellmer-Drüg, E., Kröll, K., Brünahl, C., Dinkel, A., Fehr, F., Harnacke, D., Hladschik-Kermer, B., Huebner, J., Lausberg, H., Merse, S., Petermann-Meyer, A., Reschke, K., Schnegelsberg, A., Schönbauer, A., Silbernagel, W., Sonntag B., Stöcker, G., Thomas, M., **van der Mei, S.H.**, Villalobos, M., Vitinius, F., Wecht, D., Weinert, M. & Jünger, J.(2015) Entwicklung eines Einsteiger- und Aufbau-Workshops für Dozierende kommunikativer Kompetenzen in der Medizin. In: Gemeinsame Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin (AKWLZ). Leipzig, 30.09.-03.10.2015. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2015. DocP7-112. DOI: 10.3205/15gma285, URN: urn:nbn:de:0183-15gma2855

Mei, S.H. van der, Beek, J. von der, Dubowy, K.-O. (2013) 30. Leitlinie Pädiatrische Kardiologie: Familienorientierte Rehabilitation (FOR) bei Herz- und Kreislauferkrankungen im Kindes- und Jugendalter und spezielle Rehabilitation im Jugend- und jungen Erwachsenenalter (JEMAH-Patienten). Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie, AMWF. Zugriff am 15.06.2017 unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/023-031.html>

- Deinzer, R., Kruse, J., **van der Mei, S.H.** & Alleker, C. (2012) *Communicare - das longitudinale Curriculum „Sprechende Medizin“ an der Justus-Liebig-Universität Gießen. 7. Skills Lab-Symposium der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, 23.-24.03.2012, Marburg, S. 31.*
- Mei, S.H. van der** (2004) Stress und Krebs. Der Zusammenhang zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit bei Krebs. *Freundeskreis Sonnenberg-Klinik e.V., Rundbrief Nr. 10, April 2004, 8-10.*
- Kanth, E., Helms, C., Sticker, E., **van der Mei, S.H.**, Sensmeier, J., Nock, H., Kusch, M. & Schmalz, A.A. (2003) Etablierung psycho-sozialer Versorgung in der Pädiatrischen Kardiologie. *Zeitschrift ärztl. Fortbild. Qual.sich. (ZaeFQ), 97: 133-139.*
- Rosendahl, W. & **van der Mei, S.H.** (2000a) Familienorientierte Rehabilitation bei angeborenen Herzfehlern – Luxus oder notwendige Ergänzung der Betreuung? *Kinder und Jugendarzt, 7, 665-671.*
- Rosendahl, W. & **van der Mei, S.H.** (2000b) Rehabilitation und Familienorientierte Rehabilitation bei Patienten mit angeborenen Herzfehlern. *IDHK Nachrichten, 958-861.*
- Mei, S.H. van der**, Merholz, J.K. & Hinz, Ch.H. (1998) (Lichaamsgeoriëteerde) psychotherapie – binnen de psychosomatisch-orthopaedische revalidatie – een integratief-multidisziplinair behandelingsconcept in Duitsland. *Bewegen & Hulpverlening, 15, 278-291.*
- Mei, S.H. van der**, Merholz, J.K. & Hinz, Ch.H. (1998) Een nieuw behandelingsmodel in de orthopedische revalidatie in Duitsland. *Revalidata, 82, 7-9.*
- Mei, S.H. van der**, Petzold, H.G. & Bosscher, R.J. (1997) Runningtherapie, Streß, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. *Integrative Therapie, 3, 374-429.*
- Baardman, I., Germerden, H. van & **Mei, S.H. van der** (1995) Leiborientierte Methoden in der Klinik und Universität. *Integrative Bewegungstherapie, 1, 36-40.*
- Baardman, I., Germerden, H. van & **Mei, S.H. van der** (1994) Relaxationstechniken in der Suchthilfe. *Motorik, 3, 18-21.*

Dröes, R.M. & **Mei, S.H. van der** (1994) Psychomotorische Therapie im Altenpflegeheim; Bewegung als therapeutisches Mittel für psychogeriatrische Bewohner. *Altenpflege*, 2, 102-110.

Mei, S.H. van der (1993) *Crisis en crisisinterventie*. (Unveröffentl. Doktorandusarbeit). Vrije Universiteit Amsterdam; Faculteit der Bewegingswetenschappen en Geneeskunde, Faculteit der Psychologie en Pedagogiek; Vakgroep Bewegingsagogiek en klinische Psychologie, Amsterdam.

Mei, S.H. van der (1993a) Integrative Bewegungstherapie als Verbindung funktionaler und psychomotorischer Behandlung bei seniler Demenz in der Psychogeriatric. Teil 1. *Integrative Bewegungstherapie*, 1/93, 4-14.

Mei, S.H. van der (1993b) Integrative Bewegungstherapie als Verbindung funktionaler und psychomotorischer Behandlung bei seniler Demenz in der Psychogeriatric; Teil 2. *Integrative Bewegungstherapie*, 2/93, 33-39.

Baardman, I., Germerden, H. van & **Mei, S.H. van der** (1993) Senso-relaxatie in de verslavingszorg - verslag van een bijzondere samenwerking. *Bewegen & Hulpverlening*, 1, 74-78.

Mei, S.H. van der (1993c) Psychomotorisch-krankengymnastische Behandlung bei Patienten mit einer senilen Demenz in der Psychogeriatric. *Krankengymnastik*, 9/93, 1095-1103.

Mei, S.H. van der (1987) *Ausbildung/Studium zum Krankengymnasten/Physiotherapeuten in der Bundesrepublik und in den Niederlanden*. (Unveröffentl. Diplomarbeit). Hogeschool voor Fysiotherapie Amsterdam, Amsterdam.

Internetpublikationen

Mei, S.H. van der (2004) Umgang mit der Krebserkrankung – Verdrängung und Ablenkung – „Coping“?! Sonnenberg-Klinik. Zugriff am 15.06.2017 unter <https://www.wicker.de/kliniken/sonnenberg-klinik/behandlungsschwerpunkte/erkrankungen-a-z/coping/>

Mei, S.H. van der (2004) Krebspersönlichkeit. Sonnenberg-Klinik. Zugriff am 15.06.2017 unter <https://www.wicker.de/kliniken/sonnenberg-klinik/behandlungsschwerpunkte/erkrankungen-a-z/krebspersoenlichkeit/>

Mei, S.H. van der (2004) Psychische Stabilisierung bei einer Krebserkrankung. Sonnenberg-Klinik. Zugriff am 15.06.2017 unter <https://www.wicker.de/kliniken/sonnenberg-klinik/behandlungsschwerpunkte/erkrankungen-a-z/psychische-stabilisierung/>

Mei, S.H. van der (2004) Der Zusammenhang zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit bei Krebs. Sonnenbergklinik. Zugriff am 15.06.2017 unter <https://www.wicker.de/kliniken/sonnenberg-klinik/behandlungsschwerpunkte/erkrankungen-a-z/stress-und-krebs/>

Mei, S.H. van der (2004) Kommunikation bei Krebs. Sonnenberg-klinik. Zugriff am 15.06.2017 unter <https://www.wicker.de/kliniken/sonnenberg-klinik/behandlungsschwerpunkte/erkrankungen-a-z/kommunikation-bei-krebs/>

Buchkapitel

Mei, van der, S.H., Beek, von der, J., Dubowy, K.-O. (2016) Familienorientierte Rehabilitation (FOR) bei Herz- und Kreislauferkrankungen im Kindes- und Jugendalter und spezielle Rehabilitation im Jugend- und jungen Erwachsenenalter (JEMAH-Patienten). In *J. Weil (Hrsg.) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie in der Pädiatrischen Kardiologie (S. 289-296)*. München: Urban & Fischer.

Rodenkirchen, U., Pallmeier, H., Reul, R. & **van der Mei, S.H.** (2011) Beratung für Eltern und Kinderbetreuungseinrichtungen mit Kindern von 0 bis 6 Jahren. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* (S. 61-72). Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgH).

Mei, S.H. van der (1998) Lauftherapie bei Patienten mit larvierter Depression. In: *J.K. Merholz, J.K. & S.H. van der Mei (Hrsg.) Motivation der Patienten - differentielle Therapieindikation*. Hamburg: Peter Lang. 71-86.

Bücher

Merholz, J.K. & **van der Mei, S.H.** (Hrsg.) (1998) *Motivation der Patienten - differentielle Therapieindikation*. Hamburg: Peter Lang.

Kanth, E., Helms, C., Nock, H., **Mei, S.H. van der**, Sticker, E. & Kusch, M. (2004) *Struktur- und Prozessmerkmale psycho-sozialer Versorgung in der Pädiatrischen Kardiologie*. Aachen: Bundesverband Herzkranker Kinder.

Kongresse / Vorträge

Mei, S.H. van der Mei (2019) Mitteilung schlechter Nachrichten. Palliativmedizinischer Abend. Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie. Butzbach: 20.11.2019

Mei, S.H. van der (2019) Praktikum der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie mit Schauspielpatienten an der Justus-Liebig-Universität Gießen. *27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), 70. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM)*, 20. bis 22. März 2019, Berlin, S.111.

Mei, S.H. van der Mei (2016) Tipps und Tricks für die Intervention bei psychischen Krisen. Ärztliche Fortbildung Krisenintervention in Schmerz- und Palliativtherapie. Landesärztekammer Hessen. Klein-Linden: 11.11.2016.

Mei, S.H. van der (2015) Psychosoziale und ethische Aspekte der genetischen Beratung. Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung im Kontext vorgeburtlicher Risikoabklärung. Landesärztekammer Hessen. Bad Nauheim: 31.10.2015.

Mei, S.H. van der Mei (2015) Schlechte Nachrichten gut überbringen. Hochwaldkrankenhaus Bad Nauheim – Gesundheitszentrum Wetterau. Bad Nauheim: 14.10.2015.

Mei, S.H. van der Mei (2016) Psychoonkologie – Hilfe für Betroffene und Angehörige. Vitosklinik Herborn. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und Klinik für Psychosomatik. Herborn: 23.09.2016.

Mei, S.H. van der Mei (2015) Psychoonkologie – Ressourcen und Perspektiven. Onkologischer Arbeitskreis Mittelhessen. Gießen: 23.09.2015.

Mei, S.H. van der Mei (2014) Psychoonkologie – Hilfe für Betroffene und Angehörige. Onkologischer Arbeitskreis Mittelhessen. Gießen: 25.06.2014.

- Mei, S.H. van der** (2013) Psychische Probleme und Störungen bei Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen am Beispiel von onkologischen Patienten und Diabetikern. Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V., 21. Jahrestagung, Bad Soden-Salmünster: 13. – 15.06. 2013.
- Mei, S.H. van der** (2012) Psychosoziale und ethische Aspekte der genetischen Beratung. Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung im Kontext vorgeburtlicher Risikoabklärung. Landesärztekammer Hessen. Bad Nauheim: 31.03.2012.
- Mei, S.H. van der** (2011) Psychoonkologie – Hilfe für Betroffene und Angehörige. Asklepios Klinik Lich, Lich: 09.05.2011.
- Mei, S.H. van der** (2010) Kommunikation mit jugendlichen (JEMAH) und erwachsenen (EMAH) Patienten. 42. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Kardiologie. Weimar: 04.10.2010.
- Mei, S.H. van der** (2004) Schmerzbewältigung und Psychologische Behandlung von Tumorschmerzen. Bad Sooden-Allendorfer Schmerzwoche. Klinik Hoher Meißner & Sonnenbergklinik, Bad Sooden-Allendorf: 23.04.2004.
- Mei, S.H. van der** (2004) Stress und Krebs – Der Zusammenhang zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit bei Krebs. Beratung bei Krebs – Information – Veranstaltungen, Freundeskreis Sonnenbergklinik, Bad Sooden-Allendorf.
- Helms, Ch., Kanth, E. & **van der Mei, S.H.** (2000) Stimmungsumfrage in der Pädiatrischen Kardiologie durch den Bundesverband Herzkranker Kinder e.V., Beiratstagung des Bundesverbandes Herzkranker Kinder, Tannheim-VS-Villingen: 12. - 13.02.2000.
- Bentz, C., **van der Mei, S.H.** & Merholz, J.K. (1997) Aktive Schmerzbewältigung, ein neues Gruppentherapiekonzept für Schmerzpatienten in der Rehabilitation. 46. Arbeitstagung des Kollegiums für psychosomatische Medizin, Saarlouis: 6. – 8.3.1997.
- Mei, S.H. van der** (1996) Laufen als poliklinische Therapie mit psychiatrischen Patienten. Europäischen Congress '96. Psychomotorik in der Entwicklung, Marburg: 19. - 21.09.1996.

Mei, S.H. van der (1996) Lauftherapie bei Patienten mit larvierter Depression. 5. Fachtagung der Stiftung Psychosomatik der Wirbelsäule, Rheumaklinik Bad Pyrmont. Bad Pyrmont: 21. – 23.11.1996.

Anhang H - Danksagung

Ich möchte mich zuallererst bei Herrn Priv.-Doz. Dr. biol. hom. H. B. Jurkat, Dipl.-Psych. bedanken. Lieber Harald, danke dass du dich „meines“ Themas angenommen hast und somit neben deiner extremen umfangreichen Lehre der übrigen Lehre einen hohen Stellenwert gibst. Du hattest immer ein offenes Ohr für mich und für meine Fragen und Vorschläge. Dir habe ich dieses „Handbuch“ des longitudinalen Curriculums der klinischen Semester in der jetzigen Form zu verdanken.

Weiterhin möchte ich mich bei Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Johannes Kruse bedanken, der mir die Herausforderung übertragen und mir die Freiheit gegeben hat, ein solches Curriculum in den klinischen Semestern zu entwickeln und zu etablieren.

Bei Markus Schreiber möchte ich mich auch ganz herzlich bedanken. Lieber Markus, ohne dich, deine Anmerkungen und Ideen könnten die Schauspielpatienten nie so gut und realitätsnah ihre Rollen spielen.

Auch Sabine Geißler, Koordinatorin im Sekretariat, gebührt ein großer Dank. Liebe Sabine, vielen Dank für das Korrekturlesen und für deine hartnäckigen Ermahnungen, wenn ich nicht rechtzeitig antwortete oder was vergessen habe. Auch, dass du mir den Rücken freigehalten, ein offenes Ohr für die Schauspielpatienten/Kollegen*innen und immer alles sehr gut geplant und koordiniert hast.

Ebenfalls möchte ich mich bei meinem Team, meinen „Kollegen*innen“ den Schauspielpatienten bedanken, die mich schon über 10 Jahre in der studentischen Lehre, aber auch in der medizinischen Weiterbildung begleiten. Ohne eure tollen Einsätze wären diese kommunikativen und interaktiven Lehreinheiten nicht so erfolgreich.

Auch möchte ich mich bei Herrn Dr. med. Christoph Schäfer und Frau Priv.-Doz. Dr. med. Iris Schleicher, Lehrverantwortliche der Unfallchirurgie, Herrn Prof. Dr. med. Ulf Sibelius, Lehrverantwortlicher der Palliativmedizin, und Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Kreuder, früherer Studiendekan und Lehrverantwortlicher Pädiatrie und Allgemeinmedizin, sowie dem GRIPS-Team Susanne Benner, Michaela Ladouz und Dr. med. Susanne Rosengarten für die gute Zusammenarbeit bedanken. Liebe Susanne, liebe Michaela, liebe Susanne, lieber Ulf und lieber Jochen, Danke für eure Flexibilität und eure Ideen, aber auch für eure große Unterstützung.

Mein spezieller Dank gilt auch Herrn Dr. biol. hom. habil. Markus Stingl für die Einblicke in das „Zahlenwerk“. Lieber Markus, vielen Dank für die vielfältigen Gespräche und den anregenden Gedankenaustausch innerhalb und außerhalb der Klinik.

Der größte Dank gilt meiner Frau und meinen Kindern, ohne euch wäre diese Dissertation nicht möglich gewesen. Ihr seid mir Rückhalt und verlässliche Basis! Liebe Melanie, Danke für dein geduldiges Zuhören, für deinen Zuspruch und für das „Rücken freihalten“, wenn ich wieder mal viel unterwegs war. Danke für deine Anregungen, deine Ermutigungen, dein Vertrauen und vieles mehr! Twan, Marrit und Joris, Danke, dass ihr alles das mitgetragen und mein manchmal „genervt sein“ ausgehalten habt. Ich verspreche euch, dass ich jetzt wieder mehr Zeit für euch alle haben werde!