

# Hat die Tätigkeit von Simulationspatienten Effekte auf deren realen Patienten-Alltag? Eine qualitative Interviewstudie

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Simulationspatienten (SP), die über Jahre am Unterricht mit Medizinstudierenden beteiligt sind, haben - im Vergleich zu realen Patienten - einen anderen Blick auf die ärztliche Konsultation, insbesondere auf kommunikative Aspekte. Daher war es Ziel dieser Studie zu untersuchen, wie SP diese Erfahrungen in ihr tägliches Leben integrieren und ob bzw. wie ihre realen Arzt-Patienten-Kontakte von den Erfahrungen im Unterricht beeinflusst werden.

**Methoden:** Es handelt sich um eine qualitative leitfadengestützte Interviewstudie. Alle 14 SP, die seit mindestens drei Semestern in unseren studentischen Kursen tätig waren, wurden zur Studie eingeladen. Die Interviews wurden in zwei Schritten analysiert: (1) Herausarbeitung von relevanten Themen durch Anwendung der formulierenden Interpretation der Dokumentarischen Methode nach Bohnsack, (2) eine Typenbildung auf Basis von Fallbeschreibungen, die gleichzeitig Handlungsmuster und -strategien illustrieren sollte.

**Ergebnisse:** Alle SPs nahmen an der Befragung teil. Die Analyse zeigte eine Veränderung im Arztkontakt vor allem bei drei zentralen Themen: eine größere Aufmerksamkeit in der Konsultation, mehr Verständnis für die ärztliche Arbeitssituation sowie gesteigertes subjektiv wahrgenommenes Selbstbewusstsein bei der Formulierung eigener Bedürfnisse. Die Fallgeschichten zeigen, dass die SP-Tätigkeit Ängste reduzieren kann, Defizite in Konsultationen transparent und kommunizierbar macht und SPs ermöglicht, gezielte Rückmeldungen an Ärzte zu geben.

**Zusammenfassung:** Die Tätigkeit als SP dürfte - im Sinne des „patient empowerment“ - zu einem besseren Kenntnisstand des eigenen Krankheitsverlaufs, einer größeren Verantwortungsübernahme, einer stärkeren Kontrolle des Krankheitsgeschehens und zu einem sichereren Auftreten als Patient führen.

**Schlüsselwörter:** Simulationspatienten, studentische Lehre, Arzt-Patienten Beziehung, Partizipation

## 1. Hintergrund

Der Einsatz von Simulationspatienten (SP) ist eine international akzeptierte und etablierte Methode in Unterricht und Prüfungen im Rahmen des Medizinstudiums [1], [2], [3]. Mit Hilfe von SP können Medizinstudierende in einem geschützten Rahmen sowohl manuelle als auch kommunikative Fertigkeiten erlernen, dabei macht die strukturierte, aus der Patienten-Perspektive gegebene Rückmeldung der SP einen großen Teil des Lernerfolges aus. Simulationspatienten sind bei Lehrenden und Lernenden beliebt und diese Methode trägt nachweislich zum Lernerfolg bei Medizinstudierenden bei [4]. Simulationspatienten, die über Jahre im Unterricht eingesetzt werden, haben im Gegensatz zu realen Patienten

vielfältige Erfahrungen zu verschiedenen Belangen der ärztlichen Konsultation, insbesondere zu kommunikativen Aspekten. Darüber hinaus belegen Studien aus dem angloamerikanischen Ausland, dass regelmäßige Rollenspiele und ausführliches Feedback-Training das Verhalten von SP auch in deren realem Alltag als Patienten beeinflusst [5], [6], [7], [8], [9]. Abgesehen von negativen Effekten wie Erschöpfung nach häufigem Spielen, Nervosität oder Unzufriedenheit mit der eigenen schauspielerischen Leistung zeigen Befragungen von SP, dass diese einen differenzierteren Blick auf die eigenen Arzt-Patienten-Begegnungen haben und z.B. kommunikative Aspekte von Konsultationen detaillierter wahrnehmen als Patienten ohne diesen Hintergrund. Darüber hinaus erleben sich manche SP als aktiver und selbstbestimmter innerhalb des Medizinbetriebes, was zu kürzeren Krankheitsverläufen führen kann [10], [11]. Wegen ihrer z.T. detail-

Anne  
Simmenroth-Nayda<sup>1</sup>  
Gabriella Marx<sup>2</sup>  
Thorsten Lorkowski<sup>1</sup>  
Wolfgang Himmel<sup>1</sup>

1 Universitätsmedizin  
Göttingen, Institut für  
Allgemeinmedizin, Göttingen,  
Deutschland

2 Universitätsmedizin  
Göttingen, Klinik für  
Palliativmedizin, Göttingen,  
Deutschland

lierten Kenntnisse zu medizinischen Inhalten sind SP zum Teil aufmerksamer bezüglich eigener Krankheitssymptome und Beschwerden [12].

### 1.1. Ziel der Studie

Bisherige internationale Studien wurden nur als schriftliche Befragungen [1], [6], [7], [9], [13], [14] oder Fokusgruppen durchgeführt. Das Ziel der hier vorgestellten Studie war es, auf Basis von erstmals für den deutschsprachigen Raum erhobenen Daten subjektives Erleben von SP zu verstehen. Ohne die engen thematischen Vorgaben eines Fragebogens sollten SP schildern können, wie die Unterrichtstätigkeit ihren Alltag als Patientin beeinflusst und ob bzw. wie sie die Erfahrungen als SP in ihr tägliches Leben integrieren.

## 2. Methode

### 2.1. Kontext und Teilnehmer

In Göttingen werden seit 2005 Simulationspatienten im Unterricht, wie an vielen anderen Universitäten auch, hauptsächlich zum Training kommunikativer Fertigkeiten, insbesondere für die Erhebung einer vollständigen Anamnese, dem Überbringen belastender Diagnosen, für Beratungs- und Aufklärungsgespräche und in praktischen Prüfungen (OSCE bzw. objective structured clinical examination) sowie beim Hochschuleigenen Auswahlverfahren eingesetzt [1], [4], [15].

Um eine mögliche Auswirkung der SP-Tätigkeit feststellen zu können, wurden für diese Studie nur jene SP eingeladen, die über eine mehr als dreisemestrigere Erfahrung an unserer Klinik verfügen (regelmäßig mindestens drei Einsätze pro Semester) und außerdem in praktischen Prüfungen mitwirken. Alle angefragten SP erklärten ihre Bereitschaft und gaben ihr schriftliches Einverständnis. Es war ihnen jederzeit möglich, von der Befragung zurückzutreten bzw. die Archivierung der Interviews zu widerrufen. Die Ethikkommission der Universitätsmedizin Göttingen akzeptierte das Studienprotokoll (Nr.12/4/08).

### 2.2. Datenerhebung

Um ein möglichst freies Erzählen zu stimulieren, entwickelten wir einen Interviewleitfaden mit drei großen Bereichen, die jeweils durch offene Fragen eingeleitet wurden:

1. positive und negative Elemente des Studentenunterrichts aus Sicht der eigenen Erfahrung als SP,
2. Realitätsnähe und Relevanz der Arzt-Patienten-Beziehung im Unterricht und
3. Erfahrungen der SPs in ihrer Rolle als reale Patientin.

Dieser dritte Bereich ist Thema der vorliegenden Publikation. In der Interviewsituation wurde darauf geachtet, eine offene und entspannte Atmosphäre zu erzeugen, um möglichst authentische Erzählungen der SP zu generieren.

Nach einer Einführung zum Hintergrund der Befragung wurden die SP – sofern sie nicht von selber das Thema bereits angesprochen hatten – mit dem folgenden Satz zum Erzählen motiviert: „Wie ist das in ihrem alltäglichen Leben als Patientin? Berichten Sie bitte von Ihren Erfahrungen!“

Nach einer Pilotierung wurde der Leitfaden leicht modifiziert. Alle Interviews wurden von T. Lorkowski durchgeführt. Die Interviews wurden aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und alle personenbezogenen Daten pseudonymisiert.

### 2.3. Datenanalyse

Die Analyse der offen gehaltenen Leitfadeninterviews sollte die thematische Schwerpunktsetzung der Interviewpartner berücksichtigen, so dass als angemessene Methode die Dokumentarische Methode nach Bohnsack angesehen wurde. Der Vorteil dieses Vorgehens liegt darin, dass – ohne methodische Einschränkungen – sowohl die inhaltliche Breite als auch der latente Gehalt des individuell Gesagten berücksichtigt werden können. Die Analyse erfolgte in zwei Schritten:

1. Mittels der formulierenden Interpretation der Dokumentarischen Methode nach Bohnsack [16], [17] wurden die Erzählungen sequenziell thematisch zusammengefasst und induktiv Themen formuliert. Der Fokus dieses Schrittes lag auf dem, „was“ gesagt wurde, um die angesprochenen Themen möglichst breit wiederzugeben.
2. Aus den so strukturierten Interviews wurden nach dem Prinzip der maximalen Kontrastierung Einzelfälle für die detaillierte Analyse gemäß dem zweiten Schritt der Dokumentarischen Methode, der reflektierenden Interpretation, ausgewählt. In diesem Analyseschritt ging es um die latenten Sinngehalte des Gesagten („wie“ etwas gesagt wurde) – mit dem Ziel, Handlungsmuster und -strategien, die aus den Erfahrungen als SP resultieren, herauszuarbeiten.

## 3. Ergebnisse

### 3.1. Teilnehmer

Von den 14 angefragten SP nahmen alle an der Studie teil, 12 von ihnen waren weiblich. Die SP waren zwischen 24 und 70 Jahre alt und zwischen 2 und 6 Jahren bei uns als SP tätig. Die Interviews dauerten zwischen 20 und 55 Minuten und fanden, je nach Wunsch, in unserem Institut oder im häuslichen Umfeld der SP statt.

### 3.2. Erfahrungen der SP als reale Patientinnen im Alltag: Oberthemen

Die SP waren sehr motiviert, Details aus ihrem Leben als „reale Patientin“ zu berichten. Durch alle Interviews zog sich als „roter Faden“ die Wahrnehmung einer Veränderung der eigenen Konsultationssituationen aufgrund der

wiederholten Erfahrung in vielen simulierten Konsultationen: demnach haben sie in realen Arzt-Patienten-Begegnungen offenbar einen deutlich besseren Überblick über den Ablauf von Konsultation und können außerdem ärztliches Handeln besser nachvollziehen. Drei Oberthemen zeigten sich als für nahezu alle Interviews von ausgesprochen hoher Relevanz: SP waren innerhalb von Konsultationen aufmerksamer, hatten mehr Verständnis für den ärztlichen Alltag, und fühlten sich selbstbewusster bezüglich ihrer Anliegen als Patientin.

### Steigerung der Aufmerksamkeit

Training und Simulation sind offenbar für SP sehr hilfreich, um Ablauf und Strukturen der Arzt-Patienten-Kommunikation nachvollziehen zu können. Innerhalb realer Konsultationen fühlen sich die SP auf dieser Grundlage offenbar weniger als passiv-hilfesuchend, sondern vielmehr als Experten, die die Konsultation - zumindest auf der Handlungsebene - selbständig beurteilen und zum Teil auch steuern können. Dieses Gefühl ermöglicht es machen SP, einen kritischen Blick auf Details der Konsultation und das Verhalten von Ärzten zu entwickeln.

*SP 2: „Also was mir sicherlich klarer geworden ist, irgendwie, also gerade mein Hausarzt, (...) der fragt immer wenn man zu ihm kommt recht viel „drumrum“ irgendwie, wie die Lebenssituation ist und so, wo ich früher immer dachte, ja Gott ich bin halt krank, was tut das zur Sache? Und mir ist mittlerweile (...) durch diese Rollen klarer geworden: ok, diese Sozialanamnese und all das drum und dran (...) darum fragt er das, und das sind die und die Gedanken, die er sich dabei macht.“*

*SP 9: „Ja, ich achte natürlich sofort darauf, wie der (Arzt) reinkommt. Das ist das Ergebnis dieser Rollen, dieses Rollenspiels. Wie kommt er rein? Gibt er mir die Hand? Und guckt er mich an, wenn er mir die Hand gibt? Oder macht er schon was ganz anderes? Und lässt er mich erst mal zu Worte kommen?“*

*SP 4: „Es passiert mir schon, dass ich meinen Arzt mit anderen Augen angucke und denke: Jetzt stürmt er wieder rein und hat mich nicht richtig begrüßt oder er fläzt sich auf seinen Sessel oder er guckt mich nicht an oder er unterbricht mich dauernd.“*

### Mehr Verständnis für den ärztlichen Alltag

Bedingt durch die enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Ärzten im Rahmen des Unterrichts und des Rollentrainings bekommen SP z.T. einen tiefen Einblick in den ärztlichen Alltag, in die Erwartungen, die an Ärzte gestellt werden und auch an die Belastungen, die der Klinikalltag mit sich bringt. Dadurch kann sich ein Verständnis für Situationen entwickeln, in denen Ärzte z.B. überlastet und deshalb unfreundlich sind. Über dieses Verständnis hinausgehend sind SP sogar in der Lage, ihre Beobachtungen in der Konsultation anzusprechen.

*SP 6: „Und äh da ist es mir auch schon passiert, (...) nach einem Bühnenunfall musste ich morgens (...) in*

*die Ambulanz und da hatte ich auch einen sehr knatterigen Arzt, wirklich, und der war kurz angebunden und da habe ich gesagt: „sie haben heute wahrscheinlich eine schwere Nacht hinter sich“ und dann sagt er: „sieht man das?“ Ich sag‘: „sie wirken nicht gerade glücklich und sie sind ein bisschen mürrisch zu mir“, und dann fing er an, sich zu entschuldigen.“*  
*SP 1: „Aber da hat sich schon meine Wahrnehmung und sicherlich meine Wertschätzung verändert, meinem Arzt gegenüber, dass ich denke, oh, er nimmt sich schon echt die Zeit, und er führt für das knappe Zeitkontingent und knappe Budget doch sehr ausführliche Gespräche (...).“*

### Selbstbewussteres Auftreten

Gesteigerte Aufmerksamkeit und Wissen zu kommunikativen Details einer Konsultation können SP insgesamt selbstbewusster und aktiver agieren lassen. Etliche SP fühlten sich durchaus kompetent, ihre eigenen Bedürfnisse als Patientin in der Konsultation klar zu formulieren.

*SP 11: „Ich habe keine Angst, Angst in Anführungsstrichen, wenn man das so sagt, keine Scheu, Dinge anzusprechen, die mir auffallen, und mir fallen jetzt mehr Dinge auf als früher.“*

*SP 9: (...) „dass ich eindeutig kritischer geworden bin, dass ich mich mehr traue nachzufragen und dass, ja, nicht immer, das klappt nicht immer so, aber- also, es hat mir weiter geholfen, weil ich mich- mein Selbstverständnis als Patient etwas gewachsen ist, so als- also, mein Selbstbewusstsein.“*

*SP 9: (...) „Ich will nicht sagen, dass ich mich in allen Fällen mehr traue, ähm, aber in den meisten Fällen frage ich mehr.“*

### 3.3. Simulation und „echtes Leben“: Drei Fälle

Die folgenden drei Fallgeschichten, die wir im zweiten Schritt der Analyse herausgearbeitet haben, sind Beispiele dafür, wie die Erfahrungen aus Unterricht und Feedbacktraining der SP sich stark auf deren Alltag ausgewirkt haben. Frau H. steht für einen Typus von SP, die einen tieferen Einblick in das Gesundheitssystem und deren Akteure, insbesondere den Ärzten bekommen hat, und die deshalb selbstbewusster und aktiver in diesem System agieren kann. Frau M. steht für eine Gruppe von SP, die schon vor ihrer SP-Tätigkeit mit dem Gesundheitssystem vertraut war und einen alltäglicheren Umgang mit Ärzten hat, aber trotzdem kritisch beobachtet. Frau B. ist ein außergewöhnlicher Typus und hat ein Alleinstellungsmerkmal, da sie ihrer Tätigkeit als SP eine psychotherapeutische Wirkung zuschreibt, mit dem Ziel ihre Angst vor Krankenhäusern und Ärzten zu verlieren.

Frau H. (SP6): Lehrend auch außerhalb der Lehrsituation  
Frau H., eine 68-jährige Rentnerin und ehemalige Lehrerin, arbeitet seit Beginn des SP Programms bei uns mit. Sie präsentiert sich im Interview und auch innerhalb der SP-Tätigkeit selbstbewusst und überzeugend. Einige Jahre vor ihrer SP-Tätigkeit wurde eine chronische Erkran-

kung diagnostiziert, sodass sie häufig verschiedene Ärzte besuchen muss. Trotzdem beschreibt sie ihren Alltag als wenig von Krankheiten beherrscht. Frau H. ist in verschiedenen kulturellen Einrichtungen der Stadt engagiert und arbeitet zusätzlich als ehrenamtliche ambulante Betreuerin von Demenz-Erkrankten. Ihr Wunsch ist es, Dinge, die sie als SP gelernt hat, in die „echte medizinische Welt“ zu transportieren.

Frau H. beschreibt im Interview, dass sie in den vergangenen Jahren oft eine diffuse Unzufriedenheit mit Ärzten erlebt hat. Ihre Tätigkeit als SP hat es dann ermöglicht, dieses Gefühl zu konkretisieren und zu äußern. Inzwischen gibt sie auch ihren behandelnden Ärzten Feedback, wenn sie dies für nötig hält und fragt an allen Stellen nach, die ihr unklar sind.

(...) „Ähm und da bin ich sehr kritisch jetzt inzwischen auch,“ (...) „ja, ich hinterfrage alles“.

Über eine Situation schildert sie beispielhaft, wie sie einen unangemessenen Kommunikationsstil einer Ärztin direkt anspricht:

„(...) Und da habe ich ihr gesagt, wissen Sie, ich bin hier rein gekommen mit Herzklopfen, habe ihr mein Gefühl geschildert, (...) - ich habe nicht gesagt, dass ich Simulationspatientin bin, das habe ich natürlich nicht gesagt und ich habe gesagt, - ich habe eigentlich erwartet, dass Sie mich von Anfang an wahrnehmen!“

Wie auch andere SP beschrieben haben, gibt Frau H. andererseits zu, seit der Unterrichtstätigkeit die Arbeitsbelastung und den Alltag von Ärzten besser einschätzen und darauf Rücksicht nehmen zu können:

„...also wenn ich jetzt zum Arzt gehe, sollte ich meine Beschwerden, die ich habe, konkretisieren, vielleicht mir stichwortartig aufschreiben, dass ich nicht vom Hundertsten ins Tausendste komme, um auch den Arzt in der Praxis nicht zu überfordern“ ... „dann muss ich auch als Patient ein bisschen Einfühlungsvermögen haben für den Arzt ...“

#### Frau M. (SP 10): Simulation versus Realität

Frau M., 55 Jahre alt, hat lange als Chefsekretärin eines Abteilungsdirektors der Universitätsmedizin gearbeitet. Sie ist seit 3 Jahren als SP tätig. Von einer kleinen Gehbehinderung abgesehen, ist sie eine sehr aktive Person, besucht regelmäßig die „Universität des dritten Lebensalters“ und arbeitet ehrenamtlich bei der Telefonseelsorge. Aus der Analyse ging hervor, dass trotz des subjektiv wahrgenommenen Kompetenzzuwachses die meisten SP die reale Arzt-Patientenbeziehung trotzdem als persönlich asymmetrisch beschrieben - Frau M. allerdings, vermutlich bedingt durch ihre Berufserfahrung - scheint unabhängig von ihrer SP-Tätigkeit mit medizinischen Institutionen bereits vertraut zu sein und hat gegenüber anderen SP deshalb einen eher pragmatischen Blick auf ihr Arzt-Patienten-Verhältnis:

„... zu dem Zeitpunkt oder ab dem Zeitpunkt, seit ich mhm mit Ärzten zusammen gearbeitet habe, hatte sich schon ganz viel verändert. Mhmm ich denke mal, ich kann Situationen, was das Verhalten von Ärzten betrifft, objektiver beurteilen, auf Grund dieser Situa-

tion.“ (ehem. Chefsekretärin in einer Klinik) (...) „Also für mich ist ein Arzt ein Arzt und äh nichts anderes, das ist genau so, als würde ich mir jetzt hier ein Installateur in meine Wohnung kommen lassen.“

Stärker als andere SP betont Frau M. einen Unterschied zwischen realer und Lehrsituation, und ist in der Lage, rasch zwischen beiden Situationen zu wechseln:

„Also als Patientin muss ich einfach sagen, äh habe ich es in der Höchstform der Negativität erlebt und muss dann auch im Nachhinein insbesondere jetzt in diesen Rollen darüber schmunzeln, ich hatte z.B. eine Situation, da hatte ich selbst vormittags einen Arztbesuch und dann nachmittags SP und hatte dann das krasse Gegenteil erlebt (... ) Mhmm ich würde sagen, das Ziel, was hierbei (Unterricht) angesteuert wird, wäre der Idealfall für den Patienten, ich selber habe es bisher in den seltensten Fällen so erlebt, ähm ich muss es einfach mal so einfügen, das war auch für mich das (...) warum ich das tue.“

Frau M.s Einblick gründet sich vermutlich nicht auf einen Zuwachs an Empathie (wie z.B. bei Frau H.), sondern auf ihre Funktion als Teil des „Medizinapparates“ - den Faktor Zeit identifiziert sie daher als einen der wichtigsten in Bezug auf reale Konsultationen.

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

#### Frau B. (SP3): SP-Tätigkeit als Therapie

Frau B., eine 59 Jahre alte Hausfrau, die sich ehrenamtlich stark in ihrer Gemeinde engagiert, arbeitet seit 3 Jahren bei uns als SP. Im ersten Teil des Interviews sprach sie eher sachlich und formulierte allgemeine, eher unpersönliche Statements. Später zeigte sich, dass die Motivation, als SP zu arbeiten, sehr stark mit einem traumatischen Erlebnis zu tun hatte, das bereits vor 35 Jahren im Rahmen einer Kaiserschnitt-Operation stattgefunden hatte.

In einer Unterrichtssituation am Krankenbett am ersten postoperativen Tag wurde Frau B. mit einem Gynäkologen konfrontiert, den sie als sehr unsensibel wahrgenommen hat. Sie konnte sich genau erinnern, dass dieser sie mit den Worten angeschrien hatte: „stellen Sie sich doch nicht so an!“ Im Interview imitierte Frau B. die Stimme des Arztes - was zeigt, wie sehr die Situation auch nach über 30 Jahren noch emotional präsent war. Die Situation war ein wesentlicher Teil der Ursache, dass sie für viele Jahre Angst vor Krankenhäusern hatte:

„(...) Also wenn ich das jetzt erzähle, ich kriege immer noch ein Herzrasen, ich könnte auch losheulen jetzt, wo sie so mitfühlend mir gegenüber sitzen und das nach 35 Jahren!“

Da der Studentenunterricht in der gleichen Klinik stattfindet wie Frau B.s Kaiserschnitt vor 35 Jahren, ist sie gezwungen, das Gebäude weiterhin zu betreten, allerdings

nicht mehr als Patientin, sondern in einer ganz anderen Rolle: dies scheint ihr geholfen zu haben, ihre Angst zu überwinden:

*„Verloren, dieses Wort verloren, ich bin mir in Krankenhäusern immer so verloren vorgekommen. Ähm und ähm hatte die Angst, da würde mir keiner helfen, sonderbar, aber obwohl ich da krank liege. ... Es hat mir geholfen dieses Krankenhaus anzunehmen, in das ich zweimal im Jahr ja gehe wenn die Prüfungen (OSCE) sind, vor Krankenhäusern habe ich immer wahnsinnige Angst gehabt. Ich bewege mich da jetzt eigentlich ziemlich alltäglich, das ist natürlich für mich etwas ganz Tolles. Das hat sich für mich sehr verändert (...) dass ich doch bestimmt um 70% weniger Angst habe. Das hat sich verändert.“*

Training und Unterrichtssituationen haben bei Frau B., ähnlich wie fast allen SP, dazu geführt, sich selbstbewusster zu fühlen und anders agieren zu können:

*„Wenn mir so was wie früher noch mal passieren würde, das war eine Sache, die würde ich mir nie wieder gefallen lassen.“*

## 4. Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass die Tätigkeit als SP das Erleben und Handeln als „reale Patientin“ beeinflussen kann: SP sind im Arztkontakt selbstbewusster, zeigen größeres Verständnis für die Situation von Ärzten. Die Tätigkeit kann sogar geeignet sein, um eigene Ängste im Gesundheitssystem abzubauen. Die hier sichtbar gewordenen Veränderungen führen vermutlich – im Sinne des „patient empowerment“ – zu einem besseren Kenntnisstand des eigenen Krankheitsverlaufs, einer größeren Verantwortungsübernahme, einer stärkeren Kontrolle des Krankheitsgeschehens und zu einem sichereren Auftreten als Patientin [18].

### 4.1. Simulationspatienten-Training als ein Weg zum patient-empowerment?

Unsere Ergebnisse werden durch Studien aus den Niederlanden und den USA bestätigt: [10-12] auch hier wird beschrieben, dass die Arbeit als SP zu einem stärkeren Selbstbewusstsein führt und die SP sich sowohl aufmerksamer als auch kritischer ihren Ärzten gegenüber verhalten. In zwei Studien [10,13] schildern SP, dass sie sich verbal kompetenter fühlen und in realen Konsultationen ihre Anliegen konkreter formulieren konnten, diesen Effekt haben auch unsere Befragten analog beschrieben. Woodward [13] stellt die Frage, ob in diesem Kontext Ärzte „need to worry because they face „supercritical“ patients“: in manchen Fällen haben in o.g. Studie SP im Laufe ihrer Tätigkeit aus Unzufriedenheit ihren Hausarzt gewechselt - dies hat in unserer Befragung kein SP geschildert. Im Gegenteil: unsere Befragten schilderten mehrheitlich ein größeres Verständnis für den ärztlichen Alltag, den sie durch ihre SP-Tätigkeit kennengelernt

hatten. Trotzdem, wie im Beispiel von Frau H. plastisch geschildert, ergreifen SP in Sinne einer geschulten Patientin die Möglichkeit, ihren Ärzten eine konkrete Rückmeldung zu geben, wenn sie unzufrieden sind.

In den von uns geführten Interviews kamen keinerlei negative Aspekte der SP-Tätigkeit zur Sprache. Im Gegensatz dazu schildern Bokken und Mitarbeiter, dass es durchaus „Nebenwirkungen“ im Sinne von Erschöpfung oder auch physischen Beschwerden bei SP geben kann [19]. In unserem Institut werden SP allerdings hauptsächlich zum Üben kommunikativer Kompetenzen im Unterricht eingesetzt und nicht für körperliche Untersuchungen. Im Rahmen der SP-Tätigkeit werden offenbar Kompetenzen erworben, die zu einer gesteigerten Aufmerksamkeit, Selbstbestimmtheit und verbesserten verbalen Fähigkeiten in Arztkontakten führen können. Patientinnen, die besser ihre eigenen Bedürfnisse einfordern können und sogar zurückmelden, wenn die Kommunikation unglücklich verläuft, sind ganz im Sinne des empowerment zu „mündigen Patientinnen“ geworden [20]. Training und strukturiertes Rollenspiel von SP können daher ein Modell zum empowerment auch von „realen Patientinnen“ sein.

### 4.2. Verschiedene Wege zur mündigen Patientin

Trotz identischem Training und gleichen Bedingungen der SP-Tätigkeit haben Frau B., Frau H. und Frau M. sehr verschiedene Wege gefunden, in ihrem Alltagsleben als Patientin Veränderungen umzusetzen:

1. *Frau B.s Fall* („SP-Tätigkeit als Therapie“) zeigt eine Konstellation, die nach unserer Kenntnis bis jetzt in der Literatur noch nicht beschrieben wurde: eine traumatische Erfahrung, die Angst vor Ärzten und Krankenhäusern verursachte, wird durch die Tätigkeit als SP überwunden. Frau B. konnte - offenbar als ein Art Coping-Strategie - ihre negative Erfahrung umwandeln, indem sie Teil der Lehr- bzw. Ausbildungssituation in derselben Institution wurde, die die negative Erfahrung ausgelöst hat. Wir wissen nicht, ob diese Erfahrung der Auslöser für ihre SP-Tätigkeit war, aber diese Tätigkeit hat ihr ganz offensichtlich geholfen, im Alltag als Patientin gestärkt zu sein.
2. *Frau H. („Lehrend auch außerhalb der Lehrsituation“)* repräsentiert einen ganz anderen Typ von SP: Als Expertin für genaues Beobachten, klares Formulieren und strukturiertes Rückmelden transportiert sie ihre SP-Fähigkeiten in ihren realen Patientenalltag. Standards, die sie in der Lehrsituation erlebt, möchte sie auch im medizinischen Alltag angewandt wissen. Ziel ist eine langfristige Verbesserung von Konsultationen, nicht nur im Unterricht, sondern auch außerhalb der Lehrsituation. Frau H.'s Verhalten erinnert an das Konzept des „patient-as-professional“ [21], das deutlich über die Rolle des informierten Patienten hinausgeht. Gewissermaßen als Teil des interprofessionellen Praxisteam gestaltet und koordiniert der patient-as-professional seine Behandlung, kennt seine

Krankheit, stellt ggf. Entscheidungen von Ärzten infrage und ist oft in einen Netzwerk verankert, in dem er sich engagiert. So erzählte eine Patientin in einer australischen Studie, die dieses Konzept explorierte, wie sie ihren Hausarzt auf dem Laufenden halten musste, selbst nach den Wirkungen und Nebenwirkungen ihrer Medikamente fragte und letztlich das gesamte Praxisteam für die eigenen Zwecke organisierte [22]. Obwohl Frau H. nach eigener Einschätzung schon immer eine selbstbewusste Persönlichkeit war, hat erst das Training als SP sie befähigt, auch im medizinischen Kontext für ihre Belange aktiv einzutreten.

3. *Frau M.*, die einen medizinischen Hintergrund hat, repräsentiert einen dritten Typus von SP: Sie unterscheidet klar zwischen Unterricht und Patientenalltag, kennt in letzterem die Defizite – Zeitmangel, fehlende kommunikative Kompetenz – hat aber trotzdem den starken Wunsch, aus der Lehrsituation heraus Änderungen zu initiieren. Ihre beiden Rollen als SP und reale Patientin trennt sie strikt und fühlt sich durch die SP-Tätigkeit nicht im Patientenalltag beeinflusst. Frau M. präsentierte sich im Interview eher rational, und bot wenige subjektive Erzählungen im Interview. Sie argumentierte stark aus einer Expertenrolle heraus, im Sinne einer „professionellen SP“ oder eines „patient-as-professional“ [21], die ihr Wissen mit anderem teilen möchte [13], [14], [23].

#### 4.3. Stärken und Schwächen

Eine Stärke dieser Studie ist offene Form, in der die Interviews durchgeführt wurden, wodurch den SP maximaler Gestaltungsfreiraum und Möglichkeit zur eigenen Schwerpunktsetzung gegeben wurde. Durch die Auswertung im multiprofessionellen Team konnten die Perspektiven verschiedener Disziplinen berücksichtigt und diskutiert werden.

Einschränkend ist festzuhalten, dass wir zwar ein umfangreiches Bild unserer erfahrenen SPs erhielten, aber aufgrund der lokalen Begrenzung diese Ergebnisse weder repräsentativ für SP in Deutschland noch theoretisch gesättigt sind [24]. Training und Lehrmethoden können an anderen Standorten differieren, sodass sich Fähigkeiten und Erfahrungen von SP an anderen Standorten unterschieden können. Die von uns eingeladenen SP erklärten sich alle zur Studienteilnahme bereit, waren aber eventuell motiviert, beispielsweise im Sinne einer sozialen Erwünschtheit, eher positive Dinge zu berichten.

### 5. Zusammenfassung und Ausblick

Persönlicher Hintergrund, Erfahrungen und Motivation von Simulationspatienten können sehr unterschiedlich sein. Trotzdem scheint die SP-Tätigkeit, die mit regelmäßigem Training und dem Durchspielen von Konsultationssituationen einhergeht, Selbstbewusstsein und Aufmerksamkeit von SP generell zu steigern. Sie kann sogar dazu

führen, diese Fähigkeiten an anderer Stelle im Alltag einzubringen. Aus Befragungen von Patientinnen wissen wir [17], dass innerhalb von Konsultationen patientenseitige Angst, Sorge oder Hemmungen, Probleme anzusprechen, sehr häufig vorhanden sind. Abgesehen von dem Appell, Ärzte sollten patientenzentrierter kommunizieren, könnte ein Training analog zu dem von SP (genaues Beobachten, präzises Ausdrücken eigener Belange, strukturiert Rückmeldung erteilen) die Position der Patientinnen in der Konsultation verbessern und daher für alle Beteiligten hilfreich im Sinne einer stärkeren Berücksichtigung der Patientenwünsche sein. Diese Kompetenzen werden an verschiedenen Standorten in Deutschland z.B. in sog. „Patientenuniversitäten“ vermittelt und tragen zum Empowerment von chronisch kranken Patientinnen bei. Die von unseren SP und auch in internationalen Studien beschriebenen Veränderungen harmonieren gut mit dem Konzept des „professionellen Patienten“ [22] – mit dem Ziel, Patientinnen zu stärken und ihnen Hilfestellungen in ihren Gesprächen mit Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe zu geben [19].

Wenn die Tatsache, dass SP im Verlauf ihrer Tätigkeit kompetentere Patientinnen werden auch an anderen Standorten zutrifft, kann dies sowohl zur Rekrutierung von künftigen SP als auch in der Trainingssituation nutzbar gemacht werden. SP sollten um die Tatsache wissen und SP-Trainer sollten sie im Training thematisieren bzw. bei erfahrenen SP als Ressource mit einbeziehen.

Ein Aufgabe zukünftiger Forschung wäre es herauszufinden, wie SP-Trainingsmethoden in andere Settings des Gesundheitswesens übertragen werden können, um z.B. Menschen mit chronischen Erkrankungen oder generell Menschen, die dies explizit wünschen, eine selbstbestimmtere Rolle im medizinischen Kontext zu eröffnen.

### Danksagung

Wie danken unseren Simulationspatienten für ihre Bereitschaft, sich interviewen zu lassen. Außerdem danken wir Kathrin Püschel für ihre Hilfe bei der Datenanalyse.

### Autoren

PD Dr. med. ANNE SIMMENROTH-NAYDA arbeitet als angestellte Ärztin in einer Hausarztpraxis und ist Lehr-Koordinatorin des Institutes für Allgemeinmedizin und Leiterin des studentischen Trainingszentrums an der Universitätsmedizin Göttingen (UMG).

Dr. disc.pol. GABRIELLA MARX ist Forschungskoordinatorin und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abt. Palliativmedizin an der (UMG). Spezielles Interesse: Qualitative Forschung, Patientenperspektive.

Dr. med. THORSTEN LORKOWSKI schrieb seine Doktorarbeit über Simulationspatienten am Institut für Allgemeinmedizin der UMG. Zurzeit arbeitet er als Arzt in Weiterbildung im städtischen Krankenhaus Buxtehude.

Prof. Dr. disc. pol. WOLFGANG HIMMEL ist akademischer Oberrat und Forschungs koordinator am Institut für Allgemeinmedizin an der UMG. Spezielles Interesse: Arzt-Patientenbeziehung, Patientenperspektive, Versorgungsforschung.

## Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

## Literatur

1. Abe K, Roter D, Erby LH, Ban N. A nationwide survey of standardized patients: who they are, what they do, and how they experience their work. *Patient Educ Couns*. 2011;84(2):261–264. DOI: 10.1016/j.pec.2010.07.017
2. Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills AAMC. *Acad Med*. 1993;68(6):443–451; discussion 451–453. DOI: 10.1097/00001888-199306000-00002
3. Cleland JA, Abe K, Rethans J. The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. *Med Teach*. 2009;31(6):477–486. DOI: 10.1080/01421590903002821
4. Simmenroth-Nayda A, Chenot JF, Fischer T, Scherer M, Stanske B, Kochen MM. Medizinstudium: Mit Laienschauspielern das ärztliche Gespräch trainieren. *Dtsch Arztebl International*. 2007;104:A-847.
5. Plaksin J, Nicholson J, Kundrod S, Zabar S, Kalet A, Altshuler L. The benefit and risks of being a standardized patient: a narrative review of the literature. *Patient*. 2015. DOI: 10.1007/s-40271-015-0127-y
6. McNaughton N, Tiberius R, Hodges B. Effects of Portraying Psychologically and Emotionally Complex Standardized Patient Roles. *Teach Learn Med*. 1999;11:135–141. DOI: 10.1207/S15328015TL110303
7. Bokken L, van Dalen J, Rethans J. Performance-related stress symptoms in simulated patients. *Med Educ*. 2004;38(1):1089–1094. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2004.01958.x
8. Hanson M, Tiberius R, Hodges B, MacKay S, McNaughton N, Dickens S, Regehr G. Adolescent standardized patients: method of selection and assessment of benefits and risks. *Teach Learn Med*. 2002;14(2):104–113. DOI: 10.1207/S15328015TLM1402\_07
9. Rubin NJ, Philp EB. Health care perceptions of the standardized patient. *Med Educ*. 1998;32(5):538–542. DOI: 10.1046/j.1365-2923.1998.00259.x
10. Wallach PM, Elnick M, Bognar B, Kovach R, Papadakis M, Zucker S, Speer A. Standardized patients' perceptions about their own health care. *Teach Learn Med*. 2001;13(4):227–231. DOI: 10.1207/S15328015TLM1304\_03
11. Fiscella K, Franks P, Srinivasan M, Kravitz RL, Epstein R. Ratings of physician communication by real and standardized patients. *Ann Fam Med*. 2007;5(2):151–158. DOI: 10.1370/afm.643
12. Boerjan M, Boone F, Anthierens S, van Weel-Baumgarten E, Deveugele M. The impact of repeated simulation on health and healthcare perceptions of simulated patients. *Patient Educ Couns*. 2008;73(1):22–27. DOI: 10.1016/j.pec.2008.05.028
13. Woodward CA, Gliva-McConvey G. The effect of simulating on standardized patients. *Acad Med*. 1995;70(5):418–420. DOI: 10.1097/00001888-199505000-00020

14. Gillespie C, Bruno JH, Kalet A. What standardised patients tell us about 'activating' patients. *Med Educ*. 2009;43(11):1112–1113. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03502.x
15. Aspegren K. BEME Guide No. 2. Teaching and learning communication skills in medicine—a review with quality grading of articles. *Med Teach*. 1999;21(6):563–570. DOI: 10.1080/01421599978979
16. Bohnsack R. Group Discussions and Focus Groups. In: Flick U, Kardorff E, Steinke I (Hrsg). *A companion to qualitative research*. London, Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2004. S.214–221.
17. Marx G, Witte N, Himmel W, Kuhnel S, Simmenroth-Nayda A, Koschack J. Accepting the unacceptable: medication adherence and different types of action patterns among patients with high blood pressure. *Patient Educ Couns*. 2011;85(3):468–474. DOI: 10.1016/j.pec.2011.04.011
18. Menichetti J, Libreri C, Lozza E, Graffigna G. Giving patients a starring role in their own care: a bibliometric analysis of the ongoing literature debate. *Health Expect*. 2014. DOI: 10.1111/hex.12299
19. Bokken L, van Dalen J, Rethans J. The impact of simulation on people who act as simulated patients: a focus group study. *Med Educ*. 2006;40(8):781–786. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2006.02529.x
20. von Reibnitz C, Schnabel PE, Hurrelmann K. *Der mündige Patient*. Weinheim, München: Juventa; 2001.
21. Pulvirenti M, McMillan J, Lawn S. Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expect*. 2014;17(3):303–310. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2011.00757.x
22. Phillips RL, Short A, Kenning A, Dugdale P, Nugus P, McGowan R, Greenfield D. Achieving patient-centred care: the potential and challenge of the patient-as-professional role. *Health Expect*. 2014. DOI: 10.1111/hex.12234
23. Chesire J, Ziebland S. Narrative as a resource in accounts of the experiences of illness. In: Thornborrow J, Coates J (Hrsg). *The sociolinguistics of narrative*. Amsterdam, Philadelphia: J. Benjamins Pub. Co; 2005. S.17–40. DOI: 10.1075/sin.6.02che
24. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Pub. Co; 1967.

### Korrespondenzadresse:

PD Dr. Anne Simmenroth-Nayda  
 Universitätsmedizin Göttingen, Institut für  
 Allgemeinmedizin, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen,  
 Deutschland, Tel.: +49 (0)551/39-2647  
 asimmen@gwdg.de

### Bitte zitieren als

Simmenroth-Nayda A, Marx G, Lorkowski T, Himmel W. Working as simulated patient has effects on real patient life – Preliminary insights from a qualitative study. *GMS J Med Educ*. 2016;33(3):Doc42. DOI: 10.3205/zma001041, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010415

### Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2016-33/zma001041.shtml>

**Eingereicht:** 09.10.2015

**Überarbeitet:** 04.03.2016

**Angenommen:** 04.03.2016

**Veröffentlicht:** 17.05.2016

**Copyright**

©2016 Simmenroth-Nayda et al. Dieser Artikel ist ein  
Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der  
Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung).  
Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.