

7

Wie wird
eine objektive
strukturierte
klinische Prüfung
entwickelt?

INHALT

- 7.1 Woraus besteht ein OSCE? - 145
- 7.2 Wie werden Stationen entwickelt? - 150
- 7.3 Wie werden Examinatoren vorbereitet? - 157
- 7.4 Wie Standardisierte Patienten
rekrutieren und trainieren? - 160
- 7.5 Wie wird ein Circuit angelegt? - 166
- 7.6 Wie wird ein OSCE ausgewertet? - 168

Dieses Kapitel beschreibt detailliert die Entwicklung eines objektiven strukturierten klinischen Examens (OSCE). Wir empfehlen Ihnen, sich vor der Lektüre anhand der kurzen Beschreibung am Ende des 2. Kapitels einen Überblick über die Funktionsweise sowie die Vor- und Nachteile dieses Prüfungsansatzes zu verschaffen.

Der erste Abschnitt dieses Kapitels befasst sich mit den Voraussetzungen für die Durchführung eines OSCE. Er beschreibt, welche Personen mit welchen Aufgaben beteiligt sind, welche die Hauptschritte der Entwicklung darstellen und welche Stationentypen zu empfehlen sind. Der zweite Abschnitt beschreibt das Vorgehen bei der Entwicklung einzelner Stationen. Die nächsten beiden Abschnitte geben Auskunft über die Vorbereitung der Examinatoren und der Standardisierten Patienten (SPs). Der fünfte Abschnitt behandelt die Planung und den praktischen Aufbau des Stationencircuits während der sechste Teil Aspekten der Auswertung eines OSCE gewidmet ist. Ein fünfteiliger Anhang illustriert, wie Unterlagen und Dokumente für Entwicklung, Durchführung und Auswertung aussehen können.

Wir beschreiben aus den folgenden zwei Gründen das OSCE-Verfahren ausführlicher als andere Methoden: Die Prüfungsform ist im deutschsprachigen Raum noch wenig bekannt. OSCEs sind störanfällig. Ein Fehler in einer einzelnen Komponente kann bereits den Gesamterfolg gefährden.

In diesem Kapitel erfahren Sie,

- welche Aufgaben die Entwicklung und Durchführung eines OSCE für die Beteiligten umfasst
- welche Stationentypen zu empfehlen sind und wie eine Station entworfen, ausgearbeitet und praktisch erprobt wird
- wie viele Examinatoren und SPs mit welchen Eigenschaften nötig sind und wie ihr Training aufgebaut werden kann
- was zur Planung und Installation eines Circuits gehört
- welche Aspekte bei der OSCE-Auswertung zu klären sind

7.1 Woraus besteht ein OSCE?

Für das vorliegende Kapitel haben wir vor allem Informationsmaterial aus dem Bereich der ärztlichen Grundausbildung verwendet und zwar zum einen aus dem 2. Teil des „Qualifying Examination“ des Medical Council of Canada und zum andern aus dem „Standardized Patient Project“ des amerikanischen National Board of Medical Examiners. Da diese beiden OSCEs zur selben Zeit an verschiedenen Orten genau gleich (standardisiert) durchgeführt werden müssen, wurde das Vorgehen bei der Entwicklung und Durchführung sehr detailliert dokumentiert. Das heisst aber nicht, dass OSCEs nur in der Grundausbildung eingesetzt werden. Auch für die Evaluation in der Postgraduierten-Ausbildung wurde in verschiedenen Fachbereichen über OSCEs publiziert (z.B. Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie, Chirurgie, Anästhesie).

Vorbemerkungen

Falls eine Gesellschaft für ihre Facharztprüfung diese Prüfungsform in Erwägung zieht, ist es sicher sinnvoll, international nach evtl. schon bestehenden OSCEs zu suchen. Wer die Möglichkeit hat, als Beobachter an einem OSCE in seinem eigenen oder einem verwandten Fachbereich teilzunehmen und von den Erfahrungen der Konstrukteure und den an der Durchführung Beteiligten zu profitieren, sollte dies unbedingt tun.

Welche Personen spielen eine Rolle?

Die Prüfungskommission, welche für die Fachgesellschaft repräsentativ sein sollte, ist für folgende Aufgaben verantwortlich:

Prüfungskommission

- Festlegung des Blueprints und der Prüfungsziele (vgl. Kapitel 1)
- Planung der Prüfungsentwicklung
- Rekrutierung der Autoren
 - der Patiententrainer
 - der Examinatoren
 - des Durchführungs-Verantwortlichen
- Verwaltung des OSCE-Stationenpools
- Auftragserteilung für das Erstellen neuer Fälle
- Revision der erstellten Fälle
- Auswahl der Stationen für eine Prüfung
- Standardsetzung
- Instruktion der Examinatoren
- Erstellung der schriftlichen Prüfungsunterlagen (Sekretariat)
- Anmeldungsadministration (Sekretariat)
- Prüfungsauswertung und Prüfungsevaluation

Um diese Aufgaben zu erfüllen, kann es sinnvoll sein, mit einer Fachperson resp. einer Fachinstitution für Prüfungsentwicklung, -auswertung und -evaluation zusammenzuarbeiten. Sicher benötigt wird ein Sekretariat.

Autoren Als Autoren von Fällen resp. Stationenszenarien mit den entsprechenden Beurteilungskriterien (Checklisten) sind Fachärzte erforderlich. Sinnvollerweise kreieren diese neue Fälle in kleinen Teams in einem Workshop.

Patiententrainer Patiententrainer haben die Aufgabe, mit SPs deren Rollen einzuüben. Der hauptverantwortliche Patiententrainer kann zudem die Aufgabe erhalten, die SPs zu rekrutieren. Er sollte bei der Prüfungsdurchführung anwesend sein. Die Trainer brauchen nicht Fachärzte zu sein. Sie müssen von solchen aber genau erfahren, wie sich eine bestimmte Gesundheitsstörung manifestiert. Wichtig ist, dass sie selbst gut „schauspielern“ und dies auch gut vermitteln können.

Examinatoren Examinatoren beurteilen anhand von Checklisten die Kandidatenleistungen an den Prozedurstationen und werten die Antwortblätter von den Fragestationen aus. Für diese Aufgaben kommen in erster Linie wieder Fachärzte in Frage. Wenn genau definierte Checklisten vorliegen, können für gewisse Stationentypen - nach entsprechendem Training - auch Nicht-Fachärzte eingesetzt werden¹. Die Anzahl erforderlicher Examinatoren hängt von der Zahl der Stationen und der Kandidaten ab. Es ist nicht möglich, länger als einen halben Tag praktisch ununterbrochen konzentriert zu beobachten und zu beurteilen. Deshalb braucht es, wenn ein OSCE während eines Vor- und eines Nachmittags läuft, pro Station zwei Examinatoren.

Durchführungsverantwortlicher Der Durchführungsverantwortliche

- findet und bucht geeignete Prüfungslokalitäten
- plant den Circuit
- beschafft die erforderlichen Einrichtungs- und Prüfungsmaterialien
- erstellt Zeitpläne und Checklisten für die Materialkontrolle
- organisiert das akustische Signalsystem
- organisiert die Verpflegung
- richtet die Stationen ein
- beschildert den Circuit
- überwacht den Prüfungsablauf

Um alle diese Aufgaben erfüllen zu können, braucht es verständlicherweise etliches Hilfspersonal.

SPs spielen während der Prüfung echte Patienten. Sie werden für Anamnese-, Untersuchungs- und Beratungsstationen benötigt. Die Zahl ist von den ausgewählten Stationen und der Zahl der Kandidaten abhängig. Auch SPs können kaum während eines ganzen Tages eingesetzt werden.

Standardisierte Patienten

Es ist offensichtlich, dass OSCE ein sehr personalintensives Prüfungsverfahren ist. Man kann davon ausgehen, dass bei Kandidatenzahlen zwischen 100 und 250 ebensoviel Personal für die Entwicklung, Durchführung und Auswertung erforderlich ist.

wieviel Personal?

In welchen Schritten erfolgt die Entwicklung?

In einer ersten Phase geht es um die Entwicklung neuer Fälle. Folgende Schritte sind nötig:

Entwicklung neuer Fälle

- Feststellen des Bedarfs gemäss Blueprint und Abklären allfälliger Lücken im Pool der vorhandenen Fälle
- Rekrutieren von Autoren, Aufträge erteilen
- Kreieren neuer Fälle (wenn möglich im Rahmen eines Workshops)
- inhaltliche und formale Vorrevision
- Revision im Rahmen einer Sitzung der Prüfungskommission
- Erfassen der akzeptierten (revidierten) Fälle in den OSCE-Pool

In der zweiten Phase wird die konkrete nächste Prüfung entwickelt. Dazu gehört vor allem:

Entwicklung der Prüfung

- Auswahl der Fälle für die nächste Prüfung
- Besprechung derselben mit Patiententrainern
- Rekrutierung und Instruktion der Examinatoren
- Rekrutierung und Training der SPs
- Buchung der Prüfungslokalitäten, Planung des Circuits und Einrichtung der Prüfungsräume (vgl. Aufgaben des Durchführungsverantwortlichen)
- Kandidatenadministration

In der dritten Phase wird die Prüfung durchgeführt, ausgewertet und evaluiert.

Durchführung und Auswertung

Die Planung eines OSCE sollte mindestens ein Jahr vor dem Prüfungstermin beginnen, angesichts des Milizsystems sind Zyklen von anderthalb Jahren sinnvoller.

Welche Stationentypen sind zu empfehlen?

Beschränkung auf zwei Standardlängen

Bei der Planung der Stationen muss bereits daran gedacht werden, dass diese in einem Circuit angelegt werden. Dieser sollte möglichst flüssig absolviert werden können. Wir empfehlen deshalb, sich auf zwei Standardlängen zu beschränken. Kurzstationen von beispielsweise fünf oder sieben Minuten Dauer reichen aus, um zu beurteilen, wie fokussierte Teilanamnesen oder gezielten Untersuchungen an SPs sowie klar umschriebenen Handlungen an Phantomen, Modellen oder Präparaten ausgeführt werden. Sollen die Leistungen bei umfassenderen Anamnesen, Untersuchungen und Behandlungen oder bei Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang mit Patienten und komplexeren Problemsituationen evaluiert werden, drängen sich Stationen von doppelter Länge auf.

Vor- und Nachteile von Kurz- und Langstationen

Eine repräsentative und damit hinreichend zuverlässige Prüfung erfordert in der Regel eine genügend grosse Zahl von Stationen (ca. 20), die sowohl inhaltlich verschieden sind als auch unterschiedliche Kompetenzen evaluieren. Ist die Gesamtprüfungszeit z.B. auf 4 Stunden limitiert, können maximal 15 Stationen von 14-minütiger Dauer untergebracht werden aber etwa 36 Stationen von 5 Minuten Dauer. Unter dem Reliabilitätsgesichtspunkt ist es ratsamer, eine grössere Zahl kurzer Stationen zu entwickeln als wenige lange. Andererseits gibt es Kompetenzen (z.B. Management einer komplexeren Situation), die sich nicht innerhalb von 5 Minuten gültig beurteilen lassen. Es besteht die Gefahr, dass die komplexe Ganzheit einer echten Arzt/Patient-Interaktion in einem Fertigkeiten-Hickhack vieler kurzer Stationen verlorengelht. Verschiedentlich wurde zudem beobachtet, dass Kandidaten in kurzen Stationen tendenziell hektisch befragen und keine natürlichen Pausen zulassen. Der ideale Mix von Kurz- und Langstationen muss fachspezifisch unter den beiden Gesichtspunkten, dem der Validität und dem der Reliabilität, abgewogen werden.

Doppelstationen: Prozedurstationen kombiniert...

Gut bewährt haben sich Doppelstationen (couplet stations). In einer Prozedurstation findet zuerst eine Begegnung mit einem SP statt. Der Kandidat muss bei diesem z.B. innert 5 Minuten eine gezielte Teilanamnese erheben oder eine spezifische Untersuchung durchführen. Er wird dabei von einem Arzt als Examinator anhand einer Checkliste beurteilt.

...mit Fragestationen

Nach dem akustischen Schlusszeichen erhält der Kandidat vom Examinator die schriftlichen Aufgaben, die er in der nachfolgenden Fragestation zu bearbeiten hat. Die Pause dauert eine Minute. Die Aufgaben der Fragestation sollen sich auf den eben befragten und/oder untersuchten Patienten beziehen. Typische Aufgaben sind:

- die Befunde aus der Prozedurstation aufschreiben
- eine Differentialdiagnose aufstellen
- Röntgenbilder, CT, Laborbefunde etc. interpretieren
- einen Untersuchungs- oder Behandlungsplan vorschlagen

Am ehesten empfiehlt sich für die schriftliche Befragung die Form der Kurzantwortfragen (vgl. Kapitel 4). Für gewisse Aufgaben ist auch eine MC-Antwortform denkbar (vgl. Kapitel 3).

In der Fragestation ist die Anwesenheit eines Examinators nicht erforderlich. Nach der akustischen Ankündigung des Stationendes verlässt der Kandidat den Raum und lässt sein Antwortblatt zurück. Dieses wird von einer Hilfsperson herausgeholt, die auch kontrollieren muss, ob die nötigen Unterlagen (z.B. Röntgenbilder) noch vorhanden und unbeschädigt sind. Es ist z.B. vorgekommen, dass ein Kandidat die verlangte Lokalisierung auf einem Röntgenbild nicht nur im Schema auf seinem Antwortblatt markiert hat sondern auch direkt auf dem Originalröntgenbild, das im Prüfungsraum hing. Da die nachfolgenden Kandidaten diese Information hatten, musste die ganze Fragestation nachträglich aus der Bewertung eliminiert werden.

Bei langen Prozedurstationen von 10-15 Minuten Dauer ist es denkbar, in den letzten 2 Minuten einige standardisierte mündliche Fragen einzuplanen, die der Examinator stellt (vgl. Kapitel 5). Damit die Bedingungen für alle Kandidaten gleich sind, muss dieser mit der Befragung unbedingt auf das entsprechende akustische Signal warten, auch wenn der Kandidat seine Interaktion mit dem SP vorher abgeschlossen hat. Ein Kandidat hat damit auch die Möglichkeit, sich nochmals dem Patienten zuzuwenden, um etwas Zusätzliches zu fragen oder zu untersuchen, das ihm nachträglich einfällt.

*lange Stationen
ergänzt durch struk-
turierte Befragung*

Durch die Kombination der Beobachtung praktischer Fertigkeiten einerseits und der schriftlichen oder mündlichen Prüfung von Wissens- und Denkleistungen andererseits wird die Prüfung inhaltlich heterogener. Man erweitert damit den Validitätsanspruch, muss aber in Kauf nehmen, dass die Reliabilität im Sinne der inneren Konsistenz abnimmt¹.

*Validität vs.
Reliabilität*

7.2 Wie werden Stationen entwickelt?

Die Entwicklung von OSCE-Stationen ist zeitaufwendig. Eine gute Ausbeute wird zum einen erreicht durch klare Aufträge und zum andern durch ein strukturiertes, mehrstufiges Vorgehen bei der Entwicklung.

klarer Auftrag Die Auftragserteilung und die Koordination der Stationenentwicklung obliegt der Prüfungskommission. Den Ausgangspunkt bilden dabei der Blueprint (vgl. Kapitel 1) und eventuell formulierte Prüfungsziele. Für OSCEs ist es sicher angezeigt, mit mindestens zweidimensionalen Blueprints zu arbeiten. Die eine Dimension enthält den Inhaltsbereich oder eine Typologie von Konsultationsgründen (vgl. Abb. 1.7, S.31), die zweite die praktischen Aufgaben (Umgang/Kommunikation mit Patienten, Anamnese, körperliche Untersuchung, manuelle Fertigkeit, Problemmanagement usw.). Sofern bereits ein Pool von früher erarbeiteten und z.T. schon erfolgreich verwendeten Stationen besteht, können die Aufträge auf spezifische Lücken ausgerichtet werden.

Beispiel Im Interesse der allgemeinen Verständlichkeit wählen wir zur Illustration ein Auftragsbeispiel für das Niveau der ärztlichen Grundausbildung. Ein gezielter Auftrag könnte wie folgt lauten:

Patientenproblem: *Bauchschmerzen*
Rahmen: *Notfallsituation*
Plausible Diagnosen: *Appendizitis*
Gastroenteritis
Morbus Crohn
Nierenstein
Situation: *Erstkonsultation eines 18-35-jährigen Fabrikarbeiters, der wegen akuten Bauchschmerzen auf die Notfallstation kommt*
Primäre Aufgabe: *Untersuchung 75 %*
Sekundäre Aufgabe: *Anamnese 25 %*
Prüfungsziele für *Körperliche Untersuchung - Abdomen*
Prozedurstation: *U1: zeigt angemessene gezielte Untersuchung resp. erforderliche Techniken*
U2: erkennt wichtige körperliche Befunde
U3: vermeidet unnötige Unannehmlichkeiten
Anamnese
A1: erkennt Zeichen und Symptome, welche eine sofortige ärztliche Intervention erfordern (Notfallsituation)
A2: erfragt mit dem Konsultationsgrund verbundene Symptome
A3: erhebt Familienanamnese
A4: erhebt Informationen bezüglich früherer Krankheiten und Operationen
Prüfungsziele für *U2: erkennt wichtige körperliche Befunde*
Fragestation: *U4: interpretiert wichtige körperliche Befunde*

Wir konzentrieren uns hier auf die von der Konstruktion her anspruchsvollste Stationenform, diejenige mit einem SP. In Anlehnung an das „Standardized Patient Project“ des National Board for Medical Examiners in den USA schlagen wir ein dreistufiges Vorgehen zur Entwicklung von OSCE-Stationen vor:

Vorgehen bei der Entwicklung der Stationen

1. Entwurf
2. Ausarbeitung
3. praktische Erprobung

Erster Schritt: Entwurf

Es hat sich bewährt, die konkreten Fälle für OSCE-Stationen im Rahmen eines Workshops durch kleine Teams von z.B. drei Personen (2 Ärzte, 1 Patiententrainer) entwickeln zu lassen. Jedes Team denkt sich zum Auftrag einen konkreten Patientenfall aus, an welchem zumindest einige der Examensziele geprüft werden können, und fasst diesen zusammen.

Zur Fallzusammenfassung gehören:

Fallzusammenfassung

- Angaben zur Person (Alter, Geschlecht, Beruf oder Branche/Funktion)
- Ort des Patientenkontaktes
- Konsultationsgrund
- Aufgabe, die der Arzt an diesem Patienten erfüllen soll
- Falls sinnvoll, zuweisende/r Institution/Arzt, evtl. Zuweisungsdiagnose
- Effektive Diagnose/Befunde
- Liste der Differentialdiagnosen
- Ausschlusskriterien (z.B. darf eine Person, die Appendizitis simulieren soll, keine Appendektomie haben)
- Begleitdokumente (Überweisungsschreiben, krankengeschichtliche Dokumente): ja/nein; falls ja, in ein oder zwei Sätzen deren Inhalt skizzieren

Es kann hilfreich sein, den Teams checklistenartige Schemata vorzugeben, die gewährleisten, dass beim Zusammentragen der Informationen zur Anamnese und zur Untersuchung nicht Wesentliches vergessen wird. Die Teams brauchen dabei nur zu den Punkten Angaben zu machen, die für den Fall relevant sind. Es können schon die Punkte bezeichnet werden, die in der Checkliste auftauchen sollten. Im Anhang 1 (S.171) finden Sie je ein mögliches Schema für die Strukturierung der Angaben zur Anamnese und zur körperlichen Untersuchung.

Angaben zu Anamnese und Untersuchung

Abschliessend sollen stichwortartig mögliche Beurteilungspunkte notiert werden, aus denen später eine Checkliste entwickelt werden kann.

mögliche Beurteilungskriterien

Zum Prüfungsziel U1 „zeigt angemessene gezielte Untersuchung resp. erforderliche Techniken“ könnten die Stichworte etwa lauten:

- palpiert Abdomen
- beurteilt Entlastungsschmerz
- palpiert Leber und Milz

Mögliche Stichworte zum Prüfungsziel U3 „vermeidet unnötige Unannehmlichkeiten“ wären etwa:

- positioniert den Patienten bequem
- palpiert mit Rücksicht auf die Schmerzen des Patienten
- erklärt sein Vorgehen vor oder während der Ausführung

Begutachtung durch die Prüfungskommission

Die bisherigen Arbeiten der Teams werden von der Prüfungskommission und/oder im Plenum anhand folgender Fragen begutachtet: Sind sie angemessen für eine Facharztprüfung? Entsprechen sie den gesetzten Vorgaben? Lassen sie sich durch SP verkörpern? Sind sie realistisch? Können sie in der gesetzten Stationenlänge dargestellt und von den Kandidaten bewältigt werden?

Eine alternative Möglichkeit ist, den Autoren je einige Aufträge bereits vor dem Workshop zu übermitteln. Sie können dann in ihren archivierten Patientendaten nach passenden Fällen suchen und eventuelle Unterlagen wie Röntgenbilder und konkrete Labordaten zum Workshop mitbringen.

Zweiter Schritt: Ausarbeitung

Wenn ein Fall als grundsätzlich geeignet taxiert worden ist, geht es darum, fallspezifische Informationen für die Auswahl und das Training des SP oder der SPs zusammenzutragen, die Kandidateninstruktion zu verfassen und eine konkrete Checkliste für die Beurteilung zu erstellen.

Informationen für die Rekrutierung von SPs

Als erstes ist das demographische Profil der SPs festzulegen: Alter, Geschlecht, Beruf, schulischer Hintergrund. Dann ist die Erscheinung zu beschreiben: Statur, Kleidung, Gepflegtheit usw. Schliesslich erfolgen Angaben über erforderliche körperliche Besonderheiten, die sich nicht simulieren lassen sowie unverträgliche Merkmale z.B. Operationsnarben.

Welches Profil und welche Krankengeschichte hat der SP?

Als Grundlage für das Training der SP muss als nächstes das Profil, das in den Anamnese- und Untersuchungsschemata des 1. Schrittes skizziert wurde, verfeinert werden. Es soll ein möglichst plastisches Bild entstehen.

Wurden im ersten Schritt unter Punkt V des Anamneseschemas (vgl. Anhang 1) drei Medikamente aufgelistet, die der Patient einnimmt, sollte jetzt spezifiziert werden, wer diese verschrieben hat, wie lange sie eingenommen werden, ob irgendwelche Nebenwirkungen festgestellt wurden und ob der Patient sich erinnert, die Medikamente wie verschrieben eingenommen zu haben. Solche Informationen erlauben dem SP, die meisten Fragen zu beantworten, welche von Kandidaten gestellt werden könnten.

Besonders wichtig sind detaillierte Angaben über den Gesundheitszustand und den Konsultationsgrund, da diese bei der Befragung und Untersuchung im Vordergrund stehen werden. Ist der Konsultationsgrund ein bestimmter Schmerz, sind Angaben erforderlich, die dem Patienten ermöglichen auf Fragen zu antworten wie: Wann hat der Schmerz begonnen? Wie lange dauerte er? Wie fühlt er sich an? Was mildert, was verstärkt ihn? Gab es bereits frühere Episoden? Die Angaben müssen in Laiensprache formuliert werden, damit eine realistische Simulation möglich wird.

Bei der medizinischen Vorgeschichte sowie der Sozial- und Familiengeschichte sollte man sich auf Informationen beschränken, die für das Prüfungsziel der Station bedeutsam sind. Jedes unnötige Detail macht das Training der SPs schwieriger.

Ebenfalls erforderlich sind Angaben über das Verhalten des Patienten während der Konsultation

Wie verhält sich der SP?

Patient ist freundlich, etwas gleichmütig. Akzeptiert, dass Untersuchungen durchgeführt werden müssen. Akzeptiert resigniert die Notwendigkeit einer Operation, scheint dies schon geahnt zu haben. Beantwortet Fragen, führt aber nicht von sich aus weiter aus. Patient sollte zu Beginn auf der Untersuchungsliège sitzen, nicht unter qualvollen Schmerzen aber mit der Tendenz, sich möglichst wenig zu bewegen. Zieht gerne die Knie hoch. Spricht den Arzt als „Herr Doktor“ an.

und die Reaktion auf unterschiedliches Kandidatenverhalten (interessiert, gleichgültig, distanziert, schroff).

Patient achtet den Arzt, ohne eingeschüchtert zu sein. Wenn er ohne angemessenes Engagement behandelt wird, kann er zeigen, dass er dies nicht schätzt, indem er etwas unfreundlicher wird.

Dann sind alle Fragen festzuhalten, die der SP den Kandidaten während der Konsultation stellen soll, um sie auf Checklistenpunkte hinzuführen. Ebenfalls hilfreich sind einige neutrale Fragen, die er stellen kann, um ein natürliches Gespräch in Gang zu halten.

Welche Fragen stellt der SP?

Wie lange werde ich im Spital bleiben müssen? Wann werde ich wieder arbeiten gehen können?

Schliesslich braucht es Hinweise, wie der Patient auf verschieden Antworten des Arztes reagieren soll, im Besonderen auch auf die Schlussfragen und -kommentare des Arztes.

Wie reagiert der SP?

Wenn der Kandidat entscheidet, ihn nach Hause zu schicken, fragt er: „Sind Sie sicher, dass ich heimgehen kann? Ich fühle mich wirklich ziemlich schlecht.“

***Kandidaten-
instruktion***

Die Kandidateninstruktion wird ausserhalb des Prüfungsraumes neben der Tür aufgehängt. Die Kandidaten lesen sie in der Pause vor der Station. Die Instruktion soll folgende Informationen enthalten: Name und Alter des Patienten, Konsultationsort, Konsultationsgrund, evtl. zuweisende Person oder Instanz, Aufgabe und zur Verfügung stehende Zeit. Bei Doppelstationen soll auch schon auf die Aufgabe in der Fragestation hingewiesen werden (vgl. Abb. 7.1).

Hans Ramseier
Kandidatenanweisung

Herr Hans Ramseier, 30-jährig, kommt auf die Notfallstation wegen Bauchschmerzen, die seit 4 Tagen andauern.

Untersuchungsbefunde:
Temperatur 37.9 °C
Blutdruck 128/84 mmHg
Atmung 16/Min.
Puls 92/Min., regelmässig

Sie haben 10 Minuten Zeit, um bei diesem Patienten eine Anamnese zu erheben und eine körperliche Untersuchung durchzuführen, die dem Problem angemessen sind.

In der folgenden Station werden Sie über dieses Problem einige Fragen zu beantworten haben.

Lassen Sie bitte diese Instruktion hier.

Abb. 7.1 Kandidatenanweisung zur Prozedurstation einer Doppelstation

***Überweisungsbrief,
Informationsblatt***

Falls den Kandidaten ein Überweisungsbrief oder ein Blatt mit Informationen über den Patienten abgegeben werden soll, muss das entsprechende Dokument vor der Checkliste verfasst werden. Der Zweck eines Informationsblattes kann sein, die Kandidaten mit gewissen standardisierten Grundinformationen zu versehen.

***erforderliche Einrichtung
und Gegenstände***

Es ist sinnvoll, dass die Autoren v.a. für die Prozedurstationen festhalten, welche Einrichtungsgegenstände (Untersuchungsliege, Tisch, Stühle) und Utensilien (Blutdruckmessgerät, Reflexhammer usw.) erforderlich sind.

Als letzter Schritt kann die Checkliste mit eventuellen Erläuterungen erstellt werden. Damit sie übersichtlich bleibt, sollte eine solche Liste nicht mehr als 20-25 Items enthalten. Es ist also wichtig, sich auf die Items zu konzentrieren, die für die Beurteilung der entsprechenden Fertigkeit/en entscheidend sind. Wenn in der Zielsetzung der Station der Untersuchung ein dreimal so grosses Gewicht gegeben wurde wie der Anamnese, soll sich dies in der Verteilung der entsprechenden Items widerspiegeln. Jedes Item soll sich lediglich auf eine Kandidatenfrage oder -handlung beziehen. Bei der Formulierung ist darauf Rücksicht zu nehmen, ob ein ärztlicher Examinator oder der SP selbst die Checkliste ausfüllen wird.

Checkliste mit Items

Zum ersten Item des Prüfungsziels U1 „palpiert Abdomen“ könnte eine Itemformulierung aus Patientensicht lauten:

„Kandidat führte in vier Quadranten meines Bauches eine tiefe Abtastung durch (drückte Hände tief hinein), wobei er entfernt von der Schmerzregion begann und diese zuletzt abtastete.“

Für ärztliche Examinatoren genügt:

„tiefe Palpation in vier Quadranten, wobei Schmerzregion zuletzt“

Wenn SP anamnestische Fragen beurteilen sollen, ist es sinnvoll, primär die für die Vergabe von Punkten gültige SP-Antwort als Item vorzugeben. Zur Erläuterung sollten aber auch noch mögliche Kandidatenfragen festgehalten werden, welche die Antwort hervorrufen können.

Zum Prüfungsziel A2 „erfragt mit dem Konsultationsgrund verbundene Symptome“ könnte ein Item mit Erläuterung lauten:

SP-Antwort: „Ich habe die letzten Tage, seit dies begonnen hat, keinen Appetit mehr gehabt.“

Kandidaten-Fragen: „Was haben Sie gegessen?“, „Waren Sie in letzter Zeit hungrig?“, „Haben Sie einen guten Appetit?“

Unter dem Aspekt der Gültigkeit ist denkbar, besonders wichtigen Items (Schlüsselkriterien) ein höheres Gewicht zu geben. Dem ist zu entgegen, dass man sich möglichst auf wichtige Items beschränken sollte. Die Messzuverlässigkeit kann nachgewiesenermassen durch eine Gewichtung nicht verbessert werden. Eine Fehlentscheidung bezüglich der Erfüllung eines doppelt gewichteten Items verdoppelt diesen Fehler. Wir raten nicht grundsätzlich von einer Gewichtung ab, weisen aber darauf hin, dass bei einer sorgfältig konstruierten Checkliste der Nettogewinn bescheiden ist.

Itemgewichtung

Diverse Untersuchungen haben gezeigt, dass globale Beurteilungen der Leistung bei einer strukturierten und standardisierten praktischen Aufgabe ebenso zuverlässig oder gar zuverlässiger sein können als diejenige anhand einer detaillierten Checkliste^{2,3}.

Globalbeurteilungen

Eine Möglichkeit ist, 4 bis 6-stufigen Lickert-Skalen einzusetzen. So wird etwa für die Beurteilung der technischen Fertigkeiten kanadischer Chirurgieassistenten anhand von Modellen (bench models) zusätzlich zu aufgabenspezifischen Checklisten die in Anhang 2 (S.172) gezeigte 5-stufige Skala verwendet⁴.

Ebenfalls sinnvoll kann es sein, von den Examinatoren abschliessend ein globales Gesamturteil zu verlangen, ob der Kandidat die Aufgabe insgesamt erfüllt hat, also in dieser Station bestehen soll oder nicht.

*Kommunikation und
Gestaltung der Arzt/
Patienten-Beziehung*

Einheitliche globale Skalen können auch für die Beurteilung diverser allgemeiner Verhaltensaspekte eines Kandidaten in der Begegnung mit einem Patienten verwendet werden. Diese sind erfahrungsgemäss wenig fall- oder problemspezifisch. Kommen bei einem bestimmten Aspekt verschiedene Examinatoren in verschiedenen Stationen zu sehr ähnlicher Beurteilung, kann das Urteil als zuverlässig erachtet werden. Als mögliches Beispiel zeigen wir in Anhang 3 (S.173) die entsprechende Checkliste, welche aktuell im kanadischen Qualifizierungsexamen verwendet wird.

In Anhang 4 (S.174) finden Sie eine vollständige Dokumentation zu einer Anamnesedoppelstation mit einem Anämie-Patienten. Es handelt sich dabei um ein leicht modifiziertes Beispiel aus der kanadischen Qualifikationsprüfung.

Dritter Schritt: praktische Erprobung

Die Hauptrolle im dritten Schritt spielen die Patiententrainer. Die neu kreierten Patientenszenarien werden mit SPs eingeübt, sofern bereits solche vorhanden sind, notfalls auch mit andern Anwesenden. Es können Videoaufnahmen gemacht werden. Die beim Training gemachten Erfahrungen und die gemeinsame Analyse der Videoaufnahme kann zu Modifikationen des Patientenporträts und/oder Checklistenitems führen. Falls die Station und die Darstellung als gut erachtet werden, kann das Video zu Instruktionzwecken dienen, z.B. für das Training von SPs oder Examinatoren.

Alle schriftlichen Unterlagen werden am Schluss durch die Prüfungskommission redigiert.

7.3 Wie werden Examinatoren vorbereitet?

Examinatoren werden sowohl zur Beurteilung in den Prozedurstationen benötigt wie auch zur Auswertung der Antwortblätter von den Fragestationen, sofern dort mit Kurzantwortfragen gearbeitet wird. Grosse Fachgesellschaften mit vielen Kandidaten pro Prüfungssession rekrutieren für diese beiden Funktionen sinnvollerweise getrennt Examinatoren. Bei kleineren Kandidatenzahlen ist es zumutbar, dass Examinatoren, welche während der Prüfung an Prozedurstationen gearbeitet haben, einige Tage nach der Prüfung nochmals zusammenkommen, um die Antwortblätter von den Fragestationen auszuwerten.

Beurteiler von praktischen und schriftlichen Leistungen

Nachgewiesenermassen ist es nicht nötig, die Kandidatenleistung an einer Prozedurstation gleichzeitig von zwei unabhängigen Examinatoren beurteilen zu lassen. Der Gewinn ist wesentlich höher, wenn mehr Stationen mit je einem Examiner besetzt werden als weniger Stationen mit je zweien¹. Zu berücksichtigen ist aber, dass die Arbeit hohe andauernde Konzentration, gute Hörleistungen und Stressresistenz erfordert. Es ist nicht möglich, länger als einen halben Tag entsprechend zu arbeiten. Wenn ein OSCE wegen der Kandidatenzahl einen ganzen Tag dauert, müssen deshalb für jede Station zwei Examinatoren vorbereitet werden.

Wie viele und mit welchen Eigenschaften?

Untersuchungen haben gezeigt, dass für gewisse Beurteilungen nach entsprechendem Training auch Personen ohne ärztliche Ausbildung eingesetzt werden können, so z.B. SPs¹.

Bei den Fragestationen sollte jeder Auswerter nur die Antwortblätter einer einzigen Station bearbeiten, um den Einfluss systematischer Beurteilungstendenzen möglichst klein zu halten. Es sind also mindestens so viele Auswerter erforderlich wie es Fragestationen gibt.

Der hauptverantwortliche Auswerter muss

hauptverantwortlicher Auswerter

- sicherstellen, dass am Prüfungstag alle erforderlichen Unterlagen vorhanden und in einwandfreiem Zustand sind
- die Auswerter über ihre Aufgabe informieren
- die Auswertungsarbeit laufend überwachen
z.B. Werden fälschlich richtige Antworten nicht gewertet oder nicht vorgesehene Antworten gewertet?

- die von den Auswertern bearbeiteten Antwortblätter kontrollieren, wenn diese am Ende zu ihm gebracht werden
- die Geheimhaltung des Prüfungsmaterials z.B. Antwortschlüssel, Prüfungsunterlagen sicherstellen

*Instruktions-
veranstaltung*

Aus Sicherheitsgründen sollten sowohl die Examinatoren für Prozedur- wie für Fragestationen erst am Prüfungstag mit ihrer konkreten Station vertraut gemacht werden. Es ist aber sinnvoll, sie im Voraus, z.B. an einer 1^{1/2} - 2-stündigen Abendveranstaltung, auf ihre Aufgaben vorzubereiten.

*Instruktionen für
Beurteiler an
Prozedurstationen*

Wichtige Punkte, die Examinatoren an Prozedurstationen wissen müssen, sind:

- Wie sieht eine Checkliste aus und wie wird sie ausgefüllt?
Ideal ist es, wenn ein Demonstrationsvideo einer Station existiert, die nicht in der Prüfung eingebaut ist und anhand derer die Beurteilung mittels Checkliste durchgespielt werden kann.
- Welche Stationentypen, Checklisten und Beurteilungsskalen gibt es?
Stationen, bei denen zum einen die spezifische Aufgabe (z.B. Anamnese, Beratung) anhand einer Checkliste zu evaluieren ist und zusätzlich die Kommunikation/Interaktion anhand einer Beurteilungsskala; Doppelstationen, bei denen am Ende die Fragen für die Fragestation ausgehändigt werden müssen; Langstationen; Langstationen, bei denen am Schluss mündlich Fragen gestellt werden müssen usw.
- Die Bestehensanforderungen für verschiedene Stationen sind unterschiedlich (evtl. sind auch die einzelnen Items verschieden gewichtet). Examinatoren können (und sollen) nicht wissen, wie viele (und welche) Items erfüllt sein müssen, damit ein Kandidat eine Station bestanden hat.
- Falls eine globale Beurteilung „nicht bestanden/bestanden“ abgegeben werden soll, muss dies unbedingt bei allen Kandidaten erfolgen. Das Urteil soll nicht aus der Summe der erfüllten Checklistenpunkte abgeleitet werden, sondern wirklich den persönlichen Gesamteindruck des Examinators über die Kandidatenleistung wiedergeben.
- Es ist sinnvoll, vor Beginn der Prüfung die Checkliste gemeinsam mit dem SP durchzugehen; dies verbessert sowohl die Beurteilung wie die SP-Leistung.

- Für das Ausfüllen der Checkliste ist das Kandidatenverhalten relevant und nicht dasjenige des SP.

Stellt ein Kandidat eine sehr offene Frage und der SP gibt darauf unnötigerweise Informationen preis, welche nach der Checkliste eine gezielte Frage des Kandidaten erfordert hätten, darf das entsprechende Item nicht als erfüllt gewertet werden.

- Während der laufenden Kandidaten/SP-Interaktion darf der Examinator nicht eingreifen. Dies kann eine kritische Situation nur verschlimmern, da zum Störeinfluss des SP noch derjenige des Examinators hinzukommt.

Wenn ein Examinator beim ersten Kandidaten das Gefühl hat, der SP gebe ohne gezielte Kandidatenfragen zuviel Information preis, kann er diesen in der Pause darauf hinweisen. Andere Rollenänderungen sind aber nicht zulässig. Gibt es diesbezüglich ein ernstes Problem, muss der zuständige Patiententrainer beigezogen werden.

Instruktionen für die Auswertung von Kurzantwortfragen sind in Kapitel 4 gegeben. Zur Illustration mag das Beispiel einer Fragestation in Anhang 4 dienen. Instruktionen dieser Art sollten den Auswertern in schriftlicher Form ausgehändigt aber auch im Rahmen einer gemeinsamen Information mit diesen besprochen werden. Falls auch bei der Fragestation eine Globalbeurteilung verlangt wird, muss zusätzlich darüber instruiert werden.

*Instruktionen für
Auswerter der
Antwortblätter von
Fragestationen*

Am Tag der Prüfung soll sowohl für Examinatoren wie für Auswerter von Antwortblättern noch einmal eine ca. halbstündige Instruktion stattfinden, um die wichtigsten Punkte in Erinnerung zu rufen.

7.4 Wie Standardisierte Patienten rekrutieren und trainieren?

Was sind SP? Bereits anfangs der 60er Jahre wurde begonnen, für Prüfungs- und Ausbildungszwecke gesunde Personen auf eine oder mehrere Patientenrollen zu trainieren^{5,6}. Für solche SPs sprechen vor allem drei Gründe: Zum einen bietet es in der Regel erhebliche Probleme, am Prüfungstermin echte Patienten mit den erforderlichen Krankheitsbildern zur Verfügung zu haben. Zum andern ist es Patienten kaum zumutbar, sich nacheinander von einer grossen Zahl von Kandidaten befragt oder untersucht zu lassen. Schliesslich - und für die Prüfungsabsicht besonders wichtig - ist ein konstantes, standardisiertes Verhalten echter Patienten gegenüber allen Kandidaten kaum zu gewährleisten.

Im Unterschied zu einem Rollenspiel „verkörpern“ SPs einen bestimmten Patiententyp vollständig realistisch und zuverlässig. Das heisst, Alter, Geschlecht und körperliche Erscheinung stimmen, die Anamnese, die Persönlichkeit, die emotionalen Reaktionsweisen und sogar die körperlichen Befunde werden getreu wiedergegeben. Alternativ zur Bezeichnung „Standardisierte Patienten“ findet man auch die Begriffe „simulierte Patienten“ oder „programmierte Patienten“.

Was ist simulierbar? Zu den simulierbaren Befunden gehören:^{5,6}

Aphasie	Ganganomalie	Muskelschwäche
Babinskireflex	Gelenkbewegungseinschränkung	Parkinson
Bauchschmerzen	Hörverlust	Petechien
Bewusstlosigkeit	Hypomanie	Pneumothorax
blauer Fleck, Druckstellen	Kernigsches Zeichen	Schwitzen
Brudzinskizeichen	Kosto-vertbrale Gelenkschmerzen	Steifigkeit
Cheyne-Stokes-Atmung	Kurzatmigkeit	Tremor
Druckschmerz	Lichtempfindlichkeit	Verwirrung
Fazialisparese	Loslass-Schmerz	Visusverlust

Bei der Rekrutierung von SPs muss auf die erforderlichen äusseren Merkmale und eventuell vorausgesetzte nicht simulierbare körperliche Befunde geachtet werden. Alles Weitere wird im Training erarbeitet. In diversen Untersuchungen wurde nachgewiesen, dass SPs von Ärzten nicht als solche erkannt werden können⁷.

Wer eignet sich als SP? Allgemein eignen sich Leute mit guter Kommunikationsfähigkeit einschliesslich der Fähigkeit gut zuhören zu können, die eine gewisse Einsicht in eigene Verhaltensweisen haben. Zudem sollten sie ein Interesse an medizinischen Fragen haben und es als wertvoll ansehen, einen Beitrag zur Qualitätskontrolle künftiger Fachärzte leisten zu können. Weite-

re wichtige Qualitäten eines SP sind Bereitschaft, sich ohne Hemmungen untersuchen zu lassen sowie eine Portion Humor. Hilfreich, aber nicht gezwungenermaßen notwendig sind schauspielerische oder medizinische Erfahrungen.

Schauspieler konzentrieren sich manchmal zu sehr aufs Spielen und nehmen zuwenig Rücksicht auf die Checkliste und die unterschiedlichen Verhaltens- und Vorgehensweisen der Kandidaten. Medizinisches Personal hat manchmal Mühe, die Sicht der Patienten zu verstehen und sich unvoreingenommen zu verhalten. Primär wichtig ist auch hier, dass die oben erwähnten persönlichen Qualitäten stimmen, sonst nützt der berufliche Hintergrund nichts oder wirkt sich gar negativ aus.

Bei der Auswahl von SPs müssen auch die Sicherheits- und Vertraulichkeitsaspekte des Exams im Auge behalten werden. Es ist z.B. sicher nicht zu empfehlen, jemanden als SP einzustellen, der eine persönliche Beziehung zu einem Kandidaten hat.

Rekrutierung

Die Selektion von SPs ist praktisch ebenso wichtig wie das spätere Training derselben. Das Such- und Auswahlprozedere ist zeitaufwendig, deshalb sollte damit begonnen werden, sobald die erforderlichen Patientenprofile bekannt sind.

Erfolgreiche Suchstrategien sind:

- persönliche, mündliche Kontakte, „Mund zu Mund Propaganda“
- Ausschreibung in einer Spital- oder Arzt-Zeitschrift oder Anschläge an Steckwänden
- Anschreiben spezieller Gruppen: Schauspielgruppen, Seniorenvereinigungen, freiwillige Spitalhelfer usw.
- kurze Ausschreibung in einer Tageszeitung; dabei sind viele Reaktionen zu erwarten und eine sorgfältige Vorauswahl am Telefon zu planen.

*erfolgreiche
Suchstrategien*

Potentielle Interessenten müssen erfahren,

- wer SPs sucht und wo man sich anmelden muss
- worin kurz gesagt die Aufgabe besteht
- dass ein 4-8-stündiges Training erforderlich ist, das flexibel organisiert wird
- wann und wo die SPs verfügbar sein müssen (Prüfungsdaten)
- wie Trainings-, Einsatzzeiten und Spesen vergütet werden
- welche Art von Leuten gesucht werden (Geschlecht, Alter usw.)
- dass keine Erfahrung erforderlich ist, aber Personen gewünscht sind, die gut kommunizieren können und bereit sind, etwas Neues zu versuchen

*notwendige Informa-
tionen an SPs*

notwendige Informationen von SPs

Die schriftlich von den Interessenten um eine Anstellung als SP erhobenen Informationen können die Vorauswahl erleichtern. Wichtige Fragen sind:

- Name, Adresse, Telefon
- Geburtsdatum, Geschlecht
- Wie haben Sie von dieser Arbeit als SP erfahren?
- Was interessiert Sie daran?
- Kennen Sie Kandidaten, welche diese Prüfung absolvieren werden?
- Welche Verhaltens- oder Gefühlsart denken Sie am besten simulieren zu können?
- Wie würden Sie Ihre persönliche Art beschreiben (z.B. gelassen, redselig, ruhig, gebärdereich)
- Geben Sie bitte Ihre momentane Anstellung und relevante Arbeitserfahrungen an.
- Beschreiben Sie kurz andere frühere Erfahrungen, von denen Sie denken, dass sie Ihnen helfen würden, ein Patientenproblem zu simulieren.
- Um uns bei Ihrer Zuordnung zu einem Patientenproblem zu helfen, geben Sie uns bitte folgende Informationen:
Grösse: Gewicht:
- Führen Sie alle wahrnehmbaren körperlichen Befunde auf wie Herzgeräusche, Operationsnarben, Diabetes, Hör- oder Sehverlust.

Informationsveranstaltung für grössere Gruppen

Wenn etliche SPs gefunden werden müssen und sich auch viele auf die Ausschreibung gemeldet haben, ist es sinnvoll, zu einer abendlichen Informationsveranstaltung einzuladen. Daran sollte möglichst auch ein SP-Trainer teilnehmen.

In einem ersten Teil müssen Informationen über die Prüfung, das Training und die Rolle von SPs gegeben und Fragen beantwortet werden. Hilfreich ist natürlich, wenn eine SP-Demonstration gegeben werden kann (evtl. auch ab Video). Im zweiten Teil sollten von Personen, die sich ernsthaft für die Tätigkeit interessieren, gewisse grundlegende Informationen erhoben und ein Foto aufgenommen werden. Abschliessend muss informiert werden, wie es weitergeht.

Auswahlinterview

Unabhängig davon, wie potentielle SPs gefunden werden, muss mit allen vor Beginn des Trainings ein Gespräch geführt werden. Dabei sind obige Fragen aus dem Bewerbungsformular zu vertiefen. Weitere Fragen können sein:

- *Gibt es Themenbereiche, in die Sie nicht einbezogen werden möchten (z.B. Abtreibung, terminale Erkrankung)?*
- *Wie fühlen Sie sich, wenn Sie körperlich untersucht werden?*

Diese Frage ist vor allem wichtig für die Fallzuteilung, evtl. wird sie darum besser noch zurückgestellt. Es ist in der Regel weniger bedrohlich, wenn sich die Frage auf eine ganz bestimmte Untersuchung bezieht, als wenn sie allgemein beantwortet werden soll.

Aufschlussreich können kurze „Spielproben“ der Bewerber sein. Man macht einen kurzen Trainingslauf mit einem einfachen Problem, z.B. Kopfschmerzen. Die Anwärter erhalten eine schriftliche Anweisung und ein wenig Zeit, um sich vorzubereiten und spielen dann die Patientenrolle mit dem Interviewer in der Kandidatenrolle. Dies erlaubt zu beobachten, wie sie einsteigen, ob sie fähig sind, die Kopfschmerzen darzustellen, wie gut sie die Instruktionen befolgen, kurz, wie leicht sie trainierbar sein werden.

kurze Testläufe

Sind mehr (gute) Bewerber vorhanden als SPs benötigt werden, ist es sinnvoll, einige als Reserve-SPs oder als Hilfspersonal einzusetzen. Wichtig ist, dass jeder neue SP die Unterlagen zu den Aufgaben, Rechten und Pflichten (z.B. bezüglich Vertraulichkeit sämtlicher Examensinformationen) vor dem ersten Training erhält und unterzeichnet.

überzählige SPs

SP-Training

Im SP-Training wird nach einführenden Erläuterungen zuerst ein Trainingsplan festgelegt. Sinnvoll sind in jedem Fall zwei Proben und eine Hauptprobe kurz vor dem Prüfungstermin.

Trainingsplanung

Um eine standardisierte Darstellung zu gewährleisten, müssen die SPs genügend Gelegenheit haben, ihre Rolle zu üben, zu spielen und Feedback zu erhalten. Für komplexe Fälle ist es sinnvoller, mehr und evtl. kürzere Proben vorzusehen, da viel Information besser verteilt aufgenommen werden kann. Je nach Fall sollten insgesamt 4 - 8 Std. ausreichen.

Beim Training des konkreten Falles geht es um die Vermittlung dreier Komponenten: die persönliche Eigenart und Gefühlslage des Patienten, die klinischen Informationen und Symptome und die Übereinstimmung der Darstellung mit den Beurteilungspunkten der Checkliste.

Was wird trainiert?

Wenn von der Zahl der Stationen und der zu prüfenden Kandidaten her entschieden wurde, die Stationen auf zwei Circuits aufzuteilen, die an zwei aufeinanderfolgenden Tagen stattfinden, können SPs für zwei verschiedene Stationen vorbereitet werden. Es muss aber darauf geachtet werden, dass sich die Stationen möglichst stark unterscheiden (z.B. eine Anamnese- und eine Untersuchungsstation aus unterschiedlichen Inhaltsbereichen). Dies ist schlecht möglich, wenn die beiden Circuits am gleichen Tag durchgeführt werden. Ein SP kann kaum länger als einen halben Tag eine volle, konzentrierte Leistung bieten.

Fragen nach Zeichen und Symptomen, die im Skript nicht vorgesehen sind, soll der SP negativ beantworten, im Sinne von „nicht vorhanden“. Bei Fragen zur Familienanamnese soll, sofern nicht im Skript etwas Konkretes vorgegeben ist, etwas völlig Unspektakuläres, Langweiliges angegeben werden. Auf offene Fragen soll allgemein sehr zurückhaltend reagiert werden.

allgemeine Regeln für SPs

Es kann eine Information gegeben werden, die der Kandidat schon in der schriftlichen Anweisung erhalten hat, oder der Kandidat kann gebeten werden, näher zu erklären, was er genau wissen möchte. Wenn keine dieser Reaktionen passt, sollte der SP auf jeden Fall nur Information geben, die ein einziges Item der Checkliste betrifft. Fragt der Kandidat z.B., ob der Patient in letzter Zeit irgendwelche weitere Veränderungen bemerkt habe und es einige gibt, soll der SP nur eine angeben. Sinnvoll ist natürlich, wenn Kriterien, wie zu reagieren ist, bereits im Skript vorgegeben sind, z.B.:

„Dies sind Symptome, welche Sie bemerkt haben, die Sie aber nicht mit der Hauptbeschwerde in Beziehung bringen. Geben Sie diese Auskunft nur auf gezielte Fragen.“

erste Trainingssession

In der ersten spezifisch auf den darzustellenden Fall ausgerichteten Trainingsphase erhalten die SPs vor dem „Spielen“ ihrer Rollen das entsprechende schriftliche Skript und besprechen dieses mit dem Trainer.

Es geht darum, dass sie sich die ganze Krankheitssituation von der Entstehung der Symptome bis zum Moment der Konsultation genau vorstellen und sich in den Patienten einfühlen können. Besonders hilfreich ist es, wenn SPs gewisse Zeichen und Symptome aus Erfahrung am eigenen Leib oder bei einem Bekannten kennen. Beim Erarbeiten der Darstellung ist es sinnvoll, jeweils nur einen kleinen Ausschnitt, z.B. Antworten auf einige wenige Checklistenpunkte zu proben. Dies hilft den SPs, die Informationen gemäss der Checkliste aufzugliedern. Wenn zwei SPs für die gleiche Rolle vorbereitet werden, können sie sich im Spielen abwechseln. Sie können dabei voneinander lernen und einander gegenseitig Feedback geben.

Selbststudium und -training

Wenn klar ist, dass die SPs das Problem verstanden haben und auch die Art, wie es darzustellen ist, müssen sie das Fallmaterial nach Hause nehmen, um dort für sich selbst zu üben.

Der SP-Trainer muss Übungsvorschläge liefern, die für den Fall spezifisch sind und den Fähigkeiten der SPs entsprechen.

Sinnvolle Übungsstrategien sind:

- die Geschichte in ein Format oder eine Reihenfolge umschreiben, die ihnen liegt
- die Geschichte ohne Notizen laut vor sich hersagen, resp. mit sich selber reden wenn man allein ist, z.B. auf einem Spaziergang (Sicherheitsvorkehrungen nicht vergessen!)
- beim Umziehen im Schlaf- oder Badezimmer kurz die Darstellung eines Symptoms üben
- in diversen kleinen Dosen lernen statt alles kurz vor der nächsten Trainingssession in sich hineinzustopfen

zweite Trainingssession

Zu einer vorher bestimmten Zeit kehren die SPs für eine formale Durchsicht des Falles zurück. Der ursprüngliche Trainer sollte anwesend sein, beobachten und jedem individuell Feedback geben.

Um dies zu ermöglichen, muss ein anderer SP-Trainer oder Examinator die Rolle des Kandidaten übernehmen. Die Übungsrunden müssen nicht lang sein, aber die SPs sollten ein Gefühl für die Prüfungslänge ihrer Station bekommen. Allerdings sollten die Übungsrunden mehr vom Inhalt als vom Timing geprägt sein. Jeder SP muss die Chance erhalten, auf die ganze Auswahl von Fragen zu antworten und auf die körperlichen Un-

tersuchungen zu reagieren, denen sie möglicherweise begegnen. Eine Übungsrunde für eine 10-Minuten-Station kann also 15 Minuten dauern. SPs werden nie mit allen Eventualitäten einer Begegnung konfrontiert werden können. Sie müssen aber eine Ahnung haben, wie sie auch auf unerwartete Fragen oder Techniken reagieren können.

Im Laufe des Trainings ist es nötig, über die Kandidaten zu sprechen.

Diese sind angespannt und die meisten nehmen wahrscheinlich erstmals an einem OSCE teil. Die SPs können sie an die Aufgabe heranzuführen und ihnen helfen, in ihrer Rolle zu bleiben. Wenn Kandidaten richtig in das Szenario „einsteigen“, können sie wahrscheinlich ihre Fertigkeiten gut unter Beweis stellen. Wenn ein SP eine Kandidatenfrage nicht versteht, muss er nachfragen, so wie er es in einer Klinik tun würde. Es wäre aber unangebracht, ungeduldig oder rüde zu werden.

Wenn mehr als ein SP für ein und dieselbe Rolle vorbereitet worden sind, sollten bei der Hauptprobe, alle anwesend sein, denn dies ist der entscheidende Schritt bei der Standardisierung der Falldarstellung.

Hauptprobe

Der Kandidat soll diesmal z.B. von einem Mitglied der Prüfungskommission verkörpert werden. Der Fall soll 1:1 so durchgespielt werden wie an der Prüfung. Das heißt, dass die richtigen Einrichtungsgegenstände und Untersuchungsutensilien vorhanden sein müssen, dass der SP richtig ausgestattet ist (Kleidung, Frisur usw.), dass der „Kandidat“ auf ein akustisches Signal den Raum betritt, die Aufgabe nach den Kandidateninstruktionen erfüllt und nach dem Schlussignal den Raum wieder verlässt.

Es ist zu empfehlen, dass der „Kandidat“ bei einem ersten Durchlauf nur die Kandidateninstruktion kennt und noch nicht die Checkliste, da dies sein Verhalten sonst zu sehr steuern und verschiedene Durchgänge zu ähnlich machen kann. In weiteren Durchgängen darf der „Kandidat“ den SP mit verschiedenem, auch unangenehmem Verhalten auf die Probe stellen. Er sollte sich z.B. kalt, schroff geben oder nervös, desorganisiert. Er sollte variieren zwischen verschiedenen Frageformen (offene, geschlossene, Mehrfach-Fragen) und dabei prüfen, wie gut der SP checklistenrelevante Informationen zurückhalten kann, bis er spezifisch danach gefragt wird. Er sollte längere Pausen entstehen lassen und darf auch versuchen, den SP durch überraschende Aktionen aus seiner Rolle zu bringen.

Wenn zur Station eine körperliche Untersuchung gehört, muss der „Kandidat“ gewährleisten, dass der SP alle Befunde zeigt. Er sollte verschiedene Untersuchungstechniken anwenden, um den SP darauf vorzubereiten, sollte ihn während einer Untersuchung mit einem Gespräch ablenken und auch unübliche oder falsche Techniken anwenden, um zu schauen, ob er in seiner Rolle bleibt.

Andere SPs, der Trainer und jemand von der Prüfungskommission schauen zu und geben Feedback, möglichst mit konkreten Beispielen.

Konstruktives Feedback

Sehr gut war, wie Sie die Stimmung im richtigen Moment wechselten. Sie schüttelten die Hand bei der Begrüßung zu fest für eine unterwürfige Person. ...

Um die Authentizität der Darstellung zu überprüfen, ist die Anwesenheit eines Facharztes wünschbar, der mit dem Fallproblem gut vertraut ist, z.B. der Hauptautor der Station.

7.5 Wie wird ein Circuit angelegt?

Grundprinzipien für die Circuitplanung

Sobald bekannt ist, ob alle Stationen in einem Circuit angelegt oder auf zwei aufgeteilt werden sollen, kann nach geeigneten Prüfungsräumlichkeiten Ausschau gehalten werden. Gut bewährt haben sich Polikliniken mit Kojen, da diese räumlich beieinander liegen und für etliche Prüfungsaufgaben schon eine geeignete Grundausstattung aufweisen. Allerdings bedeutet dies in der Regel, dass die Prüfung an einem Wochenende stattfinden muss.

Langstationen (von z.B. 14 Minuten) können in einem Circuit mit Kurzstationen (von 7 Minuten) gemischt werden. Allerdings müssen die Langstationen dann doppelt geführt werden, da nach 7 resp. 8 Minuten der nächste Kandidat von der vorangehenden Kurzstation vor der Tür steht.

Sind grössere Kandidatenzahlen zu prüfen, sollten Circuits mit Langstationen möglichst doppelt geführt werden. Damit kann auch besser gewährleistet werden, dass nicht die Kandidaten der vierten oder fünften Schicht Informationen über einzelne Stationen mitbekommen, die ihre Leistung verbessern können.

Dann ist auch an die notwendigen Pausen, sowohl für Kandidaten wie für SPs und Examinatoren zu denken.

Sofern ein Circuit aus Stationen einheitlicher Länge besteht, kann er einfach nach ca. 1½-2 Stunden einmal für eine längere Pause unterbrochen werden. Dies ist nicht möglich, wenn er sowohl Kurz- wie Langstationen enthält. In diesem Fall sind für die Kandidaten im Circuit Ruhestationen einzuplanen (vgl. Anhang 5, S.177). Damit auch SPs und Examinatoren ab und zu eine längere Pause haben (Trinken, Snack, WC), kann man z.B. an zwei Stationen des Circuits keinen Kandidaten starten lassen. Der Zeit- und Pausenplan muss dann aber allen genau bekannt sein und stimmen.

erforderliche Räume

Für jeden Circuit ist ein Plan zu zeichnen, welche Station in welchem Raum stattfindet. Nicht zu vergessen sind Räume für die Registration und Information der Kandidaten, der Examinatoren, der SPs und des Hilfspersonals, für die Verpflegung sowie Umkleieräume für die SPs. Bei zwei Kandidatenschichten muss darauf geachtet werden, dass sich die beiden Gruppen beim Übergang nicht begegnen.

Einrichtung und Materialien

Für jede Station muss eine Checkliste der nötigen Einrichtungs- und Untersuchungsgegenstände vorliegen (z.B. Untersuchungsfläche, Kissen, 3 Stühle, Blutdruckmessgerät, Stethoskop). Es ist empfehlenswert, die Einrichtung in einer Skizze festzuhalten.

Die kleineren Utensilien sind eine Quelle möglicher Probleme. Wenn eine Station z.B. für die Beurteilung einer körperlichen Untersuchung mit Stethoskop und Reflexhammer ausgerüstet wird, packt plötzlich eine Kandidat während der laufenden Prüfung diese

Utensilien unabsichtlich in seine Tasche. Der nächste Kandidat kann die Aufgabe nicht lösen und schon droht der Circuit auseinanderzufallen. Abhilfe: Alle Kandidaten erhalten vor der Prüfung die Anweisung, diese Untersuchungshilfsmittel selber mitzunehmen, oder eine Hilfsperson kontrolliert bei jedem Postenwechsel, ob die Station noch vollständig ausgerüstet ist.

Zur Einrichtung gehört auch eine klare Beschilderung des Circuits und der einzelnen Stationen sowie die Kandidateninstruktionen, welche möglichst neben der Tür aufzuhängen sind, damit ein Kandidat diese lesen kann, auch wenn die Türe geöffnet wird.

Der Stationenwechsel muss absolut koordiniert erfolgen. Es ist deshalb ein zentral gesteuertes System erforderlich, welches die Wechsel akustisch anzeigt. Besonders bei kurzen Stationen kann es für die Kandidaten hilfreich sein, wenn eine halbe Minute vor dem Ende ein Warnton gegeben wird.

akustisches Zeichensystem

Für alle an der Durchführung Beteiligten sind detaillierte Zeitpläne ihres Einsatzes zu erstellen und Checklisten, was sie bei sich haben müssen resp. was im Raum, für den sie verantwortlich sind, vorhanden sein muss.

Checklisten, Zeitpläne

Die Einrichtung des Circuits sollte am Vorabend der Prüfung bereit sein und vom Durchführungsverantwortlichen kontrolliert werden. Bevor am Morgen der Circuit gestartet wird, ist anhand der Checklisten noch einmal eine Kontrolle durchzuführen. Dazu gehört auch die Überprüfung des akustischen Systems. Dies mag schon fast zwanghaft erscheinen, aber der Teufel steckt beim OSCE im Detail. Eine kleine Panne kann einen Circuit zum Erliegen bringen.

Kontrolle

Es ist deshalb auch sinnvoll, „trouble shooters“ zur Verfügung zu haben, welche eine eventuelle Panne möglichst schnell beheben können. Vor allem bei längeren Circuits gibt es ab und zu auch Kandidaten, die dem Stress nicht gewachsen sind und „ausrasten“ oder nicht mehr weiter wissen. Auch dafür ist es gut, eine Betreuungsperson vorzusehen.

Retter in der Not

In Anhang 5 ist als Beispiel ein Circuit des „Examen de certification du Collège des médecins de famille du Québec“ aufgezeichnet.

7.6 Wie wird ein OSCE ausgewertet?

Auswertungsziele Die aus der Prüfungsauswertung gewonnenen Daten sollen primär einen Entscheid ermöglichen, welche Kandidaten über ungenügende praktische Kompetenzen verfügen, um als Facharzt zertifiziert werden zu können. Sie sollen aber zudem ermöglichen, die Qualität der Prüfung zu evaluieren, Prüfungsstationen oder auch einzelne Checklistenitems zu identifizieren, welche keine Trennschärfe aufweisen und in dieser Form nicht wiederverwendet werden sollten.

elektronische Datenerfassung Diese Prüfungsevaluation bedingt, dass nicht nur die Summenwerte der Stationen, sondern die Werte aller einzelnen Items für eine statistische Verarbeitung mittels Computer erfasst werden. Dafür ist es sinnvoll, wenn immer möglich mit elektronisch lesbaren Check- und Beurteilungslisten zu arbeiten. Dies eliminiert die Fehlermöglichkeiten bei einer manuellen Dateneingabe und ist auch ökonomischer.

inhaltsorientierte Standardsetzung Wie in Kapitel 8 begründet, sollte die Standardsetzung inhaltsorientiert erfolgen. Dafür kommt das Angoff-Verfahren in Frage (vgl. Abb. 8.2, S.189), das bereits vor dem Prüfungstermin durchgeführt werden kann oder Grenzgruppen- oder Kontrastgruppen-Verfahren, welche das Vorliegen der ausgefüllten Checklisten erfordern und damit erst nach gelauener Prüfung durchführbar sind. Mit all diesen Verfahren wird die Bestehensgrenze für jede einzelne Station bestimmt.

Entscheid über Kompensationsmöglichkeiten Ein wichtiger Entscheid betrifft die Frage, ob ungenügende Leistungen an einzelnen Stationen durch sehr gute Leistungen an anderen kompensiert werden können oder nicht. Wird dies verneint, ist zusätzlich zur Standardsetzung für die einzelnen Stationen eine Entscheidung darüber erforderlich, wie viele Stationen minimal bestanden werden müssen, damit das gesamte OSCE als bestanden gewertet werden kann. Eine besondere Überlegung erfordert die Bewertung von Doppelstationen. Mit Sicherheit sind sie thematisch voneinander abhängig und wahrscheinlich ist die Leistung an der Fragestation auch von der Leistung an der vorangehenden Prozedurstation abhängig. Es dürfte daher sinnvoll sein, Doppelstationen als eine Station zu werten.

Gewichtung der Stationen Wenn eine gegenseitige Kompensationsmöglichkeit als sinnvoll erachtet wird, können im Prinzip einfach die für das Bestehen der einzelnen Stationen erforderlichen Minimalpunktzahlen zusammengezählt werden. Dies ergibt die Bestehensgrenze für die Gesamtprüfung. Problematisch wird dies dann, wenn Stationen deutlich unterschiedliche Maximalpunktzahlen aufweisen und damit verbunden wahrscheinlich auch un-

terschiedliche Punktzahlen für das Bestehen. Bei einer einfachen Punkte-
summierung wirken in diesem Fall die Stationen mit unterschiedlichem
Gewicht auf die globale Bestehensgrenze ein. Dies kann verhindert wer-
den, indem mit Prozentwerten gerechnet wird, wie in folgendem Bei-
spiel anhand der Kombination zweier Stationen mit ungleicher Itemzahl
gezeigt wird.

	Station 1	Station 2	Total
Maximalpunktzahl:	40	20	60
Bestehensgrenze absolut:	24	15	39
Bestehensgrenze in %:	60	75	67.5
			(entspricht 40.5 Punkten)

Dieses Prozedere kann auch angewandt werden, um gezielt gewissen Sta-
tionen ein grösseres Gewicht zu geben als anderen (z.B. Lang- vs. Kurz-
stationen, Prozedur- vs. Fragestationen, essentielle vs. weniger wichtige
Prozeduren).

Es ist natürlich auch möglich, eine kombinierte Bestehensanforderung
zu stellen: z.B. „Es müssen mindestens 16 der 22 Stationen bestanden
und in der Gesamtprüfung mindestens 350 Punkte erzielt werden“.

Soll im Interesse der Qualitätssicherung die Zahl der Kandidaten, wel-
che trotz ungenügender Kompetenz bestehen (falsche Positive), möglichst
klein gehalten werden, kann die Bestehensgrenze in der Gesamtprüfung
noch um den Standardmessfehler (se) oder gar um ein 5 %-Vertrauens-
intervall (1.96 se) erhöht werden. Dies bedingt allerdings, dass die
Prüfungsreliabilität ermittelt wird.

Sicherheitsmargen

René Krebs

Literatur

- ¹ van der Vleuten CPM, Swanson DB. Assessment of clinical skills with standardized patients: state of the art. *Teach Learn Med* 1990;2:58-76
- ² van der Vleuten CPM, Norman GR, de Graaff E. Pitfalls in the pursuit of objectivity: issues of reliability. *Med Educ* 1991;25:110-18
- ³ Regehr G, MacRae H, Reznick RK, Szalay D. Comparing the psychometric properties of checklists and global rating scales for assessing performance on an OSCE-format examination. *Acad Med* 1998;73:993-97
- ⁴ Reznick R, Regehr G, MacRae H, Martin J, McCulloch W. Testing technical skills via an innovative "bench station" examination. *Am J Surg* 1997;173:226-30
- ⁵ Barrows HS, Abrahamson S. The programmed patient: a technique for appraising student performance in clinical neurology. *J Med Educ* 1964;39:802-5
- ⁶ Barrows HS. Simulated (standardized) patients and other human simulations: A comprehensive guide to their training and use in teaching and evaluation. Chapel Hill, NC: Health Science Consortium, 1987
- ⁷ Vu NV, Barrows HS. Use of standardized patients in clinical assessments: recent developments and measurement findings. *Educ Res* 1994;23:23-30

Schema für die strukturierte Erfassung der Angaben zu einem Fall mit Standardisierten Patienten (Anamnese und körperliche Untersuchung)

I. Anamnese zum jetzigen Leiden / Konsultationsgrund	
Lokalisation	Verlauf/Entwicklung
Art	Häufigkeit
Ausmass/Schweregrad	Umstände/Auslöser
Beginn	verstärkende resp. erleichternde Faktoren
Dauer	damit verbundene Symptome
II. Persönliche Anamnese	
Gesundheitszustand allgemein	Allergien
frühere Krankheiten	Impfstatus
frühere Unfälle	frühere Hospitalisationen (inkl. Zweck resp. durchgeführte Operation)
III. Familienanamnese	
	<u>Eltern</u> <u>Geschwister</u> <u>andere nahe Verwandte</u>
Alter	
Gesundheitszustand	
Todesursache	
IV. Psychosozialanamnese	
Zivilstand	Wohnsituation (wo, mit wem)
Rauchen	andere wichtige Lebensstilelemente
Genussmittel	familiäre Belastungselemente
Drogen	spezielle Arbeitsplatzbelastungen/-risiken
Bewegung	Sexualanamnestisches
V. Medikamentenanamnese	
ärztlich verordnete laufende Medikation	
evtl. Einnahme pharmakologisch wirksamer Substanzen auf eigene Initiative	
VI. Systemanamnese	
Allgemeinzustand	gynäkologische Anamnese
endokrinologische Auffälligkeiten	Organe des Bewegungsapparats
Haut	Blut
Kopf/Ohren/Nase/Hals	Neurologisches
Mammae	Psychiatrisches
Atmung	Schlaf
Herz und Kreislauf	Antrieb, Energie
Verdauungsorgane	Appetit
Geschlechts- und Harnorgane	allgemeines Wohlbefinden
Befunde der körperlichen Untersuchung	
Gesamteindruck	Herz-/Kreislaufsystem
Vitalzeichen/Bewusstsein	Gastrointestinaltrakt
Orientierung/Merkfähigkeit/geistige Verfassung	urogenitales System
Allgemeinzustand/endokrinolog. Auffälligkeiten	Bewegungsapparat
Haut	periphere Gefässe
Kopf/Ohren/Nase/Hals	Neurostatus
Mammae	hämatologische Auffälligkeiten
Atmung	

Das Formular muss so gestaltet werden, dass bei jedem Punkt genügend Platz vorhanden ist, um die entsprechende Information für den geplanten Fall einzutragen. Je nach hauptsächlichem Prüfungsziel können weitere Punkte wichtig werden. Geht es z.B. primär um eine Evaluation der Arzt/Patienten-Kommunikation, müssten die Inhalte und Ziele des Gesprächs skizziert werden.

Globale Beurteilungsskala zur Einschätzung der technischen Fertigkeiten in einem chirurgischen OSCE in Kombination mit aufgabenspezifischen Checklisten

Bitte umkreisen Sie in jeder Kategorie die Zahl, welche der Leistung des Kandidaten entspricht.					
Respekt für Gewebe:	1 übte häufig unnötig Kraft auf das Gewebe aus oder verursachte Beschädigungen durch unangemessene Instrumenten-Verwendung	2	3 behandelte das Gewebe vorsichtig, verursachte aber gelegentlich eine unbeabsichtigte Beschädigung	4	5 behandelte das Gewebe durchwegs angemessen mit minimaler Beschädigung
Zeit und Bewegung:	1 viele unnötigen Bewegungen	2	3 effiziente Arbeitsabläufe aber einige unnötige Bewegungen	4	5 klare Bewegungsökonomie und maximale Effizienz
Instrumentenhandhabung:	1 machte wiederholt versuchsweise oder ungeschickte Bewegungen durch unangemessene Instrumentenanwendung	2	3 kompetente Verwendung der Instrumente, wirkte aber gelegentlich steif oder ungeschickt	4	5 flüssige Bewegungen mit Instrumenten ohne Ungeschicklichkeiten
Instrumentenkenntnis:	1 verlangte häufig falsches Instrument oder verwendete unangemessenes Instrument	2	3 kannte die Namen der meisten Instrumente und benützte das angemessene	4	5 offensichtlich vertraut mit Instrumenten und ihren Namen
Operationsfluss:	1 unterbrach häufig die Operationstätigkeit und schien unsicher über die nächste Bewegung	2	3 zeigte eine gewisse Vorausplanung mit vernünftigem Vorschreiten der Prozedur	4	5 plante offensichtlich den Verlauf der Operation mit mühelosem Fluss von einer Bewegung zur nächsten
Einsatz der Assistenten:	1 platzierte Assistenten durchwegs schlecht oder unterliess es, sie einzusetzen	2	3 setzte die Assistenten die meiste Zeit angemessen ein	4	5 setzte Assistenten strategisch durchwegs optimal vorteilhaft ein
Kenntnis der spezifischen Prozedur:	1 mangelhafte Kenntnis, brauchte bei den meisten Schritten spezifische Anweisungen	2	3 kannte alle wichtigen Schritte der Operation	4	5 zeigte Vertrautheit mit allen Aspekten der Operation
Der Kandidat soll bei dieser Aufgabe insgesamt: <input type="checkbox"/> nicht bestehen <input type="checkbox"/> bestehen					

Globale Beurteilungsskala zur Gestaltung der Arzt/Patient-Beziehung (Kommunikation/Interaktion)

Bitte umkreisen Sie in jeder Kategorie die Zahl, welche der Leistung des Kandidaten entspricht.						
			ungenügend	genügend		
Beginn des Interviews	0 kühl, gehetzt, abrupt, unbeholfen, unpersönlich	1 geringe Beachtung des Patienten	2 neutral, beachtet Patienten	3	4 recht ent- spannt, beachtet Patienten aufmerksam	5 aufmerksam, warm, ent- spannt, umgänglich
Fähigkeit zuzuhören	0 unterbricht Patienten, überhört dessen Antwor- ten	1 nimmt Ant- worten des Patienten kaum zur Kenntnis	2 einigermassen	3 aufmerksam	4 beachtet Antworten des Patienten	5 geht systema- tisch auf die Mitteilungen des Patienten ein
Patienten- beziehung	0 herablassend, gönnerrhaft, verletzend	1 nur minimale Höflichkeit	2 respektvoll,	3 höflich	4 warm, respektvoll, höflich	5 warm, mitfühlend, tröstend
Befragungsfertigkeit	0 unbeholfen, ausschliess- licher Ge- brauch ge- schlossener oder suggesti- ver Fragen, Fachjargon	1 etwas unbe- holfen, unan- gebrachte Wortwahl, minimaler Gebrauch offener Fragen	2 mässig entspannt,	3 angemesse- ne Sprache, Gebrauch ver- schiedenartiger Fragenarten	4 entspannt, klare Fragen, angebrachte Verwendung offener und geschlossener Fragen	5 sichere und kompetente Befragung
Patienten- information u. -beratung	0 kein oder ungeeigneter Versuch, auf die Punkte einzugehen	1 unbeholfene und/oder unvollständige Versuche, auf die Punkte einzugehen	2 einigermassen	3 entspannt, Versuche, auf die Punkte einzugehen	4 entspannt, be- spricht die The- men, achtet einigermassen darauf, ob der Patient versteht	5 sichere und kompetente Gesprächsfüh- rung, dem Patienten angemessen
Organisation	0 sprunghaft, völlig unsyste- matisch	1 minimale Organisation	2 logischer Fluss	3	4 logischer Fluss, recht zweck- gerichtet	5 zielgerichtete, ganzheitliche Begegnungs- gestaltung
Abschluss	0 abrupt	1 zeigt Schluss der Befragung an	2 versucht	3 Abschluss	4 klarer Ab- schluss	5 überlegter, organisierter Abschluss

Unterlagen für eine Anamnese-Doppelstation modifiziertes Beispiel aus der kanadischen Qualifikationsprüfung für Ärzte

Kurzbeschreibung der Station

Typ:	Doppelstation
Kompetenzbereich:	Anamnese
Fachgebiet:	Innere Medizin (Hämatologie)
Problem:	Müdigkeit, jüngste Blutuntersuchung zeigt Anämie
Prüfungsziel/e:	Anamneseerhebung im Rahmen einer Anämieabklärung
Unterlagen:	<ol style="list-style-type: none">1. Anweisung an den Kandidaten2. Informationen für den SP3. Checkliste für den die Anamneseerhebung beobachtenden Examinator4. Beurteilungsliste für nachfolgende Befragung5. Erforderliche Einrichtung und Utensilien

A. Anweisung an den Kandidaten

Herbert Meister, 61-jährig, hat vor drei Tagen Ihren Kollegen aufgesucht wegen Müdigkeit. Nun kommt er zu Ihnen in die Praxis. Ihr Kollege hat eine Blutuntersuchung veranlasst und ging dann in die Ferien. Seine Praxisassistentin hat die Resultate übermittelt:

Hämoglobin	85 g/l
MCV	75 fl
Leukozyten	4500, Blutbilddifferenzierung normal
Thrombozyten	500'000

Sie haben 5 Minuten Zeit, um eine fokussierte und relevante Anamnese zu erheben.
In der nachfolgenden Station werden Sie über dieses Problem Fragen zu beantworten haben.

B. Informationen für den SP

Konsultationsgrund: Patient fragt: „Die Praxishilfe von Dr. Bieber hat gesagt, ich solle bei Ihnen vorbeikommen, weil Sie nun das Resultat meiner Blutuntersuchung hätten. Weiss man jetzt, warum ich mich die ganze Zeit müde fühle?“

Vorgeschichte: Herr Meister hat sich in den vergangenen 2 Monaten zunehmend müde gefühlt. Er ist noch 50 % berufstätig, wurde von seinem Geschäft zur Hälfte pensioniert. Er war bislang noch ziemlich aktiv. Aber sowohl die Freizeit- als auch die beruflichen Aktivitäten hat er wegen seiner Müdigkeit beschneiden müssen. Seit den letzten drei Wochen fühlt er sich so erschöpft, dass er nicht mehr ohne Mittagsschlafchen auskommen kann und dieses verlängert sich gerne in den Nachmittag hinein. Er bemerkte eine Kurzatmigkeit bei Anstrengung, z.B. beim Treppensteigen. Einmal im vergangenen Monat sei sein Stuhlgang schwarz gewesen.

Mit seiner vorherigen Gesundheit sei er sehr zufrieden ausser den Magengeschwüren vor ca. 22 Jahren und den gelegentlichen Knieschmerzen seit ungefähr einem Jahr. Regelmässige Medikamente hat er nicht, aber wenn die Knie weh tun, behilft er sich mit Aspirin 500 bis 1000 mg. Manchmal ist das nur zwei- bis dreimal im Monat, manchmal bis zu zweimal in der Woche. Seinerzeit habe man ihn angewiesen, wegen des Dünndarmgeschwürs möglichst eine reizlose Diät einzuhalten und verteilt zu essen mit kleinen Snacks zwischen den Mahlzeiten. Damit sei es gut gekommen, bloss vor 10 Jahren habe er nochmals Verdauungsbeschwerden gehabt. Der Arzt habe ihm dann für zwei Monate Tagamet gegeben. Was den Urin anbelangt, so sei der Strahl seit einem Jahr nicht mehr so kräftig und es störe ihn zudem, dass er nicht mehr ohne weiteres einsetze.

Herr Meister ist verheiratet, bewohnt mit seiner Frau eine Eigentumswohnung. Er hat mit Rauchen aufgehört, als er vor 10 Jahren Verdauungsbeschwerden hatte. Zuvor hatte er 30 Jahre lang geraucht, gewohnheitsmässig ein Dutzend Zigaretten pro Tag. Alkohol nimmt er nur gelegentlich zu sich, in Form eines Glases Wein zum Abendes

Der Vater ist 84-, die Mutter 88-jährig verstorben, Ursache unbekannt. Er hat nur ein Geschwister, einen Bruder, der ein Jahr jünger ist. Bei diesem hat man vor 5 Jahren einen Diabetes festgestellt, welcher mit Diät unter Kontrolle gehalten werden kann.

Verhalten, Stimmung, Benehmen des Patienten: Er soll ein wenig in sich zusammengesackt im Sprechstundenzimmer sitzen. Er ist dankbar, dass er in die Sprechstunde kommen kann. Er ist besorgt, was die Ursache seiner Müdigkeit sein könnte und möchte dringend wissen, was ihm fehlt. Redet mit freundlicher, aber flach und müde tönender Stimme.

Er soll über seinen Stuhlgang, seine Kurzatmigkeit und die Aspirineinnahme nur Bescheid geben, wenn er direkt danach gefragt wird.

Fragen, die der Patient stellen muss: Keine

Fragen, die der Patient stellen kann: Wird es jemals wieder besser? Was stimmt nicht? Was kann es denn sein, was mich dermassen müde macht?

C. Checkliste für den die Anamneseerhebung beobachtenden Examinator

Thema	Punkte
Erfragen der Umstände der Müdigkeit:	
- Dauer (2 Monate)	2
- Entwicklung (allmählich zunehmend)	2
- Auswirkungen im Alltag (Treppen schwierig, benötigt Mittagsschlaf, kann nicht mehr soviel tun)	4
Erfragen assoziierter Symptome:	
- Dyspnöe (ja, bei Anstrengung)	2
- Thoraxschmerz (nein)	2
Medikamentenanamnese:	
- bestehende Medikationen (nicht regelmässig)	4
- fragt spezifisch nach NSAID's/Medikamente gegen Gelenkbeschwerden (benutzt Acetylsalicylsäure wegen Knieschmerzen)	4
- vergangene Medikationen (Tagamet 2 Monate, vor 10 Jahren)	2
Frühere Krankheiten: (Ulkus vor 22 Jahren)	2
Gewohnheitenanamnese:	
- Alkohol (Wein zu Mahlzeit)	2
- Rauchen (vor 10 Jahren aufgehört)	2
Systemanamnese:	
- Abdominalschmerz/Verdauungsstörung (nein)	2
- Stuhlfarbe (normal ausser einmal schwarz vor einem Monat)	2
- Stuhlkaliber (normal)	2
- Obstipation vor kurzer Zeit (nein)	2
- Appetitveränderung (nein)	2
- Gewichtsveränderung (nein)	2
- blaue Flecken oder andere Blutungszeichen vor kurzer Zeit (nein)	2
- vor kurzer Zeit Fieber, Nachtschweiss, Infektion (nein)	2

D. Beurteilungsliste für nachfolgende Befragung**Fragen und Antworten:****Punkte****1. Welches sind bei diesem Patienten die drei anamnestischen Schlüsselbefunde, welche zur Diagnose führen?**

- vergangener Monat schwarzer Stuhl 5
 - in Vorgeschichte/Krankheitsanamnese Ulkus bzw. Verdauungsstörung 3
 - allmähliche Symptomentwicklung 2
- Maximalpunktzahl 10**

2. Nennen Sie drei differentialdiagnostische Ursachen für seine Anämie.

- Gastrointestinaltraktmalignom 2
 - Peptische(s) Ulkus/Ulzera 2
 - Gastritis (mit Acetylsalicylsäure oder Alkohol in Zusammenhang stehend) 2
 - Anderes Malignom 1
 - Ösophagusblutung (infolge Ösophagitis oder Speiseröhrenkrebs) 1
- Maximalpunktzahl 6**

Nochmals die Laborresultate des Patienten, die Sie in der vorangehenden Station bereits gesehen haben:

Hämoglobin	85 g/l
MCV	75 fl
Leukozyten	4500, Blutbilddifferenzierung normal
Thrombozyten	500'000

3. Welche zusätzlichen Laboruntersuchungen würden Sie durchführen, um die Ursache der Anämie dieses Patienten abzuklären?

- Serumeisen 1
 - Totale Eisenbindungskapazität oder Transferrin 1
 - Serumferritin 2
 - Hämocult-Test 1
 - B₁₂-Serumspiegel 0
 - Rotes Blutbild oder Serumfolat 0
- Maximalpunktzahl 2**

4. Welche zwei weiteren Untersuchungen helfen mit der grössten Wahrscheinlichkeit das Problem dieses Patienten zu diagnostizieren?

- Gastroskopie / Endoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes 4
 - Kolonoskopie / Sigmoidoskopie / Endoskopie des unteren Gastrointestinaltraktes 3
 - Serienaufnahmen des oberen Gastrointestinaltraktes 2
 - Barium-Kontrastmitteleinlauf 2
 - Dünndarmpassage 1
 - Hämocult-Testung 0
- Maximumpunktzahl 7**

E. Erforderliche Einrichtung und Utensilien

Prozedurstation: Stühle für Patienten, Kandidaten, Examinator. Fragestation: Tisch, Stuhl, Bleistift, Gummi

<p>Kopfweh* (Langstation; doppelt geführt) <i>Anamnese</i> <i>Untersuchung</i> <i>Diagnose</i> <i>Prozedere</i></p>	<p>Rektale Blutung* <i>Anamnese</i> <i>Diagnose</i> <i>Prozedere</i></p>	<p>Posttraumatische Bursitis* <i>Punktion</i> <i>Information Pat.</i></p>	<p>Atemnot <i>Anamnese</i></p>	
<p>Screening für Prostata- Karzinom <i>Beantworten der</i> <i>Fragen des SP</i></p>	<p>Beispiel eines Circuit</p> <p>Circuit des "Examen de certification du Collège des médecins de famille du Québec". Der Circuit wurde an einem Samstagnachmittag 1998 als erster von zwei Prüfungsteilen durchgeführt. Er enthielt 15 Kurzstationen und 3 Ruhestationen à 7 Minuten sowie eine doppelt geführte Langstation à 15 Minuten. Wechsel von Station zu Station: 1 Minute. Gesamtdauer: 2 Std. 40 Min. Am nächsten Tag fand ein zweiter Circuit mit 14 Stationen statt. Insgesamt wies die Prüfung 30 Stationen auf, 25 waren mit SPs und Beobachtern "ausgerüstet", drei mit Fragebogen und eine mit Röntgenbildern. Eine Station war als Rollenspiel konzipiert (Telefonanruf, Beobachter/SP am anderen Ende).</p>		<p>Atemnot (Fragestation) <i>4 Kurzantwortfragen</i> <i>zu vorangehendem</i> <i>Fall</i></p>	
<p>Hundebiss* <i>Anamnese</i> <i>Management</i> <i>Empfehlungen</i></p>			<p>Ruhestation</p>	
<p>Orale Anti- koagulation* <i>Erklärungen</i> <i>Risiken</i> <i>Nebenwirkungen</i></p>			<p>Visusprüfung* <i>Untersuchung</i></p>	
<p>13-mt. Kind mit Fieber (Tel. der Mutter) <i>Anamnese</i> <i>Diagnose</i> <i>Prozedere</i></p>			<p>Gesichtsfeld- prüfung* <i>Untersuchung</i></p>	
<p>Ruhestation</p>			<p>Schulter- schmerzen* <i>Anamnese</i> <i>Diagnose</i> <i>Prozedere</i></p>	
<p>Röntgenbild (Fragestation) <i>3 Kurzantwort-</i> <i>fragen</i></p>	<p>Husten (13-j. SP)* <i>Anamnese</i> <i>Diagnose</i> <i>erklären</i></p>	<p>Gedächtnisverlust* <i>Anamnese</i> <i>Mentalstatus</i> <i>Diagnose erklären</i> <i>Prozedere</i></p>	<p>Ruhestation</p>	<p>Mutter mit Kind, Schulprobleme* <i>Anamnese</i> <i>3 Fragen</i> <i>des Beobachters</i></p>

* Station mit Standardisiertem Patienten (SPs)

