

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Von Spiel zu Ernst:  
Negative Auswirkungen der Darstellung psychiatrischer Krankheitsbilder auf  
Simulationspatienten

Inauguraldissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades der  
Medizin  
der Universitätsmedizin  
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorgelegt von

Mathias Müller  
aus Limburg an der Lahn

Mainz, 2025

Wissenschaftlicher Vorstand: Univ.-Prof. Dr. med. Philipp Drees

1. Gutachter:

2. Gutachter:

Tag der Promotion: 23. September 2025

Nachnutzungslizenz: CC BY NC ND

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	I
Abbildungsverzeichnis .....	II
Tabellenverzeichnis .....	III
1 Einleitung .....	1
1.1 Der Einsatz von Simulationspatienten als Methode in der medizinischen Ausbildung .....	1
1.2 Folgen der Tätigkeit als Simulationspatient .....	3
1.3 Fragestellung und Zielsetzung der Studie .....	4
2 Literaturdiskussion .....	6
2.1 Simulationspatienten in der medizinischen Ausbildung .....	6
2.2 Simulationspatienten in der Psychiatrie und Psychotherapie .....	7
2.3 Auswirkungen des Simulierens auf die Simulationspatienten .....	8
3 Material und Methoden .....	14
3.1 Kontext: Praktikum der Psychiatrie und Psychotherapie .....	14
3.2 Datenerhebung .....	15
3.3 Datenanalyse .....	17
3.3.1 Dokumentarische Methode nach Bohnsack .....	17
3.3.2 Formulierende Interpretation .....	17
3.3.3 Reflektierende Interpretation .....	18
3.3.4 Fallbeschreibung und Typenbildung .....	20
3.4 Datenschutz und Genehmigung der Teilnehmenden .....	20
4 Ergebnisse .....	22
4.1 Merkmale der Teilnehmer und Stichprobe .....	22
4.2 Ergebnisse der Inhaltsanalyse .....	23
4.2.1 Rollenspiel im Fach Psychiatrie .....	23
4.2.2 Vergleich mit Rollenspiel in anderen Fächern .....	38
4.2.3 Ergänzungen durch die Simulationspatienten .....	42
5 Diskussion .....	44
5.1 Methode .....	44
5.2 Ergebnisse .....	45
5.2.1 Vorbereitung psychiatrischer Rollenbilder .....	45
5.2.2 Die Bedeutung von Transitionstechniken .....	46
5.2.3 Schwierigkeit psychiatrischer Rollenbilder .....	50
5.2.4 Empfindungen während und nach dem Spiel psychiatrischer Rollen .....	53
5.2.5 Keine Gefühle der Überforderung .....	57
5.2.6 Eigene Ergänzungen der interviewten Simulationspatienten .....	58
5.3 Einschränkungen der Studie .....	59
6 Zusammenfassung .....	62
7 Literaturverzeichnis .....	65
8 Anhang .....	74

8.1	Teilnehmerinformation und Einverständniserklärung .....	74
8.2	Interviewleitfaden .....	80
9	Danksagung .....	82
10	Tabellarischer Lebenslauf .....	83

## **Abkürzungsverzeichnis**

SP: Simulationspatient

Vgl.: Vergleiche

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beispiel der *Formulierenden Interpretation*. Selbst erstellte Abbildung von MM.

Abbildung 2: Beispiel der *Reflektierenden Interpretation*. Selbst erstellte Abbildung von MM.

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Beschreibung der Studienteilnehmer. Selbst erstelle Tabelle von MM.

# 1 Einleitung

## 1.1 Der Einsatz von Simulationspatienten als Methode in der medizinischen Ausbildung

Gut ausgebildete kommunikative Fähigkeiten – von der Anamneseerhebung bis zur Mitteilung schlechter Nachrichten – sind für den Beruf des Arztes<sup>1</sup> ebenso wichtig wie das theoretische Wissen über die einzelnen Krankheitsbilder oder die Vielzahl praktischer Fähigkeiten, die im medizinischen Berufsalltag gebraucht werden. Im medizinischen Diskurs herrscht inzwischen Einigkeit darüber, dass vom Arzt gut geführte Patientengespräche sowohl die Zufriedenheit der Patienten als auch das letztliche Behandlungsergebnis signifikant verbessern können (Vgl. Klinkhammer 2008). Im Umkehrschluss zeigt sich, dass schlechte kommunikative Fähigkeiten des Arztes das Outcome des Patienten in höchstem Maße negativ beeinflussen können (Vgl. Tiwary et al. 2019). Ohne Zweifel müssen demnach diese Fähigkeiten während der ärztlichen Ausbildung an der Universität gelernt und geübt werden.

Seit den 1960er Jahren werden in der medizinischen Ausbildung dazu sogenannte Simulationspatienten (kurz: SPs) eingesetzt. Dabei handelt es sich um gesunde Personen, welche darauf trainiert werden, ein bestimmtes Krankheitsbild möglichst wirklichkeitsgetreu zu simulieren. Dabei kann es sich um Laien, aber auch professionelle Schauspieler handeln. Mit diesen sollen die Medizinstudierenden nicht nur wie eingangs beschrieben wichtige kommunikative Fähigkeiten, sondern auch praktische Fähigkeiten, wie beispielsweise eine körperliche Untersuchung, üben. Die Methode wurde von dem US-amerikanischen Neurologen Howard Barrows erstmals 1964 am Los Angeles County Hospital im Zuge des Unterrichts eingesetzt, um den Leistungsstand der Medizinstudierenden besser überprüfen zu können (Vgl. Peters 2015). Barrows sah die Notwendigkeit gespielter Patienten gegeben, da echte Patienten oftmals zu krank seien, um als Lehrobjekte für den Studentenunterricht zur Verfügung zu stehen, oder nicht in ausreichender Anzahl vorhanden seien. Auch seien bestimmte ‚extreme‘ Krankheitsfälle, die es den Studierenden beizubringen gelte, meist gerade

---

<sup>1</sup> In dieser Arbeit wird zugunsten der einfacheren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Es sind Personen sämtlicher Geschlechter wie auch solche, die sich als geschlechtslos identifizieren, angesprochen.

nicht greifbar (Vgl. Barrows & Abrahamson 1964). Durch das Üben mit Simulationspatienten könne sichergestellt werden, dass echte Patienten keiner Gefährdung ausgesetzt würden. Des Weiteren, so führt Barrows fort, sei keine Vergleichbarkeit zwischen den Prüfungen gegeben, wenn man eine ganze Gruppe von Studierenden an unterschiedlichen Patienten prüfe (Vgl. ebd.). Der Einsatz von Simulationspatienten hingegen verspricht laut Barrows eine beliebig oft wiederholbare und immer gleiche Krankheitsdarstellung. Im Zuge dessen wird daher auch gerne vom „programmed patient“ oder „standardized patient“ gesprochen. An den Einsatz der Simulationspatienten gekoppelt wurden des Weiteren neue Prüfungsformate wie die sogenannten OSCEs (Objective Structured Clinical Examination) entwickelt; praktische Tests zum Abprüfen klinischer Fähigkeiten, bei denen der Einsatz von Simulationspatienten häufig fester Bestandteil ist (Vgl. Harden et al. 1975).

In den USA und Kanada wurden bereits 1993 an mehr als 80% der Medical Schools Simulationspatienten in der Lehre eingesetzt (Vgl. Anderson et al. 1994). In Europa kommen sie beispielsweise in den Niederlanden bereits seit 1975 zum Einsatz, während dies in Deutschland erstmals im Jahr 2000 im Rahmen der neuen Reformbeziehungsweise Modellstudiengänge an der Universität Witten-Herdecke sowie an der Charité Berlin der Fall war (Vgl. Peters 2015). Eine Umfrage aus dem Jahr 2019, an der 38 von 45 medizinischen Fakultäten in Deutschland, Österreich und der Schweiz teilnahmen, hat ergeben, dass alle partizipierenden Fakultäten über mindestens ein Programm zum Einsatz von Simulationspatienten verfügen (Vgl. Sommer et al. 2019). Inzwischen dienen Simulationspatienten bei weitem nicht mehr ausschließlich zur Ausbildung angehender Ärzte, sondern auch für eine Vielzahl anderer Berufe aus dem medizinischen Umfeld; dazu gehören Krankenpflegepersonal, Zahnmediziner, Physiotherapeuten oder Apotheker (Vgl. Cleland, Abe & Rethans 2009).

An der Universitätsmedizin Mainz wurden Simulationspatienten im Wintersemester 2014/15 im Zuge des Praktikums „Ärztliche Gesprächsführung“ etabliert. Im Praktikum der Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz kommen aktuell in vier verschiedenen Patientenfällen an acht Stationen insgesamt mehr als zehn verschiedene Simulationspatienten zum Einsatz.

## 1.2 Folgen der Tätigkeit als Simulationspatient

Ein Aspekt, bei welchem die Meinungen in den verschiedenen Publikationen auseinandergehen, ist die Frage nach der Besetzung der Patientenrollen: Sollten besser Laien oder professionell ausgebildete Schauspieler als Simulationspatienten eingesetzt werden? Grundsätzlich kommen beide für die Darstellung von Patientenrollen in Frage und zum Einsatz; jedoch wird immer wieder betont, dass letztlich die spezifischen Anforderungen der jeweiligen Rolle respektive die Komplexität des Szenarios für die Auswahl des Simulationspatienten entscheidend sei (Vgl. Lukaszczik et al. 2020). Beides scheint seine Vor- und Nachteile zu haben: Professionelle Schauspieler sollen es einerseits im Vergleich zu Laien leichter schaffen können, in die verschiedenen Patientenrollen einzusteigen und diese später auch wieder ablegen zu können. Ebenso seien sie fähig, die Rollen auch stets möglichst gleich zu spielen. Andererseits wird befürchtet, dass sie eher dazu neigen, die Tätigkeit als Simulationspatient als künstlerische Herausforderung zu sehen und durch übertriebenes Ausgestalten der Rollen den eigentlichen Lehr- und Lernaspekt aus den Augen zu verlieren (Vgl. Rietfort & Strohmmer 2018).

Gerade mit Blick auf Krankheitsbilder aus dem Fach der Psychiatrie taucht diese Diskussion immer wieder auf – hier jedoch mit der mehrheitlichen Meinung, dass es ‚wahrscheinlich‘ besser sei, für die Simulation psychiatrischer Krankheitsbilder Berufsschauspieler einzusetzen. Als Grund dafür wird angegeben, dass psychiatrische Rollenbilder eine große emotionale Herausforderung seien und es zu vermeiden gelte, dass Laien den Rollenausstieg nicht schaffen und sich dadurch selbst psychische Erkrankungen oder Symptome aneignen könnten. Erzsébet Matthes erklärt:

Viele Fallvignetten beinhalten auch das Thema „schlechte Nachricht überbringen“, wie auch „Sterben und Tod“. Das Risiko ist dabei zu groß, dass Laiendarsteller in diesen Situationen schwieriger aus der Rolle steigen können als professionelle Schauspieler und somit psychisch belastet werden. Zwar ist der finanzielle Aufwand größer, gleichwohl ist der Einsatz von professionellen Schauspielern für bestimmte Fallvignetten aus den oben benannten Gründen unerlässlich. (Matthes 2019, S. 104)

John Eagles et al. äußern bei ihren Überlegungen zum Einsatz von Simulationspatienten in der Lehre der Psychiatrie ähnliche Bedenken: „Simulated patients can be stressed by the roles they portray, which is probably a reason for using professional

actors in psychiatric teaching, where roles may well be more emotionally demanding than in other areas of medicine“ (Simulationspatienten können durch die Rollen, die sie darstellen, belastet werden – was vermutlich ein Grund dafür ist, im psychiatrischen Unterricht professionelle Schauspieler einzusetzen, da die Rollen dort emotional fordernder sein können als in anderen Bereichen der Medizin) (Eagles et al. 2007, S. 188). Auch Andrea Rietfort und Renate Strohmer halten im *Handbuch Simulationspatienten* fest: „[E]in Gespräch in der Psychiatrie mit einer Person, deren Wahrnehmung stark verändert ist, [erfordert] besondere Fähigkeiten seitens der darstellenden SPs“ (Rietfort & Strohmer 2018, S. 23).

Nancy McNaughton und Kollegen interviewten im Jahr 1999 an der University of Toronto eine Gruppe von Simulationspatienten, welche auch im Fach Psychiatrie eingesetzt wurden. Diese Studie kam zu dem Ergebnis, dass psychiatrische Rollen eine besondere Belastung für Simulationspatienten darstellen: „An analysis from the transcriptions from the focus groups with SPs confirmed the hypothesis that the enactment of emotionally stressful psychiatric roles resulted in in mostly negative effects, both physical and mental“ (Eine Analyse der Transkripte aus den Fokusgruppen mit simulierten Patienten bestätigte die Hypothese, dass das Darstellen emotional belastender psychiatrischer Rollen überwiegend negative Auswirkungen sowohl auf die körperliche als auch auf die psychische Gesundheit hat) (McNaughton et al. 1999, S. 139).

### 1.3 Fragestellung und Zielsetzung der Studie

Im Praktikum der Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz wurden zum Zeitpunkt dieser Studie in einem Simulationsteil bis zu 15 verschiedene Simulationspatienten eingesetzt, alle davon waren Amateurschauspieler respektive Laien.

Dieses Dissertationsprojekt hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Erfahrungen von Patientendarstellern beim Spiel psychiatrischer Rollen genauer zu beleuchten. Dabei sollten vor allem Schwierigkeitsgrad, Rollenvorbereitung, Rollenein- und Ausstieg sowie Gefühle während und nach der Simulation im Vergleich zu anderen (Patienten)Rollen genauer exploriert werden. Ziel war es, herauszufinden, ob es in diesem Zusammenhang für die Simulationspatienten besondere Herausforderungen oder Belastungen gibt und wie die Darsteller dementsprechend künftig seitens der Organisatoren

des Praktikums oder des Simulationspatienten-Trainers besser entlastet oder vorbereitet werden können.

Dazu wurden im Rahmen dieses Forschungsprojektes alle an der Universitätsmedizin im Praktikum der Psychiatrie eingesetzten Simulationspatienten zu einem Interview eingeladen.

## 2 Literaturdiskussion

### 2.1 Simulationspatienten in der medizinischen Ausbildung

Seit der ersten Publikation zum Einsatz von Simulationspatienten in der medizinischen Lehre von Howard Barrows im Jahr 1964 (Barrows & Abrahamson 1964) gibt es zu diesem Thema mannigfaltige Forschung. Immer wieder wurden die verschiedenen Vorteile dieser Methode beschrieben, die sich noch immer mit jenen decken, die Barrows in seinem ersten Bericht beschrieben hat: So können unter anderem nicht nur theoretische, sondern auch praktische Fähigkeiten mit Simulationspatienten trainiert werden (Vgl. Weck et al. 2019). Das Lernen findet für Studierende in einem sicheren Umfeld statt, in dem auch keine echten Patienten zu Schaden kommen können (Vgl. Barrows 1993). Simulationspatienten sind leichter verfügbar als echte Patienten (Vgl. Pheister et al. 2017) und können dem Studierenden direkt während der Übung ein konstruktives Feedback geben (Vgl. Hodges et al. 2002). Es können Krankheitsbilder dargestellt werden, für die gerade keine echten Patienten verfügbar sind, oder deren Schweregrade individuell variiert werden (Vgl. Neumann et al. 2011).

Auch die negativen Aspekte der Methode sowie deren Limitationen wurden rege diskutiert: Durch die Bezahlung der Simulationspatienten entsteht ein gewisser Kostenaufwand (Vgl. Schulz et al. 2007), ebenso erfordern Auswahl und Training der Simulationspatienten entsprechende Ressourcen der medizinischen Fakultäten (Vgl. Rietfort & Strohmer 2018). Befürchtet wird, dass keine authentischen Arzt-Patienten-Kontakte entstehen und die Lernenden sich nicht wirklich empathisch verhalten, sondern lediglich so, wie sie es aufgrund sozialer Erwünschtheit glauben tun zu müssen (Vgl. Hölzer 2012). Weiterhin wird diskutiert, wie komplex Patientenrollen sein dürfen, um sie von Schauspielern immer noch realistisch darstellen lassen zu können (Vgl. Brenner 2009) sowie welche möglichen positiven und negativen Auswirkungen auf die Simulationspatienten selbst bestehen (Vgl. Bokken 2004).

Für den optimalen Einsatz der Methode in der Ausbildungspraxis haben sich mit der Zeit einschlägige Ratgeber herausgebildet. So gilt im englisch-sprachigen Raum das Buch „Coaching Standardized Patients“ (Wallace 2007) der bekannten Simulationspatiententrainerin Peggy Wallace als Standardwerk. Im deutschsprachigen Raum gaben Thrien und Peters 2018 mit „Simulationspatienten: Handbuch für die Aus- und

Weiterbildung in medizinischen und Gesundheitsberufen“ ein vergleichbares Opus heraus (Peters & Thrien 2018).

## 2.2 Simulationspatienten in der Psychiatrie und Psychotherapie

Über den Einsatz von Simulationspatienten speziell im Fach der Psychiatrie und Psychotherapie wird seit jeher ähnlich viel publiziert. Insgesamt werden fachintern dieselben Vor- und Nachteile der Methode diskutiert wie in grundsätzlichen Diskussionen über diese: Positiv hervorzuheben sei, dass mehr Pathologien und Diagnosen darstellbar seien als mit echten Patienten; dass ein gewisser Grad an Standardisierung für die Studieren gewährleistet sei; dass mehr Sicherheit für die realen Patienten und ihre mitunter sehr sensiblen Krankheitsgeschichten gewährleistet werden könne sowie dass das Lernen durch jederzeit mögliche Unterbrechungen und unmittelbares Feedback viel effektiver sei (Vgl. Dave 2012). Dem gegenüber stünden jedoch der hohe ökonomische Aufwand, die Befürchtung, dass keine authentischen Gespräche und dadurch auch keine echte Empathie bei den Lernenden zustande käme sowie die Sorge über mögliche Belastungen für die Simulationspatienten (Vgl. ebd.). Wie auch in anderen Fachdisziplinen wird seitens der Psychiatrie befürchtet, dass bei der Auswahl der Simulationspatienten für die entsprechenden Rollen auch deren eigene gesundheitliche Vorgeschichte mitberücksichtigt werden müsse, um eine mögliche Vermischung von persönlicher Erfahrung und darzustellender Rolle zu vermeiden (Vgl. Kühne et al. 2018).

Für die Lehre des Faches werden viele verschiedene Einsatzmöglichkeiten vorgeschlagen: So werden Simulationspatienten zur Erhebung des psychopathologischen Befunds genutzt (Vgl. Birndorf 2002), was in anderen Fächern der Anamnese entspricht. Die Spanne der simulierten Krankheiten erstreckt sich bis in angrenzende Fachgebiete, sodass auch die Darstellung psychosomatischer Krankheitsbilder umgesetzt wird (Vgl. Chur-Hansen 2002). Der Missbrauch von Substanzen wie Opiaten oder Benzodiazepinen gehört in der Psychiatrie ebenfalls in das Darstellungsrepertoire von Simulationspatienten (Vgl. Taverner 2000). Neben der Ärzteschaft sollen auch andere Berufsgruppen in ihrer Ausbildung von der Methode profitieren, sodass Simulationspatienten zum Training psychotherapeutischer Fähigkeiten (Vgl. Klamen & Yudkowski 2002) oder zur Ausbildung spezieller Psychiatrie-Pflegekräfte (Vgl. Wasilko 2003) genutzt werden. Ferner gehört die Anwendung in der sogenannten Telepsychiatrie, in

welcher die Schauspieler remote über den Computer zur Simulation zugeschaltet werden, zum Spektrum der Möglichkeiten (Vgl. Kennedy & Yellowlees 2003). Der Einsatz von Simulationspatienten in Prüfungsformaten wie OSCEs für das Fach Psychiatrie wurde erstmals 1991 von Famuyiwa et al. beschrieben (Famuyiwa et al. 1991). Inzwischen hat sich dieser fest etabliert (Vgl. McNaughton et al. 2008).

Wünderich et al. untersuchten 2008 erstmals in einer kontrollierten Pilotstudie an der Universitätsklinik Freiburg den Einsatz von Simulationspatienten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Dabei erhielt von den Studierenden eines Semesters nach Randomisierung die Hälfte Unterricht ausschließlich mit realen Patienten, die andere Hälfte zusätzlich Kurse mit Simulationspatienten. Darauf folgte eine Prä-Post-Analyse mit einem Fragebogen. Es zeigte sich, dass die Schauspieler sehr gut von den Studierenden angenommen wurden. In der Gruppe, die zusätzlich mit Simulationspatienten unterrichtet wurde, wurden der Unterricht und die Einschätzung der eigenen Kenntnisse im Fach Psychiatrie und Psychotherapie signifikant besser bewertet als in der Kontrollgruppe (Vgl. Wünderich et al 2008). Dieses Ergebnis steht vor allem früheren Studien entgegen, in welchen Schauspielpatienten von Studierenden noch als wenig authentisch wahrgenommen wurden (Vgl. Krahn et al 2001).

### **2.3 Auswirkungen des Simulierens auf die Simulationspatienten**

Dass die Tätigkeit als Simulationspatient verschiedene Arten von Auswirkungen auf die Darsteller hat, wurde bereits in zahlreichen Untersuchungen festgestellt. Bokken et al. berichten in ihrer qualitativen Studie an der Universität Maastrich über negative Folgen:

The effects that were mentioned were, in descending order of frequency: exhaustion; dissatisfaction with one's performance; physical complaints due to the performance; continuing to feel or act like the person portrayed, and experiencing real symptoms that interfered with the simulation.

(Die genannten Auswirkungen waren, in absteigender Häufigkeit: Erschöpfung; Unzufriedenheit mit der eigenen Leistung; körperliche Beschwerden infolge der Darstellung; sich anhaltend wie die dargestellte Person zu fühlen oder wie diese zu verhalten sowie das Erleben realer Symptome, die die Simulation beeinträchtigten.) (Bokken et al. 2006, S. 783)

Besonders die beiden letztgenannten Punkte – sich wie die dargestellte Person zu fühlen oder echte Symptome zu verspüren – sind für die zu untersuchende Fragestellung von besonderer Relevanz. Denn wie eingangs beschrieben ist es genau dieser Umstand, der wiederholt zu der Empfehlung führt, besser professionelle Schauspieler für emotional herausfordernde Rollen, wie eben jene aus dem Fach der Psychiatrie, einzusetzen. So hegen beispielsweise Nancy McNaughton und Kollegen mit Blick auf den Einsatz von Simulationspatienten in der Psychiatrie Zweifel: „The debate regarding the standardization of SPs and their effectiveness in portraying complex cognitive, emotional, and physical behaviours for assessment at higher levels continues [...]“ (Die Diskussion über die Standardisierung von Simulationspatienten und ihre Wirksamkeit bei der Darstellung komplexer kognitiver, emotionaler und physischer Verhaltensweisen für Prüfungen auf höheren Niveaus hält weiterhin an) (McNaughton et al. 2008, S. 89). Bokken et al. führen diesen Punkt noch weiter aus:

The SPs also said that they sometimes continued to feel and act like the patients they had been simulating, for example:

I once portrayed a manic patient... and after the performance I was talking to a colleague at work and he said, “Whats the matter with you?” I was talking like this [makes wild gestures], I mean even though the role is finished, the locomotion persists.’

(Die Simulationspatienten berichteten außerdem, dass sie manchmal auch nach der Darstellung weiterhin so fühlten und sich so verhielten wie die Patienten, die sie simuliert hatten. Ein Beispiel:

Ich habe einmal einen manischen Patienten gespielt... und nach der Darstellung sprach ich mit einem Kollegen bei der Arbeit, und er sagte: ‚Was ist mit dir los?‘ Ich sprach so [macht wilde Gesten], ich meine, obwohl die Rolle vorbei war, blieb die Bewegungsart bestehen.) (Bokken et al. 2006, S. 783)

Die von Bokken et al. untersuchten Simulationspatienten gaben jedoch an, dass die beobachteten negativen Auswirkungen stets nur von kurzer Dauer und auch nur von milder Ausprägung seien, weswegen sie keinesfalls ein Grund seien, die Tätigkeit aufzugeben (Vgl. Bokken et al. 2006).

Eine Studie der bereits genannten Nancy McNaughton und ihren Kollegen an der University of Toronto hat gezielt nach den Auswirkungen der Darstellung psychiatrischer Patientenrollen gefragt (Vgl. McNaughton et al. 1999). Die befragten Simulationspatienten klagten über verschieden körperliche und psychische Folgen des Simulierens. Dabei handelte es sich unter anderem um muskuläre Angespanntheit im Hals- und Nackenbereich, Erschöpfung, Kopfschmerzen, psychologische Irritationen und Schlafstörungen. Die Simulationspatienten gaben allesamt an, dass psychiatrische Rollen anstrengender zu spielen seien als nicht psychiatrische Rollen. Sie zitieren einen der Darsteller: „When you are doing psychiatry roles there is more of you involved, more body, mind, soul“ (Wenn man psychiatrische Rollen spielt, ist mehr von einem selbst beteiligt – mehr Körper, Geist und Seele) (McNaughton et al. 1999, S. 138). Nur 11% der Befragten berichtete im Kontext der psychiatrischen Rollen über positive Effekte, wie beispielsweise Spaß am Spiel. Ähnlich wie die Studienteilnehmer von Bokken et al. zeigten sich auch diese dennoch sehr motiviert für die Tätigkeit als Simulationspatient. Als Gründe dafür wurden die Bezahlung, aber auch das Gefühl, einen Beitrag für die medizinische Ausbildung und die Gesellschaft zu leisten, genannt. McNaughton und ihre Kollegen kommen zu dem Schluss, dass die Darstellung emotional anspruchsvoller Rollen hauptsächlich negative Effekte auf Simulationspatienten hat: „An analysis from the transcriptions from the focus groups with SPs confirmed the hypothesis that the enactment of emotionally stressful psychiatric roles resulted in in mostly negative effects, both physical and mental“ (Eine Analyse der Transkripte aus den Fokusgruppen mit simulierten Patienten bestätigte die Hypothese, dass das Spielen emotional belastender psychiatrischer Rollen überwiegend negative Auswirkungen hatte – sowohl körperlicher als auch psychischer Art) (McNaughton et al. 1999, S. 139).

In der Forschungsliteratur werden jedoch nicht ausschließlich negative Folgen der Simulationspatienten-Tätigkeit beschrieben. Paul Wallach und Kollegen führten 2001 eine quantitative Studie mittels Fragebogen mit den Simulationspatienten fünf verschiedener Medical Schools in den USA durch. Die Auswertung ergab, dass sich bei den Befragten seit Beginn ihrer Tätigkeit das eigene Gesundheitsbewusstsein positiv verändert habe. Ferner hätten sich deren kommunikativen Fähigkeiten und das Verständnis bezüglich der eigenen gesundheitlichen Belange verbessert (Vgl. Wallach et al. 2001).

Kathrin Heydrich formuliert in ihrer Studie "Wie geht es eigentlich den Schauspielpatienten?" (Heydrich 2016) auf Basis von Interviews mit Patientendarstellern wichtige

Thesen: So zeigte sich, dass die Tätigkeit als Simulationspatient die reale Arzt-Patient-Beziehung beeinflusst. Die Darsteller fühlten sich seit ihrer Tätigkeit aufmerksamer im Arzt-Patient-Gespräch, träten selbstbewusster auf, könnten sich besser in die Perspektive des Arztes versetzen und hätten mehr Verständnis für den Zeitmangel der Ärzte. Ferner führe das Dasein als Simulationspatient zu einem Wissenszuwachs und zur kritischeren Beobachtung der eigenen Person. Aber auch negative Auswirkungen der Tätigkeit seien festzuhalten gewesen: Die Simulationspatienten berichteten unter anderem über Beanspruchung durch Schwierigkeiten beim Ablegen der Rolle, über Unzufriedenheit durch unerwartet kompliziert verlaufende Gespräche, Stress durch organisatorischen Aufwand oder Ermüdung bei mehreren Simulationen hintereinander (Vgl. Heydrich 2016). Martine Boerjan et al. berichten in einer Studie mit Simulationspatienten an der Universität Gent von ähnlichen positiven und negativen Auswirkungen der Simulationspatienten-Tätigkeit (Vgl. Boerjan et al. 2008).

Thorsten Lorkowski wies in einer Interview-Studie an der Universität Göttingen 2011 ebenfalls positive Effekte bei Simulationspatienten in deren realem Leben nach: Die von ihm interviewten Darsteller berichteten ebenfalls unter anderem über gesteigertes Selbstvertrauen, dem offenen Ansprechen von Kritik gegenüber sie behandelnden Ärzten und mehr Verständnis für die berufliche Gesamtsituation des Arztes, die mitunter Zeitmangel oder Überarbeitung mit sich bringen kann (Vgl. Lorkowski 2011).

Anne Simmenroth-Nayda et al. publizierten 2016 erneut mit den von Lorkowski erhobenen Daten (Simmenroth-Nayda et al. 2016) und berichteten über selbstbewussteres Auftreten sowie mehr Verständnis für den ärztlichen Berufsalltag seitens der Befragten. Sie kommen zu dem Schluss, „Training und strukturiertes Rollenspiel von SP können daher ein Modell zum empowerment auch von ‚realen Patientinnen‘ sein“ (Simmenroth-Nayda et al. 2016).

Besonders hervorzuheben sind abschließend auch die Arbeiten von Maria Butollo und Anita Holzinger an der Medizinischen Universität Wien. In einer 2016 durchgeführten Interviewstudie berichteten befragte Simulationspatienten ebenfalls über die bereits beschriebenen negativen Effekte ihrer Tätigkeit. Als wichtiger Schutzfaktor wurde dabei ein adäquater Rollenein- und vor allem Ausstieg identifiziert – gerade jene Fähigkeit, welche Laien mutmaßlich schwerer meistern als professionelle Schauspieler. Butollo und Holzinger kommen zu dem Fazit: „The most important skill for the protection of SPs health are transition techniques“ (Die wichtigste Fähigkeit zum Schutz der Gesundheit von Simulationspatienten sind Transitionstechniken) (Butollo & Holzinger

2016, ohne Seitenangabe). Worum genau es sich bei diesen Transitionstechniken („transition techniques“), die Simulationspatienten zum Ein- und Ausstieg aus Patientenrollen benutzen, handelt, dazu fehlte zum damaligen Zeitpunkt noch entsprechende Forschung.

In einer zweiten Studie 2019 (Butollo 2019) nutze Butollo daher einen multimethodischen Ansatz mit dem Einsatz von Interviews und Fragebögen. In den Interviews wurden die Simulationspatienten nach ihren Wahrnehmungen und Empfindungen während der Simulationen sowie zu ihren Ein- und Ausstiegstechniken befragt. Der Fragebogen erhob zu zwei Zeitpunkten unter anderem den psychischen Gesundheitszustand der Darsteller in den Kategorien Depressivität, Somatisierung und Ängstlichkeit sowie den Umgang mit Transitionstechniken. Die 22 interviewten Simulationspatienten berichteten dabei über rund 108 verschiedene Transitionstechniken. Diese sind demnach mehrheitlich physisch, zum Beispiel Sich-schütteln, das Nutzen von Atemtechniken oder Springen. Sie können aber beispielsweise auch verbal oder mental sein. Des Weiteren wurden in der Studie *keine* signifikanten Auswirkungen der Patientendarstellung auf die psychische Gesundheit der Akteure nachgewiesen. Erfahrene Simulationspatienten wiesen allerdings ein höheres psychisches Wohlbefinden auf. Es gab jedoch einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Auftreten negativer Symptome und Distanzierungstechniken. Dieser kann unter anderem wie folgt interpretiert werden:

The transition techniques influence mental well-being directly and SPs who recognize reduced mental well-being are therefore more likely to use transition techniques. When SPs recognize reduced well-being in the form of depressivity, anxiety, and somatization after role portrayal, they seek to distance themselves from these symptoms. They attempt to leave them in the classroom e.g. by closing the door behind them, leaving the building, or they literally try to strip them off. Another technique used when noticing anxiety and depressivity is self-reward. When mental well-being is reduced due to distressing patient portrayal the subsequent self-reward might increase well-being. The other direction of interpretation of the correlation is indirect, via the moderator variable of stress. The use of transition techniques might reduce stress and be used by SPs for this very reason.

(Transitionstechniken beeinflussen das psychische Wohlbefinden unmittelbar, und Simulationspatienten, die eine Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens wahrnehmen, setzen solche Techniken daher häufiger ein. Wenn SPs nach der Darstellung einer Rolle ein vermindertes Wohlbefinden in Form von Depressivität, Angst oder Somatisierung feststellen,

versuchen sie, sich von diesen Symptomen zu distanzieren. Sie versuchen, diese bildlich gesprochen im Unterrichtsraum zurückzulassen – etwa indem sie bewusst die Tür hinter sich schließen, das Gebäude verlassen oder die Rolle symbolisch abstreifen. Eine weitere Technik, die bei wahrgenommener Angst oder Depressivität angewendet wird, ist die Selbstbelohnung. Wenn das psychische Wohlbefinden durch eine belastende Patientendarstellung beeinträchtigt ist, kann eine anschließende Selbstbelohnung das Wohlbefinden steigern. Eine alternative Deutung des Zusammenhangs ergibt sich indirekt über die Moderatorvariable Stress: Der Einsatz von Übergangstechniken könnte Stress reduzieren – und genau deshalb von SPs genutzt werden.) (Butollo 2019, S. 75f.)

Vor dem Hintergrund der Forschungslage wurde sich im Rahmen dieses Projektes dafür entschieden, mittels qualitativer Daten in Interviewform die Erfahrungen von Simulationspatienten bei der Darstellung psychiatrischer Patientenrollen noch einmal genauer zu untersuchen. Dabei sollten neben möglichen negativen Auswirkungen dieses Mal vor allem Schwierigkeitsgrad, Rollenvorbereitung, Rollenein- und Ausstieg sowie Gefühle während und nach der Simulation im Vergleich zu anderen (Patienten)Rollen herausgearbeitet werden. Es galt herauszufinden, ob in diesem Zusammenhang für die Simulationspatienten besondere Herausforderungen, beispielsweise bei der Anwendung von Transitionstechniken, oder Belastungen vorlagen und wie die Darsteller künftig durch mögliche Veränderungen in der Organisation des Praktikums oder weitere Schulung durch den Simulationspatienten-Trainer besser entlastet oder vorbereitet werden können.

### **3 Material und Methoden**

#### **3.1 Kontext: Praktikum der Psychiatrie und Psychotherapie**

Im Studium der Humanmedizin an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz werden im Fach Psychiatrie und Psychotherapie seit dem Wintersemester 2016/17 Simulationspatienten zu Unterrichtszwecken in einem Simulationsteil des Praktikums eingesetzt. Dieser Abschnitt des Praktikums besteht aktuell für jeden Studierenden aus 2 Unterrichtsterminen mit je 2 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten. Pro Unterrichtseinheit wird ein Patientenfall simuliert. Im Praktikum sind die Studierenden dazu in Kleingruppen von bis zu sechs Personen eingeteilt und werden von je einem dozierenden Arzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie betreut. Die Gruppen werden auf einzelne Räume in der Rudolf-Frey-Lernklinik verteilt. Initial gab es mit Einführung der Simulationspatienten nur zwei Szenarien (Psychose und Depression); mit dem Wintersemester 2018/19 kamen zwei weitere hinzu, sodass inzwischen vier verschiedene Krankheitsfälle dargestellt werden: Panikstörung, Depression, Psychose und Delir. Jeder Patientenfall wird doppelt, sprich zeitgleich in zwei verschiedenen Räumen, gespielt. So ist es möglich, dass jeder Studierende eines Semesters an seinen beiden Terminen des Praktikums alle vier Patientenfälle erleben kann. Ziel dieses Simulationsteils ist es nicht nur, den Studierenden gängige Krankheitsbilder des Faches in einer sicheren Umgebung erlebbar zu machen, sondern auch, ihre Fähigkeiten in der Anamnese und Gesprächsführung mit Blick auf psychiatrische Patienten zu trainieren und anzupassen. Anhand von Patienten mit überwiegend desorganisiertem Verhalten im Rahmen eines Delirs soll den Studierenden so beispielsweise demonstriert werden, dass nicht immer eine lehrbuchgetreue Erhebung eines psychopathologischen Befundes möglich ist, sondern sich in Notfall- und Ausnahmesituationen gegebenenfalls auf wenige wichtige Fragen beschränkt werden muss, um daraus eine Konsequenz für das eigene medizinische Handeln abzuleiten. Jede Unterrichtseinheit beginnt zunächst mit einer kurzen Vorstellung und Einführung durch den Dozierenden. Anschließend wird ein Studierender der Kleingruppe ausgewählt, der sich mit dem Simulationspatienten in das Szenario begibt. Der Simulationspatient wartet dazu vor dem Übungsraum und wird zu Beginn der Simulation in seiner Patientenrolle von dem Dozierenden hineingebeten. Aufgabe des Studierenden ist es, ein Anamnesegespräch zu führen und gegebenenfalls eine erste Therapie- oder anderweitige

Handlungsentscheidung (zum Beispiel stationäre Aufnahme) zu treffen. Sollte der Studierende nicht weiterkommen oder anderweitig Hilfe benötigen, kann die Simulation durch den Satz „Ich möchte meinen Oberarzt befragen“ unterbrochen werden. Der Studierende kann sich daraufhin vor der Tür mit dem Dozierenden kurz zurückziehen und beraten. Das Szenario endet, wenn der Studierende erfolgreich eine Handlungsentscheidung getroffen hat oder der zeitliche Rahmen von etwa 20 Minuten abgelaufen ist. Im Anschluss wird in einer Feedbackrunde zunächst von den beiden Beteiligten und danach von Dozierenden- und Zuschauerseite ausgetauscht, wie der Fall erlebt wurde, was innerhalb des Gesprächs gut gelaufen ist und wo Verbesserungspotenzial stecken könnte.

Für die vier Patientenfälle waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung 15 Simulationspatienten wechselnd im Einsatz. Diese erhielten vom Simulationspatienten-Trainer der Rudolf Frey-Lernklinik für ihre Rollendarstellung zuvor ein Rollen- sowie ein Feedbacktraining. Ebenso gab es vor dem ersten eigenen Einsatz einen Termin, an dem sie einem erfahrenen Simulationspatienten, der dieselbe Patientenrolle verkörpert, ‚über die Schulter gucken‘ und dessen Spiel beobachten konnten. Am Ende eines jeden Praktikumstages kommen alle eingesetzten Simulationspatienten in einer internen Feedbackrunde gemeinsam mit dem Simulationspatienten-Trainer zusammen und besprechen das Erlebte nach.

### **3.2 Datenerhebung**

Gemäß dem Ziel, individuelle persönliche Erfahrungen der einzelnen Simulationspatienten aus dem Psychiatrie-Praktikum zu erfragen, wurde sich für eine qualitative Datenerhebung mittels Leitfadeninterview entschieden (Vgl. Hopf 2007). Um ein möglichst freies und ungehemmtes Erzählen der Simulationspatienten zu gewährleisten, wurde ein Interviewleitfaden mit drei Abschnitten entwickelt, welche jeweils durch eine offene Frage eingeleitet wurden. Es wurde darauf geachtet, dass die Fragen allgemein verständlich und nicht suggestiv formuliert wurden. Der Interviewleitfaden war den Simulationspatienten vor dem Zeitpunkt des Gesprächs nicht bekannt. Bei der Entwicklung des Leitfadens wurde auf die empfohlene Struktur und die inhaltlichen Hinweise von Sabine Misoch und Heinz Reinders zurückgegriffen (Vgl. Misoch 2019, Reinders 2005). Daraus ergab sich folgender Aufbau des Leitfadens:

1. Warm Up zur Gewöhnung an die Interviewsituation: Tätigkeit als Simulationspatient an der Lernklinik der Universitätsmedizin Mainz
2. Hauptteil: Erleben und Auswirkungen von Patientendarstellung
  - a. Rollenspiel im Fach Psychiatrie
  - b. Vergleich mit Rollenspiel in anderen Fächern
3. Ausstieg: Möglichkeit zur freien Ergänzung

Um möglichst authentische und unerzwungene Schilderungen der Simulationspatienten zu erhalten, wurde in der Interviewsituation darauf geachtet, eine offene und entspannte Atmosphäre zu erzeugen. Dies bedeutete auch, dass der Leitfaden und der Interviewende offen für neue Informationen waren sowie dass der Leitfaden flexibel gestaltet war, um gegebenenfalls im Verlauf der Studie entsprechend verändert und angepasst werden zu können (Vgl. Misoch 2019). Ebenfalls wurde berücksichtigt, den Leitfaden im Interviewprozess je nach Gesprächsverlauf unterschiedlich handhaben zu können. Die Reihenfolge der Einzelfragen sollte sich, wenn möglich, spontan aus dem Verlauf des Gesprächs ergeben, wobei letztlich aber darauf zu achten war, dass alle vermerkten Themen und Fragen auch bearbeitet wurden (Vgl. ebd.). Alle Interviews fanden im selben Raum der Mainzer Lernklinik statt. Dieser wurde dazu stets gleich hergerichtet, mit einem Tisch und zwei Stühlen gegenüber in der Mitte des Raums. Nach einer Einführung zum Hintergrund der Befragung wurden die Simulationspatienten als Warm Up für die Interview-Situation stets mit folgendem Text zum Erzählen gebracht: „Sie sind ja zum heutigen Interview eingeladen worden, weil Sie als Simulationspatient/in im Praktikum Psychiatrie eingesetzt werden. Ich habe mich jetzt bewusst noch nicht informiert, welche Rollen Sie hier an der Lernklinik noch spielen. Deshalb möchte ich Sie zunächst fragen, seit wann Sie hier an der Lernklinik als Simulationspatient/in aktiv sind und welche Rollen Sie seitdem gespielt haben.“ Alle Interviews wurden von Mathias Müller durchgeführt. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und alle personenbezogenen Daten pseudonymisiert.

### 3.3 Datenanalyse

#### 3.3.1 Dokumentarische Methode nach Bohnsack

Zur Auswertung der offen gehaltenen Leitfadeninterviews wurde die Dokumentarische Methode nach Bohnsack gewählt. Diese interpretative Auswertungsmethode ermöglicht es, über die im Interview geäußerten Meinungen hinaus Zugang zu den zugrunde liegenden Orientierungen, Erfahrungsstrukturen und habitualisierten Deutungsmustern der Simulationspatienten zu erhalten. Damit trägt sie dem Ziel der Studie Rechnung, nicht nur Inhalte, sondern insbesondere das individuelle Erleben und die subjektive Perspektivierung während der gespielten Simulationen zu rekonstruieren. Zentral für die Dokumentarische Methode ist die Unterscheidung zwischen der immanenten Bedeutungsebene – dem, was gesagt wird – und der dokumentarischen Bedeutung, also dem Wie des Gesagten: wie etwas erzählt, gerahmt und strukturiert wird. Es besteht also die Möglichkeit, dass „die inhaltliche Breite als auch der latente Gehalt des individuell Gesagten berücksichtigt werden [...]“ (Simmenroth-Nayda et al. 2016, ohne Seitenangabe). Durch vergleichende Fallanalysen können typische Orientierungen herausgearbeitet und überindividuelle Sinnstrukturen rekonstruiert werden. Die Methode eignet sich daher besonders, um den subjektiven Erfahrungsgehalt der Interviewten in seinem gesellschaftlich und professionell gerahmten Kontext zu erfassen (Vgl. Bohnsack 2000). Die Arbeitsschritte der Dokumentarischen Methode sind die *Formulierende Interpretation*, *Reflektierende Interpretation* und die *Typenbildung*.

#### 3.3.2 Formulierende Interpretation

Den ersten Schritt der Methode stellt die *Formulierende Interpretation* dar. Sie dient der zusammenfassenden, sinngemäßen Paraphrasierung der Interviews sowie der Formulierung von Ober- und Unterthemen (Vgl. Bohnsack 2000). Zunächst wurden die Interviewmitschnitte vollständig transkribiert und in inhaltliche Abschnitte, sogenannte Sequenzen, eingeteilt. Aus diesen wurden Ober- und Unterthemen herausgearbeitet; es erfolgte somit die Rekonstruktion der thematischen Gliederung. Exemplarisch ist ein Ergebnis dieses Arbeitsschritts in Abbildung 1 dargestellt.

Sequenz / Zeit	Inhalt	Ober-/Unterthemen
1 00:00 – 02:23	MM: Begrüßung; Frage nach biographischen Daten  SP 2: Hauptberuflich Job im Kino; nebenberuflich gelegentlich Jobs als Schauspieler; seit 2019 als Simulationspatient an der Rudolf-Frey-Lernklinik; Rollenbilder an der Lernklinik: Psychose, Manie, Untersuchungskurs der Inneren Medizin, Angehöriger in Gerichtsmedizin	OT: Individuelle Erfahrung UT: Bisherige Rollen und Tätigkeit als Simulationspatient
2 02:24 – 03:16	MM: Frage nach Vorbereitung auf Rollen in der Psychiatrie  SP 2: Übersichtliche Vorbereitung; Vorbereitung mittels <u>Fallvignette</u> ; jede Simulation ist neu und anders, daher grundsätzlich nur eingeschränkte Vorbereitung möglich; Rücksprache mit SP-Trainer	OT: Patientenrollen in der Psychiatrie UT: Rollenvorbereitung
3 03:17 – 04:00	MM: Frage nach Schwierigkeitsgrad der psychiatrischen Rollen  SP 2: Fällt eher leicht; Vorerfahrung mit psychisch angeschlagenen Rollenbildern im Theater; wird oft auf solche Rollen besetzt	OT: Patientenrollen in der Psychiatrie UT: Schwierigkeitsgrad der Rollen
4 04:01 – 04:42	MM: Frage nach <u>Rollenein- und Ausstieg</u>  SP 2: Anfangs Zopf öffnen und mit langen Haaren spielen; das abgelegt wegen fehlendem Blickkontakt zum Arzt; kurzes Schütteln, körperlich und gedanklich	OT: Patientenrollen in der Psychiatrie UT: <u>Rollenein- und Ausstieg</u>

MM = Mathias Müller SP= Simulationspatient OT = Oberthema UT = Unterthema

Abbildung 1: Beispiel der *Formulierenden Interpretation*

### 3.3.3 Reflektierende Interpretation

Als zweiter Schritt der Analyse folgte nach Bohnsack die sogenannte *Reflektierende Interpretation*. Diese fokussiert sich auf die Frage, *wie* Themen in Interviewpassagen und Dokumenten gerahmt werden (vgl. Bohnsack 2000). Der dokumentarische Sinn von Äußerungen im Interview ist eng mit dem Erleben einer Handlung verknüpft, weshalb hier nach Prinzipien gefragt wird, die bestimmten Äußerungen zugrunde liegen (vgl. Bohnsack & Nohl 2001). Dabei werden die einzelnen Rahmen, in denen die

jeweiligen Themen besprochen wurden, rekonstruiert und expliziert (Vgl. Bohnsack 2000). Die Bezugspunkte dafür bildete die Identifikation von Gegenhorizonten, beispielsweise die Abgrenzung von Personen oder Gruppen. Durch diese Kontrastierung lässt sich offenlegen, „was sich in den Texten über die Darstellenden und deren Orientierungen dokumentiert“ (Michalek 2008), also welchen Handlungs- und Vorgehensweisen die Simulationspatienten bei der Umsetzung der psychiatrischen Patientenrollen folgen.

Dazu wurden in jedem Interview bestimmte Sequenzen ausgewählt. Ausschlaggebend für die Auswahl war deren thematische Relevanz im Hinblick auf die Forschungsfrage. Darüber hinaus wurden Abschnitte ausgewählt, die sich mit denselben Themen befassen. Abschließend wurden auch solche Stellen mitberücksichtigt, die sich hinsichtlich Kommunikation, interaktiven Bezugnahmen sowie der Bildhaftigkeit und Plastizität der sprachlichen Äußerungen hervortaten (Vgl. Bohnsack 2000). Die Interpretation der Sequenzen erfolgte schließlich Satz für Satz. Zum Schluss erfolgte eine Zusammenfassung jeder Sequenz, in der die wesentlichen Interpretationen mittels des Verlaufs dargestellt werden konnten. Abbildung 2 zeigt eine solche beispielhafte Sequenz.

MM: Wenn du die Rolle dann spielst, wie fühlst du dich währenddessen?

SP 2: Kommt natürlich immer drauf an, wie der... ähm... der Student gegenüber ist. Da gab es auf jeden Fall auch schon Szenarien, wo ich mich nicht ernst genommen gefühlt habe, oder so. Und... äh... Wo du dann natürlich auch selbst enttäuscht bist, weil du denkst: „Wieso geht diese Person gerade nicht auf mich ein?“

SP 2 identifiziert sein an der Simulation beteiligtes Gegenüber als ausschlaggebend für sein Empfinden während des Rollenspiels. Dabei lassen sich seine Äußerungen so deuten, dass ein bestimmtes Verhalten der Studierenden durch den Simulationspatienten als mangelndes Interesse oder mangelnde Ernsthaftigkeit wahrgenommen wurden, was bei diesem negative Emotionen, wie beispielsweise Frustration oder Enttäuschung, hervorgerufen hat. Sein von ihm geäußertes Gefühl der Enttäuschung lässt sich einerseits wie beschrieben als Enttäuschung über das Verhalten seines Gegenübers deuten als auch als Enttäuschung über die eigene darstellerische Leistung, die möglicherweise nicht überzeugend genug war, um sein Gegenüber zu einer adäquaten Reaktion zu bewegen.

Abbildung 2: Beispiel der *Reflektierenden Interpretation*

### 3.3.4 Fallbeschreibung und Typenbildung

Den letzten Schritt der Dokumentarischen Methode stellt die *Typenbildung* dar, welche durch *Fallbeschreibungen* realisiert wird, die zur Veranschaulichung von Kernthemen dienen. Das in den ersten beiden Schritten zergliederte Material wird dabei wieder zusammengesetzt und der Diskursverlauf mit Hilfe ausgewählter Zitate wiedergegeben und interpretiert. Dabei dient die Auswahl der Zitate „nicht allein dem Beleg und der Illustration der Interpretation, sondern auch der Vermittlung dieser Spannung, die über den Standort und Erfahrungsraum der Interpreten mit deren Aspekthaftigkeit bisweilen ebenso viel aussagt wie über den der Erforschten“ (Bohnsack 2000, S. 157). Im letzten Schritt, der Typenbildung, werden einzelne Fälle miteinander verglichen und dabei Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufgedeckt, um diese einander gegenüberzustellen. Dadurch lassen sich Themen erkennen, die auf mehrere Simulationspatienten gleichzeitig zutreffen.

## 3.4 Datenschutz und Genehmigung der Teilnehmenden

Alle an der Studie teilnehmenden Simulationspatienten haben ihr schriftliches Einverständnis gegeben. Es war ihnen jederzeit möglich, von der Befragung zurückzutreten beziehungsweise die Archivierung der Interviews zu widerrufen. Die Befragung und Analyse der Aussagen der Simulationspatienten erfolgten unter Verwendung eines Pseudonyms und mit Zustimmung der Interviewten. Die Interviews wurden per Diktiergerät aufgezeichnet und danach in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie anonym archiviert. Alle Namen und weitere Angaben, die Rückschlüsse auf die Identität der beteiligten Personen zulassen würden, wurden in den Interview-Transkripten unkenntlich gemacht. In den Transkripten sowie in dieser Dissertation wurden die Namen durch Nummern (beispielsweise SP 1, SP 2, SP 3 und so weiter) ersetzt. Alle Daten wurden und werden unter keinen Umständen an Dritte weitergegeben. Die an der Studie beteiligten Personen unterliegen der Schweigepflicht. Der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz wurden unter dem Antragstitel „Von Spiel zu Ernst: Negative Auswirkungen der Darstellung psychiatrischer Krankheitsbilder auf Simulationspatienten“ unter der Antragsnummer: 2022-16579\_1-andere Forschung

erstvotierend entsprechend der Satzung und Geschäftsordnung der Ethik-Kommission ein Studienprotokoll sowie die der Interviewleitfaden vor Durchführung der Studie vorgelegt. Es bestanden keine ethischen und rechtlichen Bedenken bezüglich des vorgelegten Studienvorhabens.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Merkmale der Teilnehmer und Stichprobe

Alle 15 im Praktikum Psychiatrie eingesetzten Simulationspatienten wurden schriftlich zu einem Interview eingeladen. Von den Angefragten haben 13 ihre Bereitschaft erklärt. Alle Interviews konnten für die Analyse ausgewertet werden. Von den Teilnehmenden waren 6 Männer und 7 Frauen, die Altersspanne lag zum Zeitpunkt der Interviews zwischen 22 und 80 Jahren. Die Teilnehmer waren im Durchschnitt bereits etwas mehr als 5 Jahre als Simulationspatient tätig. Die Stichprobe lässt sich wie in Tabelle 1 gezeigt beschreiben.

Gesamtanzahl Teilnehmer	13
Männer	6
Frauen	7
Altersspanne	22 - 80 Jahre
Durchschnittsalter	59,46 Jahre
Tätigkeitsdauer als Simulationspatient	2 - 9 Jahre
Durchschnittliche Tätigkeitsdauer als Simulationspatient	5,38 Jahre
Berufstätig	5
Rentner/Pensionär	7
Student	1

Tabelle 1: Beschreibung der Studienteilnehmer

## 4.2 Ergebnisse der Inhaltsanalyse

### 4.2.1 Rollenspiel im Fach Psychiatrie

#### 4.2.1.1 Rollenvorbereitung

Alle interviewten Simulationspatienten gaben an, zur Vorbereitung ihrer Patientenrollen intensiv das ausgehändigte Skript respektive Fallvignette zu nutzen, welche die entsprechende Rollenbeschreibung beinhaltet. Diese werde besonders auch noch einmal unmittelbar vor jeder Simulation herangezogen, um sich die „Eckdaten“ der Rolle (Alter, Beruf, Familienstand etc.) anzuschauen (SP 1, SP 2, SP 3, SP 5, SP 7, SP 8, SP 13).

Weiterhin wurde die Wichtigkeit des SP-Trainers hervorgehoben (SP 1, SP 2, SP 4, SP 11). Dieser gebe sowohl während der Erarbeitung der Rolle Tipps für die Darstellung als auch Feedback im Nachgang. Dafür seien darüber hinaus auch die am Praktikum beteiligten Ärzte wichtig, die den Simulationspatienten ebenfalls Feedback zu ihrer Darstellung gäben. Feedback sei grundsätzlich unerlässlich im Prozess der Rollenerarbeitung, wie beispielsweise SP 4 erklärt:

Und dann habe ich mir zweimal Guido<sup>2</sup> angeguckt und dann durfte ich das erste Mal selber spielen. Und dann, ja, lebt man halt vom Echo. Der Thorsten<sup>3</sup> hat zugeguckt und gesagt: „Ja, war gut, schön, können wir gebrauchen, du bist dabei!“ Und die Ärzte haben auch schon gesagt, ja, so gut dargestellt hätten sie das selten erlebt. Also bis jetzt nur positives Echo. (SP 4, TC 2:29 - 2:50)

Neben dem erwähnten Zuschauen bei anderen Simulationspatienten (SP 1, SP 4) wurden ferner das Anschauen von Videos über die darzustellenden Krankheiten auf der Videoplattform YouTube (SP 5) sowie das heimische Üben vor dem Spiegel (SP 13) als Methoden zur Vorbereitung genannt. Auch das Aufzeichnen der eigenen Darstellung auf Video (SP 6) oder auf Tonband (SP 10), um sich dieses im Zuge der Vorbereitung während der Autofahrt zur Klinik noch einmal anzuhören, seien hilfreiche Techniken.

---

<sup>2</sup> Name zwecks Anonymisierung geändert.

<sup>3</sup> Name zwecks Anonymisierung geändert.

Trotz aller Eckdaten, die der Fallvignette zu entnehmen sind, sowie aller Tipps anderer am Vorbereitungsprozess der Simulationspatienten Beteiligten wurde in den Interviews deutlich, dass es auch immer zur Vorbereitung gehört, sich in einem bestimmten Maße auf Improvisation und Unbekanntes einzulassen und vorzubereiten. Das mache die Vorbereitung auch nicht immer ganz einfach; man müsse sich bisweilen vom Gefühl leiten lassen. SP 2 beschrieb dies folgendermaßen:

[...] Und kam dann hier hin und habe mich immer wieder aufs Neue überraschen lassen. Dadurch, dass es immer wieder neu ist, kann man sich nicht so gut drauf vorbereiten. Man hat die Eckdaten im Kopf und weiß ungefähr, wie die Krankheit verläuft – obwohl ich jetzt nicht sagen würde, ich weiß auswendig, wie eine Psychose verläuft... Aber so ein bisschen kann man sich das schon vorstellen. [...] Und dann, ja, ist das *in* dem Moment quasi. (SP 2, TC 2:43 – 3:08)

Ähnliches referierte auch SP 7: „Ich hab mich darauf vorbereitet wie auf jede andere Rolle auch! Ich habe mir den Text durchgelesen, hab mir überlegt 'Wie verhält sich ein Mensch in dieser Situation?' und ich spiele eigentlich sehr spontan. Ich mache ja auch viel Impro“ (SP 7, TC 2:17 – 2:29).

#### 4.2.1.2 Schwierigkeit des Rollenspiels

Von den 13 interviewten Simulationspatienten gaben 10 an, dass ihnen das Spielen von psychiatrischen Patientenrollen leichtfalle. Wenn dafür Gründe genannt wurden, dann waren diese, dass bereits in der Vergangenheit bei anderen schauspielerischen Tätigkeiten bereits ähnliche Rollen gespielt wurden (SP 2), dass es viel um Mentales gehe und daher die psychiatrischen Patientenrollen körperlich nicht besonders belastend oder aufwendig seien (SP 1) und dass es generell keinen Unterschied gebe zwischen psychiatrischen und darzustellenden Krankheitsbildern anderer Disziplinen – oder anderen Schauspielrollen überhaupt. SP 7 erklärt dazu: „Es ist ne Rolle wie jede andere auch.“ (SP 7, TC 5:09 - 5:11)

Ein Simulationspatient berichtete, dass er durch häufige Einsätze eine größer werdende Routine entwickelt habe, die ihm die Darstellung zunehmend immer einfacher gemacht habe (SP 11).

Trotz der grundsätzlichen Einfachheit der Darstellung beschrieben die Simulationspatienten, dass es in der Schwierigkeit Unterschiede zwischen den einzelnen darzustellenden psychiatrischen Krankheitsbildern gebe. Dazu erklärte SP 13, dass ihr das Spielen einer Panikattacke schwerer falle als die Rolle der Depressiven, da sie sich weniger leicht in die Situation hineinversetzen könne:

Bei der Depression, da habe ich das Gefühl... also da bin ich wirklich drin, ne. Und da bleibe ich drin. Und das finde ich... Das ist eine sehr kranke Person, ne. Und bei der Panikattacke ist es ja eher reflektierend. Das ist, ganz landläufig betrachtet,... also die Person ist relativ gesund, normal, ne, die passiert ist. Das finde ich irgendwie schwieriger. Also ich bin ich, die betrachtet, bin aber gleichzeitig in der Rolle, die das erlebt hat, ne. Das finde ich... Das finde ich irgendwie schwieriger. Das macht nicht so viel Spaß auch. (SP 13, TC 2:57 – 3:50)

Auch SP 10 berichtete davon, dass ihr die Rolle der depressiven Patienten mehr entgegenkäme. Grund dafür sei, dass es weniger Fakten gebe, die sie für die Rolle auswendig lernen müsse und mehr nach Gefühl spielen könne:

Mir selber fällt das Depressive leichter. Da schöpfe ich irgendwie so aus den Vollen. Das andere, mit der Panikattacke, da sind viele Sachen, die muss ich mir erstmal merken und aufschreiben: Die Medikamente, was da für Krankheiten der Reihe nach waren und so. Das fällt mir nicht so leicht. Ich mag eigentlich das Depressions-Spiel ganz gern. Da kann auch mit dem Hund so ein bisschen... Also wenn ich wählen darf, nehm ich immer Depression. [...] Also das erste ist leicht, das zweite ist ein bisschen für mich schwieriger, weil ich mir nicht so gut Sachen merken kann. (SP 10, TC 3:45 – 4:29)

Genau umgekehrt empfand es SP 6. Für sie sei die Panikattacke leichter zu spielen, da sie einen weniger intensiven Rolleneinstieg voraussetze:

Also ich finde die Panikattacke leichter als die Depression. Ich brauche Einstimmung dafür, ich kann das nicht so ad hoc. Grade mit der Depression... da muss ich mich mehr vorbereiten als mit der Panikattacke. [...] Es ist eine andere Art der Hineinversetzung in die Rolle. (SP 6, TC 3:34 – 4:03)

Zwei Befragte gaben an, die Rollen seien durchaus schwierig zu spielen (SP 3, SP 9). SP 3 traf dazu folgende Einschätzung: „Die psychiatrische Rolle ist schon ziemlich hoch, ich würde sagen... 7 oder 8 von 10“ (SP 3, TC 3:33 - 3:38).

SP 9 führte als Grund an, dass diese Rollen ihm beim Spiel und in der Interaktion mit den übenden Studierenden besonders viel Konzentration abverlangten: „Das fällt mir an sich mittelschwer, weil du dich darauf ja schon sehr konzentrieren musst und auch immer auf die Abläufe einstellen musst. Wer stellt welche Fragen, wie stellt er die. Wenn er gar nichts macht, wie kannst du ihm ein bisschen helfen“ (SP 9, TC 2:29 – 2:53).

SP 4 berichtete zu diesem Punkt besonders ausführlich. So sei das Spiel an sich zwar nicht schwierig, in seiner Rolle des Alkoholentzugsdelirs habe ihm anfangs jedoch vor allem das Darstellen körperlicher Symptomatik vor eine Herausforderung gestellt. Ferner empfindet auch er ähnlich wie SP 9 die Interaktion mit den Studierenden schwierig, vor allem wenn diese wenig Eigeninitiative zeigen würden:

Ja, es ist, jetzt wegen der Symptome ist es gar nicht mal so schwer. Klar, man muss halt dran arbeiten, dass man dann entsprechend körperlich auch das Bild bietet, was sein soll. Lässt sich halt, wenn man gesund ist, nicht so ganz darstellen. Muss man mit Tricks arbeiten. Ich habe mir immer mal Wasser ins Gesicht gespritzt, so als Schweißersatz. Der Kollege nimmt Glycerin. Aber da das im Prinzip keinem auffällt, bis jetzt noch nicht aufgefallen ist, habe ich jetzt wieder darauf verzichtet. Und ansonsten, ich muss ja im Prinzip auf das reagieren, was ich gefragt werde, und muss dann so Bröckchen für Bröckchen das loswerden, was in meinem Skript steht, was die Studenten brauchen zur Diagnose. Das ist halt manchmal schwer, wenn die überhaupt nicht fragen. Ansonsten klappt es eigentlich ganz gut soweit. (SP 4, TC 4:01 – 5:00)

#### 4.2.1.3 Transitionstechniken

Gemäß Butollo ist es vordergründig der Einsatz von Transitionstechniken, der es den Simulationspatienten ermöglicht, gefahrlos in die Rolle des psychisch erkrankten Patienten ein- aber auch wieder auszusteigen (vgl. Butollo 2019; vgl. Kapitel 2.3). In der Schauspieltheorie werden dazu grundsätzlich zwei unterschiedliche Wege des Rolleneinstiegs beschrieben: Der Weg ‚von außen nach innen‘ (outside-in) basiert auf der Annahme, dass äußere körperliche Handlungen – Haltung, Mimik, Stimme, Bewegung – innere emotionale Zustände hervorrufen oder beeinflussen können. Im Gegensatz

dazu zielt die ‚von innen nach außen‘-Technik (inside-out), wie sie vor allem in den Theorien der berühmten Schauspiellehrer Konstantin Stanislawski oder Lee Strasberg vertreten wird, darauf ab, durch innere emotionale Erlebnisse authentisches äußeres Verhalten zu erzeugen. Beide Ansätze sind nicht zwingend gegensätzlich, sondern lassen sich oft kombinieren (Vgl. Zarrilli et al. 2010).

#### 4.2.1.3.1 Rolleneinstieg

Die Interviewten unterschieden in ihren Antworten ebenfalls zwischen körperlichen und mentalen Transitionstechniken. Von den 13 Simulationspatienten gaben 9 an, mit einem mentalen Rolleneinstieg zu arbeiten (SP 1, SP 2, SP 3, SP 4, SP 5, SP 6, SP 7, SP 11, SP 13). Dabei handle es sich um einen geistigen Prozess des Hineinversetzens. SP 13 beschrieb dies wie folgt:

Aber dann eigentlich gehe ich, wie soll ich sagen, halte ich so inne und versuche so in mich reinzuhören. Also gerade bei der Depression, um irgendwie diese Traurigkeit so in mich reinzulassen. Also eher in den Inhalten auch ganz bewusst versuchen, nicht zu lachen oder so, die Stimmung irgendwie zu holen. Runterzuregulieren. Ja, genau. (SP 13, TC 4:30 – 4:59)

SP 3 spricht von einer regelrechten Verwandlung, welche ihr durch den geistigen Rolleneinstieg möglich sei: „Wenn ich vor der Tür stehe und warte drauf, dass ich aufgerufen werde, versuche ich, diese Person zu werden. Und wenn die Tür dann aufgeht, bin ich die Person“ (SP 3, TC 2:44 - 2:54). SP 7 beschreibt den gedanklichen Rolleneinstieg als einen Vorgang intensiven Konzentrierens:

Ich konzentriere mich. So kurz vorher möchte ich nicht mehr angesprochen werden, wie auf der Bühne auch. Da mache ich es genauso. Ich stelle mich alleine irgendwohin, hole mir nochmal ‚Wer bin ich, was mache ich, wo komme ich her, wo gehe ich jetzt hin‘ – wie beim Theater. Da gibt es keinen Unterschied. (SP 7, TC 3:29 - 3:48)

Während SP 7 und SP 3 beschreiben, wie sie sich kurz vor dem Beginn der Simulation in ihre Patientenrolle hineinversetzen, berichtet SP 6, dass der gedankliche Einstieg in die Rolle sogar schon zu Hause passiere, bevor sie in die Klinik fahre:

[...] Konkret bereite ich mich für diese Rolle jetzt immer vor, dass ich mir zuhause überlege... also ich lese durch, welche Rolle ich spiele und überlege mir, was ich anziehe, übe schon mal Körperhaltung, Atmung, versuche mich dann so ein bisschen einzustimmen in die Rolle. Und wenn ich dann hier bin, lese ich nochmal meine Rolle und versuche mich da nochmal so einzufühlen. Also ich brauche so ein bisschen Raum vorher, wo ich mich sammle. (SP 6, TC 2:16 - 2:51)

Zum Rolleneinstieg ‚von innen nach außen‘ gehöre auch ein „gedankliches Schütteln“ (SP 2) sowie sich die Patientenrolle und ihr Umfeld vorzustellen (SP 5). SP 4 erklärt dementsprechend zu seinem Rolleneinstieg: „Ich habe mich einfach in das Bett reingelegt, und hab mir überlegt, 'Ich bin jetzt am Zittern und fühle mich nicht wohl' - und das funktioniert. Damit komme ich rein“ (SP 4, TC 6:22 - 6:31).

Der Weg ‚von außen nach innen‘ wird ebenfalls von 9 der 13 befragten Simulationspatienten genutzt (SP 1, SP 2, SP 4, SP 6, SP 7, SP10, SP 11, SP 12, SP 13). Bei diesem kann noch im weitesten Sinne unterschieden werden zwischen der Verwendung von äußeren Hilfsmitteln auf der einen und der körperlichen Veränderung beziehungsweise Anpassung auf der anderen Seite. Zu den Hilfsmitteln gehören sowohl das Ablegen privater Kleidung, Schmuck oder der eigenen Brille (SP 1), Verändern der eigenen Frisur durch Öffnen des Zopfes (SP 2) als auch das Anlegen von Accessoires (SP 1) oder das Nutzen von Requisiten („Ich habe Requisiten, die ich mitbringe für beide Rollen“, SP 6, TC 3:09 - 3:12). Die SPs 4 und 8 gaben an, mittels Wasser oder Glycerin Schweiß zu simulieren. Auch der Verwendung eines Kostüms kommt eine nicht unbedeutende Rolle zu, wie SP 12 beschreibt:

Bei den Patienten mit der Depression mache ich auch Requisite. Ich ziehe meine Mütze auf, kann ich meine Augen ein bisschen drunter verstecken. Und bei den Patienten mit der akuten Psychose habe ich auch immer eine Mütze auf. Ich arbeite sehr viel über Requisite und über Körperhaltung, Körperspannung. (SP 12, TC 3:57 - 4:22)

SP 12 beschreibt hier auch die andere Dimension des Rolleneinstiegs „von außen nach innen“, indem er mittels Haltung und Anspannung den eigenen Körper verändert. Exemplarisch erklärt auch SP 10, wie sie beispielsweise ihre Mimik verändert, um in die Rolle einzusteigen: „Wenn ich vor der Tür da unten stehe, dann versuche ich dieses traurige Gesicht hinzukriegen, aber nix Besonderes sonst“ (SP 10, TC 3:00 - 3:07). Im

Folgenden soll eine Fallbeschreibung zur Veranschaulichung der körperlichen Transitionstechnik mittels Requisite dienen.

Fallbeschreibung: SP 12 steigt von außen nach innen in die Rolle ein

SP 12 hat so ausführlich wie kein anderer der Befragten über den Rollenein- und Ausstieg mit Hilfe von Requisiten berichtet. So gibt er an, diese Technik sowohl bei Patientenrollen in der Psychiatrie und Psychotherapie als auch in anderen Fächern anzuwenden, um sich vorzubereiten und in die Rolle zu gelangen. Dabei seien die Vorbereitung der Rolle und der Rolleneinstieg eng miteinander verbunden:

SP 12: Die Vorbereitung gelingt mir hauptsächlich über Requisite. Ich ziehe mir einen Socken aus und dann bin ich in der Rolle drin.

MM: Das machst du auch jetzt jedes Mal dann immer so, um in die Rollen reinzukommen... Bei den anderen Rollen ist das auch hauptsächlich über Kostüme und Requisite?

SP 12: Bei den Patienten mit der Depression mache ich auch Requisite. Ich ziehe meine Mütze auf, kann ich meine Augen ein bisschen drunter verstecken. Und bei den Patienten mit der akuten Psychose... habe ich auch immer eine Mütze auf. Ich arbeite sehr viel über Requisite und über Körperhaltung, Körperspannung.

MM: Das ist dann sowohl die Vorbereitung, aber ich nehme an, dahinter verbirgt sich wahrscheinlich auch schon für dich der Rolleneinstieg, oder?

SP 12: Ja.

MM: Also Vorbereitung und Rolleneinstieg sind so ein bisschen aneinandergelockert, höre ich da raus?

SP 12: Ja, genau. Und ich spreche mir zwischendurch, also wenn ich mich nochmal auf die Rolle vorbereite, habe ich für mich selber so eine kleine Checkliste erstellt, wie der Patient dargestellt werden soll oder die Patientin. (SP 12, TC 3:38 - 4:51)

Auch der Ausstieg aus der Rolle gelingt ihm, indem er seine Requisiten benutzt:

MM: Wie gelingt dir der Rollenausstieg hinterher?

SP 12: Der Rollenausstieg gelingt mir übers... Ich klopfe mich ab, zweimal, so ganz körperlich. Und in der ersten Rolle, wenn ich den Hut aufhabe, oder wenn ich eine Mütze aufhabe, dann ziehe ich erst die Mütze aus. Auch wieder über Requisite.

MM: Die Mütze hast du gerne auf.

SP 12: Ja!

MM: Käppi oder diese schwarze Mütze. (SP 12, TC 4:52 - 5:20)

Zum Abschluss dieser Sequenz fasst SP 12 zusammen, wie eng seine Mütze als Requisite mit dem Rollenspiel verbunden ist:

Genau. Mütze bedeutet für mich irgendwas. So dieses Mütze-aufziehen heißt in die Rolle einsteigen. Mütze aufziehen heißt ‚in die Rolle einsteigen‘, Mütze abziehen heißt ‚aus der Rolle aussteigen‘, ja. (SP 12, TC 5:21 - 5:30)

#### 4.2.1.3.2 Rollenausstieg

Analog zum Einstieg in die Rolle unterschieden die Befragten auch beim Rollenausstieg zwischen mentalen und körperlichen Transitionstechniken. Während diese beim Rolleneinstieg in gleicher Häufigkeit verwendet wurden, zeigte sich hier ein anderes Bild. Während 8 von 13 Simulationspatienten angaben, körperliche Transitionstechniken zu benutzen (SP1, SP 3, SP 6, SP 7, SP 8, SP 11, SP 12, SP 13), gab lediglich SP 5 an, dafür gedankliche Techniken zu nutzen: „Wenn ich aus der Rolle rauskomme, ist das meistens so, dass ich hier schon sitze und ich bestimmte Öffnungsrituale habe, um mir die Rolle vom Körper wieder abzustreifen“ (SP 5, TC 7:33 - 7:46).

Die übrigen 4 Befragten gaben an, keine besondere Rollenausstiegstechnik zu verwenden (SP 2, SP 4, SP 9, SP 10). Als körperliche Rituale wurden das Ablegen von Schminke, Accessoires und Kostüm genannt sowie konkrete körperliche Handlungen wie kräftiges Durchschnaufen, Sich-schütteln oder Sich-abklopfen. Auch die Veränderung der Körperhaltung und der Stimme zurück zur eigenen wurden genannt (SP 12). Auffällig ist, dass gleich mehrere der Befragten, wie beispielsweise SP 5 oben, in

diesem Zusammenhang den Begriff des „Rituals“ verwendeten, um zu beschreiben, dass es eine bestimmte Technik gibt, die nach jeder Simulation identisch ist und angewandt wird, um die gespielte Patientenrolle zu verlassen. So erklärt auch SP 7: „Ich muss mich immer schütteln! Ich sage, ‚Okay, jetzt bin ich wieder ich!‘ Das ist so mein Ritual: Einmal schütteln und ‚Okay, mir geht’s gut!‘. Das Gute ist ja: Mir geht’s wirklich gut und deswegen habe ich keine Probleme sowas zu spielen“ (SP 7, TC 3:52 – 4:08). Von den vier Befragten, die angaben, keine Transitionstechnik zum Rollenausstieg zu nutzen, sind zwei Auffälligkeiten hervorzuheben: SP 4 berichtet zwar davon, dass die Rolle per se ohne besondere Technik für ihn leicht abzulegen sei, die simulierten körperlichen Symptome jedoch noch länger nachwirken würden:

Ich bin einfach wieder da. Was manchmal ein bisschen schwierig ist, dieses Zittern. Das ist also auch die Beine anziehen und die Unruhe, die man da spielt, die bleibt meistens noch ein bisschen erhalten. Die kann man nicht einfach so abstreifen. Dann wird man wieder was gefragt und unwillkürlich fängt man wieder an, die Beine zu bewegen oder was auch immer. Aber das ist dann, wenn man aus dem Bett raus ist, ist es vorbei. (SP 4, TC 6:52 -7:20)

SP 10 gab ebenfalls an, keine besondere Ausstiegstechnik zu verwenden, aus ihrer Antwort lässt sich jedoch erkennen, dass zu ihrem Rollenausstieg allerdings durchaus das Verlassen des Simulationsraumes und das Schließen von dessen Tür gehört: „Aber was heißt aus der Rolle raus? Raus, Tür zu, ich bin raus“ (SP 10, TC 5:42 - 5:45).

Abschließend sind zum Rollenausstieg zwei ergänzende Aspekte festzuhalten: SP 6 betonte in ihrer Antwort, wie hilfreich vor allem eine am Schluss des Praktikums stattfindende Feedbackrunde zwischen allen Simulationspatienten und dem SP-Trainer sei, um sich untereinander über das Erlebte auszutauschen, was wiederum einen positiven Effekt auf das Ablegen der Rolle habe.

Wie hilfreich des Weiteren ein klares Beenden der Simulation durch die ärztliche Leitung der jeweiligen Kleingruppe im Praktikum für den Rollenausstieg ist, erklärte SP 13:

SP 13: Das hängt sehr davon ab, wie das Setting ist. Also die anwesenden Personen handhaben das ja recht unterschiedlich, die Dozenten, mehr oder weniger gut, sage ich mal. Ja, also manchmal, wenn jemand von außen klar beendet, sagt so, ‚Danke schön, wir sind jetzt fertig‘, dann weiß ich ja selber auch, dass ich quasi fertig bin und dann kann ich relativ leicht da aussteigen. Schwierig finde ich es immer dann, wenn es

so dahinplätschert und so ein bisschen uneindeutig ist. Also geht es jetzt noch weiter vielleicht nach einem Zwischengespräch diese Rolle oder eben nicht?

MM: Also du brauchst ein klares Ende der Simulation?

SP 13: Das brauche ich nicht unbedingt, aber finde ich hilfreich. Weil sonst ist man ja so ein bisschen auf der Hut, geht es denn jetzt... also muss ich nochmal da drinbleiben, will derjenige von mir nochmal ein bisschen Depression haben. Und das ist dann schwieriger. (SP 13, TC 5:08 - 6:13)

#### 4.2.1.4 Empfindungen während des Spielens

Beinahe einstimmig berichteten die Simulationspatienten über ihre Gefühle beim Spielen der psychiatrischen Patientenrollen: 12 von 13 Befragten berichteten, dass sie sich während der Simulation in der Rolle befänden und die Gefühle des gespielten Patienten nachempfinden würden. Dabei sei jedoch immer ein bestimmter Abstand zur Rollenfigur vorhanden. Außerdem seien sie sich stets über den Simulationscharakter der Situation bewusst. SP 7 betont, wie wichtig das Beibehalten einer solchen Abständigkeit für das eigene Wohlbefinden sei: „Du kannst nur bis zu einem gewissen Grad in die Rolle einsteigen, sonst kriegst du irgendwann eine Klatsche“ (SP 7, TC 5:48 - 5:53). Zum besseren Verständnis der beschriebenen Gefühlslage aus Rollenemotion bei gleichzeitiger persönlicher Distanz wird anschließend SP 13 als Fallbeschreibung vorgestellt.

Einzig SP 5 berichtete, dass es bei ihr vorkomme, dass sie nicht die Emotionen der Patientenrolle empfinde, sondern beim Spiel auch ihre eigenen Gefühle hochkämen. Dies würde dazu führen, dass sie sich selbst gedanklich bremsen müsse. Dieser Sonderfall innerhalb der Befragten wird ebenfalls im Folgenden als Fallbeschreibung dargestellt.

##### 4.2.1.4.1 Fallbeschreibung: SP 13 und die emotionale Zwischenebene

SP 13 war zum Zeitpunkt des Interviews bereits seit drei Jahren als Simulationspatientin an der Universitätsmedizin tätig. Die 55-Jährige gab zudem an, bereits vor rund 20 schon einmal an anderer Stelle als Simulationspatientin tätig gewesen zu sein. Einer anderen schauspielerischen Tätigkeit gehe sie nicht nach. Neben dem Praktikum

Psychiatrie und Psychotherapie, in welchem sie die Depression sowie die Panikattacken simuliert, wurde sie auch im Praktikum der Palliativmedizin eingesetzt.

SP 13 beschreibt im Gespräch ihre Gefühlslage während der Simulation im Fach der Psychiatrie und Psychotherapie. Sie gibt an, dass sie sich während des Szenarios emotional in einer Zwischenebene befinde:

Ich fühle mich aber nicht depressiv, würde ich sagen. Ich merke, also ich bin immer noch in dieser Zwischenebene. Ich habe irgendwie hinten dran... ist immer noch so eine... also so die Tanja<sup>4</sup>, die irgendwie beobachtet, was hier gerade passiert. SP 13, TC 7:04 – 7:17

Auch wenn sie angibt, sich selbst nicht depressiv zu fühlen und trotz des Einfühlens in die Patientenrolle eine beobachtende Abständigkeit zu dieser zu haben, führt sie im Verlauf aus, dass sie dennoch aus der gespielten Rolle heraus deren Emotionen empfinde:

SP 13: Ich fühle schon diese Depression und ich reagiere ja auch auf das, was da passiert in dieser Rolle. Aber sowas ganz Kleines, ich kann das nicht beschreiben... Irgendwie ist da noch so ein Mini-Bewusstseins-Teil, der irgendwie so von oben auf das Ganze guckt.

MM: Du kannst also die Gefühle wahrnehmen, aber sie verletzen dich jetzt beispielsweise nicht?

SP 13: Ja. Also ich bin irgendwie da sehr... Also ich glaube nicht, dass mich das irgendwie... Also auch hinterher... dass ich das Gefühl habe, ich bin jetzt sehr betroffen sehr traurig. (SP 13, TC 7:48 – 8:25)

Das Mitempfinden der Emotionen der gespielten Patienten könne sogar so weit gehen, dass dies körperliche Reaktionen, wie beispielsweise weinen, bei ihr auslöse:

Und auch wenn ich irgendwie weine, also es kann schon passieren, dass ich irgendwie weine. Die Atmung oder so. Aber ich fühle mich nicht, es ist ganz schwer zu beschreiben. Also ich glaube nicht, dass ich mich wirklich schlecht fühle, depressiv fühle. (SP 13, TC 8:28 – 8:48)

---

<sup>4</sup> Name zwecks Anonymisierung geändert.

SP 13 bekräftigt am Ende dennoch erneut, dass sie sich selbst nicht schlecht oder gar depressiv fühle, sondern nur die Emotionen der Patientenrolle *mitempfinde*.

#### 4.2.1.4.2 Fallbeschreibung: Bei SP 5 mischt sich Privates ein

Gisela<sup>5</sup> (SP 5) beschrieb während des Interviews eindrücklich, wann und wie es passiere, dass sich während einer Simulation ihre persönlichen Gefühle in diese ‚einmischen‘ würden. So seien für sie vor allem Themen wie Zwangseinweisung oder eine direktive ärztliche Anweisung eines Klinikaufenthalts im Kontext der psychiatrischen Rollenfiguren für sie Trigger, die dazu führen könnten, dass sie persönlich nicht damit einverstanden sei, wie mit der Rollenfigur gerade umgegangen wird. Dies führe zwar nicht zum Scheitern oder Abbruch der Simulation, bedürfe von ihrer Seite jedoch größere Disziplin:

MM: Wie fühlst du dich denn beim Spiel währenddessen?

SP 5: Wie Sieglinde Bäumler<sup>6</sup>. Ich merke nur an manchen Stellen, dass die Gisela mit reinkommt. Da muss ich mich einfach einen Tick disziplinieren. Ich habe einmal gemerkt bei dem jungen Mann, der mir so sinngemäß erzählen wollte, dass ich jetzt ein neues Leben beginne, wo mein Mann nicht mehr da ist, dass ich da als Gisela reagiert habe, so nach dem Motto, ‚Das geht gar nicht mit einem Trauernden so umzugehen!‘ Und ich dann ernsthaft auch darüber nachgedacht habe, das abubrechen, weil würde das in Natura passieren, würde ich gehen. Dann werde... Also das habe ich so an mir gemerkt, werde ich ein bisschen... unruhig, da kommt die Gisela dann hoch, wenn es geht um eine Zwangseinweisung. So nach dem Motto, ‚Wir behalten Sie jetzt hier und Sie kommen auf die geschlossene Abteilung, denn ich halte Sie jetzt für massiv suizidal.‘ Und wo wir dann wirklich in die Diskussion reinrutschen, ‚Sie werden jetzt stationär aufgenommen und Sie verlassen das Haus nicht mehr!‘, wo ich dann wirklich anfangen. Also da muss ich aufpassen, wenn es so um Zwangseinweisungen geht oder ‚Sie bleiben jetzt hier!‘, dass ich wirklich in der Rolle dann auch bleiben kann. Ist mir aber dann letztendlich gelungen. Ich habe nur im Nachgang, auch in der Gruppe, als der Austausch war, zu verstehen gegeben, dass ich die Rolle, so wie ich sie in dem Moment gespielt habe, nicht unter einer psychiatrischen Einweisung gesehen habe. (SP 5, TC 7:52 – 9:36)

---

<sup>5</sup> Name zwecks Anonymisierung geändert.

<sup>6</sup> Rollenname im Szenario der Depression.

Gisela führt aus, dass sie zwar beim Simulieren in der Patientenrolle assoziiert sei, ein aus ihrer Sicht unangemessenes Verhalten der Studierenden – wenn sie beispielsweise nicht mit deren medizinischem Vorgehen einverstanden sei – jedoch dazu führen könne, dass sie aus der Rolle dissoziiere:

MM: Bist du dir denn währenddessen noch bewusst, dass es ein Spiel ist, sozusagen, dass du diese Rolle nicht bist, sondern darstellst? Gibt es da noch so eine Abständigkeit? Dass es quasi noch eine Simulation ist oder würdest du sagen, für mich ist das quasi in dem Moment ein, in Anführungszeichen, realer Moment?

SP 5: Also ich bin nicht dissoziiert, sondern ich bin in der Rolle assoziiert. Dissoziieren tue ich in dem Moment, wo das Gespräch abgespeist ist. Oder aber etwas reinkommt, was für mich nicht in den Ablauf passt, wie zum Beispiel ‚Ich muss jetzt die Fragen hier alle runter stellen‘, wo ich mir dann so klick hochkommt: ‚Ich bin depressiv: ja. Ich kann mich erinnern: ja. Weswegen muss ich jetzt Zahlen rückwärts...? Oder ne Uhr...? Warum muss ich mir drei Beispiele...?‘ Also ich habe mir diese drei Beispiele, diese Synonyme behalten, habe sie nachher auch sagen können, damit einfach auch noch mal ein Stück klar war Unterscheidung Demenz/Depression, aber im Großen und Ganzen bin ich an manchen Stellen mit dem Abfrage-Szenario, da kann ich so als Erstaufnahmegespräch nicht mitgehen. Aber ansonsten versuche ich schon in der Rolle der Sieglinde Bäumle zu sein. (SP 5, TC 9:41 – 11:27)

Die Ausführungen von SP 5 zeigen, dass vor allem eine persönliche und inhaltliche Bewertung des simulierten Arzt-Patient-Gesprächs durch den Simulationspatienten aus dessen privater Sicht die Gefahr birgt, bei Missfallen negative Gefühle in diesem auszulösen.

#### 4.2.1.5 Empfindungen nach dem Spielen

Alle interviewten Simulationspatienten gaben inhaltlich an, sich nach der Simulation einer psychiatrischen Patientenrolle grundsätzlich gut zu fühlen. Andere Begrifflichkeiten, die statt des Wortes „gut“ verwendet wurden, waren „normal“ (SP 4), „prima“ (SP 10), „erleichtert“ (SP 12) und dass „es Spaß mache“ (SP 7, SP 13). SP 12 nannte es auch ein „Gefühl, etwas geschafft zu haben“.

Sieben der 13 Befragten führten in ihren Antworten jedoch aus, dass sie bisweilen auch negative Emotionen nach dem Einsatz im Praktikum der Psychiatrie und Psychotherapie empfunden hätten. SP 6 gab an, dass sich die Tätigkeit durchaus „wie Arbeit“ anfühle. SP 13 berichtete in diesem Zusammenhang über ein Gefühl der Erschöpfung. Die anderen Simulationspatienten gaben an, dass es vorgekommen sei, dass „Ärger“ als negative Emotion nach der Simulation bei ihnen haften geblieben sei (SP 1, SP 2, SP 7, SP 11, SP 12). Bei SP 12 resultierte dies aus organisatorischer Unklarheit während des Praktikums, da seitens der Kursleitung nicht klar kommuniziert wurde, wann das Szenario beendet war und die Feedbackrunde eingeleitet worden war:

Das hatte eher etwas mit der Organisation zu tun, dass es nicht klar war, wann die Darstellung beendet ist. Das war von der Dozentin, die... Ich habe mich selber irgendwann bemerkbar gemacht und habe gesagt, ich steige jetzt aus der Rolle aus. Weil es war ein Gespräch schon mit den Studierenden auf der Meta-Ebene oder auf der persönlichen Ebene und mir war noch nicht klar, steigen die nochmal tatsächlich ein in das Gespräch oder bleiben die da und ich bin in meiner Rolle dringeblichen. Ich habe zwar die Decke über den Kopf gezogen, aber ich habe trotzdem noch Bewegungen gemacht und nach 10 Minuten habe ich dann selber auch gesagt, ‚Ich steige jetzt aus der Rolle aus‘. Das war das einzige Negativergebnis oder Erlebnis im Sinne von, ich fand es ungerecht, dass ich weitergespielt habe, aber keiner darauf reagiert hat. (SP 12, TC 9:20 - 10:27)

Die anderen vier Befragten verspürten Ärger im Zusammenhang mit den an der Simulation beteiligten Studierenden. Diese seien nicht gut vorbereitet gewesen oder hätten die Situation nicht ausreichend ernst genommen. Stellvertretend werden die Erlebnisse von SP 11 im Folgenden als Fallbeschreibung genauer beschrieben.

Fallbeschreibung: SP 11 ärgert sich über schlecht vorbereitete Studierende

SP 11 ist ein Simulationspatient, welcher nicht nur im Praktikum der Psychiatrie und Psychotherapie, sondern auch in zahlreichen weiteren Kursen an der Universitätsmedizin eingesetzt wird. Während er aus dem Repertoire der psychiatrischen Rollen meist als Darsteller für die Psychose eingesetzt wird, hat er darüber hinaus unter anderem auch schon Erfahrung in der Darstellung von Krebserkrankungen und Knochenbrüchen.

Im Gespräch berichtete er ausführlich, wie es dazu kommt, dass er persönlich während und nach der Simulation Ärger als negative Emotion empfindet. Er sei sich zwar im Klaren darüber, dass die Studierenden noch Lernende seien, nichtsdestotrotz ärgere es ihn, wenn er das Gefühl habe, dass sie sich auf den Kurs schlecht vorbereitet hätten:

Es ist eher so ein Ärgernis. Also, dass ich mich geärgert habe, das ist natürlich auch ein bisschen unbegründet, denn man ist ja hier, um zu lernen. Das versuche ich mir dann auch immer klarzumachen, aber ich habe dann in den eigenen Runden das Gefühl, dass die Studierenden einfach nicht so gut vorbereitet sind oder das vielleicht auch nicht allzu ernst nehmen und einfach mal so machen und man merkt in der Gesprächsführung, dass sie kein richtiges Konzept verfolgen. (SP 11, TC 6:12 – 6:35)

Das Fehlen eines Gesprächskonzeptes führe wiederum dazu, dass das Arzt-Patient-Gespräch schlecht laufe, worauf er in seiner Patientenrolle dem entsprechend auch reagieren müsse. Dies äußere er, indem er sich weniger zugewandt zeige. Er spricht in diesem Zusammenhang davon, den Studierenden für seine schlechte Leistung bestrafen zu müssen:

Das ist ja alles schön und gut, wir sind ja hier zum Lernen hier, aber wenn so ein ganzer Durchlauf dann unzufriedenstellend ist und wenn man auch in der Rolle dann dementsprechend harsch sein muss und die Studenten „bestrafen“ muss für das, was sie eben nicht am Patienten leisten, indem man dann eben mal ausrastet und so weiter und so fort, dann ist das schon nicht so gutes Gefühl, aber es ist kein schlechtes Gefühl. Das fühlt sich so ein bisschen, ja, fast wie vertane Zeit an, aber letztlich lernt man ja auch daraus was. Also nicht nur ich lerne dann daraus was, sondern vor allen Dingen hoffentlich natürlich die Studenten. Heißt, es ist dann eher so ein mittelmäßiges Gefühl. (SP 11, TC 6:36 - 7:19)

Obgleich SP 11 angibt, sich nicht per se schlecht zu fühlen, wird in dieser Fallbeschreibung deutlich, dass die Simulationspatienten eine gute Kursvorbereitung seitens der Studierenden als Wertschätzung der eigenen Simulationstätigkeit wahrnehmen. Wenn aus offensichtlich schlechter Vorbereitung resultiert, dass die simulierte Interaktion schleppend, besonders holprig oder einfach wenig erfolgreich verläuft, wirkt sich dies besonders negativ auf das Empfinden der Simulationspatienten aus.

#### 4.2.1.6 Gefühle der Überforderung

Alle Befragten verneinen ein Gefühl der Überforderung.

Lediglich SP 13 schränkte ein, dass sie sich mal etwas überfordert davon gefühlt habe, dass das Praktikum respektive der Ablauf der Simulation seitens der verantwortlichen Dozenten etwas unklar gewesen sei:

SP 13: Ja, also vielleicht ganz am Anfang, was aber eher so am Setting lag, dass ich noch nicht so richtig kapiert habe, wer ist denn jetzt wann dran und wie lange geht denn das und was passiert da?

MM: Also so abhängig von den pragmatischen Abläufen, sagen wir mal?

SP 13: Genau. Also ich bin, glaube ich, ein Mensch, der es gerne geplant hat, so gerne weiß, wo muss ich hin. (SP 13, TC 10:08 - 10:38)

#### 4.2.2 Vergleich mit Rollenspiel in anderen Fächern

##### 4.2.2.1 Unterschiede in der Schwierigkeit

Von den 13 Befragten gaben 6 an, dass sie keine Unterschiede in der Schwierigkeit des Rollenspiels zwischen psychiatrischen Patientenrollen und Rollenbildern aus anderen medizinischen Fächern oder gar andere Schauspielrollen überhaupt sehen würden (SP 5, SP 6, SP 7, SP 8, SP 9, SP 10).

Fünf der Simulationspatienten gaben sogar an, dass die Rollen im Fach der Psychiatrie und Psychotherapie leichter zu spielen seien als andere beziehungsweise dass es andere Rollen gäbe, die wesentlich schwieriger zu spielen seien (SP 1, SP 2, SP 4, SP 12, SP 13).

SP 1 empfand simulierte Gespräche in einem Kurs der Risikokommunikation als größere Herausforderung, da sie selbst vom Thema der Brustkrebsvorsorge und Mammografie betroffen sei und dieses daher näher an ihrer persönlichen Lebenswelt liege als die simulierten psychiatrischen Erkrankungen.

Die Lernklinik sei ein besonders geschützter Raum, was für ihn die Tätigkeit als Simulationspatient grundsätzlich sehr einfach mache, berichtete SP 2. Auch die verhältnismäßig kurze Dauer der Simulation mit etwa 15 Minuten empfinde er als angenehm.

Andere Einsätze habe er als schwieriger empfunden, weil dort er mehr Stress geherrscht habe, was sich auch auf ihn übertragen habe. Er berichtet dazu von einem Einsatz als Simulationspatient in der Notfallmedizin:

SP 2: Tatsächlich muss ich sagen, dass beim Katastrophenschutz, dass es irgendwie krasser war. Da waren wir sieben Schauspieler mit Wechselschauspielern. Also wir mussten nicht die ganze Zeit alles spielen, aber quasi jeden Tag. Gut, ein paar Kurse sind ausgefallen, deswegen dann nicht jeden Tag. Aber da war es krasser, weil das ganze Szenario irgendwie so war. Diese Chlorgasexplosion und es gab dieses Rettungszelt und die ganzen Schauspieler, egal ob jetzt Laie oder nicht, schon komplett dabei waren. Und da von dieser Atmosphäre, es piepst irgendwo ständig was, alle Leute rennen rum, die Ärzte selbst und die Sanitäter sind ja auch übelst im Stress und da war es schon krass, also da habe ich mich ertappt, wie ich zwei, dreimal dann auch geweint habe, weil ich mit der Situation... ja... nicht mit der Situation überfordert, sondern ich habe mich da drin auch so gehen lassen. Also bin da mitgeschwommen, aber nicht, dass es danach dann so war, ‚Ach du Scheiße, wie zerstört ich jetzt bin‘ oder so, sondern in dem Moment war es irgendwie richtig so, also hat sich richtig angefühlt.

MM: Das heißt, im Umkehrschluss, was macht dann die Erfahrung hier vielleicht weniger intensiv oder weniger mitnehmend?

SP 2: Ich glaube, dass es halt nur diese 15 Minuten Spiel sind plus das Feedback dann und ja, dass man hier... dass man selbst auch ein bisschen bestimmt, wo die Reise hingehet so, ne. Ja und bei dem anderen war halt sehr, sehr viel drum rum, Blaulicht, Schreie da, hier kommt noch einer, dann waren da natürlich auch Wunden, die geschminkt wurden, die auch teilweise ziemlich gut geschminkt wurden. Das war einfach sehr, sehr viel drumherum, was das dann auch mit einem gemacht hat. Und hier hat man es irgendwie so, finde ich, ein bisschen in der eigenen Hand. (SP 2, TC 7:30 - 9:10)

Auch SP 13 nannte die Kürze der Simulation im Fach der Psychiatrie und Psychotherapie als entscheidenden Faktor, weshalb ihr das Spiel dort besonders leichter falle als bei anderen Einsätzen: „Es ist einfach sehr kurz. Also ich glaube, das ist der entscheidende Unterschied, dass das so eine wirklich überschaubare Sequenz ist“ (SP 13, TC 11:33 - 11:39).

Als Grund dafür, dass psychiatrische Patientenrollen sogar leichter als andere zu spielen seien, nannte SP 4, der im Praktikum der Psychiatrie und Psychotherapie vor allem das Alkoholentzugsdelir darstellt, dass diese überwiegend auf eine verbale Darstellung

beschränkt seien und daher gewisse Regeln der Schauspielkunst, wie beispielsweise Körperhaltung, nicht so sehr beachtet werden müssten:

[D]a haben halt grundsätzliche Sachen vom Schauspielunterricht gefehlt: dass man nicht auf der gleichen Stelle steht, dass man die Hände nicht verschränkt oder die in Hosentasche steckt und diese Sachen. Das muss man dann schon lernen. Das ist da bei der Rolle eigentlich etwas einfacher. Ich habe halt mein beschränktes Umfeld. (SP 4, TC 10:03 - 10:20)

Auch SP 12 gab an, dass Einsätze in anderen Fächern schwieriger seien, weil deren Szenarien ausführlicher und dementsprechend auch die Simulationen deutlich länger seien. Die psychiatrischen Arzt-Patienten-Gespräche seien angenehm überschaubar.

Dass psychiatrische Rollen für sie schwieriger zu spielen seien als andere Rollen, gaben SP 3 und SP 11 an. SP 3 betont die Zerrissenheit, die bei diesen Rollen dargestellt werden müsse, als besondere Herausforderung, und antwortete auf die Nachfrage, was die psychiatrischen Rollen besonders schwierig macht, Folgendes:

Weil man ja diese Zerrissenheit von dieser Person irgendwie verinnerlichen muss. Weil diese Person ist ja nicht normal, die kann nicht normal empfinden. Die empfindet ja anders. Und sich da reinzusetzen, das finde ich dann eben schon schwieriger als eine normale andere Rolle. (SP 3, TC 6:33-6:59)

Doch auch sie führt weiter aus, dass es durchaus Patientenrollen gibt, die ihrem Empfinden nach in der Schwierigkeit und im Anspruch die psychiatrischen Krankheitsbilder noch übersteigen:

Was schwieriger ist, ist jetzt bei PÄG<sup>7</sup> der Herzinfarkt oder eine Niereninsuffizienz oder auch wenn man einen Lungentumor hat... also das ist dann schon schwierig. Und den Lungentumor, den ordne ich eigentlich so am höchsten ein, weil das ist wirklich eine Herausforderung, weil man da eigentlich so ein bisschen abgeschlossen hat mit dem Leben. (SP 3, TC 5:58 – 6:24)

---

<sup>7</sup> Praktikum ärztliche Gesprächsführung

SP 11 berichtete, dass im Fach der Psychiatrie und Psychotherapie ein höherer Anspruch an die Realitätsnähe der schauspielerischen Darstellung herrsche, was das Spiel für ihn schwieriger mache:

Ja, auf jeden Fall intensiver. Das kann man feststellen, einfach weil die Rolle auch viel hergibt und natürlich ein breites Spektrum abbildet, aber dann eben auch in einigen Fällen auf dem Punkt sein muss. Da hat man auch wenig Spielraum, was zu überspielen oder nicht zu überspielen. Dann gewisse Dinge, gewisse Reaktionen, die müssen eben dem Krankheitsbild gemäß auf dem Punkt sein. Genau das ist bei meinen anderen Rollen eher nicht so. Also das war auch viel Improvisation, da konnte man sich eher ausleben. Ich habe sehr selten nach einem konkreten Text gespielt, das ist da wieder eine Parallele hier zur Lernklinik. Ja, aber dieses, naja, wirklich auch dieses Verantwortungsgefühl in sich zu tragen, man muss jetzt hier oder man sollte dieses Krankheitsbild möglichst realitätsnah auf die Bühne bringen, also hier in diesen Räumlichkeiten aufführen, das ist so ein Hintergrundgedanke, den ich sonst natürlich nicht habe. (SP 11, TC 12:23 - 13:23)

#### 4.2.2.2 Unterschiede in der Vor- und Nachbereitung

Bezüglich der Unterschiede zwischen der Vorbereitung der Patientenrollen im Fach Psychiatrie und Psychotherapie und anderen Fächern berichteten alle befragten Simulationspatienten, dass diese sich nicht voneinander unterscheiden würden.

Mit Blick auf die Nachbereitung der Simulationen berichteten zwei Befragte über Unterschiede. So gab SP 6 an, dass der Rollenausstieg für sie bei psychiatrischen Patientenrollen schwieriger respektive aufwendiger sei:

[A]lso die Nachbereitung ist schon manchmal in der Psychiatrie, dass ich das körperlich ganz... Ich wasche mir die Hände auch immer hier, das mache ich beim Rollenwechsel in der Zahnklinik zum Beispiel nicht. Online auch nicht. Und dann... Also ich habe immer so ein Ausstiegsritual: In die Hände klatschen oder schütteln oder so. Also dieses ‚raus‘, ‚weg‘... ja, so. Und das ist in der Psychiatrie mehr, also dass ich manchmal das Gefühl habe, ‚Oah, das war aber jetzt schwer!‘, wo dieses schwere Körpergefühl dann so da war. (SP 6, TC 8:28 - 9:13)

Ähnliches berichtete SP 7. Auch sie erzählte, dass ein festes Rollenausstiegsritual hier besonders wichtig sei. Der Grund dafür sei, dass die Rollenbilder keine

abgeschlossenen Geschichten erzählen würden, bei denen es am Ende auch ein klares Ende für die Rolle gebe, sondern die Patientengeschichte sei zum Ende hin offen: „Weil auf der Bühne, das ist eine Rolle, die ist abgeschlossen. Die hat einen Anfang und ein Ende. Und hier ist das so: Ich werde halt dabehalten. Da hat sich aber an meinem Zustand nichts geändert. Open End“ (SP 7, TC 10:20 - 10:31).

#### 4.2.2.3 Anderes Empfinden vor und nach den Szenarien

Wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, berichtet SP 6 über ein „schwereres Körpergefühl“ im Anschluss an die Simulationen der psychiatrischen Patientenrollen. SP 11 berichtet hingegen, dass er analog zum Spiel der psychiatrischen Patientenrollen auch deren Nachklang intensiver erlebe:

[A]uch das finde ich intensiver. Also gerade deswegen, das ist ja auch der Reiz, das ist jetzt nicht negativ gemeint, sondern eher der Reiz, den man hier verspürt, und der Reiz, den einem das auch gibt. Also bei anderen Rollen, da bin ich sehr schnell wieder aus der Rolle und alles, was auf der Bühne geschieht, das bleibt auch auf der Bühne und das hat so gar keine gar keine Nachwirkungen, gar keine Nachschwingungen. Daher finde ich das hier ganz interessant, gerade da diese Feedback-Runde, die wirklich dann in der nächsten Sekunde schon wieder darauffolgt, und man dann schon wieder die Rolle sofort ablegen sollte oder zumindest möglichst viel davon und dann ein gutes Fazit ablegen muss. Also das kenne ich so nicht. Das war auch neu und das macht die Arbeit, wie gesagt, spannend hier. (SP 11, TC 13:51 – 14:31)

Die übrigen 11 Simulationspatienten gaben keine Unterschiede bezüglich ihres Empfindens vor oder nach der Simulation im Vergleich zu anderen Patientenrollen an.

#### 4.2.3 Ergänzungen durch die Simulationspatienten

Zum Abschluss des Interviews wurde allen Simulationspatienten noch die Möglichkeit für Ergänzungen gegeben. Drei der Befragten nahmen diese Möglichkeit wahr.

SP1 und SP 3 betonten dabei, wie sehr sie die Tätigkeit als Simulationspatient als persönliche Bereicherung erleben. Dabei gab SP 1 an, vor allem positive Gefühle aus den Simulationen mitzunehmen:

Es hat mir persönlich auch viel gebracht. Weil man sich immer einer Situation stellen muss, die auch anders ist. Man lernt dazu. Und man lernt auch andere Leute kennen. Und wenn es geklappt hat, hat man auch ein gutes Gefühl. Also ich finde, es hat auch mich bereichert. (SP1, TC 14:26 - 14:46)

Für SP 3 bedeuten die Einsätze in der Mainzer Lernklinik insbesondere eine sinnstiftende Tätigkeit im Rentenalter: „Einfach nur, dass es mir Spaß macht zu simulieren und eine andere Person dazustellen, egal was es ist. Für jede Schwierigkeit bin ich dankbar, ich mache das gerne. Das füllt mein Leben so nach der Arbeit, nach meiner Tätigkeit richtig aus. Ich mache das total gerne“ (SP 3, TC 8:06 - 8:30). Ähnliches berichtete auch SP 8 an anderer Stelle beiläufig während seines Interviews.

SP 4 nutzte die Gelegenheit, um noch einmal die Wichtigkeit des Rolleneinstiegs zu betonen, welcher unter stressigen Bedingungen durchaus erschwert sei. Ferner sehe er bei sich keinerlei Gefahr, dass er möglicherweise Verhaltensweisen oder Probleme seiner Patientenrolle in sein echtes Leben überführen könnte:

[I]ch meine, das mit dem In-die-Rolle-reinkommen ist schon wichtig, weil, wenn du unter Stress stehst und irgendwelche Probleme hast, ist es natürlich schwerer, stelle ich mir vor, da reinzukommen. Gut, ja. Also ich würde jetzt keinen Grund sehen, da zu vermuten, dass da einer drin bleibt in der Rolle. Jeder ist ja anders geartet, dass er vielleicht irgendwie einen Teil damit ins Leben übernimmt und dann das nächste Mal beim Arzt halt ein bisschen simuliert, sag ich jetzt mal, das Ganze ein bisschen schlimmer macht, als es eigentlich ist. Aber das sehe ich bei mir auch nicht. (SP 4, TC 12:44 - 13:28)

## 5 Diskussion

Die durchgeführte Studie wollte untersuchen, inwiefern die Darstellung psychiatrischer Krankheitsbilder negative Auswirkungen auf die eingesetzten Simulationspatienten hat. Dabei sollte außerdem exploriert werden, ob und welche Unterschiede es aus Sicht der Darsteller zwischen psychiatrischen und anderen Patientenrollen in Hinblick auf Empfindungen, Schwierigkeit, Vor- und Nachbereitung sowie Umsetzung gibt.

Mithilfe leitfadengestützter Interviews konnte gezeigt werden, dass die befragten Simulationspatienten keine weitreichenden negativen Auswirkungen der Darstellung psychiatrischer Rollenbilder verspürten. Im Gegenteil, sie berichteten positiv über ihre Tätigkeit und damit verbundene persönliche Bereicherung und Spaß. Wenn negative Emotionen im Zusammenhang mit dem Praktikum für Psychiatrie und Psychotherapie berichtet wurden, so resultierten diese vornehmlich aus einer nicht zufriedenstellenden Organisation des Kurses oder aus schlechter Vorbereitung seitens der Studierenden. Ferner berichteten die Simulationspatienten über bekannte Folgen der Tätigkeit wie körperliche und mentale Erschöpfung. Unterschiede zwischen psychiatrischen und anderen Rollen, welche festgestellt werden konnten, traten in beiden Richtungen auf; es wurde sowohl von schwierigeren als auch von leichteren Einsätzen berichtet. Ein Teil sah keinerlei Unterschied.

### 5.1 Methode

Bei der Erhebung und Auswertung der Daten dieser Studie wurde methodisch auf einen qualitativen Ansatz zurückgegriffen. Datenerhebung und -Auswertung erfolgten durch den Doktoranden Mathias Müller. Dieser Umstand wirkte dadurch dem Datenverlust entgegen, dass eine festgelegte Person in jeder Arbeitsphase, von der Entwicklung des Leitfadens über die Durchführung der Interviews bis hin zur Auswertung, tätig war. Die gewonnenen Daten sollten dadurch nicht verloren gehen und es sollte sichergestellt werden, dass die Interviews vergleichbar sind.

Die Datenerhebung erfolgte durch leitfadengestützte Interviews. Durch den Leitfaden wurden thematische Schwerpunkte und zentrale Fragen vorgegeben, ohne die Flexibilität des Gesprächsflusses einzuschränken. Dadurch können sowohl Vergleichbarkeit als auch Individualität gewährleistet werden (Vgl. Helfferich 2011). Durch die

standardisierte Struktur ließen sich Aussagen unterschiedlicher Interviewpartner systematisch vergleichen, was die anschließende Auswertung erleichterte und eine fundierte Analyse gemeinsamer Muster und Unterschiede ermöglichte (Vgl. Mayring 2015). Der Leitfaden bot außerdem eine Orientierung und reduzierte die Abhängigkeit von der individuellen Erfahrung oder Intuition des Interviewenden. Das erhöhte die Konsistenz der Datenerhebung (Vgl. Berg & Lune 2017). Ferner erhöht der Einsatz eines Leitfadens die Transparenz der Forschung, da die inhaltliche und methodische Planung des Interviews nachvollziehbar dokumentiert ist (Vgl. Steinke 2000).

Um möglichst auszuschließen, dass die befragten Simulationspatienten sich über die Interviewfragen austauschen, was zu einer Verfälschung der Inhalte führen könnte, wurde der Interviewleitfaden nicht vorab preisgegeben. Die aufgezeichneten Interviews wurden im Anschluss transkribiert. Durch eine Pseudonymisierung der beteiligten und genannten Personen wurde der Datenschutz sichergestellt.

Die Auswertung der Interviews erfolgte aufgrund der klar strukturierten Arbeitsschritte, der Möglichkeit einer tiefgehenden Interpretation sowie der erfolgreichen Anwendung in vorangegangenen Interviewstudien (Vgl. Lorkowski 2011; Simmenroth-Nayda 2016) mittels der Dokumentarischen Methode nach Bohnsack (Vgl. Bohnsack 2000). Auf der Basis der formulierenden Interpretation wurden dabei relevante Sinnabschnitte zunächst deskriptiv zusammengefasst und anschließend Sequenzen mit einer besonders hohen inhaltlichen Dichte ausgemacht. An dieser Stelle bestand die Gefahr des Datenverlustes, da die Auswahl der Sequenzen und damit auch die inhaltliche Gewichtung der subjektiven Entscheidung des Auswertenden unterliegt und da die Daten dadurch um eine bestimmte Menge reduziert werden. Um den Datenverlust so gut es geht zu minimieren, wurde die Auswahl der relevanten Sequenzen mit der Studienleitung besprochen und abgestimmt. Besonders repräsentative Ergebnisse wurden schließlich in Fallbeschreibungen wiedergegeben.

## 5.2 Ergebnisse

### 5.2.1 Vorbereitung psychiatrischer Rollenbilder

Die interviewten Simulationspatienten gaben einstimmig an, bei psychiatrischen Patientenrollen keine anderen Methoden und Vorgehensweisen zu nutzen als bei anderen Patienten- oder Schauspielrollen.

Besonders betont wurde der Gebrauch der dem Szenario zugrunde liegenden Fallvignette, um „Eckdaten“ der Rolle, wie beispielsweise Beruf, Alter oder Familienstand, zu verinnerlichen. Ferner wurde betont, wie wichtig Briefing und Feedback seitens des SP-Trainers sowie der am Praktikum beteiligten Ärzte sei. Andere genannte Methoden waren das Anschauen echter Patienten im Internet, das Üben zu Hause vorher und die Ton- oder Videoaufzeichnung der eigenen Darstellung.

Gleichzeitig sei jedoch stets ein Mindestmaß an Improvisation nötig, sodass der Simulationspatient sich auch von seinem eigenen Gefühl für die Situation leiten lassen können müsse.

Während Improvisationvermögen als eine Grundvoraussetzung für die Tätigkeit als Simulationspatient gilt (Vgl. Rietfort & Strohmer 2018), gaben die von McNaughton et al. befragten Simulationspatienten aus dem Fach der Psychiatrie und Psychotherapie an, dass es gerade der Improvisationsanteil sei, der die Tätigkeit besonders reizvoll mache (Vgl. McNaughton et al., 1999). Die anderen von unseren Interviewten angegebenen Techniken entsprechen ebenfalls dem Standard der in der Ratgeberliteratur empfohlenen Vorbereitungsmethoden (Vgl. Nestel 2014, Lauber 2018). Seitens der Rollenvorbereitung gab es demnach keinen Hinweis darauf, dass psychiatrische Patientenrollen eine andere Art oder ein besonderes Maß an Vorbereitung durch den Simulationspatienten verlangen und in dieser Hinsicht für diese eine besondere Herausforderung darstellen.

### 5.2.2 Die Bedeutung von Transitionstechniken

Die Interviewten unterschieden in ihren Antworten zwischen körperlichen und mentalen Transitionstechniken, welche für den Einstieg in die psychiatrischen Patientenrollen genutzt werden.

Bei einem mentalen Rolleneinstieg handle es sich um einen geistigen Prozess des Hineinversetzens, des Visualisierens respektive Vorstellens und intensiven Konzentrierens.

Bei körperlichen Transitionstechniken zum Rolleneinstieg konnte unterschieden werden zwischen der Verwendung von äußeren Hilfsmitteln und der körperlichen Veränderung. Dabei wurden das Ablegen privater Kleidung, Schmuck oder der eigenen Brille, das Verändern der eigenen Frisur, das Nutzen von Accessoires oder anderen Requisiten sowie die Simulation von Schweiß mittels Wasser oder Glycerin genannt.

Auch die Verwendung eines mehr oder minder kompletten Kostüms wurde angeführt. Einzelne Simulationspatienten beschrieben des Weiteren, wie sie die eigene Mimik oder mittels Haltung und Anspannung den eigenen Körper an die Patientenrolle anpassen.

Im Gegensatz zum Rolleneinstieg gaben beim Rollenausstieg die Simulationspatienten mehrheitlich an, auf körperliche Transitionstechniken zurückzugreifen. Nur ein Befragter gab an, dafür gedankliche Techniken zu nutzen. Als körperliche Techniken wurden das Ablegen von Schminke, Accessoires und Kostüm genannt sowie konkrete körperliche Handlungen wie kräftiges Durchschnaufen, Sich-schütteln oder Sich-abklopfen. Auch die Veränderung der Körperhaltung und der Stimme zurück zur eigenen wurden genannt.

Mit den von ihnen beschriebenen Methoden des geistigen und körperlichen Rollenein- und Ausstiegs nutzen die befragten Simulationspatienten die üblichen Techniken, welche gemäß verschiedener Schauspieltheorien sowie SP-Training-Ratgeber im Training erlernt und dann im Einsatz angewandt werden sollen (Vgl. Lauber 2018, Zarrilli 2009, Stanislawski 1936, Emunah 1994).

Vier Befragte erklärten, keine Transitionstechnik zum Rollenausstieg zu nutzen. Dabei war auffällig, dass einer dieser Simulationspatienten angab, dass die Rolle per se ohne besondere Technik für ihn leicht abzulegen sei, die simulierten körperlichen Symptome jedoch noch länger nachwirken würden.

In diesem Fall offenbart sich die Wichtigkeit der Transitionstechniken, welche als wichtigster Schutzfaktor für Simulationspatienten anzusehen sind: „The most important skill for the protection of SPs health are transition techniques“ (Die wichtigste Fähigkeit zum Schutz der Gesundheit von Simulationspatienten sind Transitionstechniken) (Butollo & Holzinger 2016, ohne Seitenangabe). Butollo findet ebenfalls in ihren quantitativen Daten aus dem Jahr 2019 eine Korrelation zwischen negativen Auswirkungen der Tätigkeit als Simulationspatient und dem Einsatz von Transitionstechniken. Dazu liefert sie zwei Erklärungsansätze. Zum einen könnten Transitionstechniken direkt das psychische Wohlbefinden beeinflussen:

The transition techniques influence mental well-being directly and SPs who recognize reduced mental well-being are therefore more likely to use transition techniques. When SPs recognize reduced well-being in the form of depressivity, anxiety, and somatization after role portrayal, they seek to distance themselves from these symptoms.

(Die Transitionstechniken beeinflussen das psychische Wohlbefinden direkt, und SPs, die ein vermindertes psychisches Wohlbefinden wahrnehmen, verwenden daher mit höherer Wahrscheinlichkeit Übergangstechniken. Wenn SPs nach einer Rollenwiedergabe ein vermindertes Wohlbefinden in Form von Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung erkennen, versuchen sie, sich von diesen Symptomen zu distanzieren.) (Butollo 2019, S. 75)

Zum anderen sei es möglich, dass Stress als Moderatorvariable fungiere:

The other direction of interpretation of the correlation is indirect, via the moderator variable of stress. The use of transition techniques might reduce stress and be used by SPs for this very reason. Underlying this interpretation is the notion that the techniques reported by SPs are similar to techniques that are known to reduce symptoms of burnout and stress.

(Die andere Deutungsrichtung der Korrelation verläuft indirekt über die Moderatorvariable Stress. Der Einsatz von Übergangstechniken könnte Stress reduzieren und genau aus diesem Grund von SPs angewendet werden. Dieser Interpretation liegt die Annahme zugrunde, dass die von SPs berichteten Techniken jenen ähneln, die bekanntermaßen Symptome von Burnout und Stress lindern.) (Butollo 2019, S. 76)

McNaughton et al. betonen ebenfalls die Wichtigkeit von Transitionstechniken, auch oder gerade in Bezug auf psychiatrische Patientenrollen, weswegen sie hier Vorteile im Einsatz von professionellen Schauspielern sehen: „[...] [W]e have found that actors are more familiar than nonactors with the techniques of moving in and out of roles.“ (Wir haben festgestellt, dass Schauspieler mit den Techniken, in Rollen hinein- und aus ihnen herauszuschlüpfen, vertrauter sind als Nicht-Schauspieler) (McNaughton et al., 1999, S. 139f.)

Auch – oder gerade – im Fach der Psychiatrie und Psychotherapie gilt es dem entsprechend sorgsam darauf zu achten, dass bei der Einarbeitung und Ausbildung der Simulationspatienten entsprechende Transitionstechniken als protektiver Faktor vermittelt werden und diese schließlich in den Simulationen auch erfolgreich angewandt werden.

Die am Schluss des Praktikums stattfindende Feedbackrunde zwischen allen Simulationspatienten und dem SP-Trainer wurde ebenfalls als hilfreich für das Ablegen der

Rolle genannt. Weiterhin sei ein klares Beenden der Simulation durch die ärztliche Leitung der jeweiligen Kleingruppe im Praktikum für den Rollenausstieg wichtig.

In der Forschungsliteratur wird ein eben solch intensiver Austausch zwischen und mit den Simulationspatienten im Anschluss an die Simulationen empfohlen, um mögliche negative Effekte abzumildern: „Simulated patients may benefit from post-performance debriefing and an opportunity to share experiences with fellow SPs and with Skillslab staff“ (Simulationspatienten könnten von einem Debriefing nach dem Einsatz sowie von der Möglichkeit profitieren, Erfahrungen mit anderen SPs und dem Skillslab-Team auszutauschen) (Bokken et al., 2004, S. 1093). Im Zuge dieser Feedback-Runden kann nicht nur das soeben in den Simulationen Erlebte besprochen und somit leichter verarbeitet und hinter sich gelassen werden, sie können und sollten ebenso dazu genutzt werden, mögliche negative Auswirkungen des Rollenspiels direkt zu thematisieren und gegebenenfalls Möglichkeiten der Intervention bereithalten. Sie dienen so nebst Integration der Erfahrung auch zur emotionalen Entlastung und zum Lernen durch Reflexion (Vgl. Cleland & Rethans 2009).

Bezüglich der Unterschiede zwischen der Vorbereitung der Patientenrollen im Fach Psychiatrie und Psychotherapie und anderen Fächern berichteten alle befragten Simulationspatienten, dass diese sich nicht voneinander unterscheiden würden.

Mit Blick auf die Nachbereitung der Simulationen berichteten zwei Befragte, dass diese bei psychiatrischen Patientenrollen schwieriger beziehungsweise aufwendiger sei. Grund dafür sei unter anderem, dass die Rollenbilder keine abgeschlossenen Geschichten erzählen würden, sondern die Patientengeschichte zum Ende hin offen sei. Aus den Antworten der Befragten ließ sich demnach dahingehend kein Unterschied in Aufwand, Anspruch oder Schwierigkeit zwischen psychiatrischen oder anderen Patientenrollen ausmachen. Die Offenheit der Patientengeschichte erscheint nicht als Merkmal des Faches Psychiatrie und Psychotherapie, sondern viel mehr als Merkmal einzelner Szenarien. Auch in Szenarien anderer Fächer an der Universitätsmedizin Mainz ist das weitere Schicksal des gespielten Patienten offen. So erhält der Simulationspatient beispielsweise in einer Rolle im Fach Palliativmedizin die Nachricht, dass seine Ehefrau auf der Intensivstation liegt und das Sterben nicht mehr abzuwenden ist. Ziel der Übungen ist es für den Studierenden, diese Nachricht gleichzeitig möglichst einfühlsam, aber auch deutlich zu vermitteln. Aus Patientensicht wird diese Nachricht zwar bei gutem Gelingen möglichst empathisch überbracht, am Ende bleibt der Patient aber mit der Aussicht auf eine Zukunft ohne seine Ehepartnerin zurück.

Möglicherweise verlangen gerade Szenarien ohne eindeutigen Ausgang oder ohne „Happy End“ ein intensiveres Training des Simulationspatienten mit Blick auf den Rollenausstieg und die Distanzierung zur Rolle und dem Erlebten. Das Einstimmen auf die emotionalen Anforderungen der Rolle und das Identifizieren von potenziellen Verletzlichkeiten oder Triggern sollen fester Bestandteil eines jeden Rollentrainings sein. Darüber hinaus werden Simulationspatienten ermutigt, ihre Arbeit als professionelle Leistung zu sehen – mit Anforderungen, Verantwortlichkeiten und einem klaren Rollenverständnis – um sich dadurch eindeutig von der gespielten Rolle distanzieren zu können (Vgl. Nestel et al 2014).

### 5.2.3 Schwierigkeit psychiatrischer Rollenbilder

Die große Mehrheit der Befragten gab an, dass ihnen das Spielen von psychiatrischen Patientenrollen leichtfalle. Gründe seien dafür unter anderem, dass diese körperlich nicht besonders belastend oder aufwendig seien und dass es generell keinen Unterschied gebe zwischen psychiatrischen und darzustellenden Krankheitsbildern anderer Disziplinen. Außerdem entwickle sich mit häufigen Einsätzen eine immer größer werdende Routine. Auf die Frage nach der Schwierigkeit im Vergleich zu anderen Rollen gab rund die Hälfte der Befragten an, dass es für sie keine Unterschiede in der Schwierigkeit des Rollenspiels zwischen psychiatrischen Patientenrollen und Rollen aus anderen medizinischen Fächern oder gar anderen Schauspielrollen überhaupt geben würde. Fünf der Simulationspatienten antworteten, dass die Rollen im Fach der Psychiatrie und Psychotherapie sogar leichter zu spielen seien als andere, da die Mainzer Lernklinik ein besonders geschützter Raum sei und dass die verhältnismäßig kurze Dauer der Simulation mit etwa 15 Minuten besonders angenehm und überschaubar sei.

McNaughton et al. konnten aus ihren Daten herausarbeiten, dass eine Simulationsdauer von etwa 40 Minuten ohne Pause maximal möglich ist, ohne dass Simulationspatienten ermüden oder aufgrund der Dauer Stress empfinden. Ebenso seien es maximal drei bis vier Durchgänge, die ohne nennenswerte Pause hintereinander gespielt werden könnten (Vgl. McNaughton et al., 1999). Vor diesem Hintergrund sind die Simulationen im Mainzer Praktikum für Psychiatrie und Psychotherapie in einem offensichtlich gut machbaren zeitlichen Rahmen geplant: Die Simulationspatienten werden für zwei Unterrichtseinheiten von jeweils 45 Minuten unmittelbar hintereinander

eingesetzt, in denen jeweils wiederum maximal 20 Minuten auf das Rollenspiel entfallen und die restliche Zeit für Feedback und Nachbesprechung genutzt werden sollen. Sommer et al. heben in ihrer Arbeit über SP-Programme im deutschsprachigen Raum hervor, dass es in Bezug auf die Arbeitsbedingungen von Simulationspatienten noch keine richtige Standardisierung gebe und diese daher stark variieren würden (Vgl. Sommer et al. 2019). Dies betreffe unter anderem die Art der Patientenrollen, die Intensität der Darstellung, die Dauer der Simulationen oder die Dauer eines Einsatztages. Eine Optimierung und Standardisierung dieser Rahmenbedingungen erscheint essenziell für das Wohlbefinden der Simulationspatienten.

Trotz der Einfachheit der Darstellung beschrieben die Simulationspatienten Unterschiede zwischen den einzelnen darzustellenden psychiatrischen Krankheitsbildern. Manche empfinden die Darstellung einer Panikattacke schwieriger als die der Depression, bei anderen ist es genau umgekehrt.

Studien, die innerhalb eines medizinischen Fachbereichs konkret einzelne Krankheitsbilder in ihren Auswirkungen auf Simulationspatienten untersuchen und miteinander vergleichen, liegen bisher nicht vor. Die bisherige Forschung konzentrierte sich auf die Untersuchung einzelner Krankheitsbilder, wie beispielsweise die authentische Darstellung der Depression (Vgl. Ay-Bryson 2021), sowie den Vergleich zwischen psychiatrischen und somatischen Rollen mit der Erkenntnis, dass emotional aufgeladene Rollen die Belastung der Simulationspatienten steigern (Bokken et al 2006) und die Grenzen zwischen gespielter Rolle und realer Identität („role adherence, blurring between the role and the person's real life and physical exhaustion“) (Das Festhalten an der Rolle, das Verschwimmen der Grenzen zwischen gespielter Rolle und dem eigenen realen Leben sowie körperliche Erschöpfung) bei somatischen Rollen weniger stark verschwimmen (Piot et al. 2021). Hier ergibt sich demnach ein spannender Aspekt für künftige Forschung.

Zwei Simulationspatienten gaben an, die psychiatrischen Rollen seien allgemein schwierig zu spielen. Ein Befragter nannte als Grund das hohe Maß an Konzentration, welches ihm in diesen Szenarien abverlangt werde. Der andere führte als Grund die für ihn schwierige Darstellung der körperlichen Symptomatik des Alkoholentzugsdelirs an, wie beispielsweise andauerndes Zittern. Angesprochen auf den Vergleich zu anderen Patientenrollen berichteten zwei Simulationspatienten, dass psychiatrische Rollen für sie schwieriger zu spielen seien als andere Rollen. Zum einen sei die

darzustellende Zerrissenheit der Patienten herausfordernd, zum anderen sei Anspruch an die Realitätsnähe der schauspielerischen Darstellung höher als in anderen Fächern.

Unter ‚schwierig‘ ist in diesem Kontext demnach kein erhöhtes Maß an Belastung, sondern an geforderter Konzentration und Schauspielerei zu verstehen. Auch die von McNaughton et al. Befragten gaben an, dass psychiatrische Rollen ein besonderes Maß an Konzentration erfordern: „A huge amount of concentration and emotional investment is required to simulate these roles. In the words of one of the SPs: ‚When you are doing psychiatry roles there is more of you involved, more body, mind, soul““ (Eine enorme Konzentration und emotionale Investition ist erforderlich, um diese Rollen zu simulieren. In den Worten eines der Simulationspatienten: „Wenn man psychiatrische Rollen spielt, ist mehr von einem selbst involviert – mehr Körper, Geist und Seele“) (McNaughton et al., 1999, S. 138). Grundsätzlich gelten Simulationspatienten als fähig, neurologische Symptome wie Zittern zu simulieren (Collins & Harden 2004), es darf aber nicht außer Acht gelassen werden, dass deren ununterbrochene Darstellung auch in dem an sich komfortablen Zeitrahmen von 15 Minuten bereits zu einer vorzeitigen körperlichen wie mentalen Erschöpfung führen kann. In dem vorliegenden Einzelfall wäre daher zu überlegen, ob der Simulationspatient zwecks Belastungssteuerung im zweiten Simulationsdurchgang für eine andere Rolle eingesetzt wird oder ob bereits im Rollentraining absehbar ist, ob die Rolle durch diesen Simulationspatienten richtig besetzt ist. Dass die darzustellende Zerrissenheit der Patientenrollen als anspruchsvoll empfunden wird, unterstützt in diesen beiden Fällen die These, dass die Simulation psychiatrischer Krankheitsbilder mit Blick auf die dargestellten und erlebten Emotionen anspruchsvoller sein kann als die somatischer Patientenrollen (Vgl. McNaughton 1999).

Es wurde bisher nachgewiesen, dass Simulationspatienten authentisch psychiatrische Krankheitsbilder darstellen können und bisweilen nicht von echten Patienten zu unterscheiden sind (Vgl. Brenner 2009, Ay-Bryson et al. 2020, Ay-Bryson 2021). Gleiches gilt jedoch auch für somatische Rollenbilder (Vgl. Norman et al. 1982). Der Realitätsanspruch an psychiatrische Simulationspatienten ist nicht pauschal höher, sondern aus Sicht der Simulationspatienten anders: Er stellt größere Anforderungen – besonders bei tiefen psychischen Prozessen – und erfordert gegebenenfalls intensiveres Training, in welchem Anforderungen und Rollenverständnis klar kommuniziert und erarbeitet werden (Vgl. Nestel et al 2014). Doch für viele diagnostische und

kommunikative Anwendungsbereiche werden vergleichbar hohe Authentizität wie in anderen medizinischen Disziplinen erreicht.

#### 5.2.4 Empfindungen während und nach dem Spiel psychiatrischer Rollen

Beinahe einstimmig berichteten die Simulationspatienten, dass sie sich stets über den Simulationscharakter der Situation bewusst seien und immer ein bestimmter Abstand zur Rollenfigur vorhanden sei, sie sich jedoch grundsätzlich während des Rollenspiels in der Rolle befänden und die Gefühle des gespielten Patienten nachempfinden würden. Genau dieses Nachempfinden wird besonders kritisch gesehen und ist ein zentraler Ausgangspunkt für die Überlegungen, nur professionelle Schauspieler statt Laiendarstellern für psychiatrische Patientenrollen einzusetzen (Vgl. Bokken 2006, McNaughton 2008, Eagles 2007, Matthes 2019).

Die genannten Punkte (Bewusstsein für die Rolle während des Spiels; Emotionales Mitvollziehen, aber keine völlige Identifikation mit der Figur; Verfremdung als Technik, indem die Rolle dargestellt, aber nicht ‚gelebt‘ wird) sprechen schauspieltheoretisch am ehesten für die Methode nach Bertolt Brecht (Vgl. Roselt 2009). Tatsächlich arbeiten Simulationspatienten in der Regel nicht nach einer bestimmten Schauspielmethode, sondern es wird eine Reihe verschiedener Techniken, wie die von Stanislwaski, Brecht, Boal oder Spolin, zur Ausbildung und Praxis von Simulationspatienten herangezogen, um ein authentisches, aber kontrolliertes Spiel zu ermöglichen (Vgl. Smith 2014). Das beschriebene Vorgehen der Simulationspatienten entspricht demnach dem seitens der SP-Ausbildung gewünschten Vorgehen.

Eine Simulationspatientin, deren Erzählung als Fallbericht geschildert wurde, berichtete davon, wie beim Spiel auch ihre eigenen Gefühle hochkämen und sie diese bremsen müsse. In diesem Fallbericht wurde deutlich, dass es vor allem die persönliche Vorerfahrung der Simulationspatienten, welche im echten Leben als Krankenpflegerin und Notfallseelsorgerin gearbeitet hat, war, die sie dazu brachte, das Verhalten ihres Gegenübers persönlich – und nicht aus Sicht der gespielten Patientenrolle – besonders kritisch zu bewerten, was schließlich dazu geführt habe, dass durchaus die Möglichkeit bestanden habe, die Rolle nicht aufrecht erhalten zu können.

Im Allgemeinen wird davor gewarnt, die Grenze von Persönlichem und Patientenrolle aufweichen zu lassen (Vgl. Kühne et al. 2018). Boerjan et al. haben in Interviews mit Simulationspatienten herausgearbeitet, dass es bisweilen für manche

Patientendarsteller hilfreich sein kann, persönliche Emotionen in die Darstellung einfließen zu lassen, wohingegen andere eine strikte Trennung von Rolle und Persönlichem benötigen, da dies die Qualität und auch die Freude am Spiel negativ beeinflussen könne: „Other SPs need a clear boundary between their role and their own life, in order to separate the two properly. For them, playing roles that resemble their personal circumstances would worsen the performance and the pleasure of simulating“ (Andere Simulationspatienten benötigen eine klare Grenze zwischen ihrer Rolle und ihrem eigenen Leben, um beides sauber voneinander zu trennen. Für sie würde das Spielen von Rollen, die ihren persönlichen Lebensumständen ähneln, die Qualität der Darstellung und die Freude am Simulieren beeinträchtigen) (Boerjan et al, 2008, S. 27). Darüber hinaus klang bereits an mehreren Stellen an, dass die Fähigkeit, zwischen der eigenen Person und der Rolle zu differenzieren, als zentraler Schutzfaktor beschrieben wird und Simulationspatienten ermutigt werden sollen, ihre Arbeit als professionelle Leistung zu sehen, um sich dadurch eindeutig von der gespielten Rolle distanzieren zu können (Vgl. Nestel et al 2014). Um solche Einbrüche der persönlichen Empfindungen in die Patientendarstellung möglichst zu vermeiden, sollten diese dementsprechend in der anschließenden Feedbackrunde thematisiert und daran in weitergehenden Trainings und Schulungen mit Hilfe des SP-Trainers gearbeitet werden.

Alle interviewten Simulationspatienten gaben an, sich nach der Simulation einer psychiatrischen Patientenrolle grundsätzlich gut zu fühlen. Rund die Hälfte der Befragten führten in ihren Antworten jedoch aus, dass sie bisweilen auch negative Emotionen nach dem Einsatz im Praktikum der Psychiatrie und Psychotherapie empfunden hätten. Dabei handelte es sich um ein Gefühl der Erschöpfung oder dass sich die Tätigkeit „wie Arbeit“ anfühle. Zwei der 13 interviewten Simulationspatienten berichteten darüber hinaus im Vergleich zu anderen Patientenrollen über eine größere Erschöpfung im Sinne eines „schwereres Körpergefühls“ sowie über ein länger andauerndes „Nachklängen“ des Spiels.

Grundsätzlich wird körperliche sowie mentale Erschöpfung als negative Auswirkung von Patientendarstellung beschrieben (Vgl. Bokken 2004, Heydrich 2016). Da es sich, wie die Simulationspatienten selbst beschrieben haben, bei der Patientendarstellung um eine Tätigkeit handelt, die von Natur aus eine starke emotionale Involvierung und hohe Konzentration erfordert, ist fraglich, ob diese gänzlich vermieden werden können. Die wichtigsten Möglichkeiten, diese Effekte jedoch bestmöglich abzumildern, sind die unter Punkt 5.2.3 beschriebene Optimierung der Rahmenbedingungen (beispielsweise

Simulationsdauer & -Häufigkeit) sowie das bestmögliche Training der Simulationspatienten vor allem in Hinblick auf den Einsatz von Transitionstechniken und anderen protektiven Faktoren. Butollo konnte in ihren quantitativen Daten keine nennenswerten negativen Auswirkungen auf Simulationspatienten durch deren Tätigkeit feststellen und hat als Erklärung dafür vor allem den Gebrauch solcher Techniken anzubieten:

The measures which have been taken include contact persons for SPs, defining a clear structure for classroom roleplay, ensuring a clear separation of roles and a clear patient role specification, or offering supervision to SPs. These strategies help SPs minimize any systematic effects resulting from patient portrayal. An effect of patient portrayal itself is perhaps curbed by these strategies and, therefore, the effect might not be detectable in a sample. Future research should compare mental well-being of medical training SPs who use protective strategies to those who do not.

(Die ergriffenen Maßnahmen umfassen Ansprechpersonen für SPs, die Definition einer klaren Struktur für Rollenspiele im Unterricht, die Sicherstellung einer klaren Rollentrennung und einer eindeutigen Spezifikation der Patientenrolle sowie das Angebot von Supervision für SPs. Diese Strategien helfen SPs, systematische Effekte, die aus der Patientenrolle resultieren, zu minimieren. Ein Effekt der Patientenrolle selbst wird durch diese Strategien möglicherweise abgeschwächt und ist daher in einer Stichprobe womöglich nicht nachweisbar. Zukünftige Forschung sollte das psychische Wohlbefinden von SPs im Medizinstudium vergleichen, die Schutzstrategien anwenden, mit demjenigen von SPs, die dies nicht tun.) (Butollo 2019, S. 72)

Fünf unserer Simulationspatienten gaben an, dass es vorgekommen sei, dass „Ärger“ als negative Emotion aufgetreten sei. Dieser resultierte aus organisatorischer Unklarheit während des Praktikums und im Zusammenhang mit den an der Simulation beteiligten Studierenden. Diese seien nicht gut vorbereitet gewesen oder hätten die Situation nicht ausreichend ernst genommen. Ein Interview wurde dazu entsprechend als Fallbericht geschildert.

Butollo und Holzinger beschreiben in ihrer Studie mit halb-strukturierten Interviews, welche mit 22 Simulationspatienten der Universität Wien geführt wurden, Vergleichbares. Auch hier beschrieben die Befragten als negativ erlebtes Verhalten der Studierenden als großen Stressor mit körperlichen wie psychischen Auswirkungen auf die Patientendarsteller. Als häufigste Ursachen im studentischen Verhalten wurden dabei das Nicht-Anerkennen des Simulationspatienten als Person oder als Patient, fehlende

Kommunikation sowie fehlende Empathie genannt (Vgl. Butollo & Holzinger, 2016). Butollo und Holzinger kommen in ihrer Studie zu dem Fazit, dass der Gebrauch von Transitionstechniken auf der einen und gutes Verhalten der Studierenden die wichtigsten Schutzfaktoren für Simulationspatienten sind: „But on the one hand the negative effects can be minored by good transition techniques and on the other hand by positive student behaviour“ (Aber einerseits können die negativen Auswirkungen durch gute Übergangstechniken gemindert werden und andererseits durch positives Verhalten der Studierenden) (Butollo & Holzinger, 2016, Ohne Seitenangabe). Zur Abgrenzung von ‚schwierigem‘ studentischen Verhalten können die beschriebenen protektiven Techniken herangezogen werden (Vgl. Nestel 2014). Um die Studierenden ihrerseits bestmöglich auf die Simulationen einzustimmen, muss eine sichere Lernumgebung geschaffen werden, in der Fehler erlaubt und akzeptiert sind. Viele Studien haben nachgewiesen, dass Studierende Patientensimulationen als Übungsmöglichkeiten schätzen und Feedback willkommen ist. Gleichzeitig darf nicht vergessen werden, dass bestimmte Gesprächssituationen für die Studierenden auch neu und herausfordernd sind, weshalb diese ängstlich und aufgeregt sein können (Vgl. Isaksson et al. 2022, Antila et al. 2024, Erci et al. 2023). Wir ziehen daraus den Schluss, dass die Studierenden im Vorfeld noch besser auf die Simulationen vorbereitet werden müssen, indem Unsicherheiten und Erwartungen besprochen werden und diesen auch die Perspektive der Simulationspatienten vermittelt wird. Denn letztlich ergibt sich ein erfolgreiches und produktives Lernen stets aus der *gemeinsamen* Interaktion während der Simulation (Vgl. Erci et al 2023).

Entgegen der allgemeinen Befürchtung, dass Laiendarsteller bei emotional herausfordernden Rollen Schwierigkeiten mit deren Verarbeitung oder dem Rollenausstieg hätten, berichtete keiner der befragten Simulationspatienten darüber, die während der Simulation in der Rolle empfundenen Emotionen oder Krankheitssymptome auch noch nach Ende des Szenarios zu verspüren.

Abschließend sei noch anzumerken, dass es grundsätzlich Unterschiede in der persönlichen Empfindung der einzelnen Simulationspatienten gibt. Eine Patientenrolle mag den einen unterfordern und dabei gleichzeitig für den anderen eine Herausforderung sein; der eine fühlt sich bereits nach einer 15minütiger Simulation erschöpft und gestresst, der andere ist zu diesem Zeitpunkt gerade völlig in seinem Element. Der persönliche Hintergrund, die aktuelle Situation und alle weiteren persönlichen

Umstände können als Variablen, die das Empfinden der Darsteller beeinflussen, nie außer Acht gelassen werden:

Thirdly, another reason why no effects of emotionally distressing patient roles were identified might be that the perception of which patient roles are distressing and which are not differs between individuals. The distinction between distressing roles and non-distressing roles was made based on general assumptions. The perception of one role as distressing might be linked to current personal circumstances at a given point in time, personality traits, and a personal history of diseases.

(Drittens könnte ein weiterer Grund dafür, dass keine Auswirkungen emotional belastender Patientenrollen festgestellt wurden, darin liegen, dass die Wahrnehmung, welche Patientenrollen belastend sind und welche nicht, individuell unterschiedlich ist. Die Unterscheidung zwischen belastenden und nicht belastenden Rollen erfolgte auf Grundlage allgemeiner Annahmen. Die Wahrnehmung einer Rolle als belastend könnte mit aktuellen persönlichen Umständen zu einem bestimmten Zeitpunkt, Persönlichkeitseigenschaften und der eigenen Krankheitsgeschichte zusammenhängen) (Butollo 2019, S. 73)

Diese Umstände sind schwer abzusehen und nicht immer im Vorhinein einkalkulierbar und sind ein weiterer Grund, weswegen der Einsatz protektiver Techniken ebenso wie offene Feedback-Gespräche mit den beteiligten Ärzten und SP-Trainern unerlässlich sind.

### 5.2.5 Keine Gefühle der Überforderung

Alle Befragten verneinten explizit ein Gefühl der Überforderung beim Spielen psychiatrischer Patientenrollen. Lediglich ein Simulationspatient schränkte ein, dass der Ablauf der Simulation seitens der verantwortlichen Dozenten etwas unklar gewesen sei und so etwas wie Überforderungsgefühle ausgelöst habe.

Die in der Literatur beschriebene mögliche Überforderung von Laienschauspielern durch vermeintlich anspruchsvollere psychiatrische Patientenrollen (Vgl. McNaughton 2008, Bokken 2006) konnte demnach in unserer Studie nicht bestätigt werden. Dies mag auch mit der Tatsache zusammenhängen, dass die meisten der befragten

Mainzer Simulationspatienten angaben, jene Rollen gar nicht als anspruchsvoller als andere zu empfinden (Vgl. Kapitel 4.2.1.2).

Dass Überforderungsgefühle allerdings auch wie genannt organisatorische Ursachen haben können, darf nicht missachtet werden. In den sogenannten *Standards of Best Practice (SOBP)* der *Association of Standardized Patient Educators (ASPE)* (Lewis et al., 2017) wurden unter anderem Handlungsempfehlungen festgehalten, um den Einsatz von Simulationspatienten in der medizinischen Ausbildung effizient, aber auch für alle Beteiligten möglichst sicher zu gestalten. In dieser Leitlinie wird so auch die Bedeutung einer klaren Struktur der Simulation sowie ein klarer Prozess des Rollenausstiegs respektive De-Briefings hervorgehoben. Dort wird unter anderem unter Punkt 1.1.8 empfohlen: „Structure time and create a process for de-rolling and/or de-briefing“ (Strukturiere den zeitlichen Rahmen und entwickle ein Verfahren für den Rollenausstieg und/oder die Nachbesprechung) (Lewis et al. 2017, S. 4). Gezielte Schulung über den Ablauf und die Steuerung der Simulation betrifft in besonderem Maße die in den jeweiligen Kleingruppen eingesetzten Ärzte, welche in ihrer Funktion einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden der Simulationspatienten leisten.

#### 5.2.6 Eigene Ergänzungen der interviewten Simulationspatienten

Zum Abschluss des Interviews wurde allen Simulationspatienten noch die Möglichkeit für Ergänzungen gegeben. Dabei wurde von zwei Simulationspatienten betont, dass die ausgeübte Tätigkeit als persönliche Bereicherung erlebt werde. Unter anderem sei sie eine sinnstiftende Tätigkeit im Rentenalter. Ein Befragter hob noch einmal die Wichtigkeit des Rolleneinstiegs hervor, welcher unter stressigen Bedingungen erschwert sei.

Während bisweilen auch Geld als Hauptmotivation für die Ausübung der Tätigkeit als Simulationspatient genannt wurde (Vgl. McNaughton, 1999), werden jedoch an anderer Stelle das Gefühl, etwas Nützliches zu tun („Feeling useful“), sowie der pädagogische Aspekt („Educational aspect“) als Hauptmotivation genannt; Geld spielte dabei eine untergeordnete Rolle (Vgl. Bokken et al., 2004). Auch Simmenroth-Nayda et al. berichten nach ihrer qualitativen Studie über positive Auswirkungen der Tätigkeit als Simulationspatient. Die Befragten berichteten davon, persönlich von ihrer Tätigkeit zu profitieren, indem sie dadurch über größeres Verständnis für den ärztlichen Alltag

verfügen würden. Außerdem könnten sie ihre eigenen Bedürfnisse in einer ärztlichen Konsultation besser kommunizieren. Simmenroth-Nayda et al. folgern daraus:

Patientinnen, die besser ihre eigenen Bedürfnisse einfordern können und sogar zurückmelden, wenn die Kommunikation unglücklich verläuft, sind ganz im Sinne des empowerments zu „mündigen Patientinnen“ geworden. Training und strukturiertes Rollenspiel von SP können daher ein Modell zum empowerment auch von „realen Patientinnen“ sein. (Simmenroth-Nayda et al., 2016, S. 12)

Weitere Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen (Wallach et al 2001, Fiscella et al 2007, Boerjan et al 2008). So ergeben sich – auch mit Blick auf den durchweg genannten „Spaß-Faktor“ des Spiels im Praktikum der Psychiatrie und Psychotherapie (Vgl. Kapitel 4.2.1.5) – aus unserer Befragung als Nebenerkenntnis zumindest Hinweise darauf, dass das Simulieren in Form eines Gefühls, nützlich zu sein oder etwas Sinnvolles zu tun („feeling useful“), positive Effekte auf die Patientendarsteller haben kann. Die eingangs beschriebene Erkenntnis von McNaughton und Kollegen, dass die Darstellung emotional anspruchsvoller Rollen hauptsächlich negative Folgen für die Simulationspatienten habe, hält vor den Ergebnissen unserer Interviews nicht Stand (Vgl. McNaughton et al. 1999).

### 5.3 Einschränkungen der Studie

Wie bei vielen qualitativ ausgerichteten Studien ist auch bei der vorliegenden Untersuchung die Generalisierbarkeit der Ergebnisse durch die geringe Fallzahl eingeschränkt. Mit insgesamt 13 Simulationspatientinnen wurde bewusst eine forschungspraktisch übliche und für qualitative Analysen ausreichende, jedoch vergleichsweise kleine Stichprobe gewählt (vgl. Flick 2019). Auch wenn sich durch das methodische Vorgehen tiefgehende Einblicke in subjektive Perspektiven gewinnen ließen, sind die Befunde nicht im statistischen Sinne repräsentativ, sondern als kontextgebundene, theoriegeleitete Verdichtungen individueller Erfahrungen zu verstehen (vgl. Mayring & Fenzl 2019). Darüber hinaus sind qualitative Interviews grundsätzlich anfällig für Interviewereffekte, etwa durch die soziale Erwünschtheit von Antworten oder subtile Einflussnahmen durch Mimik, Gestik und Formulierungen des Interviewenden (Vgl. Richards & Emslie 2000). Solche Effekte lassen sich nicht vollständig ausschließen.

Insgesamt ist die Aussagekraft der Ergebnisse daher im Lichte dieser forschungsimmanenten Limitationen zu interpretieren. Ebenso sind Praktikum und Lehrpersonen nicht eins zu eins vergleichbar mit den entsprechenden Pendanten anderer Universitäten.

Ziel der Studie war es jedoch, nach dem Vorliegen quantitativer Daten (Vgl. Butollo 2019) die persönlichen Erfahrungen der Simulationspatienten im Fach der Psychiatrie und Psychotherapie sowie Unterschiede in Vorbereitung, Nachbereitung, Spiel und Empfinden im Vergleich zu anderen Patientenrollen herauszuarbeiten. Die Ergebnisse unserer Interviews repräsentieren demnach die persönlichen Erfahrungen und Einschätzungen der speziellen Gruppe der Mainzer Simulationspatienten. An der Universitätsmedizin Mainz gab es vor dieser Studie keine Untersuchung über den Einsatz von Simulationspatienten, weswegen die Ergebnisse für das hiesige Klinikum und die künftige Gestaltung des Praktikums der Psychiatrie und Psychotherapie von Bedeutung sind.

Von den 15 kontaktierten Simulationspatienten erklärten 13 ihre Teilnahme, was als hohe Motivation der Angefragten zu werten ist. Darunter waren 6 Männer und 7 Frauen, sodass die Geschlechter nahezu symmetrisch verteilt waren. Die Teilnehmenden verfügten alle über eine mindestens zweijährige und damit ausreichende Erfahrung in der Tätigkeit als Simulationspatient.

Das Durchschnittsalter der Befragten betrug rund 59 Jahre. Dieses ist mit den Kohorten aus den für dieses Projekt relevanten Studien von Bokken et al. (Vgl. Bokken et al. 2004) und Butollo (Vgl. Butollo 2019) vergleichbar, bei denen das Durchschnittsalter bei 58 beziehungsweise 54 Jahren lag. McNaughton et al. gaben in ihrer Studie aus dem Jahr 1999 (McNaughton et al. 1999) lediglich eine Altersspanne von „den frühen Zwanzigern“ bis zu den „späten Sechzigern“ an, jedoch kein Durchschnittsalter. Auch bei der Arbeit von Bokken et al. aus dem Jahr 2006 (Vgl. Bokken et al. 2006) wurde lediglich angegeben, dass die Fokusgruppen vom Alter her gleich verteilt seien. Die Studien von Heydrich (Vgl. Heydrich 2016) sowie Boerjan et al. (Vgl. Boerjan et al. 2008) wiesen mit einem Durchschnittsalter von 40 beziehungsweise 46 Jahren deutlich jüngere Simulationspatienten auf. Obgleich Boerjan et al. sich hauptsächlich für die positiven Folgen der Simulationspatienten-Tätigkeit interessierten, sind unsere mit deren Ergebnissen trotz des Altersunterschieds vergleichbar: Die Tätigkeit macht den Patientendarstellern Spaß und hat positive Auswirkungen im Sinne eines „patient empowerment“, führt jedoch auch zu Stress und Ängstlichkeit (Vgl. Boerjan et al. 2008).

So verhält es sich auch bei den von Heydrich befragten Simulationspatienten. Diese klagten über ähnliche negative Auswirkungen wie die Mainzer Patientendarsteller: Beispielsweise Unzufriedenheit durch unerwartet kompliziert verlaufende Gespräche, Stress durch organisatorischen Aufwand oder Ermüdung durch mehrfaches Spiel der Rolle nacheinander (Vgl. Heydrich 2016). Die positiven wie negativen Effekte einer Tätigkeit als Simulationspatient scheinen demnach altersunabhängig aufzutreten. Wenn das Thema „Alter“ in der Simulationspatienten-Forschung bisher aufgegriffen wurde, dann ging es beispielsweise darum, ob auch Kinder und Jugendliche dafür eingesetzt werden können und wie der Einsatz für diese sicher umgesetzt werden kann (Vgl. Bokken et al. 2010, Gamble et al. 2022) oder es wurde nach Motivation oder Bedeutung der Tätigkeit im Speziellen für ältere Menschen gefragt (Vgl. Smith et al. 2024, Thompson et al. 2017, Ho et al. 2024). Zu letztgenanntem Punkt hielten Thompson et al. fest, dass für ältere Simulationspatienten das Nachgehen einer sinnstiftenden Tätigkeit von zentraler Bedeutung ist. Dieser Punkt wurde auch in unserer Studie von den Befragten aufgegriffen. Forschung, die direkt die Belastungen für Simulationspatienten in Abhängigkeit vom Alter untersucht, fehlt bisher.

## 6 Zusammenfassung

Ziel dieses Dissertationsprojekt war es, die Erfahrungen von Patientendarstellern beim Spiel psychiatrischer Rollen genauer zu beleuchten. Dabei sollten neben möglichen negativen Auswirkungen des Rollenspiels auf die Patientendarsteller vor allem Schwierigkeitsgrad, Rollenvorbereitung, Rollenein- und Ausstieg sowie Gefühle während und nach der Simulation im Vergleich zu anderen (Patienten)Rollen herausgearbeitet werden. Es galt herauszufinden, ob es in diesem Zusammenhang für die Simulationspatienten besondere Herausforderungen oder Belastungen gab und wie die Darsteller künftig durch mögliche Veränderungen in der Organisation des Praktikums oder weitere Schulung durch den Simulationspatienten-Trainer entlastet oder besser vorbereitet werden können.

Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist durch die geringe Fallzahl eingeschränkt. Das methodische Vorgehen erlaubte jedoch tiefgehende Einblicke in subjektive Perspektiven, sodass die Ergebnisse unserer Interviews die persönlichen Erfahrungen und Einschätzungen der Mainzer Simulationspatienten repräsentieren.

Die im Praktikum der Psychiatrie und Psychotherapie eingesetzten Mainzer Simulationspatienten nutzen für die Erarbeitung der Patientenrollen die standardmäßig empfohlenen Vorbereitungsmethoden wie sie auch durch den SP-Trainer vermittelt werden. Von dieser Seite gab es keinen Hinweis darauf, dass für psychiatrische Rollen ein besonderes Maß an Vorbereitung nötig ist oder diese eine besondere Herausforderung darstellt.

Auch die verwendeten Transitionstechniken für den Rolleneinstieg und -Ausstieg entsprechen den aus der Forschungsliteratur bekannten Methoden. Auch hier wurden grundsätzliche Schwierigkeiten beim Annehmen oder Verlassen der Rolle sowie eine erhöhte Schwierigkeit gegenüber anderen Patientenrollen verneint. Es zeigten sich jedoch Hinweise darauf, dass bei Nicht-Anwendung von Transitionstechniken bekannte negative Folgen des Simulierens, wie körperliche und mentale Erschöpfung, verstärkt auftreten. In künftigen Rollentrainings und SP-Schulungen sollte daher mit Nachdruck auf Nutzung dieser Techniken verwiesen werden. Die im Anschluss an das Praktikum stattfindende Feedbackrunde wurde sehr positiv bewertet und dieser eine wichtige Bedeutung beim Verarbeiten und Verlassen der Patientenrolle sowie der Geschehnisse im Praktikum zugeschrieben. Ferner gab es Hinweise darauf, dass in ihrer Patientengeschichte zum Ende hin offene Rollen, also ohne eindeutiges Ende oder

gegebenenfalls ohne „Happy End“, ein zusätzlicher Belastungsfaktor für Simulationspatienten sein können. Bei der Vorbereitung und Schulung dieser Rollen sind Techniken der Distanzierung sowie das Erkennen und Antizipieren möglicher Trigger-Faktoren miteinzubringen.

In ihrer Schwierigkeit wurden die psychiatrischen Patientenrollen mehrheitlich als leicht oder vergleichbar zu anderen Rollen angesehen. Vor allem eine kurze Simulationsdauer von etwa 15-20 Minuten mache diese angenehm. Es sind also auch die Rahmenbedingungen, welche entscheidend dafür sind, ob Rollen als belastend empfunden werden oder nicht. Darüber hinaus zeigten sich durchaus vereinzelt Hinweise darauf, dass psychiatrische Rollen einzelnen Simulationspatienten ein höheres Maß an Konzentration und schauspielerischer Leistung abverlangen als andere Rollen und dadurch auch schneller zu körperlicher und geistiger Erschöpfung führen können. Für die Simulationspatienten gibt es außerdem Unterschiede in der Schwierigkeit und der körperlichen sowie geistigen Beanspruchung zwischen den einzelnen psychiatrischen Krankheitsbildern. Diese vergleichend zu untersuchen, stellt ein bisher nahezu unbeachtetes Forschungsfeld dar.

Dass während der Simulation innerhalb der Rolle empfundene Emotionen auch nach Ende noch weitererlebt oder -geföhlt würden, wurde einstimmig verneint. Alle Mainzer Simulationspatienten gaben an, sich nach den Simulationen grundsätzlich gut zu fühlen, auch wenn Anzeichen körperlicher und geistiger Erschöpfung auftreten. Stress werde vor allem durch Unklarheiten in der Organisation und schwieriges Verhalten der Studierenden ausgelöst. Wir entnehmen daraus, dass eine bessere Vorbereitung der Studierenden auf das gemeinsame Üben mit Simulationspatienten notwendig ist. Geföhle der Überforderung wurden in Bezug auf psychiatrische Patientenrollen und deren Darstellung explizit verneint.

In den Ergänzungen der Befragten zeigten sich schließlich Hinweise auf positive Auswirkungen der Tätigkeit als Simulationspatient in Form des Geföhls, einer sinnstiftenden Tätigkeit nachzugehen.

Zusammenfassend widersprechen unsere Ergebnisse der in der Forschungsliteratur allgemein geäußerten Annahme, dass psychiatrische Patientenrollen eine besondere Belastung für die Darsteller sind, insofern, als diese über keinerlei Schwierigkeiten klagten, die gespielten Rollen zu verlassen oder sich von diesen zu distanzieren. Auch die Empfehlung, dass dafür möglichst professionelle Schauspieler eingesetzt werden sollten, können wir nicht teilen. Durch gutes Training der Darsteller, das Schaffen

bestmöglicher Rahmenbedingungen und auch entsprechendes Briefing der übenden Studierenden scheinen Amateur- und Laiendarsteller problemlos für psychiatrische Patientenrollen einsetzbar zu sein.

Künftige Forschungsprojekte könnten verstärkt der Frage nachgehen, inwiefern es im Vergleich einzelner darzustellender Krankheitsbilder Unterschiede in der psychischen und körperlichen Belastung gibt. Dabei wäre insbesondere zu untersuchen, welche Coping-Strategien sich beim temporären oder dauerhaften Ausstieg aus der Rolle als besonders wirksam erweisen. Darüber hinaus bietet sich ein Vergleich zwischen Geschlechtern sowie Altersgruppen an, um besser zu verstehen, ob möglicherweise Männer oder Frauen beziehungsweise ältere oder jüngere Simulationspatienten unterschiedlich stark auf Belastungen reagieren.

## 7 Literaturverzeichnis

Adamo, G.: Simulated and standardized patients in OSCEs: achievements and challenges 1992-2003. In: *Med Teach*. 2003 May; 25(3): S. 262-270.

Anderson, M. B.; Stillman, P.L. & Wang, Y.: Growing use of standardized patients in teaching and evaluation in medical education. In: *Teach Learn Med* 6 (1994): S.15-22.

Antila, Asta Kristiina; Lindblom, Sari; Louhiala, Pekka & Pyörälä, Eeva: Creating a safe space: medical students' perspectives on using actor simulations for learning communication skills. In: *BMC Medical Education* (2024), 24:1225.

Ay-Bryson, Destina Sevde; Weck, Florian; Heinze, Peter Eric; Lang, Thomas & Kühne, Franziska: Can Psychotherapy Trainees Distinguish Standardized Patients From Real Patients? A Pilot Study. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Volume 49, Issue 3, July 2020, S. 147-201.

Ay-Bryson, Destina Sevde (2021): The authenticity of simulated patients in psychotherapy training and research. Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Potsdam. Abgerufen am 16.07.2025 unter [https://publishup.uni-potsdam.de/opus4-ubp/frontdoor/deliver/index/docId/53373/file/ay-bryson\\_diss.pdf](https://publishup.uni-potsdam.de/opus4-ubp/frontdoor/deliver/index/docId/53373/file/ay-bryson_diss.pdf)

Barrows, H. S. & Abrahamson, S.: The programmed patient: A technique for appraising student performance in clinical neurology. In: *Journal of Medical Education* (1964), 39(8), S. 802-805.

Barrows, Howard S.: An Overview of the Use of Standardized Patients for Teaching and Evaluating Clinical Skills. In: *Academic Medicine* (1993), 68(6), S. 443-451.

Berg, B. L., & Lune, H. (2017): *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. 9th ed. Pearson.

Birndorf, C. & Kaye, M.: Teaching the mental status examination to medical students by using a standardised patient in a large group setting. In: *Academic Psychiatry* (2002), 26: S. 180-183.

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

Bohnsack, Ralf (2000): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Sozialforschung. 4. Aufl. Opladen.

Bohnsack, R. & Nohl, A.: Exemplarische Textinterpretation: Die Sequenzanalyse der dokumentarischen Methode. In: Bohnsack, R. et al. (Hg.) (2001): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Opladen: Leske + Budrich. S. 303-321.

Bokken, L.; Vandalen, J. & Rethans, J.-J.: Performance-related stress symptoms in simulated patients. In: Medical Education (2004), 38, S. 1089-1094.

Bokken, Lonneke; van Dalen, Jan & Rethans, Jan-Joost: The impact of simulation on people who act as simulated patients: a focus group study. In: Med Educ 2006 Aug;40(8): S.781-786.

Bokken, Lonneke; van Dalen, Jan & Rethans, Jan-Joost: The case of "Miss Jacobs": adolescent simulated patients and the quality of their role playing, feedback, and personal impact. In: Simul Healthc, 2010;5(6): S. 315-319.

Brenner, Adam M.: Uses and limitations of simulated patients in psychiatric education In: Acad Psychiatry 2009, Mar-Apr;33(2): S. 112-119.

Butollo, Maria Asisa & Holzinger, Anita (2016): Consequences of patient representation and effective transition techniques of Simulation Patients. Medizinische Universität Wien. Poster beim YSA-Symposium.

Abgerufen am 30.12.2024 unter [https://www.researchgate.net/profile/Asisa-Butollo/publication/305449671\\_Consequences\\_of\\_patient\\_representation\\_and\\_effective\\_transition\\_techniques\\_of\\_Simulation\\_Patients/links/578f755c08aebca4cadd350/Consequences-of-patient-representation-and-effective-transition-techniques-of-Simulation-Patients.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Asisa-Butollo/publication/305449671_Consequences_of_patient_representation_and_effective_transition_techniques_of_Simulation_Patients/links/578f755c08aebca4cadd350/Consequences-of-patient-representation-and-effective-transition-techniques-of-Simulation-Patients.pdf)

Butollo, Maria Asisa (2019): Consequences in mental well-being for actors simulating patients in communication skills training: The role of communication style, patient roles, and protective strategies. Medizinische Universität Wien.

Abgerufen am 30.12.2024 unter <https://repositorium.meduniwien.ac.at/obvum-whs/content/titleinfo/4681915/full.pdf>

Chur-Hansen, A. & Koopowitz, L.: Introducing psychosocial and psychiatric concepts to first year medical students using an integrated biopsychosocial framework. In: *Education for Health* (2002), 15: S. 305-314.

Cleland, Jennifer; Abe, Keiko & Rethans, Jan-Joost: The use of simulated patients. In: *medical education*. AMEE Guide No 42. In: *Medical Teacher*, Juni 2009, 31(6), S. 477-486.

Collins, J. P. & Harden, R. M. (2004): *The Use of Real Patients, Simulated Patients and Simulators in Clinical Examinations*. AMEE Medical Education Guide No 13. Abgerufen am 16.07.2025 unter [https://web.archive.org/web/20071023055610/http://www.medev.ac.uk/resources/features/AMEE\\_summaries/Guide13summaryMay04.pdf](https://web.archive.org/web/20071023055610/http://www.medev.ac.uk/resources/features/AMEE_summaries/Guide13summaryMay04.pdf)

Dave, Subodh: Simulation in psychiatric teaching. In: *Advances in psychiatric treatment* (2012), vol. 18, S. 292-298.

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

Eagles, J. et al.: Simulated patients in undergraduate education in psychiatry. In: *Psychiatric Bulletin*, 31, 2007, S. 187-190.

Famuyiwa, O.O.; Zacharia, M.P. & Ilechukwu, S.T.C.: The objective structured clinical examination in psychiatry. In: *Med Ed*. 1991;25: S. 45-50.

Emunah, R. (1994): *Acting for Real: Drama Therapy Process, Technique, and Performance*. New York, Routledge.

Erici, Sten; Lindqvist, Daniel; Lindström, Mats B. & Gummesson, Christina Three perspectives on learning in a simulated patient scenario: a qualitative interview study with student, simulated patient, and teacher. In: *Advances in Simulation* (2023), 8:10.

Fiscella, K; Franks, P; Srinivasan, M; Kravitz, RL & Epstein, R: Ratings of physician communication by real and standardized patients. In: *Ann Fam Med*. 2007;5(2): S. 151-158.

Flick, U. (2019): *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. Reinbek, Rowohlt.

Gamble, Andree; Nestel, Debra & Bearman, Maragret: Children and young people as simulated patients: recommendations for safe engagement. In: International Journal of Healthcare Simulation, 2022, Adi Health+Wellness.

Harden, R. M.; Stevenson, M.; Downie, W. W. & Wilson, G. M.: Assessment of clinical competence using objective structured examination. In: British Medical Journal (1975), 1(5955), S. 447-451.

Helfferrich, C. (2011): Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Heydrich, Kathrin (2014): „Wie geht es eigentlich den Schauspielpatienten?“ - eine qualitative Studie zu den Auswirkungen der Simulationen auf das Wohlbefinden der Schauspielpatienten an der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Medizinische Fakultät, Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Ho, Yun-Chi; Kao, Sheng-Po; Chen, Che-Han; Chu, Shao-Yin: Older Taiwanese Volunteers as Standardized Patients: Service Motivation, Identity Formation, and Internal Transformation. In: Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare (2024), 19(3): S. 158-163.

Hodges, B; Hanson, M; McNaughton, N & Regehr, G: University of Toronto Psychiatric Skills Assessment Project. Creating, monitoring, and improving a psychiatry OSCE: a guide for faculty. In: Acad Psychiatry. 2002; 26(3): S. 134-161.

Hölzer, Henrike: „Simulanten und dressierte Affen? Die Simulation von Arzt-Patienten-Kontakten in der medizinischen Ausbildung“. In: Bruchhausen, Walter & Kaiser, Céline (Hg.) (2012): Szenen des Erstkontakt zwischen Arzt und Patient. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht. S.107–117.

Hopf, Christel (2007): Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von & Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 7. Auflage, Hamburg. S. 349-360.

Isaksson, Johan; Krabbe, Julia & Ramklint, Mia: Medical students' experiences of working with simulated patients in challenging communication training In: Advances in Simulation (2022), 7:32.

Kamin, Anna Maria (26.11.2014): Dokumentarische Methode. Abgerufen am 18.12.2024 unter <https://blogs.uni-paderborn.de/fips/2014/11/26/dokumentarische-methode/>

Kennedy, C. & Yellowlees, P.: The effectiveness of telepsychiatry measured using the Health of the Nation Outcome Scale and the Mental Health Inventory. In: Journal of Telemedicine and Telecare, 9 (2003): S. 12-16.

Klamer, D. & Yudkowski, R.: Using standardized patients for formative feedback in an introduction to psychotherapy course. In: Academic Psychiatry 26 (2002): 168–72.

Klinkhammer, Gisela: Arzt-Patienten-Kommunikation Verbesserung des Heilerfolgs durch die richtigen Worte. In: Dtsch Arztebl 2008; 105(50): [107].

Krahn, L.E., Sutor, B. & Bostwick, J.M.: Conveying emotional realism: a challenge to using standardized patients. In: Acad Med 76 (2001): S. 216–217.

Kühne, F.; Ay, D.S.; Otterbeck, M.J. & Weck, F: Standardized patients in clinical psychology and psychotherapy: a scoping review of barriers and facilitators for implementation. In: Acad Psychiatry. 2018 Dec; 42(6): S. 773-781.

Kvale, Steinar (2012): Doing interviews. London, Sage.

Lauber, Heike: Ausbildung von SPs für die medizinische Lehre. In: Peters, T. & Thrien, C. (Hg.). (2018): Simulationspatienten: Handbuch für die Aus- und Weiterbildung in medizinischen und Gesundheitsberufen. Bern, Hogrefe. S. 47-63.

Lewis, Karen L.; Bohnert, Carrie A. et al.: The Association of Standardized Patient Educators (ASPE) Standards of Best Practice (SOBP). In: Advances in Simulation (2017) 2:10.

Lorkowski, Thorsten (2011): Wie beurteilen Simulationspatienten die Relevanz von Kommunikationsunterricht unter Berücksichtigung ihrer eigenen Arztbeziehung? Ergebnisse von Leitfadeninterviews. Medizinische Fakultät, Universität Göttingen.

Lukasczik, Matthias; Vogel, Heiner & Zerban, Nina Luisa: Reformierte Psychotherapieausbildung: Vorhang auf für Schauspielpatienten. In: Deutsches Ärzteblatt, 2020; 18 (4): S. 168-169.

Matthes, Erzsébet (2019): Effektivität des Einsatzes von Simulationspatienten in der Lehre in klinischen und vorklinischen Settings. Universität Rostock.

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 12. Aufl. Weinheim, Beltz.

Mayring, P., & Fenzl, T.: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hg.) (2019): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden, Springer VS. S. 633-648

McNaughton, N.; Tiberius, R. & Hodges, B.: Effects of portraying psychologically and emotionally complex standardized patient roles. In: Teaching and Learning in Medicine 11 (1999): S. 135-141.

McNaughton, Nancy; Ravitz, Paula; Wadell, Andrea & Hodges, Brian D.: Psychiatric Education and Simulation: A Review of the Literature. In: The Canadian Journal of Psychiatry, Vol 53, No 2, February 2008.

Michalek, Ruth. (2008): Analyseschritte der Dokumentarischen Methode. QUASUS. Qualitatives Methodenportal zur Qualitativen Sozial-, Unterrichts- und Schulforschung. Abgerufen am 18.12.2024 unter <https://www.ph-freiburg.de/quasus/was-muss-ich-wissen/daten-auswerten/dokumentarische-methode/analyseschritte-der-dokumentarischen-methode.html>

Misoch, Sabina (2019): Qualitative Interviews. Berlin, De Gruyter.

Nestel, Debra; Fleishman, Cathy & Bearman, Margaret: Preparation: Developing Scenarios and Training for Role Portrayal. In: Nestel, Debra & Bearman, Margaret (Hg.) (2014): Simulated Patient Methodology: Theory, Evidence and Practice. John Wiley & Sons Ltd. S. 61-70

Neumann, E.; Obliers, R.; Schiessl, C.; Stosch, C. & Albus, C.: Studentische Evaluations-Skala für Lehrveranstaltungen mit Simulationen der Arzt-Patient-Interaktion (SES-Sim). In: Zeitschrift für Medizinische Ausbildung (2011), 28(4), Doc56.

Norman, G. R.; Tugwell, P. & Feightner, J. W.: A comparison of resident performance on real and simulated patients. In: J Med Educ 1982, Sep;57(9): S. 708-715.

Ortwein, H.; Frohmel, A. & Burger, W.: Application of standardized patients in teaching, learning and assessment. In: Psychother Psychosom Med Psychol, 56 (2006), S. 23-29.

Peters, Tim (2015): „Sie können sich das quasi aussuchen, welches sie nehmen.“ Die interaktionale Aushandlung der therapeutischen Entscheidungsfindung in der medizinischen Ausbildung. Göttingen, Verlag für Gesprächsforschung.

Peters, T. & Thrien, C. (Hg.). (2018): Simulationspatienten: Handbuch für die Aus- und Weiterbildung in medizinischen und Gesundheitsberufen. Bern: Hogrefe.

Pheister, M.; Stagno, S. et al.: Simulated patients and scenarios to assess and teach psychiatry residents. In: Acad Psychiatry. 2017 Feb; 41(1): S. 114-117.

Philipp, S. & Rockenbauch, K.: Medizinstudierende als Schauspielpatienten-ein Wahlfach für Medizinstudenten im klinischen Abschnitt. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 1 (2011), S. 38-41.

Piot, Marie-Aude; Attoe, Chris; Billon, Gregoire; Cross, Sean; Rethans, Jan-Joost & Falissard, Bruno: Simulation Training in Psychiatry for Medical Education: A Review In: Front. Psychiatry, 21 May 2021 Sec. Social Psychiatry and Psychiatric Rehabilitation; Volume 12 - 2021.

Reinders, Heinz (2005): Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen: Ein Leitfaden. München, Oldenbourg Verlag.

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

Rietfort, Andrea & Strohmer, Renate: „Akquise von SPs. Rekrutierung und Auswahl.“ In: Peters, Tim und Thrien, Christian (Hg.) (2018): Simulationspatienten. Handbuch für die Aus- und Weiterbildung in medizinischen und Gesundheitsberufen. Göttingen, hogrefe. S. 23-32.

Roselt, Jens (Hg.) (2009): Seelen mit Methode Schauspieltheorien vom Barock bis zum postdramatischen Theater. Alexander Verlag Berlin.

Schultz, J.; Schönemann, J.; Lauber, H.; Nikendei, C.; Herzog, W. & Jünger, J.: Einsatz von Simulationspatienten im Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinerinnen und Mediziner (Medi-KIT): Bedarfsanalyse-Training-Perspektiven. In: Gruppendynamik und Organisationsberatung, Heft 1 (2007) , Jahrgang 38, S. 7-23.

Simmenroth-Nayda, Anne; Marx, Gabriella; Lorkowski, Thorsten & Himmel, Wolfgang: Working as simulated patient has effects on real patient life – Preliminary insights from a qualitative study. In: GMS J Med Educ. 2016;33(3). Abgerufen am 18.12.2024 unter <https://www.egms.de/static/de/journals/zma/2016-33/zma001041.shtml>

Smith, Cathy M.; Edlington, Tanya L.; Lawton, Richard & Nestel, Debra: The dramatic arts and simulated patient methodology in: Nestel & Bearman (Hg.) (2014): Simulated Patient Methodology: Theory, Evidence and Practice. Wiley and Sons. S. 39-45

Smith, Cathy M.; Alsaba, Nemat; Nestel, Debra & Guttman Sokoloff, Lisa (Hg.) (2024): Comprehensive Healthcare Simulation: Geriatric Simulation. Springer.

Sommer, Michael; Peters, Tim; Fritz, Angelika & Kursch, Angelika: Simulated patients in medical education – a survey on the current status in Germany, Austria and Switzerland. In: GMS Journal for Medical Education 2019, Vol. 36(3).

Stanislawski, K. (1936/2013): An Actor Prepares. London, Bloomsbury Methuen Drama.

Steinke, I. (2000): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., Kardorff, E. von & Steinke, I. (Hg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 319-331.

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

Taverner, D.; Dodding, C. & White, J.: Comparison of methods for teaching clinical skills in assessing and managing drug-seeking patients. Medical Education (2000), 34: S. 285-291.

Thompson, Juliana; Tiplady, Sue; Hutchinson, Anne; Cook, Glenda & Harrington, Barbara: Older people's views and experiences of engagement in standardised patient simulation. In: BMJ Simul Technol Enhanc Learn (2017);3(4): S. 154-158.

Tiwary, Abhishek; Rimal, Ajwani; Paudyal, Buddhi; Sigdel, Keshav Raj & Basnyat, Buddha: Poor communication by health care professionals may lead to life-threatening complications: examples from two case reports. In: Wellcome Open Research 2019, 4:7.

Wallace, Peggy (2007): *Coaching Standardized Patients: For Use in the Assessment of Clinical Competence*. Springer Publishing Company.

Wallach, P. M.; Elnick, M.; Bognar, B.; Kovach, R.; Papadakis, M.; Zucker, S. & Speer, A.: Standardized patients' perceptions about their own health care. In: *Teach Learn Med*. 2001;13(4): S. 227-231.

Wasilko, Y & Stickley, T.: Theatre and pedagogy: using drama in mental health nurse education. In: *Nurse Educ Today*. 2003; 23: s. 443-448.

Weck, F.; Wald, A. & Kühne, F.: Erfassung therapeutischer Kompetenzen in der Forschung und Praxis. In: *Psychother Dialog*. 2019; 20(04): S. 23-27.

Wündrich, M.; Peters, J.; Philipsen, A.; Kopasz, M.; Berger, M. & Voderholzer, U.: Einsatz von Simulationspatienten in den Lehrfächern Psychiatrie und Psychotherapie. Eine kontrollierte Pilotstudie. In: *Nervenarzt* 2008 ,79: S. 1273-1282.

Zarrilli, P. B. (2009): *Psychophysical Acting: An Intercultural Approach after Stanislavski*. London, Routledge.

Zarrilli, P. B.; McConachie, B.; Williams, G. J. & Sorgenfrei, C. F (2010): *Theatre Histories: An Introduction (2nd ed.)*. London, Routledge.

## 8 Anhang

### 8.1 Teilnehmerinformation und Einverständniserklärung



Studienleitung: PD Dr. Nadine Dreimüller MME  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Kontakt: dreimuel@uni-mainz.de

#### **Probandeninformation und Einwilligungserklärung zur Studie:**

*„Von Spiel zu Ernst: Negative Auswirkungen der Darstellung psychiatrischer Krankheitsbilder auf Simulationspatienten“*

Sehr geehrte Simulationspatientin, sehr geehrter Simulationspatient,

mit diesem Schreiben möchten wir Sie über die oben benannte Studie an unserer Klinik informieren und nach Ihrem Interesse zur **freiwilligen** Studienteilnahme fragen. Bitte lesen Sie sich dieses Informationsschreiben sorgfältig durch. Ihr Gesprächspartner wird mit Ihnen auch direkt über diese Studie sprechen. Bitte fragen Sie ihn, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wenn Sie zusätzlich etwas wissen möchten.

Die Studie wurde durch die Ethikkommission des Landes Rheinland-Pfalz ethisch geprüft und am (Datum) zustimmend bewertet.

#### **Ziel und Zweck der Studie**

In der Forschungsliteratur und Praxisratgebern zum Thema „Simulationspatienten“ wird oft darüber diskutiert, für welche Rollen Laien- und für welche Berufsschauspieler eingesetzt werden sollten. Dabei wird angenommen, dass bei psychiatrischen Krankheitsbildern Berufsschauspieler eingesetzt werden sollten, da diese leichter aus der Rolle aussteigen könnten und die Gefahr geringer sei, dass sie die gespielten Krankheiten selbst übernehmen.

Wir möchten in unserer Studie mit Hilfe eines Fragebogens und Interviews mit den im Praktikum Psychiatrie eingesetzten Simulationspatienten herausfinden, ob sich die Darstellung psychiatrischer Krankheitsbilder auf deren persönliches Wohlbefinden auswirkt und ob sich diese von anderen Patientenrollen unterscheidet.

#### **Ablauf der Studie**

Im Rahmen der Studie sollen die Simulationspatienten zu Beginn des Wintersemesters 2022/23 zu drei Zeitpunkten einen kurzen Fragebogen ausfüllen: Eine Woche vor der ersten Simulation im Praktikum Psychiatrie, unmittelbar nach dieser ersten Simulation und noch einmal eine Woche später. Zusätzlich wird mit jedem Simulationspatienten ein etwa 10-15minütiges Interview geführt. Die Zeiten dafür können individuell abgestimmt werden. Zur Studie sind alle im Praktikum Psychiatrie an der Universitätsmedizin Mainz eingesetzten Simulationspatienten eingeladen.

#### **Nutzen und Risiken**

Die Ergebnisse der Studie sollen dazu verwendet werden, die Auswirkungen der Darstellung psychiatrischer Krankheitsbilder auf Simulationspatienten besser zu verstehen und dadurch künftige Einsätze von Simulationspatienten sicherer und angenehmer zu gestalten.

### **Freiwilligkeit der Studienteilnahme und Widerrufsmöglichkeit**

Die Teilnahme an dieser Studie ist **freiwillig**. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Studie **widerrufen** (mündlich, schriftlich oder in Textform) und der Weiterverarbeitung Ihrer Daten und Proben widersprechen, ohne dass Ihnen (ggf. Ihrem Kind bei unter 18-jährigen) dadurch Nachteile im Hinblick auf Ihre medizinische Behandlung oder Ihr Verhältnis zu Ihrem behandelnden Arzt entsteht. Ihre personenbeziehbaren Daten werden in diesem Fall gelöscht. Die zu diesem Zeitpunkt bereits anonymisierten Daten können nicht gelöscht werden, da Ihnen diese Daten nicht mehr zugeordnet werden können. Ihr Widerruf wird erst wirksam ab dem Zeitpunkt des Zuganges der Erklärung bei der Universitätsmedizin Mainz. Er hat keine Rückwirkung, d.h. die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

### **Datenschutzrechtliche Informationen**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist Mathias Müller M.A.

Wir garantieren die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmung. Ihre personenbezogenen Daten werden jederzeit vertraulich behandelt.

Sämtliche Daten werden in **pseudonymisierter Form** erhoben. Pseudonymisiert bedeutet, dass Ihre personenbezogenen Daten (z.B. Name, Geburtsdatum und Anschrift) durch einen wertneutralen Code (z.B. XYZ01) ersetzt werden. Über diesen Code können Ihre Studiendaten zugeordnet werden, ohne dass Ihre persönlichen Daten öffentlich zugänglich sind. Der Zugang zu der Kodierungsliste und damit zu einer potentiellen Rückentschlüsselung liegt einzig bei den mit der Studie befassten Mitarbeitern/Studienleitern. Darüber hinaus werden die Daten bei einer eventuellen Publikation unter Pseudonymen wie „Simulationspatient 1“, „Simulationspatient 2“ usw. besprochen. Eine Beratung durch den Datenschutzbeauftragten der Universitätsmedizin Mainz hat stattgefunden.

**Gemäß der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) informieren wir Sie im Folgenden über Ihre Rechte in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten:**

#### **I. Art der Daten:**

Bei den Daten die wir von Ihnen verarbeiten, handelt es sich um personenbezogene Daten gemäß Art. 4 Nr. 1 DS-GVO bzw. um besondere Kategorien von personenbezogenen Daten in Form von Gesundheitsdaten nach Art. 4 Nr. 15 DS-GVO.

Wir verarbeiten Ihre Personalien (Name, Adresse, Geburtsdatum und Geburtsort) sowie im Rahmen der Studie die folgenden Daten:

- Ergebnisse des *Quality of Life*-Fragebogens
- Informationen aus den geführten Interviews

#### **II. Verarbeitungszweck:**

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt ausschließlich zum oben beschriebenen Studienzweck. Eine Verarbeitung Ihrer Daten über den Studienzweck hinaus findet nicht statt.

#### **III. Rechtsgrundlage:**

Rechtsgrundlage für die von Ihnen im Rahmen der oben benannten Studie verarbeiteten personenbezogenen Daten ist Ihre Einwilligungserklärung gemäß Art. 7 und Art. 9 Abs. 2a DS-GVO und § 37 Abs. 1 LKG RLP.

#### IV. Empfänger/Kategorien von Empfängern:

- a) Eine Weitergabe der Daten an Dritte (Personen, die nicht zur Durchführung der oben benannten Studie eingesetzt werden) oder eine Veröffentlichung findet, wenn überhaupt, nur in pseudonymisierter Form statt.

#### V. Speicherdauer und Löschung:

- a) Die studienbezogenen Daten werden nach Erreichen des Studienziels, spätestens jedoch nach 10 Jahren gelöscht, soweit gesetzliche Vorgaben nicht längere Aufbewahrungsfristen vorsehen.
- b) Bitte beachten Sie, dass die in die Auswertung eingebrachten Informationen durch eine erfolgte Pseudonymisierung keine Rückverfolgung zu ihrer Person mehr möglich machen, weshalb nach der Pseudonymisierung auch keine Löschung Ihrer zu Studienzwecken erhobenen Daten aus der Studie möglich ist.

#### VI. Betroffenenrechte:

Bezüglich Ihrer Daten haben Sie folgende Rechte:

##### Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DS-GVO:

Sie haben das Recht, Auskunft darüber zu verlangen, ob und welche personenbezogenen Daten von Ihnen durch uns verarbeitet werden. Das Recht auf Auskunft kann im Sinne des § 27 Abs. 2 BDSG eingeschränkt werden.

##### Recht auf Berichtigung nach Artikel 16, 19 DS-GVO:

Sie haben das Recht, Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen. Das Recht auf Berichtigung kann im Sinne des § 27 Abs. 2 BDSG eingeschränkt werden.

##### Recht auf Löschung nach Artikel 17, 19 DS-GVO:

Sie haben das Recht, die Löschung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu verlangen<sup>1</sup>.

##### Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18, 19 DS-GVO:

Sie haben das Recht, die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten einzuschränken. Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung kann im Sinne des § 27 Abs. 2 BDSG eingeschränkt werden.

##### Recht auf Datenübertragbarkeit nach Art. 20 DS-GVO:

Sie haben das Recht, die sie betreffenden personenbezogenen Daten, die sie dem Verantwortlichen für die Studie bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden.

##### Widerspruchsrecht nach Art. 21 DS-GVO:

Sie haben das Recht, gegen die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen.

#### VII. Automatisierte Entscheidungsfindung <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sollten pseudonymisierte Daten an Dritte übermittelt worden sein, sind diese von dem Wunsch auf Löschung in Kenntnis zu setzen und die dortige Löschung muss verlangt werden.

<sup>2</sup> Bitte überprüfen, ob nicht doch Probanden aufgrund einer automatisierten Entscheidung ausgewählt werden.

Studienleitung: PD Dr. Nadine Dreimüller MME  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Kontakt: dreimuel@uni-mainz.de

Ihre personenbezogenen Daten sind nicht Gegenstand von Entscheidungen, die ausschließlich auf einer automatisierten Verarbeitung basieren (z.B. Profiling).

**VIII. Verantwortlicher**

Für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist rechtlich verantwortlich:

Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
vertreten durch den Vorstand  
Langenbeckstraße 1, 55131 Mainz  
Telefon: 06131 17-0  
Webseite: <http://www.unimedizin-mainz.de/>

Ihnen steht ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde Ihrer Wahl zu. Die zuständige Aufsichtsbehörde für die Universitätsmedizin Mainz ist der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz:

Postfach 30 40, 55020 Mainz  
Hintere Bleiche 34, 55116 Mainz  
Tel.: +49 (0) 6131 208-2449  
Fax: +49 (0) 6131 208-2497  
Email: [poststelle@datenschutz.rlp.de](mailto:poststelle@datenschutz.rlp.de)  
<https://www.datenschutz.rlp.de>

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der Universitätsmedizin Mainz:

Langenbeckstraße 1  
55131 Mainz  
Tel.: 06131/17-0  
Email: [datenschutz@unimedizin-mainz.de](mailto:datenschutz@unimedizin-mainz.de)

**Kontaktinformationen**

Bei Rückfragen oder bei der Geltendmachung Ihrer Betroffenenrechte stehen Ihnen folgende Ansprechpartner gerne zur Verfügung:

Mathias Müller M.A.  
Jakob-Welder-Weg 18, 55128 Mainz  
[Mathias.mueller@uni-mainz.de](mailto:Mathias.mueller@uni-mainz.de)

Mit freundlichen Grüßen,

PD Dr. Nadine Dreimüller MME

(Studienleitung)

Studienleitung: PD Dr. Nadine Dreimüller MME  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Kontakt: dreimuel@uni-mainz.de

**Probandeninformation und Einwilligungserklärung zur Studie:**

„Von Spiel zu Ernst: Negative Auswirkungen der Darstellung psychiatrischer Krankheitsbilder auf Simulationspatienten“

Hiermit erkläre ich,

Vorname und Name: .....  
Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Geburtsdatum: .....

Teilnehmercode: .....  
(Pseudonym, wird von der Studienleitung eingetragen)

mich bereit an der o. g. Studie freiwillig teilzunehmen. Ich wurde in einem persönlichen Gespräch durch

Herrn/Frau .....  
(Name des Studienarztes / der Studienärztin)

ausführlich und verständlich über Wesen, Bedeutung, Risiken und Tragweite der Studie aufgeklärt. Ich hatte die Gelegenheit zu einem Beratungsgespräch. Alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet, ich kann jederzeit neue Fragen stellen. Ich habe darüber hinaus den Text der Informationsschrift gelesen und verstanden.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden.

Ein Exemplar des Informationsblattes und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten, gelesen und verstanden. Das Original der unterschriebenen Einwilligungserklärung verbleibt im Prüfzentrum.

Ich erkläre, dass ich freiwillig bereit bin, an der wissenschaftlichen Studie teilzunehmen. Über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten wurde ich im Sinne des Art. 13 DS-GVO umfassend informiert.

**DATENSCHUTZ:**

**Ich habe verstanden und bin damit einverstanden,**

- 1. dass meine für den Zweck der o.g. Studie nötigen personenbezogenen Daten durch den Studienarzt erhoben und pseudonymisiert aufgezeichnet und verarbeitet werden, auch auf elektronischen Datenträgern;**



## 8.2 Interviewleitfaden

### Interview-Leitfaden: Einsatz von Simulationspatienten im Praktikum Psychiatrie

#### 1. Information

- Informieren der Befragten zu den Zielen der Studie
- Informationen zum Datenschutz
- Einverständniserklärung unterzeichnen

#### 2. Warm-Up

- **Dank für die Interviewbereitschaft**
- **Einstiegsfrage ins Thema zur Gewöhnung**

Sie sind ja zum heutigen Interview eingeladen worden, weil Sie als Simulationspatient/in im Praktikum Psychiatrie eingesetzt werden. Ich habe mich jetzt bewusst noch nicht informiert, welche Rollen Sie hier an der Lernklinik noch spielen. Deshalb möchte ich Sie zunächst fragen, seit wann Sie hier an der Lernklinik als Simulationspatient/in aktiv sind und welche Rollen Sie seitdem gespielt haben. Können Sie das für mich kurz rekapitulieren?

#### 3. Hauptteil

##### - **Rollen im Fach Psychiatrie**

Die Rolle/n im Fach Psychiatrie, die Sie spielen, wie haben Sie sich auf diese Rolle vorbereitet?

Fällt Ihnen das Spielen dieser Rolle schwer?

(ggf. Nachfrage: Wie verhält es sich mit Rollenein- und Ausstieg?)

Wie fühlen Sie sich während des Spielens des psychiatrischen Krankheitsbildes?

Wie fühlen Sie sich hinterher nach der Simulation?

Hatten Sie je das Gefühl, von der Rolle in der Psychiatrie überfordert zu sein?

##### - **Vergleich mit anderen Fächern und Rollen**

Wenn Sie Ihre Rolle/n im Praktikum Psychiatrie mit anderen Rollen, die Sie hier in der Lernklinik spielen oder gespielt haben, vergleichen...

a) ...gibt es da für Sie Unterschiede in der Schwierigkeit?

b) ...gibt es da für Sie Unterschiede in der Vor- und Nachbereitung der Rollen?

c) Fühlen Sie sich vor und nach Szenarien mit anderen Rollen anders als bei Patientenrollen mit psychiatrischem Krankheitsbild?

#### 4. Ausklang

#### - Möglichkeit zu Ergänzungen

Ich habe jetzt alle Fragen gestellt, die ich mir vorgenommen hatte. Möchten Sie noch etwas ergänzen?

#### - Dank für das Interview

#### Quellen:

Kvale, S. (2012). Doing interviews. London: Sage.

Misoch, S. (2019): Qualitative Interviews. Berlin: De Gruyter.

Reinders, H. (2005). Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen: Ein Leitfaden. München: Oldenbourg Verlag.

## 9 Danksagung

Zum Abschluss dieser Dissertation muss zunächst denjenigen gedankt werden, die im Zentrum dieser Arbeit stehen: Liebe Simulationspersonen der Rudolf Frey Lernklinik, ich danke Euch herzlich für Eure Zeit und Eure Teilnahme, aber auch für die großartige Arbeit, die Ihr regelmäßig im Rahmen der zahlreichen Unterrichtsveranstaltungen leistet! Ihr habt dadurch nicht nur mein medizinisches Promotionsprojekt ermöglicht, sondern auch mein Studium mehr als bereichert!

Doch auch die ‚Mainzer Simulanten‘ wären aufgeschmissen, hätten sie nicht das großartige Team der Lernklinik um sich herum. Lieber \_\_\_\_\_, lieber \_\_\_\_\_, lieber \_\_\_\_\_, liebe \_\_\_\_\_, seit wir uns 2016 kennengelernt haben, habt ihr mich vom ersten Moment an auf meinem Weg unterstützt. Und so wurde aus dem ehemaligen Simulationspatient und HiWi schließlich ein ärztlicher Kollege. Diese Entwicklung ist in nicht unerheblichem Maße auch Euer Verdienst und ich werde Euch dafür niemals genug danken können!

Letztlich ist so eine Dissertation nicht nur für den Promovierenden ein erheblicher Aufwand, sondern auch für die Betreuerin. Liebe \_\_\_\_\_, abschließend bin ich Dir zu allergrößtem Dank verpflichtet. Auch wir kennen uns schon seit meinen Anfängen in der Lernklinik und auch Du hast mir mehr als nur ein Mal mit Rat und Tat zur Seite gestanden. Ich danke Dir von Herzen, dass Du mich bei diesem Projekt unterstützt und dieses möglich gemacht hast!

Abschließend mein herzlicher Dank an meine gute und liebe Freundin \_\_\_\_\_, die sich wie schon allzu oft in der Vergangenheit wieder die Zeit genommen hat, meine Arbeit gegenzulesen. Vielen lieben Dank!

## 10 Tabellarischer Lebenslauf

