



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG



NEWSLETTER

UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK | AUSGABE 04 | OKTOBER 2019

SEHR GEEHRTE, LIEBE FRAU KOLLEGIN,
SEHR GEEHRTER, LIEBER HERR KOLLEGE,

in dieser aktuellen Ausgabe des Newsletters für das Jahr 2019 möchten wir wieder über spannende, neue Projekte aus den Bereichen Geburtshilfe, Gynäkologie und Onkologie berichten.

Wir präsentieren Ihnen die COGNITION- Studie zur Implementierung von Genomics-gestützter Präzisionsmedizin bei Brustkrebs im Frühstadium. Darüberhinaus erhalten Sie einen Überblick über den Zulassungsstatus von PARP-Inhibitoren beim Ovarial- und beim Mammakarzinom sowie über das veränderte operative Management bei Eingriffen in der Axilla beim Mammakarzinom. In zwei weiteren interessanten Beiträgen aus dem Bereich der Geburtshilfe erfahren Sie mehr zur Antibiotikaprophylaxe bei der vaginal-operativen Entbindung (ANODE-Studie) und über MIND:PREGNANCY – ein Programm für mehr Achtsamkeit in der Schwangerschaft. Abschließend berichten wir noch über ein aktuelles Lehrprojekt zum realitätsnahen Training schwieriger Kommunikationssituationen. Details zu diesen Beiträgen können Sie den Artikeln unten entnehmen.

Ich freue mich auf eine weitere gute Zusammenarbeit im Jahr 2019.

mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. C. Sohn

INHALT/THEMEN

- > COGNITION- Studie
Implementierung von
Genomics-gestützter
Präzisionsmedizin bei
Brustkrebs im Frühstadium
- > Neuigkeiten zum
Zulassungsstatus von
PARP-Inhibitoren
- > Verändertes operatives
Management beim
Mammakarzinom
- > ANODE -
Antibiotikaprophylaxe bei
der vaginal-operativen
Entbindung
- > MIND:PREGNANCY -
Programm für mehr
Achtsamkeit in der
Schwangerschaft
- > Einsatz von
Simulationspatienten/-innen in
der studentischen Lehre zum
realitätsnahen Training
schwieriger
Kommunikationssituationen
- > Termine

Im Neuenheimer Feld 440
69120 Heidelberg
Tel: +49 6221 56-7901
Fax: +49 6221 56-
www.klinikum.uni-heidelberg.de

COGNITION- STUDIE IMPLEMENTIERUNG VON GENOMICS GESTÜTZTER PRÄZISIONSMEDIZIN BEI BRUSTKREBS IM FRÜHSTADIUM

Dr. med. Alexandra von Au

Im April 2019 ist an der Universitätsklinik Heidelberg die COGNITION-Studie (Comprehensive assessment of clinical features, genomics and further molecular markers to identify patients with early breast cancer for enrolment on marker driven trials) gestartet. Hierbei handelt es sich um ein Kooperationsprojekt zwischen dem Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT), dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) sowie der Universitätsfrauenklinik Heidelberg. Im Rahmen der Studie werden Mammakarzinompatientinnen in der Postneoadjuvanz durch molekulare Genomanalysen individualisierte und zielgerichtete Therapien angeboten.

Hintergrund der Studie:

Trotz der heutzutage hohen Überlebensraten von Brustkrebs im Frühstadium versterben noch immer etwa 10-20% aller Brustkrebspatientinnen in den ersten 10 Jahren nach der Diagnosestellung. Folglich besteht die klinische Herausforderung in diesem frühen, potentiell kurativen Stadium der Erkrankung darin, solche Patienten mit einem hohen Rezidivrisiko frühzeitig zu identifizieren, da diese möglicherweise von einer intensivierten Behandlung profitieren. Heutzutage werden bei den high-risk molekularen Subtypen von Brustkrebs chemotherapeutische Behandlungen mit kurativer Intention vorwiegend in einem neoadjuvanten Setting verabreicht. Als wichtigste Vorteile sind die in-vivo-Sensitivitätstestung der Chemotherapeutika sowie eine mögliche Deeskalation der lokoregionalen Therapie zu nennen.

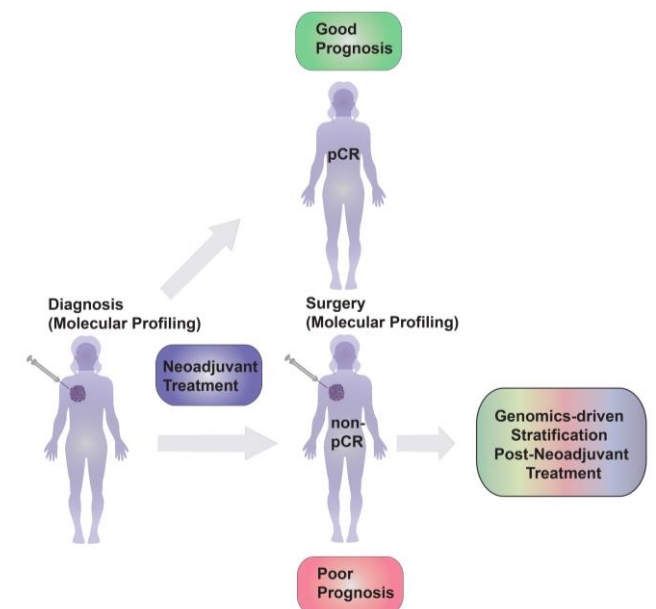
Wichtig ist jedoch auch, dass das Erreichen einer pathologischen Komplettremission (pCR) nach neoadjuvanter Chemotherapie als Surrogatmarker und Zwischenendpunkt für die Identifizierung des krankheitsfreien und Gesamtüberlebens dient (von Minckwitz et al. 2012 JCO; Cortazar et al. 2015 Ann Surg Oncol). Somit können durch das Vorliegen einer non-pCR insbesondere wenn ein positiver Nodalstatus und/oder ein hoher CPS-EG-Score hinzukommen, diejenigen Patienten mit erhöhtem Rückfallrisiko identifiziert werden. Die ersten internationalen Studien konnten in den letzten Jahren zeigen, dass durch eine postneoadjuvante Therapie für Mammakarzinom-Patientinnen aus dem Hochrisiko-Kollektiv das Outcome verbessert werden kann (Matsuda et al. 2017 N Engl J Med; von Minckwitz et al. 2019 N Engl J Med). Mit der COGNITION Studie wollen wir überprüfen, ob die Implementierung eines umfassenden molekularen Profilings in die Diagnostik und der Einsatz einer entsprechend zielgerichteten postneoadjuvanten Therapie das Outcome noch weiter verbessern kann.

Ablauf der Studie:

Gemäß Studienprotokoll können alle primären Mammakarzinom-Patientinnen, die eine neoadjuvante Therapie am NCT und der Universitätsfrauenklinik Heidelberg erhalten sollen, in die COGNITION-Studie eingeschlossen werden. Bei den Studienpatientinnen erfolgt eine Baseline-Biopsie aus dem Primärtumor vor Therapiebeginn sowie im Falle einer non-pCR eine weitere Biopsie aus dem Primärtumor nach Abschluss der neoadjuvanten Chemotherapie. Beide Proben werden in der Abteilung für Molekulare Genetik im DKFZ (Prof. Peter Lichter) analysiert und die Ergebnisse anschließend in einem Molekularen Tumorboard im NCT vorgestellt. Hier werden die postneoadjuvanten Therapieoptionen interdisziplinär diskutiert. In diesem Zusammenhang wird das genomische Profil des Tumors – insbesondere des therapieresistenten Rest-Tumors zum Zeitpunkt der Operation – herangezogen, um personalisierte Behandlungsschemata zusätzlich zu den leitliniengerechten Therapien im postneoadjuvanten Setting anzubieten. Die COGNITION-Studie läuft parallel zu dem vor über 2 Jahren gestarteten Schwester-Programm CATCH, welches eine personalisierte, auf molekularem Profiling basierende Therapie für metastasierte Mammakarzinom-Patientinnen anbietet.

Seit Beginn der Rekrutierungsphase im April 2019 wurden in die COGNITION-Studie bereits die ersten knapp 120 Patientinnen eingeschlossen.

Studienablauf



Ansprechpartner

Dr. med. Alexandra von Au
alexandra.vonau@med.uni-heidelberg.de
Constantin Pixberg
constantin.pixberg@med.uni-heidelberg.de

NEUIGKEITEN ZUM ZULASSUNGSSTATUS VON PARP-INHIBITOREN

Dr. med. Katharina Smetanay

Ovarialkarzinom

PARP-Inhibitoren sind schon seit einiger Zeit eine wichtige Therapieoption für Patientinnen mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinom. Sie hemmen die DNA-Reparatur und verhindern so das Tumorwachstum.

Beim platin-sensitiven high-grade serösen Ovarialkarzinomrezidiv kann der PARP-Inhibitor Olaparib unabhängig vom BRCA Mutationstatus nach Ansprechen auf eine platinbasierte Chemotherapie als Erhaltungsmonotherapie eingesetzt werden. Die Zulassung von Olaparib in Deutschland erfolgte erstmals 12/2014 und wurde 06/2018 erweitert. Die zwei wichtigsten Studien, die zur Zulassung führten, sind die Studie 19 und die SOLO-2-Studie (Ledermann J. 2012; Pujade-Lauraine E. 2017). In beiden Untersuchungen zeigte die Erhaltungstherapie mit Olaparib eine deutliche Verbesserung des progressionsfreien Überlebens (PFS) im Vergleich zu Placebo. Des Weiteren kam es bei einem Teil der Patientinnen im Olaparib-Arm zu einer langfristigen Krankheitskontrolle.

Seit Juni diesen Jahres, basierend auf den Ergebnissen der SOLO1-Studie, wurde Olaparib als Erhaltungstherapie auch in der Erstlinie zugelassen. Die Zulassung gilt aktuell jedoch nur für Patientinnen mit einer BRCA-Mutation bei fortgeschrittenem (FIGO III und IV) high-grade serösen Ovarialkarzinom nach Ansprechen auf eine platinbasierte Chemotherapie. Die Studie zeigte eine klinisch relevante und statistisch signifikante Verbesserung des PFS für Olaparib im Vergleich zum Placebo (Moore K. 2018).

Wir empfehlen daher allen Patientinnen (Alter < 80j.) mit einem high-grade serösen Ovarialkarzinom bereits bei Erstdiagnose die Testung auf eine BRCA-Mutation, um eine optimale Therapieplanung zu ermöglichen.

<https://www.konsortium-familiaerer-brustkrebs.de/informationen/gentest-einschlusskriterien/>

Mammakarzinom

Auch beim metastasierten, Herz/neu negativen Mammakarzinom mit BRCA-Mutation erteilte die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) für Olaparib als Monotherapie im April diesen Jahres die Zulassung. Diese basiert auf den Ergebnissen der OlympiA-Studie, eine randomisierte, offene Phase-III-Studie, in der Olaparib als Monotherapie mit einer Standard-Chemotherapie verglichen wurde. Es zeigte sich ein signifikant verlängertes PFS im Olaparib-Arm im Vergleich zur Chemotherapie-Gruppe. Zusätzlich kam es in der Olaparib-Gruppe zu einer doppelt so hohen

Ansprechrate (59,9% vs. 28,8%) bei besserem Nebenwirkungsprofil (Robson M. 2017).

Wir empfehlen bei Patientinnen mit metastasiertem oder lokal fortgeschrittenem Mammakarzinom (triple negativ < 50j. bzw. HR-positiv, Her2-neu neg. mit positiver Familienanamnese) die Testung auf eine BRCA-Mutation inklusive genetischer Beratung zur bestmöglichen Therapieplanung.

<https://www.konsortium-familiaerer-brustkrebs.de/informationen/gentest-einschlusskriterien/>

Nebenwirkungen

Olaparib ist eine gut verträgliche orale Therapie (übliche Dosierung 2 x 300mg Filmtabletten). Die häufigsten Nebenwirkungen sind Blutbildveränderungen (insbesondere Anämie), Übelkeit und Fatigue, die vor allem in den ersten Therapiewochen auftreten können. Um einen vorzeitigen Abbruch der Therapie zu vermeiden und ggf. eine Dosisreduktion durchzuführen, ist eine ausführliche Aufklärung der Patientinnen wichtig, sowie eine zu Beginn wöchentliche Blutbildkontrolle.

Neben Olaparib sind weitere PARP-Inhibitoren beim Ovarialkarzinom (Niraparib und Rucaparib) und Mammakarzinom (Talazoparib) zugelassen.

Detaillierte Informationen zum Zulassungsstatus der einzelnen PARP-Inhibitoren finden Sie auf den Seiten der EMA:

Ansprechpartner

Dr. med. Katharina Smetanay

Katharina.smetanay@med.uni-heidelberg.de

VERÄNDERTES OPERATIVES MANAGEMENT BEIM MAMMAKARZINOM

PD Dr. med. André Hennigs

Das operative Management des Mammakarzinoms ist insbesondere bei Eingriffen in der Axilla einem deutlichen Wandel unterzogen. Die axilläre Lymphonodektomie (ALND) geht mit einer hohen Morbidität einher (Gefühlsstörungen, Bewegungseinschränkungen, Schwellung des Arms). Mit dem Ziel, diese Morbidität zu reduzieren, wurde die Sentinel-Lymphknoten-Technik (SLND) um die Jahrhundertwende entwickelt (Krag et al., 2010). Ein Lymphödem, das zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität führt, tritt bei ca. 20 % der Patientinnen nach der ALND auf, hingegen bei < 5 % der Patientinnen nach der SLND. Die SLND hat das chirurgische axilläre Staging revolutioniert

und ist fester Bestandteil in der klinischen Praxis bei Patientinnen mit klinisch negativer Axilla.

Selbst bei Patientinnen mit klinisch unauffälliger Axilla und 1-2 tumorbefallenen Sentinel-Lymphknoten (SLN) konnte in prospektiven, randomisierten Studien, u.a. AMAROS und ACOSOG Z0011 gezeigt werden, dass auf eine komplettierende axilläre Lymphonodektomie (cALND) verzichtet werden kann (Donker et al., 2014; Giuliano et al., 2017). Das alleinige Durchführen der SLNB ist ohne negativen Einfluss auf das Gesamtüberleben und Rezidivrisiko.

Bei klinisch suspekten Lymphknoten wird an unserem Brustzentrum regelhaft eine Stanzbiopsie zur histologischen Sicherung durchgeführt. Dadurch soll die Anzahl der unnötig durchgeführten ALND zusätzlich auf ein Mindestmaß reduziert werden. Bei histologisch gesicherten tumorbefallenen Lymphknoten (cN+) ist weiterhin die ALND der Standard. Ein Einschluss in die TAXIS-Studie wird empfohlen (s.u. und auch newsletter 03/2019).

Ist zunächst eine neoadjuvante Chemotherapie indiziert (NACT) und sind die axillären Lymphknoten klinisch unauffällig, wird die SLND am Brustzentrum Heidelberg nach Abschluss der Chemotherapie zusammen mit der Operation an der Brust durchgeführt. Sollte der SLN tumorbefallen sein, wird in dieser neoadjuvanten Situation weiterhin eine cALND empfohlen. Bei klinisch suspekten axillären Lymphknoten erfolgt eine histologische Sicherung und eine Clipmarkierung des befallenen Lymphknoten vor Beginn der NACT. Dieser Clip wird zusammen mit einer SLNB nach Abschluss der neoadjuvanten Chemotherapie, in einer sog. „targeted axillary dissection“ (TAD) entfernt. Bei zuvor tumorbefallenen Lymphknoten und Nachweis einer pathologischen Komplettremission (pCR) nach Abschluss der NACT kann in vielen Fällen eine Axilladissektion vermieden werden. In Studien konnte die falsch-negativ Rate (FNR) einer alleinigen SLND von 10% durch die TAD auf 2% reduziert werden (Caudle et al., 2015). In unserem Brustzentrum wird die TAD den Patientinnen angeboten, die vor Beginn der Neoadjuvanz ≤ 3 suspekte axilläre Lymphknoten aufweisen. Bei Nachweis von tumorbefallenen Lymphknoten in der TAD wird eine cALND durchgeführt. In der nodal positiven Situation wird den Patientinnen die TAXIS-Studie angeboten, bei der Heidelberg deutsches Leitzentrum ist. Dabei wird in dieser internationalen, prospektiven und multizentrischen Studie eine „targeted axillary surgery“ (TAS) durchgeführt. Die TAS beinhaltet die Entfernung des histologisch gesicherten, Clip-markierten Lymphknotens, die SLNB und aller tastbar, makroskopisch suspekt erscheinenden Lymphknoten und ist somit vergleichbar mit der TAD. Die anschließende Randomisierung erfolgt zwischen einer zusätzlichen Axilla-Bestrahlung oder der Durchführung einer cALND. Eingeschlossen werden in die TAXIS-Studie Patientinnen mit aber auch ohne neoadjuvante Chemotherapie. Das Ziel der Studie ist die weitere

Deeskalation der chirurgischen Therapie der Axilla bei gleich bleibender onkologischer Sicherheit und Erhöhung der Lebensqualität.

Die Beratung der Patientinnen bzgl. Mammachirurgie und Brustrekonstruktion erfolgt weiterhin in der Spezialsprechstunde gemeinsam mit den plastischen Chirurgen aus der BG Ludwigshafen. Die Patientinnen werden ausführlich über die unterschiedlichen OP-Techniken aufgeklärt. Das Ziel ist das Erreichen einer möglichst hohen Lebensqualität der Patientinnen im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung.

Ansprechpartner:

PD Dr. med. André Hennigs

Andre.Hennigs@med.uni-heidelberg.de

ANODE - ANTIBIOTIKAPROPHYLAXE BEI DER VAGINAL-OPERATIVEN ENTBINDUNG

Laura Bodenbeck

Im Juni 2019 hat eine Studie des Lancet großes Aufsehen in der Geburtshilfe erregt. Die peripartale Single-Dose Antibiotikaprophylaxe bei der Sectio caesarea ist aktueller Standard und konnte die postpartalen Infektionsrisiken der Mutter in Studien deutlich reduzieren. Trotz des in der Literatur ebenfalls beschriebenen erhöhten Risikos einer postpartalen Infektion nach vaginal-operativer Entbindung (u.a. durch die erhöhte Inzidenz von perinealen Verletzungen und Episiotomien) wird aufgrund der unzureichenden Datenlage in aktuellen Leitlinien von einer antibiotischen Prophylaxe abgesehen.

Die britische ANODE-Studie (Prophylactic antibiotics in the prevention of infection after operative vaginal delivery: a multicentre randomised controlled trial) untersuchte nun den Benefit einer prophylaktischen Gabe von Amoxicillin und Clavulansäure innerhalb der ersten 6 h nach vaginal-operativer Entbindung (Forceps- und Vakuumentbindung) versus Placebo. In dieser prospektiv randomisierten, kontrollierten und verblindeten Studie wurden insgesamt 3420 Frauen (≥ 16 Jahre) in 27 geburtshilflichen Zentren des Vereinigten Königreichs zwischen 2016 und 2018 eingeschlossen. Wichtigstes Ausschlusskriterium war die primäre Empfehlung einer postpartalen Antibiotikaprophylaxe (einhergehend mit dem Ausschluss von Patientinnen mit Dammrissen III. und IV. Grades). Eine ausschließlich prä- oder peripartale Antibiose (bspw. bei PPRM) war kein Ausschlusskriterium.

Primärer Endpunkt der Studie war die mikrobiologisch bestätigte oder klinisch wahrscheinliche maternale Infektion bis 6 Wochen postpartal,

definiert als (1) Neuverordnung einer therapeutischen Antibiose bei V.a. perineale Wundinfektion, Endomyometritis, Harnwegsinfektion mit systemischer Komponente (Pyelonephritis oder Sepsis), oder klinischer Sepsis, (2) eine mikrobiologisch bestätigte Systeminfektion in der Kultur oder (3) Endomyometritis (definiert durch die US Centers for Disease Control and Prevention). Hinsichtlich dieses umfassenden primären Endpunkts konnte eine signifikante Reduktion von 19 % in der Placebo-Gruppe auf 11 % in der mit Antibiotika prophylaktisch behandelten Gruppe festgestellt werden ($p < 0,0001$). Insbesondere die Neuverordnung einer therapeutischen Antibiose (ebenfalls 19 % vs. 11 %, $p < 0,0001$) konnte signifikant reduziert werden.

Eine Übertragung dieser Ergebnisse auf unsere nationalen Leitlinien bedarf trotz der Qualität der Studie einer gewissen Zurückhaltung. Die in ANODE deutlich vermehrt angewandte Zangenentbindung (65%) im Vergleich zur Vakuumentbindung (35 %) sowie die erhöhte Rate von Episiotomien in der Gesamtgruppe (89 %) muss sicherlich in der Evaluation berücksichtigt werden. Auch sollte der Effekt einer prä- und peripartal stattgefundenen Antibiose bspw. bei Patientinnen mit PPRM kritisch bei der Auswertung bedacht werden.

Abschließend lieferte ANODE jedoch besonders hinsichtlich eines adäquaten Antibiotic Stewardship ausreichend Daten, um der prophylaktischen postpartalen Antibiose nach vaginal-operativer Entbindung bei der Ausarbeitung neuer nationaler Leitlinien zukünftig deutlich mehr Aufmerksamkeit zu widmen.

Ansprechpartner:
Laura Bodenbeck
laura.bodenbeck@med.uni-heidelberg.de

MIND:PREGNANCY - PROGRAMM FÜR MEHR ACHTSAMKEIT IN DER SCHWANGERSCHAFT

PD Dr. med. S. Wallwiener/ Prof. Dr. med. M. Wallwiener

Werdende Mütter können jetzt noch einfacher an dem systematischen Screening auf Depression und Stress in der Schwangerschaft teilnehmen. Eine Schwangerschaft bedeutet nicht immer Glück und Vorfreude. Studien zeigen, dass nicht nur werdende Mütter unter Depressionen während der Schwangerschaft leiden, sondern auch Kinder und Familie.

Nachdem die Unterlagen an die koordinierende Stelle der Universitätsfrauenklinik Heidelberg gesandt wurden, werden die Fragebögen ausgewertet und bei Auffälligkeiten die Schwangeren kontaktiert.

Anschließend erfolgt ein psychologisches Gespräch und Schwangere, die keine Akutversorgung benötigen, können an dem 8-wöchigen Interventionsprogramm mindmom teilnehmen. Melden Sie Ihre Praxis jetzt an: www.mindpregnancy.de

Mind:Pregnancy wurde im Rahmen des 9. MSD Gesundheitspreises durch den Preis für „Lösung von Versorgungsproblemen durch Digitalisierung“ ausgezeichnet. An dieser Stelle möchten wir allen teilnehmenden Praxen ganz herzlich danken.

Ansprechpartner
PD Dr. med. Stephanie Wallwiener
stephanie.wallwiener@med.uni-heidelberg.de
Prof. Dr. med. Markus Wallwiener
markus.wallwiener@med.uni-heidelberg.de

EINSATZ VON SIMULATIONS-PATIENTEN/-INNEN IN DER STUDENTISCHEN LEHRE ZUM REALITÄTSNAHEN TRAINING SCHWIERIGER KOMMUNIKATIONSSITUATIONEN

Dr. rer. nat. Dr. med. Sabine Heublein

Bis zu 30% der Patienten werden von Ärzten als „schwierig“ im Sinne von emotionell herausfordernd beschrieben, weshalb der Vermittlung kommunikativer Fertigkeiten an Medizinstudierende zunehmend Bedeutung zukommt [1-5]. Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) empfiehlt, dass Ärzte, die eine weite Bandbreite von heiklen Themen in ihrem Alltag zu besprechen haben, dafür trainiert werden müssen, in emotionell herausfordernden Situationen psychologisch adäquat reagieren zu können [6]. Die Wirksamkeit der medizinischen Behandlung sowie die Compliance der Patienten scheinen deutlich von einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Kommunikation zu profitieren [7]. Eine offene, ausgewogene Kommunikation, gegenseitiges Vertrauen und Respekt zwischen Arzt und Patient tragen zu einem gesunden Verhältnis zwischen beiden Beteiligten bei und sind letztendlich auch maßgeblich für den Behandlungserfolg [8-10]. Des Weiteren ist für Patienten die Qualität der Kommunikation ein entscheidendes Kriterium für ihre Wahl des Behandlers [11,12]. Gerade da im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe häufig emotional belastende, schambehaftete Gesprächsinhalte thematisiert werden (müssen) oder die Kommunikation zum Zeitpunkt bestimmter „life events“ (Schwangerschaft, Geburt, Diagnose einer Karzinomkrankung etc.) stattfindet, stellt das Fach einen hohen Anspruch an eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation.

Die



Wichtigkeit letzterer ist jedoch bei weitem nicht auf die Gynäkologie beschränkt, weshalb ein jeder Medizinstudierende bzw. angehende Arzt von einer fundierten, praxisorientierten Ausbildung in diesem Bereich profitiert.

Für die Vermittlung und das Training kommunikativer Kompetenzen haben sich in der Medizin Simulationsmethoden und vor allem das Rollenspiel als hilfreich erwiesen [13]. Hierdurch wird den Studierenden ermöglicht an ihr Ausbildungsstadium angepasste, „quasi-reale“ Kommunikationssituationen in einer konstruktiven Lernumgebung durchzuspielen. Als Kommunikationspartner in diesem Lehrformat haben sich Simulationspatienten-/innen (SP) etabliert. Unter SP versteht man Laienschauspieler, die nach fundierter Schulung in fingierten Arzt-Patientengesprächen die Rolle eines an einer bestimmten Erkrankung leidenden Patienten wiedergeben. Im Gegensatz zu realen Patienten, wie sie den Studierenden beispielsweise im Unterricht am Krankenbett begegnen, kann der SP „seine Erkrankung“ standardisiert, reproduzierbar und angepasst an den Ausbildungsstand der Studierenden vermitteln [14,15]. Ebenso wurden SP speziell ausgebildet, um konstruktives, fachspezifisches Feedback zu geben [16]. Die Effektivität des Kommunikationstrainings unter Einbezug von SP konnte bereits mehrfach belegt werden. Das Konzept der Einbindung von SP in den Studentenunterricht ist an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg bereits in dem interdisziplinären Programm Medi-KIT etabliert.

Im Rahmen einer seit diesem Wintersemester an unserer Klinik angebotenen Seminarreihe werden SP zum Kommunikationstraining eingesetzt. Das Training wird in Kleingruppen (5-10 Studierende) durchgeführt und derzeit zu fünf verschiedenen Themenbereichen angeboten. Inhaltlich decken wir momentan folgende Themen ab: Geburtsplanung bei einer geflüchteten, traumatisierten Patientin; Kommunikation mit Patientin und Partner in einer geburtshilflichen Notfallsituation; Führen eines patientenorientierten, forensisch korrekten Aufklärungsgesprächs vor einer Operation; Übermittlung der Diagnose Brustkrebs an eine junge Patientin; Therapieplanung bei metastasiertem Mammakarzinom. Durch diese Neuerungen soll den Studierenden ermöglicht werden, Gesprächsführung in diesen und anderen anspruchsvollen Situationen der Gynäkologie und Geburtshilfe in einer sicheren Lernumgebung zu trainieren [15,14]. Studentische Rückmeldungen werden standardisiert in einer zusammen mit dem Team Qualitätsmanagement Lehre der Fakultät entworfenen Evaluation erfasst und ausgewertet.

Unterstützt wird das gynäkologische Dozententeam durch eine Kollegin aus der Abteilung für Psychosomatik, die supervidierend in die Etablierung der Rollenskripte sowie in den Unterricht eingebunden wird. Das hier beantragte Projekt ergänzt sich sehr gut mit zwei weiteren Lehrprojekten, durch die über den Einsatz neuer Medien kognitive Lehrinhalte aus der

Präsenzlehre in das Onlinestudium ausgelagert werden. Die Studenten erhalten somit die Möglichkeit sich flexibel die online abrufbaren Inhalte im Eigenstudium anzueignen. Hierdurch wird in der Präsenzlehre Zeit und Raum für praxisorientierten Unterricht und insbesondere auch für die Vermittlung von „soft skills“, wie das hier vorgestellte Kommunikationstraining, geschaffen. Erste studentische Rückmeldungen zu unseren Kommunikationsseminaren aus dem seit einem Monat laufenden Wintersemester sind sehr positiv.

Ansprechpartner:

Dr. rer. nat. Dr. med. Sabine Heublein
sabine.heublein@med.uni-heidelberg.de

TERMINE 2019

Schwangeren-Informationabend

Jeden 2. und 4. Montag im Monat
Hörsaal der Universitäts-Frauenklinik
("Eingang Lehre")
Beginn 18:30 Uhr

Brustkrebsmonat Oktober 2019

Veranstaltung zum Tag der Endometriose
07.11.2019, 19:00 Uhr

Heidelberger Mammasonographiekurse 2019

09.11. - 10.11.2019 Abschlusskurs/Refresherkurs
Eine Anmeldung ist über
ultraschallkurs@golatta.de möglich.

Psychoonkologisches Tumorboard

13.11.2019, 18:00-20:00 Uhr

Fetalboards immer 17:00-19:00 Uhr

20.11.2019

MIC Endoskopie-Fortgeschrittenenkurs AGE

05.03.-06.03.2020

Anmeldung über ute.mittnacht@med.uni-heidelberg.de

ANSPRECHPARTNER FÜR DEN NEWSLETTER:

Sollten Sie Themenwünsche oder Anregungen für unseren Newsletter haben, können Sie sich jederzeit an folgende Personen wenden:

Prof. Dr. med. Florian Schütz
E-Mail: Florian.Schuetz@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Evi Katagis
E-Mail: Evi.Katagis@med.uni-heidelberg.de