

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

„Überbringen schlechter Nachrichten: Profitieren Medizinstudierende
kurz- und langfristig von Rollenspielen mit Einnahme der Patientenrolle?
Eine zweizeitige Analyse eines Untersuchungskurses“

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Nidal Mahmoud Stephan Hussein

aus Berlin

Datum der Promotion: 17.09.2021

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Abkürzungsverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	5
Abstrakt	7
Abstract	9
1. Einleitung	11
1.1 <i>Ärztliche Gesprächsführung im Besonderen: Überbringen schlechter Nachrichten</i>	14
1.1.1 <i>Besonderheiten des BBN-Gespräches</i>	15
1.1.2 <i>Juristische Grundlage</i>	16
1.2 <i>Medizindidaktische Entwicklung der Lehre im Medizinstudium</i>	18
1.2.2 <i>Das Rollenspiel als didaktische Methode im Medizinstudium</i>	21
1.2.3 <i>Lehre der Gesprächsführung mit Fokus auf das Überbringen schlechter Nachrichten</i>	22
1.2.4 <i>Ablauf des Kurses „Überbringen schlechter Nachrichten“ im Regelstudiengang der Charité</i>	23
1.2.5 <i>Lehrmodelle an anderen Standorten</i>	26
1.3 <i>Bisheriger Stand der Wissenschaft zu Evaluationen von Lehrangeboten im Bereich des Überbringens schlechter Nachrichten</i>	27
1.4 <i>Begriff der Kompetenz und Messbarkeit</i>	30
1.5 <i>Herleitung der Fragestellung</i>	34
2. Methodik	36
2.1 <i>Studienkohorten</i>	36
2.2 <i>Kontaktaufnahme zur Nachbefragung</i>	37
2.3 <i>Entwicklung und Inhalt der Fragebögen</i>	38
2.3.1 <i>Umsetzung und Auswertung der Fragebögen mit SoSci Survey 2.4.00 / SPSS Datensatz</i>	40
2.3.2 <i>Routing des SoSci-Fragebogen</i>	43
2.4.1 <i>Methodik der Auswertung der Kursevaluation</i>	45
2.4.2 <i>Methodik der Auswertung der Nachbefragung</i>	45
2.4.3 <i>Gegenüberstellung</i>	45
2.4.4 <i>Umgang mit Likert-Skalen</i>	45
2.4.5 <i>Umgang mit fehlenden Angaben</i>	46
3. Ergebnisse	47
3.1 <i>Ergebnisse der Kursevaluation</i>	47
3.1.1 <i>Rücklaufquote und Grundgesamtheit</i>	47
3.1.2 <i>Personenbezogene Angaben zu den Befragten der Kursevaluation</i>	47
3.1.3 <i>Auf den Kursinhalt bezogene Angaben</i>	49
3.1.4 <i>Ergebnisse der explorativen Datenanalyse der Kursevaluation</i>	52

3.2 Ergebnisse der Nachbefragung.....	54
3.2.1 Auswertungszeitraum, Rücklaufquote und Grundgesamtheit	54
3.2.2 Fragenkomplex 1 - Personenbezogene Angaben der Nachbefragung.....	55
3.2.3 Fragenkomplex 2 - Auf die praktischen Erfahrungen bezogene Angaben	57
3.2.4 Fragenkomplex 3 - Auf den Kurs bezogene Angaben.....	62
3.2.5 Ergebnisse der explorativen Datenanalyse der Nachbefragung	65
3.3 Gegenüberstellung der Ergebnisse.....	68
4. Diskussion.....	70
4.1 Diskussion der Ergebnisse: Einleitung	70
4.1.1 Diskussion der Ergebnisse: Kommunikationslehre im NKLM.....	70
4.1.2 Diskussion der Ergebnisse: Feedback und Peer-Group-Teaching	72
4.1.3 Diskussion der Ergebnisse: Lehrabschnitts- und professionsübergreifende Kommunikationslehre.....	74
4.1.4 Diskussion der Ergebnisse: Das Rollenspiel mit Einnahme der Patientenrolle .	75
4.1.5 Diskussion der Ergebnisse: Kursgröße	77
4.1.6 Diskussion der Ergebnisse: Spikes Modell und klinische Rahmenbedingungen der BBN-Gespräche	78
4.1.7 Diskussion der Ergebnisse: Profitieren Studierende kurz- und langfristig von Rollenspielen mit Einnahme der Patientenrolle im Sinne von beruflicher Handlungskompetenz?.....	80
4.2 Diskussion der Methodik.....	81
4.2.1 Diskussion der Methodik: Fragebogeninstrument und Performanz	81
4.2.2 Diskussion der Methodik: Online-Befragung und Rücklaufquote	83
4.2.3 Diskussion der Methodik: Weitere limitierende Faktoren.....	85
4.3 Ausblick	87
Literaturverzeichnis.....	90
Eidesstattliche Versicherung	107
Lebenslauf	108
Publikationsliste	110
Danksagung.....	111
Anhang: Fragebogen der Kursevaluation	112
Anhang: Einverständniserklärung zur Kursevaluation	114
Anhang: Fragebogen Online-Nachbefragung.....	115

Abkürzungsverzeichnis

ÄGF - Ärztliche Gesprächsführung

ÄiW - Ärzte in Weiterbildung*

ÄApprO - Approbationsordnung für Ärzte

BBN - Breaking Bad News

BGB – Bürgerliches Gesetzbuch

bzw. - beziehungsweise

bspw. - beispielsweise

et. al. - et alii / et aliae

etc. - et cetera

FS - Fachsemester

KE – Kursevaluation

KIT - Kommunikation, Interaktion, Teamwork

min - Minuten

NB - Nachbefragung

NKLM - Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin

Vgl. – Vergleiche (im Sinne von siehe Kapitel)

z.B. – zum Beispiel

*In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form von personenbezogenen Substantiven und Pronomen verwendet. Im Sinne der sprachlichen Vereinfachung soll es als geschlechtsneutral zu verstehen sein. Diese Entscheidung impliziert keine Benachteiligung oder Diskriminierung des weiblichen Geschlechts oder sonstiger Geschlechtstypen.

Abbildungsverzeichnis

1 – Tabelle: SPIKES-Model.....	24
2 - Tabelle: Vergleichende Darstellung der BBN-Lehre im klinischen Studienabschnitt	26
3 – Tabelle: Ein- & Ausschlusskriterien der Kursevaluation.....	36
4 – Tabelle: Ein- & Ausschlusskriterien der Nachbefragung.....	37
5 – Abbildung: Ausschnitt aus dem Fragebogen der Kursevaluation.....	40
6 – Abbildung: Analyse des Befragungs-Status einzelner Kontakte.....	41
7 – Abbildung: Beispielfrage aus der Onlinenachbefragung.....	42
8 – Abbildung: Schaubild zum Routing der SoSci-Befragung.....	44
9 – Tabelle: Beispielhafte Darstellung der Item-Zusammenfassung	46
10 - Abbildung: Semesterverteilung der Kursevaluation	47
11 – Tabelle: Darstellung der Cluster-Zuordnung	48
12 – Abbildung: Facharztpräferenz zum Zeitpunkt der Kursevaluation.....	48
13 – Abbildung: Status der Dozenten	49
14 – Abbildung: Einschätzung des Wissenszuwachses im Bezug auf die Strukturierung der Nachricht.....	49
15 – Abbildung: Wissenszuwachs bezüglich der Einschätzung der menschlichen Bedürfnisse	50
16 – Abbildung: Bewertung der Rollenspiele allgemein.....	50
17 – Abbildung: Subjektive Einschätzung der Sinnhaftigkeit des Einnehmens der Patientenrolle im Rahmen der Rollenspiele.....	51
18 – Abbildung: Bewertung der Rollenspiele im Bezug auf gesteigerte Fähigkeit des Verständnisses der Patientengefühle	51
19 – Abbildung: Bewertung der Rollenspiele im Bezug auf die eigene Wahrnehmung der Arztrolle.....	51
20 – Abbildung: Einschätzung des Expertengespräches.....	52
21 – Abbildung: Facharztpräferenz der Studierenden sortiert nach Geschlecht.....	52
22 – Tabelle: Relevanz des Kurses in Bezug zur angestrebten Facharztweiterbildung	53
23 – Tabelle: Teilnahme am Expertengespräch und gewonnene Sicherheit beim Überbringen schlechter Nachrichten.....	53
24 – Tabelle: Grundgesamtheiten.....	54
25 – Abbildung: Facharztpräferenz im Rahmen der Nachbefragung	55
26 – Abbildung: Anzahl der Jahre in praktischer Tätigkeit.....	56
27 – Abbildung: Jahr der Approbation	56
28 – Tabelle: Erhaltene Unterstützung beim Überbringen der Nachricht: maligne Tumorerkrankung.....	58
29 – Tabelle: Erhaltene Unterstützung beim Überbringen der Nachricht: infauste Diagnosen.....	58
30 – Tabelle: Erhaltene Unterstützung beim Überbringen der Nachricht: lebensqualitätseinschränkende Diagnosen	59
31 – Tabelle: Erhaltene Unterstützung beim Überbringen der Nachricht: Todesnachricht an Angehörige.....	59
32 – Abbildung: Einschätzung der eigenen fachlichen Kompetenz; 33 – Abbildung: Einschätzung der eigenen emotionalen Kompetenz.....	60
34 – Abbildung: Freitextangaben zum Wunsch weiterer Unterstützung.....	61

35 – Abbildung: Erinnerungsvermögen bezüglich des Kursinhaltes.....	62
36 – Abbildung: Vergleich des Erinnerungsvermögens an Theorie und Rollenspiel	63
37 – Abbildung: Retrospektive Bewertung des Kursmodells	63
38 – Abbildung: Vergleichende Darstellung der retrospektiven Bewertung von Arzt- und Patientenrolle	64
39 – Abbildung: Nutzung des SPIKES-Modell im klinischen Alltag	64
40 – Abbildung: Explorative Datenanalyse bezüglich des Geschlechtes und der präferierten Facharztweiterbildung.....	65
41 – Tabelle: Dauer der Tätigkeit und die Erfahrung mit dem Überbringen schlechter Nachrichten.....	66
42 – Abbildung: Korrelation von angestrebter Facharztdisziplin und Zustimmung zur Aussage "Ich habe genug Zeit zum Überbringen schlechter Nachrichten"	66
43 – Tabelle: Einschätzung der fachlichen Kompetenz im Bezug zur Weiterbildungszeit	67
44 – Tabelle: Einschätzung der emotionalen Kompetenz im Bezug zur Weiterbildungszeit.....	67
45 – Tabelle: Gegenüberstellung der Facharztpräferenz.....	68
46 – Abbildung: Vergleich der Bewertung des Kurskonzept zu beiden Befragungszeitpunkten.....	69
47 – Abbildung: Einschätzung der Sinnhaftigkeit des Einnehmens der Patientenrolle zu beiden Befragungszeitpunkten.....	69

Abstrakt

Einleitung

Seit 2002 führte das Institut für Allgemeinmedizin, Charité Universitätsmedizin Berlin, den Kurs „Ärztliche Gesprächsführung - Überbringen schlechter Nachrichten“ als Pflichtveranstaltung im Rahmen des Regelstudiengangs Humanmedizin durch. Neben der theoretischen Vermittlung des Spikes-Modells lag der Schwerpunkt auf Rollenspielen: Jeder Studierende übernahm jeweils die Rolle eines Arztes und die Rolle eines Patienten / Angehörigen.

Ziel dieser Arbeit war es, die Kursevaluation durch die Studierenden darzustellen und zu untersuchen, ob der Kurs das subjektive Kompetenzerleben der Teilnehmer positiv beeinflusst hat. Ergänzend wurde ermittelt, unter welchen Bedingungen schwierige Gespräche im klinischen Kontext stattfinden und welche Hilfestellung die Ärzte in Weiterbildung erhalten bzw. sich wünschen.

Methodik

In den Jahren 2008 bis 2013 wurden 2.801 am Kurs teilnehmende Studierende um ihre Mitwirkung an der Evaluation gebeten. 2.549 füllten den dafür entwickelten Fragebogen aus. 1.819 von ihnen erklärten sich mit einer erneuten, späteren Kontaktaufnahme bereit und hinterließen lesbare Mail-Adressen.

Diese wurden später als approbierte Absolventen gebeten, an einer Nachbefragung teilzunehmen. 241 Ärzte füllten einen Online-Fragebogen aus, in dem die Nachhaltigkeit der Kursinhalte und ihre Erfahrungen mit schwierigen Gesprächssituationen erfragt wurden.

Die Antworten beider Befragungen wurden deskriptiv sowie explorativ ausgewertet und gegenübergestellt.

Ergebnisse

Im Rahmen der Kursevaluation schätzten 95,7% der Befragten den Inhalt der Lehrveranstaltung als wichtig ein. Nach Absolvieren des Kurses gaben 83% der Befragten an, Sicherheit beim Überbringen einer schlechten Nachricht gewonnen zu haben.

Von den an der Nachbefragung teilnehmenden 241 Ärzten erfüllten 206 die Einschlusskriterien: Teilnahme an den Kurs und Approbation. Von diesen berichteten 125, bereits schlechte Nachrichten im klinischen Alltag überbracht zu haben. Sie schätzten sich sowohl auf fachlicher als auch auf emotionaler Ebene im Überbringen schlechter Nachrichten überwiegend als kompetent ein. 94,1% konnten sich gut an die Rollenspiele des Kurses erinnern. Dabei empfanden auch im zeitlichen Abstand und mit gewonnener klinischer Erfahrung noch 86,1% das Einnehmen der Arztrolle und 62,7% das Einnehmen der Patientenrolle als eine hilfreiche Übung. Dagegen wendeten nur 27,13% das gelehrt SPIKES-Modell für die Gesprächsführung an.

Diskussion

Das Überbringen schlechter Nachrichten lässt sich mit Hilfe von Rollenspielen vermitteln und üben. Dabei werden sowohl das Einnehmen der Arztrolle als auch der Patientenrolle langfristig als lehrreich empfunden. Das subjektive Kompetenzerleben wurde positiv beeinflusst.

Unter bereits tätigen Ärzten, die zuvor den Kurs absolvierten hatten, sind die Rollenspiele überwiegend Erinnerungswürdig. Das frühzeitige Überbringen schlechter Nachrichten in der ärztlichen Tätigkeit zeigt die Notwendigkeit, dies bereits im Studium zu vermitteln.

Abstract

Introduction

Since 2002 the department for General Medicine at the hospital Charité-Berlin, has included the course "Medical communication – Breaking bad news" as a mandatory study in their regular curriculum of human medicine. In addition to the theoretical mediation of the Spikes Model, the focus was on role-playing games: each student took on the role of a doctor as well as the role of a patient or his relatives.

The aim of this work was to present the students' immediate course evaluation and to examine whether the course positively influenced the subjective competence experience of the participants. In addition, it was determined under what conditions the communication of difficult conversation content takes place in the clinical context and what continuing assistance physicians receive, or wish to receive, in further education.

Method

2801 students took part in the course and were asked to participate in the evaluation during the years 2008 to 2013. 2549 completed the questionnaire and 1819 agreed to re-establish contact later and left legible e-mail addresses.

After graduating, they were asked to take part in a follow-up survey as interns. 241 physicians completed an online-questionnaire asking about the appropriateness of the course content and actual experiences in breaking bad news. The answers of both surveys were evaluated descriptively, exploratively and compared.

Results

As part of the course evaluation, 95,7% of respondents rated the content of the course as relevant. After completing the course, 83% of respondents said they had gained confidence for BBN.

Of the 241 physicians participating in the follow-up survey, 206 met the inclusion criteria: attendance of the course and approbation. Of these, 125 reported having already delivered bad news. They evaluated themselves professionally and emotionally in conveying bad news mostly as “competent”. 94,1% were well able to remember the courses role plays. Even at a later time and with more clinical experience, 86,1% still considered taking the medical role and 62,7% taking the patient role as helpful exercise. 27,13% used the learned Spikes-Model in practice.

Discussion

Breaking bad news can be taught and practiced using role-playing games. The role of the doctor and patient are perceived as instructive. The subjective competence experience was influenced positively.

The role plays are still largely remembered, even as interns. The early introduction to communicating bad news in the medical profession shows the need to convey this to students, but it should also be taught in further education.

1. Einleitung

Das Gespräch mit dem Kranken ist ein essentieller Aufgabenbereich des Handwerkes heilender Berufsgruppen. Sowohl die Symptome des Patienten als auch die Diagnose und Therapie werden primär verbal kommuniziert. Kombiniert mit den optischen, palpatorischen, olfaktorischen und auskultatorischen Informationen gibt das Gespräch dem Arzt einen Eindruck über den Zustand seines Patienten und bildet somit die Grundlage seiner Arbeit. Die technischen Entwicklungen und Errungenschaften der medizinischen Forschung ermöglichten Ärzten im Laufe der Geschichte, zunehmend präzisere Diagnosen und Aussagen zur Prognose des Patienten zu stellen. Das persönliche Gespräch mit dem Patienten kann jedoch bisher durch keine technische Innovation adäquat ersetzt werden.

Das moderne Arzt-Patienten-Gespräch resultiert aus einer sich bis ins 21. Jahrhundert erstreckenden Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung. Galt in der Vergangenheit das Heilen des Kranken als höchste Priorität ärztlichen Handelns, so werden in der modernen Medizin Therapieziele mit dem Patienten vereinbart, da er das Recht hat, die Behandlung zu mitzubestimmen und auch Therapiekonzepte abzulehnen.⁽¹⁾ Auch das Wissensgefälle zwischen Arzt und Patient hat sich im Laufe der Zeit gewandelt. Waren medizinische Fachinformationen bis zum Ende des 20. Jahrhunderts für den Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes einzig durch medizinisches Personal zu erhalten, so sind sie heute durch Nutzung des mobilen Internets für den Patienten jederzeit verfügbar. Dies erlaubt dem Patienten, gezieltere Fragen zu stellen und sich auch nach der Visite mit Informationen zu seinem Krankheitsbild zu befassen. Einerseits ist diese Entwicklung sehr positiv zu bewerten, da sich dem Patienten die Möglichkeit bietet, dem Arzt auf Augenhöhe zu begegnen und die Therapie seiner Erkrankung mitzugestalten. Andererseits kann erworbenes Halbwissen eine Gefahr für den Patienten bedeuten, da nicht jede dieser Information fachlich korrekt sein muss, und auch das medizinische Hintergrundwissen zum Verständnis der Information nicht jedem gegeben ist.

So publizierte das Deutsche Ärzteblatt 2014 einen Artikel auf der Basis einer Studie des Online-Portals healthcare42.com. Dieses hatte 3.160 anonyme Besucher von häufig besuchten Gesundheitswebseiten zum medizinischen Einfluss des Internets befragt. Über zwei Drittel der Nutzer konnten gezieltere bzw. zahlreichere Fragen stellen, nachdem sie sich im Internet zu einem medizinischen Thema belesen hatten. Rund die Hälfte gab an, den Arzt dank der digital erworbenen Informationen besser verstehen zu können. Lediglich 19% empfanden die Informationen, die sie im Internet erhalten hatten, als im Alltag nicht umsetzbar und nur 14% empfanden sie als „nicht hilfreich und eher verwirrend“.⁽²⁾ Das Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung in Hannover publizierte, dass ein Arzt in Deutschland - unabhängig von seinem Fachgebiet - im Durchschnitt 10.735 Patientenkontakte pro Jahr hat.⁽³⁾ Der direkte Kontakt mit den Patienten wird auch in der nahen Zukunft wichtiger Teil des beruflichen Alltags von Ärzten sein, und die Optimierung der Interaktion eine wichtige Aufgabe. Arzt und Patient haben unter Umständen unterschiedliche Perspektiven hinsichtlich des Gespräches und damit verbunden unterschiedliche Ziele und Wünsche. Bird und Cohen-Cole entwarfen 1990 ein Modell, um die Ziele der Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu beschreiben und benannten drei übergeordnete Ziele des Patientengesprächs aus Sicht des Arztes:⁽⁴⁾

1. Informationsgewinn (kognitive Funktion),
2. Reaktion auf Gefühle des Patienten (emotionale Funktion),
3. Beeinflussung und Veränderung des Verhaltens (Verhaltensfunktion).

Ebenfalls 3 Ebenen als Ansatzpunkt wählten Lazare et al. für ihr Modell:⁽⁵⁾

1. eine Beziehung entwickeln, beibehalten und abschließen (emotionale Funktion),
2. die Art des Problems identifizieren und im Verlauf überwachen (kognitive Funktion),
3. Vermitteln von Informationen an den Patienten sowie Behandlungspläne implementieren (Verhaltensfunktion).

Beide Modelle spiegeln die Komplexität des Arzt-Patienten-Verhältnisses und veranschaulichen die multiplen Ebenen, auf denen die Qualität eines Patientengesprächs bewertet werden sollte.

Eine englische Studie befragte Ärzte, welche Faktoren im Patientengespräch sich am ehesten problematisch auswirken. Die Befragten gaben mit 22% am häufigsten kulturelle sowie ethnische Unterschiede an, 20% klagten über altersabhängige Kommunikationsschwierigkeiten und 16% erlebten emotionale Reaktionen als problematisch.⁽⁵⁾ In Deutschland sehen sowohl Ärzte als auch das Pflegepersonal die verfügbare Zeit als Problem. Im Rahmen einer Befragung klagten bis zu 65% des Personals über zu wenig Zeit für die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen.⁽⁶⁾ Wichtige Voraussetzungen für ein gelungenes Gespräch aus Patientensicht sind die Fachkompetenz und Patientenorientierung, die Eindeutigkeit und Direktheit im Gespräch sowie die Erfassung des subjektiven Informationsbedürfnisses.⁽⁷⁾ Patienten bewerten Gespräche vor allem dann positiv, wenn sowohl ihr fachliches Informationsbedürfnis als auch die emotionale Ebene durch den Arzt abgedeckt werden. Geringe emotionale Unterstützung kann nicht durch einen fachlich hochwertigen Informationsgehalt kompensiert werden.⁽⁸⁾ Diese Diskrepanz zwischen den Informations- und Kommunikationsbedürfnissen von Patienten und der tatsächlich erfahrenen kommunikativen Zuwendung von Seiten der Ärzte ist ein häufig geäußerter Kritikpunkt der Patienten in Krankenhäusern und Praxen.⁽⁹⁾ Zeit kann hier ein limitierender Faktor sein, so wird im Patientengespräch der Patient im Durchschnitt nach 18 Sekunden vom Arzt unterbrochen.⁽¹⁰⁾ Auch die verwendete Terminologie ist entscheidend für den Erfolg eines Gespräches. Unter dem Titel „Mehr Klartext, weniger Fachjargon“ nahm das Deutsche Ärzteblatt die Thematik auf und berief sich auf eine Studie der AOK, nach welcher mehr als 25 % der Kassenpatienten mit ärztlichen Empfehlungen kaum etwas anfangen könnten.⁽¹¹⁾ Eine andere Studie ergab, dass 25,7 % der Patienten sich unzureichend über ihr Krankheitsbild informiert fühlten.⁽¹²⁾ Auch international weisen Studien auf eine ähnliche Problematik hin. Eine kanadische Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass 49,1% der Patientenbeschwerden auf Kommunikationsprobleme zurückzuführen sind.⁽¹³⁾ In einer vergleichbaren amerikanischen Studie lag die Quote bei 74,4%.⁽¹⁴⁾

1.1 Ärztliche Gesprächsführung im Besonderen: Überbringen schlechter Nachrichten

Welchen Inhalt eine Nachricht haben muss, um aus Patientensicht als schlecht zu gelten, ist nicht einheitlich definiert und kann unterschiedlich bewertet und empfunden werden. Eine geläufige Definition aus dem englischsprachigen Raum bezeichnet „Bad News“ als jegliche Information, welche die Sicht auf die eigene Zukunft nachhaltig negativ und ernsthaft beeinflusst.⁽¹⁵⁾

So kann beispielsweise ein erstmalig diagnostizierter Genitalherpes auf Grund seiner Klassifizierung als sexuell übertragbare Krankheit für den unvorbereiteten Patienten A eine schlechte Nachricht sein, während dagegen Patient B diese Diagnose mit Erleichterung aufnimmt, da er von einer subjektiv als schlechter empfundenen Differentialdiagnose ausgegangen war.

Das Spektrum schlechter Nachrichten kann folglich letale, permanent stark die Lebensqualität beschränkende bis hin zu leichten, temporären Erkrankungen betreffen. Entsprechende Publikationen zur Thematik des Überbringens schlechter Nachrichten werden in der medizinischen Forschung mit dem Überbegriff „Breaking Bad News“ (im Weiteren abgekürzt als BBN) katalogisiert.

Bis in die 1960er Jahre galt die Aufklärung von Patienten über schwerwiegende Diagnosen eher als kontraindiziert; so lehnten 9 von 10 Ärzten die Aufklärung des Patienten bei Krebsdiagnosen ab.⁽¹⁶⁾ Erst in den späten 1970er Jahren war ein großer Teil der Ärzte bereit, offen mit dem Patienten über infauste Diagnosen, wie z.B. Tumorerkrankungen, zu sprechen.⁽¹⁷⁾

Die aktuelle internationale Studienlage zeigt, dass auch ein Großteil der Patienten weltweit es bevorzugt, ehrlich über ihre Erkrankung aufgeklärt zu werden.⁽¹⁸⁾ International gilt es, dennoch kulturelle Unterschiede zu beachten. So werden beispielsweise in manchen Regionen Chinas zuerst die Angehörigen über schlechte Nachrichten informiert.⁽¹⁹⁾

1.1.1 Besonderheiten des BBN-Gespräches

BBN stellt für den Arzt im klinischen Alltag ein besonderes Aufgabengebiet dar, da er auf fachlicher und emotionaler Ebene gleichermaßen überzeugen muss, um den Patienten zufriedenstellend zu beraten.⁽⁸⁾ Im Laufe ihrer Tätigkeit überbringen Ärzte unter Umständen mehrere tausend schlechter Nachrichten an ihre Patienten.⁽⁵⁾ Zum Teil empfinden Ärzte das Überbringen einer schlechten Nachricht als emotional stressig und stehen der Aufgabe mitunter ängstlich gegenüber.⁽²⁰⁾

Besonders schwierig für den Arzt wird die Situation, wenn das Setting ungeeignet ist. Beispiele wären das Fehlen eines ruhigen Raumes, eine von Unterbrechungen gestörte Gesprächssituation, ungenügende Zeit zum adäquaten Gespräch und auch kulturelle Unterschiede können die Gesprächssituation erschweren.⁽²¹⁾ Wenn möglich, sollten diese Faktoren im Vorfeld des Gespräches optimiert werden, um eine geeignete Gesprächssituation zu ermöglichen.^{(22), (23)}

Der richtige Zeitpunkt für ein Gespräch ist nicht definiert. Onkologen betonen, dass das Überbringen von schlechten Nachrichten nicht in einem einzigen Moment stattfindet, sondern ein fortlaufender Prozess ist.⁽²¹⁾ Auch die Einschätzung, wie ausführlich der Patient in Bezug auf mögliche Zusatzinformationen wie zu erwartende Schmerzen oder Einschränkung der Beweglichkeit aufgeklärt werden möchte, verlangt Empathie seitens des Arztes. Werden schlechte Nachrichten für den Patienten unbefriedigend kommuniziert, kann dies zu Verwirrung, Leid und Groll führen. Ein gutgeführtes Gespräch jedoch kann bei dem Patienten Verständnis und Akzeptanz fördern.⁽²⁴⁾

Ist der Patient unzufrieden mit seinem Gespräch, hat das Folgen für die Compliance.⁽²⁵⁾ In drastischen Einzelfällen, z.B. wenn sich bei der Behandlung Folgeschäden ergeben, kann schlechte Kommunikation zu Schadensersatzprozessen führen.^{(26), (27)}

1.1.2 Juristische Grundlage

Die Aufklärung bezüglich Diagnose, Therapieoptionen und Prognose ist juristisch Aufgabe des Arztes. Dies ist in Bezug auf die deutsche Gesetzgebung festgelegt in § 630 des Bürgerlichen Gesetzbuches. Besonders hervorzuheben sind hier die Paragraphen § 630c und § 630e:

§ 630c Absatz 1 BGB, (Stand 11/2018):

„(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten darüber auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren.“

Die hier festgelegte Pflicht des Arztes zur ehrlichen Kommunikation bildet Grundlage für den Behandlungsvertrag. Die Pflicht zur offenen und ehrlichen Mitteilung der Diagnose des Patienten ergibt sich juristisch aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Der Gesetzesgeber betont hier speziell die Wichtigkeit der Kommunikation der Diagnose, da sie Grundlage aller weiteren Behandlungsschritte bildet. Da das Überbringen einer Diagnose aus Patientensicht dem Überbringen einer schlechten Nachricht entsprechen kann, bildet dieser Paragraph folglich eine elementare Grundlage für BBN-Gespräche.

§ 630e Absatz 1 BGB, (Stand 11/2018):

„(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.“

(2) Die Aufklärung muss

1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,
2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,
3. für den Patienten verständlich sein.“

Wie dem Gesetzestext zu entnehmen ist, sind die Verpflichtungen des Arztes genau geregelt. Das Aufklärungsgespräch soll dem Patienten ermöglichen, die Behandlung in den Grundzügen zu verstehen. Auf der Basis dieser Kommunikation soll der Patient dann eine eigenständige Entscheidung bezüglich einer medizinischen Behandlung treffen können. Da die Aufklärung in der Regel mündlich erfolgt und schriftlich dokumentiert wird, ist eine klare verbale Kommunikation zwischen Arzt und Patient unabdingbar.

Speziell im Hinblick auf den für Patienten oft schwer verständlichen medizinischen Fachterminus ist hier die sprachliche Anpassung des Arztes gefragt. Auch sprachliche Barrieren, welche in unserer zunehmend globalisierten Welt gehäuft auftreten, können die in §630e, Absatz (2), Punkt 3. angesprochene Verständlichkeit für den Patienten erschweren und für das Personal eine Herausforderung darstellen.

Seit 2012 wird die medizinische Lehre ärztlicher Gesprächsführung durch die ärztliche Approbationsordnung verpflichtend vorgegeben.

§ 1 Absatz 1 ÄApprO, (Stand 11/2018):

„Die Ausbildung soll auch Gesichtspunkte ärztlicher Gesprächsführung sowie ärztlicher Qualitätssicherung beinhalten“

Da ein Großteil der Medizinstudierenden nach Abschluss ihres Studiums als Arzt praktiziert, ist es aus juristischer Perspektive notwendig, die Kommunikation mit den Patienten als Teil des akademischen Lehrauftrages zu betrachten.

1.2 Medizindidaktische Entwicklung der Lehre im Medizinstudium

Um im Nachfolgenden konkret auf den Stand der Lehre bzgl. Gesprächsführung und im Speziellen auf das Überbringen schlechter Nachrichten eingehen zu können, erfolgt an dieser Stelle ein kurzer Exkurs zum gegenwärtigen Stand der Medizindidaktik.

„Didaktik“ ist die „Wissenschaft vom lernwirksamen Lehren“ und bedeutet in der Praxis sich „mit dem Prozess des Lehrens und Lernens auseinanderzusetzen“⁽²⁸⁾ Medizindidaktik ist die Lehre im Medizinstudium, womit jedoch nicht nur die curricularen Aspekte wie Vorlesungen gemeint sind, sondern verschiedenste Lehr-Lern-Situationen, wie z.B. Praktika und Fortbildungen.⁽²⁹⁾ Nach Fabry handelt es sich bei der Medizin nicht um eine naturwissenschaftliche, sondern eine praktische Wissenschaft, für die naturwissenschaftliche Erkenntnisse jedoch von fundamentaler Bedeutung sind.⁽³⁰⁾ Denn Ärzte handeln normativ und müssen nicht nur über das theoretische Hintergrundwissen eines Falles verfügen sondern entsprechend auch wissen, was zu tun ist. Während wissenschaftliche Kenntnisse revidierbar sind, können Handlungen nicht rückgängig gemacht werden, weswegen „die Reflexion auf die Normen des ärztlichen Handelns“ immer als relevante Aufgabe, die in der Medizin erfolgen muss, gesehen wurde.⁽³⁰⁾ Als Ergebnis dessen können nach Fabry die ärztlichen Eide und Gelöbnisse genannt werden. Auch wenn – wie Fabry selbst anmerkt – dies dem Selbstverständnis von manchen Medizinerinnen widersprechen wird, so findet sich seine Ableitung dessen - nämlich die Forderung nach einem verstärkt kompetenz- und ergebnisorientierten Curriculum des Medizinstudium - auch im aktuellen medizindidaktischen Zeitgeschehen wieder, wie am Ende dieses Abschnitts noch erläutert wird. Auch Kollwe et. al. verdeutlichen, dass im „Medizinstudium ein Wandel weg vom reinen Faktenwissen hin zur sogenannten Kompetenzorientierung zu verzeichnen“ ist, und beziehen sich mit dem Zitat auf ein entsprechendes Positionspapier der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung⁽²⁹⁾. Noch deutlicher, wenn auch auf das allgemeine Hochschul-Lehren bezogen, werden Böss-Ostendorf und Senft wenn sie schreiben: „Als reine Informationsvermittlung hat es ausgedient“.⁽³¹⁾ Eine Ergebnis- und

Kompetenzorientierte Curriculum kann als Erweiterung einer lernzielorientierten Didaktik verstanden werden.⁽³⁰⁾

Die lernzielorientierte Didaktik basiert auf einer behavioristischen Grundthese, und dementsprechend zielen Lernziele immer darauf ab eine Verhaltensänderung zu erwirken.⁽³⁰⁾ Aus diesem Grund müssen Lernzielformulierungen auch immer Verhalten oder Verhaltensänderungen beschreiben, da dies als „beobachtbarer und messbarer Indikator für den zugrundeliegenden Lernprozess angesehen wird“. ⁽³⁰⁾ Fabry führt weiterhin aus, dass die lernzielorientierte Didaktik jedoch keine inhaltlichen Vorgaben hinsichtlich der Lernziele macht. Lernziele sollten gemäß der „Top-Down-Strategie“ in Richtlernziele, Groblernziele und Feinlernziele unterteilt werden. Erstere sind Ziele, die als oberste Ebene richtungsweisend sind und auch als „Lernfelder“ definiert werden können.⁽³²⁾ Diese konkretisieren sich in den Groblernzielen, in denen auch schon beschrieben sein kann, was der Lernende am Ende des Lernprozesses für Fertigkeiten und Kenntnisse erlernt haben sollte. Feinlernziele sind die unterste Ebene und beinhalten z.B. das Lernziel einzelner Lehrveranstaltungen.⁽³⁰⁾

Da sich Grob- und Feinziele nicht einfach der Logik nach ableiten lassen, braucht es eine Kategorisierung der einzelnen Ziele, um diese systematisch zu erfassen und Kategorien zuordnen zu können. Fabry führt an dieser Stelle an, dass hierfür die Lernziel-Taxonomie von Bloom am häufigsten verwendet wird. Bloom unterscheidet zwischen kognitiven, psychomotorischen und affektiven Domänen von Lernzielen und bildet für jede dieser Domänen weitere Lernziel-Kategorien. ⁽³⁰⁾ Die einzelnen Lernziel-Kategorien der Domänen dürfen jedoch nicht als absolut scharf umrissen und untrennbar voneinander gesehen werden, da sich die einzelnen Domänen im Lernprozess häufig überschneiden und ergänzen.⁽³⁰⁾

Obwohl die lernzielorientierte Didaktik bereits recht früh im Anschluss an ihre Entwicklung für die medizinische Ausbildung übernommen wurde und diese auch seit langem prägt, gibt es an ihr auch grundlegende Kritik. Ein Hauptkritikpunkt bildet dabei insbesondere die beschriebene Lernziel-Taxonomie, da sie „eine Vereinfachung darstellen, die der Komplexität von

realen Anforderungen in der ärztlichen Praxis zu wenig gerecht werde“.⁽³⁰⁾ Fabry plädiert deshalb für eine Kompetenz- und Ergebnisorientierten Curricula, in der „übergeordnete Ausbildungsziele (...) besser in Form von Kompetenzen beschrieben werden, für die Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen zwar notwendige aber noch keine hinreichenden Bedingungen sind.“⁽³⁰⁾

2015 wurde mit dem NKLM (Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin) ein entsprechendes Instrument auf dem ordentlichen Medizinischen Fakultätentag in Kiel verabschiedet.⁽³³⁾ Der NKLM soll im Rahmen des Reformierungsvorhabens „Masterplan Medizinstudium 2020“ von Bund und Ländern zusammen mit dem Gegenstandskatalog des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) ein Kerncurriculum definieren, denn der Masterplan sieht eine „kompetenzorientierte Ausgestaltung der ärztlichen Ausbildung“ und eine entsprechende „Neuausrichtung des Medizinstudiums“ vor.⁽³⁴⁾

1.2.1 Entwicklung des Lehrangebotes zu Gesprächstechniken in Berlin

Unter anderem in Folge des UNiMUT-Streikes von 1989 wurden auch in Deutschland bereits zu diesem Zeitpunkt vermehrt Forderungen nach einem praxisorientierteren Studiengang der Humanmedizin geäußert. Aus diesen Forderungen heraus entstand 1999 zum Wintersemester der bundesweit erste Reformstudiengang der Humanmedizin in Berlin. Die gesetzliche Grundlage dafür bot §41 der Approbationsordnung. Im Rahmen dieser Neustrukturierung organisierten Studierende der Freien Universität freiwillige Kurse zum Erwerb von Gesprächsführungsfähigkeiten. Die Kurse wurden nach dem Peer-group-learning-Modell gestaltet. Es basiert auf der Grundidee, mit und durch Gleichgestellte zu lernen. Anstelle von Frontalunterricht werden Lösungsstrategien durch die Gruppe selbst erarbeitet. Die positive Resonanz auf dieses Lehrangebot hat zu dem Entschluss geführt, Gesprächskurse als festen Bestandteil des Regelstudienganges Humanmedizin in den Lehrplan zu integrieren. Interessanterweise wurde dieser Kurs nicht Teil des zur gleichen Zeit entstandenen Reformstudienganges, der seit dem Wintersemester 1999/2000 an der Charité parallel zum Regelstudiengang durchgeführt wurde. Erst zwei Jahre später erfolgte seine offizielle Aufnahme in das Curriculum.

Unterstützt wurden seine Entwicklung und Durchführung auch vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, u.a. mit der Fragestellung, inwieweit international erfolgreiche, fachübergreifende und problemorientierte medizinische Studiengänge auch auf Deutschland übertragen werden könnten. Zum Sommersemester 2002 startete der erste Pflichtkurs „Ärztliche Gesprächsführung - Überbringen schlechter Nachrichten“ (im Weiteren abgekürzt als ÄGF) im Rahmen des Faches Allgemeinmedizin an der Charité Berlin. Das Peer-group-learning-Konzept wurde fortgeführt, und erst seit 2008 wird der Kurs auch partiell durch Mitarbeiter des Institutes für Allgemeinmedizin geleitet. Da ab dem Sommersemester 2011 der Regelstudiengang der Charité nicht mehr angeboten wird, steht der Kurs in der hier beschriebenen Form nur noch für verbleibende Nachzügler des Regelstudiengangs zur Verfügung. In dem aktuell bestehenden Modellstudiengang ist der BBN-Kurs in dem Format KIT (Kommunikation, Interaktion, Teamwork), das die Studierenden fast in jedem Semester mit jeweils etwas anderem Schwerpunkt besuchen müssen, eingegangen. Der Schwerpunktbereich BBN findet im 9. Semester bei 3 von 6 Terminen statt. In die Konzeption wurden viele Rollenspiele des ÄGF-Kurses übernommen. Bei den Terminen, die sich mit BBN befassen, wird weiterhin das SPIKES-Modell gelehrt und Rollenspiele durchgeführt.

1.2.2 Das Rollenspiel als didaktische Methode im Medizinstudium

Das Rollenspiel als didaktische Methode wird bereits in der Fachliteratur der 70er Jahre als eine Möglichkeit der Darstellung von Handlungsalternativen beschrieben, ⁽³⁵⁾ deren Schwerpunkt auf „aktiver Teilnahme am Lernprozess, die den Lernprozess selbst verstärkt“, ⁽³⁶⁾ liegt. Wie zu Beginn dieses Abschnitts erläutert wurde befindet sich das Medizinstudium derzeit in einem Strukturwandel mit dem Ziel, eine „kompetenzorientierte Ausgestaltung“ als grundlegende curriculare Neuausrichtung zu etablieren. ⁽³⁴⁾ Das Rollenspiel ermöglicht einen Perspektivenwechsel und schult dadurch nicht nur die so genannten „soft skills“ wie Empathie und Reflexionsfähigkeit, sondern erfüllt auch die didaktische Funktion. Es lassen sich Erkenntnisse bzgl. des eigenen Verhaltens und der damit einhergehenden Handlungskompetenz ableiten. ⁽²⁹⁾ Das Rollenspiel als didaktische Methode entspricht in diesem Sinne absolut dem „Zeitgeist“ der aktuellen medizinischen Studienausrichtung und findet sich als

didaktische Methode auch z.B. in zahlreichen Veranstaltungen des aktuellen „Bildungsprogramm 2019“ der Charité.⁽²⁹⁾

1.2.3 Lehre der Gesprächsführung mit Fokus auf das Überbringen schlechter Nachrichten

In der klassischen Ausbildung des Arztes basiert ein großer Teil des kommunikativen Erkenntnisgewinnes auf der „Trial & Error“- Taktik.⁽³⁷⁾ Dies bedeutet, man lernt aus den Fehlern und versucht diese in der Zukunft bzw. weiteren Gesprächen zu vermeiden.

Diese Methode bedingt jedoch eine Selbstreflektion des Arztes bezüglich seiner Fähigkeiten und ein hohes Maß an Empathie, da die Beurteilung der Gesprächsqualität einzig aus dem eigenen Empfinden und dem Verhalten des Patienten bewertet werden kann.

Doch während ein negatives Gespräch lebenslangen Erkenntnisgewinn für den Arzt bedeuten kann, profitiert der betroffene Patient nicht von dieser autodidaktischen Kommunikationslehre. Studien deuten darauf hin, dass durch rein praktische Berufsausübung nur eine geringe Verbesserung der Kommunikationsqualität bei Ärzten erreicht werden kann.⁽³⁸⁾

Die Kommunikation mit den Patienten erfordert Fähigkeiten und Kompetenzen auf mehreren Ebenen. Während die fachliche Ausbildung Hauptaspekt des klassischen Lehrcurriculums der Humanmedizin ist, wurden zwischenmenschliche Fähigkeiten - wie die Kommunikation - traditionell seltener aktiv im Studium gelehrt. Inwiefern es überhaupt möglich ist, kommunikative ärztliche Fähigkeiten zu vermitteln, ist erst in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts in den Fokus der Forschung getreten.^{(39),(40)} Die frühen Untersuchungen bezüglich BBN entsprangen überwiegend dem englischen Sprachraum.^{(41),(42)}

1.2.4 Ablauf des Kurses „Überbringen schlechter Nachrichten“ im Regelstudiengang der Charité

Der Kurs „Überbringen schlechter Nachrichten“ fand obligat im 5. klinischen Fachsemester für alle Studierenden des Regelstudienganges Humanmedizin der Charité statt. Maximal 6 Studierende bildeten eine Kleingruppe und durchliefen in dieser Konstellation 2 Kurstage mit je 2 Unterrichtseinheiten. Darauf aufbauend bestand fakultativ die Möglichkeit der Teilnahme an einem Expertengespräch. Dabei erhielten die Studierenden die Möglichkeit, mit erfahrenen Ärzten die Thematik fortführend zu besprechen und offene Fragen mit ihnen zu diskutieren.

Der Kurs setzte sich aus einer Vorbesprechung, einer kurzen theoretischen Einführung und einem umfassenderen praktischen Teil zusammen, in dem die Gesprächssituation in Form von Rollenspielen persönlich erfahrbar gemacht werden sollte.

In der Vorbesprechung erfolgte durch die Tutoren der Hinweis, dass die Studierenden im Falle einer persönlichen Betroffenheit - ausgelöst durch die Thematik - Beratung und Seelsorge in Form einer telefonischen Beratung in Anspruch nehmen könnten. Anschließend berichteten der Tutor und die Kursteilnehmer in einer Vorstellungsrunde, ob sie schon Erfahrungen mit dem Überbringen schlechter Nachrichten gemacht hatten und welche Facharzt-Ausbildung sie anstrebten.

Der geplante Ablauf des Kurses wurde dargestellt: Jeder Studierende sollte in Rollenspielen mindestens einmal die Rolle des Arztes und die des Patienten einnehmen. Für die gegenseitige Beurteilung der Gesprächstechniken erfolgte eine Besprechung der Grundsätze des Feedbacks. Betont wurden dabei die wertschätzenden und respektierenden Aspekte gegenseitiger Gesprächsbeurteilung. Nachfolgend wurde gemeinsam erarbeitet, welche Rahmenbedingungen für ein adäquates Arzt-Patienten-Gespräch gegeben sein müssen.

Als theoretische Grundlage des Kurses diene das aus dem Jahr 2000 stammende SPIKES-Modell nach Baile et al. Der Titel SPIKES bildet ein Akronym und dient gleichzeitig als Merkhilfe. Die einzelnen Buchstaben stehen jeweils für einen wichtigen Aspekt des Patientengesprächs bzw. einen Parameter, welchen der Arzt beeinflussen kann, um das Gespräch für den Patienten zu erleichtern. Die Reihenfolge der Buchstaben ist chronologisch zu verstehen. So soll beispielsweise zuerst das S wie Setting bedacht werden, da dies nur vor dem Gespräch optimiert werden kann. Das S als letzter Buchstabe steht für Strategy & Summary, also ein Zusammenfassen des Gespräches und Erarbeiten einer gemeinsamen Strategie zum Umgang mit der Situation.⁽²³⁾ Das SPIKES-Modell wurde im englischsprachigen Raum entwickelt und dementsprechend auch an dortige Patientenbedürfnisse angepasst. Eine Marburger Publikation weist darauf hin, dass das SPIKES-Protokoll die Prioritäten von Krebspatienten in Deutschland nicht vollständig erfüllt.⁽⁴³⁾

In Brasilien wurde auf Basis vergleichbarer Studienergebnisse eine an die regionalen Bedürfnisse adaptierte Abwandlung von SPIKES unter dem Namen PACIENTE-Protocol entwickelt.⁽⁴⁴⁾ Ergänzend zu SPIKES wird in der Literatur auch das von Back et al. entwickelte NURSE-Akronym als theoretisches Lehrmittel vorgeschlagen. Es vermittelt einen Leitfaden mit speziellem Fokus auf die emotionale Komponente der Gesprächsführung.⁽⁴⁵⁾ Eine weitere Alternative ist die ABCDE-Gedächtnisstütze.⁽⁴⁶⁾

Buchstabe	Ausgeschriebene Message	Frei übersetzte inhaltliche Bedeutung
S	Setting up the interview	möglichst optimale Umgebung schaffen
P	Assessing the patient's perception	realistische Einschätzung des Wissens und der Patientenwahrnehmung
I	Obtaining the patient's invitation	Einschätzung der Bereitschaft, eine schlechte Neuigkeit aufzunehmen
K	Giving knowledge and information to the patient	verbaler „Warnschuss“ vor der Mitteilung der schlechten Nachricht und klare Kommunikation der Diagnose
E	Addressing the patient's emotions with empathic responses	Raum lassen, um die schlechte Nachricht aufzunehmen, und Akzeptanz der Emotionen des Patienten.
S	Strategy and summary	Zusammenfassung des Gespräches und weiteres Vorgehen

1 – Tabelle: SPIKES-Model

Grundlage für die Rollenspiele bildeten vorbereitete Fallbeschreibungen, die beiden Darstellern des Rollenspiels schriftlich vorgelegt wurden. Die dargestellten Fälle wurden aus einem Katalog von 16 Szenarien gewählt und entstammten den verschiedensten Fachdisziplinen: 3 thematisieren Todesfälle, 2 infauste Diagnosen und die weiteren Fälle griffen Szenarien auf, wie z. B. den Verdacht einer Kindesmisshandlung, Erstdiagnose einer multiplen Sklerose oder die Aufklärung über eine Brustkrebserkrankung.

Die Rolle des Arztes enthielt ausführliche Informationen über das örtliche Setting, die Vorgeschichte, aktuelle Krankengeschichte, Angaben zur Sozialanamnese des Patienten und zur Diagnose, einschließlich fachlicher Informationen über Therapiemöglichkeiten und Prognose. Die eingangs gestellte Frage nach der angestrebten Facharztrichtung diente in diesem Kontext der Wahl eines passenden Rollenspielszenarios, basierend auf der Annahme, dass es den Studierenden einfacher fiel, die Krankheitsbilder des Fallbeispiels zu erläutern, wenn sie Interesse und Vorkenntnisse hinsichtlich des entsprechenden Fachgebietes haben.

Der Patientendarsteller erfuhr unter anderem Details über die Persönlichkeitsmerkmale, die familiäre Situation und den bisherigen Wissensstand des Erkrankten.

Im Anschluss besprachen beide Teilnehmer und ihre beobachtenden Kommilitonen das Rollenspiel und diskutierten positive und negative Aspekte des Gesprächs. Das gegenseitige Feedback erfolgte immer strukturiert nach dem gleichen Ablauf / Muster:

Zuerst äußerten sich die darstellenden Studierenden zu ihrem Erleben während des Rollenspiels, daraufhin separat der Patientendarsteller, nachfolgend die Zuschauer und abschließend der Tutor.

Im unmittelbaren Anschluss an den Kurs wurden die Studierenden gebeten, ein verbales Feedback zum Kurs zu geben, den Kurs zusätzlich anonym schriftlich zu evaluieren sowie eine Einwilligung zur Nachbefragung via E-Mail-Kontakt zu geben.

1.2.5 Lehrmodelle an anderen Standorten

Die Approbationsordnung betont in ihrer aktuellen Version explizit die Pflicht zur Ausbildung in ärztlicher Gesprächsführung.⁽⁴⁷⁾ Dementsprechend sind Seminare zur Förderung der Kommunikation mittlerweile fester Bestandteil des Lehrplans an den medizinischen Fakultäten in Deutschland. Im präklinischen Studienabschnitt ist die Thematik des ärztlichen Gesprächs Teil der medizinischen Psychologie. An vielen deutschen Universitäten, beispielsweise Gießen⁽³⁴⁾ oder Würzburg,⁽³⁵⁾ wird auch schon im vorklinischen Setting mit Schauspielpatienten gearbeitet und folglich ein longitudinales BBN-Lernkonzept verfolgt. Im November 2017 wurde eine Mailanfrage an alle deutschen Dekanate der medizinischen Fakultäten mit der Bitte um Auskunft bezüglich des Ablaufs und Umfangs der klinischen BBN Lehre gebeten. Die erhaltenen Antworten sind in folgender Tabelle zusammengefasst. Die Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und bezieht sich nur auf den klinischen Studienabschnitt bzw. Modellstudiengängen ab dem 5. Fachsemester.

Standort:	Klinisches Fach:	Umfang:	Lokalisation:	Rollenspiel:
Berlin	Allgemeinmedizin	3 x 180 min	9.FS	Ja
Dresden	Medizinisches Interprofessionelles Trainingszentrum (Skillslab)	90 min	7.FS	Ja
Gießen	Psychosomatik, Palliativmedizin	2 x 90 min	7.FS	Ja
Göttingen	Palliativmedizin, Allgemeinmedizin, Psychosomatik, Onkologie, Psychoonkologen	2 x 90 min	7.FS; 10.FS	Ja
Halle-Wittenberg	Palliativmedizin	60 min	9. FS	Ja
Lübeck	Neurologie; Anästhesiologie	2 x 5 Unterrichtseinheiten; 3 Stunden	5.FS /6. FS + 7.FS /8.FS; 7.FS /8.FS	Ja Ja
Regensburg	Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin	2 x 60min	6.FS	Ja
Würzburg	Seminar: Interdisziplinäre Onkologie	90 min	7.FS	Ja

2 - Tabelle: Vergleichende Darstellung der BBN-Lehre im klinischen Studienabschnitt

Ergänzend zu erwähnen sei hier das Kollaborationsprojekt „eKOMMED“ der medizinischen Fakultäten Dresden und Leipzig, in Kooperation mit dem Hochschuldidaktischen Zentrum Sachsen. Auf Grund studentischer Nachfragen wurde dort ein spezielles Onlineportal zum Thema ärztliche Gesprächsführung entwickelt. Auf diesem ist es Studierenden beider Fakultäten möglich, auf Video aufgezeichnete Gesprächssituationen zwischen Arzt und Patient anzusehen und sich zu dem Gesehenen in einem Forum auszutauschen.⁽⁴⁸⁾

Rollenspiele sind an allen respondierenden Standorten fester Bestandteil der Kurseinheiten. Welcher Fachbereich das Überbringen schlechter Nachrichten im klinischen Abschnitt unterrichten soll, ist weder vorgeschrieben noch einheitlich geregelt. Der zuständige klinische Lehrstuhl für die Vertiefung der Thematik variiert im interuniversitären Vergleich. Die Fächerbreite geht dabei von Allgemeinmedizin, Palliativmedizin, Neurologie bis hin zu Ethik und Geschichte der Medizin. Diese Tatsache bestätigt einerseits die fächerübergreifende Relevanz, zeigt andererseits aber auch, dass sich bisher keine Fachdisziplin als federführend auf dem Gebiet etabliert hat.

1.3 Bisheriger Stand der Wissenschaft zu Evaluationen von Lehrangeboten im Bereich des Überbringens schlechter Nachrichten

Auch an ausländischen Universitäten, unter anderem in den Vereinigten Staaten⁽³⁷⁾, der Schweiz⁽⁴⁹⁾, Kanada⁽⁵⁰⁾, Pakistan⁽⁵¹⁾ oder Großbritannien⁽⁵²⁾, finden BBN-Kurse mit Rollenspielen statt. Es werden sowohl externe Schauspielpatienten verpflichtet als auch Rollenspiele unter den Studierenden praktiziert. Evaluationsergebnisse zeigen überwiegend positive Resonanz seitens der Studierenden.⁽⁵³⁾ Fachlich geschulte Beobachter bestätigen den Lernerfolg.⁽⁵⁴⁾

Das SPIKES-Protokoll dient dabei als theoretische Grundlage zur Vorbereitung auf die Rollenspiele, auch im Rahmen von BBN-Kursen für Hebammen⁽⁵⁵⁾, Ärzte⁽⁵⁶⁾, Zahnärzten⁽⁵⁷⁾ und des Pflegepersonals.⁽⁵⁸⁾

Es konnte gezeigt werden, dass sich Kurse mit Rollenspielen auch positiv auf die Fähigkeit des Zuhörens der Studierenden auswirken und berufliche Praxis eine fehlende Ausbildung im Studium nicht adäquat kompensieren kann.⁽³⁸⁾

Eines der wenigen Studiendesigns mit mehrzeitigen Messpunkten untersuchte die Unterschiede in der BBN-Lehre an mehreren niederländischen Universitäten, unmittelbar nach Absolvieren eines Kurses und erneut gegen Ende der Studienzeit. Die Unterschiede in der Bewertung des Kurses waren nur marginal. Jedoch gab es Standorte, an denen sich die Befragten gegen Ende des Studiums weniger gut vorbereitet fühlten als zum Zeitpunkt der ersten Befragung. Die Autoren legten dies als Indiz für die Notwendigkeit von longitudinal ausgerichteten Kurskonzepten aus. Des Weiteren zeigten sie, dass das Lehrkonzept in Bezug auf Intensität und Dauer im interuniversitären Vergleich stark variiert, die Studierenden aber Übungsgespräche mit Simulationspatienten als hilfreich empfinden.⁽⁵⁹⁾

In der Schweiz befragte man ein Kollektiv aus Studierenden zu 3 Zeitpunkten: Im theoretischen Studienabschnitt vor und nach einem Training mit Schauspielpatienten sowie abschließend während ihrer klinischen Rotation am Ende des Studiums. Es ließ sich eruieren, dass ihre ethischen Einstellungen konstant blieben, und dass vor allem die Studierenden, welche sich vor der Kurseinheit unsicher in Bezug auf BBN gefühlt hatten, von den Übungen profitierten.⁽⁶⁰⁾ So lässt sich auch international ein stetig wachsendes Bewusstsein und Interesse für die Thematik feststellen. In Deutschland ist eine praxisorientierte Erneuerung des Studienganges der Humanmedizin an vielen Standorten in Form von Modellstudiengängen oder anderen Innovationen bereits realisiert worden. Kommunikationskurse sind überwiegend Teil des Curriculums. Diverse Universitäten benutzen das SPIKES-Konzept als theoretische Grundlage.⁽⁶¹⁾ Publierte Forschungsergebnisse, welche diese Kurse zum Gegenstand hatten, finden sich im deutschsprachigen Raum nur von vereinzelten Universitäten:

Das Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Bochum untersuchte 2010 einen Kommunikationskurs der Friedrich-Alexander-University Erlangen-Nürnberg. Im Rahmen dieses Kurses erlernten die Studierenden in Kleingruppen von maximal 20 Personen das Überbringen von malignen Krebs-Diagnosen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass sich die subjektive Einschätzung der eigenen Kommunikationsfähigkeiten von Medizinstudierenden nach dem Besuch entsprechender Lehrveranstaltungen verbessert hatte.⁽⁶²⁾ Im Rahmen

weiterer Untersuchungen desselben Institutes führten Studierende unmittelbar vor und nach Absolvieren eines 5-tägigen Kurses Gespräche mit Schauspielpatienten und wurden während der Gesprächssituation gefilmt.

Die Aufnahmen wurden durch unabhängige, zuvor geschulte Beobachter anhand eines genormten Schemas bewertet. Die Ergebnisse belegten, dass sich die gestiegene Selbsteinschätzung aus den vorherigen Untersuchungen mit den objektiv messbaren Veränderungen im professionellen Verhalten deckt.⁽⁶³⁾ Ein neuartiges Kursprojekt wird gemeinsam von der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum und dem Studiengang Pflege der Hochschule für Gesundheit Bochum durchgeführt und legt den Schwerpunkt auf interprofessionales Peer-Group-Teaching: Studierende der Humanmedizin übernehmen die Rolle des Pflegenden und Studierende der Pflege die Rolle des Arztes. Der durch die studentischen Tandems geleitete Kurs ermöglicht einen Perspektivwechsel, führt zu Diskussionen und ist so beliebt, dass er der Nachfrage nach Teilnahmeplätzen aus beiden Professionen nicht nachkommen kann.⁽⁶⁴⁾ Ein ähnliches Kurs-Konzept wird auch in Manchester angewandt.⁽⁶⁵⁾

Eine Evaluationsuntersuchung eines Göttinger Kurs-Konzeptes zeigte, dass der Einsatz von BBN-thematisierenden Medien, wie z.B. Filmausschnitte und Romantexte, aus studentischer Sicht positiv aufgenommen wird und einen anschaulichen Einstieg in die Thematik ermöglichen kann.⁽⁶⁶⁾ Eine Untersuchung Studierender der Ludwig-Maximilians-Universität München konnte demonstrieren, dass die Hemmung bezüglich des Überbringens der Diagnose eines Sigma-Adeno-Karzinoms durch Unterrichtseinheiten mit Schauspielpatienten signifikant abnahm. Dabei profitierten insbesondere Studierende mit einer hohen Anfangshemmung im Sinne eines Hemmungsabbaus.⁽⁶⁷⁾ Ebenfalls in München wurde das Überbringen schlechter Nachrichten im Bereich der pädiatrischen Medizin als Kurseinheit unterrichtet. Zentrales Element des Seminars sind in diesem Konzept videogestützte Rollenspiele mit systematischer Videoanalyse, in denen die Studierenden die Rolle eines Arztes oder eines Elternteils bei der Mitteilung einer schwerwiegenden Erkrankung des Kindes einnehmen.

Die Auswertungen wiesen darauf hin, dass die intuitiven kommunikativen Fähigkeiten der Teilnehmer überwiegend gut waren, die Teilnehmer sich aber zu häufig medizinischen Fachjargons bedienten, mit wenig Pausen sprachen und gelegentlich durch die Emotionen der Eltern und die eigene Anspannung überfordert waren. Studierende zeigten insgesamt vergleichbare Kommunikationsmuster wie erfahrene Kinderärzte aus Intensivkursen und erfahrene Kliniker in Rahmen der Dozentenschulung.⁽⁶⁸⁾ Die bisher publizierten Studien belegen einen klaren kurzzeitigen Lerneffekt für die Studierenden. Allerdings ist der Langzeiteffekt von deutschsprachigen BBN-Kursen bis dato ein wenig fokussierter Untersuchungsschwerpunkt.

1.4 Begriff der Kompetenz und Messbarkeit

Wie in Punkt 1.2 erläutert soll für das Medizinstudium in Deutschland eine Neuausrichtung hinsichtlich einer kompetenzorientierten Ausbildung erfolgen.⁽³⁴⁾ Der Begriff der Kompetenz ist jedoch nicht statisch definiert, sondern variiert in Hinblick auf den Kontext.^{(69),(70),(71)} Abhängig vom Standpunkt und Zusammenhang unterscheiden sich folglich die Definitionen. Eine für psychologisch-pädagogische Fragestellungen häufig verwendete Definition ist die nach Franz Weinert, er beschreibt Kompetenz als „die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können“.⁽⁷¹⁾ Neben der genannten Definition nach Weinert finden sich in der Literatur weitere Autoren, welche den Begriff der Kompetenz hinsichtlich des zu untersuchenden Kontextes differenzieren und entsprechend definieren. Es ergeben sich in Konsequenz verschiedenste Kompetenzmodelle, abhängig von Fachgebiet und Fragestellung.⁽⁷²⁾

In der deutschsprachigen medizinischen Lehre ist der Begriff der Kompetenz etabliert. So sind Kompetenzen für das 2015 vom Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. veröffentlichten Absolventenprofil von Ärzten im Sinne eines Kerncurriculums für das Studium der Medizin dem „Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM)“ namensgebend.⁽⁷³⁾ Die Autoren beziehen sich hier ebenfalls auf die Definition

nach Weinert, jedoch werden die einzelnen Kompetenzen übergeordneten Rollenbildern zugeordnet.

Diese Methodik ist angelehnt an die Strukturierung der CanMeds, ein aus Kanada stammendes Konzept für die ärztliche Aus- und Weiterbildung mit der Zielsetzung, die Rolle des medizinischen Experten mehrdimensional zu erfassen. Fabry nennt das CanMeds-Programm „ein Beispiel für einen ergebnisorientierten, auf Kompetenzen aufgebauten Zugang zur ärztlichen Aus- bzw. Weiterbildung, der weltweit viel Beachtung gefunden hat“.⁽³⁰⁾ Auch in den CanMeds werden Schlüsselkompetenzen benannt, welche im Rahmen der Ausbildung erworben werden sollen.⁽⁷⁴⁾ Im Jahr 2009 entstand eine deutsche Übersetzung der „CanMeds – Family Medicine Framework“ mit der Zielsetzung, den Allgemeinmediziner*innen die Ausbildung der Studierenden in ihrer Praxis zu erleichtern.⁽⁷⁴⁾ Die CanMeds-Rollen bzw. Kompetenzen werden auch im deutschsprachigen Raum zunehmend vermittelt; und sie sind z.B. Inhalt der „Train the Trainer“-Seminare der „DEGAM-Verbundweiterbildung plus“ und bildeten die Grundlage für das „Kompetenzbasierte Curriculum“ für ÄiW der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM).⁽⁷⁵⁾ Doch unterscheidet der NKLM neben der Differenzierung der Rollenbilder auch zwischen verschiedenen Kompetenzebenen in Bezug zur „Lerntiefe“, wobei das Erreichen der dritten Ebene die ersten beiden voraussetzt:⁽⁷³⁾

1. Faktenwissen:

„Deskriptives Wissen (Fakten, Tatsachen) nennen und beschreiben.“

2. Handlungs- und Begründungswissen:

„Sachverhalte und Zusammenhänge erklären, in den

klinisch-wissenschaftlichen Kontext einordnen und datenbasiert bewerten.“

3. Handlungskompetenz:

3a. „Unter Anleitung selbst durchführen und demonstrieren.“

3b. „Selbstständig und situationsadäquat in Kenntnis der Konsequenzen durchführen.“

Folgt man dieser Gliederung, so entspricht das selbständige BBN-Gespräch einer Kompetenzebene der Stufe 3b und kann in Folge als Handlungskompetenz klassifiziert werden. Da das Überbringen schlechter Nachrichten vornehmlich im Rahmen der Berufsausübung praktiziert wird, lässt sie sich weiterführend als berufliche Handlungskompetenz klassifizieren. Dieser vornehmlich in der Berufspädagogik verwendete Begriff ist ebenfalls nicht endgültig oder einheitlich definiert, zeigt aber insgesamt eine deutlich geringere Variabilität als die Definitionen des Überbegriffes Kompetenz.^{(76),(77)}

In seiner Essenz lässt sich berufliche Handlungskompetenz im lehrdidaktischen Kontext als Fähigkeit beschreiben, die dazu befähigt, auf Basis von erworbenen Kenntnissen - mit dem Bewusstsein über die eigene Verantwortung - zielgerichtet die Bewältigung seiner beruflichen Aufgabe zu erfüllen. Ähnlich definiert es Fabry, wenn er schreibt, dass Kompetenzen „die spezifischen, durch Lernen und Erfahrung erworbenen bzw. erwerbbaaren Voraussetzungen (bezeichnen), um definierte Anforderungen und Aufgaben zu bewältigen“.⁽³⁰⁾ Auch für Fabry beziehen sich Kompetenzen auf konkrete Aufgaben und Anforderungen, wobei das Überbringen von BBN für ihn zu den spezifischen Anforderungen zählt.⁽³⁰⁾

Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass das Überbringen von schlechten Nachrichten eine Kompetenz ist, die in Übereinstimmung mit der Taxonomie des NKLM der Kompetenzebene 3 entspricht. Wie der dem NKLM zugrunde liegenden Definition der Kompetenz nach Weinert zu entnehmen ist, werden Kompetenzen sowohl von intrinsischen als auch extrinsischen Parametern beeinflusst. So kann folglich auch eine spezifische Kompetenz, wie die berufliche Handlungskompetenz BBN zu überbringen, individuell unterschiedlich stark angelegt sein, jedoch ist ihre Entwicklung variabel. Beeinflussen kann dies zum Beispiel die individuelle Motivation des Individuums, Kompetenzen zu erwerben bzw. auch bereits vorhandene auszubauen. Diese Faktoren bilden einen Ansatz für die Entwicklung einer modernen, praxisorientierten medizinischen Lehre. Denn um die individuelle Motivation zum Erlernen von Kompetenzen zu steigern ist es wichtig den Studierenden zu vermitteln, in welchen klinischen Situationen sie die zu erlernenden Kompetenzen anwenden können.

Das Üben in Rollenspielen könnte also dazu beitragen, den Willen zum Erlernen einer Kompetenz wie dem BBN-Gespräch zu steigern.

Für die Messung von Kompetenz werden in der nationalen und internationalen Literatur verschiedenste Methoden verwendet, welche von „interview- und fragebogenbezogene Selbst-, Fremd- und Gruppenbeurteilungsverfahren, über Unterrichtsproben und Assessment-Center bis hin zur Bearbeitung von Entwicklungsaufgaben, Entwicklungsportfolio, sozialen Intelligenztests, Bildertests oder projektiven Verfahren“ reichen.⁽⁷⁸⁾ Die resultierenden Ansätze zur Operationalisierung von Kompetenzen sind vielseitig und heterotroph, in ihrer Essenz ist der Kompetenzbegriff jedoch zumeist als das Ergebnis einer dynamischen Kombination aus multiplen Eigenschaften zu verstehen.

Die Abgrenzung eines spezifischen Kompetenzmodelles hängt jedoch bezogen auf die objektive Messbarkeit von seiner Diagnostizierbarkeit ab. Einige Autoren, wie Fabry oder auch Schott und Ghabani, schlagen aus diesem Grund vor Kompetenzmodelle anhand von spezifischen Aufgaben zu beschreiben, welche sich nur durch das Anwenden einer spezifischen Kompetenz lösen lassen.^{(79),(30)} Dem gegenüber wird der Begriff der Kompetenz von anderen Autoren von dem Begriff der Performanz abgegrenzt,⁽⁸⁰⁾ und in Folge die Performanz auch als die Anwendung und der Gebrauch von Kompetenzen bezeichnet.⁽⁸¹⁾

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird zwischen den Begriffen Kompetenz und Performanz klar differenziert, und ausschließlich das subjektive Kompetenzerleben hinsichtlich BBN-Gesprächssituationen soll erfasst werden.

1.5 Herleitung der Fragestellung

Alleinstellungsmerkmal von „Ärztliche Gesprächsführung“ gegenüber vergleichbaren BBN-Kurskonzepten waren bei Konzipierung die Einnahme der Patientenrolle und das Peer-Group-Teaching. Es soll im Rahmen dieser Arbeit erfragt werden, wie dieses Konzept kurz- und langfristig bewertet wird. Das hierfür verwendete Instrument der Kursevaluation gehört an deutschen Universitäten zum Standard der akademischen Qualitätssicherung. Jedoch ist nicht gesagt, dass die Einschätzung der Studierenden bezüglich der Lehrinhalte stets auch mit den Anforderungen des Berufes übereinstimmen.

Da BBN-Gespräche kaum im Rahmen von Famulaturen geübt werden und das praktische Jahr am Ende des Studiums steht, wird das Überbringen schlechter Nachrichten meist erst nach Abschluss des Studiums im realen Patientenkontakt erprobt bzw. praktiziert. Daher ist es vonnöten, die Teilnehmer nicht nur direkt im Anschluss an den Kurs, sondern auch nach Beginn ihrer ärztlichen Tätigkeit bezüglich ihrer Einschätzung von BBN Kursen zu befragen.

In der Literatur findet sich jedoch aktuell kaum ein Studiendesign, welches ein Kollektiv von BBN-Kursteilnehmern in verschiedenen Abschnitten ihrer beruflichen Ausbildung befragt. Zwar belegen Publikationen die positive Bewertung von BBN-Kursen und einen unmittelbaren Zuwachs des subjektiven Kompetenzzempfindens der Teilnehmer unmittelbar nach der Teilnahme an BBN-Kursen, doch der langfristige Effekt durch BBN-Kurse mit Rollenspielen ist wenig untersucht. Insbesondere gibt es kaum Untersuchungen von Kurskonzepten, welche das Einnehmen der Patientenrolle als Kernelement beinhalten. Da das Ziel der BBN-Lehre jedoch fachliche und emotionale Kompetenz sowie gesteigerte Sicherheit und Selbstvertrauen hinsichtlich BBN zum Zeitpunkt der ärztlichen Berufstätigkeit sein muss, besteht die Notwendigkeit zur mehrzeitigen longitudinalen Befragung der Kursteilnehmer.

Es ergibt sich folgende konkrete Fragestellung: Haben die Studierenden nach Teilnahme des Kurses und dem Rollenspiel mit der Einnahme der Patientenrolle subjektiv das Gefühl, besser auf das Überbringen schlechter Nachrichten vorbereitet zu sein? Wobei das Wort „besser“ im Sinne von subjektiv

kompetenter zu verstehen ist, da – wie zuvor bereits definiert – das Überbringen schlechter Nachrichten eine Kompetenz ist.

Um diesen Sachverhalt zu untersuchen ist es notwendig „Ärztliche Gesprächsführung“ zu evaluieren und zu erfragen, ob die Studierenden sich unmittelbar nach Absolvieren des Kurses sicherer bezüglich BBN-Gesprächen fühlen.

Weiterführend soll nach Beginn der ärztlichen Tätigkeit das Kollektiv erneut befragt und so ermittelt werden, ob die Studierenden durch Rollenspiele mit Einnahme der Patientenrolle auch langfristig subjektiven Kompetenzgewinn empfinden. Da aber auch vom Kurs unabhängige Faktoren - wie z.B. erlebte Gesprächssituationen im Rahmen von Famulaturen oder das Grundinteresse an der Thematik - Einfluss auf die Kompetenz im Überbringen schlechter Nachrichten haben, soll darüber hinaus untersucht werden, unter welchen Bedingungen BBN tatsächlich stattfindet, welche fortführende Hilfestellung die Ärzte in Weiterbildung (im Weiteren abgekürzt als ÄiW) während ihrer Ausbildung erhalten und welche Verbesserungsmöglichkeit sie sehen. Um diesen Komplex erfassen zu können, gilt es eine gezielte Nachbefragung ehemaliger Teilnehmer praktisch umzusetzen.

2. Methodik

Der konzipierte Methodenansatz entspricht dem einer 2-zeitig retrospektiven Befragung zum Lernprozess, da direkt im Anschluss an den Besuch der Lehrveranstaltung ÄGF die erste Befragung und nach Beginn der ärztlichen Tätigkeit die zweite Befragung stattfand. Inhaltlich liegt der Fokus auf Frageitens bezüglich des subjektiven Lernerfolges und Erinnerungsvermögens an den Kurs, welche im Rahmen der Nachbefragung durch Fragen hinsichtlich der klinischen BBN-Erfahrungen ergänzt werden. In den folgenden Punkten wird das methodische Vorgehen sowohl bzgl. des dahinterstehenden theoretischen Ansatzes als auch hinsichtlich der technischen Umsetzung erläutert und dargestellt.

2.1 Studienkohorten

An der Kursevaluation nahmen Studierende der Humanmedizin der Charité nach erfolgreichem Abschluss des Kurses „Ärztliche Gesprächsführung“ teil. Diese erfolgte unmittelbar nach Abschluss des Seminars mit Hilfe eines handschriftlich auszufüllenden Fragebogens, der durch Mitarbeiter des Institutes für Allgemeinmedizin entwickelt wurde. Die vorliegende Dissertation greift auf die Evaluationen der Teilnehmer ab Sommersemester 2008 bis Sommersemester 2013 zurück. Sie bilden zusammen die Kohorte des 1. Befragungszeitpunktes. Da in den Semestern vor Sommersemester 2008 ein abweichendes Fragebogendesign verwendet wurde, konnten die Ergebnisse dieser Befragungen nicht zur Auswertung herangezogen werden.

Einschlusskriterien:	Ausschlusskriterien:
<ul style="list-style-type: none">• Studium der Humanmedizin an der Charité Berlin• erfolgreicher Abschluss des Kurses „Ärztliche Gesprächsführung“ innerhalb Sommersemester 2008 bis Sommersemester 2013	<ul style="list-style-type: none">• Ablehnung der Teilnahme an der Befragung durch den Studierenden• unleserliche Antworten

3 – Tabelle: Ein- & Ausschlusskriterien der Kursevaluation

2.2 Kontaktaufnahme zur Nachbefragung

Die Nachbefragung richtete sich an ehemalige Studierende, die das Studium erfolgreich beendet hatten. Es lagen $n = 2.165$ schriftlich dokumentierte Einwilligungen von ehemaligen Studierenden zu einer späteren Befragung vor. Diese waren freiwillig im Rahmen der unmittelbaren Kursevaluation ausgefüllt worden. Nur den $n = 1.819$ Personen, deren E-Mailadresse deutlich lesbar und eindeutig interpretierbar waren, wurde im August 2014 die Einladung zur Online-Nachbefragung zugesandt.

Einschlusskriterien:	Ausschlusskriterien:
<ul style="list-style-type: none">• Studium der Humanmedizin an der Charité Berlin• erfolgreicher Abschluss des Kurses „Ärztliche Gesprächsführung“ innerhalb Sommersemester 2008 bis Sommersemester 2013• Vorliegen der Einwilligungserklärung zur Nachbefragung• leserliche E-Mailadresse• inzwischen erfolgte Approbation	<ul style="list-style-type: none">• Ablehnung der Teilnahme an der Befragung durch den Befragten• unleserliche E-Mailadresse• zum Befragungszeitpunkt nicht erfolgreich abgeschlossenes Medizinstudium

4 – Tabelle: Ein- & Ausschlusskriterien der Nachbefragung

Für die Nachbefragung wurden verschiedene Wege zur Kontaktaufnahme mit Charité-Absolventen diskutiert und getestet. Es wurden im Vorfeld der Befragung telefonisch und per E-Mail Chefärzte im Raum Berlin kontaktiert und gebeten, die angestellten ÄiW befragen zu dürfen. Die Response war jedoch so gering, dass dieser Kontaktweg verworfen wurde. Als Alternative wurden daraufhin an 18 Chefarzt-Sekretariaten Fragebögen und Einwilligungserklärungen persönlich abgegeben, mit der Bitte, diese den ÄiW ihrer Station zukommen zu lassen. Vier Wochen später wurden die Chefärzte bzw. ihr Sekretariat um Auskunft über den Stand der Befragung gebeten. Die Response auf diesen Versuch der Kontaktaufnahme war ebenfalls sehr gering; daher ist der Entschluss gefasst worden, die Nachbefragung ausschließlich online mit Hilfe der angegebenen E-Mail-Adressen durchzuführen.

Alle zuvor erhaltenen Antworten (n = <10) sind nicht in den Datensatz aufgenommen worden, um eine Überlappung mit den im Rahmen der Online-Befragung erhobenen Ergebnisse gänzlich ausschließen zu können.

2.3 Entwicklung und Inhalt der Fragebögen

Anders als der Fragebogen zur Kursevaluation – der Bestandteil des Kurses ÄGF gewesen ist – wurde der Fragebogen für die Nachbefragung in einem iterativen Prozess gemeinsam mit Mitarbeitern des Instituts für Allgemeinmedizin entworfen. Dabei wurden zum einen Fragen entwickelt, die in Anlehnung an die Kursevaluation die erinnerten Erfahrungen mit dem Kurs ermitteln sollten. Zum anderen sollten die konkreten Erfahrungen mit dem Überbringen schlechter Nachrichten im Berufsalltag erfragt werden. Bei beiden Fragebögen handelt es sich um ein Datenerhebungsinstrument der quantitativen Sozialforschung.⁽⁸²⁾ Ziel dieser Methode ist „die Erhebung von Informationen (...) sowie von Meinungen, Werthaltungen, Motiven, Verhalten und soziodemografischen Basisdaten“.⁽⁸³⁾

Anders als die qualitativen Erhebungsinstrumente ermöglicht es der quantitative Fragebogen möglichst viele Menschen zu erreichen und durch das standardisierte Verfahren zu befragen.⁽⁸²⁾ Da das Ziel der Fragestellung dieser Arbeit nicht vorrangig ist wie die Studierenden von dem Kursbesuch und dem Rollenspiel mit Einnahme der Patientenrolle profitieren, sondern ob sie es tun, wurde für den Fragebogen der Nachbefragung bewusst diese Form gewählt, um ein möglichst großes Meinungsbild erhalten zu können. Ein weiteres Kriterium bzgl. der Auswahl des Nachbefragungsinstruments bildete das Setting einer retrospektiven, also rückblickenden Befragung: Es sollte kein „Methodenbruch“ entstehen, indem für die zweite Befragung der Kohorte ein gänzlich anderes Erhebungsinstrument verwendet wird, sondern – entsprechend des ersten Fragebogens – auch die Nachbefragung in Form einer quantitativen Befragung erfolgen. Dieses Vorgehen entspricht den Standards, die in der entsprechenden Fachliteratur beschrieben werden.^{(84),(85)}

Dabei wurde bei der Erstellung des Fragebogens zur Nachbefragung entsprechend der gängigen Fachliteratur darauf geachtet, den Spannungsbogen durch einen „Wechsel der Fragemodelle“⁽⁸⁶⁾ abwechslungsreich zu gestalten und dadurch das Interesse der Befragten an der Beantwortung aufrechtzuerhalten.⁽⁸⁶⁾

Es gibt verschiedene Arten von Fragen, die anhand ihrer Struktur entweder den offenen oder geschlossenen Fragen zugeordnet werden oder einer Mischform, den so genannten Hybridfragen.⁽⁸⁷⁾ Bei geschlossenen Fragen sind die Antwortmöglichkeiten vorgegeben, ein Beispiel hierfür sind z.B. Multiple Choice Tests oder forced choice Fragetechniken.⁽⁸⁷⁾ Ebenfalls zu den geschlossenen Fragen gehört auch die Likert-Skala, ein Ratinginstrument, durch das Einschätzungen oder auch Grade an Meinungen usw. erfasst und auf einer Skala abgebildet werden können, wobei „die numerische Verankerung der jeweiligen Skalenstufen durch eine verbale Verankerung unterstützt wird. Bsp.: 1: stimme voll und ganz zu, 2: stimme eher zu, 3: stimme eher nicht zu, 4: stimme überhaupt nicht zu.“⁽⁸⁸⁾ Aussagen, die die Befragten anhand der Skala beantworten sollen, werden Items genannt.⁽⁸⁷⁾ Diese Art der Fragestellung und Anwendung der Likert-Skala findet sich im Nachbefragungsbogen z.B. durch die Frage wieder „Ich fühle mich auf emotionaler Ebene kompetent im Überbringen schlechter Nachrichten.“ Geschlossene Fragen eignen sich aufgrund ihrer vorstrukturierten Antwortmöglichkeiten besonders für die schriftliche Befragung großer Gruppen ⁽⁸²⁾, weswegen sie in dem Fragebogen zur Nachbefragung auch die Art von Fragen ist, die am häufigsten verwendet wird. Im Gegensatz zu den geschlossenen Fragen können Befragte bei offenen Fragetypen frei antworten, ohne sich an vorgegebene Antwortkategorien halten zu müssen.⁽⁸⁷⁾ Diese Frageform wurde nur einmal in dem Bogen der Nachbefragung verwendet und gezielt eingesetzt, um eine vorhergehende, geschlossene Frage bzgl. der Antwortmöglichkeiten zu ergänzen, indem auf die geschlossene Frage mit ausschließlicher forced choice Wahl „Am ehesten wünsche ich mir Unterstützung durch den Chefarzt“ direkt im Anschluss die offene Frage „Welche Unterstützung bzw. Verbesserungen werden gewünscht?“ gestellt wird.

Die halboffenen Fragen sind eine Mischung von den beiden anderen Fragetypen, und dieser Fragetyp „besteht aus einer an sich geschlossenen Frage, die um eine offene Angabe als Antwortoption ergänzt wird“.⁽⁸⁹⁾ In dem vorliegenden Fragebogen für die Nachbefragung wurde diese Fragetechnik u.a. angewandt, um andere BBN als die zuvor zur Auswahl gestellten erfassen zu können. Des Weiteren wurde hinsichtlich der Länge darauf geachtet, dass ein konzentriertes Beantworten möglich ist. Hierfür erfolgte ein Pretest mit Mitarbeitern des Institutes, welcher anschließend an Hand von freitextlichem Feedback bewertet wurde. Denn auch wenn in der Fachliteratur kein Konsens über eine maximale oder minimale Zeit für Fragebögen existiert, sind sich die meisten Autoren dennoch darüber einig, dass eine Beantwortungsdauer von 10 bis max. 20 Minuten nicht überschritten werden sollte. ^(87, 89, 90)

2.3.1 Umsetzung und Auswertung der Fragebögen mit SoSci Survey 2.4.00 / SPSS Datensatz

In den folgenden Punkten wird erläutert, wie die Erstellung und Auswertung der Fragebögen mit dem dahinterstehenden Programm SoSci Survey 2.4.00 stattgefunden hat. Der Fragebogen der Kursevaluation bestand aus einem 1. Fragenkomplex mit Angaben zur Person des jeweiligen Kursteilnehmers und einem 2. Fragenkomplex mit Angaben zum Kursinhalt. Der Fragenkomplex 2 beschäftigte sich dabei unter anderem mit dem subjektiven Lernerfolg des Studierenden und seiner Einschätzung des Kurses im Rahmen der medizinischen Ausbildung. Der 2. Fragenkomplex enthielt sowohl Freitextangaben als auch Fragen mit je 7 vorgefertigten Antwortoptionen entsprechend einer Likert-Skala.

	Stimme voll zu	Stimme zu	Stimme eher zu	Unge- schieden	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme gar nicht zu
Für mich ist nachvollziehbar, was ich als Studierender/Studierende im Kurs ÄGF 2 lernen soll.	+++	++	+	0	-	--	---
Ich schätze den Inhalt der Lehrveranstaltung „Ärztliche Gesprächsführung 2 - Überbringen schlechter Nachrichten“ als für die medizinische Ausbildung als wichtig ein.	+++	++	+	0	-	--	---
Ich fühle mich nach Absolvieren des Kurses sicherer, beim Überbringen einer schlechten Nachrichten auf Patienten/ Angehörige eingehen zu können.	+++	++	+	0	-	--	---
Ich fühle mich nach Absolvieren des Kurses besser in der Lage eine schlechte Nachricht in <i>strukturierter Form</i> zu überbringen.	+++	++	+	0	-	--	---
Ich fand es hilfreich, das Überbringen schlechter Nachrichten mit Hilfe von Rollenspielen zu üben.	+++	++	+	0	-	--	---
Die Rolle des Patienten/Angehörigen im Rollenspiel einzunehmen fand ich sinnvoll.	+++	++	+	0	-	--	---

5 – Abbildung: Ausschnitt aus dem Fragebogen der Kursevaluation

Der Fragebogen zur Nachbefragung wurde gemeinsam mit Mitarbeitern des Instituts für Allgemeinmedizin entworfen. Ein Beta-Entwurf des Fragebogens durchlief zunächst einen Pretest, in dem Mitarbeiter des Institutes die Übersichtlichkeit und Funktionalität der Befragung bewerten konnten. Die resultierende finale Version wurde anschließend mit Hilfe von SoSci Survey 2.4.00 digital umgesetzt, um eine Befragung via E-Mail zu ermöglichen. Bei SoSci Survey handelt es sich um eine Website bzw. ein Online-Protokoll, welches speziell für wissenschaftliche Befragungen konzipiert und stetig für die tägliche Forschungspraxis weiterentwickelt wurde.

Auf Grund seiner bedienerfreundlichen Oberfläche ermöglicht SoSci die Programmierung von Online-Fragebögen und anschließende Befragung. Neben der hohen Benutzerfreundlichkeit bietet das SoSci-Skript vor allem die Möglichkeit des seriellen E-Mail-Versandes. Im Rahmen dieses Service generiert das Protokoll je einen personalisierten Link pro Teilnehmer. Die auf diesem Weg durch das Programm erstellten Links zur Befragung sind jeweils nur einmal verwendbar, wodurch eine Verfälschung des Datensatzes, z. B. durch Veröffentlichen des Links im Internet, weitestgehend ausgeschlossen werden kann. In der SoSci-Oberfläche lässt sich zudem genau nachvollziehen, welche E-Mail-Anfragen bereits erwidert worden sind. Dadurch lässt sich z. B. vermeiden, dass eine Person zu einem späteren Zeitpunkt, im Rahmen einer „Reminder-Mail“, erneut einen personalisierten Link zur Befragung erhält und somit ein weiteres Mal an der Befragung teilnimmt.

	@dv-team.de	–		
	@arcor.de	–		
	@GMAIL.COM	–		

← Seite 1 ... 5 6 7 8 **9** 10 11 12 13 14 ... 21 28 35 42 49 56 63 70 73 →

- Keine E-Mail versandt
- Noch keine Antwort
- Fragebogen aufgerufen
- Fragebogen ausgefüllt
- fehlerhafte E-Mail-Adresse
- Adresse nach dem Versand geändert
- Adresse gesperrt

6 – Abbildung: Analyse des Befragungs-Status einzelner Kontakte

Die SoSci-basierende Online-Nachbefragung der inzwischen als ÄiW tätigen Teilnehmer besteht aus mehreren Abschnitten:

1. Fragenkomplex: Fragen zur Person
2. Fragenkomplex: Praktische Erfahrungen auf dem Gebiet BBN
3. Fragenkomplex: Bewertung des Kurses

Der 1. Fragenkomplex enthielt Fragen zur Person, z.B. nach dem Alter, Geschlecht, angestrebter Facharztausbildung, Jahre der praktischen Tätigkeit und Jahr der Approbation.

Der 2. Fragenkomplex richtete den Fokus auf die praktischen Erfahrungen auf dem Gebiet des Überbringens schlechter Nachrichten. Es wurde sowohl die Qualität als auch die Quantität der überbrachten Diagnosen und Prognosen erfragt. Auch die Bedingungen, unter denen die Befragten das Überbringen schlechter Nachrichten während der Weiterbildung praktizieren, wurden untersucht.

Der 3. Fragenkomplex beinhaltete die Fragen zum subjektiv empfundenen Nutzen des Kurses als Teil der medizinischen Ausbildung. Auch hier wurden überwiegend Antwortmöglichkeiten auf einer Likert- Skala vorgegeben.

1. Ich fühle mich kompetent im Überbringen schlechter Nachrichten.

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	unent- schie- den	stimme eher zu	stimme voll zu
Auf fachlicher Ebene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auf emotionaler Ebene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7 – Abbildung: Beispielfrage aus der Onlinenachbefragung

Das SoSci-Programm ermöglicht den Export eines SPSS-Datensatzes mit den Ergebnissen. Diese in der SPSS-Version 21 generierte Datei enthält neben den Ergebnissen der Befragung weitere Informationen zum Befragungsverhalten der User, z. B. Angaben zur Verweildauer des Befragten pro Fragenkomplex, zu den Rücklaufstatistiken oder auch Einzelstatistiken zu Ausstiegseiten.

2.3.2 Routing des SoSci-Fragebogen

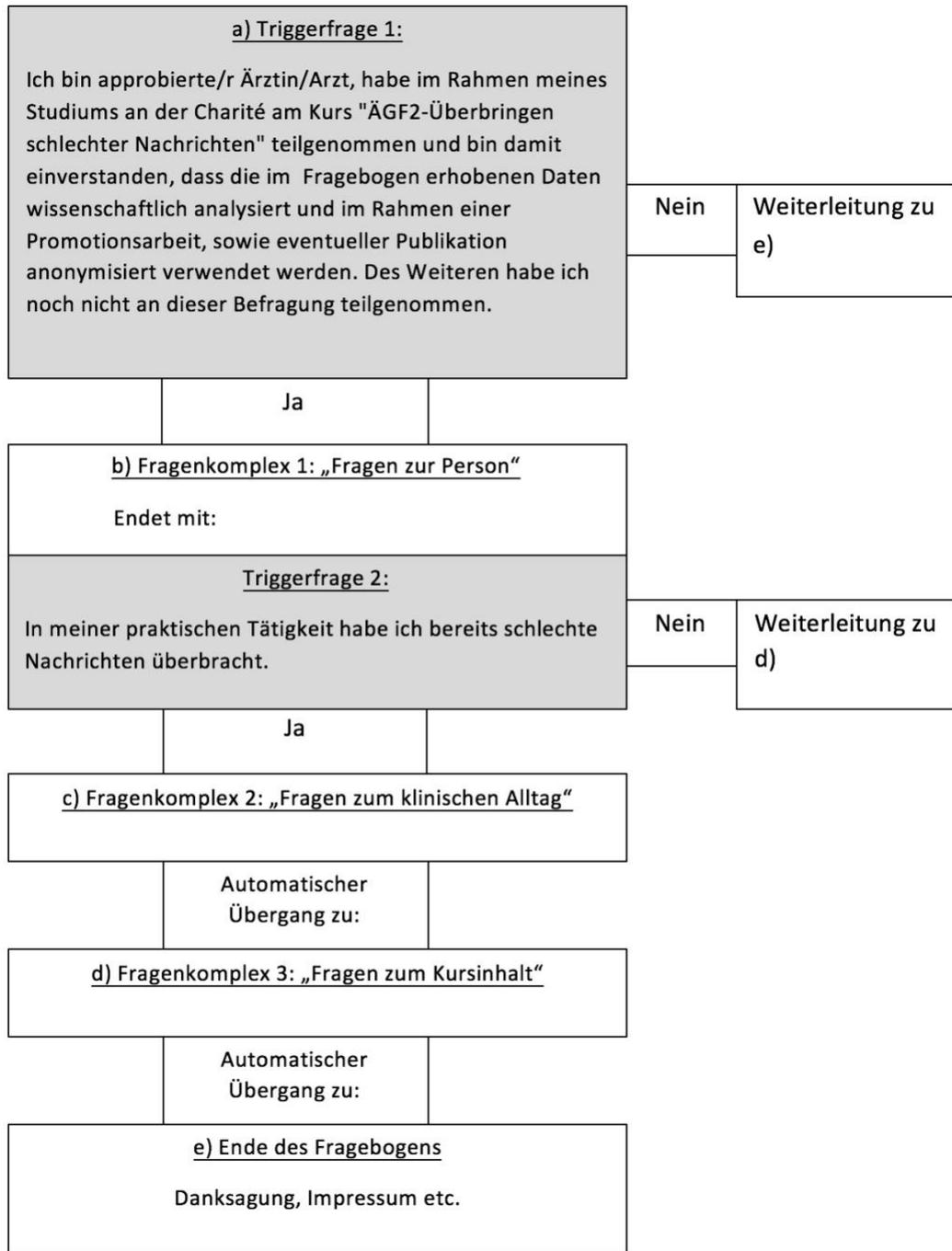
Die Programmierung der Online Befragung enthält 2 Trigger-Fragen, welche bei Auswahl einer definierten Antwortoption zum Überspringen spezifischer Abschnitte führt. Der 1.Trigger definierte die Erfüllung der Einschlusskriterien:

„Ich bin approbierte/r Ärztin/Arzt, habe im Rahmen meines Studiums an der Charité am Kurs "ÄGF2-Überbringen schlechter Nachrichten" teilgenommen und bin damit einverstanden, dass die im Fragebogen erhobenen Daten wissenschaftlich analysiert und im Rahmen einer Promotionsarbeit sowie eventueller Publikation anonymisiert verwendet werden. Des Weiteren habe ich noch nicht an dieser Befragung teilgenommen.“

Wurde diese Aussage verneint, wurde die Befragung beendet. Der benutzte Link galt nun als verbraucht und konnte nicht erneut verwendet werden. Dies war notwendig, da sich unter den registrierten E-Mailadressen eventuell auch Teilnehmer befanden, welche das Studium der Medizin noch nicht abgeschlossen hatten oder die einer wissenschaftlichen Erhebung bzw. Publikation nicht zustimmten.

Der 2.Trigger diente der Identifizierung der Gruppe der Befragten, die bereits Erfahrungen mit dem Überbringen schlechter Nachrichten gemacht hatten. Wurde die Aussage: „In meiner praktischen Tätigkeit habe ich bereits schlechte Nachrichten überbracht (z. B.: Maligne Tumorerkrankungen, Erkrankungen mit infauster Prognose, allgemein lebensqualitätseinschränkende Erkrankungen, Todesnachricht an Angehörige)“ dagegen verneint, wurde der Interviewte automatisch in den Abschnitt mit den Fragen zum Kursinhalt weitergeleitet und beantwortete dadurch keine Fragen zum klinischen Alltag.

Das Routing der Befragung ist nachfolgend in grafischer Darstellung zum abgebildet. Die einzelnen Fragen können dem Anhang „Fragebogenkonzept Online-Nachbefragung“ entnommen werden.



8 – Abbildung: Schaubild zum Routing der SoSci-Befragung

2.4.1 Methodik der Auswertung der Kursevaluation

Für die Verarbeitung der Kursevaluation wurde ein SPSS-Datensatz erstellt, in den die Fragebögen übertragen wurden. Dieser Datensatz wurde auf fehlende Angaben, fehlerhafte Variablen sowie andere Störfaktoren untersucht und entsprechend bereinigt.

Es erfolgte eine deskriptive Auswertung in SPSS. Zur Darstellung kamen für kategoriale Variablen Prozentangaben und für kontinuierliche Variablen Median und Spannweite. Im Anschluss erfolgte eine explorative Auswertung, in welcher unterschiedliche Parameter der Befragung bivariat miteinander in Kontext gesetzt wurden.

2.4.2 Methodik der Auswertung der Nachbefragung

Die Ergebnisse einzelner Fragebögen der Nachbefragung waren schon während der laufenden Befragung in SoSci einsehbar. Einige der in SoSci automatisch erstellten oben bereits erwähnten Variablen (wie z. B. die Verweildauer des Nutzers pro Seite) wurden aus dem SPSS-Datensatz entfernt, da diese Informationen im Rahmen dieser Untersuchung keine Relevanz hatten.

Wie bereits für die Daten der Kursevaluation erfolgte zunächst eine deskriptive Auswertung, gefolgt von einer explorativen bivariaten Analyse einzelner Aspekte. Graphiken wurden in Microsoft Excel 2011 erstellt.

2.4.3 Gegenüberstellung

Nach Auswertung der Kursevaluation und der Nachbefragung wurden die Ergebnisse beider Untersuchungen miteinander verglichen und gegenübergestellt.

2.4.4 Umgang mit Likert-Skalen

In beiden Befragungen wurden den Teilnehmern 7 Items auf der Likert-Skala als Optionen zur Auswahl gegeben. Im Rahmen der Auswertung zeigte sich, dass die Differenzierung zwischen 3 positiven bzw. 3 negativen Items die Übersichtlichkeit der Ergebnisse negativ beeinflusst hatte.

Aus diesem Grund wurden die positiven bzw. negativen Items zu je einem Item zusammengefasst und kategorial ausgewertet.

Beispielhafte Darstellung der Item-Zusammenfassung:		
stimme voll zu = 15%	unentschieden = 10%	stimme gar nicht zu = 15%
+ stimme zu = 25%		+ stimme nicht zu = 15%
+ stimme eher zu = 5%		+ stimme eher nicht zu = 15%
Zustimmung = 45%	Neutral = 10%	Ablehnung = 45%

9 – Tabelle: Beispielhafte Darstellung der Item-Zusammenfassung

2.4.5 Umgang mit fehlenden Angaben

Der Umgang mit fehlenden Werten ist in der empirischen Forschung nicht einheitlich geregelt. Es werden größtenteils klassische Verfahren wie der fallweise oder paarweise Ausschluss, imputationsbasierte Verfahren oder modellbasierte Verfahren verwendet.⁽⁹¹⁾

In der Auswertung der Kursevaluation wurde im Falle einer unklaren oder fehlenden Angabe zu einer Frage diese nicht gewertet und sie schied für die jeweilige Fragestellung aus der Grundgesamtheit aus.

Da auch im Rahmen der Online-Nachbefragung jederzeit ein Abbruch der Befragung oder das Überspringen von Fragen möglich war, entstanden hier fehlende Werte. Im Rahmen der statistischen Auswertung wurde mit unterschiedlichen, auf die jeweilige Frage bezogenen Grundgesamtheiten gearbeitet. Es wurden also immer nur die vorhandenen Antworten in die Auswertung einbezogen.

3. Ergebnisse

3.1 Ergebnisse der Kursevaluation

3.1.1 Rücklaufquote und Grundgesamtheit

Insgesamt wurden 2.801 Studierende um ihre Teilnahme gebeten. Die Kursevaluation wurde von $n = 2.549$ Kursteilnehmern handschriftlich durchgeführt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 91%.

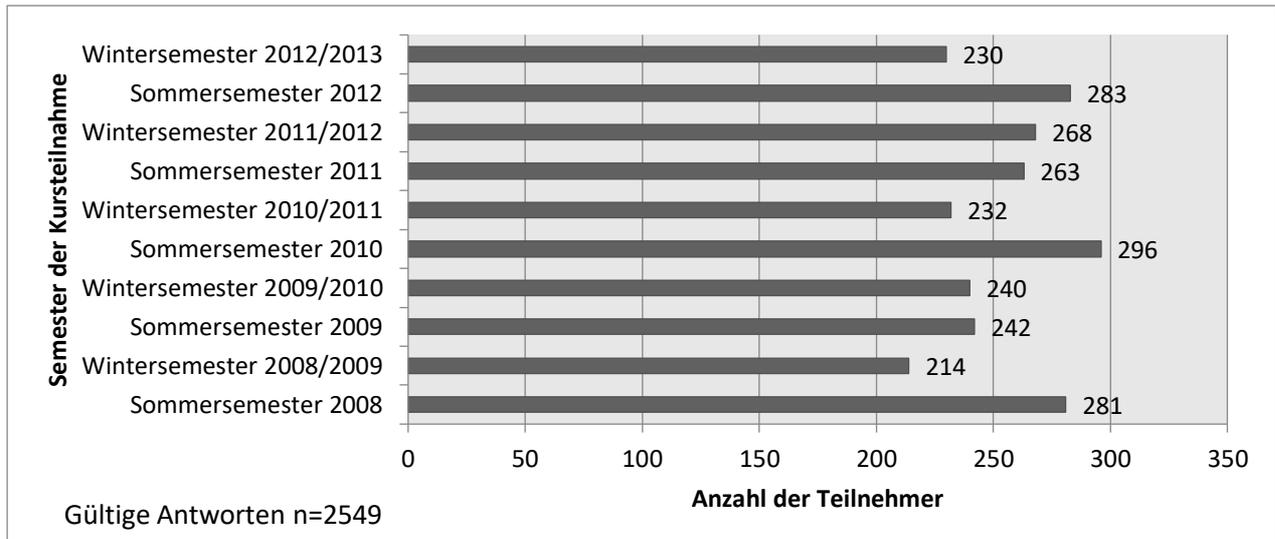
3.1.2 Personenbezogene Angaben zu den Befragten der Kursevaluation

Geschlechterverteilung

Es ergab sich eine Geschlechterverteilung von 1.455 weiblichen zu 936 männlichen Teilnehmern.

Semesterverteilung

Die analysierten Daten stammten aus Evaluationen des Zeitraums 2008 bis 2013. Im Sommersemester 2010 nahmen mit $n = 296$ die meisten Studierenden an der Kursevaluation teil. Das kleinste Kollektiv an Studierenden entstammte dem Wintersemester 2008/2009.



10 - Abbildung: Semesterverteilung der Kursevaluation

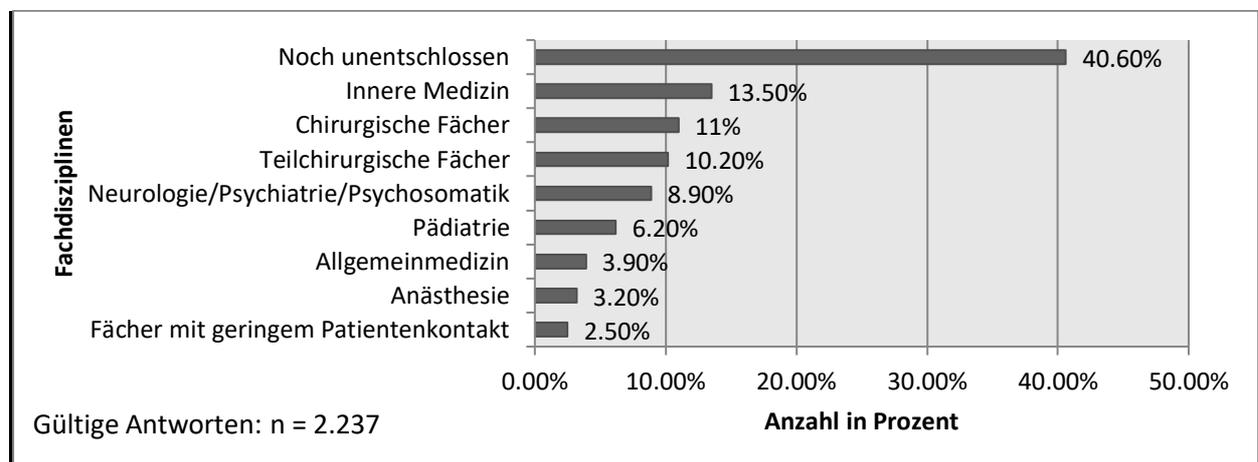
Facharztpräferenz

Auf Grund der vielfältigen, teils hochdifferenzierten Angaben zur Facharztpräferenz wurden die Ergebnisse im Rahmen der Auswertung zu Clustern ähnlicher beruflicher Fachdisziplinen zusammengefasst. In die Gruppe der Fächer mit geringem oder keinem Patientenkontakt fielen Fachdisziplinen wie z. B. die Pathologie, Mikrobiologie, Hygiene oder klinische Pharmakologie.

Cluster:	Angegebene Fächer:
Innere Medizin	Innere Medizin, Gastroenterologie, Rheumatologie, Kardiologie, Endokrinologie, Hämatologie, Onkologie, Geriatrie, Rehabilitationsmedizin, Sportmedizin, Ernährungsmedizin,
Chirurgische Fächer	Chirurgie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie, Podologie,
Teilchirurgische Fächer	Augenheilkunde, Frauenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Dermatologie, Urologie,
Neurologie/Psychiatrie/Psychosomatik	Kinder- & Jugendpsychiatrie, Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin,
Pädiatrie	Pädiatrie, Neonatologie,
Fächer mit geringem Patientenkontakt	Pathologie, Radiologie, Rechtsmedizin, Strahlentherapie, Wirtschaftsberater,

11 – Tabelle: Darstellung der Cluster-Zuordnung

Der größte Teil der Studierenden war zu diesem Zeitpunkt noch unentschlossen, welche Fachdisziplin sie anstreben würden. Unter den bereits entschlossenen waren mit 13,5% am häufigsten angehende Internisten vertreten. Die rein chirurgischen Fächer kamen mit 11% in Betracht. Die Allgemeinmedizin war zu diesem Zeitpunkt für 3,9% Fach der Wahl.

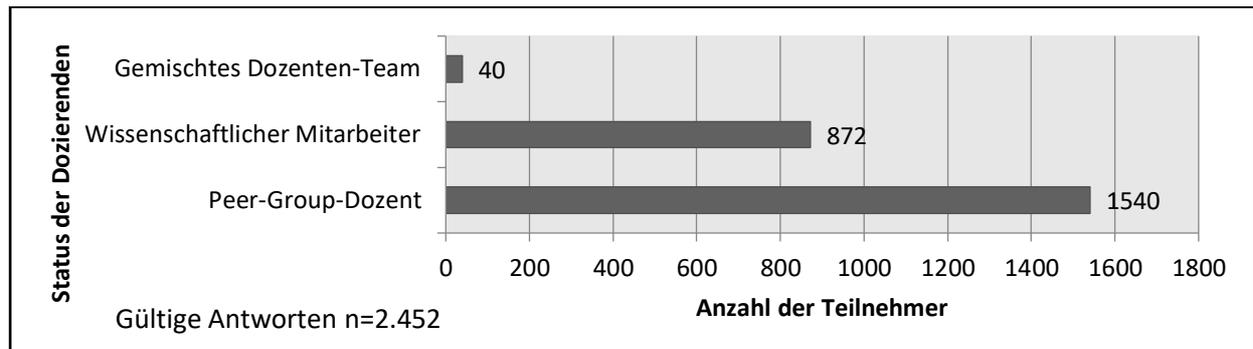


12 – Abbildung: Facharztpräferenz zum Zeitpunkt der Kursevaluation

3.1.3 Auf den Kursinhalt bezogene Angaben

Status der Dozenten

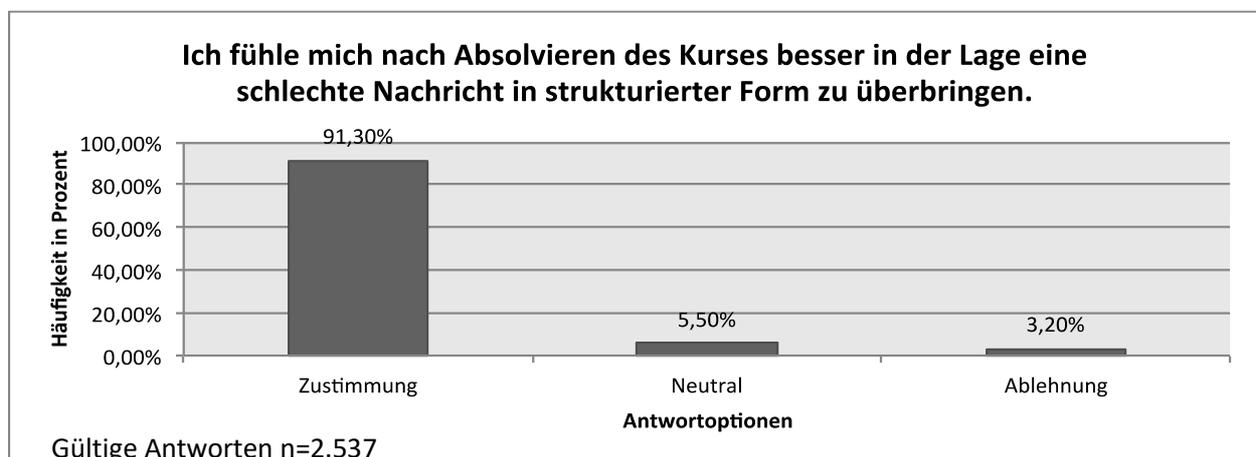
Von Peer-Group-Tutoren wurden 62,80% und von wissenschaftlichen Mitarbeitern des Institutes 35,56% der Teilnehmer unterrichtet. In den restlichen 1,64% der Fälle unterwiesen gemischte Dozenten-Teams die Studierenden.



13 – Abbildung: Status der Dozenten

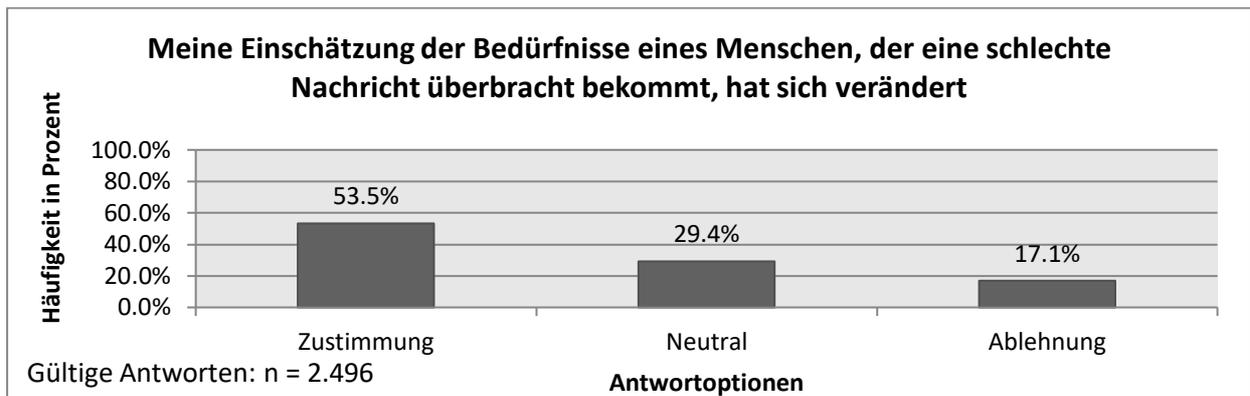
Kursrelevanz, Klarheit des Lernzieles & Einschätzung des Lernerfolges

95.7% der Befragten (bei n = 2.544 gültigen Antworten) schätzten den Inhalt der Lehrveranstaltung als wichtig für die medizinische Ausbildung ein, 2,2% waren unentschieden, und 2,1% konnten der Aussage nicht zustimmen. Der Aussage „Für mich ist nachvollziehbar, was ich als Studierender/ Studierende im Kurs ÄGF lernen* soll“, stimmten 97,6% der 2.540 Befragten mit gültiger Antwort zu. Nur 1,3% waren unentschieden, und 1,1% konnten der Aussage nicht zustimmen. Der Aussage, sich nach dem Kurs besser in der Lage zu fühlen eine schlechte Nachricht in strukturierter Form zu überbringen, stimmten 2318 Teilnehmer zu.



14 – Abbildung: Einschätzung des Wissenszuwachses im Bezug auf die Strukturierung der Nachricht

Ebenfalls aus 2.541 gültigen Antworten stimmten 83% der Befragten der Aussage zu: „Ich fühle mich nach Absolvieren des Kurses sicherer, beim Überbringen einer schlechten Nachricht auf Patienten/ Angehörige eingehen zu können“. Unentschieden waren 10,4% und dem nicht zustimmen konnten 6,6%. Die Einschätzung der Bedürfnisse von Patienten nach Absolvierung des Kurses hatte sich bei 53,3% der Befragten verändert.



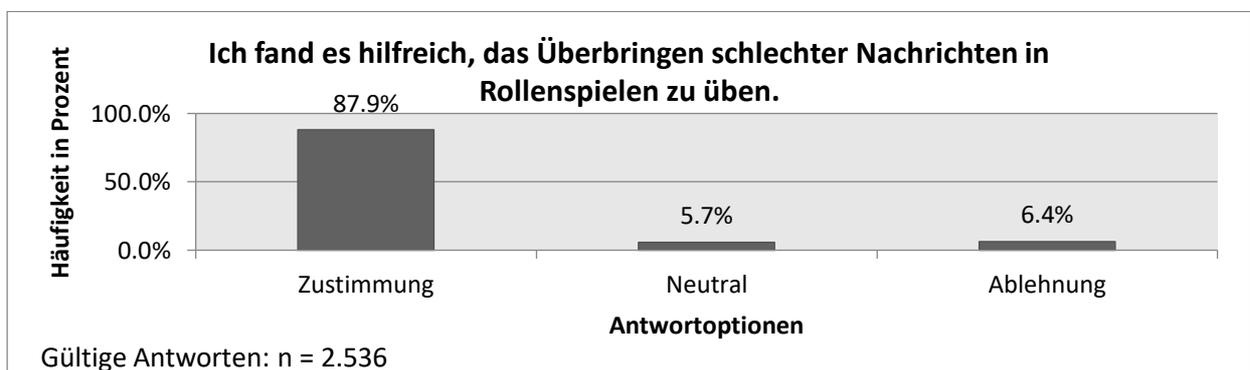
15 – Abbildung: Wissenszuwachs bezüglich der Einschätzung der menschlichen Bedürfnisse

Weiterempfehlung des Kurskonzeptes

Mit 90,7% hätte der Großteil der 2.440 Teilnehmer mit gültiger Antwort den Kurs nachfolgenden Studierenden weiterempfohlen, wohingegen 4,3% die Teilnahme nicht für empfehlenswert hielt und 5% unentschlossen waren.

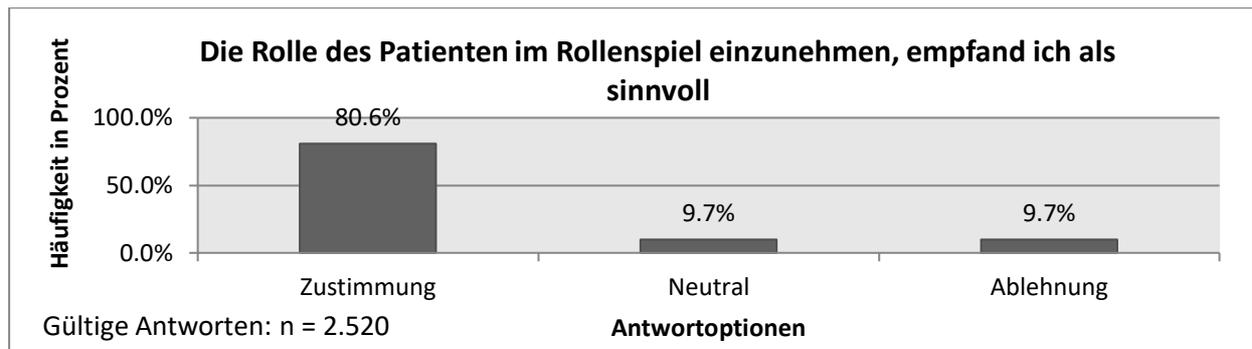
Bewertung der Rollenspiele

Das Konzept der Rollenspiele wurde überwiegend positiv aufgenommen. Als hilfreich empfanden die Rollenspiele 2.228 der Teilnehmer, 145 waren unentschlossen und 163 beurteilten sie nicht als hilfreich.



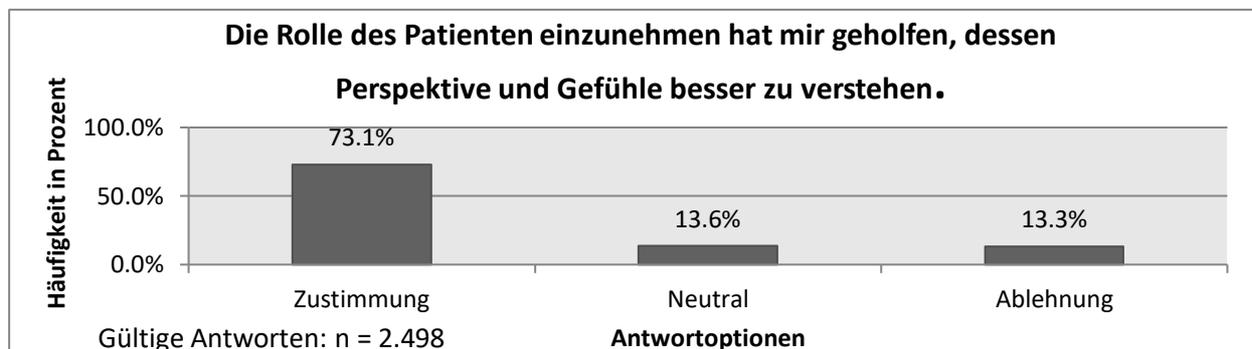
16 – Abbildung: Bewertung der Rollenspiele allgemein

Das Einnehmen der Patientenrolle im Rahmen der Rollenspiele wurde von 2.032, dem Großteil der Teilnehmer, als sinnvoll evaluiert. 243 empfanden die Einnahme der Patientenrolle nicht als sinnvoll. Unentschlossen waren 245 Kursteilnehmer.



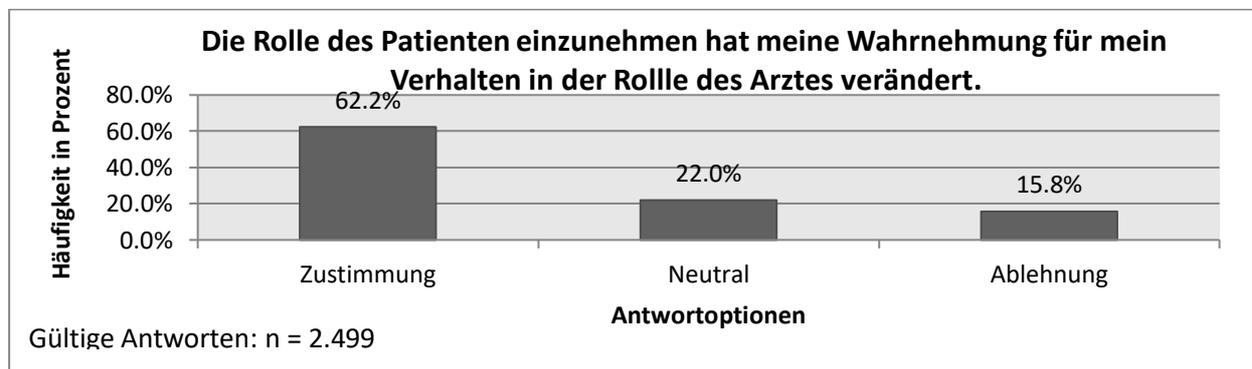
17 – Abbildung: Subjektive Einschätzung der Sinnhaftigkeit des Einnehmens der Patientenrolle im Rahmen der Rollenspiele

Auch zeigte sich in Bezug auf das bessere Verständnis von Patientengefühlen unter den 2.498 gültigen Antworten eine überwiegende Zustimmung.



18 – Abbildung: Bewertung der Rollenspiele im Bezug auf gesteigerte Fähigkeit des Verständnisses der Patientengefühle

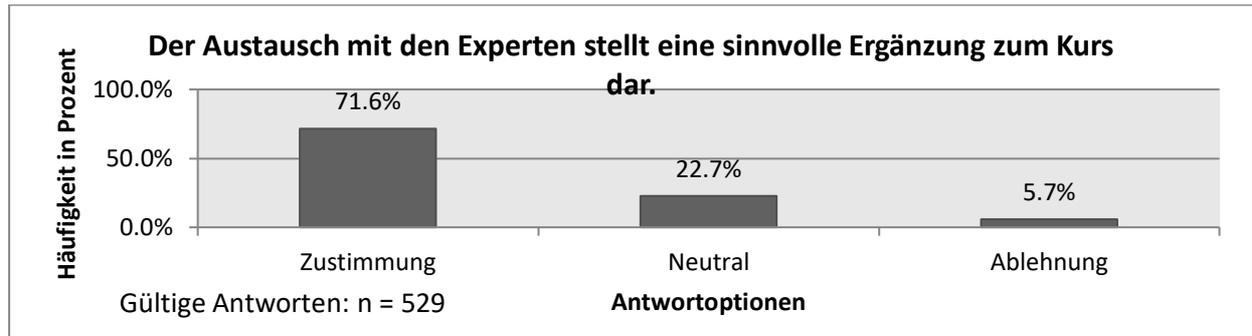
Die Einnahme der Patientenrolle hatte auch positive Wirkungen auf die eigene Wahrnehmung der Arztrolle.



19 – Abbildung: Bewertung der Rollenspiele im Bezug auf die eigene Wahrnehmung der Arztrolle

Expertengespräch

An dem fakultativen Expertengespräch nahmen 529 Studierende teil. Dieses Angebot wurde überwiegend positiv bewertet.



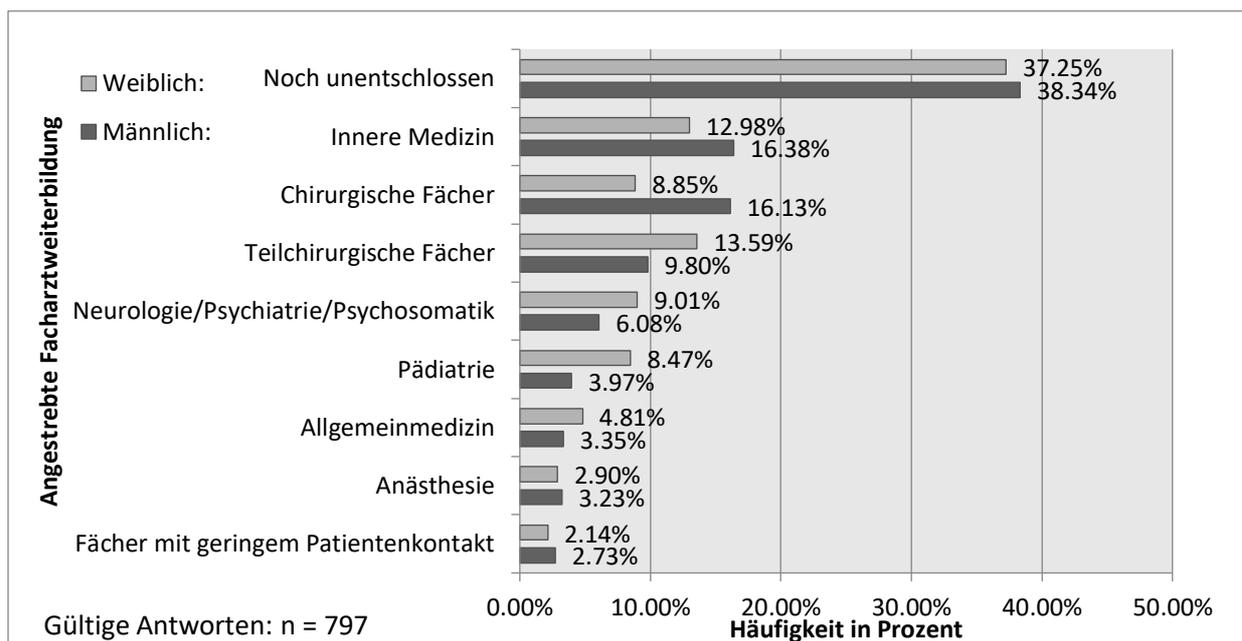
20 – Abbildung: Einschätzung des Expertengesprächs

3.1.4 Ergebnisse der explorativen Datenanalyse der Kursevaluation

Zusätzlich zur generellen Auswertung der Ergebnisse erfolgte eine explorative Datenanalyse, um weitere Zusammenhänge zu untersuchen.

Facharztpräferenz nach Geschlecht

Während des Studiums zeigten sich leichte geschlechtsspezifische Unterschiede in der Facharztpräferenz. Die Schnittmenge aus gültigen Antworten zum Geschlecht und zur Facharztpräferenz beträgt n = 2.116 und dient hier als Grundmenge der prozentualen Verteilung.



21 – Abbildung: Facharztpräferenz der Studierenden sortiert nach Geschlecht

Relevanz des Kurses in Bezug zur angestrebten Facharztweiterbildung

Die Wichtigkeit des Kurses wurde von den Studierenden weitestgehend unabhängig von der angegebenen Facharzt Tendenz ähnlich positiv eingeschätzt. Gültige Antworten zu beiden Fragen gaben 2.232 Teilnehmer.

n =	Angestrebte Facharztweiterbildung	Zustimmung	Neutral	Ablehnung
55	Fächer mit geringem Patientenkontakt	96,36%	1,82%	1,82%
72	Anästhesie	98,61%	1,39%	0,00%
88	Allgemeinmedizin	97,73%	1,14%	1,14%
138	Pädiatrie	98,55%	0,72%	0,72%
198	Neurologie/Psychiatrie/Psychosomatik	97,47%	1,01%	1,52%
228	Teilchirurgische Fächer	97,37%	0,44%	2,19%
246	Chirurgische Fächer	93,09%	3,66%	3,25%
302	Innere Medizin	98,68%	1,32%	0,00%
905	noch unentschlossen	94,14%	3,20%	2,65%

22 – Tabelle: Relevanz des Kurses in Bezug zur angestrebten Facharztweiterbildung

Teilnahme am Expertengespräch und gewonnene Sicherheit beim Überbringen schlechter Nachrichten

Studierende, die am Expertengespräch teilgenommen hatten, fühlten sich nach Absolvieren des Kurses etwas sicherer beim Überbringen schlechter Nachrichten als ihre Kommilitonen, die eine Möglichkeit des Expertengesprächs nicht genutzt hatten (n = 1.825 gültige Antworten).

Ich fühle mich nach Absolvieren des Kurses sicherer beim Überbringen schlechter Nachrichten				
n =		Zustimmung	Neutral	Ablehnung
526	mit Expertengespräch	87,9%	7,4%	4,8%
1299	ohne Expertengespräch	81,0%	11,5%	7,5%

23 – Tabelle: Teilnahme am Expertengespräch und gewonnene Sicherheit beim Überbringen schlechter Nachrichten

3.2 Ergebnisse der Nachbefragung

3.2.1 Auswertungszeitraum, Rücklaufquote und Grundgesamtheit

Die zu Grunde liegenden Ergebnisse der Nachbefragung wurden im September 2016 ausgewertet. Insgesamt wurden n = 1.819 Emailanfragen an ehemalige Kursteilnehmer versendet. 241 Ärzte antworteten auf die Anfrage. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 13,25%.

206 der 241 erfüllten die Einschlusskriterien. Die 2.Triggerfrage: „In meiner praktischen Tätigkeit habe ich bereits schlechte Nachrichten überbracht“ beantworteten 125 Teilnehmer mit Ja.

Nur diese 125 wurden zu ihren bisherigen klinischen Erfahrungen befragt. Die Befragung konnte jederzeit beendet werden. Im Falle einer dadurch entstandenen fehlenden Angabe zu einer Frage, wurde diese nicht gewertet und schied für die jeweilige Fragestellung von der Grundgesamtheit aus. Die Prozentangaben der folgenden Analysen beziehen sich auf die Gesamtheit der gültigen Antworten der jeweiligen Frage.

In nachfolgender Tabelle lassen sich die Grundmenge zu Beginn des jeweiligen Abschnittes der Nachbefragung und die Bedingung zur Teilnahme ablesen.

Abschnitt der Befragung:	Bedingung:	Anzahl:
Emailanfrage	Einwilligung zur Nachbefragung bei Kurs-Ende erteilt	n = 1.819
Responder	Teilnahme an der Online-Befragung	n = 241
Angaben zur Person	Beantwortung der Triggerfrage 1 mit Ja	n = 206
Fragen zum Kurs	Beantwortung der Triggerfrage 1 mit Ja	n = 206
Klinische Erfahrung	Beantwortung der Triggerfrage 1&2 mit Ja	n = 125

24 – Tabelle: Grundgesamtheiten

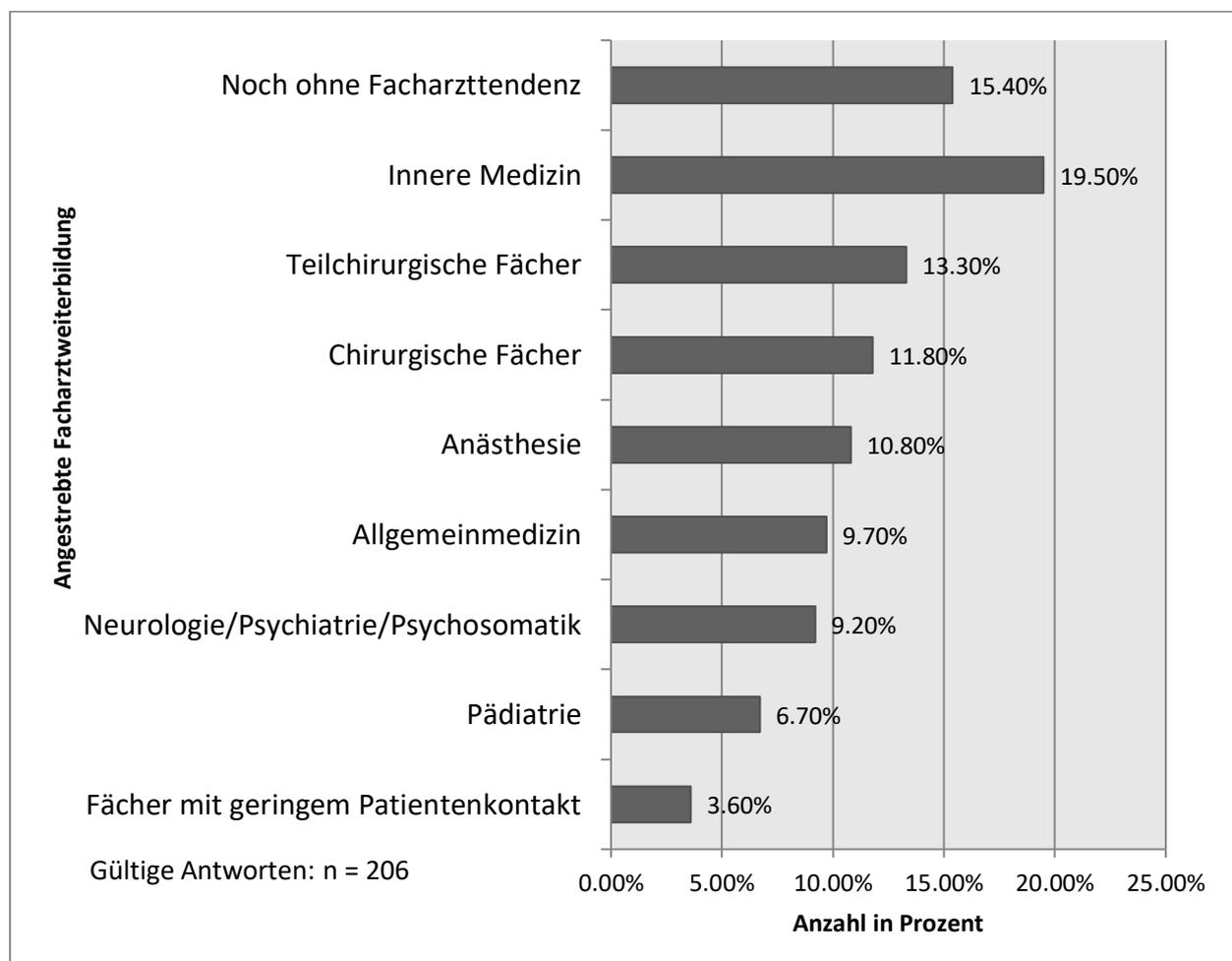
3.2.2 Fragenkomplex 1 - Personenbezogene Angaben der Nachbefragung

Geschlechterverteilung

Im Rahmen der Nachbefragung beantworteten 126 Ärztinnen und 69 Ärzte Fragen zur Person. 11 Personen machten keine Angabe zum Geschlecht.

Facharztpräferenz

Im Rahmen der Nachbefragung wurde evaluiert, ob eine spezifische Facharzttrichtung angestrebt wird. Dies beantworteten 84,6 % der Teilnehmer mit Ja. Welche Facharztweiterbildung sie anstrebten bzw. bereits absolvieren, wurde daraufhin erfragt. Die Gruppierung erfolgte nach demselben Schema wie in 3.1.2.



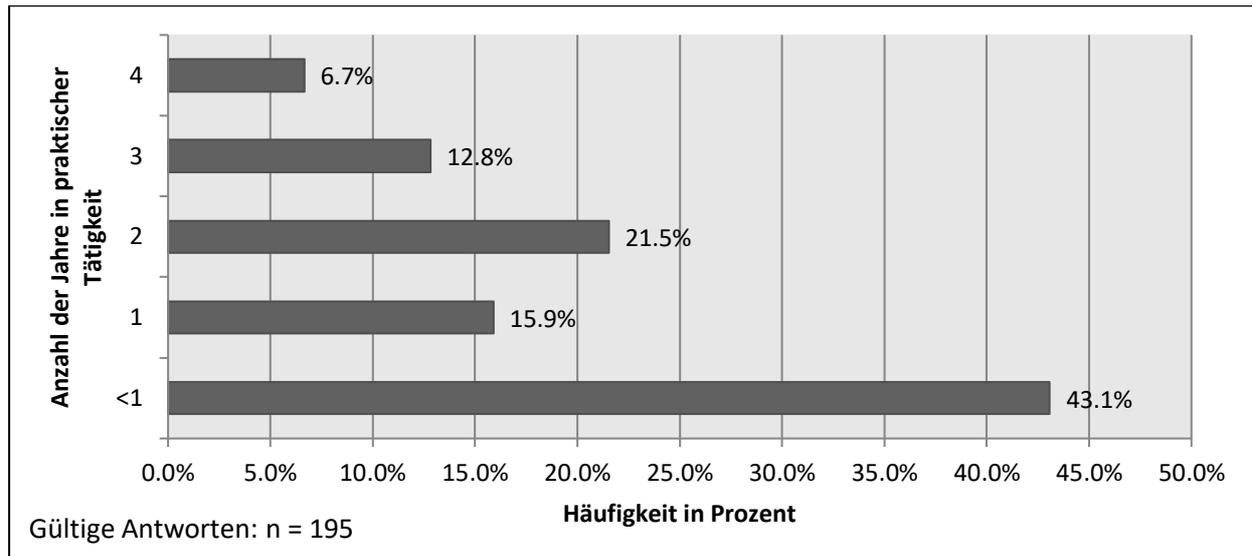
25 – Abbildung: Facharztpräferenz im Rahmen der Nachbefragung

Alter der Befragten

Das Alter der Befragten umfasste eine Spanne von 24 Jahren, bei 195 gültigen Angaben. Die jüngsten Teilnehmer waren zum Befragungszeitpunkt 25 Jahre und der älteste 49 Jahre alt (Median 29 Jahre).

Jahre der praktischen Tätigkeit

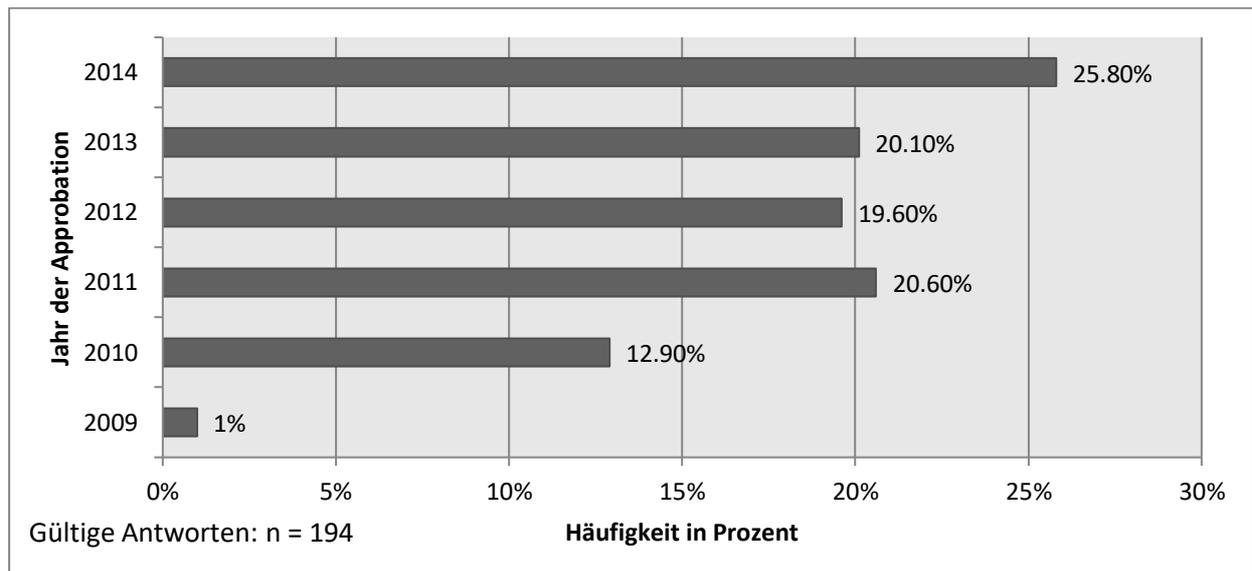
Mit 43,1% hatte der Großteil der Befragten zum Untersuchungszeitpunkt weniger als 1 Jahr ärztlich gearbeitet, 41% der Befragten hatten bereits 2 oder mehr Jahre Berufserfahrung.



26 – Abbildung: Anzahl der Jahre in praktischer Tätigkeit

Jahr der Approbation

Die meisten Kursteilnehmer erhielten ihre ärztliche Berufserlaubnis im Jahre 2014.



27 – Abbildung: Jahr der Approbation

3.2.3 Fragenkomplex 2 - Auf die praktischen Erfahrungen bezogene Angaben

125 der befragten Ärzte gaben an, bereits schlechte Nachrichten im klinischen Alltag überbracht zu haben. Nur diese konnten die nachfolgenden Fragen zu klinischen Erfahrungen mit dem Überbringen schlechter Nachrichten beantworten.

Art und Häufigkeit der überbrachten Diagnosen

Nachfolgend wurde nach der Häufigkeit in Bezug auf die Art der überbrachten Nachricht gefragt. Die Kategorien „Maligne Tumorerkrankungen“, „Andere Erkrankungen mit infauster Prognose“, „Andere allgemein lebensqualitätseinschränkende Diagnosen“ und „Überbringen der Todesnachricht an Angehörige“ wurden explizit abgefragt. Im Anschluss gab es die Möglichkeit auf die Frage „Wenn es andere waren, welcher Art waren diese?“ im Freitext zu antworten.

Allgemein lebensqualitätseinschränkende Diagnosen wurden am häufigsten überbracht. Auf diesem Gebiet hatten 88,8% der Ärzte bereits Erfahrungen gesammelt.

Am zweithäufigsten, durch 78,4% der Befragten, wurde die Diagnose einer malignen Tumorerkrankung übermittelt. 4% kommunizierten dies bereits über 50mal. Andere infauste Diagnosen übermittelten 65,5%.

Ebenfalls 65,5% hatten eine Todesnachricht an Angehörige übermittelt. Bereits mehr als 50mal hatten diese Aufgabe 7,2% der Befragten übernommen.

Im Freitext beschriebene Beispiele für weitere schlechte Nachrichten waren unter anderem „infauste Prognosen für den Fetus“, „drohende Amputationen“, „HIV Diagnosen“, „Nachricht an Angehörige über die laufende Reanimation des Patienten“, „die anstehende Entscheidung über lebenserhaltende Maßnahmen“ oder „rheumatoide Erkrankungen im Kindesalter“.

Erhaltene Unterstützung beim Überbringen schlechter Nachrichten

Im folgenden Abschnitt konnten die Befragten angeben, welche Art von Unterstützung sie bezüglich der jeweiligen BBN-Gesprächssituation von ärztlichen Kollegen erhalten hatten. Als unterstützende Person standen zur Auswahl der Assistenzarzt, Stationsarzt (Facharzt ohne Oberarztstelle), Oberarzt und Chefarzt. Als Form der Unterstützung konnte zwischen Vorgespräch, Nachgespräch und Anwesenheit während der Gespräche gewählt werden. Es war stets die Auswahl mehrerer Angaben möglich. Zusätzlich gab es die Auswahloption: "Ich wurde nicht unterstützt". Es wurden für die Auswertung nur die Antworten von Teilnehmern berücksichtigt, welche bei der vorherigen Frage nach der Häufigkeit angegeben hatten, die jeweilige Nachricht bereits überbracht zu haben. Unterstützung bei Gesprächen über maligne Tumorerkrankungen erhielten 52% der ÄiW durch Vorgespräche mit einem Oberarzt. Zweithäufigste Angabe war mit 24,5% die Anwesenheit des Oberarztes während des Gespräches. 25,5% gaben an, keinerlei Unterstützung erhalten zu haben.

	Vorgespräch	Anwesenheit	Nachgespräch
Assistenzarzt	14,3%	2%	11,2%
Stationsarzt	24,5%	7,1%	13,3%
Oberarzt	52%	24,5%	21,4%
Chefarzt	11,2%	6,1%	5,1%
n = 98			

28 – Tabelle: Erhaltene Unterstützung beim Überbringen der Nachricht: maligne Tumorerkrankung

Eine ähnliche Verteilung ergab sich im Bezug auf andere infauste Diagnosen. Es gaben 22% diesbezüglich an, keinerlei Unterstützung erhalten zu haben.

	Vorgespräch	Anwesenheit	Nachgespräch
Assistenzarzt	17,1%	1,2%	11%
Stationsarzt	15,9%	4,9%	4,9%
Oberarzt	54,9%	22%	20,7%
Chefarzt	15,9%	4,9%	6,1%
n = 82			

29 – Tabelle: Erhaltene Unterstützung beim Überbringen der Nachricht: infauste Diagnosen

Auch bezüglich allgemein lebensqualitätseinschränkender Diagnosen zeigt sich, dass am häufigsten ein oberärztliches Vorgespräch geführt wird um ÄiW zu unterstützen. 26,1% gaben an, keinerlei Unterstützung erhalten zu haben

	Vorgespräch	Anwesenheit	Nachgespräch
Assistenzarzt	19,8%	4,5%	14,4%
Stationsarzt	20,9%	4,5%	12,7%
Oberarzt	54,1%	18%	19,8%
Chefarzt	6,3%	3,6%	1,8%
n = 111			

30 – Tabelle: Erhaltene Unterstützung beim Überbringen der Nachricht: lebensqualitätseinschränkende Diagnosen

Am wenigsten Unterstützung erhielten die ÄiW beim Überbringen der Todesnachricht an Angehörige. Hier gaben 47,6% an keinerlei Unterstützung erhalten zu haben.

	Vorgespräch	Anwesenheit	Nachgespräch
Assistenzarzt	15,9%	1,2%	11%
Stationsarzt	8,5%	2,4%	7,3%
Oberarzt	22%	8,5%	18,3%
Chefarzt	3,7%	2,4%	3,7%
n = 82			

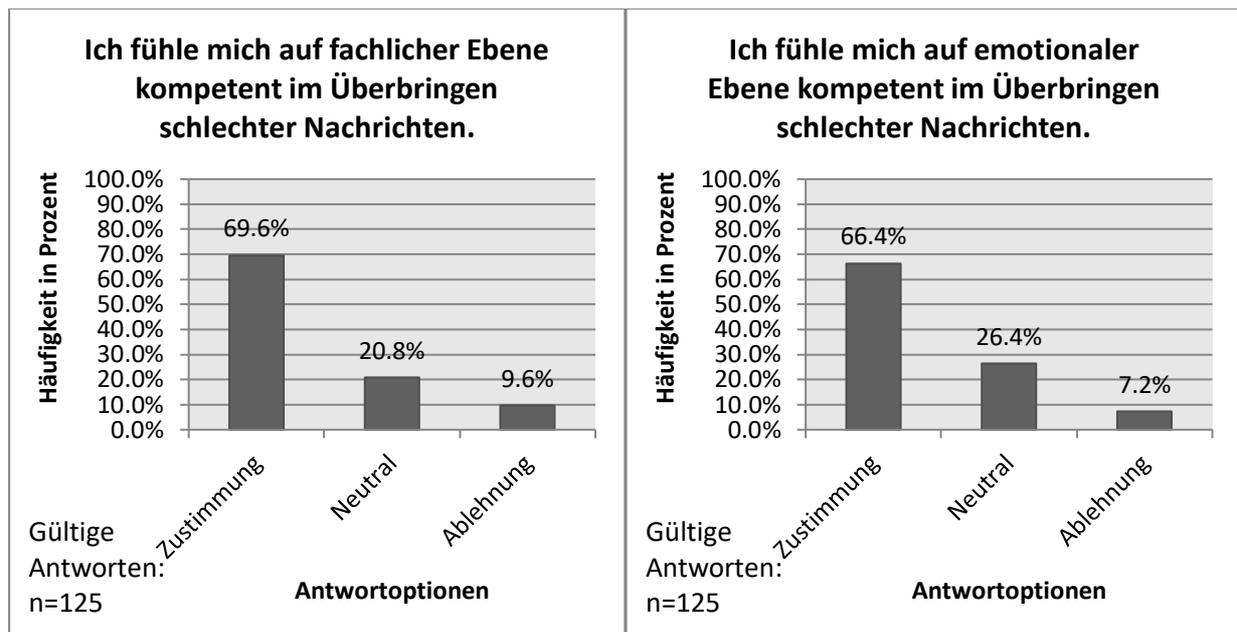
31 – Tabelle: Erhaltene Unterstützung beim Überbringen der Nachricht: Todesnachricht an Angehörige

Gewünschte Unterstützung beim Überbringen schlechter Nachrichten

Auf die Frage: „Wer sollte junge Ärzte beim Überbringen schlechter Nachrichten unterstützen?“ konnten mehrere Antwortoptionen ausgewählt werden. Unter den Befragten gab die überwiegende Mehrheit von 95,1% an, sich Unterstützung durch einen Oberarzt zu wünschen. Alternativ wünschten sich auch 56,1% Unterstützung durch einen Stationsarzt. Der Chefarzt war für 15,5% eine Option, und mit 13,1% am seltensten wurde die Unterstützung durch andere ÄiW in Betracht gezogen.

Einschätzung der eigenen Kompetenz

Sich selbst bewerteten die ÄiW sowohl auf fachlicher als auch auf emotionaler Ebene im Überbringen schlechter Nachrichten überwiegend als kompetent.



32 – Abbildung: Einschätzung der eigenen fachlichen Kompetenz; 33 – Abbildung: Einschätzung der eigenen emotionalen Kompetenz

Freitextangaben

Abschließend bot sich die freitextliche Möglichkeit, Wünsche zur Unterstützung in der praktischen Ausbildung zu benennen und Vorschläge zur Verbesserung der Situation zu unterbreiten. Sehr häufig wurde hier der Wunsch nach mehr Zeit bzw. mehr Personal genannt. Mehrere Teilnehmer gaben hier auch erneut an, dass sie sich Unterstützung in Form von Vor-/Nachgespräch oder Anwesenheit von Kollegen wünschen würden.

In folgender Grafik sind exemplarische Aussagen in einem Schaubild dargestellt. Zur besseren Übersicht wurden sie in 3 Übergruppen eingeteilt. Bei ähnlichem bzw. gleichem Inhalt der Freitextangabe wurde nur eine Aussage in die Grafik übernommen. Die Zitate wurden im Original übernommen. Rechtschreibung und Grammatik wurden nicht überarbeitet.

Welche Unterstützung wird zusätzlich gewünscht?

Strukturelle Verbesserungen	Personelle Unterstützung	Wissen / Kompetenz
<ul style="list-style-type: none">-„Mehr Zeit, es sind zu wenig Ärzte für zu viele Patienten und Angehörige“-„Ein ruhiger Raum“-„Freiraum von anderen Dingen während dieser Zeit“	<ul style="list-style-type: none">-„Ein psychologischer Krisendienst für Angehörige und involvierte Assistenzärzte“-„Eine Art Supervision / offene Runde in der Platz für solche Angelegenheiten ist“-„Balint-Gruppen“-„Unterstützung durch Palliativteam / Psychoonkologen“-„Unterstützung durch die Pflege“-„Stationsschwester z.B wegen organisatorischen Fragen bei Todesfällen“	<ul style="list-style-type: none">-„Erfahrungsberichte, Formulierungshilfen und Wissen über die diagnostizierte Krankheit“-„interne Schulungen“-„mehr Übungen in der theoretischen und praktischen Ausbildung“-Mehr Wissen ... um Rückfragen besser beantworten zu können“

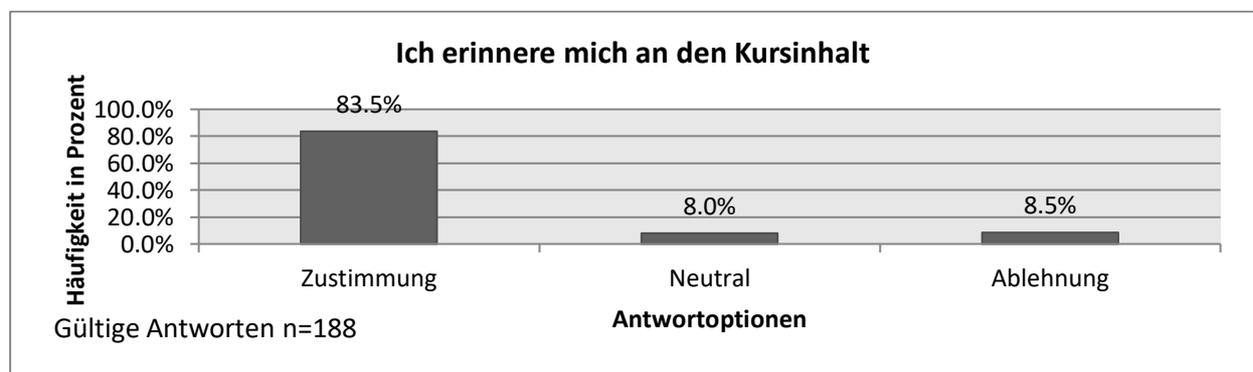
34 – Abbildung: Freitextangaben zum Wunsch weiterer Unterstützung

3.2.4 Fragenkomplex 3 - Auf den Kurs bezogene Angaben

Der sich anschließenden Fragebogenabschnitt zum Kursinhalt richtete sich sowohl an Teilnehmer, die noch keine Erfahrung im Klinikalltag gesammelt hatten, als auch an diejenigen, die zu ihren Erfahrungen beim Überbringen schlechter Nachrichten (Fragenkomplex 2) Stellung genommen hatten. Von den 206 ursprünglichen Teilnehmern bearbeiteten 188 diesen letzten Abschnitt. Die prozentualen Angaben der Teilfragen beziehen sich alle auf n = 188 Ärzte.

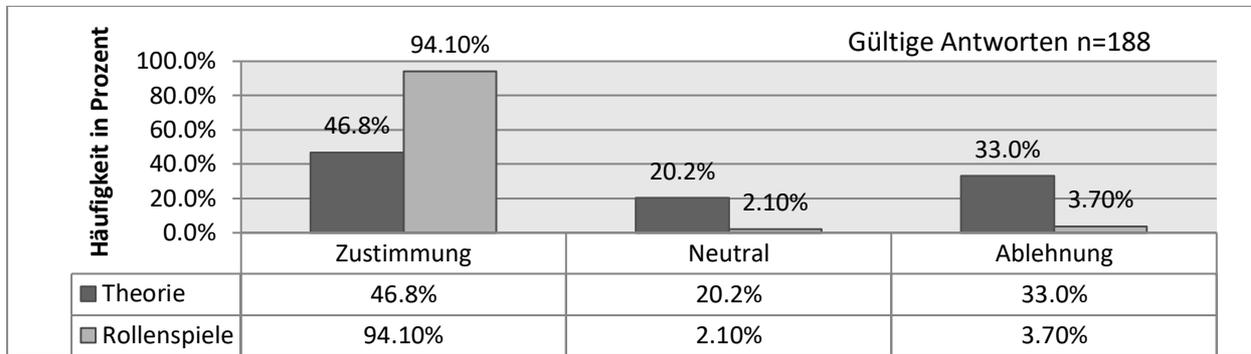
Erinnerungsvermögen an den Kurs und seine Inhalte

Zu Beginn des 3. Fragenkomplexes wurden die ehemaligen Kursteilnehmer gefragt, wie gut ihnen die einzelnen Elemente des Kurses in Erinnerung geblieben waren. Als Einstieg wurde ermittelt, wie gut der Kursinhalt generell in Erinnerung geblieben war. Die überwiegende Mehrheit erinnerte sich noch an den Kursinhalt.



35 – Abbildung: Erinnerungsvermögen bezüglich des Kursinhaltes

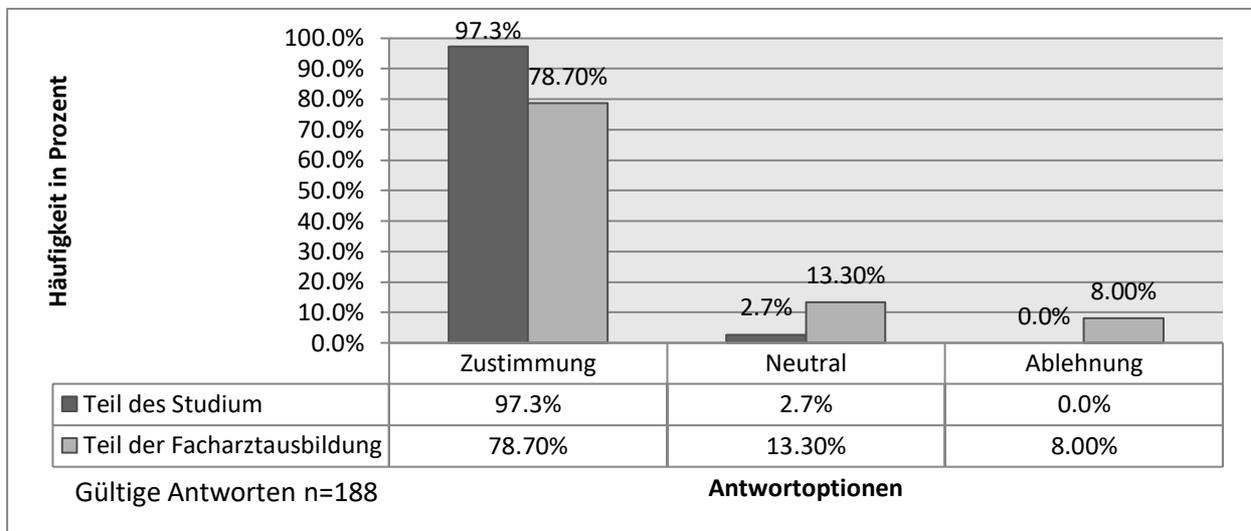
Als nächstes sollten die Teilnehmer angeben, ob sie sich an die Rollenspiele und an den Theorieteil erinnerten. Die Rollenspiele blieben den Teilnehmern dabei eher in Erinnerung. In folgendem Diagramm sind die Antworten vergleichend gegenübergestellt.



36 – Abbildung: Vergleich des Erinnerungsvermögens an Theorie und Rollenspiel

Retrospektive Bewertung des Kursmodelles

Der Großteil der Befragten empfand die Thematik als relevanten Lehrinhalt für das Medizinstudium. Auf die Frage, ob derartige Kurse Teil der Facharztweiterbildung sein sollten, antwortete die Mehrheit der Befragten mit Zustimmung.

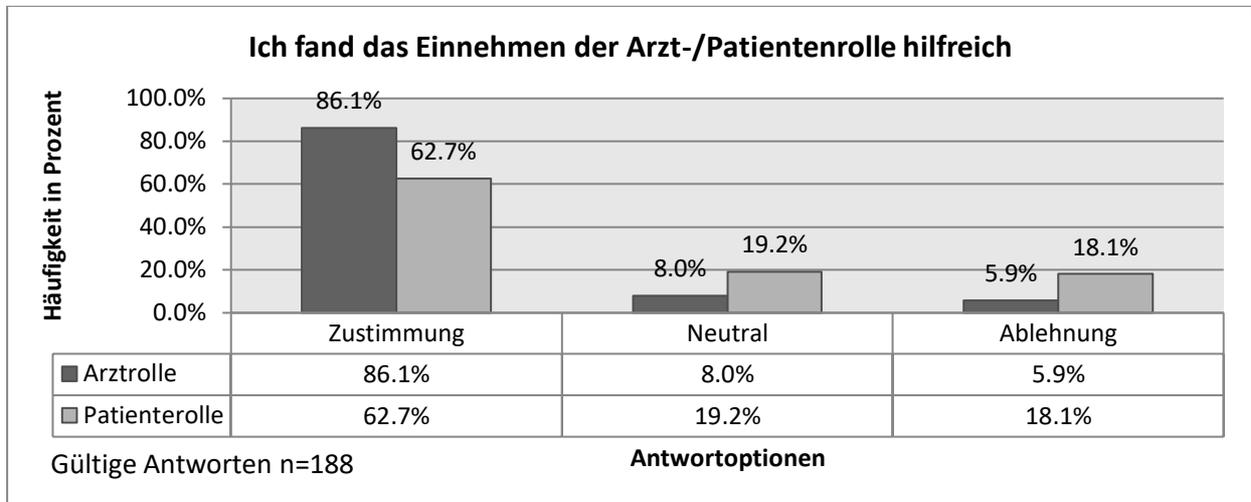


37 – Abbildung: Retrospektive Bewertung des Kursmodells

Mit großer Mehrheit wurde dieser Kurs also sowohl als wichtiger Bestandteil des Studiums als auch der Weiterbildung bewertet.

Bewertung der Arzt-/Patientenrolle

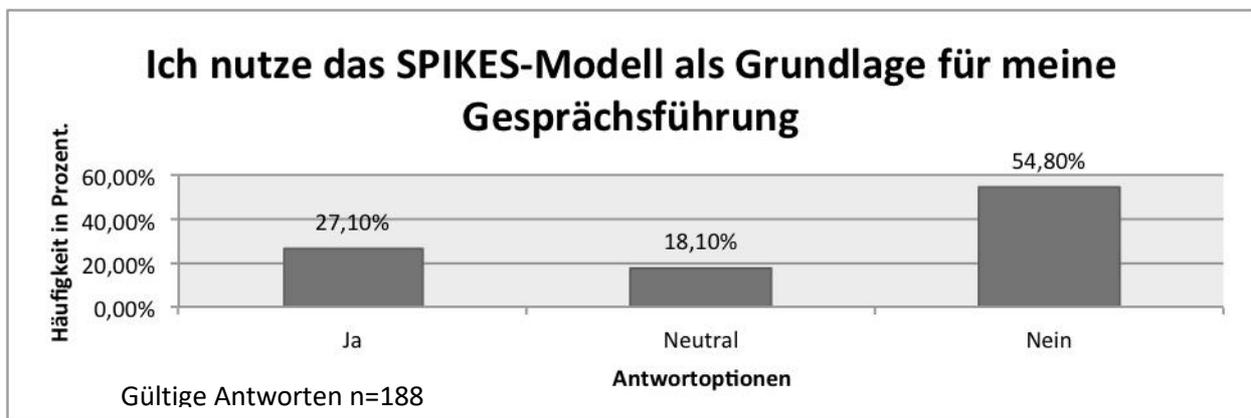
Die Einnahme der Arztrolle innerhalb der Rollenspiele wurde positiver eingeschätzt als die der Patientenrolle.



38 – Abbildung: Vergleichende Darstellung der retrospektiven Bewertung von Arzt- und Patientenrolle

Nutzung des SPIKES-Modell im klinischen Alltag

Der Aussage: „Ich nutze das SPIKES-Modell als Grundlage für meine Gesprächsführung“ stimmten 27,13% der Befragten zu.



39 – Abbildung: Nutzung des SPIKES-Modell im klinischen Alltag

Zeitfaktor im klinischen Alltag

Der abschließenden Frage: „Hatten Sie im Allgemeinen das Gefühl, für das Überbringen schlechter Nachrichten genügend Zeit zu haben?“ stimmten unter den 122 Ärzten, welche bereits schlechte Nachrichten überbracht hatten, 66,4% zu.

Unter den Ärzten, welche bisher noch keine schlechten Diagnosen vermittelt hatten, gaben von 66 mit gültiger Antwort nur 43,9% an, dass Sie durchaus genügend Zeit hätten, um schlechte Nachrichten zu überbringen.

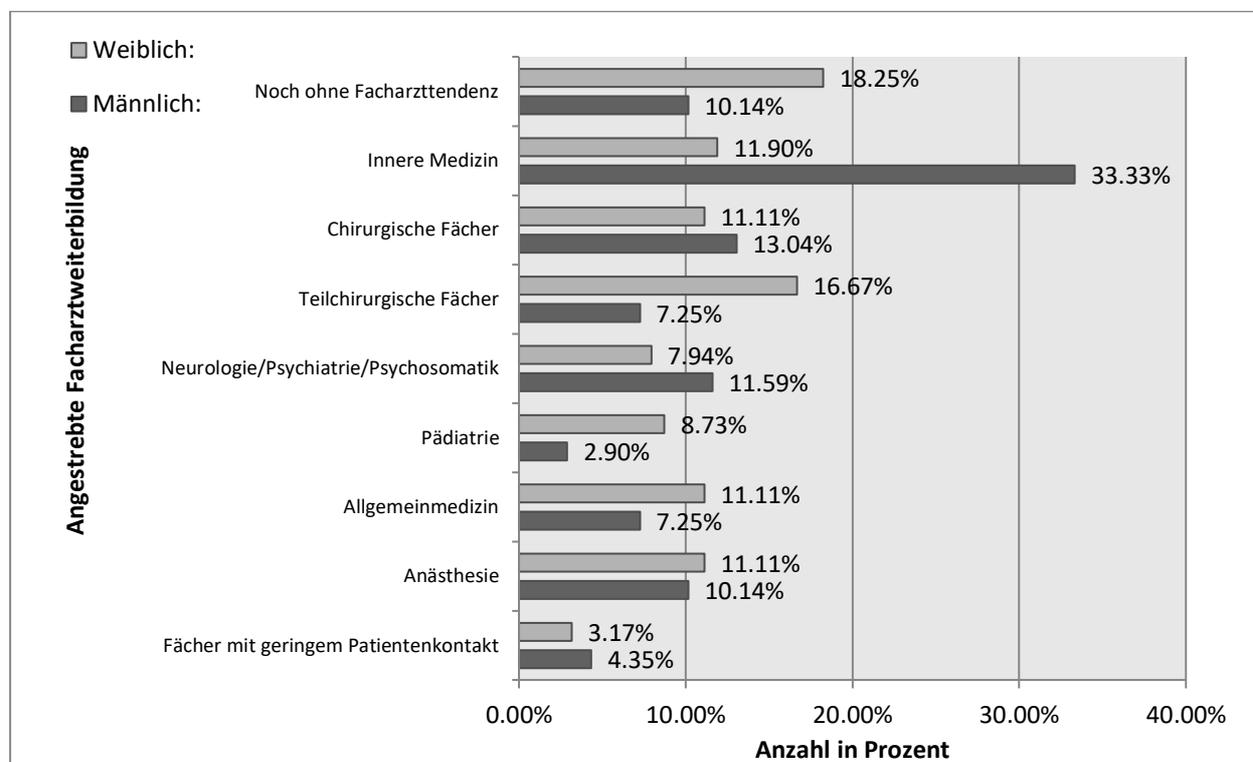
3.2.5 Ergebnisse der explorativen Datenanalyse der Nachbefragung

Zusätzlich zur generellen Auswertung der Ergebnisse erfolgte eine explorative bivariate Datenanalyse, um mögliche Zusammenhänge zu erkennen.

Facharztpräferenz nach Geschlecht

In der Nachbefragung zeigten sich ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede in der Facharztpräferenz. Eine Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin strebten, innerhalb der Gruppe des jeweiligen Geschlechtes, mehr männliche als weibliche Kursteilnehmer an ($m = 33,33\% > w = 11,90\%$).

Die teilchirurgischen Fächer hingegen wurden von weiblichen Teilnehmern eher präferiert ($w = 16,67\% > m = 7,25\%$). Unter den approbierten Ärztinnen waren 18,25% noch unentschlossen, unter den Ärzten nur 10,14%.



40 – Abbildung: Explorative Datenanalyse bezüglich des Geschlechtes und der präferierten Facharztweiterbildung

Dauer der Tätigkeit und die Erfahrung mit dem Überbringen schlechter Nachrichten

Gültige Angaben zur Dauer der Tätigkeit und Erfahrung bezüglich BBN machten $n = 194$ Teilnehmer. Nach Dauer der ärztlichen Tätigkeit aufgeteilt zeigte sich, dass ÄiW im 1. Jahr bereits zu 38,6% schlechte Nachrichten überbrachten hatten.

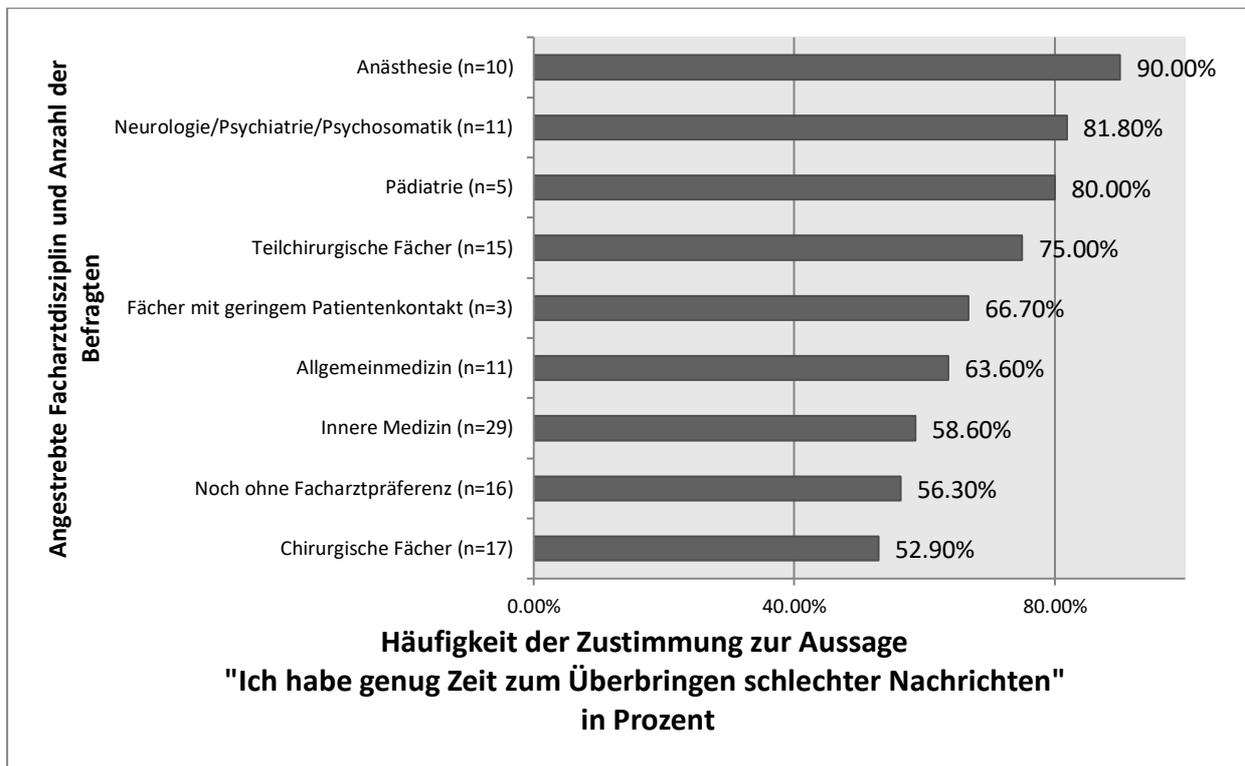
Zum Zeitpunkt des 5. Weiterbildungsjahres hatten alle an der Befragung teilnehmenden Ärzte, die bereits in dieser fortgeschrittenen Weiterbildung waren, Erfahrungen auf dem Gebiet gesammelt.

Haben Sie bereits schlechte Nachrichten überbracht?			
	Nein	Ja	Anzahl der Angaben
1. Weiterbildungsjahr	61,40%	38,60%	83
2. Weiterbildungsjahr	29,00%	71,00%	31
3. Weiterbildungsjahr	16,70%	83,80%	42
4. Weiterbildungsjahr	8,00%	92,00%	25
5. Weiterbildungsjahr	0,00%	100,00%	13

41 – Tabelle: Dauer der Tätigkeit und die Erfahrung mit dem Überbringen schlechter Nachrichten

Angestrebte Facharztweiterbildung und Zeitfaktor beim Überbringen schlechter Nachrichten

Angehende Fachärzte für Anästhesie geben mit 90% am häufigsten an, ausreichend Zeit zum Führen schwieriger Gespräche zu haben. Am seltensten konnte der Aussage von Seiten der Ärzte in chirurgischer Weiterbildung zugestimmt werden.



42 – Abbildung: Korrelation von angestrebter Facharzt Disziplin und Zustimmung zur Aussage "Ich habe genug Zeit zum Überbringen schlechter Nachrichten"

Einschätzung der Kompetenz im Bezug zur Weiterbildungszeit

Ab dem 3. Weiterbildungsjahr fühlen sich die Befragten mit einer Zustimmung von 80% fachlich kompetent beim Überbringen schlechter Nachrichten. Unter den weniger Erfahrenen stimmen nur 58,1 bzw. 54.5% zu.

Ich fühle mich auf fachlicher Ebene kompetent im Überbringen schlechter Nachrichten.			
	Zustimmung	Neutral	Ablehnung
1.Weiterbildungsjahr, n=31	58,10%	19,30%	22,60%
2.Weiterbildungsjahr, n=22	54,50%	31,90%	13,60%
3.Weiterbildungsjahr, n=35	80,00%	17,10%	2,90%
4.Weiterbildungsjahr, n=24	79,20%	20,80%	0,00%
5.Weiterbildungsjahr, n=13	76,90%	15,40%	7,70%

43 – Tabelle: Einschätzung der fachlichen Kompetenz im Bezug zur Weiterbildungszeit

Auf emotionaler Ebene fühlten sich die Befragten aus dem 4.Weiterbildungsjahr mit 83,4% am häufigsten kompetent beim Überbringen schlechter Nachrichten, Befragte aus dem 2.Weiterbildungsjahr mit 59,1% am wenigsten häufig kompetent.

Ich fühle mich auf emotionaler Ebene kompetent im Überbringen schlechter Nachrichten.			
	Zustimmung	Neutral	Ablehnung
1.Weiterbildungsjahr, n=31	64,50%	32,30%	3,20%
2.Weiterbildungsjahr, n=22	59,10%	27,30%	13,60%
3.Weiterbildungsjahr, n=35	57,10%	31,50%	11,40%
4.Weiterbildungsjahr, n=24	83,40%	12,40%	4,20%
5.Weiterbildungsjahr, n=13	76,90%	23,10%	0,00%

44 – Tabelle: Einschätzung der emotionalen Kompetenz im Bezug zur Weiterbildungszeit

3.3 Gegenüberstellung der Ergebnisse

Demographie

In beiden Befragungen war der Anteil an weiblichen Teilnehmern höher als an männlichen. (KE= w: 60,9% > m: 39,1%; NB= w: 64,6% > m: 35,4%).

Zum Zeitpunkt der Kursevaluation waren noch 40,6% unentschlossen in Bezug auf die Auswahl der Fachdisziplin. Unter den bereits tätigen Ärzten waren immerhin noch 15,4% unentschlossen, für welche Facharztweiterbildung sie sich entscheiden werden. Die häufigste angestrebte Fachrichtung stellte in beiden Befragungen die Innere Medizin dar (KE=13,5%; NB=19,5%). Die teilchirurgischen Fächer (z. B. Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Urologie etc.) lagen unter den Studierenden noch an dritter Stelle, nach den reinchirurgischen Fächern.

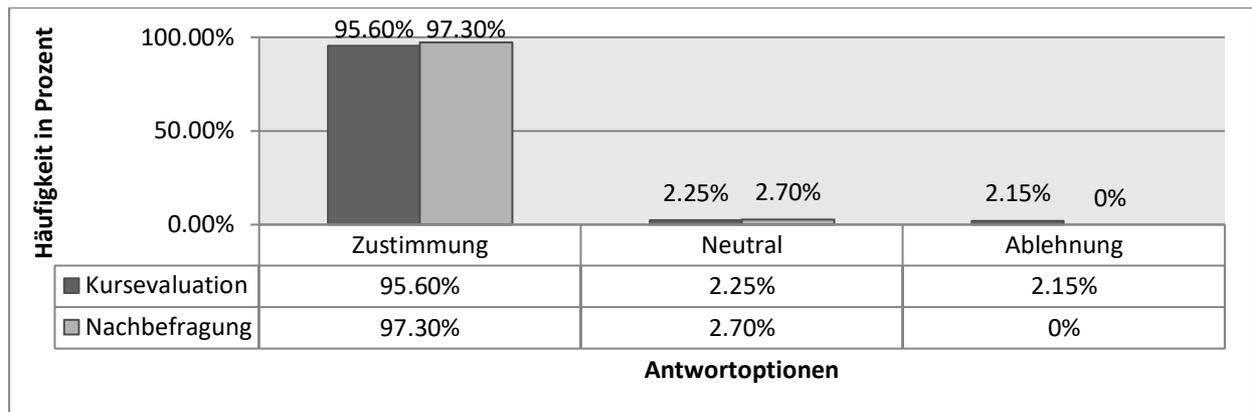
Im Rahmen der Nachbefragung wiederum zeigten sich mehr Ärzte an den teilchirurgischen- als an den reinchirurgischen Fächern interessiert. Auch die Anästhesie und die Allgemeinmedizin wurden in der Nachbefragung relativ häufiger als Facharztweiterbildungsziel angestrebt.

Kursevaluation		Nachbefragung	
Facharztpräferenz:	Relative Häufigkeit:	Aktuelle Weiterbildung:	Relative Häufigkeit:
1.Noch unentschlossen	40,6%	2. Noch ohne Facharzt tendenz	15,4%
2.Innere Medizin	13,5%	1.Innere Medizin	19,5%
3.Chirurgische Fächer	11%	4.Chirurgische Fächer	11,8%
4.Teilchirurgische Fächer	10,2%	3.Teilchirurgische Fächer	13,3%
5.Neurologie/Psychiatrie/ Psychosomatik	8,9%	7.Neurologie/Psychiatrie/ Psychosomatik	9,2%
6.Pädiatrie	6,2%	8.Pädiatrie	6,7%
7.Allgemeinmedizin	3,9%	6.Allgemeinmedizin	9,7%
8.Anästhesie	3,2%	5.Anästhesie	10,8%
9.Fächer mit geringem Patientenkontakt	2,5%	9.Fächer mit geringem Patientenkontakt	3,6%

45 – Tabelle: Gegenüberstellung der Facharztpräferenz

Bewertung des Kurses

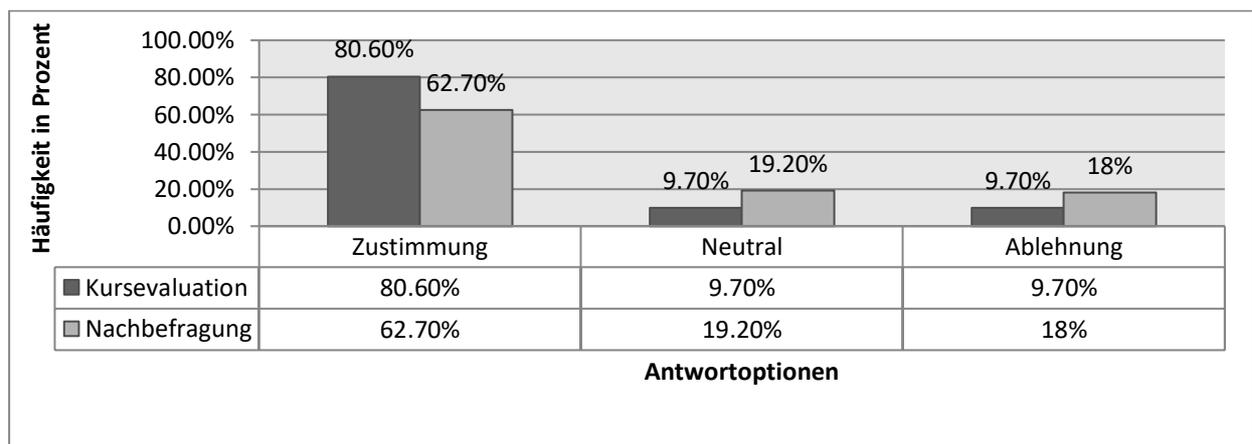
Zu beiden Untersuchungszeitpunkten schätzte die Mehrheit der Befragten den Kursinhalt als wichtig für die medizinische Ausbildung ein (KE = 95,6%; NB = 97,3%).



46 – Abbildung: Vergleich der Bewertung des Kurskonzept zu beiden Befragungszeitpunkten

Rollenspiele & Theorieteil

In der Kursevaluation zeigte sich, dass Übungen in Rollenspielform von 87,9% der Studierenden als hilfreich eingeschätzt wurden. Die Nachbefragung ergab, dass sich auch Jahre später besser an die Rollenspiele als an den theoretischen Unterricht erinnert wird (Rollenspiele: 94,1% > Theorieteil: 46,8%). Das Einnehmen der Patientenrolle wurde von den Studierenden als hilfreicher befunden als von den berufstätigen Ärzten.



47 – Abbildung: Einschätzung der Sinnhaftigkeit des Einnehmens der Patientenrolle zu beiden Befragungszeitpunkten

4. Diskussion

4.1 Diskussion der Ergebnisse: Einleitung

Ziel dieser Arbeit ist es, den Kurs „Ärztliche Gesprächsführung - Überbringen schlechter Nachrichten“ 2-zeitig zu evaluieren und den subjektiven Kompetenzgewinn der Teilnehmer hinsichtlich des Rollenspiels mit Einnahme der Patientenrolle zu untersuchen. Dafür wurden die Bewertungen des Kurses durch die Studierenden unmittelbar nach Absolvieren des Kurses untersucht, und es wurden Ärzte in Weiterbildung nach der Nachhaltigkeit des Kurses und der Anwendbarkeit des Erlernten sowie ihren Erfahrungen mit dem Überbringen schlechter Nachrichten befragt.

Es zeigte sich, dass die Teilnehmer Rollenspiele mit Einnahme der Patientenrolle kurz und langfristig als hilfreich empfanden und der überwiegende Teil sich emotional und fachlich kompetent im Überbringen schlechter Nachrichten fühlt. Diese Haupt- und weitere Nebenergebnisse werden nachfolgend mit den Zielen des NKLM verglichen, an Hand ihrer Kernaussagen diskutiert und den klinisch gemachten Erfahrungen der ÄiW gegenübergestellt. Abschließend wird die Frage „Profitieren Studierende kurz- und langfristig von Rollenspielen mit Einnahme der Patientenrolle?“ im Kontext beruflicher Handlungskompetenz diskutiert.

4.1.1 Diskussion der Ergebnisse: Kommunikationslehre im NKLM

Bereits 2001 forderte der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, dass in der Ausbildung neben der Vermittlung medizinischen Wissens stärkeres Gewicht auf die „patientenbezogenen, psychologischen und kommunikativen Aspekte“ gelegt werden soll.⁽⁹²⁾ In den folgenden Jahren etablierte sich die Lehre der ärztlichen Kommunikation zunehmend an deutschen Hochschulen und ist heute fester Bestandteil des Medizinstudiums. Eine Manifestation dieser Entwicklung stellte auch der Nationale Kompetenzbasierten Lernzielkatalog ⁽⁷³⁾ dar, welchen der medizinische Fakultätentag gemeinsam mit der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung 2015 verabschiedet hatte. Im NKLM wurden durch die übergeordnete Rollenbeschreibung "Der Arzt und die Ärztin als Kommunikator" und die ausgearbeiteten Lernziele des Kapitel 14c „ärztliche Gesprächsführung“

die Kommunikationskompetenz als generelle ärztliche Kompetenz benannt, und der Zielsetzungen auf dem Gebiet der Kommunikation wurde ein eigenes Kapitel gewidmet. Das Erlernete soll Studierenden ermöglichen, eine professionelle, aktiv zuhörende und präzise Gesprächsführung zu realisieren. Auch auf emotional und fachlich herausfordernde Situationen wie sprachliche Barrieren, schwierige Gesprächsthemen oder strukturelle Hindernisse soll das Studium werdende Ärzte künftig gezielter vorbereiten⁽⁷³⁾.

Um diese Forderungen umzusetzen, benennt der NKLM 147 spezifische Lernziele auf dem Gebiet der ärztlichen Gesprächsführung, und obwohl das Konzept des Kurses „Ärztliche Gesprächsführung“ bereits einige Jahre vor der Konzipierung des NKLM entstand, umfasst es bereits spezifische Lernziele des zwischenzeitlich neu entstandenen Katalogs. So findet sich das primäre Lernziel des Kurses unter 14c, 3.2.7: „schlechte Nachrichten unter situationsspezifischer Berücksichtigung eines Gesprächsmodells angemessen überbringen.“ Dieses Lernziel wurde im Rahmen des ÄGF-Kurses intensiv thematisiert und inhaltlich - sowohl kurz- als auch langfristig - durch den Großteil der ÄGF-Kursteilnehmer unabhängig von Alter, Geschlecht oder angestrebter Facharztausbildung als wichtig für die medizinische Ausbildung empfunden.

Im NKLM werden den einzelnen Lernzielen Kompetenzebenen zugeordnet. Der chronologische Ablauf gliedert sich dabei in „Meilensteine“. Deren erste Stufe wird als „Grundkompetenzen“ bezeichnet und beinhaltet Kenntnisse der natur-, sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Grundlagen der Medizin. Sie bildet die Basis für die weiterführende Lehre und entspricht dem Inhalt der M1 Prüfung von Regelstudiengängen. Die folgenden Stufen bilden chronologisch „Ärztliche Basiskompetenzen für die Ausbildung mit unmittelbarem Patientenbezug“, „PJ-Kompetenz“, „Ärztliche Approbation und Weiterbildungskompetenz“ und die „Wissenschaftskompetenz“. Das Kernelement von ÄGF kongruiert mit dem Lernziel 14c.3.2.1: „wahrhaftig und empathisch mit Sterbenden und deren Angehörigen kommunizieren“, wird im NKLM zu Zeitpunkt der Approbation als Handlungskompetenz (Kompetenzebenen 3a bzw. 3b) klassifiziert und setzt den Erwerb von Faktenwissen (Kompetenzebene 1) und Handlungs- und Begründungswissen (Kompetenzebene 2) voraus.

Diese Einschätzung verdeutlicht zum einen den enormen Schwierigkeitsgrad von BBN-Gesprächen. Zum anderen unterstreicht sie die Notwendigkeit longitudinaler Lernkonzepte, da vor BBN-Kursen bereits unspezifische Kommunikationskurse absolviert werden sollen, um vorzubereiten und anschließend durch Wiederholung und Vertiefung den Lernerfolg zu festigen. Daraus erschließt sich, dass der gewählte Zeitpunkt des Kurses gegen Ende des klinischen Studienabschnittes didaktisch sinnvoll gewählt ist. Diese Feststellung, deckt sich ebenfalls im bundesweiten Vergleich mit ähnlichen Kurskonzepten (Vgl. 1.2.3)

4.1.2 Diskussion der Ergebnisse: Feedback und Peer-Group-Teaching

Im NKLM wird ausdrücklich festgehalten, dass die im Studium angelegten Kompetenzen in der Weiterbildung weiterentwickelt werden müssen. Der Katalog soll langfristig helfen, den Inhalt der ärztlichen Ausbildung nicht nur im universitären Bereich bundesweit zu vereinheitlichen, sondern auch während der Weiterbildungszeit. Allerdings wird nicht explizit beschrieben, durch welches Lernziel den ÄiW vermittelt werden sollen.

Im Rahmen der Nachbefragung zeigte sich, dass ÄiW sich in schwierigen Gesprächssituationen am häufigsten Unterstützung durch den Oberarzt wünschen. Die tatsächliche Unterstützung beim Überbringen schlechter Nachrichten erfolgte in den meisten Fällen durch ein oberärztliches Vorgespräch. Anwesenheit und Nachgespräch fanden jedoch deutlich seltener statt. Zwar erhielten die Kursteilnehmer objektives Feedback im Rahmen des ÄGF Kurses, doch zeigte die Nachbefragung, dass im klinischen Alltag wenig Feedback gegeben wird (Vgl.3.2.3). Dies impliziert Verbesserungsbedarf, da optimales Teaching neben Vorbereitung des Gespräches auch die Beobachtung und anschließendes Feedback beinhalten sollte.

Eine Meta-Analyse, welche den Einfluss von Feedback auf die klinische Leistung in der medizinischen Ausbildung untersuchte, kam zu dem Schluss, dass Feedback in 77% der eingeschlossenen Studien einen positiven Effekt auf den Lernerfolg hatte.⁽⁹³⁾ Auch auf dem Gebiet des BBN zeigen Publikationen, dass Teilnehmer von Feedback profitieren.⁽⁹⁴⁾ Fehlendes Feedback hingegen kann dazu führen, dass die eigenen Kommunikationsfähigkeiten falsch

eingeschätzt werden. Dies ist auch bei der Einordnung der Ergebnisse der nachbefragten Ärzte hinsichtlich der subjektiv empfundenen emotionalen und fachlichen Kompetenz zu bedenken. So zeigte die Nachbefragung, dass sich mit den Jahren der praktischen Tätigkeit das subjektive Kompetenzzempfinden emotional und fachlich steigert. Jedoch sind diese Ergebnisse nicht mit der objektiven Gesprächsqualität gleichzusetzen, da Ärzte dazu neigen ihre Fähigkeiten auf dem Gebiet der Kommunikation zu überschätzen⁽⁹⁵⁾. Gleichwohl könnte ehrliches Feedback helfen, die eigenen kommunikativen Fähigkeiten kritisch zu hinterfragen und die Motivation zur Weiterentwicklung zu fördern. Doch mitunter hat der Lehrende zuvor selbst nicht gelernt Feedback objektiv und adäquat zu formulieren. Im Falle der Teilnehmer des ÄGF-Kurses aber lernten diese zumindest zu Beginn des Kurses, Feedback im Sinne der Sandwich-Methode zu formulieren und übten die Anwendung im Rahmen des Kurses.

Es gehört zu dem Aufgabenbereich eines Arztes, den Patienten hinsichtlich seiner Erkrankung zu schulen. Daher sollte auch das Bewusstsein für seine Rolle als Lehrender in der medizinischen Ausbildung gestärkt werden. Während in professionsnahen Berufsfeldern Konzepte bestehen, um Mitarbeiter hinsichtlich ihrer Aufgabe als Ausbilder zu schulen, obliegt es in der Regel dem persönlichen Interesse der Ärzte sich didaktisch fortzubilden und Lehrmethoden kritisch zu hinterfragen. Um bereits Studierende auf ihre Rolle als Lehrende vorzubereiten, ist Peer-Group-Teaching zu einer etablierten und verbreiteten Methode geworden.⁽⁹⁶⁾ Der Lehrprozess des Peer-Group-Teaching trägt dazu bei, sowohl Fachwissen zu festigen als auch Lehrkompetenzen zu entwickeln.⁽⁹⁷⁾ Es zeigt sich, dass Studierende, die von kompetenten, bereits geschulten Studierenden unterrichtet werden, einen vergleichbaren Lernerfolg haben wie Studierende, die durch Lehrkräfte unterrichtet werden.⁽⁹⁸⁾

Nicht zu vernachlässigen ist jedoch die Notwendigkeit einer fachlich gezielten Ausbildung der Peer-Teacher. Im Falle von ÄGF durchliefen die Lehrenden spezielle Schulungen, bevor sie eigenständig unterrichten durften. Die Rolle des Lehrenden wird auch in den CanMeds thematisiert, jedoch bezieht sie sich dort auf die lehrende Tätigkeit gegenüber Angestellten, Studierenden und Patienten.⁽⁹⁹⁾ Folglich beginnt die Betrachtung des Arztes als Lehrender in

diesem Konzept erst ab dem Zeitpunkt der ärztlichen Tätigkeit. Es sollte jedoch Ziel sein, bereits den Studierenden auf diese Verantwortung vorzubereiten, denn den meisten Studierenden ist nicht bewusst, dass sie diese Funktion übernehmen werden.⁽¹⁰⁰⁾

Es gibt jedoch bereits Ansätze, die Rolle des Lehrenden im Studium zu integrieren. So wird im Modellstudiengang der Charité im Rahmen der Lernzielplattform der 9. Kompetenzbereich „Wissen weitergeben“ explizit benannt.⁽¹⁰¹⁾ Auch die CanMeds-Rollen benennen lehrkompetenzbezogene Lernziele, wie „Konstruktives Feedback“ oder „Ein Konzept zu verfolgen, dass die Lernenden in den Mittelpunkt stellt“.⁽⁷⁴⁾

4.1.3 Diskussion der Ergebnisse: Lehrabschnitts- und professionsübergreifende Kommunikationslehre

In einer amerikanischen Studie aus dem Jahr 1998 wurde gezeigt, dass sich Ärzte ohne ein formelles Training im Überbringen schlechter Nachrichten ungenügend vorbereitet fühlen, und dass sich die Kompetenzen nicht von alleine nur mit den Jahren der Tätigkeit verbessern.⁽¹⁰²⁾ Um die Sicherheit der Ärzte bezüglich BBN weiter zu stärken, scheint es daher sinnvoll, auch das Teaching im Rahmen der Facharztausbildung zu etablieren. Erst wenn sich an das Studium eine qualifizierte Weiterbildung anschließt, kann sich ein langfristiger Lernerfolg einstellen und die im Rahmen der universitären Ausbildung gelehrt kommunikativen Fähigkeiten können gefestigt werden.

Die ÄiW in der vorliegenden Untersuchung bestätigten Interesse an BBN-Schulungen für Berufsanfänger durch ihre Zustimmung zur Aussage, dass Kurse wie ÄGF Teil des Studiums und als auch Teil der Facharztweiterbildung sein sollten (Vgl. 3.2.4). Die befragten ÄiW äußerten in den Freitextangaben der Nachbefragung aber neben dem Wunsch nach intensivierter Unterstützung von Kollegen der eigenen Berufsgruppe, auch den Wunsch nach Kommunikation und Austausch mit den Vertretern anderer Berufsgruppen, wie der Pflege oder der klinischen Psychologie (Vgl.3.2.3). Da das Überbringen schlechter Nachrichten ein emotionaler Stressfaktor ist, kann entsprechende Unterstützung, z. B. in Form von Balint-Gruppen, helfen, emotional belastende Gespräche besser zu verarbeiten.⁽²⁰⁾ Aber auch Training der spezifischen Kommunikationsfähigkeiten,

beispielsweise in Form von Kommunikationstraining unter Verwendung des SPIKES-Modell, kann helfen, diesen Stress zu reduzieren und in Folge auch das Burnout-Risiko verringern. ⁽¹⁰³⁾

International sind bereits Leitlinien zum Überbringen schlechter Nachrichten erarbeitet worden.⁽¹⁰⁴⁾ Die irische Leitlinie erkennt in ihrem einleitenden Text auch ausdrücklich an, wie belastend das Gespräch unter Umständen für den Arzt sein kann. Studien zeigen, dass Berufsanfänger zu einem hohen Prozentsatz bereits früh schlechte Nachrichten überbringen, sich aber nicht ausreichend darauf vorbereitet fühlen.^{(105),(106)} In der vorliegenden Studie fühlt sich fast die Hälfte der Befragten im ersten und zweiten Weiterbildungsjahr nicht kompetent, schlechte Nachrichten zu überbringen, aber mehr als 2/3 haben im zweiten Jahr bereits schlechte Nachrichten überbracht (Vgl.3.2.5). In Folge so entstandener Unsicherheit können negative Erfahrungen zu einem Vermeidungsverhalten führen.⁽¹⁰⁷⁾

4.1.4 Diskussion der Ergebnisse: Das Rollenspiel mit Einnahme der Patientenrolle

Während in der Gegenwart das Erlernen kommunikativer Kompetenzen in dem Lehrformat KIT (Kommunikation, Interaktion, Teamarbeit) im Modellstudiengang der Charité fest verankert ist und mit unterschiedlichem Schwerpunkt in nahezu jedem Semester verpflichtend wahrgenommen werden muss, war zu Zeiten des Regelstudienganges der Kurs „Ärztliche Gesprächsführung“ mit seinem Schwerpunkt „Überbringen schlechter Nachrichten“ im 9. Semester das erste Lehrangebot im Bereich der Kommunikation und das Einzige, in dem Rollenspiele angewendet wurden (Vgl.1.2.1). Verglichen mit anderen deutschsprachigen Lernkonzepten weist der Kurs „Ärztliche Gesprächsführung“ einen ähnlichen Aufbau und Umfang auf (Vgl.1.2.3). Das Einnehmen der Patientenrolle durch die Kursteilnehmer ist jedoch eine Besonderheit des ÄGF-Modelles.

So übernehmen in anderen deutschsprachigen Kurskonzepten häufiger geschulte Schauspielpatienten die Patientenrolle. Es gibt aber auch Konzepte, in denen Studierende der Medizin zu Schauspielpatienten ausgebildet werden.⁽¹⁰⁸⁾ Das Verwenden von Schauspielpatienten hat den Vorteil, dass

durch das regelmäßige Wiederholen die geübten Darsteller eine Situation sehr realistisch darstellen und ein patientennahes Feedback geben können.

Das Einnehmen der Patientenrolle war jedoch eine bewusste Entscheidung bei Konzipierung des ÄGF-Kurses, da es durch Perspektivenwechsel ermöglicht werden sollte, den Studierenden die Gefühle der Patienten verständlich und greifbar zu machen. Durch diesen Rollentausch sollten Teilnehmer unmittelbar erfahren, welche Wirkungen entgegengebrachte Empathie und die Wahl der Gesprächstechniken haben kann. Dieser emotional-empathische Wissenszuwachs korreliert mit den NKLM-Lernzielen 14c, 2.6.4: „die Erwartungen, Sorgen und Präferenzen von Patientinnen und Patienten ermitteln und in Bezugnahme dazu die eigenen Erwartungen und Behandlungspräferenzen kommunizieren“, 14c, 3.: „situative und individuelle Unterschiede der Emotionsbewältigung erkennen und angemessen berücksichtigen“ oder auch 14c, 3.2.1.: „wahrhaftig und empathisch mit Sterbenden und deren Angehörigen“ kommunizieren.

Die Ergebnisse der Kursevaluation deuten darauf hin, dass diese Zielsetzung aus subjektiver Sicht der Studierenden gelungen ist. So gab die überwiegende Mehrheit an, dass die Einnahme der Rolle des Patienten ihnen geholfen hätte, dessen Perspektive und Gefühle besser zu verstehen, und dass sich die Wahrnehmung für ihr eigenes Verhalten in der Rolle des Arztes verändert hätte (Vgl.3.1.3). Es erweist sich somit, dass die Mehrheit der Befragten zumindest kurzfristig von der Einnahme der Patientenrolle profitiert hat.

In der Nachbefragung wurde das Einnehmen der Patientenrolle aus ärztlicher Sicht ebenfalls von der Mehrheit als sinnvoll erachtet, es zeigt sich jedoch ein Rückgang im direkten Vergleich (Vgl.3.2.4). Die Ermittlung der Gründe für diese Entwicklung sollten in weiterführenden Untersuchungen untersucht werden; insbesondere wäre es von Interesse, ob das erneute Einnehmen der Patientenrolle zu einem späteren Zeitpunkt dieses Ergebnis verändern würde.

Die Nachbefragung konnte weiterhin belegen, dass nicht nur die Studierenden die Rollenspiele als sehr lehrreich empfunden haben, sondern dass darüber hinaus auch Jahre später die meisten ÄiW sich noch an die Rollenspiele erinnern konnten. Dies lässt sich durch die emotionale Beteiligung der

Teilnehmer erklären. Denn während BBN-Gesprächen erfahren Studierende nachweislich starke Gefühlsregungen⁽¹⁰⁹⁾ , und im Allgemeinen werden Dinge eher erinnert, wenn sie mit emotionalen Reaktionen verknüpft sind.^{(110),(111)} Dies erklärt auch, dass sich die Nachbefragten deutlich seltener an den Theorieteil erinnerten (Vgl.3.2.4).

Diese Ergebnisse hinsichtlich der Einnahme der Patientenrolle sprechen für die Entwicklung der medizinischen Lehre hin zu einer modernen Didaktik mit einem Kompetenz- und patientenzentrierten Ansatz. So auch in der Literatur darauf hingewiesen, dass medizinische Informationen und empathische Unterstützung entsprechend der Patientenbedürfnisse angepasst werden sollten.⁽²²⁾ Ein solch patientenzentrierter Ansatz kann im Rahmen ärztlicher Kommunikation Einfluss auf das Verständnis, das emotionale Empfinden und auf die allgemeine Patientenzufriedenheit mit dem Gespräch haben.⁽¹¹²⁾ Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit verdeutlichen, dass die Einnahme der Patientenrolle diesen Aspekt für Studierende erlebbar machen kann. Es ist jedoch zu bedenken, dass sich - trotz aller Bemühungen einer realitätsnahen Simulation - die simulierten Gespräche von Gesprächen mit echten Patienten unterscheiden, sowohl hinsichtlich des Patientenverhaltens als auch hinsichtlich des Verhaltens der Studierenden.⁽¹¹³⁾

4.1.5 Diskussion der Ergebnisse: Kursgröße

Sich kommunikativen Schwierigkeiten zu stellen, dabei beobachtet zu werden und hinterher ein Feedback zu erhalten ist eine Herausforderung, die mit Ängsten verbunden sein kann.^{(102),(114)} Untersuchungen zeigten, dass auch simulierte BBN-Gespräch-Situationen körperliche Stressreaktionen auslösen können.^{(20),(115)}

Um Studierende bei ihren ersten BBN-Gesprächssimulationen nicht negativ zu prägen, bedarf es folglich stressreduzierender Rahmenbedingungen. Mit der entsprechenden Hinführung und einer angenehmen Atmosphäre in einem geschützten Rahmen kann zudem eine höhere Akzeptanz von Rollenspielen erreicht werden.⁽¹¹⁶⁾

Speziell der Unterricht in kleinen Gruppen mit dem Einsatz von Rollenspielen kann kommunikative Kompetenzen verbessern.⁽⁵²⁾ Ein Vorteil von Kleingruppen

gegenüber Kursmodellen mit größeren Gruppen stellt die intimere Atmosphäre dar. Studierende erleben eine Vielzahl unterschiedlichster Emotionen beim Simulieren und reagieren zumeist empathisch auf die Empfindungen ihres Gegenübers.⁽¹⁰⁹⁾ Durch Rollenspiele wird dem Teilnehmer die Möglichkeit gegeben, in einer neutralen Umgebung mehr Sicherheit auf diesem Gebiet zu erlangen. Rollenspiele können zunächst jedoch auch auf Ablehnung durch die Teilnehmer stoßen.

Der Großteil der Teilnehmer hätte den Kurs nachfolgenden Studierenden weiterempfohlen, und die Rollenspiele wurden ebenfalls sehr positiv aufgenommen, so dass die gewählte Größe der Kursgruppen mit maximal 6 Studierenden als geeignet bezeichnet werden kann.

Eine Schweizer Publikation belegte aber, dass Studierende, die Einzelunterricht mit Schauspielpatienten und 1-zu-1-Feedback erhielten, signifikant bessere Gespräche führten als eine Vergleichsgruppe, welche den Unterricht in Kleingruppen durchführte. Die Gespräche wurden auf Basis der „Calgary-Cambridge checklist of teaching objectives“ bewertet.⁽¹¹⁷⁾

Es ist also anzunehmen, dass sich der Lernzuwachs durch eine Reduktion der Kursgröße noch optimieren ließe, jedoch ist fraglich, ob sich ein derartiges personal- und zeitaufwendiges Konzept für ein ganzes Semester realisieren lässt. Realistisch wäre wahrscheinlich eher eine Fortführung im Sinne einer ergänzenden Unterrichtseinheit bei vorhandenem Interesse, ähnlich des fakultativen Expertengesprächs von ÄGF.

4.1.6 Diskussion der Ergebnisse: Spikes Modell und klinische Rahmenbedingungen der BBN-Gespräche

Die Ergebnisse der Nachbefragung legen den Schluss nahe, dass das SPIKES-Modell nur von der Minderheit bewusst praktisch angewandt wird (Vgl.3.2.4). Jedoch lässt sich anhand der gestellten Fragen nicht abschließend differenzieren, ob wirklich der Inhalt des Modelles nicht verwendet wird, oder ob eventuell nur der Begriff SPIKES nicht mehr erinnerlich ist. Denn zumindest im Rahmen der Kursevaluation gab die Mehrheit an, sich durch den Kurs besser in der Lage zu fühlen eine schlechte Nachricht in strukturierter Form zu überbringen (Vgl.3.1.3).

Da jene Struktur aber anhand des SPIKES -Modelles gelehrt wurde, sollte folglich im Rahmen von BBN-Fortbildungen trotzdem auch auf eine Wiederholung der Theorie Wert gelegt werden. Es zeigte sich nämlich, dass Unterpunkte des SPIKES-Modells mit den Forderungen der ÄiW im Rahmen der Nachbefragung korrelieren. Sie verdeutlichten in den Freitextangaben, welche weiteren essentiellen Bedingungen im Einzelfall nicht erfüllbar sind. Aussagen wie: „Mehr Zeit, es sind zu wenig Ärzte für zu viele Patienten und Angehörige“ oder der Wunsch nach einem „ruhigen Raum zum Reden“ sind ein Indiz für fehlende strukturelle Ressourcen. Eben jene strukturellen Umgebungsfaktoren erwähnt das SPIKES-Modell explizit in seinem 1. Punkt, dem Schaffen einer adäquaten Gesprächssituation⁽²³⁾. Die Umsetzung dieser Forderungen gilt als wichtige Grundvoraussetzung für ein emotional schwieriges Gespräch und wird auch in der BBN-Leitlinie des irischen National Council herausgestellt.⁽¹⁰⁴⁾ Es muss nicht nur ausreichend Zeit und eine ruhige, ungestörte Atmosphäre während des Gespräches sichergestellt sein, das Gespräch muss im besten Fall zudem auch fachlich vorbereitet werden. Die Nachbefragung der vorliegenden Arbeit legte jedoch dar, dass nur etwas mehr als die Hälfte der ÄiW genügend Zeit haben, um eine derartig ideale Gesprächssituation zu ermöglichen (Vgl. 3.2.4).

Es ist wirkt bedenklich, wenn Ärzte aus Fachgebieten wie der Chirurgie in nur 52,9 % der Fälle genug Zeit haben, um schlechte Nachrichten adäquat mit ihren Patienten zu besprechen (Vgl. 3.2.5). Die Nachbefragung zeigt weiter, dass auch Berufsanfänger schon früh schlechte Nachrichten überbringen und ab dem 2.Weiterbildungsjahr der Großteil der ÄiW schlechte Nachrichten überbracht hat (Vgl.3.2.5) Jedoch gerade die auf dem BBN-Gebiet unerfahrenen Ärzte gaben mehrheitlich an, für ein eventuelles BBN-Gespräch nach eigener Einschätzung nicht genügend Zeit zu haben.

Diese durch ÄiW beschriebene klinische Realität erschwert ein vorheriges Vorbereiten und Wiederholen der erlernten Techniken. Im Umkehrschluss gilt es, die zur Verfügung stehende Zeit und Ressourcen effektiv zu nutzen. Das Erlernen der Kommunikation innerhalb von zeitlichen und strukturellen Grenzen stellt folglich eine moderne ärztliche Kompetenz dar, welche auch als Lehrinheit thematisiert werden sollte. Jedoch ist diese Diskrepanz zwischen

den Bedürfnissen der Patienten und den strukturellen Ressourcen des medizinischen Personals ethisch und medizinisch kritisch zu hinterfragen und zu diskutieren. Denn die Vermittlung schlechter Nachrichten ohne Berücksichtigung der patientenseitigen Kommunikationspräferenzen korreliert mit erhöhter psychischer Belastung des Patienten.⁽⁷⁾

4.1.7 Diskussion der Ergebnisse: Profitieren Studierende kurz- und langfristig von Rollenspielen mit Einnahme der Patientenrolle im Sinne von beruflicher Handlungskompetenz?

Die Befähigung zur selbstständigen und effektiven Ausübung beruflicher Tätigkeiten wird im Kontext der Berufspädagogik auch als berufliche Handlungskompetenz bezeichnet.⁽⁷⁷⁾ Sie ist das Resultat einer lebenslangen Kompetenzentwicklung des Individuums und wird beeinflusst von biographischen Unterschieden, Aus- und Weiterbildungsprozessen, aber auch durch alltägliche arbeitsplatzintegrierte, informelle und selbstorganisierte Lernprozesse.^{(77), (118)}

Um die berufliche Handlungskompetenz bzgl. sensibler Themengebiete wie BBN im Rahmen von Lernveranstaltung zu fördern scheint es daher sinnvoll, dass die Studierenden sich zuerst aktiv mit den Tätigkeitsanforderungen in simulierten Situationen auseinandersetzen und anschließend stufenweise an die Bewältigung von ihren späteren Aufgabenfeld entsprechenden Tätigkeiten herangeführt werden.

Ziel dieser didaktischen Methodik ist zum einen die Förderung von messbaren Eigenschaften wie den methodischen und fachlichen Fähigkeiten, des weiteren die Stärkung von internalen Ressourcen wie dem subjektivem Kompetenzzempfinden und dem daraus resultierendem Selbstvertrauen.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass ein Großteil der Teilnehmer sich langfristig kompetent auf fachlicher und emotionaler Ebene fühlt (Vgl.3.2.3.),dass aber auch andere Faktoren, wie die Jahre der beruflichen Tätigkeit und folglich gewonnene praktische Erfahrung, dieses subjektive Kompetenzgefühl positiv beeinflussen(Vgl. 3.2.5).

Diese Ergebnisse alleine können keine Aussage über ihre tatsächliche BBN-bezogene berufliche Handlungskompetenz geben, jedoch zeigte sich deutlich,

dass der Perspektivenwechsel der Mehrheit half, das zentrale Element ihrer Arbeit, den Patienten, besser zu verstehen, und sich in Folge auch die Wahrnehmung für das eigene Verhalten in der Rolle des Arztes verändert hat (Vgl. 3.1.3).

Dies deutet darauf hin, dass die Kursteilnehmer von den Rollenspielen mit Einnahme der Patientenrolle profitierten, und dieses praktische Üben einer schwierigen und unangenehmen Gesprächssituation sich letztlich positiv auf ihre BBN-bezogene berufliche Handlungskompetenzentwicklung ausgewirkt hat. Wie groß allerdings der Einfluss im Gesamtprozess der beruflichen und persönlichen Entwicklung gewesen ist, kann durch die vorliegende Arbeit nicht abschließend beantwortet werden; und in dieser Fragestellung liegt ein Ansatzpunkt für weiterführende Untersuchungen. Hierfür werden jedoch ein komplexeres Studiendesign und intensiviertere longitudinale Kommunikation mit den Probanden unabdingbar sein (Vgl. 4.2)

4.2 Diskussion der Methodik

Im folgendem wird die gewählte Methodik der Untersuchung diskutiert, die Aussagekraft kritisch hinterfragt und limitierende Faktoren werden benannt und analysiert.

4.2.1 Diskussion der Methodik: Fragebogeninstrument und Performanz

Durch die quantitative retrospektive Befragung im Rahmen der Kursevaluation konnte aufgezeigt werden, dass die Teilnehmenden zwar subjektiv eine Kompetenzsteigerung hinsichtlich des Überbringens schlechter Nachrichten fühlen, aber die Anwendung dieser Kompetenz - also die Performanz - dadurch nicht abgebildet werden kann.

Diese Diskrepanz lässt sich gut durch das theoretische Modell von Kirkpatrick veranschaulichen. Demnach hat eine Evaluation dann einen wissenschaftlichen Mehrwert, wenn vier Dimensionen erfasst werden⁽¹¹⁹⁾:

Zufriedenheit, Lernerfolg, Verhaltensänderung, Auswirkungen.

Diese spiegeln den Lernprozess wieder, welchen die Befragten durchlaufen. Der Erfolg auf der einen Stufe ist dabei jeweils Voraussetzung für einen Erfolg auf einer höheren Stufe. So wäre die in der Kursbefragung evaluierte

Teilnehmerzufriedenheit - gemessen am Stufenmodell von Kirkpatrick - gleichzusetzen mit einer Abfrage von *Zufriedenheit*; und die Frage nach Zustimmung zur Aussage „Die Rolle des Patienten einzunehmen hat meine Wahrnehmung für mein Verhalten in der Rolle des Arztes verändert.“ entspräche der *Verhaltensänderung*. In der Nachbefragung finden sich dann Fragen, welche die *Auswirkungen* des Kurses widerspiegeln, bspw. „Ich nutze das SPIKES-Modell als Grundlage für meine Gesprächsführung“.

Zu diskutieren ist also, ob die fehlende 4. Dimension *Lernerfolg* gänzlich unberührt bleibt. Hier muss klar zwischen einem subjektiven und objektiven Lernerfolg des Individuums differenziert werden. So erfassten die Fragebögen subjektive Lernerfolge durch Items wie „Ich fühle mich nach Absolvieren des Kurses sicherer, beim Überbringen einer schlechten Nachricht auf Patienten / Angehörige eingehen zu können“ oder „Ich fühle mich nach Absolvieren des Kurses sicherer eine schlechte Nachricht in strukturierter Form zu überbringen“. Es kann an dieser Stelle aus diesem Grund auch festgehalten werden, dass für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit die richtigen Fragetypen und Items mittels der Likert-Skala ausgewählt wurden (siehe Punkt 2.3.2).

Es fehlt jedoch eine objektivierbare Messung des Lernerfolges bspw. durch eine abschließende theoretische oder praktische Prüfung. Das Ziel der Befragung – herauszufinden, ob die Studierenden von ÄGF und dem Einnehmen der Patientenrolle subjektiv profitieren – konnte durch die Fragebögen evaluiert werden. Es handelt sich bei dem untersuchten Lernerfolg somit um das subjektive Kompetenzzempfinden des Individuums und nicht um die Performanz dieser, da hierfür entsprechende Nachprüfungen hätten erfolgen müssen. Zwar zeigen Untersuchungen eines vergleichbaren Kursmodelles, dass die objektive Messung des Lernerfolges mit der subjektiven Bewertung des Lernerfolges korreliert⁽⁶³⁾, jedoch lassen sich diese Ergebnisse nicht uneingeschränkt auf das Kursmodell von „Ärztliche Gesprächsführung“ übertragen.

Zur adäquaten Messung des objektiven Kompetenzzuwins im Sinne der Performanz wären vergleichbare Interviewsituationen und ein standardisiertes Messinstrument Voraussetzung gewesen. Man müsste für eine qualitative

Bewertung von BBN-Gesprächen vor und nach dem Kurs Patientengespräche mit Ratinginstrumenten bewerten, andere Einflussgrößen bis zum Zeitpunkt der Nachbefragung erfassen und daran die Ergebnisse relativieren. Es wäre hinsichtlich des langfristigen Kompetenzgewinns auch optimal, Patienten vor und nach einer Intervention zu befragen, um nicht nur eine Selbst- sondern auch eine professionsfremde Fremdeinschätzung zu ermöglichen.

Eine derartige Analyse könnte sowohl durch quantitative Fragebögen als auch z.B. durch Leitfadengestützte Interviews aus einem qualitativ-methodischen Ansatz erfolgen. Diese Ergebnisse könnten dann mit denen einer Kontrollgruppe von Probanden des gleichen Ausbildungsstandes ohne Lehrveranstaltung bezüglich BBN verglichen werden. Zusammenfassend kann demnach festgehalten werden, dass der Einsatz von „mixed methods“⁽⁸⁵⁾- also der Bündelung sowohl qualitativer als auch quantitativer Methoden – eine Möglichkeit eröffnen würde, zusätzlich zu dem subjektiven Kompetenzgewinn eine Abbildung und Messung der Performanz zu ermöglichen.

4.2.2 Diskussion der Methodik: Online-Befragung und Rücklaufquote

Während in der unmittelbaren Kursevaluation eine sehr hohe Response-Rate erreicht werden konnte, bildet die geringere Teilnehmerzahl eine wesentliche Limitation der Aussagekraft der Nachbefragung. Gründe hierfür werden nachfolgend aufgezählt, -falls mehrdeutig interpretierbar- diskutiert und abschließend die optimierbaren Einflüsse für nachfolgende Untersuchungskonzepte benannt:

1. Nicht alle Teilnehmer der Kursevaluation hatten einer späteren Kontaktaufnahme zur Nachbefragung zugestimmt. Da die Teilnahme an zukünftigen Befragungen höchstwahrscheinlich ebenfalls fakultativ bleiben wird, ließe sich dieser limitierende Faktor am ehesten durch Förderung des eigenen Bewusstseins für die Möglichkeit der Mitgestaltung zukünftiger Lehrkonzepte optimieren. Hierfür könnten unter anderem auch Innovationen, welche als aus Kursevaluationen entstehen beitragen.

-
2. Bereits aus der Methodik der handschriftlichen Hinterlegung der E-Mail-Adressen resultierte eine Reduktion der möglichen Studienteilnehmer. Einige der handschriftlichen E-Mail-Angaben waren schlicht nicht lesbar oder mehrdeutig interpretierbar. Um eine Verfälschung der Ergebnisse zu vermeiden, wurden diese nicht eindeutigen Kontaktadressen von der Befragung ausgeschlossen. Dies ließe sich in nachfolgenden ähnlichen Befragungskonzepten mittels digitaler Katalogisierung der Kontaktadressen vermeiden.
 3. Des Weiteren enthielten Einwilligungen zur Nachbefragung als Kontaktadresse häufig eine @charite-Domain. Diese wird von Studierenden während des Studiums genutzt. Der Account bleibt auch nach der Exmatrikulation erhalten, wird jedoch vorwiegend von Ärzten der Charité weiterhin beruflich verwendet. Absolventen, die zwar eine @charite-Domain als Kontakt angaben, zum Befragungszeitpunkt aber nicht an der Charité beschäftigt waren, haben folglich die Einladung zur Nachbefragung möglicherweise nicht erhalten. Ein Indiz hierfür findet sich in den Angaben zum Approbationsjahr und den Jahren der praktischen Tätigkeit der Teilnehmer. Es zeigte sich hier, dass der größte Teil der Befragten ihre Approbation im Jahr der Nachbefragung erworben hatte und sich im ersten Jahr ihrer praktischen Tätigkeit befanden. Falls die Angabe der @charite-Domain ausschlaggebend war, dann ließe sich dies in nachfolgenden Untersuchungen durch die Bitte um Angabe einer nicht-universitären E-Mail-Adresse optimieren.
 4. Als weitere Ursache für eine geringere Teilnahme-Rate bei ÄiW mit steigender Berufserfahrung käme abnehmendes Interesse an der universitären medizinischen Lehre in Betracht. Grundlegend bleibt zu bedenken, dass die freiwillige Basis der Nachbefragung zu einem selektierenden Faktor geworden sein könnte. Da den Probanden durch Teilnahme an der Nachbefragung keinerlei persönlicher Vorteil entstand, ist zu vermuten, dass der BBN-Thematik nahestehende und an der medizinischen Lehre interessierte Ärzte eher bereit waren, Zeit in die Befragung zu investieren

4.2.3 Diskussion der Methodik: Weitere limitierende Faktoren

Es bleibt auch zu beachten, dass langfristiges positives Kompetenzerleben hinsichtlich BBN nicht nur der Lehrveranstaltung ÄGF zugeschrieben werden kann. So zeigt sich beispielsweise an den Ergebnissen der „Einschätzung der Kompetenz im Bezug zur Weiterbildungszeit“, dass die Jahre der praktischen Tätigkeit einen signifikanten Einfluss auf das subjektive Kompetenzerleben haben. Als weitere Einflüsse sind Faktoren wie ein erfolgreiches Mentoring hinsichtlich BBN und auch persönliche Charaktereigenschaften zu bedenken. Da man vor allem im Rahmen der Nachbefragung auf die Erinnerung der ÄiW angewiesen war, ist nicht gänzlich auszuschließen, dass auch fehlerhafte Erinnerungen hinsichtlich der erfahrenen Unterstützung durch die Befragten benannt wurden.

Wie bei jeder Befragung können auch Effekte der Reaktivität nicht ausgeschlossen werden. Reaktivität bedeutet, dass eine Person ihr Verhalten ändert, wenn sie weiß, dass sie beobachtet oder getestet wird.⁽¹²⁰⁾ Dabei kann sich die „Reaktive Verhaltensänderung“ in verschiedenen Ausrichtungen zeigen: „Je nach Motivlage versucht die Person zum Beispiel in der Testsituation mit ihrem Verhalten genau den Erwartungen zu entsprechen, die sie den testenden Personen unterstellt (...) In anderen Fällen bemüht sich die Person, das angestrebte Messergebnis zu verschleiern (z.B. wenn sie erwartet, in einer Befragung auf Inhalte angesprochen zu werden, die sie nicht preisgeben möchte)“.⁽¹²⁰⁾ In seinem Beitrag „Reaktivität im Forschungsprozess“ vergleicht Scholl dieses Phänomen mit Menschen, auf die eine Kamera gerichtet wird und die in Folge dessen entweder versuchen werden, sich bewusst in Szene zu setzen oder sich der Situation zu entziehen.⁽¹²¹⁾ Beide Möglichkeiten zeigen sich in der Beantwortung von Fragen bei wissenschaftlichen Erhebungen, die Fachliteratur kennt dieses Phänomen unter dem Begriff „Antworttendenzen“. „Antworttendenzen beschreiben das Verhalten von Interview- oder Befragungsteilnehmern mit einer starken Tendenz in (k)eine bestimmte Richtung zu antworten“.⁽¹²²⁾ Hierbei bilden sich vor allem zwei Tendenzen heraus, die „Tendenz zur Mitte“ – also bei Antwortmöglichkeiten möglichst immer den mittleren Wert zu wählen – und die „Ja-Sage-Tendenz“ – womit gemeint ist immer eine der zwei äußersten Wahlmöglichkeiten zu wählen.⁽¹²²⁾

Lösungsansätze um reaktives Verhalten zu reduzieren, sind unter anderem der Einbau von Kontrollfragen und Negativformulierungen. Die erst genannten verfolgen die Absicht, ein und dieselbe Frage in unterschiedlichen Formulierungen im Fragebogen einzubauen, um so kontrollieren zu können, ob die Person wahrheitsgemäß geantwortet hat. Ein Beispiel hierfür wäre zu der Formulierung a) „In meiner praktischen Tätigkeit habe ich bereits schlechte Nachrichten überbracht.“ Im späteren Verlauf die Formulierung b) „Ich hatte noch keine Gelegenheit schlechte Nachrichten in meiner praktischen Tätigkeit zu überbringen“ einzubauen.

Aufgrund der Relevanz Fragebögen – insbesondere freiwillige Onlinefragebögen – übersichtlich und zeiteffektiv zu gestalten (siehe Punkt 2.2), wurde sich dagegen entschieden den Fragebogen zur Nachbefragung noch weiter auszubauen und somit die für die Beantwortung notwendige Bearbeitungszeit zu verlängern. Zudem wurde gezielt vermieden zu viele Wechsel der Fragestellungen einzubauen; denn „zu viele Wechsel irritieren den Teilnehmer, kosten zu viel kognitiven Aufwand und erhöhen somit die Abbruchrate“.⁽¹²²⁾

4.3 Ausblick

Es konnte gezeigt werden, dass Studierende und ÄiW das Üben in Rollenspielen mit Einnehmen der Patientenrolle positiv bewerten und dadurch ihr subjektives Kompetenzgefühl emotional und fachlich bestärken konnten. Auf Grund des retrospektiven Studiendesigns lässt sich ein subjektiver Kompetenzgewinn hinsichtlich BBN nahelegen, jedoch nicht endgültig objektivieren und im Sinne einer verbesserten Performanz nachweisen. Die 2-zeitig positive Bewertung des Kurses und des subjektiven Kompetenzgewinnes der Studierenden zum Zeitpunkt der Kursevaluation kongruiert aber mit den positiven Ergebnissen der studentischen Evaluationen anderer BBN-Kursmodelle.^{(60),(62),(63)}

In der Nachbefragung der Teilnehmer des ÄGF Kurses gab die deutliche Mehrheit an, sich sowohl auf fachlicher als auch auf emotionaler Ebene im Überbringen schlechter Nachrichten kompetent zu fühlen. Es empfiehlt sich, auch in Zukunft beide Kompetenzebenen in universitärer Lehre und ärztlicher Weiterbildung zu stärken und fördern, da Patienten Arztgespräche vor allem dann positiv wahrnehmen, wenn sowohl ihr fachliches Informationsbedürfnis als auch die emotionale Ebene durch den Arzt abgedeckt werden⁽⁸⁾.

In einer Studie aus dem Jahr 2005 wurden in England Berufsanfänger, die während des Studiums einen Kurs im Überbringen schlechter Nachrichten einschließlich Rollenspielen absolviert hatten, nach ihrer Einschätzung der eigenen Kompetenz befragt. Es gaben mehr als 90% an, sich dabei sicher zu fühlen.⁽¹¹¹⁾ Dies sind deutlich mehr als in der vorliegenden Studie. Besonders erwähnenswert ist hier, dass ein viele Teilnehmer der englischen Studie angaben, auch im Rahmen der Weiterbildung eine BBN spezifische Trainingsmaßnahme besucht zu haben. Fast alle Teilnehmer waren schon bei Gesprächen anwesend, die ein erfahrener Arzt mit betroffenen Patienten geführt hatte. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung deuten darauf hin, dass auch im deutschsprachigen Raum ein Interesse der Teilnehmer an Fortführung von BBN- spezifischen Weiterbildungsanteilen besteht, und auch in der Literatur wird darauf hingewiesen, dass nicht nur in Aus- und Weiterbildung sondern auch zu einem späteren Zeitpunkt erfahrene Ärzte von Schulungen der Kommunikations-Kompetenz profitieren.⁽¹²³⁾

Um jedoch die BBN-Lehre zum Zeitpunkt der ärztlichen Tätigkeit optimal zu gestalten, muss weiterführend untersucht werden, in welchen Situationen und bei welchen kommunikativen Herausforderungen bzw. Inhalten konkrete Defizite bei den Ärzten in Weiterbildung bestehen.

Aus der Nachbefragung ergab sich im Rahmen der Freitextangaben, dass ungünstiges Setting (Zeit, Raum, Störquellen) und fehlende Unterstützung durch Kollegen ein Anwenden der erlernten Gesprächsmethoden wie z.B. dem SPIKES-Modell erschweren. Diese Aspekte können nur bedingt durch weiterführende Lehreinheiten adressiert bzw. kompensiert werden und erschweren es, das erworbene Wissen umzusetzen. Es gilt in Zukunft folglich, das generelle Bewusstsein für den Stellenwert der ärztlichen Kommunikation zu fördern und auch - im Kontext der von Diskussionen hinsichtlich Reform des DRG-Systems - den geringen finanziellen Gegenwert des ärztlichen Gespräches zu diskutieren.

Es ist abschließend erforderlich, die Ergebnisse dieser Arbeit klar einzuordnen, da die positiven Ergebnisse zwar die subjektive Empfindung der Kursteilnehmer widerspiegeln, allein aber nicht ausreichen, um eine endgültige Aussage über ihre Kompetenz bezüglich BBN zu treffen. Dieser Sachverhalt bietet Ansatzpunkt für weitere Forschungen, beispielsweise hinsichtlich der objektiven Gesprächsqualität von Kursteilnehmern zu mehreren Zeitpunkten, messbar z.B. anhand des „Breaking Bad News Assessment Schedule“⁽¹²⁴⁾ oder der „Aufklärungsgesprächbewertungsskala“.⁽¹²⁵⁾

Zudem zeigte die enorme Differenz der Rücklaufquoten zwischen Kursevaluation und Nachbefragung, welche strukturellen Gegebenheiten geschaffen werden müssten, um ein derartiges 2-zeitiges Studiendesign zu realisieren. Möglichkeiten zur Umsetzung derartiger Untersuchungskonzepte müssten folglich schon während des Studiums geschaffen und beworben werden, um die Teilnehmerzahl zu maximieren. Zeitliche Effizienz und Integrierbarkeit in den späteren beruflichen Alltag sollten hierfür ebenso bedacht werden.

Die hohe Anzahl an Einwilligungen zur Nachbefragung für die vorliegende Untersuchung konnte aber aufzeigen, dass zumindest Interesse besteht, sich nach dem Studium an der Gestaltung der medizinischen Lehre zu beteiligen; doch es zeigte sich auch, dass die digitale Infrastruktur für eine praktikable Umsetzung noch nicht gegeben ist. Es gilt also in Zukunft Wege zu finden, diese vorhandene Grundbereitschaft der Studierenden effektiver zu nutzen.

Es ist essentiell, hierfür digitale Wege zu realisieren, durch die eine longitudinale Erreichbarkeit von Studienabgängern standardisiert und praktikabel möglich wird. Um Lehrkonzepte in Zukunft effektiver longitudinal untersuchen zu können, stellt ein zentralisiertes, Ausbildungsabschnitte übergreifendes online-Evaluationsportal eine zukunftsorientierte Möglichkeit dar. Durch die Einrichtung eines freiwilligen Registers für Studierende und Absolventen könnte mittels personenspezifischer, pseudonymisierter Codes der subjektive Lernzuwachs des Individuums während des Studiums erfragt und die Effizienz von Kursen auf ihren langfristigen Effekt genauer beurteilt werden. Ein derartiges System würde ergänzend zu anderen Indikatoren, wie beispielsweise den Ergebnissen des Progress-Test-Medizin, zur Optimierung der Lehre beitragen und den Lehrstühlen ein dauerhaftes Feedback ermöglichen.

Um die Teilnehmerzahlen zu maximieren, gilt es in Zukunft auch Möglichkeiten zu erarbeiten, den Befragten einen Anreiz zu bieten ihre Zeit zu investieren, und somit longitudinale Untersuchungen von Lehrkonzepten aussagekräftiger durchführen zu können. Zwar kann allein durch seine Teilnahme jeder Absolvent einen Beitrag zur Optimierung der medizinischen Lehre leisten und in Konsequenz zur langfristigen Verbesserung unserer Gesundheitsversorgung beitragen, jedoch muss diese Verantwortung den Teilnehmern auch bewusst gemacht werden.

Denn nur wenn die medizinische Lehre auch auf ihre langfristigen Effekte hin untersucht wird, kann sie zeitgerecht bleiben, sich qualitativ weiter steigern und durch langfristige Kompetenzentwicklung zum Wohle der Patienten beitragen.

Literaturverzeichnis

1. Langewitz W, Karger A, Scherbaum N, Haefeli W, Schormann M, Krön V, Schulenburg D.

Kommunikation im medizinischen Alltag - Ein Leitfaden für die Praxis; Ärztekammer Nordrhein 2015. letzter Zugriff am 25.10.2018.
<https://www.aekno.de/downloads/aekno/leitfaden-kommunikation-2015.pdf>

2. Osterloh F.

Umfrage: Internet-Surfen verändert das Patient-Arzt-Verhältnis; Deutsches Ärzteblatt Online 2014.

letzter Zugriff am 25.10.2018.

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58489/Umfrage-Internet-Surfen-veraendert-das-Patient-Arzt-Verhaeltnis>

3. Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW.

Barmer GEK- Arztreport 2010; Institut für Epidemiologie Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsforschung 2010. letzter Zugriff am 25.10.2018.
<https://www.barmer.de/blob/38432/0b4f90cb97f8b72206127d2b66507b89/data/pdf-arztreport.pdf>

4. Bird J, Cohen-Cole SA.

The three-function model of the medical interview. An educational device.; Adv Psychosom Med. 1990; vol.20, p65-88.

5. Fallowfield L, Lipkin M, Hall A.

Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. Journal of Clinical Oncology. 1998;16(5): p1961-1968.

6. Picker Institut GmbH.

Picker Report 2013 - zentrale Faktoren der Patienten und Mitarbeiterzufriedenheit, Kurzversion. 2013.

letzter Zugriff am 25.10.2018.

http://www.pickerinstitut.de/assets/content/pdf/Picker_Report_Kurzversion_digital.pdf.

7. Gebhardt C, Gorba C, Oechsle K, Vehling S, Koch U, Mehnert A.

Breaking Bad News to Cancer Patients: Content, Communication Preferences and Psychological Distress. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2017;67(7): p312-21.

8. Munoz Sastre MT, Sorum PC, Mullet E.

Breaking bad news: the patient's viewpoint. *Health Commun.* 2011;26(7): p649-55.

9. Wilker FW, Bischoff C, Novak P.

Medizinische Psychologie. Medizinische Soziologie. München: Urban und Schwarzenberg; 1994.

10. Lazare A, Lipkin M.

The Medical Interview: Clinical Care, Teaching and Research. Springer-Verlag; 1995. p3-19.

11. Lamers WM.

Mehr Klartext, weniger Fachjargon. *Deutsches Ärzteblatt.* 2017;114(8): p2-4.

12. Klinkhammer G.

Verbesserung des Heilerfolgs durch die richtigen Worte. *Deutsches Ärzteblatt.* 2008;50(12): p107.

13. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, Smee S, Blackmore D, Winslade N, Girard N, Du Berger R, Bartman I, Buckeridge DL, Hanley JA.

Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities.; JAMA. 2007;298(9): p993-1001.

14. Stelfox HT, Gandhi TK, Orav EJ, Gustafson ML.

The relation of patient satisfaction with complaints against physicians and malpractice lawsuits;. Am J Med. 2005;118(10): p1126-1133.

15. Buckman R.

Breaking Bad News: A Guide for Health Care Professionals; Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1992.

16. Oken D.

What to tell cancer patients. A study of medical attitudes;. JAMA. 1961;175: p1120-1128.

17. Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, Bennett JM. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient; JAMA. 1979;241(9): p897-900.

18. Martis L, Westhues A.

A synthesis of the literature on breaking bad news or truth telling: potential for research in India. Indian J Palliat Care. 2013;19(1): p2-11.

19. Wuensch A, Tang L, Goelz T, Zhang Y, Stubenrauch S, Song L, Hong Y, Zhang H, Wirsching M, Fritzsche K.

Breaking bad news in China--the dilemma of patients' autonomy and traditional norms. A first communication skills training for Chinese oncologists and caretakers, Psychooncology. 2013;22(5): p1192-1195.

20. Shaw JM, Brown RF, Dunn SM.

A qualitative study of stress and coping responses in doctors breaking bad news. Patient Educ Couns. 2013;91(2): p.243-248.

-
21. Bousquet G, Orri M, Winterman S, Brugiere C, Verneuil L, Revah-Levy A. Breaking Bad News in Oncology: A Metasynthesis. J Clin Oncol. 2015;33(22): p.2437-2443.
22. Girgis A, Sanson-Fisher RW.
Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners; J Clin Oncol. 1995;13(9): p.2449-2456.
23. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP.
SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4): p.302-311.
24. Fallowfield L, Jenkins V.
Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. Lancet. 2004;363(9405): p.312-309.
25. Dias L CB, Lynch TJ, Penson RT.
Breaking bad news: a patient's perspective. The Oncologist. 2003;8(6): p587-596.
26. Huntington B, Kuhn N.
Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2003;16(2): p157-161
27. Vincent C YM, Phillips A.
Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. The Lancet. 1994;343: p1609–1613.
28. Quiling K.
e.V. DIfEL-ZfLL. Didaktik der Erwachsenenbildung -Der Blick aufs große Ganze 2019
letzter Zugriff am 27.02.20: <https://wb-web.de/wissen/lehren-lernen/didaktik-der-erwachsenenbildung.html>.
-

29. Kollewe T, Sennekamp M, Ochsendorf F.

Medizindidaktik. Erfolgreich lehren und Wissen vermitteln. Springer-Verlag; 2018.

30. Fabry G.

Medizindidaktik. Ein Handbuch für die Praxis. . Bern: Huber – Verlag; 2008.

31. Böss-Ostendorf A, Senft H.

Einführung in die Hochschul-Lehre. Der Didaktik-Coach 2011

32. Glameyer C.

Typen und Stufen von Lernzielen

letzter Zugriff am 27.02.20: <https://dbs-lin.ruhr-uni-bochum.de/lehreladen/planung-durchfuehrung-kompetenzorientierter-lehre/lehr-und-lernziele/typen-und-stufen/>

33. Gesellschaft-medizinische-ausbildung.

NKLM 2015

letzter Zugriff am 27.02.20: <https://gesellschaft-medizinische-ausbildung.org/nklm/nklz/nklm.html>.

34. Presseerklärung zur gemeinsamen Entwicklung von NKLM und GK

letzter Zugriff am 27.02.20: <https://medizinische-fakultaeten.de/medien/presse/presseerklaerung-zur-gemeinsamen-entwicklung-von-nklm-und-gk/>.

35. Shaftel F, Shaftel G, Weinmann W.

Rollenspiel als soziales Entscheidungstraining München: Ernst Reinhardt Verlag; 1973.

36. Kochan B.

Methoden des Rollenspiels im Unterricht (Auszüge) Rollenspiel als Methode sprachlichen und sozialen Lernens Kronberg Scriptor Verlag; 1974.

-
37. Colletti L, Gruppen L, Barclay M, Stern D.
Teaching students to break bad news. *Am J Surg.* 2001;182(1):20-3.
38. Wouda JC, van de Wiel HB.
The communication competency of medical students, residents and consultants. *Patient Educ Couns.* 2012;86(1):57-62.
39. Quirk M, Letendre A.
Teaching communication skills to first-year medical students. *J Med Educ.* 1986;61(7):603-5.
40. Kerr DN.
Teaching communication skills in postgraduate medical education. *J R Soc Med.* 1986;79(10):575-80.
41. Sanson-Fisher RW.
Teaching medical students communication skills: an experimental appraisal of the short- and long-term benefits. *Research in psychology and medicine* 2 1979:289-94.
42. Knox JD, Thomson GM.
Breaking bad news: medical undergraduate communication skills teaching and learning. *Med Educ.* 1989;23(3):258-61.
43. Seifart C, Hofmann M, Bar T, Riera Knorrenschild J, Seifart U, Rief W.
Breaking bad news-what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Ann Oncol.* 2014;25(3):707-11.
44. Pereira CR, Calonego MA, Lemonica L, Barros GA.
The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2017;63(1):43-9.

45. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE.

Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. Arch Intern Med. 2007;167(5):453-60.

46. Rabow MW, McPhee SJ.

Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. West J Med. 1999;171(4):260-3.

47. Verbraucherschutz BdJuf. Approbationsordnung für Ärzte. Bundesgesetzblatt. 2002:2405.

48. Ohlenbusch-Harke T MS, Cämmerer J, Klemm S, Rockenbauch K. eKOMMED – ein Onlineportal zum Thema ärztliche Gesprächsführung. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung; 11.09.2014; Hamburg2014.

49. Berney A.

Teaching breaking bad news to medical students: An efficacy study comparing two teaching program. Journal of Psychosomatic Research. 2015;78(6):592.

50. Garg A BR, Kason Y.

Teaching medical students how to break bad news. Canadian Medical Association Journal 1997;156(8):1159-64.

51. Ahsin S AS, Gondal GM.

Teaching communication skills and medical ethics to undergraduate medical student. Journal of Advances in Medical Education and Professionalism. 2013;1(3):72-6.

52. Cushing AM, Jones A.

Evaluation of a breaking bad news course for medical students. Med Educ. 1995;29(6):430-5.

53. Kiluk JV, Dessureault S, Quinn G.

Teaching medical students how to break bad news with standardized patients. *J Cancer Educ.* 2012;27(2):277-80.

54. Vaidya VU GL, Patel KM, Strauss LH, Pollack MM.

Teaching physicians how to break bad news: a 1-day workshop using standardized parents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* on. 1999;153:419-22.

55. Baghdari N RM, Sabzevari MT.

Effect of SPIKES-based Education by Role Playing and Multimedia Approaches on Breaking Bad News Skills in Midwifery Students *Acta Facultatis Medicae Naissensis* 2017;34(2):137-46.

56. Park I, Gupta A, Mandani K, Haubner L, Peckler B.

Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *J Emerg Trauma Shock.* 2010;3(4):385-8.

57. Sharon C.

Teaching Dental Students How to Deliver Bad News: S-P-I-K-E-S Model. *Journal of dental education* 2012;76(3):137-46.

58. Bumb M, Keefe J, Miller L, Overcash J.

Breaking Bad News: An Evidence-Based Review of Communication Models for Oncology Nurses. *Clin J Oncol Nurs.* 2017;21(5):573-80.

59. van Weel-Baumgarten EM, Brouwers M, Grosfeld F, Jongen Hermus F, Van Dalen J, Bonke B.

Teaching and training in breaking bad news at the Dutch medical schools: a comparison. *Med Teach.* 2012;34(5):373-81.

60. Layat Burn C, Hurst SA, Ummel M, Cerutti B, Baroffio A.

Telling the truth: medical students' progress with an ethical skill. *Med Teach.* 2014;36(3):251-9.

61. Van Oorschot B NS, Peath C, Bepperling A, Flentje M, Faller H. Kommunikation in der Palliativsituation: Ein Trainingskonzept mit standardisierten Patienten. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 25. 2008;25(1):Doc 54.

62. König J.

Pressemitteilung der RUB-Medizin: Ausbildung zu Ethik und Kommunikation verbessert ärztliche Kompetenzen Informationsdienst Wissenschaft 2011 [Available from: <https://idw-online.de/de/news428697>.

63. Schildmann J KS, Burchardi N, Vollmann J.

Teaching and evaluating breaking bad news: A pre–post evaluation study of a teaching intervention for medical students and a comparative analysis of different measurement instruments and raters. *Patient Education and Counseling*. 2012;86(2):210-9.

64. Kickermann I, Knümann J, Räder A, Schröder J, Selent F, Reif K, Schäfer T, Schildmann, Vollmann J, Peters T.

Poster: Schlechte Nachrichten Überbringen im interprofessionellen Kontext – Ein Peer-Teaching-Konzept für Studierende aus Medizin und Pflege. Internationales SkillsLab Symposium; Erlangen: German Medical Science GMS Publishing House; 2017. p. 1-3.

65. Wakefield A, Cocksedge S, Boggis C.

Breaking bad news: qualitative evaluation of an interprofessional learning opportunity. *Med Teach*. 2006;28(1):53-8.

66. Simmenroth-Nayda A A-EB, Gágyor I.

Überbringen schwerwiegender Nachrichten – ein interdisziplinäres Lehrkonzept im Pflichtcurriculum. *GMS Journal for Medical Education*. 2011;28(4):Doc 52.

67. Frey M.

Integration und Evaluation einer Lehrmethode zum Thema Breaking Bad News. Auswirkung der Lehrmethode auf die Hemmung der Medizinstudenten ein Gespräch zur Übermittlung einer schwerwiegenden Diagnose zu führen. . Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität. 2011.

68. Kopecky-Wenzel M ME, Muntau AC, Reinhardt D, Frank R. Überbringen schlechter Nachrichten – Videogestützte Trainingseinheit für Medizinstudenten. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 2009;37:139-44.

69. Klieme EH

Johannes Kompetenzkonzepte in den Sozialwissenschaften im erziehungswissenschaftlichen Diskurs. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft Sonderheft. 2007;8:21.

70. Erpenbeck JvR,

Handbuch Kompetenzmessung: Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.; 2003.

71. Weinert FE.

Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – eine umstrittene Selbstverständlichkeit. . Weinheim/Basel: Ders. (Hrsg.): Weinheim und Basel 2001.

72. Arnold R.

Entwicklung des Kompetenzbegriffs und seine Bedeutung für die Berufsbildung und für die Berufsbildungsforschung.: Franke, G.; 2001.

73. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin:

Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V.; 2015.

74. Schneider A.

CanMEDS- Allgemeinmedizin. 2009.

75. Steinhäuser J.

DEGAM-Konzept Verbundweiterbildung. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 2013.

76. Pätzold G.

Berufliche Handlungskompetenz. Wörterbuch Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Bad Heilbrunn 1999. p. 57-8.

77. Schaper N.

Berufliche Handlungskompetenz. Dorsch – Lexikon der Psychologie 18. Bern: Markus Antonius Wirtz , Hogrefe Verlag.; 2014.

78. Frey A.

Methoden und Instrumente zur Diagnose beruflicher Kompetenzen von Lehrkräften – eine erste Standortbestimmung zu bereits publizierten Instrumenten. Zeitschrift für Pädagogik . 2006;51. Beiheft.

79. Schott F, Ghanbari SA.

Bildungsstandards, Kompetenzdiagnostik und kompetenzorientierter Unterricht zur Qualitätssicherung des Bildungswesens. Eine problemorientierte Einführung in die theoretischen Grundlagen.: Waxmann; 2012.

80. Erpenbeck J.

Kompetenz und Performanz im Bild moderner Selbstorganisationstheorie. Dokumentation 4. BIBB-Fachkongress 2002 "Berufsbildung für eine globale Gesellschaft Perspektiven im 21. Jahrhundert" ed: Deutsches Bundesinstitut für Berufsbildung - bibb; 2002.

81. Chomsky N.

Aspekte der Syntaxtheorie Frankfurt/M: Suhrkamp; 1972 1971

82. van der Donk C, Wright M.T.

Praxisforschung im Sozial- und Gesundheitswesen Bern Huber -Verlag; 2014.

83. Jähring I, Gather A.

Quantitative Befragung

letzter Zugriff am 27.02.20:

<https://bibliotheksportal.de/ressourcen/management/marketing-baukasten/marktanalyse/primaerforschung/quantitative-befragung/>

84. Schmitt T.

Methoden der Entwicklungspsychologie. Die Vor- und Nachteile der Längsschnittstudie

letzter Zugriff am 27.02.20: http://entwicklungspsychologie.de/laengsschnitt_entwicklung.html.

85. Guenter DR.

Methoden der Entwicklungspsychologie – Datenerhebung und Datenauswertung. Längsschnittsdesigns – Nachteile

letzter Zugriff am 27.02.20: http://www.methodenpsychologie.de/nachteile_laengs.html

86. Petersen T.

Der Fragebogen in der Sozialforschung Konstanz; München: UVK Verlagsgesellschaft; 2014.

87. Pratzner A.

Technik der schriftlichen Befragung – Aufbau der Fragen

letzter Zugriff am 27.02.20: <https://www.fragebogen.de/aufbau-der-fragen-bei-umfragen.htm>

88. Smart News Fachverlag GmbH

Likert – Skala

letzter Zugriff am 27.02.20: <https://www.marktforschung.de/wiki-lexikon/marktforschung/Likert-Skala/>.

89. Raulfs A.

Fragetypen

letzter Zugriff am 27.02.20: <http://www.online-research.de/erstellen/umfrage/fragetypen-im-fragebogen.>

90. Reinboth C.

10 Fehler die man bei der Erstellung von Fragebögen unbedingt vermeiden sollte

letzter Zugriff am 27.02.20: <https://wissenschafthurm.de/10-fehler-die-man-bei-der-erstellung-von-frageboegen-unbedingt-vermeiden-sollte/>

91. Lüdtke O, Trautwein U, Kölle O.

Umgang mit fehlenden Werten in der psychologischen Forschung.
Psychologische Rundschau 2007;58(2):103-17.

92. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen,
Statement 68 Bundesministerium für Gesundheit; 2001.

93. Veloski J, Boex JR, Grasberger MJ, Evans A, Wolfson DB.

Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide No. 7. Med Teach. 2006;28(2):117-28.

94. Brouwers MH, Bor H, Laan R, van Weel C, van Weel-Baumgarten E.
Students' experiences with a longitudinal skills training program on breaking bad news: A follow-up study. Patient Educ Couns. 2018;101(9):1639-44.

95. Tongue JR, Howard RE, Forese LL.

Communication skills for patient-centered care: research-based, easily learned techniques for medical interviews that benefit orthopaedic surgeons and their patients. *The Journal of Bone & Joint Surgery*. 2005;87:652–8.

96. Glynn LG, MacFarlane A, Kelly M, Cantillon P, Murphy AW.

Helping each other to learn--a process evaluation of peer assisted learning. *BMC Med Educ*. 2006;6:18.

97. Buckley S, Zamora J.

Effects of participation in a cross year peer tutoring programme in clinical examination skills on volunteer tutors' skills and attitudes towards teachers and teaching. *BMC Med Educ*. 2007;7:20.

98. Rees EL, Quinn PJ, Davies B, Fotheringham V.

How does peer teaching compare to faculty teaching? A systematic review and meta-analysis (.). *Med Teach*. 2016;38(8):829-37.

99. Frank J.

The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.

100. Amorosa J ML, Graham M.

Medical students as teachers: How preclinical teaching opportunities can create an early awareness of the role of physician as teacher. *Medical Teacher*. 2011;33(3):137-44.

101. Lehrveranstaltungs- und Lernzielplattform Charite Berlin 2018

letzter Zugriff am 18.08.18:

<https://lernziele.charite.de/zend/studentenlve/lve/lve/37942>

102. Cantwell BM, Ramirez AJ.

Doctor-patient communication: a study of junior house officers. *Med Educ*. 1997;31(1):17-21.

103. Cheon S FW, Agarwal A, Chow E, Henry B.

The impact of breaking bad news on oncologist burnout and how communication skills can help: a scoping review. *Journal of Pain Management* 2017;10(1).

104. Department of Health, Social Services and Public Safety Ireland. *Breaking Bad News - Regional Guidelines: Department of Health, Social Services & Public Safety*; 2003.

105. Fallowfield L.

An unmerciful end. Decisions not to resuscitate must not be left to junior doctors. *BMJ*. 2001;323(7321):1131.

106. Charlton R, Smith G.

Perceived skills in palliative medicine of newly qualified doctors in the U.K. *J Palliat Care*. 2000;16(4):27-32.

107. Maguire P.

Barriers to psychological care of the dying. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1985;291(6510):1711-3.

108. Chenot JF.

Posterbeitrag: Verbesserung der Lehre im Fach Arbeits- und Sozialmedizin durch Einsatz von Schauspielpatienten. *GMS Ger Med Sci* 2009. 2009.

109. Toivonen AK, Lindblom-Ylänne S, Louhiala P, Pyörala E.

Medical students' reflections on emotions concerning breaking bad news. *Patient Educ Couns*. 2017;100(10):1903-9.

110. Tambini A, Rimmele U, Phelps EA, Davachi L.

Emotional brain states carry over and enhance future memory formation. *Nat Neurosci*. 2017;20(2):271-8.

111. McGaugh JL.

Making lasting memories: remembering the significant. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013;110 Suppl 2:10402-7.

112. Schmid Mast M, Kindlimann A, Langewitz W.

Recipients' perspective on breaking bad news: how you put it really makes a difference. *Patient Educ Couns*. 2005;58(3):244-51.

113. Malhotra A GI, Darvill E, Goble E, Pryce-Roberts A, Lundberg K, Konradsen S, Hafstad H.

Mind the gap: Learners' perspectives on what they learn in communication compared to how they and others behave in the real world. *Patient Educ Couns*. 2009;76(3):385-90.

114. Arnold SJ, Koczwara B.

Breaking bad news: learning through experience. *J Clin Oncol*. 2006;24(31):5098-100.

115. Shaw J, Brown R, Dunn S.

The impact of delivery style on doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Educ Couns*. 2015;98(10):1255-9.

116. Weber M.

Kann Kommunikation mit unheilbar kranken Patienten gelehrt werden? *Medizinische Klinik*. 2003;98(477):83.

117. Berney A, Carrard V, Schmid Mast M, Bonvin R, Stiefel F, Bourquin C.

Individual training at the undergraduate level to promote competence in breaking bad news in oncology. *Psychooncology*. 2017;26(12):2232-7.

118. Dehnbostel P.

Tätigsein – Lernen – Innovation. . *Kompetenzentwicklung e V*. 2001:76.

119. Kirkpatrick DL.

Evaluating training programs: the four levels. *Journal of ASTD*. 1959;11:1-13.

120. Verlag SA. *Lexikon der Psychologie: Reaktivität Heidelberg*

letzter Zugriff am 27.02.20:

<https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/reaktivitaet/12553>

121. Möhring W, Schlütz D.

Reaktivität im Forschungsprozess. Handbuch standardisierte Erhebungsverfahren in der Kommunikationswissenschaft. Wiesbaden Springer – Verlag 2013.

122. Niklas S.

Onlineforschung: Antworttendenzen, Durchklicker und Kontrollfragen Available from: <https://www.usabilityblog.de/onlineforschung-antworttendenzen-durchklicker-und-kontrollfragen/>

123. Hobma SO RP, Gol RPTM, Mujitens AMM, van derVleuten CPM. Effective improvement of doctor–patient communication:

a randomised controlled trial. British Journal of General Practice. 2006;56(529):580-6.

124. Miller SJ, Hope T, Talbot DC.

The development of a structured rating schedule (the BAS) to assess skills in breaking bad news. Br J Cancer. 1999;80(5-6):792-800.

125. Wand S, Schildmann J, Burchardi N, Vollmann J.

Die Aufklärungsgesprächbewertungsskala (AGBS): Ein Instrument zur Bewertung kommunikativer Kompetenzen bei der Aufklärung von Patienten über Tumorerkrankungen. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2008;101:645-51.

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Nidal Mahmoud Stephan Hussein versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Überbringen schlechter Nachrichten: Profitieren Medizinstudierende kurz- und langfristig von Rollenspielen mit Einnahme der Patientenrolle? Eine zweizeitige Analyse eines Untersuchungskurses“

“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Publikationsliste

- 1) Posterbeitrag: „Der Kurs „Überbringen schlechter Nachrichten“ der Charité: eine Beurteilung durch Studierende und durch Ärzte in Weiterbildung“,

Hussein, N.; Döpfmer, S.; Heintze, C.;

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 49. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Bozen, 17.-19.09.2015. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2015. Doc15degam106

Veröffentlicht am: 26. August 2015

Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden veröffentlicht in:

- 1) Posterbeitrag: „Der Kurs „Überbringen schlechter Nachrichten“ der Charité: eine Beurteilung durch Studierende und durch Ärzte in Weiterbildung“, Hussein, N.; Döpfmer, S.; Heintze, C.; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 49. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Bozen, 17.-19.09.2015. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2015. Doc15degam106 / Veröffentlicht am: 26. August 2015.

- 2) Posterbeitrag: „Studierende in der Patientenrolle: Wie verändert dies die Wahrnehmung der Bedürfnisse bei Erhalten einer schlechten Nachricht? – Evaluationsergebnisse eines Gesprächsführungskurses im Regelstudiengang an der Charité Universitätsmedizin Berlin“, Hartog, Max; Arends, Peter; Sonntag, Ulrike; Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). München, 05.-08.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11gma149 / Veröffentlicht am: 26. September 2011.

Danksagung

Zu aller erst gilt mein Dank allen Studierenden/-innen und Ärzten/-innen in Weiterbildung welche freiwillig ihre Zeit investierten, um die Lehre in der Medizin voranzubringen und diese Arbeit erst ermöglichten. Nicht minder danke ich dem Institut für Allgemeinmedizin der Charité Berlin dafür, dass ich als externer Studierender die Chance bekam zu promovieren. Besonders hervorheben möchte ich den Institutsdirektor Prof. Dr. Christoph Heintze und die Leitung des Bereiches Weiterbildung Dr. Susanne Döpfmer, welche mich über Jahre hinweg bei der Realisierung meiner Ziele unterstützen. Ich hoffe, dass Sie ihr Engagement noch lange erhalten und viele folgende Studierende von ihrer Expertise und Erfahrung profitieren können.

Ich danke meiner ehemaligen Deutschlehrerin Fr. Winkelmann, welche mir bei Fragen der Rechtschreibung und Grammatik eine große Unterstützung war und zeigte, dass man auch lange nach Absolvieren der Schulzeit Schüler bleibt. Auch danke ich meiner Tante Astrid für die Unterstützung bei der Interpretation der Feinheiten der englischen Sprache.

Meiner Schwester Leila danke ich von ganzem Herzen für ihr Engagement, sowie für die Überzeugungsarbeit auch bei widrigen Umständen am Ball zu bleiben. Ebenfalls danke ich auch meiner Verlobten Olga für die Motivationshilfen in den schwierigen Phasen dieser Arbeit und ihren grenzenlosen Optimismus. Abschließend möchte ich meiner Großmutter Erika Berkau und meinem Onkel Dr. Saber Hussein danken, da sie mir von Kindestagen an das Interesse an der Wissenschaft nahebrachten.

Ich widme diese Arbeit meinen Eltern Annette und Ismail, welche mir in allen Lebenslagen die besten Freunde sind und mir von meinem ersten geschriebenen Wort im Leben bis zum letzten Satz dieser Arbeit zur Seite standen.

Anhang: Fragebogen der Kursevaluation

Evaluation – ÄGF II im Sommersemester 2013 – Peter Arends/Evelyn Zschocke

1

Evaluation: Kurs „Ärztliche Gesprächsführung 2“ SoSe 2013

Liebe Studierende,

dieser Fragebogen dient dazu, den Kurs „Ärztliche Gesprächsführung Teil 2“ zu evaluieren. Die in dieser Befragung erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt. Die Ergebnisse und Kommentare werden auch den Lehrenden zur Verfügung gestellt. Deshalb möchten wir Sie bitten, Ihre Kommentare KONSTRUKTIV zu formulieren.

Um eine anonymisierte, aber personenbeziehbare und somit vergleichbare Zuordnung von Evaluationsergebnissen im Zeitverlauf zu ermöglichen, bitten wir Sie, folgenden **Code** anzugeben:

Alter: _____
Geschlecht: m ___ / w ___
Falls vorhanden: Angestrebter Facharzt: _____
Ich bin in Kleingruppe _____
Dozent(in) _____

Tragen Sie bitte in diese 2 Kästchen die ersten 2 Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter ein:
(Bsp.: MA für Maria)

--	--

Tragen Sie bitte in diese 2 Kästchen die ersten 2 Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters ein:
(Bsp.: HA für Hans)

--	--

Tragen Sie bitte in dieses Kästchen den Tag (in Zahlen) Ihres Geburtsdatums ein (Bsp.: 14 für 14.Mai):

--

Mit der gesonderten Einverständniserklärung erlauben Sie uns, Sie zu einem späteren Zeitpunkt zum Ende Ihres Studiums oder zu Beginn Ihrer ärztlichen Tätigkeit noch einmal zu diesem Kurs in schriftlicher Form zu befragen.

Bitte geben Sie im Folgenden an, inwieweit Sie persönlich den unten stehenden Aussagen zustimmen:

	Stimme voll zu	Stimme zu	Stimme eher zu	Unentschieden	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme gar nicht zu
Für mich ist nachvollziehbar, was ich als Studierender/Studierende im Kurs ÄGF 2 lernen soll.	+++	++	+	o	-	--	---
Ich schätze den Inhalt der Lehrveranstaltung „Ärztliche Gesprächsführung 2 - Überbringen schlechter Nachrichten“ als für die medizinische Ausbildung als wichtig ein.	+++	++	+	o	-	--	---
Ich fühle mich nach Absolvieren des Kurses sicherer, beim Überbringen einer schlechten Nachrichten auf Patienten/ Angehörige eingehen zu können.	+++	++	+	o	-	--	---
Ich fühle mich nach Absolvieren des Kurses besser in der Lage eine schlechte Nachricht in <i>strukturierter Form</i> zu überbringen.	+++	++	+	o	-	--	---
Ich fand es hilfreich, das Überbringen schlechter Nachrichten mit Hilfe von Rollenspielen zu üben.	+++	++	+	o	-	--	---
Die Rolle des Patienten/Angehörigen im Rollenspiel einzunehmen fand ich sinnvoll.	+++	++	+	o	-	--	---
Ich habe den Arzt/die Ärztin in folgendem Rollenspiel gespielt:							
Ich habe den Patienten/den Angehörigen in folgendem Rollenspiel gespielt:							
Die Rolle des Patienten/Angehörigen im Rollenspiel einzunehmen hat mir geholfen, dessen Perspektive und Gefühle besser zu verstehen.	+++	++	+	o	-	--	---
Die Rolle des Patienten/Angehörigen im Rollenspiel einzunehmen hat meine Wahrnehmung für mein Verhalten in der Rolle des Arztes/der Ärztin verändert.	+++	++	+	o	-	--	---
- Falls ja, inwiefern?							
Meine Einschätzung der Wünsche und Bedürfnisse eines Menschen, der eine schlechte Nachricht überbracht bekommt, hat sich verändert.	+++	++	+	o	-	--	---
- Falls ja, inwiefern und wodurch?							
Es herrschte eine angenehme Atmosphäre in unserer Kleingruppe.	+++	++	+	o	-	--	---

Bitte wenden! ...

	Stimme voll zu	Stimme zu	Stimme eher zu	Unent- schieden	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme gar nicht zu
Ich konnte durch das Feedback folgender Personen mein eigenes Verhalten mit Patienten besser wahrnehmen:							
b) meine Dozentin/mein Dozent	+++	++	+	0	-	--	---
c) meine Kommilitonen/-innen, die den Patienten gespielt haben	+++	++	+	0	-	--	---
d) meine Kommilitonen/-innen, die das Gespräch beobachtet haben	+++	++	+	0	-	--	---
Würde ich von jüngeren Studierende nach meiner Meinung befragt, würde ich diesen Kurs weiterempfehlen.							
Ich habe mich von meinem Dozenten/meiner Dozentin ernst genommen gefühlt.	+++	++	+	0	-	--	---
Die Dozentin/der Dozent hat mit eigenen inhaltlichen Gesprächsbeiträgen...							
...den Kurs zu sehr dominiert	+++	++	+	0	-	--	---
...den Kurs genau richtig ergänzt	+++	++	+	0	-	--	---
...sich zu sehr zurückgehalten	+++	++	+	0	-	--	---
Mir hat an diesem Kurs folgendes gut gefallen:							
Ich würde an diesem Kurs folgendes verbessern:							
Bitte formulieren Sie Kommentare, die sich auf Personen beziehen, KONSTRUKTIV und NICHT VERLETZEND!							

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang: Einverständniserklärung zur Kursevaluation



CharitéCentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften | ZHGB

Charité | Campus Mitte | 10098 Berlin

An
alle Studierenden des 5. klinischen Semesters
Humanmedizin Regelstudiengang
der Charité Universitätsmedizin Berlin

Institut für Allgemeinmedizin

Dr. Christoph Heintze MPH

Tel.: (+49 30) 450 514 092

Fax: (+49 30) 450 514 932

e-mail: allgemein.medizin@charite.de

Dr. Ulrike Sonntag

Tel.: (+49 30) 450 514 225

Fax: (+49 30) 450 514 932

e-mail: ulrike.sonntag@charite.de

Max Hartog

Tel.: (+49 30) 450 514 119

E-Mail: max.hartog@charite.de

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass Sie mich zu einem späteren Zeitpunkt zum Zwecke einer weiterführenden Evaluation des Kurses „Ärztliche Gesprächsführung, Teil 2 – Überbringen schlechter Nachrichten“ kontaktieren.

Meine E-Mail-Adresse lautet: _____

(bitte möglichst nicht die Charité-E-Mail-Adresse angeben)

Meine E-Mail-Adresse wird nicht an Dritte weitergegeben und ausschließlich für die oben genannte Befragung verwendet.

Berlin, den _____

(Unterschrift)

Anhang: Fragebogen Online-Nachbefragung

Frage:	Antwortoptionen:
<p>„Ich bin approbierte/r Ärztin/Arzt, habe im Rahmen meines Studiums an der Charité am Kurs "ÄGF2-Überbringen schlechter Nachrichten" teilgenommen und bin damit einverstanden, dass die im Fragebogen erhobenen Daten wissenschaftlich analysiert und im Rahmen einer Promotionsarbeit sowie eventueller Publikation anonymisiert verwendet werden. Des Weiteren habe ich noch nicht an dieser Befragung teilgenommen.“</p> <p><i>Trigger: Fortführung der Befragung nur bei Antwort „Ja“, bei „Nein“ Ende der Befragung</i></p>	<p>Forced Choice: Ja, Nein</p>
<p>Alter: Geschlecht: Approbationsjahr: Jahre der praktischen Tätigkeit: Wird eine spezifische Facharztweiterbildung angestrebt: Wenn ja, welche?</p>	<p>Numerisch Forced Choice : Männlich, Weiblich Numerisch Numerisch Forced Choice: Ja, Nein Freitext</p>
<p>„In meiner praktischen Tätigkeit habe ich bereit schlechte Nachrichten überbracht.“</p> <p><i>Trigger: Fortführung der Befragung bzgl. Erfahrung mit BBN nur bei Antwort „Ja“, bei Antwort „Nein“ Sprung zu Frage „Ich erinnere mich an den Kursinhalt „Ärztliche Gesprächsführung -Überbringen schlechter Nachrichten“.</i></p> <p>Häufigkeit: Maligne Tumorerkrankungen</p> <p>Häufigkeit: Andere Erkrankungen mit infauster Prognose</p> <p>Häufigkeit: Andere allgemein lebensqualitätseinschränkende Diagnosen</p> <p>Häufigkeit: Überbringen der Todesnachricht an Angehörige</p> <p>Häufigkeit: Wenn es andere waren, welcher Art waren diese?</p>	<p>Forced Choice: Ja, Nein</p> <p>Forced Choice: 0,1-2,3-10,11-25,26-50,>50</p> <p>Forced Choice: 0,1-2,3-10,11-25,26-50,>50</p> <p>Forced Choice: 0,1-2,3-10,11-25,26-50,>50</p> <p>Forced Choice: 0,1-2,3-10,11-25,26-50,>50</p> <p>Forced Choice: 0,1-2,3-10,11-25,26-50,>50 + Freitext</p>

Ich fühle mich auf fachlicher Ebene kompetent im Überbringen schlechter Nachrichten.	Forced Choice: Likert-Skala, 7 Stufen
Ich fühle mich auf emotionaler Ebene kompetent im Überbringen schlechter Nachrichten.	Forced Choice: Likert-Skala, 7 Stufen
Beim Überbringen der Nachricht einer malignen Tumorerkrankungen wurde ich unterstützt durch: Personengruppe: Art der Unterstützung: Assistenzarzt Vorgespräch Stationsarzt/Facharzt Anwesenheit Oberarzt Nachgespräch Chefarzt	Multiple Choice in Kombination aus: Personengruppe & Art der Unterstützung oder „Ich Habe keine Hilfe erhalten“
Beim Überbringen der Nachricht einer anderen Erkrankungen mit infauster Prognose wurde ich unterstützt durch: Personengruppe: Art der Unterstützung: Assistenzarzt Vorgespräch Stationsarzt/Facharzt Anwesenheit Oberarzt Nachgespräch Chefarzt	Multiple Choice in Kombination aus: Personengruppe & Art der Unterstützung oder „Ich habe keine Hilfe erhalten“
Beim Überbringen der Nachricht einer anderen allgemein lebensqualitätseinschränkende Diagnosen wurde ich unterstützt durch: Personengruppe: Art der Unterstützung: Assistenzarzt Vorgespräch Stationsarzt/Facharzt Anwesenheit Oberarzt Nachgespräch Chefarzt	Multiple Choice in Kombination aus: Personengruppe & Art der Unterstützung oder „Ich habe keine Hilfe erhalten“
Beim Überbringen der Todesnachricht an Angehörige wurde ich unterstützt durch: Personengruppe: Art der Unterstützung: Assistenzarzt Vorgespräch Stationsarzt/Facharzt Anwesenheit Oberarzt Nachgespräch Chefarzt	Multiple Choice in Kombination aus: Personengruppe & Art der Unterstützung oder „Ich habe keine Hilfe erhalten“
Am ehesten wünsche ich mir Unterstützung durch den Assistenzarzt.	Forced Choice: Auswahl, keine Auswahl
Am ehesten wünsche ich mir Unterstützung durch den Facharzt/Stationsarzt.	Forced Choice: Auswahl, keine Auswahl
Am ehesten wünsche ich mir Unterstützung durch den Oberarzt.	Forced Choice: Auswahl, keine Auswahl
Am ehesten wünsche ich mir Unterstützung durch den Chefarzt.	Forced Choice: Auswahl, keine Auswahl
Welche Unterstützung bzw. Verbesserungen werden gewünscht?	Freitext
Ich erinnere mich an den Kursinhalt „Ärztliche Gesprächsführung - Überbringen schlechter Nachrichten“.	Forced Choice: Likert-Skala, 7 Stufen

Ich erinnere mich an die Rollenspiele.	Forced Choice: Likert-Skala, 7 Stufen
Ich erinnere mich an den Theorieteil.	Forced Choice: Likert-Skala, 7 Stufen
Ich nutze das SPIKES-Modell als Grundlage für meine Gesprächsführung.	Forced Choice: Likert-Skala, 7 Stufen
Ich fand das Einnehmen der Arzt-/Patientenrolle hilfreich.	Forced Choice: Likert-Skala, 7 Stufen
Ich fand das Einnehmen der Arzt-/Patientenrolle hilfreich.	Forced Choice: Likert-Skala, 7 Stufen
Ich finde die Thematik als Lehrinhalt für das Medizinstudium relevant.	Forced Choice: Likert-Skala, 7 Stufen
Kurse wie dieser sollten Teil der Facharztweiterbildung sein.	Forced Choice: Likert-Skala, 7 Stufen
Ich habe genug Zeit zum Überbringen schlechter Nachrichten.	Forced Choice: Likert-Skala, 7 Stufen
