



KommRhein Interpro
MANUAL

für fertigkeitenorientierte, interprofessionelle Kommunikationstrainings
in der Onkologie mit Teams aus Ärztinnen, Ärzten und Gesundheits-
und Krankenpflegenden

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.dnb.de> abrufbar



Dieses Werk wird unter der Lizenz Creative Commons 4.0 (CC BY 4.0) veröffentlicht



Herausgegeben von hhu books,
Universitäts- und Landesbibliothek Düsseldorf 2023.

DOI: <https://doi.org/10.24336/hhubooks.42>

ISBN: 978-3-942412-08-7

© 2023. Das Urheberrecht für alle Texte liegt bei den jeweiligen Autor*innen.

Autor*innen: André Karger, Andrea Petermann-Meyer, Frank Vitinius, Franziska Geiser, Ambra Marx, Nicole Ernstmann
unter der Mitarbeit von Luisa Ernten, Madita Röhlinger, Stefanie Buller und Jens Panse

VORWORT

Dieses Manual wurde im Rahmen von KommRhein Interpro, einer Studie zur Wirksamkeit von interprofessionellen Kommunikationstrainings für onkologische Teams, entwickelt. Ziel war ein Kommunikationstraining zu erproben, welches auch im klinischen Alltag eines großen Krankenhauses für möglichst viele Mitarbeitende der Onkologie umsetzbar ist und die interprofessionelle Zusammenarbeit von Teams fördern soll. Das bedeutete für die Anforderungen an das Training, dass die Inhalte möglichst praxisnah und teilnehmer*innenzentriert gestaltet werden sollten. Auch Mitarbeitende, die bisher wenig Erfahrungen mit Kommunikationstrainings hatten und der Gesprächsführung mit Patient*innen und Kolleg*innen eine eher untergeordnete Bedeutung beimessen, sollten angesprochen werden. Ferner musste die Umsetzung der Trainings möglichst flexibel sein, um mit den Arbeitsabläufen der jeweiligen Stationen nicht in Konflikt zu geraten. Ursprünglich sollte das Training 4 Module á 8 Stunden umfassen. Für die Praktikabilität als Studie wurde der modulare Aufbau beibehalten, aber auf einen zeitlichen Umfang von insgesamt 10 Stunden verkürzt und angepasst. Dies erlaubte den Stationsteams die zeitliche Aufteilung der Module flexibel zu gestalten und (bedingt durch die Corona-Pandemie) zwischen Präsenz- und Onlinetraining frei zu wählen. So konnten in einem Zeitraum von April bis Dezember 2021 insgesamt 20 Stationsteams mit rund 300 Mitarbeitenden in 56 Kleingruppen trainiert werden.

Es ist bekannt, dass Kommunikationstrainings die Qualität einer patient*innenzentrierten Versorgung in der Onkologie verbessern. Daher sollten Trainings an möglichst allen onkologischen Zentren für möglichst alle in der Patient*innenversorgung Arbeitenden angeboten werden. Die Autor*innen hoffen, dass das Manual künftigen Nutzer*innen die Umsetzung von Kommunikationstrainings erleichtert und mit dem KommRhein Interpro-Training Kommunikationstrainings in der Onkologie niederschwellig an Krankenhäusern realisierbar sind.

Die Nutzung des vorliegenden Manuals kann in mancher Hinsicht mit der eines Kochbuchs verglichen werden: Manche der Rezepte enthalten keine Mengenangaben und Kochzeiten, sondern beschreiben eher das allgemeine Vorgehen, um eine Idee zu transportieren und Anregungen zu liefern. Nicht immer passt das Rezept genau zu den eigenen Vorstellungen. Manchmal ist es auch nötig, einzelne Zutaten wegzulassen oder zu ersetzen. Wichtig ist allerdings, dass das Resultat am Ende schmackhaft ist und etwas Gutes dabei herauskommt. In diesem Sinne will das Manual Anregungen für ein interprofessionelles Kommunikationstraining geben, die bei Bedarf angepasst und ergänzt werden können. Dies gilt im Besonderen für die vorgeschlagenen didaktischen Methoden. Das Manual versteht sich als Praxishilfe, nicht als wissenschaftliche Abhandlung. Nur im Kapitel zum theoretischen Hintergrund werden Quellenangaben direkt im Text zitiert. Sonst befinden sich am Schluss jedes Kapitels einige Literaturhinweise, die als Anregung zum Weiterlesen und zur Vertiefung der Themen des Kapitels gedacht sind.

DANKSAGUNG

Die Autor*innen möchten sich bei allen Patient*innen und wissenschaftlichen Mitarbeitenden der KommRhein Interpro-Studie für ihre kontinuierliche Unterstützung und Teilnahme an der Entwicklung und Evaluation dieses Trainingsmanuals bedanken. Das Manual erfuhr entscheidende Anpassungen und Überarbeitungen nach der Durchführung der Trainings. Hier waren die zahlreichen Rückmeldungen der qualifizierten Trainer*innen und der Teilnehmenden besonders wertvoll. Darüber hinaus danken die Autor*innen den Direktor*innen des Centrums für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD) sowie den ärztlichen Koordinierenden und Pflegedienstleitenden der einzelnen onkologischen Zentren für ihre Unterstützung bei der Planung, Vorbereitung und Durchführung der Studie. Ohne diese Unterstützung wäre eine Umsetzung der Trainings nicht gelungen. Schließlich danken die Autor*innen der Deutschen Krebshilfe (DKH) für die Förderung und Unterstützung der Forschungsfragen zu Kommunikationstrainings in der Onkologie.

INHALTSVERZEICHNIS

Theoretischer Hintergrund und aktueller Forschungsstand	6
Relevanz und Notwendigkeit eines interprofessionellen Kommunikationstrainings	6
Aktueller Stand der Umsetzung und Herausforderungen	6
Das KommRhein Interpro-Training	8
Aufbau und Gliederung des Trainings	8
1. Zielgruppe	8
2. Ziele des Trainings	9
3. Elemente und Besonderheiten des Trainings	9
4. Inhalte des Trainings	10
5. Zeitrahmen des Trainings	10
6. Organisatorisches	11
Rollenspiele mit Simulationspersonen (SIM)	12
Hinweise zum Einsatz dieses Manuals	14
Literatur	15
Modul 1: Überbringen schlechter Nachrichten	17
Einführung ins Thema	18
Übersicht	19
Elemente von Modul 1	20
1.1 Einstieg	20
1.2 Kennenlernen	20
1.3 Aktivieren der Vorerfahrungen	22
1.4 Das SPIKES-Modell	22
1.5 Die Rollenspiele	23
1.6 Abschluss	24
Arbeitsmaterialien Modul 1	25
Literatur	26
Modul 2: Umgang mit belastenden Emotionen	27
Einführung ins Thema	28
Übersicht	29
Elemente von Modul 2	30
2.1 Einstieg	30
2.2 Aktivieren der Vorerfahrungen	30
2.3 Das NURSE-Modell	31
2.4 Die Rollenspiele	32
2.5 Abschluss	33
Arbeitsmaterialien Modul 2	33
Literatur	34
Modul 3: Interprofessionelle Übergabe	35
Einführung ins Thema	36
Übersicht	37
Elemente von Modul 3	38
3.1 Einstieg	38
3.2 Aktivieren der Vorerfahrungen	38
3.3 Das ISBARR-Modell	38
3.4 Die Rollenspiele	39
3.5 Abschluss	40
Arbeitsmaterialien Modul 3	40
Literatur	41

Modul 4: Interprofessionelle Fallbesprechung	43
Einführung ins Thema	44
Übersicht	45
Elemente von Modul 4	46
4.1 Einstieg	46
4.2 Aktivieren der Vorerfahrungen	46
4.3 Die interprofessionelle Fallbesprechung	47
4.4 Abschluss des Moduls und des Trainings	48
Arbeitsmaterialien Modul 4	49
Literatur	49
Anregungen zur Evaluation	50
Informelle Evaluation	50
Fish Bowl (Aquarium)	50
Kofferpacken	50
Targetevaluation	51
Formelle Evaluation	51
Musterbeispiel	51
Weiterführende Quellen und Information	51
Tipps zur Onlinedurchführung	52
1. Vorbereitung	52
2. Zeitstrahl	52
3. Step-in-the-Circle	52
4. Murrelgruppe	53
5. Rollenspiel	53
6. Kofferpacken	53
7. Reflexion	53
8. Fish-Bowl	53
Anhang	55
Trainingsmaterialien Übersicht	56
Allgemeine Materialien	56
Feedbackposter	57
Beobachtungsbogen I	58
Beobachtungsbogen II	59
Evaluationsbogen	60
Handouts zu den Kommunikationsmodellen	62
Handout SPIKES-Modell	62
Handout NURSE-Modell	63
Handout ISBARR-Modell	64
Arbeitsblatt ISBARR-Modell	65
Handout Modell der interprofessionellen Fallbesprechung	66
Rollenskripte SIM	67
Rollenskript SIM – Modul 1: Überbringen schlechter Nachrichten	67
Rollenskript SIM – Modul 2: Umgang mit belastenden Emotionen	70
Infoblatt Behandlungsfall	71
Rollenspielinstruktionen für Ärzt*innen	72
Modul 1: Überbringen schlechter Nachrichten – Rollenspielinstruktion Ärzt*in	72
Modul 2: Umgang mit belastenden Emotionen – Rollenspielinstruktion Ärzt*in	73
Modul 3: Interprofessionelle Übergabe – Rollenspielinstruktion Ärzt*in	74
Rollenspielinstruktionen für GKP	75
Modul 1: Überbringen schlechter Nachrichten – Rollenspielinstruktion GKP	75
Modul 2: Umgang mit belastenden Emotionen – Rollenspielinstruktion GKP	76
Modul 3: Interprofessionelle Übergabe – Rollenspielinstruktion GKP	77

THEORETISCHER HINTERGRUND UND AKTUELLER FORSCHUNGSSTAND

Relevanz und Notwendigkeit eines interprofessionellen Kommunikationstrainings

In der Versorgung onkologischer Patient*innen ist die patient*innenzentrierte und gelungene interprofessionelle Kommunikation ein integraler Bestandteil einer hohen Behandlungsqualität. Dies wird im Nationalen Krebsplan, aber auch in verschiedenen Leitlinien durch entsprechende Handlungsempfehlungen, festgehalten (bspw. Weis, 2022). Positive Effekte einer guten Kommunikation zwischen Mitarbeitenden eines Stationsteams, aber auch zwischen Behandelnden und Patient*innen, konnten bereits mit strukturellen Verbesserungen in der Organisationseinheit und auch verbesserten Ergebnissen für Patient*innen assoziiert werden (Riedl & Schüßler, 2017; Uitterhoeve et al., 2010).

Studienergebnisse zeigen, dass gute Kommunikation im klinischen Alltag erlernbar ist und die individuelle Kommunikationskompetenz durch Trainings effektiv verbessert werden kann (Barth & Lannen, 2011; Moore et al., 2018). Trotz dieser nachweislich positiven Effekte werden die ausgesprochenen Handlungsempfehlungen bisher nicht umfänglich in der Onkologie umgesetzt. Die patient*innenzentrierte Kommunikation ist zwar während des Studiums Bestandteil der ärztlichen Ausbildung in Deutschland, wird aber weder in der Weiterbildung noch im klinischen Alltag (Fortbildung) standardisiert vermittelt (Karger et al., 2022). Für Personen im Gesundheits- und Krankenpflegeberuf hat die Implementierung eines solchen Ausbildungsbestandteils erst in den letzten Jahren Einzug gefunden.

Die Kommunikation im onkologischen Alltag ist mit vielfältigen Anforderungen verbunden. Neben der Kommunikation zwischen Behandelnden und Patient*innen kommt der Kommunikation in einem multiprofessionellen Team eine besondere Bedeutung hinzu. Im Kontakt mit Patient*innen geht es vor allem um einen empathischen Zugang zu Patient*innen, bei dem neben der Mitteilung und Besprechung von Befunden, Diagnosen und Behandlungsoptionen vor allem auch die partizipative Entscheidungsfindung, das Miteinbeziehen von Angehörigen sowie die Förderung der Gesundheitskompetenzen der Patient*innen von Relevanz sind (Gilligan & Eddy, 2017). In einem multiprofessionellen Team, das in einer übergeordneten Organisation mit definierten Prozessen existiert, sind vor allem die strukturierte Weitergabe von Informationen (Übergabe), die Integration und Reflexion unterschiedlicher Behandlungsperspektiven (Fallbesprechung) und der gemeinsame Umgang mit der Arbeitsbelastung und besonderen Herausforderungen (bspw. Fehlern) bedeutsam (van Beusekom et al., 2019).

Aus diesen Überlegungen lässt sich ableiten, dass es einen generellen Bedarf an Kommunikationstrainings in der Onkologie gibt, diese jedoch auf die spezifischen Anforderungen des klinisch-onkologischen Alltags zugeschnitten sein müssen (Karger et al., 2017). Eine effektive Implementierung steht zwar aufgrund der komplexen Abläufe und hohen Arbeitsdichte vor strukturellen Herausforderungen, ist jedoch mit einem großen Mehrwert verbunden – sowohl für Patient*innen als auch für Behandelnde.

Aktueller Stand der Umsetzung und Herausforderungen

Im Nationalen Krebsplan (2008) sowie durch die Allianz für Gesundheitskompetenz (2017) wurde die Verbesserung patient*innenorientierter Kommunikation als wichtiges Handlungsziel definiert. Für die Aus- und Weiterbildung in Deutschland werden Empfehlungen für ein Curriculum zur „spezifischen Kommunikation in der Onkologie“ gegeben, welches jedoch auf Grund der hohen Anzahl an Unterrichtseinheiten außerordentliche Anforderungen an die praktische Umsetzung stellt. Seit 2018 gibt es auch für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege ein entsprechendes Nationales Mustercurriculum Kommunikativer Kompetenz in der Pflege (Darmann-Finck et al., 2017). In anderen Ländern wie Australien, Irland, Dänemark, Österreich oder der Schweiz gibt es bereits gute Beispiele für verpflichtende Trainingsprogramme und Ausbildungsinhalte (Ammentorp et al., 2021).

Als positiv haben sich vor allem ein lerner*innenzentrierter Ansatz, die Anwendung von strukturiertem Feedback sowie der Einsatz von praxisnahen Rollenspielen mit und ohne Simulationspersonen in Kleingruppen erwiesen. Abhängig vom Trainingsziel konnten sowohl Effekte bei Kurzinterventionen als auch bei umfangreicheren Trainings gezeigt werden (Wünsch et al., 2021). Länge und Umfang der Trainings beeinflussen deren Machbarkeit und Akzeptanz sowie den Transfer von gelernten Inhalten maßgeblich. Vor allem im Rahmen der Fort- und

Weiterbildung sind zeitintensive Trainings aber mit der Schwierigkeit der Implementierung in den Berufsalltag von Ärzt*innen und Gesundheits- und Krankenpflegenden verbunden. Für diese spezielle Zielgruppe können kürzere Interventionen oder ein modularer Aufbau von Trainings einen Vorteil bieten.

Bislang kaum in Trainingsprogrammen umgesetzt wird die interprofessionelle Kommunikation von individuellen Behandlungsteams. Bei unseren Recherchen stellten wir fest, dass die bereits validierten Kommunikationstrainings primär auf Ärzt*innen ausgerichtet sind und auch inhaltlich die interprofessionelle Kommunikation zwischen Behandelnden aus verschiedenen Professionen nicht oder nur kaum berücksichtigen. Befunde deuten dagegen auf die Wichtigkeit interprofessioneller Kommunikation und des während solcher Trainings entstehenden interprofessionellen Lernens hin (WHO, 2010) und einzelne Studien konnten bereits Effekte auf die Behandlungsqualität für onkologische Patient*innen im klinischen Alltag zeigen (Bos-van den Hoek et al., 2019; Foronda et al., 2016).

DAS KOMMRHEIN INTERPRO-TRAINING

Das KommRhein Interpro-Training ist ein fertigkeitenorientiertes interprofessionelles Kommunikationstraining für Behandelnde in onkologischen Teams. Trainiert wird die Kommunikation der Behandelnden mit den Patient*innen sowie die Kommunikation der Behandelnden untereinander. Im Training werden vor allem Kompetenzen vermittelt, die spezifisch an der Berufsrealität in der Onkologie ausgerichtet sind, jedoch auch übergeordnet als Kernkompetenz erlernt werden können (bspw. Patient*innenzentrierung). Das Überbringen schlechter Nachrichten, der Umgang mit belastenden Emotionen im Zusammenhang mit Sterben und Tod, die interprofessionelle Kommunikation am Beispiel einer Übergabe und die interprofessionelle Fallbesprechung sind die Themen, anhand derer in vier Modulen kommunikative Kompetenzen vermittelt werden.

Das Training ist fertigkeitenorientiert, d.h. nach der Vermittlung von konkreten Gesprächstechniken und -modellen werden diese direkt im Rahmen von Rollenspielen von den Teilnehmenden erprobt. Diese Rollenspiele werden sowohl zwischen den Teilnehmenden durchgeführt als auch mit speziell geschulten Simulationspersonen. Im Rahmen der KommRhein Interpro-Studie zur Evaluierung des Trainings wurden professionelle Schauspieler*innen als Simulationspersonen eingesetzt. Die an die Rollenspiele anschließende Reflexion und das strukturierte Feedback ermöglichen es den Teilnehmenden, das Geschehene sowie sich selbst wahrzunehmen und das Feedback unmittelbar umzusetzen bzw. das eigene Verhalten gemäß dem Feedback zu adaptieren. Das gesamte Training ist zudem lerner*innenzentriert, sodass der aktuelle Kenntnisstand, bereits gemachte Erfahrungen und identifizierte Probleme der Teilnehmenden aus dem klinischen Alltag in den Modulen berücksichtigt werden. Dies soll einen unmittelbaren Transfer in die eigene klinische Praxis erleichtern und fördern. Die gemeinsame Schulung von Ärzt*innen und Gesundheits- und Krankenpflegenden eines Teams soll darüber hinaus interprofessionelles Lernen fördern.

Der modulare Aufbau des KommRhein Interpro-Trainings erlaubt es, das insgesamt zehn Stunden dauernde Training an die Bedürfnisse von Teams anzupassen und auf diese Weise in den klinischen Berufsalltag zu integrieren. Dadurch kann im Training erworbenes Wissen direkt im Alltag erprobt werden und es besteht die Möglichkeit, die gemachten Erfahrungen während der folgenden Module vertiefend zu besprechen. Eine schnelle Erprobung des neu Gelernten ist somit möglich.

Aufbau und Gliederung des Trainings

1. Zielgruppe

Wer soll trainiert werden?

Das KommRhein Interpro-Training richtet sich an Stationsteams onkologischer Zentren. Im Rahmen der KommRhein Interpro-Studie wurde ärztliches und pflegerisches Personal jeweils eines Stationsteams gemeinsam trainiert (Karger et al., 2022). Grundsätzlich kann das Training jedoch mit allen auf der onkologischen Station tätigen Mitarbeitenden mit Patient*innenkontakt sowie stationsübergreifend durchgeführt werden. Es ist wünschenswert, beim KommRhein Interpro-Training verschiedene Professionen und Hierarchieebenen einzubeziehen. Hierdurch werden die gegenseitige Wertschätzung und die Fähigkeit zum Perspektivwechsel gestärkt sowie eine spätere Umsetzung im gemeinsamen Berufsalltag erleichtert.

Für die Trainings empfiehlt sich eine Gruppengröße von vier bis maximal acht Teilnehmenden. Bei den Trainings sollte zudem ein diversitätssensibler Umgang beachtet werden (z.B. Sprachprobleme, besondere Bedürfnisse, etc.). Dies sollte mit der Trainingsgruppe vor Beginn der Trainings thematisiert werden.

Wer soll trainieren?

Das Training soll von Trainer*innen geleitet werden, die Erfahrungen im Gesundheitswesen (speziell der Onkologie) sowie als Kommunikationstrainer*innen haben. Grundsätzlich qualifizieren unterschiedlichste berufliche Werdegänge einer Person zur Durchführung des Trainings. Eine abgeschlossene Berufsausbildung in den Bereichen Medizin, Psychologie, Pflege oder weiteren Gesundheitsberufen ist wünschenswert. In jedem Fall erforderlich sind Vorerfahrungen im Bereich Onkologie, beispielsweise im Umgang mit onkologischen Patient*innen, deren Ängsten und Sorgen, oder den Abläufen auf onkologischen Stationen. Dies soll ermöglichen, dass sich Trainer*innen und Teilnehmende auf einer gemeinsamen inhaltlichen Ebene begegnen können. Darüber hinaus sollten die Trainer*innen über eine didaktische Qualifikation sowie ausreichend Erfahrungen in der Durchführung von Kommunikationstrainings, bzw. mit Kleingruppenprozessen haben.

Bei mehr als vier Teilnehmenden und interprofessioneller Zusammensetzung der Gruppe empfiehlt sich die Leitung durch ein interprofessionelles Tandem aus zwei Trainer*innen.

Training in Tandems beim Interpro-Training

Ein Ziel des Trainings ist die Förderung der interprofessionellen Kommunikation. Es ist daher bereichernd, wenn die Trainer*innen-Teams interprofessionell zusammengesetzt sind, um berufsgruppenspezifische Perspektiven ausreichend zu vertreten. Von Seiten der Trainer*innen ist hierbei besondere Sensibilität und Reflexion für die eigene Rolle gefragt. Sollte beispielsweise ein*e Ärzt*in ein interprofessionelles Team bestehend aus Ärzteschaft und Pflege trainieren, sind rollenspezifische Aspekte unbedingt im Training zu thematisieren.

2. Ziele des Trainings

Im Folgenden werden die übergeordneten Lernziele des Trainings aufgelistet.

Die Teilnehmenden

- können die Grundlagen patient*innenzentrierter Kommunikation selbstständig und in klinisch herausfordernden Kontexten anwenden.
- können Patient*innen schlechte Diagnosen und Befunde (bspw. mit lebensbedrohlichen, stark lebensbegrenzenden oder die Lebensqualität und -planung beeinflussenden Konsequenzen) übermitteln bzw. erläutern. Dabei orientieren sie sich an den Prinzipien des SPIKES-Modells.
- schaffen im Gespräch Raum für die Perspektive des*der Patient*in, erfragen diese aktiv und berücksichtigen sie im weiteren Gesprächsverlauf.
- können in herausfordernden Situationen eigene Emotionen und die der Patient*innen wahrnehmen und konstruktiv damit umgehen (bspw. ansprechen, explorieren, unterstützen).
- können als Mitglieder eines Teams wertschätzend und respektvoll miteinander kommunizieren.
- können relevante Informationen für die gemeinsame Behandlung von Patient*innen vollständig kommunizieren. Dabei berücksichtigen sie den situativen Kontext und das Verständnis ihres*ihres Gesprächspartner*in.
- unterstützen als Mitglieder eines multiprofessionellen Teams in ihrer Rolle andere Teammitglieder, um die gemeinsamen Aufgaben zu bewältigen und die Zusammenarbeit und Versorgungsqualität zu optimieren (bspw. interprofessionelle Fallbesprechung).

3. Elemente und Besonderheiten des Trainings

Das Training soll den Teilnehmenden einen Raum bieten, sich zu Beginn über individuelle Vorerfahrungen auszutauschen. Hierdurch können Bedarfe identifiziert, Vorbehalte abgebaut und Gemeinsamkeiten betont werden. Es können aber auch bereits vorbestehende Konflikte zwischen einzelnen Teilnehmenden oder innerhalb des Teams thematisiert werden. Der Umgang mit und das Lösen von Teamkonflikten zählt allerdings nicht zu den Inhalten des Trainings. Insofern sollten Konflikte benannt und die Notwendigkeit einer Bearbeitung anerkannt werden. Dann sollte der Fokus aber wieder zurück auf die Inhalte des Trainings, nämlich das Erlernen von Kommunikationsfertigkeiten, gelenkt werden. Von den Trainer*innen sollte auf alternative Formate wie bspw. Teamsupervision hingewiesen werden.

Die Module 1, 2 und 3 sind über einen durchlaufenden Behandlungsfall miteinander verknüpft. Für die kommunikativen Themen der Module wurden empirisch untersuchte Kommunikationsmodelle ausgewählt, um den Teilnehmenden eine möglichst konkrete und handhabbare Anweisung an die Hand zu geben. Die SPIKES-, NURSE- und ISBARR-Modelle werden zunächst theoretisch vermittelt und anschließend praktisch angewendet. Die praktische Anwendung erfolgt dabei im Rollenspiel mithilfe einer Simulationsperson.

Hierfür werden den Teilnehmenden vorab Trainingsmaterialien bereitgestellt. Alle Materialien befinden sich im Anhang. Eine Übersichtstabelle zeigt, welche Materialien in welchem Modul benötigt werden. Zusätzlich befindet sich in jedem Modul eine Übersicht über die Materialien, welche für dieses Modul benötigt werden.

Das Vermitteln von Feedback erfolgt stets strukturiert und mithilfe eines anschaulichen Leitfadens (Feedbackposter im Anhang), der die Teilnehmenden über alle vier Module hinweg begleitet. Dabei soll eine effektive, zielgerichtete, aber gleichzeitig wertschätzende und zugewandte Kommunikation in der Trainingsgruppe etabliert werden.

Das Training kann flexibel in Präsenz, aber auch online durchgeführt werden. Dieses Manual ist für die Durchführung in Präsenz konzipiert. Ausführliche Hinweise und Tipps für die Durchführung mit Online-Videokonferenzsystemen finden Sie im Kapitel „Tipps zur Onlinedurchführung“. Die Kennzeichnung im Text mit dem Symbol * verweist darauf, dass für diese Situation ein solcher Onlinetipp vorliegt.

4. Inhalte des Trainings

Modul 1:	Überbringen schlechter Nachrichten	4 Std.
Modul 2:	Umgang mit belastenden Emotionen	2 Std.
Modul 3:	Interprofessionelle Übergabe	2 Std.
Modul 4:	Interprofessionelle Fallbesprechung	2 Std.

Im vorgegebenen Behandlungsfall wird ein*e Patient*in mit metastasiertem Darmkrebs wegen Symptomverschlechterung stationär aufgenommen. Die Diagnostik zeigt das weitere Fortschreiten der Krebserkrankung. Laut Beschluss im Tumorboard ist keine kurative Therapie mehr möglich. Dies wird dem*der Patient*in in einem Gespräch mitgeteilt und auf seine*ihre Nachfrage hin in einem anschließenden Gespräch mit dem*der Gesundheits- und Krankenpflegenden (GKP) weiter thematisiert (Modul 1). Danach (Modul 2) ist der*die Patient*in entsprechend belastet und klagt über Unruhe und Enge im Brustbereich. Die somatische Diagnostik ist unauffällig. Im folgenden Gespräch mit einem*einer Ärzt*in oder einem*einer GKP soll der*die Patient*in stabilisiert werden und die Möglichkeit haben, seine*ihre Gedanken an Tod und Sterben zu thematisieren. Anschließend (Modul 3) erfolgt eine interprofessionelle Übergabe von GKP zu Ärzt*in — oder umgekehrt — zu dem*der Patient*in und dem Gespräch aus Modul 2. In Modul 4 soll das Erlernete in den klinischen Alltag der Teilnehmenden transferiert werden. Hierzu werden eigene Patient*innenfälle der Teilnehmenden in einer interprofessionellen Fallbesprechung besprochen.

5. Zeitrahmen des Trainings

Das Kommunikationstraining besteht aus insgesamt vier Modulen, die aufeinander aufbauen. Sie können je nach Wunsch der Stationen in verschiedenen Zeitformaten (z.B. Format A: 4 + 4 + 2 Std. oder Format B: 8 + 2 Std.) durchgeführt werden. Das Zeitformat wird vor Beginn der Trainings festgelegt. Die Zeitangaben für die Durchführung dienen der Orientierung und können von dem*der Trainer*in angepasst werden. Innerhalb der Module sind ebenfalls Zeitangaben für die einzelnen Bestandteile zu finden - auch hierbei handelt es sich um Empfehlungen basierend auf den eigenen Erfahrungen sowie der Evaluierung des Trainings im Rahmen der KommRhein Interpro-Studie. Die Formate A und B sind Optionen, die in der Praxis bereits eingesetzt wurden. Im Format A wird das Training innerhalb von drei separaten Trainingseinheiten durchgeführt, bei Format B sind es zwei.

Format A: 4 Stunden + 4 Stunden + 2 Stunden		
4 Stunden	4 Stunden	2 Stunden
Modul 1 Überbringen schlechter Nachrichten	Modul 2 Umgang mit belastenden Emotionen Modul 3 Interprofessionelle Übergabe	Modul 4 Interprofessionelle Fallbesprechung

Format B: 8 Stunden + 2 Stunden	
8 Stunden	2 Stunden
Modul 1 Überbringen schlechter Nachrichten Modul 2 Umgang mit belastenden Emotionen Modul 3 Interprofessionelle Übergabe	Modul 4 Interprofessionelle Fallbesprechung

Modul 1 ist am umfangreichsten. Hier soll eine gute Arbeitsatmosphäre und die Basis für das Training geschaffen werden, um einen sicheren und vertrauensvollen Rahmen zu bieten. Wertschätzende Kommunikation zwischen Trainer*in und Teilnehmenden dient als Modell für eine wertschätzende Kommunikation untereinander. Die Grundzüge des strukturierten Feedbacks werden vermittelt und eingeübt. Die Regeln für das Rollenspiel mit der Simulationperson werden erläutert und umgesetzt. Inhaltlich geht es um das Überbringen und Erläutern von schlechten Nachrichten.

Modul 2 kann im Rollenspiel zeitlich variieren, um den Teilnehmenden den Raum zu lassen, die Technik des Modells empathisch zu erproben und eine Reflexion über den Umgang mit Tod und Sterben zu ermöglichen.

Modul 3 erfordert eine strukturierende Vorbereitung. Das zugrundeliegende Modell soll eine schnelle, aber präzise Informationsvermittlung ermöglichen.

Modul 4 kann Teamkonflikte aktualisieren. Um mögliche Eskalationen zu vermeiden, ist es besonders wichtig, den Fokus auf dem Fallbeispiel aufrecht zu halten, auf die Regeln zum Feedback sowie die Phasen des Modells der interprofessionellen Fallbesprechung zu achten.

6. Organisatorisches

Terminfindung

Bei der Terminfindung kann deutlich werden, wie schwierig die konkrete Umsetzung von Fort- und Weiterbildungen für Personen aus dem ärztlichen Bereich sowie der Gesundheits- und Krankenpflege sein kann – zumal, wenn dies für ein Stationsteam vorgesehen ist. Daher ist eine enge Absprache mit den verantwortlichen Personen (bspw. Stationsleitung, Pflegedienstleitung, Oberärzt*innen und Chef*innen der Abteilungen) notwendig. Der modulare Aufbau des KomRhein Interpro-Trainings ermöglicht, individuell auf die Bedürfnisse einzelner Stationsteams einzugehen und die Trainings in den Arbeitsalltag zu integrieren. Die Terminabsprache ist jedoch nicht nur abhängig vom Stationsteam, sondern auch von den Trainer*innen und Simulationspersonen bzw. Laiendarsteller*innen. Diese müssen in die Terminfindung mit einbezogen und berücksichtigt werden.

Vorbereitung

Die Teilnehmenden benötigen Informationen über Datum, Uhrzeit, und Ort des Trainings (ggfls. mit Lageplan und Anfahrtsbeschreibung), sowie spezifische Informationen zur Vorbereitung (Bereitstellung von Trainingsmaterialien o. Ä.). Hinweise für die Vorbereitung, wenn das Training online durchgeführt werden soll, finden Sie im

Onlinetipp „Vorbereitung“. Die Versorgung der Gruppe während des Trainings mit Getränken und ggfls. kleinen Speisen ist optional, empfiehlt sich jedoch bei längeren Trainings. Auf jeden Fall sollten die Teilnehmenden vorab informiert werden, ob sie sich selber versorgen müssen oder ob Verpflegung für sie vorbereitet ist.

Der Raum sollte für die entsprechende Gruppengröße ausgelegt sein, über Tageslicht verfügen und Lüften ermöglichen. Für Präsenztrainings ist die Vorbereitung des Trainingsraums wichtig. Der Raum sollte mit einem Flipchart/Whiteboard, Stiften und Notizzetteln ausgestattet sein. Alle Teilnehmenden, die Trainer*innen sowie die Simulationsperson benötigen eine Möglichkeit sich zu setzen sowie ggfls. an einem Arbeitsplatz zu schreiben. Zudem muss auf ausreichend Platz für Rollenspiele geachtet werden. Eine flexible Bestuhlung ist von Vorteil.

Abgesehen von einem Flipchart werden lediglich Materialien eines Standardmoderationskoffers benötigt, wie Moderationskarten mit entsprechender Befestigungsmöglichkeit und Klebepunkte, falls die Target-Evaluation durchgeführt werden soll.

Hier eine Übersicht über die vorzubereitenden Materialien:

Flipchart / Whiteboard und Stifte	zur Visualisierung, zum Sammeln in der Gruppe etc.
Feedbackbogen/ -poster	für alle sichtbar, sodass beim Feedbackgeben darauf verwiesen werden kann
Agenda des gesamten Trainings	zur Orientierung oder zum Verweis auf Trainingsinhalte
Agenda des Moduls	zur Orientierung oder zum Verweis auf Trainingsinhalte des jeweiligen Moduls
Handout des jeweiligen Modells	für alle Teilnehmenden
Rollenskript	für die Simulationsperson
Instruktionen und Infoblatt	für die Rollenspieler*innen
Beobachtungsbögen	für alle Teilnehmenden
ggfls. Evaluationsbögen	für alle Teilnehmenden

* siehe Onlinetipp „Vorbereitung“

Rollenspiele mit Simulationspersonen

Bei Rollenspielen übernehmen die Teilnehmenden im Rahmen einer festgelegten Situation definierte Rollen und vertreten im Spiel die mit diesen Rollen verbundenen Aufgaben. Die didaktische Funktion von Rollenspielen ist vor allem Gelerntes auszuprobieren und einzuüben, sowie eine emotionale Aktivierung und Verankerung. Jedes Rollenspiel besteht aus drei Phasen: einer Vorbereitung, der eigentlichen Durchführung und einer Auswertung. Teil der Vorbereitung eines Rollenspiels ist die Auswahl eines freiwilligen Teilnehmenden für eine Rolle. Eine vertrauensvolle, konstruktive und lockere Gruppenatmosphäre und ein sicherer Rahmen senken die Hemmschwelle zur Teilnahme. Details zur Anleitung der Rollenspiele finden sich nachfolgend bei den Informationen zu den einzelnen Modulen und in der weiterführenden Literatur.¹ Besonderheiten der Arbeit mit Simulationspersonen (SIM) in Rollenspielen werden im Folgenden dargestellt.

Für die Übernahme der Patient*innenrolle eignen sich besonders geschulte SIM. SIM sind mittlerweile an allen medizinischen Fakultäten in Deutschland zu finden. SIM sind häufig professionelle Schauspieler*innen. Alternativ können auch Medizinstudierende oder Mitarbeitende trainiert und in die entsprechende Rolle eingewiesen werden. Ob man sich für professionelle Schauspieler*innen oder Laiendarsteller*innen entscheidet, hängt von verschiedenen Aspekten ab. Dazu zählen die Verfügbarkeit professioneller Schauspieler*innen als SIM, das Budget, Ressourcen für die Betreuung und Einarbeitung von Laien sowie die Konstellation von Teilnehmenden im Training und deren Dynamik.

¹ Weiterführende didaktische Hinweise zu Rollenspielen finden sich bei Macke et al. (2008) und zur Arbeit mit Simulationspersonen bei Peters & Thrien (2018).

Zudem kann abgewogen werden, ob das Rational des Rollenspiels in der Authentizität und der Standardisierung liegen, oder ob das Einfühlen und der Einblick in die Gefühlswelt der dargestellten Person durch einen oder mehrere Trainingsteilnehmende im Fokus stehen soll.

Der Einsatz ausgebildeter, professioneller Schauspieler*innen als SIM, wie in der KommRhein Interpro-Studie, bringt ein hohes Maß an Sicherheit, Verlässlichkeit und Konsistenz in die Rollenspielsituationen. Schauspieler*innen sind darin ausgebildet, viele Facetten des zu spielenden Charakters in eine Rolle zu integrieren und Szenen oft zu wiederholen. Häufig sind sie auch erfahren in der Darstellung von Krankheiten. Dadurch werden die Rollenspiele einerseits vergleichbar, während sie andererseits gleichzeitig eine individuelle Resonanz auf die Aktionen der spielenden Teilnehmenden ermöglichen. Sie sind außerdem geübt darin, die emotionalen Aspekte einer Interaktion zu reflektieren und in Worte zu fassen. Professionelle Schauspieler*innen als SIM benötigen eine Ansprechperson und eine Absprache mit den Trainer*innen, aber keine fachliche Anleitung. Die Honorare müssen natürlich in der Budgetierung berücksichtigt werden.

Wichtig für SIM ist das Einfühlen in die Rolle. Im medizinischen Aus- und Fortbildungsbereich geht es hierbei meist um das Verkörpern von Patient*innen und deren Angehörigen in verschiedensten Lebenssituationen. Dadurch können verschiedene schwierige Situationen authentisch dargestellt und in einem sicheren Trainingskontext erprobt werden. Das unmittelbare und strukturierte Feedback soll den Lernenden dabei helfen, sich in der verkörperten Rolle zu reflektieren. Durch das hohe Maß an Authentizität sollen lebens- und alltagsnahe Beispiele kreiert werden, die schnell und unkompliziert auf den Berufsalltag übertragen werden können.

<p>SIM spielen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient*innen- oder Angehörigenrollen in der medizinischen Aus- und Fortbildung. ▪ in standardisierten Gesprächssimulationen. 	<p>SIM geben Feedback</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ aus der Perspektive ihrer Rolle heraus. ▪ über deren emotionale Situation im Gespräch mit den Teilnehmenden.
<p>SIM können</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ beliebig oft Gesprächssituationen wiederholen. ▪ an unterschiedlichen Punkten im Gespräch einsteigen (Interventionen). 	<p>SIM ermöglichen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ praxisnahes Ausprobieren und Erfahren von Gesprächskompetenzen.

Damit die SIM ihre Arbeit gut machen können, brauchen sie günstige Rahmenbedingungen. Hierzu zählt, dass sie in die Terminvereinbarung und eventuelle Verschiebung mit eingebunden werden und rechtzeitig ihre Skripte erhalten. Ebenso ist ein Austausch vorab mit den Trainer*innen sinnvoll.

Als Trainer*innen sollten Sie sich die Zeit nehmen, um vorher mit den SIM zu sprechen und sich gemeinsam auf das Training vorzubereiten. Professionelle SIM sind in der Regel mit dem Ablauf solcher Trainings vertraut und benötigen neben dem Skript keine weiteren inhaltlichen Informationen. Die Laiendarsteller*innen sollten hingegen, wenn nötig, umfassender auf ihren Einsatz vorbereitet werden. Für einen reibungslosen Einsatz ist es dabei vor allem wichtig, die Rahmenbedingungen abzuklären, d.h. wann genau ist der Einsatz der SIM geplant, wie werden diese ins Rollenspiel geholt und was folgt, nachdem das Rollenspiel beendet ist. Zudem sollten die oben genannten Interventionstechniken bekannt sein.

Darüber hinaus muss bedacht werden, dass die SIM nicht durchgängig im Einsatz sind, jedoch trotzdem für mehrere Stunden vor Ort sein werden. Deshalb sollte ein Wartebereich, Getränke und evtl. Verpflegung für die SIM bereitstehen.

Interventionstechniken der Trainer*innen mit SIM

Beginn:	Jede Intervention startet entweder während der Simulation, mit dem Anhalten der Simulation oder nach der Simulation.
Freeze:	Anhalten der Simulation
Feedback einholen (SIM, Teilnehmende):	<i>„Wie haben Sie sich gerade gefühlt, als der*die Ärzt*in bzw. der*die GKP [dies oder jenes] gesagt hat?“</i>
Vor- und Zurückspulen:	<i>„Jetzt gehen wir noch mal im Gespräch an diese Stelle und Sie probieren einmal Folgendes aus.“</i>
Flüstern:	Als Trainer*in können Sie den SIM kurze Hilfestellungen bzw. Alternativen zuflüstern, die diese direkt umsetzen.

DOs und DON'Ts bei der Arbeit mit SIM

DOs	DON'Ts
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Struktur vorgeben ▪ Moderationstechniken vorher absprechen ▪ Rollenklarheit herstellen ▪ als Team mit SIM arbeiten ▪ Zuschauen und Beobachten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inhalt der Rolle im Kurs diskutieren ▪ SIM Feedback zur Darstellung geben ▪ Regieanweisungen geben oder eigenständige Änderungen der Darstellung vornehmen

Hinweise zum Einsatz dieses Manuals

Für ein Verständnis aller angesprochenen Punkte sollte das Manual vollständig modulweise gelesen werden. Dabei erfolgt pro Modul eine kurze Beschreibung des Szenarios, der anfallenden Problematik sowie der Lernziele. Die nötigen Materialien inklusive Kopiervorlagen befinden sich am Ende jedes Moduls, gefolgt von Hinweisen zu tiefergehender Literatur. Das Symbol * zeigt an, dass ein Onlinetipp im Kapitel „Tipps zur Onlinedurchführung“ vorliegt.

Literatur

- Ammentorp, J., Bigi, S., Silverman, J., Sator, M., Gillen, P., Ryan, W., Rosenbaum, M., Chiswell, M., Doherty, E. & Martin, P. (2021). Upscaling Communication Skills Training – Lessons Learned from International Initiatives. *Patient Education and Counseling*, 104(2), 352–359. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.028>.
- Barth, J. & Lannen, P. (2011). Efficacy of Communication Skills Training Courses in Oncology: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Oncology*, 22(5), 1030–1040. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq441>
- Bos-van den Hoek, D. W., Visser, L., Brown, R. F., Smets, E. & Henselmans, I. (2019). Communication Skills Training for Healthcare Professionals in Oncology Over the Past Decade: A Systematic Review of Reviews. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 13(1), 33–45. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000409>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2017). Nationaler Krebsplan. *Handlungsfelder, Ziele, Umsetzungsempfehlungen und Ergebnisse*. Abgerufen 08.11.2022 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/nationaler-krebsplan-handlungsfelder-ziele-und-umsetzungsempfehlungen.html>
- Darmann-Finck, I., Muths, S. & Partsch, S. (2017). Entwicklung eines Nationalen Mustercurriculums Kommunikative Kompetenz in der Pflege. *PADUA*, 12(4), 265–274. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000390>
- Diversity AG "Qualifizierung". (2020). *Vielfalt leben, Zukunft gestalten. Handreichung für diversitysensible Lehre*. Abgerufen 08.11.2022 von <https://www.diversity.hhu.de/diversity-in-der-lehre/handreichung-fuer-diversity-sensible-lehre>
- Foronda, C., MacWilliams, B. & McArthur, E. (2016). Interprofessional Communication in Healthcare: An Integrative Review. *Nurse Education in Practice*, 19, 26–40. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.005>
- Gilligan, C. & Eddy, J. (2017). Listening as a Path to Psychological Discovery: An Introduction to the Listening Guide. *Perspectives on Medical Education*, 6, 76–81. <https://doi.org/10.1007/s40037-017-0335-3>
- Jünger, J., Köllner, V., von Lengerke, T., Neuderth, S., Schultz, J.-H., Fischbeck, S., Karger, A., Kruse, J., Weidner, K., Henningsen, P., Schiessl, C., Ringel, N. & Fellmer-Drüg, E. (2016). Kompetenzbasierter Lernzielkatalog „Ärztliche Gesprächsführung“. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 62(1), 5–19.
- Karger, A., Geiser, F., Vitinius, F., Sonntag, B., Schultheis, U., Hey, B., Radbruch, L., Ernstmann, N. & Petermann-Meyer, A. (2017). Communication Skills Trainings: Subjective Appraisal of Physicians from Five Cancer Centres in North Rhine, Germany. *Oncology Research and Treatment*, 40(9), 496–501. <https://doi.org/10.1159/000479113>
- Karger, A., Petermann-Meyer, A., Vitinius, F., Geiser, F., Kraus, D., Ersten, L., Mayers, A. J., Heuser, C., Hiltrop, K., Bremen, R., Marx, A., & Ernstmann, N. (2022). Effectiveness of Interprofessional Communication Skills Training for Oncology Teams: Study Protocol for a Three-Arm Cluster Randomised Trial (KommRhein Interpro). *BMJ open*, 12(12), e062073. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062073>
- Moore, P.M., Rivera, S., Bravo-Soto, G.A., Olivares, C. & Lawrie, T.A. (2018). Communication Skills Training for Healthcare Professionals Working with People who have Cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, 1465–1858. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub4>
- Peters, T. & Thrien, C. (2018). *Simulationspatienten: Handbuch für die Aus-und Weiterbildung in medizinischen und Gesundheitsberufen*. Hogrefe.
- Riedl, D. & Schübler, G. (2017). The Influence of Doctor-Patient Communication on Health Outcomes: A Systematic Review. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 63(2), 127–227. <https://doi.org/10.13109/zptm.2017.63.2.131>

- Uitterhoeve, R. J., Bensing, J.M., B., Grol, R. P., Demulder, P. H. & van Achterberg, T. (2010). The Effect of Communication Skills Training on Patient Outcomes in Cancer Care: A Systematic Review of the Literature. *European Journal of Cancer Care*, 19(4), 442–457. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01082.x>
- van Beusekom, M.M., Cameron, J., Bedi, C., Banks, E. & Humphris, G. (2019). Communication Skills Training for the Radiotherapy Team to Manage Cancer Patients' Emotional Concerns: A Systematic Review. *BMJ Open*, 9, e025420. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025420>
- Vitinius, F., Sonntag, B., Barthel, Y., Brennfleck, B., Kuhnt, S., Werner, A., Schönefuß, G., Petermann-Meyer, A., Gutberlet, S., Stein, B., Söllner, W., Kruse, J. & Keller, M. (2013). KoMPASS - Konzeption, Implementierung und Erfahrungen mit einem strukturierten Kommunikationstraining für onkologisch tätige Ärzte. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 63(12), 482–488. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1341468>
- Weis, J. (2022). Psychische Langzeitfolgen von Krebserkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt*, 65, 431–438. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03506-1>
- World Health Organization (WHO). (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Abgerufen 13.03.2023 von <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- Wünsch, A., Bergelt, C., Götze, H., Karger, A., Oechsle, K., Rüffer, J. U., Speiser, D. & Vitinius, F. (2021). Kommunikationstrainings für onkologisch tätige Ärzt*innen in Deutschland. *Forum*, 36(5), 391–395. <https://doi.org/10.1007/s12312-021-00972-7>

MODUL 1

ÜBERBRINGEN SCHLECHTER
NACHRICHTEN

MODUL 1: ÜBERBRINGEN SCHLECHTER NACHRICHTEN

Einführung ins Thema

Das Überbringen schlechter Nachrichten an Patient*innen (engl. Breaking Bad News) gehört zu den emotional herausfordernden und belastenden Aufgaben des ärztlichen Berufes. GKP müssen diese Aufgabe zwar nicht erfüllen, sind aber unter Umständen in der Situation mit anwesend. Außerdem erleben sie im Patient*innenkontakt die oft zeitverzögerten emotionalen Reaktionen der Patient*innen auf die Nachricht und sind Ansprechpartner*innen für später auftretende Rückfragen. Während die medizinische Aufklärung den Ärzt*innen obliegt, können GKP anschließend gegebenenfalls im Gespräch mit den Patient*innen erörtern, was sie verstanden haben und wo weiterer Informationsbedarf besteht. Trotz der unterschiedlichen Berufsanforderungen besteht demzufolge auch eine wichtige Gemeinsamkeit: In die psychosoziale Betreuung der Patient*innen sind beide Berufsgruppen eingebunden und können sich in ihren unterschiedlichen Rollen dabei bestenfalls ergänzen. Aus diesem Grund steht die interprofessionelle Kommunikation beim Überbringen schlechter Nachrichten im Fokus des ersten Moduls.

In Modul 1 soll zunächst ein vertrauensvolles Klima in der Trainingsgruppe hergestellt werden, welches den Teilnehmenden ermöglicht, sich über die unterschiedlichen klinischen Tätigkeiten, Erfahrungen und Perspektiven auszutauschen. Dem Vorstellen der für das gesamte Training relevanten Regeln und Abläufe (Feedback, Rollenspiele etc.), dem gegenseitigen Kennenlernen und der Voraktivierung eigener Erfahrungen wird deshalb zu Beginn ein relativ großer Zeitanteil zugeteilt.

Zentrales, den Lernprozess steuerndes Element ist das Feedback aus vielen verschiedenen Perspektiven (Multi-source-Feedback). Da in diesem Training GKP und Ärzt*innen gemeinsam trainiert werden, ist hier besonders auf die Einhaltung der Feedbackregeln und eine wohlwollende, kollegiale Haltung zu achten.

Als Gesprächsmodell wird das SPIKES-Modell verwendet. Bei der Erarbeitung dieses Modells in der Trainingsgruppe sollten auch die Grundlagen der Gesprächsführung sowie die besondere Bedeutung der Emotionen für den Verlauf und das Ergebnis der Patient*innengespräche hervorgehoben werden.

In Rollenspielen mit einer Simulationsperson (SIM) wird dann das Überbringen schlechter Nachrichten anhand des SPIKES-Modells geübt. Im ersten Rollenspiel wird dem*der Patient*in die Diagnose anhand der neuen Befunde von einem*einer Ärzt*in überbracht. Im zweiten bittet der*die Patient*in um ein weiteres Gespräch mit der*dem GKP, da er*sie noch Fragen zu der Diagnose hat. Möglichst viele Teilnehmende sollten die Gelegenheit erhalten, selbst in der ärztlichen Rolle bzw. der GKP-Rolle zu interagieren.

Übersicht

	Inhalt	Ziel	Material/Methode	Min.
1.1	Einstieg			30
a.	Begrüßung	Die TN kennen die Trainer*innen und fühlen sich willkommen.		
b.	Agenda für gesamtes Training	Die TN haben einen Überblick über die Ziele und den Ablauf des gesamten Trainings.	Handout Agenda	
c.	Organisatorisches	Die TN und Trainer*innen haben Regeln zu den organisatorischen Rahmenbedingungen vereinbart.	Flipchart / Stifte	
d.	Gruppenregeln	Die TN haben Vertraulichkeit vereinbart.		
e.	Feedbackregeln	Die TN kennen die Feedbackregeln und stimmen ihnen zu.	Feedbackposter	
f.	Agenda für Modul 1	Die TN kennen Ziele und Ablauf von Modul 1.		
1.2	Kennenlernen			30
	Soziometrie zum Kennenlernen	Die Gruppe hat sich kennengelernt und es ist eine konstruktive Arbeitsbereitschaft entstanden.	Landkarte Zeitstrahl Step-in-the-Circle	
1.3	Vorerfahrungen			15
	Thematischer Einstieg	Alle TN haben ihre Vorerfahrungen in der Kleingruppe reflektiert und ausgesprochen.	Murmelgruppe	
1.4	Das SPIKES-Modell			15
a.	Sammeln des Vorwissens	Die Gruppe hat einen gemeinsamen Stand über Schwierigkeiten und hilfreiche Strategien in Gesprächssituationen.	Visualisieren am Flipchart	
b.	Strukturieren des Vorwissens	Die gesammelten Elemente eines Diagnose- und Befundgesprächs sind in die Systematik des SPIKES-Modells eingeordnet.		
c.	Wissensvermittlung	Die TN kennen das SPIKES-Modell.	Kurzvortrag Handout SPIKES	
1.5	Rollenspiele			110
a.	Vorbereitung der Rollenspiele	Die TN fühlen sich zum Rollenspiel ermutigt und kennen die Rahmenbedingungen. Die Beobachtenden wissen, welche Aspekte sie beachten sollen. Die TN haben Klarheit über die ärztl. und GKP-Rollenspielinstruktion.	SIM SIM-Rollenskript Beobachtungsbogen 2 Stühle Instruktionen Rollenspiel Ärzt*in bzw. GKP	20
b.	Rollenspiel 1: Diagnosemitteilung mit Feedback	Die TN haben eine Erfahrung mit der praktischen Anwendung des SPIKES-Modells in der ärztlichen Rolle gemacht.	Ärzt*in – Patient*in	45
c.	Rollenspiel 2: Diagnoseerläuterung mit Feedback	Die TN haben eine Erfahrung mit der praktischen Anwendung des SPIKES-Modell in der GKP-Rolle gemacht.	GKP – Patient*in	45
1.6	Abschluss Modul 1			40
a.	Reflexion	Die TN sind sich bewusst über die Erkenntnisse, die sie aus Modul 1 mitnehmen.	Blitzlicht Kofferpacken	30
b.	Überleitung Modul 2	Die TN kennen die Inhalte von Modul 2.		5
c.	Formale Evaluation		Evaluationsbogen	5

Elemente von Modul 1

1.1 Einstieg

30 Minuten

a. Begrüßung

b. Agenda für das gesamte Training

c. Organisatorisches

Die Teilnehmenden vereinbaren die organisatorischen Rahmenbedingungen, z.B. zu Pausen, Verpflegung, Handy-nutzung und Hygieneregeln. Die Teilnehmenden einigen sich mit dem*der Trainier*in auf wichtige Verhaltens-regeln und Rahmenbedingungen. Respektvoller Umgang miteinander ist die Basis für ein erfolgreiches Training. Kritik und Verbesserungsvorschläge sind gewünscht und willkommen, müssen aber auch in ihren Botschaften auf der Beziehungsebene bedacht werden.

Der Behandlungsfall ist standardisiert, d.h. er kann auf Stationen jeder Fachrichtung durchgeführt werden. Im „Infoblatt Behandlungsfall“ sind sämtliche medizinischen Details aufgeführt und erklärt. Ziel ist nicht die fachliche Expertise und Behandlung des*der Patient*in, sondern die Qualität des Gesprächs bei der Überbringung der Informationen. Im Fokus stehen die Aspekte der Gesprächsführung.

d. Gruppenregeln

Um das Kohärenz- und Kohäsionsgefühl zu steigern und Vertrauen zu schaffen, wird im geschlossenen Gruppen-setting trainiert. Es muss zu Beginn des Trainings mit allen Teilnehmenden die Verschwiegenheit nach außen bei gleichzeitiger Offenheit nach innen vereinbart werden. Nur ein offener und vertrauensvoller Umgang ermöglicht ein erfolgreiches Training.

Die Themen, die behandelt werden, können auch alte Konflikte neu entfachen lassen. Dabei ist es wichtig, das Ziel im Auge zu behalten: der professionelle Umgang mit den Emotionen des*der Patient*in, aber auch mit den Emotionen der behandelnden Person.

In der Institution Krankenhaus sind klare Hierarchien die Bedingung für effizientes Entscheiden und Handeln. Auf der zwischenmenschlichen Ebene, beim Austausch von Emotionen und individuellem Erleben können sie einen fruchtbaren Austausch verhindern. Die Teilnehmenden sollten sich zu einem Austausch auf Augenhöhe bei gleichzeitiger Anerkennung der interprofessionellen Unterschiede verpflichten.

e. Feedbackregeln

Da das Feedback das Hauptelement im Lernprozess ist, werden die Feedbackregeln interaktiv besprochen, ggfls. ausgehängt und im Trainingsraum als Poster aufgehängt. Die Teilnehmenden machen sich die Feedbackregeln zu eigen und stimmen diesen zu.

f. Agenda für Modul 1 (Lernziele)

Die Teilnehmenden können die Grundlagen patient*innenorientierter Kommunikation selbstständig und in klinisch herausfordernden Kontexten anwenden. Sie können Patient*innen „schlechte“ Diagnosen und Befunde (bspw. mit lebensbedrohlichen, stark lebensbegrenzenden oder die Lebensqualität und -planung beeinflussenden Konsequenzen) übermitteln bzw. erläutern. Dabei orientieren sie sich an den Prinzipien des SPIKES-Modells.

1.2 Kennenlernen

30 Minuten

Um das Warm-Up zu gestalten bieten sich spielerische Szenarien an, die unter dem Sammelbegriff „Soziometrie“ zusammengefasst werden. Dadurch geben die Teilnehmenden individuelle Informationen über sich preis, die aber nicht zu persönlich oder intim sind. Gleichzeitig können Gemeinsamkeiten und Unterschiede sichtbar und erlebbar gemacht werden.

Fiktive Landkarte

Definieren Sie als Trainer*in eine fiktive Landkarte im Seminarraum und legen Sie die Himmelsrichtungen fest. Entscheiden Sie mit den Teilnehmenden, was die Karte umfassen soll (Deutschland, Europa, ...).

Geben Sie ein Beispiel zur Orientierung: „Wenn hier Hamburg wäre, dann wäre dort München.“

Bitte Sie die Teilnehmenden, sich dort auf der fiktiven Landkarte hinzustellen, wo ihr Geburtsort wäre.

„Stellen Sie sich vor, auf dem Boden wäre eine Landkarte aufgezeichnet. [...] Bitte stellen Sie sich auf den Platz, an dem Sie geboren sind.“

Geben Sie den Teilnehmenden etwas Zeit zum Austausch von Anekdoten oder dem Kommentieren von Gemeinsamkeiten.

Zeitstrahl

Definieren Sie als Trainer*in einen Zeitstrahl im Seminarraum und legen Sie den Startpunkt fest. Die Teilnehmenden stellen sich anhand der Fragen der Reihe nach auf. Die Teilnehmenden können auch selber Fragen beisteuern, die sie interessieren.

„Stellen Sie sich vor, hier auf dem Boden wäre eine Linie mit Jahreszahlen ... beginnend mit...“

„Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in Ihrem Beruf?“

„Wie viele Stunden Kommunikationstraining haben Sie erhalten?“

...

* siehe Onlinetipp „Zeitstrahl“

Step-in-the-Circle

Bitte Sie die Teilnehmenden, einen Kreis zu bilden, mit möglichst einem Meter Abstand zwischen den Teilnehmenden. Sie verlesen eine Reihe von Aussagen und diejenigen, die der jeweiligen Aussage mit „Ja“ zustimmen können, treten einen Schritt vorwärts zur Kreismitte. Vor der nächsten Frage treten sie wieder zurück und reihen sich in den ursprünglichen Kreis ein.

Es bietet sich an, mit allgemeinen Fragen zu beginnen und langsam persönlicher zu werden bzw. thematisch fokussierter zu werden.

„Ich nehme freiwillig an diesem Kurs teil.“

„Ich habe das Gefühl, dass ich mit zunehmender Berufserfahrung sicherer werde.“

„In den letzten Wochen hatte ich zumindest eine Situation im Krankenhaus, die ich kommunikativ schwierig fand.“

*„Für mich ist es am schwierigsten, wenn Patient*innen sehr emotional sind.“*

*„Für mich ist es schwierig zu akzeptieren, dass es keine kurative Behandlungsmöglichkeit mehr für Patient*innen gibt.“*

...

* siehe Onlinetipp „Step-in-the-Circle“

1.3 Aktivieren der Vorerfahrungen

15 Minuten

Thematischer Einstieg: Murmelgruppe

Die Murmelgruppe ist eine Methode, mit der in kurzer Zeit Vorerfahrungen aktiviert und gesammelt werden können. Die Teilnehmenden besprechen zu zweit eine vorgegebene Fragestellung. Durch dieses Format werden die Beiträge aller Teilnehmenden einbezogen, da keine Hemmschwelle überwunden werden muss. Jede*r Gesprächsteilnehmende hat 5 Minuten Gesprächszeit.

*„Finden Sie eine*n Gesprächspartner*in. Erinnern Sie sich an eine konkrete, herausfordernde Gesprächssituation beim Überbringen einer schlechten Nachricht als Ärzt*in oder im Zusammenhang damit (als GKP) und erzählen Sie sich gegenseitig davon.“*

*Jede*r hat fünf Minuten Zeit. Achten Sie als zuhörende Person bitte darauf, ausreden zu lassen. Bewerten Sie bitte das Gesprochene nicht und geben Sie keine Ratschläge. Natürlich können Sie Verständnisfragen stellen.“*

Die Erfahrungen aus der Murmelgruppe können anschließend in der gesamten Trainingsgruppe gesammelt werden. Dazu wird jede*r Teilnehmende gebeten, kurz darzustellen, was er*sie aus der Murmelgruppe persönlich mitgenommen hat.

* siehe Onlinetipp „Murmelgruppe“

1.4 Das SPIKES-Modell

15 Minuten

Zu Beginn des Gesprächs mit Patient*innen ist es äußerst wichtig, diese inhaltlich sowie emotional abzuholen und sich über den Wissensstand und das Verständnis des*der Patient*in bezüglich der aktuellen Krankheitssituation zu orientieren. Bei der Mitteilung der schlechten Nachrichten ist verständliche und kurze Kommunikation in einfacher Sprache unerlässlich. Daran anschließend ist es hilfreich, eine Pause zu machen und dem*der Patient*in Raum für Fragen und zum Ausdruck von Gefühlen zu ermöglichen. Zum Abschluss des Gesprächs sollten mit dem*der Patient*in eine konkrete Perspektive für das weitere Vorgehen sowie ein verbindlicher nächster Kontakt vereinbart werden. Ein Modell, welches diese übergeordneten Aspekte in die Kommunikation mit Patient*innen berücksichtigt und daher als Orientierung und zur Strukturierung des Gesprächs dienen kann, ist das "SPIKES-Modell".

Das Akronym SPIKES setzt sich folgendermaßen zusammen:

Setting	steht für einen sicheren Gesprächsrahmen.
Perception	steht für den Wissensstand des*der Patient*in bezüglich der aktuellen Krankheitssituation.
Invitation	steht für das Einverständnis des*der Patient*in jetzt über die Diagnose zu besprechen.
Knowledge	steht für die kurze und verständliche Vermittlung der Informationen.
Empathy	steht für Emotionen und Einfühlung.
Strategy	steht für gemeinsame Planung und Festlegung des konkreten weiteren Vorgehens.
Summary	steht für das Zusammenfassen der wichtigsten Punkte des Gesprächs.

a. Sammeln des Vorwissens

- Die Teilnehmenden finden sich in ihrer Murmelgruppe zusammen und besprechen ihr Vorwissen.
- Was macht solche Gespräche schwierig?
 - Was sind hilfreiche Strategien?

b. Strukturieren der Gesprächselemente

Schreiben sie die Beiträge der Teilnehmenden sortiert zu den Elementen des SPIKES-Modells auf das Flipchart. Dadurch wird klar, dass die Teilnehmenden schon viele Elemente aus Diagnose- und Befundgesprächen kennen. Das SPIKES-Modell gibt diesen Elementen eine Struktur.

c. Wissensvermittlung

Die Teilnehmenden erhalten die Handouts zum SPIKES-Modell. Ergänzen Sie die Elemente, die von den Teilnehmenden eventuell noch nicht genannt wurden.

Rollenspiel 1: Ärzt*in → SIM**Rollenspiel 2:** GKP → SIM

Rolle: Patient*in mit metast. Colon-Carcinom, Diagnosebesprechung ‘best supportive care’

Inhaltliche Kurzbeschreibung:

Ein*e Patient*in mit hepatisch metastasiertem Colon-Ca, Erstdiagnose vor 3 Jahren, Z.n. Hemicolektomie und adjuvanter Chemotherapie wurde wegen Symptomverschlechterung stationär aufgenommen. Trotz mehrfacher Umstellung der Therapie war es zu einem Progress gekommen. Gemäß Empfehlung des Tumorboards besteht keine Heilungschance mehr. Der*die Patient*in wird in absehbarer Zeit an ihrem Krebs versterben. Diese Empfehlung muss im ersten Rollenspiel von dem*der Ärzt*in vermittelt werden.

Im zweiten Rollenspiel hat der*die Patient*in nach der ärztlichen Diagnosebesprechung Nachfragen an das pflegende Personal.

Modell: SPIKES (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy & Summary)

a. Vorbereitung (20 Minuten)

- zum Rollenspiel ermutigen, Hemmschwellen nehmen
- zwei Teilnehmende festlegen, welche die ärztliche bzw. GKP-Rolle übernehmen
- Zeitrahmen definieren (max. 20 min)
- eventuell Timeout-Regel und Unterbrechen thematisieren
- Reihenfolge des Feedbacks definieren: Rollenspieler*in > Beobachter*in > SIM
- an Feedbackregeln erinnern
- ggfls. Beobachtungsaufgaben verteilen (SPIKES, nonverbaler Ausdruck, Umgang mit Emotionen, Verständlichkeit und Inhalt etc.)
- Instruktion und „Infoblatt Behandlungsfall“ vorlesen und Verständnisfragen klären

Viele der Instruktionen werden sich bei den einzelnen Rollenspielen wiederholen. Trotzdem ist es wichtig, gegenüber den Teilnehmenden an die Regeln zu erinnern, da sie Teil des sicheren und schützenden Rahmens für das Ausprobieren sind. Ermutigen Sie zur Fehlertoleranz und fördern Sie als Trainer*in Offenheit für Neues: Ausprobieren und Üben ist die einzige Möglichkeit, neue Fertigkeiten zu erlernen bzw. bereits erlernte Fertigkeiten zu überprüfen.

Wenn sich von den Teilnehmenden niemand freiwillig für die Rollenspiele meldet, kann ein Dialog zur Klärung der Motivation und der Ziele helfen. Auch der Simulationscharakter der Rollenspiele kann betont werden, bspw. durch den Vergleich eines Rollenspiels mit einer praktischen Übung beim Erste-Hilfe-Training:

Wie im Erste-Hilfe-Training ist die Übungssituation ist fiktiv. Fehler können und dürfen ohne negative Konsequenzen passieren. Es wird an einer Puppe wiederholt geübt, um Ablaufroutinen zu lernen. Alle wissen, dass die Puppe, die wiederbelebt wird, kein*e echte*r Patient*in ist, aber alle machen mit. Genau das ist das Rollenspiel. In Momenten seelischer Not muss auch Hilfe geleistet werden. Das Training dient dazu, für solche Momente einen „Notfallkoffer“ bereitzustellen.

In allen Gruppen gilt: „Bei Rollenspielen geht es nicht um richtig oder falsch, sondern darum, Erfahrungen zu machen und Dinge auszuprobieren.“

Für die beiden Rollenspiele sollten zwei Personen ausgewählt werden, die die ärztliche und pflegerische Rolle übernehmen. Falls sich die Teilnehmenden für die Rollenspiele Unterstützung wünschen, kann vereinbart werden, dass die Teilnehmenden das Rollenspiel jederzeit unterbrechen und die Gruppe um Hilfe fragen können, wenn sie nicht weiterwissen.

Jedes Rollenspiel sollte 20 Minuten nicht überschreiten, damit ausreichend Zeit für die Auswertung in der Gruppe vorhanden ist. Meist zeigen sich typische Interaktionsprobleme schon nach wenigen Minuten. Für die Auswertung können einzelne Beobachtungsaufgaben an die Teilnehmenden verteilt werden. Dazu gehören beispielsweise Einhalten des SPIKES-Modells, allgemeiner verbaler und nonverbaler Ausdruck, Umgang mit den Emotionen des*der Patient*in, Verständlichkeit des Ausdrucks und dessen Inhalt. Für die Beobachtungsaufgaben sollten die Rückmeldungen mit Hilfe der Beobachtungsbögen schriftlich dokumentiert werden (siehe Trainingsmaterialien). Dies führt i.d.R. zu einer nachhaltigeren Aktivierung und Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmenden. Bei der Reihenfolge des Feedbacks soll sich zuerst der*die Rollenspieler*in äußern, anschließend Beobachtende, zum Schluss äußert sich die SIM.

Das „Infoblatt Behandlungsfall“ sowie die Rollenspielinstruktionen werden gemeinsam durchgegangen. Um den Fokus auf Rollenspiel 1 und 2 zu lassen, sollten die Materialien vor dem entsprechenden Spiel durchgegangen werden („Infoblatt Behandlungsfall“, „Modul 1: Rollenspielinstruktion Ärzt*in“ und „Modul 1: Rollenspielinstruktion GKP“). Verständnisfragen sollten vor dem Rollenspiel geklärt sein. Die Moderationstechniken des*der Trainer*in sind allen Teilnehmenden ebenfalls bekannt und klar in ihrer Anwendung.

Vor Trainingsbeginn muss sichergestellt sein, dass die SIM das Skript gelesen und verstanden hat. Die Techniken zur Moderation sind ihr bekannt und mit ihr vereinbart. Sie kennt ihre Aufgaben sowie ihren Handlungsrahmen.

b. Rollenspiel 1 „Diagnosemitteilung“ mit Feedback (45 Minuten)

Wichtiges, zentral steuerndes Lernelement ist das Multisource-Feedback. Das bedeutet für die Rollenspielernden, dass sie die Lerneinheit zunächst mit einer Anregung zur Selbstreflexion bzw. zur Verhaltensveränderung abschließen, die von konstruktiver Wertschätzung aus der Gruppe der Teilnehmenden begleitet wird. Auch wird erneut betont, dass es sich um eine Übung handelt und es kein Richtig oder Falsch gibt. Verbesserungsvorschläge sind kein Angriff auf die Person oder ein Infrage stellen ihrer Kompetenz. Konstruktive Kritik ist notwendig für Veränderungen.

Nach dem Feedback können einzelne Gesprächssequenzen mit der SIM erneut gespielt werden um Änderungsvorschläge, die sich aus dem Feedback ergeben haben, umzusetzen und zu erproben. Das bietet sich an, wenn genügend Zeit vorhanden ist. Beide Rollenspiele haben je 45 Minuten zur Verfügung, die gleichmäßig genutzt werden sollten.

c. Rollenspiel 2 „Diagnoseerläuterung“ mit Feedback (45 Minuten)

Vor dem zweiten Rollenspiel sollten Probleme, die in der Gruppe beim ersten Rollenspiel aufgetreten sind, thematisiert werden. Auch beim zweiten Rollenspiel gelten die gleichen Regeln. Diese sollte möglichst nochmals kurz wiederholt werden. Je vertrauter die Gruppe mit der Arbeit mit Rollenspielen wird, desto mehr können bei den weiteren Rollenspielen SIM-Moderationstechniken (Freeze, Vorspulen, Rückspulen etc.) zur Anwendung kommen, um gezielt an einzelnen Verhaltenselementen (Interaktionssequenzen) zu arbeiten. Dies ist für den Lernerfolg besonders gewinnbringend.

1.6 Abschluss

40 Minuten

Mit Abschluss des ersten Moduls entsteht die Möglichkeit dafür zu sorgen, dass sich alle Teilnehmenden gesehen und gehört fühlen – ein wichtiges Gefühl, um niemanden auf dem Weg zu Modul 2 zu verlieren. Darüber hinaus ermöglicht ein gelungener Abschluss eine Festigung der bis hierher gelegten Grundlagen. Alles, was zum jetzigen Zeitpunkt unklar ist, überträgt sich auf die folgenden Module. Die erarbeiteten Inhalte sollten bei den Teilnehmenden präsent und Unklarheiten beseitigt sein. Im Verlauf des Moduls aufgetretene Schwierigkeiten im Gruppenprozess können an dieser Stelle nochmals thematisiert werden. Methoden wie „Blitzlicht“ oder alternativ „Kofferpacken“ eignen sich, um die gesamte Gruppe miteinzubeziehen und einen gelungenen Abschluss zu gestalten. Danach ist es an der Zeit, eine Überleitung zu Modul 2 zu schaffen und die hierfür relevanten Inhalte zu bahnen.

a. Reflexion

Die Methode „Blitzlicht“ stellt eine Möglichkeit dar, um die Ereignisse und Erkenntnisse des Tages noch einmal aufleuchten zu lassen:

*„Wie geht es Ihnen am Ende des heutigen Tages? Mit welchem Gefühl gehen Sie nach Hause?
Bitte geben Sie eine kurze Rückmeldung“*

Eine weitere Methode, um die gesammelten Erkenntnisse zu bündeln ist das Kofferpacken (alternativ Kofferreflexion):

„Überlegen Sie sich eine wichtige Erkenntnis, die Sie mit nach Hause nehmen und notieren Sie diese auf einer Moderationskarte. Bitte heften Sie die Karte an die Wand.“

* siehe Onlinetipp „Kofferpacken“

b. Überleitung zu Modul 2

Nach dem Rückblick auf das erste Modul lohnt es sich, auch einen Blick nach vorn zu werfen. Schaffen Sie eine Überleitung für das nächste Modul:

*„Im nächsten Modul werden wir den*die Patient*in wiedersehen und uns damit beschäftigen, wie die Diagnose, die wir übermittelt haben, in ihm*ihr weitergearbeitet hat.“*

Arbeitsmaterialien Modul 1

	Anhang Seite
1.1 Einstieg	
Poster „Feedback geben“	57
1.4 Das SPIKES-Modell	
Handout SPIKES-Modell	62
1.5 Das Rollenspiel	
Rollenskript für die SIM	67f
Infoblatt Behandlungsfall	71
Rollenspielinstruktion Ärzt*in	72
Rollenspielinstruktion GKP	75
Beobachtungsbogen I	58
Beobachtungsbogen II	59
1.6 Abschluss	
Evaluationsbogen	60f

Literatur

- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A. & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES - A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Barth, J. & Lannen, P. (2011). Efficacy of Communication Skills Training Courses in Oncology: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Oncology*, 22(5), 1030–1040. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq441>
- Cegala, D. J. (2003). Patient Communication Skills Training: A Review with Implications for Cancer Patients. *Patient Education and Counseling*, 50(1), 91–94. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00087-9](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00087-9)
- Dean, A. & Willis, S. (2016). The Use of Protocol in Breaking Bad News: Evidence and Ethos. *International Journal of Palliative Nursing*, 22(6), 265–271. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.6.265>
- Dieckmann, P., Rall, M., Eich, C., Schnabel, K., Jünger, J. & Nikendei, C. (2008). Rollenspiel als wesentliches Element bei Simulationsverfahren in der Medizin. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 102(10), 642–647. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2008.11.020>
- Finset, A., Ekeberg, Ø., Eide, H. & Aspegren, K. (2003). Long Term Benefits of Communication Skills Training for Cancer Doctors. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioural Dimensions of Cancer*, 12(7), 686–693. <https://doi.org/10.1002/pon.691>
- Kaplan, M. (2010). SPIKES: A Framework for Breaking Bad News to Patients with Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 514–516. <https://doi.org/10.1188/10.CJON.514-516>
- Liénard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J., Etienne, A. M., Klastersky, J., Reynaert, C., Scalliet, P., Slachmuylder, J. L. & Razavi, D. (2006). Factors that Influence Cancer Patients' Anxiety Following a Medical Consultation: Impact of a Communication Skills Training Programme for Physicians. *Annals of Oncology*, 17(9), 1450–1458. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdl142>
- Macke, G., Hanke, U. & Viehmann, P. (2008). Hochschuldidaktik. *Lehren, vortragen, prüfen*. Beltz.
- Merckaert, I., Libert, Y. & Razavi, D. (2005). Communication Skills Training in Cancer Care: Where are We and Where are We Going? *Current Opinion in Oncology*, 17(4), 319–330. <https://doi.org/10.1097/01.cco.0000167737.72196.f9>
- Ortwein, H., Fröhmel, A. & Burger, W. (2006). Einsatz von Simulationspatienten als Lehr-, Lern- und Prüfungsform. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56(01), 23–29. <https://doi.org/10.1055/s-2005-867058>
- Peters, T. & Thrien, C. (2018). *Simulationspatienten: Handbuch für die Aus- und Weiterbildung in medizinischen und Gesundheitsberufen*. Hogrefe.
- Seifart, C., Hofmann, M., Bär, T., Knorrenschild, J. R., Seifart, U. & Rief, W. (2014). Breaking Bad News – What Patients Want and What They Get: Evaluating the SPIKES Protocol in Germany. *Annals of Oncology*, 25(3), 707–711. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt582>

MODUL 2

UMGANG MIT BELASTENDEN
EMOTIONEN

MODUL 2: UMGANG MIT BELASTENDEN EMOTIONEN

Einführung ins Thema

In Modul 2 geht es um den Umgang mit Emotionen, die belastend, herausfordernd oder irritierend sind und die bei Patient*innen durch die Konfrontation mit der konkreten Möglichkeit des eigenen Sterbens entstehen können. Der Fall aus Modul 1 wird fortgeführt. Nach der Diagnosemitteilung in Modul 1 klagt der*die Patient*in wenig später über Unruhe und Brustdruck. Neben der medizinischen Klärung der Situation besteht im zweiten Rollenspiel die Aufgabe darin, den*die Patient*in zu beruhigen und mit ihr über ihr aktuelles Erleben zu sprechen. Der Fokus liegt auf der möglichen Auseinandersetzung des*der Patient*in mit dem Tod und ihrem Sterben. Die Teilnehmenden sollen zur Wahrnehmung ihrer eigenen Emotionen während des Rollenspiels angeregt werden.

Das Kommunikationsmodell NURSE thematisiert Gesprächstechniken, die im Umgang mit Emotionen hilfreich sein können. Die didaktischen Elemente sind wie in Modul 1 die interaktive Erarbeitung der wesentlichen Inhalte, die praktische Anwendung im Rollenspiel, die Arbeit mit Simulationspersonen (SIM), Feedback- und Kleingruppenmoderation und die angeleitete Selbstreflexion.

Übersicht

	Inhalt	Ziel	Material/Methode	Min.
2.1	Einstieg			10
a.	Begrüßung	Die TN kommen an und fühlen sich willkommen.		
b.	Organisatorisches	Die organisatorischen Rahmenbedingungen sind allen TN klar.		
c.	Rückblick Modul 1	Evtl. vorhandene offene Fragen zu Modul 1 wurden geklärt.		
d.	Agenda für Modul 2	Die TN kennen Ziele und Ablauf von Modul 2.	Handout Agenda	
e.	Thematischer Einstieg	Die Gruppe ist arbeitsbereit und hat einen Einstieg ins Thema gefunden.	Step-in-the-Circle	
2.2	Vorerfahrungen			10
a.	Aktivieren des Vorwissens	Jede*r TN hat über hilfreiche Strategien im Umgang mit Emotionen reflektiert und diese notiert.	Kartenabfrage Moderationskarten, Stifte, Klebeband	
b.	Sammeln und Reflektieren	Die Karten mit den hilfreichen Strategien sind für alle sichtbar aufgehängt und werden gemeinsam reflektiert.		
2.3	Das NURSE-Modell			10
a.	Strukturieren des Vorwissens	Die hilfreichen Strategien beim Umgang mit Emotionen sind in die Systematik des NURSE-Modells eingeordnet.	Flipchart Handout NURSE-Modell	
b.	Wissensvermittlung	Die TN kennen das NURSE-Modell.	Kurzvortrag	
2.4	Rollenspiele			70
a.	Vorbereitung der Rollenspiele	Die TN fühlen sich zum Rollenspiel ermutigt und kennen die Rahmenbedingungen. Die Beobachtenden wissen, welche Aspekte sie beachten sollen. Die TN haben Klarheit über die ärztl.- und GKP-Rollenspielinstruktion.	SIM SIM-Rollenskript Beobachtungsbogen 2 Stühle Instruktionen Rollenspiel Ärzt*in bzw. GKP	5
b.	Rollenspiel 1: Emotionen mit Feedback	Die TN haben eine Erfahrung mit der praktischen Anwendung des NURSE-Modells in der ärztlichen Rolle gemacht.	Ärzt*in – Patient*in	30
c.	Rollenspiel 2: Emotionen mit Feedback	Die TN haben eine Erfahrung mit der praktischen Anwendung des NURSE-Modells in der GKP-Rolle gemacht.	GKP – Patient*in	30
d.	Reflexion	Gemeinsame Reflexion über die gewonnenen Erkenntnisse und die interprofessionelle Dimension		5
2.5	Abschluss Modul 2			20
a.	Reflexion	Die TN sind sich bewusst über die Erkenntnisse, die sie aus Modul 2 mitnehmen.	Blitzlicht	10
b.	Überleitung Modul 3	Die TN kennen die Inhalte und ihre Hausaufgabe zur Vorbereitung von Modul 3.		5
c.	Evaluation		Evaluationsbogen	5

Elemente von Modul 2

2.1 Einstieg

10 Minuten

a. Begrüßung

b. Organisatorisches

Die im Modul 1 unter Punkt 1.1 c. beschriebenen organisatorischen Punkte wie Pausen, Verpflegung oder Feedbackregeln werden kurz thematisiert.

c. Rückblick Modul 1

Die Teilnehmenden haben die Möglichkeit Fragen zu stellen, die möglicherweise in der Zeit zwischen Modul 1 und 2 aufgekommen sind.

d. Agenda für Modul 2 (Lernziele)

Die Teilnehmenden

- schaffen im Gespräch Raum für die Perspektive und die Emotionen des*der Patient*in, gegebenenfalls auch für die der Angehörigen.
- können die Emotionen der Gesprächsteilnehmenden ansprechen, benennen, explorieren und bei der Bewältigung unterstützen.
- können in herausfordernden Situationen eigene Emotionen und die der Patient*innen/Angehörigen unterscheiden.

e. Thematischer Einstieg

Wie in Modul 1 stellen sich die Teilnehmenden im Kreis auf und treten in den Kreis, wenn sie einer Aussage zustimmen. Alternativ können diese Fragen auch im Gruppengespräch erörtert werden.

Mögliche Fragen für die Modul 2-Runde sind:

Bei wichtigen Diagnose- und Befundgesprächen

... *habe ich einen klaren Plan, wie ich vorgehen kann.*

... *habe ich manchmal ein Unwohlsein, weil ich die Angst und Sorgen der Patient*innen spüre.*

... *finde ich es gut, wenn mehrere Teammitglieder / die Pflege mit involviert sind/ist.*

... *nehme ich mir vor, die Gefühle an mir abprallen zu lassen.*

... *finde ich den Umgang mit den Emotionen des*der Patient*in am schwierigsten.*

... *finde ich den Umgang mit meinen eigenen Emotionen am schwierigsten.*

... *ist mir die Beteiligung von Angehörigen wichtig.*

* siehe Onlinetipp „Step-in-the-Circle“

2.2 Aktivieren der Vorerfahrungen

10 Minuten

a. Aktivieren des Vorwissens

In einem ersten Schritt kommen die Teilnehmenden über das Thema „Emotionen“ ins Gespräch, damit dann mit einem gemeinsamen Verständnis der Thematik weitergearbeitet werden kann.

So kann ein kurzes Brainstorming durchgeführt werden. Dies kann in der Gruppe mit allen Teilnehmenden geschehen. Eine andere Möglichkeit ist, zwei Gruppen zu bilden, die immer abwechselnd je ein positives und ein negatives Gefühl benennen.

*„Welche Emotionen – bei Patient*innen oder bei sich selbst – kennen Sie?
Was macht eine Emotion schwierig oder belastend?“*

Im zweiten Schritt können die Emotionen zum vorliegenden Fallbeispiel gesammelt werden.

*„Welche Emotionen sind in dem Fallbeispiel von Herrn/Frau Reuber vorhanden?
Welche bei dem*der Patient*in und welche bei den Behandelnden?“*

*„Was wären hilfreiche Strategien im Umgang mit Emotionen des*der Patient*in Herr/Frau Reuber?
Welche Form des Umgangs hat sich für Sie im klinischen Alltag bewährt?“*

Es ist auch möglich sich vom Fallbeispiel zu lösen und eigene Erfahrungen der Teilnehmenden aus der klinischen Praxis aufzugreifen. Ziel ist, eine Sammlung an Emotionen und Strategien des Umgangs damit zu erstellen.

Die Teilnehmenden schreiben ihre Antworten einzeln auf die Karten. Es können so viele Karten genommen werden, wie benötigt. Die Karten werden anschließend für alle sichtbar aufgehängt. Sie werden unter Punkt 2.3 dem NURSE-Modell zugeordnet, so dass nur noch die Lücken geschlossen werden müssen.

b. Sammeln und Reflektieren

Die Teilnehmenden reflektieren in der Gruppe darüber, was solche Gespräche schwierig macht und welche hilfreichen Strategien sie schon kennen. Dabei geht es auch darum, die Emotionen des*der Patient*in und die eigenen Emotionen (Mitleid, Mitgefühl, Empathie, eigene Angst vor Krankheit, Leid und Tod, Wunsch, Situationen zu vermeiden, die unangenehme Gefühle beim Gegenüber auslösen) wahrzunehmen und zu unterscheiden.

* siehe Onlinetipp „Reflexion“

2.3 Das NURSE-Modell

10 Minuten

Patient*innen erleben eine Krebserkrankung als existenzielle Bedrohung. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod und Sterben löst starke Emotionen aus, manchmal auch erst zeitverzögert. Besonders in Situationen, in denen Diagnosen/Behandlungsergebnisse mitgeteilt werden, ist dies der Fall. Als Behandler*in ist es wichtig, im Gespräch Raum für diese Auseinandersetzung und die damit verbundenen Emotionen zu schaffen², denn unberücksichtigt können sie den gesamten weiteren Gesprächsverlauf erschweren und eine gelingende Kommunikation über das weitere Vorgehen behindern. Dabei gilt es, in der Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit sowohl die Perspektive auf die Begrenztheit und Bedrohlichkeit der Krankheitssituation zu richten, als auch eine Perspektive mit Sinn und Hoffnungsaspekten aufrechtzuerhalten (double awareness³).

Eine Möglichkeit, solche schwierigen Gespräche zu strukturieren, ist das NURSE-Modell.

Naming	steht für das Benennen der Emotionen des*der Patient*in, aber auch das Benennen der eigenen Gefühle.
Understanding	steht für ein wertschätzendes Spiegeln der Emotionen des*der Patient*in.
Respecting	steht für das respektvolle, verbale und nonverbale Akzeptieren der Emotionsausdrücke des*der Patient*in, unabhängig davon, ob man selber genauso empfinden würde.
Supporting	steht für das Angebot von Unterstützung in der aktuellen Situation.
Exploring	steht für die Möglichkeit des*der Behandelnden, weitere Fragen zu stellen, falls er*sie sich noch nicht sicher ist, in welchem emotionalen Zustand des*der Patient*in sich wirklich befindet.

² Weiterführende Literatur findet sich bei Kafetsios et al. (2015), Neumann et al. (2007) und Street et al. (2009).

³ Das Konzept der Double Awareness wird beschrieben bei Colosimo et al. (2018).

a. Strukturieren des Vorwissens

Ordnen Sie die Beiträge der Teilnehmenden den Elementen des NURSE-Modells auf dem Flipchart zu. Dadurch wird klar, dass die Teilnehmenden schon viele Elemente aus dem Umgang mit Emotionen kennen. Das NURSE-Modell gibt diesen Elementen eine Struktur.

b. Wissensvermittlung

Die Teilnehmenden erhalten die Handouts zum NURSE-Modell. Eventuelle Lücken werden sichtbar und können gemeinsam ergänzt werden.

2.4 Die Rollenspiele

70 Minuten

Rollenspiel 1: Ärzt*in → SIM

Rollenspiel 2: GKP → SIM

Rolle: Patient*in mit metast. Colon-Carcinom, Umgang mit belastenden Emotionen

Inhaltliche Kurzbeschreibung:

Der*die Ärzt*in auf Station wird informiert, dass ein*e Patient*in über starke Unruhe und Druckgefühle in der Brust klagt. Ein solcher Zustand trat bereits gestern auf. Die zügig eingeleitete entsprechende somatische Diagnostik war bisher ohne Befund. Da seine*ihre fortgeschrittene Krebserkrankung nicht weiter behandelt wird, ist der*die Patient*in sehr belastet. Das Gespräch findet im Patient*innenzimmer statt.

Das zweite Rollenspiel mit GKP und dem*der Patient*in beruht darauf, dass gerade kein*e Ärzt*in verfügbar ist, als der*die Patient*in mit den Beschwerden klingelt.

In diesem Modell ist es nicht wichtig, in welcher Reihenfolge die Szenarien gespielt werden.

Modell: NURSE (Naming, Understanding, Respecting, Supporting, Exploring)

a. Vorbereitung (siehe auch grundsätzliche Anleitungen zur Durchführung im Modul 1)

- Festlegung zweier Teilnehmender für die Rollenspiele
- kurze Wiederholung von Zeitrahmen, Timeout, Ablauf, Feedback (siehe Modul 1)
- Die Instruktion für das Rollenspiel wird vor der Gruppe verlesen.
- Die Beobachtungsbögen werden verteilt und kurz erläutert.
- Verständnisfragen
- Mit dem*der Teilnehmenden, welche*r die ärztliche- oder die GKP-Rolle übernimmt, wird vor Beginn geklärt, was er*sie selber im Rollenspiel ausprobieren möchte. Dabei benennt er*sie selbst den gewählten Schwerpunkt der Betrachtung.

Die Erfahrungen und Wünsche aus Modul 1 können in die Gestaltung der Rollenspiele übernommen werden.

b. 1. Rollenspiel „Emotionen“ (Ärztl. TN oder GKP) und Feedback

c. 2. Rollenspiel „Emotionen“ (Ärztl. TN oder GKP) und Feedback

* siehe Onlinetipp „Rollenspiel“

d. Reflexion

Gemeinsame Reflexion über die gewonnenen Erkenntnisse und die interprofessionelle Dimension als Vorbereitung für die folgenden Module.

* siehe Onlinetipp „Reflexion“

a. Reflexion

Blitzlicht

*„Was ist für mich persönlich die wichtigste Erkenntnis aus diesem Modul?“**„Was möchte ich auf jeden Fall mitnehmen in meinen beruflichen Alltag?“***b. Überleitung zu Modul 3**

Je nach gewähltem Format kann es Sinn machen, die Teilnehmenden schon an dieser Stelle zu bitten, sich einen Fall für die interprofessionelle Fallbesprechung zu überlegen, die in Modul 4 durchgeführt wird.

„Überlegen Sie sich eine schwierige Gesprächssituation mit einem*einer Patient*in, der*die bei Ihnen aktuell auf Station in Behandlung ist, und die Sie mit Ihren Kolleg*innen besprechen wollen.“

c. Evaluation**Arbeitsmaterialien Modul 2**

	Anhang Seite
2.1 Einstieg	
Poster „Feedback geben“	57
2.3 Das NURSE-Modell	
Handout NURSE-Modell	63
2.4 Rollenspiel	
Rollenskript für die SIM	70
Infoblatt Behandlungsfall	71
Rollenspielinstruktion Ärzt*in	73
Rollenspielinstruktion GKP	76
Beobachtungsbogen I	58
Beobachtungsbogen II	59
2.5 Abschluss	
Evaluationsbogen	60f

Literatur

- Bailey, S.-J. & Cogle, K. (2018). *Talking about Dying: How to Begin Honest Conversations about What Lies Ahead*. Abgerufen 13.03.2023 von <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/talking-about-dying-how-begin-honest-conversations-about-what-lies-ahead>
- Colosimo, K., Nissim, R., Pos, A. E., Hales, S., Zimmermann, C. & Rodin, G. (2018). "Double awareness" in Psychotherapy for Patients Living with Advanced Cancer. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28, 125–140. <https://doi.org/10.1037/int0000078>
- Ekberg, S., Parry, R., Land, V., Ekberg, K., Pino, M., Antaki, C., Jenkins, L. & Whittaker, B. (2021). Communicating with Patients and Families about Illness Progression and End of Life: A Review of Studies Using Direct Observation of Clinical Practice. *BMC Palliative Care*, 20(1), 186. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00876-2>
- Heyland, D. K., Dodek, P., You, J. J., Sinuff, T., Hiebert, T., Tayler, C., Jiang, X., Simon, J. & Downar, J. (2017). Validation of Quality Indicators for End-of-Life Communication: Results of a Multicentre Survey. *Canadian Medical Association Journal*, 189(30), E980–E989. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160515>
- Kafetsios, K., Hantzara, K., Anagnostopoulos, F. & Niakas, D. (2016). Doctors' Attachment Orientations, Emotion Regulation Strategies, and Patient Satisfaction: A Multilevel Analysis, *Health Communication*, 31(6), 772–777. <https://doi.org/10.1080/10410236.2014.993497>
- Käsler-Heide, H. (2013). *Diagnose: Tod und Sterben: Gespräche mit unheilbar Kranken, Angehörigen und Hinterbliebenen*. Springer.
- Neumann, M., Wirtz, M., Bollschweiler, E., Mercer, S. W., Warm, M., Wolf, J. & Pfaff, H. (2007). Determinants and Patient-Reported Long-Term Outcomes of Physician Empathy in Oncology: A Structural Equation Modelling Approach. *Patient Education and Counseling*, 69(1–3), 63–75. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.07.003>
- Seifart, C., Nagelschmidt, K. & von Blanckenburg, P. (2020). Barrieren für Gespräche über Tod und Sterben in der Medizin. *Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie AINS*, 55(5), 334–339. <https://doi.org/10.1055/a-1002-8080>
- Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K. & Epstein, R. M. (2009). How Does Communication Heal? Pathways Linking Clinician-Patient Communication to Health Outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>

MODUL 3

INTERPROFESSIONELLE
ÜBERGABE

MODUL 3: INTERPROFESSIONELLE ÜBERGABE

Einführung ins Thema

In diesem Modul geht es um interprofessionelle Kommunikation als Mitglieder eines Stationsteams am Beispiel der Übergabe. Der Behandlungsfall aus den Modulen 1 und 2 wird fortgeführt. Nach dem Gespräch mit dem*der Patient*in in Modul 2 sollen nun auf Station die wesentlichen Informationen bezüglich dieses Gesprächs wechselseitig in der Übergabe zwischen GKP und Ärzt*in weitergegeben werden. Der Fokus liegt auf der kurzen, strukturierten Übergabe, deren Funktion es ist, alle wesentlichen kontextrelevanten Informationen in der Patient*innenversorgung zu übermitteln.

Da die Praxis der Übergabe auf Stationen unterschiedlich gehandhabt wird, sollen die Vorerfahrungen der Teilnehmenden mit der Weitergabe von Informationen bzw. Übergaben auf der eigenen Station thematisiert werden. Als mögliches Modell für eine Übergabe wird danach das ISBARR-Modell vorgestellt und mit diesem Modell im Training geübt. Die didaktischen Elemente sind wie im Modul 1 und 2 das Anleiten eines Rollenspiels, Feedback und ggfls. Kleingruppenmoderation.

Übersicht

	Inhalt	Ziel	Material/Methode	Min.
3.1	Einstieg			10
a.	Begrüßung	Die TN kommen an und fühlen sich willkommen.		
b.	Organisatorisches	Die organisatorischen Rahmenbedingungen sind allen TN klar.	Flipchart / Stifte	
c.	Rückblick Modul 1 & 2	Rekapitulation des bisher Gelernten.		
d.	Agenda für Modul 3	Die TN kennen Ziele und Ablauf von Modul 3.	Handout Agenda	
3.2	Vorerfahrungen			10
	Aktivieren des Vorwissens	Die Gruppe beschreibt den üblichen Ablauf der Übergabe auf ihrer Station und reflektiert die aktuelle Praxis.		
3.3	Das ISBARR-Modell			5
	Wissensvermittlung	Die TN kennen das ISBARR-Modell.	Handout ISBARR	
3.4	Rollenspiele „Interprofessionelle Übergabe“			75
a.	Vorbereitung	Vorstellung der Rollenspielsituation.		5
b.	Strukturieren der Übergabeinformationen	Die TN haben die Informationen auf dem Arbeitsblatt eingetragen.	Einzelaufgabe: ISBARR-Arbeitsblatt	5
c.	1. Rollenspiel	Die TN haben eine Erfahrung mit der praktischen Anwendung des ISBARR-Modells gemacht.	Instruktion Ärzt*in	30
d.	2. Rollenspiel	Die TN haben eine Erfahrung mit der praktischen Anwendung des ISBARR-Modells gemacht.	Instruktion GKP	30
e.	Reflexion	Gemeinsame Reflexion über die gewonnenen Erkenntnisse aus den Rollenspielen		5
3.5	Abschluss Modul 3			20
a.	Reflexion/ Tagesevaluation/ Blitzlicht	Die TN sind sich bewusst über die Erkenntnisse, die sie aus Modul 3 mitnehmen.	Flipchart	10
b.	Überleitung zu Modul 4	Die TN kennen ihre Hausaufgabe zur Vorbereitung von Modul 4.		5
c.	Formale Evaluation		Evaluationsbogen	5

Elemente von Modul 3

3.1 Einstieg

10 Minuten

a. Begrüßung

b. Organisatorisches

Die im Modul 1 unter Punkt 1.1 c. beschriebenen organisatorischen Punkte wie Pausen, Verpflegung oder Feedbackregeln werden kurz thematisiert.

c. Rückblick auf die Module 1 & 2

Da jetzt thematisch von der Kommunikation mit Patient*innen zur kollegialen Kommunikation gewechselt wird, ist hier die Gelegenheit, letzte Fragen und Anmerkungen zu den Modulen 1 und 2 zu machen.

d. Agenda für Modul 3

Die Teilnehmenden können als Mitglieder eines Teams wertschätzend und respektvoll miteinander kommunizieren. Sie können relevante Informationen für die gemeinsame Behandlung von Patient*innen vollständig kommunizieren. Dabei berücksichtigen sie den situativen Kontext und das Verständnis ihres Gegenübers.

3.2 Aktivieren der Vorerfahrungen

10 Minuten

Aktivieren des Vorwissens

Die Teilnehmenden berichten, wie aktuell auf ihrer Station Übergaben durchgeführt werden und wie ihre Erfahrungen damit sind. Was kennzeichnet die Situation aus den Perspektive der jeweiligen Berufsgruppe? Was funktioniert gut und wo gibt es ggfls. Veränderungsbedarf?

Ziel ist es, einen kurzen Überblick über die bisherig praktizierten Formen und Erfahrungen zur Übergabe zu erhalten bzw. eine Bedarfsklärung durchzuführen. Das ISBARR-Modell wird angekündigt als eine Möglichkeit, die Übergabesituation auf Station strukturiert zu gestalten.

3.3 Das ISBARR-Modell

5 Minuten

Das SBAR-Modell wurde ursprünglich im Militär entwickelt, um Informationen sicher im Team zu kommunizieren. Es wird mittlerweile aber auch erfolgreich im Medizinsystem verwendet. Es dient dazu, anhand des Akronyms die weiterzugebenden Informationen vorab zu strukturieren, sodass im Moment der Übergabe klar und knapp kommuniziert werden kann. Durch diese Vorbereitung, die Klarheit und die geschlossene Kommunikation sollen Fehler in der Informationsvermittlung vermieden werden. Die Standardisierung durch die Anwendung des Modells fördert außerdem eine nicht-hierarchische Kommunikation.

Im Gesundheitswesen ist die Verwendung der modifizierten Version ISBARR üblich, die wir auch für das Training empfehlen. Die zusätzliche Feedbackschleife am Ende (Readback) dient in besonderem Maße der Patient*innensicherheit.

Das Akronym ISBARR setzt sich folgendermaßen zusammen:

Identification	steht für die Identifizierung des*der Patient*in und der eigenen Person und Rolle.
Situation	steht für die aktuelle Situation.
Background	steht für die notwendigen Hintergrundinformationen.
Assessment	steht für die Einschätzung der Situation, die die übergebende Person aus ihrer Funktion heraus vorgenommen hat.
Recommendation	steht für die Empfehlungen für die nächsten Schritte, die daraus abgeleitet werden.
Readback/Repeat	steht für das Wiederholen des Gesagten durch die Person, die die Übergabe entgegengenommen hat.

Falls nötig, kann das ISBARR-Modell unter Beachtung der sechs Kernelemente individuell angepasst werden, wobei es wichtig ist, dass am Ende eine für alle verbindliche Vereinbarung getroffen wird, welche Elemente enthalten sein müssen. Wichtig ist auch, dass Sie als Trainer*in darauf achten, dass die Vorgabe „kurz und knapp“ wirklich eingehalten wird. Sie sollten vor dem Rollenspiel ankündigen, dass die Übergabe in 1-2 Minuten abgeschlossen sein sollte.

Wissensvermittlung

Die Teilnehmenden erhalten das Handout und Arbeitsblatt zum ISBARR-Modell. Im Zuge dessen kann ein Abgleich stattfinden, welche Elemente im Rahmen der Vorerfahrungen sich im Modell wiederfinden und welche neu für die Teilnehmenden sind.

3.4 Die Rollenspiele

5 Minuten

Zwei Rollenspiele: Ärzt*in ↔ GKP

Fortlaufender Behandlungsfall: Patient*in mit metast. Colon-Carcinom, best supportive care

Rollenspiele (inhaltliche Kurzbeschreibung):

Es findet ein Schichtwechsel auf Station statt. Der*die Ärzt*in bzw. der*die GKP hat mit einem*einer stark belasteten Patient*in über Unruhe und Druckgefühle in der Brust gesprochen. Eine somatische Abklärung der Beschwerden mittels EKG, BGA, D-Dimere und Troponin-Test vor dem Gespräch erbrachte keine auffälligen Befunde. Vermutet werden Ängste. Das Gespräch konnte den*die Patient*in soweit beruhigen. Allerdings benötigt der*die Patient*in eventuell eine anxiolytische Medikation und ein psychoonkologisches Konsil. Eine erweiterte kardiologische Diagnostik sollte erfolgen. Während des Gesprächs wurde deutlich, dass der*die Patient*in zudem über einige medizinische Hintergründe nicht ausreichend informiert ist. Der dreizehnjährige Sohn ist ebenfalls sehr belastet. Gemäß ihrer jeweiligen Rolle macht wahlweise der*die Ärzt*in bzw. der*die GKP eine kurze Übergabe auf Station.

Modell: ISBARR (I dentification, S ituation, B ackground, A ssessment, R ecommendation, R eadback)

a. Vorbereitung

Bisher agierte in den Rollenspielen immer ein*e Teilnehmende*r mit dem*der Patient*in, gespielt durch die SIM. In den jetzt folgenden Rollenspielen agieren zwei Teilnehmende aus den unterschiedlichen Berufsgruppen miteinander.

Es sollten daher für alle Beteiligten (ärztl. Rolle, GKP-Rolle, beobachtende Teilnehmende) klare Arbeitsaufträge verteilt werden.

Wie bei den anderen Rollenspielen, berichtet zunächst die agierende Person, dann die Person, die die Übergabe erhalten hat, und erst dann die anderen Teilnehmenden.

b. Strukturieren der Übergabeinformationen

Die Grundlage für die Übergabe nach dem ISBARR-Modell ist, vorab die Informationen innerlich zu strukturieren. Das Arbeitsblatt soll beim Üben dieses Vorgangs unterstützen. Betonen Sie die elementare Wichtigkeit dieses Arbeitsschrittes.

Mit Hilfe des ISBARR-Arbeitsblattes reflektiert jede teilnehmende Person für sich, welche Informationen sie als essentiell für die Übergabe einschätzt. Dieser Reflexionsprozess soll später – ohne Arbeitsblatt – zur Routine werden.

„Bitte formulieren Sie die notwendigen Informationen für die strukturierte Übergabe. Benutzen Sie dabei das ISBARR-Arbeitsblatt.“

- c. 1. Rollenspiel „Interprofessionelle Übergabe“ (Ärztl. TN an GKP) und Feedback
- d. 2. Rollenspiel „Interprofessionelle Übergabe“ (GKP an ärztl. TN) und Feedback

* siehe Onlinetipp „Rollenspiel“

e. Reflexion

In der Reflexion werden die Erfahrungen aus dem Rollenspiel in Bezug zu den vorab geschilderten vorhandenen oder nichtvorhandenen Praktiken der Übergabe gesetzt. Die Umsetzbarkeit oder evtl. notwendige Anpassungen zur Umsetzung auf Station können besprochen werden. Eventuelle Hindernisse bei der Umsetzung können identifiziert und erste Schritte zu deren Bewältigung vereinbart werden.

* siehe Onlinetipp „Reflexion“

3.5 Abschluss

20 Minuten

a. Reflexion/Tagesevaluation/Blitzlicht

b. Überleitung zu Modul 4

Schon in Modul 2 wurden die Teilnehmenden gebeten, sich einen eigenen Behandlungsfall für die interprofessionelle Fallbesprechung in Modul 4 zu überlegen. An dieser Stelle erfolgt nun die Erinnerung für alle, die das noch nicht gemacht haben.

*„Beim nächsten Mal werden wir eine Form der interprofessionellen Zusammenarbeit ausprobieren, die manche von Ihnen sicher schon kennen: die „Interprofessionelle Fallbesprechung“. Dabei werden wir gemeinsam einen*eine Patient*in Ihrer Station besprechen, dessen*deren Behandlung, bzw. den*die Sie als ‚schwierig‘ erleben. Grundsätzlich hilft es, sich zu verdeutlichen, dass nicht das Gegenüber schwierig ist, sondern ggfls. die Kommunikation schwierig ist. Bitte überlegen Sie vor dem nächsten Modul schon einmal für sich, welche*n Patient*in Sie gerne besprechen möchten.“*

c. Formale Evaluation

Arbeitsmaterialien Modul 3

	Anhang Seite
3.1 Einstieg	
Poster „Feedback geben“	57
3.3 Einstieg Das ISBARR-Modell	
Handout ISBARR-Modell	64
Arbeitsblatt zum ISBARR-Modell	65
3.4 Das Rollenspiel	
Infoblatt Behandlungsfall	71
Rollenspielinstruktion Ärzt*in	74
Rollenspielinstruktion GKP	77
Beobachtungsbogen I	58
Beobachtungsbogen II	59
3.5 Abschluss	
Evaluationsbogen	60f

Literatur

- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2012). ISBAR - A handover 'how to'. Abgerufen 13.03.2023 von <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/isbar-handover-how>
- Beckett, C. D. & Kipnis, G. (2009). Collaborative Communication: Integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcomes. *The Journal for Healthcare Quality (JHQ)*, 31(5), 19–28. <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2009.00043.x>
- Buljac-Samardzic, M., Doekhie, K. D. & van Wijngaarden, J. D. H. (2020). Interventions to Improve Team Effectiveness within Health Care: A Systematic Review of the Past Decade. *Human Resources for Health*, 18(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3>
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C. et al. (2020). Teaching Clinical Handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20(2), 459. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>
- Frankel, A. S., Leonard, M. W. & Denham, C. R. (2006). Fair and Just Culture, Team Behavior, and Leadership Engagement: The Tools to Achieve High Reliability. *Health Services Research*, 41(4p2), 1690–1709. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00572.x>
- Grbach, W., Vincent, L. & Struth, D. (2008). *Reformulating SBAR to "I-SBAR-R"*. Abgerufen 13.03.2023 von <https://qsen.org/reformulating-sbar-to-i-sbar-r/>
- Höchter, D. J. & von Dossow, V. (2018). Strukturierte Patientenübergabe. *Intensivmedizin up2date*, 14(01), 75–84. <https://doi.org/10.1055/s-0043-110686>
- Kostiuk, S. (2015). Can Learning the ISBARR Framework Help to Address Nursing Students' Perceived Anxiety and Confidence Levels Associated With Handover Reports? *Nurse Educ Today*, 54(10), 583–587. <https://doi.org/10.3928/01484834-20150916-07>
- Lo, L., Rotteau, L. & Shojania, K. (2021). Can SBAR be Implemented with High Fidelity and Does It Improve Communication between Healthcare Workers? *A Systematic Review. BMJ Open*, 11(12), e055247. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055247>
- Marshall, S., Harrison, J. & Flanagan, B. (2009). The Teaching of a Structured Tool Improves the Clarity and Content of Interprofessional Clinical Communication. *BMJ Quality & Safety*, 18, 137–140. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.025247>
- Merkel, M. J., von Dossow, V. & Zwißler, B. (2017). Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Medizin. *Der Anaesthetist*, 66(6), 396–403. <https://doi.org/10.1007/s00101-017-0320-6>
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E. & Stock, S. (2018). Impact of the Communication and Patient Hand-off Tool SBAR on Patient Safety: A Systematic Review. *BMJ Open*, 8(8), e022202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
- Velji, K., Baker, G. R., Fancott, C., Andreoli, A., Boaro, N., Tardif, G., Aimone, E. & Sinclair, L. (2008). Effectiveness of an Adapted SBAR Communication Tool for a Rehabilitation Setting. *Healthcare Quarterly*, 11(3), 72–79.
- Wang, W., Shen, J., Greene, W.B., Ren, D. & Sherwood, P. (2022). The Effect of ISBARR on Knowledge of and Attitudes about Interprofessional Communication Skills among Chinese Undergraduate Nursing Students. *Nurse Educ Today*, 109, <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105207>
- World Health Organization (WHO). (2011). *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-Professional Edition*. Abgerufen 13.03.2023 von <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501958>



MODUL 4
INTERPROFESSIONELLE
FALLBESPRECHUNG

MODUL 4: INTERPROFESSIONELLE FALLBESPRECHUNG

Einführung ins Thema

Nachdem in den Modulen 1 bis 3 anhand von Rollenspielen mit Simulationspersonen (SIM) an einem fiktiven Behandlungsfall gearbeitet wurde, soll in Modul 4 patient*innenorientiertes, multiprofessionelles, bzw. kollegiales Arbeiten unter Berücksichtigung der Vorerfahrungen auf der Station geübt werden. Zu Beginn werden die Teilnehmenden gebeten, den faktischen Umgang mit Fallbesprechungen bzw. Fallberatungen auf ihrer Station zu schildern und zu reflektieren. Dies wird möglicherweise von GKP und ärztlichen Teilnehmenden in ihren jeweiligen Funktionen und Perspektiven unterschiedlich eingeschätzt. Möglicherweise treten hier vorhandene Teamkonflikte offen zu Tage. Wichtig ist, dass diese benannt, kommuniziert aber auch begrenzt werden. Eine inhaltliche Bearbeitung kann im Rahmen dieses Moduls nicht geleistet werden. Gegebenenfalls kann angeregt werden, eine externe Teamsupervision anzustreben.

Die Teilnehmenden wählen eine*n Patient*in oder eine Behandlungssituation ihrer Station aus und besprechen diese mit der Methode der interprofessionellen Fallbesprechung.

In der interprofessionellen Fallbesprechung gibt es drei Rollen: Moderator*in, Fallgeber*in und Berater*innen (2-4). Der*die Trainer*in übernimmt die Moderation, die Gruppe wählt den*die Fallgeber*in. Die anderen Teilnehmenden sind die Berater*innen.

Erfahrene Teilnehmende können ggfls. zusammen mit dem*der Trainer*in die Moderation übernehmen. Besonders GKP können dazu ermutigt werden, um den gleichberechtigten interprofessionellen Charakter zu betonen und deutlich zu machen, dass bei einer späteren eigenständigen Durchführung einer solchen Fallbesprechung die Moderation nicht automatisch bei den ärztlichen Kolleg*innen liegen muss. Im Fokus steht, das Team als wertvolle Ressource patient*innenorientierter Versorgung kennenzulernen.

Übersicht

	Inhalt	Ziel	Material/Methode	Min.
4.1	Einstieg			10
a.	Begrüßung	Die TN kommen an und fühlen sich willkommen.		
b.	Organisatorisches	Die organisatorischen Rahmenbedingungen sind allen TN klar.		
c.	Rückblick Modul 1-3	Evtl. vorhandene offene Fragen zu vorherigen Modulen wurden geklärt.		
d.	Agenda für Modul 4	Die TN kennen Ziele und Ablauf von Modul 4.	Handout Agenda	
4.2	Vorerfahrungen			20
a.	Moderierter Austausch	Die TN haben über Erfahrungen und hilfreiche Strategien im Umgang mit Patient*innen-besprechungen reflektiert.	Handout Fallbesprechung	10
b.	Wissensvermittlung	Die TN kennen das Konzept der interprofessionellen Fallbesprechung.	Kurzvortrag	10
4.3	Interprofessionelle Fallbesprechung			80
a.	Vorbereitung	Die TN haben bestimmt, wer welche Rolle in der Fallbesprechung übernimmt.		
b.	Anwendung	Die TN haben eine Erfahrung mit der interprofessionelle Fallbesprechung gemacht.		
c.	Transfer	Die TN haben Ansatzpunkte und mögliche Hindernisse zur konkreten Umsetzung identifiziert.		
4.4	Abschluss			10
a.	Reflexion	Die TN sind sich bewusst über die Erkenntnisse, die sie aus Modul 4 und dem Training mitnehmen.	Blitzlicht Flipchart	
b.	Formale Evaluation		Evaluationsbogen	
c.	Abschluss des gesamten Trainings	Die Erkenntnisse des gesamten Trainings wurden kurz zusammenfasst und dokumentiert.	Kofferpacken	

Elemente von Modul 4

4.1 Einstieg

10 Minuten

a. Begrüßung

b. Organisatorisches

Bei den bisherigen Modulen war Vertraulichkeit vereinbart. In Modul 4 geht es um einen konkreten Fall, für den nach Lösungen gesucht wird. Diese können auch das Team oder weitere Abläufe und Strukturen betreffen und sind, um umgesetzt werden zu können, dann naturgemäß nicht vertraulich. Dennoch soll auch hier viel Raum für eigene Gedanken und Emotionen sein. Es wird deshalb vereinbart, dass Statements von Teilnehmenden, die deren persönliche Themen betreffen, nicht an Dritte weitergegeben werden. Organisatorische und strukturelle Themen oder Fragen der Patient*innensicherheit und -behandlung unterliegen nicht der Verschwiegenheit.

c. Rückblick Modul 1-3

Die Teilnehmenden haben die Möglichkeit Fragen zu stellen, die möglicherweise seit dem letzten Trainingsmodul aufgekommen sind.

d. Agenda für Modul 4

Die Teilnehmenden unterstützen als Mitglieder eines multiprofessionellen Teams in ihrer Rolle andere Teammitglieder, um die gemeinsamen Aufgaben zu bewältigen und die Zusammenarbeit und die Versorgungsqualität zu optimieren.

4.2 Aktivieren der Vorerfahrungen

20 Minuten

Ob und wie Patient*innenbesprechungen, Inter- oder Supervisionen durchgeführt werden, kann von Station zu Station sehr unterschiedlich sein. Deshalb besteht das Aktivieren der Vorerfahrung in diesem Fall in einem moderierten Austausch zur Bestandserhebung über die aktuelle Lage zu diesem Thema auf der entsprechenden Station. Die Teilnehmenden berichten über das aktuell praktizierte Format der Patient*innenbesprechungen und ihre Erfahrungen damit. Auch diese können sehr heterogen sein. Es ist wichtig, Raum zum Thematisieren möglicher Vorbehalte zu schaffen.

a. Moderierter Austausch

Die Teilnehmenden werden angeregt, von Erfahrungen, Problemen und hilfreichen Strategien zu berichten:

*„Welche Erfahrungen haben Sie mit Patient*innenbesprechungen auf Station?“
„Was war bisher hilfreich, was war hinderlich, solche Besprechungen zu realisieren?“*

b. Wissensvermittlung

Eine Einführung in die interprofessionelle Fallbesprechung kann z.B. so formuliert werden:

„Die interprofessionelle Fallbesprechung ist ein moderiertes Format für ein Interventionsgespräch unter Kollegen und Kolleginnen, bei dem eine schwierige Gesprächs- oder Behandlungssituation aus mehreren Perspektiven beleuchtet wird.

*Das Ziel ist, dadurch den Umgang mit komplexen Fällen zu verbessern. Die Reflexion zum Umgang mit den Patient*innen wird angeregt und Probleme können dadurch besser identifiziert werden. Es werden für das Problem mehrere Lösungsansätze entwickelt. Außerdem kann der Prozess für den*die Fallgeber*in entlastend sein, da das Thema vom Team mitgetragen wird.*

Das Wissen und die Erfahrungen der Kollegen und Kolleginnen werden als Fundus erlebt. Allerdings ist für das Gelingen der interprofessionellen Fallbesprechung das Einhalten der Rollen und der Struktur, auch wenn es zunächst schwerfallen mag, besonders wichtig. Dazu gibt es zahlreiche Beispiele in der Literatur. Wichtig ist, dass die Teilnehmenden vereinbaren, diese Struktur zu nutzen, und sich gegenseitig zur Einhaltung der Rahmenbedingungen motivieren.“

Das Handout zur interprofessionellen Fallbesprechung wird an alle ausgeben und durchgesprochen

4.3 Die interprofessionelle Fallbesprechung

80 Minuten

a. Vorbereitung

*„Überlegen Sie sich – zunächst jeder für sich – eine schwierige Gesprächssituation mit einem*einer Patient*in, der*die bei Ihnen aktuell auf Station in Behandlung ist, und die Sie mit Ihren Kollegen und Kolleginnen besprechen wollen.“*

*„Legen Sie als Team gemeinsam den*die Patient*in und das Problem fest, welches Sie besprechen wollen.“*

b. Anwendung

Modell: Interprofessionelle Fallbesprechung in 6 Phasen

1. Festlegung der Rollen

Moderator*in, Fallgeber*in und Berater*innen

2. Fallbeschreibung

Der*die Fallgeber*in beschreibt den Fall und die Beratenden können Informations- und Verständnisfragen stellen. Die Verständnisfragen sollten sich auf Fakten beziehen, nicht auf kausale Zusammenhänge (z.B. „Warum hast Du das gemacht?“). Wichtig: Zu diesem Zeitpunkt findet noch keine Besprechung oder Diskussion statt!

Hinweis: In den Modulen 2 und/oder 3 wurden die Teilnehmenden ggfls. aufgefordert, sich schon einen Fall für die Fallbesprechung zu überlegen. Darauf kann jetzt zurückgegriffen werden.

3. Schlüsselfrage

Der*die Fallgeber*in fasst das Anliegen in einer Schlüsselfrage zusammen und wird dann zur Beobachter*in.

4. Analyse

Die Berater*innen tauschen sich über die Frage aus. Der*die Fallgeber*in ist daran nicht aktiv beteiligt, sondern hört dem Vorgang zu. In dieser Phase geht es darum, dass die Berater*innen ausreichend Zeit haben, ihre Assoziationen, Gefühle und Phantasien zu entwickeln. Wichtig: Noch keine Lösungsvorschläge unterbreiten!

Wenn an dieser Stelle nochmal konkrete Fragen auftauchen, die für das Verständnis des Falles auf Faktenebene bedeutsam sind, kann der*die Moderator*in entscheiden, den*die Fallgeber*in um eine Antwort zu bitten. (Es kann aber auch sinnvoll sein, der Frage nachzugehen, warum es in Schritt 2 nicht bereits geklärt wurde). Andere Fragen, vor allem solche nach kausalen Zusammenhängen, nach Motivation oder Emotion von beteiligten Personen, soll die Gruppe der Berater*innen assoziativ klären.

Ein Einbezug der Fallgeber*in führt zu schnell zu einer Einengung der Ideen und einer Reduktion der Kommunikation auf einen Dialog mit ihm*ihr. Zu frühe Lösungsvorschläge behindern ebenfalls die freie Entfaltung von Fragen und Ideen.

Es ist möglich, dass durch das offene, kreativ-assoziative Vorgehen die ursprüngliche Schlüsselfrage erweitert wird um Aspekte, die den Berater*innen als gleichwertig bedeutsam erscheinen.

Der*die Moderator*in bringt sich bei Bedarf (schleppender Gesprächsfluss, zurückhaltende Gruppe, etc.) mit beispielhaften und motivierenden Interventionen selbst auch inhaltlich ein und beendet diesen Teil nach eigener Maßgabe.

5. Lösungsvorschläge

Jetzt werden die Lösungsvorschläge ausgesprochen und von dem*der Moderator*in gesammelt und am Ende zusammengefasst.

6. Resümee

Der*die Fallgeber*in bedankt sich, wiederholt die Schlüsselfrage und geht aus seiner*ihrer Sicht auf die Lösungsvorschläge ein. Was möchte er*sie umsetzen, welche neuen Aspekte nimmt er*sie mit?

Falls die Lösungsvorschläge nicht nur den*die Fallgeber*in, sondern die ganze Gruppe betreffen, kann die Gruppe eine kurze Besprechung durchführen, wie sie zur Umsetzung beitragen kann.⁴

c. Transfer

Ziel des Moduls ist nicht nur, die Methode der interprofessionellen Fallbesprechung kennenzulernen, sondern auch zu überlegen, wie sie gewinnbringend in die gemeinsame Teamarbeit integriert werden kann. Der Gewinn wäre nicht nur die Lösung konkreter Probleme in der Patient*innenversorgung, sondern auch eine bessere Teamkohäsion und Zusammenarbeit.

Thematisieren Sie in einem moderierten Gespräch, wie das Format der interprofessionellen Fallbesprechung oder Aspekte daraus im Arbeitsalltag der Teilnehmenden umgesetzt werden können. Die Teilnehmenden sollen über konkrete Schritte, aber auch mögliche Probleme und Widerstände reflektieren. Dabei können sowohl persönliche Vorbehalte der Teilnehmenden wie auch strukturelle Probleme angesprochen werden.

Im besten Fall können schon konkrete Vereinbarungen über das Vorgehen getroffen werden. Durch die Aufnahme des Themas oder der Nachbereitung dieses Kurses in eine bereits bestehende Team- oder Leitungsbesprechung kann Verbindlichkeit geschaffen werden.

Ziel ist es, eine Umsetzung so konkret wie möglich vorzuplanen.

4.4 Abschluss des Moduls und des Trainings

10 Minuten

a. Reflexion/Tagesevaluation/Blitzlicht

* siehe Onlinetipp „Reflexion“

b. Formale Evaluation (optional)

Dafür kann der Evaluationsbogen aus dem Anhang verwendet werden.

c. Abschluss des Trainings

„Was hat das Training mir gebracht?“

Mit dieser Runde wird das gesamte Training abgeschlossen. Mit einer Runde „Kofferpacken“ teilt jede*r mit, was er*sie aus dem Training (Modul 1-4, oder alle Module, an denen der*die Teilnehmende teilgenommen hat) mitnimmt. Dies kann auch auf eine Moderationskarte geschrieben, gesammelt und abfotografiert werden.

* siehe Onlinetipp „Kofferpacken“

⁴ Weitere Informationen zu diesem Vorgehen gemäß dem Heilsbronner Modell finden Sie bei Schindler, W. & Spangler, G. (Hg.): Kollegiale Beratung - Online und offline im Heilsbronner Modell

Arbeitsmaterialien Modul 4

	Anhang Seite
4.1 Einstieg	
Poster „Feedback geben“	57
4.2 Durchführung	
Handout Modell der interprofessionellen Fallbesprechung	66
3.5 Abschluss	
Evaluationsbogen	60f

Literatur

- Kocks, A. & Segmüller, T. (2019). Theoretische Grundlagen der kollegialen Beratung. In A. Kocks & T. Segmüller (Hrsg.), *Kollegiale Beratung im Pflgeteam: Implementieren – Durchführen – Qualität sichern* (S. 13–40). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57789-9_2
- Kriesten, U. (2020). *Kollegiale Fallberatung – Professionelle Pflegekompetenz optimieren. Ein Lehr- und Praxisbuch*. Schlütersche Verlagsgesellschaft. Abgerufen 13.03.2023 von <http://bsimgx.schluetersche.de/upload6622026035026407037.pdf>
- Roddewig, M. (2018). *Kollegiale Beratung für Gesundheitsberufe: Ein Anleitungsprogramm*. Mabuse-Verlag.
- Schindler, W. & Spangler, G. (Hg.). (2023). *Kollegiale Beratung - Online und offline im Heilsbronner Modell*. Vandenhoeck & Ruprecht
- Seitz, S. & Brendebach, C. (2022). Kollegiale Beratung in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. *PADUA*, 17(1), 31–36. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000658>
- Tulleners, T., Taylor, M. & Campbell, C. (2022). Peer Group Clinical Supervision for Community Health Nurses: Perspectives From an Interpretive Hermeneutic Study. *Journal of Nursing Management*, 30(3), 684–693. <https://doi.org/10.1111/jonm.13535>

Zum Nachlesen online:

https://de.wikipedia.org/wiki/Kollegiale_Fallberatung

<https://pflegenetzwerk-deutschland.de/schwerpunkte/psychische-gesundheit/kollegiale-beratung-eine-praxishilfe>

<https://www.kollegiale-beratung.de/kollegiale-beratung-fur-pflegende-neue-empirische-befunde.html>

ANREGUNGEN ZUR EVALUATION

Um Erfolg, Akzeptanz und Qualität der Trainings zu überprüfen und daraus Erkenntnisse für zukünftige Trainings abzuleiten, ist das Durchführen einer Evaluation sinnvoll. Deren Form hängt vom organisatorischen Rahmen ab, in dem das Training stattfindet. Organisationen mit einem etablierten Fortbildungssystem haben in der Regel bereits ein eigenes, standardisiertes Evaluationssystem.

Die Evaluation kann aber auch als strukturierendes Element des Trainings genutzt werden und mehr sein, als nur ein formaler „Appendix“ in Form eines Fragebogens, der am Ende des Kurses pflichtbewusst ausgefüllt wird. In diesem Fall beginnen die Überlegungen zur Evaluation bereits in der Planungsphase, wenn die Verantwortlichen der Organisation, die Trainer*innen und die Teilnehmenden sich mit der Frage beschäftigen: „Woran werden wir erkennen, dass das Training ein Erfolg war und eine positive Wirkung hatte?“. Wenn Ziele, Wünsche, Bedenken und Hoffnungen im Vorfeld gesammelt und dokumentiert werden, kann die Evaluation die Reflexion aller Beteiligten anregen. Die Ergebnisse können dann wertvolle Hinweise zur Weiterentwicklung des Trainings, aber auch Kenntnisse über den tatsächlichen Bedarf in der jeweiligen Organisationseinheit bringen.

Der sichere Rahmen, der notwendig war, damit die Teilnehmenden sich auf das Thema einlassen konnten, umfasst auch die Evaluation. Deshalb ist es besonders wichtig, dass den Teilnehmenden Anonymität zugesichert wird und sie darüber informiert werden, was mit den Fragebögen geschieht.

Die Zeit für diese Gesamtevaluation wurde im vorliegenden Zeitplan nicht berücksichtigt. Sie muss zusätzlich eingeplant und den Teilnehmenden kommuniziert werden.

Informelle Evaluation

Die folgenden Feedback-Formate sollen der Reflexion der Teilnehmenden dienen. Das Erlebte wird zusammengefasst, priorisiert und dadurch auch tiefer verankert. Für die Trainer*innen vermittelt die Auswertung Informationen zur Akzeptanz und dem Trainingserfolg. Weitere Hinweise finden sich in der Literaturübersicht (vgl. Macke et al., 2008; Nuisse, 2013).

Fish Bowl (Aquarium)

15 Minuten

- a. Es werden zwei Stuhlkreise aufgestellt. Der Innenkreis sollte nicht mehr als 3 Stühle beinhalten. Der Außenkreis kann bis zu 5 Personen aufnehmen.
- b. Im Innenkreis führt eine Gruppe aus freiwilligen Teilnehmenden ein Gespräch, in diesem Fall z.B. zu der Frage *„Welche Erkenntnisse können wir aus diesem Training mitnehmen?“*.

WICHTIG: Dabei bleibt ein Stuhl im Innenkreis frei.

- c. Die Teilnehmenden im Außenkreis hören zu, folgen der Diskussion und machen sich ggfls. Notizen. Wer aus dem Außenkreis den Eindruck hat, dass ein Gesprächspunkt fehlt oder einen anderen Beitrag ergänzen möchte, tritt in den Innenkreis und nimmt den freien Platz ein. Diese Person erhält dadurch sofort das Wort, bringt ihren Impuls ein und verlässt dann den Innenkreis wieder.
- d. Als Trainer*in können Sie – falls notwendig – am Anfang mit in den Innenkreis treten um das Gespräch in Gang zu bringen. Ansonsten ist die Rolle eine beobachtende, begleitende.

* siehe Onlinetipp „Fish Bowl“

Kofferpacken

10 Minuten

Reihenfolge siehe Modul 1, Punkt 1.6

* siehe Onlinetipp „Kofferpacken“

Eine Targetevaluation ist eine schnelle und relativ anonyme Methode, die Einschätzung der Teilnehmenden zu verschiedenen Aspekten des Trainings zu ermitteln. Sie macht die Ergebnisse für alle sichtbar und ist dadurch sehr transparent.

- a. Auf einem Flipchart wird eine Zielscheibe mit mehreren konzentrischen Kreisen aufgemalt und in Sektoren aufgeteilt. Diese repräsentieren verschiedene Aspekte des Trainings, z.B. Inhalte, Organisation, Transfer, Fachkompetenz und Didaktik. Die Mitte repräsentiert das „optimale Training“.
- b. Die Zielscheibe wird so platziert, dass jeweils ein*e Teilnehmende*r allein und unbeobachtet hinter das Board treten kann. Er*sie platziert je einen Klebepunkt pro Aspekt in dem Verhältnis zur „optimalen Mitte“, wie er*sie das Training erlebt hat. In dieser Zeit kann der*die Trainer*in den Raum verlassen.
- c. Wenn alle Punkte vergeben sind, wird die Tafel umgedreht und die Ergebnisse können gemeinsam reflektiert und besprochen werden.

Formelle Evaluation

Wir empfehlen, jedes Modul einzeln oder, wenn an einem Trainingstag mehrere Module absolviert werden, den Trainingstag zu evaluieren. Auf jeden Fall sollte am Ende des Trainings eine Gesamtevaluation durchgeführt werden. Bei der formellen Evaluation mittels Fragebogen empfiehlt sich eine Kombination aus geschlossenen und offenen Fragen. Im Abschnitt „Allgemeine Materialien“ im Anhang haben wir einen Evaluationsbogen als Beispiel beigefügt. Auch hier ist auf die Einhaltung der Anonymität zu achten.

Musterbeispiel

Ärztammer Nordrhein (AEKNO), (2022). *Mustervorlage für die Evaluation*. Abgerufen 13.03.2023 von https://www.aekno.de/fileadmin/user_upload/aekno/downloads/2022/anererkennung-muster-evaluation-2022-07.pdf

Weiterführende Quellen und Information

DeGEval - Gesellschaft für Evaluation e.V. (2016). *Standards für Evaluation*. Abgerufen 13.03.2023 von <https://www.degeval.org/degeval-standards/standards-fuer-evaluation/>

Macke, G., Hanke, U. & Viehmann, P. (2008). *Hochschuldidaktik. Lehren, vortragen, prüfen*. Beltz.
Nuissl, E. (2013). *Evaluation in der Erwachsenenbildung*. W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG.

TIPPS ZUR ONLINEDURCHFÜHRUNG

Vorbereitung

In der Onlinevariante muss weder Raum noch Verpflegung vorbereitet werden. Trotzdem muss mit einem Mehraufwand für die Organisation gerechnet werden, um vergleichbar sichere Rahmenbedingungen herzustellen.

Dazu gehören zunächst die technischen Voraussetzungen. Alle Beteiligten benötigen einen Zugang zum gewählten Videokonferenztool und die nötige Hard- und Software (PC/Laptop, Webcam, Headset oder Kopfhörer sowie ein Mikrofon). Sie benötigen außerdem die Möglichkeit, sich Materialien vorab auszudrucken und am Trainingstag einen ungestörten Arbeitsplatz, an dem sie frei sprechen können. Großraumbüros sind also nicht empfehlenswert.

Mit den Informationen zum Training müssen auch die entsprechenden Zugriffslinks und Passwörter an die Teilnehmenden versendet werden. Bitte beachten Sie auch, dass die Teilnehmenden Beobachtungsbögen und Arbeitsblätter aus den Trainingsmaterialien brauchen, und zwar auch in Papierform. Weisen Sie die Teilnehmenden darauf hin, dass diese Vorbereitungen für den reibungslosen Ablauf notwendig sind.

Während es für die Ärzt*innen in der Regel möglich ist, sich diese Bedingungen zu organisieren und sie routiniert in der Bedienung der Programme sind, ist dies für die pflegenden Kolleg*innen öfter nicht der Fall. Diese benötigen daher zum Teil Unterstützung bei der Benutzung des gewählten Videokonferenztools, weshalb ein Leitfaden hilfreich sein kann. Die Teilnehmenden, die unsicher in der Anwendung sind, sollten schon vorab die Möglichkeit haben, mit den Trainer*innen Kontakt aufzunehmen. Für den Trainingstag selbst – besonders in der Anfangsphase – empfiehlt es sich, eine zusätzliche, technisch versierte Person als Unterstützung dabei zu haben. Diese kann im Verlauf des Trainings in Form einer „Hotline“ im Falle eines PC-Absturzes oder bei anderen Komplikationen behilflich sein. Zudem empfiehlt es sich, einen Probelauf für die Technik durchzuführen und bereits vor dem offiziellen Beginn des Onlinetrainings die Technik zu testen. Erfahrungsgemäß gibt es beim ersten Trainingstermin die meisten Probleme mit der Technik, die adäquate Lösung dieser Technikprobleme ist für die weitere Durchführung der Trainings jedoch entscheidend.

Vereinbaren Sie mit den Teilnehmenden, die Mikrofone in Sprechpausen auszuschalten, die Reaktionssymbole zu gebrauchen und ihren echten Namen unter ihrem Bild einzutragen.

Die Onlinevariante bietet einerseits einige Vorteile, z.B. sind alle Teilnehmenden durch die Kameras und zentrale Ausrichtung immer von jedem gut zu sehen. Das kann vor allem die Durchführung der Rollenspiele intensivieren. Andererseits kann es passieren, dass Teilnehmende zwar am Endgerät sitzen, sich jedoch parallel mit anderen Dingen beschäftigen, was den Trainer*innen vorenthalten bleibt. Dies sollte mit der Gruppe thematisiert werden.

Zuletzt möchten wir auf zwei weitere wichtige Komponenten für gelungene Onlinetrainings hinweisen: Fehler-toleranz und eine Portion Humor. Die Wahrscheinlichkeit, dass Komplikationen auftreten, ist größer als die, dass alles reibungslos abläuft. Mit etwas Humor und Akzeptanz für die Unvollkommenheit der Technik ist es auch mit der Onlinevariante möglich, ein erkenntnisreiches Training zu gestalten.

* Zeitstrahl

In den meisten Videokonferenz-Plattformen steht eine Whiteboard-Funktion zur Verfügung. Als Moderator*in („Host“) können Sie die Landkarte oder den Zeitstrahl aus Modul 1 vorskizzieren. Die Teilnehmenden markieren mit der Maus ihre Position in die Zeichnung ein. Wichtig ist, dass Sie als Trainer*in diese Funktion kennen und ungeübten Teilnehmenden bei der Anwendung helfen können. Das Kennenlernspiel wird so auch zum Kennenlernen der Videokonferenz-Software genutzt.

* Step-in-the-Circle

Verwenden Sie dafür die Galerieansicht und schalten Sie die Mikrofone der Teilnehmenden stumm. Anstatt wie im Seminarraum einen Kreis zu bilden, decken in der Onlinevariante die Teilnehmenden zunächst alle ihre Kamera mit Haftnotizzetteln ab. Anstatt in den Kreis zu treten, wenn sie einer Aussage zustimmen, entfernen sie die Abdeckung der Kamera. In der Galerie sind nun ihre Gesichter zu sehen. Vor der nächsten Aussage werden die Kameras wieder verdeckt.

Alternativ können natürlich auch die Kameras erst alle abgeschaltet und dann selektiv wieder angeschaltet werden.

* Murmelgruppe

Viele Videokonferenz-Plattformen erlauben es, Kleingruppen („Break-out-Rooms“) zu erstellen und die Teilnehmenden diesen zuzuweisen. Sie können sich dann in der Kleingruppe untereinander austauschen. Zu einer von Ihnen voreingestellten Zeit werden alle automatisch wieder in die große Gruppe zurückgeführt.

* Rollenspiel

Damit die Aufmerksamkeit beim Rollenspiel ganz bei den spielenden Protagonist*innen liegt, empfiehlt es sich die Funktion „Pin Video“ zu benutzen. Als Host fixieren Sie so die Ansicht der SIM und des*der spielenden Teilnehmer*in, so dass nur diese beiden im Bild sind. Alle anderen Teilnehmenden schalten ihre Mikrofone stumm und die Kameras aus. Der Host lässt die Kamera an.

Sollte diese Funktion als Host nicht möglich sein, können möglicherweise die Teilnehmenden selber die Akteure auf dem Bildschirm fixieren.

In mancher Software (z.B. Zoom) gibt es auch die Möglichkeit, die eigene Ansicht so zu ändern, dass Teilnehmende mit ausgeschalteter Kamera ausgeblendet werden und nur Teilnehmende mit angeschalteter Kamera gesehen werden. Alle nicht unmittelbar am Rollenspiel Beteiligten würden also für die Dauer des Rollenspiels ihre Kameras ausschalten.

* Kofferpacken

Die Kofferpacken-Methode ist tatsächlich schwierig mit einem Videokonferenzsystem durchzuführen. Eine Möglichkeit ist, dass die Teilnehmenden in den Chat schreiben, was sie aus der Trainingseinheit mitnehmen.

Eine weitere Möglichkeit ist, ein externes Programm zu verwenden. Eine kostenfreie Option ist auf der Seite www.draft.io zu finden. Hier können Sie Whiteboards erstellen und interaktiv mit mehreren Personen daran arbeiten. So ist es z.B. möglich, ein Whiteboard vorzubereiten und vorzustrukturieren. Im Training können dann die Teilnehmenden auf dieses Whiteboard zugreifen und eigene Textbausteine ergänzen. Anstatt also den Teilnehmenden Moderationskarten auszuhändigen, die diese dann an eine Wand kleben sollen, können Sie hier eine virtuelle Wand (das Whiteboard) erstellen und die Teilnehmenden können ihre virtuellen Moderationskarten (die Textbausteine) anpinnen. Wenn Sie fertig sind, ist es analog zu der Sortierung von Moderationskarten an einer Wand möglich die virtuellen Textbausteine in Ihrem Whiteboard neu anzuordnen und zu strukturieren. Am Ende können Sie das Whiteboard auch als Bild- oder PDF-Datei abspeichern und den Teilnehmenden zur Reflexion zur Verfügung stellen.

* Reflexion

In Absprache mit den Teilnehmenden kann die „Spotlight“-Funktion genutzt werden, um die Aufmerksamkeit auf den*die sprechende Person zu richten.

Aber auch eine Reflexion als Stillarbeit ist möglich. Dann schalten alle ihre Mikrofone und Kameras aus, reflektieren für sich z.B. auf Papier und teilen ihr Ergebnis nach einer vereinbarten Zeit mit den anderen.

* Fish-Bowl

Mit der „Pin Video“-Funktion können die Ansichten der Teilnehmenden des inneren Kreises fixiert werden. Möchte ein*e Teilnehmer*in aus dem äußeren Kreis mit einer Wortmeldung in den inneren Kreis treten, hebt sie die Hand mit der entsprechenden Funktion, wird vom Host hinzugefügt und nach dem Beitrag wieder entfernt. Auch hier ist es wichtig, sich als Trainer*in vorab mit dieser Funktion vertraut zu machen.

ANHANG

Trainingsmaterialien Übersicht

	Modul 1	Modul 2	Modul 3	Modul 4	Seitenzahlen
Allgemeine Materialien					
Poster „Feedback geben“	✓	✓	✓	✓	57
Beobachtungsbogen I	✓	✓			58
Beobachtungsbogen II	✓	✓			59
Evaluationsbogen	✓	✓	✓	✓	60f
Handouts zu den Kommunikationsmodellen					
Handout SPIKES-Modell	✓				62
Handout NURSE-Modell		✓			63
Handout ISBARR-Modell			✓		64
Arbeitsblatt ISBARR-Modell			✓		65
Handout zur Interprofessionellen Fallbesprechung				✓	66
Rollenskripte für die SIM					
Rollenskript für die SIM – Modul 1	✓				67f
Rollenskript für die SIM – Modul 2		✓			70
Infoblatt Behandlungsfall	✓				71
Rollenspielinstruktionen für Ärzt*innen					
Rollenspielinstruktion Ärzt*in – Modul 1	✓				72
Rollenspielinstruktion Ärzt*in – Modul 2		✓			73
Rollenspielinstruktion Ärzt*in – Modul 3			✓		74
Rollenspielinstruktionen für GKP					
Rollenspielinstruktion GKP – Modul 1	✓				75
Rollenspielinstruktion GKP – Modul 2		✓			76
Rollenspielinstruktion GKP – Modul 3			✓		77



⁵ Modifiziert nach dem BonnKomm-Feedbackposter des Studiendekanates der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn. BonnKomm steht für das Bonner Longitudinale Curriculum Kommunikation.

Beobachtungsbogen I

Wie habe ich das Gespräch wahrgenommen?

Bitte halten Sie die Rückmeldungen an den*die Gesprächspartner*in „kurz und knackig“: Was erscheint Ihnen besonders wichtig, lehr- und hilfreich zu sein? Beschreiben Sie dabei möglichst konkret beobachtetes Verhalten und Ihre dazu entsprechenden Gefühle und Gedanken.

Einstieg

„Mir hat gut gefallen, dass Sie/Du...“

Kernaussagen

„Mir ist aufgefallen, dass Sie/Du...“

„Dieses Verhalten führte bei mir zu... / ...ich fühlte mich...“

„Ich hätte mir gewünscht, dass Sie/Du...“

Abschluss

„Patient*innen können sich freuen, wenn Sie/Du weiterhin...“

Beobachtungsbogen II

Bitte notieren Sie zu den folgenden Aspekten Ihre beobachteten Eindrücke, die Sie über die beteiligten Gesprächspartner*innen gewinnen konnten.

Verbale und nonverbale Kommunikation:
Verständlichkeit:
Emotionen (eigene und beobachtete):
Anderes:

Evaluationsbogen

KommRhein Interpro Modul(e) _____ Trainer*in _____ Datum: _____._____.2_____

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

wir bitten Sie, abschließend Ihre Eindrücke zur oben genannten Veranstaltung zusammenzufassen. Ihre Rückmeldung und Ihre Anmerkungen zu der heutigen Veranstaltung helfen uns, dieses Training sowie und dessen Organisation weiterzuentwickeln. Die Daten bleiben anonym und werden nur zu diesem Zweck intern verwendet. Herzlichen Dank.

Ich gehöre zur Berufsgruppe: Ärzte/Ärztinnen Pflegende

Organisation der Veranstaltung

1. Ich war mit der Organisation im Vorfeld der Veranstaltung zufrieden.
2. Der Seminarraum war für die Veranstaltung angemessen ausgestattet (z. B. Medien, Moderationsmaterial).

Trifft voll zu trifft eher zu teils/teils trifft eher nicht zu trifft gar nicht zu

Veranstaltungsverlauf

3. Das Training war zeitlich gut strukturiert.
4. Die Ziele der Veranstaltung wurden deutlich gemacht.
5. Meine Vorerfahrung wurde in dem Training angemessen berücksichtigt.

Während des Trainings gab es angemessene Möglichkeiten

6. ... zu Beteiligung und Austausch.
7. ... zur Reflektion der vermittelten Inhalte.
8. ... zur Anwendung der vermittelten Inhalte.
9. Mein Lernprozess wurde durch Medien/Materialien/Handout unterstützt.

Trifft voll zu trifft eher zu teils/teils trifft eher nicht zu trifft gar nicht zu

Lernerfolg, Praxisbezug, Transfer

10. Die Veranstaltung regt mich dazu an, mich weiter mit dem Thema auseinanderzusetzen.
11. Die Veranstaltung unterstützt mich, mein eigenes Handeln zu reflektieren.
12. Die Veranstaltung gibt mir Unterstützung für den Transfer in die berufliche Praxis.

Trifft voll zu trifft eher zu teils/teils trifft eher nicht zu trifft gar nicht zu

Der*die Trainer*in

13. ... vermittelte die Inhalte für mich verständlich.
14. ... schaffte ein konstruktives Lernklima.
15. ... legte Wert auf eine diskriminierungsfreie Seminargestaltung (z. B. Sprache, Beispiele, Bilder).
16. ... ging angemessen auf Fragen der Teilnehmenden ein.

Trifft voll zu trifft eher zu teils/teils trifft eher nicht zu trifft gar nicht zu

Anmerkungen

Am heutigen Training fand ich besonders gelungen / hat mir besonders gefallen:

Zum heutigen Training möchte ich kritisch anmerken:

Gesamtbewertung

17. Gemessen am zeitlichen und organisatorischen Aufwand hat sich die Teilnahme an diesem Training für mich gelohnt
18. Der Fortbildung hat Relevanz für meine praktische Tätigkeit
19. Ich würde das Training an Kolleg*innen weiterempfehlen.

Trifft voll zu trifft eher zu teils/teils trifft eher nicht zu trifft gar nicht zu

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Handout SPIKES-Modell

Schwerpunkte ärztlicher Kommunikation beim Überbringen schlechter Nachrichten („Breaking Bad News“)

Ziele

- Sammeln von Informationen über den aktuellen Wissenstand des*der Patient*in
- Mitteilen der medizinischen Fakten in Abhängigkeit von den Patient*innenbedürfnissen
- Unterstützung signalisieren
- Entwicklung eines Behandlungsplans

<p>S Setting up the interview Situation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ geschützte Umgebung ▪ evtl. Bezugspersonen miteinbeziehen ▪ Hinsetzen ▪ Unterbrechungen von außen vermeiden
<p>P Assessing the Patient's Perception Patient*innenperspektive</p>	<p>Offene Fragen zur Einschätzung der Patient*innenwahrnehmung</p> <p><i>„Was wissen Sie bisher über Ihre medizinische Situation?“</i> <i>„Was denken Sie, warum wir diese Untersuchung durchführen wollen?“</i></p> <p>Missverständnisse können so vermieden und/oder beseitigt werden.</p>
<p>I Obtaining the Patient's Invitation Interesse des*der Patient*in erfragen</p>	<p>Einschätzen der Bereitschaft bei dem*der Patient*in, die schlechte Nachricht aufzunehmen.</p> <p><i>„Wie soll ich Ihnen die Testergebnisse vorstellen?“</i> <i>„Soll ich Ihnen alle Ergebnisse ausführlich beschreiben oder nur die wichtigsten Ergebnisse skizzieren und eher den Behandlungsplan ausführlich beschreiben?“</i></p> <p>Hinweis auf Gesprächsmöglichkeit zu einem späteren Zeitpunkt geben.</p>
<p>K Giving Knowledge and Information to the Patient Kenntnis des*der Patient*in</p>	<p>Warnung vor der anstehenden Mitteilung der schlechten Prognose</p> <p><i>„Bedauerlicherweise habe ich schlechte Neuigkeiten für Sie.“</i> <i>„Es tut mir sehr leid, aber ich muss Ihnen sagen, dass ...“</i></p> <p>Verbesserung der Kommunikation durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anpassung an das Patient*innenvokabular ▪ Nutzung nicht-technischer Worte (z.B. „streuen“ statt „metastasieren“) ▪ Vermeiden von zu viel Direktheit, also nicht: <i>„Sie haben eine sehr schlechte Prognose und wenn Sie nicht sofort mit einer Chemotherapie beginnen, werden Sie nicht mehr lange leben.“</i> ▪ Mitteilen der Informationen in kleinen Einheiten ▪ Vermeiden von Phrasen wie „Das wird schon wieder.“
<p>E Addressing the Patients Emotions with Empathic Responses Emotionen</p>	<p>Empathische Äußerungen vermitteln das Gefühl, wahrgenommen zu werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfassen der Emotionen (z.B. Trauer, Wut, Angst) ▪ Ansprechen der Emotionen ▪ Ursache/n der Emotion/en mit dem*der Patient*in identifizieren ▪ Patient*in Raum geben, die eigenen Gefühle wahrzunehmen bzw. anzusprechen
<p>S Strategy and Summary Sicherheitsversprechen</p>	<p>Beim Zusammenfassen werden die wichtigsten Informationen rekapituliert. Das weitere Vorgehen (konkrete nächste Schritte) wird mit dem*der Patient*in besprochen. So wird/werden</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ängste und Ungewissheit vermindert. ▪ Patient*innenwünsche berücksichtigt. ▪ Missverständnisse verhindert. ▪ die Beziehung zum*zur Patient*in gestärkt.

Handout NURSE-Modell

Hilfreiche Skills beim Ansprechen schwieriger Emotionen

<p>N Naming</p>	<p>Ansprechen einer wahrgenommenen Emotion, auch einer eigenen.</p> <p>Dies entspricht dem Spiegeln und macht nur Sinn, wenn der*die Patient*in nicht bereits von sich aus berichtet hat, wie er*sie sich fühlt. Beim Benennen einer konkreten Emotion ist es wichtig, diese als Vermutung kenntlich zu machen.</p> <p><i>„Ich habe das Gefühl, dass Sie unter Druck stehen. Belastet Sie etwas?“</i> <i>„Sie machen auf mich einen ängstlichen Eindruck, stimmt das?“</i></p>
<p>U Understanding</p>	<p>Einfühlsame Wertschätzung gegenüber Haltungen und Gefühlen des*der Patient*in ausdrücken.</p> <p>Hilfreich ist, zunächst ein möglichst genaues Verständnis über die Gefühle und Gedanken des*der Patient*in zu erlangen. Wenn die Emotion /Haltung des*der Patient*in bekannt ist und man sie tatsächlich versteht, ist ‚Understanding‘ eine wichtige Intervention, um Wertschätzung gegenüber dem*der Patient*in zu zeigen.</p> <p><i>„Wenn ich Sie richtig verstehe, haben Sie die Sorge, dass ...“</i> <i>„Mir ist wichtig, dass ich Ihre Interessen berücksichtige. Daher würde ich gerne verstehen, wie es Ihnen dabei geht, wenn wir über diese Lösungsmöglichkeit sprechen.“</i></p>
<p>R Respecting</p>	<p>Emotionsausdrücke des*der Patient*in anzuerkennen und zu respektieren, ist ein gutes Mittel, um Empathie zu verdeutlichen.</p> <p>Sie können dazu nonverbale (Gesichtsausdruck, Berührung, Positionsänderung) oder verbale Reaktionen anwenden. Letztere sind besonders hilfreich, insofern Sie dem*der Patient*in nicht nur vermitteln, dass seine*ihre Emotionen erlaubt, sondern auch wichtig sind. Übrigens verdient ein starker Emotionsausdruck eine entsprechend große Anerkennung.</p> <p><i>„Ich kann sehr gut verstehen, dass Sie wütend und verzweifelt sind.“</i> <i>„Ich finde es hilfreich, dass Sie ihre Gefühle so deutlich zum Ausdruck bringen.“</i></p>
<p>S Supporting</p>	<p>Das Angebot Ihrer Unterstützung, bzw. die Nachfrage nach Unterstützungsbedarf vermittelt dem*der Patient*in Sicherheit und ist kein eigentliches Kommunikationsmittel.</p> <p><i>„Mir liegt sehr daran, Sie zu unterstützen. Womit wäre Ihnen an dieser Stelle zusätzlich geholfen?“</i> oder <i>„Was könnte Ihnen die Situation erleichtern?“</i></p>
<p>E Exploring</p>	<p>Gezieltes Nachfragen oder Zeigen von Interesse an bestimmten Äußerungen des*der Patient*in kann sehr hilfreich sein, um eine empathische Beziehung aufzubauen.</p> <p>Dieser Punkt ist besonders wichtig, wenn Sie als Behandler*in sich noch nicht sicher sind, in welcher emotionalen Verfassung sich der*die Patient*in gerade befindet.</p> <p><i>„Sie erwähnten gerade, es gehe Ihnen ´so ganz gut`. Was genau geht denn gerade gut?“</i> <i>„Was genau meinen Sie damit?“</i></p>

Handout ISBARR-Modell

Strukturierte Kommunikation zur Weitergabe klinischer Informationen zwischen Mitgliedern eines Behandlungsteams

Hintergrund

Eine kurze, strukturierte und fokussierte Kommunikation aller klinisch relevanten Informationen zwischen zwei (interprofessionellen) Behandelnden soll dabei helfen, Fehler zu vermeiden und Behandlungsabläufe zu optimieren.

Die Weitergabe klinischer Informationen nach dem ISBARR-Modell sollte nicht länger als 1-2 Minuten dauern und bedarf einer Vorbereitung („Bin ich vorbereitet?“, bspw. „Liegt die Krankenakte vor? Sind aktuelle Vitalzeichen bekannt?“ etc.) und Nachbereitung („Habe ich das Richtige gesagt?“ „Fehlt etwas Wichtiges?“ „Wurde alles richtig verstanden?“).

I Identification	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hier ist [eigener Name] ▪ Es geht um [Pat. Name, Alter] auf [Station mit Zimmernummer]
S Situation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ z.B.: „Ich habe den*die Patient*in gerade gesehen.“ ▪ Die Situation ist folgende [...] ▪ Der*die Patient*in ist [Bewusstseinszustand, Kooperationsfähigkeit, ...] ▪ Vitalzeichen sind [RR], [Puls], [Atemfrequenz], [Temperatur] ▪ Ich mache mir Sorgen, weil [...]
B Background Hintergrund	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der*die Patient*in ist hier, weil [wie lange, weswegen und Verlauf in einem Satz] ▪ Besonderheiten dazu sind [...]
A Assessment Einschätzung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ich bin nicht sicher, aber ich glaube, der*die Patient*in verschlechtert sich. oder: ▪ Ich glaube, es handelt sich um [...] (bzw. andere vergleichbare Formulierungen)
R Recommendation Handlungsempfehlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mein Wunsch ist, dass Sie <ul style="list-style-type: none"> - ... jetzt kommen - ... den*die Patient*in verlegen - ... mit den Angehörigen reden ▪ Soll ich schon etwas vorbereiten? Brauchen wir noch etwas? [...]
R Readback	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der*die Empfänger*in der Übergabe wiederholt das Gesagte, um Missverständnisse zu vermeiden.

Arbeitsblatt ISBARR-Modell

Sie haben gerade ein Gespräch mit einem*einer Patient*in geführt (oder beobachtet). Bitte beantworten Sie zur Vorbereitung einer Übergabe nach dem ISBARR-Modell folgende Fragen:

I Identification	Stellen Sie sich [Name, Rolle] und den*die Pat. [Name, Station, Raumnummer] vor.	
S Situation	Um was für eine Situation handelt es sich? Beschreiben Sie kurz das klinische Problem [Was, seit wann, wie schwer?]	
B Background	Welche relevanten Hintergrundinformationen gibt es? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufnahme diagnose und -datum ▪ aktuelle Med./Behandlung ▪ aktuelle Untersuchungsbefunde ▪ sonstige relevante klinische Informationen ▪ DNR-Status ▪ ... 	
A Assessment	Wie bewerten Sie die Situation?	
R Recommendation	Was ist Ihre Empfehlung, bzw. was möchten Sie, dass getan wird?	
R Readback/Repeat	Hören Sie der Wiederholung Ihres*Ihrer Gesprächspartner*in zu. Korrigieren Sie falls notwendig.	

Handout Modell der interprofessionellen Fallbesprechung

Problembezogene Besprechung von Patient*innen zwischen Mitgliedern eines Behandlungsteams in 6 Phasen

Hintergrund

In der Behandlung von Patient*innen entstehen immer wieder Probleme, die von einzelnen Mitgliedern oder vom gesamten Behandlungsteam wahrgenommen werden. Dies kann bspw. die Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes, die Indikation zu bestimmten medizinischen Maßnahmen oder aber Verhaltensprobleme im Umgang mit Patient*innen betreffen.

Interprofessionelle Fallbesprechung ist die Besprechung und Beratung von solchen patient*innenbezogenen Problemen im Team. Die Annahme ist, dass solche Probleme in Kooperation mit anderen systematisch besser gelöst werden können.

1. Festlegung der Rollen in der Gruppe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Moderator*in, achtet auf den Ablauf der Phasen ▪ Fallgeber*in, stellt den Fall vor und formuliert eine Frage ▪ Berater*innen, entwickeln Ideen und Lösungen
2. Fallbeschreibung	<p>Fallgeber*in stellt den Fall vor. Es können Informations- und Verständnisfragen gestellt werden.</p> <p>Wichtig: Es findet noch keine Beratung statt!</p>
3. Schlüsselfrage	<p>Fallgeber*in formuliert eine Schlüsselfrage / ein Anliegen / eine Frage an die Berater*innen.</p>
4. Analyse	<p>Die kollegialen, interprofessionellen Berater*innen tauschen ihre Wahrnehmungen und Einfälle (Gedanken, Gefühle, Assoziationen etc.) untereinander aus.</p> <p>Wichtig: der*die Fallgeber*in hört nur zu; die Berater*innen teilen noch keine Lösungsvorschläge mit!</p>
5. Lösungsvorschläge / Beratung	<p>Die Gruppe sammelt möglichst viele Lösungsvorschläge, welche der*die Moderator*in am Schluss zusammenfasst.</p>
6. Resümee	<p>Der*die Fallgeber*in bedankt sich, wiederholt die Schlüsselfrage und geht aus seiner*ihrer Sicht auf die Lösungsvorschläge ein. Was möchte er*sie umsetzen, welche neuen Aspekte nimmt er*sie mit?</p> <p>Falls die Lösungsvorschläge die ganze Gruppe betreffen: kurze Besprechung in der Gruppe, wie diese zur Umsetzung beitragen kann.</p>

Rollenskript SIM

Modul 1: Überbringen schlechter Nachrichten

Ihr Name: Bente Reuber

Alter: 48 Jahre alt

Familienstand: verheiratet mit Alex, auch 48 Jahre, 2 gemeinsame Kinder: Leander und Lea, im Alter von 13 und 15 Jahren

Berufliche Tätigkeit: Bis vor einem Jahr tätig als Steuerfachangestellte*r in einem Büro mit zehn Mitarbeitenden; seitdem krankgeschrieben

Gesprächsort/-zeit: Uniklinik, Viszeralonkologisches Zentrum, Patient*innenzimmer auf Station

Aktuelle Beschwerden und Krankheitsvorgeschichte:

Vor drei Jahren erfolgte die Diagnose eines fortgeschrittenen Colon-Ca. Es wurde ein großes Stück des Darms entfernt und vorübergehend ein künstlicher Darmausgang angelegt. Nach erfolgter adjuvanter Chemotherapie konnte der künstliche Darmausgang wieder zurückverlegt werden und Sie hatten zwei Jahre lang keine weiteren auffälligen Befunde. Doch dann wurden vor einem Jahr bei einer Kontrolluntersuchung mehrere Metastasen in der Leber entdeckt. Leider konnte man sie wegen der Lage nicht operativ entfernen. Sie haben in den letzten zwölf Monaten mehrere Chemotherapien und zielgerichtete Therapien hinter sich. Blutwerte und Untersuchungsbefunde sind in den letzten Monaten immer schlechter geworden. Ihr Arzt hatte vor 2 Monaten noch einmal die Therapie umgestellt in der Hoffnung, dass sie diesmal wirkt und die Lebermetastasen zurückdrängen kann.

Seit längerem fühlen Sie sich zunehmend erschöpft und kraftlos. Selbstverständliche Dinge im Alltag wie die Morgentoilette und das Ankleiden strengen Sie zunehmend an. Vor einigen Tagen waren Sie so schwach, dass Sie kaum noch aufstehen konnten. Außerdem haben Sie plötzlich starke, anhaltende Schmerzen im Bauch entwickelt. Wegen der Beschwerden war die stationäre Aufnahme zur weiteren diagnostischen Abklärung (CT mit Kontrastmittel, Blutwerte, Tumormarker etc.) erfolgt. Heute sollen Sie das Ergebnis erfahren und das weitere Vorgehen besprechen.

Ihr Charakter / Präsentation:

Sie sind ordentlich gekleidet und mögen naturbelassene Textilien. Insgesamt sind Sie ein moralisch verantwortlicher Mensch, der bisweilen unter der Gedankenlosigkeit seiner Mitmenschen leidet. Sie ernähren sich seit Jahren erst vegetarisch, dann vegan und trinken kaum Alkohol.

Sie engagieren sich gerne für Ihre Familie und Ihre Mitmenschen. Schon seit Ihrer Jugendzeit sind Sie politisch aktiv. Soziale Projekte sind Ihnen wichtig, weshalb Sie sich bis zu Ihrer Krebserkrankung aktiv in der Flüchtlingshilfe engagiert hatten.

Gerne übernehmen Sie sich bei alledem auch etwas. Sie wollen eben vorsorglich – auch für Ihre Familie – die Dinge im Alltag geregelt wissen. Umso unerträglicher erleben Sie Ihre jetzige körperliche Situation. Ihre Schwäche führt dazu, dass Sie zunehmend auf die Hilfe Ihres*Ihrer Partner*in angewiesen sind.

Aktuell sind Sie angespannt und ernst, sprechen etwas hektisch. Sie fühlen sich sehr erschöpft. Ihre Stimme erscheint hin und wieder zittrig. Über Ihre körperlichen Beschwerden geben Sie bereitwillig Auskunft. Bei Fragen zu anderen Themenbereichen zeigen Sie sich zögerlich, aber nicht verschlossen.

Ihre soziale Situation:

Bis vor einem Jahr haben Sie mit 32 Wochenstunden als Steuerfachangestellte*r in einem Steuerbüro mit insgesamt zehn Mitarbeitenden gearbeitet. Der Chef ist freundlich, erwartet aber hohen Einsatz von allen Mitarbeitenden. Anfangs war er verständnisvoll. Seit einigen Monaten sind Sie krankgeschrieben und haben kaum noch Kontakt zu Ihren Arbeitskolleg*innen. Die Krankenkasse hat Ihnen letzte Woche geschrieben und angefragt, ob eine Reha vorgesehen ist oder eine Erwerbsunfähigkeitsrente beantragt werden soll. Das hat Sie sehr verunsichert. Aber an Arbeit ist derzeit nicht zu denken.

Sie sind seit 18 Jahren verheiratet mit Alex (48 Jahre). Alex ist ruhig und verständnisvoll, aber in emotionalen Dingen manchmal etwas verschlossen. Er*sie entwickelt als freiberufliche*r IT-Spezialist*in Software für Datenbanken kleinerer Unternehmen. Dies macht er*sie von zu Hause aus. Sie haben ein großes Arbeitszimmer eingerichtet. Die Auftragslage ist wechselhaft. Sie sind ein „eingespieltes Team“, hatten aber in den letzten Jahren wenig Gelegenheit, Ihre Partnerschaft zu pflegen. Ihr*e Partner*in unterstützt Sie verständnisvoll, vor allem in praktischen Dingen. Wenn Sie über Ihre Sorgen sprechen wollen, versucht er*sie Sie schnell zu beruhigen und betont immer wieder, dass Sie das „zusammen schon schaffen“ werden.

Durch einen Hausbau vor einigen Jahren ist die finanzielle Situation insgesamt angespannt. Ihr relativ gutes Einkommen war bisher wesentlich für die finanzielle Stabilität der Familie.

Ihre beiden Kinder sind Ihr ganzer Stolz: Es macht Sie traurig, zu sehen, wie sehr die beiden im letzten Jahr gelitten haben. Vor allem der Jüngere (Leander, +13) macht Ihnen Sorgen. Sie haben für nächstes Jahr eine Afrikareise geplant, worauf Sie sich schon lange gefreut haben. Bei der Diagnosemitteilung werden Sie den*die Ärzt*in danach fragen, ob Sie die Reise auf sich nehmen können. Sie werden den*die Ärzt*in darauf ansprechen, wieso gerade Sie erkrankt sind, obwohl Sie immer so gesund gelebt haben.

Ihre Biografie:

Sie sind das jüngste von drei Kindern Ihrer Eltern. Ihr Vater war von Beruf Fensterputzer, letztlich ungelernter Arbeiter. Er wird als dominant und impulsiv geschildert. Als Alkoholiker kam es in der Familie häufig zu tätlichen Übergriffen. Ihre Mutter hat sich trotz aller Ambivalenz immer untergeordnet, aber dafür gesorgt, dass die Familie „durchkam“. Erst spät entschloss sich Ihre Mutter zur Trennung. Ihr Vater verstarb schließlich im Alter von 61 Jahren. Das Verhältnis zu Ihrem Vater war entsprechend schwierig. Zu Ihrer Mutter hatten Sie eine engere Beziehung, wobei Sie eine wirkliche emotionale Wärme vermisst haben. Zeitgleich mit Ihrer Darmkrebsdiagnose wurde bei Ihrer Mutter eine Demenzerkrankung diagnostiziert. Sich noch um Ihre Mutter zu kümmern und selbst schwer erkrankt zu sein, hat Sie sehr gefordert. Inzwischen ist Ihre Mutter verstorben. Es macht Sie traurig, dass von Ihrer Familie niemand mehr da ist, da auch zu Ihrem Bruder Karsten nach wie vor kein Kontakt besteht.

Ihr fünf Jahre älterer Bruder Georg verstarb im Alter von 23 Jahren bei einem Autounfall. Der vier Jahre ältere Bruder Karsten lebt nicht mehr in der Region. Er wollte wegen der Konflikte mit Ihrem Vater immer schon „einfach nur raus aus der Familie“. Was dabei mit Ihnen oder Ihrer Mutter war, hat ihn nicht sonderlich interessiert. Er wollte seinen eigenen Weg gehen. Mit Mitte 20 heiratete er eine Frau aus Süddeutschland und zog mit ihr weg. Zu ihm besteht jetzt kaum Kontakt. Er möchte mit seiner Vergangenheit und Herkunftsfamilie nichts mehr zu tun haben. Wohl auch, weil seine Frau aus „gutem Hause“ kommt und viel Geld hat, scheint ihm seine Herkunft - aus einer Arbeiterfamilie - peinlich und unangenehm.

Weitere Informationen:

Rollenspielvariante 1:

Im Laufe des Gespräches wird Ihnen von einem*einer Ärzt*in mitgeteilt, dass die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass der Darmkrebs auch unter den laufenden Therapien weiter fortgeschritten ist und keine sinnvolle Möglichkeit für weitere zielgerichtete Therapien besteht. Nicht mehr der Darmkrebs, sondern nur noch die Beschwerden, die er verursacht, sollen behandelt werden.

Rollenspielvariante 2:

Gerade wurde Ihnen von einem*einer Ärzt*in mitgeteilt, dass die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass der Darmkrebs auch unter den laufenden Therapien weiter fortgeschritten ist und keine sinnvolle Möglichkeit für weitere zielgerichtete Therapien besteht. Nicht mehr der Darmkrebs, sondern nur noch die Beschwerden, die er verursacht, sollen behandelt werden.

Sie haben um ein weiteres Gespräch mit einem Arzt gebeten. Da aktuell keiner auf der Station verfügbar ist, kommt ein*eine Gesundheits- und Krankenpflegende*r zu Ihnen gebeten. Es war einfach zu viel auf einmal und teilweise unverständlich.

Fragen, die Sie beschäftigen, können sein:

- Gibt es nicht doch noch die Möglichkeit einer Therapie? Vielleicht auch etwas Experimentelles? Vielleicht läuft irgendwo in Deutschland eine Studie, an der ich noch teilnehmen könnte?
- Wieso kann die aktuelle Therapie nicht fortgeführt werden? Vielleicht kommt es noch zu einer Wirkung? Kann man die Dosis nicht erhöhen, oder noch mal dazu bestrahlen?
- Wenn Sie nicht weiterwissen, ob mir noch etwas hilft, vielleicht sollte ich mich mal an einer anderen Uniklinik vorstellen?
- Was kommt jetzt auf mich zu?
- Was heißt denn: die Beschwerden behandeln? Mit welchen Beschwerden muss ich rechnen?
- Wie geht es denn konkret jetzt weiter? Schicken Sie mich einfach nach Hause und das war es dann?
- Wie viel Zeit bleibt mir noch?
- Was sage ich meinen Kindern? Zumal Leander ohnehin schon kaum mit der jetzigen Situation zurechtkommt.
- Ich würde gerne eine Reise machen, nach Afrika. Das ist länger geplant und ein großer Wunsch. Spricht etwas dagegen?
- Gibt es keine „Pille“, die mir einfach meine Gedanken nimmt? Kann man meinen Kopf nicht einfach ausschalten?
- Werde ich nie mehr arbeiten können? Und wenn das so ist, wie können wir unser Leben finanzieren?

Rollenskript SIM

Modul 2: Umgang mit belastenden Emotionen

Gesprächsort/-zeit: Uniklinik, Viszeralonkologisches Zentrum, Patient*innenzimmer auf Station, gegen Abend, einige Stunden nach dem Gespräch, bei dem man Ihnen mitgeteilt hat, dass der Krebs nicht weiter behandelt werden kann.

Aktuelle Beschwerden und Gesprächsanlass:

Seit dem Gespräch heute ist alles anders. Obwohl Sie ja schon drei Jahre mit der Krebserkrankung leben und seit einiger Zeit auch wissen, dass Sie nicht geheilt werden können, haben Sie bisher tapfer gekämpft, allein schon wegen Ihrer beiden Kinder. Jetzt ist es so, als ob man Ihnen den Boden unter den Füßen weggezogen hat und Sie in einem Abgrund schauen. Der Gedanke daran, dass Sie wahrscheinlich bald sterben müssen, ist unerträglich und quält Sie. Die ganzen Therapien, die Operation, die Mühen mit dem Stoma, die ständigen Kontrollen und die Chemos... alles umsonst. Wahrscheinlich hätten Sie ohne Therapien genauso lange gelebt, nur besser. Was Sie Ihren Kindern zumuten, können Sie kaum in Worte fassen. Sie fühlen sich so unerträglich alleine und einsam.

Seit einer halben Stunde merken Sie, wie Sie schlechter Luft bekommen und einen komischen Druck auf der Brust haben. Ihr Herz rast und Sie sind sehr unruhig. Irgendetwas ist nicht in Ordnung mit Ihnen. Es fühlt sich so an, wie damals, als Sie ein neues Medikament bekommen hatten und dann komisch darauf reagiert haben. Sie machen sich ernsthaft Sorgen, vielleicht ist etwas mit Ihrem Herz nicht in Ordnung. Sie möchten gerne mit einem Arzt oder einer Krankenschwester sprechen.

Gestern trat bereits in abgeschwächter Form ein ähnlicher Zustand auf. Bei der Visite haben Sie es erwähnt, aber Sie hatten den Eindruck, die Ärzte nehmen Sie nicht richtig ernst. Tagsüber wurde dann neben den anderen Untersuchungen deswegen nur ein EKG gemacht und Ihnen zusätzlich Blut abgenommen.

Weitere Informationen:

Gleich wird ein*eine Ärzt*in bzw. ein*e Gesundheits- und Krankenpflegender zu Ihnen kommen, um mit Ihnen zu sprechen. Dabei wird sich herausstellen, dass Ihre Beschwerden möglicherweise mit Ihren Gedanken, Sorgen und Ängsten zu tun haben. Wenn Ihre Ansprechperson sich dafür interessiert und Ihnen Raum gibt, darüber zu sprechen, geht es Ihnen etwas besser. Dann erzählen Sie mehr davon, was sie beschäftigt.

Informationen, die Sie ggfls. im Gespräch erzählen:

Ängste sind immer mal wieder ein Thema in Ihrem Leben. Sie wirken nach außen zupackend, aber wenn Sie nicht weiterkommen und sich ohnmächtig fühlen, treten Panikattacken auf. Das können Sie sich aber nicht gut eingestehen. Ihr Hausarzt hatte Ihnen damals immer mal eine kleine blaue Pille verschrieben, ein Beruhigungsmittel („Tavor“ oder so ähnlich). Damit konnten Sie sich immer behelfen.

Das Problem mit Leander beschäftigt Sie sehr; er ist sensibel und hat sich seit Ihrer Erkrankung sehr zurückgezogen. In der Schule ist er fast Musterschüler geworden und räumt jetzt sogar fast jeden Tag sein Zimmer auf. Emotional kommen Sie und Ihr*e Partner*in aber nur schwer an ihn heran. Sie haben große Schuldgefühle und machen sich fast mehr Sorgen um ihn als um sich.

Infoblatt Behandlungsfall

Patient*innendaten: Herr/Frau Reuber, Bente

Alter: 48 Jahre

Familienstand: verheiratet mit Herrn/Frau Reuber, 2 gemeinsame Kinder, 13 und 15 Jahre alt

Berufliche Tätigkeit: Bis vor einem Jahr tätig als Steuerfachangestellte*r in einem Büro mit zehn Mitarbeitenden; seitdem krankgeschrieben

Anamnese:

Vor drei Jahren Erstdiagnose (ED) Colon-Ca T3, N1, M0, G3, R0, Z.n. Hemicolektomie li. mit protektiver Anus Praeter (AP)-Anlage, adjuvante Chemotherapie nach FOLFOX-Schema; AP-Rückverlagerung.

Vor einem Jahr multiple Lebermetastasen, nicht operabel, seitdem verschiedene Chemotherapieversuche, u.a. in Kombination mit Bevacizumab und Cetuximab.

Vor zwei Monaten wurde die Therapie noch einmal umgestellt. Aktuell wurden zur Kontrolle die Tumormarker bestimmt und eine Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel durchgeführt. Die Befunde wurden im Tumorboard vorgestellt.

Laborbefunde:

	Aktuell	Vergleichswert vor 2 Monaten
CEA	27,3 ng/ml	18,3 ng/ml
CA 19-9	560 U/ml	432 U/ml
Hb	9,6 g/dl	
Leukos	2,1 Tsd/ul	
gamma-GT	986 U/l	
GOT	345 U/l	
GPT	456 U/l	

CT-Befund:

Ausgedehnte flächige Durchsetzung der Leber mit Metastasen, keine klare Abgrenzung zu gesundem Gewebe mehr möglich. Deutliche Befundzunahme im Vergleich zur Voruntersuchung vor zwei Monaten.

Tumorboardbeschluss:

Keine weitere sinnvolle Option für Chemotherapie oder zielgerichtete Therapie mehr vorhanden. Best Supportive Care.

Rollenspielinstruktionen für Ärzt*innen

Modul 1: Überbringen schlechter Nachrichten – Rollenspielinstruktion Ärzt*in

Sie arbeiten als Assistenzärzt*in (oder Oberärzt*in) in der Inneren Medizin einer Uniklinik in der Abteilung für Gastroenterologie. Vor ein paar Tagen wurde ein*e Patient*in, Herr/Frau Reuber, 48 Jahre alt, bei Ihnen wegen akuter Bauchschmerzen und zunehmender Erschöpfung und Schwäche stationär aufgenommen.

Der*die Patient*in mit metastasiertem Colon-Carcinom (ED vor 3 Jahren) wurde vor einigen Tagen kurzfristig stationär aufgenommen bei zunehmender Müdigkeit und Schwäche. Die nicht-operablen Lebermetastasen waren versuchsweise mit verschiedenen Chemotherapien behandelt worden. Die aktuellen Untersuchungen der letzten Tage zeigen, dass es auch nach der letzten Therapieumstellung zu einer weiteren Progression gekommen ist. Laut Tumorboardbeschluss ist keine weitere sinnvolle Option für eine zielgerichtete Therapie gegeben. Gespräch im Patient*innenzimmer über die Diagnose und die geplante Best Supportive Care.

Ihre Aufgabe:

- Informieren Sie den*die Patient*in über die Diagnose und deren Bedeutung.
- Sprechen Sie mit ihm*ihr über die geplante „Best Supportive Care“.
- Verwenden Sie Elemente aus SPIKES.

Modul 2: Umgang mit belastenden Emotionen – Rollenspielinstruktion Ärzt*in

Gesprächsort/-zeit: Uniklinik, viszeralonkologisches Zentrum, Patient*innenzimmer auf Station, gegen Abend.

Aktuelle Beschwerden und Gesprächsanlass:

Ein*e Patient*in, Herr/Frau Reuber, hat bereits mehrfach geklingelt und über Druck in der Brust und starke Unruhe geklagt. Es sind bereits ein EKG, eine BGA sowie Troponine bestimmt worden, die jedoch keinen Hinweis auf eine somatische Ursache der Beschwerden erbracht haben. Das wurde Herrn/Frau Reuber mitgeteilt, der*die trotzdem noch mal „einen Arzt sprechen“ möchte. Sie wissen, dass der*die Patient*in an fortgeschrittenem Darmkrebs mit Lebermetastasen leidet und vor kurzem ein Diagnosegespräch hatte.

Ihre Aufgabe:

- Orientieren Sie sich über die Beschwerden der*der Patient*in und teilen Sie ihr Ihre Einschätzung mit.
- Führen Sie ein unterstützendes Gespräch mit dem*der Patient*in
- Verwenden Sie Elemente aus NURSE.
- Versuchen Sie am Ende eine Zusammenfassung und entscheiden mit dem*der Patient*in über das weitere Vorgehen.

Modul 3: Interprofessionelle Übergabe – Rollenspielinstruktion Ärzt*in

Gesprächsort/-zeit: Uniklinik, Viszeralonkologisches Zentrum, Stationszimmer, gegen Abend, Übergabe an eine*n Gesundheitspflegenden

Gesprächsanlass:

Als Ärzt*in haben Sie mit einem*einer stark belasteten Patient*in (Herr/Frau Reuber) gesprochen. Der*die Patient*in klagt über Unruhe und Druckgefühle in der Brust. Eine kardiologische Diagnostik mittels EKG, BGA, D-Dimere und Troponin-Test zeigte unauffällige Ergebnisse. Sie vermuten, dass der*die Patient*in unter starken Ängsten leidet. Trotzdem sollte später eine erweiterte kardiologische Diagnostik erfolgen. Im Gespräch konnten Sie den*die Patient*in soweit beruhigen. Allerdings benötigt der*die Patient*in auch eine anxiolytische Medikation (Lorazepam 2 x 0.5 mg für 2 Tage, sowie 0.5 mg bei Bedarf bis zu einer Tageshöchstdosis von 2.5 mg, nur als Kurzzeittherapie), ein psychoonkologisches und ein palliativmedizinisches Konsil.

Der dreizehnjährige Sohn ist ebenfalls sehr belastet, jemand sollte sich um ihn kümmern. Nach Ihrem Eindruck ist der*die Ehepartner*in zudem über die Behandlungssituation nicht ausreichend bzw. falsch informiert. Er*sie geht davon aus, dass nur hier im Krankenhaus keine Behandlung möglich sei. Ihrer Meinung nach sollte wegen der Belastung des Sohnes und der unzureichenden Information des*der Ehepartner*in hier im Krankenhaus ein weiteres gemeinsames Gespräch mit dem*der Patient*in und dem*der Ehepartner*in erfolgen.

Ihre Aufgabe:

- Machen Sie eine Übergabe an eine*n Kolleg*in aus der Pflege, bei der Sie Ihre Situationseinschätzung sowie die Handlungsempfehlungen mitteilen.
- Achten Sie bitte auf den Zeitrahmen (2-3 Minuten).
- Stellen Sie sicher, dass Sie alle notwendigen Informationen korrekt übermittelt haben.
- Orientieren Sie sich bei der Übergabe am ISBARR-Modell.

Rollenspielinstruktionen für GKP

Modul 1: Überbringen schlechter Nachrichten – Rollenspielinstruktion GKP

Sie arbeiten als Gesundheits- und Krankenpflegende*r in der Inneren Medizin einer Uniklinik in der Abteilung für Gastroenterologie. Vor ein paar Tagen wurde Herr/Frau Reuber, 48 Jahre alt, bei Ihnen wegen akuter Bauchschmerzen und zunehmender Erschöpfung und Schwäche stationär aufgenommen. Er*sie hat gerade von einem*einer Ärzt*in die Mitteilung des Tumorboardbeschlusses erhalten und bittet Sie um ein Gespräch.

Onkologische Befunde:

- Tumormarker sind gestiegen
- Blutbild: Anämie, Leukos gesunken, stark erhöhte Leberwerte
- CT: Deutliche Zunahme der Lebermetastasen
- Tumorboardbeschluss: Keine weitere sinnvolle Option für Chemotherapie oder zielgerichtete Therapie mehr vorhanden. Best Supportive Care.

Pflegerische Perspektive:

Der*die Patient*in ist sehr geschwächt. Er*sie ist im Zimmer mobil, aber manchmal ist schon Bettkantenmobilisation schwierig. Eigentlich ist er*sie auf pflegerische Unterstützung bei der Körperpflege angewiesen. Hilfe anzunehmen fällt ihm*ihr aber nicht leicht, auch wenn er*sie dafür immer dankbar ist. Zuhause war er*sie häufig auf die Unterstützung durch ihre*n Partner*in angewiesen, ein Pflegegrad liegt bisher nicht vor.

Der*die Patient*in ist sehr belastet und sorgt sich um seine*ihre Kinder.

Er*sie ist seit einem Jahr krankgeschrieben, ein Wiedereinstieg ist unter gegebenen Umständen fraglich. Ein Konsil für den Sozialdienst ist noch nicht angemeldet.

Ihre Aufgabe:

- Stellen Sie sicher, dass der*die Patient*in den Tumorboardbeschluss richtig und vollumfänglich verstanden hat.
- Gehen Sie auf Verständnis- und Nachfragen ein.
- Erläutern Sie bei Bedarf dem*der Patient*in die Diagnose und deren Bedeutung.
- Sprechen Sie mit ihm*ihr über die geplante „Best Supportive Care“.
- Verwenden Sie Elemente aus SPIKES.

Modul 2: Umgang mit belastenden Emotionen – Rollenspielinstruktion GKP

Gesprächsort/-zeit: Uniklinik, Viszeralonkologisches Zentrum, Patient*innenzimmer auf Station, gegen Abend.

Aktuelle Beschwerden und Gesprächsanlass:

Ein*e Patient*in, Herr/Frau Reuber, hat bereits mehrfach geklingelt und über Druck in der Brust und starke Unruhe geklagt. Es sind bereits ein EKG, eine BGA sowie Troponine bestimmt worden, die jedoch keinen Hinweis auf eine somatische Ursache der Beschwerden erbracht haben. Das wurde Herrn/Frau Reuber mitgeteilt, der*die trotzdem noch mal „einen Arzt“ sprechen möchte. Es ist aber auf der Station gerade kein*e Ärzt*in verfügbar. Sie wissen, dass der*die Patient*in an fortgeschrittenem Darmkrebs mit Lebermetastasen leidet und vor kurzem ein Diagnosegespräch hatte.

Ihre Aufgabe:

- Orientieren Sie sich über die Beschwerden des*der Patient*in und teilen Sie im*ihr Ihre Einschätzung mit.
- Führen Sie ein unterstützendes Gespräch mit dem*der Patient*in.
- Verwenden Sie Elemente aus NURSE.
- Versuchen Sie am Ende eine Zusammenfassung und entscheiden mit dem*der Patient*in über das weitere Vorgehen.

Modul 3: Interprofessionelle Übergabe – Rollenspielinstruktion GKP

Gesprächsort/-zeit: Uniklinik, Viszeralonkologisches Zentrum, Stationszimmer, gegen Abend, Übergabe an eine*n Ärzt*in

Gesprächsanlass:

Als GKP haben Sie mit einem*einer stark belasteten Patient*in (Herr/Frau Reuber) gesprochen. Der*die Patient*in klagt über Unruhe und Druckgefühle in der Brust. RR und Puls zeigten keine Auffälligkeiten, aktuell äußert sie auch keine Schmerzen oder Dyspnoe mehr. Sie wissen, dass EKG, BGA, D-Dimere und Troponine unauffällige Ergebnisse ergeben haben. Sie vermuten, dass der*die Patient*in unter starken Ängsten leidet. Trotzdem sollte später eine erweiterte kardiologische Diagnostik erfolgen.

Im Gespräch konnten Sie den*die Patient*in soweit beruhigen. Allerdings benötigt der*die Patient*in auch eine anxiolytische Medikation. Ein psychoonkologisches und ein palliativmedizinisches Konsil halten Sie auch für sinnvoll.

Der dreizehnjährige Sohn ist ebenfalls sehr belastet, jemand sollte sich um ihn kümmern. Nach Ihrem Eindruck ist der*die Ehepartner*in zudem über die Behandlungssituation nicht ausreichend bzw. falsch informiert. Er*sie geht davon aus, dass nur hier im Krankenhaus keine Behandlung möglich sei. Ihrer Meinung nach sollte wegen der Belastung des Sohnes und der unzureichenden Information des*der Ehepartner*in hier im Krankenhaus ein weiteres gemeinsames Gespräch mit dem*der Patient*in und dem*der Ehepartner*in erfolgen.

Ihre Aufgabe:

- Machen Sie eine Übergabe an eine*n Kolleg*in aus dem ärztlichen Team, bei der Sie Ihre Situationseinschätzung sowie die Handlungsempfehlungen mitteilen.
- Achten Sie bitte auf den Zeitrahmen (2-3 Minuten).
- Stellen Sie sicher, dass Sie alle notwendigen Informationen korrekt übermittelt haben.
- Orientieren Sie sich bei der Übergabe am ISBARR-Modell.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AP	Anus Praeter
BGA	Blutgasanalyse
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CA	Kalzium
CEA	Carcinoembryonales Antigen
CIO ABCD	Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf
Colon-Ca	Kolon-Karzinom, Dickdarmkrebs
CT	Computertomographie
d.h.	das heißt
DKH	Deutsche Krebshilfe
DNR	Do Not Resuscitate
ED	Erstdiagnose
EKG	Elektrokardiogramm
etc.	et cetera
FOLFOX	Chemotherapie-Schema, Kombination aus Folinsäure (FOL), 5-Fluorouracil (F) und Oxaliplatin (OX)
G3	Differenzierungsgrad des Tumorgewebes auf Grundlage der Histopathologie, G3: schlecht differenziert
gamma-GT	Gamma-Glutamyltransferase
g/dl	Gramm pro Deziliter
ggfls.	gegebenenfalls
GKP	Gesundheits- und Krankenpfleger*in
GOT	Glutamat-Oxalacetat-Transaminase
GPT	Glutamat-Pyruvat-Transaminase
Hb	Hämoglobin
ISBARR	Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation, Readback: erweitertes SBAR-Modell zur Strukturierung von Informationsweitergaben
Leukos	Leukozyten
li.	links
M0	keine Fernmetastasen nachweisbar
N1	zunehmender Befall von Lymphknoten in Tumornähe
ng/ml	Nanogramm pro Milliliter
NURSE	Naming, Understanding, Respecting, Supporting, Exploring: Kommunikationstechnik zum Umgang mit Emotionen
o.Ä.	oder Ähnliches
Pat.	Patient / Patientin
PC	Personal Computer
PDF	Portable Document Format
RR	Blutdruck nach Riva-Rocci-Methode
R0	Basisreproduktionszahl
SBAR	Situation, Background, Assessment, Recommendation: Modell zur Strukturierung von Informationsweitergaben
SIM	Simulationsperson
SPIKES	Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy: Kommunikationsleitfaden zum Überbringen schlechter Nachrichten
T3	Trijodthyronin, Schilddrüsenhormon
TN	Teilnehmende
Tsd/ul	Tausend pro Mikroliter
u.a.	unter anderem
U/l	Units pro Liter
U/ml	Units pro Milliliter
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel
Z.n.	Zustand nach

