

Nationaler Krebsplan

Handlungsfeld 4 „Stärkung der Patientenorientierung“

**Umsetzungsempfehlungen zu Ziel 12a „Kommunikative
Kompetenzen im ärztlichen und pflegerischen Beruf“**

Leitung: Prof. Dr. Jana Jünger, Axel Doll

Erika Fellmer-Drüg, Dr. Annette Güntert, Dr. Justina Rozeboom, Gertrud Stöcker,
Ralf Tebest, Dr. Simone Wesselmann, Daniel Wecht

INHALTSVERZEICHNIS

PRÄAMBEL	4
I. PROBLEMHINTERGRUND	5
A. PROBLEMHINTERGRUND: ÄRZTLICHER BERUF	5
B. PROBLEMHINTERGRUND: PFLEGERISCHER BERUF	10
C. PROBLEMHINTERGRUND: INTERPROFESSIONELLE KOMMUNIKATION.	13
II. EMPFEHLUNG VON STRATEGIEN UND MASSNAHMEN ENTLANG DER UMSETZUNGSEMPFEHLUNGEN ZU ZIEL 12A (MEDIZIN)	16
1. Auswertung der „Ist-Analyse der Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in der ärztlichen Aus- Weiter- und Fortbildung“	16
A. ÄRZTLICHER BERUF	16
B. PFLEGERISCHER BERUF	18
2. Auf der Grundlage der Bestandsaufnahme die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Modellcurricula „Kommunikation“ für die primären Zielgruppen der Ärzt*innen und Pflegenden in der Gesundheits- und Krankenpflege	20
A. ÄRZTLICHER BERUF	20
a. <i>Ärztliche Ausbildung</i>	20
b. <i>Ärztliche Weiterbildung</i>	28
c. <i>Ärztliche Fortbildung</i>	32
B. PFLEGERISCHER BERUF	36
a. <i>Ausbildung Gesundheits- und Krankenpflege</i>	36
b. <i>Weiterbildung Gesundheits- und Fachkrankenpflege Onkologie</i>	39
c. <i>Fortbildung</i>	41
C. INTERPROFESSIONELLE KOMMUNIKATION	43
3. Erarbeitung eines abgestimmten und verbindlichen Anforderungskatalogs für ärztliche und pflegerische Leistungserbringer*innen in der Onkologie	44
4. Anpassung der bestehenden Zertifizierungskriterien für onkologische Zentren/ Organzentren (Ergänzung von Nachweisen entsprechender Weiter- und Fort- bildungsmaßnahmen der beteiligten Berufsgruppen)	46
5. Evaluation entsprechender Aus-, Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen unter Be- rücksichtigung der Outcome Kriterien für professionelle Zielgruppen	47
6. Stufenweise Umsetzung durch Anreizsysteme in den verschiedenen Fort- und Ausbildungssystemen	48

7. Flächendeckende Implementierung entsprechender Aus-, Fort- und Weiterbildung für die Zielgruppen Ärzt*innen und Pflegende. Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität	52
8. Perspektivisch: Übertragung dieses Prozesses auf alle anderen in der Onkologie tätigen Berufsgruppen	53
LITERATURVERZEICHNIS	54
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	61
GLOSSAR	62

PRÄAMBEL

Grundlage einer an Patient*innen orientierten Kommunikation ist eine empathische Grundhaltung, die Patient*innen und ihr soziales Umfeld mit ihrem Erleben und ihrer Lebenswelt in den Fokus aller Interaktionen und Interventionen stellt. Dies gilt von der Erstdiagnose über die verschiedenen Therapiephasen bis hin zur Rehabilitation, kurativen oder auch palliativen Betreuung. Aufgrund der oft sehr komplexen Fallkonstellationen mit sehr hoher Krankheitslast gehört insbesondere in der Onkologie eine kontinuierliche Begleitung von krebserkrankten Menschen und ihren Bezugspersonen über den gesamten Krankheitsverlauf einer Krebserkrankung zu den zentralen Herausforderungen der pflegerischen und ärztlichen Versorgung (siehe z. B. Through-put-Modell nach Pfaff & Schrappe, 2011 (1)).

Die Bedeutung gelungener Arzt-Patient-Kommunikation bzw. Pflege-Patient-Kommunikation sowie die Lehr- und Lernbarkeit kommunikativer Kompetenzen ist in internationalen Studien umfassend empirisch belegt worden. Krebserkrankungen stellen Ärzt*innen, Medizinstudierende sowie Pflegefachpersonen und Schüler*innen der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Studierende der grundständigen Pflege (primärqualifizierende hochschulische Pflegeausbildung)¹ dabei vor höchste kommunikative Herausforderungen. Die Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen von Leistungserbringer*innen in der Onkologie ist daher in Form des Ziels 12a des Nationalen Krebsplans (NKP) festgelegt worden.

Die Steuerungsgruppe des NKP hat in ihrer Sitzung am 12. Juni 2012 die Einsetzung der Arbeitsgruppe (AG) zu Ziel 12a beschlossen, welche sich am 7. Mai 2013 konstituiert hat. Aufgabe der AG war es, Vorschläge und Strategien für die weitere konzeptionelle Umsetzung des Zieles 12a auf der Grundlage der Studie "Ist-Analyse der kommunikativen Kompetenzen in der ärztlichen und pflegerischen Aus-, Weiter- und Fortbildung" zu erarbeiten (2).

Die durchgeführte IST-Analyse zeigt für die untersuchte Stichprobe eine große Heterogenität in der Aus-, Weiter- und Fortbildung im Bereich kommunikativer Kompetenzen. Oft erfolgt der Erwerb kommunikativer Kompetenzen zu spät und zu theoretisch. Auch fehlt es an einer ausreichenden inhaltlichen Abdeckung, insbesondere in den Bereichen der interprofessionellen Kommunikation sowie in der Onkologie.

¹ Im Folgenden sind mit der Nennung „Pflegefachpersonen“ sowohl Studierende der grundständigen Pflege als auch Schüler*innen der Gesundheits- und Krankenpflege eingeschlossen

Die besonderen kommunikativen Anforderungen an Ärzt*innen und Pflegefachpersonen in der onkologischen Versorgung erfordern jedoch eine longitudinal integrierte Vermittlung kommunikativer Kompetenzen einschließlich der interprofessionellen Zusammenarbeit, deren Grundlagen bereits im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung gelegt werden müssen.

I. PROBLEMHINTERGRUND

A. PROBLEMHINTERGRUND: ÄRZTLICHER BERUF

Patient*innen mit Tumorerkrankungen stellen Ärzt*innen in den unterschiedlichen Phasen des Krankheitsverlaufs vor höchste kommunikative Herausforderungen: Von der Entscheidung für oder gegen eine Früherkennungsmaßnahme sowie dem Überbringen schlechter Nachrichten – und insbesondere die Eröffnung der Krebsdiagnose mit deren Folgen – über Therapieentscheidungen und den Umgang mit Angehörigen von Patient*innen mit Tumorerkrankungen (Eltern krebskranker Kinder, Kinder krebskranker Eltern, Partner*innen, etc.), z. B. hinsichtlich Fragen nach der Prognose, bis hin zur palliativmedizinischen Versorgung.

Kommunikationsstörungen und -defizite im Arzt-Patienten-Gespräch können zu einer Reihe von unerwünschten Effekten führen, welche den Therapieerfolg, die Arzt-Patienten-Beziehung, die Patientenzufriedenheit, aber auch die Zufriedenheit und den Gesundheitszustand von Ärzt*innen nachhaltig beeinflussen können (3, 4). Es konnte z. B. gezeigt werden, dass mehr als 30% der beobachteten Patienten mit einem Prostatakarzinom aufgrund einer unzureichenden Anamneseerhebung eine ungeeignete Therapie erhielten (5). Auf Seiten der Erkrankten kann eine mangelhafte Kommunikation zu einer eingeschränkten Therapietreue (Adhärenz) und einem gestörten Vertrauensverhältnis führen (6). Eine Studie an einer onkologischen Ambulanz deckte einen Zusammenhang zwischen der Arzt-Patient-Kommunikation in unterschiedlichen Phasen des Gesprächs und der Zufriedenheit von (onkologischen) Patientinnen bzw. Patienten auf (7). Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass es entscheidend ist, an welchen Stellen im Gespräch psychosoziale und informelle Themen angesprochen werden. Bei Brustkrebs-Patientinnen ging eine (von den Patientinnen wahrgenommene) patientenzentrierte Kommunikation der Ärzt*innen mit einer größeren Zufriedenheit der Patientinnen einher (8). Zudem gibt es Hinweise

aus internationalen Studien, dass mangelndes Wohlbefinden und Berufszufriedenheit sowie Burnout-Symptome bei Ärzt*innen mit selbsteingeschätzten geringeren Kommunikationsfähigkeiten einhergehen. Aus Sicht der Patient*innen ist eine qualitativ verminderte Versorgung von Erkrankten mit einer geringeren Empathie von Ärzt*innen und einer verringerten Zufriedenheit der Patient*innen assoziiert (3, 4, 9-12). Eine gelungene Kommunikation wiederum kann die Kooperationsbereitschaft zwischen Ärzt*innen und Patient*innen, die Zufriedenheit und damit den Behandlungserfolg und die Gesundheit von Patient*innen nachweislich positiv beeinflussen und sich außerdem positiv auf die Empathiefähigkeit, die Zufriedenheit und den Gesundheitszustand der Ärzt*innen auswirken (3, 4, 13-20).

Dass Kommunikation wirksam gelehrt werden kann, konnte in Studien zum Einfluss von Kommunikationscurricula auf die kommunikativen Fertigkeiten von Studierenden nachgewiesen werden (21, 22). Auch in der Weiterbildung erwiesen sich Kommunikationstrainings als wirksam (für einen Überblick vgl. (23)): So konnte gezeigt werden, dass ein (z. B. dreitägiges) Kommunikationstraining entscheidende Kommunikationsfertigkeiten von (onkologisch tätigen) Ärzt*innen signifikant verbesserte (24-26).

Jenseits der beschriebenen individuellen Einflussfaktoren von Patient*innen und Ärzt*innen auf die Güte der Arzt-Patient-Kommunikation wird zunehmend darauf hingewiesen, dass die Ursachen misslungener Kommunikation auch in organisationsbezogenen und systemischen Faktoren zu suchen sind (27). Denn die Kommunikation zwischen Patient*innen und Ärzt*innen findet nicht etwa in einem Vakuum statt, sondern wird vom Kontext der Versorgung beeinflusst („Throughput-Modell“ nach Pfaff & Schrappe (1); Trajekt-Modell nach Corbin & Strauss (28)). So wirken sich insbesondere die Versorgungsstrukturen, die Arbeitsbedingungen oder die Qualifikation des Personals auf die Erbringung der Versorgungsleistungen und in der Folge auch auf die auf Patient*innen bezogenen Outcomes aus (1). Das Institute of Medicine (IOM) hebt hervor, dass Prozesse und Strukturen für eine patientenzentrierte und effiziente Gesundheitsversorgung untersucht und optimiert werden müssen, um die Werte und Bedürfnisse von Patient*innen bei der Versorgung bestmöglich berücksichtigen zu können (29). Da die Arzt-Patient-Kommunikation ein wichtiges Mittel zur Umsetzung einer an Patient*innen orientierten Versorgung ist, erscheint die Untersuchung der Rahmenbedingungen für eine gelingende Kommunikation als eine logische Folge (30).

Dies spiegelt sich in einem wachsenden internationalen Interesse an organisationalen Einflüssen auf die medizinische Versorgung wider. Neuere Arbeiten liefern wichtige Hinweise für die Relevanz der systemischen und organisatorischen Einflussfaktoren auf die Arzt-Patient-Kommunikation im Bereich der ambulanten sowie stationären onkologischen Versorgung (31-41). Die Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen von Leistungserbringern in der Onkologie (insbesondere von Ärzt*innen sowie professionell Pflegenden), einschließlich der Verbesserung der Rahmenbedingungen in der onkologischen Versorgung, ist daher ein wichtiges Ziel (12a) des NKP, der 2008 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe, der Deutschen Krebsgesellschaft und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren initiiert wurde.

In den letzten Jahren gewinnt eine mehr an Patient*innen orientierte Kommunikation in der Aus- und Weiterbildung von Studierenden sowie von Ärzt*innen zunehmend an Bedeutung. Dies zeigt sich u. a. an der Reformierung der Curricula der medizinischen Ausbildungsstätten (vgl. hierzu z. B. (42-44)) und an der Entwicklung und Evaluation neuer Lehr- und Prüfungsmethoden zur Förderung der Arzt-Patient-Kommunikation, insbesondere auch unter Einbezug von Simulationspatient*innen (45 - 49).

In Deutschland hat der Medizinische Fakultätentag (MFT) am 4. Juni 2015 einen „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin“ (NKLM) verabschiedet (50). Ähnlich dem schweizerischen Lernzielkatalog (51) oder dem der Niederlande (52) schafft er einen konsentierten Qualifikationsrahmen für das Medizinstudium in Deutschland. Über die Rolle der Ärztin bzw. des Arztes als medizinische Expertin bzw. Experten hinaus werden – in Anlehnung an das CanMEDS-Rollenkonzept – die Lernziele hinsichtlich der im ärztlichen Berufsalltag zu erfüllenden Aufgabenfelder definiert. Dazu zählt auch das Aufgabenfeld „Kommunikation“, für das zwei Arbeitspakete vorliegen: Ein konsentiertes rollenbezogenes Arbeitspaket „Die Ärztin und der Arzt als Kommunikator“ (7) und ein feingliedrigeres Arbeitspaket „Fertigkeiten ärztlicher Gesprächsführung“ (14c), das die spezifischen Lernziele ärztlicher Gesprächsführung enthält (53). Während in der Rolle Kommunikator nur übergeordnete Kompetenzen für die Kommunikation enthalten sind, ist die spezifische und detaillierte Ausarbeitung auf Lernzielebene in den Fertigkeiten ärztlicher Gesprächsführung zu finden. Letzteres stellt konkrete Fertigkeiten, Techniken und Modelle professioneller Gesprächsführung inklusive der entsprechenden Anwendungsbeispiele bereit.

Im NKLM werden „Kompetenzen“ in Abgrenzung zu „isoliertem“ theoretischen Wissen hervorgehoben. Kommunikative Kompetenzen beispielweise sind erst vorhanden, wenn diese neben dem Wissen über Kommunikationsstrategien im Arbeitsalltag mit Patient*innen erfolgreich eingesetzt werden können. So genügt es z. B. nicht, wenn die Studierenden für das Überbringen schlechter Nachrichten das SPIKES-Modell (siehe Abbildung 1, vgl. (54)) in der Theorie kennen, sondern sie müssen es in Gesprächen beispielsweise mit onkologischen Patient*innen auch situationsangemessen anwenden können.

S	Situation vorbereiten <i>(„setting up the interview“)</i>
P	Patienten-Vorannahmen und Vorwissen klären <i>(„assessing the patient’s perception“)</i>
I	Informationsmenge an Pat.-Bedürfnis adaptieren <i>(„obtaining the patient’s invitation“)</i>
K	Kenntnisse vermitteln <i>(„giving knowledge and information to the patient“)</i>
E	Exploration der emotionalen Reaktionen <i>(„addressing the patient’s emotion with empathic response“)</i>
S	Strategie besprechen und Zusammenfassung geben <i>(„strategy and summary“)</i>

Abb. 1: „SPIKES-Modell“ zum Überbringen schlechter Nachrichten, nach Baile et al. (2000), vgl. (54).

Die Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte, durch die die ärztliche Gesprächsführung ausdrücklich als Gegenstand der ärztlichen Ausbildung und Inhalt der abschließenden Staatsprüfung aufgenommen wurde, ist eine logische Konsequenz dieser Entwicklungen und der empirischen Befundlage (BR-Drs. 238/12 vom 11.05.2012). Die Fakultäten stehen durch diese Entwicklungen aber auch vor einer neuen Herausforderung: Der Integration der kommunikativen Lernziele und Kompetenzen in die Curricula und die konkrete Umsetzung in Lehre und Prüfungen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen:

- **Kommunikation mit Tumorpatient*innen und ihren Angehörigen ist für Studierende und Ärzt*innen besonders herausfordernd.**
- **Zahlreiche Studien belegen die Wirksamkeit von Kommunikation (insbesondere in der Onkologie)** hinsichtlich zentraler Outcome-Variablen wie Diagnostik, Therapie, Zufriedenheit etc. Außerdem zeigen neue Arbeiten die Relevanz der organisationalen und systemischen Einflussfaktoren auf die Patient-Arzt-Kommunikation in der Onkologie auf.
- Die IST-Analyse zum Stand der Lehre in kommunikativer Kompetenz hat gezeigt, dass **an den deutschen Fakultäten hierzu noch ein hoher Entwicklungsbedarf** besteht (2).
- Die **Approbationsordnung für Ärzte schreibt seit 2012 die Lehre und Prüfung der ärztlichen Gesprächsführung ausdrücklich vor.**
- Im **NKLM** wurden erstmalig entsprechend der Approbationsordnung für Ärzte im Rahmen von zwei Arbeitspaketen (die Rolle „Die Ärztin und der Arzt als Kommunikator“ sowie die spezifischen Lernziele zu den „Fertigkeiten ärztlicher Gesprächsführung“) konsensuell **Kompetenzen und Lernziele für den Bereich Kommunikation ausgearbeitet (53).**

B. PROBLEMHINTERGRUND: PFLEGERISCHER BERUF

In der Bundesrepublik Deutschland existieren im Pflegebereich drei verschiedene und jeweils durch das Alten- und das Krankenpflegegesetz gesondert geregelte, i.d.R. dreijährige Ausbildungen in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Ausgerichtet sind diese zum einen am Alter der zu pflegenden Menschen, zum anderen am entsprechenden Versorgungskontext. Damit erfolgt in den genannten Pflegefachberufen schon in der Erstausbildung die Vermittlung spezialisierter beruflicher Handlungskompetenzen. Aktuell findet pflegeberufliche Bildung auf drei Ebenen statt: An Berufsfachschulen/Fachschulen der Länder und Schulen des Gesundheitswesens, an betrieblichen und überbetrieblichen Weiter- und Fortbildungsinstitutionen und an Universitäten sowie (Fach-) Hochschulen.

In den verschiedenen Pflegefachberufen sind die Orientierung an der Patientin bzw. am Patienten sowie die Integration der Angehörigen in den Betreuungsprozess ein zentrales Prinzip im Pflegeprozess (55).

Exemplarisch sieht das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz) die Vermittlung diesbezüglicher Kompetenzen zur Erreichung des Ausbildungsziels vor und definiert in § 3 (Ausbildungsziel), dass Auszubildende insbesondere „dazu befähigt werden, die Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit“ eigenverantwortlich auszuführen. Im Kontext der Ausbildungszielerreichung haben dieses die Auszubildenden entsprechend den Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) im mündlichen und praktischen Teil der staatlichen Prüfung nachzuweisen.

Pflegende tragen durch Beratung, Anleitung und Schulung der Patient*innen und ihrer Angehörigen wesentlich zum Nebenwirkungsmanagement (z. B. Ermüdungssyndrom, Entzündung der Mundschleimhaut) und der Symptomlinderung (Schmerz, Schwindel und Erbrechen) bei. Sie fördern die Selbstmanagementkompetenzen im Umgang mit der Krebserkrankung und ihren Folgen sowohl der Patient*innen als auch ihres sozialen Umfeldes (56, 57). Darüber hinaus stärken die Pflegefachpersonen in allen Phasen der Erkrankung die Gesundheitskompetenz (health literacy) der Patientin bzw. des Patienten und unterstützen durch das aktive Mobili-

sieren von Ressourcen die Krankheitsbewältigung (58). Eine Steigerung der Gesundheitskompetenzen von Patient*innen führt nachweislich zu einer höheren Qualität der Versorgung (59). Im Sinne des Salutogenese-Ansatzes tragen sie außerdem wesentlich zur Gesundheitsförderung und der Sekundär-/Tertiärprävention bei (60).

Diese edukative Begleitung führt nachweislich zur besseren Einhaltung von Therapieplänen (erhöhte Adhärenz) und damit zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen. Die Partizipation der Patientin bzw. des Patienten in ihrer/seiner emotionalen und alltagspraktischen Krankheitsbewältigung führt außerdem zu einer Steigerung oder zumindest einer Aufrechterhaltung der Lebensqualität (61). Um diese Aufgaben qualitativ hochwertig erbringen zu können, sind soziale und kommunikative Fähigkeiten und Fertigkeiten, wie zum Beispiel Beratungs- und Schulungskompetenzen der Pflegefachpersonen, erforderlich (62).

Diverse Studien beschreiben Kommunikationstrainings für Pflegende in der Onkologie und Palliativversorgung und evaluieren ihre Effekte (63-67). Sie kommen zu dem Fazit, dass durch praxisorientierte, fallbasierte Workshops und Trainings die kommunikativen Kompetenzen verbessert werden können. Allerdings zeigen die Studien, dass die Umsetzung des Gelernten in den klinischen Alltag von dessen Rahmenbedingungen abhängig ist. (vgl. 6.2). Einige Untersuchungen arbeiten die Bedeutung von Kommunikationstrainings in bestimmten Krankheitsphasen heraus. So konnten z. B. Effekte sowohl hinsichtlich der Lebensqualität und Zufriedenheit der Patient*innen als auch bezüglich des Erkennens von Belastungen in der Phase der Erstdiagnose durch gut geschulte onkologische Pflegefachpersonen gezeigt werden (68, 69) und es wurde die Bedeutung der Kommunikationstrainings in der Palliativbegleitung herausgearbeitet (70).

Die Studien bestätigen, dass die beste Kompetenzentwicklung in Kommunikationstrainings dann zu erreichen ist, wenn Kommunikationstheorien mit praktischen Übungen und Rollenspielen mit Feedback kombiniert werden (71, 72). Auch in der pflegerischen Aus-, Weiter- und Fortbildung sind Simulationspatient*innen, die ein differenziertes Feedback geben können, besonders effektiv (73). Kommunikativ-edukative Kompetenzen beinhalten einerseits das Vermitteln von fachlichen evidenzbasierten Informationen und andererseits das Gestalten einer therapeutischen wertschätzenden Beziehung. Alle Publikationen betonen die herausragende Bedeutung einer an Patient*innen orientierten, empathischen Haltung. Beim Entwickeln kommunikativer

Kompetenzen spielen Fragen der eigenen Haltung daher neben dem Trainieren von Techniken eine besondere Rolle. Dies kann besonders durch gemeinsame Reflexionseinheiten, peer reviews und das Feedback durch die Simulationspatient*innen unterstützt werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen:

- Beratung und Anleitung von Tumorpatient*innen und ihren Angehörigen gehören zum etablierten Tätigkeitsprofil von Pflegefachpersonen. In **Studien** konnten in verschiedenen Phasen (Erstdiagnose, Therapiephase, Palliativversorgung) **positive Effekte** durch pflegerische Kommunikation auf die **Lebensqualität, Adhärenz bezüglich der Tumortherapie und Symptomlinderung** nachgewiesen werden.
- Im Krankenpflegegesetz (2003) ist Beratung, Anleitung und Unterstützung als **eigenständiger Aufgabenbereich der Pflegefachpersonen** definiert und muss laut Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege sowohl **mündlich als auch praktisch geprüft** werden.
- Studien zu **Kommunikationstrainings für Pflegefachpersonen** konnten positive Effekte in der Kompetenzentwicklung nachweisen, die Umsetzung der Kommunikation ist jedoch abhängig von den **Rahmenbedingungen in der Pflegepraxis**.
- Die Ausbildung kommunikativer Kompetenzen soll sowohl fachlich-inhaltliche Aspekte (Kommunikationsmodelle) als auch **fallbasierte Trainingselemente** enthalten. Zur Ausbildung von **empathischer Haltung** ist reflexives Lernen unabdingbar.

C. PROBLEMHINTERGRUND: INTERPROFESSIONELLE KOMMUNIKATION

Die gelungene und vertrauensvolle interprofessionelle Kommunikation stellt eine wesentliche Rahmenbedingung für die gemeinsam im Behandlungs-/ Betreuungsteam zu leistende an Patient*innen orientierte Kommunikation dar. Verschiedene Studien zeigen, dass die Qualität der Versorgung von Patient*innen in hohem Grade von der Güte der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen abhängt: Kommunikationsdefizite zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen führen zu einer Gefährdung der Sicherheit von Patient*innen (z. B. 74, 75) und zu einer Unzufriedenheit der Mitarbeiter*innen (76). Im Gegensatz dazu führt eine effektive interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit zu einer höheren Zufriedenheit der Patient*innen (77-80), einer verbesserten medikamentösen Versorgung (81) sowie zu Ressourceneinsparungen (82) und einer höheren Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen (83). Diese verzahnte interprofessionelle Versorgung spielt besonders für die Versorgungsqualität der Behandlung von Krebspatient*innen und der Begleitung ihrer Angehörigen eine zentrale Rolle. Obwohl der hohe Nutzen einer gelungenen interprofessionellen Kooperation und Koordination unbestritten ist, gibt es in Deutschland noch Bedarf für Verbesserungen in der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Interprofessionelle Kernkompetenzen sollten daher bereits bei der ersten beruflichen Sozialisation erlernt werden (84-88). Entsprechende Modifikationen der Ausbildungen und Studiengänge können erst mittel- und langfristig greifen. Um die interprofessionellen Kompetenzen der bereits Berufstätigen zu fördern, sind entsprechende Weiter- und Fortbildungen zu interprofessioneller Kommunikation und Kooperation nötig. Insbesondere sollen wichtige Gespräche mit Patient*innen und/oder Angehörigen (Aufklärungsgespräche zu schwerwiegenden Diagnosen und eingeschränkter Prognose – „Breaking Bad News“), durch Ärzt*innen und Pflegefachpersonen gemeinsam geführt werden. Zur interprofessionellen Versorgung gehört außerdem, dass nach der Diagnosemitteilung Patient*innen und Angehörige die Bedeutung der Befunde mit den Pflegefachpersonen nachbesprechen können und die Betroffenen emotional aufgefangen werden. Weitere wichtige Formate der interprofessionellen Kommunikation sind gemeinsame Visiten, Therapiezielanpassungen und Behandlungsplanungen. Fallbesprechungen und gemeinsame Übergeben stellen den Rahmen zum interprofessionellen Austausch über die Pati-

ent*innen/Angehörigen und die gemeinsame Fallsteuerung dar. Die Supervision ermöglicht eine Metakommunikation über Teamprozesse und interprofessionelle Kommunikationsstrukturen und bildet die Grundlage für weitere Organisationsentwicklungen der Teams oder Institutionen.

Bei der Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation ist zu beachten, dass interprofessionelle Kompetenzen lt. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (89) in drei Kategorien unterschieden werden können:

1. Kompetenzen, die von mehreren Gesundheitsfachberufen erwartet werden können (**gemeinsame Kompetenzen**),
2. individuelle Kompetenzen, die die Kompetenzen anderer Gesundheitsfachberufe ergänzen (**komplementäre Kompetenzen**) sowie
3. alle Kompetenzen, die benötigt werden, um mit anderen zusammenzuarbeiten (**kollaborative Kompetenzen**).

Eine gelungene interprofessionelle Kommunikation umfasst alle drei Kompetenzdimensionen. In zukünftigen Curricula gilt es vor allem die gemeinsamen und kollaborativen Kompetenzen in interprofessionellen Lernangeboten zu entwickeln.

Interprofessionelle Kommunikation korrespondiert mit einer gelungenen intraprofessionellen Kommunikation in den Teams (z.B. Pflegeteams), der interdisziplinären Kommunikation der Ärzt*innen in unterschiedlichen medizinischen Disziplinen und der übergeordneten Kommunikation in der Organisation/Institution. Eine verbesserte Kommunikation mit den Patient*innen und Angehörigen ist somit eingebettet in eine Organisationsentwicklung, in die Kommunikationsstrukturen zwischen den verschiedenen Hierarchieebenen einer Institution (u.a. Krankenhaus) und in die Teamkommunikation. Die Qualität der Kommunikation ist also gleichermaßen bedingt durch individuelle Kompetenzen wie durch strukturelle Rahmenbedingungen. Letztere sollten daher bei der Entwicklung und Implementierung von curricularen Konzepten zur interprofessionellen Kommunikation berücksichtigt werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen:

- Die interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit hat in der Arbeit mit Tumorpatient*innen und ihren Angehörigen einen besonderen Stellenwert und ist für alle am Behandlungsprozess Beteiligte herausfordernd.
- Verschiedene Studien zeigen, dass die Qualität der Versorgung von Patient*innen in hohem Grade von der Güte der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen abhängt.
- Es wird daher vielfach empfohlen, interprofessionelle Kernkompetenzen bereits in der ersten beruflichen Sozialisation der Gesundheitsfachberufe zu vermitteln (84-88).
- Aktuell herrscht an den Ausbildungsstätten jedoch noch eine überwiegend monoprofessionelle Landschaft vor.
- Im NKLM wurden für die interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit konsentrierte Lernziele in den Arbeitspaketen „der Arzt/die Ärztin als Teammitglied“ und „Ärztliche Gesprächsführung“ entwickelt, die als Grundlage für die Entwicklung von Lehrangeboten dienen können.

EMPFEHLUNG VON STRATEGIEN UND MASSNAHMEN ENTLANG DER UMSETZUNGSEMPFEHLUNGEN ZU ZIEL 12A

1. Auswertung der „Ist-Analyse der Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung“

Im Folgenden wird eine zusammenfassende Stellungnahme der o.g. Ist-Analyse für die Bereiche ärztlicher und pflegerischer Beruf (2) gegeben.

Die interprofessionelle Kommunikation war nicht explizit Gegenstand der Studie und wird daher im Folgenden nicht gesondert beschrieben.

A. ÄRZTLICHER BERUF

Die Kernaussage der Studie ist, dass die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen zu theoretisch, häufig zu spät und zu unkoordiniert geschieht (2). Es wird die große Heterogenität in der Lehre kommunikativer Kompetenzen bzgl. der Inhalte, der curricular Verantwortlichen (dezentral), der Strukturierung und der Transparenz (nach innen und außen) der Lehrangebote in Kommunikation in Deutschland in den Bereichen der Aus-, Weiter- und Fortbildung dargestellt.

Da zum Zeitpunkt der Ist-Analyse der Lernzielkatalog für die medizinische Ausbildung (NKLM) noch nicht vorlag, konnte die Erfassung bzw. Abdeckung wichtiger kommunikativer Inhalte bzw. Lernziele für den Bereich der medizinischen Ausbildung nicht anhand einer konsentierten Vorlage erfolgen. Dies spiegelt sich darin wider, dass wesentliche kommunikative Inhalte (z. B. im Bereich emotional herausfordernder Themen) in der Studie teilweise unzureichend differenziert erfasst sind bzw. die Kategorien zur Erfassung der kommunikativen Inhalte teilweise nicht trennscharf definiert sind (z. B. ist keine eindeutige Unterscheidung zwischen „Allgemeine Grundlagen zur ärztlichen Gesprächsführung“ und „Grundlagen zu spezifischen Strategien der patientenzentrierten Kommunikation“ möglich). Gleiches gilt für die Erhebung in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung. Daher sollten die Ergebnisse der Ist-Analyse bezüglich ihrer Generalisierbarkeit vorsichtig interpretiert werden.

Es wird empfohlen, folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- *Inhaltlich:* Kommunikative Kompetenzen scheinen für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Studie an einigen Stellen zu eng gefasst. So fehlt es z. B. an einer ausreichenden Differenzierung spezifischer kommunikativer Anforderungen im Bereich der Onkologie.
- *Methodisch:* Die Ergebnisse der IST-Analyse kommunikativer Kompetenzen zeigen die Grenzen einer Fragebogenerhebung in einem Fachgebiet auf, das im Bereich der medizinischen Ausbildung an den wenigsten Fakultäten zentral koordiniert ist. Auch existieren keine standardisierten und zentral organisierten Weiter- und Fortbildungscurricula und es fehlen bislang konsentrierte Zielvorgaben. Es wird deutlich, dass bei den derzeitigen strukturellen Gegebenheiten zur adäquaten Erfassung kommunikativer Kompetenzen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung ein multimethodales Vorgehen (umfangreiche Identifikation der Ansprechpartner, Durchführung von Interviews, Durchführung von Workshops) erforderlich ist.

Die Abgrenzung der Bereiche der Aus-, Weiter- und Fortbildung ist aufgrund einer fehlenden Passgenauigkeit der Inhalte und Begriffsbezeichnungen nicht ausreichend erfolgt. Als Beispiel sei der Begriff der „Psychoonkologie“ aufgeführt. Der zugehörige Fachbereich wird in der Studie nicht explizit erfragt; dies bedeutet aber nicht zwingend, dass diesbezüglich keine Inhalte vermittelt werden.

Die IST-Analyse hat aufgezeigt, dass in allen drei Bereichen eine Abstimmung / Abgrenzung zwischen den zu implementierenden Inhalten in den medizinischen Curricula fehlt, sodass die Gefahr von Lücken bzw. unerwünschten Redundanzen sowohl innerhalb der einzelnen medizinischen Fächer als auch zwischen den einzelnen Professionen im Gesundheitswesen besteht.

In der Studie wird nicht erfasst, inwieweit die jeweils vermittelten Lehrinhalte in der Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Curricula bzw. Lehrangeboten zueinander in Bezug stehen, da aufgrund fehlender gemeinsamer Lernziele im Bereich Kommunikation kein Instrument zur Verfügung stand, mit dem ein systematisches und strukturiertes Curricular Mapping² (90) durchgeführt werden konnte. Dies bedeutet, dass aufgrund der Studie noch nicht zwischen sinnvollen Redundanzen im Sinne einer

² Curricular Mapping: „Zuordnung von Lehr- und Prüfinhalten zu Lernzielen“

Lernspirale und zwischen nicht sinnvollen Redundanzen durch mangelnde Abstimmung der Fächer bzw. Fachgebiete differenziert werden kann. Bei abzuleitenden Maßnahmen sollte insbesondere darauf geachtet werden, möglichst alle curricular in Kommunikation Verantwortlichen aus allen medizinischen Fachbereichen einzubeziehen, um die abgedeckten Lernziele und deren Verankerung in Aus-, Weiter- und Fortbildung zu erfassen. Schließlich ist die erforderliche bzw. tatsächliche Qualifikation der Lehrenden im Rahmen der Studie nicht berücksichtigt worden; ein Sachverhalt, der bei der Ableitung von Empfehlungen und Maßnahmen aufgegriffen werden sollte.

Die Studie zeigt, dass die Bildungsziele/Lernziele der einzelnen Standorte der medizinischen Fakultäten bzw. der Anbieter von Weiter- und Fortbildungen bislang unzureichend transparent gemacht werden. Eine Folgerung daraus ist die Notwendigkeit der Formulierung von Lernzielen im Bereich Kommunikation.

Die Erarbeitung eines gemeinsamen Referenzrahmens und damit einer gemeinsamen „Sprache“ für Austausch und Abstimmung für die Bereiche der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung ist angesichts der geänderten Approbationsordnung für Ärzte sowie der Tatsache wünschenswert, dass der Bereich der ärztlichen Gesprächsführung in der Weiter- und Fortbildung noch nicht durch konsentrierte Lehr- und Prüfziele abgebildet ist.

Die Studienergebnisse lassen es sinnvoll erscheinen, mittelfristig einen Lernzielkatalog für die Weiter- und Fortbildung aufbauend auf dem NKLM für die Ausbildung zu entwickeln (s. Umsetzungsempfehlung 5).

B. PFLEGERISCHER BERUF

Die „Ist-Analyse der Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in der ärztlichen und pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung“ (2) hat gezeigt, dass in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung (Rücklauf 239 von angeschriebenen 664 Schulen sowie in den Weiterbildungen Fachpflege Onkologie bzw. Palliative Care (Rücklauf 96 von 355 angeschriebenen Kursleitern) kommunikative Inhalte flächendeckend (80-90%) vertreten sind.

Es gibt keine bundeseinheitlichen oder länderübergreifenden Rahmenlehrpläne, Curricula oder Kommunikationsmodule, weder für die Aus- noch für die Weiterbildung. Entsprechend ist die Breite und Tiefe der Schulung kommunikativer Kompetenzen bei den Pflegeberufen sehr heterogen.

Die Stundenzahlen variieren zwischen 10-150 Stunden für verschiedene kommunikationsrelevante Unterrichtsmodule in der Ausbildung. In der Fachweiterbildung Onkologie ist die Streuung der Unterrichtseinheiten (UE, entspricht 45 Minuten) besonders breit. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass auf das Kommunikationstraining in der Ausbildung ca. 6,14% (129 UE, SD +/- 45) und in der Weiterbildung in der onkologischen Pflege 7,2% der gesamten UE fallen. Allerdings sagen die Stundenzahlen wenig über die didaktisch-methodische Kompetenzentwicklung und die tatsächlich vorhandenen Kompetenzen und die Umsetzung im Pflegealltag aus. Die Studie hat gezeigt, dass Rollenspiele im Kommunikationstraining nur teilweise genutzt werden (47,6-86,5% der Ausbildungsinstitute und 52,9 bis 84,6% der Weiterbildungsinstitute), Videofeedback wird lediglich in 20-40% der Einrichtungen genutzt. Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Studie, dass die Entwicklung kommunikativer Kompetenzen sowohl in der Aus- als auch Weiter- und Fortbildung flächendeckend implementiert ist. Allerdings gibt es keine bundesweit (einzelne Bundesländer haben Rahmenlehrpläne) verbindlichen Vorgaben. Entsprechend folgt die didaktische und methodische Umsetzung der Lehreinheiten zu Kommunikation und Beratung in der Regel den curricularen Grundlagen der einzelnen Schulen und Weiterbildungseinrichtungen. Diese Heterogenität stellt eine verlässliche, qualitätsbasierte Kommunikation für Tumorpatient*innen und ihren Angehörigen vor große Herausforderungen.

2. Auf der Grundlage der Bestandsaufnahme die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Modellcurricula „Kommunikation“ für die primären Zielgruppen der Ärzte und Pflegenden in der Gesundheits- und Krankenpflege

A. ÄRZTLICHER BERUF

a) Ärztliche Ausbildung

Empfohlene Maßnahmen

Für die ärztliche Ausbildung wurde durch das vom BMG bis Ende 2015 geförderte Projekt „Kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten in der Onkologie – Entwicklung eines longitudinalen, onkologischen Mustercurriculums Kommunikation auf Basis der Umsetzungsempfehlungen des Nationalen Krebsplans“ (Förderkennzeichen: ZMVI5 2514FSB216; s. <https://www.medtalk-education.de/>, (91)) ein Konzept für ein Modellcurriculum Kommunikation³ zur Verfügung gestellt.

Das Curriculum besteht insgesamt aus drei Bausteinen, wobei der Baustein I den Großteil des Curriculums ausmacht, den alle Studierenden in Form eines Pflichtcurriculums über alle Fachsemester durchlaufen. Im Baustein II findet sich der Teilbereich der interprofessionellen Kommunikation wieder. Der Baustein III stellt im Gegensatz dazu den Wahlpflichtbereich dar, d.h. das Lehrangebot, aus dem die Studierenden je nach Interessenslage Kurse auswählen können, mindestens aber 3 bis 4 dieser Kurse nachweisen müssen. Gleichzeitig kann sich hierin eine fakultätsspezifische Profilbildung wiederfinden. Die folgende Abbildung 2 liefert eine schematische Übersicht.

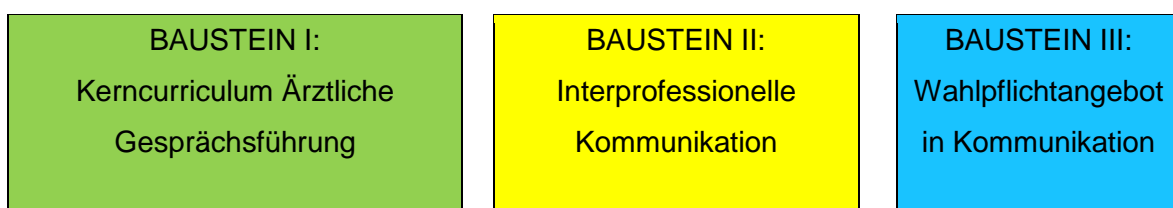


Abb. 2: Überblicksdarstellung über das gesamte Modellcurriculum Kommunikation im Rahmen der Ausbildung, bestehend aus drei Bausteinen

Bei der Entwicklung aller drei Bausteine des Modellcurriculums sollen evidenzbasierte, moderne Lehr- und Prüfformate integriert werden.

³ Im Rahmen der Projektförderung im NKP wurde dieses Modellcurriculum modellhaft für die Onkologie ausgearbeitet.

Es werden Empfehlungen für die standardisierte Qualifizierung der Dozierenden sowie der studentischen Tutor*innen (medizinische Ausbildung) entwickelt und bereitgestellt. Die Dozierendenqualifizierung wird übergreifend durch abgestimmte, curriculare Konzepte im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung (siehe b) Weiterbildung) sowie ein im Rahmen der ärztlichen Fortbildung entwickeltes und zu implementierendes Konzept „Ärztliche/r Kommunikationstrainer/in“ begleitet.

Kerncurriculum Kommunikation (Baustein I)

Die Lehre und Prüfung im gesamten Medizinstudium ist mit 5.500 UE festgesetzt.

Die bisherigen Projektergebnisse sowie die IST-Analyse (2) zeigen, dass die ärztliche Gesprächsführung in den medizinischen Ausbildungscurricula hinsichtlich Art und Umfang der Lehre und Prüfung sehr heterogen vertreten ist. Unter Berücksichtigung der unter 1. genannten Einschränkungen werden derzeit an den medizinischen Fakultäten immerhin bereits durchschnittlich zwischen 138 und 193 (Range) UE im Bereich der kommunikativen Kompetenzen umgesetzt. Der Unterricht, der integriert in die klinischen Fächer stattfindet, ist dabei nicht berücksichtigt.

Sowohl intern als auch extern besteht bei den Curricularverantwortlichen ein großer Bedarf nach Abstimmung und Austausch bezüglich der bestehenden Lehrinhalte und -formate zu Kommunikation. Und häufig fehlt eine zentrale Koordination. Daher ist davon auszugehen, dass Redundanzprüfungen und Abstimmung zwischen den Lehrangeboten nur teilweise (systematisch) durchgeführt werden können. Diese Situation spiegelt sich in aktuell laufenden Reformbewegungen an den Standorten der medizinischen Fakultäten wider.

Im Rahmen des o.g. Projekts zur Entwicklung eines nationalen Mustercurriculums Kommunikation in der Medizin wurden bereits Unterrichtsbeispiele („Best Practice-Beispiele“) aller Fakultäten zusammengetragen und nach den Lernzielen für die ärztliche Gesprächsführung klassifiziert. Zudem wurde die Erhebung eines systematischen IST-Stands der Lehre und Prüfung auf Basis dieser Lernziele zu Kommunikation an allen medizinischen Fakultäten abgeschlossen (91). Beide Prozesse zeigen, dass insbesondere die allgemeinen Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung, wie die theoretischen Rahmenkonzepte (z. B. das Konzept der patientenzentrierten vs. arztzentrierten Kommunikation) oder die Basisfertigkeiten ärztlicher Gesprächsführung (z.B. die Eröffnung eines Gesprächs oder die Durchführung einer

Anamnese), häufig bereits gut in die Curricula integriert sind. Diese werden teilweise in den klassischen „Kommunikationskursen“ der Medizinischen Psychologie und/oder Soziologie oder der Psychosomatik umgesetzt. Derartige Kurse leisten einen wichtigen Beitrag, insbesondere für die Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung.

Aktuelle Konzepte zur Curriculumsentwicklung empfehlen perspektivisch insbesondere die integrierte Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in den klinischen Curricula im Gegensatz zur „isolierten“ Lehre durch einzelne Kurse. Die folgende Abbildung 3 stellt exemplarisch das Konzept von Silverman zur Veranschaulichung der Weiterentwicklung von Kommunikationscurricula dar (92).

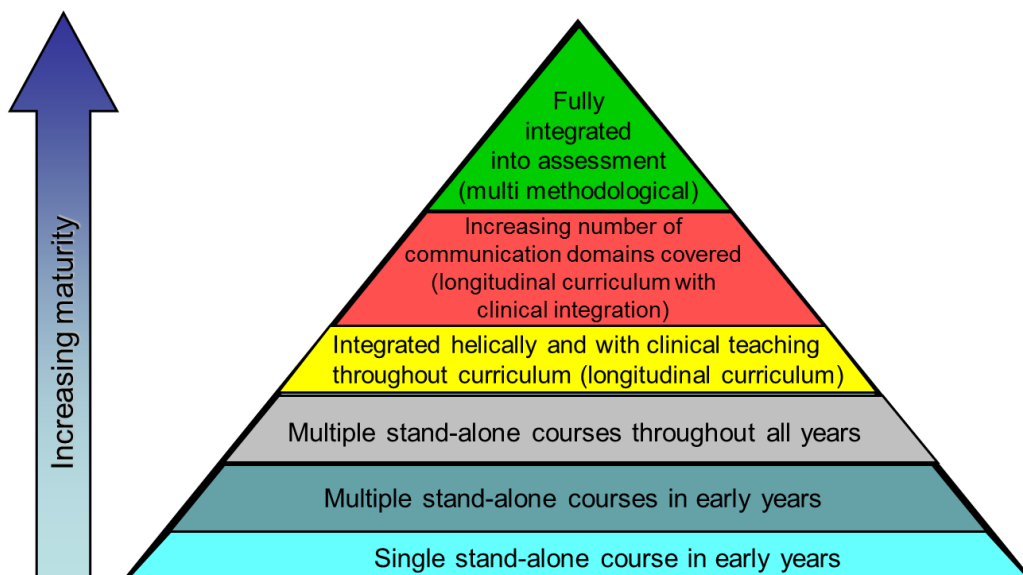


Abb. 3: Darstellung zum Stand des Curriculums nach Silverman, 2009 (92)

Daher wird empfohlen, die o. g. „klassischen“ Kommunikationskurse durch eine systematische Vermittlung ärztlicher Gesprächsführung, integriert in die medizinisch-fachlichen, klinischen Curricula (wie der Allgemeinmedizin, der Chirurgie oder Inneren Medizin), zu ergänzen (ca. im Umfang von 60-70%), um die spezifisch medizinischen Kommunikationsanforderungen zu trainieren. Für die integrierte Vermittlung der allgemeinen Aufgaben der ärztlichen Gesprächsführung, wie der Informationsvermittlung, bieten sich z. B. Blockpraktika oder der Unterricht am Krankenbett an, die z. B. in den Fächern und Querschnittsbereichen Frauenheilkunde, Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Palliativmedizin oder Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren stattfinden.

Aktuell erreichen die medizinischen Fakultäten unterschiedliche Stufen der Integration von Kommunikation in ihre Curricula (s. Abbildung 3). An einigen Standorten ist die Integration der ärztlichen Gesprächsführung in die klinischen Fachcurricula bereits mit Erfolg gelungen. Eine solche Lehre und Prüfung kann nachweislich die kommunikative Kompetenz der Absolvent*innen verbessern (93, 94).

Im Gegensatz zu der Abdeckung durch die allgemeinen Grundlagen und Kompetenzen bestehen deutliche Lücken insbesondere in den spezifischen Inhaltsbereichen der ärztlichen Gesprächsführung, wie beispielsweise der Risiko-, der Fehlerkommunikation und Aufklärung sowie in der interprofessionellen und interkulturellen Kommunikation (siehe Abb. 4 Baustein I Pkt. 3 - 6; die Lernziele zur ärztlichen Gesprächsführung sind online einsehbar unter <http://www.nklm.de/kataloge/nklm/-lernziel/uebersicht> (50)). Gleichzeitig ist auch ein Teil dieser spezifischen Inhalte bereits „implizit“ (d. h. ohne eine Verknüpfung mit Lernzielen oder ein systematisches Feedback an die Studierenden) im Lehrangebot der Fakultäten enthalten. Dies betrifft insbesondere klinisch-praktische Kurse, z. B. die Blockpraktika in der Allgemeinmedizin oder Chirurgie, die nicht schwerpunktmäßig den kommunikativen Kompetenzen zugeordnet sind. Da in diesen Kursen intensiver Patient*innenkontakt besteht, können hier leicht die bestehenden impliziten Inhalte zu expliziten Lernzielen in Kommunikation in die praktischen Übungen umgearbeitet und außerdem regelmäßige Rückmeldungen (Feedback) an die Studierenden integriert werden.

Es stellt sich die Frage, welcher Umfang für die Lehre und Prüfung kommunikativer Kompetenzen mindestens benötigt wird. Um hier einen Orientierungswert zu entwickeln, wurde eine Abfrage an allen medizinischen Fakultäten bezüglich der jetzt schon umgesetzten Lehr- und Prüfbeispiele („Best Practice-Beispiele“) durchgeführt und diese hinsichtlich ihres Umfangs analysiert.

Auf Basis dieser Best-Practice-Beispiele sowie unter Berücksichtigung internationaler Literatur wurde in einer Runde aus Fachexpert*innen jeweils ein Mindestumfang für die jeweiligen Lernziele/Inhaltsbereiche in ärztlicher Gesprächsführung definiert. So konnten Orientierungswerte für den Umfang der einzelnen Themen und Lernziele in ärztlicher Gesprächsführung sowie für das gesamte Curriculum abgeleitet werden.

Eine Befragung unter Ärzt*innen zeigt, dass diese einen großen Bedarf im Bereich der ärztlichen Gesprächsführung sehen (94) und ihre Ausbildung in Kommunikation

im Medizinstudium als nicht ausreichend für die Vorbereitung auf den ärztlichen Beruf bewerten. Daher wünschen sie sich ein umfangreicheres Lehrangebot.

Aufbauend auf den bisherigen Arbeitsergebnissen scheint daher ein longitudinales Kommunikationscurriculum im Umfang von ca. 300 UE überwiegend integriert in die bereits bestehenden vorklinischen und insbesondere klinischen Fachunterricht notwendig, um Medizinstudierende in ärztlicher Kommunikation zu qualifizieren (42). Hierbei handelt es sich um einen fachlich hergeleiteten Orientierungswert auf Basis der Umfänge der gesammelten Best Practice Beispiele zur Lehre kommunikativer Kompetenzen sowie Einschätzungen von ExpertInnen. Zur Verdeutlichung dessen machen diese 300 Unterrichtseinheiten, gemessen an den 5.500 UE des gesamten medizinischen Curriculums, einen Anteil von 5,5 % (respektive der bereits mindestens umgesetzten 2,2–3,5 % gemäß der o.g. IST-Analyse zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen (2) für die integrierte Lehre und Prüfung kommunikativer Kompetenzen aus, die sich über alle Fachsemester sowie die verschiedenen Fachbereiche verteilen und zeitneutral umsetzen lassen. Der vorgeschlagene Gesamtumfang des Kommunikationscurriculums entspricht dem internationaler Konzepte.

Durch die laufenden Prozesse der Abstimmung und der systematischen Bestandsaufnahme an den medizinischen Fakultäten kann abgebildet werden, wo unerwünschte Redundanzen bestehen und an welchen Stellen die noch unzureichend abgedeckten Lernziele effektiv und verteilt über die Fachsemester und Fächer in bestehende (z. B. klinische) Lehrangebote integriert werden können. Zudem kann eine Systematisierung und teilweise Umarbeitung der bereits bestehenden implizit-kommunikations-bezogenen Inhalte hin zu explizit-kommunikationsbezogenen Inhalten einen weiteren Teil des Bedarfs der Lehre in Kommunikation abdecken. Auch in Lehrangeboten, die nicht primär der Kommunikation zugeordnet werden, z. B. in Kursen zur klinisch-praktischen Untersuchung, sind Lehrinhalte zur ärztlichen Gesprächsführung enthalten. In diese sollten explizit die z. B. zur klinischen Lehreinheit passenden kommunikativen Lernziele (wie die Begrüßung und Vorstellung durch den Arzt oder die Ärztin, Ankündigung der Untersuchung etc.) aufgenommen und im Rahmen des Unterrichts reflektiert werden. Durch diese Maßnahmen können die erforderlichen UE in Kommunikation „zeitneutral“ in die bestehenden internen Curricula integriert werden, ohne dass ein zeitlicher Mehraufwand für die Studierenden entsteht. Dies schafft an den Standorten Freiräume und macht die Lehre und Prüfung in Kommunikation effektiver und realitätsnäher.

Die systematische Abbildung der Lehre und Prüfung anhand eines einheitlichen Referenzrahmens, wie den Lernzielen zur ärztlichen Gesprächsführung, die erstmals im Rahmen des NKLM ausgearbeitet wurden, ermöglicht auf nationaler Ebene die Schaffung einer gemeinsamen „Sprache“ für den Bereich Kommunikation. So wird ein effektiver, überregionaler Austausch der bestehenden Ressourcen (Unterrichtsbeispiele, Lehrmaterialien, Prüfmaterialien, Trainingskonzepte) ermöglicht, der wiederum lokale Ressourcen einsparen hilft. So muss nicht jeder Standort für alle Lernziele bzw. Kompetenzbereiche eigene Konzepte und Materialien neu entwickeln oder ausarbeiten, sodass die Fakultäten entlastet werden. Dies sollte mittelfristig über eine gemeinsame elektronische Datenbank realisiert werden („Toolbox“⁴).

Baustein II: Interprofessionelle Kommunikation

Interprofessionelle Kommunikation ist unabdingbar für eine gelungene Behandlung (z. B. (77 - 79). Daher ist zu empfehlen, diese im Umfang von 50 UE in die ärztlichen Ausbildungscurricula zu integrieren und einen großen Teil dieser Lehre gemeinsam mit der Pflege und den anderen Gesundheitsfachberufen zu gestalten (siehe Abbildung 2, Baustein II). Beispiele können gemeinsam umgesetzte Lehrangebote zu den Themen Teamkommunikation oder Fehlermanagement sein.

Baustein III: Wahlpflichtcurriculum und Kompetenzprofile der Fakultäten

Es hat sich darüber hinaus gezeigt, dass es an den verschiedenen nationalen Standorten zahlreiche, unterschiedliche, exzellent ausgearbeitete und sehr gut evaluierte Lehrangebote im Bereich der Wahlpflichtfächer und der Wahlfächer für den Bereich Kommunikation gibt. Daher wird empfohlen, diese bestehenden Ressourcen mit dem Ziel einer fakultätsspezifischen Schwerpunkt- und Profilbildung sowie als Lehrangebot für interessierte Studierende in Form einer fakultativen Spezialisierung im Umfang von circa 100 UE abzubilden (siehe Abbildung 2, Baustein III). So können sich interessierte Studierende aus dem angebotenen Wahlpflichtbereich in Kommunikation Themenfelder aussuchen, in denen sie die eigenen Kompetenzen weiterentwickeln möchten.

⁴ Toolbox: Datenbank zur Bereitstellung von national gesammelten Best-Practice Beispielen aus der medizinischen Lehre und Prüfung zu den Lernzielen des Kommunikationscurriculums

Der empfohlene Umfang lässt sich beispielsweise durch drei bis vier Wahlpflichtkurse à 24 UE zu den Themen „Kommunikation in der Notfallsituation“, „Kommunikation und interprofessionelles Handeln in der Onkologie“ und „Interprofessionelles Handeln“ realisieren. So können die bestehenden Angebote an den Fakultäten hierin aufgehen.

Die folgende Abbildung liefert eine Gesamtdarstellung des Mustercurriculums für die medizinische Ausbildung.

Bausteine	UE
Baustein I: Kerncurriculum Kommunikation für die medizinische Ausbildung	300
1. Konzepte, Modelle & allgemeine Grundlagen	20
2. Fertigkeiten & Aufgaben ärztlicher Kommunikation (insbesondere im Stationsunterricht)	106
3. Emotional herausfordernde Situationen	68
4. Herausfordernde Kontexte	35
5. Soziodemografische & sozioökonomische Einflussfaktoren	43
6. Andere mediale Kanäle und Settings	28
Baustein II: Interprofessionelle Kommunikation	50
Baustein III: Wahlpflichtcurriculum Kommunikation	Ca.100
3 - 4 Wahlpflichtkurse in Kommunikation, z.B. zu „Kommunikation in der Notfallsituation“, „Kommunikation und interprofessionelles Handeln in der Onkologie“ und „Interprofessionelles Handeln“	

Abb. 4: Konzept für ein longitudinales Mustercurriculum Kommunikation in der ärztlichen Ausbildung (UE = Unterrichtseinheit, entspricht 45 Minuten; Kompetenzbereiche unter Baustein I gemäß Lernzielkatalog Ärztliche Gesprächsführung)

Prüfungen

Die vermittelten Inhalte sollen in adäquaten kompetenzorientierten Prüfungsformaten überprüft werden (fakultätsinterne Prüfungen und Staatsexamina). Daher empfiehlt es sich, den medizinischen Fakultäten Standards, Empfehlungen und Anwendungsbeispiele an die Hand zu geben.

Für fakultätsinterne Prüfungen sollte die Überprüfung der ärztlichen Gesprächsführung entsprechend der curricularen Integration in die klinisch relevanten Fachbereiche, wie z. B. Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie oder Allgemeinmedizin, anteilig in die spezifischen Leistungsnachweise integriert werden. Zur Unterstützung der Studierenden in ihrer kommunikativen Ausbildung sollte diesen ein regelmäßiges Feedback über ihre kommunikativen Fähigkeiten und Defizite longitudinal gegeben werden.

Die Überprüfung der ärztlichen Gesprächsführung stellt die Fakultäten und Prüfenden vor große Herausforderungen. Deshalb sollten prototypische Beispiele für das Staatsexamen entwickelt und implementiert werden.

Empfohlenes Vorgehen

In Zusammenarbeit mit allen Fakultäten wurden für die ärztliche Ausbildung in der gemeinsamen Arbeitsgruppe des Projekts Longitudinales Mustercurriculum Kommunikation in die Medizin (91) Best-Practice-Beispiele für die Lehre und Prüfung kommunikativer Kompetenzen gesammelt, aufbereitet und bei Bedarf neu entwickelt. Auf Basis der allgemeinen und fächerübergreifend relevanten kommunikativen Lernziele des NKLM wurden (klinisch) relevante Anwendungsbeispiele und Kontexte⁵ gesammelt und auf Basis bestehender Ressourcen für Lehre und Prüfung aufbereitet. Außerdem wurde im Rahmen der bis Oktober 2015 laufenden Projektförderung im NKP eine differenzierte Analyse zur Erfassung der strukturellen Faktoren rund um die Lehrangebote im Bereich Kommunikation (d. h. z.B. Fragen bzgl. der Entwicklung, Organisation, Evaluation und Finanzierung der Lehr- und Prüfangebote der verschiedenen Fachbereiche) an den medizinischen Fakultäten erhoben. Dieser Analyse der strukturellen Faktoren an den Standorten schloss sich ein Curricular Mapping auf Basis der Lernziele für Kommunikation an. Ziel ist es, den aktuellen Stand hinsichtlich der Lehre und Prüfung kommunikativer Kompetenzen gemäß einem konsentierten Referenzrahmen zu erfassen und so übergreifende Zielgrößen für den Bereich Kommunikation abzubilden. Hieraus können dann der spezifische und abgestimmte Bedarf der Fakultäten sowie Empfehlungen zur Schaffung struktureller (und finanzieller) Voraussetzungen abgeleitet werden.

⁵ Im Rahmen der Projektförderung im NKP werden für jedes der NKLM Lernziele zur ärztlichen Gesprächsführung spezifische Anwendungsbeispiele für die Onkologie ausgearbeitet

Empfohlene Umsetzungsakteure

Die Erarbeitung des Kommunikationscurriculums für die ärztliche Ausbildung erfolgt derzeit durch eine gemeinsame Arbeitsgruppe aus ca. 600 Vertreter*innen der medizinischen Fakultäten. In einem gemeinsamen Beirat sind Vertreter*innen vieler Fachgesellschaften sowie Institutionen involviert (91). Zur Ausarbeitung des Bereichs interprofessionelle Kommunikation sollen Vertretende der Gesundheits- und Pflegeberufe und als Ansprechpartner z.B. der Deutsche Pflegerat einbezogen werden. Idealerweise soll (in Zusammenarbeit mit dem BMG, den Ländern und dem Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen) in einer Novelle der Approbationsordnung für Ärzte eine standardisierte Überprüfung der ärztlichen Gesprächsführungskompetenz mittels zentraler mündlich-praktischer Staatsexamina analog zu dem „National Licensing Exam“ in den USA und Kanada bzw. dem neuen Staatsexamen in der Schweiz aufgenommen werden.

b) Ärztliche Weiterbildung

Empfohlene Maßnahmen

In der ärztlichen *Weiterbildung* soll an die im Rahmen der medizinischen Ausbildung umzusetzenden Maßnahmen zur Stärkung der kommunikativen Kompetenz angeknüpft werden.

Dazu empfiehlt es sich, ein Curriculum *Ärztliche Kommunikation in der Weiterbildung* für alle weiterzubildenden Ärzt*innen (*Baustein I*) sowie ein aufbauendes Curriculum *Spezifische Kommunikation für onkologisch tätige Ärztinnen und Ärzte (Baustein II)* zu entwickeln (siehe vorläufiges Schema in Abbildung 5). Ziel ist es, die im Rahmen der ärztlichen Ausbildung vermittelten kommunikativen Kompetenzen in der Weiterbildung auf einem gebietsspezifischen Kompetenzniveau auszubauen. Wie bereits für die ärztliche Ausbildung unter 2a beschrieben, bestätigen verschiedene Arbeiten, dass bei Ärzt*innen ein großer Bedarf an Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich der kommunikativen Kompetenzen besteht und sie ihre Ausbildung als nicht ausreichend berufsvorbereitend einschätzen (2).

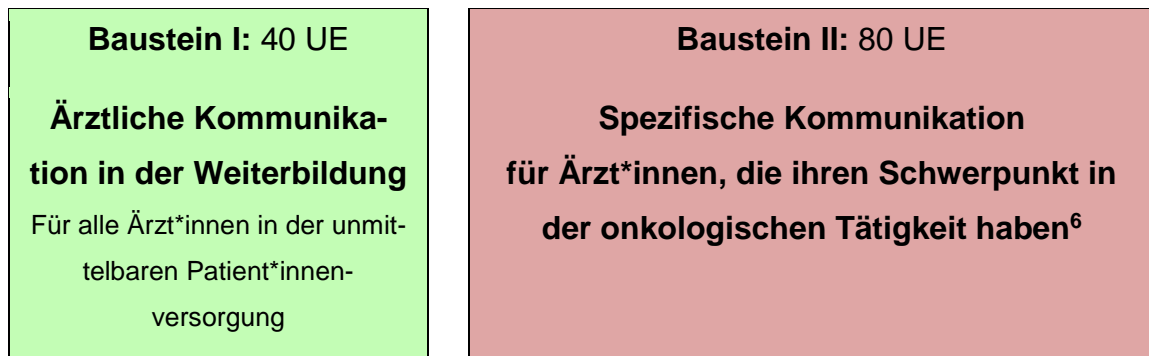


Abb. 5: Übersicht über ein mögliches (Muster-)Curriculum Kommunikation in der Weiterbildung (UE = Unterrichtseinheit, 1 UE entspricht 45 Minuten)

Baustein I: Ärztliche Kommunikation in der Weiterbildung (40 UE)

Es werden daher Ärzt*innen über entsprechende Kurse die Möglichkeit erhalten, die bereits im Medizinstudium vermittelte Gesprächsführungskompetenz aufzufrischen und zu vertiefen. Aufgrund der besonderen kommunikativen Anforderungen, die sich im onkologischen Bereich für Ärzt*innen ergeben, wird ein vertiefender Baustein für diese Zielgruppe als sinnvoll erachtet.

Veröffentlichte Beispiele zeigen, dass fokussierte Trainingsbausteine in der „Patient-Arzt-Kommunikation“ im Rahmen der postgradualen Weiterbildung erfolgreich umgesetzt werden können (95).

Die angemessenen Anforderungen für die Weiterbildung in Kommunikation sowie deren notwendigen Inhalte und Methoden sollten in einem (Muster-) Curriculum beschrieben werden, welches als einheitliche Vorgabe für die bundesweite Umsetzung genutzt werden kann. Es empfiehlt sich, die Trainingsangebote aus der Ausbildung um einige wichtige Bereiche der ärztlichen Gesprächsführungskompetenz (z. B. „Umgang mit tabuisierten Themen, Umgang mit sprachlichen Barrieren oder eingeschränkter Wahrnehmung und Kommunikationsfähigkeit) sowie methodisch (insbesondere um den Einsatz moderner, arbeitsplatzbasierter Methoden) zu erweitern. Insgesamt ist ein Umfang von ca. 40 UE vorzusehen. Bis die eingeleiteten Veränderungen auf der Ebene der medizinischen Ausbildung greifen, empfiehlt es sich, für

⁶ Hierunter fallen alle Ärzt*innen in den Facharztweiterbildungen Strahlentherapie, der Innere Medizin und Gastroenterologie, Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Innere Medizin und Pneumologie sowie die Schwerpunktweiterbildungen Gynäkologische Onkologie sowie Kinder-Hämatologie und -Onkologie und chirurgisch und dermatologisch onkologisch tätige Ärzt*innen sowie solche mit der Zusatzweiterbildung Medikamentöse Tumortherapie. Optional ist das Curriculum außerdem auch für ärztliche Psychotherapeut*innen sinnvoll.

die Übergangszeit entsprechende Fortbildungen zu entwickeln (siehe Abschnitt 2c zur ärztlichen Fortbildung).

Diesen Empfehlungen folgend wird die spezifische Ausgestaltung des Weiterbildungscurriculums durch die Landesärztekammern (LÄK) bzw. Bundesärztekammer (BÄK) geleistet.

Baustein II: Spezifische Kommunikation für onkologisch tätige Ärztinnen und Ärzte (80 UE)

Neben dem Curriculum Kommunikation für alle unmittelbar in der Patientenversorgung tätigen Ärzt*innen wird ein darauf aufbauendes Curriculum Spezifische Kommunikation für Ärztinnen und Ärzte, die ihren Schwerpunkt in der onkologischen Tätigkeit haben⁷, angestrebt (vgl. Abb. 4, Baustein II). Dieses Bildungsangebot sollte auch allen anderen ärztlichen Berufsgruppen als freiwilliges Fortbildungsangebot offen stehen sowie (perspektivisch) Angehörigen anderer beteiligter Berufsgruppen.

Für den vertiefenden Kurs für onkologisch tätige Ärzt*innen (sowie optional Psychotherapeut*innen) wird ein Umfang von 80 UE empfohlen (siehe Abb. 5). Dies entspricht dem bestehenden Curriculum „Psychosomatische Grundversorgung“. Eine aktuelle Studie zeigt, dass ein spezifischer onkologischer Themenbereich (hier: „Schwierige Situationen in der Onkologie“) in einem integrierten Training mit einem Umfang von ca. 36 UE erfolgreich in der ärztlichen Weiterbildung umgesetzt werden kann (96). Um weitere zentrale Inhaltsbereiche (insbesondere die Sicherheit von Patient*innen, Risikokommunikation, Aufklärung, informierte und partizipative Entscheidungsfindung sowie die psychische Belastung von Patient*innen im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen) aufzugreifen und zusätzlich Vernetzungen zu schaffen, erscheint ein Umfang von weiteren 40 UE sachgerecht. Denkbar wäre die in Abbildung 6 dargestellte Strukturierung bezüglich der inhaltlichen Themen.

⁷ Hierunter fallen alle Ärzt*innen in den Facharztweiterbildungen Strahlentherapie, der Innere Medizin und Gastroenterologie, Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Innere Medizin und Pneumologie sowie die Schwerpunktweiterbildungen Gynäkologische Onkologie sowie Kinder-Hämatologie und -Onkologie und chirurgisch und dermatologisch onkologisch tätige Ärzt*innen sowie solche mit der Zusatzweiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie. Optional ist das Curriculum außerdem auch für ärztliche Psychotherapeut*innen sinnvoll.

Modul I	Modul II	Modul III	Modul IV
Grundlagen Kommunikation und Professionelles Handeln in der Onkologie	Interprofessionalität und Konfliktmanagement im onkologischen Team	Informierte und partizipative Entscheidungsfindung in der Onkologie	Patientensicherheit und Fehlerkommunikation im onkologischen Team

Abb. 6: Mögliche inhaltliche Strukturierung des (Muster-)Curriculums Spezifische Kommunikation für Ärzt*innen, die ihren Schwerpunkt in der onkologischen Tätigkeit haben (Baustein II Weiterbildung)

Aufbauend auf diesen Empfehlungen erfolgt die spezifische Ausgestaltung des Weiterbildungscurriculums durch die LÄK bzw. die BÄK. Zur Vermittlung der interprofessionellen Kommunikation wird z. B. empfohlen, einen Teil der Inhalte gemeinsam mit den Vertreter*innen der Pflegeberufe zu gestalten und umzusetzen. Die beispielhafte inhaltliche Strukturierung (siehe Abb. 6) wurde in Orientierung an die Lernziele für die ärztliche Gesprächsführung für die medizinische Ausbildung, an die vorhandenen, national zusammengestellten Best-Practice-Beispiele für die Lehre kommunikativer Kompetenzen in der Onkologie sowie die aktuelle wissenschaftliche Literatur entworfen.

Methoden in den curricularen Bausteinen der Weiterbildung I und II

Bei der Entwicklung beider Modellcurricula werden evidenzbasierte, moderne Lehr- und Prüfformate, z. B. Impulsvorträge, Reflexionen, Gruppendiskussionen, Rollenspiele, Einsatz von Simulationspatient*innen, Videoanalysen sowie die Umsetzung eines videobasierten Feedbacksystems und Supervision, integriert in (klinische) Kontexte und Inhalte und durch qualifizierte Dozierende vermittelt (siehe Punkt c. Fortbildung). Die Qualifikation der Dozierenden wird über die Implementierung einer Fortbildung zur ärztlichen Kommunikationstrainer*in bzw. zum ärztlichen Kommunikationstrainer sichergestellt.

Empfohlenes Vorgehen

Es wird empfohlen, anhand von klinisch relevanten Anwendungsbeispielen zu den allgemeinen und spezifischen kommunikativen Lernzielen einen Anforderungskatalog zu erarbeiten. Dieser soll die für die Weiterbildung relevanten Inhalte für das

(Muster-)Curriculum umfassen und kann als gemeinsamer Referenzrahmen genutzt werden (siehe auch Umsetzungsempfehlung 3). Dabei sollen die Curricula für die Ausbildung und die Weiterbildung in Kommunikation eng aufeinander abgestimmt werden. Zudem wird empfohlen, bei der Entwicklung der Modellcurricula evidenzbasierte, moderne Lehr- und Prüfformate anzuwenden sowie eine individuelle, kontinuierliche Leistungsrückmeldung zu integrieren, insbesondere durch den Einsatz arbeitsplatzbasierter Methoden. Zur Vermittlung der interprofessionellen Kommunikation wird empfohlen, einen Teil der Inhalte gemeinsam mit den Gesundheits- und Pflegeberufen zu gestalten und umzusetzen.

Empfohlene Umsetzungsakteure

BÄK und LÄK erarbeiten im Rahmen der Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung Vorschläge für die Ausgestaltung eines (Muster-) Curriculums Kommunikation für die Weiterbildung. Für die Bausteine zur interprofessionellen Kommunikation sollen Angehörige der Gesundheits- und Pflegeberufe (z. B. Deutscher Pflegerat, Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe) einbezogen werden.

c) Ärztliche Fortbildung

Die ärztliche Fortbildung steht vor zwei Herausforderungen: Zum einen werden allgemeine Fortbildungen für Ärzt*innen zur Qualifizierung in ärztlicher Gesprächsführungskompetenz benötigt. Zum anderen ist ein spezielles Angebot für Dozierende in Kommunikation notwendig, um eine ausreichende Anzahl an qualifizierten Dozierenden zu gewährleisten, die die o.g. Kolleg*innen (im Rahmen der allgemeinen Fortbildungen) ausbilden. Der Bedarf hierfür wird auf ca. 300 geschulte ärztliche Kommunikationstrainer geschätzt.

Es wird angestrebt, in Zusammenarbeit mit der BÄK bzw. LÄK auf die ärztliche Aus- und Weiterbildung eng abgestimmte Angebote für die Fortbildung zu entwickeln. Im Zuge der geänderten Approbationsordnung für Ärzte sowie der zunehmenden wissenschaftlichen Belege für die Relevanz der kommunikativen Kompetenzen im Arztberuf wird empfohlen, gezielt Fortbildungen im Bereich ärztliche Gesprächsführung zu fördern. Auszuarbeitende Programme sollten sich vor allem an klinisch tätige und niedergelassene Ärzt*innen richten, aber aufgrund der hohen Relevanz der interprofessionellen Zusammenarbeit (in Teilen) auch Pflegefachpersonen einbeziehen.

Allgemeine Fortbildungen

Empfohlene Maßnahmen

Es wird empfohlen, ein landesweites, strukturiertes Fortbildungscurriculum Ärztliche Gesprächsführung für Ärztinnen und Ärzte, die ihren Schwerpunkt in der onkologischen Tätigkeit haben (8), sowie Pflegefachpersonen, die in der Onkologie tätig sind (vgl. S. 41), zu entwickeln. Ziel ist es, dieses Fortbildungscurriculum bundesweit zu implementieren.

Empfohlenes Vorgehen

Für die allgemeinen Fortbildungen wird empfohlen, dass die LÄK gezielte Angebote zur ärztlichen Gesprächsführung fördern. Für die regelmäßige Teilnahme an einem videobasierten Feedbackverfahren könnten z.B. CME-Punkte vergeben werden.

Empfohlene Umsetzungsakteure

Die Fortbildungscurricula sollten unter der Federführung der BÄK/LÄK für den ärztlichen Teil und unter Einbezug von Angehörigen der Gesundheits- und Pflegeberufe (Ansprechpartner Deutscher Pflegerat, Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebsgesellschaft sowie Expert*innen, die an der Entwicklung des longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation in der Medizin mitgearbeitet haben, gestaltet werden.

Spezifische Fortbildungen zur Qualifizierung von Dozierenden

Empfohlene Maßnahmen

Um zu gewährleisten, dass ausreichend qualifizierte Dozierende verfügbar sind, um die allgemeinen Fortbildungen umzusetzen, wird empfohlen, eine spezifische Fortbildung für Dozierende – also Kommunikationstrainer*innen – zu entwickeln. In Teilen soll dieses interprofessionell, d.h. gemeinsam für Ärzt*innen und Pflegefachpersonen umgesetzt werden. Im Folgenden wird eine exemplarische Gestaltung für ein solches

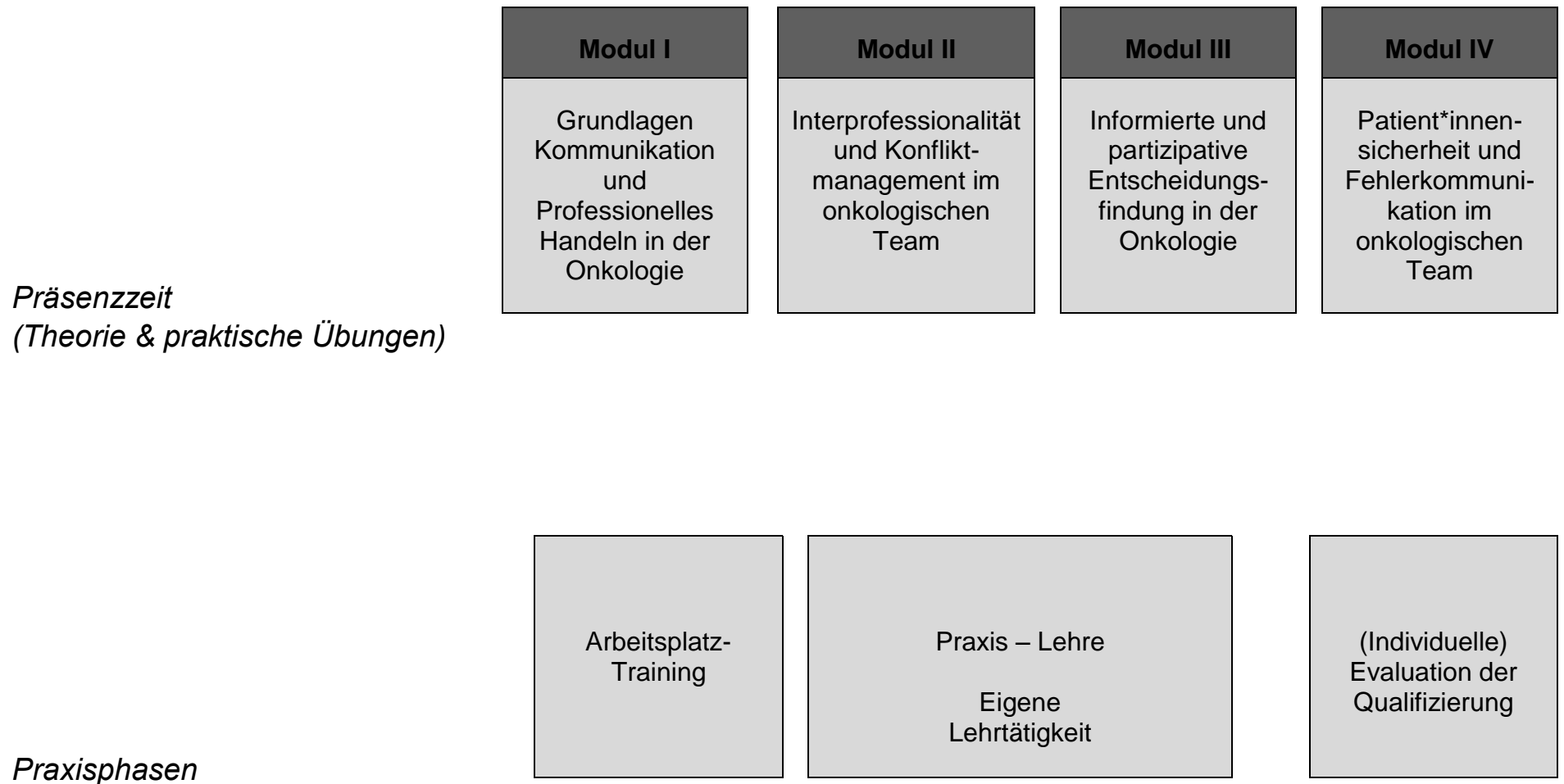
⁸ Hierunter fallen alle Ärzt*innen in den Facharztweiterbildungen Strahlentherapie, der Innere Medizin und Gastroenterologie, Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Innere Medizin und Pneumologie sowie die Schwerpunktweiterbildungen Gynäkologische Onkologie sowie Kinder-Hämatologie und -Onkologie und chirurgisch und dermatologisch onkologisch tätige Ärzt*innen sowie solche mit der Zusatzweiterbildung Medikamentöse Tumortherapie. Optional ist das Curriculum außerdem auch für ärztliche Psychotherapeut*innen sinnvoll.

Curriculum skizziert, welche vier Präsenzmodule⁹ und insgesamt ca. 200 UE umfasst. Die Abbildung 7 stellt die modellhaft ausgewählten Themenfelder in den Modulen I bis IV dar. In Form eines Train-the-Trainer-Konzepts werden die Teilnehmenden zur zertifizierten „Ärztlichen Kommunikationstrainerin“ bzw. zum „Ärztlichen Kommunikationstrainer“ qualifiziert und so umfassend in kommunikativer und didaktischer Kompetenz geschult, und können somit als Multiplikator*innen in der Qualifizierung in ärztlicher Gesprächsführung fungieren. Zudem ist ein Schwerpunkt des Programms die direkte Integration klinisch praktischer Anwendungsbeispiele, bzw. das Training im klinischen Kontext. Unter Berücksichtigung der Absolvent*innenzahlen und bis die in der Ausbildung umgesetzten Maßnahmen greifen, wird der Bedarf auf ca. 300 geschulte ärztliche Kommunikationstrainer*innen geschätzt.

Es wird empfohlen, bei der Gestaltung des Fortbildungsprogramms erstens auf publizierte Empfehlungen zur Medizindidaktik (97), Empfehlungen zu Kommunikationstrainings in der Onkologie (98) sowie Kernmerkmale bereits erfolgreich implementierter Curricula zur medizindidaktischen Qualifizierung zur Qualifizierung in der Lehre (z.B. 99, 100) zurückzugreifen. Zweitens wird empfohlen, moderne, evidenzbasierte und praxisorientierte Methoden auszuwählen, wie z.B. das arbeitsplatzbasierte Training (101), sogenanntes „blended learning“ (hier: Kombination aus Präsenzlernen, praktischem Lernen und eLearning) sowie das Peer-Review-Konzept (102), welches sich beispielsweise in der ambulanten Versorgung als anerkannte Methode der Qualitätssicherung etabliert hat (103). Teile des Trainings, wie das hier beschriebene Modul II und ggf. IV, können interprofessionell gemeinsam mit Dozierenden der Pflege (Praxisanleiter*innen, Pflegepädagog*innen) durchgeführt werden. So kann zugleich ein intensives, wiederholtes und strukturiertes arbeitsplatzbasiertes Training realisiert werden.

⁹ D.h. Module, die eine persönliche Anwesenheit vor Ort der Schulungsstätte erfordern.

Abb. 7: Exemplarisches Konzept für ein zertifiziertes Curriculum „Ärztliche*r Kommunikationstrainer*in“ und „Pflegefachliche*r Kommunikationstrainer*in“ in der Fortbildung



Empfohlenes Vorgehen

Es wird empfohlen, ein Angebot „Ärztliche Kommunikationstrainerin“ bzw. „Ärztlicher Kommunikationstrainer“ für Ärzt*innen aller Fachrichtungen zu entwickeln (Umfang gesamt: 200 UE), die sich im Bereich der *Lehre* kommunikativer Kompetenzen weiterqualifizieren möchten. Hierdurch könnte ein für die Kompetenzentwicklung insgesamt förderliches nationales Netzwerk an Multiplikatoren aufgebaut werden, um den Bedarf in der Lehre abzudecken. Eine flächendeckende Implementierung des Fortbildungsprogramms kann z. B. über eine standort-übergreifende Konzeption erzielt werden (analog z. B. zum postgraduellen Studiengang Master of Medical Education (MME), (104)). Zudem können so Synergieeffekte bzgl. der verschiedenen Fachexpertisen genutzt werden. Eine Anbindung an die Weiterbildungscurricula (siehe 2b, Seite 23 ff Baustein II) sowie eine Abstimmung mit dem bereits bestehenden Fortbildungsangebot ist zu bedenken.

Empfohlene Umsetzungsakteure

Die Fortbildungscurricula sollten unter der Federführung der BÄK/ der LÄK für den ärztlichen Teil bzw. für den pflegerischen Teil unter Einbezug von Angehörigen der Gesundheits- und Pflegeberufe (Ansprechpartner Deutscher Pflegerat, Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebsgesellschaft sowie der Arbeitsgruppe Longitudinales Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin und der Arbeitsgruppe Mustercurriculum „Kommunikative Kompetenzen in der Pflege“ entwickelt werden.

B. PFLEGERISCHER BERUF

a) Ausbildung Gesundheits- und Krankenpflege

Empfohlene Maßnahmen

Für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege ist in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen „Beratung, Anleitung und Unterstützung“ als verbindliches Themenfeld für die Ausbildung und Prüfung festgelegt und als Ausbildungsziel (§ 3) im Krankenpflegegesetz (2003) verankert. Allerdings liegen weder ein einheitliches Kompetenzprofil wie der NKML für das Medizinstudium noch Mustercurricula vor. Aktuell berät der Deutsche Bundestag über die Weiterentwicklung der im Kranken- und Altenpflegegesetz des Bundes geregelten Pflegeausbildungen. Im Kontext

einer generalistischen Ausbildungsstruktur sollen auch weiterhin die notwendigen Kompetenzen zur personen- und situationsgerechten Kommunikation, Beratung und Anleitung vermittelt werden. Im Bereich der Pflegeausbildung kann bislang noch nicht auf vergleichbare Vorarbeiten wie im Bereich des Medizinstudiums zurückgegriffen werden.

- Analog zur ärztlichen Bereich soll ein Modellcurriculum Kommunikation für die Pflege, bestehend aus drei Bausteinen, entwickelt werden.

Die folgende Abbildung 8 liefert eine schematische Übersicht.

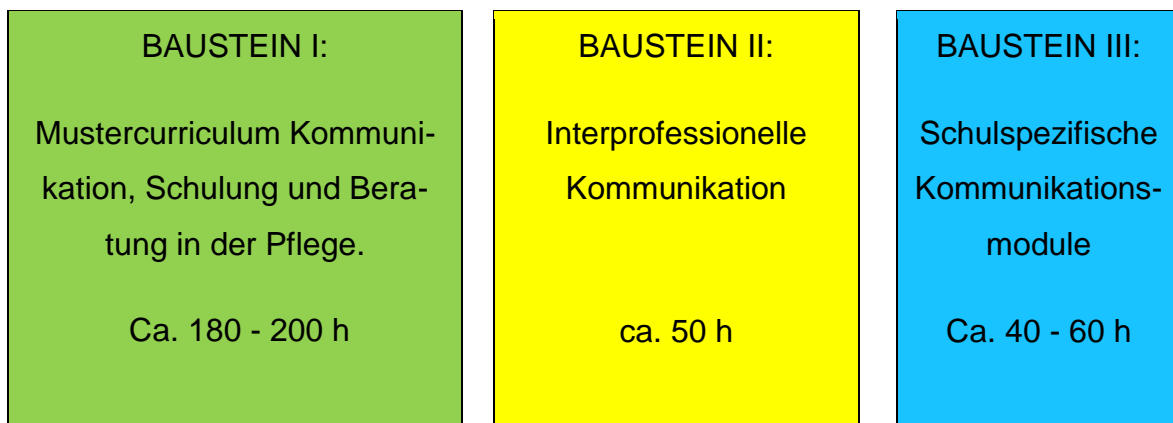


Abb. 8: Überblicksdarstellung über das geplante, vollständige Modellcurriculum Kommunikation im Rahmen der Pflegeausbildung, bestehend aus drei Bausteinen

Baustein I: Gesprächsführung und Beratung in der Pflege

Analog zum Projekt Longitudinales Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin wurde ein Vorhaben „Entwicklung eines Mustercurriculums „Kommunikative Kompetenz in der Pflege“ initiiert, welches den Erwerb kommunikativer Kompetenzen am Beispiel der Onkologie fördern soll und seit Januar 2016 durch das BMG gefördert wird. Es wird empfohlen, in diesem Rahmen folgende Ziele und Fragestellungen zu verfolgen:

- Recherche zu Best-Practice-Beispielen und Studien zur Förderung der kommunikativen Kompetenz
- Literaturrecherche zu Schlüsselproblemen zur Berufswirklichkeit bei der Pflege von Menschen mit onkologischen/chronischen Erkrankungen
- Literaturrecherche zu den Bedürfnissen von Krebskranken und ihren Angehörigen

- Ermittlung von Schlüsselproblemen zur aktuellen und zukünftigen Berufswirklichkeit bei der Pflege von Menschen mit onkologischen/chronischen Erkrankungen
- Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines pflegedidaktisch und berufspädagogisch fundierten Curriculums.

Das Mustercurriculum Gesprächsführung soll laut Beratung durch Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck (Prof. für Pflegedidaktik und Curriculumkonzeption in der Pflege an der Universität Bremen) als halboffenes Curriculum entwickelt werden. Es soll konkretisierende Vorschläge bis hin zur Gestaltung einzelner Unterrichtseinheiten enthalten, aus mehreren Abschnitten mit steigendem Anforderungsniveau für das erste, zweite und dritte Ausbildungsjahr bestehen, auch Bezüge zur praktischen Ausbildung enthalten und flexibel mit den an den Pflegeschulen vorhandenen Curricula kombinierbar sein. Die Bausteine sollen hinsichtlich ihrer curricularen Struktur variieren. Neben Bausteinen zur Wissensvermittlung soll es Bausteine geben, bei denen die Lernenden praktische Fähigkeiten z. B. im Rollenspiel oder mit Simulationspatienten üben und reflektieren können. Weitere Bausteine sollen der Reflexion von authentischen Pflegesituationen mit dem Ziel dienen, das eigene Handeln und das des zu pflegenden Menschen besser zu verstehen. Schließlich sollen Bausteine integriert werden, in denen die Lernenden Lösungen für widersprüchliche Anforderungen, die ihnen im Pflegealltag begegnen, finden müssen.

Baustein II: Interprofessionelle Kommunikation

Interprofessionelle Kommunikation ist unabdingbar für eine gelungene Behandlung (z. B. (77-79). Daher ist zu empfehlen, diese in die pflegerischen Ausbildungscurricula zu integrieren und einen möglichst großen Teil dieser Lehre gemeinsam mit Medizinstudierenden und den anderen Gesundheitsfachberufen (z.B. Physio-/Ergotherapie und Logopädie) zu gestalten. Beispiele können gemeinsam umgesetzte Lehrangebote zu den Themen Rehabilitation, Prävention, Betreuung chronisch Kranker, Palliativversorgung, Entlassungsmanagement, Team-kommunikation, Fehlermanagement sein. Für das Medizinstudium wird ein Baustein von 50 Stunden vorgeschlagen (Vgl. S. 23). Für die Pflegeausbildung soll ebenfalls ein interprofessioneller Baustein im Umfang von 50 UE entwickelt und fest in die Ausbildung integriert wer-

den. Aufgrund der Zielsetzung dieses Bausteins soll auch dessen Entwicklung interdisziplinär erfolgen. Hierbei sollen neben der Pflege und der Medizin auch noch weitere Gesundheitsfachberufe berücksichtigt werden.

Baustein III

Darüber hinaus ist zu empfehlen, dass ein weiteres Stundenkontingent (ca. 50 UE) den einzelnen Schulen für individuelle Schwerpunktsetzungen abhängig von ihrem eigenen Profil und Trägerstruktur zur Verfügung stehen sollte (z.B. Gesprächsführung mit psychisch Kranken (Deeskalationstraining), Kommunikation mit an Demenz erkrankten Menschen (Validation), Beratung von Eltern kranker Kinder etc.).

Empfohlenes Vorgehen

Die Unterarbeitsgruppe empfiehlt, ein einschlägig ausgewiesenes Institut für Pflegepädagogik/Curriculumforschung zu gewinnen, das die Entwicklung eines Mustercurriculums übernimmt. Ein Fachbeirat sollte die Arbeit begleiten. Für die Steuerung des Projekts sollte eine Steuerungsgruppe gebildet werden, in der auch Mitglieder der Unterarbeitsgruppe 12a Pflege vertreten sind.

Empfohlene Umsetzungsakteure

Der Deutsche Pflegerat (DPR)/Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe sollte gemeinsam mit Pflegefachpersonen in der onkologischen Pflegepraxis, Pflegepädagogen mit dem Fokus kommunikative Kompetenzentwicklung und Instituten für Pflegepädagogik/-didaktik ein nationales Mustercurriculum Kommunikation erarbeiten.

Anmerkung: Ein entsprechendes Vorhaben „Entwicklung eines Mustercurriculums „Kommunikative Kompetenz in der Pflege“ wird, wie oben beschrieben (Baustein I), durch das BMG seit Anfang des Jahres 2016 gefördert (Leitung von Frau Prof. Dr. Darmann-Finck, Universität Bremen), Ergebnisse des Projektes sind voraussichtlich Anfang des Jahres 2019 zu erwarten.

b) Weiterbildung Gesundheits- und Fachkrankenpflege Onkologie

Empfohlene Maßnahmen

In Deutschland werden für Pflegefachpersonen Weiterbildungslehrgänge für die Pflege in der Onkologie angeboten. Es gibt zurzeit (Stand Oktober 2016) 19 Weiterbildungsstätten, welche die Lehrgänge nach dem Muster für eine landesrechtliche

Ordnung (i. d. Fassung vom 29.09.2015) der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)¹⁰ bzw. 19 Lehrgänge, die die Weiterbildung nach dem jeweiligen Landesrecht anbieten¹¹. Daher bestehen zurzeit nur bedingt bundesweite Standards bezüglich der Entwicklung kommunikativer Kompetenzen in der Fachweiterbildung. Eine Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern zur Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzte, die ihren Schwerpunkt in der onkologischen Tätigkeit haben¹² (vgl. 2.A.b.) besteht zurzeit nicht.

Es wird empfohlen, ein kompetenzbasiertes Mustercurriculum zu spezifischen kommunikativen Pflegesituationen in onkologischen Versorgungsbereichen am Beispiel der Fachweiterbildung „Pflege in der Onkologie“ zu entwickeln.

Empfohlenes Vorgehen

Es wird mittelfristig empfohlen, aufbauend auf das (noch zu entwickelnde) Nationale Mustercurriculum „Kommunikative Kompetenz in der Pflege“ ein Mustercurriculum „Kommunikation“ für die Fachweiterbildungen „Pflege in der Onkologie“ zu konzipieren. Analog zum Curriculum für die Ausbildung wird empfohlen, die Projektentwicklung in Kooperation mit einem pflegedidaktischen Lehrstuhl unter Einbeziehung von Expert*innen aus Pflegepraxis, -wissenschaft und -bildung umzusetzen.

Empfohlene Umsetzungsakteure

Der Deutsche Pflegerat /Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe und die AG der Leiter der Fachweiterbildungen „Pflege in der Onkologie“ in der Deutschen Krebsgesellschaft sollten gemeinsam mit Pflegefachpersonen in der onkologischen Pflegepraxis und Instituten für Pflegepädagogik/-didaktik ein auf das Mustercurriculum „Kommunikative Kompetenz in der Pflege“ für die Pflegeausbildung aufbauendes und vertiefendes Mustercurriculum „Kommunikation“ für die Weiterbildung entwickeln.

¹⁰ DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie vom 29.09.2015. (www.dkgev.de/media/file/22128.DKG-Empfehlung_Weiterbildung_Pflege.pdf)

¹¹ www.kok-krebsgesellschaft.de/service/weiterbildungsstaetten/

¹² Hierunter fallen alle Ärzt*innen in den Facharztweiterbildungen Strahlentherapie, der Innere Medizin und Gastroenterologie, Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Innere Medizin und Pneumologie sowie die Schwerpunktweiterbildungen Gynäkologische Onkologie sowie Kinder-Hämatologie und -Onkologie und chirurgisch und dermatologisch onkologisch tätige Ärzt*innen sowie solche mit der Zusatzweiterbildung Medikamentöse Tumortherapie. Optional ist das Curriculum außerdem auch für ärztliche Psychotherapeut*innen sinnvoll.

c) Fortbildung

Für die Fortbildung für Pflegefachpersonen werden im internationalen Kontext diverse Trainingsprogramme und Fortbildungsangebote zur Entwicklung von Gesprächsführungskompetenzen publiziert und im deutschsprachigen Raum eine Vielzahl von unterschiedlichen Fortbildungen dazu angeboten. Im Problemhintergrund (vgl. S. 13 ff.) wird die Notwendigkeit für Weiterqualifizierung der Pflegefachpersonen besonders im Bereich der Onkologie dargelegt. Im Gegensatz zur ärztlichen Fortbildung, ist die Fortbildung der Pflegefachpersonen noch nicht systematisch über Landespflegekammern (Stand 2016: Landespflegekammer Rheinland-Pfalz etabliert; Schleswig-Holstein und Niedersachsen sind im Aufbau) geregelt. In den einigen Bundesländern jedoch im Zuge der europäischen Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen (2005/36/EG, geändert in der Fassung Artikel 22 b - 2013/55/EU), Gesetze bzw. Verordnungen oder Berufsordnungen für die Pflegefachberufe verabschiedet, die eine kontinuierliche Fortbildungspflicht der Gesundheits- und Krankenpflegende einfordern. Die Einhaltung dieser Pflicht obliegt primär jeder einzelnen Pflegefachkraft. Die Ahndung von Berufspflichtverletzungen richtet sich nach den jeweiligen landesrechtlichen Regelungen. Allerdings gibt es zurzeit in Deutschland (bis auf die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz) noch keine Instanz, die die Einhaltung der Fortbildungsverpflichtung dokumentiert und kontrolliert. Um die kommunikative Unterstützung und Versorgung von tumorkranken Menschen und ihren Angehörigen zu verbessern, sollten gezielte Fortbildungsangebote für Pflegefachpersonen entwickelt werden.

Darüber hinaus ist ein spezielles Qualifizierungsangebot für Lehrende im Bereich Kommunikation notwendig, um eine ausreichende Anzahl an qualifizierten Dozierenden zu gewährleisten, die die o.g. Pflegefachpersonen im Rahmen der allgemeinen Fortbildungen aber auch Aus- und Weiterbildung kompetent ausbilden.

Allgemeine Fortbildungen

Empfohlene Maßnahmen

Es wird empfohlen, ein modellhaftes landesweites (z.B. über die Pflegekammer Rheinland-Pfalz), strukturiertes Fortbildungscurriculum für die pflegerische Gesprächsführung für Pflegefachpersonen, die ihren Schwerpunkt in der onkologischen Tätigkeit haben, zu entwickeln. Ziel ist es, dieses Fortbildungscurriculum bundesweit

zu implementieren (durch Empfehlungen des Deutschen Pflegerates bzw. der angestrebten Bundespflegekammer)

Empfohlenes Vorgehen und Umsetzungsakteure

Da für die Pflegeprofession zuständige Landespflegekammern noch nicht bundeweit aufgebaut sind, wird empfohlen für die allgemeinen Fortbildungen ein Rahmenkonzept mit Inhalten und Qualitätskriterien zu entwickeln. Etablierte Bildungseinrichtungen können diese Fortbildungen nach dem vorgegebenen Rahmenkonzept anbieten. Es wird empfohlen, dass Vertreter des Deutschen Pflegerates, der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz und des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe gemeinsam mit der Konferenz Onkologischer Kranken und Kinderkrankenpflege (KOK) in der Deutschen Krebsgesellschaft ein solches Rahmenkonzept entwickeln. Die Curricula können in Abstimmung mit der BÄK und den LÄK entwickelt werden.

Den Organ- und Tumorzentren bzw. Comprehensive Cancer Centers wird empfohlen, den in den Zertifizierungskriterien festgelegten Fortbildungstag für die im Rahmenkonzept angebotenen Fortbildungen zu nutzen und entsprechend nachzuweisen.

Spezifische Fortbildungen zur Qualifizierung von Lehrende

Empfohlene Maßnahmen

Um zu gewährleisten, dass die Pflegepädagog*innen und Praxisanleiter*innen ausreichend qualifiziert sind, um allgemeine Fortbildungen, Kommunikationstrainings in der (hoch-) schulischen Aus- und Weiterbildung und Anleitung in der praktischen Aus- und Weiterbildung umzusetzen, wird empfohlen, eine spezifische Fortbildung zur „Pflegefachlichen Kommunikationstrainerin“ bzw. zum „pflegefachlichen Kommunikationstrainer“ zu entwickeln, die (in Teilen) gemeinsam mit Ärzt*innen und dem Programm zum/r ärztlichen Kommunikationstrainer*in entwickelt und umgesetzt wird. In Form eines Konzepts zur Qualifizierung von zukünftigen Trainingskräfte werden die Teilnehmenden umfassend in kommunikativer und didaktischer Kompetenz geschult, und können somit als Multiplikator*innen in der Qualifizierung in pflegerischer Gesprächsführung fungieren. Zudem ist ein Schwerpunkt des Programms die direkte Integration klinisch praktischer Anwendungsbeispiele bzw. das Training im klinischen Kontext.

Empfohlene Umsetzung und Umsetzungsakteure

Die Konzeption von „Train-the-Trainer“ Modulen (s. o.) wird empfohlen. Teile des Trainings, wie das hier beschriebene Modul II (vgl. S. 37), können interprofessionell durchgeführt werden. Der Deutsche Pflegerat/Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe gemeinsam mit einem Lehrstuhl für Pflegepädagogik und Lehrerbildung in der Pflege und in Kooperation mit dem Curriculumsentwicklungsteam des/r „Ärztlichen Kommunikationstrainers/in“ sollten die oben dargestellten Module entwickeln.

C. INTERPROFESSIONELLE KOMMUNIKATION

Im Rahmen der empfohlenen Maßnahmen im Bereich des ärztlichen bzw. pflegerischen Berufs sind bereits explizit interprofessionell konzipierte Bausteine enthalten.

Empfohlene Maßnahmen

a) Interprofessionelle Ausbildung

Im Rahmen des entwickelten medizinischen Ausbildungscurriculums (s. Umsetzungsempfehlung 2. Medizin (a), s.S. 20 ff.) ist der Baustein II der interprofessionellen Kommunikation gewidmet. Analog hierzu ist auch für die pflegerische Ausbildung ein Baustein für interprofessionelle Kommunikation vorgesehen. Beide Bausteine sollen gemeinsam durch ärztliche und pflegerische Kolleg*innen curriculare Konzepte (z. B. zu den Themen Teamkommunikation oder Fehlermanagement etc.) entwickelt und umgesetzt werden.

b) Interprofessionelle Weiterbildung

Im Rahmen der Empfehlungen für die ärztliche Weiterbildung (s. S. 28 ff.) wird ein Curriculum für Ärzt*innen, die ihren Schwerpunkt in der onkologischen Tätigkeit haben skizziert, welches mit dem Modul II „Interprofessionalität und Konfliktmanagement im onkologischen Team“ (s. Abb. 6) explizit die interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit aufgreift. Darüber hinaus wird empfohlen, Inhalte z. B. zu Patientensicherheit und Fehlerkommunikation (siehe Modul IV ebd.) gemeinsam mit der Pflege (z.B. Fachweiterbildungen für Pflege in der Onkologie) zu gestalten und umzusetzen.

c) *Interprofessionelle Fortbildung*

Aufbauend und abgestimmt auf das Weiterbildungsangebot wird für den Bereich der Fortbildung (c) sowohl für die allgemeinen Fortbildungen als auch für die spezifischen Fortbildungen für dozierende Ärzt*innen bzw. Pflegepädagog*innen im Bereich der ärztlichen/pflegerischen Gesprächsführung die interprofessionelle Kommunikation eingeschlossen. Die allgemeinen Fortbildungen sollen für beide Berufsgruppen sowie (perspektivisch außerdem) den anderen in der onkologischen Tätigkeit beteiligten Berufsgruppen offen stehen. Es wird empfohlen, ein landesweites, strukturiertes Fortbildungscurriculum Gesprächsführung für onkologisch tätige Ärzt*innen sowie Pflegefachpersonen zu entwickeln. Ziel ist es, dieses Fortbildungscurriculum bundesweit zu implementieren. Die spezifischen Fortbildungen für Dozierende („Ärztliche / pflegerische Kommunikationstrainerinnen bzw. Kommunikationstrainer“, s. Abb. 7), enthalten wiederum explizit Module (s. Modul II sowie Modul IV ebd.) zur interprofessionellen Kommunikation.

Empfohlene Vorgehensweisen und Akteure

Das Modul „Interprofessionelle Kommunikation“ in der medizinischen und pflegerischen Ausbildung sollte von der Arbeitsgruppe Longitudinales Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin gemeinsam mit Vertretern des Deutschen Pflegeverbandes/Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe entwickelt werden.

Das Fortbildungscurriculum für die allgemeine Fortbildung sowie für die Dozierendenqualifikation sollte unter der Federführung des Deutschen Pflegeverbandes und der bestehenden Landespflegekammern für den pflegerischen Teil und unter der Federführung der BÄK/ den LÄK für den ärztlichen Teil bzw. in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebsgesellschaft sowie der Arbeitsgruppe Longitudinales Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin entwickelt werden.

3. Erarbeitung eines abgestimmten und verbindlichen Anforderungskatalogs für ärztliche und pflegerische Leistungserbringer*innen in der Onkologie

ÄRZTLICHER UND PFLEGEBERUF

Durch die verpflichtende Einführung des Bereichs Kommunikation in die ärztliche *Ausbildung* und der konkreten Umsetzungsmaßnahmen unter Punkt 2 ist die Ausarbeitung von Punkt 3 für den Bereich der *ärztlichen Ausbildung* bereits umgesetzt.

Es wird empfohlen, aufbauend auf die bereits durch den NKLM definierten Lernziele im Bereich Kommunikation für die ärztliche Ausbildung, ebenfalls für die zu entwickelnden Curricula in der ärztlichen *Weiterbildung* (d.h. für das 40 UE-Curriculum für alle Fachärzte [mit unmittelbarem Patientenkontakt] und für das 80 UE-Curriculum für die schwerpunktmäßig in der Onkologie tätigen Ärzt*innen) kompetenzorientierte Lernziele zu definieren. Diese Lernziele werden dann mittelfristig durch das obligate curriculare Weiterbildungsangebot für alle Ärzt*innen mit unmittelbarem Patient*innenkontakt (Baustein I) sowie durch das obligate Angebot für onkologisch tätige Ärzt*innen (Baustein II) operationalisiert sein. Es wird empfohlen, die Lernzielentwicklung und -abbildung analog für den Bereich der ärztlichen Fortbildung bzw. der zu entwickelnden Fortbildungscurricula in Kommunikation (allgemein und spezifisch für Dozierende) zu verfahren.

Für die pflegerische Ausbildung ist in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen Beratung, Anleitung und Unterstützung als verbindliches Themenfeld für die Ausbildung und Prüfung festgelegt. Allerdings liegt noch kein einheitliches Kompetenzprofil wie der NKLM vor. Es wird empfohlen, im Rahmen des Mustercurriculums Kommunikation in der Pflege die zu erwerbenden kommunikativen Kompetenzen zu definieren, um aktuellen und zukünftigen Berufsanforderungen in der Begleitung von tumor- bzw. chronisch kranken Menschen und ihren Angehörigen gerecht zu werden. Für die Bereiche der pflegerischen Weiter- und Fortbildung können im Zuge der Entwicklung und Implementierung curricularer Angebote in Kommunikation die zu entwickelnden oder zu fördernden Kompetenzen analog definiert werden.

Dies ermöglicht eine Unterstützung des longitudinalen Lernprozesses im Bereich Kommunikation über die verschiedenen Ausbildungsstufen im ärztlichen und pflegerischen Beruf hinweg. Für eine Übergangsphase sollte das Fortbildungsangebot gezielt weiterentwickelt werden. Es wird empfohlen, dies perspektivisch auch für den (separaten und für die Zusammenarbeit mit den anderen beteiligten Berufsgruppen auszubauenden) Bereich der interprofessionellen Kommunikation durchzuführen.

4. Anpassung der bestehenden Zertifizierungskriterien für onkologische Zentren/Organzentren (Ergänzung von Nachweisen entsprechender Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen der beteiligten Berufsgruppen)

ÄRZTLICHER UND PFLEGEBERUF

Empfohlene Maßnahmen

Die unter den vorgenannten Punkten beschriebenen Maßnahmen für die Integration von Kommunikationscurricula in Aus-, Weiter- und Fortbildung werden erst mittelfristig in der klinischen Versorgung ihre Wirkung zeigen können. Bis dahin kann in zertifizierten Zentren der onkologischen Versorgung die entsprechende kommunikative Kompetenz über die Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen nachgewiesen werden. Eine zentrale Aufgabe der zertifizierten Zentren ist die Bildung eines Netzwerkes, das den Patient*innen und ihren Angehörigen für alle Phasen und für alle Bereiche einer onkologischen Erkrankung kompetente Ansprechpartner*innen aufzeigt und einen qualitätsgesicherten Behandlungsprozess ermöglicht. Die Zusammenarbeit innerhalb des Netzwerkes ist dementsprechend obligat interdisziplinär, interprofessionell und Sektoren verbindend. Eine Grundvoraussetzung für die Umsetzung der Aufgaben ist eine gute kommunikative Kompetenz der Leistungserbringer*innen, um sowohl den Bedürfnissen der Patient*innen als auch der Kolleg*innen zu begegnen und eine gute onkologische Behandlung zu ermöglichen. Dabei sollen die Anforderungen der Gruppen von Patient*innen mit begrenzter Lebenserwartung im Besonderen berücksichtigt werden.

Empfohlenes Vorgehen

Auf Basis des Beschriebenen wird empfohlen, dass folgende Eingaben in die Zertifizierungskommissionen eingebracht werden:

- 1) In zertifizierten Zentren sollen ärztliche und pflegerische Mitarbeiter*innen über die Qualifikationsmaßnahme zur spezifischen Kommunikation (= Kapitel 2b, Baustein II dieses Arbeitspapier) verfügen. Die entsprechend ausgebildeten Mitarbeiter*innen sollen ihre Expertise in einem transparent beschriebenen Prozess an die interdisziplinären und interprofessionellen Partner des Netzwerkes vermitteln. Die Umsetzung und der Effekt der Maßnahmen sollten dabei evaluiert werden.
- 2) Die Zertifizierungskommissionen werden gebeten, die Patient*innen mit begrenzter Lebenserwartung (palliative Situation) zu definieren und ein an den

spezifischen Bedürfnissen orientiertes Betreuungs- und Kommunikationskonzept zu erarbeiten.

- 3) In Ergänzung zu den externen sollten interne interprofessionelle Kommunikations- und Teambildungsseminare für Arbeitsgruppen/Stationen/Zentren an Tumorzentren in festzulegenden Zeitabständen regelmäßig durchgeführt und für die Zertifizierung nachgewiesen werden.

Empfohlene Umsetzungsakteure

Mit der Schaffung von entsprechenden Fortbildungsangeboten wird die Aufnahme der Anforderungen für den Nachweis der kommunikativen Kompetenz in die Kriterienkataloge der zertifizierten Zentren beraten. Zur näheren Ausgestaltung findet eine unmittelbare Abstimmung zwischen Deutscher Krebsgesellschaft und BÄK sowie unter Einbezug von Vertreter*innen der Pflegeberufe statt.

5. Evaluation entsprechender Aus-, Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der Outcome Kriterien für professionelle Zielgruppen

Aktuell bietet sich die Chance, die Implementierung der verschiedenen Maßnahmen im Bereich der Kommunikation wissenschaftlich zu begleiten.

Perspektivisch (und sobald die Implementierung entsprechender Maßnahmen absehbar ist) sollte dieser Aspekt der interprofessionellen Kommunikation und Zusammenarbeit durch spezifische Forschungsprojekte untersucht werden. So könnte beispielsweise eine repräsentative und wiederholte Befragung (Surveys) zur Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation und informierten Entscheidung aus Sicht der Bevölkerung und ausgewählter Patientengruppen Erkenntnisse über mögliche Verbesserungen der Kommunikation zwischen dem Gesundheitspersonal und insbesondere der Ärzteschaft und den Patient*innen liefern und zur Förderung der Gesundheitskompetenz beitragen. Insbesondere wären Fragen zum Informationsbedarf von Bürgern und Patient*innen hinsichtlich eines gesundheitsbewussten Handelns und zur Orientierung im Gesundheitswesen, zur Gesundheitskompetenz als zentralem Faktor in der Vermittlung von Gesundheitsinformation, zur Patientensicherheit, zur informierten Entscheidung bei Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sowie zur ärztlichen Beratung einzubeziehen.

6. Stufenweise Umsetzung von Rahmenbedingungen¹³ in den verschiedenen Fort- und Ausbildungssystemen

*Die Arbeitsgruppe hat, auch unter Einbeziehung von Vertreter*innen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft, diese Umsetzungsempfehlung intensiv aus verschiedenen Blickwinkeln diskutiert. Zusammenfassend musste die Arbeitsgruppe festzustellen, dass die konkrete Ausgestaltung von möglichen Anreizen in den verschiedenen Fort- und Ausbildungssystemen, aufgrund der grundsätzlichen, über die Onkologie hinausgehenden Bedeutung, umfassender zu betrachten ist und damit den Rahmen des Arbeitsauftrages der Arbeitsgruppe übersteigt.*

Vor diesem Hintergrund hat sich die Steuerungsgruppe des Nationalen Krebsplans darauf verständigt, sich auf eine Analyse der allgemeinen Rahmenbedingungen zu beschränken, die für die Arzt-Patienten-Kommunikation relevant sind. Hingegen sollen aufgrund der übergreifenden Bedeutung des Themas, wie oben erwähnt, keine konkreten Umsetzungsempfehlungen im Hinblick auf eine Umgestaltung der Vergütungsstrukturen oder Honorarmaßstäbe erarbeitet werden, weil dies den Rahmen des Arbeitsauftrags übersteigt und umfassender zu betrachten ist.

Im Folgenden werden theoretische Herleitungen der verschiedenen für die Verbesserung der kommunikativen Kompetenz in der ärztlichen und pflegerischen Versorgung relevanten *Rahmenbedingungen* skizziert.

Spezifischer Hintergrund zur Relevanz der Rahmenbedingungen

Im Gegensatz zu anderen ärztlichen und pflegerischen Kompetenzen und Aufgaben, sind bislang für den Bereich kommunikativer Kompetenzen noch nicht ausreichend standardisierte und messbare Ziel- und Qualitätskriterien etabliert, die die Implementierung von evidenzbasierten strukturellen oder prozessualen Rahmenbedingungen oder daran geknüpften Anreizsysteme ausreichend ermöglichen würden.

Bei der Analyse der Rahmenbedingungen muss zwischen den Aus-, Weiter- und Fortbildungssystemen unterschieden werden.

Übergeordnete Einflussfaktoren auf eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation

¹³ Da der Terminus „Anreizsysteme“ zu kurz greift, wird dieser ausgeweitet auf die Formulierung „(...) Umsetzung von Rahmenbedingungen“, die die Maßnahmen zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten ermöglichen und unterstützen.

Wie einleitend beschrieben, belegen insbesondere jüngere Arbeiten den Einfluss des Kontextes der Versorgung auf die Arzt-Patient-Kommunikation. So nehmen z. B. die Versorgungsstrukturen, die Arbeitsbedingungen oder die Qualifikation des Personals in einer Klinik Einfluss auf die Versorgungsleistung und letztlich auf die Patient*innenoutcomes (1).

Aktuelle Studien zeigen, dass systembedingte Faktoren, wie die Organisation der Versorgungsabläufe, die Erreichbarkeit und die Arbeitsbelastung der Ärzt*innen oder auch die Organisationskultur, sich bedeutsam auf die wahrgenommene Güte der Arzt-Patient-Beziehung auswirken (33, 35, 36, 105) und belegen die positive Wirkung von unterstützenden Maßnahmen, wie dem Einsatz von Benchmarkings von Patient-Reported Outcomes (z. B. wahrgenommene Empathie) auf die Kommunikationsleistung (39,106). Durch die genannten empirischen Belege stehen Ansatzpunkte zur Verfügung, durch die die ärztliche Gesprächsführung positiv unterstützt werden kann. Mit steigender Konsistenz zeigen Forschungsergebnisse, dass Sicherheit und Qualität der Versorgung ansteigen, wenn Pflegefachpersonen ein angemessenes Qualifikationsniveau und die nötigen Ressourcen (inkl. einer ausreichenden Personalausstattung) und Unterstützung haben, um gute Pflegequalität zu erbringen. Pflegefachpersonen beobachten und erleben die Folgen und „Nebenwirkungen“ gesundheitspolitischer Entscheidungen für Patient*innen und die Versorgung im Gesundheitssystem. Pflegefachpersonen sehen die Effekte von Gesundheits- und Sozialpolitik auf den Zugang zur Versorgung von Patient*innen, Familien und Gesellschaft, auf direkte und indirekte Kosten im Gesundheitswesen sowie die Folgewirkung politischer Veränderungen auf Zugang, Erreichbarkeit, Eignung und Qualität der Leistungserbringung. (108-115). Auf Basis dieser Ergebnisse werden im Folgenden förderliche und hinderliche Faktoren für eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation dargestellt. Es wird empfohlen, hieraus zunächst die notwendigen Zielgrößen für eine gelungene Kommunikation zu entwickeln und auf Basis dieser wiederum Vorschläge für Maßnahmen zur (finanziellen) Vergütung zu erarbeiten und Empfehlungen für die Berücksichtigung organisationaler Einflussfaktoren abzuleiten. Die folgende tabellarische Darstellung liefert bereits eine Übersicht über die förderlichen und hinderlichen Einflussfaktoren auf die Arzt-Patient-Kommunikation, welche in Abhängigkeit der Art der Versorgung (ambulant versus stationär) weiter ausgeführt wird.

Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> - Beziehungskonstanz Arzt-Patient (qualitativ und quantitativ) - Führungskultur - Hohes Sozialkapital (gemeinsam geteilte Wertebasis, Vertrauen) - Geschützte Gesprächsumgebung (keine Störungen); Ruhe - Optimale Versorgungsabläufe - Gute Erreichbarkeit - Reduzierter Workload - Festanstellung - (Geringere körperliche Belastung) - Weniger Zeitdruck, Stress - Vermeidung von Burnout 	<ul style="list-style-type: none"> - Unzureichende Ressourcen (z.B. zu wenige onkologische Ärzt*innen, Zeitmangel) - Organisatorische Mängel (z.B. kein geschützter Raum für Gespräche, Störungen, Überstunden) - Pauschale Vergütung, keine Ausbildung kommunikativer Kompetenz für die Onkologie - Fehlende Überprüfbarkeit von Gesprächsleistungen

Abb. 9 Zusammenfassung organisatorischer und systemischer Einflussfaktoren auf die Arzt-Patient-Kommunikation

In allen Schritten ist eine gemeinsame Umsetzung mit den anderen Gesundheitsfachberufen (Ansprechpartner ist die Unterarbeitsgruppe Pflege) wünschenswert und wird empfohlen.

Die folgende Konzeption ist gegliedert in die Abschnitte zur ambulanten Versorgung (6.1) und zur stationären Versorgung (6.2) und eine detaillierte Darlegung der empirischen Evidenz.

6.1 Ambulante ärztliche Versorgung

Empirischer Hintergrund

In Praxen niedergelassener Hämatolog*innen und Onkolog*innen wurden im Rahmen der WIN ON (Working Conditions in Oncology) Zusammenhänge zwischen den Arbeitsbedingungen und der Arzt-Patient Kommunikation untersucht. Die Ergebnisse qualitativer Interviews mit den Ärzt*innen ergaben, dass Zeitdruck und Stress, Lärm, Störungen im Gespräch (z. B. Telefonat) sowie gestörte Arbeitsabläufe (z. B. Not-

fälle) zentrale Faktoren sind, die die Kommunikation mit ihren Patient*innen erschweren (41). Eine gute Arbeitsorganisation, z. B. Pflegesprechstunden zu Nebenwirkungen der Chemotherapie, Pufferzeiten für den Eintritt von Notfällen sowie die Einrichtung störungsfreier Zeiten während des Gesprächs mit den Patient*innen, sind aus Sicht der Ärzt*innen erfolgreiche Strategien zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation. In der quantitativen und längsschnittlichen Befragung der Ärzt*innen und ihrer betreuten Darmkrebspatient*innen zeigte sich, dass Störungen im ersten Gespräch mit der Ärztin bzw. dem Arzt zu einer als schlechter wahrgenommene Empathie, zu einem höheren ungedeckten Informationsbedarf und zu einer stärker ausgeprägten Progredienzangst, d. h. Angst vor dem Fortschreiten oder Wiederauftreten der Erkrankung, führten (39, 40).

6.2 Stationäre ärztliche Versorgung

Empirischer Hintergrund

Die WORG OUT (Work Organization and Patient Outcomes)-Studie in den nordrheinwestfälischen Brustzentren erforschte verschiedene organisationale Einflüsse auf die von Brustkrebspatientinnen wahrgenommene soziale Unterstützung durch Ärzt*innen. Zum einen wurden Zusammenhänge zur Arbeitsorganisation, z. B. lange Wartezeiten und Abstimmungsprobleme zwischen dem Personal, erforscht (33); dies und die Erreichbarkeit der Ärzt*innen aus Sicht der Patient*innen zeigten auch signifikante Zusammenhänge für das Outcome Vertrauen in die Ärztin bzw. den Arzt (35). Zum anderen erscheint der Workload der Ärzt*innen, z. B. viele Überstunden, als wichtiger Prädiktor der wahrgenommenen Unterstützung durch Vertreter*innen dieser Berufsgruppe (36). In einem zur Veröffentlichung eingereichten Artikel konnte gezeigt werden, dass auch das Sozialkapital (d. h. gemeinsame Werte, Vertrauen und gegenseitige Hilfsbereitschaft unter den Beschäftigten) im Krankenhaus als Indikator der Organisationskultur mit der sozialen Unterstützung durch Ärzt*innen assoziiert war (105). Daneben ergab sich, dass Patientinnen in Krankenhäusern mit einem hohen Anteil an festangestellten Ärzt*innen sich besser von diesen unterstützt fühlten.

7. Flächendeckende Implementierung entsprechender Aus-, Weiter- und Fortbildung für die Zielgruppen Ärzte und Pflegende. Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität

Es wird empfohlen, die unter 2. dargestellten Curricula für die Aus-, Weiter- und Fortbildung im ärztlichen und pflegerischen Beruf flächendeckend zu implementieren. Hinsichtlich der Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität können unterschiedliche Verantwortliche in Betracht gezogen werden.

Sowohl neue Konzepte zur Qualifizierung der Dozierenden in Kommunikation (siehe Umsetzungsempfehlung 2 c. Spezifische Fortbildungen für Dozierende) als auch der Rückgriff auf bestehende Weiter- und Fortbildungsprogramme sind geeignet, dies strukturell zu ermöglichen. Bezüglich der Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität gibt es hier verschiedene Verantwortliche. Die Medizinischen Fakultäten sowie die verantwortlichen Länderministerien werden ermutigt, innovative Konzepte und die hierzu im vorliegenden Arbeitspapier formulierten Empfehlungen (siehe insbesondere Umsetzungsempfehlung 2) flächendeckend im Rahmen ihrer Verantwortungsbereiche (z. B. Ausbildungsrahmenpläne oder Weiterbildungsordnungen der Bundesländer) (verbindlich) umzusetzen.

Die EU Richtlinie zur Berufsanerkennung (Richtlinie 2005/36/EG vom 20. November 2013; Artikel 31 (107)) definiert hierfür bindend die Entwicklung verschiedener kommunikativer Kompetenzen (wie z. B. bei der Beratung von Patient*innen oder auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit) in der Pflegeausbildung.

Eine Implementierung verbindlicher Weiter- und Fortbildungsregelungen wird perspektivisch auch durch die Einrichtung von Landespflegekammern bzw. einer zukünftigen Bundespflegekammer (u.a. im Sinne einer Musterweiterbildungsordnung) ermöglicht werden. Zur Überbrückung können bereits bestehende Organisationsstrukturen für den Nachweis entsprechender Fortbildungspunkte die Registrierungsstelle für beruflich Pflegende¹⁴ genutzt werden.

¹⁴ Mit der "Registrierung für beruflich Pflegender" besteht auch in Deutschland für alle professionell Pflegenden die Möglichkeit, sich bei einer unabhängigen Registrierungsstelle zentral erfassen zu lassen. Unabhängig von einer Verbandsmitgliedschaft! In anderen europäischen Ländern sowie in den USA und Australien ist dies längst praktizierter Standard.

Vorrangige Zielsetzung der Registrierung beruflich Pflegender ist es, die Position der Profession gegenüber Politik und anderen Berufsgruppen zu stärken. Mit dem Ergebnis einer künftig gesetzlich verpflichtenden Registrierung und der Notwendigkeit zur kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung. Im Interesse aller – der Patienten, der beruflich Pflegenden und der Arbeitgeber.

8. Perspektivisch: Übertragung dieses Prozesses auf alle anderen in der Onkologie tätigen Berufsgruppen

Aufgrund der zunehmenden und querschnittlichen Bedeutung der Kommunikation im Gesundheitswesen sollten Module zur Verbesserung der kommunikativen und interprofessionellen Kompetenzen nach spezifischer Anpassung in die Aus-, Weiter- und Fortbildung der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen integriert werden.

Hierunter fallen insbesondere psychologische Psychotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Psychoonkologe*innen (siehe separates Ziel im NKP), Physiotherapeut*innen, Kreativtherapeut*innen, Ernährungsberater*innen, Medizinische Fachangestellte und Pharmazeut*innen sowie weitere Gesundheitsfachberufe.

Dabei sollte der Fokus nicht ausschließlich auf der klinischen bzw. akuten oder kurativen Onkologie liegen, sondern auch sektorenübergreifend die Onkologische Rehabilitation, die Palliativversorgung und die Betreuung Langzeitüberlebender in den Blick genommen werden.

LITERATURVERZEICHNIS

1. Pfaff H., Schrappe M. Einführung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff G, Glaeske E, Neugebauer M, Schrappe M, editors. Lehrbuch Versorgungsforschung. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2011. p. 2-41.
2. Klöpfer C., Spieser A., Weis J. (2012). Ist - Analyse der Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in der ärztlichen und pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung. Nationaler Krebsplan. Handlungsfeld 4, Ziel 12a. Freiburg: Klinik für Tumorbiologie Freiburg.
3. Graham J., Potts H.W.W., Ramirez A.J. (2002). Stress and burnout in doctors. *Lancet*, 360(9349), 1975-1976.
4. Travado L., Grassi L., Gil F., Ventura C., Martins C. (2005). Physician-patient communication among Southern European cancer physicians: the influence of psychosocial orientation and burnout. *Psycho-Oncology*, 14(8), 661-670.
5. Chen R.C., Clark J.A., Manola J., Talcott J.A. (2008). Treatment 'mismatch' in early prostate cancer - Do treatment choices take patient quality of life into account? *Cancer*, 112(1), 61-68.
6. Goedhuys J., Rethans J.J. (2001). On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. A validity study. *Family Practice*, 18(6), 592-596.
7. Eide H. (2003). Physician communication in different phases of a consultation at an oncology outpatient clinic related to patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 51(3), 259-266.
8. Mallinger J., Griggs J., Shields C. (2005). Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information. *Patient Education and Counseling*, 57(3), 342-349.
9. Williams B. (2007). Cross cultural care. Bridging the cultural gap to better healthcare. *Tennessee Medicine*, 100(10), 25-29.
10. Shanafelt T.D., West C., Zhao X., Novotny P., Kolars J., et al. (2005). Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *Journal of General Internal Medicine*, 20(7), 559-564.
11. Thomas M.R., Dyrbye L.N., Huntington J.L., Lawson K.L., Novotny P.J., et al. (2007). How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 177-183.
12. Halbesleben J.R., Rathert C. (2008). The role of continuous quality improvement and psychological safety in predicting work-arounds. *Health Care Management Review*, 33(2), 134-144.
13. Fallowfield L.J., Hall A., Maguire G.P., Baum M. (1990). Psychological Outcomes of Different Treatment Policies in Women with Early Breast-Cancer Outside a Clinical-Trial. *British Medical Journal*, 301(6752), 575-580.
14. Razavi D., Delvaux N., Marchal S., De Cock M., Farvacques C., et al. (2000). Testing health care professionals' communication skills: the usefulness of highly emotional standardized role-playing sessions with simulators. *Psycho-Oncology*, 9(4), 293-302.
15. Stewart M., Brown J.B., Weston W.W. (1989). Patient-Centred Interviewing Part III: Five Provocative Questions. *Canadian Family Physician*, 35, 159-161.
16. Stewart M.A. (1995). Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes - a Review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433.
17. Kerse N. (2004). Physician-Patient Relationship and Medication Compliance: A Primary Care Investigation. *The Annals of Family Medicine*, 2(5), 455-461.

18. Griffin S.J., Kinmonth A.L., Veltmn M.W.M., Gillard S., Grant J., et al. (2004). Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: A systematic review of trials. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 595-608.
19. Trummer U.F., Mueller U.O., Nowak P., Stidl T., Pelikan J.M. (2006). Does physician-patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study. *Patient Education and Counseling*, 61(2), 299-306.
20. 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.
21. Yedidia M.J., Gillespie C.C., Kachur E., Schwartz M.D., Ockene J., et al. (2003). Effect of communications training on medical student performance. *JAMA - The Journal of the American Medical Association*, 290(9), 1157-1165.
22. Jünger J., Schäfer S., Roth C., Schellberg D., Friedman Ben-David M., et al. (2005). Effects of basic clinical skills training on objective structured clinical examination performance. *Medical Education*, 39(10), 1015-1020.
23. Moore P.M., Wilkinson S.S.M., Rivera Mercado S. (2004). Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003751.
24. Jünger J., Bürmann B., Ringel N., Riemann U., Langewitz W., et al. (2011). Optimierung der Gesprächsstruktur und Erhöhung der Patientenzentriertheit durch ein Kommunikationstraining für Ärzte in der Inneren Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61, A037.
25. Fallowfield L., Jenkins V., Farewell V., Saul J., Duffy A., et al. (2002). Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet*, 359(9307), 650-656.
26. Maatouk-Bürmann B., Ringel N., Spang J., Weiss C., Möltner A., et al. (2016). Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 99(1), 117-124.
27. Wynia M.K., von Kohorn I., Mitchell P.H. (2012). Challenges at the intersection of team-based and patient-centered health care: insights from an IOM working group. *JAMA-The Journal of the American Medical Association*, 308(13), 1327-1328.
28. Gittler-Hebestreit N. (2006). Pflegeberatung im Entlassungsmanagement: Grundlagen. Inhalte. Entwicklungen (Pflegekolleg). Hagen: Druck Thiebes GmbH.
29. Institute of Medicine (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC: National Academy Press.
30. Scott R.A., Aiken L.H., Mechanic D., Moravcsik J. (1995). Organizational aspects of caring. *Milbank Quarterly*, 73(1), 77-95.
31. Hearld L.R., Alexander J.A., Fraser I., Jiang H.J. (2008). Review: how do hospital organizational structure and processes affect quality of care?: a critical review of research methods. *Medical Care Research and Review*, 65(3), 259-299.
32. Veenstra M., Hofoss D. (2003). Patient experiences with information in a hospital setting: a multilevel approach. *Medical Care*, 41(4), 490-499.
33. Ansmann L., Kowalski C., Ernstmann N., Ommen O., Pfaff H. (2012). Patients' perceived support from physicians and the role of hospital characteristics. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(5), 501-508.

34. Stolzmann K.L., Meterko M., Shwartz M., Young G.J., Pekoz E.A., et al. (2010). Accounting for variation in technical quality and patient satisfaction: the contribution of patient, provider, team, and medical center. *Medical Care*, 48(8), 676-682.
35. Kowalski C., Nitzsche A., Scheibler F., Steffen P., Albert U.S., et al. (2009). Breast cancer patients' trust in physicians: the impact of patients' perception of physicians' communication behaviors and hospital organizational climate. *Patient Education and Counseling*, 77(3), 344-348.
36. Ansmann L., Kowalski C., Ernstmann N., Ommen O., Jung J., et al. (2013). Do breast cancer patients receive less support from physicians in German hospitals with high physician workload? A multilevel analysis. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 327-334.
37. Firth-Cozens J. (2001). Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Social Science and Medicine*, 52(2), 215-222.
38. Ansmann L. (2014). Niedergelassene Hämatologen und Onkologen: Gestresst, aber zumeist zufrieden. *Deutsches Ärzteblatt*, 111(7), 262-264.
39. Ernstmann N., Pfaff H., Wirt M., Baumann W., Neumann M. (2013). Determinants and consequences of interruptions in the oncology. Montréal.
40. Groß S.E., Ernstmann N., Ansmann L., Gloede T.D., Jung J., et al. (2013). Der behandelnde Onkologe im Erstgespräch und die Progredienzangst der Patienten. *Gesundheitswesen*, 75(08/09), A114.
41. Groß S.E., Ernstmann N., Jung J., Karbach U., Ansmann L., et al. (2014). Can a stressed oncologist be good in a consultation? A qualitative study on the oncologists' perception. *European Journal of Cancer Care*, 23(5), 594-606.
42. Silverman J., Kurtz S., Draper J. (1998). Skills for Communicating with Patients. Oxford: Radcliffe Medical Press.
43. Jünger J., Köllner V. (2003). Integration eines Kommunikationstrainings in die klinische Lehre. Beispiele aus den Reformstudiengängen der Universitäten Heidelberg und Dresden. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53(2), 56-64.
44. Brown R.F., Bylund C.L. (2008). Communication Skills Training: Describing a New Conceptual Model. *Academic Medicine*, 83(1), 37-44.
45. Nikendei C., Zipfel S., Roth C., Löwe B., Herzog W., et al. (2003). Kommunikations- und Interaktionstraining im psychosomatischen Praktikum: Einsatz von standardisierten Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53(11), 440-445.
46. Nikendei C., Zeuch A., Dieckmann P., Roth C., Schafer S., et al. (2005). Role-playing for a more realistic technical skills training. *Medical Teacher*, 27(2), 122-126.
47. Nikendei C., Zipfel S., Kraus B., Friederich H.C., Faber R., et al. (2005). Integrierte Psychosomatik: Implementierung und Evaluation eines Unterrichtsmoduls für StudentInnen der Inneren Medizin. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 22(4), Doc213.
48. Nikendei C., Jünger J. (2006). OSCE - praktische Tipps zur Implementierung einer klinisch-praktischen Prüfung. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 23(3), 54-61.
49. Nikendei C., Kraus B., Schrauth M., Weyrich P., Zipfel S., et al. (2007). Integration of role-playing into technical skills training: a randomized controlled trial. *Medical Teacher*, 29(9), 956-960.
50. Hahn E.G., Fischer M.R. (2009). Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) für Deutschland: Zusammenarbeit der

- Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Medizinischen Fakultätentages (MFT). *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 26(3), Doc35.
51. Bürgi H., Rindlisbacher B., Bader C., Bloch R., Bosman F., et al. (2008). Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training. Under a mandate of the Joint commission of the Swiss Medical Schools. Bern: Joint Commission of the Swiss Medical Schools - University of Bern.
 52. Laan R.F., Leunissen R.R., van Herwaarden C.L. (2010). The 2009 framework for undergraduate medical education in the Netherlands. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 27(2), Doc35.
 53. Jünger J., Köllner V., von Lengerke T., Neuderth S., Schultz J.H., et al. (2016). Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Ärztliche Gesprächsführung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 62(1), 5-19.
 54. Baile W.F., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beale E.A., et al. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302-311.
 55. Büker C. (2009). Pflegende Angehörige stärken. Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.
 56. Klug Redmann B. (2009). Patientenedukation. Kurzlehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Bern: Huber.
 57. Klug Redmann B. (2008). Selbstmanagement chronisch Kranker. Chronisch Kranke gekonnt einschätzen, informieren, beraten und befähigen. Bern: Huber.
 58. Geyer E., Rose A., Zwicker-Pelzer R. (2011). Systemische Beratung in Pflege und Pflegebildung. Anregungen zur Weiterentwicklung neuer beruflicher Kompetenzen. Leverkusen: Barbara Budrich Verlag.
 59. Berkman N.D., Sheridan S.L., Donahue K.E., Halpern D.J., Crotty K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
 60. Hüper C., Heilige B. (2007). Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Rahmenbedingungen - Grundlagen - Konzepte - Methoden. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
 61. Sheldon L.K., Harris D., Arcieri C. (2012). Psychosocial concerns in cancer care: the role of the oncology nurse. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(3), 316-319.
 62. Engel F., Sickendiek U. (2005). Beratung - ein eigenständiges Handlungsfeld mit neuen Herausforderungen. *Pflege und Gesellschaft*, 4, 163-171.
 63. Bowles N., Mackintosh C., Torn A. (2001). Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution-focused communication training. *Journal of Advanced Nursing*, 36(3), 347-354.
 64. Rosenzweig M., Clifton M., Arnold R. (2007). Development of communication skills workshop for oncology advanced practice nursing students. *Journal of Cancer Education: The official Journal of the American Association for Cancer Education*, 22(3), 149-153.
 65. Barth J., Lannen P. (2011). Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 22(5), 1030-1040.
 66. Langewitz W., Heydrich L., Nubling M., Szirt L., Weber H., et al. (2010). Swiss Cancer League communication skills training programme for oncology nurses: an evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2266-2277.

67. Kissane D.W., Bylund C.L., Banerjee S.C., Bialer P.A., Levin T.T., et al. (2012). Communication skills training for oncology professionals. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 30(11), 1242-1247.
68. Fukui S., Ogawa K., Ohtsuka M., Fukui N. (2009). Effect of communication skills training on nurses' detection of patients' distress and related factors after cancer diagnosis: a randomized study. *Psycho-Oncology*, 18(11), 1156-1164.
69. Fukui S., Ogawa K., Yamagishi A. (2011). Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 20(12), 1285-1291.
70. Andrew J., Taylor C. (2012). Follow-up evaluation of a course to develop effective communication and relationship skills for palliative care. *Int J Palliat Nurs*, 18(9), 457-463.
71. Gysels M., Richardson A., Higginson I.J. (2004). Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of effectiveness. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 12(10), 692-700.
72. Kesten K.S. (2011). Role-play using SBAR technique to improve observed communication skills in senior nursing students. *The Journal of Nursing Education*, 50(2), 79-87.
73. Kruijver I.P., Kerkstra A., Bensing J.M., van de Wiel H.B. (2001). Communication skills of nurses during interactions with simulated cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 772-779.
74. Joint Commission on Accreditation on Health Care Organizations (2004). Root causes of sentinel events 1995-2004. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation on Health Care Organizations.
75. Sutcliffe K.M., Lewton E., Rosenthal M.M. (2004). Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 79(2), 186-194.
76. O'Leary K.J., Thompson J.A., Landler M.P., Kulkarni N., Haviley C., et al. (2010). Patterns of nurse-physician communication and agreement on the plan of care. *Quality and Safety in Health Care*, 19(3), 195-199.
77. Zwarenstein M., Goldman J., Reeves S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD000072.
78. Martin J.S., Ummenhofer W., Manser T., Spirig R. (2010). Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss Medical Weekly*, 140, 1-7.
79. Tazim V. (2012). Interprofessional Collaborative Teams. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
80. The Joint Commission (2007). Improving America`s Hospitals. A Report on Quality and Safety. Washington: The Joint Commission. http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2006_Annual_Report.pdf.
81. Schmidt I.K., Svarstad B.L. (2002). Nurse-physician communication and quality of drug use in Swedish nursing homes. *Social Science and Medicine*, 54(12), 1767-1777.
82. Cowan M.J., Shapiro M., Hays R.D., Afifi A., Vazirani S., et al. (2006). The effect of a multidisciplinary hospitalist/physician and advanced practice nurse

- collaboration on hospital costs. *The Journal of Nursing Administration*, 36(2), 79-85.
83. Kilner E., Sheppard L.A. (2010). The role of teamwork and communication in the emergency department: a systematic review. *International Emergency Nursing*, 18(3), 127-137.
 84. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). Gutachten 2007 - Kooperation und Verantwortung als Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bonn: SVR Gesundheit. <http://www.svr-gesundheit.de/?id=79>.
 85. Frenk J., Chen L., Bhutta Z.A., Cohen J., Crisp N., et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958.
 86. Robert Bosch Stiftung GmbH (2011). Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung GmbH.
 87. Wissenschaftsrat (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin: Wissenschaftsrat.
 88. Organisation W.H. (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Genf: World Health Organisation.
 89. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2011). Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington: Interprofessional Education Collaborative.
 90. Harden R.M. (2001). AMEE Guide No. 21: Curriculum mapping: a tool for transparent and authentic teaching and learning. *Medical Teacher*, 23(2), 123-137.
 91. Projekt „Kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten in der Onkologie - Entwicklung eines longitudinalen onkologischen Mustercurriculums auf Basis der Umsetzungsempfehlungen des Nationalen Krebsplans" Internetpräsenz Nationales longitudinales Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin.
 92. Silverman J. (2009). Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? *Patient Education and Counseling*, 76(3), 361-367.
 93. Biller S., Giesler M. (2013). Studium im Rückblick: Welchen Beitrag leistet die Lehre zum Studienerfolg? Ergebnisse von Absolventenbefragungen in Freiburg. German Medical Science: Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Graz.
 94. Giesler M., Fritz H., Kadmon M., Stolz K., Wirtz H.P., et al. (2008). Lehrevaluation an den Medizinischen Fakultäten Baden-Württembergs. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)*, 102(10), 662-667.
 95. Bürmann B., Spang J., Ringel N., Riemann U., Schillinger G., et al. (2010). Effekte eines Kommunikationstrainings für Ärzte in Fort- und Weiterbildung im Hinblick auf Gesprächsführung und Patientenzufriedenheit. Bochum: Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. Doc10gma89 p.
 96. Epner D.E., Baile W.F. (2014). Difficult conversations: teaching medical oncology trainees communication skills one hour at a time. *Academic Medicine*, 89(4), 578-584.
 97. Lammerding-Koeppel M., Fabry G., Hofer M., Ochsendorf F., Schirlo C. (2006). Hochschuldidaktische Qualifizierung in der Medizin: I. Bestandsaufnahme. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 23(4), Doc73.

98. Stiefel F., Barth J., Bensing J., Fallowfield L., Jost L., et al. (2010). Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 21(2), 204-207.
99. Fellmer-Drüg E., Drude N., Sator M., Schultz J.H., Irniger E., et al. (2014). Einführung eines Curriculums zur medizindidaktischen Qualifizierung von studentischen TutorInnen mit Abschlusszertifikat. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 31(2), Doc19.
100. Ringel N., Bürmann B.M., Fellmer-Drueg E., Roos M., Herzog W., et al. (2015). Integriertes Peer Teaching klinischer und kommunikativer Kompetenzen - Wie bereiten wir studentische Tutoren darauf vor? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 65(8), 288-295.
101. Norcini J., Vanessa B. (2007). Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Medical Teacher*, 29, 855-871.
102. Grol R., Mokkink H., Schellevis F. (1988). The effects of peer review in general practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 38(306), 10-13.
103. KBV (2013). Handbuch Qualitätszirkel. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
104. Jünger J., Fischer M.R., Duelli R., Putz R., Resch F. (2008). Konzeption, Implementierung und Evaluation eines interfakultären Master of Medical Education Programms. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 102(10), 620-627.
105. Ansmann L., Wirtz M., Kowalski C., Pfaff H., Visser A., et al. (2014). The impact of the hospital work environment on social support from physicians in breast cancer care. *Patient Education and Counseling*, (0).
106. Kowalski C., Yeaton W.H., Pfaff H. (2013). Assessing the impact of a benchmark workshop on quality of care as perceived by patients. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 1(2), 450-456.
107. Das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union (2013). Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“). *Amtsblatt der Europäischen Union*, L 354/135.
108. Cohen, S., Mason, D., Kovner, C., Leavitt, J., Pulcini, J. & Sochalski, J. (1996) Stages of nursing's political development: where we've been and where we ought to go. *Nursing Outlook*. 44: 259- 266.
109. Gebbie, K., Wakefield, M. & Kerfoot, K. (2000) Nursing and health policy. *Journal of Nursing Scholarship*. 32(3): 307-315.
110. Taft, S. & Nanna, K. (2008) What are the sources of health policy that influence nursing practice? *Policy, Politics & Nursing Practice*. 9(4): 274-287.
111. Leavitt, J. (2009) Leaders in health policy: a critical role for nursing. *Nursing Outlook*. 57: 73-77.
112. Carryer, J., Diers, D. & Wilson, D. (2010) Effects of health policy reforms on nursing resources and patient outcomes in New Zealand. *Policy, Politics & Nursing Practice*. 11(4): 275-285.
113. White, J. (2015) Through a socio-political lens: The relationship of practice, education, research and policy to social justice. In Kagan, P., Smith, M. & Chinn, P. *Philosophies and Practices of Emancipatory Nursing: social justice as praxis*. New York: Routledge.

114. Shamian, J. (2015) Nursing and Health Policy Perspectives: Global voice, strategic leadership and policy impact: global citizens, global nursing. International Nursing Review. 62(1): 4.
115. International Council of Nursing (2015): Quantität, Qualität und Relevanz des Pflege-Fachkräftepotenzials für Patienten-Outcomes (https://www.dbfk.de/media/docs/download/Internationales/ICN-Work-Force-Forum-Communiqu-_deutsch-2015.pdf, 28.09.2016)

ABBILDUNGSVERZEICHNIS:

1	„SPIKES-Modell“ zum Überbringen schlechter Nachrichten, nach Baile et al. (2000)	8
2	Überblicksdarstellung über das gesamte Modellcurriculum Kommunikation im Rahmen der Ausbildung, bestehend aus drei Bausteinen	20
3	Darstellung zum Stand des Curriculums nach Silverman, 2009	22
4	Konzept für ein longitudinales Mustercurriculum Kommunikation in der ärztlichen Ausbildung (UE = Unterrichtseinheit, entspricht 45 Minuten; Kompetenzbereiche unter Baustein I gemäß Lernzielkatalog Ärztliche Gesprächsführung)	26
5	Übersicht über ein mögliches (Muster-)Curriculum Kommunikation in der Weiterbildung (UE = Unterrichtseinheit, 1 UE entspricht 45 Minuten)	29
6	Mögliche inhaltliche Strukturierung des (Muster-)Curriculums Spezifische Kommunikation für Ärzt*innen, die ihren Schwerpunkt in der onkologischen Tätigkeit haben (Baustein II Weiterbildung)	30
7	Exemplarisches Konzept für ein zertifiziertes Curriculum „Ärztliche*r Kommunikationstrainer*in“ und „Pflegerische Kommunikationstrainerin bzw. Pflegerische*r Kommunikationstrainer*in“ in der Fortbildung	35
8	Überblicksdarstellung über das gesamte Modellcurriculum Kommunikation im Rahmen der Pflegeausbildung, bestehend aus drei Bausteinen	37
9	Zusammenfassung organisatorischer und systemischer Einflussfaktoren auf die Arzt-Patient-Kommunikation	52

GLOSSAR:

Simulationspatient*innen:	(auch: Schauspielpatient*innen oder standardisierte Patient*innen;) Schauspielende (und tatsächliche) Patient*innen, die trainiert wurden, um ihre erlernte (oder tatsächliche) Erkrankung in einer standardisierten Weise für Lehrzwecke zu präsentieren
CanMEDS-Rollenkonzept	Konzept des Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, welches neben der des medizinischen Experten sechs ärztliche Rollen (und zugehörige Kompetenzen) – u. A. die des Kommunikators - definiert
Salutogenese-Ansatz	Wissenschaftlicher Ansatz, der die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit z. B. durch die bestmögliche Erschließung von Ressourcen fokussiert Durch Stärkung des Gefühls der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit kann die Bewältigung krankheitsbedingter Krisen verbessert werden
Curricular Mapping:	Zuordnung von Lehr- und Prüfinhalten zu Lernzielen
Best Practice Beispiele:	Bereits erfolgreich an den medizinischen Fakultäten entwickelte und umgesetzte Beispiele aus Lehre und Prüfung in ärztlicher Gesprächsführung
Toolbox:	Elektronische Plattform für die Nutzung und den Austausch von Best Practice Beispielen in ärztlicher Gesprächsführung für die Lehrverantwortlichen der medizinischen Fakultäten
National Medical Licensing Exam:	Ärztliche Prüfung in drei Abschnitten, z. B. durchgeführt in den USA (s. deutsches medizinisches Staatsexamen)
Arbeitsplatzbasierte Methoden bzw. Arbeitsplatz(basiertes) Training:	Methoden oder Trainingseinheiten, die direkt am Arbeitsplatz des/r Teilnehmenden und integriert in den Arbeitsalltag realisiert werden
Präsenzmodule bzw. Präsenzzeit:	Module oder Trainingseinheiten, die eine persönliche Anwesenheit des/r Teilnehmenden vor Ort der Schulungsstätte erfordern
Blended Learning:	Lernform, die eine didaktisch sinnvolle Verknüpfung von traditionellen Präsenzveranstaltungen und modernen Formen von E-Learning, d.h. elektronischen Lernformen anstrebt

Peer Review:	Hier: Instrument bzw. Verfahren zur Förderung von Qualität in der Gesundheitsversorgung über die Nutzung des systematischen, kollegialen Austauschs und Feedback
Master of Medical Education (MME):	Postgradualer Studiengang zur Qualifizierung von Multiplikator*innen und Führungspersonen insbesondere an medizinischen Fakultäten und Einrichtungen für die klinische Weiterbildung im Bereich der medizinischen Ausbildung
Train-the-Trainer Methoden bzw. Konzepte:	Methoden oder Konzepte zur Qualifizierung von Trainer*innen