



Institut für medizinische und  
pharmazeutische Prüfungsfragen

**UKD** Universitätsklinikum  
Düsseldorf

# Verbesserung der Patientenversorgung durch gute Kommunikation und Zusammenarbeit

Ein Leitfaden zur Implementierung eines arbeitsintegrierten Kommunikations-  
trainings in der ärztlichen Weiterbildung am Beispiel der urologischen Onkologie



**Impressum:**

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen  
Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts  
Rheinstraße 4F, 55116 Mainz

Mainz, im Juli 2021

**Bildnachweis:**

Seite 1: istockphoto/monkeybusinessimages

Gefördert durch:



**Bundesministerium  
für Gesundheit**

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

# **Verbesserung der Patientenversorgung durch gute Kommunikation und Zusammenarbeit**

## **Ein Leitfaden zur Implementierung eines arbeitsintegrierten Kommunikationstrainings in der ärztlichen Weiterbildung am Beispiel der urologischen Onkologie**

### **Projektleitung**

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP), Mainz  
Leitung: Prof. Dr. med. Jana Jünger, MME (Bern)

### **Stellvertretende Projektleitung und Leitung am Projektstandort Düsseldorf**

Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Urologie  
Leitung: Prof. Dr. med. Peter Albers, Prof. Dr. med. Markus Giessing

### **Autor\*innen**

Barbara Hinding, Dominik Fugmann, Maryna Gornostayeva, Markus Giessing,  
Nancy Steiner, Peter Albers, Jana Jünger

## DANKSAGUNG

Es freut uns außerordentlich, mit diesem Leitfaden zur Förderung kommunikativer Kompetenzen in der ärztlichen Weiterbildung beitragen zu können. Wir möchten uns daher ganz herzlich bei allen bedanken, die zu seinem Entstehen beigetragen haben. Insbesondere möchten wir unseren Dank und unsere Wertschätzung an alle aussprechen, die an der Entwicklung und an der Umsetzung des 80-stündigen interprofessionellen Kommunikationstrainings für die in der Onkologie tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung mitgewirkt haben. Durch die Zusammenarbeit mit motivierten und engagierten Teilnehmerinnen und Teilnehmern, denen das Thema am Herzen liegt, ist es uns gelungen, zu zeigen, wie wir auf die Stärkung der Patientenorientierung und Verbesserung kommunikativer Kompetenzen zum Wohle von Patientinnen und Patienten in der Weiterbildung eingehen können.

Unser ausdrücklicher Dank gilt dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) für die jahrelange Unterstützung und Begleitung von Projekten zur Förderung kommunikativer Kompetenzen in der Ausbildung und in der Weiterbildung. Durch eine gelungene Zusammenarbeit mit der Gesundheitspolitik, die strategische Maßnahmenplanung im Rahmen des Nationalen Krebsplanes und die Mitwirkung engagierter Akteure konnten innerhalb recht kurzer Zeiträume Entwicklungen in diesem Bereich flächendeckend erfolgreich angestoßen und umgesetzt werden. Die Bedeutung der Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung ist mittlerweile überall anerkannt. Bundesweit starten dazu die Curricula oder werden weiterentwickelt.

Die in diesem Leitfaden vorgestellten Maßnahmen zur Implementierung eines dauerhaften Trainings in die Weiterbildung sehen wir als eine Grundlage für weitere zentrale Entwicklungen zur Verbesserung der Patientenorientierung in der onkologischen Versorgung. Aufbauend auf den Projektergebnissen möchten wir weitere Projekte zur Kommunikation in der Medizin bundesweit initiieren und unterstützen, um das Thema Kommunikation in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung nachhaltig zu verankern und die Kommunikationstrainings zukünftig regelhaft in den klinischen Alltag zu integrieren.

# INHALT

<b>1. Einleitung: Wozu ein Leitfaden?</b>	<b>8</b>
<b>2. Hintergrund: Warum Kommunikation in der Weiterbildung trainiert werden sollte</b>	<b>12</b>
<b>3. Von der Aus- zur Weiterbildung</b>	<b>16</b>
<b>4. Der Nationale Krebsplan: Strategische Maßnahmen zur Förderung der Kommunikationskompetenz</b>	<b>20</b>
<b>5. Kommunikation strukturiert und nachhaltig vermitteln: Ein Curriculum für die Weiterbildung</b>	<b>24</b>
5.1 Entwicklung des Curriculums	24
5.2 Integration: Das Curriculum im Arbeitsprozess verankern	25
5.2.1 Präsenzunterricht: Theoretische Grundlagen und Üben in der Simulation	25
5.2.2 Training-on-the-Job: Umsetzung des Gelernten am Arbeitsplatz	27
5.2.3 Transfer und Nachhaltigkeit: Mentoring und kollegialer Austausch	28
<b>6. Implementierung des Curriculums als Trainingsprogramm</b>	<b>32</b>
6.1 Das Vorgehen im Überblick	32
6.2 Den Standpunkt und den Bedarf ermitteln	33
6.2.1 Gruppen- und Einzelinterviews: Die Ausgangslage bestimmen	34
6.2.2 Idealworkshop: Wohin wollen wir?	36
6.2.3 Workshop „Strukturelle Hemmnisse“: Was beeinträchtigt unsere Kommunikation?	36
6.2.4 Diskrepanzenanalyse: Was sind die Unterschiede zwischen idealer und vorhandener Kommunikation?	37
6.3 Anpassung und Umsetzung des Trainings	38
6.3.1 Präsenzunterricht: Wie kann er gestaltet werden?	38
6.3.2 Training-on-the-Job: Wie kann es umgesetzt werden?	39
6.3.3 Nachhaltigkeit ermöglichen: Wie kann das Kommunikationstraining erhalten bleiben?	41
6.4 Strukturen und Prozesse aufbauen und anpassen	42
6.4.1 Informationsfluss sichern	42
6.4.2 Verfahrensregeln für kritische Situationen definieren	43
6.4.3 Der Kommunikation Raum und Zeit geben	43
6.5 Lenkung und Koordination des Umsetzungsprozesses	44
6.5.1 Relevante Personen, Gruppen und Gremien einbeziehen	44
6.5.2 Ein starkes Koordinationsteam bilden	45
6.5.3 Alle Beteiligten überzeugen	45
6.5.4 Das Thema lebendig halten	45
6.5.5 Projektplanung	46
<b>7. Wie setzen wir es um? Fragen und Herausforderungen des Implementierungsprozesses</b>	<b>50</b>
<b>8. Aktionsplan: Wie können wir systematische Kommunikationstrainings in der Weiterbildung fördern?</b>	<b>54</b>
8.1 Das Kommunikationscurriculum an den Bedürfnissen der Teilnehmenden und den fachspez. Anforderungen ausrichten	54
8.2 Kommunikative Kompetenzen arbeitsintegriert vermitteln	54
8.3 Strukturelle Bedingungen vor Ort berücksichtigen	54
8.4 Die Umsetzung strategisch planen	55
8.5 Das Training evaluieren und Forschungsaktivitäten fördern	55
8.6 Die flächendeckende Implementierung voranbringen	55
<b>9. Literatur</b>	<b>57</b>





# **EINLEITUNG: WOZU EIN LEITFADEN?**

# 1. EINLEITUNG: WOZU EIN LEITFADEN?

Der vorliegende Leitfaden richtet sich in erster Linie an Führungskräfte und Personalverantwortliche in Kliniken sowie an Verantwortliche für die ärztliche Weiterbildung und an alle, die daran interessiert sind, Kommunikation als Gegenstand in die Facharztweiterbildung zu integrieren. Der Leitfaden bietet Unterstützung bei der Umsetzung gesellschaftlicher Erwartungen und bildungspolitischer Vorgaben zur Stärkung kommunikativer Kompetenzen über die medizinische Ausbildung hinaus. Er zeigt, wie Kommunikationskompetenz in der ärztlichen Weiterbildung gefördert werden kann und bietet Lösungsmöglichkeiten für die Implementierung eines Kommunikationscurriculums.

Dabei wird auf konkrete Aspekte zur **Gestaltung und Integration eines Kommunikationstrainings in den Klinik- und Stationsalltag** fokussiert. Darüber hinaus werden Strategien und Werkzeuge für den Implementierungsprozess präsentiert. Das Training und seine Umsetzung wurden im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Projekts „**KomMent**: Förderung der **Kommunikationskompetenz** im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung – Entwicklung und Implementierung eines **Mentorings** am Beispiel der urologischen Onkologie“ erarbeitet.

In diesem Leitfaden wird das im KomMent-Projekt entstandene Kommunikationscurriculum für die ärztliche Weiterbildung im onkologischen Bereich vorgestellt. Es bietet eine inhaltliche und didaktische Grundlage, die institutionsspezifisch und fachabhängig modifiziert bzw. weiterentwickelt werden kann. Das Vorgehen bei der (Weiter-)Entwicklung und Implementierung eines Kommunikationscurriculums wird Schritt für Schritt erläutert.

Eine wichtige Aufgabe im Implementierungsprozess ist die Klärung des genauen Bedarfs für die Vermittlung kommunikationsbezogener Inhalte. Hierzu werden Konzepte und Methoden vorgestellt, mit deren Hilfe die Praxis der Kommunikation in einer Einrichtung (Klinik, Abteilung, Station etc.) beschrieben und vor einem ethischen Hintergrund bewertet werden kann. Im Folgenden werden Verfahren zur Klärung der strukturellen Voraussetzungen, der Ressourcen und Schwierigkeiten sowie Maßnahmen zur strategischen Planung des Implementierungsprozesses mit konkreten Beispielen erläutert.

**Der vorliegende Leitfaden soll dazu beitragen:**

- Die Integration kommunikativer Kompetenzen in die ärztliche Weiterbildung umzusetzen
- Kliniken bei der Implementierung eines strukturierten, arbeitsplatzintegrierten Kommunikationstrainings im Bereich der ärztlichen Weiterbildung zu unterstützen
- Forschungsaktivitäten zu den Folgewirkungen einer systematischen Kommunikationsausbildung auf die Patientenversorgung anzuregen



The background is a solid teal color. A large, stylized, curved shape, resembling a thick, curved line or a partial circle, is positioned on the right side of the page. The shape is a darker shade of teal than the background. In the bottom left corner, there is white text.

**HINTERGRUND:  
WARUM KOMMUNIKATION IN DER WEITER-  
BILDUNG TRAINIERT WERDEN SOLLTE**

## 2. HINTERGRUND: WARUM KOMMUNIKATION IN DER WEITERBILDUNG TRAINIERT WERDEN SOLLTE

Das Gespräch mit Patient\*innen gehört zur täglichen Routine der meisten praktizierenden Ärzt\*innen. Eine Ärztin oder ein Arzt führt im Lauf des Arbeitslebens etwa 160.000 bis 300.000 Patientengespräche. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation einen positiven Einfluss sowohl auf subjektive Gesundheitsindikatoren wie das Schmerzempfinden als auch auf objektive wie z.B. den Blutdruck haben kann [1-6]. Die vorhandene Literatur spricht dafür, dass eine gelungene Kommunikation von großer Bedeutung für die Patientenversorgung ist. Beispielweise zeigen sich bei fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen mit limitierter Prognose positive Effekte gelungener Kommunikation auf die Lebensqualität [7]. Daher ist es wichtig, Kommunikation als eine klinische Kernkompetenz zu betrachten, die gelehrt und gelernt werden kann [8-10].

Einige Arbeiten belegen die Wirksamkeit von Kommunikationstrainings in Aus- und Weiterbildung [11-16]. Das Training kommunikativer Fertigkeiten sollte deshalb von der medizinischen Ausbildung über die Weiterbildung zum\*zur Fachärzt\*in bis hin zur Fortbildung in späteren Berufsjahren selbstverständlich sein.

Die Grundlagen der Kommunikationskompetenz als ein zentrales Element des Arztberufs werden an den meisten medizinischen Fakultäten bereits in der Ausbildung gelehrt. In der Weiterbildung müssen diese vertieft sowie im Umgang mit Patient\*innen konsolidiert und an die individuelle Situation angepasst werden. Gerade der Transfer aus der Lernsituation in den Arbeitsalltag kann eine Herausforderung darstellen und sollte deshalb geplant und strukturiert erfolgen.

Hinzu kommen neue und teilweise hochkomplexe fachspezifische Inhalte und Fertigkeiten. Patient\*innen mit Harnblasenkrebs berichten von unzureichenden Informationen zu Diagnose, Überlebenszeit, Behandlungsmöglichkeiten und Nachsorge durch ihre Ärzt\*innen sowie von der Erfahrung, dass für diese die somatischen Aspekte im Vordergrund standen, während die psychologischen Folgen vernachlässigt wurden. Die Patient\*innen sahen keine Möglichkeit, über Veränderungen ihrer Körperfunktionen zu sprechen. Sie fühlten sich im Umgang mit sexuellen Funktionsstörungen oder Inkontinenz nur unzureichend unterstützt. Hier liegt

der Bedarf für die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung auf der Hand. [17].

Insbesondere bei onkologischen Erkrankungen ist die Therapie äußerst komplex und für alle Beteiligten – Patient\*innen, Angehörige und das Behandlungsteam – eine große Herausforderung. Die Patient\*innen und ihre Angehörigen sind psychisch oft stark belastet und die Interaktion mit dem Behandlungsteam ist von intensiven Emotionen begleitet. Diese Situation stellt große Anforderungen an die Kommunikationsfähigkeit der Ärzt\*innen und der weiteren Mitglieder des onkologischen Teams. Kommunikationsdefizite können hier den Behandlungserfolg gefährden und zu Störungen in der Arzt-Patienten-Beziehung sowie zu Beeinträchtigungen des Wohlbefindens von Patient\*innen führen. Die Wahrscheinlichkeit inadäquater oder gar nicht indizierter Therapien nimmt dadurch ebenfalls zu [18].

Bessere kommunikative Fertigkeiten der Ärzt\*innen können auch zu einer Reduktion eigener psychischer Belastung beitragen. Junge Ärzt\*innen werden insbesondere in den onkologischen Zentren sofort nach dem Studium mit komplexen Aufgaben und schwierigen Patientenfällen konfrontiert. Daraus resultieren häufig Belastungen, die möglicherweise zu Überforderung, Erschöpfung und Stresssymptomen führen. In den chirurgischen Fächern zeigt sich die Überforderung bereits in den ersten Wochen bei 43% der Berufsanfänger\*innen [19]. Die Folgen sind eine reduzierte Leistungsfähigkeit, eine größere Anfälligkeit für Fehler bis hin zur Gefährdung von Patient\*innen sowie eine hohe Personalfluktuation [20].

In den onkologischen Fachgebieten sind die Anforderungen an die Kommunikationskompetenz besonders hoch. Kooperative Therapieplanung und partizipative Entscheidungsfindung sind oft sehr schwierig, da die Vermittlung leitliniengerechter Therapieoptionen an die onkologischen Patient\*innen sowohl mit großen fachlichen Herausforderungen verbunden ist als auch in einer emotional schwierigen Ausnahmesituation stattfindet. In einigen Fachgebieten wie beispielweise der Urologie kommt hinzu, dass mit sensiblen bzw. schambehafteten Themen wie Sexualität, Potenz, Fertilität, Inkontinenz etc. umzugehen ist [21].

Weitere Anforderungen an die Kommunikationsfähigkeit stellt die interprofessionelle Zusammenarbeit im onkologischen Behandlungsteam. Hier bestehen häufig Kommunikationsdefizite im Informationsaustausch, die für Patient\*innen schwerwiegende Folgen haben können [22-25], während eine bessere Zusammenarbeit zu mehr Lebensqualität bei den Patient\*innen beiträgt sowie zu Therapieentscheidungen, die an die individuellen Patientenbedürfnisse besser angepasst sind [26, 27].

Dies erfordert von den Berufsanfänger\*innen bereits ab dem ersten Tag ihrer klinischen Tätigkeit kommunikative Kompetenzen, die sie aus dem Studium nicht in ausreichendem Umfang mitbringen [21].

Insgesamt fehlt bisher eine systematische Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in der Weiterbildung. Es gibt kein verbindliches Curriculum mit festgelegten Standards und Zertifizierungen wie sie bezüglich der operativen und konservativen Weiterbildungsinhalte bestehen. Junge Ärzt\*innen sind gezwungen, sich wichtige kommunikative Fertigkeiten in unstrukturierter Weise selbst anzueignen, mit der Folge einer großen Unterschiedlichkeit und vieler suboptimaler Ergebnisse.

Im Projekt „KomMent: Förderung der Kommunikationskompetenz im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung – Entwicklung und Implementierung eines Mentorings am Beispiel der urologischen Onkologie“ wurde nun ein Curriculum zur Implementierung in die onkologische Weiterbildung erarbeitet. Der Fokus liegt auf den von Berufsanfänger\*innen überwiegend als schwierig erlebten Anforderungen onkologischer Settings und der Entwicklung fachspezifischer Kommunikationskompetenzen.

An der Entwicklung beteiligt waren Assistenz- und Fachärzt\*innen für Urologie, Innere Medizin und Psychosomatische Medizin, Psychoonkolog\*innen, Psycholog\*innen und Pflegende.

Umgesetzt wurde es in Form eines arbeitsplatzbasierten Trainingsprogramms, bei dem sich Präsenzunterricht mit am Arbeitsplatz integrierten Trainingseinheiten abwechselten.

Das Trainingsprogramm wurde so konzipiert und aufgebaut, dass es auch an anderen Kliniken und Einrichtungen übernommen bzw. mit Modifikationen implementiert werden kann. Der inhaltliche Kern des Curriculums sowie das didaktische Konzept der Integration des Trainings in den Arbeitsalltag eignen sich auch für andere onkologische Fächer.

Damit liegt ein umfassendes, kohärentes Konzept zur Implementierung kommunikativer Kompetenzen in die onkologische Weiterbildung vor.



A large, stylized number '3' is the central graphic element. It is composed of two overlapping, rounded shapes. The top shape is a dark teal color, and the bottom shape is a lighter teal color. The number is positioned on the right side of the page, with its left edge extending towards the center.

**VON DER AUS- ZUR WEITERBILDUNG**

### 3. VON DER AUS- ZUR WEITERBILDUNG

Die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen wird in der medizinischen Ausbildung sowie in den Ausbildungsgängen weiterer Gesundheitsberufe seit vielen Jahren gefördert und ausgebaut. Mittlerweile ist Kommunikation in den Curricula der meisten Fakultäten gut verankert, wenn auch in unterschiedlichem Umfang und zum Teil mit fakultätsspezifischen Schwerpunktsetzungen. Sie wird systematisch gelehrt und in unterschiedlichen Formaten geprüft.

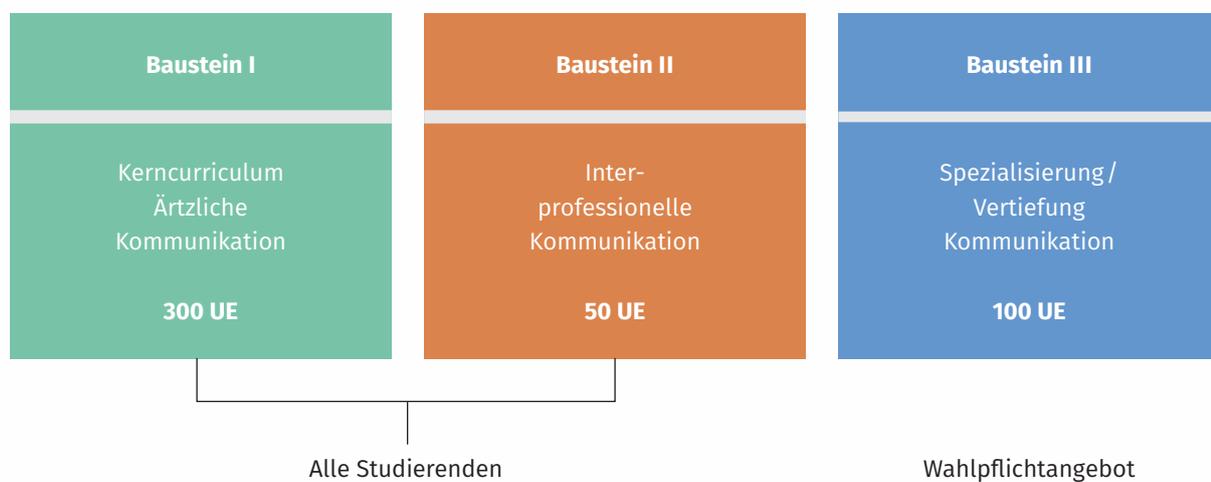
Zu dieser Entwicklung wurde mit der Konsentierung von Lernzielen im Rahmen des Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) [28] ein wesentlicher Beitrag geleistet. In einem gesonderten Kapitel zur ärztlichen Gesprächsführung wurden insgesamt 116 Lernziele zu den Grundlagen und Aufgaben ärztlicher Kommunikation, zum Umgang mit emotional belastenden Situationen und herausfordernden Kontexten definiert.

Darauf aufbauend wurde im vom BMG geförderten Projekt **„Nationales longitudinales Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin“** (kurz: Longkomm) ein Mustercurriculum Kommunikation entwickelt und allen medizinischen Fakultäten als Unterstützung bei der Integration kommunikationsbezogener Inhalte in die Curricula zur Verfügung gestellt [29, 30, 31, 32]. Im Masterplan Medizinstudium 2020 wurde die Implementierung des Mustercurriculums in der medizinischen Ausbildung in der Maßnahme 8 explizit verankert [33].

Das Mustercurriculum Kommunikation für die medizinische Ausbildung sieht drei Bausteine mit insgesamt 450 Unterrichtseinheiten für die Kommunikationslehre vor (vgl. Abbildung 1). Während die Bausteine I und II als verpflichtendes Angebot für alle Studierenden empfohlen werden, ist Baustein III Teil der Wahlpflichtangebote zur „Spezialisierung/Vertiefung im Bereich Kommunikation“, die angepasst an die fakultätsspezifischen Schwerpunkte gestaltet werden.

**Abbildung 1:**

Das nationale longitudinale Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin [67]



Das longitudinale Mustercurriculum Kommunikation für das Medizinstudium soll in der ärztlichen Weiterbildung fortgeführt und vertieft werden. Durch die Wiederholung und Erweiterung des in der Ausbildung Gelernten können vorhandene Kompetenzen in der Weiterbildung konsolidiert und später auch im Rahmen von Fortbildungen weiterentwickelt werden.

Insbesondere in der Weiterbildung können erworbene Kenntnisse und Fertigkeiten unmittelbar mit Patient\*innen, Angehörigen sowie im interprofessionellen Kontext umgesetzt werden. Arbeitsintegrierte Trainings ermöglichen wiederholtes Üben und unterstützen den Übergang von neuen, noch ungewohnten Verhaltensweisen in die Alltagsroutine, wobei die Komplexität der Aufgaben fortlaufend erhöht werden kann.

Bei der Entwicklung von Kommunikationstrainings für die Weiterbildung ist zu beachten, dass Absolvent\*innen derzeit aufgrund der unterschiedlichen Kommunikationscurricula der Fakultäten mit unterschiedlichen Vorkenntnissen in die Weiterbildung kommen. Die Programme müssen auf die Bedürfnisse der jeweils vor Ort tätigen Assistenzärzt\*innen abgestimmt werden und flexibel an unterschiedliche und sich ändernde Voraussetzungen anpassbar sein.



The background features a light teal gradient. Overlaid on this are several geometric shapes in a darker teal color. A large, tilted parallelogram shape is the most prominent, extending from the middle of the page towards the bottom right. To its right, there is a smaller, more complex shape with a horizontal top edge and a vertical right edge. At the bottom, there are two overlapping rectangular shapes: one light teal and one darker teal, which serve as a base for the text.

**DER NATIONALE KREBSPLAN:  
STRATEGISCHE MASSNAHMEN ZUR FÖRDERUNG  
DER KOMMUNIKATIONSKOMPETENZ**

## 4. DER NATIONALE KREBSPLAN: STRATEGISCHE MASSNAHMEN ZUR FÖRDERUNG DER KOMMUNIKATIONSKOMPETENZ

Mit dem nationalen Krebsplan (NKP) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurden von den Akteuren aus verschiedenen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Patientenversorgung verantwortlichen Institutionen, Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgung von an Krebs erkrankten Patient\*innen formuliert [34]. Spezifische Problembereiche wurden identifiziert und analysiert, um Maßnahmen u.a. zur Unterstützung von Erkrankten und ihren Angehörigen sowie zur wirksameren Abstimmung der an der Krebsbekämpfung Beteiligten ableiten zu können.

Im Nationalen Krebsplan werden in vier Handlungsfeldern insgesamt 13 Ziele beschrieben. Mit dem Ziel 12a des Handlungsfelds vier „Stärkung der Patientenorientierung“ wird angestrebt, dass alle in der onkologischen Versorgung tätigen Leistungserbringer über die notwendigen kommunikativen Fähigkeiten zu einem adäquaten Umgang mit Krebspatient\*innen und ihren Angehörigen verfügen. Empfohlen wird die Verbesserung der Vermittlung adäquater Kommunikationskompetenzen im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe sowie das Training und die Überprüfung der Kommunikationsfähigkeiten im Rahmen der Qualitätssicherung.

Zum Ziel 12a wurden die Umsetzungsempfehlungen „Spezifische Kommunikation in der Onkologie“ erarbeitet. Zusätzlich zum Vorgehen in der Ausbildung wird hier unter anderem empfohlen, ein Kommunikationscurriculum spezifisch für onkologisch tätige Ärzt\*innen zu implementieren [35].

Für die Umsetzung in der Weiterbildung (s. Abbildung 2) sind für alle Ärzt\*innen in dieser Berufsphase 40 Unterrichtseinheiten (UE, 1 UE entspricht 45 Minuten) Kommunikation zur Vertiefung des in der Ausbildung Gelernten vorgesehen und für diejenigen, die im Bereich der Onkologie tätig sind, ein weiterer Baustein von 80 UE zur spezifischen Kommunikation in der Onkologie.

### Abbildung 2:

Übersicht über ein mögliches (Muster-) Curriculum Kommunikation für die Weiterbildung



Baustein I: für alle weiterzubildenden Ärzt\*innen  
Baustein II: Aufbauendes Curriculum spezifische Kommunikation für onkologisch tätige Ärzt\*innen

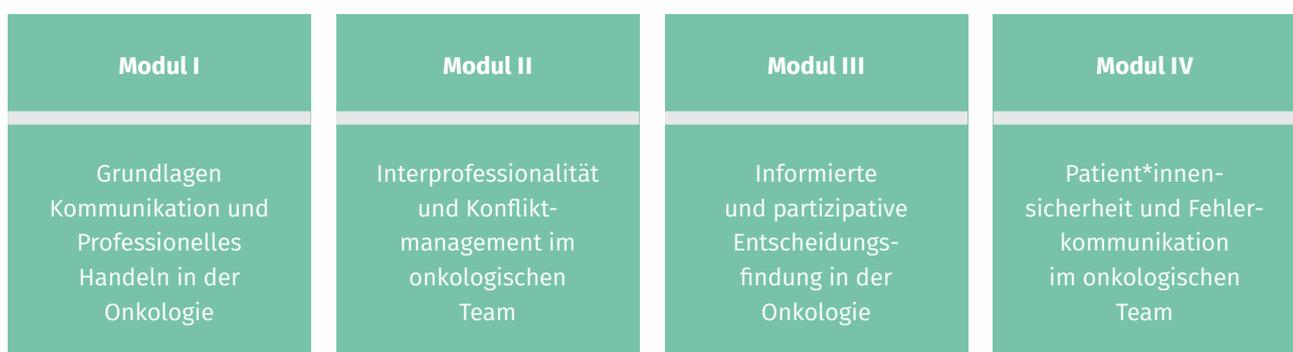
### Anmerkung:

UE = Unterrichtseinheit, 1 UE entspricht 45 Minuten

Für diese 80 UE werden in vier Modulen grundlegende Themen der Kommunikation in der onkologischen Versorgung empfohlen (vgl. Abbildung 3).

**Abbildung 3:**

Mögliche inhaltliche Strukturierung des Curriculums „Spezifische Kommunikation für Ärzt\*innen in der Onkologie“ in 4 Modulen







**KOMMUNIKATION STRUKTURIERT  
UND NACHHALTIG VERMITTELN:  
EIN CURRICULUM FÜR DIE WEITERBILDUNG**

## 5. KOMMUNIKATION STRUKTURIERT UND NACHHALTIG VERMITTELN: EIN CURRICULUM FÜR DIE WEITERBILDUNG

Im Rahmen des KomMent-Projekts wurde ein Curriculum zur Vermittlung von Kommunikation für die Weiterbildung in der onkologischen Urologie entwickelt. Es greift die Umsetzungsempfehlungen zum NKP-Ziel 12a auf und knüpft an das longitudinale Mustercurriculum Kommunikation für die medizinische Ausbildung an [29, 30]. Das KomMent-Kommunikationscurriculum für die Weiterbildung stellt die gemeinsame Grundlage für ein einheitliches Vorgehen bei der Implementierung von Kommunikationstrainings in die ärztliche Weiterbildung in der onkologischen Urologie dar. Es bietet für alle medizinischen Fächer eine Basis, um Kommunikationsinhalte in ihre fachwissensbezogenen Trainings zu integrieren.

### 5.1 Entwicklung des Curriculums

Der Entwicklungsprozess dieses Curriculums orientierte sich am Six-Step-Approach der Curriculumentwicklung nach Kern [36]. Abbildung 4 zeigt die einzelnen Schritte, die, eingebunden in einen Design-based-Research-Prozess [37, 38], durchlaufen wurden.

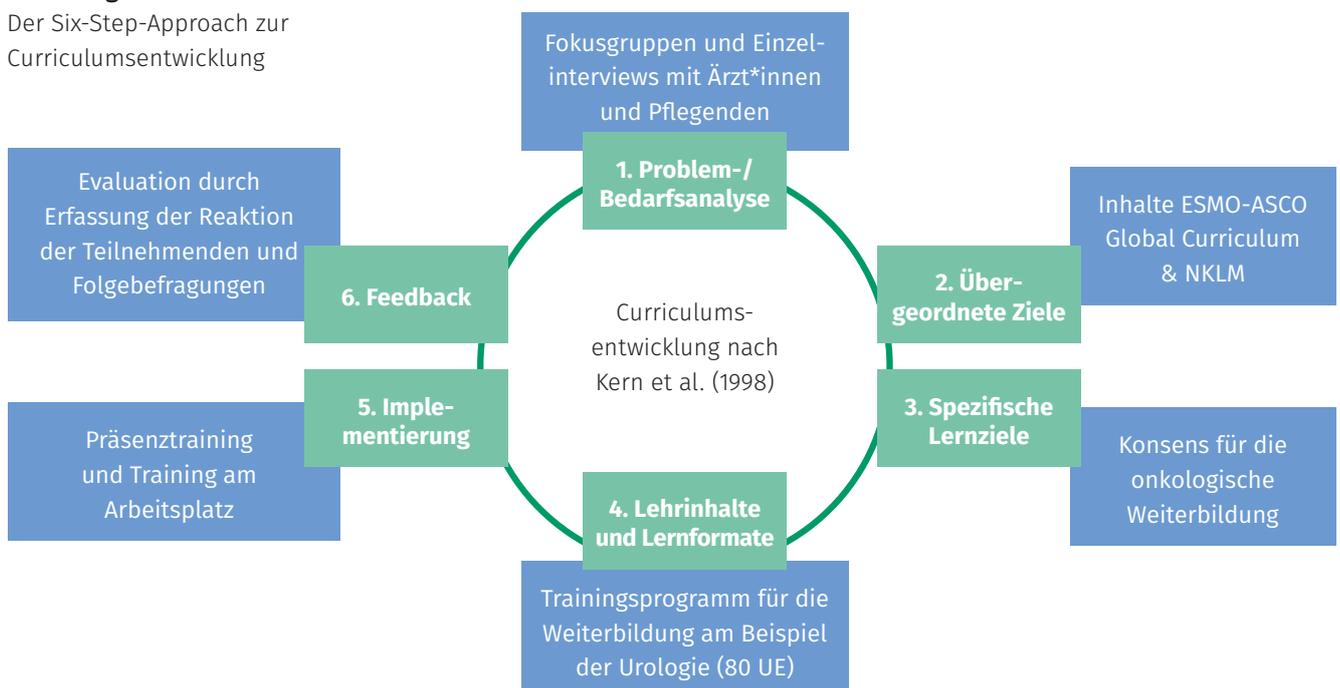
Im ersten Schritt wurden Ziele definiert. Die übergeordneten Ziele leiten sich aus den Canadian Medical Education

Directives for Specialists (CanMEDS) ab [39]. Grundlage für die Definition von spezifischen Lernzielen waren das Global Curriculum der European Society for Medical Oncology (ESMO) und der American Society of Clinical Oncology (ASCO) für die Weiterbildung [40] sowie zum Aufbau von Lernspiralen zwischen Aus- und Weiterbildung der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) für die Ausbildung [28].

Die Auswahl und Gewichtung der Inhalte und Lernziele stütze sich zudem auf die Erhebung des Trainingsbedarfs der Ärzt\*innen aus sechs Kliniken für Urologie [21]. Zusätzlich wurde an der Universitätsklinik für Urologie in Düsseldorf eine umfassende Erhebung mittels Gruppen- und Einzelinterviews mit Ärzt\*innen und Pflegenden durchgeführt. Die Gruppendiskussionen fanden getrennt nach Berufsgruppen statt. Teilgenommen haben sieben Ärzt\*innen und sechs Pflegenden. Einzelinterviews wurden mit 15 Pflegekräften und sechs Ärzt\*innen geführt. Erfragt wurden kritische Ereignisse in der Kommunikation und ihrem Kontext, um sowohl fehlende Fertigkeiten als auch strukturelle Bedingungen identifizieren zu können, die eine gute Kommunikation erschweren.

**Abbildung 4:**

Der Six-Step-Approach zur Curriculumentwicklung



Die Ergebnisse beider Befragungen zeigen übereinstimmende Themenfelder sowie klinikspezifische Schwerpunkte.

Generell erachten die in der Urologie tätigen Ärzt\*innen eine Ausbildung zu Kommunikationsthemen im Rahmen ihrer Weiterbildung für notwendig. Nicht ausreichend vorbereitet fühlen sie sich auf Gespräche bei komplexen Erkrankungen und partizipativer Entscheidungsfindung. Auch das Überbringen schlechter Nachrichten, die Fehlerkommunikation, eigene Unsicherheiten und sensible Themen werden als schwierig erlebt. Sowohl für Ärzt\*innen zu Beginn der Weiterbildung in der Urologie als auch für Pflegende besteht eine große Herausforderung im Umgang mit intensiven Emotionen, wie sie sich aus der Mitteilung einer Tumordiagnose und in der Beratung bei fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen ergeben.

Klinikspezifisch wurde das Verhalten in unklaren, mehrdeutigen Situationen genannt, wenn Wissen und Erfahrung fehlen oder Fragen zur Progression und Prognose einer schwerwiegenden Erkrankung erörtert werden. Hinzu kommt der Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit, der mit zahlreichen kommunikativen Herausforderungen verbunden scheint [41].

Ausgehend von diesen Ergebnissen wurden von den Projektverantwortlichen und -mitarbeitenden zehn Themenbereiche definiert. Orientiert an den Lernzielen wurden für die jeweiligen Themenbereiche konkrete Fälle ausgearbeitet, in den fachspezifischen Kontext integriert und in geeignete Lehrmethoden umgesetzt.

## 5.2 Integration: Das Curriculum im Arbeitsprozess verankern

Das KomMent-Kommunikationstraining wird arbeitsintegriert durchgeführt. Das bedeutet, dass das Training Bestandteil der Arbeit ist und alle Elemente im Rahmen der Arbeitszeit absolviert werden. Die Trainingsinhalte ergeben sich aus den Arbeitsaufgaben, wodurch ihre Alltagsrelevanz gewährleistet wird. Das Trainingsprogramm gliedert sich in eine Folge von Präsenzterminen mit anschließendem Training am Arbeitsplatz, begleitender interprofessioneller Teamsupervision und einem Mentoring, das auch nach Abschluss der Präsenzphase fortgeführt wird.

**Abbildung 5:** Ablauf des arbeitsplatzintegrierten KomMent-Trainingsprogramms



### 5.2.1 Präsenzunterricht: Theoretische Grundlagen und Üben in der Simulation

In Tabelle 1 sind die definierten Themenbereiche mit den konkreten Lehrinhalten und -methoden für das Präsenztraining mit insgesamt 50 UE dargestellt.

Die Präsenzphase erstreckte sich im Düsseldorfer Pilotprojekt über ein Jahr, wobei insgesamt sechs Veranstaltungen mit jeweils acht bis zehn UE im Abstand von sechs bis acht Wochen durchgeführt wurden.

Zunächst werden den Teilnehmer\*innen die theoretischen Grundlagen zu den genannten Kommunikationsmodellen für allgemeine und spezifische Gesprächsführung vermittelt und anschließend in Rollenspielen und Gesprächen mit Simulationen (Schauspielpatient\*innen, SP) eingeübt. Vor den Simulationen ist ein fachliches Briefing durch erfahrene (Ober-)Ärzt\*innen empfehlenswert. Die fachlichen und kommunikativen Aspekte für das zugrundeliegende Fallbeispiel können zunächst in Kleingruppen diskutiert werden, um sich mit der Situation detailliert auseinanderzusetzen und das Für und Wider alternativer Vorgehensweisen abzuwägen. So können auch Berufsanfänger\*innen auf schwierige und komplexe Gesprächssituationen gezielt vorbereitet werden.

**Tabelle 1:** Themenbereiche, Inhalte und Methoden sowie zeitlicher Umfang für das Präsenztraining

Themenbereich		Inhalte und Methoden	Zeitlicher Umfang
1	<b>Grundlagen und Basiskompetenzen der Kommunikation und ärztlicher Gesprächsführung – Informationssammlung und -vermittlung</b>	<b>Lernen am Modell:</b> • <b>W</b> arten <b>W</b> iederholen <b>S</b> piegeln <b>Z</b> usammenfassen (WWSZ) • Buchmetapher	<b>4 UE<sup>1</sup></b>
2	<b>Umgang mit Emotionen</b>	1) Lernen am Modell: <b>N</b> aming <b>U</b> nderstanding <b>R</b> especting <b>S</b> upporting <b>E</b> xploring (NURSE) 2) Rollenspiel: Wahrnehmung eigener Emotionen, Ansprechen von Emotionen 3) Analyse von Videosequenzen: Umgang mit Emotionen	<b>6 UE</b>
3	<b>Überbringen schlechter Nachrichten</b>	1) Lernen am Modell: <b>S</b> ituation; <b>P</b> atient*innen-Vorannahmen; <b>I</b> nformationsmenge an Patientenbedürfnis adaptieren; <b>K</b> enntnisse vermitteln; <b>E</b> xploration der emotionalen Reaktionen; <b>S</b> trategie und Zusammenfassung (SPIKES) 2) Übung mit standardisierten Patient*innen am Beispiel Nierenzellkarzinom	<b>6 UE</b>
4	<b>Prognostic Awareness</b>	1) Strukturierte Vor- und Nachbereitung der Gespräche mit SP (Briefing und Debriefing) 2) Übung mit SP <sup>2</sup> am Beispiel Urothelkarzinom	<b>6 UE</b>
5	<b>Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)</b>	1) Prozessschritte zur Umsetzung von PEF 2) Übung mit SP	<b>6 UE</b>
6	<b>Kommunikation mit Angehörigen</b>	1) Kultursensible Betreuung und Umgang mit Angehörigen 2) Übung mit SP am Beispiel extragonadaler Keimzelltumor (vgl. Abbildung 6)	<b>6 UE</b>
7	<b>Kulturelle und sprachliche Barrieren in der Interaktion mit den Patient*innen und deren Angehörigen</b>		
8	<b>Sicherheits- und Fehlerkultur</b>	1) Lernen am Modell: • Set learning objective; Hear, what has been accomplished; Adress concerns; Reassure; Plan (SHARP) • I am concerned; I feel uncomfortable; This a safety issue (CUS) • Explore; Clarify; Outcome (ECO)  2) Übung mit standardisierten Personen: • Feedback geben bei Auszubildenden • „Speaking up“ innerhalb hierarchischen Struktur • Nachbesprechung einer kritischen Situation zur Prävention psychischer Belastung und Traumatisierung	<b>6 UE</b>
9	<b>Schnittstellen im Gesundheitssystem &amp; Instrumente des Risikomanagements</b>	1) Lernen am Modell: SBAR, SOAP 2) Übung zur Prozessanalyse am Beispiel einer Übergabe 3) Übung mit standardisierten Personen (simulierte Patient*innen und Pflegende): • Überbringen der Nachricht nach einem Fehler bei der interprofessionellen Übergabe • Kritischer Schaden eines Patienten nach mangelhaftem präoperativem Assessment	<b>6 UE</b>
10	<b>Sensible Themen</b>	1) Kommunikation schambehafteter Themen 2) Übung mit SP am Beispiel Hodentumor	<b>4 UE</b>

<sup>1</sup> UE steht für Unterrichtseinheit, wobei 1 UE 45 Minuten entspricht

<sup>2</sup> SP steht für Simulationsperson bzw. Schauspielpatient\*in/ standardisierte Person

**Abbildung 6:** Fallbeispiel für ein Rollenspiel\*

Kommunikation mit Angehörigen/Fordernde Angehörige – Interkulturalität/Sprachbarriere

**Patient:** Ali Seker, 25 Jahre, türkischstämmig, in 2. Generation in Deutschland, extragonadaler Keimzelltumor

Situationsbeschreibung	
<p>Sie als Stationsärzt*in haben die Familie des Patienten Ali Seker, 25 Jahre, auf dessen Wunsch, zu einem Gespräch gebeten, um das weitere medizinische Vorgehen zu besprechen. Sie erwarten den Vater und die Zwillingsschwester des Patienten. Beide sind gläubige Muslime. Der Vater spricht nur mäßig gut deutsch. Die Mutter ist bei Ihrem Sohn geblieben und wird am Gespräch nicht teilnehmen.</p> <p>Herr Seker wurde vor 2 Tagen über die urologische Ambulanz</p>	<p>stationär aufgenommen bei Verschlechterung des Allgemeinzustands (u.a. Schmerzen, Anstieg der Retentionswerte, zunehmende Kachexie). Der Tumormarkerverlauf und die Bildung haben einen massiven Progress unter der palliativen Chemotherapie gezeigt.</p> <p>Es stehen keine weiteren sinnvollen Therapieoptionen (einschließlich: Standardtherapie, Studienoptionen und experimentelle off-label-Therapien) zur Verfügung.</p>
Subjektive Krankheitstheorie/ Mögliche Gedanken und Gefühle:	Aufgabenstellung:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unser Sohn muss weiterbehandelt werden, es gibt sicher noch eine Chance</li> <li>• In einem so hochtechnologisierten Land wie Deutschland muss alles ausgeschöpft werden</li> <li>• Wir lassen unseren Sohn nicht sterben</li> <li>• Er würde sicher genauso entscheiden</li> <li>• Die Ärzte sollen sich anstrengen, ihm zu helfen</li> <li>• Wenn ich meinen Willen äußere, wird der auch umgesetzt, sonst verleihe ich mit Lautstärke Nachdruck</li> </ul>	<p>Erklären sie den Angehörigen des Patienten, dass eine weitere Therapie zu keiner Besserung des Zustands ihres Sohnes führt. Zeigen Sie ihnen auf, dass es wichtig für alle ist, die verbleibende Zeit so gut wie möglich zu nutzen.</p>

\*adaptiert von S. Zschäbitz nach einer Vorlage aus den Heidelberger Standardgesprächen [65]

### 5.2.2 Training-on-the-Job: Umsetzung des Gelernten am Arbeitsplatz

Um den Transfer des Gelernten aus dem Präsenztraining in den Arbeitsalltag zu erleichtern, erfolgt ein arbeitsplatzbasiertes Training mit Supervision und ein Mentoring im Umfang von ca. 20 UE. Im Kern geht es beim Mentoring darum, dass eine in der Gesprächsführung erfahrene Person die Trainingsteilnehmer\*innen zu ausgewählten Gesprächen mit Patient\*innen begleitet.

Die ersten Termine finden in unmittelbarer zeitlicher Nähe zum Präsenztraining statt, idealerweise am nächsten Tag. Hierbei wird das am Tag zuvor in der Simulation Geübte, zum Beispiel das NURSE-Modell, in einer realen Situation angewandt. Die Teilnehmer\*innen erhalten unmittelbar danach ein ausführliches Feedback.

Nach Abschluss der Präsenzeinheiten werden die begleiteten Gespräche mit Patient\*innen fortgesetzt, bis alle Teilnehmenden die vorgesehenen 20 UE erfüllt haben.

Hierfür wurden die folgenden fünf Gesprächssettings ausgewählt:

- Aufnahme-/Erstgespräch
- Visite
- Aufklärungs-, Therapie- oder Beratungsgespräch
- Übergabe
- Entlassungsgespräch

Zu jedem Setting werden vier Gespräche unter Supervision angeboten. Die Anzahl der Gespräche je Setting richtet sich nach dem individuellen Bedarf. Wichtig ist es, dass das Setting sowohl aus Sicht der Teilnehmenden als auch der Supervisor\*in erfolgreich umgesetzt werden kann.

Die weiteren 10 UE betreffen die interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation. Hierzu wird ein Team-Coaching an zwei Terminen mit jeweils fünf UE zu folgenden Themen durchgeführt:

- Feedback geben und annehmen
- gewaltfreie Kommunikation
- Fehlerkultur
- Problemlösekompetenz
- Konfliktmanagement

Das Format bietet auch Raum für die Entwicklung von Lösungen für abteilungsspezifische Probleme, z. B. die Zusammenarbeit im Team und die Durchführung von Übergaben oder situationsübergreifend die Nutzung von Kommunikationswegen.

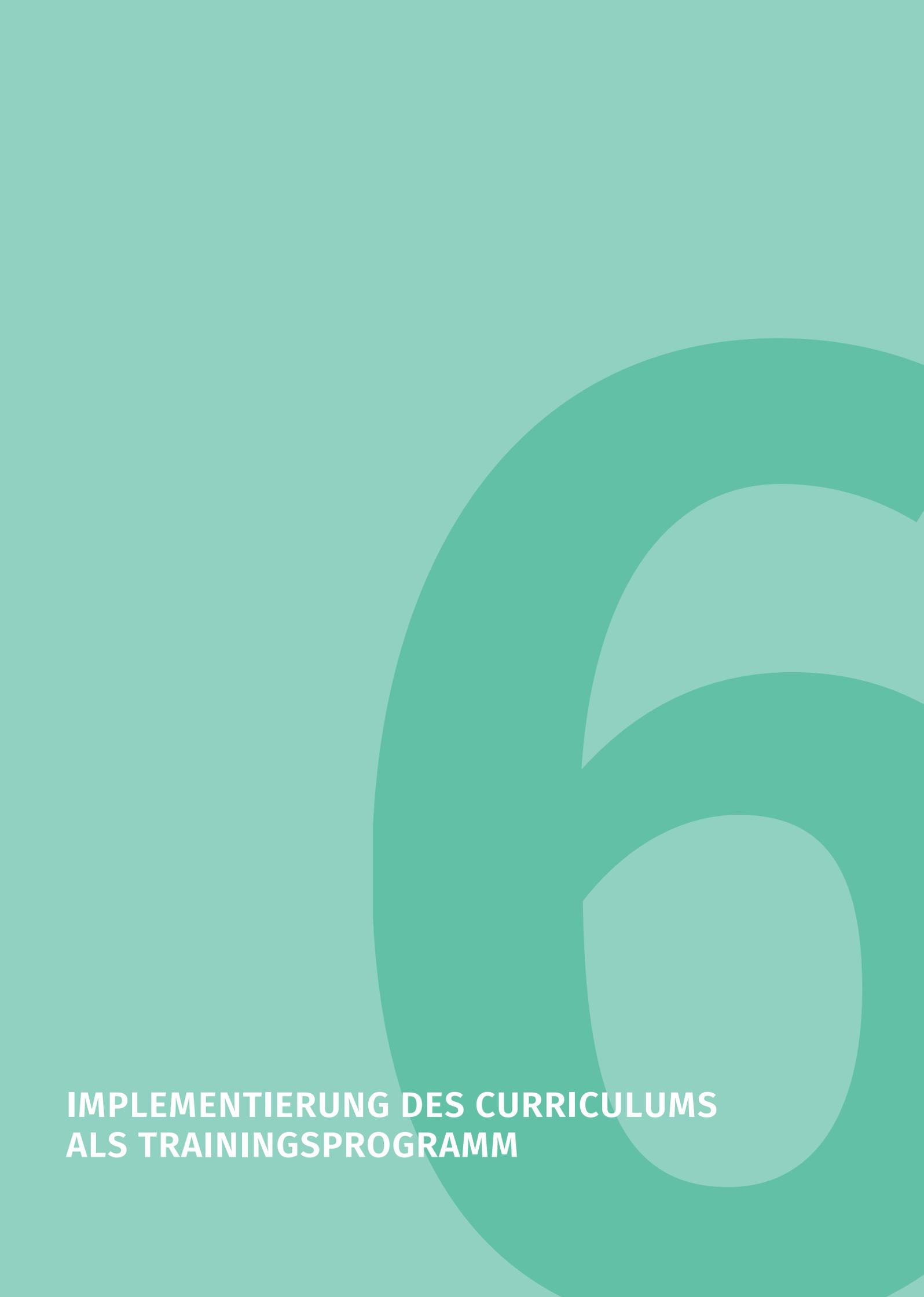
### 5.2.3 Transfer und Nachhaltigkeit: Mentoring und kollegialer Austausch

Bis zum Abschluss dieser Trainingsphasen (der 80 UE) sollte ein Gruppenmentoring etabliert werden, mit dem vorrangigen Ziel der Verstetigung der neuen Kommunikationskultur. Dafür werden Oberärzt\*innen oder fortgeschrittene Assistenzärzt\*innen zu Mentor\*innen und Expert\*innen auf dem Gebiet der Kommunikation ausgebildet, die im Anschluss jeweils drei bis fünf jüngere Assistenzärzt\*innen (Mentees) in regelmäßig stattfindenden Gruppensitzungen betreuen und beraten. Eine weitere Aufgabe der Mentor\*innen ist die Einführung neuer Assistenzärzt\*innen in die Kommunikationskultur sowie die Organisation von Kommunikationstrainings. Ein übergeordnetes Ziel ist der Aufbau einer „Community of Practice“. Eine „Community of Practice“ ist eine Gemeinschaft von Menschen, die Wissen, Überzeugungen, Werte und Erfahrungen im Hinblick auf ein gemeinsames praktisches Projekt oder die Umsetzung ähnlicher Vorhaben an unterschiedlichen Standorten oder Kontexten teilen [42].

Communities of Practice schaffen durch Austausch und gemeinsames Handeln, zum Beispiel bei der Arbeit, geteiltes und auch neues Wissen. Das ist auch im Themenfeld der Kommunikation möglich. Das Training kommunikativer Kompetenzen markiert hier den Beginn einer Entwicklung ausgehend von individuellem Lernen in Workshops und Präsenztrainings hin zu gemeinsamem Lernen im Arbeitsalltag. Das Gelernte soll durch kontinuierlichen Austausch zwischen weniger erfahrenen und erfahrenen Ärzt\*innen vertieft werden. Aufgabe der Mentor\*innen ist es, diesen Prozess durch immer wieder neue Impulse aufrechtzuerhalten.







**IMPLEMENTIERUNG DES CURRICULUMS  
ALS TRAININGSPROGRAMM**

## 6. IMPLEMENTIERUNG DES CURRICULUMS ALS TRAININGSPROGRAMM

Das KomMent-Curriculum wurde in seinen Grundzügen bereits bei der Entwicklung des Nationalen Krebsplans erstellt und nun im Zuge der erstmaligen Umsetzung an der Universitätsklinik für Urologie in Düsseldorf ausdifferenziert und zu einem arbeitsintegrierten Trainingsprogramm erweitert. Die Implementierung in anderen Einrichtungen und im Kontext anderer Fachdisziplinen wird Anpassungen und Modifikationen erfordern. Dies sollte bereits zu Beginn der Planung einer Implementierung berücksichtigt und geprüft werden.

Die Implementierung des Kommunikationstrainings erfordert sorgfältige und systematische Planung. Die folgenden Abschnitte sollen Wege hierzu aufzeigen. Sie basieren auf den im KomMent-Projekt eingesetzten, bewährten Methoden. Auf einen Überblick zur Gestaltung des Implementierungsprozesses folgen Instrumente und Möglichkeiten zur Ermittlung des konkreten Bedarfs an Kommunikationstraining und strukturellen Änderungen in der Kommunikationskultur. Im Weiteren folgen Hinweise zur konkreten Ausgestaltung der Präsenzphasen, des Trainings-on-the-Job und des Mentorings.

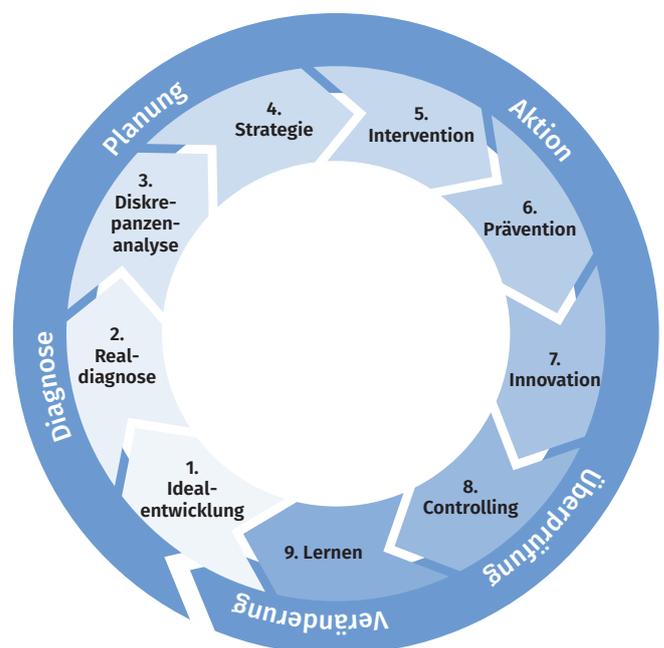
### 6.1 Das Vorgehen im Überblick

Die Implementierung eines Kommunikationstrainings ist mit zahlreichen Aufgaben verbunden, die zunächst differenziert und definiert werden müssen. Eine Planungshilfe bieten hierbei Modelle aus der Organisationsentwicklung, zum Beispiel das Prozessmodell der Systemverträglichen Organisationsentwicklung (SOE) (vgl. Abbildung 7) [43-46].

Im Modell der SOE werden Entwicklungs- und Implementierungsprozesse in fünf Phasen untergliedert: Diagnose, Planung, Aktion, Überprüfung und Veränderung.

**Abbildung 7:**

Der Zyklus der systemverträglichen Organisationsentwicklung [46]



In der dreiteiligen Diagnosephase, wird im ersten Schritt eine Idealvorstellung vom Zielzustand entworfen. Wie wollen wir idealerweise mit Patient\*innen und miteinander auf Station kommunizieren? Angefangen mit der ethischen Grundlage werden Glaubenssätze und Automatismen innerhalb der Klinik reflektiert und eine Vision entwickelt, auf deren Basis im weiteren Prozess konkrete Ziele formuliert werden.

In der folgenden Realdiagnose werden der Ausgangszustand und die Voraussetzungen für eine Veränderung analysiert. Das Ziel ist die Beschreibung des Ist-Zustands mit der Identifizierung von vorhandenen kommunikationsbezogenen Kompetenzen, Herausforderungen, strukturellen Hemmnissen und Ressourcen. Hierzu gehört bspw. das vorhandene Angebot zur Weiterentwicklung kommunikativer Kompetenzen, die Weiterbildungsbereitschaft der Assistenzärzt\*innen, die verfügbaren Ressourcen für zusätzliche Schulungen und für die Tätigkeit der Mentor\*innen. Zu wenig Personal und anhaltende Arbeitsüberlastung können es zum Beispiel schwierig erschei-

nen lassen, ein Mentoring und die damit verbundenen Aufgaben in den Arbeitsalltag zu integrieren. Zu bedenken sind jedoch auch andere Faktoren, die an übergeordneten Stellen angesiedelt sind, zum Beispiel auf der Ebene des gesamten Klinikums oder des Gesundheitssystems. Was bedeutet es für unsere Kommunikation, dass Zeit, die im Patientengespräch verbracht wird, nicht gesondert vergütet wird?

In der anschließenden Diskrepanzanalyse werden die Ergebnisse von Idealentwicklung und Realdiagnose einander gegenübergestellt, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede analysiert und systematisiert mit dem Ziel, Klarheit über das Wohin und die Möglichkeiten zur Gestaltung der weiteren Entwicklung zu gewinnen.

Davon ausgehend lassen sich zielgerichtete Maßnahmen ableiten und planen. Eine Strategie zur konkreten Umsetzung wird entwickelt und die Intervention, in diesem Fall das Training, ausgearbeitet. Dabei sollte nicht allein das Abstellen der festgestellten Defizite leitend sein, sondern auch die Nachhaltigkeit der Maßnahme. Dazu gehört, Ideen zu entwickeln, wie der Transfer des Gelernten gesichert werden kann, anstatt in Vergessenheit zu geraten (Prävention). Insbesondere strukturelle Veränderungen wie zum Beispiel eindeutige Regeln für die interprofessionelle Übergabe wirken hier präventiv. Wichtig ist jedoch auch die fortlaufende Beobachtung, um rechtzeitig erkennen zu können, wenn das Training von der Agenda zu verschwinden droht oder nicht mehr zu den Bedürfnissen der Beteiligten passt. Um dann gegensteuern zu können, ist die Fähigkeit zur Innovation essentiell.

Bereits während der Aktionsphase – der Implementierung des Kommunikationstrainings – ist ein Controlling für die Überprüfung der Wirksamkeit und Effizienz erforderlich. Idealerweise wird ein Evaluations-System mit vorab festgelegten Zielgrößen implementiert, welche fortlaufend bewertet werden können und zugleich die Steuerung ermöglichen. Schließlich muss noch die Weiterentwicklung sichergestellt werden: Wie können die Ärzt\*innen ihre Kompetenzen stetig erweitern, wie kann die Station, die Klinik dazu lernen? Gesucht ist ein Weg zur kontinuierlichen Verbesserung und zur Anpassung an sich ändernde Bedingungen. Hierbei spielt u.a. die Vernetzung und Kooperation mit anderen Einrichtungen und externen Expert\*innen eine wichtige Rolle.

## 6.2 Den Standpunkt und den Bedarf ermitteln

Wo stehen wir mit unserer Kommunikation? Welchen genauen Trainingsbedarf haben unsere Mitarbeitenden und welche strukturellen Kommunikationshemmnisse gibt es bei uns? Das sind wichtige Fragen, die im Vorfeld geklärt werden müssen, um nicht an den Wünschen und Bedürfnissen der Mitarbeiter\*innen vorbei zu planen. Es sollte geklärt werden, wie wir uns Kommunikation mit Patient\*innen und miteinander wünschen und wie es tatsächlich darum bestellt ist.

Zu Beginn der Implementierung des Kommunikationstrainings wird im Rahmen der Diagnosephase ermittelt, wie die Beteiligten, ausgehend von ihrer persönlichen und der gemeinsamen Wertebasis, Kommunikation wünschen. Bereits zeitgleich oder im Anschluss wird erfasst, wie sie die Kommunikation mit Patient\*innen, Kolleg\*innen und interprofessionellen Partner\*innen sehen.

Dabei stellen sich Fragen zu zahlreichen Aspekten der Kommunikation:

- Stimmt der Informationsaustausch? Erhält jede Person, Mitarbeiter\*in oder Patient\*in, die erforderlichen Informationen?
- Nehmen wir uns genug Zeit für unsere Interaktionspartner\*innen? Oder finden Übergaben „zwischen Tür und Angel“ statt? Erfolgen Angehörigengespräche schnell auf dem Flur?
- Gibt es Räume für Kommunikation? Oder werden Diagnosemitteilungen an Patient\*innen im Mehrbettzimmer gegeben?
- Gibt es Standards oder Regeln für eine gute Gesprächsführung mit Patient\*innen und für intra- und interprofessionelle Settings?
- In welchen Situationen fühlen sich die Ärzt\*innen und Ärzte unsicher? Welche Gespräche sind unangenehm?
- Gibt es Situationen, aus denen häufiger Konflikte erwachsen?

Diese Aufzählung ist exemplarisch und beruht auf den Erfahrungen aus dem Pilotprojekt. An einem anderen Ort, an einer anderen Klinik können weitere Aspekte von Bedeutung sein. Mittels einander ergänzender Methoden werden die verschie-

denen Facetten des Themas aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet. Hierzu sollten möglichst alle betroffenen Personengruppen einbezogen werden. Zu klären, um wen es sich dabei handelt, ist eine der ersten Aufgaben, die sich bei der Implementierung des Kommunikationstrainings stellt. Neben den Assistenzärzt\*innen, die am Training teilnehmen werden, sollten deren Vorgesetzte und die dienstälteren Ärzt\*innen sowie Vertreter\*innen der Pflege als wichtigste interprofessionelle Partner\*innen beteiligt sein.

Zur Befragung dieser Personengruppen stehen verschiedene Methoden zur Verfügung, die so miteinander kombiniert werden können, dass ein multiperspektivisches Bild entsteht. Es werden Methoden eingesetzt, die unterschiedliche Schwerpunkte setzen und zu einander ergänzenden Ergebnissen kommen. Das im Folgenden beschriebene Vorgehen mit Gruppeninterviews bzw. Fokusgruppen, themenzentrierten Workshops und Einzelinterviews hat sich im Pilotprojekt bewährt.

Sämtliche Erhebungen finden zu vorher vereinbarten Zeitpunkten während der Arbeitszeit statt. Die Durchführung sollte durch hierfür ausgebildete und geschulte Personen erfolgen.

### 6.2.1 Gruppen- und Einzelinterviews: Die Ausgangslage bestimmen

Interviews, einzeln oder in Gruppen, dienen der Gewinnung von Antworten zu einer zuvor festgelegten Fragestellung. Interviews sind verschiedene qualitative, offene Methoden, bei denen die Sicht der Teilnehmenden im Vordergrund steht.

In **Gruppeninterviews** sollen gemeinsame Erfahrungen, Perspektiven und kontroverse Standpunkte sichtbar werden. Insbesondere unterschiedliche Meinungen können hier klarer und differenzierter hervortreten als es in Einzelinterviews möglich wäre. Die Methode ist gut geeignet, um einen Überblick über die Situation zu gewinnen.

Zum Einstieg wird um eine Einschätzung der vorhandenen Kommunikationskompetenzen gebeten. In welchen Situationen mit Patient\*innen fühlen sich die Teilnehmenden sicher?

### Abbildung 8:

Mögliche Fragen an die Teilnehmenden

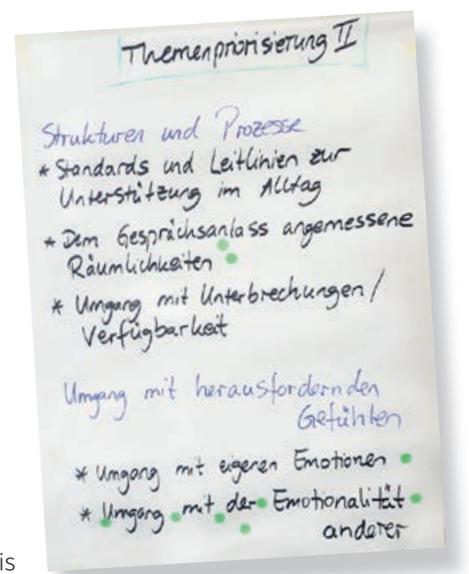
- 1 Bei welchen Gesprächen in der Arzt-Patienten-Kommunikation fühlen Sie sich kompetent und warum?
- 2 Bei welchen Gesprächen fühlen Sie sich herausgefordert / überfordert und warum?
- 3 Welche Faktoren Ihres Arbeitsplatzes erleichtern Ihnen eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation?
- 4 Welche Faktoren erschweren sie?
- 5 Von welchen unterstützenden Maßnahmen würden Sie persönlich am meisten profitieren?

Bei welchen treten dagegen Unsicherheiten und Überforderung auf? Im zweiten Teil der Diskussion können hemmende und fördernde Faktoren exploriert werden. Welche Umstände tragen zu einer guten Arzt-Patienten-Kommunikation bei? Welche erschweren sie? Zum Schluss können Wünsche hierzu formuliert werden. Was müsste sich ändern, um die Kommunikation zu erleichtern? Welche Rahmenbedingungen in der Einrichtung müssten sich ändern? Welche zusätzlichen Kompetenzen wären hilfreich?

Zur Durchführung genügen je nach Gruppengröße zwei bis zweieinhalb Stunden Zeit. Günstig ist ein Seminarraum, in dem die Gruppe ungestört und abseits der Klinikroutine arbeiten kann. Unterbrechungen und Fluktuation / Kommen und Gehen sollten vermieden werden.

Bei Gruppeninterviews stehen die Perspektive der Gruppe und die Gruppenprozesse im Vordergrund. Individuelle Probleme, Sichtweisen und Wünsche können in der Regel nicht detailliert erfasst werden. Die Ergänzung durch Einzelinterviews bietet sich hier an.

Anders als im sehr offenen Gruppenformat kann im **Einzelinterview** strukturierter vorgegangen werden und dabei zu-



**Abbildung 9:**

Beispiel für das Ergebnis der Priorisierung von im Rahmen der Bedarfsanalyse identifizierten Themenfeldern

gleich das vertieft werden, was den Interviewpartner\*innen wichtig ist. Das Themenspektrum kann erweitert und gezielt nach einzelnen Sachverhalten gefragt werden.

Geeignete Einstiegsfragen sind zum Beispiel:

- Welche Interaktionssituationen erleben Sie typischerweise oder besonders häufig in Ihrem Arbeitsalltag?
- Welche dieser Interaktionssituationen fallen Ihnen besonders leicht oder schwer?
- Warum waren die von Ihnen genannten Interaktionssituationen besonders leicht oder schwierig?

Gefragt wird im Schwerpunkt nach sog. Critical Incidents, kritischen Ereignissen und was sie zu solchen macht [47]. Es geht darum, zu verstehen, welche Interaktions- oder Kommunikationssituationen von den Interviewpartner\*innen als besonders schwierig wahrgenommen werden. Welche Partner\*innen und welche weiteren Personen sind daran beteiligt? Um was geht es inhaltlich dabei? Was genau, welche emotionale Reaktion löst die Situation aus? Wie wird die Situation bisher gelöst und welche Alternativen sehen die Interviewpartner\*innen?

Die **Auswertung** erfolgt sowohl bei den Einzelinterviews als auch bei den Gruppenverfahren inhaltsanalytisch [48]. Im Mittelpunkt des Interesses stehen die Critical Incidents [47], Situationen, die für die Beteiligten eine Herausforderung darstellen oder sie tendenziell überfordern. Diese gilt es zu beschreiben und zu systematisieren. Sie zeigen sowohl unzureichende Kompetenzen als auch strukturelle Kommunikationshemmnisse auf, wobei die Gemeinsamkeiten innerhalb der Gruppe im Vordergrund stehen.

Auch bei der Analyse der Einzelinterviews werden zunächst die Critical Incidents beschrieben. Im Unterschied zu den Ergebnissen der Gruppeninterviews können sie hier für jede Person in deren Arbeitszusammenhang betrachtet werden. Danach erfolgt ein Vergleich der Interviewpartner\*innen, um Ähnlichkeiten und Unterschiede zu identifizieren und um zu sehen, ob sich zentrale, immer wiederkehrende Themen und Argumentationsmuster zeigen. Ebenfalls von Interesse sind

Identifizierte Themenfelder zur Bearbeitung	Punkte
Fordernde Patienten und Angehörige	5
Fehler- und Problemmunikation	5
Kommunikation bei Mangel an Fachwissen oder Erfahrung	2
Visite	3
Übergabe	3
Kommunikation zwischen Pflegenden und Ärzt*innen	7
Feedback (geben und annehmen)	2
Standards und Leitlinien zur Unterstützung im Alltag	0
Dem Gesprächsanlass angemessene Räumlichkeiten	2
Umgang mit Unterbrechungen/ Verfügbarkeit	0
Umgang mit eigenen Emotionen	1
Umgang mit der Emotionalität anderer	6

individuelle Probleme, die im Rahmen des geplanten Kommunikationstrainings aufgegriffen werden können sowie Beschreibungen struktureller Hemmnisse.

Dieser Arbeitsschritt der Bedarfsanalyse mit dem Schwerpunkt auf vorhandenen und fehlenden kommunikativen Kompetenzen wird mit der Mitteilung der Ergebnisse der Gruppendiskussionen und Einzelinterviews an die Teilnehmenden abgeschlossen. Dies kann im Rahmen einer Veranstaltung erfolgen oder schriftlich. Wichtig ist dabei die Möglichkeit zur Interaktion.

Für die weitere Arbeit wird eine Priorisierung der identifizierten Themenfelder vorgenommen. Hierfür werden die genannten Kommunikationsprobleme aufgelistet. Die Teilnehmenden sollen dann angeben, welche für sie die dringlichsten sind, z.B. indem jede\*r Teilnehmende drei Punkte vergibt bzw. drei Themenfelder benennt (vgl. Abbildung 9). Diese können auf mehrere Positionen verteilt oder alle gemeinsam für ein Thema vergeben werden.

### 6.2.2 Idealworkshop: Wohin wollen wir?

Werte bilden die Leitlinien unseres Handelns und geben uns Orientierung. Daher ist es wichtig, sich darüber klar zu werden, welche Werte und normativen Erwartungen unser Handeln im Umgang mit Patient\*innen sowie miteinander idealerweise leiten und welchen Niederschlag diese Ideale in konkreten Kommunikationssituationen haben sollten.

Der Idealworkshop dient dazu, die gemeinsame Vorstellung von einer idealen Kommunikation in der Arbeitsgruppe zu explorieren und zu explizieren, selbstverständlich im Rahmen dessen, was möglich ist. Es geht um die ethischen Überzeugungen und Praktiken, die für die Arbeit von Bedeutung sind. Welche Werte möchten wir in der Kommunikation mit unseren Patient\*innen verwirklicht sehen? Welche in der Zusammenarbeit mit unseren Kolleg\*innen? Diese in der Gruppe bewusst zu machen ist der erste Schritt bei der Entwicklung einer Vision und konkreter Ziele.

#### Durchführung

Der Workshop wird in Kleingruppen mit ca. fünf bis acht Teilnehmer\*innen durchgeführt. Der Arbeitsauftrag hat zwei Teile. In der Phase „Träumen“ wird ein perfekter Idealzustand skizziert und überlegt, was sich ändern müsste, damit dieser realisierbar wäre. In der Phase „Kritisieren“ wird untersucht, ob die ideale Vorstellung auch Nachteile hätte und wo die Grenzen der Umsetzbarkeit angenommen werden müssen.

Für die erste Phase werden übergeordnete Werte und Prinzipien, z.B. Vertrauen, Wertschätzung, Ehrlichkeit sowie Normen und Regeln, z.B. Empathie, Schnelligkeit, Verantwortung übernehmen vorgegeben. Der Arbeitsauftrag besteht darin auszuwählen, was wichtig erscheint und daran mit eigenen Begriffen anzuknüpfen und die Zusammenhänge deutlich zu machen.

Die zweite Phase wird in Form einer offenen Diskussion gestaltet. Am Ende steht eine Beschreibung der gewünschten Kommunikationskultur z.B. differenziert nach Partnern wie Arzt-Patient\*innen, Pflege-Patient\*innen, interprofessionell, unter Kolleg\*innen etc. und die Formulierung erster Ziele. Alle Ergebnisse werden visualisiert und dokumentiert.

### 6.2.3 Workshop „Strukturelle Hemmnisse“: Was beeinträchtigt unsere Kommunikation?

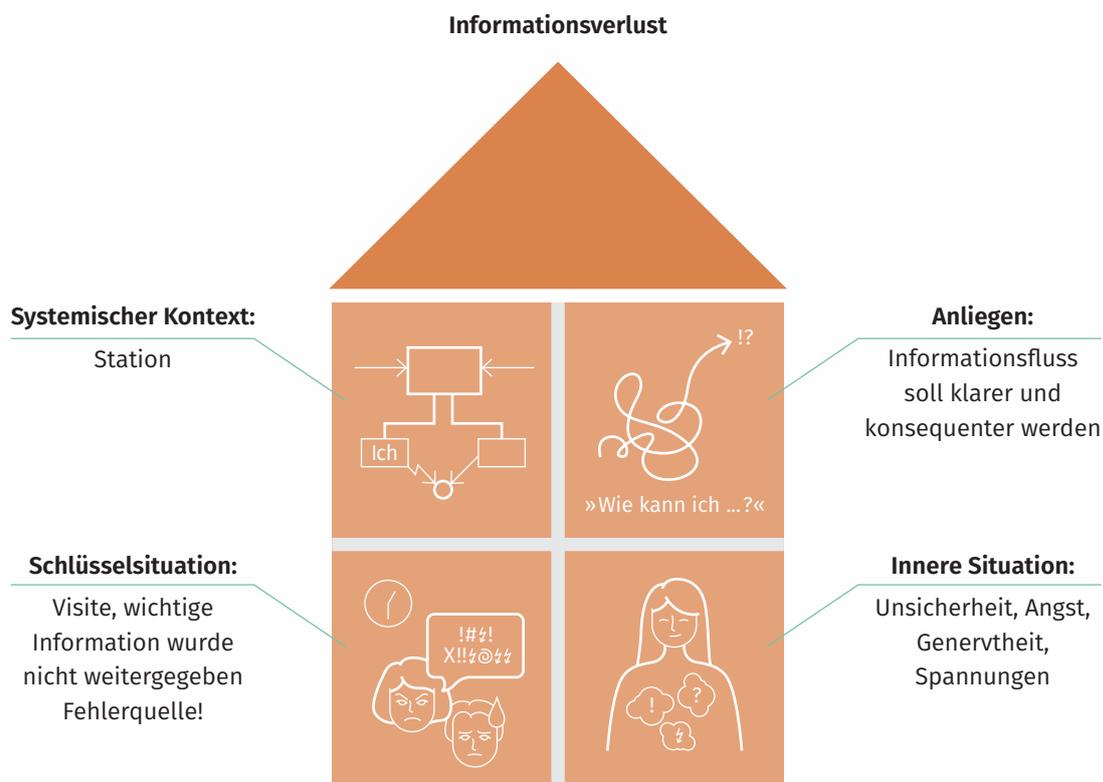
Kommunikation als Bestandteil der Arbeit unterliegt zahlreichen Einflüssen. Diese gehen nicht nur von den beteiligten Personen aus, sondern auch von den Umständen unter denen sie stattfindet. Die Strukturen und Prozesse am Arbeitsplatz kanalisieren die Art, wie kommuniziert wird [50-52]. Vieles daran ist historisch gewachsen und Bestandteil der Arbeitsweise vor Ort, wodurch es selbstverständlich erscheint [53]. Gibt es zum Beispiel keinen separaten Raum für ungestörte vertrauliche Patientengespräche, werden diese in den Mehrbettzimmern geführt. Oder wird der „Pieper“ (Funk) nicht abgeschaltet? Es kann davon ausgegangen werden, dass dies mit einem Einfluss auf die Inhalte und den Verlauf der Gespräche verbunden ist.

Strukturelle Kommunikationshemmnisse und -störfaktoren können systematisch gesammelt und analysiert werden. Ausgangspunkte sind auch hier kritische Ereignisse. Sie können mit Verfahren zur Analyse praktischer Probleme identifiziert und untersucht werden, um Lösungswege entwickeln zu können. Hierzu gehören beispielsweise das Thomann-Schema („Haus der Klärung“), die Vier-Wandblätter-Methode und das Reflecting-Team [49].

Hierbei können Arbeitsgruppen mit verschiedenen Schwerpunkten gebildet werden: Zum Beispiel zu Kommunikationswegen und Medien, zu Organisation, interprofessioneller Zusammenarbeit sowie Führung und Management. Aus den vorliegenden Ergebnissen zum Trainingsbedarf ergeben sich möglicherweise weitere Themen, die hinsichtlich ihrer strukturellen Dimension vertieft werden sollten.

Die Arbeitsgruppen können nach dem Workshop weiterbestehen und für ihre spezifischen Problemstellungen Lösungen erarbeiten und umsetzen.

**Abbildung 10:** Das Haus der Klärung [49, 66] mit einem Beispiel zu interprofessioneller Kommunikation



### 6.2.4 Diskrepanzanalyse: Was sind die Unterschiede zwischen idealer und vorhandener Kommunikation?

Am Ende der Diagnosephase steht die Analyse der Diskrepanzen zwischen der idealen und der vorhandenen Kommunikation, wie sie in den Gruppen- und Einzelinterviews und im Strukturworkshop beschrieben wurde.

Gemeinsam werden die Ergebnisse einander gegenübergestellt und verglichen. Die Darstellung der Abweichung kann beschreibend erfolgen und sollte mit konkreten Beispielen untermauert werden. Auch die Größe der Diskrepanz kann sowohl verbal als auch numerisch anhand einer Skala oder einer Grafik wie z. B. einem Spinnen- oder Netzdiagramm dar-

gestellt werden. Sind die kritischen Diskrepanzen aufgedeckt, werden Handlungsoptionen generiert, Ziele definiert und Interventionen zum Abbau struktureller Hemmnisse und zum Aufbau kommunikativer Kompetenzen entwickelt und verabschiedet. Sowohl für die Trainingsinhalte als auch für die strukturellen Veränderungen werden Prioritäten festgelegt. Anschließend werden Ober- und Unterziele für das Vorgehen formuliert. Wichtig dabei ist eine realistische Einschätzung des Machbaren.

Die systematische Erfassung von strukturellen Kommunikationshemmnissen und -störungen sowie der individuellen Kompetenzen liefert sowohl für den Trainingsbedarf als auch zu organisatorischen und strukturellen Maßnahmen Anhaltspunkte, die zur Verbesserung der Kommunikation beitragen.

Am Ende der Diagnosephase stehen:

- Eine Vorstellung vom Zielzustand: Wie soll die Kommunikation bei uns in Zukunft aussehen?
- Erkenntnisse über den Ist-Zustand: Was kennzeichnet unsere Kommunikation?
- Eine Aufstellung der Diskrepanzen: Welche Abweichungen bestehen zwischen dem gewünschten Zielzustand und dem Ist-Zustand?
- Prioritäten und Ideen zu Trainingsinhalten und strukturellen Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation.

### 6.3 Anpassung und Umsetzung des Trainings

Sind die Bedürfnisse und Wünsche an das Kommunikationstraining geklärt und liegt eine Zielvorstellung vor, beginnt eine Phase der konkreten inhaltlichen und organisatorischen Planung und Gestaltung. Die Trainingsinhalte und die Durchführung der Präsenztermine müssen festgelegt und das Training am Arbeitsplatz abgestimmt, strukturiert und vorbereitet werden. Das vorgestellte Kommunikationscurriculum kann ähnlich einem Baukastensystem grundsätzlich flexibel umgesetzt werden. Es wird an die Bedürfnisse der Teilnehmenden und die am Standort vorhandenen bzw. zugänglichen Ressourcen angepasst.

Überlegt werden muss auch, wie die identifizierten strukturellen Kommunikationshemmnisse und –erschwerisse nach und nach behoben werden können.

#### 6.3.1 Präsenzunterricht: Wie kann er gestaltet werden?

##### Trainingsinhalte festlegen und gewichten

Zur detaillierten Planung der Trainingsinhalte erfolgt zunächst ein Abgleich des Curriculums mit dem ermittelten Bedarf. Hierbei zeigt sich, ob Schwerpunktverschiebungen notwendig sind und ob Ergänzungen vorgenommen werden müssen. Neue Gewichtungen und Ergänzungen betreffen dann sowohl die Präsenzphasen als auch das Training-on-the-job. Soll etwas intensiv geübt werden, eignet sich besonders die Aufnahme in die UE, die direkt am Arbeitsplatz stattfinden.

Für spezifische Inhalte, die sich auf konkrete Situationen in

der Abteilung bzw. im Team beziehen, kann es sinnvoll sein, sie gemeinsam zu erarbeiten, zum Beispiel im Rahmen eines ergänzenden Workshops.

##### Ausarbeiten neuer Unterrichtseinheiten

Das Ausarbeiten neuer Unterrichtseinheiten erfordert das Festlegen von Methoden und die Entwicklung von Fallbeispielen für Rollenspiele und Trainings mit Simulationspersonen. Empfehlenswert ist es, Beispiele aus dem eigenen Alltag aufzugreifen und aufzubereiten. Das gilt natürlich ganz besonders für die Modifikation und Anpassung der Inhalte zur Integration in andere Fächer.

Eine Fülle an Anregungen hierzu bietet die sog. „Toolbox“. Die „**Toolbox**“ ist eine moderierte Online-Plattform, auf der Lehrende und Lehrverantwortliche Lehr- und Prüfbeispiele für den Unterricht in Kommunikation in der medizinischen Ausbildung austauschen [54, 55]. Die Toolbox und einzelne Best-Practice-Beispiele sind online einsehbar unter <https://www.medtalk-education.de/toolbox/>.

Weitere sehr wertvolle Anregungen und Einblicke in eine Vielzahl an Themenfeldern ärztlicher Gesprächsführung bietet das **Lehrbuch „Ärztliche Kommunikation – Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020“**. Anhand konkreter Fallbeispiele werden kommunikative Herausforderungen und Lösungswege erläutert und Vorschläge zur optimalen Gesprächsführung ausführlich vorgestellt. Übungsaufgaben, Checklisten und Selbsttests ergänzen die Empfehlungen und Handlungsanleitungen. Das Buch wendet sich sowohl an Studierende als auch an Ärzt\*innen, die sich auf dem Gebiet der Arzt-Patienten-Kommunikation weiterentwickeln möchten [56].

##### Die Trainer\*innen

Die Durchführung der Präsenztermine erfolgt durch fachlich und didaktisch erfahrene Dozierende für den Bereich Kommunikation. Zur Akquise geeigneter Dozierender bieten sich didaktische Netzwerke wie das des Master of Medical Education (MME) oder der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) an. An Universitätskliniken besteht möglicherweise auch Zugang zu Lehrpersonen mit spezifischer Qualifikation für die Kommunikationslehre. Anhand der in der Bedarfsanalyse erarbeiteten Ergebnisse werden gemeinsam mit den

jeweiligen Dozierenden die für das Trainingsprogramm definierten Themen und Ziele abgestimmt sowie die Trainingsinhalte präzisiert und passend für die Zielgruppe gestaltet.

### **Simulationspersonen**

Der Einsatz von Simulationspersonen in der medizinischen Aus- und Weiterbildung gilt als eine effektive Methode für das Training kommunikativer Kompetenzen. So können realitätsnah unterschiedliche Gesprächssituationen geübt werden, darunter auch herausfordernde Kontexte wie das Überbringen schlechter Nachrichten, der Umgang mit aggressiven Patient\*innen oder komplexe Szenarien zu partizipativer Entscheidungsfindung [57, 58]

Die theoretisch vermittelten Kommunikationsmodelle zur allgemeinen und spezifischen Gesprächsführung werden in Gesprächen mit Simulationspersonen eingeübt. Dabei ist das Briefing zur Vorbereitung auf die Gespräche zentral. Vor dem Gespräch sollen die fachlichen und kommunikativen Aspekte im Voraus in der Teilnehmergruppe diskutiert und mögliche Vorgehensweisen erarbeitet werden. Diese gezielte Vorbereitung soll zu einer Verbesserung der Gesprächsführung insbesondere bei den schwierigen und komplexen Gesprächssituationen beitragen. So konnten auch Berufsanfänger\*innen den Situationen mit einem größeren Schwierigkeitsgrad gerecht werden.

Eine wichtige Rolle spielt das Feedback von den Simulationspersonen zu den geführten Gesprächen. Im Hinblick auf konkrete Gesprächssituationen trägt dieses zur intensiven Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Thema und zur Vertiefung des Gelernten bei und unterstützt den kollegialen Austausch zwischen den Teilnehmer\*innen.

### **Organisation der Präsenztermine**

Die Präsenztrainings sollen möglichst außerhalb des Arbeitsplatzes in externen Räumlichkeiten durchgeführt werden. Die Teilnehmer\*innen werden von ihren Aufgaben im klinischen Alltag für diese Zeit entbunden, um so einen ungestörten Ablauf zu ermöglichen.

Da die Teilnahme möglichst allen Ärzt\*innen in der Weiterbildung angeboten werden soll, ist eine klare Unterstützung hinsichtlich der Freistellung und bei der Abstimmung der or-

ganisatorischen Abläufe seitens der Abteilungsleitung unabdingbare Voraussetzung..

Für die kontinuierliche Begleitung des Trainingsprogramms und optimale Betreuung der Teilnehmer\*innen ist es empfehlenswert, dass wenigstens ein\*e Dozent\*in an allen Terminen anwesend ist und diese inhaltlich leitet bzw. moderiert. Die Co-Dozierenden können variieren und entsprechend ihrer Expertise für die Vermittlung spezifischer Themen und Inhalte angefragt und eingeteilt werden.

Zudem ist es ratsam, dass eine Person die Koordination der Termine übernimmt. Hierzu gehören auch die Erarbeitung und Vorbereitung der Trainingsunterlagen sowie die Abstimmungsprozesse zwischen allen Beteiligten. Diese zentrale Koordination, Vorbereitung und Unterstützung bei der Durchführung der Termine erhöht die Planungssicherheit und unterstützt einen reibungslosen Ablauf. So können alle für die Durchführung der Termine erforderlichen Einheiten wie Raum- und Technikorganisation, Patient\*innen- und OP-Management, Dozierenden-Teams etc. bestmöglich zusammenwirken. Die Informationen organisatorischer und inhaltlicher Art werden rechtzeitig und zielgruppenorientiert zur Verfügung gestellt. Für diese Aufgaben eignen sich institutionsinterne Mitarbeiter\*innen, die sich mit allen relevanten Prozessen, Abläufen und Vorgehensweisen auskennen und Kontakte zu allen für die Trainings erforderlichen Personen bzw. Abteilungen haben.

### **6.3.2 Training-on-the-Job: Wie kann es umgesetzt werden?**

Zur nachhaltigen Etablierung des Kommunikationstrainings am Arbeitsplatz empfiehlt sich die Entwicklung eines Konzeptes, das an die Bedürfnisse der Mitarbeitenden und die Voraussetzungen der Klinik angepasst ist.

Das gilt besonders für das Mentoring. Im Mentoring gibt eine erfahrene Person (Mentor\*in) ihr fachliches Wissen, im vorliegenden Fall zu Kommunikation, an eine weniger erfahrene Person (Mentee) weiter. Im einfachen Fall gibt es eine\*n Mentor\*in, der\*die einen oder mehrere Mentees betreut. Denkbar sind jedoch auch andere Modelle.

In unserem Beispiel folgt auf die Trainingseinheiten am Ar-

beitsplatz, die unmittelbar nach den Präsenzveranstaltungen stattfinden, eine Phase der supervidierten Anwendung mit eine\*r Mentor\*in, die später in ein Gruppenmentoring übergeht, welches das gemeinsame Lernen und eine Entwicklung zur Community of Practice erleichtern soll.

### **Wer wird Mentor\*in?**

Grundsätzlich kann die Mentorentätigkeit abteilungsintern besetzt und von erfahrenen Ärzt\*innen oder Oberärzt\*innen übernommen werden. Jedoch sprechen zwei Faktoren dagegen, die im Vorfeld abgewogen werden müssen: Zum einen kann sich die berufliche Hierarchie negativ auf das Verhältnis von Mentor\*in und Mentee auswirken, was den Lerneffekt schmälern könnte. Zum anderen werden in dieser Konstellation gleichzeitig viele Ressourcen gebunden, was sich negativ auf den Klinikbetrieb auswirken könnte. Alternativ können externe Kommunikationstrainer\*innen als Mentor\*innen eingesetzt werden. Beispielsweise sind in jedem zertifizierten Krebszentrum kommunikationsversierte Psychoonkolog\*innen beschäftigt, die per se die Mentorentelle sehr gut ausfüllen könnten.

### **Welche Gesprächsformate werden im Mentoring trainiert?**

Die Auswahl und die Entwicklung der Trainingsinhalte für das Mentoring sollte sich zum einen an den Ergebnissen der Bedarfsanalyse orientieren, zum anderen jedoch den individuellen Bedürfnisse der Mentees ausreichend Raum geben.

Orientierung geben hier die weiter oben bereits genannten Gesprächssettings:

- Aufnahmegespräch
- Visite
- Übergabe (inter- und intraprofessionell)
- Aufklärungs-, Therapie- oder Beratungsgespräch
- Entlassgespräch

Sie definieren den Rahmen, innerhalb dessen die in den Präsenzterminen vermittelten Inhalte und Gesprächsmodelle angewandt werden sollen. Aus der Kombination ergeben sich unterschiedliche Formate, etwa „WWSZ“ (vgl. Tabelle 1) im Rahmen eines Aufnahmegesprächs, „NURSE“ oder „PEF“ bei einer Befundbesprechung, einem Therapie- oder Beratungsgespräch. Stimmen Mentor\*in und Mentee darin überein, dass das Format nun beherrscht wird und kein Trai-

ningsbedarf mehr vorliegt, können die Trainingseinheiten für Wunschformate (bspw. Feedbackgespräch mit Mitarbeiter\*innen) genutzt werden.

### **Wie gelingt die Implementierung in den klinischen Alltag?**

Die Ausfallrate der gemeinsamen Gesprächstermine von Mentor\*in, Mentee und Patient\*innen ist bedingt durch die dynamischen Klinikabläufe hoch (im KomMent-Projekt um 30%). Um zu unterstützen, dass die Termine von den Mentees wahrgenommen werden, hat sich ein Erinnerungsmangement bewährt: Die Mentees erhalten zu Monatsbeginn einen Monatsplan mit festgelegten Terminen in Bezug auf das Gesprächsformat, den Tag und die Uhrzeit. Daraufhin wählen sie geeignete Patient\*innen aus und bereiten sie auf den Termin vor. Die Termine sollten nicht weniger als zwei Wochen Abstand voneinander haben. So werden die Mentees nicht überfordert und haben die Möglichkeit, das Gelernte aus den Präsenzeinheiten in den klinischen Alltag zu integrieren. Am Tag vor dem Termin ist eine Erinnerungsemail mit Bitte um Rückantwort hilfreich. Kurz vor dem Termin kann der\*die Mentor\*in mit dem Mentee telefonisch oder per Funk Kontakt aufnehmen.

### **Video-Aufzeichnungen**

Der Lerneffekt für die Mentees ist deutlich höher, wenn ein videogestütztes Feedback möglich ist. Um dies zu realisieren, muss entsprechendes Equipment vorhanden sein wie ein Tablet-PC mit eingebauter Kamera, Mikrofon und Lautsprecher oder Kopfhörer. Eine wichtige Voraussetzung für die Videoaufzeichnungen ist, dass die beteiligten Patient\*innen darüber aufgeklärt werden und einwilligen.

### **Wie ist der Ablauf einer Trainingseinheit?**

Einige Minuten vor dem Gesprächstermin können Mentor\*innen und Mentees das Gespräch gemeinsam vorbereiten. Die Mentees schildern ihre Pläne und Ziele und erhalten ein Feedback und Verbesserungsvorschläge. Beim Arzt-Patienten-Gespräch nimmt der\*die Mentor\*in eine reine Beobachterrolle ein. Es folgt unmittelbar eine Nachbesprechung: Die Mentees erhalten Gelegenheit, das eigene Erleben des Gesprächs darzustellen und positive sowie negative Momente zu benennen, insbesondere auch, inwiefern sie ihre Ziele für dieses Gespräch umsetzen konnten. Danach erhalten die Mentees videogestütztes Feedback durch den\*die Men-

tor\*in, sofern eine Aufzeichnung durchgeführt wurde, sonst ein Feedback ohne Video. Der Fokus liegt dabei auf den von den Mentees vorformulierten Zielen. Die Mentees wiederum geben dem\*der Mentor\*in Rückmeldung, welche Aspekte des Feedbacks als nützlich empfunden werden und welche Ziele sie für die weitere Entwicklung festlegen möchten.

### **Wie werden die Trainings im Verlauf individuell angepasst?**

Durch die Vielzahl an Terminen haben Mentor\*innen Gelegenheit, individuelle Stärken und Schwächen der Mentees zu analysieren und bei den Trainings gesondert darauf einzugehen: So stand im KomMent-Projekt bei einem Teil der Mentees initial der verbale Ausdruck im Vordergrund, hier insbesondere Deutlichkeit und Intonation sowie laienverständliche Sprache. Grundsätzlich bestand bei allen Mentees besonders in der Anfangsphase des Trainings ein Bedarf für eine Optimierung der Gesprächsstruktur beispielsweise durch Nutzung der Buchmetapher oder des SPIKES-Modells.

Kontinuierlich wurde an non-verbale Aspekte gearbeitet, wie der Position der Ärztin oder des Arztes zu Patient\*innen: sitzend vs. stehend oder zugewandt vs. Blick auf den Computerbildschirm. Während der gesamten Trainingsphase wurde intensiv auf empathische Gesprächsführung geachtet und immer wieder Bezug zu entsprechenden Techniken wie dem NURSE-Modell genommen.

Während verbaler Ausdruck und Gesprächsstruktur rasch und nachhaltig verbessert werden können, sind erfahrungsgemäß deutlich mehr Trainingseinheiten für Fortschritte beim Umgang mit den Emotionen der Patient\*innen notwendig. Konkrete Hemmungen, empathisch auf emotionale Signale einzugehen, sollten bei den Feedbacks wiederholt erarbeitet und benannt werden, damit diese allmählich abgebaut werden können.

### **6.3.3 Nachhaltigkeit ermöglichen: Wie kann das Kommunikationstraining erhalten bleiben?**

Bei der Evaluierung des KomMent-Projektes hat sich gezeigt, dass ein Welleneffekt in dem Sinne, dass kommunikationsgeschulte Mitarbeiter\*innen ihr Wissen automatisch an nicht geschulte Mitarbeiter\*innen weitergeben, nur sehr begrenzt stattfindet. Das Kommunikationstraining sollte also gezielt

fortgeführt werden.

Die nachhaltige Etablierung eines Kommunikationstrainings mit Mentoring ist eine herausfordernde und zeitaufwändige Aufgabe, da ein Konzept entwickelt und umgesetzt werden muss, das an die Bedürfnisse und Voraussetzungen der Klinik angepasst ist und dauerhaft strukturell verankert werden kann, um unabhängig von einzelnen „Treibenden“ personelle Wechsel zu überstehen.

Dieses Konzept kann von den künftigen Mentor\*innen (erfahrenen Assistenzärzt\*innen und Oberärzt\*innen), angeleitet durch externe Trainer\*innen in einem ganztägigen Workshop erarbeitet werden.

Im KomMent-Projekt entstand das Konzept des Gruppenmentoring als ein Lösungsansatz zur reflektierten Verankerung von Kommunikation in der Klinik. Die Mentoringgruppen kommen alle sechs Wochen für je 45 min zusammen, um arbeitsplatzbezogene Probleme bearbeiten zu können. Über Kommunikation im Sinne der im vorherigen Training gelernten Fertigkeiten hinausgehend, wurde von der Gruppe des Düsseldorfer Pilotprojekts als übergeordnetes Ziel der Erhalt bzw. die Verbesserung der Arbeitszufriedenheit formuliert.

Die Mentor\*innen werden auf diese Aufgabe spezifisch vorbereitet. In einem ganztägigen Workshop lernen sie, angeleitet durch spezialisierte externe Trainer, praxisbezogene Techniken des Mentorings. Dabei besteht Gelegenheit, diese in der Kleingruppe zu üben. Darüber hinaus wird die Haltung der Mentor\*innen reflektiert: Aufgabe der Mentor\*innen soll weniger sein, den Mentees konkrete Lösungen zu präsentieren, sondern vielmehr Wege zu finden, um im Team und eigenständig Probleme zu lösen und daran zu wachsen.

Im KomMent-Projekt wurden Konzept und geplanter Ablauf der Mentoringgruppen im Rahmen der Abteilungsfrühbesprechung dem gesamten Team vorgestellt. Alle Assistenzärzt\*innen wurden zur freiwilligen Teilnahme eingeladen und per Losverfahren Kleingruppen zugeteilt, welche wiederum den nun ausgebildeten Mentor\*innen zugeordnet waren. In einem ersten Treffen wurden Erwartungen und Bedenken ausgetauscht, danach begannen die regulären Mentoringgruppentreffen. Zu Beginn jedes Treffens einigen sich die Mentees

auf ein zu bearbeitendes Problem. Moderiert durch die Mentor\*innen werden orientiert am Modell der kollegialen Fallberatung verschiedene Standpunkte ausgetauscht und Lösungen erarbeitet.

Nachdem die Mentor\*innen erste Erfahrungen gesammelt haben, empfiehlt sich ein abschließender Workshop mit den Mentorenausbilder\*innen: Probleme und Fragen, welche sich aus den ersten Treffen der Mentoringgruppen ergeben haben, werden diskutiert, Lösungen erarbeitet, erlernte Techniken und Interventionen werden verbessert und bei Bedarf neue hinzugefügt.

Das Mentoring in Kleingruppen trägt entscheidend zur Verstärkung des Kommunikationstrainings in der Klinik bei. Die Mentor\*innen sind dazu ausgebildet, in schwierigen Kommunikationssituationen Hilfestellungen zu geben. Darüber hinaus können die Gruppen weitere, in den strukturellen Bedingungen liegende Kommunikationsprobleme in ihrem Arbeitsbereich erkennen, analysieren und Lösungsvorschläge erarbeiten.

In die Zukunft gerichtet sollte es auch in ihrer Verantwortung liegen, neue Assistenzärzt\*innen in das Kommunikationstraining einzuführen und weitere Zyklen mit Präsenzterminen und supervidierten Trainingseinheiten am Arbeitsplatz für künftige Kohorten zu initiieren.

## 6.4 Strukturen und Prozesse aufbauen und anpassen

Im Rahmen der Bedarfsanalyse (Diagnosephase) wurde bereits eruiert, welche Hemmnisse und Barrieren außerhalb der Personen, in der Arbeitsumgebung, das Kommunikationsverhalten und die Kommunikationsergebnisse beeinflussen.

Im KomMent-Projekt ergaben sich hierzu vor allem die folgenden Punkte:

- unzureichender Informationsfluss zwischen verschiedenen Organisationseinheiten
- keine Verfahrensregeln für spezifische, kritische Situationen
- keine Räume für Arzt-Patienten-Gespräche
- häufige Störungen und nicht genug Zeit

Diese Faktoren prägen die Kommunikation auch in anderen

Kliniken [21]. Ihre Auswirkungen zeigen sich sowohl in der Arzt-Patienten-Interaktion als auch im interprofessionellen Bereich. Sie kosten häufig Zeit, stellen für Mitarbeitende eine psychische Beanspruchung dar und bergen Risiken für die Patientensicherheit. Die folgenden Beispiele sollen dies illustrieren und Anregungen für Lösungen geben.

### 6.4.1 Informationsfluss sichern

Die Patientenversorgung erfordert die Zusammenarbeit mehrerer Personen unterschiedlicher Professionen mit der Notwendig zu Informationsaustausch und Abstimmung. Mit der Visite und der Übergabe sowie der Dokumentation gibt es dafür Strukturen. Wie sich im KomMent-Projekt (in Düsseldorf und in anderen urologischen Kliniken) gezeigt hat, reicht dies nicht immer aus. Der unzureichende oder schwierige Informationsfluss zwischen Ambulanz und Station sowie zwischen Ärzt\*innen und Pflegenden wurde immer wieder in verschiedenen Kontexten beschrieben. Geschildert wurde zum Beispiel, dass manchmal Patient\*innen direkt aus der Ambulanz stationär aufgenommen werden müssen. Hierzu gibt es kein standardisiertes Vorgehen, sodass dies ohne systematische Informationsübermittlung an die ärztlichen Kolleg\*innen und ohne Übergabe an die Pflege erfolgt. Die aufnehmenden Kolleg\*innen sind von der Sachlage oft überfordert und verunsichert. Für die Patient\*innen entstehen Sicherheitsrisiken, zum Beispiel durch die Unkenntnis möglicher Vorerkrankungen. Dass eine plötzliche, ungeplante Aufnahme auch mit fehlender Verpflegung einhergeht, ist nur eine der Herausforderungen, mit denen die Pflegenden sich konfrontiert sehen.

Um für Situationen dieser Art den Informationsfluss zu verbessern, wurde ein Vorgehen entwickelt, das kurzfristig vor allem auf eine strukturierte Informationsübermittlung aus der Ambulanz und eine durch Checklisten unterstützte Informationsbeschaffung bzw. -kontrolle durch die Assistenz\*ärztinnen auf Station setzt. Hinzu kommt die Abstimmung mit dem Caterer, wie in derartigen Situationen zukünftig Lunchpakete bestellt und rasch geliefert werden können. Mittelfristig wurde die Lösung in einer Änderung der elektronischen Dokumentation gesehen, sodass allen Mitarbeitenden zeitgleich die gleichen Informationen vorliegen. Zudem sollte eine SOP entwickelt werden, in der Ablauf und Aufgaben für

diese Situation definiert werden.

Generell wurde die interprofessionelle Übergabe in Düsseldorf als zu wenig strukturiert betrachtet, mit der Folge, dass Informationen zwischen den Pflegenden und Ärzt\*innen miteinander unvollständig übermittelt wurden. Zur Verbesserung des Informationsflusses wurden zwei Maßnahmen etabliert: Die Teilnahme jeweils eines Pflegenden jeder urologischen Station an der ärztlichen Frühbesprechung sowie eine Umwandlung der nachmittäglichen ärztlichen Kurvenvisite in eine interprofessionelle Kurvenvisite, an der Pflegende und Ärzt\*innen gemeinsam teilnehmen. Die erste Intervention wurde kurzfristig wieder beendet, weil das Frühbesprechungszeitfenster mit dem Transport vieler Patient\*innen in den OP und zu Interventionen kollidierte, sodass die Arbeitsabläufe deutlich gestört waren. Die zweite Maßnahme hingegen blieb fest verankert und hat zu einer nachhaltigen Verbesserung des Informationsaustausches zwischen den Professionen geführt.

Die Beispiele illustrieren, dass die vorhandenen oder überwiegend genutzten Kommunikationswege oft nicht ausreichen. Häufig kommen weitere Widrigkeiten hinzu: Kolleg\*innen, die Auskunft geben könnten, sind nicht erreichbar, es besteht Zeitdruck etc. Die mündliche Kommunikation erfolgt nicht standardisiert bzw. unstrukturiert, vieles wird erst gar nicht gesagt oder geht wieder unter. Einträge in das Dokumentationssystem werden manchmal nicht schnell genug gesehen. Das bedeutet, dass die Nutzung der vorhandenen Kommunikationsmedien reflektiert und geprüft werden sollte. Wer aufgabenbedingt zum Beispiel nur wenig Zeit am PC verbringt, benötigt in dringenden Angelegenheiten einen weiteren Kommunikationsweg, um rechtzeitig erreicht werden zu können.

#### **6.4.2 Verfahrensregeln für kritische Situationen definieren**

Strukturen in Form von Verfahrensregeln zum Vorgehen in besonders schwierigen, unter Umständen auch rechtlich relevanten Situationen wie sie bei Fehlern und Unfällen auftreten können, geben Orientierung und Sicherheit. Ein Beispiel hierfür wäre eine unmissverständliche Anleitung, wie im Fall einer ärztlicherseits verursachten Komplikation in

der Kommunikation mit Patient\*innen und mit Angehörigen vorgegangen werden soll.

Was muss gesagt werden? Dürfen Fehler zugegeben werden? Oder könnten Nachteile für die Klinik entstehen? Haben Patient\*innen und ihre Angehörigen nicht ein Recht auf vollständige Information? Das sind die Fragen, die nicht nur für Ärzt\*innen in den ersten Berufsjahren eine Herausforderung darstellen. Empfehlungen zur Kommunikation mit Betroffenen geben hier eine erste Orientierung. Diese sollten jedoch in ein umfassenderes Fehlermanagement eingebunden sein.

#### **6.4.3 Der Kommunikation Raum und Zeit geben**

Arzt-Patienten-Kommunikation beinhaltet fast immer persönliche Inhalte und sollte daher in einem geschützten Raum stattfinden. Doch die Wirklichkeit sieht oft anders aus. Diagnosen, beispielsweise eine neu aufgetretene Metastasierung, werden im Mehrbettzimmer überbracht, Fragen Angehöriger auf dem Flur erörtert. Dadurch finden viele Gespräche gar nicht oder nur in verkürzter Form statt. Man kann sich gut vorstellen, dass Patient\*innen in einer derartigen Situation weniger Fragen stellen und weniger Auskünfte geben und auch Ärzt\*innen sich eher unwohl fühlen. Kommt dann noch Zeitdruck hinzu, leidet die Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation enorm.

Deshalb lohnt es sich, darüber nachzudenken, wie eine geschützte Gesprächsatmosphäre und Ungestörtheit hergestellt werden können. Gibt es irgendwo auf der Station einen Raum, der umgenutzt und neugestaltet werden kann? Möglicherweise gibt es auch ein Büro, das nicht immer besetzt ist und zu bestimmten Zeiten für Gespräche mit Angehörigen oder Patient\*innen genutzt werden kann. Mit einem Raum, in dem vertrauliche und vertrauensvolle Kommunikation möglich ist, sind bereits viele mögliche Störfaktoren ausgeschaltet.

Im KomMent-Projekt wurden zudem sehr positive Erfahrungen mit dem Abgeben des Funks, der Rufbereitschaft an eine Kollegin oder einen Kollegen für die Dauer des Gesprächs gemacht.

Der letztgenannte Punkt bedeutet, dass Kommunikation insgesamt einen höheren Stellenwert in der Versorgung bekommt. In der Regel wird man im Rahmen des Workshops zu Ethik und

Werten der Kommunikation feststellen, dass es kaum Normen und Regeln zur Kommunikation zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen gibt, allenfalls in einzelnen Teilbereichen. Ein Vorhaben, das das Kommunikationstraining begleitet, könnte daher in der genaueren Untersuchung dieses Sachverhalts bestehen mit dem Ziel der Anwendung und Umsetzung der gemeinsamen ethischen Ausrichtung. Strukturelle Hemmnisse für Kommunikation werden möglicherweise erst im Lauf des Trainings erkannt. Oft geht es um Dinge, die uns selbstverständlich erscheinen. Erst die Sensibilisierung und erhöhte Aufmerksamkeit durch die Beschäftigung mit dem Thema, lässt sie in einem anderen Licht erscheinen.

Zum Beispiel erfolgt Kommunikation auch durch die Dinge. Wenn Patient\*innen und Angehörige in schmucklosen Fluren ohne Sitzgelegenheiten lange warten müssen, vermittelt dies mangelnde Wertschätzung.

Kommunikation einen größeren Stellenwert einräumen, bedeutet auch, einen Weg zu finden, trotz eng getakteter Termine ausreichend Zeit für die Interaktion mit Patient\*innen, Angehörigen, aber auch Kolleg\*innen und interprofessionellen Partner\*innen einzuplanen.

Beispielsweise könnte ein Beratungsbüro mit Sprechzeiten für Angehörige und Patient\*innen eingerichtet sowie Zeit für Feedbackgespräche zwischen Oberärzt\*innen und Assistenzärzt\*innen und ausreichende Besprechungszeiten unter ärztlichen Kolleg\*innen sowie mit der Pflege vorgesehen werden.

## 6.5 Lenkung und Koordination des Umsetzungsprozesses

Die Implementierung eines nachhaltigen Kommunikationstrainings mit Mentoring erfordert die Entwicklung und den Aufbau von passenden Rahmenbedingungen und Strukturen. Voraussetzung hierfür ist der klare Wille und die Unterstützung durch die Klinikleitung, unter anderem dadurch, dass die entsprechenden zeitlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Die Einbindung von Trainingseinheiten in den Stationsalltag berührt sowohl organisatorische als auch ethische Aspekte.

te. Betroffen sind auch andere Professionen, vor allem die Pflegenden. Kommunikation wird als Thema stärker sichtbar und erhält möglicherweise für alle Mitarbeitenden eine größere Bedeutung.

Es genügt daher nicht, lediglich die Kommunikationskompetenz der einzelnen Personen zu verbessern, denn:

- das Training am Arbeitsplatz und das zeitlich ausgedehnte Mentoring stellen einen Eingriff in die etablierten Abläufe dar, sodass Anpassungen notwendig werden
- es kann zu Konflikten mit bestehenden organisationskulturellen Vorstellungen kommen
- Die Mentees müssen ihre neu gewonnenen Fähigkeiten in ihrer Alltagsumgebung anwenden können. Oft fehlen hierfür neben ausreichenden Ressourcen (Zeit!) auch unterstützende Haltungen, Normen und Werte („Kommunikation ist nicht wichtig“)
- die Entwicklung und Erprobung des Trainings selbst stellt eine Herausforderung dar, die per se zu Verunsicherung und Turbulenzen führen kann.

Eine Aufgabe im Entwicklungs- und Implementierungsprozess besteht darin, die Kommunikationsprozesse und das Mentoring mit der Umgebung abzustimmen, sodass sie in die Klinik passen. Hierbei ist die Einbeziehung aller betroffenen Personen, Gruppen und Gremien unerlässlich.

### 6.5.1 Relevante Personen, Gruppen und Gremien einbeziehen

Bereits zu Beginn sollte ermittelt werden, wer von der Implementierung des Kommunikationstrainings und den Veränderungen, die sie mit sich bringen wird, betroffen sein wird und deshalb in den Prozess einbezogen werden soll. Über den engen Kreis der Trainingsteilnehmer\*innen aus der Ärzteschaft sowie der Pflegenden, die im Rahmen der interprofessionellen Einheiten teilnehmen, hinausgehend sind das zunächst die übrigen Ärzt\*innen und Pflegenden in der Klinik, auch die Oberärzt\*innen und die Pflegeleitung. Auch wenn sie nicht aktiv am Training teilnehmen, kann es Einfluss auf ihre Arbeitsabläufe nehmen, zum Beispiel durch Mehrarbeit wegen abwesender Kolleg\*innen. Sie sollten daher die Möglichkeit haben, sich an allen Planungsschritten zu beteiligen.

Weitere anzusprechende Personen oder Statusgruppen ergeben sich möglicherweise im Zuge der Diagnosephase, wenn es zum Beispiel darum geht, Raumnutzungen oder Arbeitsabläufe zu verändern. An welchem Punkt der Implementierung und in welcher Form diese jeweils involviert sind, kann nur in Abhängigkeit von den spezifischen Gegebenheiten festgelegt werden. Wichtig ist es, bereits in der Vorbereitungsphase, noch vor Beginn der Diagnosephase, den Personalrat zu beteiligen. Er muss geplanten Datenerhebungen zustimmen und möglicherweise über die Einführung der Trainingsmaßnahmen informiert werden.

Weiterhin sollte geprüft werden, ob ein Votum einer zuständigen Ethikkommission einzuholen ist. Das ist besonders dann der Fall, wenn im Rahmen der Diagnosephase und der Evaluation Daten von Personen erhoben werden, die ausgewertet und zum Beispiel in Qualifizierungsarbeiten veröffentlicht werden sollen.

### 6.5.2 Ein starkes Koordinationsteam bilden

Für die Koordination wird ein Team zusammengebracht, das sich mit der Aufgabe der Implementierung des Kommunikationstrainings identifiziert und auch von außen damit identifiziert wird. Die richtige Zusammensetzung kann ein erfolgskritischer Faktor sein: Das Team muss fachlich kompetent und glaubwürdig sein und es sollte genügend Einfluss haben, um Veränderungen voran zu treiben [59].

Weiterhin sollte das Team über ein gutes externes Netzwerk verfügen oder in der Lage sein, Kontakte zu relevanten Expert\*innen aufzunehmen. Dabei kann der Kreis weit gezogen werden. Zu denken ist an Kolleg\*innen aus anderen Bereichen der übergeordneten Organisation (z.B. Universität) oder anderen Kliniken mit Expertise in ärztlicher Gesprächsführung und interprofessioneller Kommunikation.

### 6.5.3 Alle Beteiligten überzeugen

Potentielle Teilnehmer\*innen, die übrigen Ärzt\*innen und Pflegenden in der Klinik sowie alle anderen vom Kommunikationstraining und den damit einhergehenden Veränderungen betroffenen Personen sollten für das Vorhaben gewonnen werden. Es muss darüber informiert und mit ver-

ständlichen und nachvollziehbaren Argumenten um Akzeptanz geworben werden. Hierfür ist es zentral, die Vorteile für die Klinik bzw. Einrichtung heraus zu stellen: die Verbesserung der Patientenorientierung und die Vorteile einer besseren Kommunikation für die Patientensicherheit, die Vorteile des systematischen Trainings gegenüber dem verbreiteten Lernen „nebenher“ sowie die positiven Auswirkungen auf Stress- und Belastungserleben und Arbeitszufriedenheit.

Beachtet werden sollte, dass Kommunikation mit verschiedenen Methoden und auf verschiedenen Kanälen erfolgen kann mit denen unterschiedliche Personengruppen verschieden gut erreichbar sind. An einer Mitarbeiterversammlung werden nicht alle teilnehmen können, andere kommen nicht dazu, im Intranet zu lesen. Daher ist es sinnvoll, verschiedene Medien zu nutzen, mündlich und schriftlich, um Kommunikation und das Training zum Gesprächsthema zu machen.

### 6.5.4 Das Thema lebendig halten

Nach Abschluss des Trainings der ersten Kohorte kommt es darauf an, weiterhin Kontinuität und Dynamik zu ermöglichen. Dies soll durch fortgesetztes Mentoring in Kleingruppen und durch den Aufbau einer „Community of Practice“ erreicht werden.

Dynamik entsteht darüber hinaus durch Evaluation und Qualitätsmanagement. Eine umfassende Evaluation im Rahmen der Implementierung liefert Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung des Kommunikationstrainings im Hinblick auf eine bessere Passung in die Abläufe der Klinik/Einrichtung. Die Durchführung des Trainings mit weiteren Kohorten von Assistenzärzt\*innen sollte ebenfalls von einer Evaluation begleitet werden, denn eine wiederkehrende Re-Evaluation unterstützt den Prozess der ständigen Verbesserung. Aus dieser Perspektive ist der Entwicklungsprozess eines Trainings nie völlig abgeschlossen. Es sind fortlaufend Anpassungen an externe Entwicklungen erforderlich, etwa die Integration neuer kommunikationsbezogener Fertigkeiten, wie sie die zunehmende Digitalisierung mit sich bringt. Zukünftige Absolvierendenkohorten könnten aufgrund der anstehenden Veränderungen im Medizinstudium umfangreichere Vorkenntnisse und stärker ausgeprägte Kommuni-

kationskompetenzen mitbringen. Dadurch könnten mit der Zeit neue Aspekte an Bedeutung gewinnen. Im Grunde muss der Prozess der Optimierung ständig aufrechterhalten werden, indem immer wieder kleine innovative Projekte durchgeführt und neue Inhalte aufgenommen werden. Hierbei kann der Austausch mit externen Expert\*innen und Kolleg\*innen aus anderen Einrichtungen ausgesprochen hilfreich sein.

Kommunikation kann so zu einem selbstverständlichen Teil der Weiterbildung in der Klinik werden. Institutionalisierung und **Sicherung der Nachhaltigkeit** erfordern darüber hinaus die dauerhafte Bereitstellung verlässlicher personeller und finanzieller Ressourcen für Koordination und Administration, für Supervision und Mentoring und zur Durchführung der Präsenzphasen. Diese für die kontinuierliche Durchführung erforderlichen Mittel sollten zu einer festen Größe im jährlichen Budget der Einrichtung werden.

### 6.5.5 Projektplanung

Zentrale Aufgaben der Umsetzungsplanung ist eine Bestandsaufnahme bezüglich der vorhandenen Ressourcen und der vorhandenen Rahmenbedingungen, auf deren Basis Arbeitspakete und -schritte sowie ein Zeit- und Kostenplan erstellt werden können.

Ein Instrument, um die relevanten Voraussetzungen zu erfassen, stellt die SWOT-Analyse dar. SWOT steht für **S**trengths (Stärken), **W**eaknesses (Schwächen), **O**pportunities (Chancen) und **T**hreats (Risiken). Das Verfahren diente ursprünglich der Positionsanalyse in Unternehmen, kommt heute jedoch in vielen Bereichen und für andere Fragestellungen zum Einsatz. Bei einer SWOT-Analyse werden die Stärken und Schwächen sowie die Chancen und Risiken im Hinblick auf ein Vorhaben herausgearbeitet, um Stärken und Chancen besser nutzen und Schwächen und Risiken kompensieren oder umgehen zu können [60, 61].

Eine Stärke ist möglicherweise die vorhandene Expertise für die Durchführung des Kommunikationstrainings, eine weitere die institutionelle Veränderungsbereitschaft. Die Bereitschaft, Veränderungen vorzunehmen kann die Umsetzung von Innovationen jedweder Art beeinflussen [62-64].

Veränderungsbereitschaft betrifft sowohl individuelle als auch strukturelle Faktoren, die den Implementierungsprozess fördern oder hemmen. Dazu gehören beispielsweise:

- die Unterstützung durch die Führungsebene (Grundvoraussetzung!)
- die Möglichkeit, Zeitfenster für kommunikationsbezogenen Präsenzunterricht zu schaffen
- die Einstellung der Mitarbeitenden zum Kommunikationstraining
- die Einstellungen der Mitarbeitenden zu Veränderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit
- die Bereitschaft zu aktivem Mitwirken vor allem bei den Ärzt\*innen in Weiterbildung und bei den erfahreneren Ärzt\*innen (Mentoring)
- personelle Ressourcen für Koordination und Steuerung und die administrative Unterstützung des Trainings
- Zugänglichkeit finanzieller Ressourcen, z.B. für externe Trainer\*innen.

Es ist wichtig, sich im Vorfeld einer detaillierten Planung zur Implementierung des Kommunikationstrainings einen Überblick über diese und gegebenenfalls weitere Faktoren zu verschaffen. Damit klären sich Möglichkeiten und Grenzen.

Zu prüfen sind außerdem die **internen Rechtsgrundlagen**. Immer dann, wenn Mitarbeitende befragt werden, sollte die Personalvertretung einbezogen und ihre Zustimmung eingeholt werden. Fragen der Datensicherheit stellen sich insbesondere dann, wenn Mitarbeiterdaten gespeichert und ausgewertet werden, also zum Beispiel bei Einzelinterviews. Ein weiterer sehr sensibler Bereich in dieser Hinsicht sind Aufzeichnungen von Gesprächssequenzen mit Patient\*innen. Hier sollte frühzeitig geklärt werden, wie und wo diese Videos wie lange gespeichert werden. Die Patient\*innen müssen, in der Regel schriftlich, darüber aufgeklärt werden und dem Vorgehen zustimmen. Außerdem ist zu prüfen, ob ein Ethikvotum erforderlich ist.

Ausgehend von den Voraussetzungen und dem Bedarf bezüglich der genannten Faktoren wird ein Projektplan zur Implementierung des Kommunikationscurriculums erstellt. Darin werden konkrete Schritte festgelegt und Entscheidungen do-

### Abbildung 11:

Fiktives Beispiel für eine SWOT-Matrix

Stärken: Was wird uns helfen?	Schwächen: Wo könnten Probleme auftreten?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expertise zu Kommunikation vorhanden</li> <li>• Hohe Motivation der Assistenzärzt*innen</li> <li>• Gute themenspezifische Vernetzung</li> <li>• Chance auf Drittmittelfinanzierung</li> <li>• Zugang zu Simulationspersonen/Schauspielpatient*innen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alltag lässt keine Zeit für zusätzliche Projekte</li> <li>• Angst vor Überforderung</li> <li>• Geringe Bereitschaft, zusätzliche Aufgaben zu übernehmen</li> </ul>
Chancen Von welchen (externen) Entwicklungen kann das Vorhaben profitieren?	Risiken Welche Entwicklungen könnten Probleme bereiten?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wachsende Bedeutung der Kommunikationslehre in der Ausbildung</li> <li>• Verpflichtende Kommunikationsausbildung in der ärztlichen Weiterbildungsordnung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zustimmung des Personalrats erforderlich</li> <li>• Erhöhtes Arbeitsaufkommen</li> <li>• Einstellung, Kommunikation könne oder müsse nicht gelernt werden</li> </ul>

kumentiert, beispielsweise welche Mittel bei welchen Stellen beantragt und welche Strukturen für die notwendigen Abstimmungsprozesse geschaffen werden müssen.

Das Ergebnis ist die Erstellung eines konkreten **Zeit- und Kostenplans**. Dieser beinhaltet die erforderlichen Arbeitsschritte im zeitlichen Ablauf der Implementierung und Durchführung des Trainings und die benötigten Finanzressourcen. Er bildet die Grundlage für Verhandlungen (beispielsweise um eine Stelle zur Koordination) und ermöglicht die anschauliche Vorstellung des Vorhabens in Gremien und gegebenenfalls bei weiteren Stakeholdern.

Berücksichtigt werden sowohl **interne Aufwendungen** wie **personelle Ressourcen** oder vorhandene Räume, die genutzt werden können als auch die direkten Kosten, die sich aus der Inanspruchnahme externer Dienstleistungen und dem Einkauf von Gütern ergeben.

Eine grobe Kalkulation der internen Aufwendungen für die Implementierungsphase umfasst beispielsweise die Zuordnung folgender Verantwortlichkeiten:

- 1 wissenschaftliche/ ärztliche Koordination
- 1 administrative Koordination
- 1 Mentor\*in

Hinzu kommen Seminarräume, technische Ausstattung und Verbrauchsmaterial, beispielsweise Flipcharts, Moderationsmaterial, ein Videobeamer und zum Aufnehmen von Gesprächen ein Tablet-PC mit Kamera und entsprechender Software sowie Kopfhörer, damit anschließend jeder das eigene Gespräch anschauen kann, ohne andere zu stören.

Bei den **externen Dienstleistungen** sind vor allem folgende Positionen zu berücksichtigen:

- Workshopleiter\*innen und Interviewer\*innen für die Diagnosephase
- Trainer\*innen und Expert\*innen für die Präsenzeinheiten zur ärztlichen Gesprächsführung
- Workshopleiter\*innen für das interprofessionelle Teamcoaching
- Evtl. Mentoring durch externe Person





**WIE SETZEN WIR ES UM?  
FRAGEN UND HERAUSFORDERUNGEN  
DES IMPLEMENTIERUNGSPROZESSES**

## 7. WIE SETZEN WIR ES UM? FRAGEN UND HERAUSFORDERUNGEN DES IMPLEMENTIERUNGSPROZESSES

Im KomMent-Projekt haben sich einige Punkte herauskristallisiert, die als besonders erfolgskritisch oder schwierig wahrgenommen wurden. Diese werden im Folgenden in Form von Empfehlungen zusammenfassend dargestellt.

### **Freiwillige oder verpflichtende Teilnahme?**

Beide Varianten sind umsetzbar und bieten Vor- und Nachteile. Freiwilligkeit garantiert motivierte und lernwillige Teilnehmer\*innen. Damit verbunden sind jedoch drei gravierende Nachteile: Eine Transition der kommunikativen Fähigkeiten der ausgebildeten Teilnehmer\*innen an diejenigen, die nicht an den Schulungen teilnehmen, findet „automatisch“ durch informelle Kommunikation und Vorbildeffekte nur sehr begrenzt statt. Des Weiteren kann auf Seiten der nicht teilnehmenden Mitarbeiter\*innen Missgunst entstehen, wenn ein Teil des Teams wegen des Kommunikationstrainings zeitweilig nicht bei der klinischen Versorgung der Patient\*innen unterstützt. Das gilt insbesondere für ganztägige Workshops, die das verbliebene Team vor Herausforderungen stellen können. Wohl auch als Folge davon können die Inhalte und die Bedeutsamkeit der Schulungen und des Trainings insgesamt von nicht teilnehmenden Kolleg\*innen verunglimpft werden, was wiederum eine Spaltung des Teams vorantreiben kann.

Eine verpflichtende Teilnahme aller Assistenzärzt\*innen hätte den Vorteil, dass auch diejenigen am Kommunikationstraining teilnehmen, die dazu weniger motiviert sind, die aber ebenso profitieren würden wie die anderen. Im Team sind dadurch vergleichbare Fähigkeiten und wachsende Kompetenz zu erwarten.

### **Arbeitszeit oder Freizeit?**

Kommunikative Kompetenz ist eine zentrale Fähigkeit jeder klinisch tätigen Ärztin und jedes klinisch tätigen Arztes. Einer Ausbildung in diesem Feld muss durch Deklaration als Arbeitszeit ein entsprechender Wert zugewiesen werden. Ein positiver Nebeneffekt wäre eine höhere Motivation der Teilnehmenden.

### **Veranstaltungsort**

Die Schulungen sollten möglichst extern und nicht auf dem Klinikgelände stattfinden. Andernfalls ist mit Störungen zu rechnen (Anrufe, Funkmeldungen), welche den Ablauf und somit letztlich den Lernfortschritt der Teilnehmenden deutlich beeinträchtigen können. Eine optimale Voraussetzung für Workshops und Gruppentrainings ist die räumliche Entkopplung vom regulären Alltag, vor allem durch Räumlichkeiten außerhalb der Klinik und Einschränkungen der Erreichbarkeit, z. B. indem die Funkgeräte abgegeben werden.

### **Zeithorizont und Planung?**

Workshops sollten über mindestens ein Jahr hinweg im Voraus geplant sein, so dass eine Passung mit den Urlaubswünschen der Teilnehmenden möglich ist. Insbesondere die Kommunikation des Zeitplanes mit den Abteilungskoordinatoren sollte ebenfalls sehr frühzeitig und mit einem Erinnerungsmanagement erfolgen, damit an den Workshoptagen elektive Einbestellungen, Interventionen und das OP-Programm gegebenenfalls angepasst werden können, um das in der Klinik verbleibende Team zu entlasten.

### **Interprofessionell und intraprofessionell?**

Ein interprofessionelles Training schafft ein besseres Verständnis und stärkt den Teamzusammenhalt. Darüber hinaus bietet sich die einmalige Gelegenheit eben gerade die im Alltag so essentielle interprofessionelle Kommunikation effektiv zu trainieren, was zu einer verbesserten Patientensicherheit beiträgt. Allerdings sollten dann die Schulungsinhalte auch so gestaltet werden, dass interprofessionelle Aspekte unter aktiver Beteiligung aller Teilnehmer\*innen behandelt werden. Gegebenenfalls sollten rein intraprofessionelle Schulungsanteile ausgegliedert werden.

### **Umgang mit Widerständen**

Das Team selbst entscheidet über den Ablauf und die thematischen Schwerpunkte des Trainingsprogrammes schon ab dem Beginn mittels der Bedarfsanalyse. Es kann passieren, dass sich im weiteren Prozess eigentlich avisierte strukturelle Änderungen als nicht oder nur mit sehr großem Aufwand umsetzbar entpuppen. Dies kann zu Frustration von Teilnehmenden oder dem gesamten Team führen. In solchen Fällen empfiehlt es sich, die Lage im Team zu besprechen und unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Standpunkte eine Korrektur der Ziele vorzunehmen. Dies kann auch bedeuten, Ziele ganz aufzugeben.





**AKTIONSPLAN:  
WIE KÖNNEN WIR SYSTEMATISCHE  
KOMMUNIKATIONSTRAININGS  
IN DER WEITERBILDUNG FÖRDERN?**

## 8. AKTIONSPLAN: WIE KÖNNEN WIR SYSTEMATISCHE KOMMUNIKATIONSTRAININGS IN DER WEITERBILDUNG FÖRDERN?

Der vorliegende Leitfaden zeigt Möglichkeiten und Wege zur Förderung von Kommunikationskompetenz in der ärztlichen Weiterbildung auf. Vorgestellt wurde ein Curriculum spezifisch für die Weiterbildung in der urologischen Onkologie, das im Rahmen eines Pilotprojekts entwickelt, erprobt und implementiert wurde. Anhand konkreter einzelner Arbeitsschritte und Beispiele wurden mögliche Vorgehensweisen und Problemlösungen für die Implementierung beschrieben. Damit wurde ein erster Schritt hin zu einer systematischen Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in der ärztlichen Weiterbildung modellhaft entwickelt.

Um die Verbesserung kommunikativer Kompetenzen in Zukunft als eine selbstverständliche Komponente der beruflichen Qualifizierung von Ärzt\*innen in allen Phasen des Arbeitslebens zu etablieren, müssen diese Inhalte zu einem festen Bestandteil in der Weiterbildung und perspektivisch auch in der Fortbildung werden.

### 8.1 Das Kommunikationscurriculum an den Bedürfnissen der Teilnehmenden und den fachspezifischen fachspezifischen Anforderungen ausrichten

Das Kommunikationscurriculum in der Weiterbildung sollte nach einem Baukasten-Prinzip an die Bedürfnisse der Assistenzärzt\*innen und die (fach-)spezifischen Anforderungen einer Klinik angepasst werden. Hierzu wird zunächst eine Bedarfsanalyse auf der Grundlage von Befragungen durchgeführt. Gemeinsam mit den Assistenz- und Oberärzt\*innen und Vertreter\*innen der Pflege (ggf. auch weiterer Berufsgruppen) wird ein Idealbild der Arzt-Patienten-Kommunikation sowie der interprofessionellen Zusammenarbeit entworfen und der gegenwärtigen Kommunikation in der Klinik gegenübergestellt. Dabei entstehen gemeinsame Kriterien für gute Kommunikation und kollektive und individuelle Herausforderungen, Kommunikationsdefizite und -hemmnisse werden sichtbar. Das Ergebnis bildet die Grundlage für die inhaltliche Ausrichtung des institutionsspezifischen Kommunikationstrainings und die Modifikation bzw. Anpassung des hier vorgestellten KomMent-Curriculums.

### 8.2 Kommunikative Kompetenzen arbeitsintegriert vermitteln

Das Kommunikationstraining soll als ein Bestandteil der Weiterbildung in die tägliche Arbeit integriert werden. Theoretische Inhalte und Gesprächsmodelle werden zunächst in Präsenzveranstaltungen vermittelt und geübt. Diese finden im Rahmen der Arbeitszeit statt. Im Anschluss an jede Präsenzveranstaltung wird das Gelernte im Arbeitsalltag umgesetzt. Dies geschieht am besten im Kontext eines Mentorings, also unter Supervision durch eine\*n feste\*n Ansprechpartner\*in für Kommunikationsfragen. Wichtig ist es, zeitnah zu überlegen, wie für die Zukunft, wenn die Trainingseinheiten abgeschlossen sind, ein gemeinsames Lernen kommunikativer Inhalte etabliert und aufrechterhalten werden kann.

### 8.3 Strukturelle Bedingungen vor Ort berücksichtigen

Strukturelle Bedingungen am jeweiligen Standort spielen sowohl für die arbeitsintegrierte Umsetzung des Kommunikationstrainings als auch für die Entwicklung neuer Kommunikationsmuster eine Rolle. Im Rahmen der Bedarfsanalyse kann aufgedeckt werden, welche Gegebenheiten gute Kommunikation beeinträchtigen und welche sie fördern, um die Hemmnisse dann gezielt angehen zu können.

Für die Implementierung des Trainingsprogramms muss überlegt werden, wie es in den eng getakteten Klinikalltag integriert werden kann und welche Faktoren dazu beitragen, das Training nachhaltig auch für die folgenden Generationen von Assistenzärzt\*innen aufrechtzuerhalten. Trotz sorgfältiger Planung und Umsetzung werden sich einige Schwierigkeiten erst im Laufe des Implementierungsprozesses zeigen. Um die Akzeptanz für die Maßnahmen zu erhalten, ist es wichtig, ein starkes Leitungsteam zu bilden, die betroffenen Personen und Gruppen einzubeziehen sowie alle Maßnahmen transparent zu kommunizieren.

## 8.4 Die Umsetzung strategisch planen

Die Implementierung des Kommunikationstrainings erfordert ein Leitungsteam, das die Aktivitäten plant und koordiniert. Aus Organisationsentwicklung und Veränderungsmanagement liegen hierfür Techniken und Werkzeuge vor. Es strukturiert vor allem die organisatorischen und sozialen Aufgaben und die vorausschauende Gestaltung des Prozesses. Als ein besonders wichtiger Faktor zur Förderung der Akzeptanz des Vorhabens bei allen, also auch bei den Mitarbeitenden, die nicht am Kommunikationstraining teilnehmen, jedoch von Veränderungen und Maßnahmen betroffen sind, hat sich die explizite Unterstützung durch die Klinikleitung als besonders wichtig erwiesen. Ebenso wichtig ist die Abstimmung mit allen Betroffenen sowie die Einbindung externer Expert\*innen.

## 8.5 Das Training evaluieren und Forschungsaktivitäten fördern

Die Aufnahme der Kommunikationskultur in das Qualitätsmanagement der Klinik ist ein wichtiger Schritt zur nachhaltigen Implementierung des Kommunikationstrainings. Kriterien guter Kommunikationskultur sind eine Voraussetzung für Evaluation, gemeinsames Lernen und kontinuierliche Verbesserung.

Auch der Prototyp des Trainings und seine Implementierung sollte evaluiert werden. Betroffen sind die Präsenztermine, die Supervision und das Mentoring, aber auch die Passung in die Klinik. Für das gemeinsame Lernen wäre es wichtig, die Ergebnisse anderer Kliniken und der Fachöffentlichkeit zugänglich zu machen. Die Erfahrungen aus verschiedenen Standorten und Fachgebieten könnten zum Beispiel zeigen, inwieweit das KomMent-Training als Grundlage für eine einheitliche Kommunikationsausbildung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung im onkologischen Bereich dienen könnte. Angestrebt wird ein gemeinsamer Standard mit Zertifizierungen wie sie bezüglich der operativen und konservativen Weiterbildungsinhalte bestehen.

## 8.6 Die flächendeckende Implementierung voranbringen

Die nachhaltige Integration kommunikativer Inhalte in die ärztliche Weiterbildung und in die spätere Qualifizierung erfordert die Kooperation zentraler Personen und Institutionen in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung. Auch nach der Facharztanerkennung sollten die bis dahin erlangten kommunikativen Kompetenzen konstant aufgefrischt und weiterentwickelt werden. Das gemeinsame Ziel besteht im Erreichen einer verbesserten Beziehung zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen und ihren Angehörigen sowie einer optimierten Zusammenarbeit mit der Gesundheits- und Krankenpflege und den Beschäftigten in anderen Gesundheitsberufen. Um dieses Ziel einer stärkeren Verankerung kommunikativer Inhalte in allen Phasen der beruflichen Qualifizierung von Ärzt\*innen zu erreichen, sollten gemeinsame Grundlagen erarbeitet werden. Hierzu könnten die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von aufeinander abgestimmten Lernzielkatalogen für die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Implementierung eines spezifischen Kommunikationscurriculums als ein fester Bestandteil in die ärztliche Weiterbildungsordnung beitragen. Dadurch würde die Kommunikationsausbildung strukturiert und kontinuierlich bis zur Facharztprüfung abgedeckt. Unter Beachtung der vorhandenen Ressourcen und strukturellen Rahmenbedingungen sollten theoretische Grundlagen und praktische Anwendungen kommunikativer Inhalte in die Lehrpläne aufgenommen, gelehrt und angewendet werden. Es wäre auch wichtig, dass das Thema „Kommunikation“ Bestandteil der Facharztprüfung am Ende der ärztlichen Weiterbildung wird.

Vor dem Hintergrund des Ziels 12a des NKP, der Stärkung der Patientenorientierung durch die Verbesserung kommunikativer Kompetenzen bei allen in der onkologischen Versorgung tätigen Leistungserbringer\*innen sowie der daraus resultierenden Notwendigkeit interprofessioneller Zusammenarbeit und Abstimmung im Hinblick auf Ziele, Inhalte und Maßnahmen im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung, spielt die Beteiligung von Vertreter\*innen der verschiedenen Gesundheitsprofessionen am gesamten Prozess eine entscheidende Rolle.



## LITERATUR

1. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423-1433.
2. Thorne SE, Bultz BD, Baile WF. SCRIN Communication Team. Is there a cost to poor communication in cancer care? A critical review of the literature. *Psychooncology*. 2005;14(10):875-884; discussion 885-876.
3. Baile WF, Aaron J. Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Curr Opin Oncol*. 2005;17(4):331-335.
4. Venetis MK, Robinson JD, LPlant Turkiewicz K, Allen M. An evidence base for patient-centered cancer care: A meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. *Patient Educ Couns*. 2009;77(3):379-383.
5. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009;74(3):295-301.
6. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2014;9(4):e94207.
7. Villalobos M, Coulibaly K, Krug K, et al. A longitudinal communication approach in advanced lung cancer: A qualitative study of patients', relatives' and staff's perspectives. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2018;27(2):e12794.
8. Jünger J, Köllner V. Integration eines Kommunikationstrainings in die klinische Lehre. Beispiele aus den Reformstudiengängen der Universitäten Heidelberg und Dresden. *Psychother Psychosom Med Psych*. 2003;53:56-64.
9. Silverman DJ, Kurtz SM, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*, 3rd ed. Boca Raton: CRC Press; 2013.
10. Langewitz W. Zur Erlernbarkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung. *Bundesgesundheitsbl*. 2012;55:1176-1182.
11. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, et al. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA*. 2003 Sep 3;290(9):1157-65. doi: 10.1001/jama.290.9.1157. PMID: 12952997.
12. Jünger J, Schäfer S, Roth C, Schellberg D, Friedman Ben-David M, Nikendei C. Effects of basic clinical skills training on objective structured clinical examination performance. *Medical Teacher* 2005;39:1015-1020.
13. Gysels M, Richardson A, Higginson IJ. Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of effectiveness. *Support Care Cancer*, 2004;12(10):692-700.
14. Goelz T, Wuensch A, Stubenrauch S, Ihorst G, de Figueiredo M, Bertz H, et al. Specific training program improves oncologists' palliative care communication skills in a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2011 Sep 1;29(25):3402-7. doi: 10.1200/JCO.2010.31.6372. Epub 2011 Aug 8. PMID: 21825268.
15. Jünger J, Bürmann B, Ringel N, Riemann U, Langewitz W, Schultz JH, Spang J: Optimierung der Gesprächsstruktur und Erhöhung der Patientenzentriertheit durch ein Kommunikationstraining für Ärzte in der Inneren Medizin. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2011; 61 - A037, DOI: 10.1055/s-0031-1272393
16. Maatouk-Bürmann B, Ringel N, Spang J, Weiss C, Möltner A. Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, Volume 99, Issue 1, January 2016, Pages 117-124.
17. Paterson C, Jensen B, Jensen J, Nabi G. Unmet informational and supportive care needs of patients with muscle invasive bladder cancer: A systematic review of the evidence. *European Journal of Oncology Nursing*, 2018; 35:92-101.
18. Chen RC, Clark JA, Manola J, Talcott JA. Treatment 'mismatch' in early prostate cancer - Do treatment choices take patient quality of life into account? *Cancer*, 2008;112(1):61-68.
19. Stefanescu M-C, Sterz J, Hoefler SH, Ruesseler M. Young surgeons' challenges at the start of their clinical residency: a semi-qualitative study. *Innov Surg Sci*, 2018;3(4):235-243.
20. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction. *JAMA Intern Med*, 2018;178(10): 1317-1331.
21. Necknig U, Deis N, Sterz J, Jünger J. Wie erleben urologische Weiterbildungsassistenten das Arzt-Patienten-Gespräch? Förderung der Kommunikationskompetenz im Rahmen der ärztlichen urologischen Weiterbildung. *Der Urologe*, 2019;58(7):781-789.
22. Beckett CD, Kipnis G. Collaborative Communication: Integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcomes. *J Healthcare Qual*. 2009;31(5):19-28.
23. Wacogne I, Diwakar V. Handover and note-keeping: The SBAR approach. *Clin Risk*. 2010;16(5):173-175.
24. Manser T, Foster F. Effective handover communication: An overview of research and improvement efforts. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2011;25(2):181-191.
25. Hinding B, Deis N, Gornostayeva M, Götz C, Jünger J. Patientenübergabe – Stiefkind der medizinischen Ausbildung? *GMS J Med Educ* 2019;36(2):Doc19.
26. Muluneh B, Deal A, Alexander MD, Keisler MD, Markey JM, Neal JM, et al. Patient perspectives on the barriers associated with medication adherence to oral chemotherapy. *J Oncol Pharm Practice*, 2018;24(2): 98-109.
27. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leigh N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 2014;383(9930):1721-1730.
28. MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM). Berlin, 2015. [http://www.nklm.de/files/nklm\\_final\\_2015-07-03.pdf](http://www.nklm.de/files/nklm_final_2015-07-03.pdf)
29. Jünger J, Mutschler A, Kröll K, Weiss C, Fellmer-Drüg E, Köllner V, Ringel N. Ärztliche Gesprächsführung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung. Das Nationale longitudinale Mustercurriculum Kommunikation. *Med Welt*. 2015;66:189-192.
30. Sator M, Jünger J. Von der Insellösung zum Longitudinalen Kommunikationscurriculum – Entwicklung und Implementierung am Beispiel der Medizinischen Fakultät Heidelberg. From Stand-Alone Solution to Longitudinal Communication Curriculum – Development and Implementation at the Faculty of Medicine in Heidelberg. *Psychother Psych Med*. 2015;65:191-198.
31. Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen. Berufsübergreifend Denken – Interprofessionell Handeln. Empfehlungen zur Gestaltung der interprofessionellen Lehre an den medizinischen Fakultäten. Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen, 2019.
32. Hinding B, Brünahl CA, Buggenhagen H, Gronewold N, Hollinderbäumer A, Reschke K, Schultz JH, Jünger J. Pilot implementation of the national longitudinal communication curriculum: experiences from four German faculties. *GMS J Med Educ*. 2021;38(3):Doc52.

33. BMBF-Internetredaktion: „Masterplan Medizinstudium 2020“ - BMBF [Internet, letzter Zugriff am 04.06.2021]. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2017. [https://www.bmbf.de/files/2017-03-31\\_Masterplan%20Beschlusstext.pdf](https://www.bmbf.de/files/2017-03-31_Masterplan%20Beschlusstext.pdf).
34. Bundesgesundheitsministerium: Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele, Umsetzungsempfehlungen und Ergebnisse. 2017.
35. Bundesministerium für Gesundheit. Anlage zu TOP 8 der Beschlussvorlage des BMG für die Sitzung der Steuerungsgruppe des Nationalen Krebsplans am 15. Dezember 2016, Annahme der empfohlenen Maßnahmen der Arbeitsgruppe Umsetzungsempfehlungen zu Ziel 12a „Kommunikative Kompetenzen im ärztlichen und pflegerischen Beruf“. Berlin, 2016.
36. Kern DE, Thomas PA, Howard DM, Bass EB (eds.): Curriculum development for medical education: a six-step approach. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press 1998.
37. G. Reinmann, Innovation ohne Forschung? Ein Plädoyer für den Design-Based Research-Ansatz in der Lehr-Lernforschung: Innovation without Research? Arguments for Design-Based Research in Educational Research, Beltz Juventa, Weinheim, 2005.
38. S. Barab, K. Squire, Design-Based Research: Putting a Stake in the Ground, Journal of the Learning Sciences 13 (1) (2004) 1–14. <https://doi.org/10.1207/s15327809jls13011>.
39. Frank JR, Snell L, Sherbino J, ed. Can Meds 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
40. Dittrich C, Kosty M, Jezdic S, Pyle D, Berardi R, Bergh J, et al. ESMO / ASCO Recommendations for a Global Curriculum in Medical Oncology Edition 2016. ESMO open. 2016;1(5):e000097. DOI: 10.1136/esmoopen-2016-000097.
41. Hinding B, Deis N, Fugmann D, Giessing M, Albers P, Jünger J. Communication in everyday clinical practice from the point of view of different professions. A study on the perception of communication processes and requirements at a urological clinic. Poster at AMEE an international association for medical education, annual conference. Vienna, 24.-28. August 2019.
42. Barab SA, Barnett M, Squire K. 2002. Developing an empirical account of a community of practice: Characterizing the essential tensions. J Learn Sci 11(4):489-542.
43. Kastner M. Führung und Gesundheit im Kontext eines ganzheitlichen, integrativen, nachhaltigen und systemverträglichen Leistungs- und Gesundheitsmanagements. In M. Kastner (Hrsg.), Leistungs- und Gesundheitsmanagement – psychische Belastung und Altern, inhaltliche und ökonomische Evaluation. Lengerich: Pabst Science Publ; 2010.
44. Kastner M. Leistungs- und Gesundheitsmanagement – die individuelle Ebene. In M. Kastner, (Hrsg.), Leistungs- und Gesundheitsmanagement – psychische Belastung und Altern, inhaltliche und ökonomische Evaluation. Lengerich: Pabst Science Publ; 2010.
45. Hinding B, Akca S et al. Stolz und Wertschätzung aus Sicht von Pflegenden. In B. Hinding, Kastner, M. (Hrsg.), Produzentenstolz durch Wertschätzung. Ansatzpunkte zur Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit in Pflegeberufen. Lengerich: Pabst Science Publ; 2012.
46. Hinding B, Biere S et al. Lokale Theorien der Innovationsfähigkeit – eine Methode zur Beschreibung und Analyse von Logiken und Störungen in Innovationsprozessen. In Kastner M, Falkenstein M, Hinding, B. (Hrsg.), Leistung, Gesundheit und Innovativität im demografischen Wandel. Lengerich: Pabst; 2014.
47. Flanagan JC, The critical incident technique. PsycholBul 1954;51(4): 327-358.
48. Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz 2015.
49. Lippmann E. Modelle und Methoden für kollegiales Coaching. In: Intervention. Springer, Berlin, Heidelberg 2004. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-07990-4\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-662-07990-4_3)
50. Graumann CF. Interaktion und Kommunikation. In Graumann CF (Hrsg.), Sozialpsychologie. Handbuch der Psychologie, Bd. 7 (S.). Göttingen: Hogrefe; 1972.p.1109–1262
51. Blickle G. Organisationale Interaktion und Kommunikation. Rekonstruktion von fünfzig Jahren empirischer Forschung im Lichte grundlegender Paradigmen. In: Schuler H. (Hrsg.), Organisationspsychologie 2 – Gruppe und Organisation. Enzyklopädie der Psychologie, Bd. D/III/4. Göttingen: Hogrefe; 2004.p.55-128
52. Payne R, Pugh DS. Organizational structure and climate. In Dunette MD (Ed.), Handbook of industrial and organizational psychology. Chicago: Rand McNally; 1976.p.1125-1173
53. Schein EH (), Organizational Culture and Leadership. A Dynamic View, San Francisco Jossey-Bass; 1985.
54. Mutschler A, Kröll K, Weiss C, Ringel N, Fellmer-Drüg E, Brass K, et al.: Erfahrungen mit der Longkomm Toolbox – Import von Best Practice Beispielen zur Ärztlichen Gesprächsführung in eine Online-Plattform. Poster auf der Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Bern, 14.-17.09.2016
55. Medtalk: Medtalk Toolbox. Best Practice Beispiele zur ärztlichen Gesprächsführung und zur interprofessionellen Kommunikation. <https://www.medtalk-education.de/toolbox/>.
56. Jünger J (ed.): Ärztliche Kommunikation. Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020. Stuttgart: Schattauer 2018.
57. Peters TJ, Sommer M, Fritz AH, Kursch A, Thrien C: Minimum standards and development perspectives for the use of simulated patients - a position paper of the committee for simulated patients of the German Association for Medical Education. GMS J Med Educ 2019;36(3): Doc31.
58. Peters TJ, Thrien C. (eds.): Simulationspatienten. Handbuch für die Aus- und Weiterbildung in medizinischen und Gesundheitsberufen. Bern: Hogrefe; 2018.
59. Kotter JP: Leading Change. Boston: Harvard Business School Press 2012.
60. Kaplan R, Norton D. The Strategy Focused Organization. Boston: Harvard Business School Press; 2001.
61. Mintzberg H. The Rise and Fall of Strategic Planning. New York: The Free Press; 1994.
62. Armenakis AA, Fredenberger WB. Organizational change readiness practices of business turnaround change agents. Knowledge Process Manage. 1997;4:143-152.
63. Armenakis A, Bedeian A. Organizational change: A review of theory and research in the 1990s. J Manage. 1999;25:293.
64. Holt D, Vardaman JM. Toward a Comprehensive Understanding of Readiness for Change: The Case for an Expanded Conceptualization. J Change Manage. 2013;13(1):9-18.
65. Schultz JH, Alvaraz S, Nikendei C. Heidelberger Standardgespräche: Handlungsanweisungen zur ärztlichen Gesprächsführung mit zahlreichen kommentierten Filmbeispielen. Universität Heidelberg, 2018. HeiCuMed, Universität Heidelberg Medizinische Fakultät.
66. Schultz von Thun, F. Praxisberatung in Gruppen. Weinheim: Beltz; 2006.
67. Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen. Kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten. Leitfaden zur Implementierung des nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation in der Medizin. Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen, 2019.



