Überbringen schwerwiegender Nachrichten – ein interdisziplinäres Lehrkonzept im Pflichtcurriculum

Zusammenfassung

Zielsetzung: Verschiedene Aspekte bei der Behandlung lebensbedrohlich erkrankter Patienten und der Begleitung Sterbender rücken zunehmend in den gesellschaftlichen Fokus. Paradigmatisch hierfür kann die zunehmende Aufmerksamkeit gegenüber palliativmedizinischen Inhalten betrachtet werden, die seit der letzten Änderung der ärztlichen Approbationsordnung im Medizinstudium ab 2013 verpflichtend unterrichtet und geprüft werden müssen. Die didaktischen Vorerfahrungen und strukturellen Voraussetzungen zur Integration von Lebensend-Themen in das studentische Curriculum sind an den einzelnen Fakultäten jedoch sehr unterschiedlich. Dieser Artikel beschreibt die Konzeption des neuen Pflichtseminars „Überbringen schlechter Nachrichten“, dessen didaktischen Hintergrund sowie erste Erfahrungen bei der Durchführung für Studierende unmittelbar vor Eintritt in das Praktische Jahr.

Methodik: An der Universitätsmedizin Göttingen wird seit dem Wintersemester 2009 ein aus zwei Doppelstunden bestehendes Pflicht-Seminar zum Thema „Überbringen schwerwiegender Nachrichten“ unterrichtet. Unter Berücksichtigung des Göttinger Lernzielkataloges wird Wissen vermittelt, die kommunikativen Fertigkeiten in Form von Rollenspielen verbessert und die affektive Ebene durch den Einsatz von Literatur mit einbezogen.

Ergebnisse und Schlussfolgerung: Das Seminar ist zwar zeit- und personalaufwendig, wird aber von den Studierenden gut angenommen und evaluiert. Besonders positiv wird das Auftreten der Dozenten bewertet. Der didaktische Aufbau von Lerninhalten durch Kombination von Medien (Filmausschnitte, Roman), Kleingruppenarbeit und Rollenspielen ist zur Vermittlung des Themas gut geeignet. Weitere Evaluationen müssen folgen. Wünschenswert wäre im Sinne der Lernspirale ein mehrfaches Aufgreifen des Themas innerhalb des Studiums.

Schlüsselwörter: Palliativmedizin, medizinische Lehre, Kommunikation, Rollenspiel

Einleitung

Die Versorgung von Menschen am Lebensende rückt vermehrt in das öffentliche Bewusstsein. Im ambulanten Bereich leisten vorwiegend Hausärzte und Pflegekräfte die palliativmedizinische Basisversorgung in Pflegeheimen, Hospizen und der häuslichen Umgebung der Patienten [1]. Spezialisierte ambulante Palliativ- oder Hospiz-Dienste bieten eine Brückenfunktion zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die Zahl der stationären Palliativeinrichtungen hat in den letzten Jahren stetig zugenommen [http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/]. An 7 medizinischen Fakultäten in Deutschland existieren zurzeit Lehrstühle für Palliativmedizin (Aachen, Bonn, Erlangen, Göttingen, Köln, Mainz, München; weitere werden folgen); diese sind beauftragt, die palliativmedizinische Lehre, die als neues Querschnittsfach Palliativmedizin (Q13) spätestens für alle Absolventen ab Sommersemester 2013 in den Fakultäten angeboten werden muss, jeweils vor Ort zu organisieren [2], [3].

Im Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin [4] sind neben den Grundlagen der Palliativmedizin, der Symptomkontrolle, psychosozialen Aspekten, ethischen und rechtlichen Fragestellungen, Teamarbeit und Selbstreflexion auch verschiedene Aspekte von Kommunikation als Lerninhalte vorgesehen; diese sollten etwa 10% des zur Verfügung stehenden Zeitumfangs in Anspruch nehmen. Die Konzeptualisierung und Durchführung von solchen Veranstaltungen stellt jedoch erhöhte Anforderungen, da sowohl Basiskenntnisse als auch spezielle Fertigkeiten unterrichtet werden sollen. Zu den besonders anspruchsvollen Aufgaben von Ärzten zählt in diesem Zusammenhang z.B. das Überbringen schwerwiegender Nachrichten [5].

Anne Simmenroth-Nayda
Bernd Alt-Epping
Ildikó Gágyor

1 Georg August Universität Göttingen, Abteilung Allgemeinmedizin, Göttingen, Deutschland
2 Georg August Universität Göttingen, Abteilung Palliativmedizin der Universitätsmedizin, Göttingen, Deutschland
Erfahrungen aus der angloamerikanischen und skandinavischen Lehrforschung zeigen, dass kommunikative Kompetenzen, auch für sog „schwierige Gespräche“ erlernt werden können. In praktischen Übungen werden vor allem die inhaltlichen Aspekte der Kommunikation geübt, während die affektive Ebene oft übersehen wird. In den meisten Fällen werden simulierte Dialoge eingesetzt. In den beiden ersten Semestern eines klinischen Studiums wurden Erstsemesterpatienten, die an einem klinischen Semester unmittelbar vor dem Praktischen Jahr durchgeführt werden, in Kleingruppen (z.B. für Rollenspiele) zu ermöglichen. In etlichen Fällen konnten zwei Dozenten gemeinsam eine Gruppe unterrichten, um zwischendurch eine Aufteilung in Kleingruppen (z.B. für Rollenspiele) zu ermöglichen.

Die Ausgestaltung der einzelnen Abschnitte in den Seminargruppen wurde im Rahmen der visuellen Darstellung der affektiven Ebene durchgeführt, wobei die affektive Ebene eine wichtige Rolle spielt. In einem Längsschnittcurriculums erscheint es demnach folgerichtig, auf diese Kurse aufzubauen und nach dem Erlernen einer Anamnese-Erhebung im nächsten Schritt das Überbringen schwerwiegender Nachrichten aufzugreifen. Im Folgenden beschreiben wir die Entwicklung und Inhalte unseres Unterrichtskonzepts.

**Methode**

**Rahmenbedingungen**

Um die neue Seminareinheit für eine Semesterstärke von 180 Studierenden als Pflichtkurs realisieren zu können, wurde der Unterricht auf mehrere Abteilungen verteilt. Mit Vorerfahrungen aus den o.g. Wahlpflichtfächern und dem Pflichtkurs „Medizinische Basisfähigkeiten/Grundlagen des Arzt-Patienten-Gespräches“ haben sich folgende Abteilungen zum Konzeptionskreis zusammengefunden:

- Abt. Palliativmedizin
- Abt. Allgemeinmedizin
- Abt. Hämatologie/Onkologie
- Abt. Psychosomatik und Psychotherapie

Im Lehrer-Team waren sowohl ÄrztInnen als auch PsychologInnen vertreten.

Das gemeinsame Ziel war es, die drei Lernebenen Wissen, Fertigkeiten und die affektive Ebene mit in den Lernprozess einzubeziehen. Darüber hinaus konnten folgende Lernziele des Göttinger Lernzielkatalogs mit abgebildet werden:

- Kommunikation am Lebensende/Umgang mit Sterbenden
- Aufklärung von Patienten vor therapeutischen oder diagnostischen Maßnahmen

Der äußere Rahmen legte 2 Seminarstunden à 90 Minuten mit einer Gruppenstärke von 12-15 Studierenden fest. Das Seminar wurde in der beschriebenen Form erstmals im WS 2009/10 als Pilotkurs, sodann im Sommersemester 2010 regulär für alle Studierenden im 6. klinischen Semester unmittelbar vor dem Praktischen Jahr durchgeführt. In etlichen Fällen konnten zwei Dozenten gemeinsam eine Gruppe unterrichten, um zwischendurch eine Aufteilung in Kleingruppen (z.B. für Rollenspiele) zu ermöglichen.

**Das Lehrkonzept**

Tabelle 1 zeigt, wie die Einbeziehung der drei Lernebenen in der Praxis umgesetzt wurde. Die Ausgestaltung der einzelnen Abschnitte in den Seminargruppen war unterschiedlich umgesetzt worden. Der Einstieg in das Thema sollte über das Ansprechen der affektiven Ebene eingeleitet werden, hierfür wurde sowohl das Lesen eines Romanabchnittes als auch ein Filmausschnitt genutzt. Es wurde eine Dialogserie aus dem Roman vorgelesen bzw. ein Filmausschnitt gezeigt, in dem jeweils ein Arzt dem Protagonisten die Diagnose eines fortgeschrittenen Karzinoms mitteilt. Der bewusste Einsatz dieser subjektiven Darstellung des Arzt-Patienten-Interakts verfolgt das Ziel, die Studierenden zunächst auf der affektiven Ebene anzusprechen. In beiden Fällen wurden im Anschluss Kleingruppen-Aufgaben formuliert, die eine intensive Reflexion mit dem Gesehene/Gehörte erforderten:

- „Schildern Sie aus Sicht eines Beobachters die Interaktion zwischen Arzt und Patient.“
- „Schildern Sie aus Sicht des Patienten, der eben die schwierige Nachricht erhalten hat, wie Sie sich jetzt nach dem Gespräch fühlen.“
- „Schildern Sie aus Sicht eines Beobachters die Interaktion zwischen Arzt und Patient.“
Tabelle 1: Ablauf des Seminars

| 1. Doppelstunde |  |
|-----------------|-----------------|
| **Methode** | **Inhalt** | **Ziele** |
| Gesprächsrunde | Berichte eigener Erlebnisse in Familiarumfeld zum Thema oder Sammeln von Fragen zum Thema (Kärlichen) | Erfragen von eigenen Erfahrungen, Erlebnissen, Einstellungen |
| Medieneinsatz | Filmausschnitt „Emma’s Glück“ [27] oder Romanabschnitt von Linn Ullman: „Grade“ [28] | Ansprachen der affektiven Ebene, der Einstellung durch Kunst (Medien) |
| 3 Kleingruppen | Bearbeitung von Fragen aus der Artz/Patienten/Erzhäuserperspektive aus dem Roman/Film |  |
| Plenum | Zusammentragung aus den Kleingruppen | Austausch, Reflexion |
| Kurz-Vortrag | „Das schwere Gespräch“: Kommunikationshilfen (SPIKES etc.) | Wissenvermittlung |

| 2. Doppelstunde |  |
|-----------------|-----------------|
| **Methode** | **Inhalt** | **Ziele** |
| Gesprächsrunde/Flipchart | Sammeln und Konkretisieren der Punkte der letzten Stunde, was ist wichtig vor, während und nach Führungen eines schweren Gesprächs? | Wiederholung von Wissen |
| Aufteilung in 2 Kleingruppen | Rollenspiel 1: Krebs-Verdachtsdiagnose, Überweisung zur Gastroskopie | Übung von Fertigkeiten |
| Kleingruppen | Rollenspiel 2: Mitteilung der Diagnose Magenkarzinom | Übung von Fertigkeiten |
| Plenum | Austausch und Vergleich mit Punkten von Flipchart | Austausch, Reflexion |
| „stille Runde“ | Situation: Nachtdienst im Krankenhaus, Mitteilung einer Todes-Nachricht an einen Angehörigen am Telefon | Übung von Fertigkeiten |

- „Was hätten Sie sich in der Situation des Hauptdarstellers in der eben gesehen/gehörten Situation gewünscht?“

Die erste Seminarstunde endet mit einem Kurzvortrag über Ziele, Hintergründe und praktische Ratschläge zur Gestaltung eines schweren Gesprächs. Der mehrfache Methodenwechsel innerhalb der Seminarstunden ist gewollt und trägt zur Aktivierung und höheren Aufmerksamkeit der Studierenden bei.

Zentraler Bestandteil in der 2. Seminarstunde sind Rollenspiele, die nach einer kurzen Wiederholung der wichtigsten Aspekte der Gesprächsführung (aus der ersten Seminarstunde) stattfinden. Die Rollenspiele werden in unserem Fall bewusst nicht mit Simulationspatienten durchgeführt, um den Studierenden die Möglichkeit geben zu können, die Patientenperspektive optimal mitzuverleben [18], [19]. Dabei ist es wichtig, die Rollen so zu konzipieren, dass die Studierenden nicht überfordert werden; so sollten Alter, Lebenssituation und Krankheit im Rolenskript so gewählt werden, dass eine Distanzierung von der Rolle möglich ist [20].

Nach Abschluss der Rollenspiele erfolgt ein kurzes „Debriefing“ der Studierenden in der Patientenrolle, um psychische Belastungen zu vermeiden. Die beiden Rollenspiele sind als „Fortsetzungsgeschichte“ konzipiert. Dabei geht es im ersten Patientenkontakt um technische Aspekte des diagnostischen Procedere bei dem Verdacht auf eine zugrundeliegende Krebserkrankung, und um die Wahrnehmung und den Umgang mit der vom Patienten ausgestrahlten Angst vor dieser Diagnose. Der zweite Patientenkontakt beinhaltet die Übermittlung der Krebsdiagnose durch den Hausarzt, einschließlich der Planung der weiteren Behandlung und Begleitung (siehe Tabelle 2).

Sowohl in der Kleingruppe, als auch innerhalb einer kurzen Plenumssitzung findet ein Feedback bzw. ein Austausch über das Erlebte statt. Im 2. Rollenspiel war es den Studierenden freigestellt, nochmals die gleichen Rollen zu übernehmen, oder zwei ihrer Kommilitonen spielen zu lassen (siehe Tabelle 3).

Am Ende der Rollenspiel-Einheit reflektiert die Gesamtgruppe nochmals im Plenum, ob die Anfang gesammelten Aspekte der Gesprächsführung in den Rollenspielen umgesetzt wurden.

Mögliche Erweiterung

Denkbar, und in anderem Rahmen (Weiterbildungskurs für Ärzte zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin) bereits erfolgreich umgesetzt, ist eine weitere Fortsetzung dieses Rollenspiels:

- Der dritte Patientenkontakt durch den behandelnden Onkologen umfasst die Mitteilung einer nunmehr inkurablen, rezidivierten und fernmetastasierten Grunderkrankung, und die zugehörigen Implikationen auf die verbleibende begrenzte Lebenszeit.
- Ein viertes Patientenkontakt findet in einer Situation des Tumorprogresses unter Chemotherapie statt mit der Konsequenz, sich im Weiteren auf die symptomkontrollierende Behandlung und Begleitung zu konzentrieren.
- Eine letzte Sequenz kann die Mitteilung der Todesnachricht an den Ehegatten als Hinterbliebenen darstellen.
Tabelle 2: Kasten 1: Erstgespräch: Überweisung zur Gastroskopie

| Patientenskipt, Gesprächsszene 1 |
|----------------------------------|
| Sie sind Frau| Herr D. 37 Jahre alt, Krankenschwester/Pfleger in der Abt. Urologie im Nachbarkrankenhaus. Sie haben keine Kinder und leben in einer festen Beziehung. Sie leiden seit 2-3 Monaten unter andauernder Übelkeit, zeitweise Erbrechen und epigastrischem Druckschmerz. In der Vergangenheit hatten Sie wiederholt „Magenprobleme“, einmal wurde eine Helicobacter-pylori-Endokarditis durchgeführt. Diesmal aber ist es anders: Sie haben im letzten Monat fast 4Kg Gewicht verloren, das beunruhigt Sie sehr. Sie stellen sich mit dieser Symptomatik bei einem neuen Hausarzt vor. Da Sie medizinisch vorgeschrieben sind, haben Sie durchaus Sorge, dass es „etwas Ernstes“ sein könnte. |

Aufgabe Arzt

Der/die Patient/in war vor 4 Tagen zur Gastroskopie. Die Histologie liegt Ihnen jetzt vor: sie zeigt ein Adenokarzinom des Magens; die onkologische Prognose bei dem hier vorliegenden T3N0MD-Tumor (Stadium II) beträgt 63% nach 3 Jahren und 37% nach 5 Jahren. Üblicherweise wird das Staging komplettiert, eine neoadjuvante Chemotherapie verabreicht, eine Gastrektomie durchgeführt und ggfs. eine adjuvante Radiochemotherapie eingeplant. Eröffnen Sie die Diagnose und erfassen bzw. erfragen Sie die emotionale Situation der Patientin; verabreden Sie nächstes Schritte und Perspektiven.

Tabelle 3: Kasten 2: Folgegespräch: Überbringen der Diagnose

| Patientenskipt, Gesprächsszene 2 (eine Woche später, nach Gastroskopie) |
|----------------------------------|
| Sie erscheinen in der Praxis, um die Ergebnisse der in der Zwischenzeit andernwo durchgeführten Gastroskopie zu erfahren. Man hat Ihnen unmittelbar im Anschluss an die Gastroskopie gesagt, dass ein Magengeschwür gesehen worden ist, die Histologie aber noch ausstehen. Sie sind sehr unruhig und besorgt. |

Aufgabe Arzt

Der/die Patient/in war vor 4 Tagen zur Gastroskopie. Die Histologie liegt Ihnen jetzt vor: sie zeigt ein Adenokarzinom des Magens; die onkologische Prognose bei dem hier vorliegenden T3N0MD-Tumor (Stadium II) beträgt 63% nach 3 Jahren und 37% nach 5 Jahren. Üblicherweise wird das Staging komplettiert, eine neoadjuvante Chemotherapie verabreicht, eine Gastrektomie durchgeführt und ggfs. eine adjuvante Radiochemotherapie eingeplant. Eröffnen Sie die Diagnose und erfassen bzw. erfragen Sie die emotionale Situation der Patientin; verabreden Sie nächstes Schritte und Perspektiven.

Dies kann z.B. in Form einer schriftlichen Einzelübung mit Hilfe von Moderationskarten geschehen. Die Sequenz dieser Gespräche soll die Verschiebung im Charakter von Arzt-Patienten-Gesprächen in einem solchen Erkrankungsverlauf deutlich machen: technische (diagnostische, organisatorische) und medizinische/krankheitsbezogene Aspekte treten zunehmend in den Hintergrund, und Fragen der verbleibenden Lebenszeit, des Lebensendes und subjektiver Empfindungen (seitens des Patienten und seiner Angehörigen) treten bei Diagnose/Diagnoseverdacht und am Lebensende in den Vordergrund.

Erste Ergebnisse

Akzeptanz

In Göttingen wird eine standardisierte (freiwillige) online-Evaluation über alle klinischen Module durchgeführt, die sowohl die organisatorische, als auch die didaktische Qualität der Unterrichtseinheiten erfragt. Die Evaluation des neuen Seminars erfolgte einmalig noch der Pilotphase im Sommersemester 2010 mit einer Beteiligung von lediglich 35% der Studierenden. Es wurden gute Ergebnisse hinsichtlich der Relevanz des Themas für die berufliche Zukunft und das Auftreten der Motivation der Dozenten erreicht.

In der mündlichen Evaluation jeweils im Anschluss an die 2. Kursstunde wurde eine hohe Akzeptanz des Kurses signalisiert. In den Rückmeldungen wurde Dank, dieses wichtige Thema „endlich“ unterrichtet zu bekommen, mehrfach geäußert. Kritisiert wurde, dass das Thema zu spät innerhalb des Studiums und in einem zu knappen zeitlichen Rahmen unterrichtet würde. Besonders der Filmausschnitt wurde als ein sehr anschaulicher und unaufdringlicher Einstieg in das Thema hervorgehoben.

Diskussion und Ausblick

Unser neues Pflichtseminar „Überbringen schwerwiegender Nachrichten“, das interdisziplinär entwickelt und unterrichtet wurde, konnte gemäß der neuen Vorgaben zum Q13 für alle Studierende des 6. klinischen Semesters durchgeführt werden. Über die drei Lernebenen Wissensvermittlung, Übung von Fertigkeiten und dem Anregen und reflektieren der eigenen Einstellung wurden kommunikative und kognitive Inhalte zum Thema vermittelt. Die Kombination von verschiedenen Methoden innerhalb einer Unterrichtseinheit bietet zugleich Raum für Selbstflexion, Wissensaufnahme und praktisches Üben und scheint damit eine anregende Wirkung auf die Studierenden auszuüben.

Solange nur eine derartige Veranstaltung im Studium angeboten werden kann, scheint uns der Zeitpunkt des Seminars günstig: Die Studierenden befinden sich unmittelbar vor dem Praktischen Jahr, sodass sie die Themendiskussion und die Kommunikationsübungen bereits vor Beginn des Praktischen Jahres auf die Kliniken übersetzen können. Der Kurs kann als Erlerntes auch nach dem Praktischen Jahr fortgefuhrt werden und das bei den Medizinstudierenden eine sichere Übungsmöglichkeit für die komplexen Kommunikationsfragen bieten.

Zwei 90 minütige Seminare sind allerdings lediglich in der Lage, ein Sensibilisieren und erstes Üben zu diesem komplexen Thema zu ermöglichen. Das Überbringen schwerwiegender Nachrichten gehört zwar zu den an-
spruchsvollsten ärztlichen Aufgaben, deren Üben - mit wachsendem Schwierigkeitsgrad - jedoch bereits im Studium vermittelt werden sollte [21], [22]. Der Einsatz von Medien wie dem Film in der medizinischen Ausbildung hat in Canada und den USA bereits Tradition [23], [24] und ist insbesondere für sensible Themen wie dem Umgang mit Tod und Sterben besonders geeignet. "Cinemedication is an effective tool that can enhance teaching as it provides a dynamic and humanistic depiction of clinical situations to audiences, captures their attention, and engages them in the emotional experience." [25]. Der Zugang über die Kunst z.B. in Film und Roman kann die Aufmerksamkeit anders fokussieren und es eröffnen sich neue, individuellere Gesichtspunkte zum Thema [26].

Der personelle und zeitliche Aufwand des Seminars ist zwar erheblich, eine geringe Gruppengröße ist jedoch wichtiger Bestandteil des Konzeptes und trägt vermutlich zur Zufriedenheit der Teilnehmer bei.

Gelehrte Inhalte sollten auch geprüft werden: im Rahmen der Prüfungskonzeption für Q 13 werden kommunikations theoretische Inhalte, z.B. zum Thema „Überbringen schlechter Nachrichten“, an unserer Fakultät derzeit noch in Form von MC-Fragen erfasst. In Planung ist jedoch ein klinischer OSCE am Ende des 6. klinischen Semesters, bei dem das Überbringen schlechter Nachrichten (ebenfalls im Q13-Kontext) in Form einer eigenen OSCE-Station abgeprüft werden soll.

Im Sinne der Lernspirale wäre ein mehrfaches Unterrichten dieses Themas im Verlauf des Studiums wünschenswert: Angefangen von weniger schwierigen Konstellationen in der Vorklinik (mit Schwerpunkt auf allgemeinen kommunikativen Fertigkeiten) könnte der Schwierigkeitsgrad steigen und sich bis hin zu einer PJ-begleitenden Schulung fortsetzen. So können die erlebten Fälle reflektiert und schwierigen Konstellationen mit Hilfe von Rollenspielen oder dem Einsatz von Simulationspatienten vertieft werden. Hierdurch könnte das Medizinstudium seinem Anspruch Ausdruck verleihen, ärztliche Haltung und Persönlichkeit zu bilden und zu prägen.

**Interessenkonflikt**

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte in Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

**Literatur**

1. Shipman C, Gysels M, White P, Worth A, Murray SA, Barclay S, Forrest S, Shepherd J, Dale J, Dewar S, Peters M, White S, Richardson A, Lorenz K, Koffman J, Higginson I. Improving generalist end of life care: national consultation with practitioners, commissioners, academics, and service user groups. BMJ. 2008;337:a1720. DOI: 10.1136/bmj.a1720
2. Laske A, Dietz I, Ilse B, Nauck F, Elsner F. Palliativmedizinische Lehre in Deutschland: Bestandsaufnahme an den medizinischen Fakultäten 2009. Z Palliativmed. 2010;11:18-25. http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1223482
3. Alt-Epping B, Jung W, Simmenroth-Nayda A, Russo SG, Nauck F. Implementierung des Querschnittsfachs Palliativmedizin vor dem Hintergrund der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen am Beispiel der Universitätsmedizin Göttingen. GMS Z Med Ausbild. 2010;27(5):Doc87. DOI: 10.3205/zma000704
4. Müller-Busch C, Elsner F, Fittkau-Toennesmann B, Schiessl C. Curriculum: Grundlagen der Palliativmedizin. Gegenstands­ katalog und Lernziele für Studierende der Medizin, 2. überarbeitete Fassung, Berlin: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; 2009. Zugänglich unter/available from: http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/ag/0909810%20AG%20AFW%20Curriculum%20Studierende%20Elsner%20Stand%20090810.pdf
5. Thomas JD, Arnold RM. Giving Feedback. J Palliat Med. 2011;14(2):233-239. http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2010.0093
6. Hübber B. Palliativmedizin im Studium: Berührungsängste abbauen. Dtsch Arztebl. 2007;104:A2036-A2037.
7. Brown RF, Bylund CL. Communication skills training: describing a new conceptual model. Acad Med. 2008;83(1):37-44. http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e31815c631e
8. Finlay IG, Stott NC, Kinnersley P. The assessment of communication skills in palliative medicine: a comparison of the scores of examiners and simulated patients. Med Educ. 1995;29(6):424-429. http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.1995.tb02866.x
9. Mitzkat A, Schulz C, Kasenda B, Langer T, Schnell MW. Arzt im ganzen Spektrum. GMS Z Med Ausbild. 2006;23(4):Doc66. Zugänglich unter/available from: http://www.ejms.de/static/de/journals/zma/2006-23/zma000285.shtml
10. Fischbeck S, Deister T, Gladisch K. Hospizhelfer im medizinpsychologischen Unterricht. GMS Z Med Ausbild. 2005;22(1):Doc09. Zugänglich unter/available from: http://www.ejms.de/static/de/journals/zma/2005-22/zma000009.shtml
11. Klinkhammer G. Der Patient in palliativer Situation: „Ein besserer Umgang mit sterbenskranken Menschen“. Dtsch Arztebl. 2010;107:A1566-1568.
12. van Oorschot B, Neuderth S, Peath C, Pepperling A, Fletjte M, Faller H. Kommunikation in der Palliativsituation. Ein Trainingskonzept mit standardisierten Patienten. GMS Z Med Ausbild. 2008;25(1):Doc54. Zugänglich unter/available from: http://www.ejms.de/static/de/journals/zma/2008-25/zma000538.shtml
13. Erhardt M, von Rentlen-Kruise W, de Witt M. Überbringen schwerwiegender Nachrichten. GMS Z Med Ausbild. 2005;22(4):Doc189. Zugänglich unter/available from: http://www.ejms.de/static/de/journals/zma/2005-22/zma000189.shtml
14. Bachmann C, Hölzer H, Dieterich A, Fabry G, Langewitz W, Bauber H, Ortwein H, Pruskil S, Schubert S, Sennekamp M, Simmenroth- Nayda A, Silbernagel W, Scheffer S, Kiessling C. Longitudinales, Bologna-kompatibles Modell-Curriculum "Kommunikative und medizinpsychologischen Unterricht. GMS Z Med Ausbild. 2005;22(1):Doc09. Zugänglich unter/available from: http://www.ejms.de/static/de/journals/zma/2005-22/zma000009.shtml
15. Schmidt M, von Rentlen-Kruise W, de Witt M. Überbringen schwerwiegender Nachrichten. GMS Z Med Ausbild. 2005;22(4):Doc189. Zugänglich unter/available from: http://www.ejms.de/static/de/journals/zma/2005-22/zma000009.shtml
17. Weber M, Braun J, Schildmann J. Evaluation eines Unterrichts am Krankenbett Bedside Teaching auf einer Palliativstation im Rahmen einer studentischen Pflichtveranstaltung. Z Palliativ Med. 2010;11

18. Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. Acad Med. 2004;79(2):107-117. http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200402000-00002

19. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wengofoer E, Jacques A, Klass D, Smees R, Balckmore D, Winslade N, Girard N, Du Berger R, Bartman I, Buckeridge DL, Hanley JA. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. JAMA. 2007;298(9):993-1001. http://dx.doi.org/10.1001/jama.298.9.993

20. Baer AN, Freer JP, Milling DA, Potter WR, Ruchlin H, Zinnerstrom KH. Breaking Bad News: Use of Cancer Survivors in Role-Playing Exercises. J Palliat Med. 2008;11(6):885-892. http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2007.0253

21. Wakefield A, Cooke S, Boggis C. Learning together: use of simulated patients with nursing and medical students for breaking bad news. Int J Palliative Nurs. 2003;9(1):32-38.

22. Mason SR, Ellershaw JE. Preparing for palliative medicine: evaluation of an education programme for fourth year undergraduates. Palliat Med. 2008;22(6):687-692. http://dx.doi.org/10.1177/0269216308090070

23. Lorenz KA, Steckart MJ, Rosenfeld KE. End-of-life education using the dramatic arts: the Wit educational initiative. Acad Med. 2004;79(5):481-486. http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200405000-00020

24. Wong RY, Saber SS, Ma I, Roberts JM. Using television shows to teach communication skills in internal medicine residency. BMC Med Educ. 2009;9:9. http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-9-9

25. Alexander M, Hall MN, Pettice YJ. Cinemeducation: an innovative approach to teaching psychosocial medical care. Fam Med. 1994;26:430-433.

26. McFarland KF, Rhodes DR. End-of-life care: a retreat format for residents. J Palliat Med. 2006;9:82-89. http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2006.9.82

27. Taddiken S. Emmas Glück. DVD nach einem Roman von Schreiber C, Emma’s Glück. München: Goldmann Verlag; 2005.

28. Ulmann L. Gnade. München: Verlag Droemer-Knaur; 2004.

 Korrespondenzadresse:
 Dr. med. Anne Simmenroth-Nayda
 Georg August Universität Göttingen, Abteilung Allgemeinmedizin, Humboldtallee 38, 37075 Göttingen, Deutschland, Tel.: +49 (0)551/39-12247, Fax: +49 (0)551/39-9530
 asimmen@gwdg.de

Bitte zitieren als
Simmenroth-Nayda A, Alt-Epping B, Gágyor I. Überbringen schwerwiegender Nachrichten – ein interdisziplinäres Lehrkonzept im Pflichtcurriculum. GMS Z Med Ausbild. 2011;28(4):Doc52.
DOI: 10.3205/zma000764, URN: urn:nbn:de:0183-zma0007647

Artikel online frei zugänglich unter
http://www.egms.de/en/journals/zma/2011-28/zma000764.shtml

Eingereicht: 18.03.2011
Überarbeitet: 04.07.2011
Angenommen: 22.07.2011
Veröffentlicht: 15.11.2011

Copyright
©2011 Simmenroth-Nayda et al. Dieser Artikel ist ein Open Access-Artikel und steht unter den Creative Commons Lizenzbedingungen (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.de). Er darf vervielfältigt, verbreitet und öffentlich zugänglich gemacht werden, vorausgesetzt dass Autor und Quelle genannt werden.
Breaking bad news – an interdisciplinary curricular teaching-concept

Abstract

Background: The concerns of patients suffering from life-threatening disease and end-of-life care aspects have gained increasing attention in public perception. The increasing focus on palliative medicine questions can be considered to be paradigmatic for this development. Palliative medicine became a compulsory subject of the undergraduate curriculum in Germany to be implemented until 2013. The preexisting conditions and qualifications at the medical faculties vary, though. We describe the conceptual process, didactic background, and first experiences with the new interdisciplinary course “Delivering bad news” as a compulsory part of the palliative medicine curriculum.

Methods: Since autumn 2009, this course has been taught at the University Medical Center Göttingen, consisting of two double lessons in the final year of medical education. Considering the curriculum-based learning goals in Göttingen, the focus of this course is to impart knowledge, attitudes and communication skills relating to “bad news”.

Results: Although the seminar requires adequate staff and is time-consuming, students have accepted it and gave high marks in evaluations. In particular, the teachers’ performance and commitment was evaluated positively.

Discussion and Conclusions: We describe the first experiences with a new course. Didactic structure, theoretical contents, role-plays and usage of media (film, novel) are well-suited to communicate topics such as “bad news”. Additional experiences and evaluations are necessary. According to the progressive nature of learning, it might be worthwhile to repeat communication-centered questions several times during medical studies.

Keywords: palliative medicine, medical teaching, communication skills, role play

Introduction

The concerns of patients suffering from life-threatening disease and end-of-life care aspects have gained increasing attention in public perception. In an ambulatory setting, mostly general practitioners and nurses are caring for the palliative patients in nursing homes, hospices and in the patient’s home [1]. Specialized ambulatory palliative, and hospice care teams are keeping a link between inpatient and ambulatory care. The number of inpatient-palliative institutions in Germany has increased during the last decade [http://www.wegweiser-hospizpalliativmedizin.de/]. Seven medical faculties hold a chair in palliative medicine (Aachen, Bonn, Erlangen, Göttingen, Köln, Mainz, München; more will follow); they are assigned to organize the teaching of palliative topics locally as a new interdisciplinary field (Q13) at the latest for all students who leave medical school in summer 2013 [2, 3]. The curriculum of the German Association of Palliative Medicine [4] contains basics of palliative medicine, symptom-control, psychosocial aspects, ethical and judicial questions and topics such as teamwork and self-reflection. We also find educational objectives such as communication-skills, which should use 10% of the curricular time. The conceptualization and implementation of these courses are ambitious, because basic- and advanced communication skills need to be taught. In this context one competence that is particularly difficult to attain is breaking bad news to a patient [5]. Anglo-American and Scandinavian research has shown that communicative competences can be taught and learned also for breaking bad news and this can also be assessed in special formats [6], [7], [8]. Useful didactic methods are role-plays, simulated patients or analyzing real or edited video-tapes. The tradition of teaching „bad news“ exists only in a few German faculties, where we find these teaching units as part of “history-taking” or general “doctor-patient communication courses”(HEIC-UMED in Heidelberg, Erlangen. Köln), in model or re-
formed curricula (e.g. Berlin and Witten /Herdecke) as elective courses and projects, and finally some established courses that have existed for some years at faculties with a palliative tradition (Mainz, Bochum, München, Bonn) [9], [10], [11], [12], [13], [14], [15], [16]. Since the revision of Medical Licensure Act in 2004, communicative and social competences are more frequently realized in the curricula; in this journal, a longitudinal model curriculum for social and communicative competence addressing German medical faculties was published for the first time [17].

At some faculties we now have a good synergy: the increasing experiences with innovative didactic methods such as simulated patients, learning in small groups, role-plays or including media facilitates the teaching-topics like breaking bad news as well. In Göttingen, parts of Q13 existed at different points of time in the curriculum as lectures and an optional 45 minute course [3]. Since the summer term of 2010 we are teaching an interdisciplinary seminar „breaking bad news“ for all students in the sixth year. As a guideline we used several elective courses from the departments of oncology, palliative medicine, and one existing compulsory course called “basic medical skills” (dept. of general practice and dept. of psychosomatic medicine), where students practice taking the case history and basics of communication skills. Within a longitudinal curriculum it seemed consistent, to build on these basics and continue with a new area: the breaking of bad news.

We here describe the development and contents of our new teaching concept.

**Methods**

**Framework conditions**

Implementing the new course for 180 students as a compulsory course, we needed to spread the lessons across several departments. The following departments with previous experiences as described above met for planning the course:

- Dept. of Palliative Medicine
- Dept. of General Practice
- Dept. of Hematology/Oncology
- Dept. of Psychosomatic Medicine

Our teaching team consisted of medical doctors as well as psychologists.

The common goal was to involve the three learning levels knowledge, practical skills, and attitudes in the learning process. Beyond this, we were able to include the following learning objectives of the “Göttingen catalog of aims in learning”:

- Communication with patients at the end of life / caring for dying patients
- Informing patients before therapeutical and diagnostic procedures.

Our framework defined two 90-minute courses and 12-15 students per group. The course started first in winter term 2009/10 in its final form as a pilot course and is taught for all sixth-year students since summer 2010. In some cases two teachers were able to teach together in one group to allow a splitting up into two smaller groups (role play).

**The teaching concept**

Table 1 shows how we transferred the three learning levels into practice.

The configuration of details in the several groups was realized differently. The introduction into the topic was meant to activate the student’s affective level. We used a novel - (which was read aloud) or the first part of a movie. Both show a doctor communicating with a patient about an advanced carcinoma. We chose this subjective way of demonstrating a doctor-patient interaction to attune student’s feelings and attitudes. We developed questions, require a deeper reflection about the scenes:

- „Describe from the patient’s perspective, who just got the bad news, how you feel in this moment after the consultation“
- „Describe from an observers perspective the interaction between patient and doctor“
- „If you were the patient, what would have been your request in this situation?“

The first lesson ends with a short theoretical input about the background, aims, and practical advice for the structuring of difficult conversations. Several modifications of didactic methods within the lesson intended and contribute to the student’s activity and attention.

The central component of the second lesson is the role-play, which is performed after a short repetition of the most important aspects of the first lesson. We conduct the role play intentionally without simulated patients, to allow students the opportunity to participate in the patient-perspective as authentically as possible [18], [19].

It is important that the patient-role-script does not tax the students to much: age, disease, and the general life situation should be in some way removed to enable the students to keep an inner distance from the role [20]. After finishing the role-play we „debrief“ the students to avoid mental stress for the student who just played the patient.

Both role-plays are designed as a serial: first the consultation demands to look at technical aspects of diagnostic procedures in a case of suspicion of a malignant disease and realizing and handling the patient’s anxiety. The second consultation contains breaking the bad news to the patient and scheduling the following treatment and attendance (see Table 2).

First in the small group and later in the whole group we have a short feedback-round to discuss our experiences. For the second role-play students are allowed to choose if they want to play the same doctor resp. patient role again or if two fellow students should play (see Table 3).
Table 1: Time schedule of seminar

| Method          | Content                                                                 | Goals                                      |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| round of talks  | Narratives of students’ experiences in internship/family environment   | ask for students’ experiences, attitudes  |
|                 | or Collecting questions pertaining to the problem (small cards)        |                                            |
| use of media    | Clip from a film „Emma’s luck“ [27] or Extract from Linn Ulman’s novel “Grace” [28] | art (media) attunes the affectivity and the attitudes |
| three small groups | addressing of questions from the patient/physician/narrator’s perspective |                                            |
| plenary session | Collects of the results of the small groups                             | exchange, reflection                       |
| short presentation | Communication aids for BBN (SPIKES etc.)                              | transfer of knowledge                      |

| Method          | Content                                                                 | Goals                                      |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| second lesson   | (90 min)                                                              |                                            |
| round of talks  | Collecting and substantiating the key points of the last lesson: What is the main problem before, during, and after breaking bad news? | repetition of knowledge                   |
| flipchart       | first role-play: The suspected diagnosis is carcinoma; referring to gastroscopy | training of skills                          |
| allocation into two small groups | second role-play: imparting of the diagnosis of a gastric carcinoma | training of skills                          |
| whole group session | Exchange and comparison of the questions of the flip chart | exchange, reflection                       |
| „silent session“ | Setting: night shift at the clinic, breaking bad news to a relative via phone | training of skills                          |
| read aloud the small cards/ pin them on |                                                                      |                                            |

Table 2: Box 1: First consultation: referral to gastroscopy

*Patient-skript, scene 1*

You are Mr./Mrs. D., aged 38, nurse in the department of urology in a neighboring hospital. You are childless and you are living together with your partner. For three months you have been suffering of permanent nausea, sometimes vomiting and an epigastric pain. In the past you had some problems with your stomach and an eradication of helicobacter pylori was realized. But now it feels different: during the last month you lost nearly 4kg, which is really alarming. With this new problem you are introduced to a new GP. Because of your medical knowledge, you are quite worried that it could be something serious.

*Doctors job:*

Become acquainted with the patient: ask about the symptoms, show the next diagnostic steps (gastroscopy, new call-in). Try to grasp the mental state of your patient.

Table 3: Box 2: Next consultation: breaking news

*Patient-skript, Scene 2 (after gastroscopy)*

You are again in the office to find out about the result of the gastroscopy. Directly after the gastroscopy. You had been told that it is an gastric ulcer, but you had to wait for the histological test. You are now feeling very anxious and agitated.

*Doctors job:*

The patient was gastroscoped 4 days ago. You have the histology: it shows an adenokarcinoma of the stomach. The oncologic prognosis of this T3NOM0 tumor (stage II) amounts to 63% after 3 years and 37% after 3 years. Normally the staging would be completed, a neoadjuvant chemotherapy would follow and then a gastrectomy and a adjuvant radio-chemotherapy would be induced. Try to break the bad news and find out the emotional situation of your patient. Arrange the following steps and perspectives.

At the end of the role-playing, the whole group reflects if the communicative aspects that were summarized at the beginning were realized during the role play.

**Possible enhancement**

The following sequel of the role-play is possible and is already realized in other circumstances (qualification course with GPs in palliative care).
A third consultation (one year later) with the attending oncologist includes the communication about the incurable metastatic disease and the implication for a remaining lifetime.

A fourth consultation takes places in the situation of tumor progress despite chemotherapy with the consequence of planning a symptom-controlling therapy and palliative medicine.

A last sequence could be the message about the patient’s death to the spouse, e.g. as a written exercise or with help of mind-mapping.

The sequence of consultations is meant to demonstrate a shifting of the character of doctor-patient communication in these cases: technical (diagnostic, organizational) and medical aspects are important at first but later fade into the background, however questions about remaining lifetime, the end of life and the subjective feelings (of patient and family) become more eminent.

First results

Acceptance

In Göttingen we conduct a standardized optional online-evaluation concerning all clinical modules, where we ask about the organizational and didactic quality of the teaching units. The evaluation of our new course took place once after the pilot-phase in summer 2010 with a participation of only 35% of the students. We obtained good results with regard to the relevance of the topic and the motivation and attitudes of the teacher.

During the oral feedback at the end of the second lesson students showed great acceptance of the seminar. They also showed gratitude that this important topic is now „finally“ taught. Students criticized that breaking bad news was taught only at the end of their medical degree and wished to have more time. The movie in particular was highlighted as a vivid and discreet introduction into the topic.

Discussion and perspective

Our new compulsory course „breaking bad news“, which was interdisciplinary developed and taught, was able to be realized according to the new guidelines for Q 13 for all students in the sixth year. We imparted cognitive knowledge, exercised skills, and stimulated and reflected the student’s attitudes. The combination of methods within a teaching unit gives room for self-reflection, cognitive activity, and practical exercising, seems to be inspiring for students.

While we only offer one such course during the whole medical degree, the point in time seems to be advantageous: the students find themselves directly before the beginning of the „practical year“, were they presumably will be confronted with this topic. Other studies showed that exercises in communication skills have the best effect if they are realized promptly [20].

Two courses of 90 minutes are only capable to sensitize students and give them a first opportunity for practicing this complex subject. Breaking bad news is one of the most difficult problems for medical professionals, but should be practiced - with increasing complexity - already with students [21, 22].

The use of media such as film in medical teaching has some tradition in Canada and the USA [23], [24] and seems to be very appropriate for teaching topics like death and dying. "Cinemeducation is an effective tool that can enhance teaching as it provides a dynamic and humanistic depiction of clinical situations to audiences, captures their attention, and engages them in the emotional experience." [25]. The approach with help of arts like cinema or novels is able to focus the student’s attention and to show new, individual aspects [26].

Personal time and effort to prepare for courses is necessary, but the small-group format is a fundamental component of our teaching concept and probably responsible for the satisfaction of students and teachers both.

Topics that were taught should also be tested: in line with the conception of assessment of Q13, we presently set a written test (MC) concerning the theory of communication, e.g. breaking bad news. We are planning a clinical OSCE at the end of the sixth year containing a station with “breaking bad news” to a simulated patient.

In terms a spiral learning (repeated lessons on a progressively higher level) a repeated teaching of these topics during the whole medical study is desirable: beginning with easy consultations that highlight basics of communication (students in their first and second year), one could raise the degree of difficulty up to lessons during the practical year. Real experienced cases could be reflected and difficult situations could be analyzed with the help of role-plays or simulated patients. Thus the medical degree course would be able to live up the expectation of building the students professional attitude and personality.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Shipman C, Gysels M, White P, Worth A, Murray SA, Barclay S, Forrest S, Shepherd J, Dale J, Dewar S, Peters M, White S, Richardson A, Lorenz K, Koffman J, Higginson I. Improving generalist end of life care: national consultation with practitioners, commissioners, academics, and service user groups. BMJ. 2008;(337):a1720. DOI: 10.1136/bmj.a1720

2. Laske A, Dietz I, Ilse B, Nauck F, Elsner F. Palliativmedizinische Lehre in Deutschland: Bestandsaufnahme an den medizinischen Fakultäten 2009. Z Palliativmed. 2010;11:18-25. http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1223482
3. Alt-Epping B, Jung W, Simmenroth-Nayda A, Russo SG, Nauck F. Implementierung des Querschnittsfachs Palliativmedizin vor dem Hintergrund der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen am Beispiel der Universitätsmedizin Göttingen. GMS Z Med Ausbild. 2010;27(5):Doc67. DOI: 10.3205/zma000704

4. Müller-Busch C, Elsner F, Fittkau-Toennesmann B, Schiessl C. Curriculum: Grundlagen der Palliativmedizin. Gegenstandskatalog und Lernziele für Studierende der Medizin. 2. überarbeitete Fassung. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; 2009. Zugänglich unter/available from: http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/ag/090810%20AG%20FW%20Curriculum%20Studierende%20Elsner%20Stand%20090810.pdf

5. Thomas JD, Arnold RM. Giving Feedback. J Palliat Med. 2011;14(2):233-239. DOI: 10.1089/jpm.2010.0093

6. Hibbelet B. Palliativmedizin im Studium: Berührungsängste abbauen. Dtsch Arztebl. 2007;104:A2036-A2037.

7. Brown RF, Bylund CL. Communication skills training: describing aspects of medical history taking and communication skills in palliative medicine: a comparison of the scores of examiners and simulated patients. Med Educ. 1995;29(6):424-429. DOI: 10.1111/j.1365-2932.1995.tb02866.x

8. Finlay IG, Stott NC, Kinnersley P. The assessment of communication skills in palliative medicine: a comparison of the scores of examiners and simulated patients. Med Educ. 1995;29(6):424-429. DOI: 10.1111/j.1365-2932.1995.tb02866.x

9. Mitzkat A, Schulz C, Kasenda B, Langer T, Schnell MW. Arzt im Krankenbett Bedside Teaching auf einer Palliativstation im ganzen Spektrum. GMS Z Med Ausbild. 2006;23:4(20):Doc66. Zugänglich unter/available from: http://www.eugms.de/static/de/journals/zma/2006-23/zma000285.shtml

10. Fischbeck S, Deister T, Gladisch K, Hospizheiffer im medizinpsychologischen Unterricht. GMS Z Med Ausbild. 2005;22(1):Doc09. Zugänglich unter/available from: http://www.eugms.de/static/de/journals/zma/2005-22/zma000009.shtml

11. Klinkhammer G. Der Patient in palliativer Situation: „Ein besserer Umgang mit sterbenskranchen Menschen“. Dtsch Arztebl. 2010;107:A1566-A1568.

12. Van Oorschot B, Neuderth S, Peath C, Pepperling A, Flentje M, Hall MN, Pettice YJ. Cinemeducation: an innovative approach to teaching psychosocial medical care. Fam Med. 1994;26:430-433.

13. Alexander M, Hall MN, Pettice YJ. Cinemeducation: an innovative approach to teaching psychosocial medical care. Fam Med. 1994;26:430-433.

14. Van Oorschot B, Neuderth S, Peath C, Pepperling A, Flentje M, Fellow H. Kommunikation in der Palliativsituation. Ein Trainingskonzept mit standardisierten Patienten. GMS Z Med Ausbild. 2008;25:1(1):Doc54. Zugänglich unter/available from: http://www.eugms.de/static/de/journals/zma/2008-25/zma000538.shtml

15. Erhardt M, von Rentlen-Kruse W, de Witt M. Überbringen schwieriger Nachrichten. GMS Z Med Ausbild. 2005;22(4):Doc189. Zugänglich unter/available from: http://www.eugms.de/static/de/journals/zma/2005-22/zma000169.shtml

16. Bachmann C, Hölzer H, Dieterich A, Fabry G, Langewitz W, Lauber H, Ortwein H, Pruskil S, Schubert S, Sennekamp M, Simmenroth-Nayda A, Silbemagel W, Scheffer S, Kiessling C, Longitudinales, Bologna-kompatibles Modell-Curriculum “Kommunikative und Soziale Kompetenzen”: Ergebnisse eines interdisziplinären Workshops deutschsprachiger medizinischer Fakultäten. GMS Z Med Ausbild. 2009;26(4):Doc38. DOI: 10.3205/zma000631

17. Schildmann J, Kupfer S, Burchardi N, Vollmann J. Teaching and evaluating breaking bad news: A pre-post evaluation study of a teaching intervention for medical students and a comparative analysis of different measurement instruments and raters. Patient Educ Couns. 2011;13 (Epub ahead of print).

This article is freely available from http://www.eugms.de/en/journals/zma/2011-28/zma000764.shtml
