

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 (Filmausschnitt, 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 Absolven-

ten 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-Nayda¹
Bernd Alt-Epping²
Ildikó Gágyor¹

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“ erlernbar, in praktischen Übungen weiter vertiefbar- und in bestimmten Formaten sogar prüfbar sind [6], [7], [8]. Als Lehrmethoden werden hier u.a. Rollenspiele, der Einsatz von Simulationspatienten und Video-Analysen von realen oder filmisch aufgearbeiteten Dialogen eingesetzt. In Deutschland gibt es zu diesem Thema nur partiell eine Lehrtradition: an wenigen Fakultäten im Rahmen von Anamnese- oder Kommunikationskursen (HEICUMED in Heidelberg, Erlangen), innerhalb von Modell- bzw. Reformstudiengängen (z.B. in Berlin und Witten/Herdecke) und schließlich seit einigen Jahren in Form von Wahlfächern, Einzelprojekten und an Standorten mit palliativmedizinischer Tradition auch als etablierte Kurse (Mainz, Bochum, München, Bonn) [9], [10], [11], [12], [13], [14], [15], [16]. Seit Novellierung der Approbationsordnung 2004 werden vermehrt kommunikative und soziale Kompetenzen in die Regelcurricula eingebracht; an dieser Stelle wurde erstmals für Deutschland ein Vorschlag für ein longitudinales Curriculum zur kommunikativen und sozialen Kompetenz publiziert [17].

An manchen Fakultäten kann es zu günstigen Synergien kommen: es liegen zunehmend didaktische Erfahrungen mit innovativen Methoden wie z.B. dem Einsatz von Simulationspatienten, dem Lernen in Kleingruppen mit Rollenspielen oder der Einbeziehung von Medien in der Lehre vor; palliativmedizinische Themen wie das Überbringen schwerwiegender Nachrichten fallen, medizindidaktisch betrachtet, bereits „auf fruchtbaren Boden“. In Göttingen war Q 13 bereits an mehreren Zeitpunkten in Form von Vorlesungen und Seminaren im Curriculum verortet [3]. Seit dem Sommersemester 2010 wird nun auch ein interdisziplinäres Seminar zum Thema „Überbringen schwerwiegender Nachrichten“ für alle Studierende des 6. klinischen Semesters verpflichtend unterrichtet (zuvor auf freiwilliger Basis). Als Grundlage für das Lehrkonzept dienten zum einen verschiedene Wahlfächer aus den Abteilungen Hämatologie/Onkologie und Palliativmedizin und ein bereits bestehender Pflichtkurs zu kommunikativen Grundlagen im Arzt-Patienten-Gespräch und dem Erheben einer vollständigen Anamnese (Abt. Allgemeinmedizin und Abt. Psychosomatik). Im Sinne eines Längsschnittcurriculums erschien 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-Gesprächs“ 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 ist in den Seminargruppen etwas unterschiedlich umgesetzt worden. Der Einstieg in das Thema sollte über das Ansprechen der affektiven Ebene eingeleitet werden, hierfür wurde sowohl das Lesen eines Romanabschnittes als auch ein Filmausschnitt genutzt. Es wurde eine Dialogszene 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 der Arzt-Patienten-Interaktion 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 Gesehenen/Gehörten erforderten:

- „Schildern Sie aus der Sicht des Patienten, der eben die schwerwiegende 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 Familien/familiärem Umfeld zum Thema <i>oder</i> Sammeln von Fragen zum Thema (Kärtchen)	Erfragen von eigenen Erfahrungen, Erlebnissen, Einstellungen
Medieneinsatz	Filmausschnitt „Emmas Glück“ [27] <i>oder</i> Romanabschnitt von Linn Ullman: „Gnade“ [28]	Ansprechen der affektiven Ebene, der Einstellung durch Kunst (Medien)
3 Kleingruppen	Bearbeitung von Fragen aus der Arzt/Patienten/ Erzählerperspektive aus dem Roman/Film	
Plenum	Zusammentragung aus den Kleingruppen	Austausch, Reflexion
Kurz-Vortrag	„Das schwere Gespräch“: Kommunikationshilfen (SPIKES etc.)	Wissensvermittlung
2. Doppelstunde		
Methode	Inhalt	Ziele
Gesprächsrunde/ Flipchart	Sammeln und Konkretisieren der Punkte der letzter Stunde: was ist wichtig <i>vor</i> , <i>während</i> und <i>nach</i> Führen 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“ Kärtchen Vorlesen/ Anpinnen	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 gesehenen/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 mitzuerleben [18], [19]. Dabei ist es wichtig, die Rollen so zu konzipieren, dass die Studierenden nicht überfordert werden; so sollten Alter, Lebenssituation und Krankheit im Rollenscript 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, ein-

schließlich 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 Anfangs 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, rezidierten und fernmetastasierten Grunderkrankung, und die zugehörigen Implikationen auf die verbleibende begrenzte Lebenszeit.
- Ein vierter 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

<p><i>Patientenskript, Gesprächsszene 1</i> 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-Eradikation 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 vorgebildet sind, haben Sie durchaus Sorge, dass es „etwas Ernstes“ sein könnte.</p> <p><i>Aufgabe Arzt</i> Kurze Kennenlern-Sequenz: Erfragen Sie die Symptome, zeigen Sie einen diagnostischen Algorithmus auf (Gastroskopie, Wiedereinbestellung) und Erfassen Sie die psychische Befindlichkeit der Patientin/ des Patienten.</p>

Tabelle 3: Kasten 2: Folgegespräch: Überbringen der Diagnose

<p><i>Patientenskript, Gesprächsszene 2 (eine Woche später, nach Gastroskopie)</i> Sie erscheinen in der Praxis, um die Ergebnisse der in der Zwischenzeit anderswo durchgeführten Gastroskopie zu erfahren. Man hat Ihnen unmittelbar im Anschluss an die Gastroskopie gesagt, dass ein Magengeschwür gesehen worden ist, die Histologie aber noch ausstünde. Sie sind sehr unruhig und besorgt.</p> <p><i>Aufgabe Arzt</i> Der/die PatientIn 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 T3N0M0-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 eingeleitet. Eröffnen Sie die Diagnose und erfassen bzw. erfragen Sie die emotionale Situation der Patientin; verabreden Sie nächste Schritte und Perspektiven.</p>

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/die 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 Selbstreflexion, 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 mit dem Thema aller Voraussicht nach in naher Zukunft konfrontiert werden. Studien zeigen, dass Kommunikationsübungen den besten Effekt haben, wenn sie zeitnah umgesetzt bzw. angewendet werden [20].

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. "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]. 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 kommunikationstheoretische 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 (ebenefalls 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 Interessenskonflikte in Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Literatur

- 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 IJ. 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
- 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>
- 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
- 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%20AFW%20Curriculum%20Studierende%20Elsner%20Stand%20090810.pdf>
- Thomas JD, Arnold RM. Giving Feedback. *J Palliat Med*. 2011;14(2):233-239. <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2010.0093>
- Hibbeler B. Palliativmedizin im Studium: Berührungspunkte abbauen. *Dtsch Arztebl*. 2007;104:A2036-A2037.
- 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>
- 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>
- 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.egms.de/static/de/journals/zma/2006-23/zma000285.shtml>
- Fischbeck S, Deister T, Gladisch K. Hospizhelfer im medizinspsychologischen Unterricht. *GMS Z Med Ausbild*. 2005;22(1):Doc09. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2005-22/zma000009.shtml>
- Klinkhammer G. Der Patient in palliativer Situation: „Ein besserer Umgang mit sterbenskranken Menschen“. *Dtsch Arztebl*. 2010;107:A1566-1568.
- Van Oorschoot B, Neuderth S, Peath C, Pepperling A, Flentje 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.egms.de/static/de/journals/zma/2008-25/zma000538.shtml>
- Erhardt M, von Rentlen-Kruse W, de Witt M. Überbringen schwerwiegender Nachrichten. *GMS Z Med Ausbild*. 2005;22(4):Doc189. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2005-22/zma000189.shtml>
- Bachmann C, Hölzer H, Dieterich A, Fabry G, Langewitz W, Lauber 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 Soziale Kompetenzen": Ergebnisse eines interdisziplinären Workshops deutschsprachiger medizinischer Fakultäten. *GMS Z Med Ausbild*. 2009;26(4):Doc38. DOI: 10.3205/zma000631
- 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).
- Schildmann J, Kampmann M, Schwantes U. Teaching courses on aspects of medical history taking and communication skills in Germany: a survey among students of 12 medical faculties. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich*. 2004;98:287-92.

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, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, Smee S, 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, Rhoades 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. Taddicken S. Emmas Glück. DVD nach einem Roman von Schreiber C. Emmas 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)551/39-122647, 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

Anne

Simmenroth-Nayda¹

Bernd Alt-Epping²

Ildikó Gágyor¹

1 Georg August Universität
Göttingen, Abteilung
Allgemeinmedizin, Göttingen,
Deutschland

2 Georg August Universität
Göttingen, Abteilung
Palliativmedizin der
Universitätsmedizin,
Göttingen, Deutschland

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-hospiz-palliativmedizin.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 new, 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

first lesson (90 min)		
Method	Content	Goals
round of talks	Narratives of students' experiences in internship/family environment <i>or</i> Collecting questions pertaining to the problem (small cards)	ask for students' experiences, attitudes
use of media	Clip from a film „Emma's luck“ [27] <i>or</i> Extract from Linn Ullman's novel "Grace" [28]	art (media) attunes the affectivity and the attitudes
three small groups	addressing of questions from the patient's/physician's/narrator's perspective	
plenary session	Collects of the results of the small groups	exchange, reflexion
short presentation	Communication aids for BBN (SPIKES etc.)	transfer of knowledge
second lesson (90 min)		
Method	Content	Goals
round of talks flipchart	Collecting and substantiating of the key points of the last lesson: What is the main problem before, during, and after breaking bad news?	repetition of knowledge
allocation into two small groups	first role-play: The suspected diagnosis is carcinoma; referring to gastroscopia	training of skills
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, reflexion
„silent session“ read aloud the small cards/ pin them on	Setting: night shift at the clinic, breaking bad news to a relative via phone	training of skills

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

<p><i>Patient-skript, scene 1</i> 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.</p> <p><i>Doctors job:</i> 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.</p>

Table 3: Box 2: Next consultation: breaking news

<p><i>Patient-skript, Scene 2 (a week later, after gastroscopy)</i> 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.</p> <p><i>Doctors job:</i> The patient was gastroscoped 4 days ago. You have the histology: it shows an adenokarcinoma of the stomach. The oncologic prognosis of this T3N0M0 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.</p>
--

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 place 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 imminent.

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 IJ. 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%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. Hibbeler B. Palliativmedizin im Studium: Berührungängste 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.egms.de/static/de/journals/zma/2006-23/zma000285.shtml>
10. Fischbeck S, Deister T, Gladisch K. Hospizhelfer im medizinspsychologischen Unterricht. *GMS Z Med Ausbild.* 2005;22(1):Doc09. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.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, Flentje 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.egms.de/static/de/journals/zma/2008-25/zma000538.shtml>
13. Erhardt M, von Rentlen-Kruse W, de Witt M. Überbringen schwerwiegender Nachrichten. *GMS Z Med Ausbild.* 2005;22(4):Doc189. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2005-22/zma000189.shtml>
14. Bachmann C, Hölzer H, Dieterich A, Fabry G, Langewitz W, Lauber 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 Soziale Kompetenzen": Ergebnisse eines interdisziplinären Workshops deutschsprachiger medizinischer Fakultäten. *GMS Z Med Ausbild.* 2009;26(4):Doc38. DOI: 10.3205/zma000631
15. 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).
16. Schildmann J, Kampmann M, Schwantes U. Teaching courses on aspects of medical history taking and communication skills in Germany: a survey among students of 12 medical faculties. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich.* 2004;98:287-92.
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, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, Smee S, 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, Rhoades 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. Taddicken S. *Emmas Glück*. DVD nach einem Roman von Schreiber C. *Emmas Glück*. München. Goldmann Verlag; 2005.
28. Ulmann L. Gnade. München: Verlag Droemer-Knauer; 2004.

Corresponding author:

Dr. med. Anne Simmenroth-Nayda
Georg August Universität Göttingen, Abteilung
Allgemeinmedizin, Humboldtallee 38, 37075 Göttingen,
Deutschland, Tel.: +49 (0)551/39-122647, Fax: +49
(0)551/39-9530
asimmen@gwdg.de

Please cite as

Simmenroth-Nayda A, Alt-Epping B, Gágyor I. Breaking bad news – an interdisciplinary curricular teaching-concept. GMS Z Med Ausbild. 2011;28(4):Doc52. DOI: 10.3205/zma000764, URN: urn:nbn:de:0183-zma0007647

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2011-28/zma000764.shtml>

Received: 2011-03-18
Revised: 2011-07-04
Accepted: 2011-07-22
Published: 2011-11-15

Copyright

©2011 Simmenroth-Nayda et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.en>). You are free: to Share – to copy, distribute and transmit the work, provided the original author and source are credited.