

Abschlussbericht zum Projekt

# **INTERPROFESSIONELLE SCHULUNG UND FÖRDERUNG DER KOMMUNIKATION UND SELBSTFÜRSORGE BEI DER VERSORGUNG VON SCHWERSTKRANKEN UND STERBENDEN**

Förderung durch die Robert Bosch Stiftung

Die Projektpartner



**Institut für Qualität  
im Gesundheitswesen Nordrhein**  
Einrichtung einer Körperschaft öffentlichen Rechts



**Engagiert für Gesundheit.**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein



Verband medizinischer  
Fachberufe e.V.



**PFLERGE  
RAT** NRW

<b>1. Zusammenfassung</b>	<b>09</b>	<b>7. Zielerreichung</b>	<b>26</b>
<b>2. Allgemeine Angaben</b>	10	7.1. Ergebnisse	26
2.1. Bezeichnung des Vorhabens	10	7.2. Resonanz der Beteiligten	26
2.2. Antragsteller / Projektträger	10	7.2.1. Ergebnisse zu den 5 Schulungstagen	26
2.3. Kooperationspartner und Projektteilnehmer	10	7.2.2. Wissens- und Selbsteinschätzung der Schulungsteilnehmer	28
2.4. Inhalte des Projekts	10	7.2.3. Angaben zu Veränderungen nach Ablauf der Schulungen	31
2.4.1. Schulungsteilnehmer	11	7.2.4. Einschätzungen zur Arbeit im interprofessionellen Team	35
2.4.2. Schulungsinhalte	12	7.3. Positive und negative Beobachtungen und Erfahrungen	40
2.4.3. Methoden des Projekts	12	7.4. Langfristige Auswirkungen	40
2.4.4. Evaluation	13	<b>8. Öffentlichkeitsarbeit</b>	<b>42</b>
2.5. Zeitplan des Projekts	14	8.1. Aktivitäten	42
<b>3. Ziele und Erwartungen</b>	<b>15</b>	8.1.1. Internet	42
<b>4. Vorbereitung</b>	<b>16</b>	8.1.2. Publikationen	42
4.1. Beteiligte	16	8.1.3. Vorträge und Poster	42
4.2. Ablauf, Schwierigkeiten	17	8.1.4. Veranstaltungen	42
4.2.1. Schwierigkeiten bei der Planung / Durchführung der Schulungen	17	8.2. Resonanz	43
4.2.2. Schwierigkeiten bei der Findung / Mitwirkung der Teilnehmer	17	<b>9. Perspektiven</b>	<b>44</b>
4.2.3. Schwierigkeiten bei der Evaluation	17	9.1. Regionale Ausbreitung	44
<b>5. Durchführung</b>	<b>18</b>	9.2. Sicherung der Nachhaltigkeit	44
5.1. Projektverlauf	18	9.3. Zusammenarbeit mit Projektpartnern	44
5.1.1. Ablauf der Schulungen und Schulungsinhalte	18	<b>10. Danksagung</b>	<b>45</b>
5.1.2. Erster Schulungstag – Thema: „Haltung“	19	<b>11. Anlagen</b>	<b>46</b>
5.1.3. Zweiter Schulungstag – Thema: „Krankheitsverarbeitung“	20	11.1. Projektposter	46
5.1.4. Dritter Schulungstag – Thema: „Kommunikation“	21	11.2. Termine im Projekt	47
5.1.5. Vierter Schulungstag – Thema: „Resilienz“	22	11.3. Evaluationbogen Wissen, persönlicher Verarbeitung, Erfahrung, Veränderung	48
5.1.6. Fünfter Schulungstag – Thema: „Abschiedsrituale / Umgang mit Trauer“	23	11.4. Attitudes Toward Health Care Teams Scale (ATHCT) in Übersetzung	50
5.2. Änderungen gegenüber der Planung	24	11.5. Pressespiegel	51
5.3. Kooperationspartner	24	11.6. Programm Kick off Veranstaltung	54
5.4. Mitarbeit der Teilnehmer	24	11.7. Programm Abschluss Symposium	55
<b>6. Nachbereitung</b>	<b>25</b>		

## VORWORT der Ärztekammer Nordrhein



Schwerstkranke und sterbende Menschen gut zu begleiten und ihre Würde und Selbstbestimmung zu achten – das gehört zu den wichtigsten Aufgaben der Gesundheitsberufe.

Als Ärztekammer setzen wir uns für eine Kultur der Zuwendung und des Gesprächs mit den Patienten ein, gerade in scheinbar aussichtslosen Lagen. Deshalb freue ich mich sehr, dass wir Ihnen in dieser Broschüre über ein gemeinsames Projekt berichten können, das die Ärztekammer Nordrhein zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, dem Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN), dem Pflegerat NRW und dem Verband medizinischer Fachberufe e.V. durchgeführt hat und dessen Schulungsmodul und Erkenntnisse zur weiteren Nutzung nun für Interessierte zur Verfügung stehen.

Das gemeinsame Modellprojekt, das durch die Robert Bosch Stiftung gefördert wurde, der ich herzlich dafür danken möchte, hat folgende Schwerpunkte:

Zum einen geht es um die Kommunikation mit Patienten und ihren Angehörigen. Gerade in schwierigen Situationen kommt es darauf an, dass der Patient sich verstanden fühlt und seine Ängste und Sorgen ernstgenommen sieht. Nur so entsteht eine Atmosphäre des Vertrauens, in der es dem Patienten so leicht wie möglich gemacht wird, seine Entscheidungen selbstbestimmt zu treffen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit. So können interprofessionelle Schulungen zur besseren Abstimmung bei der Behandlung und Betreuung von Patienten ein wirksames Instrument zur Steigerung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit darstellen.

In dem Modellprojekt wurden berufsgruppenübergreifend Fortbildungsmodul erarbeitet und dann auch interprofessionell in einem regionalen Setting angeboten. Durch die Rekrutierung der Teilnehmer aus einer Region wurde die regionale Zusammenarbeit und Vernetzung gefördert.

Ein besseres Verständnis der verschiedenen Berufe füreinander, einen Umgang „auf Augenhöhe“ und Respekt vor den Leistungen der jeweils anderen Berufe zu entwickeln – das gehörte zu den Projektzielen. Denn eine gute Betreuung unserer Patienten kann nicht von Einzelkämpfern, sondern nur im Team gewährleistet werden.

Ein weiterer Punkt, der im Alltag oft zu kurz kommt: Auch die Selbstfürsorge der Helfer, die häufig mit großem, auch emotionalem Engagement ihre Arbeit versehen, muss gestärkt werden. Die in Gesundheitsberufen Tätigen brauchen Einfühlungsvermögen, um dem Patienten gerecht zu werden – und müssen doch auch ihre Gefühle und Erfahrungen so verarbeiten lernen, dass sie nicht überfordert sind und ausbrennen.

Über die spannenden Erfahrungen, die wir in diesem Modellprojekt gewonnen haben, informiert dieser Bericht.

Rudolf Henke  
Präsident der Ärztekammer Nordrhein

## VORWORT der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein



Schwerstkranke und sterbende Patienten gut zu versorgen, erfordert immer eine abgestimmte und intensive Zusammenarbeit verschiedener ärztlicher Kompetenzen und genauso das Zusammenwirken unterschiedlicher Berufsgruppen. Die von uns aufgebaute ambulante Palliativversorgung in Nordrhein ist für mich ein Beispiel für eine gelungene Kooperation. Seit mehr als zehn Jahren arbeiten hier Ärzte, medizinische Fachangestellte und Pflegefachkräfte erfolgreich zusammen. Und das mit einem sehr respektablen und bundesweit beachteten Ergebnis: Der Mehrheit der ambulant betreuten Patienten konnte in ihrer letzten Lebensphase medizinisch und pflegerisch in ihrem vertrauten Umfeld auf hohem fachlichen Niveau und mit großer persönlicher Zuwendung versorgt werden.

Die in der palliativmedizinischen Versorgung etablierten Netzwerkstrukturen fehlen in der Versorgung von schwerstkranken, multimorbiden Patienten weitgehend. Doch auch hier spielt die professionenübergreifende Behandlung eine große Rolle. Eine speziell auf diese Anforderungen ausgerichtete zusätzliche Qualifikation kann die Vernetzung und Zusammenarbeit der beteiligten Akteure entscheidend voranbringen.

Hier setzt unser gemeinsames, vor eineinhalb Jahren gestartetes Modellprojekt an: Ärzte, Pflegefachkräfte und Medizinische Fachangestellte wurden im Kreis Viersen gemeinsam durch fünf Schulungen fortgebildet. Eine fortlaufende Patientengeschichte bildete die Basis für die einzelnen Lernmodule „Haltung“, „Umgang mit Krankheit“, „Kommunikation“, „Selbstfürsorge“ und „Trauer und Abschied“.

Die Ergebnisse des Modellprojektes sind vielversprechend: Die Arbeit in den Kleingruppen verlief durchweg konstruktiv und vorab befürchtete Hemmnisse und Berührungsängste zwischen den Berufsgruppen traten nicht auf. Im Gegenteil: Die Teilnehmer der Schulungen berichteten, dass seit Beginn des Projektes die Zahl der Kontakte und die Häufigkeit der Gespräche mit den Akteuren der Versorgung Schwerstkranker zugenommen haben. Auch die persönliche Sicherheit in der Versorgung Schwerstkranker ist gestiegen. Für uns ist es besonders erfreulich, dass die Teilnehmer die Arbeit in interprofessionellen Teams auch noch sechs Monate nach der Schulung positiv bewertet haben.

Der Anfang ist gemacht. Ich würde mir wünschen, dass es uns gelingt, diese interprofessionellen Fortbildungen sukzessive in die Fläche zu bringen. Letztlich geht es darum, die Kooperation überall gezielt zu fördern, damit sie nicht nur von dem Engagement Einzelner abhängt oder dem Zufall überlassen wird. Denn nur dann können die Akteure in allen Regionen von einer besseren Zusammenarbeit und einer wirksameren Versorgung ihrer schwerstkranken Patienten profitieren.

Dr. med. Frank Bergmann  
Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

## VORWORT des Pflegerats NRW



Es ist definitiv ein sehr zukunftsweisendes Projekt, welches hier im Zusammenwirken der Beteiligten entstanden ist.

Das Thema „Kommunikation und Selbstfürsorge bei der Versorgung der Schwerstkranken und Sterbenden“ ist für sich genommen schon eine Herausforderung an die Berufsangehörigen. Denn auch der Profi kommt in den Grenzbereichen des Lebens doch immer wieder an ganz persönliche Grenzen. Hier geht es aber um mehr: um interprofessionelle Schulung!

Ärzte, Pflege und medizinische Fachangestellte aus dem Krankenhaus und dem ambulanten Bereich innerhalb einer Region haben gemeinsam an Schulung und Training teilgenommen und sich noch einmal ganz anders kennen und schätzen

gelernt. Auf diese Weise wurde auch das Verständnis für die Sicht des jeweils anderen gefördert und die gegenseitige Wertschätzung ist deutlich gewachsen.

Das wiederum ist die Basis, um den gewaltigen Herausforderungen des Gesundheitswesens gewachsen zu sein. Wir brauchen ein regionales, enges Vernetzen und Zusammenwirken der Berufsgruppen rund um die gemeinsamen Patienten.

Daher ist der Pflegerat NRW davon überzeugt, dass mit diesem Projekt ein zukunftsweisender Meilenstein gesetzt wurde, den es nun zu verbreiten gilt.

Ludger Risse  
Vorsitzender Pflegerat NRW

## VORWORT des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V.



Als Vertreterin des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V. freue ich mich über den Erfolg dieses berufs- und sektorenübergreifenden Projekts zur Betreuung Schwerstkranker und Sterbender. Unsere Erwartungen, dass sich die Zusammenarbeit der Beteiligten durch das Schulungskonzept in kleinen Gruppen im Interesse dieser Patientinnen und Patienten verbessert, wurden in vollem Umfang erfüllt.

Die medizinisch-pflegerische Betreuung und Versorgung Schwerstkranker ist ein von vielen Faktoren abhängiger und vor allem interdisziplinärer Prozess. Er kann durch eine gute Kommunikation und Zusammenarbeit der Beteiligten mit den Erkrankten verbessert werden. Das hat dieses Projekt gezeigt. Denn Schwerstkranken und Sterbende sowie ihre Familien benötigen für ihren Alltag auf unterschiedlichste Weise Unterstützung.

Medizinische Fachangestellte haben in der Hausarztpraxis dabei oft eine koordinierende und vermittelnde Position. Sie nehmen die Wünsche für Rezepte und Verordnungen entgegen. Sie kennen deren besondere Anforderungen und besprechen diese mit dem Arzt. Sehr häufig müssen sie dann wiederum den Angehörigen gegenüber erklären, warum ein Heil- oder Hilfsmittel nicht oder ein anderes Medikament verordnet wurde. Sie stehen damit im Spannungsfeld zwischen kassenärztlichen Versorgungsmöglichkeiten, Forderungen von Pflegediensten und den Erwartungen von Patienten und Angehörigen.

Die Kommunikation der Gesundheitsfachberufe ist dabei nicht nur durch den Faktor Zeit begrenzt, sondern auch durch unterschiedliche Betrachtungsweisen erschwert. Denn der medizinische und ärztliche Blick ist oft anders als der von Pflege und Therapeuten. Hierbei spielt das berufliche Rollenverständnis der jeweiligen Profession, das Wissen über die Kompetenzen des anderen Gesundheitsfachberufes und die Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit eine wesentliche Rolle.

Mit dem im Projekt entwickelten Schulungskonzept in kleinen Gruppen haben die am Versorgungsprozess beteiligten Berufe die interprofessionellen Grenzen schnell überwunden und Verständnis für die jeweils andere Berufsgruppe und für die besondere Situation der Patienten entwickelt. Es ist erfreulich, dass die Anzahl der Kontakte der Akteure bei der Versorgung und auch die Häufigkeit der Gespräche mit den Schwerstkranken und deren Angehörigen gestiegen ist. Die ebenfalls gestiegene Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit zeigt, dass dieser Weg richtig ist. Es ist mir wichtig, dass wir nicht auf die Änderungen von Studiengängen und Ausbildungsordnungen warten, sondern die gewonnenen Erkenntnisse durch derartige berufs- und sektorenübergreifende Fortbildungsreihen umsetzen, damit möglichst viele schwerstkranken Patienten und auch die Berufsangehörigen im Gesundheitswesen davon profitieren.

Ich möchte mich bei allen Projektpartnern aus den Institutionen und Verbänden für die hervorragende Zusammenarbeit im Rahmen des Projektes und bei der Robert Bosch Stiftung für die Förderung bedanken.

Hannelore König  
1. Vorsitzende geschäftsführender Vorstand des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V.

## VORWORT des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein



Durch eine engere und bessere interprofessionelle Zusammenarbeit könnten viele Fehler in der Medizin vermieden werden, dies wurde schon in dem 1999 vom Institute of Medicine (US) der National Academy of Sciences herausgegebenen Bericht „To err is human: Building a Safer Health System“ berichtet.

Inspiziert durch die Ausschreibung der Robert Bosch Stiftung zur Förderung von Projekten zur interprofessionellen Fortbildung und Zusammenarbeit, haben sich die Ärztekammer Nordrhein, die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, der Pflegerat NRW, der Verband medizinischer Fachberufe e.V. und das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) zusammengefunden, um ein gemeinsames Projekt zur Förderung der interprofessionellen Versorgung

Schwerstkranker und Sterbender ins Leben zu rufen, denn die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten stellt eine große Herausforderung an die Gesellschaft und an die an der Versorgung unmittelbar Beteiligten dar.

Eine gut abgestimmte, teamorientierte Arbeit bei der Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden schafft Behandlungssicherheit und kann die Qualität der Patientenversorgung und die Patientenzufriedenheit erhöhen sowie alle an der Versorgung Beteiligten entlasten. Um eine optimale Zusammenarbeit mit den anderen Professionen leisten zu können, müssen die an der Versorgung Beteiligten mehr Informationen über die jeweils anderen Professionen - ihre Kenntnisse und Möglichkeiten, aber auch Grenzen – haben.

Das in dieser Broschüre beschriebene Projekt zur Verbesserung der interprofessionellen Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden führte die an der Versorgung schwerstkranker, multimorbider Patientinnen und Patienten beteiligten Professionen zusammen und erweiterte das Verständnis füreinander. Es schuf eine neue interprofessionelle Kommunikationsplattform und förderte die positive Einstellung zur interprofessionellen Zusammenarbeit.

Ich möchte mich bei allen herzlich bedanken, die uns geholfen haben, dieses spannende Projekt zu realisieren. Ganz besonders bedanke ich mich bei den Teilnehmern der Projektgruppe und den Moderatoren, ohne deren Kenntnisse, Kreativität und Engagement wir das Schulungsprogramm und die Durchführung der Schulungen nicht so erfolgreich hätten umsetzen können. Bedanken möchte ich mich auch bei Frau E. Steinfort, ärztliche Leiterin der Palliativstation des Krankenhaus Nettetal, die uns die Durchführung des Modellprojektes in Nettetal ermöglicht hat.

Die Projektergebnisse zeigen uns: Interprofessionelle Zusammenarbeit ist wichtig und wünschenswert für alle Beteiligten!

Dr. med. Martina Levartz, MPH  
Geschäftsführerin des IQN

## 1. ZUSAMMENFASSUNG

Im Zeitraum vom 01.09.2015 bis zum 30.06.2017 führte die Ärztekammer Nordrhein in Kooperation mit dem Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN), der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, dem Pflegerat NRW und dem Verband medizinischer Fachberufe e.V. das von der Robert Bosch Stiftung geförderte Projekt „Interprofessionelle Schulung und Förderung der Kommunikation und Selbstfürsorge bei der Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden“ durch.

Die Hauptziele des Projektes lagen in der Förderung der professionsübergreifenden Fortbildung, der Förderung der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen gerade in schwierigen Situationen, der Stärkung der Selbstfürsorge bei den beteiligten Berufsgruppen sowie der regionalen Vernetzung der an der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender Beteiligten.

Im Projektverlauf wurden durch Fachexperten der unterschiedlichen Berufsgruppen Schulungsmodulare zu den folgenden Themen entwickelt:

- Haltung
- Umgang mit Krankheit
- Kommunikation mit Patienten und Angehörigen in schwierigen Situationen
- Resilienz
- Umgang mit Trauer

Das erarbeitete Schulungskonzept wurde in einer interprofessionellen Teilnehmergruppe, bestehend aus Ärzten aus dem Krankenhaus und der vertragsärztlichen Versorgung, Medizinischen Fachangestellten (MFA) und Personen aus dem Pflegeberuf, sowohl aus dem stationären Bereich als auch aus der ambulanten Versorgung, durchgeführt und evaluiert. Die Zufriedenheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit dem Schulungsangebot war groß, sowohl mit den Inhalten als auch mit dem Ablauf der interprofessionellen Fortbildungen. In der Evaluation zeigte sich noch 6 Monate nach Ende der Schulungsmaßnahme ein positiver Effekt auf die Einstellung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zur Arbeit in interprofessionellen Teams.

Die erprobten Schulungsmodulare stehen Interessierten zur Verfügung und werden ab 2018 in weiteren Regionen durchgeführt.

## 2. ALLGEMEINE ANGABEN

### 2.1. Bezeichnung des Vorhabens

„Interprofessionelle Schulung und Förderung der Kommunikation und Selbstfürsorge bei der Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden“

Förderung durch die Robert Bosch Stiftung  
 Bewilligungs-Nr.: 32.5.A381.0002.0

Tatsächliche Dauer: 01.09.2015 – 30.06.2017

### 2.2. Antragsteller /Projektträger

#### Ärztammer Nordrhein

Ulrich Langenberg, Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Nordrhein,  
 Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

#### Projektleitung

Dr. med. Martina Levartz, MPH, Geschäftsführerin des Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN),  
 Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf  
 Email: dr.levartz@iekno.de, Internet: www.iqn.de

### 2.3. Kooperationspartner und Projektteilnehmer

#### Kooperationspartner

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
 Pflegerat NRW  
 Verband medizinischer Fachberufe e.V.  
 Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein

#### Teilnehmer

Steuerungsgruppe: Vertreter der beteiligten Institutionen  
 Projektgruppe zur Erarbeitung der Schulungsinhalte: Fachexperten der beteiligten Berufsgruppen bzw. in der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender erfahrene Personen  
 Schulungsteilnehmer: Ärzte des Städtischen Krankenhauses Nettetal sowie aus der vertragsärztlichen Versorgung der Region Nettetal, Medizinische Fachangestellte (MFA), Personen aus dem Pflegeberuf, sowohl aus dem stationären Bereich als auch aus der ambulanten Versorgung

### 2.4. Inhalte des Projekts

Während sich in der palliativmedizinischen Versorgung bereits Strukturen etabliert haben, existieren für die Versorgung von schwerstkranken (multimorbiden) Patientinnen und Patienten wenige Netzwerkstrukturen.

Um einer multiprofessionellen Behandlung und Begleitung schwerstkranker und multimorbider Patientinnen und Patienten gerecht zu werden und eine optimale Zusammenarbeit mit anderen Professionen leisten zu können, müssen die an der Versorgung Beteiligten mehr Kenntnisse über die jeweils anderen Professionen - ihr Wissen und Möglichkeiten, aber auch Grenzen - haben. Interprofessionelle Fortbildungen können ein Schlüssel für weitere Verbesserungen in der Versorgung dieses Personenkreises sein. Die Besonderheiten des jeweiligen Versorgungs-Settings (Versorgung zu Hause, im Pflegeheim oder im Krankenhaus) sind dabei zu berücksichtigen; auch hier gilt es, das Verständnis für die unterschiedlichen Rahmenbedingungen zu verbessern.

Da es sich in der Mehrzahl der Fälle um Situationen handelt, die nicht nur die Patienten, sondern das gesamte Umfeld belasten, sind insbesondere auch kommunikative Fähigkeiten der Versorgenden wichtig, die in dem Fortbildungskonzept in gemischten Gruppen miteinander trainiert werden. Dazu kommen Aspekte der Selbstfürsorge. Das Projekt führt alle an der Versorgung von schwerstkranken, multimorbiden Patientinnen und Patienten beteiligten Professionen zusammen und erweitert das Verständnis füreinander.

Es schafft eine neue interprofessionelle Kommunikationsplattform und fördert die positive Einstellung zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Kommunikation mit den Patienten und deren Angehörigen, aber auch die interprofessionelle Kommunikation wird verbessert; dies führt sowohl zur Verbesserung der Versorgungsqualität und der Patientenzufriedenheit als auch zur Kompetenzerweiterung und Erhöhung der Arbeitszufriedenheit der beteiligten Berufsgruppen und stärkt die regionalen Versorgungsstrukturen.

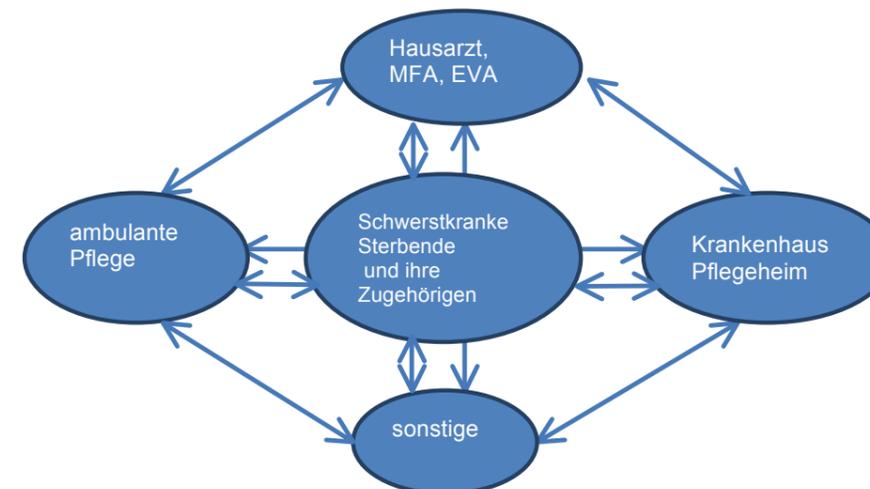


Abbildung 1: Der Patient im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung durch ein interprofessionelles Team

### 2.4.1. Schulungsteilnehmer

Für das Modellprojekt wurde eine eher ländlich geprägte Region vorgesehen, aus der eine Krankenhausabteilung mit drei dort tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie mindestens drei Krankenpflegekräften, ein Pflegeheim mit mindestens drei Altenpflegekräften, ein ambulant tätiger Pflegedienst mit mindestens drei Pflegekräften sowie fünf hausärztlich tätige, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit mindestens einer MFA je Praxis teilnehmen sollten. Es sollten also mindestens 22 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus drei Berufsgruppen (bzw. vier, wenn man die Pflegeberufe nochmals differenziert) sowohl aus dem ambulanten als auch stationären Sektor zusammenkommen. Letztlich meldeten sich insgesamt 35 Personen aus den unterschiedlichen Professionen zur Teilnahme an.



Abbildung 2: Zusammensetzung der Schulungsteilnehmer

### 2.4.2. Schulungsinhalte

Die 5 Schulungsmodule hatten folgende Themenschwerpunkte:

- **Haltung - Was will / braucht die PATIENTIN / der PATIENT?**  
Jedes Individuum hat eigene Vorstellungen und Wünsche, geprägt von der eigenen Geschichte. Es steht Angehörigen der Gesundheitsberufe nicht zu, über diese Wünsche hinwegzugehen. Sie können beraten, aber nicht voraussetzen, dass ihr Gegenüber das Gleiche will wie sie.
- **Umgang mit Krankheit - Was geht in der PATIENTIN / im PATIENTEN vor?**  
Krankheiten sind Krisen. Es gibt verschiedene Modelle, wie Menschen mit Krisen umgehen. Unterschiedliche Stimmungen können Ausdruck der Krankheitsverarbeitung sein.
- **Kommunikation - Wie rede ich mit der PATIENTIN / dem PATIENTEN und Angehörigen?**  
Aktives Zuhören – eine der vielen Methoden, um besser zu kommunizieren. Insbesondere Menschen in Krisensituationen nutzen Metaphern und eine bildhafte Sprache, die verstanden sein will.
- **Resilienz - PATIENTEN verstehen, ohne zu leiden**  
Wer tagtäglich mit Krankheit und Tod konfrontiert wird, braucht Strategien, um diese Eindrücke und Emotionen zu verarbeiten. Dabei geht es zum einen um Dinge, die jeder für sich als Ausgleich nutzen kann, zum anderen um die Funktion des Teams (am Arbeitsplatz) als Stütze und Regulativ.
- **Trauer - Abschied nehmen von einer PATIENTIN / einem PATIENTEN**  
Sozialstruktur und Kultur haben großen Einfluss auf Trauer und Trauerverarbeitung. Entsprechend gibt es kleine und größere Rituale, um Abschied zu nehmen. Jeder sollte seinen Ritus finden.

Neben diesen expliziten Schulungsinhalten wurden durch die Didaktik (siehe unten) weitere Kompetenzen vermittelt bzw. vertieft.

### 2.4.3. Methoden des Projekts

#### Erarbeitung der Schulungsinhalte

Für die Erarbeitung der Schulungsinhalte wurde eine interprofessionelle Projektgruppe etabliert, in die von den Projektpartnern Experten aus der Pflege, MFAs sowie Ärztinnen und Ärzte entsandt wurden.

#### Didaktik

Das Grundkonzept einer jeden nachmittäglichen Schulung im Umfang von 4 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten, enthielt i.d.R. einen ca. 20-minütigen Kurzvortrag sowie intensive Gruppenarbeit mit wechselnden Übungen (vgl. Durchführung).

Hierzu wurde eine fiktive Krankengeschichte in fünf Teilen (für jeden Schulungstag ein Teil) entwickelt, die sich im Verlauf der Schulungen so weiterentwickelt hat, dass alle Berufsgruppen in die Versorgung des Patienten „Herrn Nette“ eingebunden werden konnten.

Herr Nettens Krankengeschichte lieferte die Grundlage für die Bearbeitung der Schulungsthemen.

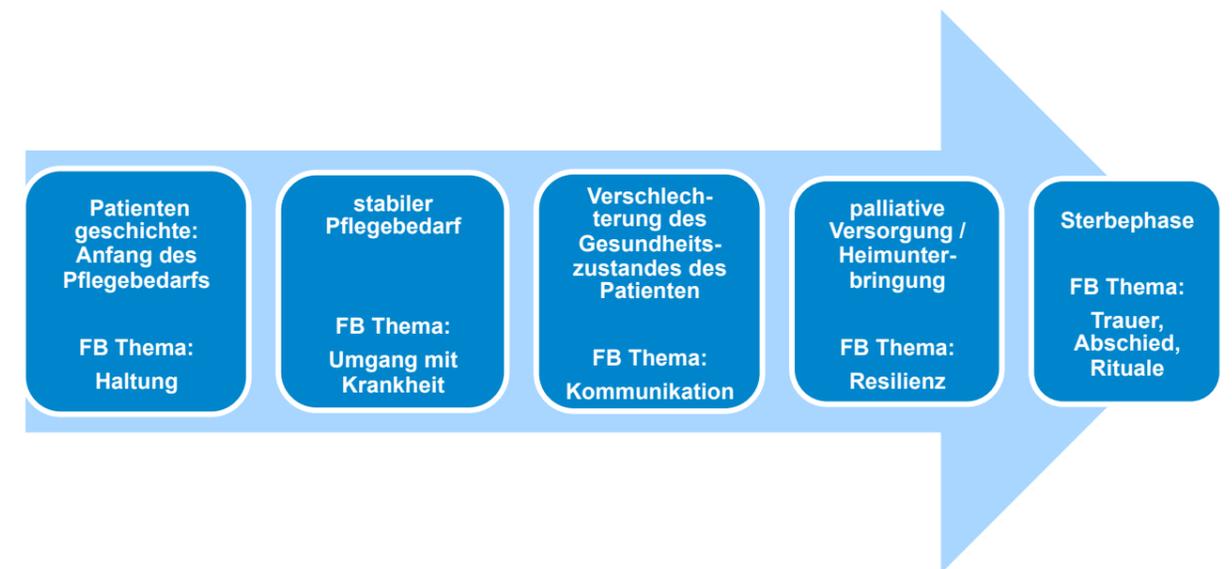


Abbildung 3: Fortbildungsablauf anhand einer Fallgeschichte

Das didaktische Konzept verfolgte mehrere Ziele. Auf der einen Seite stand die Vermittlung der expliziten Inhalte in den Kurzvorträgen und die Bearbeitung in der Gruppe. Auf der anderen Seite standen indirekte Ziele wie die regionale Vernetzung und die positive Erfahrung bei der Arbeit in interprofessionellen Teams. Diese Ziele, das gegenseitige Kennenlernen der Personen in der Region, aber auch der jeweiligen Fachkompetenzen, Meinungen und Erfahrungen, sollten durch die interprofessionelle Gruppenbildung „nebenbei“ erreicht werden.

### 2.4.4. Evaluation

Für die Evaluation wurden in Zusammenarbeit mit der interprofessionellen Projektgruppe verschiedene Fragebogen entwickelt (siehe Anlagen 11.3,11.4):

- Ein Fragebogen zur Bewertung der einzelnen Schulungstage.
- Ein Fragebogen mit Angaben zur Person, Wissens- und Selbsteinschätzungsfragen vor Beginn der Schulungen (T0).
- Ein Fragebogen, der nach den 5 Schulungstagen (T1) eingesetzt wurde und der um Fragen zur Veränderung zum Fragebogen T0 ergänzt war.
- Sechs Monate nach Beendigung der Schulungen wurde der (T1) Fragebogen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit wenigen Ergänzungen (offene Fragen) nochmals zugesandt (Erhebung T2).
- Zu allen Zeitpunkten (T0-2) wurde zusätzlich ein aus dem Englischen übersetzter und auf das deutsche System leicht angepasster Fragebogen zur persönlichen Einstellung zu interprofessionellen Teams, der „Attitudes Toward Health Care Teams Scale“ (ATHCT) eingesetzt.

## 2.5. Zeitplan des Projekts

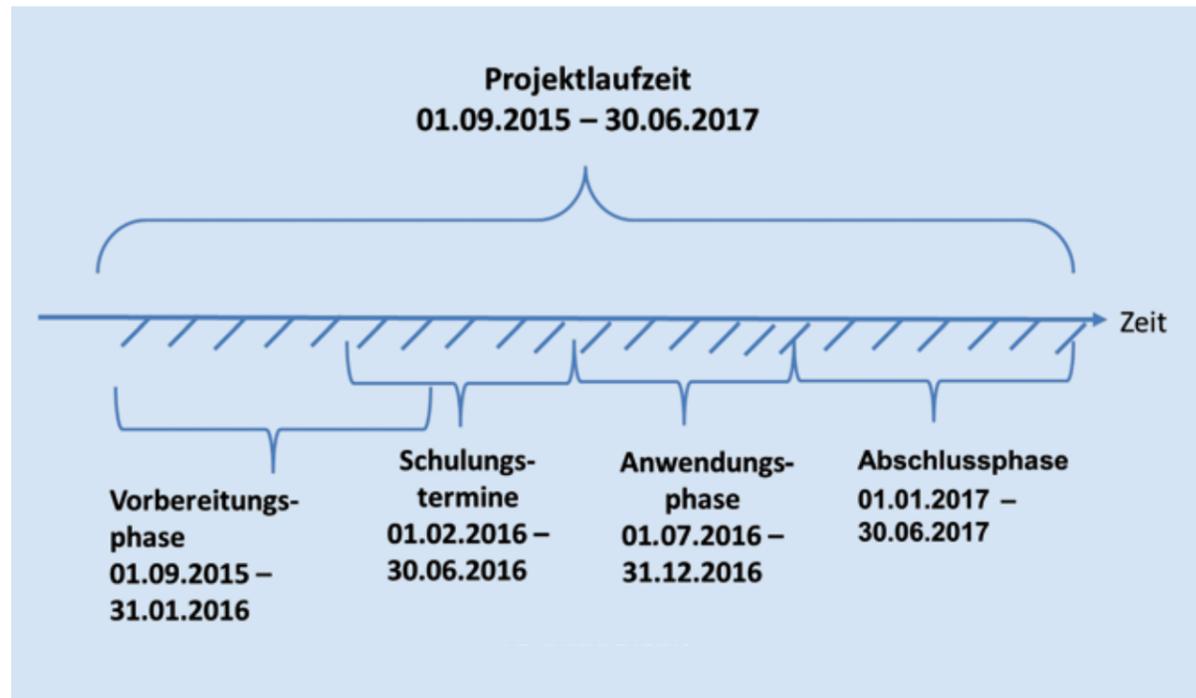


Abbildung 4: Projektlaufzeit

<b>I. Vorbereitungsphase</b>	<b>geplant:</b>	<b>01.09.2015 – 31.12.2015</b>
	<b>tatsächlich:</b>	<b>01.09.2015 – 31.01.2016, bzw. 30.05.2016</b> (siehe Text Seite 24)

In der Vorbereitungsphase wurden neben den Schulungsinhalten auch die Evaluationsinstrumente erarbeitet, außerdem erfolgte die Rekrutierung der Projektteilnehmer.

<b>II. Schulungsphase</b>	<b>geplant:</b>	<b>01.01.2016 – 30.04.2016</b>
	<b>tatsächlich:</b>	<b>01.02.2016 – 30.06.2016</b>

Von Februar 2016 bis Juni 2016 erfolgten die 5 Schulungstermine, mit je 4 Unterrichtseinheiten pro Termin.

<b>III. Anwendungsphase</b>	<b>geplant:</b>	<b>01.05.2016 – 31.10.2016</b>
	<b>tatsächlich:</b>	<b>01.07.2016 – 31.12.2016</b>

Danach erfolgte eine Anwendungsphase von 6 Monaten. In diesem Zeitraum wäre bei Bedarf oder bei auftretenden Problemen auch eine zusätzliche Intervention oder Schulung möglich gewesen. Dies wurde von den Teilnehmer aber nicht eingefordert.

<b>IV. Abschlussphase</b>	<b>geplant:</b>	<b>01.11.2016 – 31.03.2017</b>
	<b>tatsächlich:</b>	<b>01.01.2017 – 30.06.2017</b>

In der Abschlussphase erfolgte die abschließende Befragung der beteiligten Berufsgruppen sowie deren Auswertung.

## 3. ZIELE UND ERWARTUNGEN

Mit Antragstellung wurden auch Projektziele formuliert, die nachfolgend noch einmal kurz dargestellt werden.

- Förderung der kommunikativen Kompetenz der beteiligten Berufsgruppen im Umgang mit Patientinnen und Patienten
- Förderung der Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Berufsgruppen
- Erweiterung des Wissens über die Kompetenzen, aber auch Grenzen anderer Gesundheitsfachberufe
- Förderung des Verständnisses des Verhaltens von Patientinnen und Patienten
- Stärkung des Patientenwillens im Behandlungsfall
- Stärkung der Resilienz bei Ärzten, MFA und Pflege
- Ausbau der interprofessionellen und regionalen Vernetzung
- Bessere, auf den individuellen Bedarf angepasste Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden im häuslichen Umfeld
- Mehr Zufriedenheit bei der Arbeit

Während Fortbildungscurricula für diverse Qualifikationen existieren und oft auch Voraussetzung für Ärztinnen und Ärzte sind, um bestimmte Leistungen bei der GKV abrechnen zu können, sollte in dem Projekt ein Schulungsangebot entwickelt werden, das in letzter Konsequenz die allgemeine Versorgung verbessert. Es sollte ein messbarer Effekt bei überschaubarem Aufwand (20 Unterrichtseinheiten in 5 Terminen) erzielt werden.

## 4. VORBEREITUNG

### 4.1. Beteiligte

Mit der verantwortlichen Durchführung des Projektes wurden Dr. Martina Levartz, MPH, Geschäftsführerin des IQN, einer gemeinsamen Einrichtung der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, und ihr Team betraut.

Zur Projektbegleitung, Definition der Projektziele und Benennung der Meilensteine wurde eine Steuerungsgruppe gegründet. In diese wurden von den Projektpartnern Vertreter entsandt, die über den Projektfortschritt informiert wurden und über wichtige Fragen zu Zielen und Mitwirkungen entscheiden sollten.

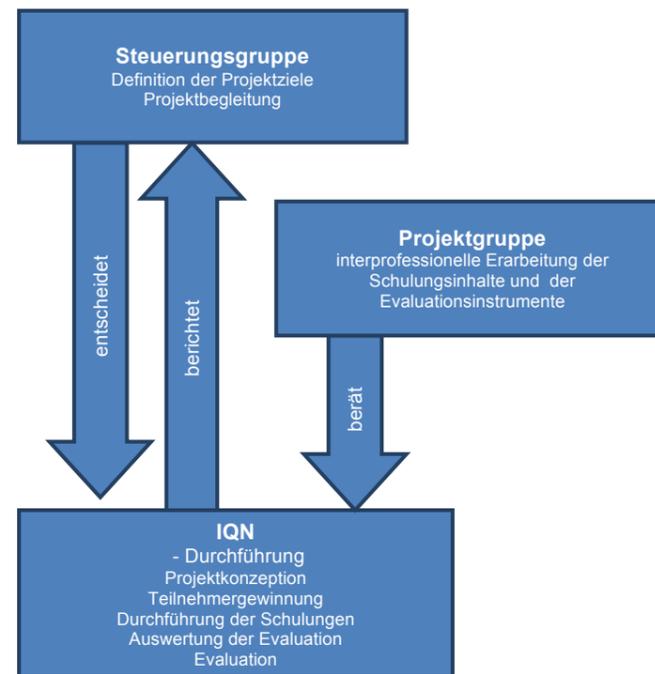


Abbildung 5: Projektorganisation

#### Projektgruppe

Zusätzlich wurde eine Projektgruppe zur Festlegung konkreter Arbeitsschritte und inhaltlicher Arbeit etabliert, in die Vertreter der beteiligten Berufsgruppen und Experten zu verschiedenen Themen entsandt bzw. berufen wurden.

- Dr. Dagmar David, Ärztin, IQN
- Christoph Finkeldey, Sozialpädagoge
- Susanne Kiepke-Ziemes, Sozialpädagogin
- Dr. Martina Levartz, Ärztin, IQN
- Petra Paul, Pflege
- Prof. Dr. Lukas Radbruch, Arzt, Palliativmedizin
- Monika Rueb, MFA
- Christa Schalk, Biologin, Ärztekammer Nordrhein
- Veronika Schönhofer-Nellessen, Sozialpädagogin
- Dr. Heike Zimmermann, PPV/SPV, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

#### Steuerungsgruppe

- Dr. Dagmar David, IQN
- Svenja Gräfe, Verband medizinischer Fachberufe
- Hannelore König, Verband medizinischer Fachberufe
- Ulrich Langenberg, Ärztekammer Nordrhein
- Dr. Martina Levartz, IQN
- Ludger Risse, Pflegerat NRW
- Christa Schalk, Ärztekammer Nordrhein
- Burkhardt Zieger, Pflegerat NRW
- Dr. Heike Zimmermann, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

#### Schulungsteilnehmer

Durch persönliche Kontakte wurde im Städtischen Krankenhaus Nettetal angefragt, ob Interesse an der Projektteilnahme bestehe. Das Interesse war vorhanden. Gemeinsam mit einer Ärztin des Krankenhauses wurden Hausärzte aus der Region, ein kooperierendes Pflegeheim sowie ein Pflegedienst der Region angesprochen. Die meisten Kontakte führten recht schnell zur Bereitschaft der Projektteilnahme, wobei die einzelnen Personen z.T. erst kurz vor den ersten Schulungen benannt wurden.

Berufsgruppe	Sektor	Geplant	Gemeldet
Arzt	stationär	3	5
Krankenpflege	stationär	3	4
Pflege	ambulant	3	3
Altenpflege	stationär	3	3
Arzt	ambulant	5	7
MFA	ambulant	5	12
Sozialarbeiterin	stationär	0	1
<b>SUMME</b>		<b>22</b>	<b>35</b>

Weitere Beteiligte waren:

für das Krankenhaus als Entscheider:

- Geschäftsführung
- Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin

Moderatoren der Kleingruppen an den Schulungsterminen:

- Christoph Finkeldey, Dipl.-Sozialpädagoge
- Susanne Kiepke-Ziemes, Dipl.-Sozialpädagogin, Systemische Beraterin und Familientherapeutin DGSF, Kursleiterin Palliative Care
- Veronika Schönhofer-Nellessen, Dipl.-Sozialpädagogin, Fachreferentin für Sterbe- und Trauerbegleitung, Kursleiterin Palliative Care

### 4.2. Ablauf, Schwierigkeiten

#### 4.2.1. Schwierigkeiten bei der Planung / Durchführung der Schulungen

Ursprünglich war eine engere Taktung der Schulungen vorgesehen. Aus organisatorischen Gründen wurde dann nur eine Schulung pro Monat durchgeführt. Zum einen waren die Teilnehmer nicht zu einer engeren Taktung bereit, zum anderen waren an dem insbesondere für niedergelassene Ärztinnen und Ärzten beliebten Mittwochnachmittag keine Räume im notwendigen Umfang verfügbar. U. a. dadurch verzögerte sich der Zeitplan um 2 Monate. Entgegen der anfänglichen Planung wurden die Schulungen nicht im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf – mit all seinen technischen Möglichkeiten - durchgeführt, sondern in dafür angemieteten Räumen des regionalen Krankenhauses. So konnte, wie von den Teilnehmern gewünscht, der Aufwand für die Teilnehmenden so gering wie möglich gehalten und Fahrzeiten für die Teilnehmenden reduziert werden.

#### 4.2.2. Schwierigkeiten bei der Findung / Mitwirkung der Teilnehmer

Obwohl sich durch die persönlichen Kontakte nach Nettetal ein Großteil der Teilnehmer recht schnell finden ließ, mussten doch mehrere Hausarztpraxen kontaktiert werden, bevor die vorgesehene Anzahl von Personen für die Teilnahme im Team überzeugt werden konnte. Der zeitliche Aufwand, der für die Teilnahme an den Schulungen geleistet werden muss, schien einem Teil der Angefragten zu hoch. Von den ursprünglich 35 gemeldeten Personen kamen 9 nie, wurden aber teilweise durch andere ersetzt. Insgesamt teilgenommen haben 31 Personen. Bedingt durch die Änderung von Dienstplänen, Krankheit etc. variierte die Anwesenheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer jedoch zwischen 30 am ersten Tag und 18 am vierten Schultag. Die geringste Beteiligung an der Evaluation lag entsprechend bei 16 abgegebenen Bögen.

#### 4.2.3. Schwierigkeiten bei der Evaluation

Bei Antragstellung zum Projekt war geplant, am Ende der Projektphase auch Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige zu befragen. Von Seiten der Beteiligten wurde dies aber als unrealistisch eingestuft. Die Anzahl der tatsächlich in der Gruppe gemeinsam behandelten Patienten in der zur Verfügung stehenden Zeit sei zu gering. Auch müsse man davon ausgehen, dass nicht alle mit einer Datenerhebung einverstanden sein würden. Insofern sei mit aussagefähigen Daten nicht zu rechnen.

## 5. DURCHFÜHRUNG

Das Projekt wurde, bis auf eine geringfügige Änderung im Zeitplan, wie vorgesehen durchgeführt.

### 5.1. Projektverlauf

Bei den Überlegungen zum Projektantrag wurden verschiedene Eckpunkte festgelegt, die entsprechend in den Antrag eingeflossen sind. So wollte man sich in einer ländlichen Region nach Projektpartnern umsehen und zur Erreichung der Projektziele sollten bestimmte Inhalte geschult werden.

#### 5.1.1. Ablauf der Schulungen und Schulungsinhalte

Die Terminfindung bei so unterschiedlichen Berufsgruppen ist schwierig; es hat sich aber bereits bei den ersten Abfragen der Mittwochnachmittag als geeignet herauskristallisiert. Unter Berücksichtigung von Anreise etc. wurden die fünf Schulungstage jeweils zu 4 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten mit einer 15-minütigen Pause, von 14:30 Uhr bis 18:00 Uhr vor Ort angeboten.

Dabei wurde versucht, grob einen erkennbaren Ablaufplan einzuhalten, insbesondere, da die Schulungen jeweils ca. einen Monat auseinander lagen. Allerdings wurde die Pause je nach Dynamik der Schulungstage flexibel eingeplant. Die Pause wurde von den Schulungsteilnehmern auch zu intensiven Gesprächen und interprofessionellem sowie regionalem Austausch genutzt.

Jeder Veranstaltungstag begann mit einer Begrüßung, die das „Ankommen“ erleichtern sollte. Der erste Tag wurde mit einer Vorstellungsrunde begonnen, die wegen dem projektbedingt umfangreichen Fragebogen nur in einer Vorstellung mit Namen, beruflichem Hintergrund und Erwartungen bestand.

Meist zu Beginn der Schulung war ein zum Thema passender Kurzvortrag vorgesehen, der 20 Minuten nicht überschreiten sollte. Danach wurde dann i.d.R. eine Gruppenarbeit durchgeführt, in der unter Wahrung der interprofessionellen Zusammensetzung jeweils passende Aspekte erarbeitet wurden. In den meisten Fällen wurden diese Ergebnisse danach im Plenum vorgestellt.

Jeder Kurstag endete für die Teilnehmer in einer Abschlussrunde, die durch eine Blitzlichtabfrage gesetzt wurde. Zur Vertiefung der Lerninhalte erhielten die Teilnehmer am Ende eines jeden Schulungstages Informationsmaterial (Artikel, Buchempfehlungen etc.) zu dem behandelten Themenbereich ausgehändigt.

#### Enge Anpassung der Schulungsinhalte an die Bedürfnisse der Teilnehmer

Die Projektgruppe traf sich, um die Einzelthemen der Schulungstage auszugestalten und die Evaluationsinstrumente abzustimmen. In der Projektgruppe wurde schnell Einigkeit darüber erzielt, dass im Verlauf einer schwerwiegenden Erkrankung selten alle Berufsgruppen gleichzeitig tätig sind. Daher sollten verschiedene Kernthemen anhand eines fiktiven Patienten („Fall“), der sich als roter Faden durch alle Schulungen weiterentwickeln sollte, bearbeitet werden. Zu diesem Zweck wurde wegen des Veranstaltungsortes Nettetal die Krankheitsgeschichte von „Herrn Nette“ erarbeitet.

Der Anfang der Schulungen behandelte die grundsätzliche Haltung zum Patienten. Über alle Berufsgruppen hinweg vertraten die Beteiligten die Ansicht, dass in der kurativen Medizin, trotz breiter Diskussionen über Patientinnen und Patienten als Partner und dem „informed consent“, nach wie vor ein eher patriarchales Denken vorherrsche. Besonders in der palliativen Medizin stehe jedoch der Wille der Patientinnen und Patienten im Vordergrund. Dieser Wechsel der Perspektive sei auch bei chronischen Erkrankungen und Schwerstkranken wichtig.

Um die Schulungsinhalte möglichst genau an die Bedürfnisse der Teilnehmer anzupassen, wurde die Planung der einzelnen Schulungstage sehr detailliert vorbereitet und zeitnah zu den Schulungsterminen angepasst, sodass die Abläufe der Schulungen drei bis fünf erst jeweils kurz vor den Terminen fertig gestellt wurden.

### 5.1.2. Erster Schulungstag – Thema: „Haltung“

#### Lernziele

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer können nach diesem Schulungstag ihre eigene Grundhaltung zum Patientenwillen kritisch hinterfragen. Sie verstehen die Bedürfnisse Dritter und können diese bei der Behandlung berücksichtigen.

#### Was sollte Erwähnung finden?

Autonomie, Würde, Grenzen, Rechte des Patienten, respektvolle Haltung des Behandelnden, Aktivieren versus „Sein lassen“, Bedürfnisse aus verschiedenen Perspektiven sehen; Nicht meine Meinung ist richtig, sondern der Patient entscheidet, was mit ihm geschieht. Gibt es Unterschiede in den Gruppen/Professionen?

#### Beschreibung der Gruppenarbeit

Eine Gruppe von 8-12 Personen wird nochmals geteilt. Eine Teilgruppe erarbeitet die Perspektive des Patienten, eine die Perspektive der Angehörigen.

Die Teilnehmer schreiben auf Moderatorenkarten stichpunktartig auf, welche Wünsche Herr Nette bzw. seine Frau für den weiteren Behandlungsverlauf haben und was er von den Personen, die ihn behandeln, erwartet.

Fortbildung 1 - Haltung		
14:30	Begrüßung	
14:40	Zeit für die Fragebögen	
15:10	Vorstellungsrunde Wer und was bin ich, Erwartungen an den Kurs	
15:45	Gruppeneinteilung - Räume	
15:55	Einführung – Fall	Moderatoren
16:00	Pause	
16:15	Gruppenarbeit	Gruppe, Gruppensprecher, Moderator
17:00	Vorstellung der Ergebnisse – 5 Minuten je Gruppe mit Diskussion	
17:30	Kurzvortrag „Haltung“	Referent
17:45	Blitzlicht	
18:00	Hinweis auf Materialien / Ende	

Zeitplan (Plenum blau hinterlegt, Gruppenarbeit grün hinterlegt)

### 5.1.3. Zweiter Schultag – Thema: „Krankheitsverarbeitung“

#### Lernziele

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kennen nach diesem Schultag ein Modell der Verarbeitung von Tod, Krankheit oder allgemeinen Krisen (z. B. von Kübler-Ross).

Sie können emotionale Reaktionen von Schwerstkranken und Sterbenden als Phasen der Verarbeitung interpretieren, um besser damit umzugehen.

#### Was sollte Erwähnung finden?

Was geht in meinem Patienten vor? Kenntnisse und Verständnis für die verschiedenen Phasen der Krankheitsverarbeitung. Was kann das für meine Behandlung und meinen Umgang mit dem Patienten und seinen Angehörigen bedeuten? Was macht das mit mir? Interprofessionalität; Patientenverfügung; Vorsorgevollmacht

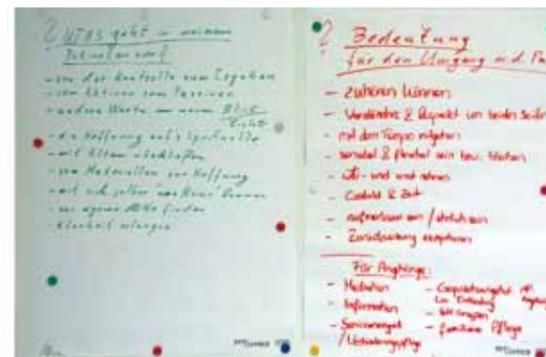
#### Beschreibung der Gruppenarbeit

Der Moderator liest die Geschichte des Herrn B.\* vor und legt die jeweiligen Bilder in die Mitte (befestigt sie an der Wand). Die Gruppenmitglieder besprechen, was sie sehen und interpretieren, was in Herrn B. vorgeht.

\* (aus Monika Müller, „Nach innen wachsen, Die Bilder des Herrn B.“) ISBN 978-3-933154-27-9

Fortbildung 2 - Krankheitsverarbeitung		
14:30	Begrüßung	
14:35	Räume	
14:40	Fall	Moderatoren, Teilnehmer
14:45	Gruppenarbeit – Bilder des Herrn B	
16:45	Pause	
17:00	Kurzbericht aus den Gruppen	Gruppe, Gruppensprecher, Moderator
17:20	Kurzvortrag Patientenverfügungen / Vorsorgevollmacht	Referent
17:45	Blitzlicht	
18:00	Hinweis auf Materialien / Ende	

Zeitplan (Plenum blau hinterlegt, Gruppenarbeit grün hinterlegt)



Fotos 1: Gruppenarbeit in der Kleingruppe

### 5.1.4. Dritter Schultag – Thema: „Kommunikation“

#### Lernziele

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer können nach diesem Schultag die Grundregeln des aktiven Zuhörens anwenden. Sie wissen um Mechanismen, ihrem Gegenüber durch sprachliche Instrumente Akzeptanz zu vermitteln.

#### Was sollte Erwähnung finden?

Verständnis, Empathie, Lösungsorientierung, Ressourcenorientierung, Allparteilichkeit, wichtige Punkte für gute Kommunikation, No-Goes, Kommunikation in schwierigen Situationen

#### Beschreibung der Gruppenarbeit

Die Teilnehmer bleiben im Plenum (Großgruppe).

Es gibt zwei Rollenspielszenen, bei denen die Moderatoren die Rollen von Herrn und Frau Nette übernehmen. Die weiteren Rollen werden von Freiwilligen gespielt. Nach den Szenen werden diese per Fishbowl unter den oben aufgeführten Aspekten besprochen.

Fortbildung 3 – Kommunikation		
14:30	Begrüßung	
14:35	Kurzvortrag Kommunikation	Referent
15:15	Pause	
15:30	Fall	Moderatoren
15:40	1. Rollenspiel	Moderatoren, Teilnehmer
16:00	2. Rollenspiel	Moderatoren, Teilnehmer
16:20	Fishbowl	
17:15	Blitzlicht	
18:00	Hinweis auf Materialien / Ende	



Fotos 2: Gemeinsame Diskussion des Rollenspiels

5.1.5. Vierter Schulungstag – Thema: „Resilienz“

**Lernziele**

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kennen nach diesem Schulungstag Anzeichen für Überlastung und Burnout und lernen Quellen der Kraft und Regeneration kennen. Die Teilnehmer lernen, wie Teams Belastungssituationen, z. B. durch den Tod eines Patienten, auffangen können.

**Was sollte Erwähnung finden?**

Überlastung und Burnout erkennen, Probleme im Team, „gut zu sich selbst“ sein, Rolle des Teams bei der Burnout-Prophylaxe, Hierarchien überschreitende Team-Kommunikation, Stärkung des Teams

**Beschreibung der Gruppenarbeit:**

Gruppenarbeit 1

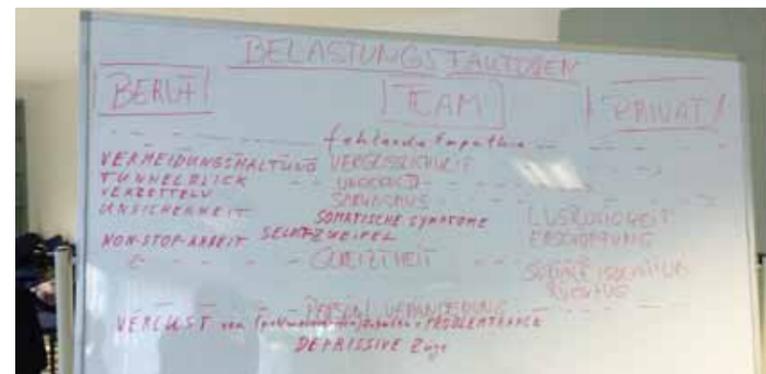
Der Moderator bespricht in der Gruppe wie die einzelnen Personen Todesfälle ihrer Patienten erlebt haben und wie sie damit umgegangen sind. Was hat geholfen?

Gruppenarbeit 2

Leitsatzarbeit - jeder soll für sich einen Leitsatz erarbeiten.

Fortbildung 4 – Resilienz		
14:30	Begrüßung	
14:35	Input – Wieviel Tod verträgt das Team?	Referent
14:55	Räume	
15:00	Fall	
15:05	Gruppenarbeit 1	Moderatoren
16:15	Pause	
16:30	Gruppenarbeit 2 – Leitsatzarbeit	Gruppe, Gruppensprecher, Moderator
17:15	Blitzlicht	
18:00	Hinweis auf Materialien / Ende	

Zeitplan (Plenum blau hinterlegt, Gruppenarbeit grün hinterlegt)



Fotos 3: Gruppenarbeit zu Belastungsfaktoren und Erarbeitung eines persönlichen Leitsatzes

5.1.6. Fünfter Schulungstag – Thema: „Abschiedsrituale / Umgang mit Trauer“

**Lernziele**

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kennen nach diesem Schulungstag den Unterschied zwischen Gewohnheit und Ritual und können die Bedeutung von Ritualen besser einschätzen. Die Teilnehmer lernen neue mögliche Rituale kennen.

**Was sollte Erwähnung finden**

Abschied nehmen; Bedeutung von Ritualen, Ritualgestaltung, gebührende Rahmenbedingungen; Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit; Phasen der Trauer, Bedürfnisse von Trauernden

**Beschreibung der Gruppenarbeit:**

In den Gruppen wird besprochen, was eine Gewohnheit von einem Ritual unterscheidet und welche Rituale bekannt sind. Was könnte man in Ihrem Team nutzen?

Fortbildung 5 – Abschiedsrituale / Umgang mit Trauer		
14:30	Begrüßung	
14:35	Vorstellung von Materialien „Abschied“	
14:45	Räume	
14:50	Fall	Moderatoren
14:55	Gruppenarbeit	Moderatoren, Teilnehmer
16:00	Pause	
16:20	Input „Umgang mit Trauer“ und Arbeit in der Gruppe	Moderatoren, Teilnehmer
17:15	Blitzlicht	
17:30	<b>Zeit für die Fragebogen</b>	
18:00	Hinweis auf Materialien / Ende	

Zeitplan (Plenum blau hinterlegt, Gruppenarbeit grün hinterlegt)



Fotos 4: Unterschiedliche Materialien zum Thema Abschiedsrituale

## 5.2. Änderungen gegenüber der Planung

Ursprünglich wurde angenommen, dass nicht nur die Fortbildungsthemen vor Beginn der Schulungsphase feststehen, sondern die gesamte Planung hinsichtlich der didaktischen Instrumente abgeschlossen sei. Um die Schulungsinhalte und den Ablauf der Schulungen auf die Teilnehmer möglichst gut abzustimmen, arbeiteten die Mitglieder der Projektgruppe dann allerdings den Ablauf der nächsten Schulung immer erst kurz vorher aus, sodass sich Vorbereitungsphase und Schulungsphase zum Teil überschneiden.

Bei der Durchführung wurde ebenfalls festgestellt, dass der Aufwand für die verschiedenen Positionen (Fortbildungen, Sitzungen und Beschäftigung einer Hilfskraft) sich anders generierten als gedacht, daher wurde ein überarbeiteter Kostenplan eingereicht, der am 5.12.2015 genehmigt wurde.

Außerdem wurde die Laufzeit des Projektes bis 30.6.2017 verlängert. Die kostenneutrale Verlängerung des Projektes war sehr hilfreich, um die Evaluationsdaten der letzten Befragung (T2) im Projektzeitraum auszuwerten, den Abschlussbericht fertigzustellen und erste Maßnahmen zur Weiterführung der Schulungen in anderen Regionen anzustoßen.

## 5.3. Kooperationspartner

Durch die Beteiligung der Ärztekammer Nordrhein, der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, des Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN), des Pfliegerat NRW und des Verband medizinischer Fachberufe e.V. war eine breite, interprofessionelle Basis des Projektes sichergestellt. Bei den Treffen der Steuerungsgruppe, in die jede Institution einen Vertreter entsandte, wurde der Umfang des Projektes besprochen und über den Projektverlauf berichtet. Auch in die Arbeitsgruppe zur Erarbeitung der Schulungsinhalte und der Evaluationsinstrumente entsandten die beteiligten Institutionen ihre Fachexperten.

Die durchgängig sehr gute Zusammenarbeit, einschließlich gemeinsamer Auftakt- und Abschlussveranstaltung, sowie Pressekonferenzen trugen entscheidend zum Erfolg des Projektes bei.

## 5.4. Mitarbeit der Teilnehmer

Entgegen der anfänglichen Annahme, dass die Ärztinnen und Ärzte die Gruppenarbeit bei den Schulungen dominieren könnten, zeigte sich sehr schnell, dass alle Berufsgruppen in gleicher Intensität Input lieferten. Wie in allen Gruppen gab es aktivere und stillere Teilnehmer.

Durch die Arbeit in Kleingruppen wurde zunächst das gegenseitige Vertrauen im kleinen Kreis geschaffen, um dann auch in der Gesamtgruppe ein spürbares „Wir-Gefühl“ zu entwickeln. Schon nach der ersten Sitzung zeigte sich, dass die interprofessionelle Zusammensetzung der Gruppen sehr hilfreich für die umfangreichen Diskussionen war. Alle beteiligten Berufsgruppen zeigten großes Interesse an einer Teilnahme der Schulungen und arbeiteten sehr aktiv mit. Bedingt durch kurzfristig geänderte Dienstpläne, Krankheit, Schwangerschaft etc. variierte die Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den einzelnen Schulungstagen (Tabelle 1 und 2).

	Schulung 1	Schulung 2	Schulung 3	Schulung 4	Schulung 5
	Thema Haltung	Thema Krankheitsverarbeitung	Thema Kommunikation	Thema Resilienz	Thema Trauer
ambulant	19	15	17	11	15
stationär	11	9	8	7	7

MFA	7	7	5	4	5
Pflegeberufe	7	7	5	4	5
Ärztinnen und Ärzte	11	7	10	7	7
Sozialarbeit	1	1	1	1	1
fehlende Angaben	4	2	4	2	4

Tabelle 1: Anwesenheit bei den Schulungen

Schulung	Anwesenheit	Rücklauf Evaluationsbogen	Vollständig ausgefüllt
1	30	29	24
2	24	24	17
3	25	23	12
4	18	16	8
5	22	22	11

Tabelle 2: Mitwirkung bei den Schulungsevaluationen

## 6. NACHBEREITUNG

Im Rahmen der Fortbildungsevaluation wurden die einzelnen Schulungstage kritisch gewürdigt. Es ergab sich nur eine Änderung für den 2. Schulungstag, bei dem durch die an diesem Tag vor den Vorträgen durchgeführte Gruppenarbeit bereits wesentliche Bestandteile des Vortrags zur Krankheitsverarbeitung erarbeitet wurden, so dass dieser als „Dopplung“ empfunden wurde und der Vortrag zukünftig entfallen wird.

Nach Auswertung der Antworten zum Zeitpunkt T1 wurde beschlossen, in der Nachfassaktion (T2) zusätzliche Freitextfragen einzufügen, die helfen sollten, den individuellen Nutzen und Veränderungen besser zu erfassen.

In der Steuerungsgruppe und der Projektgruppe wurde über den Ablauf der Schulungen berichtet, und das Feedback der Teilnehmer diskutiert, um evtl. notwendige Anpassungen des Schulungsprogramms zeitnah erstellen zu können. In den Diskussionen zeigte sich aber, dass nur kleine Änderungen notwendig waren.

Der Ablauf der Schulungen und die Schulungsinhalte wurden in einer Broschüre zusammengefasst, um sie Interessierten zur Verfügung stellen zu können.

## 7. ZIELERREICHUNG

### 7.1. Ergebnisse

Die erarbeiteten Schulungsmodulare sind geeignet, die Einstellung zur Arbeit in interprofessionellen Teams sowie die regionale Vernetzung zu verbessern und die Qualität der Versorgung Schwerstkranker zu fördern.

Nach Einschätzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hat das eigene Wissen und die eigene Kompetenz durch das Projekt zugenommen.

#### Zusammenfassende Einschätzung der befragten Teilnehmer

- das Wissen zu den behandelten Themen ist gestiegen
- die Patientensicherheit ist durch die Arbeit im Team gestiegen
- die Behandlung im Team ist effizienter
- die persönliche Sicherheit in der Versorgung Schwerstkranker ist gestiegen
- die Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit ist gestiegen
- die Anzahl der Kontakte zu anderen Akteuren bei der Versorgung Schwerstkranker und die Häufigkeit der Gespräche mit Schwerstkranken und Angehörigen ist gestiegen
- eine bessere regionale Vernetzung hat sich nach Aussagen der Beteiligten etabliert (mehr Kontakte, frühzeitigere Kontakte)

Es zeigte sich auch noch 6 Monate nach Ende der Schulungsmaßnahmen ein positiver Effekt auf die Einstellung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zur Arbeit in interprofessionellen Teams.

### 7.2. Resonanz der Beteiligten

Die Zufriedenheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit dem Schulungsangebot war groß, sowohl mit den Inhalten und den Schulungsunterlagen als auch mit dem Ablauf der Fortbildungen.

Wie oben beschrieben wurden die Schulungsteilnehmer 3-mal mit Hilfe der beschriebenen Evaluationsinstrumente befragt:

- vor Beginn der Schulungsmaßnahmen
- nach Ende der 5 Schulungstermine
- 6 Monate nach dem letzten Schulungstermin

Im Folgenden sollen exemplarisch einige der in der Evaluation erhaltenen Ergebnisse und Einschätzungen angeführt werden.

#### 7.2.1. Ergebnisse zu den 5 Schulungstagen

Der Praxisbezug der Inhalte und die Anwendbarkeit im Arbeitsalltag wurden positiv bewertet. 4 von 5 Schulungstagen würden die Teilnehmer dieser Fortbildungen zu 100 Prozent ihren Kollegen weiterempfehlen, für den Schulungstag zum Thema Resilienz lag diese Rate bei 92 Prozent.

Am Ende jedes Schultages sollten die Teilnehmer Fragen zu den Referenten und Moderatoren, aber auch zum Aufwand beantworten. Dabei wurde durchweg der Umfang als angemessen eingestuft, außer bei der Thematik „Krankheitsverarbeitung“, da durch organisatorische Probleme der Vortrag erst nach der Gruppenarbeit angesetzt wurde und er dadurch seine Charakteristik als Impulsreferat verloren hatte.

In Zusammenschau mit den übrigen Ergebnissen kann der Schluss gezogen werden, dass für die Erzielung der Effekte (interprofessionelle Zusammenarbeit, regionale Vernetzung) keine zusätzlichen Schulungen erforderlich sind.

Davon unbenommen bleibt die Empfehlung, zum Erhalt der Kompetenzen und der regionalen und interprofessionellen Vernetzung gelegentlich weitere interprofessionelle Fortbildungen zu verwandten Themen anzubieten.

Obwohl die Auswertungen den Schluss erlauben, dass die Inhalte der Schulungsmaßnahme auch als Einzelfortbildungen sinnvoll wären, darf angenommen werden, dass die impliziten Ziele, die im Zusammenhang mit einer regionalen Vernetzung stehen, erst nach einer wiederholten interprofessionellen (Gruppen) Arbeit erzielt werden. Es war zu beobachten, dass die Gruppe etwa beim dritten Termin „zusammengewachsen“ war, so dass z. T. beim Abschluss Bedauern über das Auseinandergehen geäußert wurde.

#### Abfrage von Vorkenntnissen

Bei der ersten Abfrage von Vorkenntnissen Evaluationsbogen T0-1, (siehe Anlage 11.3), wurde deutlich, dass nur 8 Personen sich vor der Schulungsmaßnahme mit Fragen der interprofessionellen Teambildung beschäftigt hatten. Nur rund die Hälfte hatte vorher mindestens ein Kommunikationstraining besucht. Immerhin 75 Prozent hatten sich mit der Relevanz von Patientenwünschen beschäftigt.

Unter der Berücksichtigung des Umstands, dass im Durchschnitt jeder Teilnehmer in der Woche mehr als 8 Kontakte mit Schwerstkranken hat und im Monat mit mehr als zwei Todesfällen konfrontiert wird, sind diese Ergebnisse bezeichnend (Tabelle 3: Abfrage Vorkenntnisse, Vorerfahrungen, Evaluationszeitpunkt T0).

	Ärzte	MFA	Pflege	Sonstige
Anzahl der Befragten je Berufsgruppe	12	11	7	1

gesamt	Durchschnitt	Min.	Max.	keine Angabe	Anzahl der Befragten
Kontakt Schwerstkranke / Woche	8,6	1,0	50,0	0	31
Sterbefälle / Monat	2,5	0,0	10,0	0	31

Pflege					
Kontakt Schwerstkranke / Woche	8,9	21,0	50,0	0	7
Sterbefälle / Monat	2,4	0,0	5,0	0	7

Ärzte					
Kontakt Schwerstkranke / Woche	12,3	2,0	50,0	0	12
Sterbefälle / Monat	3,3	1,0	10,0	0	12

MFA					
Kontakt Schwerstkranke / Woche	7,4	1,0	10,0	0	11
Sterbefälle / Monat	1,8	1,0	2,0	0	11

Tabelle 3: Abfrage Vorkenntnisse, Vorerfahrungen, Evaluationszeitpunkt T0

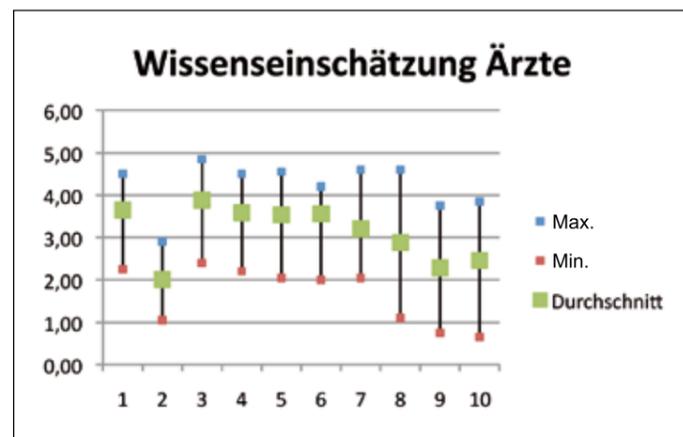
Insbesondere da wir annehmen dürfen, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Pilotprojekt bereits eine „Positivauswahl“ darstellten, bestätigt dies die im Vorfeld getätigte Annahme, dass bestimmte Kompetenzen bei den Berufsgruppen im Gesundheitswesen verstärkt geschult werden sollten.

**7.2.2. Wissens- und Selbsteinschätzung der Schulungsteilnehmer**

Die Erhebungsbogen zu den Zeitpunkten (T0-2) umfassten Fragen zum Wissen zur Versorgung Schwerstkranker und Sterbender, zur Anwendung des Wissens, zur Selbsteinschätzung der persönlichen Verarbeitung der Belastungen im Umgang mit der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender sowie Angaben zur persönlichen Haltung (siehe Anlage 11.3).

Bei der Selbsteinschätzung des Wissens bei der Befragung (T1), also nach Durchführung der Schulungen, fiel auf, dass in der Gruppe der Ärztinnen und Ärzte das Wissen über „Pflegerische Versorgung Schwerstkranker“ (2) sowie über „Abschiedsrituale“ (9) und den „Trauerprozess“ (10) unterdurchschnittlich angegeben wurde.

Wie schätzen Sie Ihr Wissen zu folgenden Themen ein?			
	kein Wissen vorhanden	Experte	keine Angabe
1. Medizinische Versorgung Schwerstkranker	◆	◆	
2. Pflegerische Versorgung Schwerstkranker	◆	◆	
3. Selbstbestimmung von Patienten (z. B. Patientenverfügung)	◆	◆	
4. Kommunikation mit Patienten	◆	◆	
5. Kommunikation mit Zugehörigen	◆	◆	
6. Kommunikation im Team	◆	◆	
7. Selbstfürsorge	◆	◆	
8. Krankheitsverarbeitung	◆	◆	
9. Abschiedsrituale	◆	◆	
10. Trauerprozess	◆	◆	



0= kein Wissen; 6= Experte

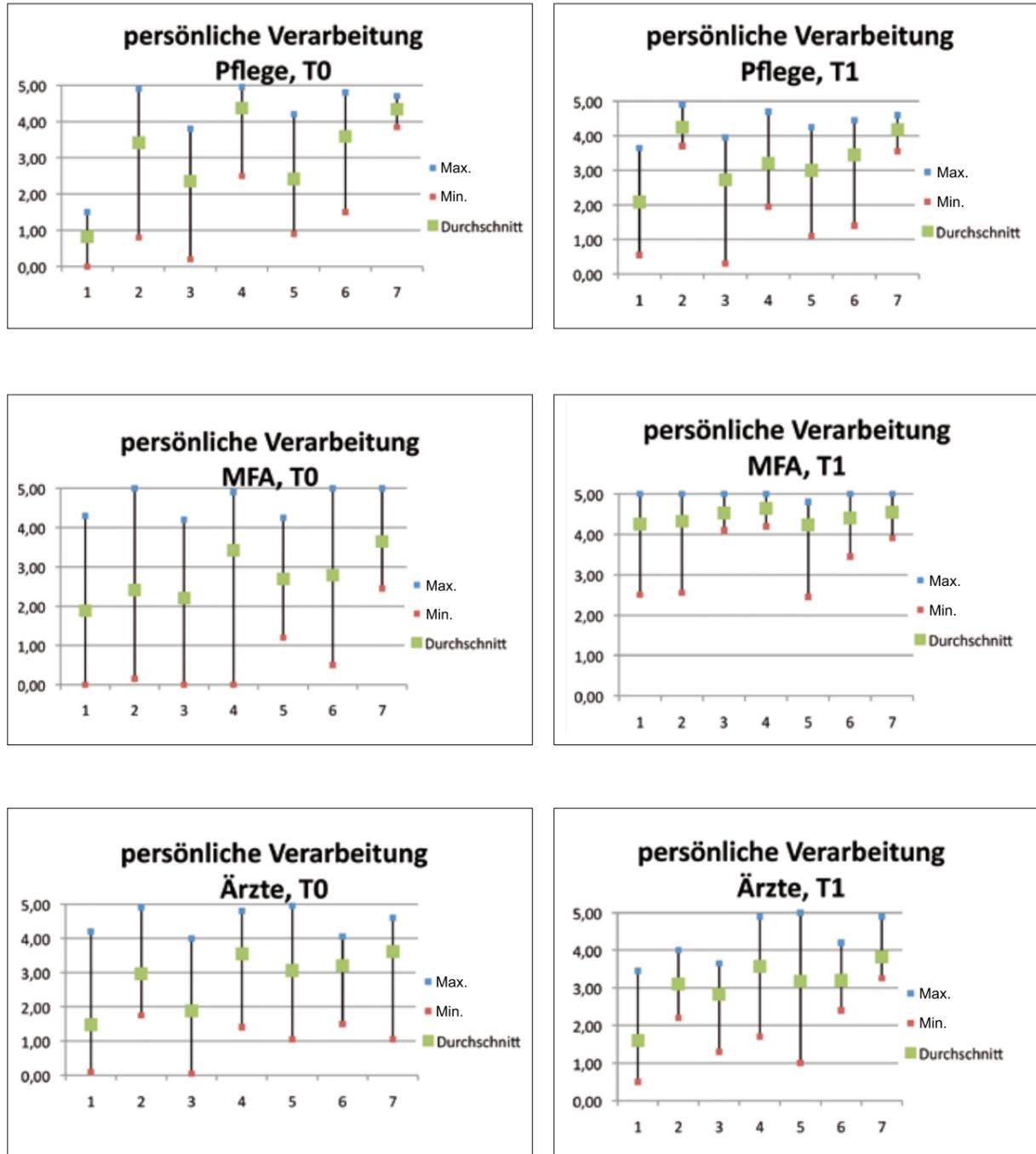
Diagramm 1: Wissenseinschätzung Ärzte, Befragung T1

**Persönliche Verarbeitung des Umgangs mit Schwerstkranken und Sterbenden, interprofessionelle Unterschiede**

Interessant sind die Antworten zur Einschätzung der persönlichen Verarbeitung mit der belastenden Situation, die die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender mit sich bringen kann. Die Frage aus dem Evaluationsbogen ist hier nochmal abgebildet, ebenso wie die Antworten, nach Berufsgruppen getrennt.

Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen bezüglich Ihrer persönlichen Verarbeitung ein			
	trifft gar nicht zu	trifft völlig zu	keine Angabe
1. Ich fühle mich mit der Versorgung Schwerstkranker überfordert	◆	◆	
2. Sobald ich die Einrichtung oder den Haushalt des Patienten verlassen habe, kann ich mich auf etwas Neues konzentrieren	◆	◆	
3. Ich habe oft Zweifel, ob ich die richtigen Worte gefunden habe	◆	◆	
4. Ich habe Menschen, mit denen ich über das reden kann, was in mir vorgeht	◆	◆	
5. Es belastet mich, wenn ich erlebe, wie Menschen leiden	◆	◆	
6. Ich übernehme gern die Versorgung Schwerstkranker	◆	◆	
7. Die Arbeit im Team hilft mir, auch mit schweren Situationen umzugehen	◆	◆	

Tabelle 4: Frage aus dem Evaluationsbogen T0-2



0= trifft garnicht zu; 6= trifftvöllig zu

Diagramm 2: Persönliche Verarbeitung Befragung T0 und T1

7.2.3. Angaben zu Veränderungen nach Ablauf der Schulungen

Sowohl bei der Befragung zum Evaluationszeitpunkt (T1), nach Ablauf der Schulungen als auch (T2) 6 Monate danach wurde gezielt nach Veränderungen im Umgang mit Schwerstkranken, Sterbenden und ihren Zugehörigen sowie bei der regionalen Vernetzung gefragt (Tabelle 5: Fragen zu Veränderungen aus dem Evaluationsbogen T1-2).

Beurteilen Sie bitte die nachfolgenden Aussagen zu Ihren persönlichen Veränderungen				
Seit Beginn des Projektes...	gesunken	unverändert	gestiegen	keine Angabe
...ist mein Wissen zu den behandelten Themen...				
...ist meine Scheu, mit Menschen über Schwerstkranke zu sprechen...				
...sind meine Probleme mit Schwerstkranken zu sprechen...				
...sind meine Probleme mit Zugehörigen zu sprechen...				
...ist die Häufigkeit meiner Gespräche mit Schwerstkranken...				
...ist meine Sicherheit in der Versorgung von Schwerstkranken...				
...ist meine Zufriedenheit mit meiner Tätigkeit...				
... ist die Anzahl meiner Kontakte zu anderen Akteuren bei der Versorgung Schwerstkranker...				
...ist die Qualität meiner Kontakte zu anderen Akteuren bei der Versorgung Schwerstkranker...				

Tabelle 5: Fragen zu Veränderungen aus dem Evaluationsbogen T1-2

Es werden hier im Weiteren einige Ergebnisse aus der Befragung zum Evaluationszeitpunkt (T2) und nicht zum Evaluationszeitpunkt (T1) angeführt. Diese nach einem halben Jahr noch nachweisbaren Veränderungen sind im Sinne der Nachhaltigkeit relevanter als die Ergebnisse unmittelbar nach Beendigung der Schulungen.

Auch 6 Monate nach Abschluss der Schulungen geben 88% der Befragten einen Wissenszuwachs durch die Schulungen an (Diagramm 3: Wissen, Befragung T2).



Diagramm 3: Wissen, Befragung T2

Sechs Monate nach Ende der interprofessionellen Schulungen geben 12 von 17 (70%) Befragten an, dass ihr Respekt für Angehörige anderer Gesundheitsberufe gestiegen ist; 6 von 16 Befragten (38%) sagen, dass die Qualität der interprofessionellen Kontakte und 7 von 14 (50%) sagen, dass die regionale Vernetzung gestiegen ist. 8 von 16 (50%) der Befragten beurteilen, dass die Versorgungsqualität bei den gemeinsam behandelten Patienten gestiegen ist.

44% der Befragten (7 von 16) sagen, dass die Zufriedenheit mit ihrer Tätigkeit seit Beginn des Schulungsprojektes gestiegen ist, 63% (10 von 16) der Befragten geben eine höhere persönliche Sicherheit im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden an. (Diagramme 4- 9).

**Seit Beginn des Projektes ist mein Respekt für Angehörige anderer Gesundheitsberufe...**



Diagramm 4: Gegenseitiger Respekt, Befragung T2

**Seit Beginn des Projektes ist die Versorgungsqualität bei gemeinsam behandelten Patienten...**



Diagramm 7: Versorgungsqualität, Befragung T2

**Seit Beginn des Projektes ist die Qualität meiner Kontakte zu anderen Akteuren bei der Versorgung Schwerstkranker...**



Diagramm 5: Interprofessionelle Kontakte, Befragung T2

**Seit Beginn des Projektes ist meine Zufriedenheit mit meiner Tätigkeit....**

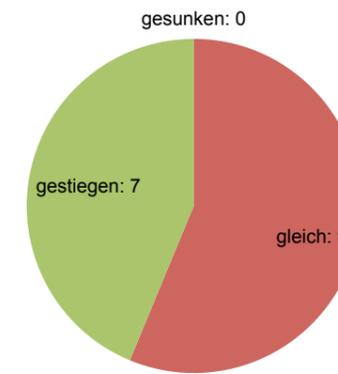


Diagramm 8: Arbeitszufriedenheit, Befragung T2

**Seit Beginn des Projektes ist der Grad meiner regionalen Vernetzung...**



Diagramm 6: Regionale Vernetzung, Befragung T2

**Seit Beginn des Projektes ist meine Sicherheit in der Versorgung von Schwerstkranken...**



Diagramm 9: Sicherheit in der Versorgung, Befragung T2

### Selbsteinschätzung Kommunikation

Bei der Selbsteinschätzung der Anwendung des Gelernten fiel eine Diskrepanz bei der erwarteten Verbesserung der kommunikativen Aspekte auf (Diagramm 10: Gespräche mit Schwerstkranken und Zugehörigen, Befragung T1 und T2). Es ergab sich offensichtlich bei vereinzelt Kursteilnehmern auch eine erhöhte Verunsicherung im Umgang mit Schwerstkranken.

Es kann vermutet werden, dass bei letzteren die gewonnenen Einblicke in Krankheitsverarbeitung und Trauer zum einen dazu geführt haben, sich mehr mit dem „richtigen“ Umgang zu beschäftigen und sie deshalb zunächst verunsichert sind, sich „richtig“ zu verhalten. Zum anderen könnten die Erkenntnisse zu einer stärkeren persönlichen Betroffenheit, einem stärkeren „Mitleiden“ führen, was zu einer Vermeidungsstrategie führen kann.

Diese Annahmen sprechen dafür, dass es für Kursteilnehmer eine Möglichkeit zur Aufarbeitung dieser Reaktionen geben sollte und in letzter Konsequenz auch für in der Versorgung Tätige bei ihrer regulären Arbeit im ambulanten Bereich die Etablierung von Supervisionsstrukturen sinnvoll sein könnten.

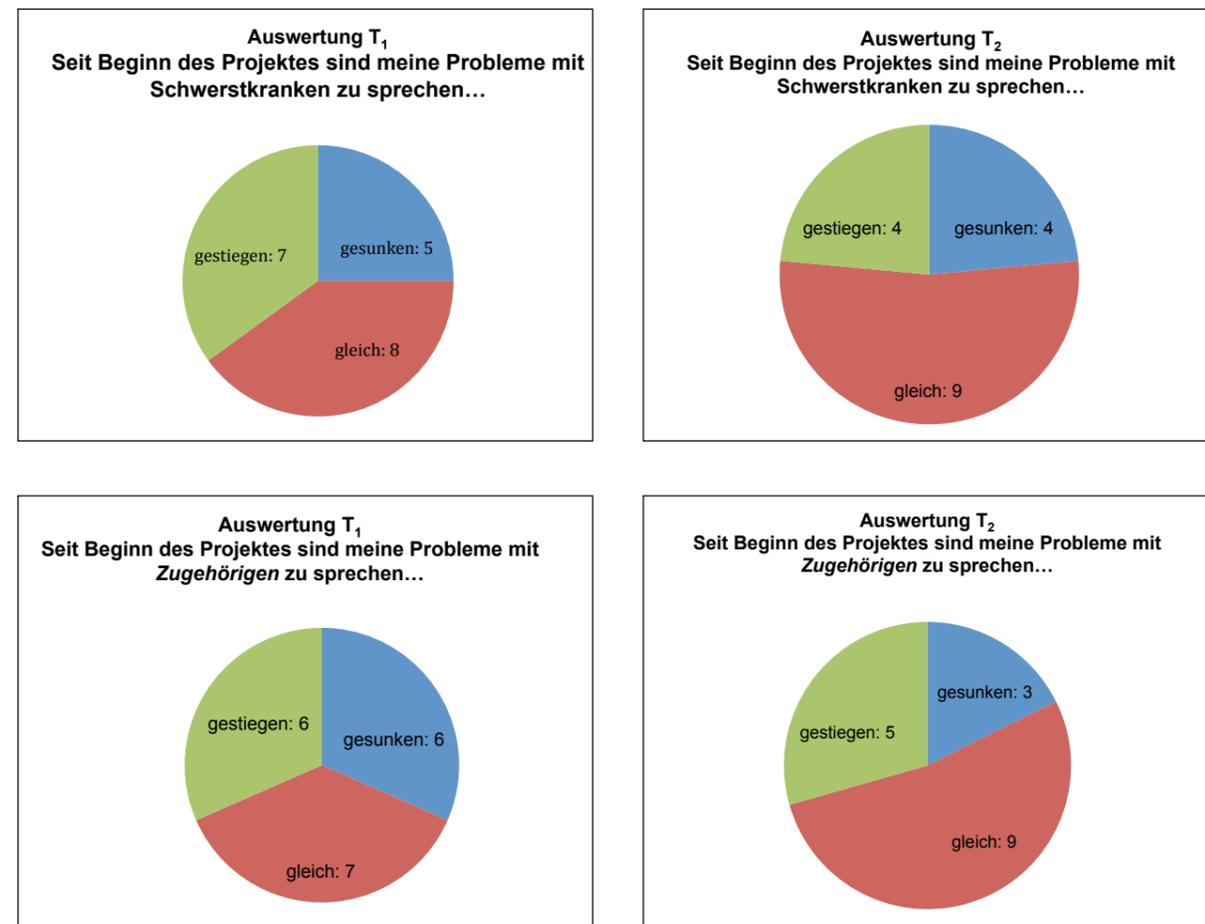


Diagramm 10: Gespräche mit Schwerstkranken und Zugehörigen, Befragung T1 und T2

### 7.2.4. Einschätzungen zur Arbeit im interprofessionellen Team

Ein Teil der Evaluation erfasste die Einschätzung der Schulungsteilnehmer zur interprofessionellen Teamarbeit. Dazu wurde der bereits in Abschnitt 2.4.4 erwähnte Fragebogen „Attitudes Toward Health Care Teams Scale (ATHCT)“ von uns aus dem Englischen übersetzt (siehe Anlage 11.4) und an allen 3 Evaluationszeitpunkten (T0-2) eingesetzt.

Mit diesem Erhebungsinstrument werden in 21 Items unterschiedliche Aspekte der Arbeit im Team, die Einschätzung der Qualität der Versorgung durch interprofessionelle Teams und die Rolle der Ärzte in interprofessionellen Teams erfragt. Durch den Einsatz dieses Erhebungsinstrumentes zu allen drei Erhebungszeitpunkten (T0-2) sollte erfasst werden, inwieweit die Schulungen die individuelle Einstellung zum Arbeiten im interprofessionellen Team beeinflusst haben.

Die Arbeit im interprofessionellen Team wird meist als Bereicherung wahrgenommen.

Es zeigt sich, dass die positive Einstellung zur Arbeit im Team im Laufe des Projektes gestiegen ist (Diagramm 11: Einstellung zur Arbeit im Team).

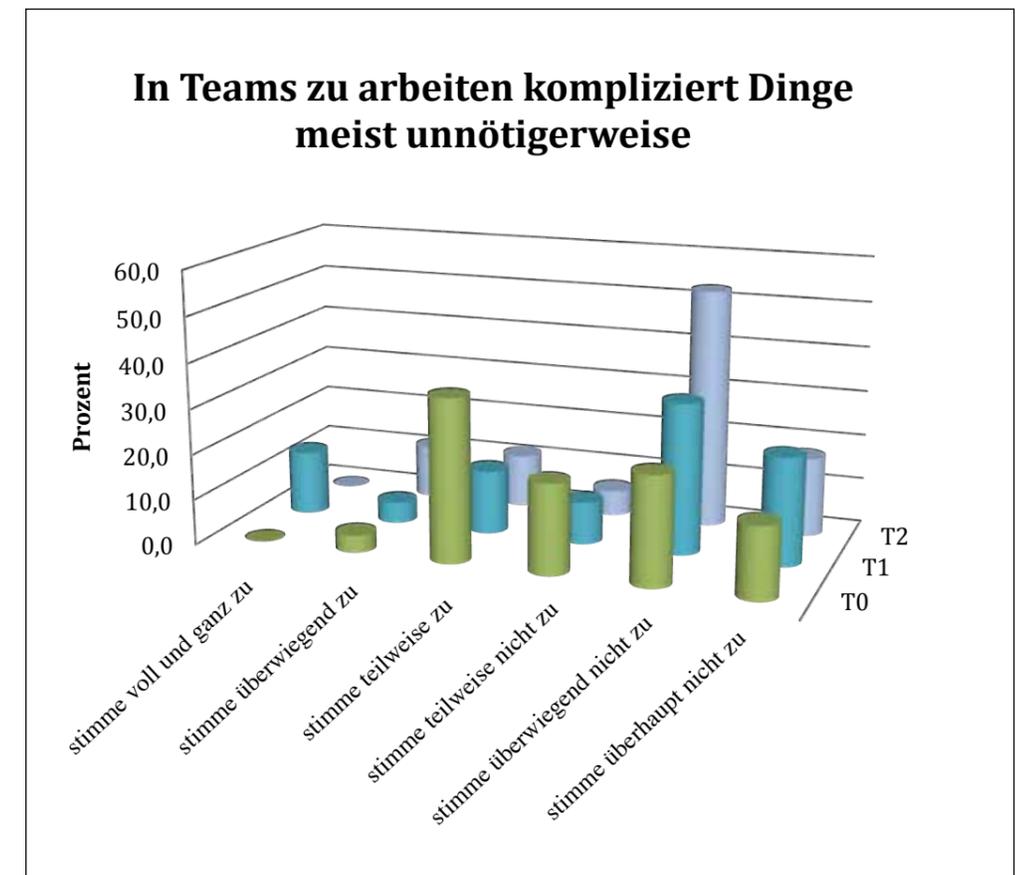


Diagramm 11: Einstellung zur Arbeit im Team

**Versorgungsqualität**

Die Teilnehmerinnen und der Teilnehmer der Schulungen sind der Meinung, dass durch die Arbeit in interprofessionellen Teams die Versorgungsqualität und die Patientenzufriedenheit steigt, Behandlungsfehler vermieden und damit die Patientensicherheit erhöht werden kann (Diagramm 12- 14). Insgesamt wurde die Behandlung im interprofessionellen Team als effizienter wahrgenommen (Diagramm 15). Auch wird das Interesse am Beruf sowie die Motivation im Beruf durch Teamarbeit erhalten (Diagramm 16).

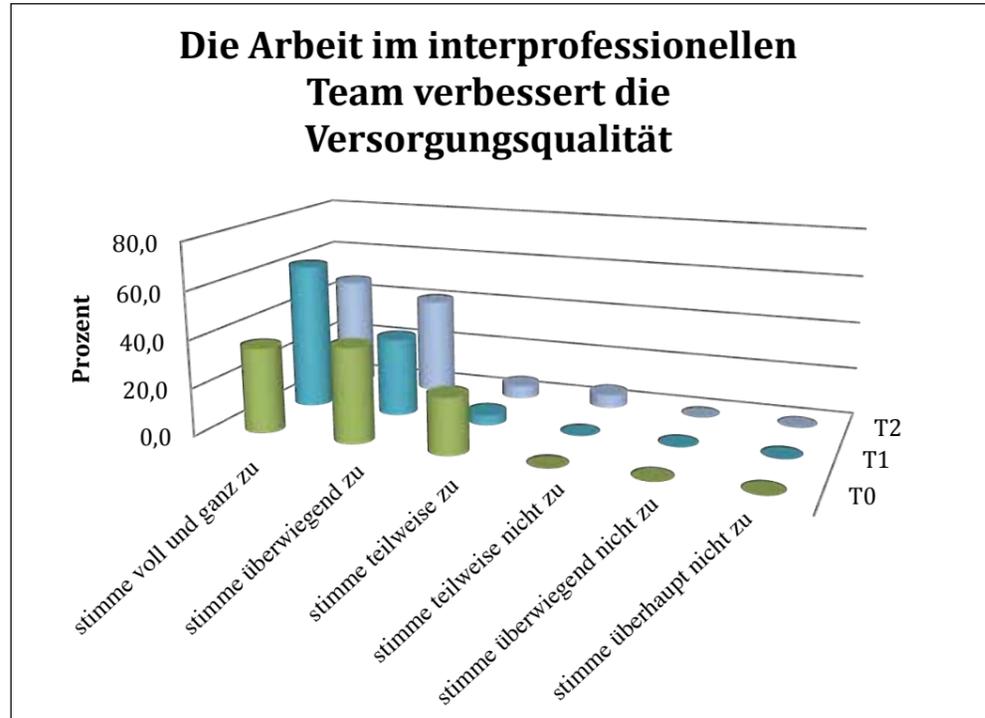


Diagramm 12: Versorgungsqualität

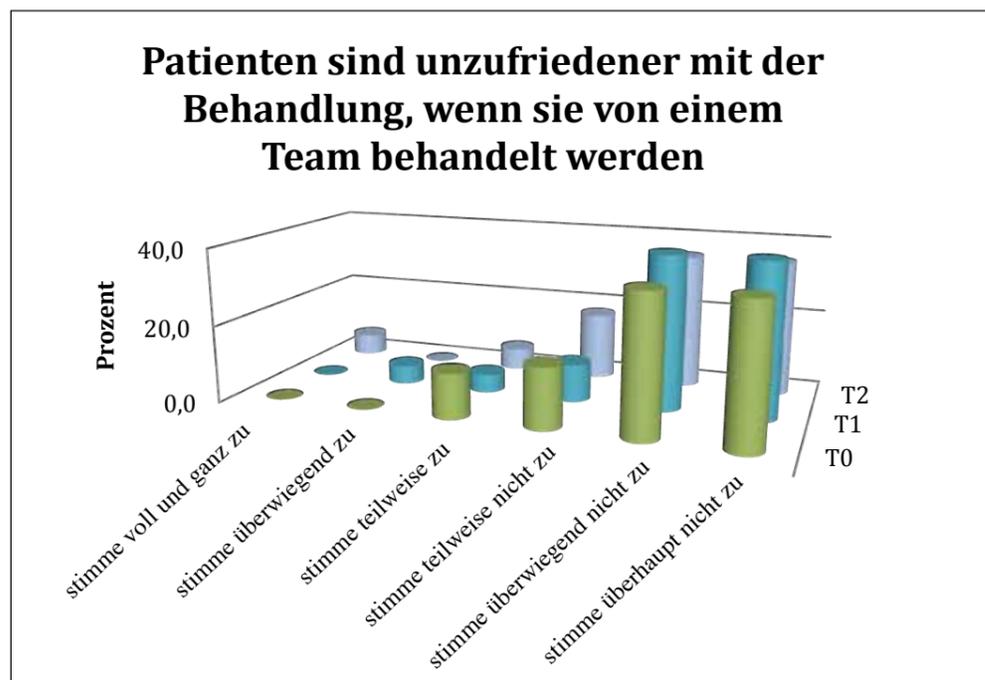


Diagramm 13: Patientenzufriedenheit

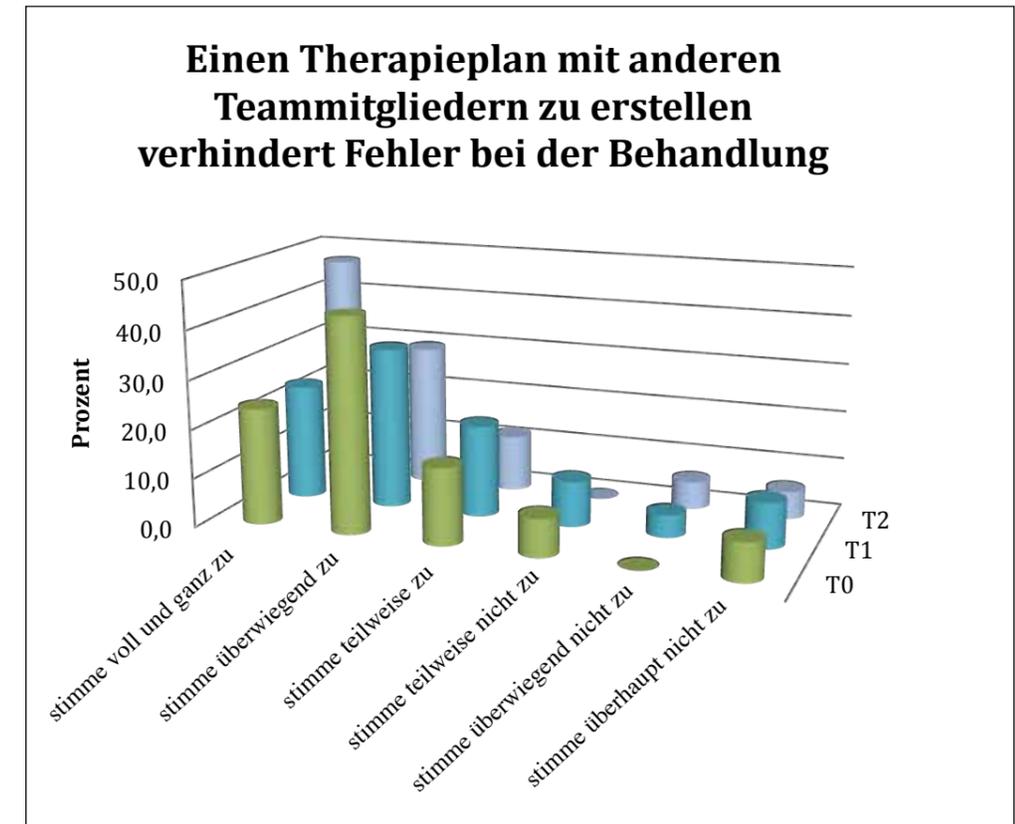


Diagramm 14: Behandlungsfehler vermeiden

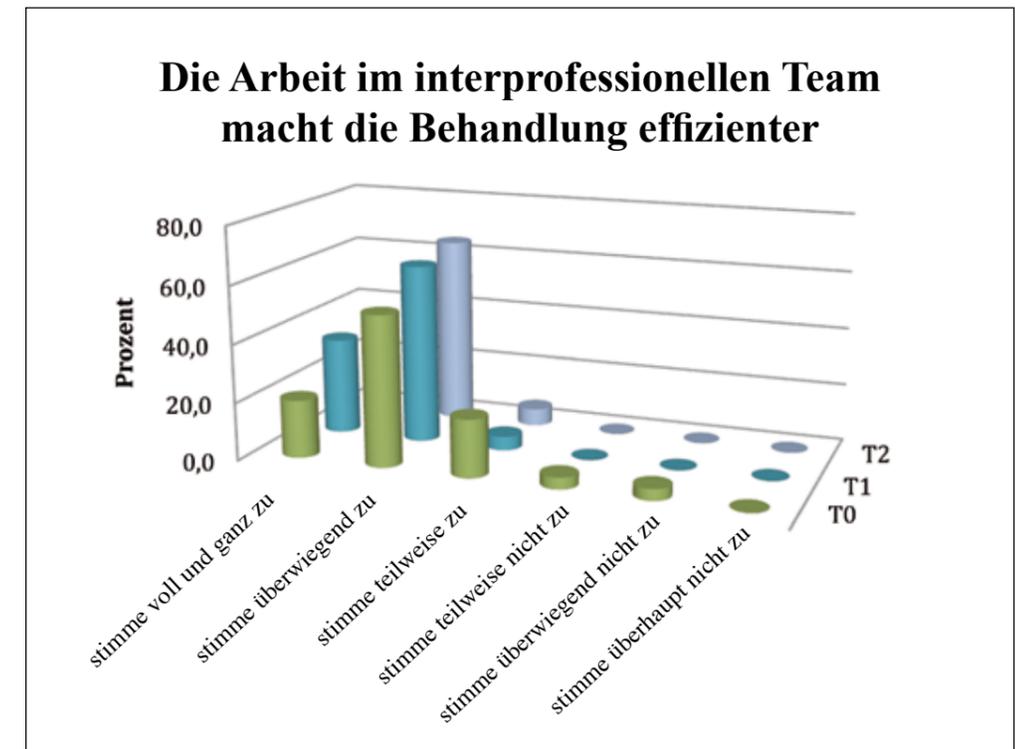


Diagramm 15: Effizienz der Behandlung

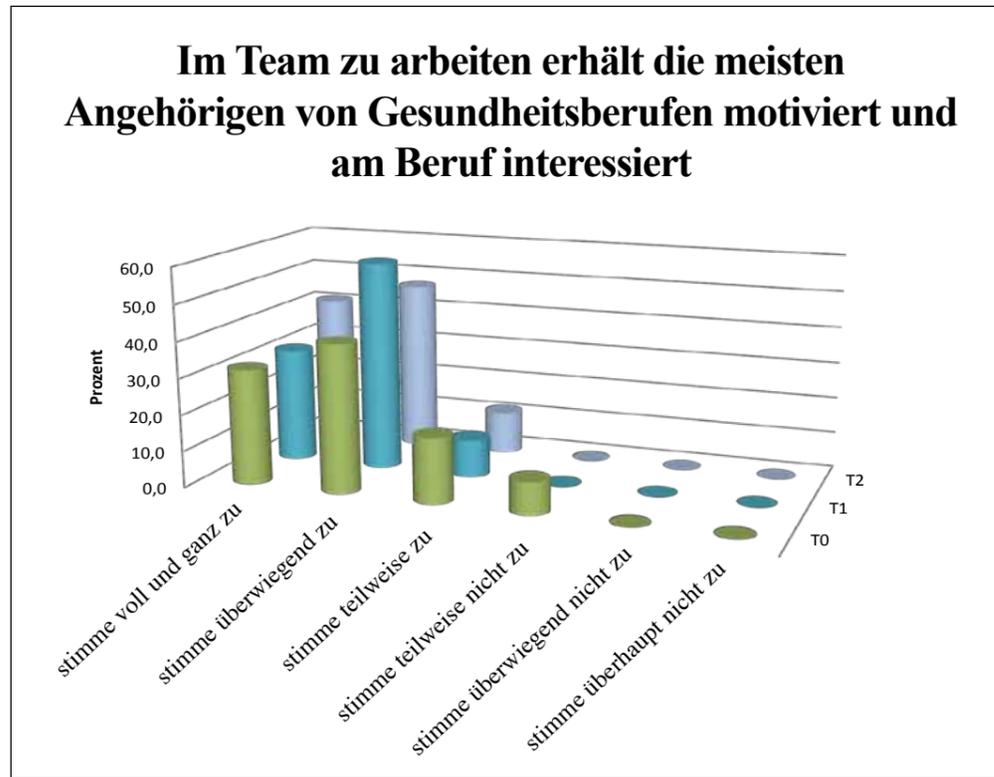


Diagramm 16: Motivation Beruf

**Teambesprechungen**

Teambesprechungen werden als positiver Faktor zur Förderung der interprofessionellen Kommunikation und zum Verständnis der unterschiedlichen Professionen angesehen. Auch der für Teambesprechungen notwendige Zeitaufwand wird positiv gesehen (Diagramm 17 und 19).

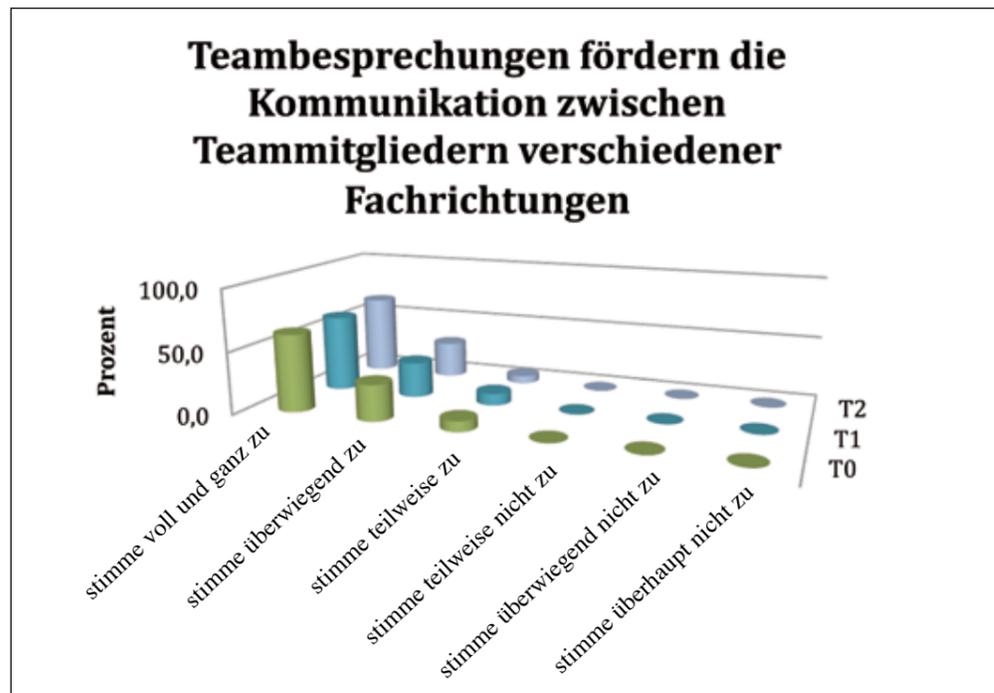


Diagramm 17: Interprofessionelle Kommunikation

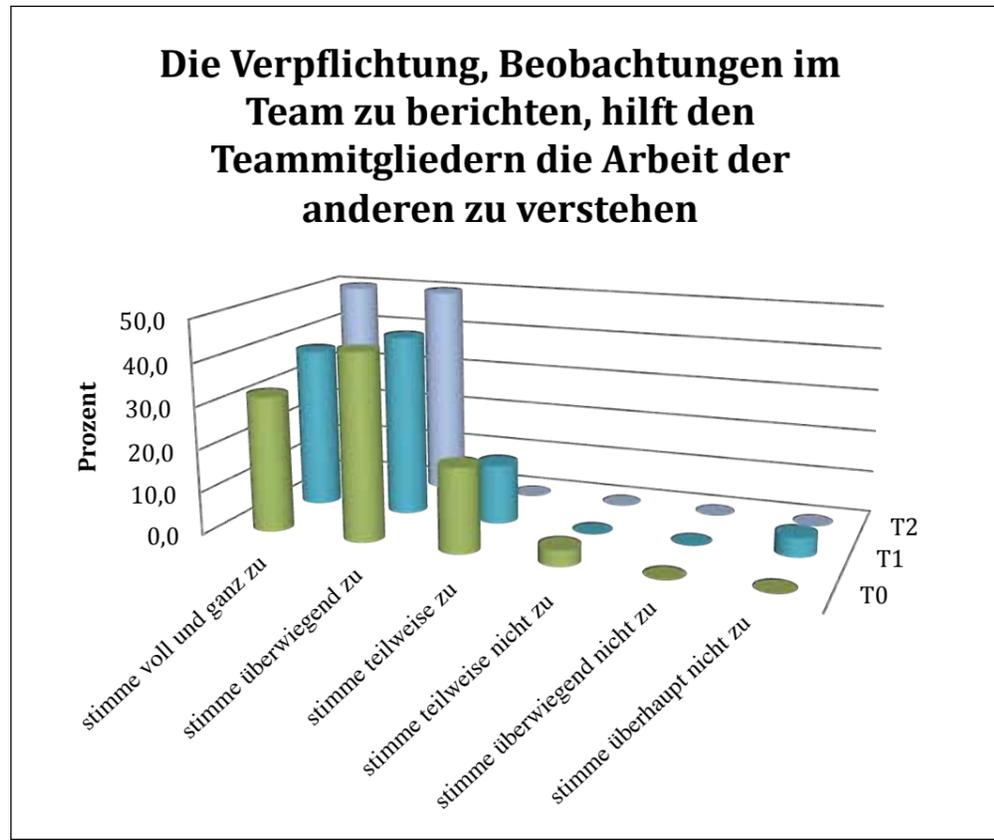


Diagramm 18: Interprofessionelles Verständnis

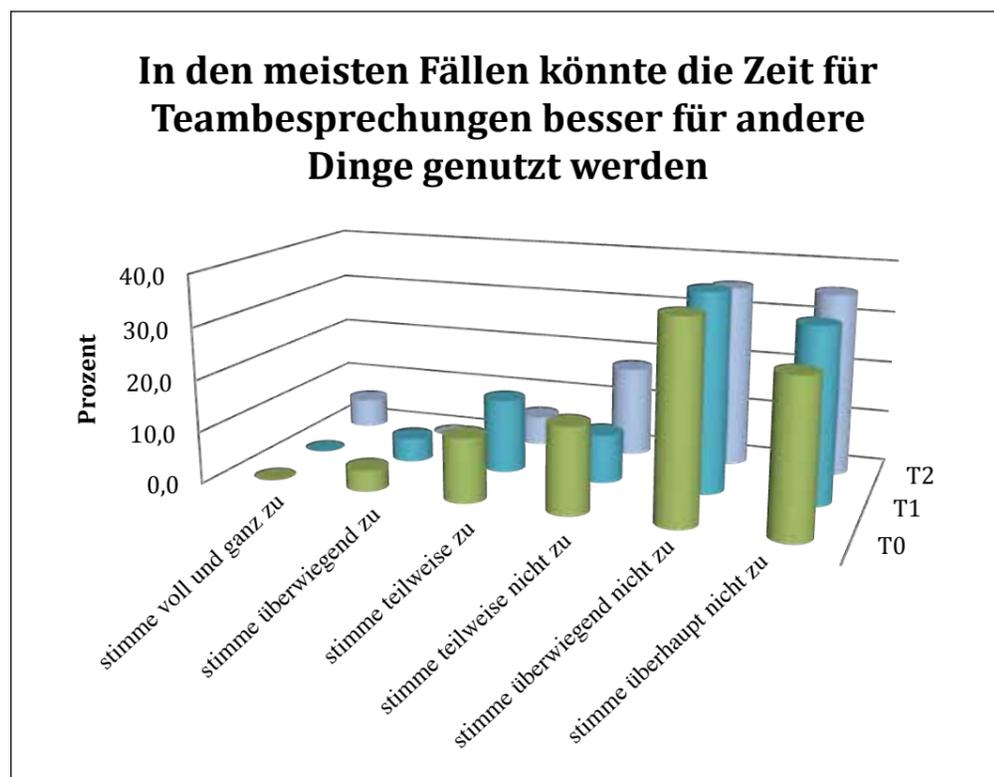


Diagramm 19: Zeitaufwand

### 7.3. Positive und negative Beobachtungen und Erfahrungen

Schon zu Beginn der gemeinsamen Schulung zeigte sich, dass befürchtete Hemmnisse zwischen Berufsgruppen schnell überwunden wurden und bei der Arbeit in den Kleingruppen alle eingebunden werden konnten. Ab dem dritten Schultag war der Gesamtkurs „zusammengewachsen“ und die Pausen wurden zunehmend zum intensiven interprofessionellen Austausch genutzt.

Die bereits weiter oben beschriebenen Probleme bei der Teilnahmetreue führen teilweise zu nur eingeschränkt nutzbaren Aussagen hinsichtlich der gemessenen Ergebnisse.

Da wir im Anschluss jedes Kurstages nicht nur eine Evaluation hinsichtlich des Konzeptes, der Inhalte und deren Darstellung durchführten, als auch die Bereitschaft, für diese Kurse zu zahlen, gefragt wurde, wurde klar, dass bei aller positiver Resonanz die Etablierung solcher Angebote auf dem freien Fortbildungsmarkt schwierig sein könnte, da eine kostendeckende Durchführung der 5 Schulungen schwierig zu sein scheint.

### 7.4. Langfristige Auswirkungen

Das Modellprojekt hat es ermöglicht, ein interprofessionelles Schulungskonzept gemeinsam mit den beteiligten Institutionen zu erarbeiten, durchzuführen und interprofessionelle Zusammenarbeit sowohl zwischen den beteiligten Institutionen als auch den Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmern zu fördern.

#### **Regionale Ausbreitung**

Die Ergebnisse und Erfahrungen des Projektes werden derzeit überregional zur weiteren Nutzung zur Verfügung gestellt, um auch in anderen Regionen die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender durch die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit verbessern zu können.

Dazu führt das IQN Informationsveranstaltungen zum Projekt und dem zugrunde liegenden Ansatz durch. Es berät Interessierte und unterstützt bei der Planung und Durchführung, immer mit dem Anspruch, die im Modellprojekt gesetzten Qualitätsanforderungen an die Durchführung solcher Schulungen zu erhalten und die neu gewonnenen Erfahrungen wieder in das Schulungskonzept einzuarbeiten.

Unabhängig davon sollen die bewährten Angebote zu interprofessionellen Schulungen zur Selbstfürsorge etc. und Kommunikationstrainings weitergeführt werden, die in Form einer „Vorlesungsreihe“ durch weitere Themen zu medizinisch-ethischen Fragen ergänzt werden können.

Während andere Anbieter und Institutionen das entwickelte Programm übernommen haben, überlegt die Ärztekammer Nordrhein, ob und wie das Konzept der interprofessionellen Schulungen auf andere Themen übertragen werden kann.

## 8. ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

### 8.1. Aktivitäten

#### 8.1.1. Internet

Da das Presseecho zum Projektstart sehr positiv war, wurde angeregt, dass die beteiligten Verbände in ihren Publikationsorganen auch im Sinne eines Zwischenberichts Aktuelles auf ihrer Homepage veröffentlichen und über den Projektverlauf berichten. So wurden die Projektbeschreibung, Zwischenberichte zum Projektstand, Berichte über die Auftakt- und Abschlussveranstaltung auf der Homepage der beteiligten Institutionen eingestellt.

#### 8.1.2. Publikationen

Schon unmittelbar nach Abschluss der Schulungsmaßnahmen wurde eine eher allgemein gehaltene Informationsbroschüre erstellt, die allen Organisationen und Personen, welche Interesse an einer Durchführung äußerten, ausgehändigt wurde. Diese Broschüre enthält eine Projektbeschreibung und zur Umsetzung der Schulung wichtige Informationen sowie das Programm der 5 Schulungstage. Zahlreiche Veröffentlichungen zum Projekt sind in der Presse erschienen (siehe Anlage 11.5). In der Region Nettetal, in der die Schulungen durchgeführt wurden, erschienen zahlreiche Artikel zu dem Projekt in der lokalen Presse, aber auch ein Artikel im *Focus* und *Welt online*. Neben Artikeln z.B. im *Deutschen Ärzteblatt*, *Rheinischen Ärzteblatt* und der *Ärzte Zeitung* wurde über das Projekt auch in verschiedenen Organen der Pflegeberufe und der Medizinischen Fachberufe berichtet.

#### 8.1.3. Vorträge und Poster

Dass die Projektkonzeption auf Interesse stößt, zeigten auch zahlreiche Anfragen, die zur Vorstellung des Projektes führten, so z.B.:

- Dresden: interprofessioneller Gesundheitskongress, 06. - 09.04.2016
- Caritas Kempen/Viersen Palliativnetzwerk: 05.10.2016
- Treffen der Kreisstellenvorsitzenden der Ärztekammer Nordrhein: 16.12.2016
- Diakonie Kaiserswerth: 16.01.2017
- Ausschuss Kommunikation der Ärztekammer Nordrhein: 17.01.2017
- Krankenhaus Irmgardis Viersen-Süchteln: 18.01.2017
- Aachen: Aachener Hospizgespräche, 22.02.2017

#### 8.1.4. Veranstaltungen

Schon vor dem offiziellen Projektstart entschied die Steuerungsgruppe, eine Auftaktveranstaltung mit Pressekonferenz durchzuführen.

##### Kick Off Veranstaltung

Das Programm der Kick Off Veranstaltung am 28.10.2015 im Haus der Ärzteschaft, zu der alle Projektbeteiligten, aber auch am Thema Interessierte eingeladen waren, sah Vorträge zu Kernthemen des Projektes vor (Programm siehe Anlage 11.6). Prof. Dr. Lukas Radbruch referierte über das Thema: „Schwerstkranken verstehen, ohne zu leiden“, Prof. Dr. Ursula Walkenhorst stellte in ihrem Vortrag die Frage „Wie kann interprofessionelles Lernen gelingen?“ und Christian Voß und Florian Jeserich von der Katholischen Akademie DIE WOLFSBURG, Essen, zeigten in ihrem Beitrag auf, dass „interprofessionelles Arbeiten mehr ist, als die Summe der einzelnen Professionen“.

##### Pressekonferenz zum Auftakt des Projektes

Zur Pressekonferenz am 28.10.2015 im Haus der Ärzteschaft erschienen zahlreiche Vertreter der regionalen sowie der Fachpresse. Jede der beteiligten Institutionen zeigte in ihrem Pressestatement auf, warum sie an dem Projekt teilnimmt und den Projektansatz für wichtig und innovativ erachtet.

##### Abschluss Symposium „interprofessionell - sektorübergreifend – regional vernetzt“

Das Programm des Abschluss Symposiums am 15.03.2017 (siehe Anlage 11.7), zu dem alle Projektbeteiligten, aber auch an interprofessioneller Zusammenarbeit Interessierte, eingeladen waren, sah Vorträge von Experten zu Kernthemen vor, die im Zusammenhang mit dem Projekt stehen:

Dr. Beat Sottas berichtete über Erkenntnisse zur interprofessionellen Zusammenarbeit, Prof. Dr. Christian Schütte-Bäumner referierte über „Kommunikation im Team“ und Veronika Schönhofer-Nellessen über die Herausforderungen der regionalen Vernetzung.



Foto 5: Abschluss Symposium am 15.3.2017 im Haus der Ärzteschaft

##### Pressekonferenz zur Vorstellung des Projekt-Abschlussberichtes

Zur Vorstellung des Abschlussberichts ist eine Pressekonferenz am 04.07.2017 im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf geplant.

### 8.2. Resonanz

Einladung zu unterschiedlichen Kongressen und Workshops sowie verschiedene Presseartikel zeigen, dass die interprofessionelle Projektkonzeption und das erarbeitete Fortbildungsangebot auf weites Interesse stößt, das Thema befördert und in weiteren Regionen durchgeführt werden kann.

## 9. PERSPEKTIVEN

Nach Einschätzung der am Projekt beteiligten Institutionen und Teilnehmer haben sich die Konzeption und das Schulungskonzept bewährt. Für die Fortführung des Projektes sind folgende weitere Schritte vorgesehen:

### 9.1. Regionale Ausbreitung

Wie im Abschnitt 7.4 dargestellt, ist eine weitere Ausbreitung der Schulungen geplant. Dazu werden auch die Strukturen der beteiligten Institutionen genutzt.

Die Ersten, die das Programm in eigener Zuständigkeit durchführen wollen, sind:

- in Viersen-Süchteln das Irmgardis-Krankenhaus voraussichtlich Anfang 2018
- die Diakonie Kaiserswerth will Anfang 2018 voraussichtlich in 1-2 Regionen starten und überlegt, zusätzlich die interprofessionellen Fortbildungsmodule in ihr Schulungsangebot mit aufzunehmen.
- in Aachen werden die Module vom „Bildungswerk Aachen“ im Schulungsprogramm bereits angeboten und in der Region Aachen als regionales Konzept an ein Krankenhaus angebunden ab Anfang 2018 durchgeführt

### 9.2. Sicherung der Nachhaltigkeit

Zur Sicherung der Nachhaltigkeit der durch die Schulungen erzielten Verbesserungen der Arbeit im interprofessionellen Team und zur Förderung der regionalen Vernetzung sollten regelmäßige weitere Treffen oder gemeinsame Schulungen der regionalen Teams verankert werden. Auch sollten die Fortbildungsangebote möglichst vielen Mitarbeitern der Einrichtungen ermöglicht werden.

Diese könnten z.B. einmal bis maximal zweimal pro Jahr mit weiteren Themen zur Kommunikation, Selbstfürsorge oder besonderen, regional geprägten Themen zur Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in den beteiligten Krankenhäusern oder Pflegeheimen, die über die Räumlichkeiten zur Schulung verfügen, durchgeführt werden.

Hier sollten interprofessionell geprägte Angebote, die ggf. nur an die regionalen Gegebenheiten angepasst werden müssen, zur Verfügung stehen, um die Sicherung der Nachhaltigkeit so weit wie möglich zu vereinfachen.

Als kritische und noch nicht zufriedenstellend gelöste Herausforderung zeigt sich, dass zur Verstetigung solcher Fortbildungsangebote die Leitung von Institutionen (Krankenhaus, Pflegeheim, ambulanter Pflegedienst etc.) frühzeitig in das Konzept der Schulungsmaßnahmen und die Bemühungen zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Schulungsergebnisse einbezogen werden muss. Hier sind zukünftig noch entsprechende Wege zu definieren.

### 9.3. Zusammenarbeit mit Projektpartnern

Die Zusammenarbeit der Projektpartner war sehr konstruktiv. Durch die interprofessionelle Zusammensetzung konnten verschiedene Aspekte bei der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender besonders gut dargestellt und berücksichtigt werden. Auch die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit für die zukünftige, qualitativ hochstehende Patientenversorgung konnte anhand dieses Modellprojektes aufgezeigt werden.

Aufgrund der positiven Erfahrungen wurde schon ein nächstes gemeinsames Projekt der beteiligten Institutionen mit noch weiteren Institutionen aus dem Gesundheitsbereich ins Auge gefasst.

## 10. DANKSAGUNG

Wir bedanken uns bei der Robert Bosch Stiftung für die finanzielle Unterstützung des Projekts. Bei den Teilnehmern der Steuerungsgruppe, der Projektgruppe, den Moderatoren und Referenten sowie bei den Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmern bedanken wir uns für die interessierte, kreative und engagierte Mitarbeit, ohne die wir das Projekt nicht so erfolgreich hätten durchführen können.

Rudolf Henke,  
Präsident der Ärztekammer Nordrhein

Ulrich Langenberg,  
Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Nordrhein

Dr. med. Martina Levartz, MPH,  
Geschäftsführerin des Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein

# 11. ANLAGEN

## 11.1. Projektposter

**Interprofessionelle Schulung und Förderung der Kommunikation und Selbstfürsorge bei der Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden**  
gefördert von der Robert Bosch Stiftung



**Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein**  
Einrichtung einer Körperschaft öffentlichen Rechts

---

**Zielgruppe: interprofessionell – transsektoral**



Stationär	1 Internistische Abteilung Akutkrankenhaus	Ärztinnen / Ärzte und Krankenpflegekräfte Altenpflegekräfte
	1 Pflegeheim	
Ambulant	5 Hausarztpraxen je 1 Ambulanter Pflegedienst	Ärztin / Arzt und MFA Pflegekräfte

---

**Fortbildung: fallbasiert – problemorientiert**

Anhand der Krankengeschichte von „Herrn Nette“ werden verschiedene Aspekte mit hohem Stellenwert für eine gute Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden in interprofessionellen Gruppen erarbeitet. Herr Nettos Krankengeschichte liefert die Grundlage für die Bearbeitung der Themen:

Anfang Pflegebedarf  
Haltung

**Haltung - Was will / braucht die PATIENTIN / der PATIENT?**  
Jedes Individuum hat eigene Vorstellungen und Wünsche, geprägt von der eigenen Geschichte. Es steht Angehörigen der Gesundheitsberufe nicht zu, über diese Wünsche hinwegzugehen. Sie können beraten, aber nicht voraussetzen, dass ihr Gegenüber das Gleiche will wie sie.

Stabiler Pflegebedarf  
Umgang mit Krankheit

**Umgang mit Krankheit - Was geht in der PATIENTIN / im PATIENTEN vor?**  
Krankheiten sind Krisen. Es gibt verschiedene Modelle, wie Menschen mit Krisen umgehen. Unterschiedliche Stimmungen können Ausdruck der Krankheitsverarbeitung sein.

Verschlechterung des GZ  
Kommunikation

**Kommunikation - Wie rede ich mit der PATIENTIN / dem PATIENTEN?**  
Aktives Zuhören – eine der vielen Methoden, um besser zu Kommunizieren. Insbesondere Menschen in Krisensituationen nutzen Metaphern und eine bildhafte Sprache, die verstanden sein will.

Palliativ /  
Heimunterbringung  
Resilienz

**Resilienz - PATIENTEN verstehen, ohne zu leiden**  
Wer tagtäglich mit Krankheit und Tod konfrontiert wird, braucht Strategien, um diese Eindrücke, Emotionen etc. zu verarbeiten. Dabei geht es zum einen um Dinge, die jeder für sich als Ausgleich nutzen kann, zum anderen um die Funktion des Teams (am Arbeitsplatz) als Stütze und Regulativ.

Sterbephase  
Trauer

**Trauer - Abschied nehmen von einer PATIENTIN / einem PATIENTEN**  
Sozialstruktur und Kultur haben großen Einfluss auf Trauer und Trauerverarbeitung. Entsprechend gibt es kleine und größere Rituale, um Abschied zu nehmen. Jeder sollte seinen Ritus finden...

---

**Ziele: Vernetzen – Versorgen**



- Gemeinsam lernen
- Einander (regional) kennen lernen
- Einander verstehen lernen
- Mehr sein, als die Summe der einzelnen Kompetenzen
- Patientinnen und Patienten verstehen lernen
- Besser miteinander und mit den Patientinnen und Patienten reden lernen
- Probleme gemeinsam schneller lösen
- Patientinnen und Patienten besser versorgen
- Mehr Zufriedenheit bei der Arbeit

---

Die Projektpartner



## 11.2. Termine im Projekt

Datum	
(31.08.2015)	1. Sitzung Steuerungsgruppe: Einführung in das Projekt / Begrifflichkeiten / Zeitplan, Planung einer Kick off Veranstaltung / Pressekonferenz, Zusammensetzung der Projektgruppe, Festlegung des Arbeitsplans 17.02.2016
28.09.2015	1. Sitzung Projektgruppe: Projektvorstellung, Diskussion möglicher Inhalte / Evaluationsinstrumente, Arbeitsplan
28.10.2015	2. Sitzung Steuerungsgruppe: Sachstandsbericht, Weiteres Vorgehen, Vorschläge für Region und Zusammensetzung der Projektteilnehmer
28.10.2015	2. Sitzung Projektgruppe: Sachstand, Diskussion Inhalte, Befragungsbogen
03.12.2015	3. Sitzung Projektgruppe: Bericht Kick Off Veranstaltung, Presseecho, Diskussion Befragungsbogen, Erarbeitung Fortbildungsinhalte
13.01.2016	4. Sitzung Projektgruppe: Fertigstellung Fragebogen, Erarbeitung Inhalte 1. und 2. Schulung
17.02.2016	1. Schulung – Thema: Haltung
07.03.2016	5. Sitzung Projektgruppe: Erarbeitung Inhalte 3. Schulung
16.03.2016	2. Schulung – Thema: Krankheitsverarbeitung
19.04.2016	6. Sitzung Projektgruppe: Erarbeitung Inhalte 4. Schulung
20.04.2016	3. Schulung – Thema: Kommunikation
27.04.2016	3. Sitzung Steuerungsgruppe: Bericht über die ersten Schulungen, Treffen in Berlin, Vortrag in Dresden
25.05.2016	4. Schulung – Thema: Resilienz
30.05.2016	7. Sitzung Projektgruppe: Erarbeitung Inhalte 5. Schulung
22.06.2016	5. Schulung – Thema: Umgang mit Trauer, Abschiedsrituale
10.08.2016	4. Sitzung Steuerungsgruppe: Bericht über bisherigen Verlauf, Planung einer Abschlussveranstaltung, Weiterführung des interprofessionellen Fortbildungsansatzes in der Fläche
12.09.2016	8. Sitzung Projektgruppe: Bericht über 5. Schulung, konkrete Planung der Abschlussveranstaltung, Weiterführung des interprofessionellen Fortbildungsansatzes in der Fläche
Zw. 09.2016 und 03.2017	Vorstellung des Projekts bei unterschiedlichen Gremien. z.B. bei den Aachener Hospizgesprächen, Sitzung der Kreisstellenvorsitzenden der Ärztekammer Nordrhein, Caritas Viersen, Diakonie Kaiserswerth
15.03.2017	Abschlusssymposium: „interprofessionell - sektorübergreifend – regional vernetzt“

11.3. Evaluationbogen Wissen, persönlicher Verarbeitung, Erfahrung Veränderung

Evaluationsbogen, Fassung T 1

<b>Erhebung T 1</b>	<b>Interprofessionelle Schulung und Förderung der Kommunikation und Selbstfürsorge bei der Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden</b>
---------------------	--

Sie sind? Ärztin / Arzt  MFA  Angehörige / Angehöriger eines Pflegeberufs

Zu wie vielen Schwerstkranken haben Sie pro Woche Kontakt? \_\_\_\_\_

Wie viele Sterbefälle erleben Sie durchschnittlich pro Monat? \_\_\_\_\_

Wie oft kommt es zu Statuswechseln (Verlegung/Einweisung...) pro Monat? \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie bei der Beantwortung der nachfolgenden Fragen – sofern nicht klassisch ein Ankreuzen vorgesehen ist (z. B. „keine Angaben“) - die abgebildete Linie mit einem Strich an der Stelle zu kreuzen, dies bei der Beantwortung auf einer Skala von „0“ bis „100“ (sprachlich angepasst) einordnen würden. B



Wie schätzen Sie Ihr Wissen zu folgenden Themen ein?	kein Wissen vorhanden	Experte	keine Angabe
Medizinische Versorgung Schwerstkranker	◆	◆	
Pflegerische Versorgung Schwerstkranker	◆	◆	
Selbstbestimmung von Patienten (z. B. Patientenverfügung)	◆	◆	
Kommunikation mit Patienten	◆	◆	
Kommunikation mit Zugehörigen	◆	◆	
Kommunikation im Team	◆	◆	
Selbstfürsorge	◆	◆	
Krankheitsverarbeitung	◆	◆	
Abschiedsrituale	◆	◆	
Trauerprozess	◆	◆	

Wie schätzen Sie sich selbst bei der Anwendung des Wissens ein?	völlig unsicher	völlig sicher	keine Angabe
Ich bin bei der medizinischen Versorgung Schwerstkranker..	◆	◆	
Ich bin bei der pflegerischen Versorgung Schwerstkranker...	◆	◆	
Ich bin bei der Einbeziehung der Patientenwünsche...	◆	◆	
Ich bin bei der Gesprächsführung mit Patienten...	◆	◆	
Ich bin bei der Gesprächsführung mit Zugehörigen...	◆	◆	
Ich bin bei der Gesprächsführung im Team...	◆	◆	

Ich bin bezüglich meiner Strategien zur Selbstfürsorge...	◆	◆	
Ich bin bezüglich der Einschätzung von Trauerreaktionen	◆	◆	

Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen bezüglich Ihrer persönlichen Verarbeitung ein	trifft gar nicht zu	trifft völlig zu	keine Angabe
Ich fühle mich mit der Versorgung Schwerstkranker überfordert	◆	◆	
Sobald ich die Einrichtung oder den Haushalt des Patienten verlassen habe, kann ich mich auf etwas Neues konzentrieren	◆	◆	
Ich habe oft Zweifel, ob ich die richtigen Worte gefunden habe	◆	◆	
Ich habe Menschen, mit denen ich über das reden kann, was in mir vorgeht	◆	◆	
Es belastet mich, wenn ich erlebe, wie Menschen leiden	◆	◆	
Ich übernehme gern die Versorgung Schwerstkranker	◆	◆	
Die Arbeit im Team hilft mir, auch mit schweren Situationen umzugehen	◆	◆	

Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen ein	trifft gar nicht zu	trifft völlig zu	keine Angabe
Für eine Patientin / einen Patienten ist vor allem wichtig...			
...dass offen und ehrlich mit ihr / ihm umgegangen wird	◆	◆	
...dass sie / er nicht alleine ist	◆	◆	
...dass ihr / ihm zugehört wird	◆	◆	
...dass sie / er keine Schmerzen haben muss	◆	◆	
...dass für sie / ihn alle medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden	◆	◆	
...dass sie / er jederzeit selbstbestimmt entscheiden kann	◆	◆	
...dass die eigene Autonomie so lange wie möglich erhalten bleibt	◆	◆	

Beurteilen Sie bitte die nachfolgenden Aussagen zu Ihren persönlichen Veränderungen	gesunken	unverändert	gestiegen	keine Angabe
Seit Beginn des Projektes...				
...ist mein Wissen zu den behandelten Themen...				
...ist meine Scheu, mit Menschen über Schwerstkranke zu sprechen...				
...sind meine Probleme mit Schwerstkranken zu sprechen...				
...sind meine Probleme mit Zugehörigen zu sprechen...				
...ist die Häufigkeit meiner Gespräche mit Schwerstkranken...				
...ist meine Sicherheit in der Versorgung von Schwerstkranken...				
...ist meine Zufriedenheit mit meiner Tätigkeit...				
... ist die Anzahl meiner Kontakte zu anderen Akteuren bei der Versorgung Schwerstkranker...				
...ist die Qualität meiner Kontakte zu anderen Akteuren bei der Versorgung Schwerstkranker...				

## 11.4. Attitudes Toward Health Care Teams Scale (ATHCT) in Übersetzung

T0								
Meiner Meinung nach:		stimme voll und ganz zu	stimme überwiegend zu	stimme teilweise zu	stimme teilweise nicht zu	stimme überwiegend nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	leer
1	In Teams zu arbeiten kompliziert Dinge meist unnötigerweise	0	1	9	5	6	4	0
2	Die Teamhaltung verbessert die Versorgungsqualität	9	10	6	0	0	0	0
3	Teambesprechungen fördern die Kommunikation zwischen Teammitgliedern verschiedener Fachrichtungen	15	7	2	0	0	0	1
4	Ärzte haben das Recht Behandlungspläne, die vom Team entwickelt wurden, abzuändern	2	4	9	5	1	3	1
5	Patienten, die von Teams behandelt werden, werden häufiger als ganze Person behandelt als andere	2	13	8	1	0	0	1
6	Die wichtigste Aufgabe eines Teams ist es Ärzte dabei zu unterstützen Behandlungsziele für Patienten zu erreichen	7	6	8	3	1	0	0
7	Im Team zu arbeiten erhält die meisten Angehörigen von Gesundheitsberufen motiviert und am Beruf interessiert	7	9	4	2	0	0	3
8	Patienten sind unzufriedener mit der Behandlung, wenn sie von einem Team behandelt werden	0	0	3	4	9	9	0
9	Einen Therapieplan mit anderen Teammitgliedern zu erstellen verhindert Fehler bei der Behandlung	6	11	4	2	0	2	0
10	Wenn interdisziplinäre Therapiepläne erstellt werden, wird viel Zeit damit verschwendet die unterschiedlichen Fachjargons zu übersetzen	0	2	7	2	9	2	3
11	Angehörige von Gesundheitsberufen, die in Teams arbeiten, sind empfänglicher für die emotionalen und finanziellen Bedürfnisse von Patienten	2	8	9	1	2	2	1
12	Einen interdisziplinären Behandlungsplan zu erstellen ist extrem zeitaufwändig	1	6	6	3	7	1	1
13	Der Arzt sollte nicht immer das letzte Wort bei Entscheidungen des Behandlungsteams haben	4	4	6	1	7	2	1
14	Das Geben und Nehmen unter Teammitgliedern hilft dabei bessere Entscheidungen in der Behandlung zu treffen	11	11	3	0	0	0	0
15	In den meisten Fällen, könnte die Zeit für Teambesprechungen besser für andere Dinge genutzt werden	0	1	3	4	9	7	1
16	Der Arzt trägt in letzter Instanz die Verantwortung für die Entscheidungen des Teams	12	7	2	1	1	0	2
17	Krankenhauspatienten, die von Teams behandelt werden, sind besser auf eine Entlassung vorbereitet als andere Patienten	2	7	9	1	0	2	4
18	Ärzte sind naturbedingt Teamführer	1	1	5	7	6	3	2
19	Die Teamhaltung macht die Behandlung effizienter	5	13	5	1	1	0	0
20	Die Teamhaltung ermöglicht es den Angehörigen der Gesundheitsberufe sowohl die Bedürfnisse von Hausärzten als auch Patienten zu erfüllen	5	11	6	1	0	0	2
21	Die Verpflichtung Beobachtungen im Team zu berichten hilft den Teammitgliedern die Arbeit der anderen zu verstehen	8	11	5	1	0	0	0

## 11.5. Pressespiegel

Datum	In/von	Titel	Pressemedium
28.10.2015	Ärztammer Nordrhein u.a.	Pilotprojekt zur guten Kommunikation mit schwerstkranken und sterbenden Menschen	Pressemitteilung
28.10.2015	Ärztammer Nordrhein Statement des Präsidenten Rudolf Henke	Pilotprojekt zur guten Kommunikation mit schwerstkranken und sterbenden Menschen	Statement des Präsidenten
28.10.2015	Pflegerat NRW Landesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen	Pressekonferenz zum Thema Interprofessionelle und sektorübergreifende Betreuung Schwerstkranker und Sterbender	Pressemitteilung
28.10.2015	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin Statement des Präsidenten Prof. Dr. Radbruch	Ärztenschaft, Pflege und Medizinische Fachangestellte starten Projekt zur einfühlsamen Kommunikation bei der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender	Statement des Präsidenten
28.10.2015	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Dr. Heike Zimmermann	Interprofessionelle Schulung und Förderung der Kommunikation und Selbstfürsorge bei der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender	Statement anlässlich Pressekonferenz
28.10.2015	Deutsche Presseagentur	Pilotprojekt: Mediziner werden im Umgang mit Sterbenden geschult	Artikel
28.10.2015	Deutsches Ärzteblatt	Kommunikation mit schwerstkranken und sterbenden Menschen verbessern	Artikel
28.10.2015	Ärzte Zeitung online	Schulung Ärzte, Pfleger und Co.: Schwerstkranken richtig betreuen	Artikel
28.10.2015	Ärztlicher Nachrichtendienst, Ruth Bahners	Pilotprojekt: Ärzte sollen im Umgang mit Sterbenden geschult werden	Artikel
28.10.2015	bild.de	Training für Ärzte zum Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden	Artikel
28.10.2015	Focus	Training für Ärzte zum Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden	Artikel
28.10.2015	WELT ONLINE	Training für Ärzte zum Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden	Artikel
28.10.2015	krankenkassen.de	Training für Ärzte zum Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden	Artikel
28.10.2015	pharmazeutische-zeitung.de	Schulungs-Projekt: Ärzte im Umgang mit Sterbenden	Artikel

Datum	In/von	Titel	Pressemedium
29.10.2015	Rheinische Post	Ärzte sollen Begleitung Sterbender lernen	Artikel
29.10.2015	Der Westen, Annika Fischer	Wie Ärzte, Pfleger, Helferinnen mit sterbenden Patienten reden	Artikel
29.10.2015	General-Anzeiger	Ärzte lernen Umgang mit Sterbenden	
30.10.2015	Ärzte Zeitung, Ilse Schlingensiepen	Schwerkranke: Jeder im Team ist gefragt	Artikel
30.10.2015	Ärzte Zeitung, Ilse Schlingensiepen	Doppelte Herausforderung	Kommentar
16.11.2015	Städtisches Krankenhaus Nettetal GmbH	Nettetal Krankenhaus: Mitarbeiter werden in Kommunikation mit Schwerstkranken geschult	Pressemitteilung
26.11.2015	Rheinische Post	Krankenhaus: Umgang mit Schwerstkranken lernen	Artikel
November 2015	Westdeutschen Zeitung,	Krankenhaus: Umgang mit Schwerstkranken lernen	Artikel
November 2015	Grenzland Nachrichten	Krankenhaus: Umgang mit Schwerstkranken lernen	Artikel
November 2015	Stadt Spiegel	Krankenhaus: Umgang mit Schwerstkranken lernen	Artikel
November 2015	Extra-Tipp	Krankenhaus: Umgang mit Schwerstkranken lernen	Artikel
30.11.2015	Rheinisches Ärzteblatt 12/2015 Seite 7	Startschuss für Pilotprojekt zur Kommunikation mit Schwerstkranken und Sterbenden	Artikel
04.12.2015	Medical Tribune 50. Jahrgang Nr. 49 Politik und Management	Schwerstkranken professionell im Team betreuen	Artikel
15.12.2015	KVNo aktuell 12/2015 Seite 40	Versorgung Schwerkranker und Sterbender, Gespräche auf Augenhöhe	Artikel/Interview
15.01.2016	Care Konkret, Ausgabe 3, Seite 3	Kommunikation und Selbstfürsorge im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden; Fachlich auf der Höhe bleiben	Artikel

Datum	In/von	Titel	Pressemedium
30.09.2016	Rheinisches Ärzteblatt 10/2016 Seite 20/21	Schwerstkranken Patienten besser verstehen und interprofessionell versorgen	Artikel
09/2016	Spätlese, Nettetal Heft für Senioren 09/2016	Mit schwerstkranken Menschen kommunizieren	Artikel
	Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e.V.	Mit Schwerstkranken und Sterbenden kommunizieren	Medieninformation
11/12 2016	praxisnah, Ausgabe 11/12 2016, Seite 34/35, Verband medizinischer Fachberufe	Mit Schwerstkranken und Sterbenden kommunizieren	Artikel
04/2017	Rheinisches Ärzteblatt 04/2017	Gesundheitsberufe ziehen positives Fazit aus interprofessionellem Schulungskonzept	Artikel
25.04.2017	Ärzte Zeitung online	Plädoyer für interprofessionelle Ärzteteams	Artikel

## 11.6. Programm Kick off Veranstaltung

### Interprofessionelle Schulung und Förderung der Kommunikation und Selbstfürsorge bei der Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden

gefördert von der Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Förderprogramms:  
„Operation Team – Interprofessionelle Fortbildungen in den Gesundheitsberufen

Mittwoch, 28.10.2015, 14.00 – 17.30 Uhr,  
Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf

#### 14.00 Uhr Begrüßung und Einführung

Dr. Heike Zimmermann  
Referat Gesundheitspolitik, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

#### Moderation

Ulrich Langenberg, Geschäftsführender Arzt, Ärztekammer Nordrhein

#### 14.15 Uhr Schwerstkranken verstehen, ohne zu leiden

Prof. Dr. med. Lukas Radbruch, Direktor der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin,  
Universitätsklinikum Bonn

#### 15.00 Uhr Wie kann interprofessionelles Lernen gelingen?

Prof. Dr. Ursula Walkenhorst, Professur für Didaktik der Humandienstleistungsberufe,  
Gesundheitswissenschaften Osnabrück

#### 15.45 Uhr Pause

#### 16.00 Uhr Interprofessionelles Arbeiten – mehr als die Summe der einzelnen Professionen

Christian Voß, M. A. Pflegewissenschaftler, Katholische Akademie DIE WOLFSBURG,  
Essen, Florian Jeserich, M. A. Ethnologe und Medizinethiker

#### 16.45 Uhr Diskussion mit den Teilnehmern

## 11.7. Programm Abschluss Symposium

### „interprofessionell - sektorübergreifend – regional vernetzt“

Mittwoch, 15.03.2017, 16.00 – 19.30 Uhr,  
Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf

#### 16.00 Uhr Begrüßung

Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein

#### 16.15 Uhr Einführung und Moderation

Ulrich Langenberg, Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Nordrhein

#### 16.20 Uhr Ist interprofessionell besser? JEIN - aber es gibt viele Gründe es trotzdem zu tun

Dr. Beat Sottas, Sottas formative works, Bourguillon, Schweiz

#### 17.10 Uhr Pause

#### 17.25 Uhr Kommunikation im Team

Prof. Dr. Christian Schütte-Bäumner, Studiengangsleitung BA Gesundheitsbezogene Sozial  
Arbeit, Hochschule Rhein Main, Wiesbaden

#### 18.10 Uhr Die Versorgung Schwerstkranker –Herausforderung an die Vernetzung

Veronika Schönhofer-Nellessen, Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen/Palliatives  
Netzwerk für die Region Aachen e.V:

#### 19.00 Uhr Diskussion mit den Teilnehmern

#### 19.25 Uhr Schlusswort

Dr. Martina Levartz, Geschäftsführerin IQN

## **Impressum:**

Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf

Tel.: 0211 4302 – 2750

Fax: 0211 4302 – 5751

E-Mail: [iqn@ae Kno.de](mailto:iqn@ae Kno.de)

Internet: [www.iqn.de](http://www.iqn.de)

Fotos:

Dr. David, S. 1

Jochen Rolfes, S. 4

Lothar Wels / KV Nordrhein S. 5

privat: S. 6, 7, 8

IQN / Dr. Levartz S. 20, 21, 22, 23

ÄKNo Erdogan S. 43