



SOFTSKILLS IN DER KINDERHEILKUNDE

BEFRAGUNG ZUR KINDERHEILKUNDE IN FÜNF EUROPÄISCHEN LÄNDERN:
RUMÄNIEN, UNGARN, ITALIEN, SPANIEN, DEUTSCHLAND

Umfrage durchgeführt mithilfe des Projekts der Erasmus+
Strategischen Partnerschaft: *Softis-Ped – Softskills for Children`s Health*
Projektnummer: 2016-1-RO01-KA203-024630



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Autoren:

Oana Marginean, UMF Tirgu Mures, Romania, oana.marginean@gmail.com
Lorena Melit, UMF Tirgu Mures, Romania, lory_chimista89@yahoo.com
Mihaela Chincesan, UMF Tirgu Mures, Romania, mchincesan@yahoo.com
Anisoara Pop, UMF Tirgu Mures, Romania, pop.anisoara@umftgm.ro
Simona Muresan, UMF Tirgu Mures, Romania, muresan.simona@umftgm.ro
Andreea Varga, UMF Tirgu Mures, Romania, dr.andreeavarga@gmail.com
Anca Meda Georgescu, UMF Tirgu Mures, Romania, ancameda.georgescu@umftgm.ro
Anca Gherasim, Emergency County Hospital Tirgu Mures, Romania gherasimancadelia@yahoo.fr
Nicoleta Suciu, UMF Tirgu Mures, Romania, nico.suciu03@gmail.com
Leonard Azamfirei, UMF Tirgu Mures, Romania, leonard.azamfirei@gmail.com
Andras Gabor, Future Internet Living Lab Budapest, Hungary, agabor@filab.hu
Barbara Gausz, Future Internet Living Lab Budapest, Hungary, bgausz@filab.hu
Sabrina Grigolo, ASLO TO3, Piemonte, Italy, sgrigolo@aslto3.piemonte.it
Lucia Pagana, ASLO TO3, Piemonte, Italy, lpagana@aslto3.piemonte.it
Emanuele Valenti, Hospital Alcorcon, Universidad Europea de Madrid, Spain
emanuele.valenti@universidadeuropea.es
Lucia Gerstl, Dr. von Hauner Children`s Hospital, Department of Pediatric Neurology, University Hospital, LMU Munich, Lucia.Gerstl@med.uni-muenchen.de
Daniel Tolks, Institute for Medical Education, University Hospital, LMU Munich, Germany,
Daniel.Tolks@med.uni-muenchen.de
Martin Fischer, Institute for Medical Education, University Hospital, LMU Munich, Germany,
Martin.Fischer@med.uni-muenchen.de

Herausgeber:

1. Oana Marginean
2. Anisoara Pop
3. Lorenzo Martellini

Vorwort

Softskills in der Kinderheilkunde ist das Ergebnis einer pädiatrischen Gesundheitserhebung, die in fünf europäischen Ländern durchgeführt wurde: Rumänien, Ungarn, Italien, Spanien und Deutschland durch das Erasmus + Strategic Partnership Projekt: Softis-Ped - Softskills for Children's Health Projektnummer: 2016-1-RO01 -Ka203-02463, finanziert von der Europäischen Kommission.

Das Ziel des aktuellen Projekts ist es, die wichtigsten Softskills für Kinderärzte zu identifizieren, sie mit den besten Lehrmethoden und -strategien zu verbinden und Richtlinien und Materialien für die Ausbildung der Trainer zu entwickeln, um diese Methoden zu verwenden und die zukünftigen Fähigkeiten von Kinderärzten zu entwickeln. Als solche wird die vorliegende Studie den ersten Teil der Projektziele erreichen, d. h. den Bedarf an Softskills in den Partnerländern in Bezug auf Kommunikation, Krankenhausumgebung, Kommunikationstransparenz, Zeitmanagement und interkulturelle Fragen zu ermitteln

Die Umfrageergebnisse werden schließlich zu einer Verbesserung der pädiatrischen Ausbildung und Dienstleistungen führen, indem die Kommunikation mit Kinderpatienten und ihren Familien, die Kommunikation innerhalb des medizinischen Teams und die Kommunikation zwischen den Kulturen verbessert werden.

INHALT

Kapitel 1: Einführung

Pädiatrischen Gesundheitssystem in Rumänien

Pädiatrischen Gesundheitssystem in Ungarn

Pädiatrischen Gesundheitssystem in Italien

Pädiatrischen Gesundheitssystem in Spanien

Pädiatrischen Gesundheitssystem in Deutschland

Kapitel 2: UMFRAGE BEZÜGLICH SOFTSKILLS

Materialien und Methode

Ergebnisse und Diskussion

Kommunikation

Transparenz

Krankenhausumfeld

Interkulturelle Belange

Zeitmanagement

Kapitel 3: ZUSAMMENFASSUNG

ZUSAMMENFASSUNG

Das vorliegende Kapitel gibt einen Überblick über das medizinische Gesundheitssystem im Allgemeinen und das pädiatrische öffentliche und private Gesundheitssystem, insbesondere in fünf europäischen Ländern, die Mitglieder des Projekts Softskills for Children's Health sind: Rumänien, Ungarn, Italien, Spanien und Deutschland. Es enthält Statistiken über Krankenversicherung und pädiatrische Bildung, u.a. Lehrpläne und angestrebte Kompetenzen in pädiatrischen Bachelor- und Masterstudiengängen sowie in der pädiatrischen Weiterbildung.

I. PÄDIATRISCHES GESUNDHEITSSYSTEM IN RUMÄNIEN

1.1. Das rumänische Gesundheitssystem

Im Jahr 1999 begann Rumänien mit der Einführung des Bismark-Systems der sozialen Krankenversicherung, das sich wie in den meisten EU - Mitgliedstaaten (Deutschland, Österreich, Belgien, Frankreich, Luxemburg, Niederlande) durch die Einzahlung von Krankenversicherungsbeiträgen in einen einzigen Fonds, den Nationalfonds für Krankenversicherung (NFHI) charakterisiert. Es besteht aus:

- Einnahmen aus Pflichtbeiträgen für die Krankenversicherung, ergänzt durch Zuschüsse aus dem Staatshaushalt,
- Beträge aus anderen Quellen (Spenden, Sponsoring, Bankzinsen, Immobilienverwertung von Krankenkassen),
- Beträge, die aus den Einnahmen des Gesundheitsministeriums kommen.

Seit 2014 wurde der Clawback eingeführt, der Pharma-Marktteilnehmer dazu verpflichtet, einen Beitrag zum öffentlichen Gesundheitssystem zu leisten, der auf der Grundlage des mit öffentlichen NFHI-Mitteln erzielten Umsatzes festgelegt wird, damit die Krankenkassen die gewährten Beträge in einem Erstattungssystem teilweise zurückerlangen können.

Die wichtigsten Elemente des Krankenversicherungssystems in Rumänien sind:

- Die NFHI-Verwaltung wird durch das nationale Krankenhaus durchgeführt;
- Versicherte verpflichten sich, einen Beitrag entsprechend dem zu versteuernden Einkommen zu leisten;
- Der Versicherungsbeitrag wird als prozentualer Anteil am Einkommen und nicht an den individuellen Risiken der versicherten Personen festgelegt;
- Alle Versicherten profitieren von einem ähnlichen Paket von Basisleistungen auf Vertragsbasis;
- NFHI schließt das Bestehen einer privaten Versicherung nicht aus.

Im Jahr 2015 umfasste das Krankenversicherungssystem 87% der Bevölkerung, was 17.191.563 durch Hausärzte registrierten Personen entspricht, von den insgesamt 19.759.96 registrierten Einwohnern entsprechend den Daten, die vom Nationalen Institut für Statistik am 31. Dezember 2015 veröffentlicht wurden.

Die Beschäftigten stellen die größte Kategorie der Versicherten dar, d. h. 34,04%, gefolgt durch Rentner und Kinder, d. h. 26,82% und 22,24% (Abb. 1).

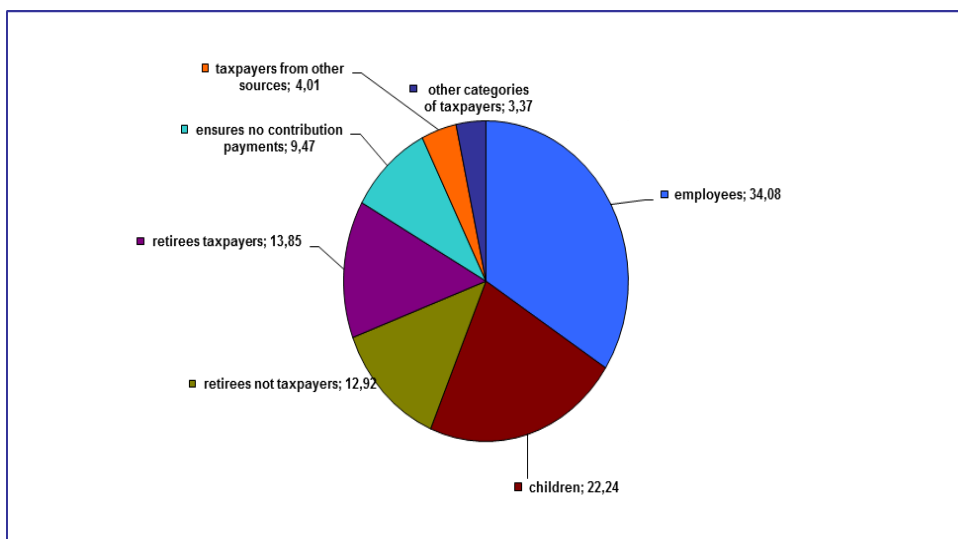


Abb. 1 Struktur der versicherten Rumänen einschließlich Kindern

In Bezug auf die Ausgaben stellte NIHF etwa 68% der Gesundheitsleistungen zur Verfügung, während das Gesundheitsministerium 11% und Patienten die übrigen Mittel zur Verfügung stellten (Abb. 2).

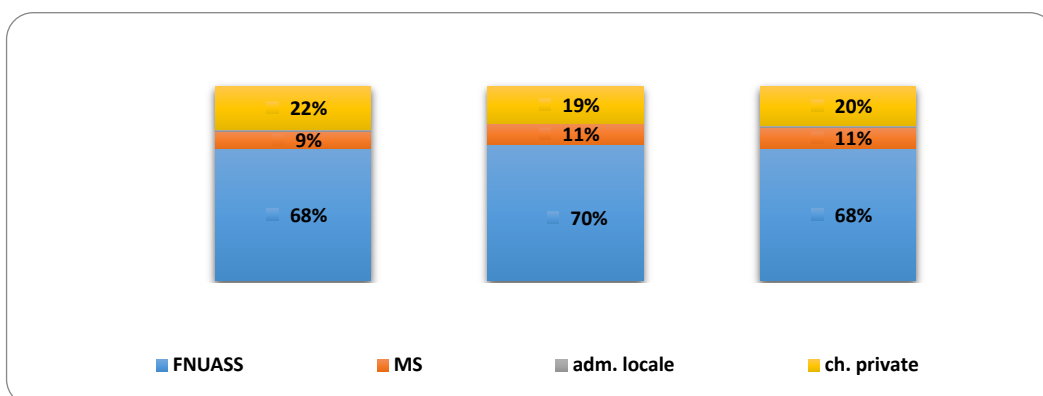


Abb. 2 Gesundheitsbezogene Ausgaben nach Quelle (% der Gesamtkosten)

Quelle: CNAS, M. F. P., Mind Research & Rating

Die genehmigten Haushaltskredite im Jahr 2015 versus Zahlungen aus dem Nationalen Fonds für Krankenversicherung sind nachstehend aufgeführt (Tabelle I):

Tabelle I Haushaltsausgaben für 2015

	Budget (Tausend EURO)	Zahlungen (Tausend EURO)	Performance
Gesamtkosten:	5,211,440	5,196,873	99,72%
1. Gesundheitskosten:	4,884,720	4,870,203	99,70%
Pharmazeutische Produkte, Sanitärmaterialien und medizinische Geräte	2,056,135	2,053,905	99,89%
Ambulante medizinische Dienste	660,370	657,578	99,58%

Vorklinischer Notfall- und Sanitärtransport	7,908	7,866	99,47%
Medizinische Dienstleistungen in Krankenhäusern (Betteneinheiten)	1,997,890	1,996,484	99,93%
Heimpflege	12,803	12,736	99,48%
Medizinische Dienstleistungen gemäß den internationalen Dokumenten	92,106	92,106	100,00%
Zahlungen in früheren Jahren, erhalten sich im laufenden Jahr	0	5,443	-
Fondsverwaltungskosten	57,507	54,926	95,51%
2. Sozialausgaben	326,720	326,670	99,98%

Die obigen Daten zeigen eine Hypertrophie der **Krankenhausversorgung**, die eine der höchsten Raten von Gesundheitsausgaben (40,99%) innerhalb des Krankenversicherungssystems aufweist. Demgegenüber machen die ambulanten Dienste 13,50% der Gesamtkosten der Gesundheitsausgaben aus, von denen 50% (1.503.342.000 RON) die Kosten für die medizinische Grundversorgung sind, der Rest sind klinische, labortechnische, zahnmedizinische ambulante Behandlungen.

Die Optimierung dieses Ungleichgewichts erfordert dringende Maßnahmen, um eine bessere Deckung des Gesundheitsbedarfs der Bevölkerung durch Dienste von der Systembasis zu gewährleisten, d. h. durch Gemeinschaftsunterstützungsdienste, Hilfsdienste, die vom Hausarzt und der Ambulanz bereitgestellt werden. Diese Dienste müssen in der Lage sein, auf die Hauptbedürfnisse im Zusammenhang mit akuten Krankheitsereignissen und der Überwachung von Patienten mit schweren chronischen Erkrankungen (Diabetes, Bluthochdruck, chronisch obstruktive Lungenerkrankung) zu reagieren, so dass Krankenhausdienste nur in Situationen mit fortgeschrittener Komplexität in Anspruch genommen werden dürfen.

Diese Ansicht wird seit 2014 durch die Einführung eines neuen Pakets von Gesundheitsdienstleistungen unterstützt, welches das Ziel hat, die evidenzbasierte Medizin und die Bereitstellung kosteneffizienter Dienstleistungen am unteren Ende des Systems anzuwenden. Sie ist die größte Herausforderung des sozialen Krankenversicherungssystems in Rumänien.

1.1.1. Öffentliche Pädiatrische Dienste

Öffentliche pädiatrische Gesundheitsdienste in Rumänien sind kostenlos. So können Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 26 Jahren, wenn sie im Bildungssystem registriert sind (d. h. Schüler, Studenten oder Lehrlinge) und wenn sie kein Einkommen haben, von einer kostenlosen Krankenhausaufnahme und -therapie profitieren. Jugendliche bis 26 Jahre, die durch den Kinderschutzsystem umfasst sind, kein Erwerbseinkommen haben oder nicht sozialversichert sind, sind von der Krankenversicherung befreit.

Versicherte Mütter von Kindern bis zum Alter von 2 Jahren oder von Kindern mit Behinderungen bis zum Alter von 3 Jahren und Mütter, die ein behindertes Kind im Alter von 3 bis 7 Jahren erziehen, erhalten einen bezahlten Urlaub aus dem Staatshaushalt oder dem staatlichen Sozialversicherungsbudget.

Es gibt auch **nationale Gesundheitsprogramme**, die direkt vom Gesundheitsministerium koordiniert werden. Einige von ihnen richten sich an *Mutter und Kind* und bieten spezielle Mittel für Screening, medikamentöse Therapie und diätetische Behandlung von Erkrankungen wie Phenylketonurie, Hypothyreose, Prävention, Diagnose und Behandlung von

Malabsorptionssyndromen, chronischer Hepatitis, Mukoviszidose, Asthma, angeborener oder erworbener Immunschwäche, Dystrophiebehandlung, Surfactant-Therapie, etc. Darüber hinaus gibt es Programme vom National Health House, die prophylaktische kurative Behandlung von Hämophilie bei Kindern, Malignitäten (einschließlich Immunphänotypisierung für die Diagnose von akuter Leukämie bei Kindern, etc.) bieten.

1.1.2. Demographische Daten in Rumänien

Die Zahl der Lebendgeburten im Jahr 2015 betrug 187.372 (185.006 mit Wohnsitz in Rumänien und 2.366 im Ausland) gegenüber 185.322 Lebendgeburten im Jahr 2014, was einen deutlichen Rückgang im Vergleich zu 1989 bedeutet, als 369.544 Lebendgeburten gezählt wurden. Die Anzahl der Todesfälle im Jahr 2015 betrug 260.997 **Todesfälle** (254.791 Todesfälle im Jahr 2014), ein deutlicher Anstieg im Vergleich zu 1989 (247.306 Todesfälle). Die **Haupttodesursachen** im Jahr 2015 waren: Herz-Kreislauf-Erkrankungen (153.849 Todesfälle), Krebs (51.288 Todesfälle), Atemwegserkrankungen (14.992 Todesfälle), Verdauungsstörungen (14.374 Todesfälle) und Unfälle (9.730 Todesfälle).

Die Zahl der **Todesfälle von Patienten unter 1 Jahr** sank auf 1.493 Todesfälle im Jahr 2015 im Vergleich zu 1.634 Todesfälle im Jahr 2014. Im Jahr 1989 lag die Zahl der Todesfälle von Patienten < 1 Jahr bei 9.940.

Es gab 378,3 **Abtreibungen** pro 1.000 Lebendgeburten gegenüber 400,6 Fällen / 1000 Lebendgeburten im Jahr 2014, mit 0,4 Abtreibungen pro Lebendgeburt. 1989 gab es 0,5 Abtreibungen pro Lebendgeburt (522,5% Lebendgeburten).

Die **Zahl der Müttersterblichkeit** aufgrund von Komplikationen bei Schwangerschaft, Geburt und nach der Geburt betrug 28 im Jahr 2015 gegenüber 24 Todesfällen bei Müttern im Jahr 2014, während die Gesamtzahl der Krankheitstage für die Betreuung kranker Kinder 24.802 Tage / 2015 betrug.

1.2. Pädiatrische Ausbildung – Universität von Tirgu Mures

Die Universität für Medizin und Pharmazie von Tirgu Mureş hat eine Gesamtzahl von 5.500 Studenten in Vollzeit-Studiengängen und Master-Studiengängen sowie Doktoranden und Fachärzte, davon ca. 50 Assistenzärzte in der Pädiatrie (10 pro Jahr in einem 5-Jahres-Rotationsprogramm) und ca. 500 Lehrkräfte, davon 51 Doktorandenkoordinatoren einschließlich Pädiatrie. Über 60 postgraduale Kurse finden jedes Jahr statt, 4 (in 2016) in Pädiatrie und Neonatologie. Die Universität arbeitet mit dem Mures Clinical Emergency Hospital (über 3.500 Betten) zusammen, wobei die meisten Ärzte sowohl akademische als auch klinische Verpflichtungen haben. Dieses medizinisch-pädagogische Tandem erleichtert den Studierenden den Erwerb praktischer Fähigkeiten im Rahmen des praktischen Unterrichts und klinischer Praktika, und verankert und untermauert die medizinische Forschung.

Die internationale Dimension der Universität wird durch die Programme für Allgemeinmedizin und Zahnmedizin bestimmt, die Vollzeitunterricht in Englisch anbieten, an denen Studenten teilnehmen, die aus Europa (Italien, Belgien, Deutschland, Frankreich, England, Griechenland) sowie Afrika, Asien und USA kommen.

Pädiatrie [6] wird an alle Studierende der Medizin und Zahnmedizin im 5. (vorletzten) Jahr und der Puerikultur im 4. Jahr ihrer formalen medizinischen Ausbildung nach einem international vergleichbaren Curriculum vermittelt. Diese Studenten können sich auch für den optionalen Kurs in Neonatologie entscheiden, während Krankenpflegeschüler den Pädiatrie-bezogenen Kurs "Mutter- und Neugeborenenpflege" besuchen. Jedes Jahr führen ungefähr 70 Studenten der medizinischen Fakultät in verschiedenen Stadien ihrer medizinischen Ausbildung eine Sommerpraxis in der Pädiatrischen Klinik I des Tirgu Mures Klinischen Krankenhauses durch. **Diese Studenten gehören zur Zielgruppe des aktuellen Projekts.**

Die Abteilung M4 der Universität für Medizin und Pharmazie Tirgu Mures (klinische medizinische Wissenschaften) umfasst 4 Pädiatrische Disziplinen mit insgesamt **24 Lehrkräften**, die einen Teil der Zielgruppe des Projekts ausmachen: Pädiatrie I (7 Lehrkräfte: 1 Professor, 3 Dozenten, 3 Assistenzprofessoren), Pädiatrie II (7 Lehrer: 1 außerordentlicher Professor, 3 Dozenten, 3 Assistenzprofessoren), Pädiatrie III (6 Lehrer: 1 Professor, 1 außerordentlicher Professor, 2 Dozenten, 2 Assistenzprofessoren), Pädiatrie IV (4 Lehrer: 1 außerordentlicher Professor, 1 Dozent, 2

Assistenzprofessoren). Die Lehrkräfte sind in Pädiatrie-Vorlesungen, praktischen Anwendungen und klinischen Phasen involviert und haben Kursbücher, Arbeitsbücher und Online-Ressourcen veröffentlicht, die über die virtuelle Lernplattform zur Verfügung gestellt werden.

Etwa 10 neue Absolventinnen und Absolventen streben eine Facharztausbildung in der Pädiatrie an. Insgesamt sind es rund 50 Assistenzärzte (auch Projekt-Zielgruppe), die im Pädiatrie-Bereich rotieren. Die Lehrkräfte verfügen über eine Grundausbildung, ein PhD- und Post-Doc-Studium, berufliche Fähigkeiten und Kompetenzen in der Pädiatrie, sind Herausgeber von Büchern, Lehrbüchern und Forschungsarbeiten und halten Vorträge auf internationalen und nationalen wissenschaftlichen Veranstaltungen. Sie sind Mitglieder nationaler und internationaler Pädiatriegesellschaften sowie Organisatoren von Workshops und internationalen Symposien (z. B. Der 11. Nationalkongress für Pädiatrie mit internationaler Beteiligung, 25.-28. September 2013).

Studenten und Assistenzärzte erhalten eine umfassende, theoretische, aber auch praktische, patientenzentrierte medizinische Ausbildung. In diesem Zusammenhang wäre der Erwerb von Softskills, die das Projekt vorschlägt, ein Mehrwert für eine hervorragende pädiatrische Versorgung, die auf produktive Beziehungen zu den Eltern und auf die Steigerung der Zufriedenheit von Patienten und Ärzten ihre Aufmerksamkeit richtet.

1.2.1. Die pädiatrische Grundausbildung - der Fall der Universität für Medizin und Pharmazie von Tirgu Mures

Pädiatrie wird in den Jahren 4-6 in drei Hauptfächern unterrichtet:

Périculture - 4. Jahr (14 Stunden Kurs + 15 Stunden Praktikum)

Lehrplan:

- Einführung in die Kinderbetreuung. Wachstum und Entwicklung
- Das Neugeborene: Das postmature Neugeborene. Das Neugeborene mit geringem Geburtsgewicht (SGA – small for gestational age).
- Das Neugeborene mit hohem Gewicht für das Gestationsalter (LGA - large for gestational age - Makrosoma). Das Frühgeborene
- Immunisierungen. Der Impfplan für Kinder in Rumänien. Ernährungsprinzipien.
- Säuglings- und Kleinkindernährung
- Ernährung mit Milchrezepturen. Die Ernährung des Frühgeborenen.
- Ernährung von Kleinkindern, Vorschulkindern und Teenagern. Akute Durchfallerkrankung (ADD) bei Säuglingen und Kleinkindern.

➤ **Spezifische erworbene Fähigkeiten**

- Aufnahme der Patientenanamnese, Durchführung einer kompletten klinischen Untersuchung des Neugeborenen und des Kindes
- Durchführung von Manövern zur Säuglings- und Kleinkindbetreuung (Baden, Wickeln, Impfungen, etc.)
- Festlegung eines adäquaten Ernährungsprogramms je nach Alter
- **Ein Baby-Diversifikationsprogramm erstellen**
- Etablierung kinderpsychomotorischer Entwicklungsstadien
- Berechnung anthropometrischer Parameter

➤ **Querschnittskompetenzen:**

- Erwerb mündlicher und schriftlicher Kommunikationsfähigkeiten sowohl mit der Mutter als auch mit 12 Kindern.
- Ein Projekt durchführen, indem Sie verantwortungsvolle Aufgaben ausführen, die spezifisch für eine Teamrolle sind.
- Durchführung von koordinierten Projekten zur Lösung spezifischer pädiatrischer Probleme mit einer korrekten Bewertung der Arbeitsbelastung, der verfügbaren Ressourcen, der Zeit und des Risikos, die zur Erfüllung der Aufgabe erforderlich sind, unter den Bedingungen der Anwendung der Verhaltensregeln und der

Berufsethik in diesem Bereich sowie der Regeln für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.

Pädiatrie - 5. Jahrgang (42 Stunden Kurs + 105 Stunden Praktikum)

Lehrplan

- Fieber bei Kindern. Sepsis. Pathologie der Säuglingsatmung: Erkrankungen der oberen Atemwege;
- Atemwegspathologie: Husten bei Kindern; Baby-Otomastoiditis; Epiglottitis und Kehlkopfentzündung bei Kindern; akute Bronchiolitis;
- Pathologie der Atemwege: bakterielle Lungenentzündung; interstitielle Lungenentzündung; Behandlung von Pneumopathien; Asthma;
- Kardiovaskuläre Pathologie: Angeborene Herzerkrankungen; Endokardiomyopathien; Perikarditis; Herzinsuffizienz;
- Erkrankungen des Verdauungstraktes: Spezifische Aspekte der akuten infektiösen Durchfallerkrankung bei Kindern. Nichtinfektiöse akute Diarrhöe, akutes Dehydratationssyndrom, rezidivierende Bauchschmerzen, Malabsorptionssyndrom (Zöliakie, Mukoviszidose, Nahrungsmittelunverträglichkeiten), gastroösophagealer Reflux, Gastritis und Geschwüre bei Kindern;
- Mangelkrankheiten: Rachitis, Eisenmangelanämie, Protein-Energie-Mangelernährung;
- Vaskuläre Kollagenerkrankungen: juvenile rheumatoide Arthritis; Kawasaki-Krankheit bei Kindern;
- Nieren- und Harnwegserkrankungen: Harnwegsinfektionen, akute diffuse Glomerulonephritis; nephrotisches Syndrom;
- Blutungsdiathesen: Schönlein-Henoch Purpura; immunthrombozytopenische Purpura; Hämophilie;
- Pädiatrische Onkologie: Leukämie; abdominale Massen (Wilms-Tumor, Neuroblastom); Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphom;
- Pathologie des Nervensystems: Krämpfe, Kinderepilepsie, intrakraniales Hypertonie-Syndrom bei Kindern;
- Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten: Diabetes mellitus. Kopfschmerzen bei Kindern.

Erworbene Fähigkeiten:

- Anamnese, Durchführung einer vollständigen klinischen Untersuchung eines pädiatrischen Patienten;
- Durchführung von Grundmanövern zur Kinderdiagnose;
- Formulierung einer positiven und differenzierten Diagnose in der Pädiatrie;
- Etablierung einer individualisierten pädiatrischen Therapie;
- Pädiatrische Fallpräsentation;
- Planung adäquater komplementärer Untersuchungen in der Pädiatrischen Pathologie
- Erwerb mündlicher und schriftlicher Kommunikationsfähigkeiten sowohl mit der Mutter als auch mit dem pädiatrischen Patienten;
- Projektdurchführung, verantwortungsbewusstes Erledigen bestimmter Aufgaben in einer Teamrolle;
- Durchführung von Projekten unter Koordination zur Lösung spezifischer pädiatrischer Probleme, mit korrekter Bewertung der Arbeitsbelastung, der verfügbaren Ressourcen, der Zeit und des Risikos, die zur Erfüllung der Aufgaben erforderlich sind, unter den Bedingungen der Anwendung der Verhaltensregeln und der Berufsethik in diesem Bereich sowie der Regeln für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.

Neonatologie - 6. Jahrgang (14 Stunden Kurs + 15 Stunden Praktikum)

Lehrplan

- Geschichte der Neonatologie. Die Bedeutung der Neonatologie in der modernen Medizin. Die Rolle der Technologie in der Neonatologie. Neugeborenen-Screening.
- Physiologische Anpassung an das extrauterine Leben. Der Algorithmus der neonatalen Wiederbelebung. Erste Schritte der neonatalen Reanimation. Überdruckbelüftung. Herzdruckmassage. Intubation. Medikamente. Besondere Situationen. Ethische Fragen. Überwachung nach der Reanimation.

- Perinatale Asphyxie und fetale Notlage. Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie, Stadialisierung, therapeutische Prinzipien. Geburtshilfe-Trauma. Intrakranielle Blutungen. Neonatale Anfälle.
- Atemnot in der Neugeborenenzeit. Atemnotsyndrom (RDS), transiente neonatale Tachypnoe (TTN), Meconium Aspirationssyndrom (MAS). Angeborene Lungenentzündung.
- Neugeborenenengelbsucht. Physiologische und pathologische Gelbsucht. Isoimmunisierung, hämolytische Gelbsucht im Rh und ABO-System. Therapeutische Prinzipien bei Neugeborenenengelbsucht.
- Perinatale Infektionen. TORCH-Syndrom. Streptokokken-Infektionen der neonatalen Gruppe B. Sepsis und Hirnhautentzündung.
- Sauerstoff - Medikament oder giftig? Überwachung. Modalitäten der Sauerstoffverabreichung. Chronische Lungenerkrankung. Retinopathie der Frühgeburt.

Erworbene Fähigkeiten und Kompetenzen:

- Identifizierung der Notwendigkeit, die Wiederbelebung der Neugeborenen einzuleiten.
- Entwicklung und Umsetzung eines geeigneten Therapieplans nach der Beurteilung des Neugeborenen.
- Genaue Bewertung des Krankheitsrisikos oder des Kontextes des Auftretens einer Krankheit in einer Kategorie von Hochrisiko-Neugeborenen, gefolgt von der Auswahl und Anwendung einer geeigneten Prophylaxe.
- Bewältigung von Gesundheits-/Krankheitsproblemen im Hinblick auf die Besonderheiten der Frühgeburt, die in direktem Zusammenhang mit diesen besonderen Bedingungen stehen.
- Initiierung und Entwicklung wissenschaftlicher Forschung und/oder Ausbildung in der Neonatologie.
- Erfüllung der für die Organisation der neonatalen Intensivpflege erforderlichen Führungsaufgaben in Bezug auf Effizienz und Effektivität.

Pädiatrische Semiologie - 4., 5., 6. Jahrgang (14 Stunden Kurs)

Lehrplan

- Husten, Atemnot; Keuchen; Zyanose; Stridor; Hämoptyse;
- Anorexie; Erbrechen; Diarrhöe; Hepatomegalie; Splenomegalie; Gelbsucht; Verstopfung;
- Dysurie; Hämaturie; Proteinurie; Harnfrequenz; Anurie;
- Anämisches Syndrom; Lymphoproliferatives Syndrom; Hämorrhagisches Syndrom;
- Akutes Fieber; verlängertes Fiebersyndrom; Fieber und Ausschlag;
- Beurteilung von Schmerzen bei Kindern; Myalgie; Arthralgie; Brustschmerzen; rezidivierende Bauchschmerzen; Rückenschmerzen; Kopfschmerzen; weinendes Baby;
- Tumormassen bei Kindern.

Unsere Universität begann einen umfassenden Prozess der studentenzentrierten und kompetenzbasierten Curriculum-Reform, um Studierende in das Gesundheitswesen besser zu integrieren. Zu diesem Zweck liegt der Schwerpunkt auf integrierten Kursen, CBL (fallbasiertes Lernen), TBL (teambasiertes Lernen) sowie Kommunikationskursen. Evaluation ist sowohl summativ als auch formativ.

1.2.2. Facharztausbildung in der Pädiatrie

Das Ziel des pädiatrischen Facharztausbildungsprogramms ist es, hochkompetente Kinderärzte zu bilden, indem sie einem breiten Spektrum von Kinderpatienten (vom Säugling bis zum

Teenager) und unterschiedlichen medizinischen, psychologischen und chirurgischen Bedingungen ausgesetzt werden, um ihre kognitiven und technischen Fähigkeiten für eine schrittweise unabhängige pädiatrische Praxis zu entwickeln.

Das Curriculum basiert auf einer Anzahl von 200 Stunden / Jahr (Vorlesungen, Seminare, Fallpräsentationen) plus 40-50 Stunden Selbststudium. Das Training wird in Credits (CFU) quantifiziert, 1 Credit = 25 Stunden Training. Von der gesamten Zeit deckt der Unterricht 20-30%, die restlichen 70-80% sind für praktische Aktivitäten und individuelles Lernen bestimmt. Die Ausbildung wird im Logbuch inklusive Anrechnungspunkte für Stufenprüfungen, Aktivitäten in Forschungsprogrammen, Teilnahme an wissenschaftlichen Tagungen und Weiterbildungen dokumentiert.

Themenbereiche des Programms:

1. Allgemeine Kinderheilkunde - 2 Jahre und 1 Monat - Kinder- und Jugendpsychiatrie - 3 Monate, Diabetes: 2 Monate, Pädiatrie: 2 Monate, Pädiatrische Neurologie: 3 Monate, Pädiatrische Onkologie-Hämatologie: 3 Monate, Allgemeines Echo: 3 Monate, Genetik: 2 Monate 2 Wochen, Dermatologie: 2 Monate.
2. Neonatologie - 6 Monate, Infektionskrankheiten: 6 Monate,
3. Kinderchirurgie und Othopädie: 2 Monate
4. Bioetik: ½ Monat (20 Stunden) für praktische Aktivitäten und individuelles Studium [7].

1.2.3 Medizinische Weiterbildung

Die medizinische Weiterbildung umfasst Graduiertenkurse, die Teilnahme an Workshops, nationalen und internationalen Kongressen, Sommerschulen, die unter der Schirmherrschaft der Rumänischen Gesellschaft für Kinderheilkunde organisiert werden (2 Mal/Jahr, eine Woche Dauer und 40 Stunden Vorlesungen und praktischen Unterrichts). Ärzte erhalten Anrechnungspunkte für die medizinische Weiterbildung.

Die Universität für Medizin und Pharmazie hat in den letzten 3 Jahren die folgenden postgradualen Kurse im Bereich der Pädiatrie organisiert:

- Pädiatrische Syndrome - Nieren-, hämatologische und neonatologische Pathologie;
- Pädiatrische Syndrome - Verdauungs- und Atemwegserkrankungen;
- Neuerungen in der pädiatrischen Pathologie;
- Neuerungen in der Kinderernährung;
- Pädiatrische Notfälle.

1.2. Pädiatrische Dienstleistungen

Statistiken über die Gesundheitseinrichtungen in Rumänien Ende 2014 zeigen das Vorhandensein von:

367 öffentliche Krankenhäuser,
10 Polikliniken,
187 Krankenhausapotheken,
330 ambulante Krankenhaus-integrierte Kliniken
2 TB Sanatorien
2 Präventionseinrichtungen
7.758 öffentliche und private Apotheken

Die Anzahl der Krankenhausbetten betrug Ende 2015: 125.482. Von diesen gab es
7.491 Betten für die Pädiatrie,
366 pädiatrische TBC-Pneumologie
1,077 Kinderchirurgie,
279 pädiatrische Erholung,

45 chronische Pädiatrie
3.230 Neonatologie
879 Frühgeburtliche Neonatologie [5].

1.3.1 Private pädiatrische Dienste

In Rumänien begannen sich die privaten pädiatrischen Dienste vor allem nach 2000 zu entwickeln. Es wurden Privatpraxen, Kinderkliniken und private Krankenhäuser gegründet, vor allem in traditionellen Universitätszentren wie Bukarest (mit dem größten Wachstum), Cluj Napoca, Timisoara, Craiova, Iasi, Targu Mures, aber auch in anderen Städten (Brasov, Sibiu, Constanta, etc.). Es gibt keine klare offizielle Aktualisierung der Anzahl der privaten pädiatrischen Einrichtungen, der Anzahl der Kinderbetten oder der Konsultationen und Ergebnisse in Rumänien.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Steigerung der Qualität der Gesundheitsversorgung ein vorrangiges Ziel der Gesundheitsdienstleister ist und sich in der Erhöhung der Patientenzufriedenheit mit den in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen widerspiegelt, während gleichzeitig deren Bedürfnisse, Anforderungen und Erwartungen an das Gesundheitssystem identifiziert und erfüllt werden. Qualitativ hochwertige medizinische Aus- und Weiterbildung, die die pädiatrische Gesundheitspraxis optimieren soll, ist nur ein Aspekt, der dazu beitragen soll, diese Desiderata zu erfüllen.

Bibliographie

1. Titlul VIII Asigurări sociale de sănătate - Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
2. Hotărârea Guvernului nr. 1028 / 2014 privind aprobarea Strategiei naționale de sănătate 2014 - 2020 și a Planului de acțiuni pe perioada 2014 - 2020 pentru implementarea Strategiei naționale - <http://www.ms.ro/upload/Anexa%201%20-%20Strategia%20Nationala%20de%20Sanatate%202014-2020.pdf>
3. Raportul de activitate al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în anul 2015 - <http://www.cnas.ro/media/pageFiles/RAPORT%20ACTIVITATE%202015.pdf>;
4. Sinteza rapoartelor de audit financiar asupra contului de execuție a bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate pentru anul 2014 la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, 2015 – http://www.curteadeconturi.ro/Publicatii/SINTEZA_cont_gen_exec_bug_2014.pdf
5. UNITĂȚI – PATURI, Ministerul Sănătății, Administrația Locală și Academia Română 2015, Institutul Național de Sănătate Publică - Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, 2016
6. <https://www.umftgm.ro/facultatea-de-medicina/departamente-si-discipline/m4-clinice-medicale/pediatrie-i/colectivul-disciplinei.html>
7. <http://www.emedic.ro/Rezidentiat/CURRICULUM-DE-PREGATIRE-IN-SPECIALITATEA-PEDIATRIE.htm>

II. PÄDIATRISCHES GESUNDHEITSSYSTEM IN UNGARN

2.1 Das Nationale Gesundheitssystem

Die Tradition der Ungarns Gesundheitsdienste reicht in das 19. Jahrhundert zurück. Das erste Gesetz über öffentliche Gesundheit wurde 1876 verabschiedet. Die Sozialversicherungssysteme haben in Ungarn eine lange Geschichte. Ab 1948 wurde das gemischtwirtschaftliche Gesundheitssystem im Einklang mit anderen Wirtschaftsbereichen zu einem zentralisierten Staatsmodell umstrukturiert. Das 1972 verabschiedete Gesundheitsgesetz bestätigte, dass der Zugang zu Gesundheitsdiensten ein mit der Staatsbürgerschaft verbundenes Recht sei, und versprach eine umfassende und kostenlose Versorgung am Ort der Inanspruchnahme. Da das System jedoch unterfinanziert war, konnte es die Nachfrage nicht decken. [1]

Im vergangenen Jahrhundert war das ungarische Gesundheitssystem von der Dominanz der Krankenhäuser und damit von einer überdimensionierten Krankenhausstruktur geprägt. Die Grundversorgung war durch geringes Prestige und mangelnde einheitliche Ausbildung gekennzeichnet. Aufgrund des starken Interesses innerhalb und außerhalb des Berufsstandes hat die Gesundheitspolitik es nicht gewagt, diese Situation wesentlich zu verändern. Jede Art von Reform wird auch durch die Unterfinanzierung des Gesundheitssystems verhindert.

Wegen der außergewöhnlich hohen Säuglingssterblichkeit in den 60er Jahren (46 ‰!) wurden pädiatrische Praxen für die Bevölkerung unter 14 Jahren dynamisch aufgebaut. In den 90er Jahren wurde dieses Netzwerk vollständig in Städten und teilweise in ländlichen Gebieten entwickelt. Dieses qualitativ hochwertige System wurde von einer niederländischen PHARE-Studie als unnötig überentwickelt beschrieben. Jedenfalls hat sich unsere Säuglingssterblichkeitsrate bis 2008 auf 5,62 ‰ verbessert. [2] Seitdem läuft das pädiatrische Primärversorgungssystem für Kinder parallel zu dem der Erwachsenen.

Die Entwicklung der modernen Grundversorgung und ihrer Hintergrundinstitutionen erfolgte erst Anfang der 90er Jahre. Sie betraf jedoch fast ausschließlich die erwachsene Hausarztpraxis, da in diesem Bereich gravierende Mängel festgestellt wurden, während die primäre pädiatrische Versorgung und ihre Ergebnisse zufriedenstellend waren. Frühere Patienten wurden den lokalen Anbietern zugeordnet, je nach Wohnort durften sie nur den offiziellen Hausarzt (Kassenarzt, Bezirksarzt) besuchen, der bei den Gemeinden oder den örtlichen (staatlichen) Krankenhäusern angestellt war. Seit den neuen Bestimmungen im Jahr 1992 können Patienten ihre Hausärzte oder Kinderärzte für die Grundversorgung wählen, und die Hausärzte dürfen den Status des Arbeitnehmers verlassen und eigene Unternehmen gründen. Heute gibt es in Ungarn etwa 6700 Hausärzte (PCP) für eine Bevölkerung von 10 Millionen Menschen. Die 1.498 Kinderärzte arbeiten hauptsächlich in Großstädten und betreuen nur Kinder. 1600 Hausärzte behandeln die Bevölkerung aller Altersgruppen in gemischten Praxen und der Rest der PCPs behandelt nur Erwachsene. Die durchschnittliche Anzahl der Kinder in einer Kinderarztpraxis liegt bei etwa 800. In kleineren Gebieten haben Kinderärzte 4-500 Kinder zu betreuen, während der Arzt in den am dichtesten besiedelten Gebieten bis zu 1.500 Patienten behandeln kann.

74% der Kinder unter 14 Jahren und 46% der Jugendlichen unter 19 Jahren werden durch Kinderärzte betreut. Alle anderen Kinder und Jugendlichen werden in "gemischten" Praxen durch Hausärzte betreut, die sich vor allem in ländlichen und dünn besiedelten Regionen befinden. Das bedeutet, dass in Ungarn - ähnlich wie in anderen europäischen Ländern - Kinderärzte und Hausärzte Kinder und Jugendliche medizinisch versorgen. Die Nationale Krankenversicherung finanziert die medizinische Versorgung durch Hausärzte für Kinder unter 14 Jahren nicht, wenn es auch eine Kinderarztpraxis in der Ortschaft gibt.

Daher erhalten in Städten 100% der Kinder unter 14 Jahren Kinderarztbetreuung. Die Altersgruppe von 15-18 Jahren kann sich frei zwischen Kinderarzt und Hausarzt im ganzen Land entscheiden.

Der Beruf des Kinderarztes ist am Rande des Verschwindens: Wenn ein Kinderarztbüro geschlossen wird, werden die Kinder, die in diesem Gebiet leben, zu den gemischten Praxen gebracht und durch Hausärzte behandelt. Im Jahr 2016 lag das Durchschnittsalter der ungarischen Kinderärzte bei 59 Jahren, 46 Prozent der Praktiker waren älter als 60 Jahre und 140 Ärzte hatten bereits ihren siebzigsten Geburtstag gefeiert. Neun Kinderärzte waren älter als 80 Jahre. Es gibt jedoch keine anderen Ärzte, die ihre Plätze einnehmen könnten. Von den 1498 ungarischen Kinderarztpraxen sind 500 von Ärzten zwischen 50 und 60 Jahren besetzt. Der Mangel an Nachwuchskräften in der Pädiatrie kann zum Aussterben des Berufs führen.

In den letzten Jahren wurden mindestens 100 Kinderarztpraxen geschlossen. Im Jahr 2012 gab es 1.527 Praxen, deren Zahl bis 2016 auf 1498 sank. In der Hauptstadt ist die Situation viel besser und es gibt viele Kinderärzte, die in Budapest arbeiten, wo sogar ein zehnpromzentiger Rückgang der Ärzte keine nennenswerten Verzögerungen in der medizinischen Versorgung von Kindern verursachen würde. In Gebieten, in denen es keinen lokalen pädiatrischen Dienst gibt, müssen die Eltern wählen, ob sie die Kinder in die Kinderarztpraxis eines anderen Gebiets bringen oder ob sie die Betreuung durch den örtlichen Hausarzt annehmen wollen.

Zu Beginn des letzten Jahrzehnts entstand die Absicht der Regierung, das pädiatrische Primärversorgungssystem abzuschaffen. Diese Absicht konnte nicht vollständig realisiert werden, die mangelnde Qualitätsentwicklung führt jedoch zu einer Atrophie des pädiatrischen Primärversorgungssystems.

Kinderärzte studieren Pädiatrie 5 Jahre lang. Im Gegensatz dazu nehmen Hausärzte an einer viermonatigen pädiatrischen Ausbildung teil, genauer gesagt an einer zweimonatigen theoretischen Ausbildung, die durch eine sechswöchige Praxis in der Pädiatrie ergänzt wird. Dies reicht eindeutig nicht aus, um eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung wie durch Kinderärzte zu gewährleisten. Laut der Untersuchung von Buñuel Alvarez[3] können spezialisierte Ärzte eine qualitativ hochwertigere Gesundheitsvorsorge anbieten. Ihre Rolle ist entscheidend für die Behandlung von Kindern, deshalb ist es wichtig, Kinderarztpraxen am Leben zu erhalten.

Die Grundfinanzierung der pädiatrischen medizinischen Versorgung wird von mehreren Multiplikatoren beeinflusst: Erstens hängt sie von der Kopfsteuer, der Anzahl der Patienten ab, die im Arbeitsbereich des Kinderarztes leben (der Multiplikator ist höher, wenn die Bevölkerung geringer ist). Zweitens gibt es je nach Art der Siedlung einen Multiplikator (niedriger in Großstädten, höher in entlegenen Gebieten). Es gibt andere Multiplikatoren, die von der fachlichen Qualifikation des Kinderarztes abhängen oder dem Alter der Patienten (je jünger der Patient ist, desto höher ist der Multiplikator). Viele Kinderärzte in der Grundversorgung arbeiten auch Teilzeit als Arbeitsmediziner oder bieten andere medizinische Leistungen an, um ihr niedriges Einkommen zu erhöhen. Neben der Grundfinanzierung erhalten Kinderärzte auch eine leistungsabhängige Vergütung. Die Höhe hängt von der Anzahl der Patienten ab, die außerhalb des Arbeitsbereichs des Kinderarztes leben und die Ärzte anstelle ihres lokalen Gesundheitsdienstleiters gewählt haben.

Im Jahr 2007 wurde in Ungarn eine Gesundheitsreform ins Leben gerufen, die durch die Koalition der damals regierenden Parteien erzwungen wurde. Diese Reform wurde der Gesellschaft und den Angehörigen der Gesundheitsberufe schlecht kommuniziert und wurde auch von den Oppositionsparteien angegriffen. Ab Februar 2007 mussten die Patienten eine symbolische Zuzahlung, als Besuchsgebühr (300 HUF, -cca. 1 EUR), direkt an die Gesundheitsdienstleister zahlen, und zwar für jede Sprechstunde oder jeden Tag im Krankenhaus. Nach einer langen politischen Kampagne, in der die parlamentarische Opposition durch zivile Bewegungen unterstützt wurde, wurde die Zuzahlung im April 2008 nach einem landesweiten Referendum abgeschafft. Zuvor geplante private Krankenkassen wurden nicht gegründet.

Seit Januar 2012 hat die Regierung laut neuen Gesetzen und Verordnungen alle Krankenhäuser der Gemeinden und Bezirke übernommen. Die erklärten Ziele dieser Reformen waren:

- die Finanzierung des Gesundheitswesens zu rationalisieren;
- Staatsausgaben zu senken;
- bestehende Überschneidungen zwischen Krankenhäusern und Fachgebieten in den Großstädten zu verringern;
- Schaffung eines besseren zentralisierten Verwaltungssystems, da es praktisch unmöglich war, die unterschiedlichen Interessen der Kommunen zu koordinieren.

Der Umstrukturierungsprozess sollte den Mangel an Ärzten und erfahrenem Pflegepersonal bewältigen. Neben der enormen Zunahme administrativer Aufgaben ist in den letzten Jahren in der Grundversorgung fast nichts passiert. Eine kleine Gehaltserhöhung wurde Ärzten, insbesondere für junge Fachärzte, zugesagt. Viele von ihnen erklärten, das Land zu verlassen, wenn das Gehalt der angehenden Ärzte unverändert bleibt (netto 300-400 EUR, monatlich).

2.2 Pädiatrische Ausbildung

2.2.1. Pädiatrie an der Universität, MD-Abschluss

Medizinische Studiengänge in Ungarn halten den europäischen Standards und sind von höchster Qualität. Die relativ komfortablen Zulassungsvoraussetzungen und die angemessenen Studiengebühren ziehen viele ausländische Studierende an.

Ungarn begrüßt internationale Studenten mit vier Universitäten, die medizinische, pharmakologische und zahnmedizinische Programme in Englisch anbieten: Semmelweis Universität, Debrecen Universität, Szeged Universität und Pécs Universität. Ein Medizinstudium an einer ungarischen Universität wird von der Europäischen Union und den Vereinigten Staaten anerkannt, was viele internationale Studenten dazu bringt, Medizin in Ungarn zu studieren.

Die Zahl der an der Medizinischen Fakultät zugelassenen Studenten wird jährlich vom Ministerium für Humanressourcen festgelegt. Da die Anzahl der Bewerber zwei- bis viermal höher ist als die Anzahl der verfügbaren Plätze, basiert das Auswahlverfahren auf den früheren akademischen Leistungen des Studenten.

Die 12-semesterige Ausbildung umfasst mindestens 6.000 Unterrichtsstunden, die in zwei Teile gegliedert sind. Der erste Teil besteht aus einem zweijährigen präklinischen Studienabschnitt in den Grundlagenwissenschaften; Der zweite klinische Studienabschnitt dauert vier Jahre. Das Praktikum findet im 11. und 12. Semester statt und wird in der Regel in Universitätskliniken oder Krankenhäusern absolviert.

Nach Abschluss des sechsjährigen Studiums müssen die Studierenden ihre schriftliche Arbeit einreichen und verteidigen und eine abschließende schriftliche Prüfung und mündliche Prüfung vor einem Prüfungsausschuss ablegen. Nach bestandener Prüfung erhält der Student das Diplom und den Titel M.D. (Arzt). [4]

2.2.2 Medizinische Weiterbildung

Medizinische Weiterbildung ist für Ärzte in Ungarn obligatorisch. Alle fünf Jahre sind sie verpflichtet an einem Fortbildungsprogramm (Continuing Medical Education (CME)) teilzunehmen, um ihre Qualifikationen im Ärztlichen Register der Ungarischen Ärztekammer erneuern zu lassen.

Die Fakultäten tragen zur Weiterbildung der in Ungarn praktizierenden Ärzte bei, indem sie Kurse und Programme organisieren, die aus theoretischem und praktischem Unterricht bestehen. Insgesamt müssen während der fünfjährigen Ausbildungszeit 250 Kreditpunkte gesammelt werden.

2.3 Pädiatrische Dienste

2.3.1. Öffentliche pädiatrische Dienste

In Ungarn ist die pädiatrische Praxis öffentlich und für alle kostenlos. Jedes Kind hat freien Zugang zur pädiatrischen Versorgung per Gesetz. Dennoch existieren Privatpraxen die für jeden, der bereit ist, sie zu bezahlen, zur Verfügung stehen. Wenn es eine Möglichkeit gibt, den Kinderarzt als Hausarzt für Kinder auszuwählen, muss der Kinderarzt ausgewählt werden.

Wenn ein Kind Anspruch auf die staatliche Krankenversicherung hat, übernimmt in der Regel der Bezirkskinderarzt die kostenlose pädiatrische Betreuung. In jedem Distrikt gibt es mehrere pädiatrische Büros, oft im selben Gebäude die Büros der Krankenschwester und Krankenpfleger. (In Ungarn ist die ausgebildete Krankenschwester eine Kombination aus Sozialarbeiterin und Krankenschwester, deren Hauptaufgabe darin besteht, die Patienten zu informieren und die Verwaltungsarbeit zur Erfassung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Kinder zu erledigen). Den Kindern wird aufgrund ihrer registrierten Adressen ein Kinderarzt zugeteilt, aber im Gegensatz zur ausgebildeten Krankenschwester, die die Familien nicht auswählen können, können die Eltern immer einen anderen Kinderarzt wählen. Der Vorteil des Einsatzes der Bezirkskinderärzte liegt darin, dass sie in der Nähe sind, regelmäßige Sprechstunden haben und kostenlos Hausbesuche machen. [5]

Es gibt fünf pädiatrische Universitätskliniken und alle Kreiskrankenhäuser haben pädiatrische Abteilungen. Darüber hinaus gibt es in Budapest zwei unabhängige Krankenhäuser für Kinder und ein Kinderzentrum in Miskolc (zweitgrößte Stadt des Landes). In einigen speziellen Einrichtungen gibt es auch pädiatrische Abteilungen.

2.3.2 Private pädiatrische Dienste

Es gibt mehrere Privatkliniken in der Umgebung von Budapest, die Expatriates oder Ausländer versorgen. Sie alle bieten pädiatrische Betreuung. Private Ambulanzen übernehmen eine private Versicherung, manche sogar eine direkte Abrechnung mit der Versicherungsgesellschaft.

Private Pädiatrie-Ambulanzen bieten eine breite Palette von medizinischen Dienstleistungen an, um komplexere Probleme bewältigen zu können. In einigen Kliniken steht der Kinderarzt 24 Stunden am Tag zur Verfügung (sogar für Hausbesuche), es gibt eine Hotline, die man an Wochenenden und Feiertagen tagsüber und nachts anrufen kann. Private Ambulanzen bieten medizinische Behandlungen, Screenings und Impfungen für Kinder vom Neugeborenen bis zum 18-Jährigen an.

III. PÄDIATRISCHES GESUNDHEITSSYSTEM IN ITALIEN

4.1. Das Nationale Gesundheitssystem

Das Servizio Sanitario Nazionale (SSN) wurde im Dezember 1978 durch das Gesetz des Parlaments Nr. 833 eingeführt [1]. SSN umfasst alle Funktionen, Strukturen, Dienstleistungen und Aktivitäten, die der italienische Staat allen italienischen Bürgern garantiert. Seine Ziele sind die Erhaltung und Pflege der physischen und psychischen Gesundheit und die Förderung von Gesundheitssystemen, gemäß Artikel 32 der italienischen Verfassung. Das Ministero della Salute ist das wichtigste Funktionsorgan des italienischen SSN: Es hat die Aufgabe, für die öffentliche Gesundheit zu sorgen.

Das italienische National Health System (NHS) folgt einem Modell, das dem vom britischen NHS entwickelten Beveridge-Modell ähnelt (Beveridge 1942; Musgrove 2000). Wie der britische NHS wird auch die Gesundheitsversorgung der italienischen Bevölkerung von der Regierung über Steuern sichergestellt und finanziert. Der Universalschutz bietet den Bürgern einen einheitlichen Zugang zur Gesundheitsversorgung und ist das Merkmal, das üblicherweise als Mehrwert eines aus Steuereinnahmen finanzierten Sozialsystems angesehen wird. In Italien hat die starke Dezentralisierungspolitik, die seit den frühen 1990er Jahren betrieben wird, die Macht schrittweise vom Staat in die 21 italienischen Regionen verlagert. Folglich behält der Staat nur noch eine beschränkte Aufsicht und trägt weiterhin die Gesamtverantwortung für den NHS, um ein einheitliches und grundlegendes Niveau der Gesundheitsdienstleistungen im ganzen Land sicherzustellen. In diesem Zusammenhang ist es sowohl für das Ministerium als auch für die Regionen unerlässlich geworden, ein gemeinsames Leistungsbewertungssystem (PES) einzuführen.

Das **Piano sanitario nazionale** wird vom Ministero entworfen und vom Parlament genehmigt. Sie enthält die allgemeinen Ziele für die öffentliche Gesundheit, den Haushalt und die Verteilung der Ressourcen an die Region. Die wichtigste lokale Gesundheitsstruktur ist die ASL (Azienda Sanitaria Locale). ASL koordinieren und organisieren die Arbeit aller Präventions-, Aufnahme-, Pflege- und Rehabilitationsposten, Ämter und kommunalen Dienste.

Das Ministero della Salute legt allgemeine Regeln für die Verwaltung dieser Dienste, die Richtlinien für die Ausbildung des Gesundheitspersonals sowie die Systeme für die Kontrolle und Überprüfung der Ergebnisse fest.

1. <http://www.salute.gov.it/portale/home.html>

2. Nuti S, Seghieri C, Vainieri M, Zett S. Assessment and improvement of the Italian healthcare system: first evidence from a pilot national performance evaluation system. *J Healthc Manag.* 2012 May-Jun;57(3):182-98; discussion 198-9.

4.2. Pädiatrische Ausbildung

Während der Universitätszeit müssen die Studenten die Prüfung im Hauptfach Pädiatrie bestehen, sowie einige andere Kurse, wie zum Beispiel Kinderchirurgie, Puerikultur, Angewandte Genetik besuchen, die für die künftigen Pädiater oft obligatorisch sind oder wärmstens empfohlen werden. Für viele von ihnen ist der praktische Unterricht auf der Kinderstation obligatorisch.

Nach dem Abschluss müssen Absolventen, um als Kinderarzt arbeiten zu dürfen, fünf Jahre lang eine Spezialisierungsschule für Kinderheilkunde besuchen und parallel dazu, in Kinderkrankenhäusern oder Universitäten arbeiten, wobei sie ein angemessenes Gehalt erhalten. Am Ende dieser Schule können sie als Kinderarzt arbeiten. Überall im Land erlauben

Masterstudiengänge und Langzeitkurse eigene Kompetenzen in verschiedenen Subspezialisierungen (Neonatologie, Adoleszenz, Rheumatologie und so weiter), zu verbessern.

Nach dem Spezialisierungskurs sind drei Wege möglich:

1. private Praxis,
2. Krankenhausätigkeit,
3. Berater der öffentlichen Gesundheitsbehörde

ECM ist der Weg für den Gesundheitsfachmann, sich auf dem Laufenden zu halten sowie eigene berufliche Entwicklung voranzutreiben, um auf die Bedürfnisse der Patienten und der Gesundheitsversorgung besser eingehen zu können.

Die medizinische Weiterbildung betrifft das Erlernen neuer Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen, die für eine kompetente und sachkundige Praxis notwendig sind. Es ist eine ethische Verpflichtung der Gesundheitsfachkräfte, sich neues Wissen und Kompetenzen anzueignen, um Patienten eine qualitativ hochwertige Hilfe anbieten zu können.

Der Start des nationalen ECM-Programms im Jahr 2002, das auf DLGs 502/1992 basiert und durch DLGs 229/1999 integriert wurde, die eine permanente Fortbildung für die Angehörigen der Gesundheitsberufe gefordert hatten, war eine starke Botschaft an die Gesundheitswelt.

Die neue ECM-Phase enthält viele Innovationen und wird ein Instrument sein zur Entwicklung eines modernen Ansatzes, mit dem individuelle Fähigkeiten entwickelt und überwacht werden können. Die medizinische Weiterbildung ist eng mit der Forschung im klinischen Umfeld verbunden.

3.3. Pädiatrische Dienste

Pädiatrische öffentliche Dienste sind Teil eines umfassenderen Konzeptes, welches einen besonderen Ansatz für Räume, Dienstleistungen und Betreuung von Patienten mit speziellen Strukturen und Verfahren verfolgt. Dieses Konzept umfasst Strukturen wie Kinderkrankenhäuser und Kinderstationen in allgemeinen Krankenhäusern, in denen nur Kinderärzte und spezialisierte Krankenschwestern zugelassen werden. Es gibt außerdem sog. Consultori, die auf dem Gebiet der meisten ASL verstreut sind, einen Kinderarzt, der in vielen öffentlichen Kindergärten arbeitet, Schulärzte, und sog. "Community Pediatricians". Alle diese Personen müssen mit der Hauptfigur in Kontakt bleiben (Familien-Pädiater)

Diese Hauptfigur ist als Kinderarzt konzipiert, der alle Aspekte des körperlichen und psychischen Wachstums von der Geburt bis zur Adoleszenz überwacht. Er sollte die gesamte Geschichte des Patienten und seiner Familie kennen, sich um die Bedürfnisse seiner Patienten kümmern, indem er regelmäßig organisierte Besuche und Kontrollen durchführt, telefonische Beratung und Impfungen anbietet. Er ist auch verantwortlich für Zertifikate. Er soll die Verbindung zwischen der Familie und den Strukturen der zweiten Ebene sein.

Die Patientenliste des Kinderarztes wird je nach Verfügbarkeit in Bezug auf freie Plätze und Wahlmöglichkeiten des Bürgers zusammengestellt.

Kinderärzte können an Projekten der Gruppen- oder Netzwerkmedizin beteiligt sein. Die IKT-Werkzeuge für die Pädiatrie sind aufgrund neuer Verfahren obligatorisch, um Medikamente zu verschreiben und / oder Untersuchungen zu verordnen.

Sie arbeiten mit dem Direktor der Distrikte der lokalen Gesundheitsbehörde zusammen. Kinderärzte erstellen die Gesundheitsbilanz der Kinder bis zum Alter von 6 Jahre, die letzte ist vor dem Übergang zum Hausarzt geplant. [1] Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale", GU n. 360 del 28-12-1978 - Suppl. Ordinario

Das Angebot des Kinder-Neuropsychiaters richtet sich an Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 18 Jahren. Der Dienst bedient sich von Kinderpsychiatern, die innerhalb der territorialen Strukturen und / oder des Krankenhauses tätig sind und mit anderen Institutionen der Region (Sozialdienste, Schule) zusammenarbeiten.

Die Kinderneurologie befasst sich mit der Prävention, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation von Entwicklungsstörungen von Kindern und Jugendlichen: neuromotorischen Schäden, angeborenen und erworbenen neurologischen Erkrankungen, Epilepsie, psychiatrischen und Verhaltensstörungen, Kommunikationsstörungen und Sprachstörungen. Sie befasst sich auch mit der Suche und Zertifizierung (operating descriptive profile - PDF second model ICF) von behinderten Schülern und der Aktivierung der Verfahren zur Anerkennung von ziviler Behinderung und Behinderung von Minderjährigen.

IV. PÄDIATRISCHES GESUNDHEITSSYSTEM IN SPANIEN

4.1. Das Nationale Gesundheitssystem

Das Gesundheitssystem in Spanien ist eine öffentliche Körperschaft, die Gesundheitsdienste umfasst, und 1908 als Instituto Nacional de Previsión gegründet wurde, um schrittweise die Versorgung der gesamten Bevölkerung zu gewährleisten. Dieser Universalisierungsprozess wurde durch die Anwendung eines Bismarckschen Modells vorangetrieben, das mit einem 1942 in Kraft getretenen nationalen Gesetz, dem Ley de Seguro Obligatorio, eingeführt wurde. Das Gesetz schreibt Krankenversicherungen für die privaten Unternehmen vor und bietet den Versicherten alternative Gesundheitsleistungen an. Aus Gründen des Wirtschaftswachstums wurden Privatversicherungen 1963 zum Bereich der öffentlichen Verwaltung. Dieser Prozess wurde 1986 durch das Ley 14/1986 General de Sanidad (Allgemeines Gesundheitsgesetz) abgeschlossen. Dieses Gesetz erfüllt das Mandat der spanischen Verfassung zum Schutz der Gesundheit der Bürger und erkennt das Recht auf Gesundheitsdienste für alle Bürger und für in Spanien ansässige Ausländer an.

Die Verantwortung für die sanitäre Verwaltung obliegt seit den 90er Jahre den lokalen Behörden, was dem Auftrag des Titels VIII der Verfassung entspricht, der den autonomen Gemeinschaften die territoriale Kontrolle der öffentlichen Dienste überträgt. Die Gesundheitsdienste werden derzeit von den Comunidades Autonomas, regionalen Institutionen mit territorialer Verantwortung im Bereich der öffentlichen Dienstleistungen, getragen.

Das Gesundheitssystem bietet Dienstleistungen in verschiedenen Bereichen: Prävention, Diagnose, Therapie, Rehabilitation und Förderung und der Gesundheit der Bevölkerung. Die Gesundheitsversorgung ist eines der Hauptinstrumente der Umverteilungspolitik bei den Spaniern: Jede Person zahlt Steuern entsprechend ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und erhält entsprechend ihrem Gesundheitsbedarf Gesundheitsdienstleistungen. Krankenversicherung für allgemeine Krankheiten oder Unfälle außerhalb der Arbeitsstätte ist eine von steuerlichen Beiträgen unabhängige Leistung und wird von regionalen Verwaltungen finanziert.

Im Jahr 2003 wurde das Allgemeine Gesundheitsgesetz durch das Gesetz Ley 16/2003 de Cohesion y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Gesetz über Kohäsion und Qualität) ergänzt, um den kulturellen, technologischen und sozioökonomischen Veränderungen der heutigen spanischen Gesellschaft und ihren Krankheitsmustern zu begegnen. Dieses Gesetz legt eine Reihe von Funktionen fest, die allen autonomen Gemeinschaften im Bereich der Gesundheitsversorgung gemeinsam sind, z. B. Leistungen, Apotheken, Gesundheitsberufe, Forschung, Gesundheitsinformationssysteme und die allgemeine Qualität des Gesundheitssystems. Mehrere nationale Institutionen sind entstanden, um die Qualität der Dienstleistungen auf nationaler Ebene zu fördern und regionale Gesundheitsdienste zu bewerten.

Im Jahr 2012 wurden mit Real Decreto 16/2012 (Königliches Gesetzesdekret) konsistente Änderungen an den nationalen Gesundheitspolitiken in Bezug auf die wirtschaftliche Nachhaltigkeit der öffentlichen Gesundheitsdienste eingeführt. Mit diesem Gesetz wurde eine wesentliche Änderung des universellen Charakters des spanischen Gesundheitssystems eingeführt: Gesundheitsdienstleistungen sind nicht für alle Bürger kostenlos, aber sie könnten den Familien aufgrund ihres Einkommens in Rechnung gestellt werden, und nicht registrierte Ausländer haben keinen Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung. Nicht alle autonomen Gemeinschaften setzen dieses Gesetz um.

Das Ministerium für Gesundheit und Sozialpolitik legt die nationalen Gesundheitspolitiken fest, um das verfassungsrechtliche Recht der Bürger auf Gesundheitsleistungen zu respektieren, und regelt das Funktionieren von Sistema Nacional de Salud - SNS (Nationales Gesundheitssystem). Als Folge des Dezentralisierungsprozesses, der durch die Verfassung gefördert und durch das Allgemeine Gesundheitsgesetz in Kraft gesetzt wurde, schuf jede autonome Gemeinschaft einen eigenen Gesundheitsdienst mit einer unabhängigen Verwaltungsstruktur. Das Gesetz der Kohäsion aus dem Jahr 2003 begründet die Einrichtung des Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud - CISNS (Rat des spanischen nationalen Gesundheitsdienstes) als Organ der allgemeinen Koordination im Gesundheitsbereich zwischen dem Zentralstaat und den autonomen Gemeinschaften und dem Organ, das die Koordination der SNS gewährleistet.

Autonome Gemeinschaften verwalten lokale Gesundheitsdienste über die Consejería de Sanidad (Gesundheitsrat), die die Aufgabe hat, die autonome Gesundheitspolitik der Regierung im Bereich der sozialen Sicherheit und Deckung des Gesundheitsbedarfs der Bevölkerung, des Gesundheitssystemmanagements, der psychischen Gesundheit, der pharmazeutischen Dienstleistungen, Ausbildung von Gesundheitsfachkräften, Forschung und Entwicklung, der

öffentlichen Gesundheit, Ernährungssicherheit und Suchtkrankheiten zu koordinieren und durchzuführen.

Das autonome Gesundheitssystem ist in Áreas de Salud (Gesundheitszonen) unterteilt. Es geht um Verwaltungsbezirke mit der Aufgabe, die Grundversorgung zu organisieren. Atención primaria (Grundversorgung) gewährleistet eine umfassende und kontinuierliche Betreuung während des gesamten Lebens des Patienten. Aus dieser Perspektive kann jeder Patient auf eine personalisierte Koordination und Regulierung des Pflegeplans durch die Rolle eines medico de familia (Hausarzt) zählen.

Der Allgemeinmediziner hat eine koordinierende Rolle, um Gesundheitserziehung, Prävention, Pflege, körperliche Rehabilitation und soziale Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Die Grundversorgung umfasst häusliche Dienste, Notfalldienste und planmäßige oder bedarfsorientierte Dienste. Atención especializada (spezialisierte Pflege) stellt medizinische Fachärzte auf Wunsch des Hausarztes zur Verfügung. Dieser Service ist in der Regel im Krankenhaus angesiedelt, wo er die stationäre und ambulante Versorgung abdeckt, oder in spezialisierten Zentren und Tageskliniken.

Die spezialisierte Versorgung ist in die Primärversorgung integriert und deckt die Bedürfnisse der Patienten ab, die von der Primärversorgung aus nicht bezahlbar sind. Die spezialisierte Versorgung erfolgt in der Regel durch eine ambulante Beratung und eine Tagesklinik, wenn die klinischen Umstände des Patienten für diese Art der Versorgung günstig sind. Atención socio-sanitaria (soziale Gesundheitsfürsorge) bietet einen Service für chronische Patienten an, die gleichzeitig medizinische Versorgung und soziale Dienste benötigen.

4.2. Pädiatrische Ausbildung

Die medizinische Ausbildung in Spanien ist durch die Richtlinie 2021/12/2004 geregelt, die 2004 vom Europäischen Parlament erlassen wurde. Medizinische Fakultäten nach dem Bologna-Abkommen haben das European Credit Transfer System eingeführt, um die harmonisierende Bildungsstrategie innerhalb der EU zu verwirklichen. Medizinstudenten in Spanien werden im fünften Studienjahr in die Kinderheilkunde eingeführt, auch wenn die Anzahl der Credits (ECTS) je nach Universität zwischen 12 und 14 der insgesamt 360 ECTS für den gesamten Studiengang variieren könnte. In einer öffentlichen Universität, an der die Kurse für Kinderheilkunde 12 ECTS entsprechen, absolvieren die Studenten 75 Stunden theoretisches Studienprogramm und 84 Stunden praktisches Training, aufgeteilt in 36 Stunden geführte Aktivität und 48 Stunden nicht geführte Aktivität sowie 137 Stunden integriertes Selbststudium. Die praktische Ausbildung entspricht in der Regel einem Monat in einem Kinderkrankenhaus, mit einem Rotationssystem, bei dem die Medizinstudenten 1 Woche in der Neonatologie, 1 Woche in der klinischen Beratung, 1 Woche in der pädiatrischen Notaufnahme und 1 Woche in der pädiatrischen Abteilung bleiben.

In Spanien können postgraduierte Medizinstudenten nach einer vorherigen staatlichen Prüfung ihre Spezialisierungsbildung beginnen. Entsprechend ihrer Ergebnisse wählen sie eine Spezialisierung und nehmen an einem vierjährigen Postgraduiertenprogramm teil, das zu Medico Interno Residente (MIR) führt. Die Facharztausbildung hat eine Dauer von 5 Jahren, aber im Falle der Pädiatrie sind es 4 Jahre.

MIRs sind Ärzte mit einer Vereinbarung auf der Grundlage der nationalen Regelung, wobei diese Tätigkeit bezahlt wird und Ärzte wie andere Berufsgruppen zum Steuersystem beitragen. Die Facharztausbildung in der Pädiatrie umfasst drei Schulungsarten: Primärversorgung, ambulante klinische Beratung, die im Krankenhaus oder in den Zentren der Primärversorgung durchgeführt werden kann. Während der Facharztausbildung erhalten die Kinderärzte durch einen Rotationszyklus in der Neonatologie, in der pädiatrischen Notfallmedizin, in der Kinderorthopädie, in der Kinderchirurgie und in der pädiatrischen Intensivmedizin Zugang zu Subspezialisierungen der Pädiatrie. Der Lehrkörper des Krankenhauses bietet Lehrveranstaltungen an, die allen Fachrichtungen gemeinsam sind und für alle Studierende verpflichtend sind.

Während des ersten Jahres der Facharztausbildung müssen die Kinderärzte ein obligatorisches Ausbildungsprogramm mit folgenden Schwerpunkten absolvieren: Einführung in die Pädiatrie, Kinderradiologie, Kinderkardiologie (Schwerpunkt Elektrokardiogramm), Workshop zur Kommunikation und zu klinischem Interview, Kindernotfall.

Im 2. Studienjahr beinhaltet das Ausbildungsprogramm: Herz-Lungen-Wiederbelebung, Bioethik und Laktation als Pflichtprogramm, und optionale Programme im Zusammenhang mit den Forschungskompetenzen, wie Biostatistik, bibliographische Forschung und andere spezifische wissenschaftliche Workshops. Die Ausbildungsprogramme können entsprechend der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen unterschiedlich sein, auch wenn es einen gemeinsamen Kern von Kompetenzen gibt, die für den Abschluss der Ausbildung erforderlich sind. Rotationen von bis zu zwei oder drei Monaten sind für alle Studenten in allen pädiatrischen Fachrichtungen und Subspezialisierungen während der ersten drei Jahre der Ausbildung obligatorisch, im letzten Jahr

können die Studenten 6 Monate lang ein ausgewähltes Fachgebiet studieren. Ein Tutor und der Abteilungsleiter überwachen den Rotationszyklus jedes Studenten. Alle Studenten rotieren in den Bereichen Notfalldienste, Perinatalbereich, Pädiatrische Intensivmedizin und Neonatologie Intensivmedizin, Pädiatrische Onkologie und Hämatologie, Primärversorgung. Zu den Subspezialisierungen, die für die Rotation zur Verfügung stehen, gehören: Kardiologie, Endokrinologie, Nephrologie, Neurologie, Pneumologie, Verdauungstrakt und Allergie. Gemäß der Richtlinie des Gesundheitsministeriums können die Studenten im Notfall 4 - 6 Mal pro Monat je nach den benötigten Diensten rotieren.

Softskills in der spanischen medizinischen Ausbildung werden in den Fächern *habilidades de comunicación* (Kommunikationsfähigkeiten) und *humanidades médicas* (medizinische Geisteswissenschaften) erworben. Das Bildungsmodell der spanischen Medizinischen Fakultäten ist im ergebnisorientierten Curriculum strukturiert. Die von der Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) vorgeschlagenen Ergebnisse für Medizinstudenten werden in zwei Gruppen eingeteilt: allgemeine Ergebnisse, die durch transversale Kompetenzen ermöglicht werden und spezifische Ergebnisse, darunter auch Softs-Skills.

Spezifische Kompetenzen von Medizinstudenten sind: 1) klinische Fähigkeiten, 2) wissenschaftliche Grundlagen der Medizin, 3) Gesundheit der Bevölkerung 4), berufliche Werte, Einstellungen, 5) Kommunikationsfähigkeiten, 6) Bevölkerung und Gesundheitssysteme, 7) Informationsmanagement. Dieses Fach kann von einem Psychologen, als Teil eines medizinischen Psychologiekurses, oder von einem Ethiker, als Teil eines medizinischen Geisteswissenschaftenkurses oder von beiden unterrichtet werden. Im ersten Fall beziehen sich die Softskills darauf, wie Ärzte mit Patienten kommunizieren können, im zweiten Fall auf die Einstellungen des Arztes in der Arzt-Patienten-Beziehung.

Unterschiede zwischen dem ersten und zweiten Aspekt sind essentiell, ein Psychologe kann eine bestimmte Körperhaltung während des Kommunikationsprozesses durch eine Reihe vorgefertigter Fragen empfehlen, um Empathie zu etablieren. Im zweiten Fall arbeiten Ethiker an einer professionellen Haltung, indem sie proaktiv im Informationsprozess agieren, um den Patienten in Entscheidungsprozesse einzubinden. Beides sind wesentliche Aspekte zur Verbesserung der Softs-Skills, weshalb eine Integration psychologischer und ethischer Ansätze in den gleichen Kurs unerlässlich ist.

In einigen spanischen Privatuniversitäten sind Softskills Teil eines Kurses namens *Humanidades Médicas y Habilidades de Comunicación*, der im ersten Jahr der medizinischen Ausbildung angeboten wird. In diesem Kurs sind Softskills Teil eines Moduls mit 5 Vorlesungen zu je 2 Stunden pro Woche: 1) Einführung, 2) Kommunikationsprozess, 3) aktives Zuhören, 4) Durchsetzungsvermögen, 5) schlechte Nachrichten überbringen. Zu jeder Vorlesung gehört eine einstündige praktische Übung und eine objektiv strukturierte klinische Untersuchung (OCSE) im Simulationsklinikum. Dieses Format kann eine gewisse Variation aufweisen, wird aber an allen Universitäten unterrichtet und stellt einen strukturierten Ansatz für die Softskills für Medizinstudenten dar.

Die medizinische Weiterbildung in Spanien wird durch das Gesetz Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Gesetz zur Regelung der Gesundheitsberufe) geregelt, ein umfassendes Gesetz, das alle bisherigen Gesetze zu diesem Thema integriert. Medizinische Weiterbildung ist definiert als ein Ausbildungsprozess, der sich auf das aktive und kontinuierliche Lernen von diplomierten Gesundheitsexperten konzentriert, um Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen zu verbessern, um den Herausforderungen des technologischen Fortschritts in der Medizin zu begegnen und auf die Bedürfnisse der Bürger im Gesundheitswesen zu reagieren. Die medizinische Weiterbildung ist durch ein spezielles Zertifizierungssystem des Gesundheitsministeriums geregelt und eine Voraussetzung für jeden Gesundheitsfachmann.

Die medizinische Weiterbildung in den spanischen Krankenhäusern wird von der *Unidad de calidad* (Quality Unit) jedes Krankenhauses überwacht. Die Berufsverbände haben die Aufgabe, externe oder Online-Aktivitäten für ihre Mitarbeiter zu organisieren. Häufig arbeiten Berufsverbände mit den Qualitätsstellen zusammen. Die medizinische Fortbildung in den Krankenhäusern umfasst ständige Lehrtätigkeiten wie klinische Sitzungen, Schulungen, Vorträge auf nationalen und internationalen Kongressen, Forschungsaktivitäten und Publikationen. Die Ausbildungsprogramme werden einer vorherigen Bewertung durch die *Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias* (Weiterbildungsausschuss für Angehörige der Gesundheitsberufe) im Auftrag der öffentlichen Verwaltung in Sachen Zertifizierung für Angehörige der Gesundheitsberufe unterzogen.

Die *Asociación Española de Pediatría - AEP* (Spanische Vereinigung für Kinderheilkunde) spielt eine wichtige Rolle bei der medizinischen Fortbildung von Kinderärzten. Die Debatte über die Umsetzung der Berufsausbildung zur Entwicklung von SoftSkills in der Pädiatrie in Spanien konzentriert sich im Allgemeinen auf zwei Themen: Kinderarzt-Patienten-Familien-Beziehung und Bioethik. Literatur zu diesem Thema ist in den letzten Jahrzehnten vor allem im Hinblick auf die

pädiatrischen Kompetenzen häufig erschienen. Die Notwendigkeit, die Ausbildung der pädiatrischen Fachärzte hinsichtlich Kommunikationsfähigkeit, Fähigkeiten zur Erkennung und Bewältigung kultureller Unterschiede, zur Identifizierung und Förderung von Werten, die sich auf die Einbeziehung von Familien und die Förderung gemeinsamer Entscheidungsfindung konzentrieren, ist in der spanischen Literatur weit verbreitet.

Eine weit verbreitete Meinung unter den Kinderärzten in der öffentlichen Debatte über dieses Thema (Fachzeitschriften wie *Educación Médica* oder *Anales de Pediatría*) zeigt, dass die derzeitigen Ausbildungsprogramme für Fachärzte nicht ausreichen, um den Bedürfnissen des Gesundheitsszenarios und den Anforderungen des ergebnisorientierten Curriculums in der medizinischen Ausbildung gerecht zu werden. Eine interessante Initiative, die durch das AEP in Spanien gefördert wird, ist das Projekt Continuum, eine Online-Plattform zur Verbesserung der medizinischen Weiterbildung in der Pädiatrie. Dieses Projekt startete 2003 und basiert auf dem Global Curriculum for Pediatric Education entsprechend dem ergebnisorientierten Bildungsmodell, das vom Institut für Internationale Medizinische Ausbildung vorgeschlagen und in Spanien von der ANECA empfohlen wurde. Continuum fördert eine kompetenzbasierte Ausbildung von Medizinstudenten, Diplomanden und praktizierenden Ärzten und bietet Schulungen und Lernaktivitäten an.

4.3. Pädiatrische Dienste

Die pädiatrische Versorgung in Spanien umfasst 5 Arten von Diensten: Krankenhaus, Notfall, Tagesklinik, häusliche Pflege und externe Beratung, die im Centro de Salud (Gesundheitszentrum) oder im Krankenhaus durchgeführt werden. Die Leistungen richten sich nach den Bedürfnissen und dem Alter der Patienten. Dieses Modell spiegelt die allgemeinere Organisation des Gesundheitssystems wider, unterteilt in Primärversorgung, spezialisierte Pflege und soziale Gesundheitsversorgung. Auf diese Weise erhalten Patienten eine integrierte Versorgung, die sich an den physischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen der Patienten orientiert:

Pädiatrische Einheiten, Kinderchirurgie und Neonatologie werden gemeinsam koordiniert und decken alle Krankheiten pädiatrischer Patienten aller Altersgruppen ab. Ein Exzellenzmodell in der Pädiatrie in Spanien kann die folgenden Leistungen umfassen:

- 1) Perinatalabteilung, beinhaltet die perinatale Betreuung in Zusammenarbeit mit der Geburtshilfe;
- 2) Neonatologie-Einheit, mit einem speziellen Bereich für die Intensivmedizin (*Unidad de cuidados intensivos neonatológicos*);
- 3) Laktationseinheit;
- 4) Kinderintensivstation (*Unidad de cuidados intensivos pediátricos*);
- 5) Abteilung für Onkologie und Hämatologie;
- 6) pädiatrische Einheit, für die Patienten, die nicht in den vorherigen Einheiten mit einem Alter zwischen 2 und 17 Jahren enthalten sind;
- 7) Kinderchirurgie;
- 8) pädiatrische häusliche Pflege;
- 9) Pädiatrischer Notfall;
- 10) Tageskrankenhaus;
- 11) externe Konsultation in den Gesundheitszentren.

Alle anderen Krankheiten, die nicht in diesen Diensten enthalten sind, sind in der Erwachsenenabteilung angesiedelt, wo medizinisches Fachpersonal ebenfalls über spezifische Kompetenzen für pädiatrische Patienten: z.B. in der Augenheilkunde, Orthopädie, Psychiatrie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde verfügt

Das derzeitige Modell des Gesundheitssystems in Spanien stammt aus dem Ley General de Sanidad de 1986, einem nationalen Gesundheitssystem, das eine universelle Versorgung auf der Grundlage des von der spanischen Verfassung garantierten Gesundheitsrechts der Bürger bietet. Dieses Modell bot in Spanien eine weit verbreitete öffentliche Gesundheitsversorgung, auch wenn seit den 90er Jahren ein Prozess der Anpassung an ein gemischtes Gesundheitssystem begann, der zunehmend zu einem nationalen Standard wurde.

Im Einklang mit dieser Änderung des Gesundheitswesens wurde 1991 im Rahmen der "Informe Abril" (April-Bericht) eine erste nationale Intervention vorgeschlagen, in der alle später angenommenen Maßnahmen wie Zuzahlung und private Kriterien, um medizinische Dienstleistungen zu managen, Einführung des privaten Marktes für Gesundheitsdienstleistungen, Unterstützung der Rolle von Versicherungen und privater Gesundheitsversorgung, Änderung der Vertragsbedingungen von Angehörigen der Gesundheitsberufe vorgeschlagen wurden. All diese Maßnahmen führten bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe, den Patienten und den politischen Entscheidungsträgern zu einem sozialen Abfall, weshalb die meisten von ihnen vorläufig eingestellt wurden.

Seit 1992 wurden mehrere öffentliche Krankenhäuser mit den Verwaltungskriterien eines privaten Unternehmens unter einem anderen Rechtsstatus gegründet, d.h. die Gründung nach den neuen Kriterien, die 1994 für die Ley de Fundaciones angewandt wurden, und die aus autonomen Gemeinschaften unter der Kontrolle des Regionalparlaments bestehen. Im Jahr 1994 begann ein neuer Ansatz, der dem privaten Unternehmen Kompetenzen zuweist, um ein privates Krankenhaus zu gründen und Gesundheitsdienstleistungen für die öffentliche Nachfrage in einem bestimmten Bereich bereitzustellen. Dabei sind die Verwaltung und Erbringung von Dienstleistungen völlig privat, das private Unternehmen erhält jedoch öffentliche Mittel. 1999 bot die Regierung den Autonomen Gemeinschaften mit einer speziellen Gesetzgebung die Möglichkeit, vom traditionellen Modell des öffentlichen Krankenhauses zum Public Foundations Model überzugehen. Dieser neue Rechtsrahmen löste eine große Debatte bei den Beteiligten aus und wird derzeit nicht in allen Regionen vollständig angewandt.

Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen nur mit privaten Mitteln und die Schaffung eines ausschließlich privaten Dienstes, begann 2007 in Madrid und wurde schrittweise auf andere autonome Gemeinschaften ausgedehnt. Mit der Finanzkrise führt ein neues Gesetz, das Real Decreto Ley 16/2012, Notmaßnahmen im Bereich der Nachhaltigkeit des öffentlichen Gesundheitssystems ein. Es werden u.a. in den meisten autonomen Gemeinschaften neue Kriterien für die private Finanzierung und die Förderung von privaten Versicherungen eingeführt, mit dem Ziel, in Zukunft ein privates Gesundheitssystem einzuführen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Pädiatrie im privaten System denselben Kriterien und Strukturen folgt wie im öffentlichen System, und dass unter allen Umständen die gleiche Gesetzgebung angewandt wird.

Bibliographie

- 1) Farrerons Noguera L. Historia del Sistema Sanitario Español, Ed. Diaz de Santos, Madrid: 2013
- 2) Ley 14/1986 General de Sanidad. Organización del Sistema Sanitario Público
- 3) Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- 4) Real Decreto 16/2012 de Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y Mejorar la Calidad y Seguridad de sus Prestaciones
- 5) Crespo Hernaández M. Formación del Especialista de Pediatría: Viejos Problemas, Nuevos Tiempos. Anales de Pediatría 2009; 70:409-12
- 6) Crespo Hernández M. Bases Fundamentales del Programa MIR. Anales de Pediatría 2003; 58(4): 385-394
- 7) Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro Blanco Título de grado en Medicina
- 8) Core Committee, Institute for international Medical Education, Global minimum essential requirements in medical education. Medical Teacher 2002; 24(2): 130-135
- 9) Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitaria
- 10) Cruz-Hernandez M. A Renewed challenge in Paediatric Education: Patient Paediatrician and Family Relationship. Educación Médica 2004; 7(4):119-124
- 11) Hernández González A, Rodríguez Nuñez FJ et al. Conocimientos sobre ética asistencial de los residents de pediatría. Anales de Pediatría 2014; 80:106-113
- 12) Continuum: The Power of e-learning and Web 2.0 in medical training in paediatrics. Three years of experience. Educación Médica 2017; doi.org/10.1016/j.edumed.2017.02.002
- 13) Sanchez Bayle M. La privatización de la asistencia sanitaria en España. Fundación Alternativas, 2014

V. PÄDIATRISCHES GESUNDHEITSSYSTEM IN DEUTSCHLAND

5.1. Das deutsche Gesundheitssystem

Der WICHTIGSTE Aspekt des deutschen Gesundheitssystems ist die obligatorische gesetzliche Krankenversicherung für Arbeitnehmer (Bismarck-Modell).

Die Ursprünge des Gesundheitswesens finden sich in den Handwerkszünften des Mittelalters mit ihrer frühen Form der Krankenversicherung nach dem Solidaritätsprinzip. Mitglieder der Zünfte zahlten in einen Fonds, um andere Mitglieder bei medizinischen Problemen zu unterstützen. Im Jahr 1883 implementierte Bismarck ein Sozialversicherungssystem, das bestimmte Arbeitgeber und Arbeitnehmer dazu verpflichtete, Zahlungen an Krankenkassen zu leisten, die für die medizinische Versorgung der versicherten Arbeitnehmer aufkommen würden. Das moderne System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist im Laufe der Jahre im Wesentlichen gleich geblieben. Sie umfasst rund 90% der deutschen Bürger. GKV deckt im Wesentlichen die Kosten für die gesamte medizinische Versorgung ab. Der Versicherungsschutz ist universell für alle legalen Einwohner. Das Gesundheitssystem in Deutschland basiert auf vier Grundprinzipien:

1. Pflichtversicherung
2. Finanzierung aus Beiträgen
3. Grundsatz der Solidarität
4. Prinzip der Selbstverwaltung

Tabelle 1. Ausgewählte Indikatoren für das deutsche Gesundheitssystem

Bevölkerung		Jahr
Gesamtbevölkerung (Millionen)	80.646	2013
Prozentsatz der Bevölkerung über 65 Jahre	21.1%	2013
Prozentsatz der Bevölkerung im Alter von 0 - 14 Jahren	13%	
Ausgaben		
Prozentsatz des BIP (ausgegeben für Gesundheitsversorgung)	11.3%	2015
Gesundheitsausgaben pro Kopf	\$4920	2013
Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der realen Gesundheitsausgaben pro Kopf, 2009-13	1.95%	2013
Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben aus eigener Tasche	\$649	2013
Krankenhausausgaben pro Kopf	\$1,423	2013
Gesamtausgaben der Krankenhausversorgung (in Mrd.)	84,2	2015
Ausgaben für Arzneimittel pro Kopf	\$678	2013
Ärzte		
Anzahl der praktizierenden Ärzte pro 1.000 Einwohner	411	2014
Durchschnittliche jährliche Anzahl der Arztbesuche pro Kopf	9.9	2013
Krankenhausausgaben, -auslastung und -kapazität		
Gesamtzahl der Krankenhäuser	1956	2015
Anzahl der Akutkrankenhausbetten je 1.000 Einwohner	5.34	2013
Krankenhausausgaben pro Entlassung	\$5,641	2015
Krankenhausentlassungen pro 1.000 Einwohner	252	2013
Krankenhausbetten pro 100 000	823	2014
Durchschnittliche Dauer des Aufenthaltes für die Heilbehandlung (Tage)	7.7	2013
Gesundheit		
Geschätzte Lebenserwartung	81 years	2015
Geschätzte Kindersterblichkeit pro 1000 Lebendgeburten	3	2015
Säuglingssterblichkeit pro 1000 Lebendgeburten	3%	2014

Quelle: Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Anderson C. 2015 International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund. 2016. <http://www.euro.who.int/en/countries/germany/data-and-statistics>; <https://www.destatis.de>; <https://de.statista.com>

Das deutsche Gesundheitssystem kann in drei Bereiche Leistungsträger, Kostenträger und Leistungserbringer unterteilt werden

5.2. Leistungsträger

Das deutsche Gesundheitssystem basiert auf einem dezentralen und selbstverwalteten System, das von verschiedenen Akteuren getragen wird. Die Entscheidungsbefugnisse werden traditionell zwischen Bund und Ländern aufgeteilt, wobei viele Befugnisse an Selbstverwaltungsorgane delegiert werden.

Die Bundesversammlung, der Bundesrat und das Bundesministerium für Gesundheit sind die zentralen Akteure auf nationaler Ebene. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist für die Politikgestaltung auf Bundesebene zuständig. Der Staat ist für die Festlegung der gesetzlichen Rahmenbedingungen verantwortlich, die im Sozialgesetzbuch V verankert sind und an die sich die Krankenkassen und Leistungserbringer halten müssen. Das Gesundheitsministerium leitet eine Reihe von Institutionen und Stellen, die sich mit übergeordneten Fragen der öffentlichen Gesundheit befassen, darunter das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI). Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über die Zulassung von Arzneimitteln. Das Paul-Ehrlich-Institut ist für die Zulassung von Impfstoffen zuständig.

Wichtigstes Organ des selbstverwalteten Gesundheitssystems ist der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), das oberste Entscheidungsgremium auf Bundesebene. Es vereint die Bundesverbände der Krankenkassen und die Bundesverbände der Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser). Sie ist verantwortlich für die Definition des öffentlich finanzierten Leistungspakets und die Festlegung von Qualitätsstandards für die ambulante, stationäre und sektorübergreifende Gesundheitsversorgung. (Nolte et al. 2008). Der GKV-Spitzenverband ist der Bundesverband aller gesetzlichen Krankenkassen. Ihre Tätigkeit ist gesetzlich geregelt. Die privaten Versicherer werden durch den PKV-Verband vertreten.

Die öffentliche Gesundheit ist in erster Linie Aufgabe der 16 Bundesländer. Die Länder sind auch für die Planung der stationären Kapazitäten und die Finanzierung von Investitionen in Krankenhäuser zuständig.

Die Bundesregierung regelt alle fünf Sozialversicherungen über das so genannte Sozialgesetzbuch. Die fünf Säulen der deutschen Sozialhilfe sind die Arbeitslosenversicherung, die Rentenversicherung, die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und die Pflegeversicherung.

5.3. Kostenträger

Es handelt sich um ein dezentrales System, bei dem Regierungen der Bundesländer und die gemeinnützigen Krankenkassen ihre Autonomie bewahrt haben. Die Krankenkassen sind streng regulierte, gemeinnützige, konkurrierende, gemeinnützige und nichtstaatliche Einrichtungen (113 im Jahr 2017) (GKV-Spitzenverband 2017). Die Mittel werden benötigt, um ein breites Spektrum an Leistungen abzudecken, darunter Krankenhäuser und ärztliche Dienste, verschreibungspflichtige Medikamente, Zahnheilkunde, Vorsorge und Mutterschaftsbetreuung. Im Rahmen des gesetzlichen GKV-Systems werden die Leistungen am Zugangspunkt kostenlos erbracht.

Die Höhe der gesetzlichen GKV-Beiträge richtet sich nach dem Einkommen und nicht nach dem individuellen Risiko und errechnet sich aus dem Anteil der Einkünfte aus Erwerbstätigkeit (bzw. Renten) und den Leistungen für nicht erwerbstätige Angehörige ohne Zuschlag. Jeder in der gleichen Krankenkasse mit gleichem Gehalt zahlt den gleichen Betrag.

Im deutschen Gesundheitswesen tragen die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam die individuellen Risiken des Verdienstaufschlags und die Kosten der medizinischen Versorgung im Krankheitsfall. Jeder, der gesetzlich versichert ist, hat ein gleiches Recht auf Pflege. Die Prämien basieren ausschließlich auf dem Einkommen. Das bedeutet, dass die Reichen den Armen helfen können, und die Gesunden den Kranken. Diese Prämien basieren jedoch nur auf einer prozentualen Staffelung bis zu einem bestimmten Einkommensniveau (Beitragsbemessungsgrenze). Wer mehr als diesen Betrag verdient, zahlt die gleiche Höchstprämie.

Der Beitragssatz beträgt 14,60% des Bruttoeinkommens (BMG). Die Fonds sind nicht berechtigt, Personen wegen Krankheit auszuschließen oder die Beitragssätze je nach Alter oder Krankheit zu erhöhen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, mit jedem berechtigten Antragsteller Verträge abzuschließen. Jeder Bürger hat die freie Wahl zwischen den Krankenkassen. Die Beiträge

werden zwischen den krankenversicherten Arbeitnehmern und ihren Arbeitgebern aufgeteilt (~ 53% bzw. 47%). 90 % gehören dem obligatorischen Krankenkassensystem an, 8 % der Bevölkerung entscheiden sich für eine private Versicherung, 2 % erhalten medizinische Leistungen als Angehörige der Streitkräfte oder der Polizei und weniger als 0,2 % sind nicht versichert.

5.3.1. Private Versicherung

Arbeitnehmer, die mehr als 48.000 Euro pro Jahr verdienen, können eine gesetzliche oder private Krankenversicherung abschließen. Sie müssen nicht in die gesetzliche Krankenversicherung einzahlen und können aus einer Vielzahl von Dienstleistungen wählen, die von vielen privaten Versicherungsgesellschaften angeboten werden. Die Patienten zahlen die Behandlungskosten im Voraus, die Erstattung erfolgt später. Die Höhe der Erstattung hängt von der individuellen Police des Versicherers ab.

5.3.2. Gesundheitsausgaben

Die Höhe der Gesundheitsausgaben beläuft sich auf 2.911 € pro Kopf und 10,7 % des BIP, was den höchsten Anteil der EU darstellt. 57% der gesamten Gesundheitsausgaben wurden von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. 14% wurden von den privaten Haushalten einschließlich Direktzahlungen und Zuzahlungen bezahlt, 9% von der privaten Versicherungswirtschaft, 5,7% von der öffentlichen Hand und 7,5% von der Pflegeversicherung. Die privaten Haushalte tragen rund 14% zu den gesamten Gesundheitsausgaben (einschließlich Direktzahlungen und Zuzahlungen) bei. Patienten zahlen 10 € pro stationärem Tag (max. 28 Tage) (Parsi & Fischer 2009).

5.4. Leistungserbringer

Die deutsche Medizin trennt streng ambulant tätige Ärzte und Krankenhausärzte. Den meisten ambulant tätigen Ärzten ist es untersagt, Patienten in Krankenhäusern zu behandeln, Krankenhausärzte haben Privatpraxen für die Behandlung von ambulanten Patienten. 2,8 Millionen Menschen arbeiten in medizinischen Berufen (Destatis).

Zweimal im Jahr werden Leitlinien für die Honorare von Ärzten, Krankenhäusern und die Preise für Arzneimittel festgelegt. Basierend auf diesen Richtlinien werden auf staatlicher, regionaler und lokaler Ebene Verhandlungen zwischen den Krankenkassen in einer Region, der regionalen Ärztevereinigung und den Krankenhäusern geführt, um Ärztegebühren und Krankenhauskosten festzulegen.

Die akute stationäre Versorgung erfolgt durch einen Mix aus öffentlichen, öffentlichen/privaten gemeinnützigen und privaten gewinnorientierten Trägern (34%, 38%, 28%) in 1956 in Deutschland existierenden Krankenhäusern. Die Krankenhäuser sind in erster Linie mit angestellten Ärzten besetzt. Die stationäre Versorgung wird über ein System globaler Budgets vergütet, wobei die DRG (diagnosebezogene Fallgruppe) pro Aufnahme vergeben wird. Die Erstattung stationärer Leistungen erfolgt direkt durch die Krankenkassen.

5.4.1. Ambulante Pflege

Die ambulante Versorgung wird hauptsächlich von privaten, gewinnorientierten Anbietern erbracht, die in Einzelpraxen arbeiten. Die Patienten haben freie Arztwahl. Die gesetzlich Versicherten haben freien Zugang zu 96% aller ambulanten Ärzte (4% sind nicht an die GKV angeschlossen und behandeln nur Patienten, die privat versichert sind oder aus eigener Tasche bezahlen). Die ambulante Versorgung wird auf Landesebene über 17 regionale Ärzteverbände organisiert. Diese sind für die Zulassung von Kassenärzten und die Erstattung von Leistungen im ambulanten Bereich zuständig. Ambulante Ärzte sind verpflichtet, ihrem regionalen Ärzteverband beizutreten. Die Krankenkassen zahlen jährlich einen Pauschalbetrag an die Ärztekammer in ihrer Region, die wiederum Ärzte auf der Grundlage einer detaillierten Gebührenordnung bezahlt.

Dieser Bericht ist eine Zusammenfassung von Informationen und Daten, die auf den am Ende dieses Dokuments aufgeführten Quellen basieren.

5.5 Pädiatrische Erziehung

Die Kinderheilkunde ist Teil der medizinischen Ausbildung in Deutschland, allerdings variiert die Struktur des Lehrplans von Universität zu Universität.

Exemplarisch wird deswegen im Folgenden das Angebot der Pädiatrie an der Ludwig-Maximilians-Universität beschrieben.

Das Medizinstudium ist in 6 Module aufgeteilt. Kinderheilkunde ist dabei Teil von Modul 5. Das pädiatrische Modul umfasst Vorlesungen, Seminare, Online-Kurse, Tutorien und praktische Übungen, um das erlernte Wissen zu vertiefen. Am Ende des pädiatrischen Programms müssen die Studenten zwei Examen absolvieren.

Vorlesungen:

- Informationen über wichtige Grundlagen
- 28 Vorlesungen à 45 min
- Inhalte: Pulmonologie, Neonatologie, Endokrinologie, Stoffwechselerkrankungen, Infektiologie, Onkologie, Hämatologie, Gastroenterologie, Kardiologie, pädiatrische Neurologie, Hämostaseologie, Nephrologie, Ernährungsmedizin

Seminare:

- 6 Seminare
- Inhalte: Entwicklungsneurologie, pädiatrische Notfallmedizin, Gastroenterologie, Impfungen, das Überbringen von schlechten Nachrichten, Untersuchung von Neugeborenen und Säuglingen

Online Kurse

- Auf Fallbeispielen basiertes Lernen

Tutorien

- Gruppengröße: 8- 10 Studierende
- 4 Fälle werden in 8 Sitzungen à 90 min diskutiert
- Praktische Übungen
- Gruppengröße: 3 Studierende
- Studenten „arbeiten“ 4 Tage auf der Station mit
- Inhalte: Unterricht am Krankenbett, Anamnese, klinische Untersuchung, Erstellen einer Krankenakte

Freiwilliges praktisches Training

- Kurse in: Neurologische Untersuchung, Kinderchirurgie, Verbessern der Kommunikationsfähigkeiten, Erstversorgung von Neugeborenen

Nach sechs Jahren an der Universität und dem Bestehen des letzten Exams, können die Studierenden anfangen als (Assistenz)-Arzt zu arbeiten. Um ein Kinderarzt zu werden, müssen sie mindestens fünf Jahre in einem Kinderkrankenhaus oder zu Teilen in einem spezialisierten ambulanten Pflegedienst arbeiten. In dieser Zeit werden sie in allgemeiner Kinderheilkunde, Neonatologie, Intensivmedizin und Ultraschalluntersuchungen ausgebildet. Nach den fünf Jahren müssen sie eine Prüfung bestehen und sind daraufhin auf Pädiatrie spezialisiert.

Da die Kinderheilkunde eine Fachrichtung mit vielen Unterbereichen ist, können sich die Kinderärzte in einer dreijährigen Ausbildung weiter spezialisieren in:

- Neonatologie
- Lungenheilkunde
- Pädiatrischer Neurologie
- Kardiologie
- Hämato-Onkologie
- Endokrinologie und Diabetologie

Außerdem gibt es weitere Fachausbildungen, die in einer kürzeren Ausbildungszeit absolviert werden können. Zum Beispiel in: Rheumatologie, Hämostaseologie, Gastroenterologie, Palliativmedizin...

5.6 Pädiatrischer Dienst

In Deutschland findet die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in

- Kinderarztpraxen
- Universitäre und nicht universitäre Kinderkrankenhäuser, pädiatrische Stationen in allgemeinen Krankenhäusern (n= 364 in 2017)
- Sozialpädiatrische Zentren (n= 153 in 2017)
- Rehabilitationskliniken

Während der letzten drei Dekaden hat die Sozialpädiatrie (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin – DGSPJ) ihre sozialpädiatrischen Zentren im deutschen Gesundheitswesen als exzellente Plattform etabliert. Diese werden den entwicklungs-technischen Anomalien und den spezifischen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen gerecht, die von Behinderungen betroffen oder prädisponiert sind, von Behinderungen betroffen zu werden. Die von diesen Zentren angebotenen Dienste sind im Sozialgesetzbuch, §119 verankert.

Die in den sozialpädiatrischen Zentren vorhandenen Mittel gewähren im Allgemeinen eine multiprofessionelle und transdisziplinäre medizinische Versorgung während des gesamten Entwicklungsprozesses des Kindes. Diese deckt sowohl die laufenden Bedürfnisse, als auch Präventivmaßnahmen ab.

Konsequenterweise verkündete die DGSPJ 2017 die Erweiterung des Systems um eine Einrichtung für chronische Erkrankungen, des Center for Children with Medical Complexity (CCMC).

Am 31.12.2016 arbeiteten 14.466 (8.412 weibliche) Ärzte als spezialisierte Kinderärzte. Von diesen arbeiten 5984 Kinderärzte in einem Kinderkrankenhaus oder auf einer pädiatrischen Station eines Allgemeinkrankenhauses.

Dieser Artikel ist eine Zusammenfassung der Informationen und Daten der am Ende des Artikels aufgelisteten Quellen.

Quellen:

- Armstrong EG, Fischer MR, Parsi-Parsi RW, Wetzel MS. The health care dilemma. A comparison of health care systems in three European countries and the US. Singapore: World Scientific Publishing UK; 2011.
- Bodenheimer TS, Grumbach K. Understanding health policy: A clinical approach. McGraw Hill Book Co; 2008.
- Bundesärztekammer <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2016/>. (18.01.2018)
- Bundesgesundheitsministerium. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>
- Busse R, Blümel M. Germany: health system review. Health Systems in Transition, 2014, 16(2):1–296.
- Commonwealth Fund. International Survey Date. Online verfügbar unter: <http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/international-survey-data/results?ind=643&ch=570>
- [DGKJ-Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.](http://www.gkind.de/fileadmin/DateienGkind/Arbeitsgruppen/Rettet_die_Kinderstation/Zahlen_-_Daten_-_Finanzierung_-_Kinderkliniken_DGKJ_GKinD.pdf) (18.01.2018)[http://www.gkind.de/fileadmin/DateienGkind/Arbeitsgruppen/Rettet die Kinderstation /Zahlen - Daten - Finanzierung - Kinderkliniken_DGKJ_GKinD.pdf](http://www.gkind.de/fileadmin/DateienGkind/Arbeitsgruppen/Rettet_die_Kinderstation/Zahlen_-_Daten_-_Finanzierung_-_Kinderkliniken_DGKJ_GKinD.pdf)
- DGSPJ-Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.<http://www.dgspj.de/institution/sozialpaediatrische-zentren/>
- [Federal Statistical Office \(Destatis\)](https://www.destatis.de/EN/FactsFigures/FactsFigures.html). Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/EN/FactsFigures/FactsFigures.html>
- Gesundheitsinformation.de. Online verfügbar unter: <https://www.informedhealth.org/>
- GKV-Spitzenverband. Online verfügbar unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de>
- Health Data Navigator. Online verfügbar unter: <http://www.healthdatanavigator.eu/national/germany>
- Informed Health Online. Online verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0078019/>
- International Commonwealth Fund. Online verfügbar unter: <http://international.commonwealthfund.org/countries/germany/>
- Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Anderson C. 2015 International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund. 2016
- Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions: experience in eight countries. WHO Regional Office Europe; 2008.
- Parsi-Parsi RW, Fischer MR. The German Healthcare System and Recent Healthcare Reforms in Germany. Impulsvortrag gehalten auf der: Teaching health care system comparison; 2009; Witten.

- Simon M. Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Huber, Bern; 2009.
- Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. World Health Organization; 2009.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. Online verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/en/countries/germany>

KAPITEL 2

UMFRAGE BEZÜGLICH SOFTSKILLS-BEDÜRFNISSEN IN DER PÄDIATRIE

IN: RUMÄNIEN, UNGARN, ITALIEN, SPANIEN, DEUTSCHLAND

Abstract

Das vorliegende Kapitel stellt die empirischen Ergebnisse der Softskills-Bedürfnisse für den Bereich der Pädiatrie in den fünf Ländern vor, die Mitglieder des Projekts Nr. 2016-1-RO01-KA203-024630 Softskills for Children's Health sind, das im Rahmen von Erasmus+ Strategic Partnerships in Rumänien, Ungarn, Italien, Spanien und Deutschland für vier Bevölkerungsgruppen durchgeführt wurde: z.B. pädiatrische Patienten, Patienteneatern, Kinderärzte und Gesundheitspersonal in den Bereichen Kommunikation, Transparenz, Krankenhausumfeld, interkulturelle Fragen und Zeitmanagement.

1. Materialien und Methoden

Diese empirische Forschung ist Teil des Softisped-Projekts, das darauf abzielt, die Softskills der pädiatrischen Studenten zu verbessern, um die Leistungsfähigkeit und Anpassungsfähigkeit der pädiatrischen Dienste entsprechend den Bedürfnissen und Erwartungen von Kindern und Familien zu erhöhen, sowie die Fähigkeit der Trainer, diese Skills durch innovative Methoden und Strategien aufzubauen.

Der medizinische Lehrplan konzentriert sich nicht auf die Softskills. Der Literatur zufolge fehlt es den medizinischen Pädagogen an Erfahrung in der Entwicklung von Softskills in der Kinderheilkunde. So "soft skills may be the biggest challenge for the medical education" (Dwyer, Canadian Journal of Surgery, 2014).

Ziel des aktuellen Projekts ist es, die wichtigsten Softskills für Kinderärzte zu identifizieren, sie mit den besten Lehrmethoden und -strategien abzugleichen und Richtlinien und Materialien für die Ausbildung der Trainer zu erarbeiten, um diese Methoden anzuwenden und die Softskills zukünftiger Kinderärzte zu entwickeln. Die vorliegende Studie wird somit den ersten Teil der Projektziele erfüllen, d.h. den Bedarf an Softskills in den Projektländern ermitteln.

Die Umfrageergebnisse werden schließlich zu Verbesserungen der pädiatrischen Erziehung und Dienstleistungen führen, indem sie die Kommunikation mit Kinderpatienten und ihren Familien durch das Einführen von spielerische Aktivitäten verbessern, die Interaktion mit Kindern durch Spiele und Geschichtenerzählen fördern, um den Kindern zu helfen, die Angst vor dem Arzt zu überwinden und mit Schmerzen, Stress und Ängsten im Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalten umzugehen.

Langfristig werden die Ergebnisse über Softskills die adäquate Ausbildung pädiatrischer Fachärzte beeinflussen, indem sie die medizinische Ausbildung in Bezug auf die kognitive Kompetenz und die praktischen Softskills-Fähigkeiten verbessern (Soft Skills May Be the Biggest Challenge in Medical Education, Dwyer, Canadian Journal of Surgery, 2014).

1.1. Hintergrund der Forscher

Die Forschergruppe bestand aus einem Kinderarzt, einem Kommunikations-/Ethik Spezialisten/Dozenten und einem Oberarzt, der im Bereich der Pädiatrie tätig ist. Sie verfügten über entsprechende Erfahrung und Sachkenntnis sowie über Kommunikationsfähigkeiten, um sie sich auf das sehr sensible Gebiet der pädiatrischen Patienten und ihrer Eltern einzustellen und ihre Antworten auf eine adäquate, sorglose und atraumatische, aber auch relevante Weise zu erhalten.

Die folgenden Forscher haben sich bereit erklärt, das Forscherteam in jedem Land zu leiten und für die nationale Datenerhebung verantwortlich zu sein. Der Supervisor in jedem Land war für die Auswahl der Teilnehmer verantwortlich: Kinderärzte, Eltern/Tutor/Verwandte, Kinder und medizinisches Personal, das mit Kindern zu tun hat, um sie in die Erhebung einzubeziehen:

- Prof. Oana Marginean, PhD, Paediatrics Clinic 2, University Emergency Hospital of Tirgu Mures, University of Medicine and Pharmacy of Tirgu Mures, **Romania**
- Prof. Dr. Martin Fischer, MME (Bern), Ludwig-Maximilian Universität, München, **Germany**
- Sabrina Grigolo, Pädagogin, Koordinatorin des Gesundheitssystems und Tutorin für das Pfleger-Training-Programm der Azienda Sanitaria Locale, TO3, Torino, **Italy**
- Benjamín Herreros Ruiz Valdepeñas, Hauptforscher und Emanuele Valenti, Projekt-Manager und Leiter des Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés, Hospital Universitario Fundacion Alcorcon, **Spain**
- Dr. Andras Gabor, Filab, außerordentlicher Professor für Information, Corvinus University of Budapest, **Hungary**

Wir führten eine prospektive Studie durch, um die Erwartungen der Hauptakteure des pädiatrischen Gesundheitswesens (Ärzte, pädiatrische Patienten und ihre Eltern und das Gesundheitspersonal) durch Fragebögen und Interviewleitfäden zu analysieren. Es wurden 25 Fragebögen ausgefüllt und jeder Unterbereich analysiert.

Alle Daten und Parameter, die im Folgenden vorgestellt werden, wurden mit Hilfe von Fragebögen erhoben, die an Kinderärzte, Kinderpatienten, Eltern und Angehörige sowie an das Gesundheitspersonal gerichtet wurden.

1.2. Methode

Anhand von Fragebögen wurden die Einstellungen und Erwartungen sowie die wichtigsten Herausforderungen und Probleme ermittelt, mit denen folgende Zielgruppen konfrontiert werden können: Kinderärzte, Eltern (Verwandte), Gesundheitspersonal und pädiatrische Patienten in verschiedenen europäischen Ländern (Rumänien, Ungarn, Italien, Deutschland, Spanien):

1. Kommunikation, Interaktion und Einfühlungsvermögen, Fähigkeit, die Krankheit des Kindes zu erklären, Behandlung, Aufbau von gegenseitigem Vertrauen und Respekt
2. Transparenz in der Informationsvermittlung über Krankheit und Therapie
3. Organisation des Krankenhausumfeldes (Dimension der Räume, Privatsphäre, Fernsehen, Spielzeug, Bilder), Leistungen während des Krankenhausaufenthaltes
4. Zeitmanagement

5. Interkulturelle Fragen (Sprachbarrieren, Umgang mit unterschiedlichen Überzeugungen und Werten)

Die Fragebögen wurden in die Landessprachen übersetzt und betreut.

1.3. Teilnehmer

In jedem Land wurden die Fragebögen übergeben an:

- 25 Kinderärzte,
- 25 Eltern, Lehrer und Verwandte,
- 25 Gesundheitspersonal (Krankenpfleger),
- 25 Patienten.

Jede Gruppe füllte einen Fragebogen aus, um 5 Bereiche zu messen: Kommunikation, Transparenz, Krankenhausumfeld, interkulturelle Themen und Zeitmanagement.

Einschlusskriterien:

- Kinderärzte: Kinderärzte im Krankenhaus oder Fachärzte, die mit Kindern arbeiten (z.B. Intensivmedizin, Psychiatrie, Neurologie, Kinderzahnheilkunde),
- Eltern/Trainer/Verwandte der befragten Patienten,
- Gesundheitspersonal: Arbeiten in pädiatrischen Abteilungen,
- Pädiatrische Patienten: mit einem Alter von 5-14 Jahren und akuten oder chronischen Erkrankungen.

Vorgehen

Die Teilnehmer der Studie wurden anhand der Stichprobenkriterien ausgewählt und von den Forschern angesprochen, die eine schriftliche Einwilligung zur Teilnahme einholen mussten. Die Fragebögen wurden den zuständigen Ethikkommissionen in den einzelnen Ländern vorgelegt und befolgten alle Richtlinien der Forschungsaufsicht, soweit dies angemessen und erforderlich war.

Alle Daten wurden gesammelt und interpretiert, wobei eine strikte Anonymität der Befragten gewahrt wurde. Um Transparenz und Feedback für die Teilnehmer zu schaffen und die Ausbildung und Praxis der Softskills zu verbessern, welches das Endziel des Projekts ist, werden die Umfrageergebnisse im E-Book-Format in allen Projektsprachen (Spanisch, Italienisch, Deutsch, Rumänisch, Ungarisch) veröffentlicht.

Kinder, denen die Möglichkeit geboten wurde, an unserer klinischen Forschung teilzunehmen, wurden um ihre Meinung gebeten und gaben ihre Erlaubnis fortzufahren.

1.4. Variablen

Die Forschungsvariablen waren:

- Für das Gesundheitspersonal: Geschlecht, Alter, Geburtsort, Wohnort, Jahre an Berufserfahrung und Rolle im Krankenhaus;
- Für Kinderärzte: Geschlecht, Alter, Geburtsort, Wohnort, Jahre an Berufserfahrung, Anzahl an Weiterbildungen im Jahr 2016. Kinderärzte wurden auch gefragt, ob sie schon immer in Krankenhäusern im gleichen Kontext gearbeitet haben.
- Für Patienten und Eltern: Geschlecht, Alter, Geburtsort, Wohnort, Dauer der

Erkrankung in Jahren.

In Rumänien waren die befragten Kinderpatienten überwiegend Jungen (57%) gegenüber nur 43% Mädchen, während die Verteilung auf die drei Altersgruppen sich wie folgt darstellte: 12-14 Jahre (47%), 5-7 Jahre (33%) und 8-11 Jahre (20%).

Die Dauer der Erkrankung der befragten Kinder lag in 47% der Fälle zwischen einem und drei Monaten und in 33% der Fälle zwischen 4 und 8 Monaten, wobei nur 7% der Patienten einen längeren Krankenhausaufenthalt hatten.

Alle Kinderärzte, die auf die Fragebögen geantwortet haben waren Frauen, im Alter von über 45 Jahren (63%) und davon 37% im Alter von 36-45 Jahren. Sie hatten eine Berufserfahrung von über 15 Jahren in 63% der Fälle, während 37% eine Berufserfahrung zwischen 5 und 10 Jahren hatten. Alle Kinderärzte arbeiteten im gleichen Kontext und nahmen in den Vorjahren an Fortbildungskursen teil.

Das Gesundheitspersonal, das an der Studie teilnahm, war meist über 45 Jahre alt (67%) und hatte in 67% der Fälle eine Berufserfahrung von über 15 Jahren.

Eltern und Verwandte, die an der Studie teilnahmen, waren überwiegend Frauen (81%), die meisten von ihnen im Alter zwischen 36-45 Jahren (53%). Die Dauer der Erkrankung des Patienten, dessen Angehörige die Fragebögen ausgefüllt haben, betrug in 47% der Fälle 1-3 Monate und in 33% der Fälle einen Zeitraum von 4-8 Monaten.

In Ungarn bestanden die beiden untersuchten Gruppen aus 25 ausgebildeten Pflegefachkräften und 23 Kinderärzten aus dem Bezirk XIII aus Budapest. Alle Pflegekräfte, die den Fragebogen ausgefüllt haben, waren weiblich. 56% der befragten Mitarbeiter im Gesundheitswesen waren älter als 45 Jahre, 32% gehörten der Altersgruppe 36-45 Jahre an und nur 12% waren zwischen 26 und 35 Jahre alt. Was ihre Berufserfahrung betrifft, so verbrachten 72% der Befragten mehr als 15 Jahre als Pflegekraft. 24% der befragten Mitarbeiter im Gesundheitswesen hatten eine Berufserfahrung zwischen 10 und 15 Jahren, während die restlichen 4% 5-10 Jahre lang als Pflegekraft gearbeitet haben.

Die Stichprobenzahl der Kinderärztesgruppe betrug 23, 58% von ihnen waren Frauen, während Männer 42% der befragten Gruppe ausmachten. Die befragten Kinderärzte waren alle älter als 36 Jahre, 39% von ihnen gehörten der Altersgruppe 35-45 Jahre an, und 61% waren älter als 45 Jahre. 61% der befragten Kinderärzte verbrachten mehr als 15 Jahre als Arzt, 17% hatten eine Berufserfahrung zwischen 10 und 15 Jahren, die restlichen 22% waren 5-10 Jahre als Arzt tätig.

Der 13. Bezirk ist mit 110.000 Einwohnern der viertgrößte Bezirk der Hauptstadt und diese Zahl wächst stetig. Im Distrikt gibt es 5 Kinderarztpraxen, die jeweils für die Behandlung von ca. 600-1500 Kindern zuständig sind.

Alle Ärzte, die an der Befragung teilgenommen haben, waren Kinderärzte der Primärversorgung (keine Sekundärversorgung oder Notärzte). Hausärzte sind die erste Anlaufstelle für die medizinische Versorgung von Kindern und können in ihren eigenen Praxen Krankheiten behandeln. Die Patienten sollten den Kinderarzt für eine Routineuntersuchung und für eine nicht-notfallmedizinische Versorgung aufsuchen. Diese können die Eltern und das Kind bei Bedarf auch an einen vertrauenswürdigen Spezialisten verweisen. Bei plötzlichen oder schweren Fällen sollten Eltern eine Notaufnahme aufsuchen. Eine der wichtigsten Aufgaben des Kinderarztes in der Primärversorgung ist es, dafür zu sorgen, dass Kinder überhaupt nicht krank werden. Dies wird als vorbeugende Pflege bezeichnet. Kinderärzte in der Primärversorgung sind im Gegensatz zu Ärzten in der Sekundärversorgung ständig für den allgemeinen Gesundheitszustand eines Kindes

verantwortlich. Deshalb behandeln Hausärzte die Person, während Notärzte sich eher auf einen bestimmten Fall und eine bestimmte Krankheit konzentrieren. Generell haben die Patienten in der Primärversorgung eine größere Autonomie als in der Notfallversorgung.

In Italien waren die befragten Gesundheitshelfer zu 100 % weiblich. An der Befragung durch die Gesundheitskoordinatoren der Krankenhäuser Rivoli und Pinerolo waren 41 Gesundheitshelfer beteiligt. Sie waren:

- Krankenpfleger
- Kinderkrankenpfleger
- Sozial- und Gesundheitspersonal
- Hebammen.

41 waren Krankenpfleger, die in den Krankenhäusern Rivoli und Pinerolo arbeiten. Die meisten Krankenpfleger waren über 45 Jahre alt (86%). 95% von ihnen waren seit mehr als 15 Jahren im Krankenhaus beschäftigt.

30 Kinderärzte und Experten für pädiatrische Versorgungsprofile wurden vom Direktor der Abteilung für Mutter und Kindheit vom ASLTO3 eingebunden. Sie waren überwiegend weiblich (63%) gegenüber 37% männlich. 64% waren über 45 Jahre alt und nur 7% waren 26-35 Jahre alt. 62% waren über 15 Jahre im Krankenhaus beschäftigt, 21% über 10-15 Jahre. 57% der Kinderärzte und Experten arbeiten in Krankenhäusern (und nicht in den Schulen) von ASLTO3. 48% der pädiatrischen Experten haben im Vorjahr mindestens eine Fortbildung besucht, während 52% keine Fortbildung besucht haben.

Die Ärzte, die an dieser Umfrage beteiligt waren, waren:

- Kinderärzte
- Fachärzte für Kinderneuropsychiatrie
- Neonatologen
- Experten in der Notfallversorgung.

27 Patienten waren an unserer Umfrage der Pädiatrischen und Neuropsychiatrischen Dienste von ASLTO3 beteiligt. 58% der Patienten waren weiblich gegenüber 42% männlich. Die häufigste Altersgruppe waren die "12-14 Jahre" (58%). Hinsichtlich der "Krankheitsdauer" war die häufigste Kategorie "1-3 Jahre". Wir haben diesem Thema folgende Bedeutung zugeschrieben: die Dauer der Erkrankung von T0 (bestätigte Diagnose) bis T1 (Ausfüllen des Fragebogens). Diese Zeit unterscheidet sich von der "Dauer der Übernahme oder Behandlung" durch die Pädiatrie und Neuropsychiatrie.

27 Angehörige wurden von den Pädiatrischen und Neuropsychiatrischen Diensten einbezogen. 48% waren Männer, während die häufigste Altersgruppe < 35 Jahre alt war.

In Spanien waren 50 medizinische Fachkräfte in drei verschiedenen Krankenhäusern tätig, 25 Ärzte in der Pädiatrie und 25 Mitarbeiter im Gesundheitswesen: 20 Fragebögen im Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA), 10 im Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (HINJ) und 20 im Hospital Universitario XII de Octubre (HUXII), alle in Madrid. 25 Patienten und 25 Angehörige wurden in der Abteilung für Pädiatrie der HUFA befragt. Das Forschungsteam in jedem Krankenhaus hat die Fragebögen in einem persönlichen Gespräch verwaltet.

Profil des Personals im Gesundheitswesen: 100 % der Pflegekräfte waren Frauen. Die an dieser Umfrage beteiligten Gesundheitspfleger waren: Kinderkrankenpfleger, Hebammen, Pflegekräfte, von denen 10 bei HUFA, 10 bei HUXII und 5 bei HINJ arbeiten. Die Mehrheit der

Pflegekräfte waren über 45 Jahre alt (66%), 24% zwischen 36 und 45 Jahren und 10% zwischen 26 und 35 Jahren. Die Berufserfahrung lag zwischen 0 und 5 Jahren für die 5% der Krankenpfleger, zwischen 5 und 10 Jahren für 7%, zwischen 10 und 15 Jahren für 11% und über 15 Jahren für 77% der Stichprobe.

Kinderärzte: 75% der befragten Kinderärzte und Ärzte in der Pädiatrie waren weiblich und 25% männlich. Die Altersspanne entspricht 4% für Ärzte zwischen 26 und 35 Jahren, 37% zwischen 36 und 45 Jahren, 59% über 45%. Die Berufserfahrung entspricht folgenden Sätzen: 1% zwischen 0 und 5 Jahren, 26% zwischen 5 und 10 Jahren, 15% zwischen 10 und 15 Jahren und 58% über 15 Jahre. Die 63% der befragten Ärzte waren in denselben klinischen Bereichen tätig, während 37% in mehreren klinischen Bereichen tätig waren. Von den befragten Ärzten erhielten 89% in den letzten Jahren eine Fortbildung, 11% nicht.

Patienten: 52% der befragten Patienten waren männlich und die 48% waren weiblich. Die Altersspanne lag zwischen 5 und 7 Jahren bei 44%, zwischen 8 und 11 Jahren bei 25% und zwischen 12 und 14 Jahren bei 31% der Patienten. Die Dauer der Krankheit, für die sie in der pädiatrischen Abteilung waren, war ≤ 1 Jahr für 67%, und zwischen 1 und 3 Jahren für 33% von ihnen.

Verwandte: 43% der an der Studie beteiligten Verwandten waren männlich und 57% weiblich. Der Bereich Alter war ≤ 35 Jahre alt für 9%, 77% waren zwischen 36 und 45 Jahre alt, und 14% waren über 45 Jahre alt.

Deutschland

Die befragten Angestellten im Gesundheitssystem waren zu 100% weiblich. 12 pädiatrische Krankenschwestern arbeiteten auf der Station des Kinderuniversitätskrankenhauses der LMU und/oder dessen integrierten Sozialpädiatrischen Zentrums. Das Alter der Befragten war zur Hälfte zwischen 26-35 Jahren, und zur Hälfte über 45 Jahren. 50% haben über 15 Jahre in dem Krankenhaus gearbeitet.

28 **Kinderärzte** der Kinderklinik der Ludwig-Maximilians-Universität und dessen integrierten sozialpädiatrischen Zentrums waren an der Umfrage beteiligt. 48% waren weiblich, 52% waren männlich. 32% waren über 45 Jahre alt. 29% waren zwischen 26-35 Jahre und 39% waren zwischen 36-45 Jahre alt. 41% arbeiteten für mehr als 15 Jahre als Kinderarzt, 22% für 0-5 Jahre. 18% arbeiteten 5-10 Jahre, 57% der Kinderärzte besuchten im letzten Jahr mindestens eine Fortbildung, während 43 % keine Fortbildung besuchten.

26 **Patienten** der Kinderklinik der LMU und des integrierten sozialpädiatrischen Zentrums nahmen an der Studie teil. 58% der Patienten waren weiblich. 42% männlich. Die Mehrheit der Befragten waren zwischen 12-14 Jahre alt. Über 40% der Befragten gaben an, dass sie länger als 8 Jahre von der Krankheit betroffen sind, gefolgt von 4-8 Jahren (36%), 1-3 Jahre (16%) und weniger als ein Jahr (8%).

27 **Angehörige** haben an der Umfrage teilgenommen. 62% waren Frauen, betreffend des Alters waren 54% zwischen 36-45 Jahre alt.

2. Ergebnisse und Diskussion

2.1 Kommunikation

Im Zentrum der Tätigkeit der pädiatrischen Abteilungen steht das kranke Kind, und die Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren der pädiatrischen Gesundheitseinrichtung (Kinderärzten, Gesundheitspersonal einerseits und pädiatrischen Patienten und seinen Eltern andererseits) ist entscheidend für das Wohlergehen und den Erfolg eines jeden medizinischen Eingriffs.

Verschiedene Studien stützen jedoch die Annahme, dass die Rolle des Kindes in der medizinischen Kommunikation unzureichend erforscht und untersucht wurde.¹ Auch wenn die dreiköpfige Natur der pädiatrischen Patienteninteraktionen mehr Zeit in Anspruch nimmt, sollten die Präferenzen und Werte des Kindes zusätzlich zu denen der Eltern berücksichtigt und akzeptiert werden.

Der nächste Abschnitt ist eine Übersicht über die Kommunikation zwischen Kinderärzten, Gesundheitspersonal, Patienten und Eltern der Patienten in Rumänien, Ungarn, Italien, Spanien und Deutschland, in Bezug auf die Unterstützung des Patienten, den Respekt im Krankenhaus, die Unterstützung durch das medizinische Team, die Lebensqualität des Patienten, die Verfügbarkeit des Arztes, die Terminvereinbarung für Kontrolluntersuchungen und die Nachsorgeinformationen.

2.1.1 Ärztliche Unterstützung für die Patienten

In Rumänien wurde die Unterstützung der Ärzte für pädiatrische Patienten mit 4,9 von den Patienten selbst evaluiert, mit einer ähnlichen Wahrnehmung durch die Eltern/Angehörigen der Patienten (d.h. auch 4,9). Die Wahrnehmung dieser Kommunikation durch die Ärzte wurde mit maximal 5,0 bewertet, was den stärksten Punkt im Kommunikationsbereich darstellt, aber nur mit 4,8 durch das Gesundheitspersonal, was eine zurückhaltende Sichtweise in Bezug auf die Unterstützung der Ärzte für den Patienten zeigt.

Med. Personal: 4,8 Patienten: 4,9
Ärzte: 5 Eltern: 4,9

In Ungarn sind sowohl ausgebildete Krankenschwestern als auch Ärzte der Meinung, dass Ärzte meist oder vollständig die Unterstützung bieten, die die Patienten brauchen. Das Haupthindernis für eine bestmögliche Betreuung besteht darin, dass Kinderärzte nicht genügend Zeit für die Patienten haben (die obligatorische Sprechstunde eines Kinderarztes beträgt 3 Stunden, in denen sie durchschnittlich 15-25 Patienten pro Tag behandeln). Die Patientenversorgung leidet, wenn Ärzte mit Arbeits- und Verwaltungsaufgaben überlastet sind. Die durchschnittliche ärztliche Konsultation dauert daher 5-6 Minuten. Im Allgemeinen erhalten die Patienten Informationen über die Krankheit und die Behandlung vom Arzt, während die Krankenschwestern vor allem Hygieneinformationen zur Verfügung stellen.

¹ Vgl. Doctor-parent-child communication. Social Science & Medicine 52(6):839-51 · April 2001 A (re)view of the literature (PDF ...https://www.researchgate.net/.../12096746_Aug_11,_2016)

Med. Personal: 4,2 Patienten: 4,7
Pädiater: 4,4 Eltern: 4,2

In Italien liegen die durchschnittlichen Ergebnisse der Gesundheitsfürsorge bei 3,7, während das Ergebnis der Kinderärzte bei 4,1 von maximal 5,0 liegt, was den Wert des Kommunikationsteils durch das Gesundheitspersonal und die Ärzte darstellt. Beide sind der Meinung, dass Ärzte meist die Unterstützung bieten, die die Patienten brauchen, auch wenn sie bei vielen Patienten oft mit Arbeit, aber auch mit administrativen Aufgaben überlastet sind.

Die Wahrnehmung von Patienten und Angehörigen unterscheidet sich von der des Pflegepersonals und der Ärzte. Sie bestätigen, dass das Hauptproblem mit dem Zeitaufwand zusammenhängt. Der Grund dafür ist die geringe Anzahl der Ärzte im Vergleich zur Anzahl der Leistungen.

Med. Personal: 3,7 Patienten: 3,3
Pädiater: 4,1 Eltern: 3,2

In Spanien ist die Wahrnehmung der ärztlichen Betreuung der Patienten durch die Pflegekräfte etwas geringer als die der Kinderärzte. Ärzte haben eine bessere Wahrnehmung ihrer Arbeit als andere Mitarbeiter im Gesundheitswesen. Bei den Anwendern unterscheiden sich die Patienten ein wenig von den Angehörigen; beide nehmen die ärztliche Unterstützung schlechter wahr als die Gesundheitsfachkräfte.

Med. Personal: 4,0 Patienten: 3,8
Pädiater: 4,4 Eltern: 3,9

In Deutschland bewerten Patienten und Eltern die Zuwendung des Arztes zum Patienten besser (4,3 and 4,4) als Kinderärzte und die Pfleger und Pflegerinnen es tun. Dieses Resultat unterstreicht die kritische Sichtweise der Kinderärzte und der Angestellten des Gesundheitssystems in Hinsicht auf ihre Arbeit.

Med. Personal: 3,7 Patienten: 4,0
Pädiater: 4,3 Eltern: 4,4

2.1.2. Respekt im Krankenhaus

Der Aufenthalt im Krankenhaus kann eine demütigende Erfahrung sein, deshalb ist Respekt der Schlüssel zur Aufrechterhaltung der Würde sowohl für den Patienten als auch für die Eltern, die leiden und der normalen Lebensbedingungen beraubt sind, einerseits und für die Ärzte und das Gesundheitspersonal, die unter Zeitdruck und einem vollen Terminkalender arbeiten, um Leben zu retten und angemessene Unterstützung zu leisten, andererseits.

In Rumänien wurde der Respekt vor dem Patienten als extrem gut eingestuft, alle Patienten gaben die höchste Punktzahl (5) bei diesem Feld. Der Respekt, den die Patienten den Ärzten entgegenbringen, wurde von den Ärzten mit 4,2 bewertet, niedriger als der Respekt, den die

Ärzte den Patienten entgegenbringen. Der Respekt, den die Patienten dem Gesundheitspersonal entgegenbrachten, betrug 4,6, wie vom Gesundheitspersonal und 5 von den Angehörigen wahrgenommen.

Med. Personal: 4,6 Patienten: 5,0
Pädiater: 4,2 Eltern: 5,0

Interessanterweise denken Krankenschwestern in **Ungarn**, dass Ärzte nur gelegentlich die Art von Respekt bekommen, der ihnen gebührt, während Ärzte selbst denken, dass sie ihn meistens bekommen. Unterschiedliche Bewertungen lassen sich auf die verschiedenen Arten von Feedback zurückführen, den die Gruppen erhalten. Das Pflegepersonal trifft die Patienten meist zu Hause und nicht in Praxen, was die persönliche, offene Kommunikation erleichtert und die Pflegekräfte anfälliger für die Sichtweise der Eltern macht. Anders als in Anwesenheit der Ärzte kommunizieren die Patienten direkt mit den Krankenpflegern. Sie können sich auch mehr über ihre Erfahrungen mit Ärzten beschweren.

Ein weiterer Faktor, der zum Unterschied der Ergebnisse beitragen kann, ist die subjektive Bewertung des respektvollen Verhaltens. Das Verhalten der Patienten könnte von einer rein weiblichen Gruppe (Gesundheitspersonal) kritischer beurteilt werden.

Med. Personal: 3,2 Patienten: 4,5
Pädiater: 4,4 Eltern: 4,3

In Italien liegt das durchschnittliche Ergebnis der Gesundheitspfleger bei 3,4/5,0, während das Ergebnis der Kinderärzte bei 4,0 liegt. Unterschiedliche Bewertungen lassen sich auf die verschiedenen Arten von Feedback zurückführen, die sie erhalten. Die Art der Beziehung zwischen Patient und Arzt ist unterschiedlich. Gesundheitspfleger fühlen sich von den Patienten weniger respektiert als Ärzte. Patienten und Angehörige bestätigen, dass "Respekt im Krankenhaus" eine gute Praxis in ASLTO3 ist.

Med. Personal: 3,4 Patienten: 3,9
Pädiater: 4,0 Eltern: 3,5

In Spanien liegen die durchschnittlichen Ergebnisse der Mitarbeiter der Gesundheitspfleger bei 3,7/5,0 und die der Kinderärzte bei 4,0/5,0. Der Unterschied zwischen Gesundheitspersonal und Arzt ist konsistent und könnte auf die unterschiedliche Beziehung zurückgeführt werden, im Falle der Arzt-Patienten-Beziehung: Die Rolle des Vertrauens ist entscheidend, da sie das Gefühl des Respekts gegenüber dem Arzt verbessern kann. Interessante Einigkeit zeigt sich zwischen den Ergebnissen von Ärzten, Patienten und Angehörigen.

Med. Personal: 3,7 Patienten: 4,2
Pädiater: 4,2 Eltern: 4,2

In **Deutschland** sind sowohl Patienten, als auch Eltern sehr zufrieden mit dem Respekt, den ihnen Ärzte und die Angestellten entgegenbringen. Im Gegenzug wird der Respekt, der dem medizinischen Personal und den Ärzten entgegengebracht wird, als unzureichend bezeichnet.

Med. Personal: 3,7 Pädiater: 3,9
Patienten: 4,9 Eltern: 4,8

2.1.3. Unterstützung durch das medizinische Team

Unterstützung kann auf verschiedene Weise quantifiziert werden. Es kann sowohl eine freundliche Aufnahme und Hilfe bei der Orientierung in der Klinik als auch eine warme Führung während des gesamten Pflegeverlaufs bedeuten und so den Stress von Patienten und Eltern verringern.

In Rumänien empfinden die Patienten die Unterstützung durch das medizinische Team als sehr gut - 5,0, was dem Respekt für die Patienten sehr ähnlich ist. Die Ärzte schätzten jedoch, dass die Betreuung der Patienten durch das medizinische Team nicht ideal ist, was sich in der Note 4,4 widerspiegelt. Das Gesundheitspersonal und die Angehörigen boten eine ähnliche Bewertung an, nämlich 4,9.

Med. Personal: 4,9
Patienten: 5,0

Pädiater: 4,4
Eltern: 4,9

Ungarn: Obwohl der Unterschied weniger scharf ist, fühlen sich Ärzte mehr unterstützt durch das medizinische Personal als vom Pflegepersonal angenommen. Ärzte haben zum Großteil „meistens“ auf dem Fragebogen angekreuzt, während Pflegekräfte das Gefühl haben, dass Ärzte "mäßig" unterstützt werden. In Ungarn gibt es keine Gruppenpraxen in der Primärversorgung. Die aktuellen Finanzvorschriften lassen dies nicht zu. Vertikale Kooperationen von PCPs, wie z.B. der Bau von Lokalen gibt es nur zwischen Praxen innerhalb desselben Büros oder Bereichs. PCPs arbeiten in eigenständigen Praxen, aber parallel zueinander, unterstützt von Arzthelfern im Büro und Pflegekräften, die für die Patienten in ihrem Arbeitsbereich zuständig sind (in der Regel haben Ärzte direkten Kontakt mit Pflegekräften aus den Bereichen, aus denen sie auch "Gastpatienten" haben). Laut Gesetz sollte es in jeder Kinderarztpraxis einen führenden Kinderarzt geben, aber diese Regel wird in der Praxis nur selten umgesetzt.

Meistens gibt es eine starke horizontale Zusammenarbeit zwischen Kinderärzten und Fachärzten für Sekundärversorgung. Einige Fachärzte für die Sekundärversorgung können direkt von den Patienten erreicht werden, andere nur durch Überweisung (Neurologie, Rheumatologie, Radiologie, Labor und Krankenhauseinweisung), mit Ausnahme von Notfällen. Spezialisten in der Sekundärversorgung sind meist Beamte mit einem festen Gehalt, die bei den Gesundheitsdiensten der lokalen Gemeinden oder Krankenhäusern angestellt sind und von der NHIF finanziert werden. Das gleiche Beschäftigungssystem gibt es auch in den Krankenhäusern.

Med. Personal: 3,4
Patienten: 4,4

Pädiater: 4,2
Eltern: 4,1

Italien. Die durchschnittlichen Ergebnisse der Gesundheitspfleger liegen bei 3,7/5,0, die der Kinderärzte bei 4,0. Ärzte fühlen sich vom medizinischen Personal stärker unterstützt als Pflegekräfte. Die Gesundheitspfleger fühlen sich durch die Arbeit stark belastet. Patienten und Angehörige bestätigen, dass die Unterstützung durch das medizinische Team positiv ist und dies eine gute Praxis darstellt.

Med. Personal: 3,7
Patienten: 3,7

Pädiater: 4,0
Eltern: 3,6

In **Spanien** liegen die durchschnittlichen Ergebnisse des Gesundheitspersonals bei 4,0/5,0 und die der Kinderärzte bei 5,0/5,0. Der Unterschied zwischen den Stichprobengruppen ist deutlich ausgeprägt, Ärzte empfinden sich als stärker unterstützt als das Pflegepersonal. Die Wahrnehmung von Patienten und Angehörigen unterscheidet sich durchweg von derjenigen des medizinischen Personals, und sie korrespondieren als Quote mit einem kleinen Unterschied von 0,1 %.

Med. Personal: 4,0	Pädiater: 5,0
Patienten: 3,8	Eltern: 3,9

In **Deutschland** schätzen die Kinderärzte die Unterstützung des medizinischen Personals geringer ein, als die Angestellten. Ärzte sind hier verantwortlich für einen Großteil der Organisation, die nicht in erster Linie genuin medizinische Aufgaben beinhaltet. Dieser Umstand mag das niedrige Ranking beeinflussen. Im Gegenteil, Patienten (4,6) und Eltern (4,3) fühlen sich vom medizinischen Personal gut unterstützt.

Med. Personal: 4,0	Pädiater: 3,7
Patienten: 4,6	Eltern: 4,3

2.1.4 Lebensqualität der Patienten

Krankenhäuser sind weit mehr als Orte, an denen Krankheiten diagnostiziert und behandelt werden. Im Mittelpunkt jeder Behandlung steht die Betreuung von Patienten, die physisch und oft psychisch gefährdet sind (erstens, weil sie Kinder sind, und zweitens, weil sie krank sind), und die vom Komfort ihrer Familien und des täglichen Lebens getrennt sind. Deshalb ist die Lebensqualität entscheidend für eine schnelle Genesung.

In **Rumänien** bewerteten die Patienten die Lebensqualität im Krankenhaus mit 4,4, ähnlich wie bei den Eltern und Verwandten, und fast ähnlich der Verfügbarkeit des Arztes. Während die Ärzte die Lebensqualität der Patienten mit 4,6 bewerteten, gab das Gesundheitspersonal dieser Variable eine Note von 4,8.

Med. Personal: 4,8	Pädiater: 4,6
Patienten: 4,4	Eltern: 4,4

In **Ungarn** gaben Patienten und Eltern eine sehr ähnliche Bewertung der Lebensqualität der Kinder ab. Die Bewertung der Kinderärzte war etwas niedriger, während das Gesundheitspersonal die niedrigste Note (3,2) für diese Variable gab.

Med. Personal: 3,2	Pädiater: 4,0
Patienten: 4,4	Eltern: 4,4

Italien. Das durchschnittliche Ergebnis des Gesundheitspersonals liegt bei 4,4/5,0, das der Kinderärzte bei 3,7. Gesundheitspfleger bewerteten die Lebensqualität ihrer Patienten besser als Ärzte. Ärzte geben zu, dass die Krankenhausbedingungen weit von den Bedürfnissen der Patienten, insbesondere der Kinder, entfernt sind. Die Wahrnehmung von Angehörigen und Patienten unterscheidet sich von der der Pflegekräften und Ärzte, deren Ergebnisse im Vergleich zur

Wahrnehmung der beiden anderen Kategorien geringer sind. Der Grund dafür liegt in der Qualität des Lebens von Patienten und Angehörigen, die die Krankheit und die Krankheit ihrer Kinder erleben.

Med. Personal: 4,4
Patienten: 3,3

Pädiater: 3,7
Eltern: 3,3

Spanien. Die durchschnittlichen Ergebnisse des Gesundheitspersonals liegen bei 4,1/5,0 und die der Kinderärzte bei 4,6/5,0. Ärzte stufen die Lebensqualität des Patienten besser ein als das Gesundheitspersonal; vielleicht machen sie die unterschiedlichen Ziele ihrer Rolle auf die Wirksamkeit der Behandlung, die den Patienten angeboten wird, aufmerksam. Das Pflegepersonal ist näher am Alltag der Patienten und spürt den Mangel an Aufmerksamkeit, Respekt und Lebensqualität während des Krankenhausaufenthaltes - unabhängig von den Therapieergebnissen. Patienten und Angehörige haben die gleiche Wahrnehmung 4,0, die sich geringfügig von derjenigen des Gesundheitspersonals unterscheidet.

Med. Personal: 4,1
Patienten: 4,0

Pädiater: 4,6
Eltern: 4

In **Deutschland** beträgt das durchschnittliche Ergebnis des medizinischen Personals 3,2 von 5 Punkten. Und von den Kinderärzten 3,6 von 5 Punkten. Das befragte medizinische Personal arbeitet in einem großen Universitätsklinikum mit vielen Patienten, die an schweren, seltenen und chronischen Krankheiten leiden. So erscheint die Lebensqualität im Vergleich zu gesunden Kindern zunächst gering. Glücklicherweise ist die Bewertung der Patienten und Eltern ein wenig besser, was bei der Fürsorge und Unterstützung erklärt werden kann, die diese Kinder in jedem Aspekt ihres bio-psycho-sozial Lebens erfahren.

Med. Personal: 3,2
Patienten: 4,0

Pädiater: 3,6
Eltern: 4,3

2.1.5. Verfügbarkeit der Ärzte

Der Zugang zur Hilfe und das Warten auf einen Termin oder das Fehlen der Verfügbarkeit des Arztes kann die größte Frustration eines Patienten und Elternteils sein.

In **Rumänien** vergaben die Kinderpatienten für den Punkt Verfügbarkeit des Arztes nur 4,5 Punkte, was höher ist als der vorhergehende Punkt ‚Termine für die Kontrolluntersuchungen vereinbaren‘, aber niedriger als der Punktwert für die Unterstützung und den Respekt, der den Patienten gewährt wurde. Die Ärzte bewerteten ihre Verfügbarkeit nur mit 3,9, da sie wissen, dass ihre Zeit kaum ausreicht. Die Erreichbarkeit des Arztes wurde sowohl vom Gesundheitspersonal als auch von den Eltern oder Verwandten der Kinder mit 4,4 Punkten bewertet.

Med. Personal: 4,4
Patienten: 4,5

Pädiater: 3,9
Eltern: 4,4

Ungarn. Während die Ärzte der Meinung sind, dass es für die Patienten meist einfach ist, während der Sprechzeiten mit den Ärzten zu sprechen, fällt es den Krankenpflegern schwerer und sie bewerteten die Verfügbarkeit der Ärzte im Fragebogen mit "manchmal nicht leicht". Die Erreichbarkeit im Büro variiert von Zeit zu Zeit und von Saison zu Saison. Die Sommerferienzeit zeichnet sich durch eine geringere Arbeitsbelastung aus. Die meisten Ärzte sind in diesen Monaten leicht zu erreichen,

während die Kinderärzte den Rest des Jahres damit beschäftigt sind, kranke Kinder zu behandeln und Krankenzettel für Schulen zu unterschreiben. Während der 3-4stündigen Sprechstunden gibt es keine Obergrenze für die Anzahl der Patienten, die von einem Kinderarzt aufgenommen werden. Die Zahl der Patienten an einem durchschnittlichen Arbeitstag beträgt 15-25, während sie in epidemischen Perioden 60-80 Kinder erreichen kann.

Med. Personal: 3,0	Pädiater: 4,2
Patienten: 4,1	Eltern: 3,9

Italien. Die durchschnittlichen Ergebnisse der Pflegekräfte liegen bei 3,6/5,0, die der Kinderärzte bei 4,0. Ärzte sind der Meinung, dass es für Patienten meist einfach ist, während der Sprechstunde mit ihnen zu sprechen, während Pflegekräfte dies als schwieriger ansehen.

Der Unterschied in den Ergebnissen zwischen diesen 4 Kategorien hängt mit der Anzahl der Ärzte im Verhältnis zur Anzahl der Leistungen zusammen. In ASLTo3 ist die Zahl der Ärzte gering und die Wahrnehmung von Patienten und Angehörigen ist, dass wenig Zeit für das Management der Hilfe zur Verfügung steht.

Med. Personal: 3,6	Pädiater: 4,0
Patienten: 3,2	Eltern: 3,0

In Spanien liegen die durchschnittlichen Ergebnisse des Gesundheitspersonals bei 3,8/5,0 und die der Kinderärzte bei 3,9/5,0. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist nicht signifikant, beide sind sich über die Notwendigkeit einer erhöhten Verfügbarkeit von Ärzten in der Einheit einig. Patienten und Angehörige haben eine andere Wahrnehmung als die Angehörigen der Gesundheitsberufe. Es ist interessant zu betonen, dass alle Ratings unter 4,0 liegen

Med. Personal: 3,8	Pädiater: 3,9
Patienten: 3,2	Eltern: 3,4

In **Deutschland** bewerteten sowohl das medizinische Personal als auch die Kinderärzte die Verfügbarkeit des Arztes schlechter als Patienten und Angehörige. Wie in der Erwachsenenmedizin versucht jeder Pädiater auf die bestmögliche Art und Weise verfügbar zu sein und Termine können sehr schnell umgeplant werden, wenn das Kind an einer akuten Krankheit oder Verschlechterung leidet. Patienten und Eltern scheinen dies wertzuschätzen, während das medizinische Personal die Situation verbessern möchte.

Med. Personal: 3,5	Pädiater: 3,4
Patienten: 4,5	Angehörige: 4,0

2.1.6. Termine für Kontrolluntersuchungen vereinbaren

In Rumänien wurde die Verfügbarkeit von Kontrollterminen mit 4,2 von pädiatrischen Patienten, dem niedrigsten und schwächsten Punkt in der Kommunikation mit Kindern, bewertet. Dieses Ergebnis kann auf die Überlastung des Arztes und die Beteiligung an der Arbeit sowie auf das bürokratische System in Rumänien zurückzuführen sein, was zu einer ungenügenden Zeit für den Arzt führt. Dies wird durch Assistenzärzte und Pflegepersonal kompensiert, die die Verantwortung vom Arzt übernehmen. Ein elektronisches System für computergestützte Terminvereinbarungen und Kontrolluntersuchungen wäre äußerst nützlich und würde den Ärzten wertvolle Zeit ersparen. Dieser

Aspekt wurde vom Gesundheitspersonal mit 4,2, ähnlich wie bei den pädiatrischen Patienten, und von den Angehörigen mit 4,4 bewertet.

Med. Personal: 4,2	Pädiater: 3,7
Patienten: 4,2	Eltern: 4,4

In Ungarn bewerteten sowohl Ärzte als auch Pflegekräfte die Verfügbarkeit von Ärzten bei der Terminvereinbarung für Kontrolluntersuchungen (körperliche Untersuchungen, routinemäßige Kontrolltermine) zwischen "manchmal verfügbar" und "meistens verfügbar". In der Sprechstunde werden die Anrufe für die Kinderärzte von der Arzthelferin entgegengenommen. In den verbleibenden Arbeitsstunden steht der Kinderarzt für Anrufe zur Verfügung und besucht die Kinder, die wegen ihrer Krankheit nicht in sein Büro kommen können. Es ist eine gängige Praxis von Ärzten, Telefonnummern und E-Mail-Adressen mit den Eltern auszutauschen. Meist halten jüngere Ärzte den Kontakt zu den Patienten auf diese Weise aufrecht.

Med. Personal: 3,5	Pädiater: 3,4
Patienten: 3,9	Eltern: 3,7

Italien. Das durchschnittliche Ergebnis der Gesundheitspfleger liegt bei 3,9/5,0, während das Ergebnis der Kinderärzte bei 3,7 liegt. Die Verfügbarkeitsergebnisse von Ärzten und Pflegekräften wurde mit "meist verfügbar" bewertet waren, was auf die Wartezeit auf einen Termin und den teilweise schwierigen Zugang zur Versorgung zurückzuführen ist.

Die Wahrnehmung der Patienten ist gut, auf dem gleichen Niveau wie bei den Pflegekräften und Kinderärzten. Die Wahrnehmung der Angehörigen ist im Vergleich zu anderen Kategorien geringer, da es schwierig ist, die verschiedenen Zeiten der Kontrolluntersuchungen mit den täglichen Aktivitäten in Einklang zu bringen.

Med. Personal: 3,9	Pädiater: 3,7
Patienten: 3,9	Eltern: 3,4

In Spanien liegen die durchschnittlichen Ergebnisse des Gesundheitspersonals bei 3,9/5,0 und die der Kinderärzte bei 3,7/5,0. Bei der Bewertung der Wahrnehmung der Effektivität von Gesundheitsdiensten unterscheiden sich die Ärzte von den Krankenpflegern, weil sie sowohl die Wartelisten als auch die Überlastung durch Patienten als Hindernis für die Sicherstellung der besten Qualität der Dienstleistungen in Bezug auf die Reaktionszeit sehen. Patienten und Angehörige betrachten diesen Aspekt mit einer anderen Wahrnehmung und die Ergebnisse liegen alle unter dem 4,0/5,0.

Med. Personal: 3,9	Pädiater: 3,7
Patienten: 3,5	Eltern: 3,6

In **Deutschland** wird das Vereinbaren von Folgeuntersuchungen vom medizinischen Personal ein wenig besser bewertet als die Verfügbarkeit des Arztes. Patienten und Eltern sehen Potential für Verbesserung, aber sind in großen Teilen verbesserungswürdig.

Med. Personal: 3,8	Pädiater: 3,7
Patienten: 3,5	Eltern: 3,6

2.1.7. Nachsorgeinformationen

Rumänien. Die Nachsorgeinformationen wurden von den Ärzten als kritisch eingestuft, d.h. 3,8, gefolgt von den Patienten mit 4,3, dem Gesundheitspersonal - 4,4 und den Angehörigen - 4,5, was vor allem aus Sicht der Kinderärzte viele Verbesserungsmöglichkeiten bietet.

Med. Personal: 4,4	Pädiater: 3,8
Patienten: 4,3	Eltern: 4,5

Ungarn. Beide Gruppen sind sich einig, dass es für die Patienten "manchmal leicht" ist, Informationen zur Nachsorge (Testergebnisse, Medikamente, Pflegehinweise) und Behandlung zu erhalten. Um weitere Informationen zu erhalten, können Eltern mit dem Arzt kommunizieren 1) den Kinderarzt in seiner Praxis aufsuchen 2) über Telefonanrufe 3) per E-Mail. In letzter Zeit wurde der Wunsch geäußert, die elektronische Kommunikation häufiger zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu nutzen. Beispiele hierfür sind das Versenden von Testergebnissen per E-Mail an Patienten oder die Verwaltung von Zuständen ohne zeitaufwändige und kostenintensive Besuche im Büro. Trotzdem nutzen nur wenige Ärzte die elektronische Kommunikation aus zwei Hauptgründen. Einerseits ist der Computeranalphabetismus bei älteren Ärzten noch immer ein weit verbreitetes Problem. Andererseits hat die elektronische Kommunikation trotz ihrer Vorteile auch das Volumen der ärztlichen Arbeit erhöht und vermittelt das Gefühl, dass der Tag nie zu Ende geht.

Med. Personal: 3,4	Pädiater: 3,4
Patienten: 4,2	Eltern: 3,7

Italien. Die durchschnittlichen Ergebnisse des Gesundheitspersonals liegen bei 4,1/5,0, während das Ergebnis der Kinderärzte bei 3,7 liegt. Das Gesundheitspersonal zeigt, dass sie es für einfacher halten, als Ärzte Nachsorgeinformationen zu erhalten. Die Qualität der Nachsorgeinformationen ist hoch, außer bei Eltern/Angehörigen. Vielleicht hängt der Grund mit der Art der Information zusammen: Die Angehörigen benötigen nützliche Informationen, um die täglichen Aktivitäten und Behandlungen zu bewältigen.

Med. Personal: 4,1	Pädiater: 3,7
Patienten: 3,8	Eltern: 3,3

In Spanien liegen die durchschnittlichen Ergebnisse des Gesundheitspersonals bei 4,0/5,0 und die der Kinderärzte bei 3,8/5,0. Der Unterschied zwischen den Stichprobengruppen ist nicht signifikant; sie haben eine gemeinsame Auffassung über die Informationsebene, die Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt erhalten sollten. Ergebnisse der Patienten und Angehörigen sind leicht unter denen der Kinderärzte.

Med. Personal: 4,0	Pädiater: 3,8
Patienten: 3,5	Eltern: 3,6

In **Deutschland** denken Patienten und Eltern, dass Informationen über Nachsorge und Pflege sehr gut sind. Ihnen werden Testergebnisse und Beschreibungen gegeben. Die meisten Patienten und Angehörige können den Arzt per Email für weitere Informationen und Updates kontaktieren. Die durchschnittlichen Bewertungen des medizinischen Personals und der Pädiater sind etwas geringer, aber nicht schlecht.

Med. Personal: 4,1
Patienten: 4,8

Pädiater: 4,1
Eltern: 4,6

2.1.8 Kommunikation – Schlussfolgerungen

Lernbedarf für Kommunikation in Rumänien

Für **Rumänien** wurde die niedrigste allgemeine Durchschnittsnote für die Kommunikation von den Ärzten angegeben: 3,8, was niedriger ist als die durchschnittliche Kommunikationsnote der Kinderpatienten. Dieses Ergebnis ist auf die schwierigen chronischen Zustände und psychologische Problemen der Patienten zurückzuführen und auf die Ärzte, die nicht genügend Zeit haben, sich mit all diesen Problemen neben ihren anderen Verpflichtungen (Studenten, Kurse, viele Patienten, administrative Bürokratie) zu befassen. Der Durchschnitt des Gesundheitspersonals für Kommunikation lag bei 4,6, ähnlich wie bei den Angehörigen und dem Durchschnitt der Patienten. Für die Patienten ist die Durchschnittsnote von 4,6 akzeptabel, da sie chronische Erkrankungen, lange Krankenhausaufenthalte und einschränkende Erkrankungen (Malignome, chronische Entzündungen, Malabsorptionssyndrome, chronische Nierenerkrankungen, rheumatische Erkrankungen) aufweisen.

Kommunikation	Fragebogen für Pflegepersonal	Fragebogen für Patienten	Fragebogen für Pädiater	Fragebogen für Eltern
Durchschnitt	4.6	4.6	4.2	4.6
Patientenunterstützung	4.8	4.9	5.0	4.9
Respekt vor Patienten	4.6	5.0	4.2	5.0
Respekt vor Pflegepersonal	4.9	5.0	4.4	4.9
Vereinbarung von Terminen	4.2	4.2	3.7	4.4
Verfügbarkeit während Sprechstunde	4.4	4.5	3.9	4.4
Qualität des Patientenlebens	4.8	4.4	4.6	4.4
Nachsorgeinformationen	4.4	4.3	3.8	4.5

Tabelle 1. Ergebnisse der Kommunikation für Rumänien

Das niedrigste Ergebnis im Kommunikationsbereich gab es für die Variabel „Termin für Kontrolluntersuchungen“ in allen befragten Gruppen und das höchste Ergebnis für alle befragten Gruppen gab es bei der Unterstützung, die den Patienten angeboten wird. Die Kinderärzte sind der Meinung, dass sie ihren Termin für die Kontrolluntersuchungen, die Erreichbarkeit während der Sprechzeiten und die Bereitstellung von Nachsorgeinformationen verbessern müssen, und sie haben auch das Recht, mehr Respekt von den Patienten zu erhalten.

Pädiatrische Patienten erwarten eine bessere Terminplanung für Kontrolluntersuchungen und klarere, angepasste Nachsorgeinformationen. Dies ist ein Aspekt, der durch die Anpassung des Kommunikationsstils an die Fähigkeit der Kinder, verschiedene Kommunikationsstrategien zu verstehen und einzubinden, verbessert werden könnte. Kinder würden sich auch über eine bessere Verfügbarkeit der ärztlichen Unterstützung während der Sprechzeiten und eine bessere Lebensqualität im Krankenhaus freuen.

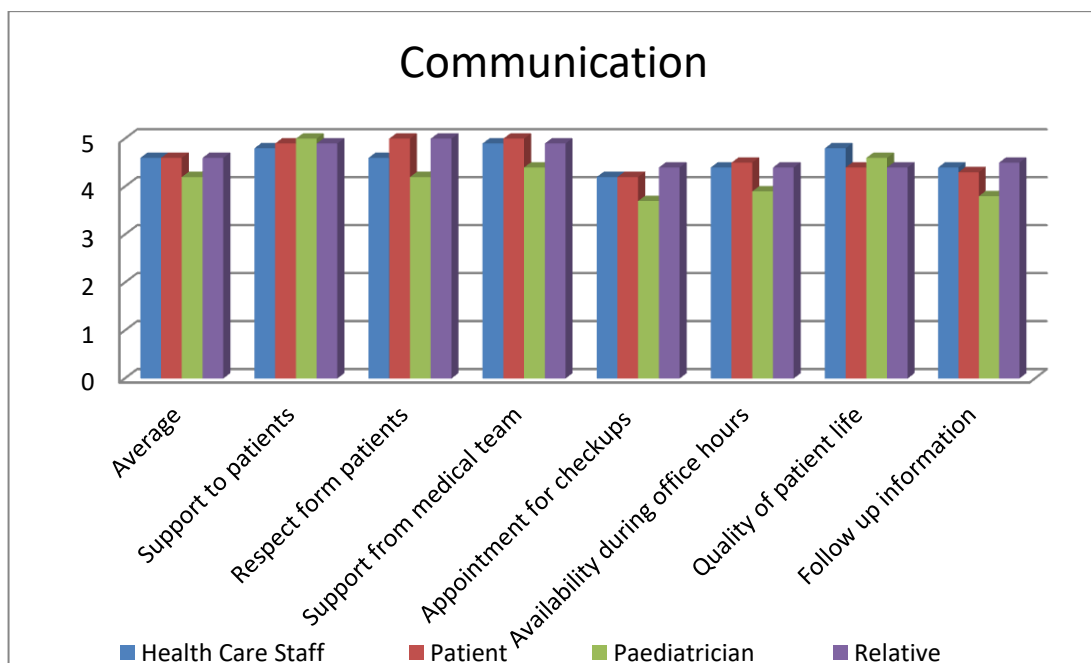


Abb. 1 Ergebnisse der Kommunikation in Rumänien

Lernbedarf für Kommunikation in Ungarn

Kommunikation	Fragebogen für Pflegepersonal	Fragebogen für Patienten	Fragebogen für Pädiater	Fragebogen für Eltern
Durchschnitt	3,4	4,3	4,0	4,0
Patientenunterstützung	4,2	4,7	4,4	4,2
Respekt vor	3,2	4,5	4,4	4,3

Patienten				
Respekt vor Pflegepersonal	3,4	4,4	4,3	4,1
Vereinbarung von Terminen	3,5	3,9	3,4	3,7
Verfügbarkeit während Sprechstunde	3,0	4,1	4,2	3,9
Qualität des Patientenlebens	3,2	4,4	4,0	4,3
Nachsorgeinformationen	3,4	4,2	3,4	3,7

Tabelle 2. Kommunikation der Ergebnisse für Ungarn

In **Ungarn** wurde die niedrigste allgemeine Durchschnittsnote für die Kommunikation vom Gesundheitspersonal ermittelt (3,4). Die Kommunikationsdurchschnittswerte der Angehörigen und Kinderärzte lagen mit 4,0 nahe am Durchschnitt der Patienten (4,3), was bedeutet, dass diese drei Gruppen mit der Kommunikation größtenteils zufrieden sind.

Ähnlich wie bei den rumänischen Ergebnissen ist auch bei den Ergebnissen der Kommunikation die Variabel „geleistete Unterstützung für die Patienten“ in allen befragten Gruppen am höchsten, während die niedrigsten Ergebnisse bei der „Terminvereinbarung für Kontrolluntersuchungen und Nachsorgeinformationen“ zu finden sind. Kinderärzte sind der Meinung, dass sie ihren Termin für die Kontrolluntersuchungen verbessern und mehr Informationen über die Nachsorge anbieten müssen. Pädiatrische Patienten erwarten eine bessere Terminplanung für die Kontrolluntersuchungen, während die Eltern den Wunsch nach einer klareren, altersgerechten Nachuntersuchung äußerten. Das befragte Gesundheitspersonal beklagte sich über die zunehmende Zahl administrativer Aufgaben, die die Erreichbarkeit des Arztes während der Bürozeiten erheblich einschränken.

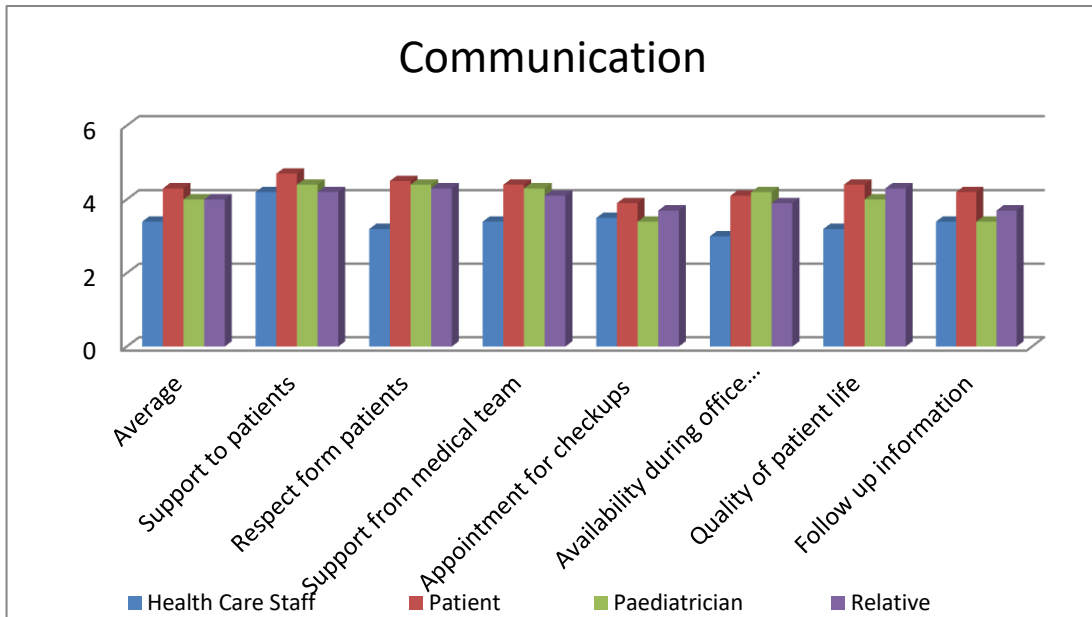


Abb. 2 Ergebnisse der Kommunikation für Ungarn

Lernbedarf für Kommunikation in Italien

Für **Italien** wurde die niedrigste allgemeine Durchschnittsnote für die Kommunikation von den Verwandten vergeben. Der Unterschied zwischen den Ergebnissen von Angehörigen und Kinderärzten liegt in der Anzahl der Ärzte und der Anzahl der zu erbringenden Leistungen. Die Patienten und Angehörigen nehmen eine geringere Zeit für Hilfe wahr, da in ASLTo3 die Zahl der Ärzte gering ist.

Der Durchschnitt für Kommunikation des Gesundheitspersonals lag bei 3,8, ähnlich dem Durchschnitt der Kinderärzte. Für die Patienten bezieht sich die Durchschnittsnote von 3,6 auf niedrige Werte bei der Erreichbarkeit während der Sprechzeiten und der Lebensqualität der Patienten: Diese Ergebnisse führen zu einem geringen Respekt in der Wahrnehmung von Ärzten und Pflegekräften, bezogen auf die Lebensqualität der Patienten und Angehörigen, die jeweils die Krankheit und Krankheit der Kinder erleben. Die Gesundheitspfleger bewerteten die Lebensqualität ihrer Patienten besser als die Ärzte: Die Ärzte scheinen zuzugeben, dass die Krankenhausbedingungen weit von den Bedürfnissen der Patienten entfernt sind, insbesondere von denen der Kinder.

Kommunikation	Fragebogen für Pflegepersonal	Fragebogen für Patienten	Fragebogen für Pädiater	Fragebogen für Eltern
Durchschnitt	3,8	3,6	3,9	3,3
Patientenunterstützung	3,7	3,8	4,1	3,3
Respekt vor Patienten	3,4	3,9	4	3,5
Respekt vor Pflegepersonal	3,7	3,7	4	3,6

Vereinbarung von Terminen	3,9	3,9	3,7	3,4
Verfügbarkeit während Sprechstunde	3,6	3,2	4	3
Qualität des Patientenlebens	4,4	3,3	3,7	3,3
Nachsorgeinformationen	4,1	3,3	3,7	3,2

Tabelle 3. Ergebnisse der Kommunikation für Italien

Verwandte sind der Meinung, dass Kinderärzte ihre Erreichbarkeit während der Sprechzeiten, die Nachsorgeinformationen, die Lebensqualität der Patienten und die Unterstützung der Patienten verbessern müssen. Diese Erwartungen sind die gleichen wie bei den pädiatrischen Patienten. Unterstützung und Information sind Aspekte, die durch die Anpassung des Kommunikationsstils an die Fähigkeit des Verständnisses der Kinder und Angehörigen und die Einbeziehung verschiedener Kommunikationsstrategien verbessert werden könnte

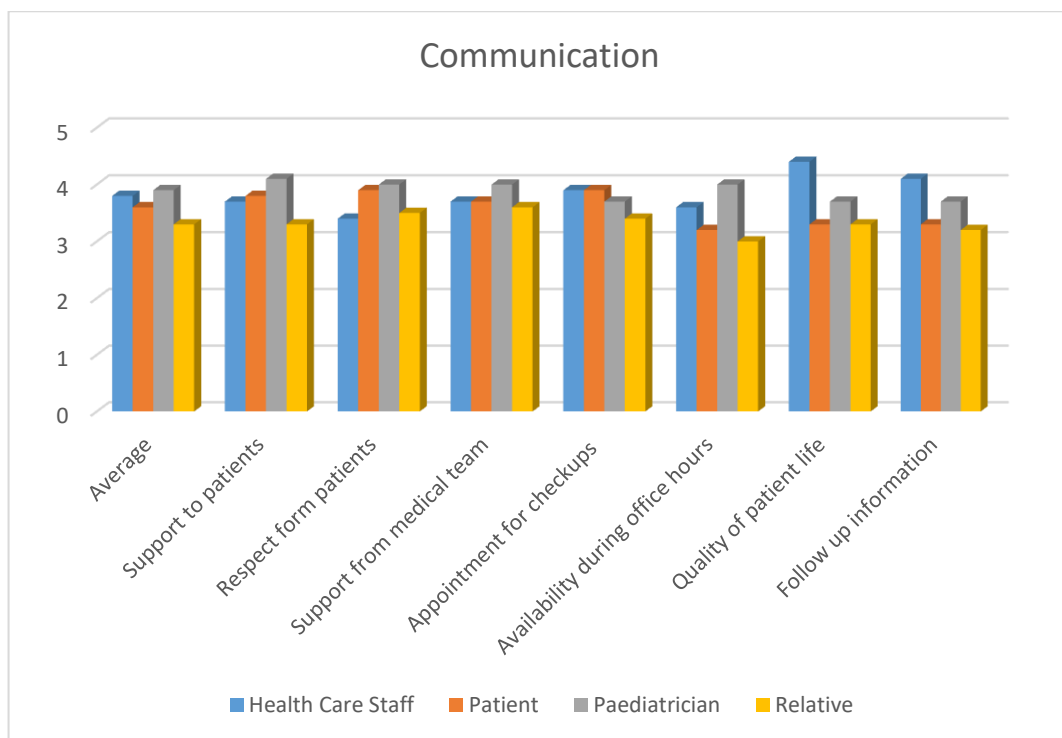


Abb. 3 Ergebnisse der Kommunikation für Italien

Lernbedarf für Kommunikation in Spanien

Für **Spanien** ist der Durchschnitt in Bezug auf die Kommunikation insgesamt gut, wobei die Wahrnehmung der Ärzte relativ besser ist als die der anderen Stichprobengruppen. Wir halten diesen Aspekt für abhängig von der nationalen Gesetzgebung in Spanien, die den Informationsprozess für

Patienten und die Ausbildung von Ärzten in Sachen Kommunikation regelt, und zwar vergleichsweise besser als die des Gesundheitspersonals. Dieser Aspekt wird durch die Wahrnehmung aller im Fragebogen untersuchten Aspekte unterstützt. Alle Punkte, die sich auf den Kommunikationsprozess und die Einstellungen in der klinischen Beziehung beziehen, werden von Ärzten mit einer höheren Rate als andere Teilnehmer wahrgenommen. Nur im Falle der Follow-up-Informationen zeigen Kliniker eine schlechtere Wahrnehmung, und der Unterschied zur Rate des Gesundheitspersonals ist signifikant. Einerseits ist das Gesundheitspersonal direkt in den Nachsorgeprozess eingebunden und nimmt seine Rolle als unterstützender Aspekt in diesem Prozess wahr, andererseits sind sich Kliniker, Patienten und Angehörige der tatsächlichen Bedürfnisse der Patienten bewusst.

Kommunikation	Fragebogen für Pflegepersonal	Fragebogen für Patienten	Fragebogen für Pädiater	Fragebogen für Eltern
Durchschnitt	3,9	3,8	4,2	3,8
Patientenunterstützung	4,1	4,1	5,0	4,1
Respekt vor Patienten	3,7	4,2	4,2	4,2
Respekt vor Pflegepersonal	4,0	3,8	4,4	3,9
Vereinbarung von Terminen	3,9	3,5	3,7	3,6
Verfügbarkeit während Sprechstunde	3,8	3,2	3,9	3,4
Qualität des Patientenlebens	4,1	4,0	4,6	4,0
Nachsorgeinformationen	4,0	3,5	3,8	3,6

Tabelle 4. Ergebnisse der Kommunikation für Spanien

Die Wahrnehmung des Gesundheitspersonals im Punkt Respekt von Patienten ist niedriger als in anderen Stichprobengruppen, vielleicht, weil sie allen Arten von Problemen ausgesetzt sind, die von Patienten und Familie während des Aufenthalts in der Klinik wahrgenommen werden. Das Gesundheitspersonal übernimmt die Rolle des Vermittlers zwischen Patienten, Familie und Gesundheitsdiensten, und dies setzt voraus, dass sie sich mit allen Konfliktsituationen auf der Station auseinandersetzen müssen. Alle Punkte im Zusammenhang mit der Qualität der Gesundheitsdienstleistungen in Bezug auf die Organisation der menschlichen Ressourcen und Dienstleistungen sind unter 4,0, und dieser Umstand wird von allen Stichprobengruppen geteilt. Diese Daten sind nicht im Einklang mit der subjektiven Wahrnehmung der Stichprobengruppe im Zusammenhang mit der Lebensqualität auf der Station, ein anderer Punkt, indem es einen positiven Konsens gibt und der Durchschnitt über 4,0 für alle Gruppen liegt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Notwendigkeit, die Kommunikation in Spanien zu verbessern, speziell auf die Kommunikation zwischen dem Gesundheitspersonal, insbesondere Ärzten und anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe, ausgerichtet ist. Die Rolle des Gesundheitspersonals ist von wesentlicher Bedeutung, um die Zufriedenheit der Nutzer mit den

Gesundheitsdiensten in der Pädiatrie zu verbessern. Kliniker müssen Krankenschwestern und anderes Gesundheitspersonal in die klinische Beziehung einbeziehen und über das Arzt-Patienten-Verhältnis in der Pädiatrie im Sinne eines Teams nachdenken. Dieser Aspekt wird z.B. in anderen medizinischen Fachgebieten entwickelt, in denen Patienten besonders anfällig sind, wie z.B. in der Palliativmedizin. Teamentwicklung ist eine äußerst wichtige Softskills in der Pädiatrie und ist die Folge der Verbesserung der Kommunikation unter den Angehörigen der Gesundheitsberufe. Die Teampflege in der Pädiatrie muss Angehörige einschließen, wobei das Gesundheitspersonal eine Schlüsselrolle spielt.

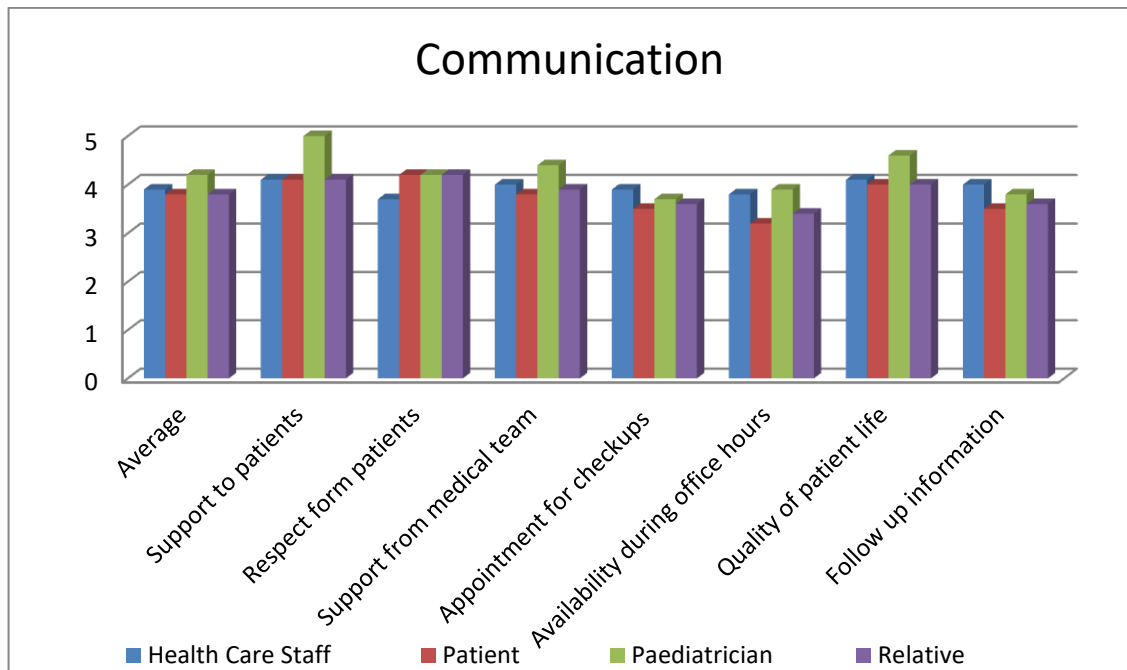


Abb. 4 Ergebnisse der Kommunikation für Spanien

Verbesserung der Kommunikation in Deutschland

In Deutschland wurde die niedrigste durchschnittliche Bewertung vom medizinischen Personal (3,7), gefolgt von den Kinderärzten (3,8) gegeben. Im Gegenteil scheinen Patienten und Angehörige zum größten Teil mit der Kommunikation zufrieden zu sein. (4,5 und 4,4)

Pädiater bewerten ihre Unterstützung für Patienten und ihre Nachfolgeinformationen mit 4,0 und 4,1 in ihrer Gruppe am höchsten ein. Im Allgemeinen reduziert die zunehmende Zahl an administrativen Aufgaben die Zeit, die Doktor und Patient miteinander sprechen können.

Patienten und Anghörige schätzen alle kommunikativen Aspekte. Eltern denken, dass die Verfügbarkeit während der Bürozeit verbessert werden könnte (4,0).

Kommunikation	Medizinisches Personal	Patienten	Pädiater	Angehörige
Durchschnittlich	3,7	4,5	3,8	4,4
Unterstützung der Patienten	3,7	4,3	4,0	4,4
Respekt ggü. Patienten	3,7	4,9	3,9	4,8
Unterstützung vom med. Personal	4,0	4,6	3,7	4,3
Termine für r check-ups	3,8	4,1	3,7	4,2
Verfügbarkeit während der Bürozeiten	3,5	4,5	3,4	4,0
Lebensqualität	3,2	4,0	3,6	4,3
Informationen über Nachfolgeuntersuchungen	4,1	4,8	4,1	4,6

Table 5. Auswertung der Kommunikation in Deutschland

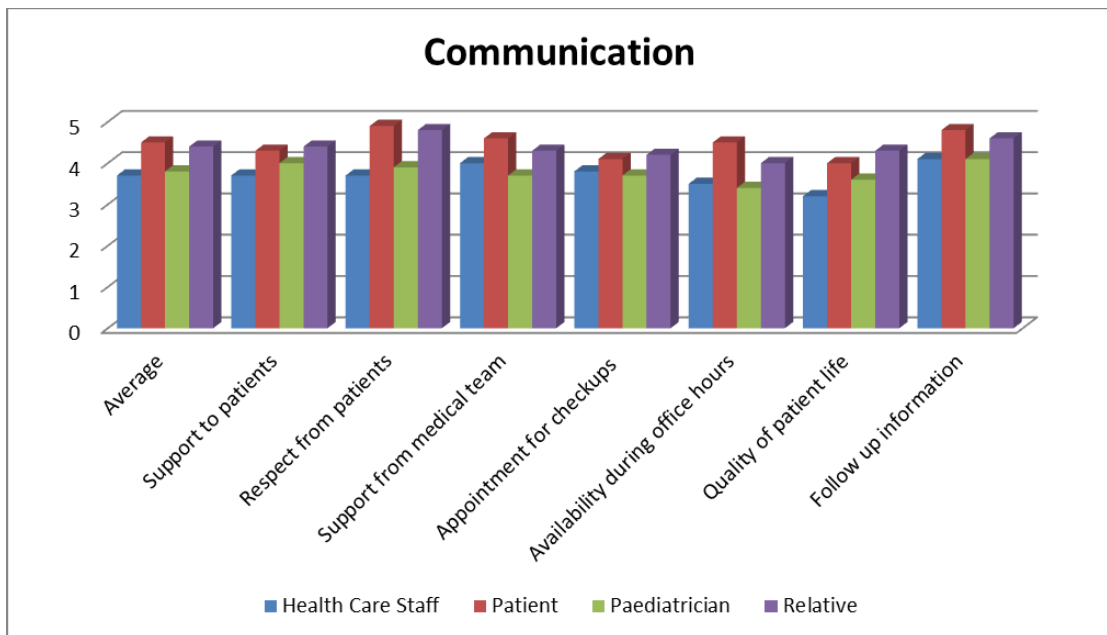


Fig. 5. Ergebnisse der Kommunikation in Deutschland

2.2 Transparenz

Transparenz bezieht sich im Allgemeinen auf eine bessere Information der Patienten über Kosten und Qualität der Versorgung. In dieser Studie wird die Transparenz im Hinblick auf die Einbeziehung anderer Ärzte, die Effizienz und Schnelligkeit bei der Lösung von

Patientenbeschwerden, die Lieferung wichtiger Informationen an den Patienten (mündlich/schriftlich) und Informationen über die Hilfe, die höfliche und respektvolle Behandlung des Patienten, Fragen der Privatsphäre und das Anbieten schriftlicher Informationen bewertet.

Eine optimierte Transparenz wird voraussichtlich zu Veränderungen führen, die für die pädiatrische Gesundheitsversorgung unerlässlich sind.

2.2.1 Einbeziehung anderer Ärzte

Rumänien - Die Einbeziehung der anderen Ärzte wurde von pädiatrischen Patienten und ihren Eltern/Angehörigen mit 4,3 bewertet. Allerdings war das Gesundheitspersonal der Ansicht, dass die Beteiligung anderer Ärzte geringer war, was zu einem Ergebnis von 3,3 Punkten führte, und am niedrigsten bei den Kinderärzten: 3,1 - der niedrigste Aspekt für Transparenz.

Med. Personal: 3,3	Pädiater: 3,1
Patienten: 4,3	Eltern: 4,3

Ungarn - Die Finanzierung von Kinderarztpraxen hängt in hohem Maße von der Zahl der Überweisungen in die Sekundärversorgung ab. Schickt der Arzt weniger Patienten zu Untersuchungen der nächsten Stufe, ändert sich seine offizielle Einstufung als Arzt. Dies führt zu einem anderen Beitrag an Geld, das für seine Praxis ausgegeben wird. Der Erstkontaktbesuch bedarf in der Regel keiner weiteren ärztlichen Untersuchung: In 80% der Fälle benötigen die Patienten keine Sekundär- oder Notfallversorgung. Laut den Ergebnissen der Umfrage denken Krankenpfleger, Patienten und Eltern, dass Ärzte andere Mitarbeiter des Gesundheitswesens und Pflegepersonal die meiste Zeit in die Pflege des Patienten einbeziehen, während Ärzte sehen, dass sie es nur bei Bedarf tun.

Med. Personal: 3,7	Pädiater: 2,9
Patienten: 4,2	Eltern: 3,8

Italien - Die durchschnittlichen Ergebnisse der Pflegekräfte liegen bei 3,9, die der Kinderärzte bei 3,7. Ärzte fühlen sich weniger involviert als das Pflegepersonal, auch wenn der erste Kontaktbesuch oft weitere ärztliche Untersuchungen erfordert.

Patienten und Angehörige nehmen den geringen Respekt vor der Gesundheitsfürsorge und den Kinderärzten als Folge eines organisatorischen Problems wahr: Logopäden, Psychologen und Kinderärzte von Gebietsdiensten gehören nicht zu den Neuropsychiatrischen Diensten und Pädiatrie-Einheiten. Die Auswirkungen stehen im Zusammenhang mit der Verantwortung des Gesundheitsprojektes als Team.

Med. Personal: 3,7	Pädiater: 3,1
Patienten: 3,5	Eltern: 3,6

Deutschland: Die durchschnittlichen Ergebnisse des medizinischen Personals waren 3,7, die niedrigste Bewertung. Pädiater, Patienten und Eltern bewerten das Engagement der Ärzte höher. (4,2-4,4)

Med. Personal: 3,7	Pädiater: 4,2
Patienten: 4,4	Eltern: 4,2

2.2.2. Beschwerden von Patienten

Rumänien - Patienten können sich aus verschiedenen Gründen beschweren: über etwas, das schief gelaufen ist, eine schmerzhafte Erfahrung, mangelnde Information, Unzufriedenheit mit der Pflege usw.² Ihre Beschwerden können für die Ärzte und das Pflegepersonal eine belastende Erfahrung sein. Es wurde jedoch geschätzt, dass 23% der Beschwerden durch eine aufrichtige Entschuldigung gelöst werden können, und 34% durch eine Erklärung der Umstände, die das fragliche Ereignis umgeben³. Der Umgang mit Beschwerden und Missständen ist ein wichtiger Aspekt der patientenzentrierten Versorgung und bietet Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung.

Die Reaktion auf die Beschwerden der Patienten wurde von den Patienten und dem Personal als fair und gut eingeschätzt (4.8) und von Ärzten und Eltern als etwas besser (4.9). Wenn die Mitarbeiter in der Lage sind, effektiv zuzuhören, proaktiv zu handeln und die Erwartungen von Kindern und Familien zu erfüllen, können kleine Probleme gelöst werden, bevor sie eskalieren.

Med. Personal:	4,8	Pädiater:	4,9
Patienten:	4,8	Eltern:	4,9

Ungarn - In der Regel liegen beim ersten Besuch keine Blutprobenergebnisse oder andere medizinische Befunde vor. An diesem Punkt ist die einzige Informationsquelle der Ärzte das, was der Elternteil oder das Kind ihnen über die Symptome sagt. Alle befragten Gruppen sind der Meinung, dass Ärzte den Beschwerden der Patienten meist aufmerksam zuhören.

Med. Personal:	4,4	Pädiater:	4,4
Patienten:	4,0	Eltern:	4,0

Italien - Die durchschnittlichen Ergebnisse des Gesundheitspersonals liegen bei 3,9/5,0, während das Ergebnis der Kinderärzte bei 4,0 liegt. Gesundheitspfleger und Ärzte sind der Meinung, dass Ärzte den Beschwerden der Patienten meist aufmerksam zuhören. Die Wahrnehmung von Patienten und Angehörigen ist geringer als die des Gesundheitspersonals und der Kinderärzte, da die Antworten anders sind als die Informationen, die sich die Angehörigen und Patienten wünschen.

Med. Personal:	3,9	Pädiater:	4,0
Patienten:	3,1	Eltern:	3,2

Spanien - Das durchschnittliche Ergebnis des Gesundheitspersonals liegt bei 4,3/5,0 und das der Kinderärzte bei 4,9/5,0. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist nicht einheitlich, das Gesundheitspersonal scheint den Beschwerden der Patienten weniger Aufmerksamkeit zu schenken, vielleicht aufgrund der Typologie der Beschwerden, die ein Patient einem Arzt vorlegen kann, der allgemein für den Zustand des Patienten in der Einheit verantwortlich ist. Patienten und Angehörige meinen, dass Beschwerde über die Kommunikation von den Mitarbeitern des Gesundheitswesens nicht geteilt wird.

Med. Personal:	4,3	Pädiater:	4,9
Patienten:	4,0	Eltern:	4,0

² <http://www.avant.org.au/uploadedFiles/Content/resources/member/risk-200912-dealing-with-patient-complaints.pdf>

³ Victorian Office of the Health Services Commissioner. Annual Report 2008: 18-9: www.health.vic.gov.au/hsc/downloads/annrep08.pdf.

Deutschland – Patienten denken, dass das medizinische Personal sorgfältig zuhört, sie schätzen dies sehr (4,7). Kinderärzte und Eltern bewerten dies ähnlich hoch. (4,4) Im Gegensatz dazu ist das medizinische Personal nicht zufrieden im Umgang mit Beschwerden. (3,6)

Med. Personal : 3,6
Patienten: 4,7

Pädiater: 4,4
Eltern: 4,4

2.2.3 Informationen für Patienten (vorhanden und einfach zu verstehen)

Rumänien - Die Qualität der den Patienten angebotenen Informationen wurde von den Patienten, dem Gesundheitspersonal und den Eltern mit 4,8 bewertet, wohingegen die Ärzte der Ansicht waren, dass dies verbessert werden könnte, und ihre Bewertung etwas niedriger ausfiel: 4,5.

Ärzte haben neben den Informationen über den Patienten und den Behandlungsverlauf auch andere Arten von Informationen berücksichtigt, die den Patienten bei der Aufnahme in ein Krankenhaus zur Verfügung stehen sollten: Rechte und Pflichten der Patienten im Krankenhaus, Informationen darüber, was sie ins Krankenhaus bringen sollen, für einen bestimmten Test oder als ambulanter Patient, Besuchszeiten, Zugang zu den Gesundheitsakten - all dies auf eine leicht zu merkende Art und Weise, z.B. durch Broschüren und Videos, anstatt durch Notizen an den Wänden des Krankenhauses.

Med. Personal: 4,8
Patienten: 4,8

Pädiater: 4,5
Eltern: 4,8

Ungarn - Ärzte berichteten selbst, dass sie den Patienten die Informationen meist leicht verständlich erklären können. Krankenschwestern, Angehörige und Patienten scheinen diese Meinung zu bestätigen, obwohl die Bewertung der Patienten hinter der Bewertung der anderen Gruppen zurückbleibt.

Med. Personal: 3,9
Patienten: 3,8

Pädiater: 4,2
Eltern: 4,0

Italien - Die durchschnittlichen Ergebnisse des Gesundheitspersonals liegen bei 4,1/5,0, während die Ergebnisse der Kinderärzte bei 4,2 liegen. Aus organisatorischer Sicht ist der Informationsaustausch mit den Eltern, Verwandten und Kindern ein wichtiger Prozess der Betreuung. Der Durchschnitt bezüglich der Leistung von Hilfe und der Übernahme von Fällen ist sowohl für das Gesundheitspersonal als auch für die Kinderärzte hoch. Die Wahrnehmung von Angehörigen und Patienten ist geringer als bei den beiden anderen Kategorien, was auf die Art der von ihnen betrachteten Informationen zurückzuführen ist: Sie wollen nützliche und effektive Informationen für die Bewältigung der täglichen Aktivitäten und des Lebensstils erhalten.

Med. Personal: 4,1
Patienten: 3,5

Pädiater: 4,2
Eltern: 3,3

Spanien - Das durchschnittliche Ergebnis des Gesundheitspersonals liegt bei 4,2/5,0 und das der Kinderärzte bei 4,5/5,0. Der Informationsprozess stellt für beide Stichprobengruppen eine gewisse Einheitlichkeit dar, auch wenn er bei Patienten und Angehörigen etwas geringer ist.

Med. Personal: 4,2
Patienten: 4,0

Pädiater: 4,5
Eltern: 4,2

Deutschland: Für die besten medizinischen Resultate ist es wichtig, dass Patienten und Angehörige die medizinischen Informationen des Arztes verstehen. In der Kinderheilkunde ist es essentiell, dass Eltern und Angehörige die wichtigsten Aspekte der Krankheit des Kindes, die diagnostischen Schritte und die Behandlungsoptionen verstehen. In Deutschland denken Eltern, dass diese Informationen auf exzellente Weise übermittelt werden (4,9). Es kann nicht vollständig erklärt werden, warum das medizinische Personal so unzufrieden mit den übermittelten Informationen ist. (3,3)

Med. Personal: 3,3
Patienten: 4,5

Pädiater: 4,4
Eltern: 4,9

2.2.4. Höflichkeiten und Respekt

Rumänien - Wissenschaftler haben herausgefunden, dass Ärzte in der Ausbildung sich nicht immer vollständig bei stationären Patienten vorstellen oder sich hinsetzen, um mit ihnen Auge-in-Auge zu sprechen, obwohl Untersuchungen darauf hindeuten, dass höfliche Umgangsformen die medizinische Genesung und die Zufriedenheit der Patienten verbessern. Ein Forschungsbericht, der im Journal of Hospital Medicine veröffentlicht wurde, ist der Ansicht, dass einige einfache Anpassungen der internen Kommunikation die gesamte Erfahrung eines Krankenhausaufenthaltes verbessern würden.

Der Höflichkeits- und Respektwert lag zwischen 4,8 bei Ärzten und Pflegepersonal, 4,9 bei pädiatrischen Patienten und einem Maximum bei Eltern und Angehörigen (5,0).

Med. Personal: 4,8
Patienten: 4,9

Pädiater: 4,8
Eltern: 5,0

Ungarn - Sowohl Ärzte als auch das Pflegepersonal sind der Meinung, dass Ärzte ihre Patienten fast immer mit großem Respekt behandeln. Die Patienten scheinen das Niveau des Respekts, mit dem sie behandelt werden, ähnlich wahrzunehmen, während die Eltern mit der Höflichkeit gegenüber ihren Kindern etwas weniger zufrieden sind. Die Wertung für diese Frage ist besonders hoch, was zeigt, dass Respekt ein zentraler Wert für das Gesundheitspersonal der Stichprobe ist.

Med. Personal: 4,5
Patienten: 4,7

Pädiater: 4,6
Eltern: 4,3

Italien - Das Ergebnis der Kinderärzte liegt bei 4,5. Bei der Übernahme eines Falles ist es wichtig, Höflichkeit und Respekt gegenüber Verwandten und Kindern sowie Kollegen (Gesundheitspfleger und Ärzte) zu gewährleisten. Höflichkeit und Respekt sind zwei Schlüsselemente des Verhaltens sowohl für Kinderärzte als auch für Gesundheitspfleger. Die Wahrnehmung der Patienten und Angehörigen ist geringer als bei den anderen beiden Gruppen, die durch die Dauer der ärztlichen Untersuchung bedingt sind: Wenige Minuten reichen nicht aus, um die Fragen von Eltern und Patienten zu beantworten.

Med. Personal: n/a
Patienten: 3,5

Pädiater: 4,5
Eltern: 3,4

Spanien - Das durchschnittliche Ergebnis des Gesundheitspersonals liegt bei 4,3/5,0 und das der Kinderärzte bei 4,8/5,0. Das Gesundheitspersonal nimmt diesen Aspekt etwas anders wahr als Ärzte, auch wenn der Unterschied nicht einheitlich ist, Patienten und Angehörige bestätigen das gute Umfeld der Gesundheitsdienste.

Med. Personal: 4,3	Pädiater: 4,8
Patienten: 4,5	Eltern: 4,5

Deutschland – Patienten und Eltern fühlen sich mit großem Respekt behandelt. (4,9 und 4,6) und die Selbsteinschätzung der Kinderärzte ist das Gleiche. (4,7). Das medizinische Personal ist weniger zufrieden. (3,9)

Med. Personal: 3,9	Pädiater: 4,7
Patienten: 4,9	Eltern: 4,6

2.2.5 Informationen über die Behandlung

Rumänien - Kinder und ihre Eltern bewerteten die Informationen über die Behandlung mit 4,7, während das Personal dies für besser (4,9) und die Ärzte für maximal (5,0) hielten, was bedeutet, dass die bereitgestellten Informationen vollständig und angemessen sind und dem Grad des Verständnisses der Patienten und der Art ihrer Krankheit entsprechen.

Med. Personal: 4,9	Pädiater: 5,0
Patienten: 4,7	Eltern: 4,7

Ungarn – Das Pflegepersonal ist der Meinung, dass die Anbieter die Patienten meistens über die Behandlung informieren, während die Ärzte glauben, dass sie die Patienten fast immer auf dem Laufenden halten. Die Meinung der Patienten nähert sich der Einschätzung der Ärzte, während die Eltern eher mit der Perspektive des Pflegepersonals übereinstimmen.

Med. Personal: 3,7	Pädiater: 4,5
Patienten: 4,2	Eltern: 4,0

Italien - Die durchschnittlichen Ergebnisse des Gesundheitspersonals liegen bei 4,5/5,0, während das Ergebnis der Kinderärzte bei 4,3 liegt. Aus organisatorischer Sicht ist der Informationsaustausch mit den Eltern, Verwandten und Kindern ein wichtiger Prozess der Betreuung. Der Durchschnitt ist hoch, sowohl bei den Gesundheitspflegern als auch bei den Kinderärzten, wenn es um die Behandlung und die Übernahme von Fällen geht. Dies ist ein spezieller Punkt der internen Mission. Die Wahrnehmung der Patienten und Angehörigen ist geringer als bei den beiden anderen Kategorien und wird durch die Dauer der ärztlichen Untersuchungen und die Art der Information verursacht: Ein paar Minuten reichen nicht aus, um die Fragen von Eltern und Patienten zu beantworten.

Med. Personal: 4,5	Pädiater: 4,3
Patienten: 3,5	Eltern: 3,2

Spanien - Das durchschnittliche Ergebnis des Gesundheitspersonals liegt bei 4,4/5,0 und das der Kinderärzte bei 5,0/5,0. Das Personal nimmt an, dass die Informationsprozesse nicht vollständig sind, während die Kinderärzte sich voll und ganz bewusst sind, dass die größtmöglichen Anstrengungen unternommen werden, um Patienten und Familien zu informieren. Letztere erwarten mehr Informationen über die Behandlung.

Med. Personal: 4,4	Pädiater: 5,0
Patienten: 4,3	Eltern: 4,1

Deutschland – Eltern und Patienten sind zufrieden mit den zur Verfügung gestellten Informationen über Pflege (4,5 und 4,8), während das medizinische Personal Raum für Verbesserungen sieht.

Med. Personal: 3,9	Pädiater: 4,4
Patienten: 4,5	Eltern: 4,8

2.2.6 Informationen über die Testergebnisse

Rumänien – das höchste Bewertungsergebnis im Falle der Pädiater bedeutet hier, dass sie annehmen, eine ausreichende Menge an Informationen zur Verfügung gestellt zu haben, gefolgt von Krankenpflegern und Eltern, wohingegen Patienten der Auffassung sind, dass dieser Aspekt verbessert werden könnte.

Med. Personal: 4,8	Pädiater: 5,0
Patienten: 4,7	Eltern: 4,8

Ungarn – Allgemein-Pädiater können die Testergebnisse von Bluttests, sowie Labor- und klinische Befunden via E-Mail an ihre Patienten senden, wobei sie die Werte erklären müssen, die über, beziehungsweise unter dem Normbereich liegen. Damit wird es den Patienten ermöglicht, sich aktiver an der medizinischen Betreuung zu beteiligen.

Med. Personal: k.A.	Pädiater: 4,3
Patienten: 4,0	Eltern: 4,0

Italien – aus organisatorischer Sicht ist der Austausch von Informationen mit den Eltern, Angehörigen und Kindern ein wichtiger Teil der Pflege/Behandlung/Betreuung. Die durchschnittliche Zahl an Pädiatern und Krankenpflegepersonal ist hoch. Die Fragestellung ist verknüpft mit den Erwartungen der Patienten und Angehörigen, um die Testergebnisse besser verstehen zu können: in der schwierigen Situation zwischen Zeiteinteilung und einer niedrigen Zahl an geschultem Personal stellt sich die Frage, wie lange ein typischer Arztbesuch dauern soll, um die Informationen über die Testergebnisse mitzuteilen. Aus Sicht des Pflegepersonals und der Kinderärzte beträgt dies einige Minuten, während Eltern und Angehörige wenigsten 20-30 Minuten erwarten.

Med. Personal: 4,4	Pädiater: 4,3
Patienten: 3,1	Eltern: 3,1

Spanien – Der Informationsprozess der mit dem klinischen Befund zusammenhängt, wurde von Klinikärzten mit der höchsten Punktzahl bewertet. Ihre Perspektive hängt von der effektiven Bewertung der Informationen ab, die der Patient benötigt, um Entscheidungen zu treffen. Klinikärzte sind in der Position, Informationen auszuwählen, um die Eigenverantwortung der Patienten positiv zu beeinflussen. Diese Ansicht ist komplett unterschiedlich zu der von Patienten und Angehörigen, für die die Selektion von Informationen als Einschränkung ihrer Einbeziehung in den Entscheidungsprozess angesehen wird. Diese Meinung teilt auch das ärztliche Personal, deren Beteiligungsrate höher als bei

den Patienten und niedriger als bei den Ärzten ist, und den Informationsstand jeder Stichprobengruppe widerspiegelt.

Med. Personal: 4,5
Patienten: 4,2

Pädiater: 5,0
Eltern: 4,1

Deutschland – Informationen über Testergebnisse ist ähnlich bewertet wie die Pflege. Das medizinische Personal ist nicht sehr zufrieden (3,5) währenddessen Kinderärzte, Patienten und Eltern zufrieden sind. (4,2-4,5)

Med. Personal: 3,5
Patienten: 4,56

Pädiater: 4,3
Eltern: 4,5

2.2.7 Privatsphäre

Rumänien – Privatsphäre geht Hand in Hand mit Würde und Respekt einher, welche zusammen mit Hygiene (Bett und Toilette) und Schweigepflicht sehr wichtig sind. Hierbei sind die Voraussetzungen für die Intimsphäre also Räume, in denen Eltern mit ihren Kindern spielen können und gemeinsam paar ruhige Momente miteinander verbringen können, essentiell.

Privatsphäre wurde von den vier Studiengruppen unterschiedlich wahrgenommen, was bedeutet, dass unterschiedliche Personen unterschiedliche Auffassungen von Privatsphäre haben können. Die Bewertungen für die Privatsphäre reichen von 4.5 bei den Ärzten über 4.6 durch die Patienten und das Pflegepersonal bis hin zu 4.7 nach Meinung der Eltern.

Med. Personal: 4,6
Patienten: 4,6

Pädiater: 4,5
Eltern: 4,7

Ungarn – Alle Studiengruppen stimmen zu, dass die Patienten nahezu immer Privatsphäre genießen, wenn es um die Besprechung gesundheitlicher Aspekte geht. Beim Beratungsgespräch zur medizinischen Erstversorgung befindet sich ausschließlich ein Patient im Behandlungszimmer. Die Notaufnahme ist hingegen durch weniger Privatsphäre gekennzeichnet. In der Studiengruppe befanden sich weder Ärzte noch Pfleger aus der Notaufnahme.

Med. Personal: 4,5
Patienten: 4,6

Pädiater: 4,6
Eltern: 4,3

Italien – Das Durchschnittsergebnis des Pflegepersonals liegt bei 3.8/5.0, während das Ergebnis der Pädiater 4.1 entspricht. Der Grund für diesen Unterschied liegt in der Krankenhaushierarchie, da es keinen eigenen Zuständigkeitsbereich für die Überwachung der Privatsphäre gibt. Der Grund für die unterschiedliche Wahrnehmung der Privatsphäre durch Patienten und Angehörige und der des Pflegepersonals und der Ärzte liegt am Arbeitsumfeld. Das Level an Privatsphäre ist eng verbunden mit den Umständen unter denen die Ärzte sich über den Verlauf der Behandlung austauschen.

Med. Personal: 3,8
Patienten: 3,6

Pädiater: 4,1
Eltern: 3,2

Spanien – Die durchschnittlichen Ergebnisse für Pflegepersonal liegen bei 4.1/5.0. Auf Station empfindet das Pflegepersonal unter diesem Aspekt einen Mangel an Privatsphäre, eine Abweichung, die auf die Rolle der Experten im täglichen Leben der Patienten zurückzuführen sein könnte. Das Pflegepersonal ist viel und über eine lange Zeit im Kontakt mit allen Patienten, möglicherweise ein Grund, warum sie mehr Situationen erleben, in denen die Privatsphäre nicht

geachtet wird. Patienten und Familie haben dieselbe Wahrnehmung über die Privatsphäre und zeigen eine ähnliche Beurteilung in diesem Punkt, was ein einheitlicher Trend bestätigt.

Med. Personal: 4,1
Patienten: 4,3

Pädiater: 4,5
Eltern: 4,3

Deutschland – Patienten und Eltern denken, dass sie fast immer Privatsphäre haben, wenn sie die Gesundheit betreffende Themen besprechen. (4,7 und 4,5) Die Fragebögen wurden nicht an die Wartenden in der Notaufnahme verteilt, wo es sehr schwierig ist, genügend Privatsphäre zu finden. Das medizinische Personal und die Kinderärzte wissen ebenso, dass es in Notsituationen manchmal an Privatsphäre mangelt und bewerten deswegen niedriger (3,5 und 4,0).

Med. Personal: 3,4
Patienten: 4,7

Pädiater: 4
Angehörige: 4,5

2.2.8 Schriftliche Mitteilungen

Rumänien – Der Punkt „schriftliche Mitteilungen“ wurde von den Patienten mit nur 4.4 bewertet, von den Ärzten im Vergleich mit 4.5. Dies erweist sich als kritisch. Das Pflegepersonal bewertete mit 4.8, die Patienten/Angehörigen mit 4.5.

Med. Personal: 4,8
Patienten: 4,4

Pädiater: 4,5
Eltern: 4,5

Ungarn – Unter Berücksichtigung des aktuell geltenden Rechts, ist es bei der medizinischen Erstversorgung nicht notwendig, schriftliche Informationen über Symptome und andere gesundheitliche Probleme vorzuweisen, nachdem der Patient den Behandlungsraum des Pädiaters verlassen hat. Der Pädiater kommuniziert die notwendigen Informationen mündlich. Schriftliche Informationen erhält der Patient erst nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes.

Med. Personal: 4,5
Patienten: 4,2

Pädiater: k.A.
Eltern: 4,2

Italien – Das Durchschnittsergebnis der Krankenpfleger liegt bei 3.8 während die Ärzte mit 3.9 bewerten. Der Grund dafür liegt in der Art der internen Prozedur der Patientenentlassung und Nachsorge. Das Problem ist, den weiteren Informationsfluss zu Angehörigen und Kindern, ansässigen Pädiatern und anderen Einrichtungen wie der Schule zu gewährleisten. Die Wahrnehmung der Patienten und Angehörigen bestätigt diese Annahme.

Med. Personal: 3,8
Patienten: 3,0

Pädiater: 3,9
Eltern: 3,2

Spanien – Die durchschnittliche Beurteilung des Pflegepersonals liegt bei 4.2/5.0, die der Ärzte bei 4.5/5.0. Pädiater präferieren im Gegensatz zum Pflegepersonal schriftliche Informationen, wobei der Unterschied kaum nennenswert ist. Die Einschätzung der Angehörigen liegt bei unter 4.0/5.0 und recht nah an der des Pflegepersonals.

Med. Personal: 4,2
Patienten: 4,1

Pädiater: 4,5
Eltern: 3,9

Deutschland – Eltern erwarten keine schriftlichen Informationen, während die anderen Gruppen dies als hilfreich empfinden würden.

Med. Personal: 3,6
Patienten: 3,9

Pädiater: 3,8
Eltern: 4,7

2.2.9 Schlussfolgerung – Änderungen in der Transparenz der begutachteten Länder

Lernbedarf zur Transparenz in Rumänien

Transparenz	Fragebogen für das medizinische Personal	Fragebogen für Patienten	Fragebogen für Pädiater	Fragebogen für Angehörige
Durchschnitt	4.6	4.5	4.6	4.7
Einbeziehung weiterer Ärzte	3.3	3.1	4.3	4.3
Patientenbeschwerden	4.8	4.9	4.8	4.9
Informationen an Patienten	4.8	4.5	4.8	4.8
Höflichkeit und Respekt	4.8	4.8	4.9	5.0
Informationen zur Behandlung	4.9	5.0	4.7	4.7
Informationen über Testergebnisse	4.8	5.0	4.7	4.8
Privatsphäre	4.6	4.5	4.6	4.7
Schriftliche Kommunikation	4.8	4.5	4.4	4.5

Tabelle 6. Transparenzergebnisse für Rumänien

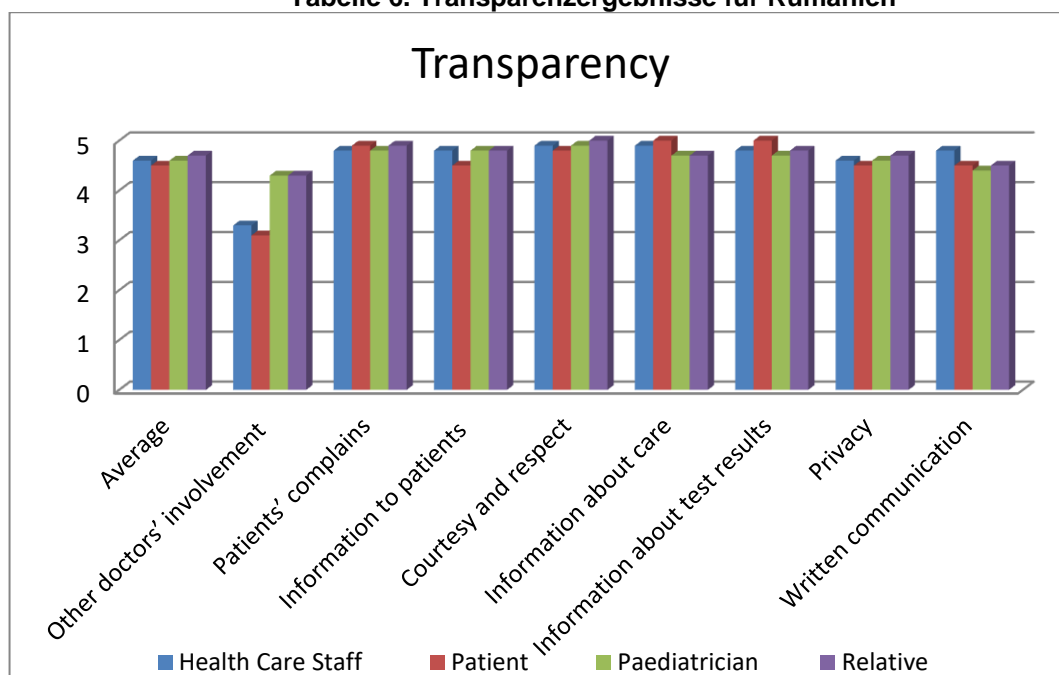


Abb. 6 Transparenzergebnisse für Rumänien

Um für mehr Transparenz zu sorgen, ziehen sowohl Pflegepersonal als auch Patienten in Erwägung, zusätzlich auch andere Ärzte miteinzubeziehen. Die besten Bewertungen für Transparenz erzielten das Eingehen auf die Beschwerden der Patienten, zu sehen in den Ergebnissen für alle befragten Gruppen, genauso wie Aufmerksamkeit und Respekt.

Da Beschwerden eine stressvolle Erfahrung repräsentieren könnten, die die ohnehin geschwächten Kinder zusätzlich belastet, steht der Umgang mit Beschwerden nach wie vor an erster Stelle. Problemlösung ist ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Standards und benötigt manchmal nur das Aufklären von Missverständnissen oder eine aufrichtige Entschuldigung.

Pädiatrische Patienten möchten, dass mehr altersgerechtere Informationen, Hausregeln, in eigängigeren, weniger konventionellen Versionen, wie kindsgerechte Flugblätter und Animationen zur Verfügung gestellt werden.

Aufmerksamkeit und Respekt erzielten Bestbewertungen, was beutet, dass auch von neuen Ärzten in Ausbildung erwartet wird, sich selbst bei den Kindern vorzustellen oder auf Augenhöhe mit ihnen zu sprechen, sowie den Umgang am Krankenbett auf die Patienten anzupassen, genau wie es die erfahrenen Pädiater tun.

Privatsphäre geht Hand in Hand mit Würde und Respekt einher und könnte sich auf die Schweigepflicht sowie die Hygienestandards beziehen. Intimsphäre, in der Eltern mit ihren Kindern spielen können, gilt als essentiell und kann noch weiter verbessert werden.

Lernbedarf zur Transparenz in Ungarn

Transparenz	Fragebogen für das medizinische Personal	Fragebogen für Patienten	Fragebogen für Pädiater	Fragebogen für Angehörige
Durchschnitt	4,2	4,2	4,2	4,1
Einbeziehung weiterer Ärzte	3,7	4,2	2,9	3,8
Patientenbeschwerden	4,4	4,0	4,4	4,0
Informationen an Patienten	3,9	3,8	4,2	4,0
Höflichkeit und Respekt	4,5	4,7	4,6	4,3
Informationen zur Behandlung	3,7	4,2	4,5	4,0
Informationen über Testergebnisse	n/a	4,0	4,3	4,0
Privatsphäre	4,5	4,6	4,6	4,3
Schriftliche Kommunikation	4,5	4,2	n/a	4,2

Tabelle 7: Transparenzergbenisse für Ungarn

In Ungarn gaben das Pflegepersonal, Pädiater, Angehörige und Patienten sehr ähnliche Durchschnittsbewertungen für die Transparenz ab. Die Probandengruppen äußerten sich in dieser Kategorie zufrieden.

Die beste Bewertung gab es im Durchschnitt für Aufmerksamkeit, Respekt und Privatsphäre. Pflegepersonal, Angehörige und Pädiater sind sich einig, dass das Einbeziehen zusätzlicher Ärzte die Qualität der Pflege verbessern würde. Aus den Ergebnissen ergibt sich, dass Kinder es bevorzugen würden, mehr altersgerechte Informationen über ihren Zustand, ihre Krankheit und die

Behandlungsmöglichkeiten zu erhalten. Das Versorgen der Kinder mit leicht verständlichen Informationen fördert die Zusammenarbeit und das Vertrauen der jungen Patienten in ihre Ärzte und das Pflegepersonal.

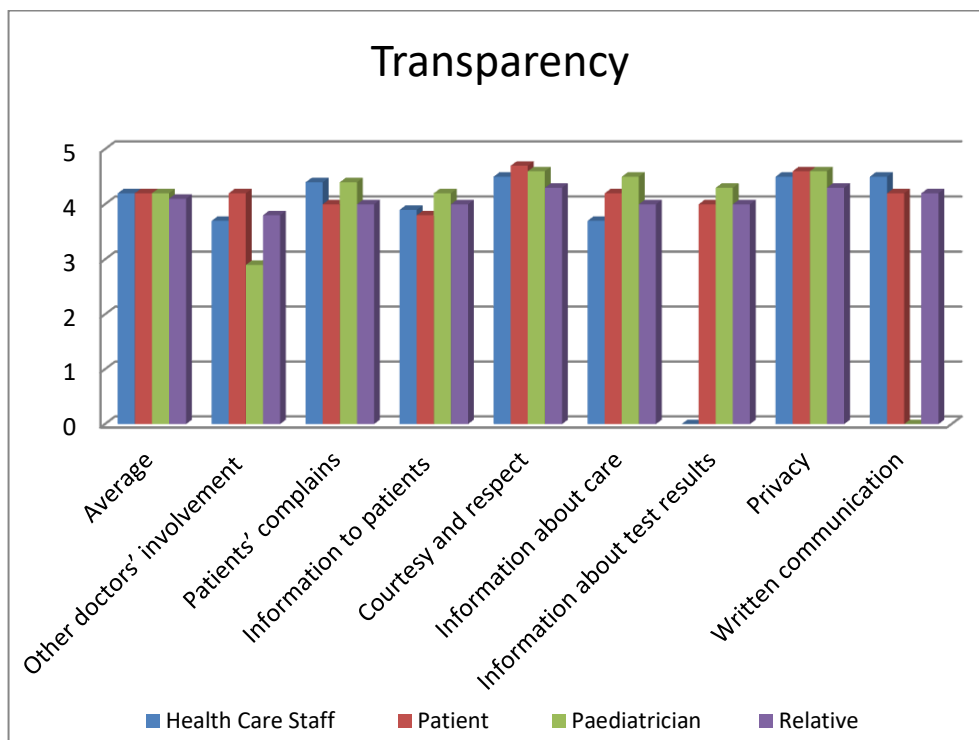


Abb. 7 Transparenzergebnisse für Ungarn

Lernbedarf zur Transparenz in Italien

Ergebnisse für die Empfindung der Transparenz fielen bei Patienten und Angehörigen geringer aus, als bei Pflegepersonal und Pädiatern. Dies ist verbunden mit der Verantwortung der Pflegekräfte als ein Team zu arbeiten, was aus organisatorischen Gründen nicht immer gewährleistet werden kann, da Sprachtherapeuten, Psychologen und Pädiater nicht immer Teil des Pflegeteams sind.

Die niedrigste Bewertung, die vergeben wurde, ist 3 für die schriftliche Kommunikation. Diese Ansicht bestätigt das Problem der Handhabung der Nachsorge. Der Informationsfluss zu Angehörigen und Kindern, ansässigen Pädiatern und anderen Einrichtungen wie der Schule muss gewährleistet werden. Patienteninformationen und Informationen über die Behandlung wurden in den Fragebögen von Pflegern und Ärzten sehr gut bewertet. Aus organisatorischer Sicht ist das Teilen von Informationen mit den Eltern, Angehörigen und Kindern ein wichtiger Bestandteil der Behandlung. Der Behandlungsvorgang und die Sorgfaltspflicht sind entscheidende Punkte der internen Ausrichtung der ASL TO3. Die niedrigere Auffassung von Angehörigen und Patienten im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen steht in direktem Verhältnis zu dem ihnen zugänglichen weniger ausführlichen Informationsgehalt: sie erwarten genaue und hilfreiche Informationen, die es ermöglichen, den Alltag zu managen. Die Ärzte sollten sich diesen Erwartungen gewiss sein.

Transparenz	Fragebogen für das medizinische Personal	Fragebogen für Patienten	Fragebogen für Pädiater	Fragebogen für Angehörige
Durchschnitt	4,1	3,3	4,1	3,3
Einbeziehung weiterer Ärzte	3,9	3,1	3,7	3,3

Patientenbeschwerden	3,9	3,1	4	3,2
Informationen an Patienten	4,1	3,5	4,2	3,3
Höflichkeit und Respekt	4,5	3,5	4,5	3,4
Informationen zur Behandlung	4,5	3,5	4,3	3,2
Informationen über Testergebnisse	3,4	3,1	4,3	3,1
Privatsphäre	3,8	3,6	4,1	3,2
Schriftliche Kommunikation	3,8	3	3,9	3,2

Tabelle 8: Transparenzergebnisse für Italien

Die Wahrnehmung von Patienten und Angehörigen bezüglich der Anhörung von Patientenbeschwerden ist geringer als die der Pfleger und Kinderärzte, wahrscheinlich weil ihre Antworten sich von den Informationen unterscheiden, die Verwandte und Patienten erwarten.

Bei der Bearbeitung eines Falles ist es wichtig, Höflichkeit und Respekt gegenüber Verwandten und Kindern sowie Kollegen (Ärzten und Ärztinnen) zu gewährleisten. Die Dauer der ärztlichen Untersuchung bestimmt die Wahrnehmung von Höflichkeit und Respekt der Patienten. Dieser Aspekt muss untersucht werden, um einen Weg zu finden, die Fähigkeiten von Ärzten und Pflegekräften zu verbessern, die ihnen helfen könnten, die Fragen in kurzer Zeit angemessen zu beantworten.

Auch die logistischen Aspekte des Krankenhausumfeldes sind wichtig für die Transparenz: Privatsphäre ist eng mit der Art der Räumlichkeiten verbunden, in denen die Ärzte über Pflege und Behandlung sprechen.

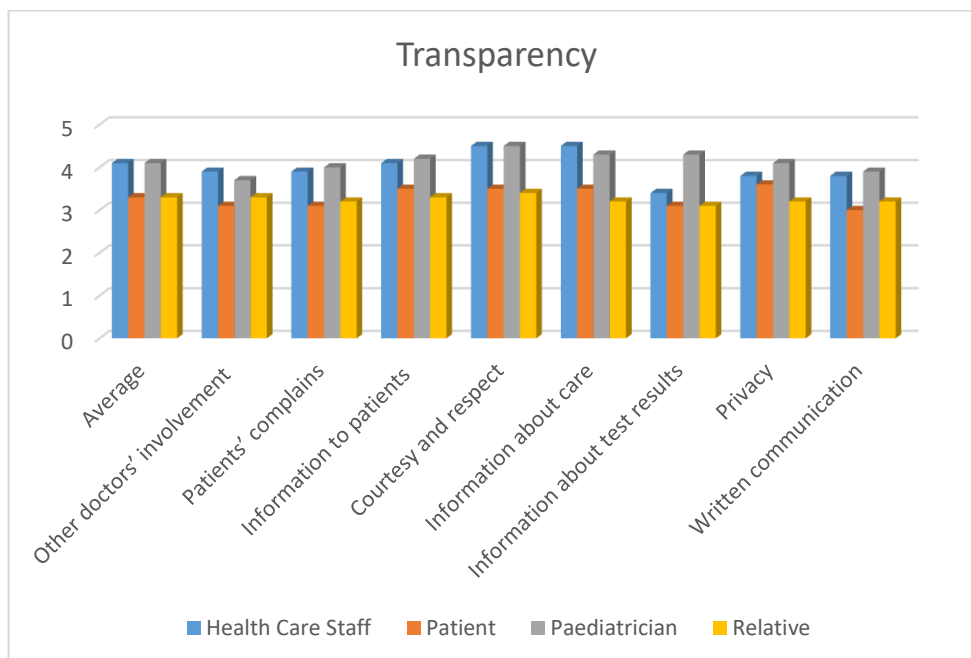


Abb. 8: Transparenzergebnisse für Italien

Lernbedarf zur Transparenz in Spanien

In Spanien ist die allgemeine Bewertung des Informationsprozesses positiv und immer über 4,0. Diese guten Ergebnisse entsprechen den rechtlichen, ethischen und deontologischen Werten der informierten Einwilligung, die in den spanischen Gesundheitsdiensten seit den frühen neunziger Jahren existiert.

Die Wahrnehmung der Klinikärzte in Bezug auf diesen Punkt ist immer etwas besser als bei den anderen Stichprobengruppen. Der einzige Aspekt, der überrascht, ist der Informationsaustausch zwischen Klinikärzten verschiedener Fachrichtungen. Die Kommunikation zwischen den Fachleuten ist ein Aspekt, der verbessert werden muss. Die Softskills von Klinikärzten müssen darauf ausgerichtet sein, die Kommunikation innerhalb des Gesundheitsteams zu verbessern.

Transparenz	Fragebogen für das medizinische Personal	Fragebogen für Patienten	Fragebogen für Pädiater	Fragebogen für Angehörige
Durchschnitt	4,2	4,1	4,5	4,1
Einbeziehung weiterer Ärzte	3,7	3,5	3,1	3,6
Patientenbeschwerden	4,3	4,0	4,9	4,0
Informationen an Patienten	4,2	4,0	4,5	4,2
Höflichkeit und Respekt	4,6	4,5	4,8	4,5
Informationen über die Behandlung	4,4	4,3	5,0	4,1
Informationen über Testergebnisse	4,5	4,2	5,0	4,1
Privatsphäre	4,1	4,3	4,5	4,3
Schriftliche Kommunikation	4,2	4,1	4,5	3,9

Tabelle 9: Transparenzergebnisse für Spanien

Alle anderen mit den Informationsprozessen verbundenen Aspekte zeigen eine hohe Zufriedenheit bei allen befragten, ein schlechteres Ergebnis jedoch liegt in der Wahrnehmung der Eltern bezüglich der schriftlichen Kommunikation. In diesem Sinne drückt sich in diesen Daten die Notwendigkeit einer stärker personenzentrierten informierten Einwilligung aus, wobei die Verbesserung des Inhalts der informierten Zustimmung und die Zunahme schriftlicher Informationen, die von Verwandten als Quelle der Befriedigung angesehen werden, eine Rolle spielen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass diese Dimension das erste für die Kommunikation zulässige Ergebnis wiederholt, obwohl die Wahrnehmungen im Zusammenhang mit Transparenz sehr positiv sind. Es besteht ein Unterschied zwischen der Bewertung von Klinikern und anderen am pädiatrischen Szenario beteiligten Akteuren. Die Notwendigkeit, das Pflorgeteam in der Pädiatrie zu überdenken, kommt durch die Einbeziehung anderer klinischer Bereiche und Spezialisten, die in das Pflorgeteam eingebunden sind und erstreckt sich auf das gesamte Gesundheitspersonal und die Anwender.

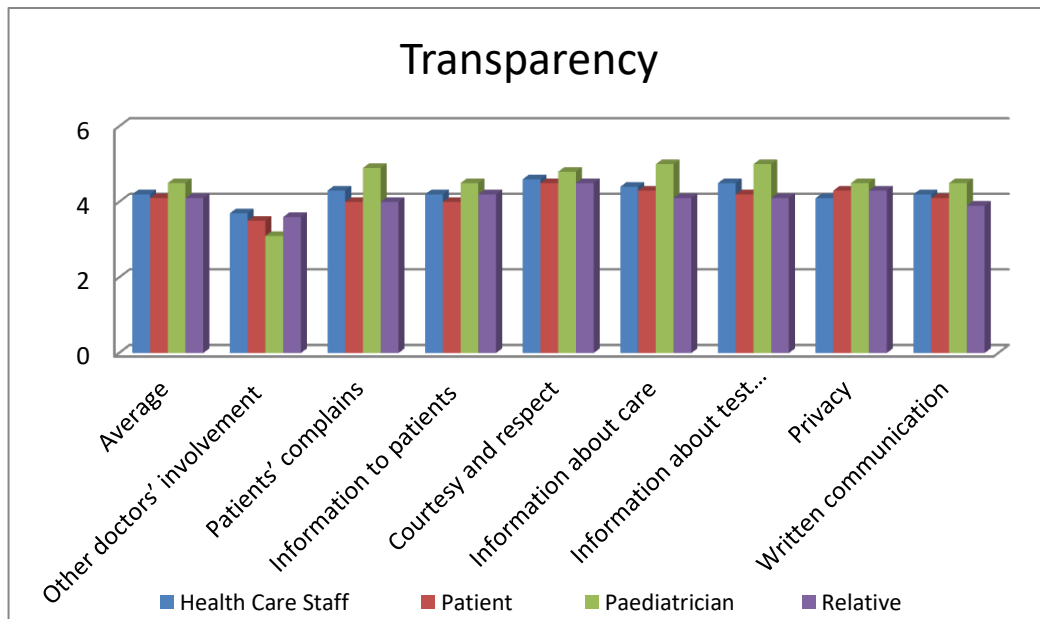


Abb. 9: Transparenzergebnisse für Spanien

Lernbedarf zur Transparenz in Deutschland

In **Deutschland** geben Patienten, Eltern und Pädiater eine ähnliche und sehr gute Bewertung für Transparenz. (4,2-4,6) Es ist überraschend, dass die Bewertungen des med. Personals deutlich schlechter sind und in allen Bereichen abweichen. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass die Krankenschwestern, die an der Umfrage teilnahmen, auf der Station arbeiten, auf denen Patienten zumeist ambulant behandelt werden, während die Ärzte mehr Zeit haben, den Patienten und Angehörigen Informationen zu übermitteln. Außerdem könnte es der Fall sein, dass auf den Stationen mit mehreren Patienten in einem Zimmer, die Privatsphäre leidet.

Transparenz	Medizinisches Personal	Patienten	Pädiater	Angehörige
Durchschnitt	3,6	4,5	4,2	4,6
Einbeziehung anderer Doktoren	3,7	4,4	4,2	4,2
Patientenbeschwerden	3,6	4,7	4,4	4,4
Informationen für Patienten	3,3	4,5	4,4	4,9
Höflichkeit und Geduld	3,9	4,9	4,7	4,6
Informationen über Pflege	3,9	4,5	4,4	4,8
Informationen über Testergebnisse	3,5	4,6	4,2	4,5
Privatsphäre	3,4	4,7	4,0	4,5
Schriftliche Kommunikation	3,6	3,9	3,8	4,7

Tabelle 10. Auswertung der Transparenzfragebögen für Deutschland

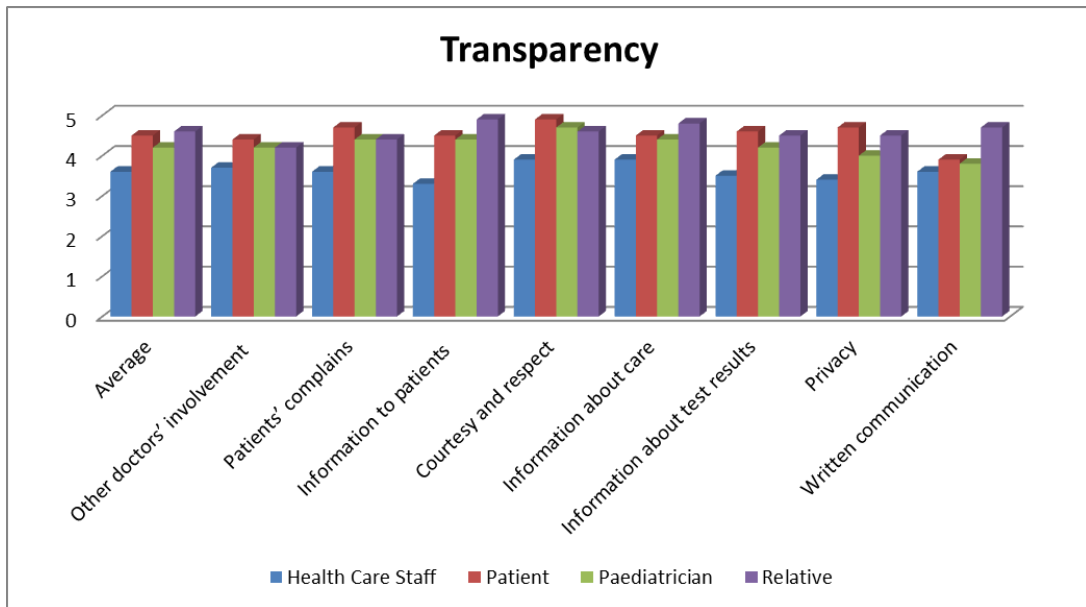


Abb. 10 Auswertung der Transparenzfragebögen für Deutschland

2.3 KRANKENHAUSUMGEBUNG (KU)

Das Krankenhausumfeld und der Komfort sollten Kindern helfen, eine positive Krankenhauserfahrung zu haben – sozusagen eine Erweiterung ihres Zuhauses, indem ihre Ängste abgebaut werden und das Gefühl von Sicherheit und Wohlbefinden gesteigert wird.

Eine inadäquate Krankenhausumgebung kann zu einem Qualitätsverlust der medizinischen Behandlung in pädiatrischen Einrichtungen führen, was für das Wohlergehen der Kinder und ihrer Familien im Krankenhaus von entscheidender Bedeutung ist.

Britische Studien^{4 5} untersuchten die Sicht der Patienten auf die Krankenhausumgebung mit Hilfe qualitativer und quantitativer Methoden und fanden einige persönliche Bedürfnisse der Patienten heraus: Intimsphäre, heimelige Atmosphäre, unterstützende Umgebung, ordentliches Erscheinungsbild, Zugang zu Außenbereichen und Bereitstellung von Einrichtungen für Erholung und Freizeit. Die Antworten deuten darauf hin, dass die Haltung und Wahrnehmung der Patienten in Bezug auf die Umgebung von Krankenhauseinrichtungen davon abhängt, ob das Krankenhaus einen einladenden, wohnlichen Raum für sich und seine Besucher bietet, der Gesundheit und Wohlbefinden fördert. Patienten empfanden nachhaltige gesundheitsförderliche Umgebungen als unterstützend für ihre Gesundheit und Genesung. Die Verbesserung der Erscheinung und des Komforts von Krankenhäusern wird sicherlich die Wahrnehmung der Qualität von medizinischen Leistungen verbessern.

Der folgende Abschnitt zeigt die Ergebnisse einer Umfrage im Krankenhausumfeld unter Kinderärzten, Pflegepersonal, Patienten und Eltern in Rumänien, Ungarn, Italien, Spanien und Deutschland in Bezug auf das Erscheinungsbild und den Komfort eines Krankenhauses.

⁴ Douglas CH, Douglas MR. *Health Expect. Patient-centred improvements in health-care built environments: perspectives and design indicators*, 2005 Sep; 8(3):264-76.

⁵ Douglas CH, Douglas MR. *Health Expect., Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective*, 2004 Mar; 7(1):61-73

2.3.1 Erscheinung des Krankenhauses

Rumänien - Das Erscheinungsbild des Krankenhauses weist gewisse Probleme auf, die mit dem Anblick und den Einrichtungen verbunden sind, die angeboten werden, unter Berücksichtigung, dass es sich um ein öffentliches Krankenhaus handelt. Die Patienten beurteilten das Erscheinungsbild des Krankenhauses mit 3,9, das medizinische Personal mit 3,7, die Eltern / Angehörigen mit 3,6 und die Ärzte mit der niedrigsten Punktzahl: 3,3, wobei ihre Erwartungen hinsichtlich des Aussehens des Krankenhauses am höchsten waren.

Die durchschnittliche Bewertung des Krankenhauspersonals für das Krankenhausumfeld war mit der Bewertung der Kinder identisch: d. h. 3,7, während das Ergebnis der Eltern / Verwandten dazwischen lag: 3,6, damit höher als die der Ärzte, aber niedriger als die der Kinder.

Med. Personal: 3,7	Pädiater: 3,3
Patienten: 3,9	Eltern: 3,6

Ungarn - Die durchschnittliche Bewertung des Erscheinungsbildes des Krankenhauses nach den Pflegern erfolgt als "sehr zufriedenstellend", während Eltern, Patienten und Ärzte mit dem Erscheinungsbild des Krankenhauses "zufrieden" sind. Obwohl in der Erstversorgung keine chirurgischen Instrumente benötigt werden, bezeichnen sich Ärzte mit schlechter Beleuchtung, langsamer Internetverbindung und veralteten Möbeln als unzufrieden. Hausarztpraxen werden von lokalen Regierungen finanziert. In den meisten Fällen reicht das für die Praxis zur Verfügung stehende Geld nicht aus, um notwendige Renovierungen durchzuführen.

Med. Personal: 3,9	Pädiater: 3,2
Patienten: 3,0	Eltern: 3,3

Italien – Die durchschnittliche Bewertung der Pflegekräfte liegt bei 2,4, während das Ergebnis der Kinderärzte 2,7 beträgt, wobei beide Werte niedriger sind als die der Patienten und der Eltern. Diese Ergebnisse zeigen, dass das Pflegepersonal und das medizinische Personal eine Verbesserung des Erscheinungsbildes des Krankenhauses für nötig halten, wahrscheinlich weil sie sich für den Aufenthalt der Kinder verantwortlich fühlen. Die Krankenhäuser von Rivoli und Pinerolo sind alt, da sie aus einem früheren Modell der Gesundheitsorganisation stammen. Als territoriale öffentliche Organisation sind die pädiatrischen Dienste in der gesamten Region angesiedelt. Das Hauptproblem hängt mit den Ausmaßen des Territoriums zusammen, das sehr groß ist und deswegen ist der Informationsaustausch schwierig.

Als öffentliche Einrichtung werden in den ASL TO3-Förderungen häufig eher die Qualität der medizinischen Leistungen als die der Einrichtungen zugewiesen; Gesundheitspersonal und medizinisches Personal sind sich jedoch bewusst, dass die Ausstattung von grundlegender Bedeutung für die Qualität medizinischer Leistungen ist.

Med. Personal: 2,4	Pädiater: 2,7
Patienten: 3,6	Eltern: 3,6

Spanien – Die durchschnittliche Bewertung des Gesundheitspersonals liegt bei 3,3 / 5,0 und die der Kinderärzte bei 3,3 / 5,0. Die Wahrnehmung beider Gruppen ist gleich, und der Durchschnittsunterschied ist im Vergleich zu anderen in der Umfrage untersuchten Punkten äußerst gering. Die Wahrnehmung von Patienten und Angehörigen ist weit besser als die des Gesundheitspersonals.

Med. Personal: 3,3	Pädiater: 2,7
Patienten: 3,7	Eltern: 3,6

Deutschland – Verglichen mit den anderen Bereichen ist die Beurteilung des Erscheinungsbildes des Krankenhauses niedrig und es gibt Raum für Verbesserung. Das Kinderklinikum liegt im Stadtzentrum Münchens mit einer exzellenten Anbindung an die öffentlichen Verkehrsmittel. Allerdings benötigen Teile des Gebäudes eine Renovierung.

Med. Personal: 3,1	Pädiater: 3,5
Patienten: 3,8	Eltern: 3,9

2.3.2 Annehmlichkeiten im Krankenhaus

Rumänien – Komfort im Krankenhaus kann eine breite Palette von Ausstattungen umfassen, wie kostenloses Wi-Fi, Wäscherei, mobile Geschäfte, Spiele: Medbuddies⁶ (= ein Programm, das einen freiwilligen Medizin- oder Krankenpflegeschüler mit einem Patienten verbindet). Veranstaltungszentren (= prozedurfreie Zonen, in denen Feiern, Kunst, Handwerk, Musik und Spiele stattfinden können, die auf die Entwicklungsbedürfnisse des Kindes abgestimmt sind), Musik am Bett usw.⁷

Es ist maßgeblich, dass Patienten den Komfort im Krankenhaus mit 3,6 höher als die Ärzte bewerteten, wobei der Wert der letzteren der niedrigste ist, d. h. 3,2, was die Unzufriedenheit der Kinderärzte mit den Krankenhauseinrichtungen und deren Wunsch nach Verbesserung unterstreicht. Mitarbeiter des Gesundheitswesens und Eltern / Verwandte gaben eine ähnliche Bewertung, d.h. 3,6, ab.

Der allgemeine Bewertungsdurchschnitt der Kinder für das Krankenhausumfeld betrug 3,8, der niedrigste von allen untersuchten Punkten. Das liegt an der Art des Krankenhauses, einer öffentlichen Einrichtung, die subfinanziert wird und das Augenmerk mehr auf der Qualität der medizinischen Versorgung als auf der Ausstattung liegt. Dies muss zukünftig verbessert werden.

Die allgemeine durchschnittliche Punktzahl der Ärzte für die Krankenhausumgebung war noch niedriger, d.h. 3,3. Kinderärzte waren unzufrieden mit den Krankenhausbedingungen der Kinder, die optimiert werden müssen.

Med. Personal: 3,6
Patienten: 3,6

Pädiater: 3,2
Eltern: 3,6

Ungarn – Pfleger und Patienten bewerteten den Komfort des Krankenhauses (Lage, Parkplatz, Öffnungszeiten, Bürolayout) überdurchschnittlich und gaben an, "sehr zufrieden" zu sein. Ärzte und Patienten sind "zufrieden", aber das Rating bleibt unterdurchschnittlich. Die geringe Bewertung dürfte auf das Fehlen privater Parkplätze von PCP-Büros zurückzuführen sein. Besonders schwierig ist es, einen Parkplatz im 13. Bezirk zu finden, in dem die befragten Mitarbeiter des Pflegepersonals arbeiten.

Med. Personal: 3,6
Patienten: 3,8

Pädiater: 2,9
Eltern: 3,4

Italien - Die durchschnittliche Bewertung des Pflegepersonals liegt bei 3,1, das Ergebnis der Kinderärzte bei 2,9. Ihre Ergebnisse sind niedriger als die der Patienten und der Eltern, genau wie im Teil über das Krankenhausumfeld. Insbesondere ist der Durchschnittswert der Kinderärzte am niedrigsten. Die Wahrnehmung von Patienten und Angehörigen unterscheidet sich von den anderen beiden Kategorien, weil sie vielleicht nicht genau wissen, welche Standards für die Qualität der Umgebung in Krankenhaus- und Territorialdiensten gelten.

Med. Personal: 3,1
Patienten: 3,4

Pädiater: 2,9
Eltern: 3,6

Spanien – Die durchschnittliche Bewertung des Gesundheitspersonals liegt bei 3,1 / 5,0 und die der Kinderärzte bei 3,2 / 5,0. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist nicht signifikant und der Durchschnittswert ist niedrig im Vergleich zu anderen Elementen. Patienten und Angehörige zeigen einen leichten Anstieg der Rate, wenn auch nicht signifikant im Vergleich zur allgemeinen Wahrnehmung.

Med. Personal: 3,1
Patienten: 3,4

Pädiater: 3,2
Eltern: 3,4

Deutschland – Wie schon weiter oben erwähnt ist das Gebäude der Universitätsklinik ein älteres Gebäude und besonders die Räume für die Patienten benötigen eine Renovierung. Es ist

⁶ <http://www.mottchildren.org/mott-patient-visitor-guide/amenities>

⁷ <http://www.mottchildren.org/mott-patient-visitor-guide/art-cart>

deswegen nicht überraschend, dass die Bewertungen betreffend das Erscheinungsbild des Krankenhauses niedrig sind.

Med. Personal: 2,7
Patienten: 2,5

Pädiater: 2,6
Eltern: 3,1

2.3.3 Schlussfolgerung – Bedarf für das Krankenhausumfeld für jedes Land

Lernbedarf zum Krankenhausumfeld in Rumänien

Krankenhausumgebung	Fragebogen für das medizinische Personal	Fragebogen für Patienten	Fragebogen für Pädiater	Fragebogen für Angehörigen
Durchschnitt	3.7	3.8	3.3	3.6
Erscheinungsbild des Krankenhauses	3.7	3.9	3.3	3.6
Annehmlichkeiten im Krankenhaus	3.6	3.6	3.2	3.6

Tabelle 11: Ergebnisse zum Krankenhausumfeld für Rumänien

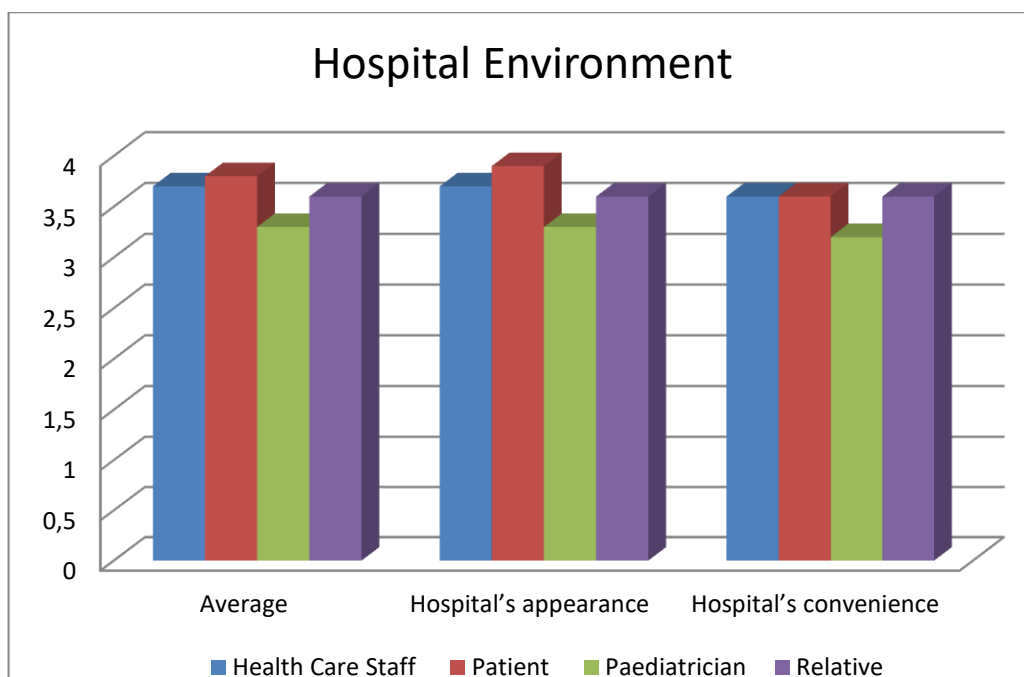


Abb. 11 Ergebnisse zum Krankenhausumfeld für Rumänien

In Rumänien haben Kinderärzte die höchsten Erwartungen in Bezug auf das Aussehen und den Komfort der Krankenhäuser, die sie den Patienten bieten, und sind der Ansicht, dass diese verbessert werden sollten. Krankenhaus-Annehmlichkeiten in der Literatur schließen unter anderem kostenlosen Wäscheservice, Spiele, Freiwilligenarbeit, kostenloses Wi-Fi, Spiel-Zonen (Musik, Malerei, Handwerk für die Kinder), usw. ein. Wenn bestimmte Aspekte in einem öffentlichen

Krankenhaus nicht einfach so geändert werden können, sollen die Einstellung, Fähigkeiten und Engagement den Mangel an moderner Ausstattung kompensieren.

Lernbedarf zum Krankenhausumfeld in Ungarn

Krankenhausumfeld	Fragebogen für das medizinische Personal	Fragebogen für Patienten	Fragebogen für Pädiater	Fragebogen für Angehörigen
Durchschnitt	3.8	3.4	3.0	3.4
Erscheinungsbild Krankenhaus	3.9	3.0	3.2	3.3
Annehmlichkeiten des Krankenhauses	3.6	3.8	2.9	3.4

Tabelle 12: Ergebnisse zum Krankenhausumfeld für Ungarn

In **Ungarn** wurde die Krankenhausumgebung am schlechtesten bewertet. Insgesamt waren Kinderärzte die am wenigsten zufriedene Gruppe mit Erscheinungsbild und Komfort des Krankenhauses. Viele Patienten drückten ihre Enttäuschung über das Erscheinungsbild des Krankenhauses aus, während die Kinderärzte die höchsten Erwartungen in Bezug auf den Krankenhauskomfort hatten.

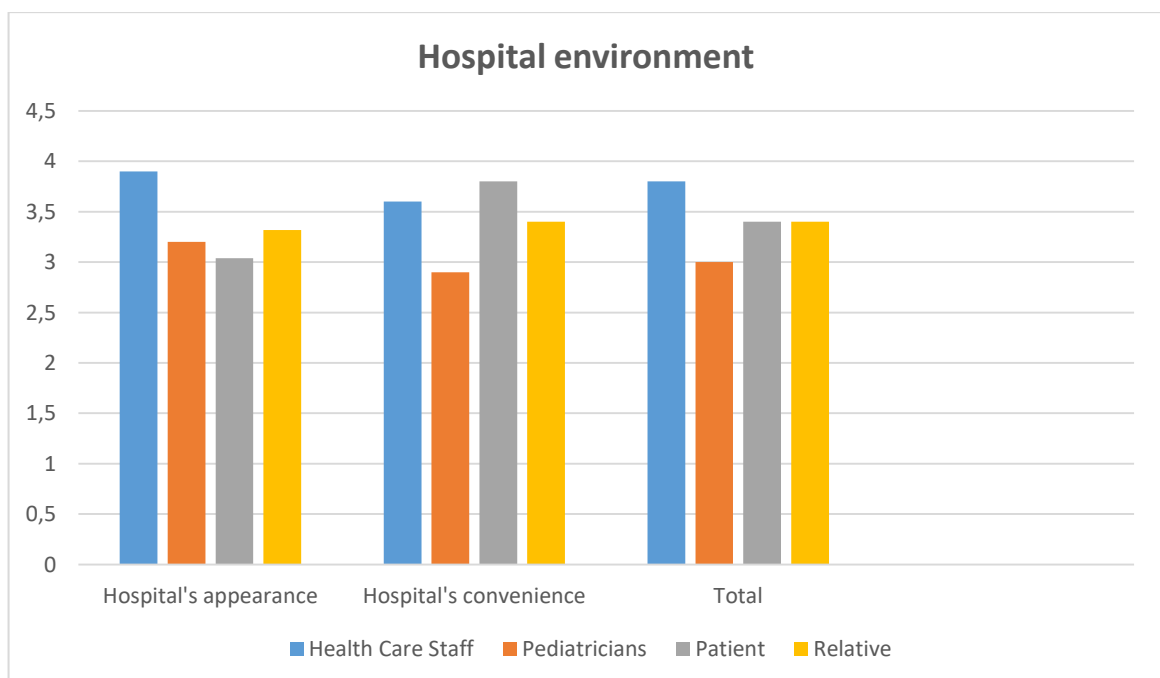


Abb. 12 Ergebnisse zum Krankenhausumfeld für Ungarn

Die Krankenhausumgebung ist ein Gebiet, in dem in jeder ungarischen Region erhebliche unbefriedigte Bedürfnisse vorliegen. Ärzte sind am unzufriedensten mit dem Komfort des Krankenhauses oder in unserem Fall der Kinderarztpraxen. Eines der Hauptprobleme im 13. Bezirk ist das Parken. Das Parken um viele medizinischen Bürogebäude und Krankenhäuser ist hier wirklich ein Hindernis. Diese Probleme gehören auch in anderen Ländern zu den häufigsten Bedenken der Verbraucher in Bezug auf Krankenhäuser.

Lernbedarf zum Krankenhausumfeld in Italien

Der italienische Bedarf an der Änderung im Krankenhausumfeld hängt mit der großen Ausdehnung des Territoriums und der Schwierigkeit zusammen, den Informationsaustausch angemessen zu gewährleisten. Sowohl Pflegepersonal als auch Patienten wünschen eine Optimierung der Krankenhauserscheinung. Der niedrigste Durchschnittswert kommt vom Pflegepersonal, das sich eine bessere Krankenhausumgebung wünscht, um besser arbeiten zu können.

Krankenhausumfeld	Fragebogen für das medizinische Personal	Fragebogen für Patienten	Fragebogen für Pädiater	Fragebogen für Angehörigen
Durchschnitt	2,6	3	3,3	3,6
Erscheinungsbild des Krankenhauses	2,7	2,9	3,3	3,6
Annehmlichkeiten des Krankenhauses	2,4	3,1	3,2	3,6

Tabelle 13: Ergebnisse zum Krankenhausumfeld für Italien

Die Wahrnehmung von Pflegepersonal und Kinderärzten in Bezug auf Krankenhauskomfort ist anders, weil sie als Mediziner genau wissen, welche Qualitätsstandards für Krankenhaus- und Territorialdienste gelten.

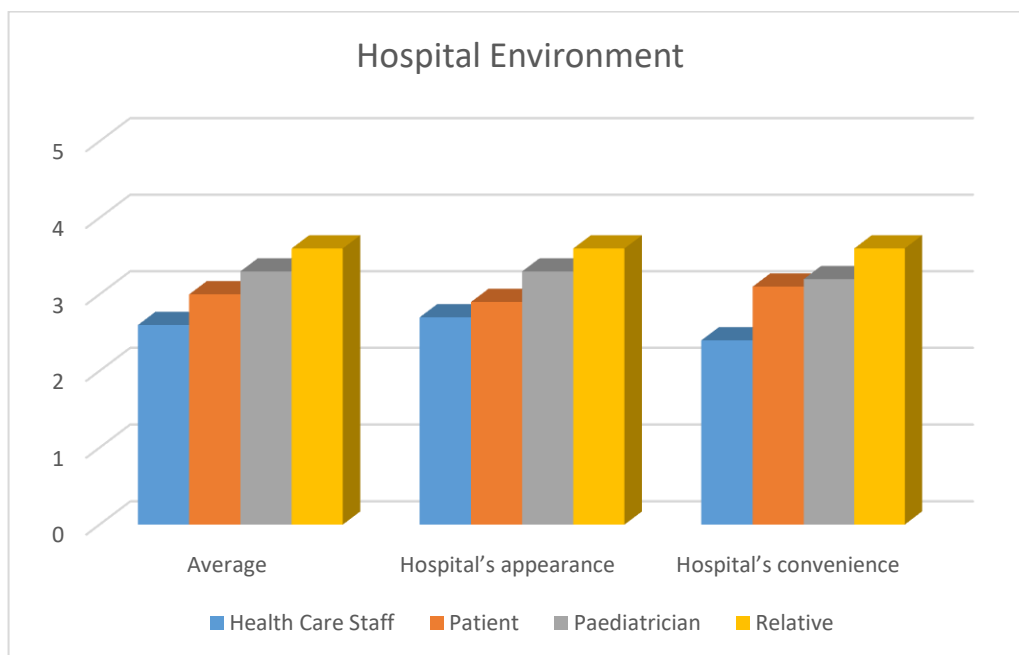


Abb. 13 Ergebnisse zum Krankenhausumfeld für Italien

Lernbedarf zum Krankenhausumfeld in Spanien

Gesundheitseinrichtungen schneiden in der Umfrage nicht am besten ab. Die Kritik an der Infrastruktur und Organisation des Gesundheitssystems in der Pädiatrie wird von allen Stichprobengruppen geteilt und erhält damit eine der schlechtesten Bewertungen der gesamten Umfrage. Ein spezielles Konzept wird von allen Beteiligten im Gesundheitswesen gefordert.

Krankenhausumfeld	Fragebogen für das medizinische Personal	Fragebogen für Patienten	Fragebogen für Pädiater	Fragebogen für Angehörigen
Durchschnitt	3,2	3,6	3,3	3,5
Erscheinungsbild des Krankenhauses	3,3	3,7	3,3	3,6
Annehmlichkeiten des Krankenhauses	3,1	3,4	3,2	3,4

Tabelle 14: Ergebnisse zum Krankenhausumfeld in Spanien

Die Nutzer zeigen mehr Zufriedenheit was den Krankenhausauftritt betrifft, als die "Betreiber". Diese Tabelle zeigt, dass in Spanien einige Anstrengungen unternommen wurden, um das Umfeld für die Patienten zu verbessern, auch wenn mehr getan werden muss, insbesondere aus der Sicht von Angestellten in den Gesundheitsberufen. Wahrnehmungen verknüpft mit dem Komfort der Einrichtungen fallen ein wenig schlechter als die aus, die das Erscheinungsbild betreffen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Bereitstellung von Raum ein weiterer Aspekt sein kann, der durch die Schaffung geeigneter Bereiche, die auf den Bedarf der Patienten und Angehörigen reagieren, auch therapeutische Veränderungen hervorbringen kann. Die Kartierung von Patientenbedürfnissen und die Anpassung des Umfelds werden ebenfalls von den medizinischen Fachkräften der Pädiatrie erwartet.

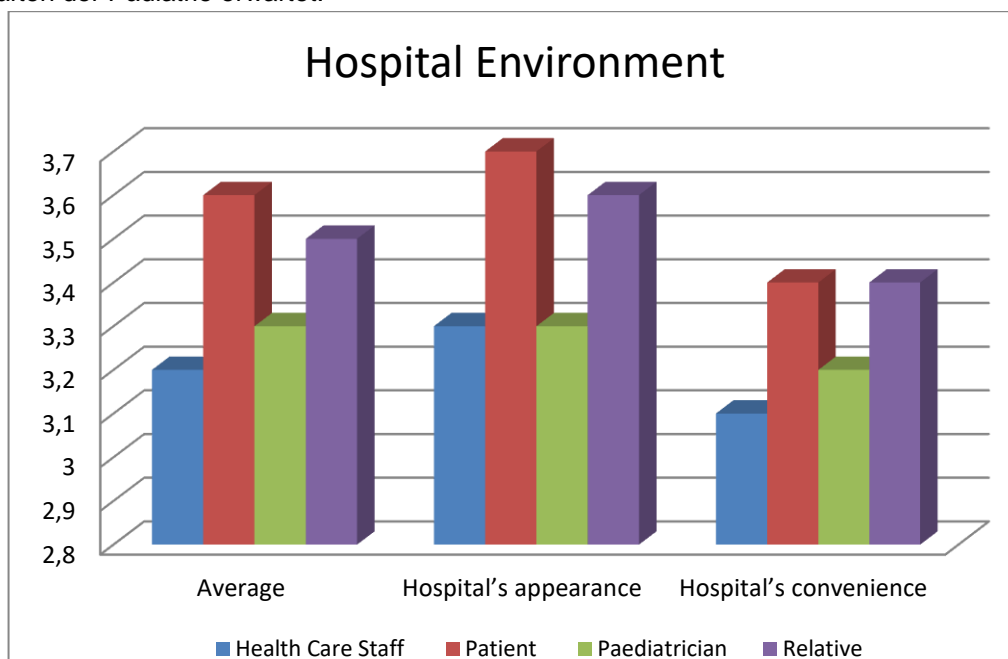


Abb. 14 Ergebnisse zum Krankenhausumfeld für Spanien

Lernbedarf zum Erscheinungsbild des Krankenhauses in Deutschland

Erscheinungsbild und Komfort des Krankenhauses können verbessert werden. Dieses Resultat überrascht dennoch nicht. Das Krankenhaus wurde 1846 gebaut und manche Teile werden bis heute benutzt. Besonders die Räume der Patienten benötigen Renovierung und stimmen nicht mit den Erwartungen der Eltern und Patienten überein.

Krankenhausumfeld	Med. Personal	Patienten	Pädiater	Angehörige
Durchschnitt	2,9	3,2	3,1	3,5
Erscheinungsbild der Klinik	3,1	3,8	3,5	3,9
Komfort	2,7	2,5	2,6	3,1

Tabelle 15 Krankenhausumfeld in Deutschland

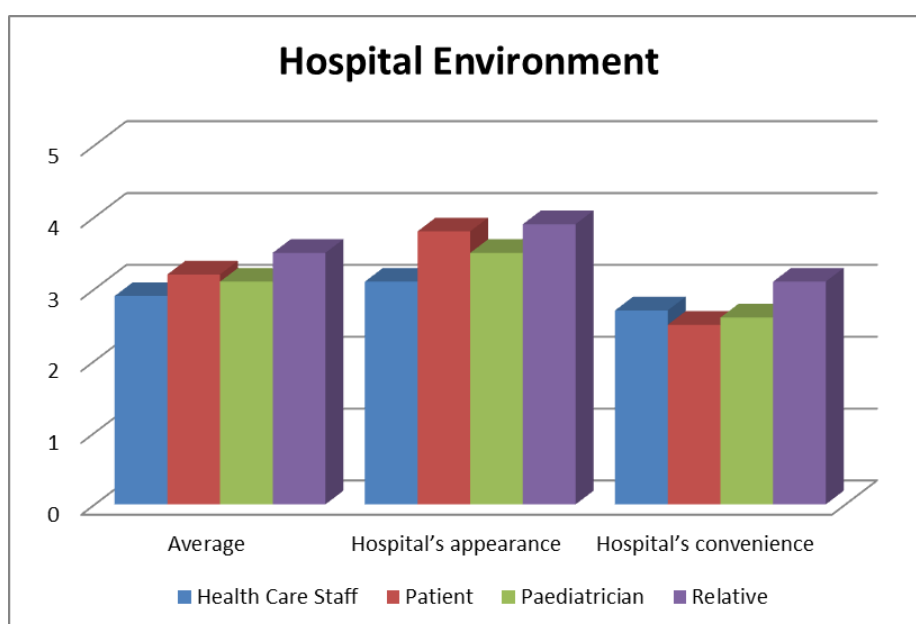


Fig. 15. Ergebnisse des Krankenhausumfelds

2.4 INTERKULTURELLE BELANGE (IB)

Pädiatrische Einheiten sind, wie auch andere Institutionen, Orte, an denen Patienten mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen miteinander interagieren. Das Bewusstsein für kulturelle Unterschiede, die Sensibilität für interkulturelle Kommunikation und die Notwendigkeit, interkulturelle Kommunikationsbarrieren zu überwinden, sind in der pädiatrischen Gesundheitsversorgung von wesentlicher Bedeutung. Entscheidungsprozesse in der Pädiatrie sind komplex und sollten mehrere Aspekte der Versorgung berücksichtigen, nicht nur die, die eng mit klinischen Fakten verknüpft sind.

Die Berücksichtigung klinischer Beweise und der Umstände des Patienten ist ein grundlegender Aspekt der Versorgung, aber gleichzeitig ist es sehr wichtig, dem kulturellen Hintergrund und dem damit verbundenen Wertesystem eine genaue Rolle zuzuweisen, um Konflikte zwischen Patienten und Dienstleistern zu vermeiden. Religion, Kultur und sozioökonomische Umstände können ein Hindernis darstellen, um die therapeutische Strategie zu verstehen, diese zu teilen und wichtige Entscheidungen zu treffen.

Die Erfassung kultureller Werte und die Bewältigung von Konflikten in Verbindung mit der kulturellen Vielfalt ist einer der wichtigsten Aspekte der Kommunikation in der Pädiatrie, insbesondere im Hinblick auf die Verletzlichkeit von Patienten und Angehörigen, die mit Krankheitsereignissen

konfrontiert sind. Eines der Risiken des westlichen Gesundheitssystems ist die Anwendung eines spezifischen Standards in Bezug auf rechtliche, ethische und deontologische Aspekte, die den normativen Rahmen für die Regelung der Arzt-Patienten-Beziehung charakterisieren.

Demokratische und multikulturelle Gesellschaften bestehen aus einer Vielzahl von Wertesystemen, in denen Unterschiede große Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung haben. Aus diesem Grund ist die Entwicklung von Sozialkompetenzen, die den Herausforderungen moderner multiethnischer Gesellschaften angemessen sind, ein sehr wichtiges Anliegen.

2.4.1 Verhalten den Patienten Gegenüber (Behandlung)

Rumänien – Die durchschnittliche Bewertung, was kulturelle Themen angeht, fällt äußerst positiv aus, alle Gruppen teilen eine positive Wahrnehmung über diesen Punkt. Ein interessanter Aspekt ist, dass es keinen Unterschied zwischen Anbietern und Nutzern gibt, alle Bewertungen liegen sehr nahe an der maximalen Rate.

Med. Personal: 4,9
Patienten: 4,9

Pädiater: 5,0
Eltern: 4,9

Ungarn – Die durchschnittliche Bewertung in Bezug auf diesen Punkt weist einen konsistenten Unterschied zwischen Benutzern und Anbietern auf, insbesondere unter den Ärzten. Dieser Aspekt weist auf ein eindeutiges Unbehagen bei Kinderärzten hin, um aufgrund der interkulturellen Unterschiede, Verantwortung für die Behandlung ohne eine ausreichende Kommunikation mit dem Patienten, übernehmen zu können. Nutzer zeigen eine höhere Zufriedenheit in Bezug auf diesen Aspekt, auch wenn ihre Wahrnehmung nicht vollständig zufriedenstellend ist.

Med. Personal: 3,6
Patienten: 4,2

Pädiater: 2,7
Eltern: 4,2

Italien – Die durchschnittliche Bewertung der Pflegekräfte liegt bei 2,7 / 5,0, während das Ergebnis der Kinderärzte bei 1,9 liegt. Der Versorgungsauftrag besteht darin, sich um die Kinder und ihre Eltern und Verwandten zu kümmern und die Gesundheit der Kinder zu garantieren. Die Pflegekräfte sowie die Kinderärzte sind in den Pflegeprozess eingebunden, möchten aber "alles tun". Aufgrund der Auswirkungen der Wirtschaftskrise in Italien ist die Zahl der Gesundheitsbetreuer und Kinderärzte sehr gering: Aufgrund vom "Piano di Rientro" des Gesundheitsministeriums wurden von der Geschäftsleitung von ASLTo3 keine neuen Mitarbeiter eingestellt.

Med. Personal: 2,7
Patienten: 3,9

Pädiater: 1,9
Eltern: 3,4

Spanien – die durchschnittliche Bewertung von Seiten des Gesundheitspersonals liegt bei 3,5 / 5,0 und die der Kinderärzte bei 5,0 / 5,0. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist konsistent; Ärzte schätzen ihr Verhalten gegenüber Patienten als besser ein und zeigen eine völlig positive Einstellung. Das Gesundheitspersonal ist mit dieser Wahrnehmung nicht einverstanden. In Bezug auf die Behandlung unterscheiden sich die Wahrnehmungen von Patienten und Angehörigen von denen des medizinischen Fachpersonals, aber dieser Unterschied ist nicht signifikant. Es ist interessant, dass eine häufige Übereinstimmung in der Wahrnehmung zwischen Mitarbeitern des Gesundheitswesens und Angehörigen beobachtet werden kann.

Med. Personal: 3,5
Patienten: 4,0

Pädiater: 5,0
Eltern: 3,9

Deutschland – In Deutschland teilen alle Gruppen eine positive Wahrnehmung über diesen Aspekt. Pädiater denken, dass sie sich in jeder Weise professionell gegenüber ihren Patienten verhalten. (5,0)

Med. Personal: 4,5
Patienten: 4,9

Pädiater: 4,6
Eltern: 4,8

2.4.2 Verhalten den Patienten gegenüber (Aktion)

Rumänien - In diesem Punkt werden die vorherigen Ergebnisse bestätigt. Eine verbreitete Wahrnehmung über die Bedeutung von kulturellen Belangen erlangt eine hohe Punktzahl, etwas anders als zuvor, als es um die Verknüpfung mit der Behandlung ging. Dieser Unterschied kann als nicht signifikant angesehen werden, im Vergleich der Daten aus rumänischen Gutachten.

Med. Personal: 4,8
Patienten: 4,9

Pädiater: 4,8
Eltern: 4,8

Ungarn - Die allgemeine Bewertung von Strategien, die auf interkulturelle Fragen ausgerichtet sind, ist positiv: Die Entscheidung im Zusammenhang mit dem therapeutischen Ansatz zeigt eine bessere Einbeziehung von medizinischen Profis, um dem kulturellen Hintergrund und den Wünschen der Patienten zu entsprechen. Unter den Ärzten, Patienten und Verwandten sind die Daten homogen, ein signifikanter Unterschied kennzeichnet die Wahrnehmung des Gesundheitspersonals, mit fast einem Punkt Unterschied.

Med. Personal: 3,8
Patienten: 4,5

Pädiater: 4,6
Eltern: 4,4

Italien – Die durchschnittliche Bewertung des Gesundheitspersonals liegt bei 3,7 / 5,0, das Ergebnis der Kinderärzte bei 3,6. Die Wahrnehmung der Patienten und Angehörigen fällt geringer als bei den anderen beiden Kategorien aus, was durch die Dauer der ärztlichen Untersuchung und die Art der Information bedingt ist: Wenige Minuten reichen nicht aus, um die Fragen von Eltern und Patienten zu beantworten.

Med. Personal: 3,7
Patienten: 3,1

Pädiater: 3,6
Eltern: 2,9

Spanien - Der Durchschnitt des Gesundheitspersonals liegt bei 4,1 / 5,0 und der der Kinderärzte bei 4,8 / 5,0. Die Wahrnehmung beider Gruppen ist ähnlich und sehr positiv, Kinderärzte sind sich ihrer guten Beziehung zu Patienten stärker bewusst. Die Wahrnehmung von Patienten und Angehörigen ist bei Nutzern und Anbietern durchweg unterschiedlich, vielleicht wissen Gesundheitsfachleute nicht um die Rolle von Kultur und Traditionen in der Kommunikation. Dieser Aspekt ist sehr wichtig, um neues Handwerkszeug zu entwickeln und um die mangelnde Zufriedenheit in Bezug auf die kulturellen Probleme zu erkennen.

Med. Personal: 4,1
Patienten: 1,8

Pädiater: 4,8
Eltern: 1,9

Deutschland – Die durchschnittlichen Ergebnisse des medizinischen Personals ist 4,3, während die Pädiater sie mit 4,9 beurteilen. Die Wahrnehmung des Patienten und Eltern ist ähnlich

Med. Personal: 4,3
Patienten: 4,8

Pädiater: 4,9
Eltern: 4,7

2.4.3 Schlussfolgerung – II Bedürfnisse für die betrachteten Länder

Lernbedarf in interkulturellen Belangen in Rumänien

Interkulturelle Belange	Fragebogen für das medizinische Personal	Fragebogen für Patienten	Fragebogen für Pädiater	Fragebogen für Angehörige
Durchschnitt	4.9	4.9	4.9	4.8
Verhalten den Patienten gegenüber (Aktion)	4.9	4.9	5.0	4.7
Verhalten den Patienten gegenüber (Behandlung)	4.8	4.9	4.8	4.9

Tabelle 15: Interkulturelle Belange – Ergebnisse für Rumänien

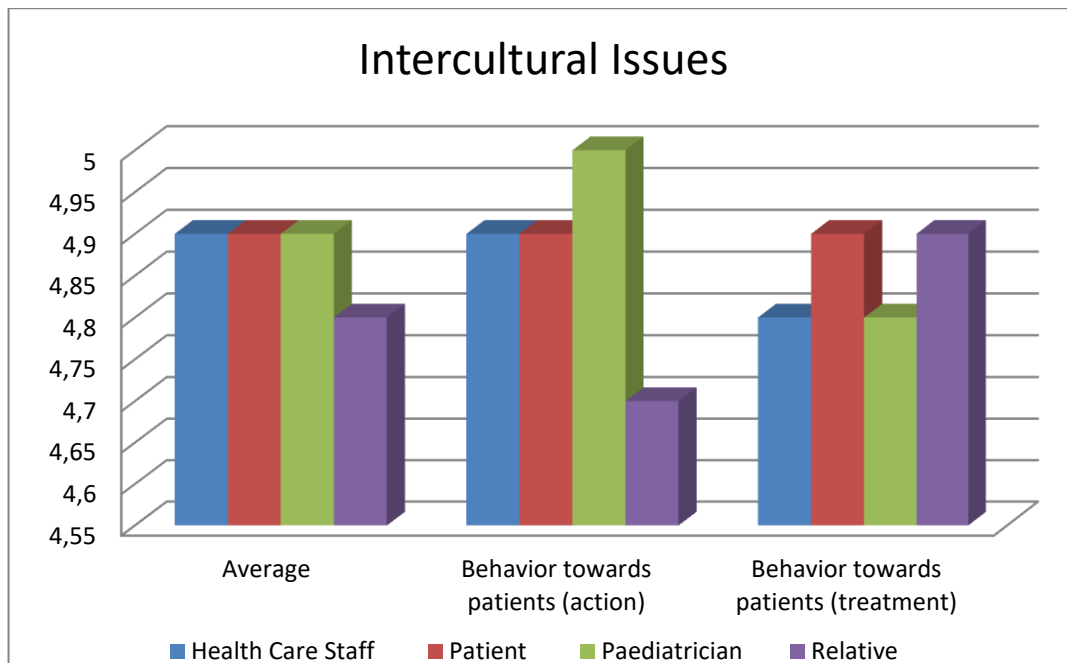


Abb. 16 Interkulturelle Belange – Ergebnisse für Rumänien

In **Rumänien** müssen die befragten Gruppen, d.h. vor allem Ärzte und medizinisches Personal, im Wesentlichen die gesundheitlichen Bedürfnisse rumänischer Patienten erfüllen. Dazu müssen sie Patienten vor diesen Hintergründen verstehen: ihre Art zu kommunizieren, ihre Gesundheitspraktiken, ihre Erwartungen an das Gesundheitssystem, familiäre Beteiligung in der Behandlung, Einstellungen zum Schmerz und zum anderen Geschlecht.

Interkulturelle Probleme scheinen in Rumänien kein Problem zu sein, Gründe für diese Ergebnisse können mit der guten Ausbildung des medizinischen Personals oder der niedrigen Rate an Patienten mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen in den rumänischen Gesundheitsdiensten zusammenhängen. Die Einheitlichkeit des kulturellen Hintergrunds vereinfacht die Grundlage für die gute Kommunikation und die harmonisierten Entscheidungsprozesse.

In Bezug auf das Verhalten gegenüber dem Patienten (Aktion) nehmen Eltern jedoch eine gewisse Barriere wahr, die durch interkulturelle Kommunikationsstrategien verbessert werden kann. Auch in Bezug auf die Behandlung sehen die Kinderärzte und das Gesundheitspersonal diesen Aspekt als verbesserungswürdig an.

Dazu könnte ein Sensibilisierungskurs für interkulturelle Kommunikation entwickelt werden, was verschiedene Kommunikationsstile, Gesundheitspraktiken und kulturbedingte Erwartungen des Gesundheitssystems, die Einbindung der Familie in die Behandlung, die Einstellung zu Schmerz und das gegenteilige Geschlecht umfasst.

Lernbedarf in interkulturellen Belangen in Ungarn

Interkulturelle Belange	Fragebogen für das medizinische Personal	Fragebogen für Patienten	Fragebogen für Pädiater	Fragebogen für Angehörige
Durchschnitt	3,1	4,4	4,0	4,3
Verhalten den Patienten gegenüber (Aktion)	2,4	4,5	3,3	4,4
Verhalten den Patienten gegenüber (Behandlung)	3,8	4,2	4,6	4,2

Tabelle 17: Interkulturelle Belange – Ergebnisse für Ungarn

Ungarische Ärzte und medizinisches Personal pflegen eine ebenso gute Kommunikation mit ungarischen wie Roma-Patienten. Ähnlich wie in Rumänien sind aufgrund der langjährigen Erfahrung im Umgang mit Patienten anderer Kulturen große Missverständnisse und Konfliktsituationen selten.

Die niedrigste Durchschnittsnote in der interkulturellen Kommunikation wurde vom Gesundheitspersonal vergeben, während Patienten und Verwandte mit diesem Aspekt am zufriedensten sind. Kinderärzte und Pflegepersonal beurteilten ihr Verhalten (Aktion) signifikant niedriger als Patienten und Angehörige. Ein möglicher Grund, warum Ärzte und das Pflegepersonal sich gegenüber Patienten unpersönlicher und geschäftsmäßiger fühlen könnten, ist, dass sie vielleicht die Rollen in der professionellen Kommunikation der Patienten klären möchten, um eine bessere Einhaltung der Medikation und des Lebensstils zu erzielen.

Eine suboptimale Einhaltung von Medikamenten und Veränderungen des Lebensstils können zur Entwicklung langfristiger Komplikationen beitragen. Sollte die Einhaltung von Diät, körperlicher Aktivität, Selbstkontrolle und insbesondere der Medikamenteneinkauf und -einnahme nicht die erwarteten Werte erreichen, fühlen sich Ärzte, die auf eine bessere Einhaltung hoffen, in einer sichereren Position, wenn sie geschäftlich, aber freundlich gegenüber Patienten und ihren Angehörigen auftreten.

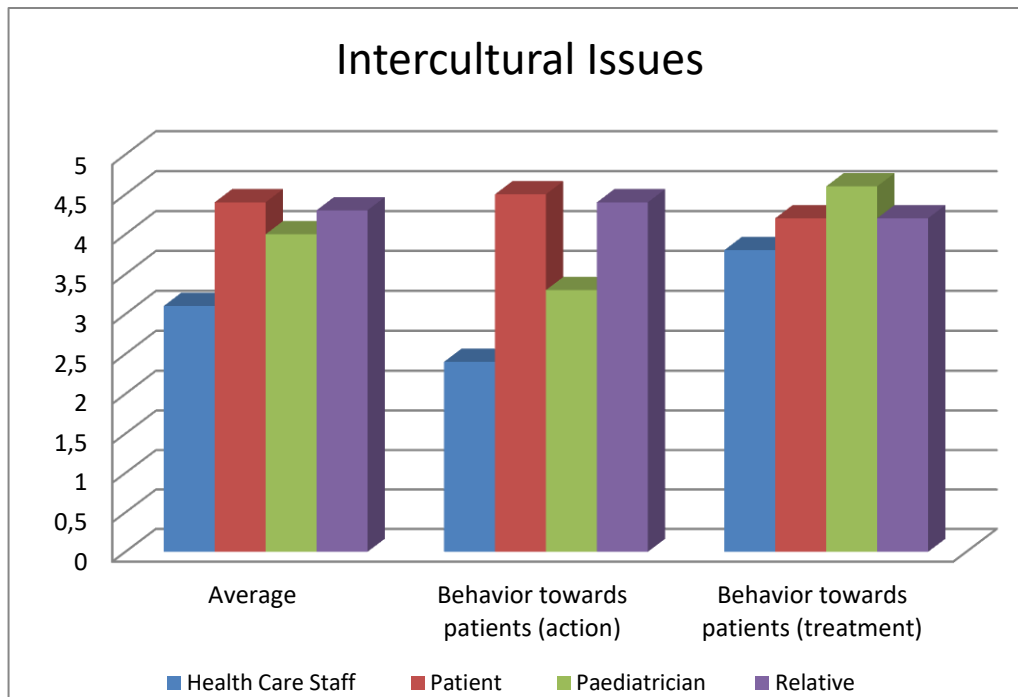


Abb. 17 Interkulturelle Belange – Ergebnisse für Ungarn

Lernbedarf in interkulturellen Belangen in Italien

In Italien wurde die höchste Punktzahl für interkulturelle Themen von Kinderärzten vergeben (4,9). Die niedrigste Punktzahl wurde von den Patienten bezüglich des Verhaltens gegenüber dem Patienten (Aktion) gegeben. Die Dauer der medizinischen Untersuchung und die Art der Information sind Aspekte, die die Wahrnehmung von Patienten und Verwandten in interkulturellen Fragen beeinflussen: Zum Beispiel reichen einige Minuten nicht aus, um viele Fragen von Eltern und Patienten zu beantworten.

Interkulturelle Belange	Fragebogen für das medizinische Personal	Fragebogen für Patienten	Fragebogen für Pädiater	Fragebogen für Angehörige
Durchschnitt	3,2	2,8	4,9	3,2
Verhalten den Patienten gegenüber (Aktion)	2,7	1,9	5,0	2,9
Verhalten den Patienten gegenüber (Behandlung)	3,7	3,6	4,8	3,4

Tabelle 18: Interkulturelle Belange – Ergebnisse für Italien

Die Zahl der Gesundheitsbetreuer und Kinderärzte wird immer geringer, was sich auch auf die Wahrnehmung der Patienten, Verwandten und Pflegepersonal im Hinblick auf das Verhalten gegenüber dem Patienten auswirkt. Die Wahrnehmung von Pädiatern bezüglich des Verhaltens gegenüber Patienten ist definitiv höher: Dies bedeutet, dass berufliche Fähigkeiten aktiv zu guten Praktiken und interkulturellen Themen beitragen.

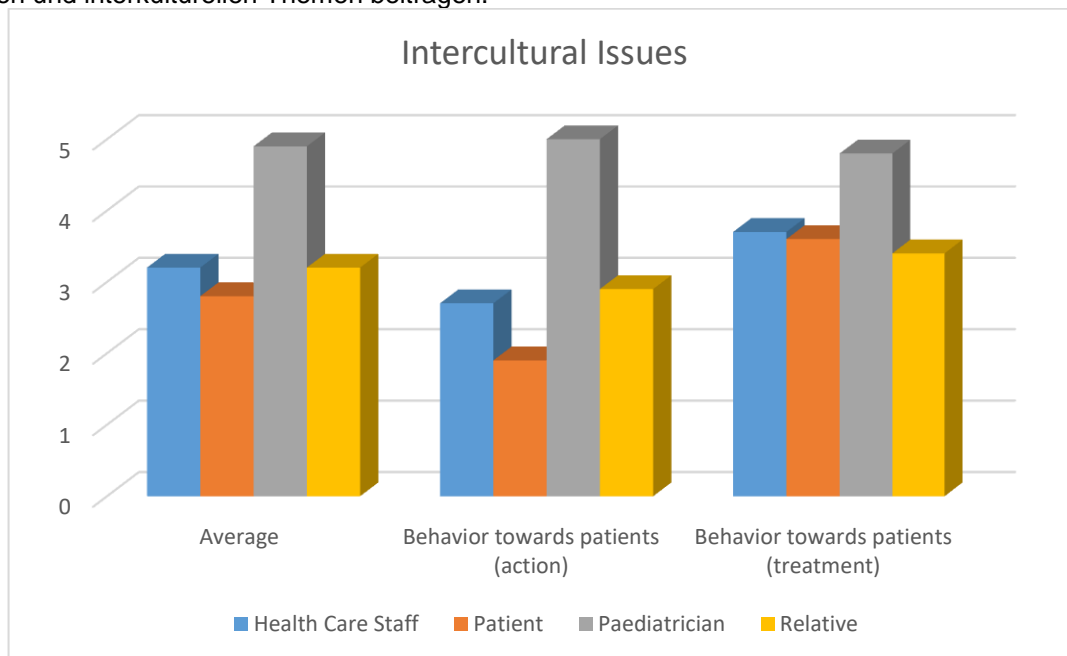


Abb. 18 Interkulturelle Belange – Ergebnisse für Italien

Lernbedarf in interkulturellen Belangen in Spanien

Kulturelle Hintergrundunterschiede sind häufig verantwortlich für Kommunikationsprobleme und ethische Probleme zwischen Nutzern und Anbietern. Wertunterschiede sind wesentlich, um die Punktzahl zu verstehen, die durch diese Dimensionen der Umfrage erhalten wurde. Verhaltensstrategien, die mit den Patientenbehandlungen verbunden sind, werden als sehr positiv betrachtet. Tatsächlich werden diese Daten durch die positiven Ergebnisse bestätigt, die in Bezug auf Transparenz und Informationsprozesse, Lebensqualität und andere Aspekte im Zusammenhang mit der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung gezeigt wurden.

Ein großer Unterschied wird durch Daten im Zusammenhang mit den Aktionen und der Art, mit der mit Patienten mit anderer Kultur und Werten kommuniziert wird, untermauert. Die mangelnde Zufriedenheit der Nutzer zeigt sich deutlich an der Rate dieses Artikels, einer der am schlechtesten bewerteten der Umfrage (1,8 für Patienten und 1,9 für Eltern) ist. Unter den Anbietern sind die Wahrnehmungen unterschiedlich, auch wenn sie nicht so breit gefächert sind, scheinen die Gesundheitsfachkräfte das Defizit dieses Aspekts und die Notwendigkeit, berufliche Fähigkeiten und Einstellungen zu verbessern, um interkulturelle Probleme zu bewältigen und unterschiedliche Wertesysteme in die Entscheidungsprozesse zu integrieren, zu kennen.

Interkulturelle Belange	Fragebogen für das medizinische Personal	Fragebogen für Patienten	Fragebogen für Pädiater	Fragebogen für Angehörige
Durchschnitt	3,8	2,9	4,9	2,9

Verhalten den Patienten gegenüber (Aktion)	3,5	1,8	5,0	1,9
Verhalten den Patienten gegenüber (Behandlung)	4,1	4,0	4,8	3,9

Tabelle 19: Interkulturelle Belange – Ergebnisse für Spanien

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass interkulturelle Fragen in Spanien ein dringender Aspekt in den pädiatrischen Gesundheitsdiensten sind, da sich die Wahrnehmung der Nutzer radikal von der der Kliniker unterscheidet. Diese Asymmetrie kann gelöst werden, indem die Rolle des Pflegepersonals in die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen integriert wird. Um interkulturelle Probleme in der Pädiatrie anzugehen, sind Sozialkompetenzen erforderlich, die auf die Teambildung und den Austausch von Wissen ausgerichtet sind. Der Austausch von Informationen zwischen medizinischem Personal, Angehörigen und Patienten ist notwendig, um eine richtige Einstellung zu interkulturellen belangen zu entwickeln.

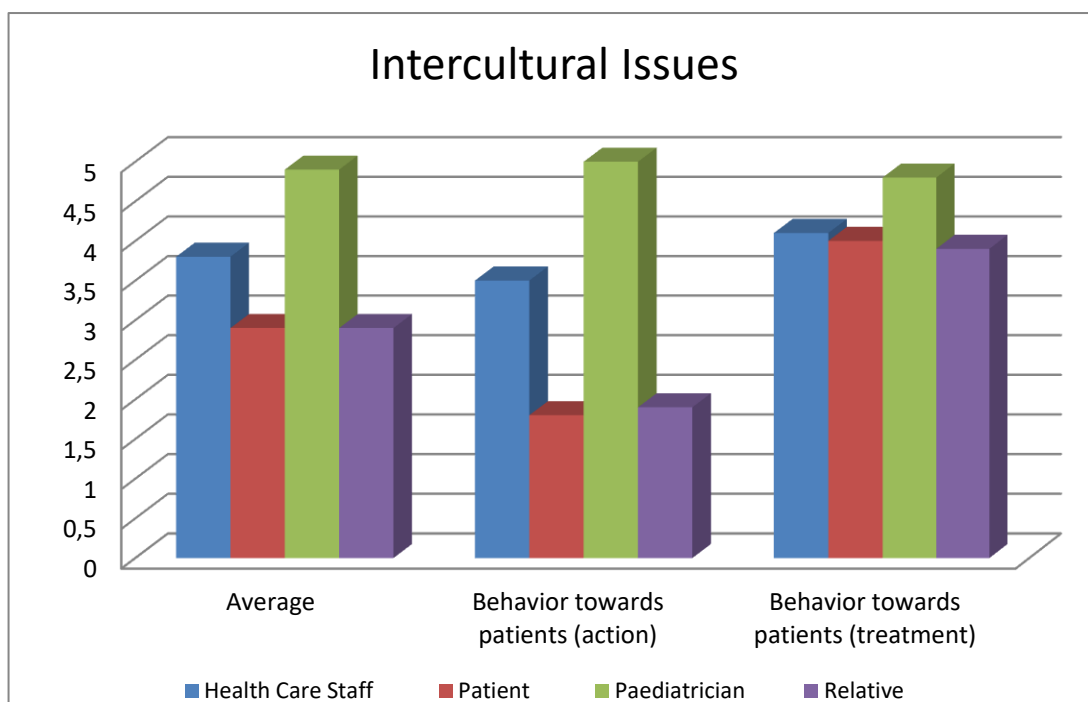


Abb. 19 Interkulturelle Belange – Ergebnisse für Spanien

Interkulturelle Belange

In **Deutschland** zeigen sich die Ergebnisse der Resultate durchgehend gut. Das reflektiert eine freundliche und respektvolle Umgebung in allen Bereichen des Krankenhauses.

Interkulturelle Belange	Med. Personal	Patienten	Pädiater	Angehörige
Durchschnitt	4,4	4,8	4,8	4,8
Verhalten ggü. Patienten	4,3	4,8	4,5	4,7

Behandlung von Patienten	4,5	4,9	4,6	4,8
--------------------------	-----	-----	-----	-----

Table 20: Interkulturelle Belange- Ergebnisse in Deutschland

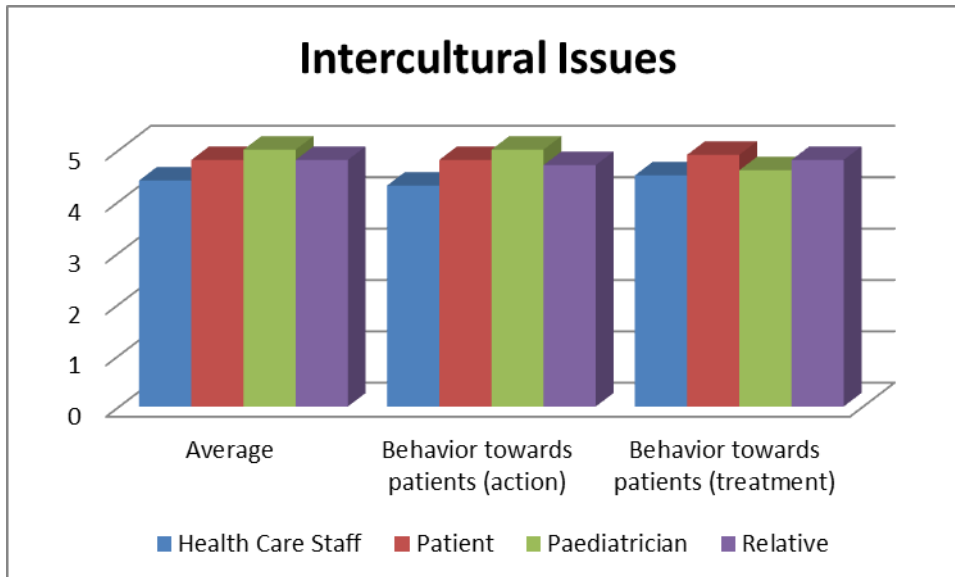


Fig. 20 Interkulturelle Belange in Deutschland

2.4.4. Interkulturelle Themen – Generelle Schlussfolgerungen

Die Datengrundlage zeigt Übereinstimmungen zwischen den Auffassungen in Südeuropa und Osteuropa, sich kulturellen Themen in der Pädiatrie anzunähern. Die Unterschiede können durch diverse Perspektiven erklärt werden: die Organisation des Gesundheitssystems, die Diversität des kulturellen Hintergrunds der Patienten, die Trainingsprogramme für Angestellte im Gesundheitswesen und die Gesetzgebung, die Informationsprozesse in medizinischen Bereichen reguliert.

Die Daten zeigen also eine große Nachfrage nach neuen Fähigkeiten in der Kommunikation mit Patienten mit verschiedenen kulturellen Hintergründen, speziell in den Ländern, in denen eine multiethnische Gesellschaft durch politische und rechtliche Rahmenbedingungen bestimmt ist, wie z. B. in den EU-Ländern. Dort haben Gesundheitsversorger besondere Verantwortung gegenüber Patienten und deren Verwandten. Strategien, um interkulturelle Probleme zu verbessern, können sich von Land zu Land unterscheiden, aber in allen befragten Ländern gibt es eine allgemeine Tendenz zu einem Bezug zu der Kommunikation zwischen Ärzten und deren Mitarbeitern.

Softskills für Pädiater müssen die Arbeit im Team und die Kommunikation zwischen Klinikern und nicht-klinischen Angestellten verbessern und aus dieser Perspektive besteht ein klares Interesse vonseiten des Personals in die Arzt-Patienten-Beziehung miteinbezogen zu sein. Und zwar nicht mit Respekt vor den Zuständigkeiten, sondern vor dem Wissenszugewinn, der letztlich dem Patienten zugutekommt. Dieser Kommunikationsprozess innerhalb des medizinischen Personals sollte ebenfalls die Verwandten nicht außen vorlassen, um diese als Verbündete zu gewinnen.

Die gesammelten Daten zeigen, dass hinsichtlich der Aktionen und Behandlungen das Management von kulturellen Problemen eine Bewertung der Familie durchläuft. Dieser Aspekt steht nicht nur mit dem Training der Angestellten in Verbindung, weil rechtliches Werkzeug ebenso gefordert ist wie ethische Werte und neue berufliche Haltungen. Dennoch ist natürlich professionelle

Ausbildung der Startpunkt, um eine Respektkultur für kulturelle Diversität und Pluralität ethischer Kodizes aufzubauen.

2.5 ZEITMANAGEMENT (ZEITMANAGEMENT = TM)

Zeitmanagement ist eines der größten, wenn nicht sogar das größte Problem in Praxen der Grundversorgung und pädiatrischen Abteilungen. Die häufigsten Gründe für Terminverspätungen in pädiatrischen Praxen sind unerwartet lange Besuche von Patienten (wenn Patienten eine ganze Liste an Beschwerden aufweisen), Zeitplanprobleme (nicht genug Zeit für Patientenbesuche, Buchhaltung... geplant), Schwierigkeiten mit der Nutzung neuer Technologien, elektronische Gesundheitsakte und Notfälle. Diese Faktoren können alle zu einem Verlust der zeitlichen Kontrolle beitragen.

In letzter Zeit werden Pädiater unter Druck gesetzt, Richtlinien zu befolgen, mehr Prävention zu betreiben und patientenzentrierte Behandlungen anzubieten, während in vielen Ländern die Anzahl an praktizierenden Pädiatern sinkt. Als ein Ergebnis drücken viele Ärzte und Patienten ihre Unzufriedenheit mit der Länge ihrer Beratungen aus.

Sich verbessernde Fähigkeiten im Zeitmanagement und sich entwickelnde Strategien zur Zeitplanoptimierung tragen dazu bei, dass die Versorgung im Gesundheitssystem verbessert wird. Eine systematische Übersichtsarbeit⁸ fand eine direkte Verbindung zwischen durchschnittlicher Länge eines Termins und dem Stresslevel des Arztes, fand aber keine Assoziation zwischen längeren Besuchen und mehr Aufmerksamkeit gegenüber psychosozialen Problemen, niedrigeren Verschreibungsraten, qualitativ besseren Verschreibungen, niedrigeren Überweisungsquoten, geringeren Wahrscheinlichkeiten für einen erneuten Besuch und Indikatoren der Patientenzufriedenheit.

Der nächste Abschnitt zeigt die Ergebnisse einer Umfrage, die das Zeitmanagement von Pädiatern, medizinischem Personal, Patienten und Eltern der Patienten in Rumänien, Ungarn, Italien, Spanien und Deutschland misst. Dabei wird beachtet, wie viel Zeit mit dem Patienten verbracht wird, wie leicht der Arzt trotz geschlossener Praxis kontaktiert werden kann, wie lange die Warteliste ist, wie lange es dauert bis der Arzt auf dringende Anrufe reagiert und wie lange die Wartezeiten im Wartezimmer der Praxis sind.

2.5.1 Zeit mit dem Patienten

In **Rumänien** wurde die Dauer der Zeit, die mit den Patienten verbracht wurde, von pädiatrischen Patienten mit 4,4 bewertet. Mitarbeiter der medizinischen Versorgung, Ärzte und Angehörige vergaben bessere, aber noch keine idealen Bewertungen.

Med. Personal: 4,5
Patienten: 4,4

Pädiater: 4,6
Eltern: 4,6

In **Ungarn** wird von Pädiatern erwartet, mindestens 15 Stunden die Woche in der Praxis zu arbeiten. Das sind täglich drei Stunden, von denen eine Stunde mit Beratungen und Impfungen verbracht wird. In der verbleibenden Zeit muss der Pädiater für Patienten verfügbar sein.

Kinder und Mitarbeiter des Gesundheitswesens glauben, dass Ärzte genug Zeit mit ihren Patienten verbringen, während Ärzte und Eltern manchmal vom Gegenteil ausgehen. Pädiater müssen ausgehen von Symptomen ihre Diagnosen stellen, was eine sehr zeitaufwändige Aufgabe sein kann. Offensichtlich sind sich Pflegekräfte des Zeitdrucks bewusst, der auf den Pädiatern der Grundversorgung lastet, obwohl die Ärzte selbst das Problem direkter zu spüren bekommen. Zum Beispiel können sich in der Grippezeit bis zu 60-80 Patienten im Wartezimmer befinden, die sich medizinische Hilfe erhoffen.

⁸ Wilson A., Childs S. (2002) The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. Brit J Gen Pract. 2002;52:1012–1020.
Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314474/pdf/12528590.pdf>

Med. Personal: 3,7
Patienten: 3,9

Pädiater: 3,3
Eltern: 3,3

Italien – Das durchschnittliche Ergebnis der Gesundheitsversorgung ist 3.3/5.0, während die Pädiatrie einen Wert von 3.7 erreicht. Die Zeit für den Patienten ist für den Arzt und andere Mitarbeiter zu kurz, um Fragen von Verwandten oder den Patienten selbst zu beantworten, wenn man diese mit der Qualität des medizinischen Standards vergleicht

Die Wahrnehmung von Patienten und Verwandten ist negativer als die der beiden anderen Kategorien. Das liegt daran, dass die Dauer der medizinischen Untersuchung zu kurz ist, um Fragen zu beantworten

Med. Personal: 3,3
Patienten: 3,1

Pädiater: 3,7
Eltern: 3,0

Spanien – Das Durchschnittsergebnis der Mitarbeiter des Gesundheitssektors liegt bei 2.0/5.0, das der Pädiater bei 4.6/5.0. Bei diesem Aspekt sind die Unterschiede relevant, die Wahrnehmung der Angestellten ist konsequent das komplette Gegenteil der Pädiater. Die Bewertungen von Patienten und deren Verwandten fallen deutlich besser aus als die der beiden anderen Gruppen.

Med. Personal: 2,0
Patienten: 3,8

Pädiater: 4,6
Eltern: 3,7

Deutschland – Medizinisches Personal und Pädiater wissen, dass es von Vorteil wäre, mehr Zeit mit ihren Patienten zu verbringen. Manchmal ist die Anzahl an administrativen Aufgaben überwältigend und es scheint, dass es immer weniger Zeit für die körperliche Untersuchung und das Gespräch mit Patienten und Eltern. Die Wahrnehmung der Patienten und Eltern variiert. Das Ergebnis ist wahrscheinlich beeinflusst von den Ergebnissen in der Erwachsenenmedizin, in der weniger Zeit verfügbar ist, für die Beantwortung von Fragen.

Med. Personal: 3,0
Patienten: 4,6

Pädiater: 3,7
Eltern: 4,5

2.5.2 Verfügbarkeit der Ärzte

In **Rumänien** wurde die Verfügbarkeit der Ärzte von Kindern mit 4.1 bewertet. Praxen haben am Wochenende geschlossen. Die Ärzte selbst finden ihre Verfügbarkeit gegenüber Patienten sowie deren Angehörigen kaum ausreichend, was sich in einer Bewertung von 4.3 zeigt. Währenddessen bewerten die Mitarbeiter mit 4.0, was niedriger als die Punktzahl der Patienten und deren Familie ist.

Med. Personal: 4,0
Patienten: 4,1

Pädiater: 4,3
Eltern: 4,2

In **Ungarn** glauben die Ärzte, dass es einfach ist, sie zu kontaktieren, auch wenn ihre Praxis geschlossen ist (nachts und am Wochenende), während Pflegekräfte sogar finden, dass sie sehr einfach zu erreichen sind in diesen Zeiträumen. Eltern können Ärzte per Telefon und E-Mail kontaktieren, was diese, genau wie die Patienten, jedoch nicht besonders einfach fanden. Deshalb vergaben sie nur 2.7 bzw. 2.3 Punkte.

Med. Personal: 3,9
Patienten: 2,7

Pädiater: 3,0
Eltern: 2,3

Italien – Das durchschnittliche Ergebnis von Pädiatern und Mitarbeitern des Gesundheitswesens liegt bei 3.0. Aufgrund der geringen Mitarbeiterzahlen und vielen Aktivitäten, die den ganzen Tag ausgeführt werden sollten, betrachten diese beiden Gruppen ihre Erreichbarkeit als

nicht sehr einfach. Der hauptsächliche Kontaktpunkt befindet sich in der Notaufnahme, einem Raum für alle Bedürfnisse.

Med. Personal: 3,0
Patienten: 2,8

Pädiater: 3,0
Eltern: 3,2

Spanien – Durchschnittlich vergeben Mitarbeiter 3.0/5.0 und Pädiater 4.3/5.0 Punkte. In diesen Aspekten sind die Wahrnehmungen zwischen den Gruppen konsistent. Die Bedürfnisse von Patienten und deren Verwandten unterscheiden sich von der Wahrnehmung der Mitarbeiter. Hier zeigt sich also eine große Differenz zwischen den Anforderungen der Patienten und dem Bewusstsein des Gesundheitssystems.

Med. Personal: 3,0
Patienten: 2,3

Pädiater: 4,3
Eltern: 2,3

Deutschland – Die Verfügbarkeit der Ärzte und des med. Personals ist schlecht bewertet, wenn die Büros geschlossen sind – das ist wahr. Die Interpretation der Frage könnte missverständlich sein, dass das Krankenhaus einen 24/7 Notaufnahme und Pädiater, und ebenso noch spezialisiertere Experten (wie Onkologen) ständig präsent sind, sei es per Telefon oder in persona in der Nacht oder am Wochenende.

Med. Personal: 3,2
Patienten: 2,9

Pädiater: 2,7
Eltern: 3,0

2.5.3 Wartelisten der Ärzte

In **Rumänien** sind Patienten frustriert, dass sie auf einer Liste oder im Wartezimmer warten müssen. Die Warteliste erhält folgende Bewertungen in aufsteigender Reihenfolge: Ärzte 3.4 – sie empfanden die Warteliste als zu lang, Angehörige 3.7, Patienten 3.9 und Angestellte 4.1.

Med. Personal: 4,1
Patienten: 3,9

Pädiater: 3,4
Eltern: 3,7

In **Ungarn** bewerten Ärzte die Wartelisten für gewöhnlich als kurz. In der medizinischen Grundversorgung gibt es in diesem Land keine Wartelisten, erst für die Weiterleitung müssen die Patienten auf einen Termin warten. Das kann einige Zeit in Anspruch nehmen, da Krankenhäuser aufgrund ihrer Finanzen nur eine begrenzte Anzahl an Patienten pro Tag behandeln können. Patienten und deren Familien fanden die Wartelisten meist kurz und die verbrachte Zeit im Wartezimmer akzeptabel, wenngleich in diesem Bereich Verbesserungspotenzial besteht.

Med. Personal: 3,4
Patienten: 3,2

Pädiater: 3,8
Eltern: 3,0

Italien – Im Durchschnitt werden 3.2/5.0 erreicht, während die Pädiater 3.6 vergeben. Die Warteliste wird auf zwei verschiedene Arten kontrolliert:

1. Direktor der Abteilung – Ebene der Gesundheitsversorgung
2. Finanzverwalter – Ebene der Verwaltung

Der Überprüfungsprozess beinhaltet die Analyse der Abläufe und operative Mechanismen, um eine hohe Leistung zu garantieren.

Aus folgenden Gründen weichen die Wahrnehmung der Patienten und Verwandten ab:

- Zahlende Patienten: die Zugangsprozedur wurde beantragt und die Patienten folgen dem normalen Weg
- Nicht zahlende Patienten: in ASLTO3 existiert eine Warteliste für den Zugang zum Gesundheitssystem. Für den ersten Besuch beträgt die Dauer der Wartezeit ungefähr fünf bis sechs Monate.

Med. Personal: 3,2
Patienten: 3,4

Pädiater: 3,6
Eltern: 3,1

Spanien – Das Durchschnittsergebnis vonseiten des Personals liegt bei 3.0/5.0, das vonseiten der Pädiater bei 3.4/5.0. Die Wahrnehmung ist also ähnlich, auch wenn die Mitarbeiter eine

ausgeprägtere Meinung haben. Der Unterschied zwischen Nutzern und Anbietern ist nicht stetig, obwohl Patienten und Angehörige weniger Zufriedenheit zeigen.

Med. Personal: 3,0
Patienten: 3,1

Pädiater: 4,3
Eltern: 3,2

Deutschland – Alle Gruppen stimmen überein: Die Wartelisten sind zu lang. Allerdings ist dieser Fakt auf Grund von Personalkürzungen zur Zeit nicht zu ändern.

Med. Personal: 2,5
Patienten: 3,1

Pädiater: 2,6
Eltern: 2,7

2.5.4 Reaktion auf dringende Anrufe

In **Rumänien** waren die Bewertungen für die Reaktion auf dringende Anrufe in den vier befragten Personenkreisen: Angehörige 4.1 < Patienten 4.2, gefolgt von Ärzten 4.3 und medizinischem Personal 4.6.

Med. Personal: 4,6
Patienten: 4,2

Pädiater: 4,3
Eltern: 4,1

In **Ungarn** empfinden Pflegekräfte die Zeiten bis zur Reaktion auf dringende Anrufe für gewöhnlich kurz, während Ärzte die Wartezeit immer kurz finden. Professionelle Grundversorger legen großen Wert darauf, Eltern darin zu trainieren, besser entscheiden zu können, ob sie in einer pädiatrischen Praxis oder bei einem Notdienst anrufen sollen. In manchen speziellen Fällen, wie asthmatischen oder Pseudokrupp-Anfällen oder allergischen Reaktionen, werden Eltern aufgefordert, zu einem Arzt der Grundversorgung zu gehen.

Med. Personal: 4,5
Patienten: 4,5

Pädiater: 4,6
Eltern: 4,0

Italien – Das durchschnittliche Ergebnis der medizinischen Angestellten beträgt 3.8/5.0, während die Pädiater 4.0 vergeben. Die Wahrnehmung von Patienten und Angehörigen ist niedriger als die der beiden anderen Kategorien. Die Gründe dafür werden im Folgenden genannt:

1. Klinische Bedingungen: In ASLTO3 gibt es zwei Notdienste mit Sitz in Pinerolo und in Rivolo. Als Standardprozedur muss das medizinische Team sehr schnell reagieren, was die Zusammenarbeit von 112 Diensten voraussetzt.
2. Leistungen von Pädiatern und neuropsychiatrischen Diensten: Diese können nicht die dringenden klinischen Telefonate bewältigen. Der Zeitplan von neuropsychiatrischen Ärzten reicht von 08:00 bis 20:00, von Montag bis Freitag.

Med. Personal: 3,8
Patienten: 3,5

Pädiater: 4,0
Eltern: 3,2

Spanien – Durchschnittlich vergeben medizinische Mitarbeiter 3.0/5.0 und Pädiater 4.3/5.0 Punkten. Die Unterschiede sind in diesen Punkten deutlich und Pädiater sind davon überzeugt, dass sie ihre Patienten bestmöglich unterstützen. Diesbezüglich haben Verwandte und Angestellte sehr ähnliche Auffassungen.

Med. Personal: 3,0
Patienten: 3,1

Pädiater: 4,3
Eltern: 3,2

Deutschland – In Deutschland war die Bewertung bei den Pädiatern und Patienten die höchste. Bei dem medizinischen Personal am niedrigsten. Alle Gruppen sehen Raum für Verbesserungen.

Med. Personal: 2,9
Patienten: 3,9

Pädiater: 3,9
Eltern: 3,7

2.5.5 Wartezeit in pädiatrischen Praxen

In **Rumänien** wurde die Wartezeit in der pädiatrischen Praxis von den Patienten mit 3.8 am schlechtesten bewertet. Ärzte, Mitarbeiter und Angehörige vergaben höhere Punktzahlen bei dieser Frage, die Wartezeit meist als kurz bezeichnend.

Med. Personal: 4,2
Patienten: 3,8

Pädiater: 4,0
Eltern: 4,2

In **Ungarn** stimmen Mitarbeiter und Ärzte darin überein, dass die Wartezeit meist kurz ist. In ungarischen Praxen können Patienten keinen Termin vereinbaren. Die Behandlung kranker Kinder basiert normalerweise auf dem Motto „wer zuerst kommt, mahlt zuerst“. An einem durchschnittlichen Tag besuchen 15 – 25 Patienten eine pädiatrische Praxis. Die Wartezeiten können in der Impfzeit länger sein oder wenn der Arzt mit Verwaltungsaufgaben oder der Durchsicht der Krankengeschichte eines neuen Patienten beschäftigt ist.

Med. Personal: 3,6
Patienten: 2,9

Pädiater: 3,3
Eltern: 3,1

Italien – Das durchschnittliche Ergebnis des Personals ist 3.0/5.0 und das der Pädiater 3.3. Die Zeit, die mit dem Patienten verbracht werden kann, ist für Mitarbeiter und Ärzte zu gering, um Fragen von Verwandten, Eltern und Kindern zu beantworten, vor allem im Vergleich mit den restlichen medizinischen Standards. Es gibt eine Warteliste für jeden Arzt und Mitarbeiter und Pädiater nehmen diese eher niedrig wahr, verglichen mit der Reservierdauer für medizinische Untersuchungen.

Med. Personal: 3,0
Patienten: 3,2

Pädiater: 3,3
Eltern: 3,2

Spanien – Das durchschnittliche Ergebnis von Pädiatern ist 4.0/5.0. Wartelisten sind kein großes Problem, obwohl Pädiater bemerken, dass sie ihre Dienstleistungen noch verbessern und die Wartezeiten reduzieren können. Die Wahrnehmungen von Ärzten und Patienten gehen dabei auseinander, wenngleich auch nicht gleichmäßig.

Med. Personal: 2,8
Patienten: 2,7

Pädiater: 4,0
Eltern: 2,7

Deutschland – Die Wartezeit wurde vom med. Personal und den Pädiatern als moderat bewertet. Patienten und Eltern sind mehr zufrieden und halten die Wartezeit für akzeptabel.

Med. Personal: 3,1
Patienten: 3,6

Pädiater: 3,3
Eltern: 3,8

2.3.1 Fazit – Zeitmanagement-Bedürfnisse der einzelnen Länder

Nötige Zeitmanagement-Verbesserungen in Rumänien

Pädiater stehen unter großem Druck, um Gesundheitsversorgung für eine steigende Anzahl an Kindern – darunter viele mit komplexen medizinischen Problemen – und ihren Familien sicherzustellen. Im heutigen Gesundheitssystem sind Fähigkeiten im Zeitmanagement unabdingbar, um effektive Gesundheitsüberwachung zu gewährleisten.

Zeitmanagement	Fragebogen Mitarbeiter	Fragebogen Patienten	Fragebogen Pädiater	Fragebogen Angehörige
Durchschnitt	4.3	4.1	4.1	4.2

Zeit mit dem Patienten	4.5	4.4	4.6	4.6
Verfügbarkeit der Ärzte	4.0	4.1	4.3	4.2
Warteliste der Ärzte	4.1	3.9	3.4	3.7
Reaktion auf dringende Anrufe	4.6	4.2	4.3	4.1
Wartezeit in pädiatrischen Praxen	4.2	3.8	4.0	4.2

Tabelle 21 Ergebnisse Zeitmanagement für Rumänien

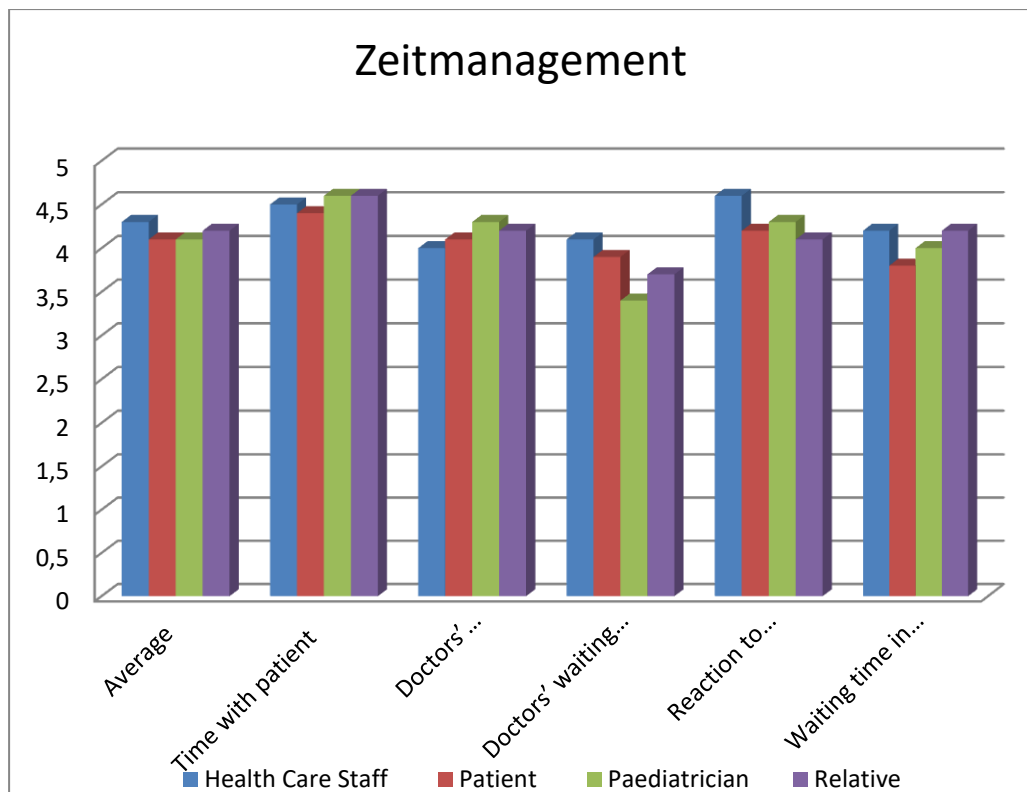


Abb. 21 Ergebnisse Zeitmanagement für Rumänien

Ärzte sind hauptsächlich durch ihre Wartelisten unzufrieden und auch durch die langen Wartezeiten in ihren Praxen. Außerdem finden Mitarbeiter und Patienten die Verfügbarkeit der Ärzte verbesserungswürdig, vor allem durch das Einsparen von Zeit bei anderen Aktivitäten: Ziele priorisieren, bestimmte zeitsparende Strategien anwenden (z. B. aktives Zuhören), familienzentrierte Fähigkeiten, den Eltern Bedenken entlocken, individuelle Beratungen anbieten und besseres Planen.

Nötige Zeitmanagement-Verbesserungen in Ungarn

Zeitmanagement	Fragebogen Mitarbeiter	Fragebogen Patienten	Fragebogen Pädiater	Fragebogen Angehörige
Durchschnitt	3,8	3,4	3,6	3,2
Zeit mit dem Patienten	3,3	3,9	3,6	3,3

Verfügbarkeit der Ärzte	4,5	2,7	4,6	2,3
Wartelisten der Ärzte	3,4	3,2	3,8	3,0
Reaktion auf dringende Anrufe	3,9	4,5	3,0	4,0
Wartezeit in pädiatrischen Praxen	3,7	2,9	3,3	3,1

Tabelle 22. Ergebnisse Zeitmanagement für Ungarn

In **Ungarn** wurde die niedrigste Durchschnittspunktzahl im Zeitmanagement von Angehörigen (3,2) und Patienten (3,4) vergeben. Obwohl die Bewertungen vonseiten der Mitarbeiter und Ärzte etwas höher ausfällt, drücken alle befragten Gruppen eine generelle Unzufriedenheit mit diesem Aspekt aus.

Das höchste Ergebnis für Zeitmanagement liegt innerhalb aller Gruppen bei *Reaktion auf dringende Anrufe*, das niedrigste bei *Wartezeit in pädiatrischen Praxen*. Eltern und Patienten würden gerne die Erreichbarkeit eines Arztes bei geschlossener Praxis verbessern und betonten den Bedarf, die Wartezeit in der Praxis zu verringern. Pädiater und Mitarbeiter glauben, dass sie mehr Zeit mit dem Patienten verbringen sollten.

Ende dieses Jahres wird in Ungarn eine auf Cloud basierende, elektronische Serviceplattform für das Gesundheitssystem eingeführt. Die Pilotphase hat bereits begonnen und Ärzte werden aufgefordert, Patientendaten und familiäre Vorgeschichten hochzuladen. Dies ist eine zusätzliche Belastung in den nächsten Jahren, jedoch wird die Gesellschaft später davon profitieren.

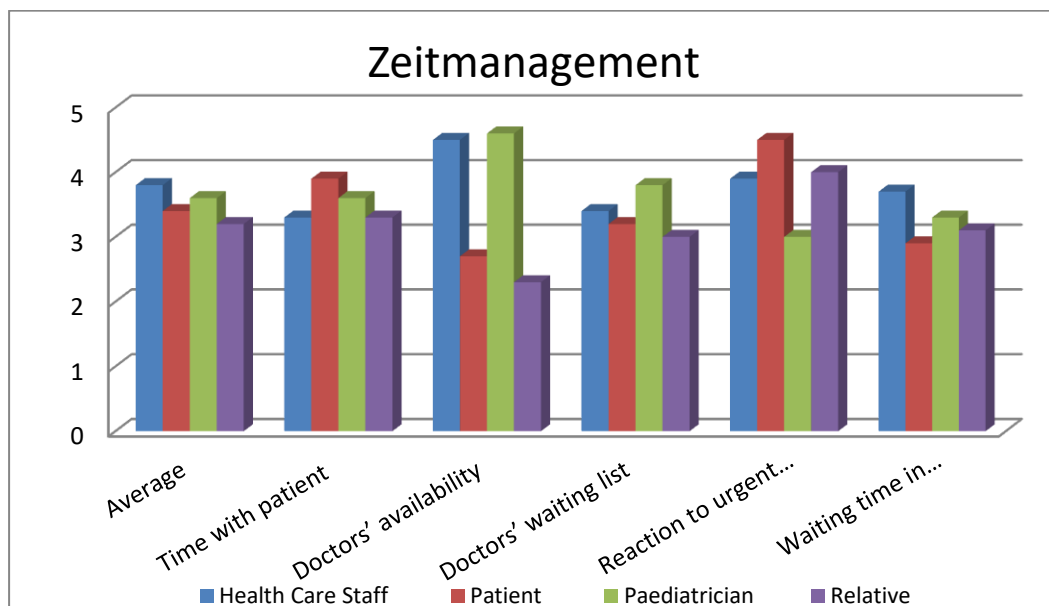


Abb.22 Ergebnisse Zeitmanagement für Ungarn

Nötige Zeitmanagement-Verbesserungen in Italien

Das Zeitmanagement betreffend werden in **Italien** die geringsten Punkte von den Patienten für *Verfügbarkeit der Ärzte* vergeben. Weder Mitarbeiter noch Pädiater empfinden es als einfach, einen Arzt zu kontaktieren.

Zeit mit dem Patienten ist ebenfalls niedrig bewertet von allen Umfrageteilnehmern, verglichen mit der Qualität der Gesundheitsversorgung.

Zeitmanagement	Fragebogen Mitarbeiter	Fragebogen Patienten	Fragebogen Pädiater	Fragebogen Angehörige
Durchschnitt	3,2	3,2	3,5	3,2
Zeit mit dem Patienten	3	3,1	3,3	3
Verfügbarkeit der Ärzte	3	2,8	3	3,2
Wartelisten der Ärzte	3,2	3,4	3,6	3,1
Reaktion auf dringende Anrufe	3,8	3,5	4	3,2
Wartezeit in pädiatrischen Praxen	3,3	3,2	3,7	3,2

Tabelle 23. Ergebnisse Zeitmanagement für Italien

Der klinische Zustand des Patienten und die Art der Leistungen von Pädiatern und neuropsychiatrischen Diensten beeinflusst die *Reaktion auf dringende Anrufe*, welche von Pädiatern beinahe als genügend angesehen wird.

Zeitmanagement ist ein zentraler Aspekt in pädiatrischer Versorgung, egal ob die Bedürfnisse des Patienten dringend sind oder nicht. Mit Zeitplanung umzugehen, muss als Querschnittsfähigkeit für pädiatrische Akademiker gelehrt werden.

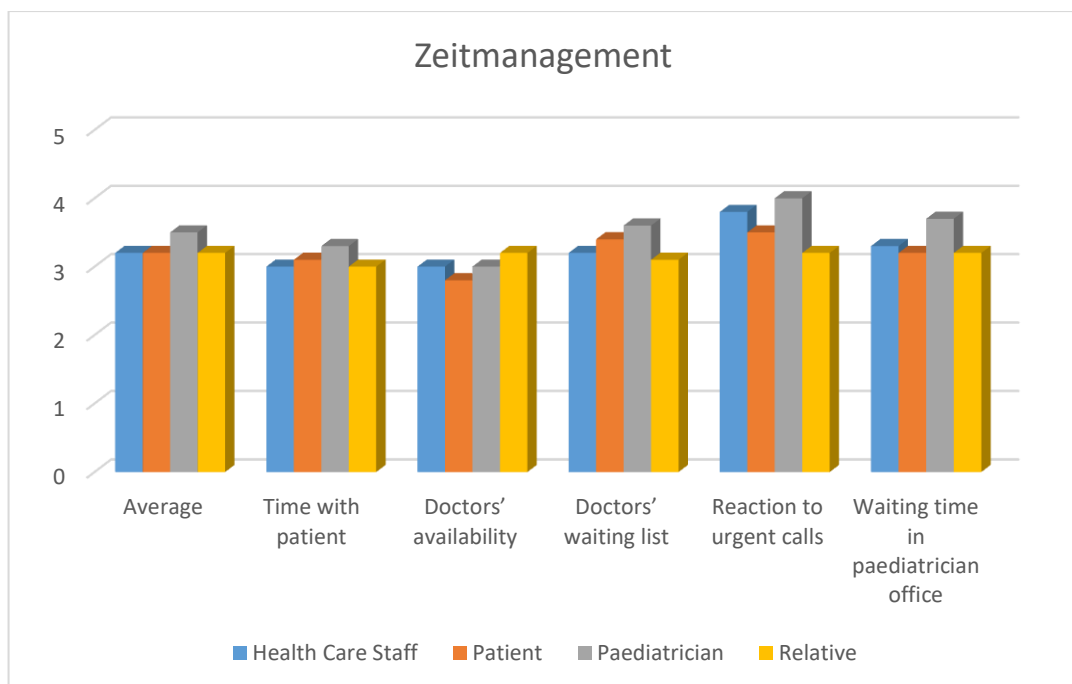


Abb.23 Ergebnisse Zeitmanagement für Italien

Nötige Zeitmanagement-Verbesserungen in Spanien

Das globale Ergebnis bezogen auf den Aspekt dieser Umfrage ist negativ, alle Punktzahlen befinden sich um 3.0. Wie gewohnt sind die Wahrnehmungen der Kliniker besser als die der anderen befragten Gruppen. Die Wahrnehmungen des Zeitmanagements bewegen sich um 4.0 herum, der einzige Aspekt, der in diesem Bereich bemängelt wird, sind die *Wartelisten der Ärzte*, die nicht

komplett von den jeweiligen Ärzten, sondern eher von der Organisation des Gesundheitssystems abhängt. Die niedrigsten Punktzahlen wurden von den Nutzern der Gesundheitsversorgung vergeben, immer unter 3.0, manchmal sogar um 2.0. Dieser Aspekt, gemeinsam mit den interkulturellen Themen, war eines der am meisten überraschendsten Ergebnisse.

Zeitmanagement	Fragebogen Mitarbeiter	Fragebogen Patienten	Fragebogen Pädiater	Fragebogen Angehörige
Durchschnitt	2,8	2,9	3,2	3,0
Zeit mit dem Patienten	3,7	3,8	4,6	3,7
Verfügbarkeit der Ärzte	3,5	2,3	4,3	2,3
Wartelisten der Ärzte	3,5	2,7	3,4	2,9
Reaktion auf dringende Anrufe	4,1	3,1	4,3	3,2
Wartezeit in pädiatrischen Praxen	3,6	2,7	4,0	2,7

Tabelle 24 Ergebnisse Zeitmanagement für Spanien

Um die Ergebnisse relativ zu der Dimension der Umfrage zu betrachten, ist es wichtig, die großen Unterschiede zwischen Nutzern und Anbietern, insbesondere zwischen Klinikern und Nutzern, hervorheben. Dieser Unterschied ist ein deutlicher Indikator, dass die Kommunikation zwischen Pädiatern, Patienten, Verwandten und medizinischem Personal verbessert werden muss. Denn, selbst wenn die Unterschiede zu dieser Gruppe nicht gleich sind, wie die zu den Nutzern, unterscheidet sich die Kommunikation zwischen Klinikern und nicht-klinischen Gesundheitsversorgern, bezogen auf den Gebrauch und die zeitliche Organisation. Dies kann auf bessere Weise organisiert werden, wenn eine gemeinsame Strategie des Teams gefunden wird.

Wenn die Verbesserung von Raumorganisation und Ambiente eines der Ergebnisse der Studie ist, lässt sich zusammenfassen, dass Fähigkeiten zur besseren Nutzung der verfügbaren Zeit vom medizinischen Personal verlangt wird. Ein besseres Zeitmanagement kann ein Bestandteil einer besseren Zukunft eines pädiatrischen Teams sein. Das Teilen von zeitlichen Informationen kann helfen, die Bedürfnisse der Patienten zu kartografieren und patientenzentrierte Angebote zu organisieren.

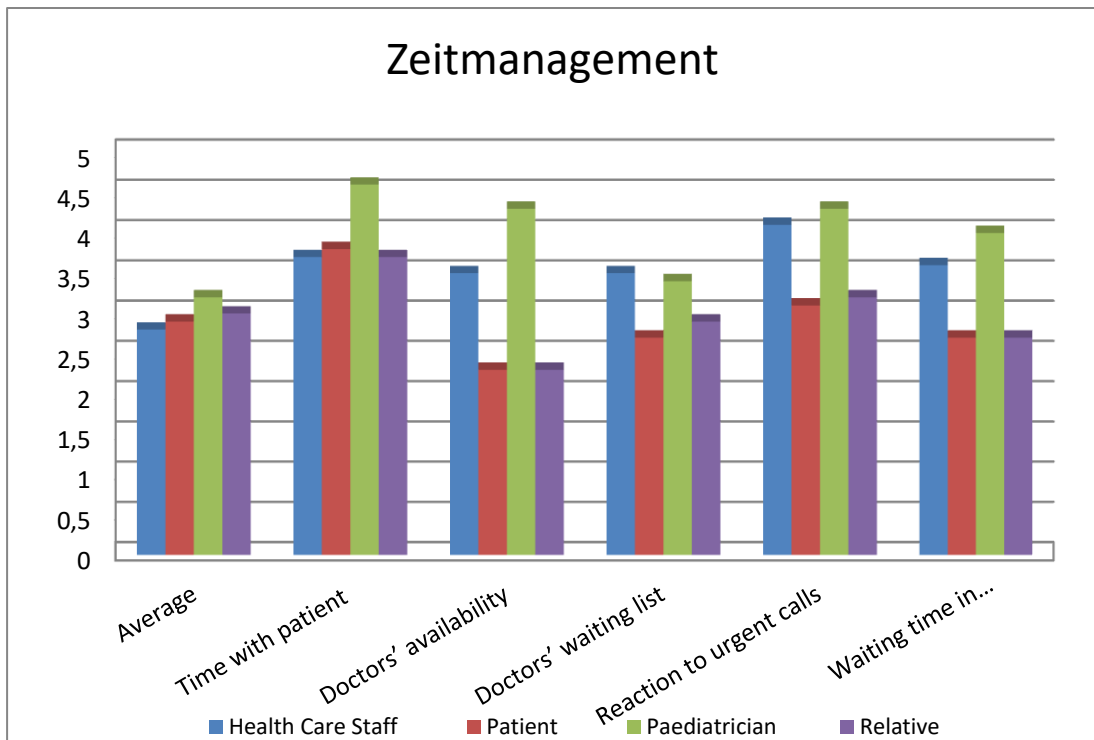


Abb.24 Ergebnisse Zeitmanagement für Spanien

Zeitmanagement in Deutschland

Zeitmanagement scheint ein Problem im deutschen Gesundheitswesen zu sein. Sowohl das medizinische Personal, als auch die Patienten und Eltern sind sich dessen bewusst. Die Zeit für Patienten reduziert sich auf dem gleichen Wege, wie sich die administrativen Aufgaben vermehren. In der Ambulanz bedeutet das Zeitverbringen mit den Patienten teilweise eine weniger Geld für das Krankenhaus. Ein großes Risiko, dass die Qualität vermindern kann. IN der Befragung Patienten und Angehörige sind zufriedener mit dem Zeitmanagement als die Ärzte und das medizinischen Personal.

Zeitmanagement	Med. Personal	Patienten	Pädiater	Angehörige
Durchschnitt	2,9	3,6	3,2	3,5
Zeit mit Patienten	3,0	4,6	3,7	4,5
Verfügbarkeit des Personals	3,2	2,9	2,7	3,0
Warteliste	2,5	3,1	2,6	2,7
Reaktion auf dringende Fragen	2,9	3,9	3,9	3,7
Wartezeit im Büro	3,1	3,6	3,3	3,8

Tabelle 25. Zeitmanagement

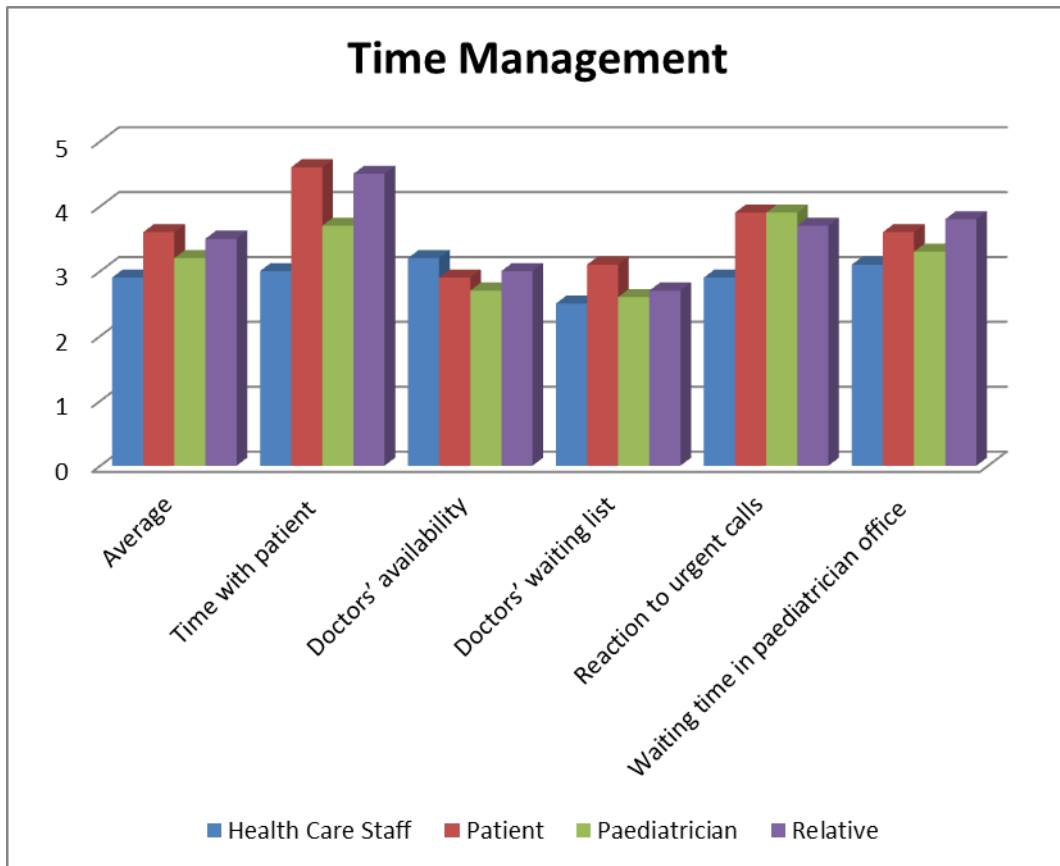


Abb. 25 Zeitmanagement in Deutschland

KAPITEL 3

SCHLUSSFOLGERUNGEN

3.1. RUMÄNIEN

Die kritischsten Aspekte, die verbessert werden müssen, waren laut allen vier Gruppen der Studie:

Krankenhausumgebung < Zeitmanagement < Kommunikation < Transparenz < interkulturelle Themen

Pädiater glauben, dass Kommunikation verbessert werden muss, gefolgt von Transparenz, während Patienten keine Unterscheidung zwischen diesen beiden Punkten machen.

Generell haben Angehörige und Kinder relative ähnliche Ansichten in diesen fünf Aspekten. Eltern scheinen jedoch mehr Transparenz zu benötigen und sie scheinen etwas unsensibler für die Krankenhausumgebung zu sein.

Aus Sicht der Gesundheitsversorger sollten laut Personal Kommunikation, Krankenhausumgebung und Zeitmanagement in größerem Ausmaß als in den Augen der Ärzte verbessert werden.

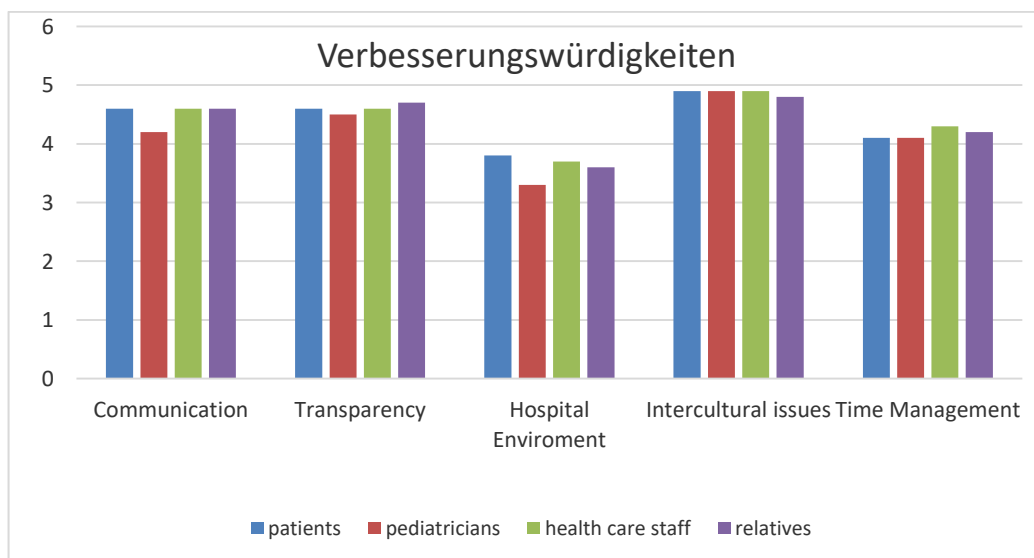


Abb. 26 Nötige Verbesserungen in Rumänien

Der **allgemeine Durchschnitt für Kommunikation** wurde von Ärzten mit 3.8 und von Kindern, Angestellten und Angehörigen mit 4.6 bewertet. Wir glauben, dass es Raum für die Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation gibt und dass dies durch vermehrtes Training und praktische Kurse, die speziell auf Pädiater zugeschnitten sind, optimiert werden kann.

Der allgemeine Durchschnitt für **Transparenz** schwankt zwischen 4.5 und 4.7. Beachten muss man hierbei, dass es auch Patienten mit chronischen Beschwerden und langen Krankenhausaufenthalten gab und der Arzt, der sehr beschäftigt und in die Therapie involviert ist, seine Zeit effizient aufteilen muss. Psychologische Unterstützung und angemessene Beratung sollte pädiatrischen Patienten angeboten werden.

Der allgemeine Durchschnitt für den Aspekt **Krankenhausumgebung** war mit 3.3 bis 3.8 Punkten der am geringsten bewertete, was eine ausreichende Finanzierung und Modernisierung von rumänischen Krankenhäusern fordert. Dies kann nur durch einen größeren Arbeitsaufwand von Ärzten und Mitarbeitern kompensiert werden, was mit einem Nachteil für die Zeit, die den Patienten gewidmet werden kann, einhergeht.

Der allgemeine Durchschnitt für **interkulturelle Themen** bekam fast die komplette Punktzahl (4.9) und variierte kaum zwischen den verschiedenen Gruppen der Studienteilnehmer. Das zeigt, dass der medizinische Prozess (Kommunikation, Diagnose und Behandlung) nicht von interkulturellen Themen beeinflusst wird. Trotzdem muss auf interkulturelle Themen geachtet werden, insbesondere, aufgrund der Migration innerhalb Europas und des kürzlichen Zustroms von Nicht-Europäern.

Bei Betrachtung des **Zeitmanagements** reicht der allgemeine Durchschnitt von 4.1 – 4.3, was zeigt, dass dieses noch bezüglich der Zeit optimierbar ist, die Patienten auf Wartelisten stehen und folglich einer Latenzzeit der Diagnose. Es ist offensichtlich, dass ein besseres Zeitmanagement, verbunden mit einem vereinfachten Zugang zu einem Arzt und kürzeren Wartezeiten, notwendig ist.

3.2. UNGARN

Die kritischsten Aspekte, die verbessert werden müssen, waren laut allen vier Gruppen der Studie:

Krankenhausumgebung < Zeitmanagement < Kommunikation < interkulturelle Themen < Transparenz

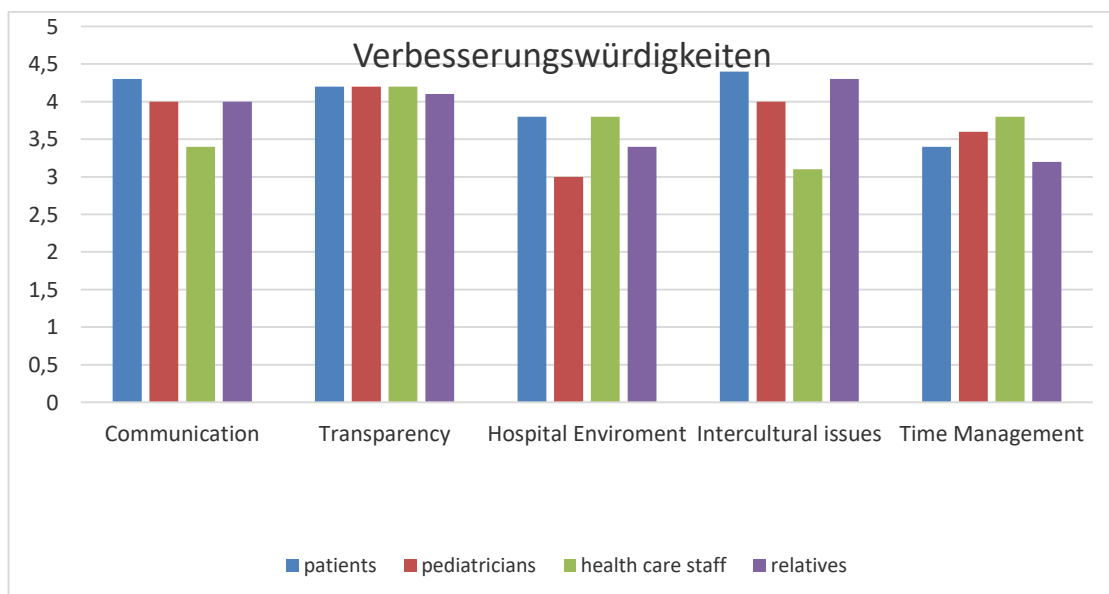


Abb. 27 Nötige Verbesserungen in Ungarn

Die Durchschnittsergebnisse für **Kommunikation** variieren von 3.4 (Mitarbeiter) bis 4.3 (Patienten). Obwohl die meisten ungarischen Universitäten mittlerweile Trainings in Kommunikationsfähigkeiten durchführen, ist das ein eher neues Phänomen. Der Großteil der praktizierenden Ärzte hat an keinem dieser Kurse teilgenommen. Als Konsequenz sind weiterhin Kommunikationskurse notwendig, die hauptsächlich Anamnesefähigkeiten, interkulturelle Verständigung, die Kommunikation mit schwierigen Eltern, Befragungstechniken und empathische Antworten behandeln.

Der allgemeine Durchschnitt für **Transparenz** reicht von 4.1 bis 4.2. Effektiverer Austausch von Informationen in Richtung von Patienten und Verwandten sollte stattfinden. Außerdem ist es wichtig in diesen Prozess Pharmaziepersonal miteinzubeziehen, da diese oft die letzte Informationsquelle für Patienten über Medikation sind. Um Transparenz zu optimieren, ist es notwendig pädiatrischen Patienten mehr schriftliches Material zur Verfügung zu stellen.

Die Durchschnittsergebnisse für die **Krankenhausumgebung** schwanken von 3.0 bis 3.8. Die Zustände in ungarischen Krankenhäusern sind stark durch den Mangel an finanziellen Ressourcen geprägt. Obwohl ungarische Pädiater als Unternehmer arbeiten, werden ihre Praxen von den Bezirken

oder Städten unterhalten. Finanzierungsprobleme sollten gelöst werden, damit der Komfort und das Ambiente in Krankenhäusern verbessert werden kann.

In Bezug auf **interkulturelle Themen** liegt der Durchschnitt zwischen 3.1 und 4.4, was die größte Streuung innerhalb der vier befragten Gruppen darstellt. Interkulturelle Kommunikation sollte in ein Kommunikationstraining mit patientenzentriertem Ansatz miteinbezogen werden.

Der allgemeine Durchschnitt für **Zeitmanagement** variiert von 3.2 bis 3.8, was einen großen Handlungsbedarf in diesem Bereich impliziert. Die Wartezeit scheint ein weniger wichtiger Faktor zu sein, kann aber einen starken Effekt auf die allgemeine Patientenzufriedenheit haben. Um die Wartezeit zu reduzieren, sollten vor dem Patientenbesuch Informationen über diesen gesammelt und mehr administrative Tätigkeiten an Mitarbeiter delegiert werden. Eine Studie, die darauf ausgerichtet ist, Engpässe in der Praxis zu finden und dafür die elektronische Gesundheitssystemplattform, medizinische Fernbetreuung und mobile Warteschlangen nutzt, könnte dazu beitragen, besseres Zeitmanagement zu etablieren.

3.3. ITALIEN

In den letzten Jahren wuchsen die Bedenken an der Nachhaltigkeit der europäischen Gesundheitssysteme. Neue Modelle wurden von wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Komitees vorgeschlagen. In dieser Studie wurden viele Meinungen von Beschäftigten im Gesundheitswesen gesammelt, um Gründe für diverse Notlagen aufzufinden:

- Organisation
- Wissensmanagement
- Perspektiven.

Die kritischsten Aspekte, die verbessert werden müssen, waren laut allen vier Gruppen der Studie:

Krankenhausumgebung < Zeitmanagement < interkulturelle Themen < Kommunikation < Transparenz

Pädiater glauben, dass die Krankenhausumgebung verbesserungswürdig ist, gefolgt vom Zeitmanagement. Patienten und Mitarbeiter machen dieselbe Unterscheidung bei der Wichtigkeit dieser beiden Punkte. Die Antworten der Angehörigen unterstreichen die Verbesserungswürdigkeit der interkulturellen Themen und des Zeitmanagements.

Auch wenn generell eine große Übereinstimmung zwischen Kindern und ihrer Familie in diesen fünf Aspekten besteht, scheinen Eltern bessere Kommunikation zu benötigen und weniger sensibel für die Krankenhausumgebung zu sein.

Die Mitarbeiter betonen besonders, dass die Krankenhausumgebung optimiert werden sollte, gefolgt von Zeitmanagement und interkulturellen Themen, während Pädiater diese Bereiche gut bewerteten.

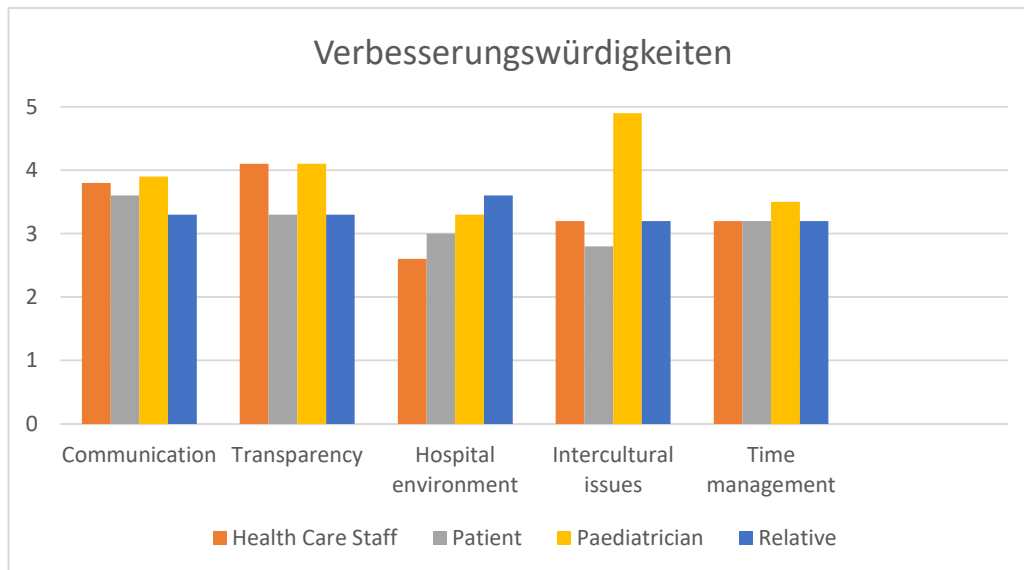


Abb. 28 Nötige Verbesserungen in Italien

Die durchschnittliche Bewertung für **Kommunikation** lag vonseiten der Angehörigen nur bei 3.3. Kommunikation muss aus deren Sicht verbessert werden: Diese Ergebnisse unterstreichen die Verbesserungswürdigkeit der Beziehungsfähigkeit, um somit die Effizienz der Kommunikation zu optimieren.

Der allgemeine Durchschnitt für **Transparenz** ist für Ärzte und andere Angestellte gleichauf bei 4.1 und für Patienten und deren Familien etwas niedriger bei 3.3. Das wichtigste Ergebnis ist bezogen auf die Bedürfnisse der Pädiater und Mitarbeiter, von speziellen Beratern überwacht und unterstützt zu werden und dadurch eine gute Beziehung zu Patienten und Angehörigen zu gewährleisten. Diese Beaufsichtigung wäre eine Strategie, den Umgang und die Effizienz der Kommunikation zu verbessern.

Die Ergebnisse der **Krankenhausumgebung** offenbaren zwei Bedürfnisse, die unter dem Durchschnitt von 3 Punkten liegen: das Ambiente im Krankenhaus (Mitarbeiter 2.4 und Pädiater 2.7) sowie der Komfort (Mitarbeiter 3.1 und Pädiater 2.9). Als regionale, öffentliche Organisation sind pädiatrische Dienstleistungen über die ganze Region verteilt. Das Hauptproblem ist verbunden mit dem Einfluss, den ein weit ausgebreitetes Territorium hat und somit mit den Schwierigkeiten der Informationsweitergabe.

Der allgemeine Durchschnitt für **interkulturelle Themen** war sehr unterschiedlich zwischen Pädiatern (4.9) und allen anderen Teilnehmern (Patienten 2.8). Interkulturelle Themen müssen beachtet werden: akademische Institutionen, die Gesundheitsversorger ausbilden, sollten mit all ihren Teilhabern unterschiedlich umgehen, um effektive, effiziente und kulturell angepasste Gesundheitssysteme zu schaffen.

Hinsichtlich des **Zeitmanagements** gleichen sich die allgemeinen Durchschnittswerte der verschiedenen Teilnehmergruppen ziemlich. Es wird wichtig sein, Personalstrategien mit proaktivem Verhalten zu entwickeln und kreative Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsstrukturen zu fördern.

Praktizierende Pflegekräfte übernehmen die Verantwortung für die Planung und Verwaltung der präventiven und kurativen Pflege des Patienten, inklusive Beaufsichtigung anderer Mitarbeiter, während sie autonom oder im Team mit Ärzten und anderen arbeiten. Obwohl Pflegekräfte traditionell nur unter der Anleitung eines Arztes pflegen dürfen, wird es ihnen in vielen EU-Ländern immer mehr erlaubt auch unabhängig von Ärzten zu arbeiten. Dies hängt jedoch von der Art der Qualifikation und dem Level des Trainings ab. Immer mehr Pflegekräfte schließen letztlich die Universität ab. Die Anzahl an Pflegekräften variiert abhängig von den verschiedenen Gesundheitssystemen; ebenso wie diese Zahl verglichen mit den Zahlen von übrigen Personal (beispielsweise Ärzte). Dies unterscheidet sich zum Beispiel zwischen Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen.

In Italien arbeiten 374100 Menschen in der öffentlichen und/oder privaten Gesundheitsversorgung mit einem Anteil von 615 pro 100.000 Einwohner (Eurostat, *Healthcare personnel statistics – nursing and caring professionals*, 18.01.2017).

In unserer Organisation liegt das Durchschnittsalter des Fachpersonals bei 49 unter den Frauen und bei 51 unter den Männern. Die öffentliche italienische Verwaltung sorgt nicht für das ausreichende Nachrücken neuer Mitarbeiter.

Gesundheitsversorgung wird, speziell global gesehen, immer komplexer; Technologien, Versorgungsmodelle, ökonomische Anforderungen, Demographie und die Epidemiologie verschiedener Erkrankungen ändern sich ständig. Trotz großer Anstrengungen, gemeinsame Kompetenzen und Standards zu definieren, wurde klar, dass die Ausbildung und angebotenen Trainingsprogramme an die jeweilige Gesellschaft angepasst werden müssen und dass die Institutionen, die diese Programme anbieten, der Gesellschaft gegenüber Rechenschaft schuldig sein müssen.

Die medizinische Ausbildung hat ihre Wurzeln in den europäischen Universitäten, die traditionell akademische Freiheit, Autonomie und unabhängige Forschung über die Bedürfnisse der Gesellschaft und den Arbeitsmarkt stellen. Zukünftige Bemühungen werden eine grundsätzliche Änderung der Perspektive und des Maßstabs von Erfolg in akademischen Einrichtungen erfordern. Die letzten Ergebnisse und Verschiebungen der Kompetenzen sind ein erster Schritt in diese Richtung, aber es besteht noch mehr Änderungsbedarf. Statt ein eher abgeneigter Teilnehmer dieser Veränderung zu sein, sollten die universitären Einrichtungen zu den Katalysatoren werden, die Basis für Interaktion mit den Teilhabern und die Grundlage für eine neue Arbeiterschaft bilden (H. Thomas Aretz, *Some thoughts about creating healthcare professionals that match what societies need*, Journal Medical Teacher, Volume 33, 2011 - Issue 8).

Veränderungen in der Gesundheitsversorgung haben einen signifikanten Einfluss auf die Struktur der Ausbildung in diesem Bereich. Heute gilt es als erwiesen, dass sich das medizinische Wissen alle 6-8 Jahre verdoppelt, während jeden Tag neue Verfahren auftauchen. Bei dieser kurzen Halbwertszeit des medizinischen Wissens praktiziert der durchschnittliche Arzt 30 Jahre und die durchschnittliche Pflegekraft 40 Jahre. Weiterführende Ausbildung ist somit eine wichtige Aufgabe (Mantovani, Castelnovo, Gaggioli, and Riva, *Virtual Reality Training for Health-Care Professionals*, CyberPsychology & Behavior. August 2003, Vol. 6, No. 4: 389-395). Der Dienst für Arbeitskraftentwicklung der ASLTO3 förderte 2016 eine Studie zu „Berufe 2.0“ als neues Profil für Mitarbeiter im Gesundheitssektor. Die Ergebnisse betonen, wie wichtig es ist, dass am Arbeitsplatz eine Möglichkeit besteht, sein Wissen zu aktualisieren, ein professionelles Netzwerk aufzubauen und sich über die neuesten Erkenntnisse zu informieren (Presutti M., *Professionista 2.0*, ASLTO3: 2016).

Eine neue Organisation der Arbeit wurde mit ASLTO3 etabliert: viele Dienstleistungen wurden von der Verwaltung vereinigt. Eines der wichtigsten Ziele von ASLTO3 ist, zu garantieren, dass eine Kontinuität zwischen der Versorgung im Krankenhaus und der im lokalen Dienst besteht. Dabei werden die Integration der Mitarbeiter und die Interoperabilität der Computersysteme fokussiert.

Nach der Rückkehr des Gesundheitsministers sollte die Region Piemont neue Ärzte im öffentlichen Dienst und Pädiater einstellen.

3.4. SPANIEN

Das zentrale Ergebnis der spanischen Daten ergibt das Bedürfnis nach einem neuen Modell des pädiatrischen Teams. Alle Aspekte der Studie heben hervor, dass Informationen geteilt, die Bedürfnisse des Patienten erörtert und therapeutische Strategien geteilt werden müssen, um eine Verbesserung zu erzielen. Dafür ist auch die Rolle der Eltern und Angehörigen auf der Seite der Pflegenden essentiell. Der Einbezug von Betreuern in die Therapie ist eine neue Tendenz der Forschung im Gesundheitswesen, einige Fachbereiche wie Psychiatrie oder Palliativmedizin nutzen dies bereits, unter anderem in Entscheidungsprozessen. Das Gerüst des pädiatrischen Teams lokalisiert die Familie am Herd der Arzt-Patienten-Beziehung. Andere wichtige Punkte, die bei unserer Untersuchung wichtig schienen, sind die Rolle der Pflegekräfte und anderem Personal im Pflegeplan, besonders für die Erarbeitung der Bedürfnisse des Patienten. Die Verbesserung der Kommunikation durchläuft den Transparenz- und den Informationsprozess. Das Team sollte andere Spezialisten und die Angehörigen in Entscheidungen miteinbeziehen. Zur Verbesserung des Gesundheitswesens wird eine Teamstrategie benötigt, um zu verstehen, wie freie Räume im Dienst genutzt und gemeinsame Strategien gefunden werden können. Der Informationsaustausch über Religion, Werte und kulturellen Hintergrund ist ein Weg, die Familie in die Pflege zu integrieren und ethische oder rechtliche Probleme zu vermeiden. Zeitmanagement ist eine Voraussetzung für Patienten und Verwandte, obwohl es nicht einfach ist, strukturelle Probleme, die mit Mitarbeitermangel zusammenhängen, zu lösen. Die Verbesserung der besten Übungen im Zeitmanagement kann helfen, die Zufriedenheit des Patienten und das therapeutische Ergebnis zu steigern.

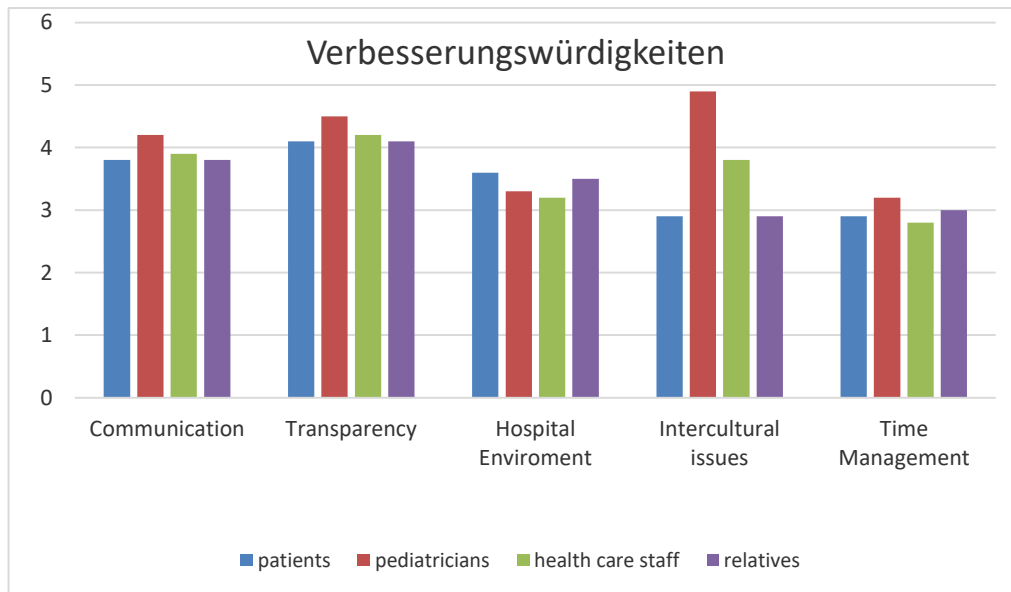


Abb. 29 Nötige Verbesserungen in Spanien

3.5. DEUTSCHLAND

Die kritischen Aspekte, die verbessert werden müssen, werden von allen vier Gruppen in der Umfrage genannt:

Krankenhausumfeld < Zeitmanagement < Kommunikation < Transparenz < Interkulturelle Belange

Durchschnittlich wurde die Kommunikation von den Pädiatern mit 3,8 bewertet, vom medizinischen Personal mit 3,7, von den Patienten mit 4,5 und von den Eltern 4,4. Das medizinische Personal würde es schätzen, wenn es eine Entwicklung und weitere Trainingsangebote gibt, um ihre Kommunikationsfähigkeiten zu verbessern.

Der Durchschnitt in der Transparenz lag bei 3,6 vom medizinischen Personal und und 4,6 bei den Patienten. Die niedrige Bewertung durch das medizinische Personal könnte dem Fakt geschuldet sein, dass die beteiligten Krankenschwestern auf der Station arbeiten und nicht in den interdisziplinären Konferenzen mit anderen Dienstleistern eingebunden sind, und nicht die Telefongespräche und Kontakt zu den Hausärzten wissen.

Die Bewertung des Krankenhausumfeldes war am schlechtesten bewertet mit 2,9-3,5. Diese Bewertung ruft nach einer angemessenen Modernisierung des alten Gebäudes. Es gibt konkrete Pläne eine neue moderne Kinderklinik zu bauen.

Die durchschnittliche Bewertung der interkulturellen Belange war überdurchschnittlich in allen Gruppen außer dem medizinischen Personal. Dieses durchgängig hohe Rating zeigt, dass Diagnostik und Behandlung, sowie die Kommunikation nicht von interkulturellen Belangen beeinflusst werden. Dennoch muss der interkulturellen Kompetenz zukünftig mehr Aufmerksamkeit gegeben werden im Angesicht der steigenden Zahl von Migranten von außerhalb der Europäischen Union.

Das Zeitmanagement wird zwischen 2,9 und 3,6 eingestuft. Besonders das medizinische Personal bemerkt, dass die Zeit der körperlichen Untersuchung des Kindes sowie der

Patientengespräche zu kurz ist verglichen mit den administrativen Aufgaben. Außerdem leiden die Krankenhäuser an Personalkürzungen und anderen Kosteneinsparungen.

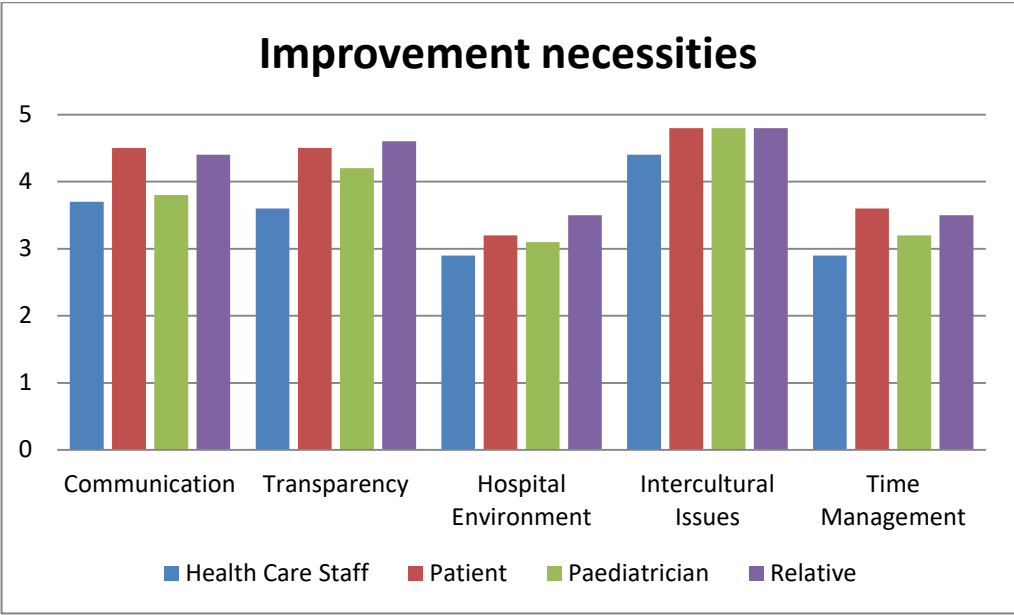


Abbildung 30. Nötige Verbesserungen in Deutschland