



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

Kommunikation mit den Eltern

Einleitung

2.1. Transparenz der Informationen über die Therapie

- 2.1.1 Einleitung
- 2.1.2 Paternalistisches, mutualistisches, konsumistisches Modell
- 2.1.3 Kommunikationsbarrieren

2.2. Kommunikation mit den Eltern

- 2.2.1 Einleitung
- 2.2.2 Die Rolle der Eltern in der Dreiecke-Kommunikation Pädiater-Kind-Elternteil.
Kleinkinder/ Kinder/ Jugendliche

2.3. Soft-Skills

- 2.3.1 Geduld und Fähigkeit zuzuhören. Gemeinsame Aufmerksamkeit (Multitasking)
- 2.3.2 Empathie und emotionale Intelligenz (Gefühle bewältigen, Probleme lösen, Schlechte Nachrichten)
- 2.3.3 Einfache Sprache, ausdrucksstarke Kommunikation
- 2.3.4 Wiederholen

2.4. Soft-Skills Lehren

- 2.4.1 Standardisierte Patienten
- 2.4.2 Fallbasiertes Lernen
- 2.4.3 Rollenspielen
- 2.4.4 Teambasiertes Lernen
- 2.4.5 Problembasiertes Lernen

2.5. Praktische Aktivitäten

2.6. Fallstudien

2.7 Bibliographie



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.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

VIDEO TUTORIAL

Communicating with parents



Einleitung

Während der ärztlichen Untersuchungen sollten Ärzte und Eltern sich gegenseitig verstehen, um Vertrauen aufbauen zu können. Diese Art von Verhältnis ist wirklich komplex, weil es kognitive und affektive Kommunikationsbarrieren gibt. Um eine gute Kommunikation zwischen Eltern und Gesundheitsdienstleistern zu ermöglichen, ist es notwendig zu verstehen, was Eltern über das Verhältnis zwischen Arzt, Patient und Eltern für wichtig halten, und was die kritischsten Punkte bei medizinischen Begegnungen sind. Dieses Kapitel stellt die Basis des Verhältnisses zwischen Ärzt*innen und Eltern dar und zeigt, wie dies durch Kommunikation verbessert werden kann.

2.1. Transparenz der Informationen über die Therapie

2.1.1 Einleitung

Das Qualitätsniveau der Gesundheitsversorgung hängt weitgehend von Sicherheit, Aktualität, Effektivität, Effizienz, Gerechtigkeit und guter Kommunikation zwischen den Ärzt*innen und dem Patient*innen ab. Um einen professionellen und patientenzentrierten Gesundheitsdienst zu bieten, ist die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten unerlässlich. Der Fokus auf die Patient*innen kann auch als ein biopsychosozialer Ansatz für die medizinische Behandlung definiert werden. Das biopsychosoziale Modell stellt im Gegensatz zum biomedizinischen Modell fest, dass Gesundheit und Krankheit durch eine dynamische Interaktion zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren bestimmt werden und dass keine einzelne Krankheit, kein Patient oder kein Zustand auf einen einzelnen Aspekt reduziert werden kann. Im Gegensatz dazu führt das biomedizinische Modell Krankheiten an biologische Faktoren wie Viren, Gene oder somatische Anomalitäten (Borrell-Carrió et al., 2004).



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.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.1.2 Paternalistisches, mutualistisches, konsumistisches Modell

Wenn Ärzt*innen und Patient*innen miteinander interagieren, handelt es sich um eine Kommunikation zwischen Menschen, die nicht in der gleichen Position sind und sich in einer emotional belastenden Situation befinden. Daher ist diese Art von Beziehung eine der komplexesten menschlichen Beziehungen. Laut Roter 2010 gibt es vier Grundformen der Arzt-Patient-Beziehung: paternalistisch, mutualistisch, konsumorientiert und ausfallend. In paternalistischen Beziehungen dominieren Ärzte, während Patienten eine passivere Rolle haben. Das konsumistische Modell besteht aus einem aktiven Patienten und einen Arzt, dessen Hauptpflicht darin besteht, medizinische Leistungen zu erbringen und die Rechte der Patienten zu berücksichtigen. Im mutualistischen Modell geht es um die gemeinsame Entscheidungsfindung und ist als die beste Art von Beziehung betrachtet (Patientenrückruf, Patientenerfüllung und die Patientenzufriedenheit sind höher, wenn Ärzte ein positiveres Gespräch führen und sich mehr auf die Bildung einer Bindung konzentrieren). Standardverhältnisse sind durch die mangelnde Kontrolle auf jeder Seite gekennzeichnet und gelten als die schlechteste der vier Typen.

Der mutualistischer Ansatz kann als effektives Instrument zur Kommunikation mit Eltern und Kindern genutzt werden. Eine kürzlich durchgeführte Literaturrecherche (Tates & Meeuwesen 2001) zeigt, dass Kinder ab 7 Jahren bei der Bereitstellung von Gesundheitsdaten, die die Ergebnisse der Behandlung beeinflussen können, genauer als ihre Eltern sind, aber schlechter als sie, was ihre Gesundheitsgeschichte angeht. Die Zuverlässigkeit der Berichte von Kindern zwischen 8 und 11 Jahren ist ziemlich gut für Gesundheitsfragebögen, die speziell für diese Altersgruppe entwickelt wurden. Die persönlichen Berichte von Kindern bieten ein praktikables Mittel zur Beobachtung der Gesundheitserfahrung – auch während Notfälle – von Kindern und Jugendlichen. Dadurch kann das Verständnis über die gesundheitlichen Folgen und die Entwicklung von Krankheiten verbessert werden.

Online-Quellen

Borrel-Carrió F. et al. (2004) The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice and Scientific Inquiry. Annals of Family Medicine, 2, 576-582.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466742/>

Das biopsychosoziale Modell ist sowohl eine Philosophie der klinischen Versorgung als auch ein praktischer klinischer Leitfaden. In diesem Artikel verteidigen die Autoren das biopsychosoziale Modell als einen notwendigen Beitrag zur wissenschaftlichen klinischen Methode.

Roter D. (2010) Models of Doctor-patient relationship.

<http://ocw.jhsph.edu/courses/isbtii/PDFs/Session21roterinteraction2010.pdf>

Diese Präsentation untersucht die theoretische und philosophische Basis, die die therapeutische Beziehung und den Ausdruck der therapeutischen Beziehung in der Praxis definiert, basierend auf empirischen Studien

Tates K., Meeuwesen L. (2001) Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. Social Science and Medicine, 52, 839-851.

https://www.researchgate.net/publication/12096746_Doctor-parent-child_communication_A_review_of_the_literature

Studien zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient konzentrieren sich hauptsächlich auf dyadische Interaktionen zwischen Erwachsenen. Das Ziel dieser Review-Studie ist es, den Stand der Forschung in der Kommunikation zwischen Arzt und Eltern zu untersuchen und die spezifische Rolle des Kindes zu untersuchen.

2.1.3 Kommunikationsbarriere

Eine gute Kommunikation mit den Eltern ist notwendig. In den meisten Fällen sind die Eltern die Experten, weil sie erkennen, wann das Verhalten ihres Kindes für nicht normal ist, und sie können das auf einen schlechten Gesundheitszustand hindeuten. Kinderärzte sollten das Verständnis der Eltern



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.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

für die Persönlichkeit und die Gesundheit ihrer Kinder anerkennen, insbesondere wenn das Alter oder die Behinderung des Kindes die Kommunikation mit ihnen erschwert. Kinderärzte sollten ihr Bedenken bezüglich der Sicherheit oder des Wohlergehens von Kindern oder Jugendlichen mit ihren Eltern besprechen und sie über das Geschehen auf dem Laufenden halten.

Kommunikationsbarrieren sind all jene Hindernisse, die den Kommunikationsprozess stoppen oder unterbrechen. Es gibt viele Hürden für eine gute Kommunikation in der Arzt-Eltern-Beziehung, einschließlich kognitiver und affektiver Barrieren. Um ein gemeinsames Ziel einer besseren Kindergesundheit zu erreichen, muss der Arzt die häufigsten Kommunikationsbarrieren identifizieren und neben dem medizinischen Wissen, das er besitzt, bestimmte Soft-Skills erlernen.

Auf kognitiver Ebene sollten Kinderärzte überprüfen, ob sie genug, zu viel oder die richtige Menge an Informationen bereitgestellt haben und ob die Informationen für Eltern und Kind verständlich sind. Manchmal haben Ärzte unrealistische Erwartungen an Eltern und Patienten hinsichtlich des Verständnisses der medizinischen Fachsprache und ihrer Fähigkeit, komplexe Informationen in einer stressigen Situation zu bewältigen. Medizinische allzu spezifische Fachsprache soll in fast allen Fällen vermieden werden, auch wenn ein Elternteil ein ausgebildeter Gesundheitsfachmann ist.

Um eine angemessene Kommunikation auf der affektiven Ebene durchzuführen, muss ein Kinderarzt die Generation, zu der die Eltern gehören, das Geschlecht der Eltern, kulturelle Unterschiede und persönliche Werte berücksichtigen. Das Wertesystem und die Erwartungen der Familien müssen von den Mitarbeitern im Gesundheitswesen respektiert werden. Nichtverbale Hinweise wie Blickkontakt, Berührung und Tonfall sind ebenfalls wichtig. Eine Forschergruppe, die die Patientenansprüche von Chirurgen verglich, stellte fest, dass Ärzte, die eine dominante Stimme hatten, fast dreimal in der verklagten Gruppe waren. Die Ärzte, deren Stimme Besorgnis oder Angst vermittelte, waren auch in der verklagten Gruppe. Ein negativer Ton (Angstzustände) in Verbindung mit positiven Worten (empathisch und beruhigend) war mit einer größeren Patientenzufriedenheit und mit besseren Arztterminen über einen Zeitraum von 6 Monaten verbunden (Ambady et al., 2002).

Online-Quellen

Ambady N. et al. (2002) Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history. *Surgery*, 132, 5-9

<http://emerald.tufts.edu/~nambad01/surgeons%20tone%20of%20voice.pdf>

Zwischenmenschliche Aspekte der Betreuung, wie zum Beispiel das Kommunikationsverhalten von Ärzten, werden oft als zentral für die Entscheidungen von Patienten zur Einleitung von Fehlverhaltenstreitigkeiten angeführt. In der aktuellen Studie untersuchen die Autoren das Verhältnis zwischen dem Urteil über den Chirurgen und ihrer Fehler.



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.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.2. Kommunikation mit den Eltern

2.2.1 Einleitung

Die Kinderarzt-Eltern-Patient-Beziehung beruht auf Vertrauen. Die wichtigsten Faktoren für eine effektive Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen/Eltern sind die Wahrnehmung von Interesse, Fürsorge, Wärme und Ansprechbarkeit. Vertrauen bei pädiatrischen Untersuchungen wird im Allgemeinen als die Überzeugung eines Elternteils definiert, dass der pädiatrische Arzt das Wohl des Kindes im Auge hat. Eine schlechte Beziehung zu den Kindern ist die Hauptquelle der Kritik der Eltern. Eine gute Beziehung hat einen größeren Einfluss auf die Patientenzufriedenheit und auf den Patientenrückruf. Das führt dazu, dass die Patienten sich an den schriftlichen Anweisungen und an der Zeit für die Behandlung halten (Levetown 2008).

Um eine gute Kommunikation zwischen Eltern und Gesundheitsdienstleistern zu gewährleisten, ist es notwendig zu verstehen, was Eltern selbst bezüglich des Verhältnisses zwischen Arzt, Patient und Eltern für wichtig halten und welche die kritischsten Punkte bei den Arztterminen und –behandlungen sind. Die folgende Liste basiert auf dem Softis-Ped-Elternfragebogen und den Elterninterviews, die während des Projekts durchgeführt wurden:

- Klarheit, Direktheit: Sprechen Sie die Sprache der Patienten und lenken Sie die Konversation auf das, was relevant ist. Wenn möglich, vermeiden Sie spontane Überraschungen.
- Ehrlichkeit: Informationen nicht mitzuteilen ist nur dann geduldet, wenn der Arzt von der Überzeugung ist, dass die Mitteilung dieser Information zu den Eltern das Risiko einer Schädigung des Kindes, des Jugendlichen oder anderer Personen erhöhen kann. Eine Beratung durch erfahrene Kolleg*innen oder leitenden Ärzt*innen kann dabei helfen, den richtigen Weg zu finden, um die problematische Situation zu lösen.
- Respekt: Grüßen Sie das Kind mit einem Lächeln und nennen Sie das Kind und die Eltern mit den Namen.
- Zuhören: Sprechen Sie sowohl die Eltern als auch das Kind im Gespräch an. Fragen Sie am Ende der Konsultation, ob die Eltern Fragen haben. Geben Sie den Eltern Zeit, den Inhalt Ihrer Erklärungen aufzunehmen und zu verstehen.
- Mehr und bessere Informationen über die Krankheit, den Behandlungsplan und das erwartete Ergebnis
- Mehr Offenheit über die Gefahren und Nebenwirkungen der Behandlung
- Vorteilen, Risiken, und Informationen zu anderen verfügbaren Behandlungen einschließlich zu ihrer Nicht-Durchführung müssen angesprochen werden. Die Komplementär- und Alternativmedizin nicht zu erwähnen, überzeugt die Eltern nicht.



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.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.2.2 Die Rolle der Eltern in der Dreiecke-Kommunikation Pädiater-Kind-Elternteil. Kleinkinder/ Kinder/ Jugendliche

Die Rolle der Eltern in der Arzt-Kind-Kommunikation hängt vom Alter des Kindes ab. Bis zum Alter von 6 bis 7 Jahren ist der Elternteil die Person, die besser kommunizieren kann und deswegen als Hauptübersetzer der Symptome, Fragen und Wünsche des Kindes im Allgemeinen zuständig ist. Etwa im Alter von 6-7 Jahren können Kinder ihre Symptome besser beschreiben als ihre Eltern (Tates & Meeuwesen 2001). In der Altersgruppe der 6 bis 12-jährigen Kinder besteht die Rolle der Eltern hauptsächlich darin, das Kind zu ermutigen, direkt mit dem Arzt zu kommunizieren, die Symptome in den eigenen Worten zu sagen und bei Bedarf zu helfen. Für Kinderärzte sind die Geschichten von Eltern über die Hobbys und Interessen des Kindes eine ausgezeichnete Informationsquelle, um Vertrauen aufzubauen und herauszufinden, wie man mit kleinen Patient*innen eine Verbindung aufbaut. Bei den medizinischen Besuchen von Teenagern und jungen Erwachsenen ist ein Elternteil meistens entweder passiv oder überhaupt nicht anwesend.

2000 veröffentlichten Tates und Meeuwesen eine auf 106 medizinische Interviews über einen Zeitraum von fast 20 Jahren basierte Studie über die Beteiligung niederländischer Kinder an medizinischen Besuchen. Die Ergebnisse zeigten, dass die Kontrolle des Kindes in der ärztlichen Beratung eher begrenzt ist. Mit der Zeit bzw. wenn sie älter sind, nehmen sie jedoch eine aktivere Rolle ein. Ein weiterer wichtiger Befund der Studie war **"the difference in the way GP and parent accommodate their turntaking patterns to the child; *parental control appears to be constant over the years, and is not related to the age of the child, whereas the GP is considering the child's age*"** (Tates & Meeuwesen 2000) "

Die gleichen Forscher fanden heraus, dass die meisten Studien die Implikationen der Anwesenheit eines Kindes bei ärztlichen Besuchen ignoriert haben (Tates & Meeuwesen 2001). Anstatt sich auf die Interaktion zwischen Ärzt*innen, Eltern und Patient*innen haben sich die Studien über die Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen meistens auf die dyadische Kommunikation zwischen Erwachsenen konzentriert. Viele frühere Forschungen, die behaupten, sich auf die Triade-Interaktion Arzt-Eltern-Kind konzentriert zu haben, verwendeten hingegen dyadische Methoden. Da sich die Interaktionsdynamik einer Triade grundlegend von denen einer Dyade unterscheidet, haben Tates und Meeuwesen vorgeschlagen, mehr Triadenanalysen durchzuführen.

Eine triadische Analyse wurde von Tates et. al (2002) mit dem Ziel durchgeführt, eine Typologie für Arzt-Eltern-Kind-Beziehungen zu entwickeln und die vorgeschlagene Typologie empirisch zu validieren. Insgesamt wurden drei verschiedene Gruppen von den Forschern gefunden: 1) beide Erwachsene unterstützend (wurde hauptsächlich in Interaktionen mit älteren Kindern gefunden) 2) beide Erwachsene nicht unterstützend (je jünger das Kind, desto mehr Arzt und Elternteil waren nicht unterstützend) 3) Arzt unterstützend und Eltern nicht unterstützend (dieses Muster war auch altersabhängig und trat häufiger bei älteren Kindern auf).

Basierend auf den analysierten Videoclips in pädiatrischen Behandlungsräumen kamen die Forscher zu dem Schluss, dass **"ninety percent of the consultations conclude in a non-participatory manner, partly due to the *decrease in the GP's supportive behavior***. The finding that GPs are less child-oriented towards the end of the consultation is in accordance with previous studies which state that physicians seldom discuss treatment decisions with children. (...) the parental need to express their concern and to be involved in treatment decisions (...) may explain the shifts in GP's supportive behavior towards the child (...) ***The GP hardly ever resumed his or her supportive behavior towards the child after the dyadic discussion with the parent***" (Tates et al., 2002).

Insgesamt nahmen 58 Ärzte an der Studie teil, wobei die Mehrheit (91%) männlich war. Daher ist die Hauptverantwortung eines Arztes in der Eltern-Kind-Arzt-Kommunikation 1) zu beurteilen, ob das Kind bereit ist, sich aktiv oder nicht in dieser speziellen Situation zu beteiligen (zum Beispiel kann ein Kind mit einer offenen, ausgehenden Persönlichkeit anders sein, wenn er



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.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

krank ist). Gibt es einen konstanten Faktor, der verhindert, dass das Kind offen kommuniziert (Schüchternheit)? Ist das Kind alt oder kognitiv genug entwickelt, um seine eigenen Symptome zu erklären? 2) Der Arzt*in muss dem Kind die Möglichkeit geben, seine Symptome und seine Gefühle zu äußern und Fragen zu stellen. Der Arzt*in muss außerdem das Kind zu einer aktiven Beteiligung in der Konversation ermutigen und – wenn's nötig – diejenige der Eltern reduzieren.

Online-Quellen

Tates K., Meeuwesen L. (2001) Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Social Science and Medicine*, 52, 839-851.

https://www.researchgate.net/publication/12096746_Doctor-parent-child_communication_A_review_of_the_literature

Studien zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient konzentrieren sich hauptsächlich auf dyadische Interaktionen zwischen Erwachsenen. Das Ziel dieser Review-Studie ist es, den Stand der Forschung in der Kommunikation zwischen Arzt und Eltern und die spezifische Rolle des Kindes zu untersuchen.

Tates et al. (2002) Doctor-parent-child relationships: a “pas-de-trois”. *Patient Education and Counseling*, 48, 5-14

https://www.researchgate.net/publication/11168264_Doctor-parent-child_relationships_A_%27pas_de_trois%27

Die Möglichkeiten für die Teilnahme des Kindes sind eher begrenzt und die elterliche Sprache für das Kind ist in gewisser Weise institutionell mitkonstruiert. Diese Studie zielt darauf ab, die Beziehungen innerhalb dieser Triade weiter zu charakterisieren, indem sie eine Typologie von Interaktionen von Arzt - Eltern-Kind- entwickelt, die das Verhalten von Erwachsenen in Bezug auf die unterstützende und nicht unterstützende Rolle für die Kinderteilnahme klassifizieren.

Tates K., Meeuwesen L. (2000) “Let Mum have their say”: Turntaking in doctor-parent-child communication. *Patient Education and Counseling*, 40, 151-162

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399199000750>

Die Gesetzgebung in den Niederlanden verlangt, dass Kinder bei Entscheidungen über ihre eigene Gesundheitsversorgung mitwirken. Um Aspekte der Asymmetrie und Kontrolle in der Arzt-Eltern-Kind-Kommunikation in den Griff zu bekommen, untersucht die vorliegende Studie die „turn-taking“ in dieser Triade bei den Allgemeinärzt*innen und stellt einen Vergleich über die Jahre hinweg her.



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.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.3. Soft-Skills

2.3.1 Geduld und Fähigkeit zuzuhören. Gemeinsame Aufmerksamkeit (Multitasking)

Gut zuhören ist ein wesentlicher Bestandteil der Kommunikation. Dies erfordert, sich eine angemessene Zeit frei zu nehmen, geduldig und v.a. bereit zu sein, den Anliegen der Eltern zuzuhören. Ein ruhiger Raum, fehlende Unterbrechungen, die Bereitstellung von Stühlen für die Eltern in angemessener Entfernung, guter Blickkontakt usw. sind hilfreich, um das Hören und Kennenlernen von den Eltern zu verbessern.

Aus den Softis-Ped-Fragebögen kam heraus, dass die Hörfähigkeiten der Kinderärzte gut sind. Laut Pilling (2008) neigen jedoch viele Ärzt*innen dazu, Patient*innen zu unterbrechen, nachdem sie nur 18 Sekunden lang auf die Symptome gelauscht haben, weil sie nur eine sehr begrenzte Zeit für die Patienten haben. Danach führen sie das Gespräch auf einer Art und Weise, dass die Patient*innen ihre Sätze nie beenden können. Folglich führt dies oft zu einer unvollständigen Beschreibung der Probleme des Kindes, somit dass mehr als die Hälfte (54%) der Gesamtsymptome verborgen oder unerklärt bleiben. Im Fall einer primären pädiatrischen Versorgung kann diese Zeit möglicherweise noch kürzer sein und es können mehr Informationen verpasst werden, da Ärzt*innen statt mit nur einer Person mit zwei kommunizieren müssen. Obwohl bei jüngeren Kindern die Eltern im Hinblick auf die korrekte Information über die Symptome von den Ärzten mehr vertraut werden, darf das Kind auch während des Besuchs nicht ignoriert werden. Das Hören von Patienten erfordert nicht so viel Zeit, wie die Ärzt*innen vermuten: Die meisten Patient*innen beenden ihre ersten Sätze ohne Unterbrechung in 60 Sekunden und keiner von ihnen benötigt mehr als 150 Sekunden, auch nicht wenn sie dazu ermutigt werden. Ärzte neigen auch dazu, die Bedeutung des zuerst genannten Symptoms zu überschätzen und den Patienten sofort zu unterbrechen, nachdem das erste Symptom mitgeteilt wurde. Die Patient*innen sind oft nicht in der Lage zu entscheiden, welches Symptom am signifikantesten ist, und oft hat die Reihenfolge, in der sie sie präsentieren, nichts mit der klinischen Wichtigkeit des angegebenen Symptoms zu tun. Während der Kontrolluntersuchungen und der Termine nehmen die meisten Ärzte die Konversation da wieder auf, wo die letzte geendet hatte. Das führt dazu, dass das letzte Thema des vorherigen Besuchs zwar fortgesetzt wird, aber alle einleitenden Fragen übersprungen wurden. Die meiste Zeit haben Patient*innen keine Möglichkeit, Fragen über die ärztliche Erklärung zu stellen, da 75% der Ärzt*innen den Patient*innen diese Möglichkeit verweigern. Neben der begrenzten Zeit, die ein Arzt*in bei einem Patient*in verbringen kann, gibt es auch einige praktizierende Ärzt*innen, die nicht gerne befragt werden. 76% der Patient*innen haben noch konkrete Fragen, nachdem der Besuch beendet ist oder sie das Büro der PCP verlassen haben. Wenn man keinen ausreichenden Informationen mitteilt, können Patient*innen die guten Absichten eines Arztes nicht erkennen. Wenn das Vertrauen gebrochen ist, wird die Beachtung des Medikaments schlechter und die Patient*innen werden den Anweisungen des Arztes nicht folgen. Patient*innen, die mit ihren Ärzt*innen zufriedener sind, halten sich eher an Behandlungsempfehlungen fest, und Ärzt*innen, die im emotionalen Bereich der Interaktion mit Patient*innen besser sind, haben mehr zufriedene Patienten. (Pilling 2008)

Online-Quellen

Pilling J. (2008) Orvos-beteg kommunikáció

<http://egeszseguqyimarketing.hu/orvos-beteg-kommunikacio-pilling-ianostol/>

Der Autor stellt die Phasen eines medizinischen Interviews vor und erklärt im Detail die Aufgaben der einzelnen Etappen.



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.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.3.2 Empathie und emotionale Intelligenz (Gefühle bewältigen, Probleme lösen, Schlechte Nachrichten)

Eltern kranker Kinder erleben eine schwierige Situation. Aufgrund der Tatsache, dass Kinderärzte sowohl mit Kindern als auch mit ihren Eltern interagieren, benötigen sie besonders starke zwischenmenschliche Fähigkeiten. Eine Bindung zur Familie des Kindes zu bauen und Empathie und Verständnis für die Notsituation der Eltern zu zeigen, diese sind wichtige Bestandteile der Behandlung. Eltern können auf verschiedene Weise auf Stresssituationen reagieren und ein Kinderärzt*in muss bereit sein, gemeinsame negative Reaktionen wie Schuld, Wut, plötzliche Trauerausbrüche usw. zu bewältigen.

Es ist sehr wichtig zu akzeptieren, was die Eltern sagen, ohne es zu beurteilen. Ebenso muss man die Bemühungen und die Fähigkeit der Eltern schätzen, sich sowohl verbal als auch nonverbal um das Kind zu kümmern und ihm zu helfen, Vertrauen aufzubauen. Eltern verdienen es die Wahrheit zu kennen, aber ihre Mitteilung sollte durch einen gesunden Menschenverstand und Einfühlungsvermögen gemildert werden. Wenn der Zustand des Kindes besonders ernst ist, können die Informationen in kleinen Teilen über zwei oder mehrere Besuche verteilt werden. Wenn Eltern jedoch den Wunsch äußern, alles auf einen Schlag zu wissen, muss dies ihnen mitgeteilt werden.

Viele Ärzt*innen berichten, dass sie sich unwohl während der Kommunikation fühlen und das v. a. wenn sie Eltern schlechte Nachrichten mitteilen müssen. Schlechte Nachrichten mitteilen zu müssen und schwierige Situationen zu bewältigen, stellen die Hauptbereiche schlechthin dar, mit denen Ärzt*innen am meisten Schwierigkeiten haben. Wenn Eltern schlechte Nachrichten hören, schätzen sie einen Arzt*in, der/die eine fürsorgliche Haltung deutlich zeigt und ihnen erlaubt, zu sprechen und ihre Gefühle auszudrücken. Eltern sind eher auf die affektive Beziehung mit dem Arzt*in als auf die Fähigkeit des Arztes aufmerksamer, das Problem zu beheben.

Levetown und der Ausschuss für Bioethik schlagen folgende Anweisungen vor, um schlechte Nachrichten zu kommunizieren:

Eröffnen Sie das Gespräch und fragen Sie die Eltern, was sie über das wissen, was mit ihrem Kind passiert. Meistens reagieren Eltern mit Wut auf schlechte Nachrichten. In diesem Fall sollten Sie so lange warten, bis ihre Aufmerksamkeit dem Arzt*in zugewandt ist. Ihre Trauer und ihre Angst zu anerkennen ist ein klares Zeichen dafür, dass ein Kinderärzt*in unterstützend ist und den emotionalen Zustand der Eltern nicht bewertet, sondern berücksichtigt. Ärzt*innen können empathische Sätze wie "Ich kann sehen, dass Sie das nicht erwarten haben" (Schweigen) sagen. Sobald Eltern ihre Ideen dem Kinderarzt mitteilen, sollten Täuschungen korrigiert werden.

Es kann sehr hilfreich zu fragen, ob sie jemanden mit dieser Diagnose oder Situation schon kennen und nach ihrer damit verbundenen Erfahrung. Kinderärzt*innen können Eltern zum Beispiel sagen: "Sie scheinen ziemlich verärgert zu sein; das wäre ich auch. Kennen Sie jemanden, der diese Krankheit gehabt hat? (Schweigen.) Wie ist es abgelaufen? "

Die schrittweise geführte Vermittlung von zusätzlichen Informationen zur Krankheit und zur Behandlung kann von den Eltern sehr geschätzt werden. Kinderärzt*innen können natürlich bei Bedarf mehrere Informationen über mehrere Termine geben. Schriftliche Materialien und die Möglichkeit, den Arzt*in zu kontaktieren, wenn zusätzliche Fragen auftauchen, geben den Eltern das Gefühl, dass sie vom Gesundheitsteam unterstützt werden.

Eltern möchten möglicherweise die Möglichkeit haben, das Kind zu berühren oder zu halten, insbesondere Neugeborene oder Kinder, von denen sie während eines Transports getrennt wurden. Die physische Berührung zu erlauben, kann die Angst des Kindes und die traumatische Erfahrung der Eltern verringern.



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.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

Online-Quellen

Levetown, M., (2008) Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. Pediatrics VOLUME 121 / ISSUE 5

<http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441>

Dieser Artikel gibt einen Überblick über die klinischen Daten zur klinischen Kommunikation im pädiatrischen Setting, die das Spektrum von der ambulanten Erstversorgung bis hin zur Todesbenachrichtigung abdecken, und bietet praktische Anregungen zur Verbesserung der Kommunikation mit Patienten und Familien. Dies ermöglicht eine effektivere, effizientere und empathischere Kindergesundheitspflege.

2.3.3 Einfache Sprache, ausdrucksstarke Kommunikation

Nicht alle Eltern haben ein gutes Bildungs- und Intelligenzniveau. Deswegen ist es sehr wichtig, Informationen in einfacher, klarer und direkter Sprache zu erklären. Klarheit und Direktheit sind bei Eltern mit eingeschränkten Gesundheitsinformationen besonders wichtig. Die meisten Patient*innen sind nicht mit den medizinischen Begriffen vertraut und 89-93% der Ärzte überprüfen nicht, ob sie die Erklärung verstanden haben oder nicht. Daher merken sich Patient*innen nur 50-60% der bekommenen Informationen (Pilling 2008). Eltern können Schwierigkeiten haben, die Dosierungs- und Pflegeanweisungen zu befolgen, die richtige Menge an Medikamenten zu berechnen und Nährwertkennzeichnungen zu lesen. Einfache Sprache zu benutzen, stellt eine gute Strategie dar, die sowohl auf schriftliche als auch auf verbale Kommunikation angewendet werden kann.

Es gibt viele nützliche und effektive Techniken, um die Kommunikation mit den Eltern zu erleichtern. Einfache Worten, kurze Sätze und Erläuterung der medizinischen Fachsprache stellen die ersten Schritte dar, um Missverständnisse zu vermeiden. Für die Eltern kann auch sehr hilfreich sein – v.a. wenn sie keine Möglichkeit haben, alles aufzuschreiben –, wenn Sie komplexe Informationen in kurzen Erklärungen aufteilen, zuerst die wichtigsten Informationen mitteilen und sich erst später auf die zwei oder drei wichtigsten Konzepte zu konzentrieren. Visuelle Hilfsmittel wie Zeichnungen, Modelle und Diagramme könnten ein besseres Verständnis biologischer Fakten und Statistiken ermöglichen.

Manchmal können Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede und Persönlichkeitsunterschiede auch die Effektivität der Informationsübertragung beeinflussen. Patient*innen können eine andere Art von Informationen benötigen, als die Ärzt*innen annehmen. Die Patient*innen wollen die Diagnose, die Prognose und die Ursache der Erkrankung kennen, während die Ärzt*innen mehr auf die Behandlung und auf die Medikamente konzentriert sind (Pilling 2008).

Online-Quellen

Pilling J. (2008) Orvos-beteg kommunikáció

<http://egeszsegugyimarketing.hu/orvos-beteg-kommunikacio-pilling-ianostol/>

Der Autor stellt die Phasen eines medizinischen Interviews vor und erklärt die Aufgaben der einzelnen Etappen im Detail.



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.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.3.4 Wiederholen

Um sicherzustellen, dass der Elternteil die Informationen, die ihm zur Verfügung gestellt werden, zunächst versteht, sollte der Kinderärzt*in überprüfen, was die Eltern bereits über die Krankheit ihres Kindes wissen. Bei sachkundigen Eltern kann die Diskussion auf einer höheren Ebene beginnen, wobei es wichtig ist, zu überprüfen, ob ihr Wissen oder ihr Verständnis korrekt ist. Viele Eltern informieren sich, ohne zu überprüfen, ob die Quelle (Webseite oder Gesundheitsmagazin) vertrauenswürdig ist. Die Fähigkeit der Eltern, Informationen zu verstehen, kann aufgrund der Sprachverschiedenheit oder aufgrund des emotionalen Zustandes beeinflusst werden. Die langsame Vermittlung der Informationen und sowohl ihre Mitteilung in einer logischen Reihenfolge als auch das Aufteilen dieser in zwei oder mehr Sitzungen kann zu einem besseren Verständnis und zu einer besseren Aufnahme von Informationen führen. Durch zwei Sitzungen haben die Eltern Zeit, die Informationen aufzunehmen und die neue Situation einigermaßen zu bewältigen. Kinderärzte sollten bereit sein, Informationen geduldig zu wiederholen und Fragen zu beantworten. Es ist auch wichtig, darauf zu achten, wie viele Informationen die Eltern wissen wollen: Einige von ihnen interessieren sich für jedes kleine Detail des Zustandes ihres Kindes, während andere einfach nur ein Rezept und die Gewissheit haben wollen, dass es alles gut wird (Mehta 2008).

Nachdem die Kinderärzte die Fragen der Eltern beantwortet haben, können die ersten mithilfe einer Teach-Back-Methode herausfinden, ob die Eltern die Anweisungen verstanden haben. Anstatt buchstäblich zu fragen, ob sie verstehen, was ihnen erzählt wurde, kann ein Kinderärzt*in Fragen darüber stellen, wie sie den Behandlungsplan umsetzen werden, was sie ihrem Ehepartner oder den Großeltern über die Pflege und Behandlung des Kindes oder über die Funktion von dem zu benutzenden medizinischen Gerät erzählen werden.

Audioaufnahmen können als wirksame Kommunikationshilfen dienen, obwohl Kinderärzt*innen immer noch Bedenken darüber äußern, Aufnahmegeräte zu verwenden. Eltern können dadurch mehrmals die Informationen hören und sie auch anderen Familienmitgliedern zeigen. Audiotapes sind eine der effizientesten Methoden zur Verbreitung genauer Informationen, da "tapes made during outpatient encounters were listened to by parents nearly universally; grandparents listened to them more than half the time (52.8%), 70% were listened to more than once, and one third of parents made a copy to keep for themselves. The tapes were found to be helpful >99% of the time" (Levetown 2008)

Online-Quellen

Mehta PN. (2008) Communication Skills – Talking to Parents. *Indian Pediatrics*, 45, 300-304.

<http://medind.nic.in/ibv/t08/i4/ibvt08i4p300.pdf>

Gute Kommunikation ist eine Kunst, die bisher durch Erfahrung erworben, entwickelt und verbessert wurde. Es verbessert das Verständnis der Patienten, die Einhaltung der Therapie und hat eine heilende Wirkung. Es kann aber auch mittels strukturierter Programme gelehrt und bewertet werden

Levetown, M., (2008) Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics* VOLUME 121 / ISSUE 5

<http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441>

Dieser Artikel gibt einen Überblick über die klinischen Daten zur klinischen Kommunikation im pädiatrischen Setting, die das Spektrum von der ambulanten Erstversorgung bis hin zur Todesbenachrichtigung abdecken, und bietet praktische Anregungen zur Verbesserung der Kommunikation mit Patienten und Familien. Dies ermöglicht eine effektivere, effizientere und empathischere Kindergesundheitspflege.



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.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.4. 2.4. Soft-Skills Lehren

Es gibt verschiedene Methoden, um die Soft-Skills in der Kommunikation mit den Eltern zu vermitteln. In diesem Kapitel wird gezeigt, wie Soft-Skills unter Verwendung von standardisierten Patienten/ Simulationen, fallbasiertem Lernen, teambasiertem Lernen, Rollenspielen und problemorientiertem Lernen gelehrt und erlernt werden können.

2.4.1 Standardisierte Patienten

Mit der Bezeichnung ‚Standardisierte Patienten‘ definiert man eine Methode, in der jemand die Rolle eines Patienten spielt und ein klinisches Szenario verwendet wird, um Ärzt*innen/ Schüler*innen bei der Anwendung von Soft-Skills und Wissen zu helfen. Diese Methode hat das Ziel, Patienteneinschätzungen und Interviewfähigkeiten zu lehren und auszuwerten. Die Methode ‚Standardisierte Patienten‘ ist sehr nützlich, da es sich um eine echte Simulation handelt. Es beinhaltet Herausforderungen, weil es auf Improvisation basiert und das Feedback variabel sein kann.

SPs ist eine der am besten entwickelnden Methoden in der medizinischen Ausbildung.

Online-Quellen

Kierstan Hanson, Patience for Patients: The Joys and Challenges of Using Standardized Patients in the Clinical Skills Lab

http://www.aacp.org/governance/SIGS/laboratoryinstructors/Documents/Lab_SIG_webinar-16-05-25.pdf

2.4.2. Fallbasiertes Lernen

In CBL (Case-based learning) werden Ärzt*innen/ Studierende motiviert, selbständig zu lernen. Dabei gewöhnen sie sich daran, selbstständig zu lernen und Wissen aus verschiedenen Fächern zu integrieren, um Probleme zu lösen. Es geht dabei um eine Kleingruppenmethode, in der Lernprobleme voridentifiziert werden. Die CBL-Methode bietet mehr Möglichkeiten für Problemlösungsfähigkeiten innerhalb einer Sitzung. Fallbasiertes Lernen ist im Vergleich zu problemorientiertem Lernen ein geeigneterer Weg zum Lernen.

Online-Quellen

Queen’s University: What is Case-based learning?

<http://www.queensu.ca/cti/what-we-do/teaching-and-assessment-strategies/case-based-learning>

Herreid, C. F. (2007). Start with a story: The case study method of teaching college science. NSTA Press.

http://pal.iiternet.edu/docs/outreach/educators/education_pedagogy_research/start_with_a_story.pdf



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.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.4.3. Rollenspielen

Rollenspiele sind weit verbreitete Methoden zum Erlernen der Kommunikation in der medizinischen Ausbildung. Die Verwendung von Rollenspielen in Kleingruppen stellt eine wichtige Methode dar, um den Lernenden zu helfen, die erforderlichen Skills zu üben, um mit schwer kranken Patienten differenzierte, oft schwierige Gespräche führen zu können. Trotz den Rollenspielen können durch diese Methode den Prozess der Entscheidungsfindung und die zwischenmenschliche Kommunikationsfähigkeiten bewertet werden.

Online-Quellen

Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Anthony L. Back, M.D.: Teaching Communication Skills Using Role-Play: An Experience-Based Guide for Educators (2011)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3155105/>

2.4.4. Teambasiertes Lernen

Das Teambasiertes Lernen (TBL) ist eine auf Studenten gerichtet, aber vom Lehrer geleitete Lernmethode. Die Methode verwendet Strategien, um die Effektivität von Kleingruppenlernmethoden wie Problembasiertes Lernen (PBL) in großgruppenorientierte Vorlesungen zu integrieren. (Yeswanth, Ganesh 2013).

Die vier grundlegenden Prinzipien des teambasierten Lernens sind: (1) Gruppen bilden und konstant halten (2) Studenten aufnehmen, die sowohl für die Team- als auch für die individuellen Aufgaben verantwortlich sind (3) Feedback häufig und zeitnah zu liefern; und (4) einen Entwurf von Teamaufgaben zur Förderung von Lern- und Teamentwicklung zu konzipieren.

Diese Methode ermutigt die Schüler, aktive Spieler zu werden, anstatt passive Empfänger von Informationen zu sein. TBL besteht aus vier Elementen: Teams, Verantwortlichkeit, Feedback und Design der Aufgaben.

Online-Quellen

Yeshwanth K. Rao, Ganesh K. Shenoy: Introducing team based learning in undergraduate pharmacology (2013)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3608283/>

Dhiren Punja, Shivananda N Kalludi, Kirtana M Pai, Raghavendra K Rao, and Murali Dhar: Team-based learning as a teaching strategy for first-year medical students (2014)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4286580/>

Farland MZ, Sicat BL, Franks AS, Pater KS, Medina MS, Persky AM. Best practices for implementing team-based learning in pharmacy education. Am J Pharm Educ. 2013;77(8):177

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3806961/>



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.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.4.5. Problembasiertes Lernen

PBL ist eine Form vom Lernen, die aus dem reinen Arbeitsprozess bis zum Verständnis oder zur Lösung eines Problems besteht. (Barrows und Tamblyn, 1980). Es ist studenten- und problemorientiert, problemlösend, selbstgesteuert, wiederholend, kooperativ, selbstreflexiv und authentisch. Das Problembasiertes Lernen hat zwei grundlegende Postulate: Das Lernen durch das Lösen von Problemen ist viel effektiver, um ein in der Zukunft verwendbares Wissen zu schaffen und dass die für die Patienten wichtigsten Fähigkeiten des Arztes eher Problemlösungsfähigkeiten als Gedächtnisfähigkeiten sind.

Problembasiertes Lernen fördert das kritische Denken und die Fähigkeit, Probleme zu lösen.

Online-Quellen

Howard S. Barrows, MD, Robyn M. Tamblyn, BScN: Problem-Based Learning: An Approach to Medical Education

<http://apps.fischlerschool.nova.edu/toolbox/instructionalproducts/edd8124/fall11/1980-BarrowsTamblyn-PBL.pdf>



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.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.5. Praktische Aktivitäten

Es ist sehr schwierig, Soft-Skills aus der Literatur oder aus der Praxis zu erlernen. Der beste Weg, um Soft-Skills zu entwickeln, ist es, sie im Leben zu praktizieren. Die folgenden praktischen Aktivitäten enthalten verschiedene komplexe Situationen, in denen die oben aufgeführten Soft Skills wie sorgfältiges Hören, expressive Kommunikation, emotionales Erreichbarkeitsverhalten in die Praxis umgesetzt werden können.

Praktische Aktivität - Zuhören

Diese praktische Aktivität verbessert Ihre Hörfähigkeiten durch aktives Zuhören

<http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA1-Listening.pdf>

Praktische Aktivität - Einfache Sprache und ausdrucksvolle Kommunikation

Diese praktische Aktivität befasst sich mit dem folgenden Problem: Wie können komplexe Probleme verständlich erklärt werden; Eltern, die nur einfache Sprache verstehen / Ärzt*innen, die nur Fachbegriffe benutzen.

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA2-Expressive_communication.pdf

Praktische Aktivität - Älteres Kind & nicht unterstützendes Elternteil & unterstützender Kinderarzt*in (Emotionale Intelligenz)

Diese praktische Aktivität beschreibt, wie mit älteren Kindern oder nicht unterstützenden Eltern oder unterstützenden Kinderärzt*innen kommuniziert werden kann. Die Aktivität konzentriert sich auf die Rolle der emotionalen Intelligenz. Die verwendete Methode ist die sogenannte 'Rollenspiel'.

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA3-Emotional_Intelligence.pdf

Praktische Aktivität – Schlechte Nachrichten mitzuteilen (emotionale Intelligenz, Empathie)

Mithilfe einer standardisierten Eltern-Simulation lernen die Teilnehmer, wie sie schlechte Nachrichten vermitteln und wie sie die Antworten darauf managen können.

<http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA4-Empathy.pdf>

Praktische Aktivität - Schwierige Eltern (emotionale Intelligenz, Überzeugungsfähigkeit)

Diese Aktivität ist eine Übung, wie man mit schwierigen Eltern umgeht. Dafür wurde das Beispiel von Eltern gewählt, die sich gegen die Impfung des Kindes wehren.

<http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA5-Persuasion.pdf>



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.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.6. Fallstudien

Die Fallstudien sollen eine relativ komplexe Situation nachahmen, in der ein gegebenes Lernziel gezeigt wird. Die Fallstudien spiegeln einerseits komplexe andererseits nur ausgewählte Aspekte von Lernzielen wider. Es wird erwartet, dass die Studenten während der Übungen sich eher mit den Besonderheiten der Fälle beschäftigen, aber die indirekten Konzepte sollten dabei auch behandelt werden.

Fallstudie - Eltern, die dem Kind Informationen verschweigen (Emotionale Intelligenz, Empathie)

Angesprochenes Problem: Eltern, die dem Kind Informationen verschweigen

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case1-Withheld_information.pdf

Fallstudie - Inhalt/ Dosierung von Informationen (Emotionale Intelligenz, Empathie, ausdrucksvolle Kommunikation, Überzeugung)

Bevor man über den Inhalt und die Dosierung der Informationen nachdenkt, sollte man sich überlegen, wie die Information aufgenommen werden könnte. Besteht die Gefahr, dass eine Person überempfindlich oder "allergisch" gegenüber bestimmten Informationen ist? Komplikationen können auftreten, wenn dies nicht im Voraus berücksichtigt wird.

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case2-Information_dosage.pdf

Fallstudie - Kulturelle/religiöse Unterschiede (Emotionale Intelligenz, Empathie, ausdrucksvolle Kommunikation, Überzeugung)

Kulturelle und religiöse Hintergründe können beeinflussen, wie Informationen, die mit den besten Absichten gesagt werden, auf unerwartete Weise interpretiert werden können.

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case3-Cultural_differences.pdf

Fallstudie - Aussagen, die die Hoffnung bewahren sollen, wurden als sachliche medizinische Informationen interpretiert (Emotionale Intelligenz, Empathie, ausdrucksvolle Kommunikation, Überzeugung)

In diesem Fall wurden Aussagen, die die Hoffnung hätten aufrechterhalten sollen, als sachliche medizinische Informationen interpretiert.

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case4-Maintain_hope.pdf



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.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.8 Bibliographie

Ambady, N. et al., 2002. Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history. *Surgery*, pp.5–9. Available at: http://emerald.tufts.edu/~nambad01/surgeons_tone_of_voice.pdf [zuletzt aufgerufen am 31. Juli, 2017].

Borrell-Carrió, F., Suchman, A.L. & Epstein, R.M., 2004. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of family medicine*, 2(6), S.576–82. Verfügbar über: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15576544> [zuletzt aufgerufen am 31. Juli, 2017].

Levetown, M., 2008. Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics*, 121(5). Verfügbar über: <http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441> [zuletzt aufgerufen am 31. Juli, 2017].

Mehta, P.N., 2008. Communication Skills – Talking to Parents. *INDIAN PEDIATRICS*, VOLUME 45, S.300–304. Verfügbar über: <http://medind.nic.in/ibv/t08/i4/ibvt08i4p300.pdf> [zuletzt aufgerufen am 31. Juli, 2017].

Pilling, J., 2008. Orvos-beteg kommunikáció Pilling Jánostól – Első Egészségügyi Marketing. Verfügbar über: <http://egeszseguyimarketing.hu/orvos-beteg-kommunikacio-pilling-janostol/> [zuletzt aufgerufen am 31. Juli, 2017].

Roter, D., 2010. *MODELS OF DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP*, verfügbar über: <http://ocw.jhsph.edu/courses/isbtii/PDFs/Session21roterinteraction2010.pdf> [zuletzt aufgerufen am 31. Juli, 2017].

Tates, K. et al., 2002. Doctor–parent–child relationships: a “pas de trois.” *Patient Education and Counseling*, 48(1), S. 5–14. Verfügbar über: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399102000939> [zuletzt aufgerufen am 31. Juli, 2017].

Tates, K. & Meeuwesen, L., 2001. Doctor–parent–child communication. A (re)view of the literature. *Social Science & Medicine*, 52(6), S. 839–851. Verfügbar über: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953600001933> [zuletzt aufgerufen am 31. Juli, 2017].

Tates, K. & Meeuwesen, L., 2000. “Let Mum have her say”: turntaking in doctor–parent–child communication. *Patient Education and Counseling*, 40(2), S.151–162. Verfügbar über: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399199000750> [zuletzt aufgerufen am 31. Juli, 2017].

Kathryn N. Huggett, Ph.D. Team-Based Learning (TBL) verfügbar über: <https://www.creighton.edu/sites/www12.creighton.edu/files/TL-Pedagogies-Team%20Based%20Learning.pdf>



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.