



CURRICULUMENTWICKLUNG UNTER VERWENDUNG VON VR-TECHNOLOGIE ZUR VERBESSERUNG DER EMPATHISCHEN KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEITEN BEI ZUKÜNFTIGEN FACHKRÄFTEN IM GESUNDHEITSWESEN



INTELLEKTUELLER OUTPUT [7]: Tutor-Guide für Gesundheitsfachkräfte (H)-QR Arbeitsbereich 1

AKTIVITÄT IO7A2: TUTOR-GUIDE-ENTWICKLUNG



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

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Unterstützung der Europäischen Kommission für die Erstellung dieser Veröffentlichung stellt keine Billigung des Inhalts dar, der ausschließlich die Ansichten der Autoren wiedergibt. Die Kommission kann nicht für die Verwendung der darin enthaltenen Informationen verantwortlich gemacht werden.



RAHMENDATEN

Programm:	Erasmus+
Leitaktion:	Zusammenarbeit zur Förderung von Innovation und zum Austausch bewährter Verfahren
Projekttitel:	Curriculumentwicklung unter Verwendung von VR-Technologie zur Verbesserung der empathischen Kommunikationsfähigkeiten bei zukünftigen Fachkräften im Gesundheitswesen
Projektakronym:	EmpathyInHealth
Nummer der Finanzhilfevereinbarung:	2019-1-CY01-KA203-058432
Projektbeginn:	01/09/2019
Projektende:	31/08/2022

PROJEKTPARTNER



Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Unterstützung der Europäischen Kommission für die Erstellung dieser Veröffentlichung stellt keine Billigung des Inhalts dar, der ausschließlich die Ansichten der Autoren wiedergibt. Die Kommission kann nicht für die Verwendung der darin enthaltenen Informationen verantwortlich gemacht werden.



INHALTSÜBERSICHT

1. DETAILLIERTE THEMENLISTE	5
2. ARBEITSFORMEN	6
3. ARBEITSMETHODEN	6
4. ARBEITSBEREICH 1 IM ÜBERBLICK	7
5. ARBEITSMATERIALIEN	8
5.1. ANGELEITETES SELBSTSTUDIUM	8
5.2. POWER-POINT-PRÄSENTATION: ARBEITSBEREICH 1	8
5.3. BILDUNGSVIDEOS	61
5.3.1. <i>Bildungsvideo 1: Szenario 13 (Geburtsanmeldung und Geburtsplanbesprechung mit kürzlich zugewanderter Klientin)</i>	62
5.3.2. <i>Bildungsvideo 2: Szenario 8 (Medizinische Konsultation: Patient mit hohem kardiovaskulärem Risiko)</i> ..	62
5.3.3. <i>Bildungsvideo 3: Szenario 6 (Empathie und kulturelle Diversität, Zusammenarbeit mit Dolmetscher*in: zugewanderter Patient mit Lungeninfektion)</i>	63
5.4. ROLLENSPIELE	64
5.4.1. <i>Rollenspiel 1: Szenario 2 (Untersuchung und Schmerzbehandlung bei einer schwangeren Patientin mit Sprachbarriere)</i>	64
5.4.2. <i>Rollenspiel 2: Szenario 3 (Neugeborenes mit Schwierigkeiten bei Gewichtszunahme: Informationsaustausch und Risikokommunikation)</i>	64
5.4.3. <i>Rollenspiel 3: Szenario 4 (Älterer Patient nach Hüftoperation: Kommunikation mit verwirrtem/ängstlichem Patienten)</i>	65
5.4.4. <i>Rollenspiel 4: Szenario 9 (Jugendlicher mit Diabetes: gemeinsame Entscheidungsfindung in herausfordernden Situationen)</i>	66
5.5. ÜBUNGEN	67
<i>Übung 1: Übung „Goldene-Minute“</i>	67
<i>Übung 2: Grundregeln aufstellen</i>	67
<i>Übung 3: Brainstorming</i>	68
<i>Übung 4: Wissens-Quiz</i>	69
<i>Übung 5: Reflektierende Übung</i>	69
<i>Übung 6: BILDUNGsvideo 1</i>	69
<i>Übung 7: Rollenspiel</i>	70
<i>Übung 8: Abschluss und Auswertung des Tages</i>	70
5.6. ZUSÄTZLICHE HANDOUTS	71
<i>Handout 1: Aufstellung von Grundregeln für Gruppen</i>	71



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

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Unterstützung der Europäischen Kommission für die Erstellung dieser Veröffentlichung stellt keine Billigung des Inhalts dar, der ausschließlich die Ansichten der Autoren wiedergibt. Die Kommission kann nicht für die Verwendung der darin enthaltenen Informationen verantwortlich gemacht werden.



<i>Handout 2: Calgary/Cambridge-Leitfaden - Fähigkeiten</i>	77
<i>Handout 3: ALOBA_Aufbau und Durchführung des Rollenspiels mittels Agenda-Led Outcome-Based Analyse (ALOPA)</i>	84
<i>Handout 4: Formular zur Bewertung des Trainings</i>	88
6. TUTOR-GUIDE ZUR VERWENDUNG DES ARBEITSMATERIALS (HANDBUCH)	93



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

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Unterstützung der Europäischen Kommission für die Erstellung dieser Veröffentlichung stellt keine Billigung des Inhalts dar, der ausschließlich die Ansichten der Autoren wiedergibt. Die Kommission kann nicht für die Verwendung der darin enthaltenen Informationen verantwortlich gemacht werden.

1. DETAILLIERTE THEMENLISTE

Arbeitsbereich ID	1	
Arbeitsbereich	Allgemeiner Überblick über Empathie	
Lerneinheit	1.1 Verständnis von Empathie und welche Qualitäten/Kompetenzen für Empathie notwendig sind	
Lernergebnisse entsprechen EQR	Niveau 7	
Lernziele		
Wissen	Fähigkeiten	Kompetenzen
<i>Die Studierenden können</i>	<i>Die Studierenden können</i>	<i>Die Studierenden können</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Drei verschiedene Arten von Empathie (affektive, kognitive, prosoziale) angeben 2. Die verschiedenen psychologischen Ansätze in der Empathieforschung beschreiben 3. Relevante Erkenntnisse der Empathieforschung in Bezug auf verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens (z. B. Medizin, Hebammenwesen, Physiotherapie) erläutern 4. Die Qualitäten/Kompetenzen aufzählen, die gemäß den veröffentlichten Konsenserklärungen für Empathie notwendig sind (The Kalamazoo Consensus Statement <i>Acad. Med.</i> 2001;76: 390-393, UK consensus statement Medical Education 2008: 42: 1100-1107, Calgary/Cambridge-Modell Silverman et al., 2013) 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Den eigenen Grad an Empathie oder Fehlen von Empathie im täglichen Leben selbst reflektieren und selbst einschätzen <p>Nachfolgende evidenzbasierte Techniken anwenden, um Empathie bei der Einleitung einer Sitzung mit Patienten und Patientinnen und Einholung von Informationen zu entwickeln:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Aufrichtigen Respekt und ehrliches Interesse am Gegenüber zeigen 8. Aktives Zuhören demonstrieren 9. Verbale und nonverbale Signale anwenden, so dass Empathie gefördert/gestärkt wird 10. Geeignete Fragetechniken anwenden 11. Klärungstechniken anwenden 12. „Sign-Posting“ demonstrieren (Gespräch strukturieren) 13. Zusammenfassende Techniken anwenden 	<ol style="list-style-type: none"> 18. Das Feedback von Kolleg*innen und den Simulationspatient*innen zu ihrem Grad an Empathie und zu Möglichkeiten der Verbesserung beurteilen 19. Das eigene empathische Verhalten an die Bedürfnisse von Patienten und Patientinnen und anderen Fachkräften im Gesundheitswesen anpassen



<p>5. Die Qualitäten/Kompetenzen definieren, die gemäß den veröffentlichten Konsenserklärungen für Empathie notwendig sind (The Kalamazoo Consensus Statement <i>Acad. Med.</i> 2001;76: 390-393 und UK consensus statement <i>Medical Education</i> 2008: 42: 1100-1107)</p>	<p>14. Vorstellungen, Ängste und Erwartungen (ICE) von Patienten und Patientinnen erfragen</p> <p>15. Ängste und Gefühle von Patienten und Patientinnen erkennen, würdigen und bestätigen (RAV)</p> <p>16. Unterstützung anbieten und dabei Empathie zeigen, indem sie Anteilnahme, Verständnis und Hilfsbereitschaft zum Ausdruck bringen; Bewältigungsbemühungen und Selbstfürsorge zur Kenntnis nehmen</p> <p>17. Sensibel im Umgang mit heiklen Themen sein</p>	
---	---	--

2. ARBEITSFORMEN

- Frontalunterricht
- Asynchrones elektronisches Lernen
- Angeleitetes Selbststudium

3. ARBEITSMETHODEN

- Studierendenzentrierte Vorlesung
- Rollenspiel
- VR-Video
- Bildungsvideos
- Fallstudie
- Sonstige:



4. ARBEITSBEREICH 1 IM ÜBERBLICK

Aktivität	Zeit in Minuten	Arbeitsbereich	Lern-einheit	LOBS
Angeleitetes Selbststudium				
Die Studierenden werden auf die Online-Ressource verwiesen, um sich vor der Sitzung vorzubereiten.	180	1	1.1	
Präsenztraining				
Begrüßung und Vorstellungen	30	1	1.1	
Grundregeln	30	1	1.1	
Tagesplan(-pläne)	15	1	1.1	
Brainstorming-Aktivität: Was ist Ihr Verständnis von Empathie?	40	1	1.1	1
PAUSE				
Allgemeiner Überblick über Empathie und die für Empathie erforderlichen Qualitäten Verwenden Sie das Calgary/Cambridge-Modell und beziehen Sie sich auf die Konsenserklärung der USA <i>Dieser Teil umfasst eine Power-Point-Präsentation mit interaktiven Übungen</i> Selbstgesteuerte Lernaktivität: Studierende erhalten den C/C-Leitfaden per E-Mail, um sich mit den Fähigkeiten vertraut zu machen	90	1	1.1	1-6
Frage- und Antwortrunde	10	1	1.1	1-6
PAUSE				
Einführung eines Calgary/Cambridge-Leitfadens für die Analyse von Videokonsultationen	15	1	1.1	6-17
Bildungsvideo 1 ansehen und Studierende bitten, die Fähigkeiten im Calgary/Cambridge-Leitfaden anzukreuzen Studierendenfeedback zum Video einholen und diskutieren <i>(Jede der Partner*innen wählt das am besten geeignete Szenario für die LOBs aus)</i>	60	1	1.1	6-19
ALOPA für Rollenspiele einführen	15	1	1.1	6-19
Rollenspiel 1 mit Feedback von Studierenden Selbstgesteuerte Lernaktivität: Übermitteln Sie den Studierenden die Aufgabenstellung zum Szenario und die entsprechende Literatur zur Vorbereitung des Rollenspiels	60			
PAUSE				
Abschluss und Auswertung des Tages	60			
	425 min= 7,083 Stunden			



5. ARBEITSMATERIALIEN

5.1. ANGELEITETES SELBSTSTUDIUM

Die Studierenden werden auf die Online-Ressource verwiesen, um sich vor der Sitzung vorzubereiten.

Die Studierenden müssen folgende Veröffentlichungen lesen:

- Batt-Rawden, Samantha A. MBChB; Chisolm, Margaret S. MD; Anton, Blair; Flickinger, Tabor E. MD, MPH Teaching Empathy to Medical Students, Academic Medicine: August 2013 - Band 88 - Ausgabe 8 - S. 1171-1177 doi: 10.1097/ACM.0b013e318299f3e3
- Decety, Jean, et al. „A social neuroscience perspective on clinical empathy World Psychiatry 13.3 (2014): 233
- Zaki J, Ochsner KN. The neuroscience of empathy: progress, pitfalls and promise. Nature neuroscience. 2012 May;15(5):675.

Studierende müssen den Calgary/Cambridge-Leitfaden lesen und sich damit vertraut machen ([Handout 2: Calgary Cambridge Guide-The Skills](#))

5.2. POWER-POINT-PRÄSENTATION: ARBEITSBEREICH 1

Folie 1

Curriculum development using VR technology to enhance empathetic communication skills in future health care professionals 1

The European Commission's support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents, which reflect 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.





Folie 2

2

Curriculum development using VR technology to enhance empathetic communication skills in future health care professionals

Project Coordinator:  **MMC** Mediterranean Management Centre www.mmclearningsolutions.com

Project partners

 <small>UNIVERSITY OF CYPRUS Nicosia, CYPRUS</small>	https://www.unic.ac.cy/el/
 <small>CYPRUS CYBER CERTIFICATION CENTRE</small>	http://www.cycert.org.cy/index.php/el/
 <small>Vrije Universiteit Brussel</small>	https://www.vub.be/
 <small>Charité - Universitätsmedizin Berlin</small>	https://www.charite.de/en/
 <small>UNIVERSITY OF THESALY</small>	https://www.uth.gr/
 <small>OMEGA TECHNOLOGY</small>	http://www.omegatech.gr/



Folie 3

3

Work Area 1: *General Overview of Empathy*

Unit 1.1: Understanding empathy and qualities/competencies necessary for empathy

Duration: 7 hours

Trainer:





Folie 4

Welcome and Introductions

30min

4

- ▶ “Golden Minute Exercise”
- ▶ Tutor to keep the time using a stop watch
- ▶ In dyads please talk to your partner for one minute about a topic that you feel comfortable with and is true about yourself. Your partner can not take notes and can not ask you any questions. He/she has to listen attentively.
- ▶ After one minute you switch. Your partner talks for one minute and you have to remain silent listening to him/her
- ▶ When the two minutes are over each pair has to report to the whole group what they have learnt for each other



Diese Übung fördert das aufmerksame/aktive Zuhören. Untersuchungen haben gezeigt, dass Ärzt*innen ihre Patienten und Patientinnen 18 Sekunden, nachdem diese mit der Erklärung ihres Problems begonnen haben, unterbrechen. Patient*innen, die ihre Eröffnungsschilderung ohne Unterbrechung beenden durften, brauchten meist weniger als 60 Sekunden, und keine/r brauchte länger als 150 Sekunden, selbst wenn er/sie zum Weitermachen aufgefordert wurde. Silverman et al 2005 (2. Auflage). Seite 46.

Folie 5

Establish Ground Rules (1/2)

30min

5

- ▶ Ask students to think about some of the best group discussions they have been a part of; then ask them to reflect on what made these discussions so satisfying. They should write these things down. (Example: felt comfortable to participate, felt tutor was approachable, etc.)
- ▶ Next, ask students to think about the worst group discussions they have participated in and reflect on what made these discussions so unsatisfactory. They should write these down as well.
- ▶ For each of the positive characteristics identified, ask students to suggest three things the group could do to ensure that these characteristics are present.





Folie 6

6

Establish Ground Rules (2/2)

30min

- ▶ For each of the negative characteristics identified, ask students to suggest three things the group could do to ensure that these characteristics are not present.
- ▶ Use students' suggestions to draft a set of ground rules to which you all agree, and distribute them in writing.
- ▶ Periodically, ask the class to reflect on whether the ground rules established at the beginning of the semester are working, and make adjustments as necessary.



Einige Grundregeln, die jede Gruppe haben sollte

- Pünktlich sein
- Handys aus
- Andere nicht unterbrechen
- Gleiche Beteiligung aller Mitglieder
- Fragen können jederzeit gestellt werden
- Sich nicht über andere lustig machen oder sie herabsetzen
- Sie haben das Recht, anderer Meinung zu sein, aber tun Sie das respektvoll
- Geben Sie immer zuerst ein positives Feedback und dann ein konstruktives Feedback über Dinge, die verbessert werden können
- Jede Person in der Gruppe und nicht nur der Tutor/die Tutorin hat die Verantwortung, einen Studierenden zu konfrontieren, wenn er/sie die Gruppenarbeit durch Missachtung der Gruppenregeln stört
- Wenn Sie sich durch etwas/jemanden beleidigt fühlen, sprechen Sie es sofort an
- Konsequenzen



Folie 7

7

Participation Contract

- ▶ Mobile Phones
- ▶ Smoking
- ▶ Breaks
- ▶ Other



Participation  **Respect**

Express your opinion



Kann frei nach eigenem Ermessen geändert werden

Folie 8

8

Plan of the day (s) 15 min

- ▶ 3 days of training in total
- ▶ Each day will involve:
 - ▶ Interactive exercises
 - ▶ A power point presentation
 - ▶ Evaluation of educational videos
 - ▶ Role-plays with simulated patients
 - ▶ Virtual Reality (VR) scenarios



Folie 9

9

Brainstorming: what is your understanding of Empathy?

40min

- ▶ The group to allocate a Scribe who will write on the whiteboard the answers on the following questions:
- ▶ **What is your understanding of empathy?**





Folie 10

10

Unit 1.1: Understanding empathy and qualities/ competencies necessary for empathy





Folie 11

11

Learning
Outcomes:
Knowledge (1/2)

1. List three different types of empathy (affective, cognitive, prosocial)
2. Describe the different psychological approaches when researching empathy
3. Outline relevant research findings in relation to empathy in different health care settings (e.g. medicine, midwifery, physiotherapy)



Folie 12

12

Learning
Outcomes:
Knowledge (2/2)

4. List the qualities/ competencies necessary for empathy according to published consensus statements (The Kalamazoo Consensus Statement *Acad. Med.* 2001;76:390–393, UK consensus statement Medical Education 2008: 42: 1100–1107 and Calgary/Cambridge model Silverman et al 2013)
5. Define the qualities/competencies necessary for empathy according to published consensus statements (The Kalamazoo Consensus Statement *Acad. Med.* 2001;76:390–393 and UK consensus statement Medical Education 2008: 42: 1100–1107)



Folie 13

13

Learning
Outcomes:
Skills (1/2)



6. Self-reflect and self-assess his/her level or lack of empathy in daily life

Use evidence-based techniques as listed below to develop empathy during initiating a session with patients and gathering information:

7. Demonstrate genuine interest and respect for the other party
8. Demonstrate active listening
9. Use verbal and non-verbal cues in a way that facilitates/reinforces empathy
10. Use appropriate questioning techniques

Folie 14

14

Learning
Outcomes:
Skills (2/2)



11. Use clarifying techniques
12. Demonstrate sign-posting
13. Use summarizing techniques
14. Elicit patient's Ideas, Concerns, Expectations (ICE)
15. Recognise, Acknowledge and validate patient's concerns, feelings (RAV)
16. Provide Support demonstrating empathy while doing so by expressing concern, understanding, willingness to help; acknowledging coping efforts and appropriate self-care;
17. Deal sensitively with delicate issues



Folie 15

15

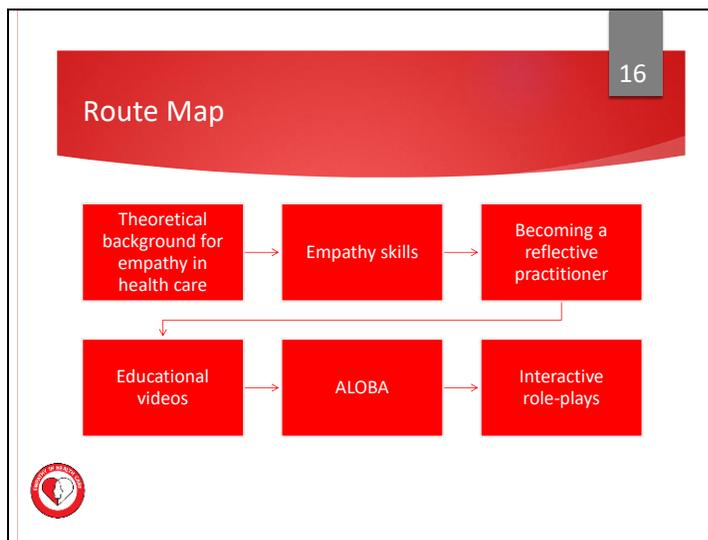
Learning Outcomes: Competencies

18. Evaluate the feedback from colleagues and simulated patients on his/her level of empathy and ways of improving

19. Adapt his/her empathetic behaviour to the patient's and other health carers' needs.

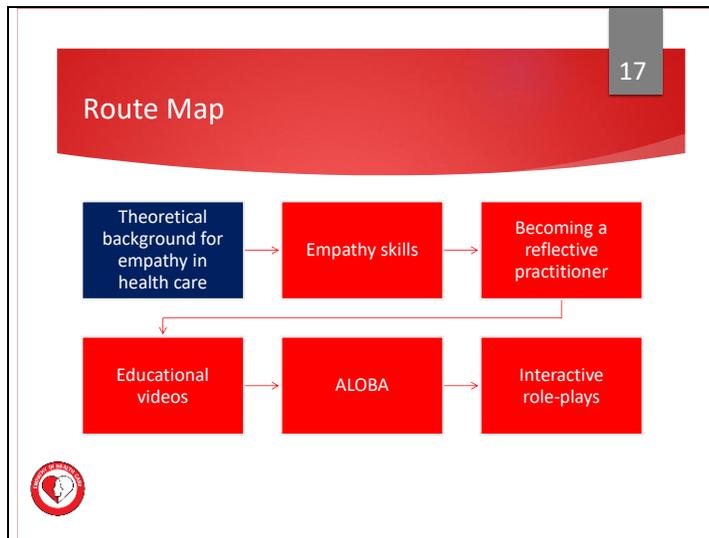


Folie 16





Folie 17



Folie 18



Folie 19

Empathy vs Sympathy19



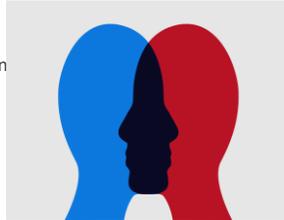
<https://www.youtube.com/watch?v=1Ewgu369Jw>



Folie 20

Definition of Empathy20

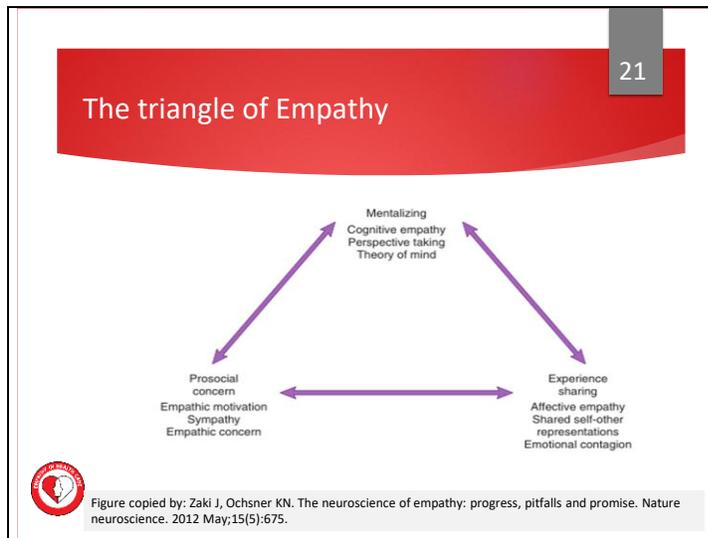
- ▶ "Empathy is a natural socio-emotional competency that has evolved with the mammalian brain to form and maintain social bonds, and which encompasses different components" (p. 234)



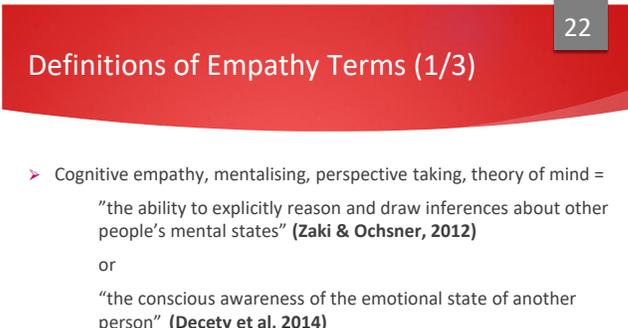


Decety, Jean, et al. "A social neuroscience perspective on clinical empathy." *World Psychiatry* 13.3 (2014): 234.

Folie 21



Folie 22



This slide, titled "Definitions of Empathy Terms (1/3)", provides two definitions for cognitive empathy. The first definition, attributed to Zaki & Ochsner (2012), describes it as "the ability to explicitly reason and draw inferences about other people's mental states". The second definition, attributed to Decety et al. (2014), describes it as "the conscious awareness of the emotional state of another person".

22

Definitions of Empathy Terms (1/3)

> Cognitive empathy, mentalising, perspective taking, theory of mind =
"the ability to explicitly reason and draw inferences about other people's mental states" (Zaki & Ochsner, 2012)
or
"the conscious awareness of the emotional state of another person" (Decety et al, 2014)

Zaki J, Ochsner KN. The neuroscience of empathy: progress, pitfalls and promise. Nature neuroscience. 2012 May;15(5):675.
Decety, Jean, et al. "A social neuroscience perspective on clinical empathy." World Psychiatry 13.3 (2014): 233



Folie 23

23

Definitions of Empathy Terms (2/3)

- ▶ Affective empathy, experience sharing, shared self other representations, emotional contagion =
“the tendency to take on, resonate with, or ‘share’ the emotions of others”

Zaki J, Ochsner KN. The neuroscience of empathy: progress, pitfalls and promise. Nature neuroscience. 2012 May;15(5):675.

Folie 24

24

Definitions of Empathy Terms (3/3)

- ▶ Prosocial concern, empathic motivation, sympathy, empathic concern, compassion, altruism =
“The prosocial motivation to help others as a result of using one or both of the other corners of the empathy triangle (e.g. to share and/or cognitively understand the emotions they are experiencing)”

Zaki J, Ochsner KN. The neuroscience of empathy: progress, pitfalls and promise. Nature neuroscience. 2012 May;15(5):675.

Folie 25

Emotional contagion

25

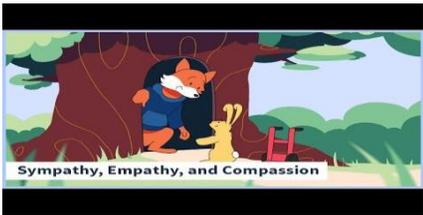




Folie 26

Sympathy, empathy and compassion

26





<https://www.youtube.com/watch?v=XXb2awAbmUA>

Knowledge Quiz27

- ▶ What are the main differences between the 3 aspects of empathy as these are defined in the triangle of empathy?
- ▶ Please provide an example for each type of empathy as it is defined in the triangle of empathy.





Antwort: Bei der kognitiven Empathie, der Mentalisierung, der Perspektivenübernahme und der Theorie des Geistes (Theory of Mind) geht es darum zu verstehen, was eine andere Person fühlt, ohne dass wir notwendigerweise dasselbe Gefühl teilen, worum es hingegen bei affektiver Empathie, Teilung emotionaler Erfahrungen, Teilung emotionaler Repräsentationen und emotionaler Ansteckung in erster Linie geht.

Prosoziale Anteilnahme, empathische Motivation, Sympathie, empathische Anteilnahme, Mitgefühl und Altruismus beziehen sich darauf, wie motiviert wir uns aufgrund unserer kognitiven und/oder affektiven Empathie fühlen, um ein altruistisches Verhalten zu zeigen.

Beispiele:

Kognitive Empathie: „Wie ich sehe, bist du hocherfreut über die Ergebnisse deiner Abschlussprüfung.“

Affektive Empathie: „Ich bin auch froh, dass deine Ergebnisse so gut sind.“

Prosoziale Anteilnahme: „Lass uns ausgehen und deinen Erfolg feiern.“

28

Research on Empathy

- ▶ Neuroscience
- ▶ Psychological approaches

Wir werden zunächst einen Blick auf die Neurowissenschaften werfen:

(Zaki et al 2012 p.676)

„Das erste Jahrzehnt der kognitiven neurowissenschaftlichen Forschung über Empathie konzentrierte sich darauf, wie Wahrnehmende isolierte soziale Informationen „stückweise“ verarbeiten, ließ aber unklar, wie Wahrnehmende diese Stücke zusammensetzen, wenn sich Hinweise kombinieren, wie es in alltäglichen sozialen Interaktionen häufig der Fall ist.“

Folie 29

29

Research on Empathy: neuroscience

a Regions active during direct first-person experience (self condition)

Neural resonance

b John told Emily that he had a Porsche. Actually, his car is a Ford. Emily doesn't know anything about cars, though, so she believed John.

c

Figure copied by: Zaki J, Ochsner KN. The neuroscience of empathy: progress, pitfalls and promise. Nature neuroscience. 2012 May;15(5):675.



Abbildung 2 Neurowissenschaftliche Ansätze zur Erforschung von Erfahrungsaustausch und Mentalisierung sowie der Gehirnregionen, die jeweils damit verbunden sind.

- Die experimentelle Logik, die den Studien zum Erfahrungsaustausch zugrunde liegt. Der blaue Kreis stellt Gehirnregionen dar, die durch die direkte, persönliche Erfahrung einer affektiven Reaktion, einer motorischen Absicht oder eines anderen inneren Zustands aktiviert werden. Der gelbe Kreis stellt Regionen dar, die durch die Beobachtung einer anderen Person, die denselben inneren Zustand erlebt, in Anspruch genommen werden. In dem Maße, in dem eine Region neuronale Resonanz zeigt - gemeinsame Beanspruchung durch die Erfahrung der ersten und dritten Person (grüne Überlappung) - wird sie als Unterstützung der stellvertretenden Erfahrung eines/einer Wahrnehmenden mit dem Zustand der Zielperson beschrieben (Regionen, die solche Eigenschaften zeigen, sind unter c) grün hervorgehoben).
- In Studien zur Mentalisierung werden Teilnehmer*innen in der Regel gebeten, Urteile über die Überzeugungen, Gedanken, Absichten und/oder Gefühle der Zielperson zu fällen, die in stark stilisierten sozialen Hinweisen dargestellt werden, darunter Vignetten (oben links), gestellte Gesichtsmimik (rechts) oder noch isoliertere nonverbale Hinweise wie der Blick der Zielperson (unten links). Die Regionen, die durch solche Aufgaben (blau in c) angesprochen werden, tragen zur Fähigkeit zur Mentalisierung des/der Wahrnehmenden bei.
- Gehirnregionen, die mit Erfahrungsaustausch und Mentalisierung in Verbindung stehen. IPL, inferiorer parietaler Lobulus; TPJ, temporoparietaler Übergang; pSTS, posteriorer superiorer temporaler Sulcus; TP, temporaler Pole; AI, anteriore Insula; PMC, prämotorischer Cortex; PCC, posteriorer cingulärer Cortex; ACC, anteriorer cingulärer Cortex; MPFC, medialer präfrontaler Cortex

Im Gegensatz dazu konzentrierten sich Neuroimaging-Studien zur Empathie bis vor wenigen Jahren weniger auf Verhaltensergebnisse als vielmehr auf die Beziehungen zwischen Stimuli und Gehirnaktivität.

Zum Beispiel wurden wahrnehmende Personen gescannt, während sie Zielpersonen mit Schmerzen beobachten oder die Absichten der Zielperson beurteilen; die damit verbundene Hirnaktivität wurde dann als relevant für den empathischen Teilprozess interpretiert, den diese Aufgabe vermutlich aktiviert. In fast allen Fällen wurde bei diesen Experimenten die Gehirnaktivität nicht mit dem Verhalten in Verbindung gebracht, entweder weil sie keine Antworten von den Wahrnehmenden verlangten (wie bei vielen passiven Aufgaben zum Erfahrungsaustausch) oder weil sie sehr einfache Aufgaben zum sozialen Schlussfolgern verwendeten, die eine nahezu perfekte Genauigkeit ergeben (und somit nicht genug Leistungsvarianz, um sie mit der Gehirnaktivität in Verbindung zu bringen)²⁴.



Folie 30

Research on empathy: Psychological approaches

30

- ▶ Rely heavily on behaviour to indicate the operation of empathetic responses
- ▶ Laboratory experiments, field experiments, surveys using self-report measures (e.g. Jefferson Scale)
- ▶ Qualitative research using video-taped interactions (e.g. Verona Coding Definitions of Emotional Sequences (VR-CoDES)- two manuals, one for cues and concerns expressed by patients and one for health provider responses)



„Mit anderen Worten, das erste Jahrzehnt der kognitiven neurowissenschaftlichen Forschung über Empathie hat sich darauf konzentriert, wie Wahrnehmende isolierte soziale Informationen „stückweise“ verarbeiten, ließ aber unklar, wie Wahrnehmende diese Stücke zusammensetzen, wenn sich Hinweise kombinieren, wie es in alltäglichen sozialen Interaktionen häufig der Fall ist ²⁴.“ Zaki et al 2012. S. 676

Folie 31

Jefferson Scale of Physician Empathy Medical Student Version (Hojat et al 2011)

31

1. Doctors' understanding of their patients' feelings and the feelings of their patients' families does not influence medical or surgical treatment.
Strongly Disagree 1 2 3 4 5 6 7
Strongly Agree
2. Patients feel better when their doctors understand their feelings.
Strongly Disagree 1 2 3 4 5 6 7
Strongly Agree
3. It is difficult for a doctor to view things from patients' perspectives.
Strongly Disagree 1 2 3 4 5 6 7
Strongly Agree
4. Understanding body language is as important as verbal communication in doctor-patient relationships.
Strongly Disagree 1 2 3 4 5 6 7
Strongly Agree
5. A doctor's sense of humour contributes to a better clinical outcome.
Strongly Disagree 1 2 3 4 5 6 7
Strongly Agree
6. Because people are different, it is difficult to see things from patients' perspectives.
Strongly Disagree 1 2 3 4 5 6 7
Strongly Agree





Dies ist ein Beispiel für eines der am häufigsten verwendeten Erhebungsinstrumente, die Jefferson Scale of Physician Empathy-Medical Student Version.

Folie 32

32

Findings relevant to EmpathyInHealth (1/4)- Medical education

- ▶ Doctors' ability to empathize with their patients is a crucial component of effective health care
- ▶ Empathy improves patients' satisfaction and concordance with treatment, reduces malpractice litigation, and improves doctors' competence in consulting with patients and their ability to make accurate diagnoses and efficiently utilize resources
- ▶ Some medical schools, attempt to choose prospective medical students with empathic attitudes in addition to good grades

Papageorgiou A, Miles S, Fromage M. Does medical students' empathy change during their 5-year MBBS degree?. *Educ Health*. 2018;31:142-7.

Werfen wir einen Blick auf die Forschungsergebnisse zum Thema Empathie in der medizinischen Versorgung. Folgendes haben Studien gezeigt:

- ▶ Die Fähigkeit von Ärzt*innen, sich in ihre Patient*innen einzufühlen, ist ein entscheidender Bestandteil einer wirksamen Gesundheitsversorgung
- ▶ Empathie verbessert die Zufriedenheit der Patienten und die Übereinstimmung mit der Behandlung, verringert die Zahl der Rechtsstreitigkeiten wegen Kunstfehlern und verbessert die Kompetenz der Ärzt*innen bei der Beratung von Patienten und ihre Fähigkeit, genaue Diagnosen zu stellen und Ressourcen effizient zu nutzen
- ▶ Die Empathie ist so bedeutend für die medizinische Versorgung, dass einige medizinische Fakultäten versuchen, angehende Studierende der Medizin auszuwählen, die neben guten Noten auch eine empathische Einstellung haben



Findings relevant to EmpathyInHealth
(2/4)-Medical Education33

- ▶ Early research evidence:
 - ▶ decline of empathy in undergraduate medical students as they progressed from preclinical to clinical years
- ▶ Several reasons behind this finding (quantitative studies):
 - ▶ gender, age, specialty choice, "psychological factors, the "hidden curriculum,"
 - ▶ unsuitable learning environments, cynicism/loss of idealism,
 - ▶ the perceived need for detachment

Papageorgiou A, Miles S, Fromage M. Does medical students' empathy change during their 5-year MBBS degree?. Educ Health. 2018;31:142-7.

- ▶ Frühe Forschungsergebnisse zur medizinischen Grundausbildung zeigten:
 - ▶ eine Abnahme von Empathie bei Medizinstudierenden während des Übergangs vom vorklinischen zum klinischen Jahr

Für dieses Ergebnis gibt es mehrere Gründe (quantitative Studien):

- ▶ Geschlecht, Alter, Wahl des Fachgebiets, „psychologische Faktoren“, der „versteckte Lehrplan“,
- ▶ ungeeignete Lernumgebungen, Zynismus/Verlust von Idealismus,
- ▶ gefühltes Bedürfnis nach Distanz/Abgrenzung



34

Findings relevant to EmpathyInHealth (3/4)
-Decline in empathy (qualitative studies)-Medical Education

<p>Students' empathy focused on sharing emotions with patients (sympathy), while residents' expression and perception of empathy was that of a cognitive process that was shaped by patients' physical and mental health status (Aomatsu et al 2013)</p>	<p>Students were aware of the importance of maintaining cognitive and intellectual control over their feelings and they considered skills' training and role models important in achieving this (Tavakol et al 2012)</p>
---	---

Aomatsu M, Otani T, Tanaka A, Ban N, van Dalen J. Medical students' and residents' conceptual structure of empathy: A qualitative study. *Educ Health (Abingdon)* 2013;26:4-8.
Tavakol S, Dennick R, Tavakol M. Medical students' understanding of empathy: A phenomenological study. *Med Educ* 2012;46:306-16.

Qualitative Studien bringen etwas Licht in die Erkenntnisse über die Abnahme von Empathie. **Aomatsu et al 2013** deuten an, dass sich die Empathie von angehenden Medizinstudent*innen auf das Teilen von Emotionen mit Patient*innen (Sympathie) konzentrierte, während Ausdruck und Wahrnehmung von Empathie bei Assistenzärzt*innen ein kognitiver Prozess war, der durch die physische und psychische Gesundheitssituation von Patient*innen geprägt wurde. Mit anderen Worten: Die kognitive Empathie schützte Assistenzärzt*innen vor dem Verlust ihres Empathievermögens, und das ist es, was Medizinstudent*innen benötigen, um ihre Fähigkeit zur Empathie zu erhalten.

Letzteres wurde von **Tavakol et al 2012** bestätigt, die zeigten, dass die Studierenden sich darüber bewusst waren, wie bedeutend die Aufrechterhaltung der kognitiven und intellektuellen Kontrolle über ihre Gefühle ist, und sie hielten die Schulung von Fähigkeiten sowie Vorbilder für wichtig, um dies zu erreichen.



Folie 35

35

Findings relevant to EmpathyInHealth (4/4)- *Medical Education*

- ▶ Recent cross-sectional and longitudinal studies show no differences between students starting and approaching the end of their course due to:
 - ▶ Longitudinal clinical communication training, reinforcement of reflective practices, interprofessional training, empathetic role models
- ▶ Gender has been one of the most studied variables in empathy research
- ▶ Several studies showed that female students enter medical school with higher empathy scores than males and continue to maintain higher scores toward the end of their studies

Papageorgiou A, Miles S, Fromage M. Does medical students' empathy change during their 5-year MBBS degree?. Educ Health. 2018;31:142-7.

Neuere Quer- und Längsschnittstudien zur medizinischen Grundausbildung zeigen keine Unterschiede zwischen Studierenden zu Beginn und gegen Ende ihres Kurses. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass moderne Lehrpläne

- eine longitudinale Ausbildung in klinischer Kommunikation, die Stärkung reflektierender Praktiken, interprofessionelle Trainings, empathische Vorbilder umfassen

Eine weitere wichtige Variable der Empathieforschung, die nicht unerwähnt bleiben kann, ist das **Geschlecht**.

- Mehrere Studien haben gezeigt, dass weibliche Studierende beim Eintritt in ein Medizinstudium höhere Empathiewerte aufweisen als männliche und diese auch bis zum Ende ihres Studiums beibehalten



Folie 36

Reflective exercise

36

- ▶ In dyads discuss your experience to empathise with patients you encounter in your clinical placements.

- ▶ What type of empathy do you feel you experience during these encounters?



Folie 37

Studies relevant to EmpathyInHealth-Physiotherapy

37

- ▶ Empathy in Physiotherapy students:
 - is greatly increased in the first year and decreases until the last year
 - does not correlate with specialty interest, or birth region
 - is influenced by sex; female students show higher levels than men, but more research is needed.
 - is influenced by age; older students show higher levels of empathy (Ward et al, 2018; Dahl-Michelsen, 2015; Petrucci et al, 2016)
- ▶ Physiotherapists agree that empathy is an innate characteristic (Allen & Roberts, 2017).
- ▶ Senior physiotherapists place greater emphasis on the importance of empathic communication than student physiotherapists, whilst student and junior physiotherapists consider limited clinical experience to be a barrier in delivering empathic communication, anticipating this to improve over time (Allen & Roberts, 2017).





Findings relevant to EmpathyInHealth (1/3)-
Midwifery education
38

- ▶ Empathy skills are a core competency for midwives
(Charitou, Fiffi et al., 2019)
- ▶ Midwives provide care in and through relationships with women
(Dahlberg et al., 2017)
- ▶ Emotional availability and responsiveness are associated with empathy skills in midwives (Leinweber, Creedy et al. 2019)



Charitou, A., Fiffi, P., & Vivilaki, V. G. (2019). Is empathy an important attribute of midwives and other health professionals?: A review. *European Journal of Midwifery*, 3, 4. <https://doi.org/10.18332/ejfm/100612>

Dahlberg, U., & Aune, I. (2013). The woman's birth experience—The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29(4), 407–415. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>

Leinweber, J., Creedy, D. K., Rowe, H., & Gamble, J. (2019). Assessing emotional aspects of midwives' intrapartum care: Development of the emotional availability and responsiveness in intrapartum care scale. *Midwifery*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.019>

Werfen wir einen Blick auf die Forschungsergebnisse zur Empathie im Hebammenwesen. Folgendes haben Studien gezeigt:

Findings relevant to EmpathyInHealth (2/3) -
Empathy and respectful maternity care -
Midwifery education
39

- ▶ Empathetic communication is a core element of respectful maternity care
- ▶ Increasing empathetic abilities in maternity care providers can decrease the incidence of disrespect and abuse (Freedman and Kruk, 2014)
- ▶ During childbirth lack of empathic interactions with providers can traumatise women (Leinweber, Fontein-Kuipers et al., 2022)



Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet*, 384(9948), e42-4. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-4)

Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karisdottir, S. I., Nilsson, C., Ekström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E., & Stramrood, C. (2022). Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth*, n/a(n/a). <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/birt.12634>

Folie 40

Findings relevant to EmpathyInHealth
(3/3)-Midwifery Education40

- ▶ Evidence from exploratory study with 52 BSc Midwifery students
 - ▶ studying midwifery has an overall positive effect on students' empathy
 - ▶ However: low results in participants' attitudes towards patients presenting with substance abuse

(McKenna et al., 2011)



McKenna, L., Boyle, M., Brown, T., Williams, B., Molloy, A., Lewis, B., & Molloy, L. (2011). Levels of empathy in undergraduate midwifery students: an Australian cross-sectional study. *Women Birth*, 24(2), 80–84.

Folie 41

Summary41

- ▶ Different types of empathy
- ▶ Different approaches when researching empathy
- ▶ Relevant research findings in relation to empathy in different health care settings



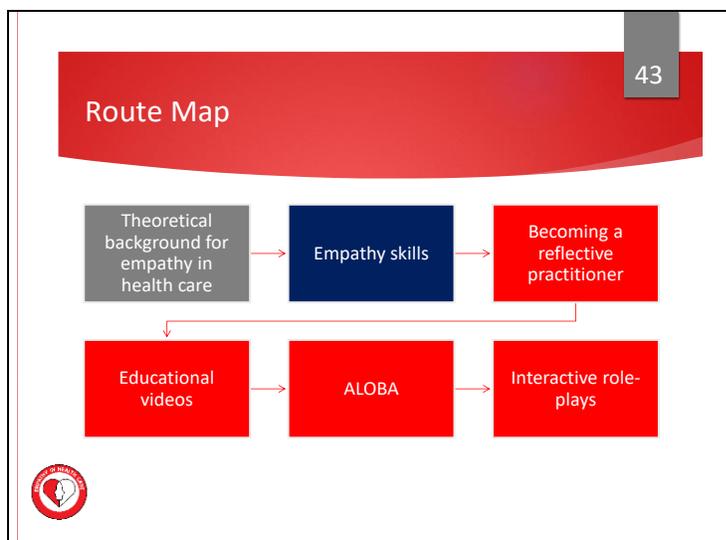
MAKE A LONG STORY SHORT



Folie 42

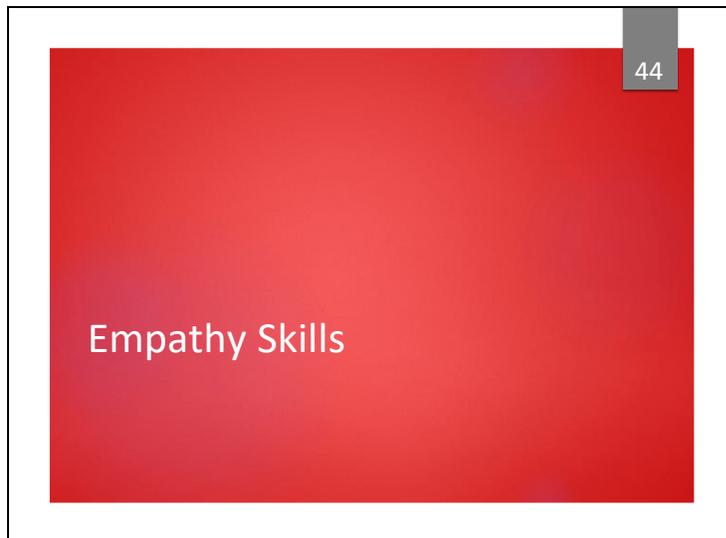


Folie 43





Folie 44



Folie 45

45

Relationship-Centred Care

- ▶ Empathy underlies the most important aspect of health care: Relationship-Centred Care
- ▶ Relationship-Centred Care requires:
 - ▶ Top-down measures such as appropriate legal frameworks to support it (e.g. General Medical Council in the UK and Tomorrow's Doctors)
 - ▶ Bottom-up measures such as the teaching and assessment of knowledge, skills and competencies at all levels of health care education

Der General Medical Council im Vereinigten Königreich und Tomorrow's Doctors (1993, 2003) legitimierten die Lehre und Bewertung der klinischen Kommunikation im Vereinigten Königreich, aber es herrschte immer noch Unklarheit darüber, was in der medizinischen Ausbildung sowohl im Grundstudium als auch im Hauptstudium gelehrt und bewertet werden musste.



46

Empathy Skills (SEGUE Framework) (Makoul 2001a)

- ▶ **Build a relationship**
 - ▶ Elicit the patient's story of illness
 - ▶ Be aware that ideas, feelings, and values of patient and doctor influence the relationship
 - ▶ Respect patient's active participation
- ▶ **Open the Discussion**
 - ▶ Allow the patient to complete his or her opening statement
 - ▶ Elicit the patient's full set of concerns
 - ▶ Establish/maintain a personal connection
- ▶ **Gather Information**
 - ▶ Use open-ended and closed-ended questions appropriately
 - ▶ Structure, clarify, and summarize information
 - ▶ Actively listen
- ▶ **Understand the Patient's Perspective**
 - ▶ Explore contextual factors (e.g., family, culture, gender, age, socioeconomic status, spirituality)
 - ▶ Explore beliefs, concerns, and expectations about health and illness
 - ▶ Acknowledge and respond to the patient's ideas, feelings, and values
- ▶ **Share Information**
 - ▶ Use language the patient can understand
 - ▶ Check for understanding
 - ▶ Encourage questions
- ▶ **Reach Agreement on Problems and Plans**
 - ▶ Encourage the patient to participate in decisions to the extent he or she desires
 - ▶ Check the patient's willingness and ability to follow the plan
 - ▶ Identify and enlist resources and supports
- ▶ **Provide Closure**
 - ▶ Ask whether the patient has other issues or concerns
 - ▶ Summarize and affirm agreement with the plan of action
 - ▶ Discuss follow-up (e.g., next visit, plan for unexpected outcomes)



Anfang 2000 wurde auf beiden Seiten des Atlantiks der Bedarf an einem Konsens und gemeinsamen Instrumenten für Lehre, Bewertung und Forschung deutlich.

Nordamerikanische Experten auf diesem Gebiet kamen zusammen und erschufen auf ihrem Treffen in Kalamazoo das SEGUE Framework (Makoul 2001a, Makoul 2001b).

Im Jahr 2008 kamen Ausbilder*innen für klinische Kommunikationsfähigkeiten im Vereinigten Königreich zusammen, um eine eigene Konsenserklärung zu verfassen (von Fragstein et al. 2008).

In den Konsenserklärungen wurden ein konzeptionelles Modell und die Fähigkeiten beschrieben, die Studierende und Ärzt*innen in die Lage versetzen könnten, sehr komplexe Interaktionen mit Patient*innen, Betreuer*innen und Kolleg*innen in verschiedenen Fachbereichen und Situationen in der Gesundheitsversorgung zu bewältigen. Es wurden auch Orientierungshilfen für die kontinuierliche berufliche Weiterbildung von Ärzt*innen zur Verfügung gestellt.

Solange diese konzeptionellen Modelle in das Kontinuum der medizinischen Ausbildung und der klinischen Praxis integriert und auf diesem Weg evaluiert werden, wird sich die medizinische Konsultation weiterentwickeln und kann verfeinert werden.

In beiden Konsenserklärungen wurde versucht, ein Gesamtbild davon zu vermitteln, was in der klinischen Kommunikation wichtig ist, und wie das Fach zu unterrichten und zu bewerten ist. Sie beschrieben Prozesse, Aufgaben, Berufsideologie und Fähigkeiten. Ein besonderes Augenmerk galt dem „versteckten Lehrplan“, d. h. der Kultur außerhalb des Klassenzimmers, die den modernen Unterricht von Kommunikationsfähigkeiten untergraben kann, auf den im letzten Abschnitt dieses Buches ausführlicher eingegangen wird.

Andere Disziplinen des Gesundheitswesens (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Krankenpflege, Hebammenwesen) ziehen nach und haben die Notwendigkeit erkannt, in ihre Grundausbildung die für Empathie notwendigen Fähigkeiten und Kompetenzen einzubeziehen.

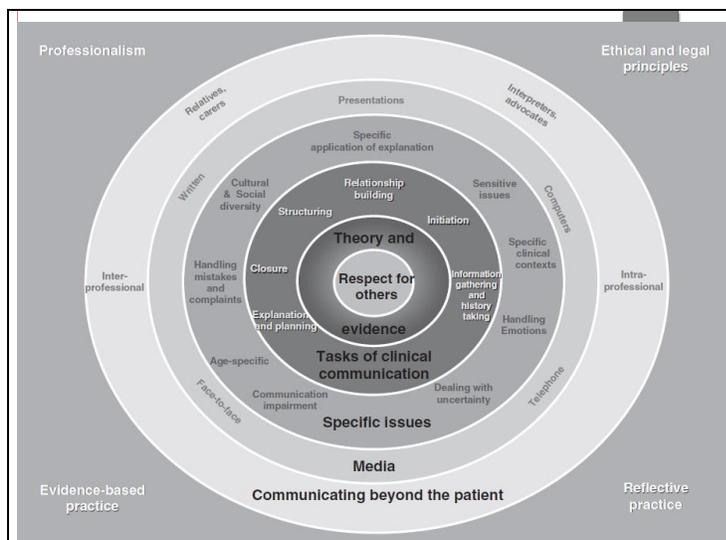
Folie 47

47

UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education

von Fragstein, M et al on behalf of the UK Council of Clinical Communication in Undergraduate Medical Education (2008). UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Medical Education* 42, 1100-1107.

Folie 48



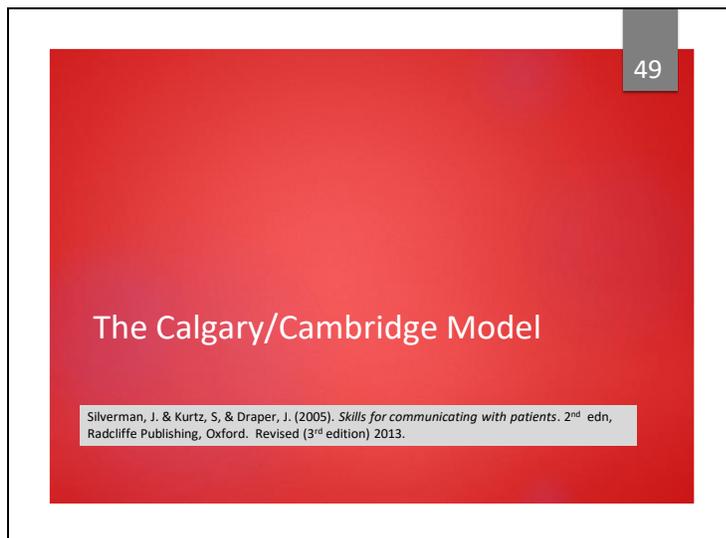
Im Jahr 2008 kamen Ausbilder*innen für klinische Kommunikationsfähigkeiten im Vereinigten Königreich zusammen, um eine eigene Konsenserklärung zu verfassen (von Fragstein et al. 2008).

In den Konsenserklärungen wurden ein konzeptionelles Modell und die Fähigkeiten beschrieben, die Studierende und Ärzt*innen in die Lage versetzen könnten, sehr komplexe Interaktionen mit Patient*innen, Betreuer*innen und Kolleg*innen in verschiedenen Fachbereichen und Situationen in der Gesundheitsversorgung zu bewältigen. Es wurden auch Orientierungshilfen für die kontinuierliche berufliche Weiterbildung von Ärzt*innen zur Verfügung gestellt.

Solange diese konzeptionellen Modelle in das Kontinuum der medizinischen Ausbildung und der klinischen Praxis integriert und auf diesem Weg evaluiert werden, wird sich die medizinische Konsultation weiterentwickeln und kann verfeinert werden.

In beiden Konsenserklärungen wurde versucht, ein Gesamtbild davon zu vermitteln, was in der klinischen Kommunikation wichtig ist, und wie das Fach zu unterrichten und zu bewerten ist. Sie beschrieben Prozesse, Aufgaben, Berufsideologie und Fähigkeiten. Ein besonderes Augenmerk galt dem „versteckten Lehrplan“, d. h. auf die Kultur außerhalb des Klassenzimmers, die den modernen Unterricht von Kommunikationsfähigkeiten untergraben kann und auf die im letzten Abschnitt dieses Buches ausführlicher eingegangen wird.

Folie 49

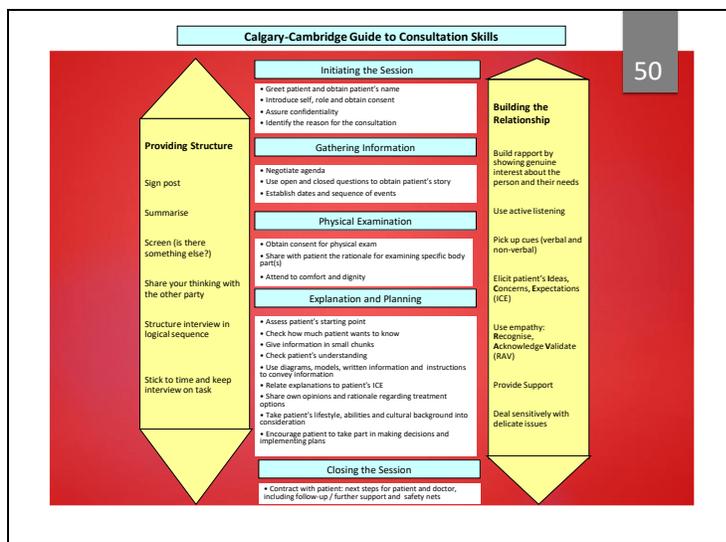


Tomorrow's Doctors (1993, 2003) legitimierten die Lehre und Bewertung der klinischen Kommunikation im Vereinigten Königreich, aber es herrschte immer noch Unklarheit darüber, was in der medizinischen Ausbildung sowohl im Grundstudium als auch im Hauptstudium gelehrt und bewertet werden musste.

Die Entwicklung des Calgary/Cambridge-Leitfadens für das ärztliche Gespräch im Jahr 1996 bot einen Rahmen für die Überwindung der Hindernisse bei der Umsetzung in der Lehre und der Bewertung, und wird seitdem im Vereinigten Königreich umfassend genutzt (Kurtz und Silverman 1996, Silverman et al. 2005). Dieses Modell unterteilt das ärztliche Gespräch in fünf grundlegende Aufgaben, die erfüllt werden müssen, damit die Konsultation sowohl für Ärzt*innen als auch für Patient*innen patientenzentriert, effizient und wirksam ist. Zu diesen Aufgaben

gehören das **Sammeln von Informationen, die körperliche Untersuchung, Erklärungen und Planung sowie der Abschluss der Konsultation**. Bei jeder Aufgabe musste der Arzt/die Ärztin eine Reihe von Fähigkeiten beherrschen, um die Aufgabe zu erfüllen. Darüber hinaus muss der Arzt/die Ärztin die Fähigkeiten angemessen einsetzen, um die Konsultation zu strukturieren und eine therapeutische Beziehung zum Patienten aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Insgesamt **umfasst das Calgary/Cambridge-Modell etwa 70 Fertigkeiten und eine visuelle Darstellung der Konsultation, die sowohl für Lehr- als auch für Bewertungszwecke verwendet werden kann** (Kurtz et al. 1996, Kurtz et al. 1998, Silverman et al. 2005).

Folie 50





Folie 51

51

Reflective Exercise for Medical Students

- What does the consultation between patient and health carer looks like for allied health care professionals?

Folie 52

52

Reflective Exercise for Physiotherapy & Midwifery Students

- Which elements of these frameworks are or are not applicable to allied health care professionals?
- What does the consultation between patient and health carer looks like for allied health care professionals?
- What applies to informal carers?



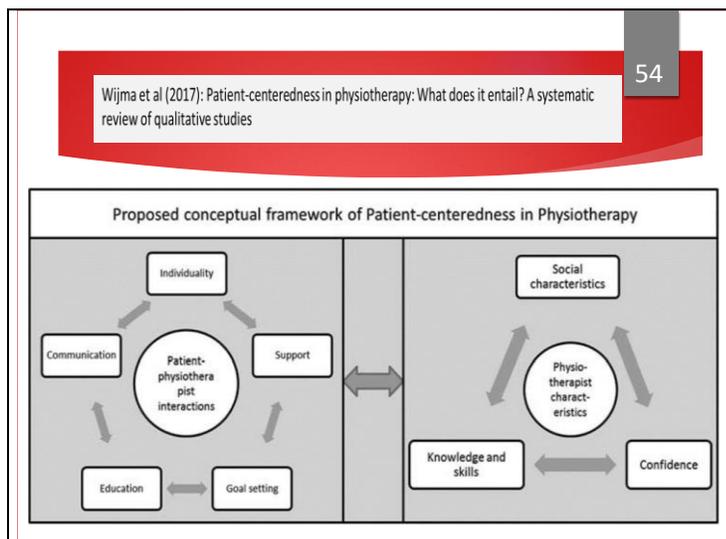
Folie 53

53

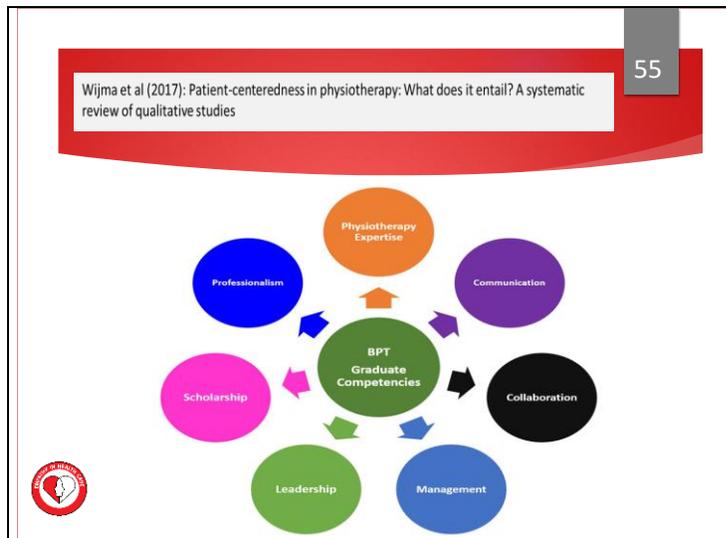
Relationship-Centred Care

Physiotherapy

Folie 54



Folie 55



Folie 56

56

Relationship-Centred Care

Midwifery

57

Discussion of studies in Midwifery

► Continuous maternity care where women can develop trusting relationships with their midwives has been found to improve birth outcomes (Sandall et al., 2016, Dahlberg et al., 2013)

Women who received models of midwife-led continuity of care

 7x more likely to be attended at birth by a known midwife	 16% less likely to lose their baby	 19% less likely to lose their baby before 24 weeks
 15% less likely to have regional analgesia	 24% less likely to experience pre-term birth	 16% less likely to have an episiotomy

Dahlberg, U., & Aune, J. (2013). The woman's birth experience—The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29(4), 407–415. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>

Sandall, J., Coxon, K., Mackintosh, N. J., Rayment-Jones, H., Looock, L., & Page, L. (2016). Relationships: the pathway to safe, high-quality maternity care. In Sheila Kitzinger symposium at Green Templeton College, Oxford: Summary report. Green Templeton College, Oxford.

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. The Cochrane Library



58

QF Skills at a glance

- Self-reflect and self-assess his/her level or lack of empathy in daily life
- Use evidence-based techniques as listed below to develop empathy during initiating a session with patients and gathering information:
 - Demonstrate genuine interest and respect for the other party
 - Demonstrate active listening
 - Use verbal and non-verbal cues in a way that facilitates/reinforces empathy
- Use appropriate questioning techniques
- Use clarifying techniques
- Demonstrate sign-posting
- Use summarizing techniques
- Elicit patient's Ideas, Concerns, Expectations (ICE)
- Recognise, Acknowledge and validate patient's concerns, feelings (RAV)
- Provide Support demonstrating empathy while doing so by expressing concern, understanding, willingness to help; acknowledging coping efforts and appropriate self-care;
- Deal sensitively with delicate issues





Folie 59

59QF Competencies at a glance

- ▶ Evaluate the feedback from colleagues and simulated patients on his/her level of empathy and ways of improving.
- ▶ Adapt his/her empathetic behaviour to the patient's and other health carer's needs.



Folie 60

60Is consultation skills teaching effective?

Many studies over the last 25 years have shown that teaching consultation skills can improve:

- ▶ The interview process
- ▶ Patient satisfaction
- ▶ Patient 's trust in the clinician
- ▶ Self-efficacy for both doctor and patient
- ▶ Doctor satisfaction with their job
- ▶ Patient recall & understanding
- ▶ Adherence
- ▶ Symptom resolution
- ▶ Psychological outcomes (e.g. decreased need for analgesia after MI)
- ▶ Reduced costs in terms of length of stay in ICU & hospital
- ▶ Reduced malpractice litigations





Der Gesprächsprozess:

- **Je länger der Arzt/die Ärztin wartet, bevor er/sie** zu Gesprächsbeginn den/die Patient*in unterbricht, desto wahrscheinlicher ist es, dass er/sie das gesamte Spektrum der Probleme erfährt, die der Patient/die Patient*in besprechen möchte, und desto unwahrscheinlicher ist es, dass am Ende des Gesprächs neue Beschwerden auftauchen.
- Aktives Zuhören ohne Unterbrechung bis die anfängliche Problembeschreibung von Patient*innen abgeschlossen ist, führte zu einer durchschnittlichen Sprechzeit der Patient*innen von 92 Sekunden.
- **Das Aufgreifen und Reagieren auf Hinweise von Patient*innen verkürzt ärztliche Konsultationen, anstatt sie zu verlängern.**

Erinnerung und Verständnis: Werden Patient*innen gebeten, das, was sie verstanden haben, in ihren eigenen Worten zu wiederholen, erhöht sich ihr Erinnerungsvermögen um 30 %.

Das Erinnerungsvermögen von Patient*innen wird durch Kategorisierung, Sign-Posting/Hinweise, Zusammenfassungen, Wiederholungen und Verwendung von Diagrammen verbessert.

Adhärenz: Die explizite Befragung von Patient*innen nach ihrem Wissen, ihren Überzeugungen, ihren Bedenken und ihrer Einstellung zu ihrer Krankheit erhöht die Therapietreue erheblich.

Weniger Kunstfehlerstreitigkeiten: Adamson et al (2000): Eine Studie mit 103 orthopädischen Chirurg*innen zeigte, dass es weniger Kunstfehlerklagen bei jenen gab, die eine bessere Beziehung zu ihren Patient*innen unterhielten, sich mehr Zeit für Erklärungen nahmen und verfügbar waren.

Levinson et al. (1997) zeigten, dass Ärzt*innen, die Sign-Posting/Hinweise verwendeten, nach der Meinung von Patient*innen fragten, sich vergewisserten, ob sie verstanden haben, sie zum Reden ermutigten, lachten und Humor verwendeten, weniger mit Klagen wegen Kunstfehlern konfrontiert sahen.



Can the change resulting from communication skills training be retained? (1/2)61

- ▶ **Maguire et al (1986a)** followed-up their original students 5yrs after their training and found that they retained skills such as use of open questions, clarification, picking up cues and exploration of psych. Issues

- ▶ **Bowman et al (1992)** and **Oh et al (2001)** showed that intensive courses for established primary & secondary care doctors helped them maintain the skills for over a 2-year follow-up period.



Maguire, Peter, Susan Fairbairn, und Charles Fletcher. „Consultation skills of young doctors: I--Benefits of feedback training in interviewing as students persist.“ *Br Med J (Clin Res Ed)* 292.6535 (1986): 1573-1576.

Oh, Jeong, et al. „Retention and use of patient-centered interviewing skills after intensive training.“ *Academic Medicine* 76.6 (2001): 647-650.

Bowman, F. M., et al. „Improving the skills of established general practitioners: the long-term benefits of group teaching.“ *Medical Education* 26.1 (1992): 63-68.



Folie 62

Can the change resulting from communication skills training be retained? (2/2)62

- ▶ **Dwamena et al (2012):**
 - ▶ Interventions to promote patient-centred care within clinical consultations are effective across studies in transferring patient-centred skills to providers
 - ▶ short-term training (less than 10 hours) is as successful as longer training

- ▶ **Papageorgiou A & Fromage M (2014):**
 - ▶ FY doctors & their clinical supervisors placed a great importance of communication skills in the undergraduate and graduate training of doctors



Dwamena, Francesca, et al. „Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations.“ *Cochrane database of systematic reviews* 12 (2012).

Papageorgiou A & Fromage M (2014): (Dissertation, unveröffentlichte Daten)

Folie 63

Good news but?63

- ▶ Patient views are still rarely solicited during clinical encounters (**Marvel et al, 1999**)

- ▶ Patients are often interrupted prematurely, leaving major complaints or concerns unnoticed (**Langewitz et al, 2002**)

- ▶ There is still a relative lack of patient-centered exchange in most clinical encounters (**Makoul et al 2010**)





Marvel, M. Kim, et al. „Soliciting the patient's agenda: have we improved? “„*Jama*“ 281.3 (1999): 283-287.

Langewitz, Wolf, et al. "Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study." *Bmj* 325.7366 (2002): 682-683.

Makoul G, Myerholtz L, Williams M, Wolf S. Priorities for effective communication: patterns emerging from Communication Assessment Tool (CAT) data. Vorgestellt auf der Internationalen Konferenz über Kommunikation im Gesundheitswesen. Verona, 2010

Folie 64

64

Is teaching and learning empathy skills effective in Physiotherapy Education?

- ▶ Empathy in PT students:
 - is greatly increased in the first year and decreases until the last year
 - do not correlate specialty interest, or birth region.
 - is influenced by sex; female students show higher levels than men, but more research is needed.
 - is influenced by age; older students show higher levels of empathy (Ward et al, 2018; Dahl-Michelsen, 2015; Petrucci et al, 2016)
- ▶ Physiotherapists agree that empathy is an innate characteristic (Allen & Roberts, 2017).
- ▶ Senior physiotherapists place greater emphasis on the importance of empathic communication than student physiotherapists, whilst student and junior physiotherapists consider limited clinical experience to be a barrier in delivering empathic communication, anticipating this to improve over time (Allen & Roberts, 2017).



Folie 65

65

Is teaching and learning empathy skills effective in Midwifery Education?

- ▶ Aktas and Pasiñliöglu (2020) gave empathy training (32 h) to a group of 15 midwives and found that empathy skills of the midwives were higher right after the training and 8 weeks after the training than before the training.
- ▶ Tafazoli et al., (2018) gave empathy training (8h) to a group of 73 midwifery students – no significant difference in empathetic skills compared to control group
- ▶ Alhassan (2020) investigated the effect of a two day communication skills training in midwifery and nursing students (n=173) in a randomised controlled trial – no significant difference in empathetic skills compared to control group

- ▶ Only few studies -evidence base not strong – more research is needed!

Tafazoli, M., Ezzati, R., Mazloom, S. R., & Asgharipour, N. (2018). The effect of empathy skills training on the Empathetic behaviours of Midwifery students. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 6(2), 1236–1243. <https://doi.org/10.22028/jmrh.2018.10214>

Alhassan, M. (2019). Effect of a 2-day communication skills training on nursing and midwifery students' empathy: a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 9(3), e023666. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023666>

Aktas, S., & Pasiñliöglu, T. (2021). The effect of empathy training given to midwives on the empathic communication skills of midwives and the birth satisfaction of mothers giving birth with the help of these midwives: A quasi-experimental study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(4), 858–867. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jep.13523>





Tafazoli, M., Ezzati, R., Mazloom, S. R., & Asgharipour, N. (2018). The effect of empathy skills training on the Empathetic behaviours of Midwifery students. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 6(2), 1236–1243. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2018.10214>

Alhassan, M. (2019). Effect of a 2-day communication skills training on nursing and midwifery students' empathy: a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 9(3), e023666. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023666>

Aktas, S., & Pasinlioglu, T. (2021). The effect of empathy training given to midwives on the empathic communication skills of midwives and the birth satisfaction of mothers giving birth with the help of these midwives: A quasi-experimental study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(4), 858–867. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jep.13523>

Folie 66



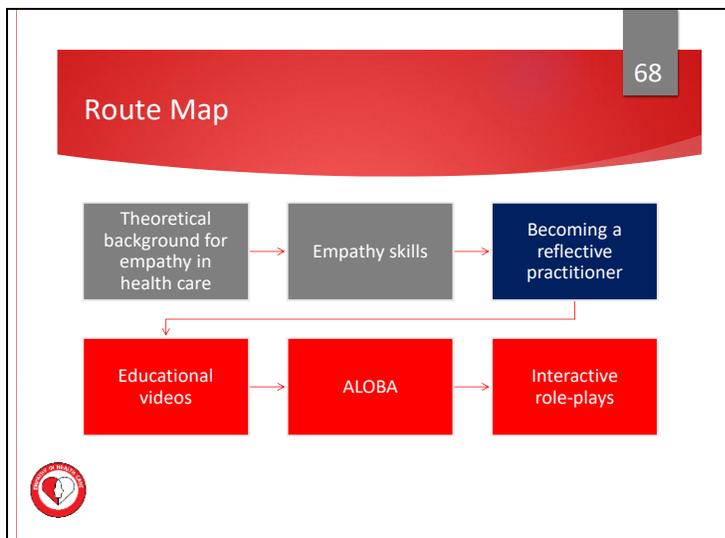


Folie 67

67

Let's practice

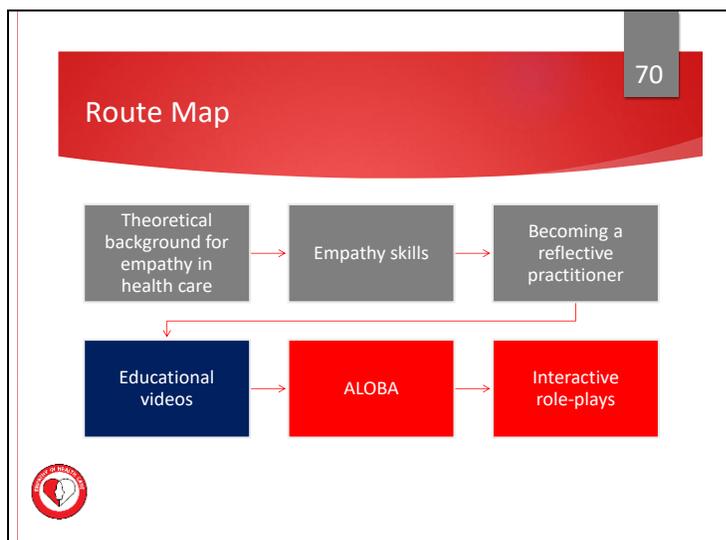
Folie 68



Becoming a reflective practitioner69

- “Experiential learning is a process by which learning occurs by having an experience. However, experience alone is not sufficient for learning to occur. The experience must be interpreted and integrated into existing knowledge structures to become new or expanded knowledge. Reflection is crucial for this active process of learning.” (Sandars, 2009)
- To aid our learners to become reflective practitioners we have incorporated two aspects of experiential learning:
 - Vicarious learning through educational videos
 - Role-plays

Eine gute Lektüre für Tutor*innen, die mehr über das Thema Reflexion lesen möchten: Sandars, John. „The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Medical teacher* 31.8 (2009): 685-695.



Folie 71

71

Educational Videos

<https://www.hse.ie/eng/about/our-health-service/healthcare-communication/module-2/>



Tutor*innen können diesen Link verwenden, um Studierenden Videos des Calgary/Cambridge-Leitfadens zu zeigen.

<https://www.hse.ie/eng/about/our-health-service/healthcare-communication/module-2/>

Folie 72

72

Analysis of video consultation using the Calgary/Cambridge Guide

60min

Verwenden Sie den [Calgary/Cambridge-Leitfaden](#) zur Bewertung des Bildungsvideos.

Handout 2 kann den Studierenden in Papierform oder elektronisch als Word-Dokument ausgehändigt werden. Geben Sie den Studierenden 5 Minuten Zeit zum individuellen Lesen der Fähigkeiten. Fragen Sie sie als Gruppe, ob sie Fragen zu einer der Fähigkeiten haben. Bevor Tutor*innen damit beginnen, den Studierenden die Fähigkeiten zu erklären, sollten sie zunächst fragen, ob einer der Studierenden die Frage beantworten kann. Die Studierenden können ihre Fragen ggf. gegenseitig beantworten. Verbringen Sie nicht mehr als 10-15 Minuten Zeit mit der Beantwortung von Fragen zu den Fähigkeiten.

Bitten Sie die Studierenden nach dem Anschauen des Bildungsvideos, die von ihnen beobachteten Fähigkeiten auf dem Calgary/Cambridge-Leitfaden anzukreuzen.

Holen Sie das Feedback der Studierenden zum Video ein, um darüber zu diskutieren.

(Jede/r der Partner*innen wählt das am besten geeignete Szenario für die LOBs aus)

Folie 73

73

Video 60min

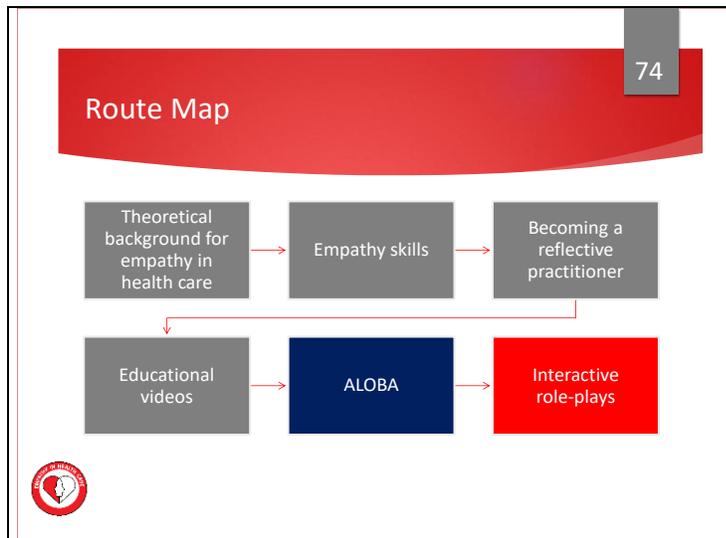
- ▶ Use the Calgary/Cambridge Guide to evaluate the Educational Video of a medical consultation with a patient with high cardiovascular risk
- ▶ Watch Educational Video of a medical consultation with a patient with high cardiovascular risk and ask students to tick the skills they observe on the Calgary/Cambridge Guide
- ▶ Seek students' feedback on video and discuss
- ▶ (Each partner to choose the most appropriate Educational Video for the LOBs)



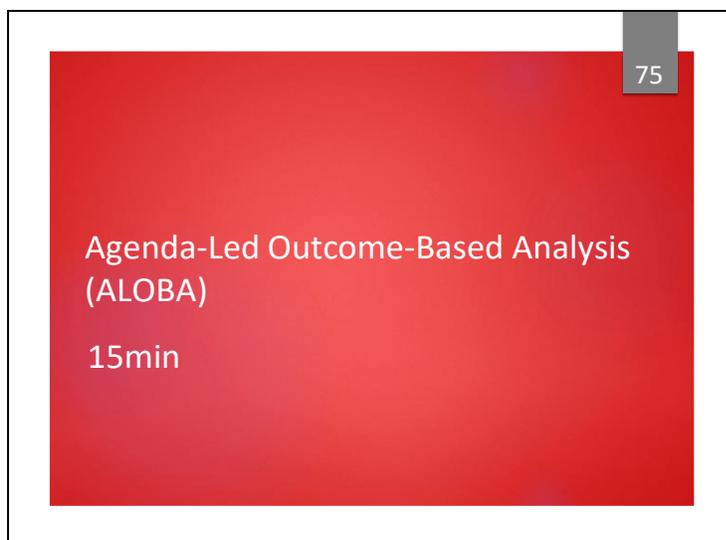
Verwenden Sie den Calgary/Cambridge-Leitfaden zur Bewertung von Bildungsvideo 1. Für Medizinstudent*innen ist das am besten geeignete Video die ärztliche Konsultation mit einem Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risiko.



Folie 74



Folie 75



Die Teilnehmer*innen führen Rollenspiele mit dem simulierten Patienten durch, die je nach den Lernzielen der Sitzung zwischen 8 und 20 Minuten dauern. Als Unterstützung zu dieser Übung empfehlen wir die Verwendung von ALOBA für die Organisation des Feedback-Prozesses. Tutor*innen verwenden [HANDOUT 3: ALOBA Hinweise zum Aufbau und zur Durchführung des Rollenspiels](#)



ALOBA principles (1/2)76

1. How to organise the feedback process

- ▶ Set the learner's agenda
- ▶ Look at the outcomes learner and patient are trying to achieve
- ▶ Encourage self assessment and self problem solving first
- ▶ Involve the whole group in problem solving



Mit ALOBA werden die Nachteile konventioneller Regeln umgangen und die Selbsteinschätzung gefördert. Sie hilft den Feedback-Prozess zu organisieren.

Es wird außerdem zu einer Mischung aus problembasiertem und erfahrungsorientiertem Lernen geraten, das die Agenda für die Lernenden im Mittelpunkt hat.

Bevor das Rollenspiel beginnt, ist die Agenda für die Lernenden festzulegen: Zu erfragen ist, welche Probleme Lernende in ihrer bisherigen Praxis erlebt haben und welche Hilfe sie vom Rest der Gruppe wünschen (z. B. das Achten auf Körpersprache und Vorschläge dazu geben)

Dann werden die Ergebnisse betrachtet: z. B. welches Ziel Lernende anvisieren und wie sie dorthin gelangen könnten (d. h. einen Behandlungsplan vereinbaren)

Am Ende des Rollspiels wird dazu angeregt, eine Selbsteinschätzung abzugeben: Lernenden wird Raum gegeben, Vorschläge darüber zu machen, was sie anders machen könnten, wenn sie dasselbe Rollenspiel noch einmal vorführen würden.

Danach werden Rollenspieler und der Rest der Gruppe einbezogen: sie werden ermutigt, Lösungen nicht nur für die Lernenden, sondern auch für sich selbst in ähnlichen Situationen zu finden.

ALOPA principles (2/2)77

2. How to give useful feedback

- ▶ Use descriptive feedback to encourage a non-judgmental approach
- ▶ Provide balanced feedback
- ▶ Make offers and suggestions; generate alternatives
- ▶ Be well intentioned, valuing and supportive

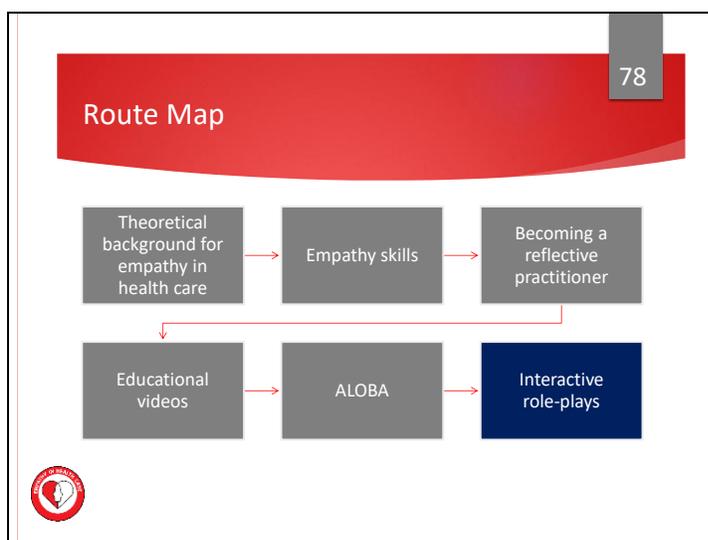


Beschreibendes Feedback: konkrete Kommentare sind abzugeben, die vage Verallgemeinerungen (z. B. Konsultation war nicht gut) verhindern

Ausgewogenes Feedback: darüber, was gut und was nicht gut funktioniert

Erarbeiten Sie Alternativen und spiegeln Sie diese dem/der Lernenden zur Erwägung wider.

Es liegt in der Verantwortung der Moderator*innen der Gruppe, dass respektvoll und sensibel miteinander umgegangen wird.



Folie 79

79



Role play 1
60min

Enter the title of the role play

Die Teilnehmer*innen führen Rollenspiele mit dem simulierten Patienten durch, die je nach den Lernzielen der Sitzung zwischen 8 und 20 Minuten dauern. Als Unterstützung zu dieser Übung, verwenden Sie bitte [Handout 3: ALOBA Hinweise zum Aufbau und zur Durchführung des Rollenspiels](#)

Folie 80

80

Group Discussion

► Closure and evaluation of the day





Bitten Sie jede/n Studierende/n, Ihnen eine Sache zu nennen, die er/sie gelernt hat und die er/sie mitnehmen möchte

Verteilen Sie das Bewertungsformular für die Schulung zum Ausfüllen an die Studierenden und weisen Sie auf die Inhalte 2. Schulungstages hin. Verweisen Sie sie auf elektronische Ressourcen, die sie benötigen, um ihr Lernen und ihre Praxis weiter zu verbessern.

Folie 81

81

Revision Questions

1. What are the main definitions of empathy?
2. What are the first 10 skills that come to mind when you want to establish an empathetic relationship while gathering information from your patients?
3. Based on today's learning, what are the skills you need to further work on?



Folie 82

82

Empathy in relationships and information exchanges in different health care contexts/environments

Definitions of empathy
Research in empathy
Skills and competencies in building empathetic relationships during information exchanges



Key Points

Folie 83



83

References (1/2)

- ▶ Amarins J Wijma, Anouck N Bletterman, Jacqui R Clark, Sigrid C.J.M Vervoort, Anneke Beetsma, Doeke Keizer, Jo Nijs & C. Paul Van Wilgen (2017) Patient-centeredness in physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies, *Physiotherapy Theory and Practice*, 33:11, 825-840, DOI: 10.1080/09593985.2017.1357151
- ▶ Aomatsu M, Otani T, Tanaka A, Ban N, van Dalen J. Medical students' and residents' conceptual structure of empathy: A qualitative study. *Educ Health (Abingdon)* 2013;26:4-8.
- ▶ Decety, Jean, et al. "A social neuroscience perspective on clinical empathy." *World Psychiatry* 13.3 (2014): 233.
- ▶ Ekman, Eve, and Michael Krasner. "Empathy in medicine: Neuroscience, education and challenges." *Medical Teacher* 39.2 (2017): 164-173.
- ▶ Hojat M, Axelrod D, Spandorfer J, Mangione S. Enhancing and sustaining empathy in medical students. *Med Teach* 2013;35:996-1001.
- ▶ Hojat M, Spandorfer J, Louis DZ, Gonnella JS. Empathic and sympathetic orientations toward patient care: Conceptualization, measurement, and psychometrics. *Acad Med* 2011;86:989-95.
- ▶ Makoul, G. (2001a) The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Education and Counseling* 45 (1), 23-34.



Folie 84

84

References (2/2)

- ▶ Makoul, G. (2001b). Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* 76, 390-393.
- ▶ Papageorgiou A, Miles S, Fromage M. Does medical students' empathy change during their 5-year MBBS degree?. *Educ Health*. 2018;31:142-7.
- ▶ Sandars, John. "The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44." *Medical teacher* 31.8 (2009): 685-695.
- ▶ Silverman, J. & Kurtz, S, & Draper, J. (2005). *Skills for communicating with patients*. 2nd edn, Radcliffe Publishing, Oxford. Revised (3rd edition) 2013.
- ▶ Tavakol S, Dennick R, Tavakol M. Medical students' understanding of empathy: A phenomenological study. *Med Educ* 2012;46:306-16.
- ▶ von Fragstein, M. & Silverman, J. & Cushing, A. & Quilligan, S. & Salisbury, H. & Wiskin, C. & on behalf of the UK Council of Clinical Communication in Undergraduate Medical Education (2008). UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Medical Education* 42, 1100-1107.
- ▶ Zaki J, Ochsner KN. The neuroscience of empathy: progress, pitfalls and promise. *Nature neuroscience*. 2012 May;15(5):675.



Folie 85



85

References-Physiotherapy

- ▶ Ward A, Mandrusiak A, Levett-Jones T (2018). Cultural empathy in physiotherapy students: a pre-test post-test study utilising virtual simulation. *Physiotherapy*. 2018 Dec;104(4):453-461.
- ▶ Dahl-Michelsen T. (2015). Curing and caring competences in the skills training of physiotherapy students. *Physiother Theory Pract*, 31(1):8-16.
- ▶ Petrucci C, La Cerra C, Aloisio F, Montanari P, Lancia L. (2016). Empathy in Health Professional Students: A Comparative Cross-sectional Study. *Nurse Education Today* 41: 1-5.
- ▶ Allen, Millie V., and Lisa C. Roberts. "Perceived acquisition, development and delivery of empathy in musculoskeletal physiotherapy encounters." *Journal of Communication in Healthcare* 10.4 (2017): 304-312.



Folie 86

86

References-Midwifery

- ▶ Charitou, A., Ffili, P., & Vviliaki, V. G. (2019). Is empathy an important attribute of midwives and other health professionals?: A review. *European Journal of Midwifery*, 3, 4. <https://doi.org/10.18332/ejm/100612>
- ▶ Dahlberg, U., & Aune, I. (2013). The woman's birth experience—The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29(4), 407–415. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>
- ▶ Leinweber, J., Creedy, D. K., Rowe, H., & Gamble, J. (2019). Assessing emotional aspects of midwives' intrapartum care: Development of the emotional availability and responsiveness in intrapartum care scale. *Midwifery*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.019>
- ▶ Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet*, 384(9948), e42-4. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60859-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60859-x)
- ▶ Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdottir, S. I., Nilsson, C., Ekström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E., & Stramrood, C. (2022). Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth*, n/a(n/a). <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/birt.12634>
- ▶ McKenna, L., Boyle, M., Brown, T., Williams, B., Molloy, A., Lewis, B., & Molloy, L. (2011). Levels of empathy in undergraduate midwifery students: an Australian cross-sectional study. *Women Birth*, 24(2), 80–84.



Folie 87



87

References-Midwifery

- ▶ Dahlberg, U., & Aune, I. (2013). The woman's birth experience—The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29(4), 407–415. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>
- ▶ Sandall, J., Coxon, K., Mackintosh, N. J., Rayment-Jones, H., Locock, L., & Page, L. (2016). Relationships: the pathway to safe, high-quality maternity care. In Sheila Kitzinger symposium at Green Templeton College, Oxford: Summary report. Green Templeton College, Oxford.
- ▶ Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. The Cochrane Library
- ▶ Tafazoli, M., Ezzati, R., Mazloom, S. R., & Asgharipour, N. (2018). The effect of empathy skills training on the Empathetic behaviours of Midwifery students. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 6(2), 1236–1243. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2018.10214>
- ▶ Alhassan, M. (2019). Effect of a 2-day communication skills training on nursing and midwifery students' empathy: a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 9(3), e023666. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023666>
- ▶ Aktas, S., & Pasinlioglu, T. (2021). The effect of empathy training given to midwives on the empathic communication skills of midwives and the birth satisfaction of mothers giving birth with the help of these midwives: A quasi-experimental study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(4), 858–867. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jep.13523>



Folie 88

88



5.3. BILDUNGSVIDEOS

AKTIVITÄT IO7A2: TUTOR-GUIDE-ENTWICKLUNG



Verwenden Sie [Handout 2 Calgary/Cambridge-Leitfaden](#) zur Bewertung der Videos.

5.3.1. BILDUNGSVIDEO 1: SZENARIO 13 (GEBURTSANMELDUNG UND GEBURTSPLANBESPRECHUNG MIT KÜRZLICH ZUGEWANDERTER KLIENTIN)

Szenario Nummer: 13

Titel: Geburtsanmeldung und Geburtsplanbesprechung mit kürzlich zugewanderter Klientin

Fachgebiet: Hebammenwissenschaft/Medizin

Entwickelt von: Charité

Arbeitsbereiche: Arbeitsbereich 1, 2 und 3.1

Besondere Merkmale: Bereitstellung einer frauenzentrierten geburtshilflichen Betreuung, gemeinsame Entscheidungsfindung und kulturelle Diversität

Beschreibung des Szenarios: Frau Kurt ist vor kurzem aus der Türkei nach Berlin zugewandert und erwartet ihr zweites Kind. Sie möchte wissen, was sie erwartet, wenn sie zur Geburt ihres Kindes in das Krankenhaus kommt. Die Hebamme bespricht mit ihr, welche Möglichkeiten ihr zur Schmerzlinderung während der Geburtswehen und in der Zeit nach der Geburt des Kindes zur Verfügung stehen und inwieweit sich die Versorgung möglicherweise von der unterscheidet, die sie bei der Geburt ihres ersten Kindes in der Türkei erhalten hat.

5.3.2. BILDUNGSVIDEO 2: SZENARIO 8 (MEDIZINISCHE KONSULTATION: PATIENT MIT HOHEM KARDIOVASKULÄREM RISIKO)

Szenario-Nummer: 8

Titel: Medizinische Konsultation: Patient mit hohem kardiovaskulärem Risiko

Fachgebiet: Medizin

Entwickelt von: UNIC

Arbeitsbereiche: Arbeitsbereiche 1 and 2

Besondere Merkmale: Risikokommunikation bei einem adipösen Mann mittleren Alters mit mehreren Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Beschreibung des Szenarios: Ein 55-jähriger übergewichtiger Mann kommt zur jährlichen Gesundheitsuntersuchung in die Hausarztpraxis. Die jährliche Gesundheitsuntersuchung hat ergeben, dass



er aufgrund einer Reihe von Risikofaktoren (Übergewicht, Bluthochdruck, erhöhte Cholesterin- und Blutzuckerwerte, Rauchervorgeschichte und Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Familie) ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen hat (10-Jahres-Risiko von 32,2 %). Der Patient macht sich keine Sorgen um seine Art und Weise der Lebensführung, hat aber beschlossen, an der diesjährigen jährlichen Gesundheitsuntersuchung teilzunehmen, da bei seinem Bruder kürzlich eine Herz-Kreislauf-Erkrankung diagnostiziert wurde und seine Frau sich Sorgen um seine Gesundheit macht. Der/die Student*in wird aufgefordert, mit dem Patienten die Ergebnisse seiner jährlichen Gesundheitsuntersuchung und sein Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen zu besprechen und alle relevanten Änderungen der Lebensweise wie Ernährung, körperliche Aktivität und Rauchen anzusprechen.

5.3.3. BILDUNGSVIDEO 3: SZENARIO 6 (EMPATHIE UND KULTURELLE DIVERSITÄT, ZUSAMMENARBEIT MIT DOLMETSCHER*IN: ZUGEWANDERTER PATIENT MIT LUNGENINFEKTION)

Szenario-Nummer: 6

Titel: Empathie und kulturelle Diversität, Zusammenarbeit mit Dolmetscher*in: zugewandertes Patient mit Lungeninfektion

Fachgebiet: Physio/ Medizin/VET

Entwickelt von: UTH

Arbeitsbereiche: Alle Arbeitsbereiche

Besondere Merkmale: Kulturelle Diversität, Informationen geben bzw. einholen, Zusammenarbeit mit Dolmetscher*in

Beschreibung des Szenarios: Ein Mann (in seinen 20ern), Flüchtling (Muslim), Arabisch sprechend (Dolmetscher), in einem Flüchtlingslager lebend, hatte eine Lungeninfektion und ist jetzt in der Lungenklinik (hat Angst, Atembeschwerden, Kommunikationsschwierigkeiten, Probleme mit weiblicher Therapeutin*). Seine Frau begleitet ihn. Eine Physiotherapeutin ist für ihn zuständig, sie muss ihn informieren und ihm vor seiner Entlassung Atemübungen zeigen.



5.4. ROLLENSPIELE

Verwenden Sie [Handout 3 über ALOBA](#) und wie ein Rollenspiel aufzubauen ist.

5.4.1. ROLLENSPIEL 1: SZENARIO 2 (UNTERSUCHUNG UND SCHMERZBEHANDLUNG BEI EINER SCHWANGEREN PATIENTIN MIT SPRACHBARRIERE)

Szenario-Nummer: 2

Rollenspieltitel: Untersuchung und Schmerzbehandlung bei einer schwangeren Patientin mit Sprachbarriere

Fachgebiet: Fachübergreifend

Entwickelt von: Charité

Arbeitsbereiche: Arbeitsbereich 1, 2 und 3.1

Besondere Merkmale: Risikobewertung und Triagierung bei Kommunikationsschwierigkeiten, kulturelle Diversität

Beschreibung des Szenarios: Die Glocke läutet, und Meral Navid und ihr Ehemann Hamid Navid treffen im Kreißsaal ein. Die Hebamme geht zur Tür, um die Neuankömmlinge zu begrüßen. Als sie zur Tür kommt, sieht sie eine Frau in gebückter Haltung, die gerade eine Wehe veratmet. Die Frau trägt einen Hidschab und wird von ihrem Mann begleitet. Meral Navid gestikuliert und traut sich nicht Deutsch zu sprechen, sie versteht jedoch vieles. Ihr Ehemann versucht zu helfen, indem er ihr die Situation erklärt. Die Hebamme stellt sich vor und bespricht mit dem Paar, wie es weitergehen soll.

5.4.2. ROLLENSPIEL 2: SZENARIO 3 (NEUGEBORENES MIT SCHWIERIGKEITEN BEI GEWICHTSZUNAHME: INFORMATIONSAUSTAUSCH UND RISIKOKOMMUNIKATION)

Szenario-Nummer: 3

Rollenspieltitel: Neugeborenes mit Schwierigkeiten bei Gewichtszunahme: Informationsaustausch und Risikokommunikation

Fachgebiet: Fachübergreifend

Entwickelt von: Charité



Arbeitsbereiche: Arbeitsbereiche 1 und 2

Besondere Merkmale: Gemeinsame Entscheidungsfindung nach der Geburt, Risikokommunikation bei Klientin, die das Krankenhaus gegen ärztlichen Rat verlassen möchte

Beschreibung des Szenarios: Frau Lea Kowalsky, eine 36-jährige Frau, hatte vor 4 Tagen einen Kaiserschnitt bei ihrem ersten Kind. Sie wird das Krankenhaus mit ihrem kleinen Sohn Paul verlassen und wartet auf die Ergebnisse der Entlassungsuntersuchung. Die Hebamme, die das Baby wiegt, weiß, dass Frau Kowalsky das Krankenhaus an diesem Tag unbedingt verlassen möchte. Die Hebamme stellt fest, dass das Baby weiter an Gewicht verloren hat, und sie muss diese Information und das damit verbundene Risiko Frau Kowalski mitteilen. Sie rät davon ab, das Krankenhaus heute zu verlassen. Frau Kowalsky ist sehr verärgert und davon überzeugt, dass das Stillen zu Hause besser funktionieren würde. Sie besteht darauf, entlassen zu werden. Die Hebamme steht vor der Herausforderung zu vermitteln, wie ein weiterer Tag im Krankenhaus Frau Kowalski und ihrem Baby zugutekäme.

5.4.3. ROLLENSPIEL 3: SZENARIO 4 (ÄLTERER PATIENT NACH HÜFTOPERATION: KOMMUNIKATION MIT VERWIRRTEM/ÄNGSTLICHEM PATIENTEN)

Szenario-Nummer: 4

Rollenspieltitel: Älterer Patient nach Hüftoperation: Kommunikation mit verwirrtem/ängstlichem Patienten

Fachgebiet: Physio/ Medizin/VET

Entwickelt von: UTH

Arbeitsbereiche: Alle Arbeitsbereiche

Besondere Merkmale: Umgang mit verärgertem Patienten, Erkundung von Patienten Anliegen, gemeinsame Entscheidungsfindung

Beschreibung des Szenarios: Älterer Mann (in seinen 70ern) befindet sich zwei Tage nach einer Hüfttotaloperation in der orthopädischen Klinik. Er hat geistige Probleme (Demenz, Verwirrung) und muss aufgrund seiner gleichzeitigen medizinischen Probleme mobilisiert werden (Aufstehen und mit Unterstützung gehen). Er weigert sich, mit dem Therapeuten/der Therapeutin zusammenzuarbeiten.



5.4.4. ROLLENSPIEL 4: SZENARIO 9 (JUGENDLICHER MIT DIABETES: GEMEINSAME ENTSCHEIDUNGSFINDUNG IN HERAUSFORDERNDEN SITUATIONEN)

Szenario-Nummer: 9

Rollenspieltitel: Jugendlicher mit Diabetes: gemeinsame Entscheidungsfindung in herausfordernden Situationen

Fachgebiet: Medizin

Entwickelt von: UNIC

Arbeitsbereiche: Arbeitsbereiche 1, 2 und 3.1

Besondere Merkmale: Infos einholen, Infos geben, gemeinsame Entscheidungsfindung, Empathie gegenüber einem Patienten zeigen, der sich nicht an die Behandlung hält

Beschreibung des Szenarios: Ein 17-jähriger Jugendlicher mit Typ-I-Diabetes kommt in die Hausarztpraxis, um seine Hypoglykämie-Episoden und seine allgemeine Blutzuckerkontrolle überprüfen zu lassen. Der/die Student*in wird aufgefordert, die möglichen Gründe für die Schwierigkeiten herauszufinden, die der Patient mit seiner Blutzuckereinstellung und der Insulinbehandlung hat, unter anderem auch problematische Verhaltensweisen, wie z. B. verpasste Insulinbehandlungen, weil er glaubt, Diabetes sei ein Hindernis für ein normales Leben und er so sein möchte wie seine Altersgenossen und der Konsum von Substanzen wie Alkohol, Zigaretten und Cannabis. Der/die Student*in wird aufgefordert, seine/ihre empathische Fähigkeiten einzusetzen, um die herausfordernden Probleme rund um die Gesundheit und das Verhalten des Jungen zu ergründen und mit ihm einen gemeinsam vereinbarten Behandlungsplan zu besprechen.



5.5. ÜBUNGEN

ÜBUNG 1: ÜBUNG „GOLDENE-MINUTE“

- ▶ Übung „Goldene-Minute“
- ▶ Der/die Trainer*in überwacht mit einer Stoppuhr die Übungsdauer.
- ▶ Sie sprechen in Zweiergruppen mit Ihrem(er) Partner*in eine Minute lang über ein Thema, bei dem Sie sich wohlfühlen und das Sie selbst betrifft. Ihr(e) Partner*in soll keine Notizen machen und Ihnen keine Fragen stellen. Er/sie soll nur aufmerksam zuhören.
- ▶ Nach einer Minute wechseln Sie. Nun spricht Ihr(e) Partner*in eine Minute lang, und Sie sollen ihm/ihr schweigend zuhören.
- ▶ Wenn die zwei Minuten vorbei sind, muss jedes Paar der ganzen Gruppe berichten, was es voneinander erfahren hat

Diese Übung fördert das aufmerksame/aktive Zuhören. Untersuchungen haben gezeigt, dass Ärzt*innen ihre Patienten und Patientinnen 18 Sekunden, nachdem sie mit der Erklärung ihres Problems begonnen haben, unterbrechen. Patienten, die ihre Eröffnungsschilderung ohne Unterbrechung beenden durften, brauchten meist weniger als 60 Sekunden, und keiner brauchte länger als 150 Sekunden, selbst wenn er zum Weitermachen aufgefordert wurde. Silverman et al 2005 (2. Auflage). Seite 46.

ÜBUNG 2: GRUNDREGELN AUFSTELLEN

Siehe [Handout 1](#) für Hintergrundlektüre

- ▶ Bitten Sie die Studierenden an einige der besten Gruppendiskussionen zu denken, an denen sie teilgenommen haben. Bitten Sie sie dann darüber nachzudenken, was an diesen Diskussionen so befriedigend war. Diese Dinge sollen sie aufschreiben. (zum Beispiel: habe mich während der Teilnahme wohlfühlt, empfand den Tutor/die Tutorin als ansprechbar usw.)
- ▶ Als Nächstes bitten Sie die Studierenden an die schlimmsten Gruppendiskussionen zu denken, an denen sie teilgenommen haben und darüber nachzudenken, warum diese so unbefriedigend waren. Auch diese sollen sie aufschreiben.



- ▶ Sie bitten die Studierenden für jedes der ermittelten positiven Merkmale drei Dinge vorzuschlagen, die sie als Gruppe tun und damit dafür sorgen könnten, dass diese Merkmale vorliegen.
- ▶ Sie bitten die Studierenden für jedes der ermittelten negativen Merkmale drei Dinge vorzuschlagen, die sie als Gruppe tun und damit dafür sorgen könnten, dass diese Merkmale nicht vorliegen.
- ▶ Sie stellen anhand der Vorschläge der Studierenden eine Reihe von Grundregeln auf, denen alle zustimmen, die sie anschließend schriftlich an alle verteilen.
- ▶ Sie bitten die Klasse in regelmäßigen Abständen, darüber nachzudenken, ob die zu Beginn des Semesters aufgestellten Grundregeln funktionieren. Sie nehmen bei Bedarf Anpassungen vor.

Einige Grundregeln, die jede Gruppe haben sollte

- Pünktlich sein
- Handys aus
- Andere nicht unterbrechen
- Gleiche Beteiligung aller Mitglieder
- Fragen können jederzeit gestellt werden
- Sich nicht über andere lustig machen oder sie herabsetzen
- Sie haben das Recht, anderer Meinung zu sein, aber tun Sie das respektvoll
- Geben Sie immer zuerst ein positives Feedback und dann ein konstruktives Feedback über Dinge, die verbessert werden können
- Jede Person in der Gruppe und nicht nur der Tutor/die Tutorin hat die Verantwortung, einen Studierenden zu konfrontieren, wenn er/sie die Gruppenarbeit durch Missachtung der Gruppenregeln stört
- Wenn Sie sich durch etwas/jemanden beleidigt fühlen, sprechen Sie es sofort an
- Konsequenzen

ÜBUNG 3: BRAINSTORMING



- ▶ Die Gruppe benennt einen/eine Schriftführer*in, um die Antworten auf nachfolgende Fragen an die Tafel zu schreiben:
- ▶ Was ist Ihr Verständnis von Empathie?

ÜBUNG 4: WISSENS-QUIZ

- ▶ Was sind die Hauptunterschiede zwischen den drei Aspekten der Empathie wie sie im Empathie-Dreieck definiert sind?
- ▶ Bitte geben Sie ein Beispiel für jede im Empathie-Dreieck definierte Art von Empathie.

Antwort: Bei der kognitiven Empathie, der Mentalisierung, der Perspektivenübernahme und der Theorie des Geistes geht es darum zu verstehen, was eine andere Person fühlt, ohne dass wir notwendigerweise dieselben Gefühle teilen, worum es hingegen bei affektiver Empathie, Teilung emotionaler Erfahrungen, Teilung emotionaler Repräsentationen und emotionaler Ansteckung in erster Linie geht.

Prosoziale Anteilnahme, empathische Motivation, Sympathie, empathische Anteilnahme, Mitgefühl und Altruismus beziehen sich darauf, wie motiviert wir uns aufgrund unserer kognitiven und/oder affektiven Empathie fühlen, um ein altruistisches Verhalten zu zeigen.

Beispiele:

Kognitive Empathie: „Wie ich sehe, bist du hochofrenut über die Ergebnisse deiner Abschlussprüfung.“

Affektive Empathie: „Ich bin auch froh, dass deine Ergebnisse so gut sind.“

Prosoziale Anteilnahme: „Lass uns ausgehen und deinen Erfolg feiern.“

ÜBUNG 5: REFLEKTIERENDE ÜBUNG

- ▶ Diskutieren Sie in Zweiergruppen über Ihre Erfahrungen mit Patient*innen, denen Sie in Ihren klinischen Praktika begegnen.
- ▶ Welche Art von Empathie empfinden Sie bei diesen Begegnungen?

ÜBUNG 6: BILDUNGSVIDEO 1

Den [Calgary/Cambridge](#)-Leitfaden zur Bewertung von Schulungsvideo 1 verwenden.

[Handout 2](#) kann den Studierenden in Papierform oder elektronisch als Word-Dokument ausgehändigt werden. Geben Sie den Studierenden 5 Minuten Zeit zum individuellen Lesen der Fähigkeiten. Fragen Sie



sie als Gruppe, ob sie Fragen zu einer der Fähigkeiten haben. Bevor Tutor*innen damit beginnen, den Studierenden die Fähigkeiten zu erklären, sollten sie fragen, ob einer der Studierenden die Frage beantworten kann. Die Studierenden können ihre Fragen ggf. gegenseitig beantworten. Verbringen Sie nicht mehr als 10-15 Minuten Zeit mit der Beantwortung von Fragen zu den Fähigkeiten.

Das [Bildungsvideo 1](#) ansehen und die Studierenden bitten, die von ihnen im **Calgary/Cambridge-Leitfaden festgestellten Fähigkeiten anzukreuzen**

Holen Sie das Feedback der Studierenden zum Video ein, um diese mit ihnen zu diskutieren (jeder Partner wählt das am besten geeignete Szenario für die LOBs)

ÜBUNG 7: ROLLENSPIEL

Verwenden Sie [Handout 3: ALOBA](#) und wie man ein Rollenspiel aufbaut und durchführt.

ÜBUNG 8: ABSCHLUSS UND AUSWERTUNG DES TAGES

Bitten Sie jeden Studierenden, Ihnen eine Sache zu nennen, die er/sie gelernt hat und die er/sie mitnehmen möchte

Verteilen Sie das [Bewertungsformular](#) für die Schulung an die Studierenden zum Ausfüllen und weisen Sie auf die Inhalte 2. Schultages hin. Verweisen Sie sie auf elektronische Ressourcen, die sie benötigen, um ihr Lernen und ihre Praxis weiter zu verbessern.



5.6. ZUSÄTZLICHE HANDOUTS

HANDOUT 1: AUFSTELLUNG VON GRUNDREGELN FÜR GRUPPEN

Was sind Grundregeln?

Grundregeln formulieren eine Reihe von erwarteten Verhaltensweisen für das Verhalten im Klassenzimmer. Sie können von der Lehrkraft festgelegt oder von den Studierenden selbst erstellt werden (manche sind der Meinung, dass sich Studierende eher an die Grundregeln halten, wenn sie an deren Erstellung beteiligt sind).

Wie können wir Grundregeln anwenden?

Grundregeln sollten zu Beginn eines Kurses aufgestellt werden, und die Lehrkraft sollte erklären, wozu sie dienen (z. B. um sicherzustellen, dass jeder gehört wird oder dass alle Gruppenmitglieder ihren Beitrag leisten usw.)

Einige Lehrkräfte bitten Studierende, einen Vertrag über die Grundregeln zu unterzeichnen; andere besprechen und vereinbaren die Grundregeln einfach informell. Es ist wichtig, dass Lehrkräfte die Studierenden regelmäßig an diese Grundregeln erinnern, insbesondere wenn Probleme auftreten (z. B. wenn sich Studierende in der Diskussion gegenseitig unterbrechen oder unangemessene persönliche Bemerkungen machen).

Lehrkräfte sollten auch darauf achten, dass die Studierenden für die Einhaltung dieser Regeln verantwortlich gemacht werden, z. B. indem sie eine kleine Strafe für Verstöße verhängen (dies kann auf eine lockere Art und Weise geschehen, beispielsweise indem sie Studierende, die gegen die Regeln verstoßen, bitten, einen Snack für alle mitzubringen), indem sie das Verhalten während der Diskussionen in die Bewertung der Teilnahme am Kurs einfließen lassen oder indem sie Studierende, deren Verhalten gegen die vereinbarten Regeln verstößt, zur Seite nehmen und mit ihnen sprechen.

Vorschläge für Grundregeln sammeln

Jede Gruppe sollte ihre eigenen Grundregeln aufstellen, die für die jeweilige Gruppe angemessen sind. Sie schreiben diese auf einer Flipchart auf und bringen sie im Raum für alle sichtbar an. Wenn die Grundregeln vereinbart sind, verpflichten sich alle Mitglieder der Gruppe, sie einzuhalten. Die



Grundregeln können im Laufe des Semesters überprüft und bei Bedarf geändert werden. Im Folgenden werden Grundregeln vorgeschlagen, die Sie in Ihrer Gruppe aufstellen können.

- Aktives und aufmerksames Zuhören
- Pünktlich erscheinen
- Vorbereitet erscheinen
- Um Aufklärung bitten, wenn etwas konfus ist
- Sich nicht gegenseitig unterbrechen
- Handys in der Gruppensitzung nicht benutzen Wird ein wichtiger Anruf erwartet, der Lehrkraft darüber in Kenntnis setzen und notfalls hinausgehen.
- Laptops nur dann für Notizen verwenden, wenn der Studierende sie benötigt (z. B. bei Lernschwierigkeiten)
- Gleichberechtigte Teilnahme aller in der Gruppe
- Sich nicht scheuen, Fragen zu stellen
- Widersprechen dürfen, dies aber respektvoll tun
- Gegenseitig herausfordern dürfen, dies aber respektvoll tun
- An konstruktives und spezifisches Feedback denken
- Sich nicht über andere lustig machen oder sie herabsetzen
- Diskussion nicht monopolisieren
- Sofort zu erkennen geben, wenn Sie sich beleidigt durch eine Äußerung während der Diskussion fühlen
- Wenn Sie ein Problem mit der Lehrkraft haben, es so schnell wie möglich vorbringen, damit es gelöst werden kann
- Informationen, die während des Unterrichts von Gruppenmitgliedern über persönliche Erfahrungen weitergegeben werden, als vertraulich behandeln und sie nicht außerhalb des Unterrichts weitergeben
- Wenn Sie früher gehen müssen, informieren Sie die Lehrkraft
- Sie müssen nicht alle Mitglieder Ihrer Gruppe mögen, um mit ihnen zusammenzuarbeiten
- Jeder hat es verdient, gehört zu werden, auch wenn Sie mit dem, was gesagt wird, nicht einverstanden sind
- Rotation der Verantwortlichkeiten in der Gruppe (z. B. bei Schriftführung)
- Konsequenzen: Gruppenmitglieder, die das Arbeiten in der Gruppe durch Missachtung der Gruppenregeln stören, können von den Gruppenmitgliedern zur Rede gestellt werden und müssen die angegebenen Konsequenzen tragen.

Anmerkung: Wenn eine Gruppe gleich zu Beginn Konsequenzen festlegen möchte, kann sie dies tun. Wenn die Lehrkraft sieht, dass die Gruppenmitglieder in dieser Phase nicht so sehr daran interessiert sind, kann sie vorschlagen, dass die Mitglieder darüber nachdenken, und zu einem späteren Zeitpunkt darauf zurückkommen. Bitten Sie sie jedoch in der Zwischenzeit, darüber nachzudenken, welche Konsequenzen sie für angemessen halten.



Einige Grundregeln, die jede Gruppe haben sollte

- ❖ Pünktlich sein
- ❖ Handys aus
- ❖ Andere nicht unterbrechen
- ❖ Gleiche Beteiligung aller Mitglieder
- ❖ Fragen können jederzeit gestellt werden
- ❖ Sich nicht über andere lustig machen oder sie herabsetzen
- ❖ Sie haben das Recht, anderer Meinung zu sein, aber tun Sie das respektvoll
- ❖ Geben Sie immer zuerst ein positives Feedback und dann ein konstruktives Feedback über Dinge, die verbessert werden können
- ❖ Jede Person in der Gruppe und nicht nur der Tutor/die Tutorin hat die Verantwortung, einen Studierenden zu konfrontieren, wenn er/sie die Gruppenarbeit durch Missachtung der Gruppenregeln stört
- ❖ Wenn Sie sich durch etwas/jemanden beleidigt fühlen, sprechen Sie es sofort an
- ❖ Konsequenzen

Wie man Grundregeln aufstellt

Eine Möglichkeit, Grundregeln aufzustellen, besteht darin, Studierende zu bitten, sich Regeln auszudenken, die sie in der Gruppe gerne einhalten würden. Eine andere Methode umfasst die folgenden Schritte:

1. Bitten Sie die Studierenden an einige der besten Gruppendiskussionen zu denken, an denen sie teilgenommen haben. Bitten Sie sie dann darüber nachzudenken, was an diesen Diskussionen so befriedigend war. Diese Dinge sollen sie aufschreiben. (zum Beispiel: habe mich während der Teilnahme wohlfühlt, empfand den Tutor/die Tutorin als ansprechbar usw.)
2. Als Nächstes bitten Sie die Studierenden an die schlimmsten Gruppendiskussionen zu denken, an denen sie teilgenommen haben und darüber nachzudenken, warum diese so unbefriedigend waren. Auch diese sollen sie aufschreiben.
3. Sie bitten die Studierenden für jedes der ermittelten positiven Merkmale drei Dinge vorzuschlagen, die sie als Gruppe tun und damit dafür sorgen könnten, dass diese Merkmale vorliegen.



4. Sie bitten die Studierenden für jedes der ermittelten negativen Merkmale drei Dinge vorzuschlagen, die sie als Gruppe tun und damit dafür sorgen könnten, dass diese Merkmale nicht vorliegen.
5. Sie stellen anhand der Vorschläge der Studierenden eine Reihe von Grundregeln auf, denen alle zustimmen, die sie anschließend schriftlich an alle verteilen.
6. Sie bitten die Klasse in regelmäßigen Abständen, darüber nachzudenken, ob die zu Beginn des Semesters aufgestellten Grundregeln funktionieren. Sie nehmen bei Bedarf Anpassungen vor.

Literatur:

www.cmu.edu/teaching

<https://mgrush.com/blog/2017/02/02/ground-rules/>

Brookfield, S.D., Preskill, S. 2005. *Discussion as a way of Teaching: Tools & Techniques for Democratic Classrooms*. San Francisco: Jossey-Bass (2. Auflage)

<https://teachingcenter.wustl.edu/resources/inclusive-teaching-learning/establishing-ground-rules/>

Kollektivvertrag für alle Gruppenmitglieder

Grundregeln für die Gruppe:



Konsequenzen:

Gruppenmitglieder, die das Arbeiten in der Gruppe durch Missachtung der Gruppenregeln stören, können von den anderen Gruppenmitgliedern oder der Lehrkraft zur Rede gestellt werden und müssen die angegebenen Konsequenzen tragen:

Wir stimmen individuell und kollektiv den Grundregeln zu, die wir als Gruppe festgelegt haben, und wir vereinbaren auch die festgelegten Konsequenzen.

Name des Gruppenmitglieds

Unterschrift



Gruppenmoderator*in/Tutor*in

Datum: _____



HANDOUT 2: CALGARY/CAMBRIDGE-LEITFADEN - FÄHIGKEITEN

©Alle Inhalte unterliegen dem Urheberrecht der ursprünglichen Eigentümer

Bei Nachdrucken geben Sie bitte die auf der letzten Seite des Leitfadens angegebenen Referenzen an

CALGARY-CAMBRIDGE-LEITFADEN FÜR DAS ÄRZTLICHE GESPRÄCH – DER KOMMUNIKATIONSPROZESS

AUFNEHMEN DER SITZUNG

HERSTELLEN EINER ERSTEN BEZIEHUNG

1. **Begrüßt** Patient*in und erfragt seinen/ihren Namen
2. **Stellt** sich selbst **vor**, erklärt Zweck und Sinn des Gesprächs; holt, falls erforderlich, Zustimmung ein
3. Zeigt **Respekt** und Interesse, nimmt Anteil am Wohlbefinden des Patienten/der Patientin

IDENTIFIKATION DES GRUNDES/DER GRÜNDE FÜR DIE KONSULTATION

4. **Erfasst** mit einer geeigneten **Eröffnungsfrage** die Probleme oder Fragen, die der Patient/die Patientin ansprechen möchte (wie z. B. „Welche Beschwerden haben Sie ins Krankenhaus geführt?“ oder „Was möchten Sie heute besprechen?“ oder „Welche Fragen möchten Sie heute beantwortet haben?“)
5. **Hört** sich die Eröffnungsschilderung des Patienten/der Patientin aufmerksam **an**, ohne zu unterbrechen oder den Schilderungen eine Richtung zu geben
6. **Bestätigt** das Geschilderte **und prüft**, ob es weitere Beschwerden gibt (z. B. „Sie haben also Kopfschmerzen und Müdigkeit; gibt es noch etwas.....?“)
7. **Vereinbart** **Besprechungspunkte**, die sowohl Ansprüche des/der Patient*in als auch des Arztes/der Ärztin einschließen

SAMMELN VON INFORMATIONEN

Exploration der Beschwerden des Patienten



8. **Ermutigt** den/die **Patient*in dazu, die Vorgeschichte** des Problems/der Beschwerden vom Beginn bis zur Gegenwart in eigenen Worten zu erzählen (Klärung des Grundes für die jetzige Vorstellung)
9. **Verwendet offene und geschlossene Fragetechniken** und wechselt, je nach Angemessenheit, von offenen zu geschlossenen Fragen
10. **Hört aufmerksam zu**, lässt den Patienten/die Patientin seine/ihre Schilderungen ohne Unterbrechung vervollständigen und räumt dem Patienten/der Patientin Zeit ein, um vor der Antwort nachzudenken oder nach einer Pause fortzufahren
11. **Unterstützt** die verbalen und nonverbalen Schilderungen des/der Patient*in, z. B. durch Ermutigung, Schweigen, Wiederholung, Paraphrasierung, Interpretation
12. **Nimmt** verbale und nonverbale **Hinweise auf** (Körpersprache, Sprache, Gesichtsausdruck, Affekt); **prüft und bestätigt** sie nach Bedarf
13. **Klärt** unklare oder erklärungsbedürftige Schilderungen des/der Patient*in (z. B. „Würden Sie bitte erklären, was Sie mit schwindelig meinen?“)
14. **Fasst periodisch zusammen**, um das eigene Verständnis der Aussagen des Patienten/der Patientin zu prüfen; bittet Patient*in ggf. um Berichtigung der Interpretation oder um weitere Informationen
15. **Verwendet** kurze, **leicht verständliche Fragen und Kommentare**, vermeidet oder erklärt Fachausdrücke angemessen
16. **Ermittelt die Zeitpunkte und Reihenfolge** von Ereignissen

Zusätzliche Fähigkeiten zum Verstehen der Perspektive des/der Patient*in

17. **Ermittelt** aktiv und **ergründet** in angemessener Weise:
 - **Vorstellungen** des/der Patient*in (d. h. Überzeugungen über Ursachen)
 - **Bedenken** (d. h. Sorgen) des/der Patient*in hinsichtlich der Beschwerden
 - **Erwartungen** des/der Patient*in (d. h. Ziele, welche Hilfe er/sie bei den Beschwerden jeweils erwartet)
 - **Auswirkungen**: wie die Beschwerden jeweils das Leben des/der Patient*in beeinträchtigen
18. **Ermutigt den/die Patient*in, seine/ihre Gefühle zu äußern**

STRUKTURIEREN

Sorgen für transparenten Ablauf



19. **Fasst** am Ende einer bestimmten Fragerichtung **zusammen**, um das Verstandene seitens des/der Patient*in vor dem Fortfahren zum nächsten Konsultationsabschnitt zu bestätigen

20. Verwendet **Sign-Posting/Hinweise und überleitende Sätze** beim Wechsel zum jeweils nächsten Abschnitt; schließt Begründung für den nächsten Abschnitt ein

Aufmerksamkeit auf den Gesprächsverlauf

21. **Strukturiert** das Gespräch in **logischer Reihenfolge**

22. Achtet auf die **Zeit** und bleibt beim Thema des Gesprächs

AUFBAU EINER BEZIEHUNG

Verwendung angemessener nonverbaler Verhaltensweisen

23. **Zeigt angemessenes nonverbales Verhalten**

- Augenkontakt, Gesichtsausdruck
- Körperhaltung, Sitzposition und Bewegung
- Sprachliche Hinweise, z. B. Tempo, Lautstärke, Tonfall

24. Wenn er/sie etwas liest, **notiert** oder den Computer benutzt, **geschieht es so**, dass **der Dialog oder die Beziehung nicht gestört wird**

25. **Demonstriert** angemessenes **Maß an Vertrauen**

Entwicklung einer Beziehung

26. **Akzeptiert** die Gültigkeit/Legitimität der Sichtweisen und Gefühle des/der Patient*in; ist nicht wertend

27. **Setzt Empathie ein**, um Verständnis und Wertschätzung für die Gefühle oder die missliche Lage des Patienten zu vermitteln; erkennt offen **die Sichtweisen** und Gefühle **des Patienten an**

28. **Gibt Unterstützung**: drückt Anteilnahme, Verständnis, Hilfsbereitschaft aus; erkennt Versuche zur Krankheitsbewältigung und angemessene Selbstfürsorge an; bietet partnerschaftliches Verhältnis an

29. **Ist sensibel im Umgang** mit für den/die Patient*in peinlichen und verstörenden Themen und körperlichen Schmerzen, auch bei der körperlichen Untersuchung

Einbeziehung des/der Patient*in



30. **Teilt eigene Gedanken** mit dem/der Patient*in, um seine/ihre Mitwirkung zu fördern (z. B. „Was ich jetzt denke, ist“)

31. **Erklärt die Gründe** für Fragen oder für Schritte der körperlichen Untersuchung, die dem/der Patient*in unlogisch erscheinen könnten

32. Fragt nach Erlaubnis für die **körperliche Untersuchung** und erklärt das Vorgehen

ERKLÄREN UND PLANEN

Bereitstellung der korrekten Menge und Art von Informationen

33. **Informiert häppchenweise (Chunk-and-Check-Methode):** Informationen werden in überschaubaren Mengen gegeben und das Verstandene geprüft; verwendet die Reaktion des/der Patient*in als Hinweis dafür, wie weiter zu verfahren ist

34. **Schätzt die Ausgangssituation des/der Patient*in ein:** fragt frühzeitig im Rahmen der Informationsgabe nach dem Vorwissen des/der Patient*in und erkundet die Wünsche des/der Patient*in nach weiteren Informationen

35. **Fragt den/die Patient*in, welche weiteren Informationen hilfreich wären,** z. B. zu Ätiologie oder Prognose

36. **Gibt Erklärungen zu geeigneter Zeit ab:** vermeidet es, voreilig Ratschläge, Informationen oder Zusicherungen zu geben

Hilfe für genaues Erinnern und Verstehen

37. **Gliedert Erklärungen:** teilt sie in eigenständige Abschnitte auf, entwickelt dafür eine logische Abfolge

38. **Verwendet explizite Kategorisierungen oder Sign-Posting/Hinweise** (z. B. „Es gibt drei wichtige Dinge, die ich mit Ihnen besprechen möchte. Erstens...“ „Nun komme ich zu...“)

39. Verwendet **Wiederholungen und Zusammenfassungen**, um bestimmte Informationen zu bekräftigen

40. Verwendet eine präzise, **leicht zu verstehende Sprache**, vermeidet oder erklärt Fachausdrücke

41. **Benutzt visuelle Mittel zur Informationsvermittlung:** Diagramme, Modelle, schriftliche Informationen und Anweisungen

42. **Überprüft, das Verständnis des/der Patient*in** für die gegebenen Informationen (oder erstellten Pläne): z. B. indem der/die Patient*in zur Wiedergabe der Information in eigenen Worten gebeten wird; erläutert bei Bedarf



Erreichung eines gemeinsamen Verständnisses: Einbeziehung der Perspektive des/der Patient*in

43. **Bezieht Erklärungen auf den Krankheitsrahmen des/der Patient*in:** z. B. auf zuvor geäußerte Vorstellungen, Bedenken und Erwartungen
44. **Gibt dem/der Patient*in Gelegenheit und ermutigt ihn/sie, sich einzubringen:** z. B. Fragen zu stellen, um Klärung zu bitten oder Zweifel zu äußern; antwortet angemessen
45. **Greift verbale und nonverbale Hinweise auf,** z. B. Bedürfnis des/der Patient*in Informationen beizusteuern oder Fragen zu stellen, eine Informationsüberlastung oder Not
46. **Eruiert Überzeugungen, Reaktionen und Gefühlen des/der Patient*in** im Hinblick auf die gegebenen Informationen und verwendeten Begriffe; nimmt sie zur Kenntnis und spricht sie gegebenenfalls an

Planen: gemeinsame Entscheidungsfindung

47. **Teilt ggf. eigene Gedanken mit:** Ideen, Gedankengänge, Dilemmas
48. **Bezieht den/die Patient*in ein,** eher durch Anbieten von Vorschlägen als durch Anweisungen
49. **Ermutigt den/die Patient*in, eigene Gedanken einzubringen:** Ideen, Vorschläge und Präferenzen
50. **Vereinbart einen für beide Seiten akzeptablen Plan**
51. **Bietet Wahlmöglichkeiten:** ermutigt den/die Patient*in, im vom Patient*in gewünschten Ausmaß eine Auswahl und Entscheidungen zu treffen
52. **Prüft mit Patient*in,** ob die Pläne akzeptiert werden und ob Bedenken ausgeräumt wurden

ABSCHLUSS DER KONSULTATION

Vorausschauende Planung

53. **Vereinbart** mit dem/der Patient*in die nächsten Schritte sowohl für Patient*in als auch für Arzt/Ärztin
54. **Als Sicherheitsnetz,** erläutert mögliche unerwartete Ergebnisse, erforderliche Schritte im Falle eines Fehlschlags, wann und wie Hilfe zu suchen ist

Angemessenen Abschluss sicherstellen

55. **Fast die Konsultation kurz zusammen** und erklärt den Plan der ärztlichen Betreuung



56. **Überprüft abschließend**, ob der/die Patient*in den Plan mitträgt und sich damit wohlfühlt und bei eventuellen Korrekturen, Fragen oder anderen zu besprechenden Punkten fragen wird

OPTIONEN FÜR ERKLÄRUNGEN UND PLANUNGEN (einschließlich Inhalt)

WENN eine Diskussion zu Untersuchungen und Verfahren stattfindet

57. Gibt klare Informationen über die Verfahren, z. B. was auf den/die Patient*in zukommt, wie er/sie über Ergebnisse informiert wird

58. Setzt die Verfahren mit dem Behandlungsplan in Beziehung: Nutzen, Zweck

59. Ermutigt zu Fragen und Diskussionen über mögliche Ängste oder negative Folgen

WENN eine Diskussion über ärztliche Meinung und Bedeutung von Beschwerden stattfindet

60. Äußert Meinung zur Situation und nennt Möglichkeiten

61. Erklärt die Gründe für Meinung

62. Erklärt Ursachen, Schweregrad, erwarteter Verlauf, kurz- und langfristige Konsequenzen

63. Eruiert Überzeugungen, Reaktionen, Bedenken des/der Patient*in hinsichtlich der Meinung

WENN eine Vereinbarung über einen beiderseitigen Maßnahmeplan getroffen wird

64. Diskutiert die Optionen, z. B. keine Maßnahme, weitere Untersuchung, Medikamente oder Operation, nicht medikamentöse Behandlungen (Physiotherapie, Gehhilfen, Flüssigkeiten, weitere Beratung, Präventivmaßnahmen)

65. Informiert über die angebotene Maßnahme oder Behandlung, nennt die damit verbundenen Schritte, erklärt wie sie funktioniert, die Nutzen und Vorteile sowie mögliche Nebenwirkungen

66. Holt eine Einschätzung der Notwendigkeit von Maßnahmen, wahrgenommenen Vorteile, Hindernisse und Motivation aus der Sicht des/der Patient*in ein

67. Akzeptiert die Sichtweisen des/der Patient*in, nimmt, falls notwendig, einen alternativen Standpunkt ein

68. Eruiert die Reaktionen und Bedenken des/der Patient*in zu Plänen und Behandlungen, einschließlich der Akzeptanz

69. Berücksichtigt Lebensstil, Überzeugungen, kulturellen Hintergrund und Fähigkeiten des/der Patient*in



70. Ermutigt den/die Patient*in, sich an der Umsetzung von geplanten Schritten zu beteiligen, Verantwortung zu übernehmen und eigenständig zu sein

71. Fragt nach Unterstützungssystemen für den/die Patient*in, bespricht andere verfügbare Unterstützungsmöglichkeiten

Literatur:

Kurtz SM, Silverman JD, Draper J (1998) Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Radcliffe Medical Press (Oxford)

Silverman JD, Kurtz SM, Draper J (1998) Skills for Communicating with Patients. Radcliffe Medical Press (Oxford)



HANDOUT 3: ALOBA_AUFBAU UND DURCHFÜHRUNG DES ROLLENSPIELS MITTELS AGENDA-LED OUTCOME-BASED ANALYSE (ALOPA)

Kommunikation erfordert Planung und ergebnisorientiertes Denken. Mit ALOBA werden die Nachteile herkömmlicher Feedback-Regeln vermieden und die Selbsteinschätzung gefördert. Sie hilft den Feedback-Prozess zu organisieren. Es wird außerdem zu einer Mischung aus problembasiertem und erfahrungsorientiertem Lernen geraten, das die Agenda für die Lernenden im Mittelpunkt hat. Die ALOBA ist in zwei Teile gegliedert.

Teil 1

Bevor das Rollenspiel beginnt, ist die Agenda für die Lernenden festzulegen: Zu erfragen ist, welche Probleme Lernende in ihrer bisherigen Praxis erlebt haben und welche Hilfe sie vom Rest der Gruppe wünschen (z. B. das Achten auf Körpersprache und Vorschläge dazu geben).

Dann werden die Ergebnisse betrachtet: z. B. was der/die Lernende erreichen möchte und wie er/sie dorthin kommen könnte (d. h. es wird ein Behandlungsplan ausgehandelt).

Am Ende des Rollenspiels wird dazu angeregt, eine Selbsteinschätzung abzugeben: Lernenden wird Raum gegeben, Vorschläge darüber zu machen, was sie anders machen könnten, wenn sie dasselbe Rollenspiel noch einmal vorführen würden.

Danach werden Rollenspieler und der Rest der Gruppe einbezogen: sie werden ermutigt, Lösungen nicht nur für die Lernenden, sondern auch für sich selbst in ähnlichen Situationen zu finden.

Teil 2

Wie gebe ich nützliches Feedback?

Bitten Sie die Studierenden, ein beschreibendes Feedback zu geben: konkrete Kommentare sollen vage Verallgemeinerungen (z. B. Konsultation war nicht gut) verhindern.

Ausgewogenes Feedback: darüber, was gut und was nicht gut funktioniert hat.

Erarbeiten Sie Alternativen und spiegeln Sie diese dem/der Lernenden zur Erwägung wider.

Es liegt in der Verantwortung der Moderator*innen der Gruppe, dass respektvoll und sensibel miteinander umgegangen wird.

Teil 1 - Erste Schritte

1. Bei diesen Übungen zu Konsultationsfähigkeiten ist es wichtig, im Gespräch ein Gleichgewicht zwischen der Erkundung der Krankheitsaspekte und der Erkundung der Patientenperspektive herzustellen.



Insgesamt ist es notwendig, mit effektiven Methoden zur Informationssammlung zu arbeiten, um Auskunft sowohl über die Krankheit (die physischen/biochemischen usw.) als auch über die Erkrankung (die Reaktion der Person auf den Krankheitsprozess) zu erhalten und das Erklären und Planen zu üben.

2. Jede Übungssitzung sollte die Möglichkeit dazu geben, von der Aufnahme über das Sammeln von Informationen bis zum Strukturieren der Übung und den Aufbau der Beziehung die Konsultation nachzuprüfen. Es wird interessant sein zu sehen, wie viel von dem Gelernten der vergangenen Jahre durch deren bisherigen Erfahrungen verloren gegangen sind.

3. Beschreiben Sie das spezifische Szenario ausreichend ausführlich, sodass die Gruppe sich orientieren kann (z. B. Umgebung, Alter, einige bereits bekannte Informationen, aber nicht die gesamte Geschichte der vorliegenden Beschwerden)

4. Erklären Sie den Studierenden ausdrücklich, dass sie Medizinstudent*innen darstellen oder, wenn sie meinen, dass es ihnen hilft, Besseres zu leisten, dass sie Assistenzärzt*innen im ersten Jahr sind.

5. Versuchen Sie, die Gruppe dazu zu bringen, zu erkunden, was die Schwierigkeiten für sie und den/die Patient*in sein könnten.

6. Für Moderator*innen ist es hilfreich, wenn sie zwei oder drei Ziele für jede Rolle klar vor Augen haben.

7. Wenn Studierende beginnen sich auf das Rollenspiel vorzubereiten, ist es hilfreich für sie, die folgenden Punkte zu überprüfen.

- Vor welchen besonderen Schwierigkeiten sehen Sie sich hier gestellt? (versuchen Sie, den Teilnehmer/die Teilnehmerin dazu zu bringen, diese zu präzisieren)
- Was sind Ihre persönlichen Ziele und Zielvorgaben für das Rollenspiel?
- Was würden Sie gerne üben und verfeinern und dazu Feedback erhalten?
- Wie kann die Gruppe Ihnen am besten helfen?
- Wie und worüber möchten Sie Feedback erhalten?

8. Unterstreichen Sie, dass es dem/der Rollenspieler*in jederzeit frei steht, wenn nötig zu unterbrechen und wieder anzufangen, eine Auszeit zu nehmen, einen Abschnitt noch einmal zu spielen, alles noch einmal zu spielen oder einfach aufzuhören, wenn er/sie Hilfe braucht.

9. Geben Sie nach dem Rollenspiel oder während einer Pause, wenn der/die Lernende wieder in die Gruppe kommt, ein Feedback zu den Konsultationsfähigkeiten auf Basis der bisherigen Arbeit.

Teil 2 - Strukturierung der Übungssitzung



1. Es gibt viele Möglichkeiten, eine Sitzung durchzuführen, und jeder/jede Moderator*in wird seinen/ihren eigenen Stil haben. Jedoch eine Möglichkeit, die Sitzung als Ganzes und für jeden einzelnen Studierenden beim Rollenspiel zu strukturieren, besteht darin, das Gespräch in kleine Abschnitte aufzuteilen. Auch wenn durch diese Methode der Gesprächsfluss unterbrochen wird, hat sie doch ihre Vorteile:

- es können mehr Teilnehmer*innen einbezogen werden: pro Student*in etwa fünf Minuten statt 40 Minuten für einen/eine
- das Feedback zu den Konsultationsfähigkeiten funktioniert viel besser, weil die Geschehnisse in den einzelnen kleinen Abschnitten mehr in Erinnerung bleiben und daher gezielteres Feedback gegeben werden kann
- es ist möglich, verschiedene Herangehensweisen zu üben, und den Studierenden wird aufgezeigt, wie die einzelnen Phasen des Gesprächs durchzuführen sind und wie verschiedene Wege gefunden werden, dies zu tun
- das Feedback des Schauspielers/der Schauspielerin kann genutzt werden, um den Studierenden zu verdeutlichen, dass es auf die Zusammenarbeit mit dem/der Schauspieler*in ankommt, und sich nicht auf den Prüfstand gestellt zu fühlen

2. Eine mögliche Gliederung eines Gesprächs ist beispielsweise:

- am Ende der Vorstellungsrunde und der Beziehungsherstellung
- nach einer offenen Anamnese und vor dem Stellen detaillierter Fragen

In jeder Phase ist eine gute, wohlstrukturierte Vermittlung von Konsultationsfähigkeiten möglich.

Punkte für Feedback

1. Denken Sie daran:

- die kommunikativen Mikrofähigkeiten und die genaue Wortwahl, die verwendet wurde, zu betrachten
- neue Techniken entsprechend der Anregungen aus der Gruppe zu üben und einzustudieren
- auf ein ausgewogenes Verhältnis von positivem und negativem Feedback zu achten
- patientenzentrierte Fähigkeiten hervorheben (sowohl durch direkte Fragen als auch durch das Aufgreifen von Hinweisen) sowie die Erfahrungsfaktoren
- das Feedback der Schauspieler*innen zu nutzen

2. Beginnen Sie mit dem Lernenden:

- Wie fühlen Sie sich?



- Können wir zu den Zielvorgaben zurückkehren? Haben sie sich geändert?
- Was halten Sie generell vom Rollenspiel in Bezug auf Ihre Zielvorgaben?
- Sagen Sie uns, was gut gelaufen ist, insbesondere in Bezug auf die von Ihnen festgelegten Zielvorgaben?
- Was lief weniger gut in Bezug auf Ihre spezifischen Zielvorgaben?
- oder „Sie haben offensichtlich eine klare Vorstellung davon, was Sie ausprobieren möchten.“
- Würden Sie es gerne noch einmal versuchen?
- Wozu möchten Sie ein Feedback?
- Holen Sie dann beschreibendes Feedback von der Gruppe ein

3. Bei Vorschlägen von Teilnehmer*innen

- Fragen Sie den Lernenden/die Lernende, ob er oder sie den Vorschlag ausprobieren möchte oder ob ein anderes Gruppenmitglied die Chance dazu bekommen soll
- Versuchen Sie, andere dazu zu bringen, einen Abschnitt im Rollenspiel zu übernehmen, wenn sie eine Anregung geben, wie es anders gemacht werden könnte
- Fragen Sie: „Möchte noch jemand üben?“
- Stellen Sie dem/der Schauspieler*in, in der Rolle, Fragen, die die Gruppe präzisiert hat
- Ziehen Sie den/die Schauspieler*in für Einblicke und bei weiteren Proben hinzu

Literatur

Silverman J, Kurtz S and Draper J. Skills for Communicating with Patients. Radcliffe Medical Press, 2013. 3. Auflage



HANDOUT 4: FORMULAR ZUR BEWERTUNG DES TRAININGS

PILOTTESTBEWERTUNG DES CURRICULUMS UND TRAININGMATERIALS

Trainingseinheit für Arbeitsbereich: _____

Standort: _____

Datum: _____

1. Wie war Ihr Gesamteindruck vom Training?

Ausgezeichnet Gut Ziemlich gut Schlecht Sehr schlecht

2. Wie gut wurden im Kurs Ihrer Meinung nach die folgenden Lernziele erreicht?

Lernziele	Sehr gut	Befriedigend	Ungenügend
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls nicht befriedigend, geben Sie bitte an, warum:



3. Wie nützlich waren die einzelnen Einheiten für Sie persönlich?

Einheit	Äußerst nützlich	Nützlich	Ziemlich nützlich	Nicht nützlich	Irrelevant, aber interessant
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

4. Wie würden Sie den Lehrplan „Empathie im Gesundheitswesen“ in Bezug auf die folgenden Aspekte bewerten?

	Ausgezeichnet	Gut	Ziemlich gut	Schlecht	Sehr Schlecht
Struktur	<input type="checkbox"/>				
Dauer	<input type="checkbox"/>				
Relevanz	<input type="checkbox"/>				
Gründlichkeit	<input type="checkbox"/>				

Kommentare:



5. Wie nützlich fanden Sie die folgenden Arbeitsmaterialien?

	Äußerst nützlich	Nützlich	Ziemlich nützlich	Nicht nützlich	Irrelevant, aber interessant
PPT-Präsentationen	<input type="checkbox"/>				
Bildungsvideos	<input type="checkbox"/>				
VR-Videos	<input type="checkbox"/>				
Rollenspiele	<input type="checkbox"/>				

6. Wie würden Sie den Ausbilder/die Ausbilderin, der/die das Training durchgeführt hat, bewerten?

Ausgezeichnet Gut Ziemlich gut Schlecht Sehr schlecht

7. Hatten Sie das Gefühl, dass es ausreichend Gelegenheit für Diskussionen/Fragen gab?

Ja Nein

Kommentare:

8. Hatten Sie das Gefühl, dass es ausreichend Gelegenheit gab, Kolleg*innen zu treffen und Kontakte zu knüpfen?

Ja Nein

Kommentare:



9. Wie nützlich fanden Sie diesen Kurs insgesamt für Ihre derzeitige Tätigkeit?

- Äußerst nützlich Nützlich Ziemlich nützlich Nicht nützlich

Kommentare:

10. Expecten Sie nach diesem Kurs Veränderungen in Ihrer Praxis?

- Ja Nein

Wenn ja, bitte angeben:

11. Wenn dieser Kurs nicht nützlich war, erklären Sie bitte, warum.

12. Könnten wir irgendeinen Aspekt dieses Kurses verbessern?



13 Bitte bewerten Sie die Organisation und den Veranstaltungsort der Schulung.

	Ausgezeichnet	Gut	Ziemlich gut	Schlecht	Sehr schlecht
Organisation	<input type="checkbox"/>				
Veranstaltungsort	<input type="checkbox"/>				

14. Bitte schreiben Sie hier alle zusätzlichen Kommentare oder Vorschläge.



6. TUTOR-GUIDE ZUR VERWENDUNG DES ARBEITSMATERIALS (HANDBUCH)

How to Use the Training Materials

Verwendung des Lehrmaterials

Verwenden Sie die nachstehende Tabelle, um sich einen Überblick über alle Aktivitäten und die für jede Aktivität benötigte Zeit in Minuten zu verschaffen.

Aktivität	Zeit in Minuten	Arbeitsbereich	Lernheit	LOBS
Angeleitetes Selbststudium				
Die Studierenden werden auf die Online-Ressource verwiesen, um sich vor der Sitzung vorzubereiten.	180	1	1.1	
Präsenztraining				
Begrüßung und Vorstellungsrunde (siehe Übung 1)	30	1	1.1	
Grundregeln (Siehe Übung 2 und Handout 1)	30	1	1.1	
Plan des Tages (in PowerPoint zu finden) Folie 8)	15	1	1.1	
Brainstorming: Was ist Ihr Verständnis von Empathie? (Zu finden in PowerPoint Folie 9 , Übung 3)	40	1	1.1	1
PAUSE				
Power-Point-Präsentation „Allgemeiner Überblick über Empathie und die für Empathie erforderlichen Qualitäten“ Dieser Teil besteht aus einer Präsenz-Power-Point-Präsentation mit interaktiven Übungen, die im Handbuch für Lehrkräfte unter Power-Point-Präsentation beschrieben werden. Die Lehrkräfte orientieren sich an die PPT-Folien und lesen zur Anleitung die Hinweise unter jeder Folie. Selbstgesteuerte Lernaktivität: Verteilen Sie den C/C-Leitfaden per E-Mail an die Studierenden und bitten Sie sie, sich mit den Fähigkeiten vertraut zu machen	90	1	1.1	1-6
Nach jeder PPT-Präsentation folgt eine Frage- und Antwortrunde. Während der PPT-Präsentation gibt es reichlich Gelegenheit, Fragen zu stellen, und Lehrkräfte finden diese in den Folien. Frage- und Antwortrunde (am Ende der PPT haben die Studierenden ggf. weitere Fragen und sollten von den Lehrkräften dazu ermuntert werden.	10	1	1.1	1-6
PAUSE				



Einführung eines Calgary/Cambridge-Leitfadens für die Analyse von Videokonsultationen (Siehe Power-Point-Folie 73, Übung 6 und Handout 2)	15	1	1.1	6-17
Das Bildungsvideo 1 ansehen und die Studierenden bitten, die von ihnen im Calgary/Cambridge-Leitfaden festgestellten Fähigkeiten anzukreuzen Holen Sie das Feedback der Studierenden zum Video ein, um diese zu diskutieren. <i>(Jede der Partner*innen wählt das am besten geeignete Szenario für die LOBs aus)</i> (Siehe Power-Point-Folie 73, Übung 6 und Handout 2)	60	1	1.1	6-19
ALOBA für Rollenspiele einführen (siehe Power-Point-Folien 75-77, Übung 7 und Handout 3)	15	1	1.1	6-19
Rollenspiel 1 mit Feedback von Studierenden (siehe Power-Point-Folie 79, Übung 7 und Handout 3)	60	1	1.1	6-19
PAUSE				
Abschluss und Auswertung des Tages (siehe Power-Point-Folie 80 und Handout 4)	60			
		425 min=7,083 Stunden		