



LAUT GEDACHT

wegweiser zur umsetzung der patientenrechte

ÄRZTLICHE KOMMUNIKATION ANDERS GESEHEN

Univ. Prof. Dr. Kaspar SERTL

Viele Berufene und noch mehr Unberufene beschäftigen sich heute mit Kommunikation und geben gerne vor allem medizinischen Berufen Empfehlungen, wie sie zu kommunizieren haben. Dies hat mehrere Aspekte: **es wird unausgesprochen unterstellt, dass es so etwas wie die richtige Kommunikation gäbe, was aus theoretischen Überlegungen unwahrscheinlich ist.** Gerne wird auch behauptet, dass der Arzt nur richtig kommunizieren müsste und dann gäbe es weniger Konflikte mit den Patienten. Psychologen sagen gerne man müsse sich vorher überlegen, was man den Patienten sagt, damit dieser richtig entscheiden könnte - ein total aussichtsloses Unterfangen. Viele glauben auch, dass man Ärzte und Pflegepersonal nur in Kommunikationsseminare schicken müsste und es gäbe dann nie wieder Konflikte. All dies impliziert, dass medizinische Berufe mit Patienten nicht kommunizieren könnten. Bei kurzer Überlegung sollte aber klar sein, dass **natürlich die Menschen aus den Heilberufen die Experten der Kommunikation mit Patienten sind,** weil dazu ein medizinisches Expertenwissen notwendig ist. Psychologen haben andere Kommunikationsformen als Ärzte, deswegen wollen auch so viele Menschen nicht zu ihnen gehen. Als fleißiger Seminarteilnehmer, darf ich auch berichten, dass vielen Teilnehmern das „Psychologen- und/oder Trainergewäsch“

1

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig, in der >NÖ Edition Patientenrechte<, seit Juli 2001 auf www.patientenanwalt.com zum Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

unglaublich auf die Nerven geht. Sind Psychologen und Trainer deshalb schlecht im Kommunizieren? Der Wunsch von allen Beteiligten verstanden und geliebt zu werden ist verständlich, aber ist er auch realistisch? **Ist es möglich mittels standardisierter „Kommunikationsmethode“ Klarheit zu schaffen für alle Beteiligten? Die Antwort ist natürlich - NEIN.** Daraus ergeben sich auch folgende Fragen: Ist jede Beschwerde über einen Arzt oder eine Schwester schon ein Kommunikationsfehler derselben? Hat Beschwerde vielleicht etwas mit der Krankheit zu tun? Könnte es auch eine Realitätsverweigerung sein – z.B. wieso habe ich Krebs? **Gibt es vielleicht gar keine richtige Aufklärung über Krebs ohne dass der Patient in jedem Fall in ein großes Loch fällt? Darf sich der Patient denn nach einer perfekten Aufklärung überhaupt noch beschweren wenn alle Komplikationen eingetreten sind, die wir ihm als möglich angekündigt haben?** Auch nach einer perfekten Aufklärung ist der Patient krank und leidet und muss sich beschweren dürfen. Beschwerde ist Teil der Krankheit!

Ist es ein mögliches Marketinginstrument diverser Gesundheitsberufe, indem man frei Haus erklärt, dass Ärzte so schlecht kommunizieren? Fragen über Fragen und vor allem keine eindeutigen Antworten, denen alle zustimmen könnten?

Gedanken zur Kommunikation

Lassen sie mich die Frage stellen, **Gibt es einen Bereich oder Menschen in ihrer Umgebung der nicht sagt „Wir müssen unsere Kommunikation verbessern!“.** Falls sie einen kennen, schreiben sie mir bitte. Ich glaube, dass es „die richtige“ Kommunikation nicht gibt. Und das hängt damit zusammen, dass, wie Heinz von Förster es bezeichnete, **„der Zuhörer bestimmt was man sagt“.** Dies ist wie ich glaube eine sehr schwer zu akzeptierende Überlegung: Jeder kennt den Spruch „Ich habe mich doch klar ausgedrückt“. Dies heißt aber nur, dass ich glaube, dass ich es für mich verstehe. **Man kann nie voraussetzen, dass die apostrophierte Person das gleiche geschweige denn das selbe versteht.** Sprache ist nicht eineindeutig. Wir alle haben unsere Sprache zusammen mit persönlicher Erfahrung gelernt und daher haben **Worte für verschiedene Menschen**

ÄRZTLICHE KOMMUNIKATION ANDERS GESEHEN

Autor: Univ. Prof. Dr. Kaspar SERTL

erschienen: Februar 2003

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

verschieden Bedeutungen. Unter Haus kann man sich weiß Gott sehr viel vorstellen. Noch schlimmer wird es bei **Werten, die ja komplett relativ** sind. Was für den einen gut ist für den anderen bereits sehr schlecht. Dabei haben wir noch gar nicht berücksichtigt, dass **gut/böse** (eine sogenannte binäre Kodierung) **immer nur zusammen auftreten können und es ein isoliert gut oder böse nicht gibt.** (Dies kann man schon bei Shakespeare im Hamlet nachlesen). Dies sind klassische Konstrukte, die vom einzelnen erstellt werden. Sonst müssten alle Männer einer Frau verfallen sein oder alle eine Partei wählen. Das gibt es nur in Diktaturen, wo versucht wird Werte zu verabsolutieren und als Wirklichkeit darzustellen. Nach dem Zusammenbruch eines solchen Systems sind viele Werte von früher auf einmal sehr negativ besetzt. **Ideale sind daher menschliche Konstrukte und nicht eine außerhalb des Menschen bestehende Realität.**

Etymologische Bedeutungen (aus Kluge: „Etymologisches Wörterbuch“)

Es ist immer interessant woher die Bedeutung von Wörtern kommen. **Wirklichkeit** zum Beispiel wurde im 13 Jahrhundert von den Mystikern erfunden und kommt von dem Wort „**wirken**“: Wirklichkeit heißt „im Handeln geschehend“. Wirklichkeit hat etwas mit Aktivität zu tun. **Kommunizieren** kommt von *communicare* und das heißt „**etwas gemeinschaftlich machen**“ und trägt etwas handelndes in sich. Interessant auch, dass **faktisch** von *facere* kommt und das heißt „**machen**“: Fakten sind also gemacht. Ähnlich übrigens impliziert das Wort **Tatsache**, dass eine Sache getan wurde. Das Wort **Wahrheit** bedeutet **Treue, Vertrauen** und altkirchenslavisch „**Glaube**“ (im Englischen leicht zu sehen in *truth – trust*). Sprachlich kann also nicht von einer außerhalb des Menschen stehenden Realität ausgegangen werden. Diese wird nicht prinzipiell gelehnet, allerdings ist sie nicht mit Sicherheit erkennbar und es gibt auch keine Annäherung, da es keine Annäherung geben kann, wenn ich nicht weiß woran ich mich annähern soll. **Es kann also sein, dass ich Realität erkenne, aber ich kann es nicht wissen.**

ÄRZTLICHE KOMMUNIKATION ANDERS GESEHEN

Autor: Univ. Prof. Dr. Kaspar SERTL

erschienen: Februar 2003

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Wenn ich dies alles als Grundaxiom annehme und daher sicher bin, dass Sprache und erkennen nie die Wahrheit als absolutes wiedergeben kann, so glaube ich, dass dies große Bedeutung für unseren sozialen Umgang hat und große Bedeutung für unsere Kommunikation für Patienten hat.

Kommunikation Arzt - Patient

Lassen sie mich vorausschicken, dass **das prinzipielle „Einander nicht verstehen“ nicht entschuldigt, dass man sich schlecht benimmt - im Sinne von abwertend oder menschenverachtend.** Dies nach den eigenen Kriterien nur entsprechend „Was du nicht willst das man dir tut, das füge auch keinem anderen zu“ Aber das Problem prinzipiell bleibt bestehen, da ich Handlungen setzen kann, die für mich gut besetzt sind, aber für mein Gegenüber aus welchen Gründen auch immer sehr negativ erfahren werden. Wie **Förster** (ein berühmter österreichischer Kybernetiker) sagte: **Die Chance sich zu verstehen ist minimal.** Dies gilt ganz besonders für das **Arzt-Patienten Gespräch**, bei dem aber **zusätzlich noch das Problem der Angst auf Seite der Patientin dazu kommt.** Es bringen daher folgende Konzepte nichts: **Man kann den Patientin nicht ungestört reden lassen, noch soll der Arzt monologisieren.** Je weniger dialogisiert wird, dass sozusagen beide in kurzer Abfolge miteinander reden, und **je länger der Arzt oder Patient zuhören muss, um so wahrscheinlicher ist sichergestellt, dass der jeweilige Zuhörer aussteigt und Missverständnisse entstehen.** Je länger also jemand redet, um so größer wird die Wahrscheinlichkeit, dass ich nicht mehr in der Lage sein werde, alle Missverständnisse auszuräumen. Darüber hinaus muss klar sein, dass man bei einem Arzt (ob Psychiater, Internist, Homöopath oder sonstiger Alternativmediziner) nur das einkaufen kann, was dieser anbietet. **Das heißt er kann eine Empfehlung abgeben, die aber nur für sein Wissen spezifisch ist.** Daraus folgt, dass **er den Diskurs mit dem Patienten leiten muss, um an die für ihn notwendige Information heranzukommen.** Es wird also der Homöopath andere Fragen stellen, als der Akupunkteur oder der Arzt der Bachblüten verschreibt. **Mit hoher Wahrscheinlichkeit kann der Akupunkteur mit dem Wissen des Homöopathen nichts anfangen, darüber hinaus geht es auch noch um Formulierungen, die für jeden Arzt spezifisch sind.**

ÄRZTLICHE KOMMUNIKATION ANDERS GESEHEN

Autor: Univ. Prof. Dr. Kaspar SERTL

erschienen: Februar 2003

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Die Phantasie bzw. das Dogma, man muss nur den Patienten reden lassen, um zur richtigen und notwendigen Information zu kommen ist sicher nicht haltbar. Wenn ich als Arzt nicht kläre, wovon ich glaube, dass der Patient spricht, kann ich auch fehlgeleitet werden, da der Patient ja oft selbst implizite Vorstellung hat, was seine Krankheit ist. Ein gutes Beispiel ist die Refluxerkrankung, die Symptome wie eine koronare Herzerkrankung haben kann und man dies im allgemeinen nicht von einander auf Grund der Krankengeschichte trennen kann, abgesehen davon, dass natürlich beide Krankheiten vorliegen können. Persönlich glaube ich zunehmend weniger an die Bedeutung der **Krankengeschichte** (wenn sie auch der **ganz wichtige Einstieg zum Gespräch mit dem Patienten** ist), da viele Symptome mit verschiedenen Krankheiten einhergehen und viele Krankheiten gar keine Symptome haben, selbst so schwerwiegende Erkrankungen wie Hepatitis C und Magenkrebs. Ich bin davon überzeugt, dass zu viele Untersuchungen wegen veränderten Stuhlverhaltens durchgeführt werden, wenn auch zugegebener Maßen, dies eines der häufigsten Symptome des Dickdarmkrebses ist. Als Krankengeschichte ist das Symptom verändertes Stuhlverhalten aber extrem unspezifisch.

Ausweg aus dem Dilemma

Ich behaupte, das viel wichtiger als eine gute Krankengeschichte ein großes Wissen ist, dass hilfreich ist, die Strategie und Taktik bei Untersuchungen festzulegen. Das **Gespräch mit dem Patienten sollte der (hoffentlich gelungene) Versuch sein, ein Vertrauensverhältnis herzustellen**. Aber die Frage bleibt, wie geht das? Manchmal muss man sehr streng sein und manchmal muss man nachgeben, aber was wann richtig ist, ist sehr schwer vorzubestimmen. Es bestimmt eben der Zuhörer was der **Sprecher sagt und wir wissen zum Zeitpunkt des Gesprächsbeginns nicht in welchen Zustand sich der einzelne befindet, was und wie viel er nehmen kann**. Wer behauptet, das vorher zu wissen ist ein Gott. Es gibt ja auch den Spruch, dass jeder Arzt die Patienten hat, die er verdient. Ich interpretiere das so, dass viele Patienten-Arzt-Verhältnisse passen (siehe auch hervorragende Umfragewerte), weil die die nicht passen, sowieso auseinander gehen und der Patient

ÄRZTLICHE KOMMUNIKATION ANDERS GESEHEN

Autor: Univ. Prof. Dr. Kaspar SERTL

erschienen: Februar 2003

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

sich einen anderen Arzt sucht. **Es gibt aber auch das autoritäre Verhältnis, wo der Arzt sich fast alles erlauben kann und der Patient trotzdem zufrieden ist.** Auch hier haben sich dann eben die richtigen gefunden - ein sich Unterwerfender und ein Anschaffender. Dann dürfte es auch **funktional** sein und als **Außenstehender kann man zwar behaupten, dass das eine schlechte Kommunikation ist, aber der Patient erlebt es dann anders.**

Auch dass Ärzte angeblich nie Zeit haben, ist sehr relativ. Es gibt Patienten, die einen sehr lange in Anspruch nehmen, sodass die wartenden Patienten schon unruhig sind, aber dies noch immer als zuwenig empfinden. Oft steht dahinter, dass die Krankheit nicht akzeptiert wird. Dann ist das Problem mit Stunden und Tagen nicht zu lösen. Und dies ist dann aber auch zu akzeptieren.

Zusammenfassung

Wenn man mich heute fragt, **was gute Kommunikation ist, dann antworte ich, dass überhaupt geredet wird.** Nur indem Kommunikation zugelassen wird besteht überhaupt die Chance, dass Phantasien übereinander ausgeräumt werden. Wie Glasersfeld (ein sehr berühmter österreichischer Kommunikationsforscher) sagt, **geht es beim Lernen um eine Reduktion von Möglichkeiten der Interpretation und genauso ist es auch in der Medizin.** Manche wollen aufgeklärt werden, andere wollen dies nicht. Es ist sehr schwer das herauszufinden. Es ist aber **die Aufgabe aller, darum zu ringen, dass ein gemeinsames Verständnis hergestellt wird.** Der größere Teil dabei fällt zugegebener Massen den Heilberufen zu.

Eines ist sicher: Einfache Lösungen sind nicht gefragt, denn die reduzieren die Kommunikation.....

ÄRZTLICHE KOMMUNIKATION ANDERS GESEHEN

Autor: Univ. Prof. Dr. Kaspar SERTL

erschienen: Februar 2003

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Über den Autor:

Herr Universitätsprofessor Dr. Kaspar SERTL ist Facharzt für Innere Medizin, sowie Facharzt für Lungenkrankheiten und Tuberkulose.

Er arbeitet als Primarius für Innere Medizin am Krankenhaus Floridsdorf in Wien. Außerdem ist er als Gruppendynamiktrainer, als Coach für Führungskräfte und als Organisationsberater tätig.

Werdetorgasse 9, 1010 Wien
Tel.: 0664/989 9724
serlt@atnet.at

ÄRZTLICHE KOMMUNIKATION ANDERS GESEHEN

Autor: Univ. Prof. Dr. Kaspar SERTL

erschienen: Februar 2003

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.