



LAUT GEDACHT

wegweiser zur umsetzung der patientenrechte

Der Patient im Mittelpunkt

Kommunikation – Konfliktbewältigung - Mediation

Dr. Martina Mautner Markhof

Kommunikation:

Arzt: „Wie geht es Ihnen Herr Müller?“ „Schlecht, mein Cholesterinwert ist wieder gestiegen!“
Kommt Ihnen das bekannt vor? Auf die Frage des Arztes „Wie geht es Ihnen?“ wird nicht mit dem eigenen Befinden, sondern mit der Aussage des Befundes geantwortet. Hängt das eigene Befinden aber unter Umständen mit dem Befund zusammen? Hat der Patient verlernt, die Botschaften seines Körpers zu registrieren und braucht er bereits zum Wohlfühlen oder Kranksein einen Befund?

Oder fehlen ihm ganz einfach die Worte um sein „Kranksein“, sein Leiden auszudrücken und verschanzt er sich daher hinter dem Befund?

Hat er etwa Angst über seinen „Zustand“, zu sprechen, weil das unter Umständen zu persönlich ist?

Er könnte aber auch gleich „zur Sache kommen“, wollen, um den Arzt nicht zu lange aufzuhalten, nachdem doch das Wartezimmer gesteckt voll ist.

Ist er es vielleicht schon von anderen, früheren Arztbesuchen her gewohnt, dass nur Nachweisbares, Messbares, Objektives gefragt ist und das, wenn möglich, gleich in der medizinischen Fachsprache ausgedrückt?

Was meint der Arzt eigentlich mit seiner Frage, was will er erfahren oder ist es eine reine Höflichkeitsfrage?

Sie merken schon: Kommunikation ist wesentlich mehr, als der bloße Austausch von Worten.

Konrad Lorenz sagt in einem Merksatz Verstanden?

Gesagt ist nicht gehört.

Gehört ist nicht verstanden.

Verstanden ist nicht einverstanden.

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 Pflegethemen, 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.

Ich möchte noch am Beginn des Merksatzes zufügen:

Gemeint ist nicht gesagt:

Zur Schilderung von eigenen Erfahrungen mit Krankheiten und Empfindungen des Krankseins reichen die üblichen Mittel der Alltagssprache nicht immer aus. Zwischen dem Bedürfnis und den gegebenen Möglichkeiten, sich verständlich auszudrücken, kann ein spürbarer Bruch entstehen.¹

Die Mitteilung einer Person enthält neben dem Sachinhalt noch drei psychologisch bedeutsame Seiten:

Personen, die miteinander kommunizieren, stehen in einer bestimmten **Beziehung** zueinander. Sie können sich besonders gerne haben, sich hassen, einander vertrauen oder misstrauen, ect., selten wird darüber gesprochen. Entweder, die Gefühle zueinander werden für selbstverständlich und für den anderen nachvollziehbar gehalten, oder sie drücken sich durch besonderen emotionalen Ausdruck, sei es durch Betonung, Lautstärke, Wortwahl ect., aus. Da die nicht ausgesprochenen Dinge aber jene sind, die gedeutet werden müssen, kann es zu Fehlinterpretationen kommen. Gehen Sie davon aus, dass im Leben gar nichts selbstverständlich ist! Wenn es für Sie wichtig ist, dass der andere Sie versteht, dann sprechen Sie es aus!

Sie wissen selbst, dass ein und der selbe Sachinhalt verschiedene Bedeutung haben kann, je nach dem, welcher **Appell** bzw. welche Aufforderung dahinter steht. Sie wissen, ob es als Bitte, Befehl, Anschuldigung, Aufforderung, Rat, Hinweis ect. gemeint ist; weiß das aber auch Ihr Adressat?

In jeder Nachricht, die eine Person aussendet, steckt auch etwas **Persönliches**, die eigene Meinung, das eigene Gefühl. Doch wie viel von dem wird offenbart? Wie viel bewusst nicht offenbart? Oder als selbstverständlich angenommen, beziehungsweise gemeint, es sei alles gesagt. So kommt es immer wieder vor, dass Patienten im Gespräch mit dem Arzt Benennungen statt Beschreibungen, Meinungen statt Beobachtungen bieten, weil es einfacher ist, auf der sachlich - inhaltlichen Ebene in Kontakt zu treten. Eine solche Vorwegnahme scheinbarer Ergebnisse kann aber eine gewissenhafte Aufklärung auf Grund von Krankheitszeichen behindern.

Mit einem Wort - man kann davon ausgehen, dass viel weniger gesagt wird, als gemeint wurde. Es ist für die weitere Kommunikation von großer Bedeutung, sich dieses Faktums bewusst zu sein.

Gesagt ist nicht gehört:

Die Information muss dem Empfänger in einer zugänglichen Form übermittelt werden. Es nützt dem Patienten meist wenig, wenn der Arzt medizinische Abkürzungen verwendet oder ausschließlich in der Fachsprache kommuniziert.

Weiter muss die Aufnahmebereitschaft des Zuhörers zum Zeitpunkt der Übermittlung vorhanden sein. Nur, weil eine Seite Informationen abgegeben hat, ist deshalb noch nicht sichergestellt, dass die andere Seite diese auch aufgenommen hat.

¹ Norbert Stefenelli in: Arzt und Kranker – eine Begegnung

Der Patient im Mittelpunkt

Autor: Dr. Martina Mautner Markhof

erschienen: Februar 2004

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

Gehört ist nicht verstanden:

Selbst wenn Informationen aufgenommen werden, müssen sie nicht in ihrer Bedeutung begriffen worden sein. Entscheidend ist die Wahl einer an den Intellekt des Empfängers angepassten Form der Informationsaufbereitung.

So wird der ärztlichen Aufklärungspflicht nur dann genüge getan, wenn nicht bloß nach Einheitsschema vorgegangen wird, sondern auf den Intellekt jedes einzelnen Patienten eingegangen wird. Erst dann kann von Seiten des Patienten von „Klärung“ der Sachverhalts gesprochen werden. Und erst dann ist der Arzt seiner Aufklärungspflicht nachgekommen.

Verstanden ist nicht einverstanden:

Trotz Informationsaufnahme und ihres Verstehens besteht nicht automatisch das Einverständnis hinsichtlich des Informationsgehalts. Ein Einverständnis darf nicht als selbstverständlich angenommen werden, sondern bedarf einer entsprechenden Äußerung des Empfängers. Diese ist für die Gewissheit des Informationssenders, inwiefern seine Informationen akzeptiert werden, unverzichtbar.

Das Erstgespräch Arzt/Patient sollte mehreren Kriterien entsprechen:

Da ist einmal der Informationsgehalt.

Je größer das Maß an Informiertheit, desto größer die Zufriedenheit des Patienten².

Patientenzufriedenheit wiederum ist ein wichtiger Faktor für die Qualität des Behandlungsergebnisses. Laut einer Studie, die die ersten 90 Sekunden des Arzt/Patientengesprächs untersucht, hat nur ein Viertel der Patienten (23%) die Chance die Eröffnungsfrage des Arztes ausreichend zu beantworten. 2/3 der Patienten(69%) wurden bereits nach 15 Sekunden vom Arzt unterbrochen. Ein längerer Zeitraum als zweieinhalb Minuten wurden in keinem Fall eingeräumt.³

Visiten dauern im Krankenhaus im Durchschnitt zwischen drei und vier Minuten. Nur 40 bis 60 Sekunden werden dem direkten Dialog gewidmet. Unsicherheiten beim Informationsgehalt kommen meist durch Fragen zum Ausdruck. Empirische Untersuchungen zeigen aber, dass für Fragen weder in Krankenhäuser noch Arztpraxen genug Zeit gegeben wird. Erwartet wird oft fragloses Vertrauen. Dabei wird aber übersehen, dass dieses Vertrauen Arzt/Patient auch davon abhängt, wie viel Zeit sich der Arzt nimmt, den Patienten so zu informieren, dass dieser es nachvollziehen kann. Dann wiederum gibt es jene Patienten, die aus verschiedenen Gründen keine Fragen stellen, aber trotzdem einen nachweislich hohen, aber unbefriedigt bleibenden, Informationsbedarf haben. Das Schweigen der Patienten sollte den Arzt nicht zum ärztlichen Schweigen verleiten. „Informiert sein“ bedeutet Zufriedenheit des Patienten und Vertrauen zum Arzt. Beides ist für eine gute Beziehung zwischen Arzt und Patienten Voraussetzung.

² Vgl. Judith A. Hall / Debra L. Roter / Nancy R. Katz: Patient – Physician – Communication: A Descriptive Summary of the Literature. In: Patient Education and Counseling, Vol. 12, 1988

³ Vgl. H.B.Beckmann/R.M.Frankel: The Effect of Physician Behavior on the Collection of Data. In: Annals of Internal Medicine,101, 1984, Vgl. J. Siegrist: Asymmetrische Kommunikation bei klinischen Visiten. In: Köhler K. / Raspe H.-H.: Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchung. München 1996

Der Patient im Mittelpunkt

Autor: Dr. Martina Mautner Markhof

erschienen: Februar 2004

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

Die Anamnese:

Zum Erfragen der Vorgeschichte einer Krankheit gehört ein angemessenes Gleichgewicht zwischen Fragen, Zuhören und Beobachten.⁴

Um die Krankheit eines Patienten diagnostizieren zu können, muss der Arzt sich in das subjektive Kranksein des Patienten einfühlen können. Dies ist durch **aktives Zuhören** möglich.

Aktives Zuhören bedeutet in diesem Zusammenhang: Konzentrieren Sie sich auf die Aussagen des Patienten, beobachten Sie dabei auch seine non verbale Kommunikation (Ausdruck, Gefühlslage...), geben Sie durch einfache Zeichen (wie Blickkontakt, mit dem Kopfnicken ect.), das Gefühl, ganz dabei zu sein. Dort, wo Sie den Aussagen des Patienten nicht folgen können, hinterfragen Sie diese.

Versuchen Sie, vom Patienten Gesagtes, zu wiederholen. Diesmal mit eigenen Worten. Dies dient sowohl Ihnen, wie auch dem Patienten, um sicher gehen zu können, alles richtig und vollständig, einerseits wiedergegeben, andererseits aufgenommen zu haben. Das Gefühl verstanden worden zu sein, schafft Vertrauen, dass für die nächsten Schritte und letztendlich den Heilungserfolg von großer Bedeutung ist.

Bis zu einem gewissen Grad sind Kommunikationstechniken zu erlernen. Geht es aber um das Obenbesprochene, einführende Zuhören des Arztes seinem Patienten gegenüber, dann ist die Authentizität des Arztes gefragt. Es geht nicht darum, ein wie immer geartetes Verständnis zu signalisieren, sondern das Verständnis zu haben!⁵ In einer funktionierenden heilenden Arzt/Patienten Begegnung soll die persönliche Wahrnehmung des eigenen Leidens kommunikativ gefördert werden.

Die Beziehung:

Um **Vertrauen** in die Information des Arztes zu haben, muss der Arzt zuerst beim Patienten glaubwürdig sein. Die medizinische Information, die der Arzt dem Patienten vermittelt, trägt nur zu einem Teil zu seinem Vertrauen, seiner Zufriedenheit, seinem Verständnis des medizinischen Sachverhalts oder auch seiner Bereitschaft bei, vorgesehene therapeutische Maßnahmen zu befolgen. Wesentlich ist der emotionale, non-verbale Ausdruck der Begegnung, die persönliche Überzeugungen, Einstellungen und Erwartungen, mit denen der Arzt und der Patient einander begegnen. Worte reichen alleine nicht aus, wenn sie nicht Ausdruck dahinter stehender Überzeugungen sind. Dass gefühlsbetontes Verhalten unmittelbar positiven Einfluss auf die Zufriedenheit der Patienten hat, konnte in einer holländischen Studie aufgezeigt werden: Emotionale Kommunikation findet dabei am wenigsten auf verbaler Ebene statt (7%), sondern wird über Stimmlage des Gesprochenen (22%), vor allem aber über Signale wie Augenkontakt, Gesichtsausdruck oder Körpersprache ausgedrückt (55%).⁶ Es ist ein Irrtum zu meinen, dass mit der Quantität gegebener Informationen zugleich auch die Qualität der Beziehung zunimmt.⁷ Hier liegt aber auch die Gabe, warum manche Ärzte es unter geringerem Zeitaufwand schaffen, ein optimales Vertrauensverhältnis herzustellen. Non-verbale Kommunikation ist keine Frage der Zeit sondern der Qualität. Je geringer das Vertrauen, desto größer die Angst vor der Medizin und seinen technischen Maßnahmen, die der einzelne nicht mehr steuern

⁴ Norbert Stefenelli, In: Arzt und Kranker – Eine Begegnung

⁵ Maximilian Gottschlich, In: Sprachloses Leid; Wege zu einer kommunikativen Medizin. Die heilsame Kraft des Wortes.

⁶ Vgl. Joziens Bensing: Doctor-Patient Communication and the Quality of Care. In: Soc. Sic. Med., Vol. 32, Nr.11, 1991

⁷ Vgl. Maximilian Gottschlich, In: Sprachloses Leid; Wege zu einer kommunikativen Medizin. Die heilsame Kraft des Wortes.

Der Patient im Mittelpunkt

Autor: Dr. Martina Mautner Markhof

erschienen: Februar 2004

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

kann. Je geringer das Vertrauen, desto geringer auch die Voraussetzung für positives Heilungsgeschehen. Das Arzt/Patienten Verhältnis hat entscheidenden Einfluss auf den Heilungsprozess.

Zusammengefasst wird deutlich, dass der Patient ein hohes Informationsbedürfnis hat, bei Patienten der Wunsch nach positiver emotionaler Beziehung zum Arzt (Anamnese, non-verbale Kommunikation) stark ausgeprägt ist und die Beziehung zwischen Arzt und Patienten einen direkten, nachweisbar positiven bzw. negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf hat.

Konfliktbewältigung:

Wie schon eingangs gesagt, lässt ein starkes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient einen Konflikt gar nicht zu. Auftretende Probleme werden gemeinsam einer Lösung zugeführt. Die Praxis zeigt, dass selbst Behandlungsfehler dieser Beziehung standhalten. G. Lester / S. Smith stellten eine Relation her zwischen der Häufigkeit von Schadenersatzansprüchen und der Qualität der Kommunikation zwischen Arzt und Patienten. Ihre Ergebnisse machen klar: Ärzte mit negativen Kommunikationsverhalten riefen bei Patienten, deren Behandlung nicht erfolgreich verlief, „Rachegelüste“ hervor. Positiv verlaufene Kommunikation ist zwar kein Garant für eine „kompetentere“ Medizin, verhilft aber zumindest dazu, Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden, wenn medizinisch etwas durch Verschulden des Arztes schief gehen sollte.⁹

Wann sprechen wir nun von einem **Konflikt**?

Menschen sind unterschiedlich in ihrer Wahrnehmung, Vorstellung, im Denken, Fühlen und Wollen. Dies allein macht noch keinen Konflikt aus, im Gegenteil, es ist Voraussetzung für Kreativität und Leben. Problematisch wird es erst, wenn Menschen in einer Beziehung zueinander stehen und das Handeln des einen, den anderen beeinträchtigt. Beeinträchtigt ist er dann, wenn eigene Erwartungen, die er hegt, nicht erfüllt werden. Somit entsteht der Konflikt in einem selbst. Wohlgemerkt: er entsteht nicht schon durch das bloße Handeln des anderen, sondern erst durch das Erkennen, dass die eigenen Erwartungen nicht erfüllt worden sind.

Wie sich nun der Konflikt weiterentwickelt, hängt von den weiteren Interessen, beziehungsweise von den Möglichkeiten, die zur Verfügung stehen, ab. Erwartungen entstehen durch Erfahrungen, die Menschen in ihrem Leben sammeln. Da diese Erfahrungen bei jedem verschieden sind, liegt auf der Hand. Je individueller die Menschen, umso vielfältiger die Erfahrungen und desto verschiedener die Erwartungen - umso konfliktanfälliger sind aber derartige Beziehungen. Der Konflikt entsteht in uns und wird von uns ausgetragen!

⁹ (S. Lester / S. Smith: Listening and Talking to Patients – A Remedy for Malpractice Suits? In: West J. Med., Vol. 158, In: Gorden, 1997)

Der Patient im Mittelpunkt

Autor: Dr. Martina Mautner Markhof

erschienen: Februar 2004

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

Jeder handelt für sich sinnvoll! Sonst würde er so nicht handeln.

Es wäre ein großer Fortschritt des menschlichen Zusammenlebens, würden wir diese Einsicht beherzigen.

Es ist jedoch viel einfacher zu moralisieren und Stellung zu beziehen: „Der macht das falsch!“, „Ich kann das besser!“, „Das verstößt gegen die Regeln!“, ect..

Sinn von Konflikten ist es, Unterschiede aufzuzeigen und sie zu nutzen. Nicht aber, aneinander zu geraten, wer Recht hat und wer nicht, wer der Stärkere ist und wer nicht.....

Einige der häufigsten Erfahrungen und Erwartungen der Patienten und der Ärzte; und diesbezügliche Unterschiede:

Es besteht ein großer Unterschied zwischen „Krankheit“ und „Kranksein“. Der Patient empfindet die Krankheit oft als Erschütterung seiner Selbstsicherheit, als Bedrohung und Abhängigkeit. Eine Krankheit, die man hat, scheint man eher von sich abstoßen, abschieben und auf die Ebene des Machbaren verlegen zu können. Er hat Scheu vor Gefühlen und Mitgefühl. Kranksein dagegen wird innerhalb des eigenen Leibes und außerhalb des Einflussbereiches des eigenen Willens erfahren. Viele Patienten versuchen daher, sämtliche Wahrnehmungen über Kranksein und Krankheit so weit wie möglich zu versachlichen. Das dabei wertvolle Hinweise für eine ausführliche Anamnese verloren gehen, liegt auf der Hand.

Angst, aber auch Widerstand, empfindet der Patient gegenüber notwendig erscheinenden technischen Einrichtungen. Hier kann ein Aufklärungsgespräch des Arztes vorbeugen. Angst, Gefühl des Kontrollverlusts und Erleben des Verlusts von Intimität, weichen nur dem Gefühl der Sicherheit. Sicherheit kommt aus dem Vertrauen zum Arzt. Der Patient erwartet ein Maximum an Information. 92% der Befragten möchten auch negative Information ihren Zustand betreffend haben. Sie wollen die Wahrheit, die ganze und keineswegs eine ärztlich gefilterte Wahrheit über die Krankheit, ihre Ursachen und Merkmale des Krankheitsverlaufes.^{11a} Im Vergleich dazu, ist aber nur eine geringe Bereitschaft zur Mitbeteiligung an Therapieentscheidung vorhanden. Information kann offensichtlich Vertrauen nicht ersetzen. Neben Fachwissen wird kommunikative Zuwendung erwartet. Wo es an Zuwendung fehlt, wird nach Alternativen gesucht: 61% der Deutschen halten Naturheilverfahren für besser als die Schulmedizin, jeder zweite Österreicher nimmt komplementärmedizinische Methoden in Anspruch^{11b} Die Erwartungen an den Arzt waren noch nie so groß wie heute. Dieser hat allen zu helfen, die dies nötig haben, unabhängig von Art, Herkunft und Zustand der Bedürftigen. Vom Arzt werden nicht nur medizinische Fachkenntnisse, Entschlussfähigkeit und Mut zum entschiedenen Handeln erwartet. Er sollte dem Kranken Ergebnisse, Absichten und Erfolgsaussichten auch vermitteln können. Es ist heute eine Autorität des Arztes in seiner Rolle gefragt, die den Patienten ermutigen soll, ihn wie einen erfahrenen Berater vertrauensvoll anzusprechen. Der Arzt wiederum erwartet einen idealen Patienten, der klar, geordnet, bereit, sich helfen zu lassen bzw. mitzuhelfen, konzentriert, gelöst, friedlich und positiv eingestellt ist.

^{11a} Vgl. Christina G. Blanchard / Mark S. Labrecque/John C. Ruckdeschl/Edward B. Blanchard: Information and decision Making Preferences of Hospitalized Adult Cancer Patients. In: Soc. Sci. Med., Vol.27 Nr. 1188

^{11b} Vgl.; Vortrag zur 11. Arbeitstagung des Wildunger Arbeitskreis für Psychotherapie. März 1996

Der Patient im Mittelpunkt

Autor: Dr. Martina Mautner Markhof

erschienen: Februar 2004

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

Der heutige Patient zeigt sich aber oft krank, schwach, müde, anregungsbedürftig, motivationslos, redselig, weitschweifig, streitlustig, emotional, anlehnungsbedürftig, hilfeschend und negativ eingestellt¹².

Konflikte entstehen nun aber durch unterschiedliche Erwartungshaltungen von Arzt und Patienten, bzw. Kommunikationspartnern. Erwartungen entstehen durch unsere Erfahrungen und Wahrnehmungen, die wiederum unsere Wirklichkeit bestimmen. Die Erwartung über den Verlauf des Geschehens verändert das Geschehen selbst. So hängt, zum Beispiel, der Erfolg einer Therapie nachweislich von der Überzeugung und vom Glauben des Arztes – und natürlich auch vom Glauben des Patienten – an diesen Erfolg ab. Die persönliche Wahrnehmung des eigenen Krankseins durch den Patienten und die Wahrnehmung der Krankheit durch den Arzt ist oft grundverschieden. Dies kann an der mangelnden Ausdruckskraft des Patienten liegen, sein Leid auch verständlich kommunizieren zu können, am unterschiedlichen Sprachgebrauch, oder etwa an der Scheu und Angst des Patienten über Gefühle zu sprechen.

Aber selbst da wo kein Verständigungsproblem vorherrscht, ist die Krankheit des anderen nicht wie die eigene zu erfahren, nachzuvollziehen und mit dieser zu vergleichen. Auch der Arzt, von dem man reichlich Erfahrung erwarten kann, hat nur beschränkte Möglichkeiten, das Kranksein des Patienten zu verstehen und zu deuten.

Da sehr häufig die Phase des „Sich-in-den-anderen-hineinversetzen“ zu kurz kommt, wird fälschlich nur von einer Wahrnehmungsebene ausgegangen. Das führt dazu, dass der Arzt die Wahrnehmung des Krankseins durch den Patienten durch sprachliche Kategorisierung, Standardisierung und Versachlichung ersetzt. Der Patient erwartet hingegen eine Aufmerksamkeit des Arztes auf seine persönliche Wahrnehmung des Krankseins. Fachausdrücke und medizinische Abkürzungen verunsichern und verärgern den Patienten viel mehr, als sie ihn beeindrucken.

Aufklärungsgespräche werden nicht verstanden oder vergessen, wenn der Arzt nicht auf das Verständnis des Patienten Rücksicht genommen hat.

Je größer der Unterschied der wechselseitigen Erwartungen zwischen Arzt und Patienten, desto größer die Gefahr des Scheiterns der Beziehung und desto wahrscheinlicher die Enttäuschung des Patienten.

Ist dies geschehen, empfindet der Arzt es sehr häufig als Bedrohung seines Images und geht zur Selbstverteidigung über. Er bestimmt ab da an den Gesprächsverlauf und wendet Kommunikationsstrategien an, um sein ärztliches Image wieder herzustellen.

Dieses Verhalten zieht eine Über- und Unterordnung nach sich. Der Patient, in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis gefangen, ordnet sich unter und stellt ab da nur mehr gefällige Fragen, gibt gefällige Antworten, die mit seinem Krankheitsempfinden nichts zu tun haben. Er bleibt mit seinem Problem alleine, der Arzt kann ihm nicht helfen, die Beziehung zu ihm ist schlecht und sein Leidensdruck verstärkt.

Die Intensität der Erwartungshaltung spielt in der Arzt/Patienten-Beziehung ebenfalls eine nicht zu unterschätzende Rolle:

¹² Vgl. Maximilian Gottschlich, In: Sprachloses Leid. Wege zu einer kommunikativen Medizin. Die heilsame Kraft des Wortes

Der Patient im Mittelpunkt

Autor: Dr. Martina Mautner Markhof

erschienen: Februar 2004

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

In der Notsituation, in der sich der Kranke befindet, ist er bemüht seine Erwartungen den Hoffnungen und Wünschen anzupassen. Er baut ein überhöhtes und damit einsturzgefährdetes Arztbild auf und glaubt blind an den Segen der Wissenschaft. Bleibt der erhoffte Erfolg aus, kann der Kranke unterschiedlich reagieren: Von lähmender Verzweiflung, Rest an Hoffnung bis zur hellen Empörung ist alles möglich. Angriffe und Beschuldigungen sind als Ausbrüche eines Verzweifelten gegen den Träger all seiner Erwartungen zu werten. Der Arzt wird dabei als Helfer gegen die Krankheit überschätzt und im selben Ausmaße für die Folgen verantwortlich gemacht, wenn er nicht erfüllt, was von ihm erwartet wurde. Er erscheint in seiner Rolle zuständig und damit verantwortlich für sämtliche Angelegenheiten zu sein, die mit Krankheit zusammenhängen. Daraus wird bei Misserfolgen der Behandlung hin und wieder auch dann ein Verschulden des Arztes abgeleitet, wenn ihm bei objektiver Beurteilung weder ein Versäumnis noch ein falsches Verhalten vorzuwerfen ist. Zu den Bemühungen des Kranken mit seinem Schicksal fertig zu werden, gehört auch, der Versuche, Verantwortliche und Schuldige zu finden.¹³ Auch das Wissen um die Einstellung, mit der ein Patient in die Arzt/Patienten Beziehung geht, ist von Bedeutung für ihr Gelingen: Entweder geht er als mündiger Patient in diese Beziehung und bietet unausgesprochen seine Bereitschaft an, gemeinsam mit dem Arzt zu arbeiten und in beschränktem Ausmaß auch Verantwortung zu übernehmen. Oder aber er schiebt jede Entscheidung, Verantwortung und überhaupt alle Angelegenheiten, die mit Gesundheit und Krankheit zu tun haben, an den Arzt ab.

Niemand kann Ihnen einen Konflikt aufzwingen, wenn sie nicht wollen!

Ob ein Konflikt entsteht und wie er sich entwickelt, hängt von Ihrer eigenen Einstellung und Ihrem Interesse ab. Macht auszuspielen kann sehr reizvoll sein, bedenken Sie aber, wenn Sie jemanden zu 100% verlieren lassen, werden Sie aller Wahrscheinlichkeit nach irgendwann die Rechnung dafür serviert bekommen.

Denn niemand vergisst, wenn er durch Sie das Gesicht verloren hat und wartet auf einen günstigen Augenblick der Revanche. Man spricht hier von dem Problem der Problemlösung.

Während eines Konflikts kommt es zu **Beeinträchtigungen** der Wahrnehmung, Kommunikation, im Gefühlsleben, der Willensbildung und im äußeren Verhalten.

Heftige Konflikte fallen nicht aus heiterem Himmel, sie bahnen sich an und werden schrittweise intensiver.

Man erlebt als Konfliktpartei, dass man eine bestimmte Stufe verlassen hat und zu viel härteren Waffen greifen muss, um sich durchsetzen zu können. Diese Steigerung der Konfliktintensität erfolgt also stufenweise. Jede Stufe ist durch einen Wendepunkt markiert, der von den Parteien als kritische Schwelle erlebt wird. Sie wissen genau, wenn Sie sich nicht beherrschen, werden Sie viel Porzellan zerschlagen, und das gegenseitige Vertrauen wird vielleicht nie wieder hergestellt werden können. Dank dieser intuitiven Kenntnis der Eskalationsstufen halten Betroffenen, wenigstens eine Zeit lang, inne und gehen nicht sofort aufs Ganze.

¹³ Vgl. Maximilian Gottschlich, In: Sprachloses Leid. Wege zu einer kommunikativen Medizin. Die heilsame Kraft des Wortes

Der Patient im Mittelpunkt

Autor: Dr. Martina Mautner Markhof

erschienen: Februar 2004

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

Konfliktverhalten:

Treten Meinungsverschiedenheiten auf, kann das Gespräch mühsamer werden und Spannungen bewirken. Die Beteiligten geraten dann in Stress, reagieren etwas ungeduldig und gereizt und bewirken neuerlich Veränderungen, die ihrerseits wieder zu aggressiven Äußerungen führen - in Wort und Tat.

Typisch dafür:

Der eigene Standpunkt wird immer positiver gesehen und alles, was dem widerspricht, wird verurteilt. Man ist neuen Aspekten gegenüber blind. Die Wahrnehmung ist so getrübt, dass schließlich das Bild, das ich von mir selbst aufgebaut habe, gegen das Bild, das ich mir von meinem Feind gemacht habe, kämpft.

Die Kommunikation wird längst nicht mehr offen geführt, man schweigt sich aus, es kommt zu Unaufrichtigkeiten, zum Versuch dem Gegner böse Absicht zu unterstellen und ihn lächerlich zu machen, zu Fehlinterpretationen und Drohungen.

Zu Beginn eines Konfliktes reagiert man empfindlich, unsicher, misstrauisch, später legt man einen Panzer an und kapselt sich ab. Durch die Fokussierung auf einige wenige Ziele, verliert das Verhalten seine Vielfalt und wird einseitig. So kann eine Spannung entstehen, die schon nach kurzer Zeit einen Konflikt auslöst, der seine Eigendynamik entfaltet, nämlich einen Prozess von Teufelskreisen der Selbstverstärkung und Selbstansteckung. Man muss sich dann fragen: *Habe ich einen Konflikt, oder hat mich der Konflikt!*

Ab einer bestimmten Eskalationsstufe ist man nicht mehr in der Lage das Geschehen zu überblicken und zu beeinflussen. In der Tat haben wir es bei zunehmender Eskalation mit gewaltigen Kräften zu tun. Wir sind ihnen jedoch nicht willenlos ausgeliefert. Wir können grundsätzlich an jeder Schwelle wach werden, zur Besinnung kommen und unserem Tun ein Ende setzen. Nochmals: Konflikte eskalieren nur dann weiter, wenn wir es ihnen erlauben!

Zur Auswahl stehen:

1. Weitere unerwünschte Eskalationsschritte verhindern,
2. oder den Konflikt bewusst weiter eskalieren lassen.
3. Für bestehenden Differenzen selbst eine konstruktive Lösung finden,
4. oder - in der Erkenntnis, die Probleme nicht mehr selbst in den Griff bekommen zu können - Hilfe von außen suchen.

Ad. 1.) Eskalationsschritte verhindern

Flucht ist einer dieser Möglichkeiten. Manche Konflikte sind es nicht wert, dass man sich das Leben mit ihnen vergiftet. Flucht oder Trennung sind oft keine Feigheit, sondern reine Vernunft. Kündigung, Abreise, Scheidung, Kontaktabbruch ect. gehören dazu.

Bei manchen Konflikten zögert man einfach die Lösung hinaus, hält den Gegner hin und wartet darauf, dass sich die Gemüter wieder beruhigen oder dass sich neue Aspekte ergeben.

Man **legt** den Konflikt **auf Eis**.

Der Patient im Mittelpunkt

Autor: Dr. Martina Mautner Markhof

erschienen: Februar 2004

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

Beim **Harmonisieren** geht es in erster Linie nicht um die Lösung des Konflikts, sondern um die Herstellung der friedlichen Gefühle zwischen den Konfliktparteien.

Das Sprichwort: Die Zeit heilt viele Wunden, gilt in diesen Fällen (Flucht, aufs Eis legen, harmonisieren) nur selten. Vielmehr schwellen Konflikte, die nicht ausgetragen werden, im Untergrund weiter, fangen zum Brodeln an, vergiften das Klima und werden so erst richtig gefährlich. Menschen, die mit Konflikten leben, ohne sie je aktiv anzugehen, leiden oft an psychosomatischen Krankheiten. Doch wie oft gehört es schon zum Alltag, Konflikten auszuweichen, Problemen erst gar nicht auf den Grund zu gehen.

Die Ermittlung der Patientenzufriedenheit in Spitälern mittels Fragebogen, ist ein gutes Beispiel. Es gehört heute ganz einfach zum guten Ton, oder gar zum modernen Spitalsmanagement, Patienten nicht wie ein Stück Ware, das nur repariert werden muss, zu behandeln, sondern wie einen Kunden. Zu glauben, dass mit einem einfachen Fragebogen den Problemen, die es in jedem Spital gibt, näher gekommen zu sein, bedeutet, vor der Realität zu flüchten.

In der heutigen schwierigen wirtschaftlichen Situation der Spitäler, wo um jeden Patienten geworben werden muss, kann das zum Verhängnis werden. Meist ist der dann entstandene Schaden viel schwerer wieder zu beseitigen, als rechtzeitig, Abhilfe zu schaffen. In Deutschland gibt es in einigen Spitälern einen, oft ehrenamtlichen, Ombudsmann, der das persönliche Gespräch mit den Patienten sucht, um dort, wo Probleme angesprochen werden, sofort zu vermitteln.

Ad. 2.) Den Konflikt bewusst weiter eskalieren lassen

Hier wird der Konflikt bewusst so weit getrieben, bis der Gegner **vernichtet** ist, er sich **unterworfen** hat oder **beide untergehen**, weil man nicht mehr zurück kann.

Dabei siegt der Stärkere und nicht derjenige, der Recht hat. Der Konfliktgegner, der sich unterordnet tauscht Freiheit und Selbstbestimmung gegen das Gefühl der Sicherheit ein.

Doch nochmals, wer einen anderen 100% verlieren lässt, hat mit dem Problem der Problemlösung zu tun. Denn, wenn auch vorerst die Schlacht für einen verloren ist, vergessen wird diese Niederlage nicht, und wo sich die Möglichkeit des Zurückschlagens ergibt, wird sie genutzt. Und Verhältnisse zwischen Menschen kehren sich nun mal auch um.

Ad. 3.) Eine konstruktive Lösung finden

Der **Kompromiss** ist ein sich schrittweise Entgegenkommen der Konfliktparteien. Es gibt keinen Nur-Sieger und keinen Nur-Verlierer, weil jeder einen Teilsieg erringen kann und dafür ein wenig verlieren muss. Häufig ist der Kompromiss gar kein echter Kompromiss, sondern das Ergebnis rhetorischer Kampftaktiken. Man einigt sich auf den kleinsten gemeinsamen Nenner und hat damit einen „faulen“ Kompromiss, der auf Dauer nicht Bestand hat.

Der Konsens ist das Einigen auf eine gemeinsame, völlig neue Lösung, die allen Seiten gerecht wird. Beide Parteien versuchen dabei, ihre Interessen, Absichten und Bedenken offen auszusprechen. Ohne Angriff und Verteidigung geht man die Standpunkte durch, die beide Seiten voneinander trennen. Jede der Parteien löst sich weit genug von der eigenen Position, um eine gemeinsame Lösung entwickeln zu können. Gemeinsam werden mehrere Lösungsvarianten entwickelt, bis man sich auf eine einigt.

Der Patient im Mittelpunkt

Autor: Dr. Martina Mautner Markhof

erschienen: Februar 2004

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

Hilfreich ist dabei, wenn man in jeder Phase aktiv zuhört, sich mittels Ich-Botschaften ausdrückt und Verletzungen vermeidet.

Ad. 4.) Hilfe von außen suchen

Hilfe von außen kann einerseits, **Delegation des Konflikts an einen Dritten** bedeuten. Dabei hat man kein Mitspracherecht, man gibt sein Problem ab, damit ein Außenstehender entscheidet.

Man geht von zwei Voraussetzungen aus:

Im Konfliktfall gibt es eine richtige und eine falsche Entscheidung; und die angerufene dritte Instanz findet die richtige Lösung. In den seltensten Fällen gibt es jedoch ein eindeutiges Richtig oder Falsch und der außenstehende Dritte muss nach eigenem Gutdünken entscheiden, ohne dabei die Parteien mit einzubeziehen. Die individuelle Identifikation mit der Lösung des Dritten ist dem gemäß sehr gering. Der Konflikt wurde entschieden, aber nicht gelöst und das Problem bleibt für die Konfliktparteien weiter bestehen.

Wird ein Konflikt durch Flucht, Vernichtung oder Unterwerfung des Gegners, Kompromiss oder Delegation ausgetragen entstehen hohe Konfliktkosten: Prestigeverlust, Gesichtsverlust, Beziehungsverlust, Kündigung des Arbeitsverhältnisses, Vertrauensverlust, Anwaltskosten, Patientenunzufriedenheit, leerstehende Betten, physische und emotionale Schäden ect. Außerdem ist der Ausgang des Konflikts im allgemeinen unbefriedigend. Die Beteiligten bekommen nicht das, was sie wollen oder brauchen. Eine andere Möglichkeit, den Konflikt im Sinne des Konsenses mit Hilfe von außen zu bereinigen, ist die der

Mediation

Die Mediation ist ein freiwilliges, außergerichtliches und strukturiertes Verfahren zur eigenverantwortlichen Lösung von Konflikten zwischen zwei oder mehreren Personen mit Hilfe eines neutralen Dritten.

Dieser Dritte verfügt dabei über keine Entscheidungskompetenz. Er ist mit einem Katalysator eines chemischen Prozesses zu vergleichen: er hilft den Prozess in Gang zu bringen, dessen Träger die Beteiligten selbst sind. Es geht in der Mediation darum, durch bestimmte vom Mediator vorgegebene Kommunikationstechniken von der Positionsebene, um die sich der Streit dreht, weg zu kommen, hin zu den Bedürfnissen der Beteiligten. **Bedürfnisse und Interessen** herauszuarbeiten ist deshalb von entscheidender Bedeutung, weil sie andere Lösungsmöglichkeiten eröffnen, als sie nach den Positionen bisher denkbar waren.

Ein einfaches **Beispiel**, dessen Aussage aber auch bei viel komplizierteren Sachverhalte seine Gültigkeit hat:

Zwei Schwestern streiten um eine Orange. Es ist nur eine einzige Orange da, somit gibt es zwei Lösungen: Die eine Schwester bekommt die Orange, die andere geht leer aus. Oder sie schneiden die Orange in die Hälfte und jede der Schwestern bekommt einen Teil davon. Beide Lösungen sind nicht

Der Patient im Mittelpunkt

Autor: Dr. Martina Mautner Markhof

erschienen: Februar 2004

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

gänzlich zufrieden stellend, denn beide wollen ja die ganze Orange für sich. Meistens wird ein Konflikt auf diese Art beendet.

Beide streiten um die Position, die lautet: „ich will die Orange haben“.

Es gibt aber noch eine andere Möglichkeit, den Streit zu beenden: Die Frage nach den Bedürfnissen und Interessen. Warum möchte jede der Schwestern die Orange? Da stellt sich heraus, die eine möchte den Saft der Orange trinken, die andere möchte die Schale der Orange zum Backen. Beide Interessen können befriedigt werden, nach reinem Positionsstreit undenkbar. So kann aus einer vorhandenen Sache, um die gestritten wird, durch kennen der verschiedenen Interessen der Beteiligten daran, eine Zweckerweiterung hergestellt werden, die beide Seiten befriedigen kann.

Nachdem in der Mediation die Interessen und Bedürfnisse herausgearbeitet wurden, werden **Lösungsmöglichkeiten** ausgearbeitet, die allen beteiligten Seiten gerecht werden.

Bei der Entscheidung, welche der Lösungsmöglichkeiten vereinbart werden soll, spielen mehrere Kriterien eine Rolle:

- ❖ **Das Recht** und seine dahinterstehenden Prinzipien;
- ❖ **Das individuelle Fairnessempfinden** der Parteien. Dieses geht oft viel weiter, als es der Gesetzgeber vorsieht.
- ❖ **Die Beziehung** der Beteiligten. Oft ist der Fortbestand der Beziehung von so großer Bedeutung, dass dies in der Entscheidung zu berücksichtigen ist.
- ❖ **Frühere Vereinbarungen** der Parteien. Selbst wenn diese Vereinbarungen nicht mehr einklagbar sind, können sie in ihrer Entscheidung einfließen.
- ❖ **Kriterien mit besonderem Stellenwert:** wie religiöse oder gruppenspezifische Normen.
- ❖ **Praktische, ökonomische Gründe** können und sollen bei der Lösungsfindung Beachtung finden.

Aus all den aufgezählten Kriterien ergeben sich die **Vorteile der Mediation** von selbst:

- ❖ Individuelle, maßgeschneiderte Lösung
- ❖ Hohe Verfahrenszufriedenheit; die Beteiligten bestimmen das Verfahren, der Mediator unterstützt dabei
- ❖ Hohe Befolgungsrate; die Konfliktparteien haben die Lösung selbst erarbeitet und stehen daher dazu
- ❖ Schaden für eine bestehende Beziehung wird begrenzt; die Beziehung wird geschont
- ❖ Konfliktbereinigung wird nicht öffentlich ausgetragen; vertrauliche Behandlung
- ❖ Lösungen werden schneller als bei einer gerichtlichen Auseinandersetzung erarbeitet und daher
- ❖ Geringere Kosten

Mit einem Wort: **Mediation ist überall dort erfolgreich** einzusetzen:

- ❖ wo nicht nur materieller Schaden entstanden ist

Der Patient im Mittelpunkt

Autor: Dr. Martina Mautner Markhof

erschienen: Februar 2004

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

- ❖ wo bestehende Beziehungen nicht gestört werden sollen, bzw. ein Vertrauensverhältnis gefährdet ist
- ❖ wo Kosten und Zeit eingespart werden soll
- ❖ wo keine Öffentlichkeit erwünscht ist
- ❖ wo die Kausalität schwer nachweisbar ist, bzw. bei komplexen Haftungsfällen

Erst wenn es weh tut, ist der Mensch bereit über Veränderungen nachzudenken. Tut es nicht schon längst an allen Enden weh?

Über den Autor:

Dr. Martina Mautner Markhof
 Mautner Markhof Mediation KEG, Reichsratsstrasse 11/4, 1010 Wien
 11.5.1958 in Wien geboren, Tel.: 01/408 37 29, Email: Mediation.MM@chello.at

1976	Matura Gymnasium der Dominikanerinnen
1984	Promotion Doktor juris in Wien
1980 – 1984	Ferialjobs in einem Wirtschaftsverlag
1984 – 1985	Rechtspraktikant: <ul style="list-style-type: none"> - Bezirksgericht für Handelssachen - Jugendgerichtshof - ZRS (Scheidungen, Verkehrsunfälle)
1986 – 1987	Mitarbeit in einem Wirtschaftsverlag
seit 1986	Erfahrung in sozialen Einrichtungen <ul style="list-style-type: none"> - Mautner Markhof Kinderspital - Mitglied des Vorstandes des SOS Kinderdorf/Hinterbrühl
seit 1997	Ausbildung zum Mediator
Dezember 1998	Abschluss der Ausbildung in Mediation nach den Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft für lösungsorientiertes Konfliktmanagement Stundenanzahl: 194 Supervisionen: Dr. Wolf, Prof. Bastine

Der Patient im Mittelpunkt

Autor: Dr. Martina Mautner Markhof
 erschienen: Februar 2004

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

	<p>Zusätzliche Ausbildung:</p> <p>Jänner 1998: Familienrecht für Mediatoren/innen Referent: Dr. Steinacker</p> <p>Mai 1998: Mediation bei Paaren mit hohem Konfliktpotential Referent: Gary Friedman Jack Himmelstein, USA</p> <p>Sept. 1998: Themen und Anwendungsgebiete der Mediation/ Umwelt- und Wirtschaftsmediation Referent: Prof. Maderthaler Dr. Kienast Peter Böhm</p> <p>Okt. 1998: Seminar „Gesprächsdynamik in der Mediation“ Referent: Prof. Dr. Bastine, D</p> <p>Nov. 1998: Wirtschaftsmediation Referent: Jack Himmelstein Gary Friedman, USA</p> <p>März 1999: Wirtschaftsmediation und Verhandlungsmanagement Referent: Prof. Dr. Eidenmüller, D</p> <p>Sept. 1999: Ausbildung zum Mitarbeiter des Effizienz-Moderator-Simulators (EMS) Nach dem 5M System nach Reschke</p>
Oktober 1998	<p>Gründung der Mautner Markhof Mediation KEG, neben Mediation im Familien- u. Wirtschaftsrecht umfasst meine Tätigkeit: Vorträge, Seminare, Schulungen und Workshops in verschiedenen Organisationen, Verbänden, Wirtschaftsunternehmen, sozialen Einrichtungen</p>
Seit Frühjahr 1999	<p>Spezialisierung auf dem Gebiet der Konfliktlösung im Arbeitsverhältnis, Konfliktmanagement- Präventivmaßnahmen, Mobbing;</p>
Publikationen:	<p>Bewältigung von Konflikten: Mediation, Versicherungs Rundschau 7- 8/99, Wissenschaft</p> <p>Eigenverantwortliche Lösung von Konflikten, Kirchenblatt, Sommer 1999</p> <p>Konfliktlösung im Arbeitsverhältnis, Seminarunterlage ARS</p>
Referenzen:	<p>Professor Dr. Wolfgang Mazal, Institut für Arbeits- und Sozialrecht Elisabeth Vogl-Pillhofer, Akademie für Recht und Steuern Heinz-Dieter Holzapfel, Zentralbetriebsratsvorsitzender AUVA Dr. Gerald Bachinger, Sprecher der ARGE Patientenanwälte</p>

Der Patient im Mittelpunkt

Autor: Dr. Martina Mautner Markhof

erschienen: Februar 2004

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