



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

Medizinische Fakultät



Training kommunikativer Fertigkeiten in der Medizin

Studium Humanmedizin

Gesprächsführungskurs COMSKIL Portfolio – Teil 2

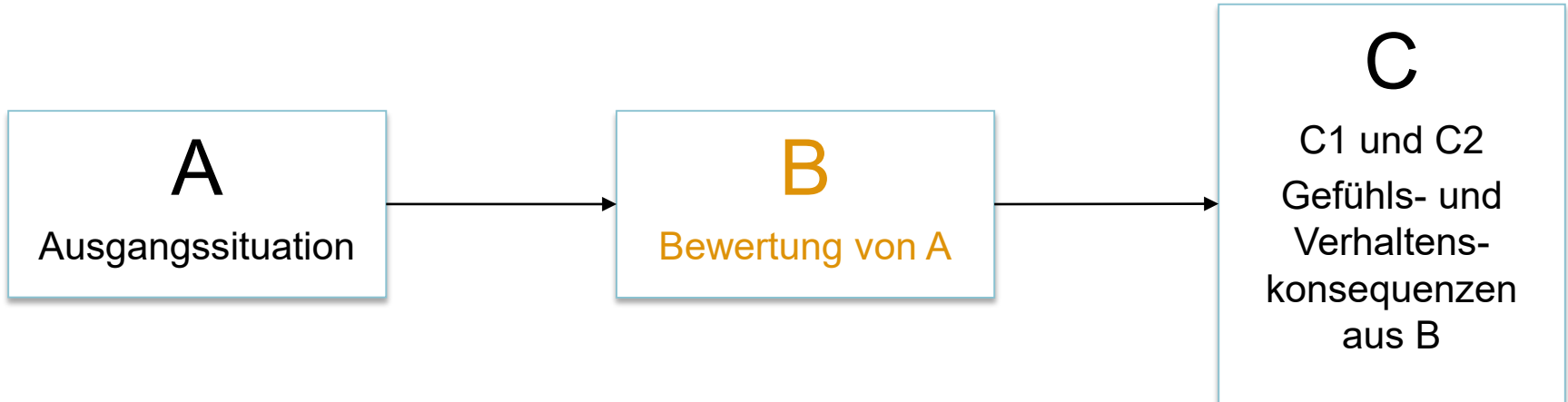
Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

INHALTSVERZEICHNIS

	<i>Folie</i>
ABC-Modell	3
Gespräche mit Angehörigen	7
Mitteilen schlechter Nachrichten	11
Hoffnung	25
Kommunikation mit Sprachmittlung	28
Umgang mit Grenzüberschreitungen/ SBDG	42
Umgang mit Betroffenen von sexualisierter und häuslicher Gewalt	49
Stufenmodell zur Deeskalation	52
Ärztliche Gespräche am Telefon	56
Zeitmanagement	61

ABC-MODELL

Nicht die Ausgangssituation A bestimmt die Gefühlskonsequenz C1 oder die Verhaltenskonsequenz C2, sondern das Bewertungssystem B.



ABC-MODELL

WIE ENTSTEHEN BEWERTUNGSSYSTEME?

Bestandteile des Bewertungssystems



B1: Persönliche Sichtweisen der Ausgangssituation A:

- Was sehe ich mit meinem Vorwissen und meinen persönlichen Normen in der Situation A?

B2: Schlussfolgerungen und vermutete Konsequenzen:

- Wie interpretiere ich das? Welche Schlussfolgerungen ziehe ich aus meiner persönlichen Sichtweise von A? Welche Konsequenzen vermute ich?

B3: Bewertung:

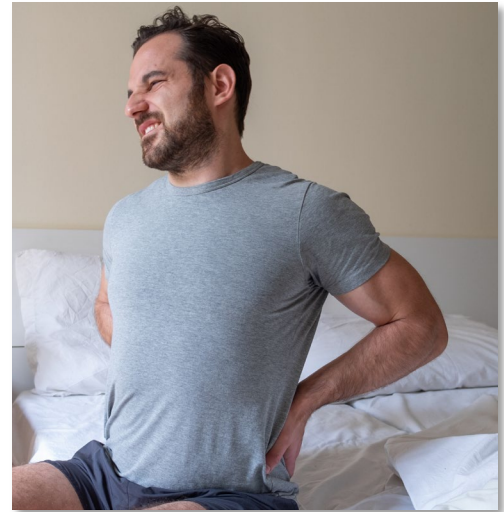
- Wie fände ich das?

ABC-MODELL – BEISPIEL

Rückenschmerzen

Vier Personen wachen morgens mit Rückenschmerzen auf.

- **Die erste Person bleibt traurig im Bett liegen**, meldet sich krank und geht nicht zur Arbeit.
- **Die zweite Person ruft wütend den/die Ärzt:in an** und beschwert sich, dass er/sie ihr endlich mal richtig helfen sollte!
- **Die dritte Person sucht ängstlich im Internet** nach möglichen Ursachen!
- **Die vierte Person nimmt eine Schmerztablette** und geht ihrer Arbeit nach...



ABC-MODELL – BEISPIEL

1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
A: Ich wache morgens mit Rückenschmerzen auf	A: Ich wache morgens mit Rückenschmerzen auf	A: Ich wache morgens mit Rückenschmerzen auf	A: Ich wache morgens mit Rückenschmerzen auf
B1: Das ist schon der dritte Tag in Folge mit Rückenschmerzen.	B1: Das ist schon der dritte Tag in Folge mit Rückenschmerzen.	B1: Ich hatte noch nie Rückenschmerzen.	B1: Ich hatte noch nie Rückenschmerzen.
B2: Wenn ich das schon morgens habe, wird es wieder den ganzen Tag so sein.	B2: Ich gehe extra zum Rückentraining und befolge die Ratschläge der Ärztin. Wieso wird das nicht endlich besser. Meine Chefin flippt aus, wenn ich schon wieder krank bin.	B2: Schmerzen sind kein gutes Zeichen. Dahinter steckt bestimmt eine ernste Krankheit.	B2: Wahrscheinlich habe ich mich nur verenkt. Kann ja mal passieren.
B3: Ich halte überhaupt nichts mehr aus.	B3: So ein Mist!	B3: Das wäre entsetzlich!	B3: Egal, das ist okay.
C1: Traurigkeit	C1: Wut (Anspannung)	C1: Angst (Anspannung)	C1: Gleichgültigkeit
C2: Ich bleibe im Bett liegen, melde mich krank und gehe nicht zur Arbeit.	C2: Ich rufe die Ärztin an und beschwere mich, dass sie mir endlich mal richtig helfen soll.	C2: Ich suche im Internet nach Ursachen.	C2: Ich nehme eine Schmerztablette.

GESPRÄCHE MIT ANGEHÖRIGEN

TYPISCHE ANLÄSSE

- stationäre Aufnahme des/der Patient:in
- Fortschreiten der Erkrankung / palliative Situation
- Behandlungsplanung
- Sicherung der Versorgung nach Entlassung
- pädiatrische Versorgung
- genetische Beratung



Einbezug von Angehörigen häufiger bei schweren Erkrankungen

KOMMUNIKATIONSZIELE

Die Vermittlung von Informationen auf eine Weise, die

- ein **gemeinsames Verständnis** über die Erkrankung und die Behandlung fördert,
- die **Rolle der Angehörigen** klärt (z.B. hinsichtlich Medikation, Pflege),
- ein **Bündnis** zwischen Patient:in, Angehörigen und Behandlungsteam ermöglicht,
- **familiäre Belastungen, Ressourcen und Bedürfnisse / Wünsche** berücksichtigt.

Besonders in der Palliativversorgung ist ein umfassender Behandlungsplan wichtig, den die Familie versteht und akzeptiert.

KOMMUNIKATIONSSTRATEGIEN

1. **Planung** der Gesprächsinhalte / Klärung organisatorischer Fragen **vor** Gespräch
2. **Begrüßung** und **Erläuterung** der Ziele des Gesprächs
3. **Überprüfung** des Verständnisses hinsichtlich der Erkrankung
4. **Überprüfung** des Einverständnisses hinsichtlich der Behandlungsziele
5. **Identifikation / Klärung** der Sorgen, Bedürfnisse und Erwartungen
6. **Identifikation** der familiären Ressourcen und **Bekräftigung** des Engagements der Familienmitglieder und ihrer gegenseitigen Unterstützung
7. **Beendigung** des Gesprächs (**Zusammenfassung** und weitere Schritte)

KOMMUNIKATIONSTECHNIKEN

FRAGETECHNIKEN

Ziel: Förderung der Problemlösekompetenzen, gute Zusammenarbeit

Zirkuläre Fragen:

- Ein Familienmitglied beurteilt die Gedanken und Gefühle eines Angehörigen
 - „Wie gehen aus Ihrer Sicht Ihre Eltern mit der Erkrankung Ihres Vaters um?“
 - „Was glauben Sie, belastet Ihre Mutter am meisten?“

Strategische Fragen:

- Motivieren zur Verhaltensänderung
 - „Was könnte Ihrem Sohn helfen, mit dem Rauchen aufzuhören?“
 - „Welche Aktivitäten könnte Ihr Vater trotz seiner eingeschränkten Beweglichkeit ausüben?“

Reflexive Fragen:

- Unterstützen dabei, über Möglichkeiten nachzudenken
 - „Was spricht dafür, Ihren Vater zuhause zu pflegen? Was spricht dagegen?“

MITTEILUNG SCHLECHTER NACHRICHTEN

WAS IST EINE SCHLECHTE NACHRICHT?

Eine schlechte Nachricht beinhaltet alle **Informationen, die die subjektive Zukunftsperspektive des Adressaten negativ verändern.**

- Diagnose
- Prognose
- Behandlungen
- Nebenwirkungen
- Erkrankungsfolgen ...

PATIENT:INNEN WÜNSCHEN SICH¹

- Mitteilung in einem persönlichen Gespräch
- Information über beste Behandlungsoption
- Kenntnis des aktuellen Forschungsstands
- Zeit, Fragen vollständig zu beantworten
- direkte Aufklärung, ehrlich über Ernsthaftigkeit des Zustands sprechen
- volle Aufmerksamkeit widmen
- Erläuterung aller Behandlungsoptionen
- Vertrauen in ärztliche Fachkompetenz wecken
- Zuhören können
- keine Unterbrechungen
- einfache, klare Worte verwenden

für Patient:innen wie für Ärzt:innen eine der belastendsten Gesprächssituationen

KOMMUNIKATIONSZIELE

Das wichtigste Ziel ist die Trennung zwischen **ÜBERBRINGER:IN** und **NACHRICHT**, sodass, auch wenn die Nachricht eine schlechte ist, Überbringer:innen als Teil des Unterstützungssystems wahrgenommen werden.

Die Vermittlung bedrohlicher Informationen auf eine Weise, die

- das **Erinnern und Verstehen** der Informationen fördert,
- die Patient:innen **im Umgang mit emotionalen Reaktionen** unterstützt,
- ein Gefühl von **andauernder Unterstützung** vermittelt.

Kommunikationsstrategien	Kommunikationstechniken	Prozessaufgaben	Beispiele
Ablaufstrategien			
1. Festlegung des Gesprächsrahmens	<ul style="list-style-type: none"> – Benennung der eigenen Agenda des Gesprächs – Erfragung der Agenda des/der Patient:in – Verhandlung und Festlegung einer gemeinsamen Agenda 	<ul style="list-style-type: none"> – Begrüßung des/der Patient:in auf angemessene Weise – Verwendung einleitender Sätze – Sicherstellung, dass der/die Patient:in bekleidet ist – Wahl der Sitzposition auf Augenhöhe des/der Patient:in 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>„Guten Tag, Herr Müller, mein Name ist Dr. Hoffmann.“</i> – <i>„Wie geht es Ihnen heute?“</i> – <i>„Heute würde ich gerne mit Ihnen über die Untersuchungsergebnisse und über die Behandlungsmöglichkeiten sprechen.“</i> – <i>„Bevor wir anfangen, würde ich gern erfahren, was Ihre Anliegen für das heutige Gespräch sind.“</i> – <i>„Okay, ich habe mir Ihre Frage notiert, das ist ein wichtiger Punkt. Wir werden Zeit haben, im Gespräch darauf einzugehen.“</i>

Kommunikationsstrategien	Kommunikationstechniken	Prozessaufgaben	Beispiele
Ablaufstrategien			
<p>2. Anpassung des Gesprächs an die Bedürfnisse des/der Patient:in</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Überprüfung des Informationsverständnisses des/der Patient:in – Überprüfung der patienten-seitigen Informationsbedürfnisse 	<ul style="list-style-type: none"> – Vermeidung von Unterbrechungen – Ggfs. Hinzuziehen einer dritten Person (z.B. auch auf Wunsch des/der Patient:in 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>„Um sicher zu sein, dass wir uns auch richtig verstehen, möchte ich Sie bitten, noch einmal in Ihren Worten zu sagen, was man Ihnen über die Untersuchungen mitgeteilt hat/was ich Ihnen erklärt habe.“</i> – <i>„Menschen haben ja ein unterschiedliches Informationsbedürfnis. Manche möchten gern so viele Informationen wie möglich über ihre Erkrankung erhalten und andere wollen eher die wichtigsten Informationen im Überblick bekommen. Wie ausführlich möchten Sie informiert werden über...?“</i>

Kommunikationsstrategien	Kommunikationstechniken	Prozessaufgaben	Beispiele
Ablaufstrategien			
3. Vermittlung der Informationen in leicht verständlichen und gut erinnerbaren Worten	<ul style="list-style-type: none"> – Vorschau über die zu vermittelnden Informationen – Ermutigung des/der Patient:in, Fragen zu stellen – Überprüfung des Informationsverständnisses – Zusammenfassung der vermittelten Informationen 	<ul style="list-style-type: none"> – Vermeidung von Fachsprache – Beantwortung aller Fragen – Nutzung grafischer Darstellungen – Zusammenfassung der Informationen in übergeordnete Kategorien – Schriftliche Niederlegung der zentralen Informationen – Ggfs. Wiederholung der Informationen 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>„Im Folgenden möchte ich Ihnen nun die Untersuchungsergebnisse erläutern und die Behandlungsmöglichkeiten besprechen. Sind Sie damit einverstanden?“</i> – <i>Scheuen Sie sich nicht, Fragen zu stellen. Wahrscheinlichkeiten sind oft schwer zu verstehen.“</i> – <i>„Ich möchte sichergehen, dass Sie alles, was wir eben besprochen haben, auch richtig verstanden haben. Gibt es irgendetwas, das Ihnen im Moment noch unklar ist?“</i>

Kommunikationsstrategien	Kommunikationstechniken	Prozessaufgaben	Beispiele
Ablaufstrategien			
4. Empathische Berücksichtigung der emotionalen Reaktionen des/der Patient:in auf die schlechte Nachricht	<ul style="list-style-type: none"> – Förderung/Unterstützung des Gefühlsausdrucks des/der Patient:in – Anerkennung der emotionalen Reaktionen – Normalisierung – Validierung – Verwendung offener Fragen 	<ul style="list-style-type: none"> – Aufrechterhaltung des Blickkontaktes – Einräumen von Zeit zur Sammlung/Aufnahme der Informationen – Bereitstellung von Taschentüchern – Förderung von Hoffnung und Beruhigung 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>„Es ist sehr wichtig für mich zu verstehen, wie Sie mit diesen belastenden Informationen umgehen.“</i> – <i>„Vielen Patienten geht es so wie Ihnen, wenn sie solche Informationen erhalten.“</i> – <i>Ja, es ist belastend, wenn die Haare ausfallen. Ich kann verstehen, dass dies ein Grund sein kann, eine Chemotherapie abzulehnen. Was genau geht Ihnen im Moment durch den Kopf?“</i>

Kommunikationsstrategien	Kommunikationstechniken	Prozessaufgaben	Beispiele
Ablaufstrategien			
<p>5. Überprüfung der Bereitschaft des/der Patient:in, Behandlungsoptionen zu besprechen</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Ziehen einer Zwischenbilanz – Überprüfung der patienten-seitigen Entscheidungspräferenzen – Vorschau über die zu vermittelnden Informationen 	<ul style="list-style-type: none"> – Schriftliche Niederlegung der zentralen Informationen – Anbieten von Material zum Nachlesen/ Recherchieren (Bücher, Internetadressen) 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>„Gut, ich möchte das bisher Besprochene noch einmal zusammenfassen: ...“</i> – <i>„Wir wollten ja gemeinsam entscheiden, welche Behandlung für Sie am besten geeignet ist. Ist dieses Vorgehen für Sie weiterhin in Ordnung? Ich denke, es ist wichtig, dass Sie mit der endgültigen Entscheidung einverstanden sind.“</i> – <i>„Nachdem wir ausführlich über die Standardbehandlung gesprochen haben, möchte ich Ihnen nun eine Behandlung im Rahmen einer klinischen Studie vorstellen. Sind Sie damit einverstanden?“</i>

Kommunikationsstrategien	Kommunikationstechniken	Prozessaufgaben	Beispiele
Ablaufstrategien			
6. Beendigung des Gesprächs	<ul style="list-style-type: none"> – Bekräftigung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung – Zusammenfassung der wesentlichen Gesprächsinhalte – Benennung der nächsten Schritte 	<ul style="list-style-type: none"> – Festlegung eines weiteren Termins 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>„Ich finde es wichtig, dass Sie nicht das Gefühl haben, dass etwas über Ihren Kopf hinweg entschieden wurde, sondern dass Sie mitentscheiden. Dies natürlich auch nur, wenn Sie es wünschen. Daher lassen Sie sich doch bitte noch einmal durch den Kopf gehen, was wir heute besprochen haben und wir treffen dann die endgültige Entscheidung bei unserem nächsten Termin, okay?“</i> – <i>„Gut, dann lassen Sie mich noch einmal kurz zusammenfassen: ...“</i>

Kommunikationsstrategien	Kommunikationstechniken	Prozessaufgaben	Beispiele
Strategien zur Reaktion auf Hinweisreize und Barrieren			
Reaktionen auf patientenseitige Emotionshinweisreize	<ul style="list-style-type: none"> – Klärung der Äußerungen des/der Patient:in – Verwendung offener Fragen – Würdigung des Befindens des/der Patient:in – Validierung – Normalisierung – Anerkennung der Belastungen/Anstrengungen des/der Patient:in 	<ul style="list-style-type: none"> – Information über psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten – Vermeidung von blockierendem Verhalten – Vermeidung von Unterbrechungen – Vermeidung von vorzeitiger Beschwichtigung 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>„Wie fühlen Sie sich im Moment?“</i> – <i>„Es ist auch sehr wichtig für mich zu verstehen, wie Sie mit all diesen Belastungen emotional umgehen.“</i> – <i>„Als Sie mich nach den Nebenwirkungen der Behandlung fragten, gibt es eine bestimmte Nebenwirkung, über die Sie sich Gedanken machen?“</i> – <i>„Wenn ich Sie richtig verstanden habe, sind Sie enttäuscht darüber, was Ihnen ... gesagt hat?“</i> – <i>„Es ist nicht ungewöhnlich, dass Sie sich in einer solchen Situation so fühlen, es ist verständlich, dass Sie Angst hatten.“</i>

DREI TECHNIKEN ZUM EINGEHEN AUF EMOTIONEN (EVE)

E – EXPLORIEREND (EXPLORING)

V – WERTSCHÄTZEND (VALIDATING)

E – EINFÜHLEND (EMPATHIZING)

Kommunikationsstrategien	Kommunikationstechniken	Prozessaufgaben	Beispiele
Strategien zur Reaktion auf Hinweisreize und Barrieren			
Reaktionen auf patientenseitige Emotionshinweisreize	<ul style="list-style-type: none"> – Klärung der Äußerungen des/der Patient:in – Ermittlung des subjektiven Informationsbedarfs – Darlegung der zu vermittelnden Informationen im Überblick – Zusammenfassung der wesentlichen Informationen – Bekräftigung des Nutzens von patientenseitigen Fragen – Überprüfung des Informationsverständnisses des/der Patient:in 	<ul style="list-style-type: none"> – Schriftliche Niederlegung der vermittelten Informationen – Vermeidung von Fachsprache – Beantwortung aller Fragen – Bildung von Kategorien 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>„Welche Fragen haben Sie?“</i> – <i>„Erzählen Sie mir doch bitte, was Sie über Ihre Diagnose wissen, was man Ihnen bisher mitgeteilt hat.“</i> – <i>„Um sicher zu sein, dass wir uns auch richtig verstehen, möchte ich Sie bitten, noch einmal in Ihren Worten zu sagen, was ich Ihnen eben erklärt habe.“</i> – <i>„Zunächst würde ich Ihnen gern die Standardbehandlung erläutern. Danach würde ich Ihnen gern noch eine Behandlungsmethode im Rahmen einer klinischen Studie vorstellen. Sind Sie damit einverstanden?“</i>

SPIKES-MODELL¹

MITTEILUNG EINER SCHLECHTEN NACHRICHT

- S** – Vorbereiten der Gesprächssituation (getting the **setting** right)
- P** – Was nimmt der Patient bzw. die Patientin wahr? (what the patient **perceives**)
- I** – Einladung erhalten, Informationen mitzuteilen
(an **invitation** to share the news)
- K** – Wissen vermitteln... (giving the **knowledge**...)
- E** – Einfühlen und Explorieren der Gefühle des Patienten bzw. der Patientin
(**empathising** and **exploring** the patient's emotions)
- S** – Planung und Zusammenfassung (**strategy** and **summary**)

MITTEILUNG EINER UNGÜNSTIGEN PROGNOSE

Barrieren aufseiten des Arztes/der Ärztin:

- Wunsch, Patient:innen vor **übermäßigen Belastungen** zu schützen
- Befürchtung, mit **starken emotionalen Reaktionen** der Patient:innen nicht umgehen zu können
- Befürchtung, die ungünstige Prognose könnte **eigenes Versagen** bedeuten
- Befürchtung, Patient:innen könnten annehmen, dass der Arzt/die Ärztin sie **aufgegeben** hat
- Befürchtung, Patient:innen könnten durch auftretende Ängste und Gefühle der Verzweiflung **Schaden** erleiden
- Auseinandersetzung mit der **eigenen Sterblichkeit**

Barrieren aufseiten der Patient:innen:

- Verleugnung
- Angst (z.B. vor unrealistischem Optimismus)

Patient:innen benötigen prognostische Informationen, um wichtige Entscheidungen (z.B. für die Behandlung, Lebensplanung, Lebensstilveränderungen) treffen zu können.

VOR- UND NACHTEILE VON FEHLEINSCHÄTZUNGEN PROGNOTISCHER INFORMATIONEN

Vorteil:

Form der **Adaptation/Anpassung** an die Erkrankungssituation

- Vorhandensein von Hoffnung/Zuversicht
 - ⇒ geringere psychosoziale Belastung (sofern keine völlige Verleugnung)

Nachteil:

„inadäquate“ Behandlungsentscheidungen

- Patienten, die sich für lebensverlängernde Therapien entschieden hatten, überlebten nicht länger und gaben eine schlechtere Lebensqualität an als Patienten, die palliative Behandlungsmethoden gewählt hatten.¹

KOMMUNIKATIONSSTRATEGIEN UND -TECHNIKEN

TYPISCHER GESPRÄCHSABLAUF BEI PROGNOSEGESPRÄCHEN:

- Ermittlung des Informationsbedarfs
- Darstellung der Grenzen statistischer Analysen und der grundsätzlich bestehenden Unsicherheit und Ungewissheit
- Vermittlung der Informationen auf eine Weise, die die Bedürfnisse der/des Pat. berücksichtigt und Hoffnung fördert
- Überprüfung des Informationsverständnisses und ggf. zusätzliche und wiederholte Erläuterungen
- Empathische Berücksichtigung der emotionalen Reaktionen und Eingehen auf patientenseitige Informations-Hinweisreize

HOFFNUNG

„Hoffnungslosigkeit ist nicht das Fehlen von Hoffnung... sondern eine Bindung an eine Form der Hoffnung, die verlorengegangen ist.“

„Wenn die Hoffnung auf Heilung verlorengegangen ist, kann Hoffnungslosigkeit definiert werden als Symptom von Trauer.“



Trauer beginnt häufig mit der Nachricht über die Diagnose oder das Wiederauftreten / Fortschreiten der Erkrankung.

Häufige Reaktionen sind Angst, Verleugnung, Wut, Traurigkeit, Verzweiflung oder verstärkte Suche nach Kontakt.

HOFFNUNG

ALS SPEZIFISCHES BEDÜRFNIS VON PATIENT:INNEN MIT FORTGESCHRITTENER ERKRANKUNG

Kommunikation zur Förderung von Beruhigung und Hoffnung:

- Darstellung der grundsätzlich bestehenden **Unsicherheit und Ungewissheit** bzgl. der Prognose
- Anerkennung der **Grenzen statistischer Analysen** und Betonung von statistischen „Ausreißern“
- Fokussierung auf die **medizinischen Fortschritte**
- Bekräftigung positiver und **erreichbarer Therapieziele**
- Anbieten **neuester Behandlungsmethoden**
- Expertenwissen
- Bekräftigung, dass **Schmerzen kontrolliert** und effektiv gelindert werden können

HOFFNUNG

ALTERNATIVEN ZUR HOFFNUNG AUF HEILUNG

- Hoffnung auf Symptomkontrolle
- Hoffnung auf Lebensqualität
- Hoffnung auf Begegnungen mit anderen Menschen
- Hoffnung auf Aussöhnung oder Klärung von Beziehungen
- Hoffnung auf ein persönliches Vermächtnis
- ...



Hoffnung geht mit dem Wiederaufleben von Aktivität einher.

! Zudem ist es wichtig, dass man als Arzt/Ärztin Sätze wie „*Ich kann nichts mehr für Sie tun*“ oder „*Es gibt keine Hoffnung*“ endgültig aus seinem Repertoire streicht. Man kann immer etwas tun, und es gibt immer Hoffnung! Auch dann, wenn keine Aussicht auf Heilung besteht.

GESPRÄCHE MIT SPRACHMITTLUNG

ANFORDERUNGEN AN DOLMETSCHER:INNEN / SPRACHMITTLER:INNEN

- Sprachliche Kompetenz und Sachkompetenz
- Transkulturelle Kompetenz
- Zeitliche Flexibilität
- Gutes Kurzzeitgedächtnis
- Neutralität/Allparteilichkeit
- Verschwiegenheit
- Psychisch gesund und belastbar
- Einfühlungsvermögen
- Geschick im Umgang mit Menschen
- Verantwortungsbewusstsein (eigene Grenzen kennen)

MÖGLICHE KOMMUNIKATIVE BARRIEREN VON MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND

- Geringe Deutschkenntnisse bzw. Analphabetismus
- Kulturell unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitskonzepte
- Mangelnde Kenntnisse des deutschen Gesundheitssystems
- In Herkunftsländern unbekannte Präventions- und Gesundheitsangebote
- Misstrauen gegenüber staatlicher Aufklärung
- Religiöse Vorbehalte
- Erfahrungen mit Diskriminierung, Unverständnis, Unerwünschtheit
- Prekäre Lebenssituation, bei der die Existenzsicherung und nicht die Gesundheitsvorsorge im Vordergrund steht (z.B. nichtregistrierter Aufenthaltsstatus)

SPRACH- UND KULTURMITTLERLEISTUNGEN

Von wem können diese durchgeführt werden?	Pro	Contra
Zwei- oder mehrsprachige Mitarbeiter:innen	„Ad hoc“-Einbezug, zeitliche Effizienz, umfassendes medizinisches Wissen	Modifikation der Äußerungen aufgrund mangelnder Vorbereitung, Schwierigkeiten bei der Formulierung von Fachbegriffen in der Muttersprache (Ausbildung in Deutschland)
Staatlich anerkannte Dolmetscher:innen	Hochqualifiziert, Kenntnisse über Kultur, Verhalten und Sitten, Schulung in medizinischen Grundkenntnissen möglich	Zeitnahe Verfügbarkeit? Kostenübernahme?
Angehörige und Freunde des/der Patient:in	Gut zu erreichen, wichtige Unterstützungsquelle	Informationen könnten selektiv vermittelt werden, Belastung für Angehörige
Ehrenamtliche zwei- oder mehrsprachige Helfer:innen	Wichtige Rolle für die psychosoziale Betreuung	Keine spezifische Schulung, Verfälschungen bei der Übersetzung möglich

KULTURELLE UNTERSCHIEDE

Mögliche Schwierigkeiten aufseiten von Arzt/Ärztin und Patient:in aus Sicht der Dolmetscher:in

- Unterschiedliche Annahmen über die **Ursachen der Beschwerden**
- Unterschiedliche **Erwartungen** an das Gespräch
- Unterschiedliches **verbales und non-verbales Kommunikationsverhalten**
- **Zeitknappheit**

Als hilfreich wird ein ärztliches Gesprächsverhalten gesehen, das...

- von **Empathie und kultureller Sensibilität** geprägt ist,
- **Hoffnung und Unterstützung** vermittelt,
- die **Familie** einbezieht.

SETTING

GESPRÄCHSPOSITIONEN – AMBULANTES SETTING

1. Sprachmittler:in sitzt neben Arzt/Ärztin (beide im Blickfeld des/der Patient:in)

Pro: Die Äußerungen des/der Patient:in richten sich in Richtung Arzt/Ärztin

Contra: Möglicherweise könnte es für sehr zurückhaltende Patient:innen schwierig sein sich mitzuteilen, wenn sie mit zwei statt mit einer Person konfrontiert werden

2. Sprachmittler:in sitzt neben Patient:in

Pro: Die Äußerungen des/der Patient:in richten sich in Richtung Arzt/Ärztin, gleichzeitig können Patient:innen die Anwesenheit eines/einer Sprachmittler:in als unterstützend empfinden

Contra: Möglicherweise könnte der Arzt/die Ärztin dazu neigen, Blickkontakt mit dem/der Sprachmittler:in statt mit dem/der Patient:in aufzunehmen

SETTING

GESPRÄCHSPOSITIONEN – AMBULANTES SETTING

3. Sprachmittler:in sitzt zwischen Arzt/Ärztin und Patient:in

Pro: Patient:in und Arzt/Ärztin können den/die Sprachmittler:in als neutrale dritte Person wahrnehmen

Contra: Patient:in und Arzt/Ärztin neigen dazu, sich auf den/die Sprachmittler:in zu konzentrieren, sodass die Kommunikation zwischen Patient:in und Arzt/Ärztin und damit auch der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung beeinträchtigt wird

4. Bei körperlichen Untersuchungen: Sprachmittler:in sitzt hinter einem Vorhang oder mit dem Rücken zu Patient:in

Pro: Die Privatsphäre des/der Patient:in wird geschützt

Contra: Der/die Sprachmittler:in kann die Körpersprache des/der Patient:in nicht wahrnehmen

SETTING

GESPRÄCHSPOSITIONEN – STATIONÄRES SETTING

1. Sprachmittler:in sollte nahe bei Arzt/Ärztin stehen, ...

sich aber auch so positionieren, dass Patient:in und Familie die Übersetzung gut verstehen können.

2. Am Bett: Es wird empfohlen, dass Sprachmittler:in neben Arzt/Ärztin steht.

Eine Position auf der anderen Seite des Bettes sollte vermieden werden, damit Patient:in den Kopf nicht hin und her drehen muss.

EMPFEHLUNGEN

- **Überprüfung** vor dem Termin, **ob Sprachmittler:in hinzugezogen werden sollte** – auch bei Patient:innen, die über basale Deutschkenntnisse verfügen
- Einplanen von Zeit zur **Vorbereitung des Gesprächs**
- Beachtung **geschlechtsspezifischer Aspekte** (wenn möglich, sollten Sprachmittler:in und Patient:in dasselbe Geschlecht besitzen)
- Bei weiteren Gesprächen möglichst Buchung desselben Sprachmittlers bzw. derselben Sprachmittlerin

Kommunikationsstrategien	Kommunikationstechniken	Prozessaufgaben	Beispiele
Ablaufstrategien			
1. Information Sprachmittler:in über zentrale Ziele und Inhalte des ärztlichen Gesprächs	<ul style="list-style-type: none"> – Benennung der eigenen Agenda des Gesprächs 	<ul style="list-style-type: none"> – Begrüßung Sprachmittler:in vor dem Gespräch – Sprachmittler:in über die gewünschte Übersetzungsmethode (simultan oder konsekutiv), Zielsetzungen, Inhalte und voraussichtliche Dauer des Gesprächs informieren – Hinweis auf die Einhaltung der Schweigepflicht (insbesondere bei der Zusammenarbeit mit ungeschulten Sprachmittler:innen) 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>„Guten Tag, Herr XX. Ich möchte heute mit Herrn YY die Behandlungsmöglichkeiten seiner Darmkrebs-erkrankung besprechen.“</i> – <i>„Mir wäre es lieb, wenn Sie konsekutiv übersetzen, also erst dann, wenn ich eine Pause mache.“</i>

Kommunikationsstrategien	Kommunikationstechniken	Prozessaufgaben	Beispiele
Ablaufstrategien			
2. Ermittlung kulturspezifischer Besonderheiten	<ul style="list-style-type: none"> – Verwendung offener Fragen – Klärung – Zusammenfassen/ Paraphrasieren 	<ul style="list-style-type: none"> – Erfragung kultureller Faktoren, die berücksichtigt werden sollten, bzw. die die Übersetzung behindern könnten 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>„Gibt es aus Ihrer Sicht kulturelle Besonderheiten, die ich im Gespräch mit Herrn YY berücksichtigen sollte?“</i> – <i>„Gibt es aus Ihrer Sicht kulturelle Aspekte, die in der Übersetzung/ im Gespräch schwierig werden könnten?“</i> – <i>„Was genau meinen Sie, wenn Sie sagen....?“</i> – <i>„Okay, habe ich Sie richtig verstanden, dass ich besonders auf XXX achten sollte?“</i>

Kommunikationsstrategien	Kommunikationstechniken	Prozessaufgaben	Beispiele
Ablaufstrategien			
3. Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung aller Teilnehmenden	<ul style="list-style-type: none"> – Betonung der Zusammenarbeit – Patient:in ermutigen, Fragen zu stellen 	<ul style="list-style-type: none"> – Vorbereitung der Sitzpositionen vor dem Gespräch – Angemessene Vorstellung Sprachmittler:in gegenüber Patient:in – Erläuterung des Dolmetschprozesses gegenüber Patient:in – direkte Ansprache des/der Patient:in und Blickkontakt – Vermeidung von Ansprache/ Blickkontakt zum/zur Sprachmittler:in 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>„Guten Tag, Herr YY, dies ist Herr XX, er wird uns in unserem Gespräch unterstützen, da er ein ausgebildeter Dolmetscher für Ihre Muttersprache ist.“</i> – <i>„Wichtig ist, dass Sie mir sofort Bescheid sagen, wenn Ihnen etwas unklar ist.“</i> – <i>„Es mag für Sie zunächst etwas ungewohnt sein, aber Herr XX wird neben Ihnen sitzen und ich möchte Sie bitten, direkt zu mir zu sprechen. Wenn Sie eine Pause machen, wird Herr XX dann übersetzen, was Sie gesagt haben.“</i> – <i>„Mir ist sehr wichtig, dass wir uns verstehen. Und daher möchte ich Sie bitten, sofort nachzufragen, wenn Ihnen etwas unklar ist.“</i> – <i>„Wenn Ihnen später noch Fragen einfallen, bringen Sie diese bitte zu unserem nächsten Termin mit.“</i>

Kommunikationsstrategien	Kommunikationstechniken	Prozessaufgaben	Beispiele
Ablaufstrategien			
4. Exploration kulturspezifischer Gesundheits-/ Krankheitsüberzeugungen	<ul style="list-style-type: none"> – Verwendung offener Fragen – Klärung – Patient:in ermutigen, Fragen zu stellen und Inhalt in eigenen Worten wiederzugeben – Anerkennung der kulturspezifischen Besonderheiten des/der Patient:in 	<ul style="list-style-type: none"> – Vermeidung von Aussagen, die als negative Wertungen interpretiert werden könnten 	<ul style="list-style-type: none"> – „Was hat Ihrer Meinung nach zu Ihrer Erkrankung geführt?“ – „Welche Befürchtungen gehen Ihnen durch den Kopf?“ – „Sie können mir gern jede Frage stellen, die Ihnen einfällt. Da wir nur eine begrenzte Zeit zur Verfügung haben, möchte ich Sie bitten, weitere Fragen zu unserem nächsten Termin mitzubringen.“ – „Ja, aus Ihrer Sicht kann ich Ihre Befürchtungen nachvollziehen. Wir werden in Zukunft versuchen darauf zu achten, dass...“ – NICHT: „Wie kommen Sie denn darauf?“ SONDERN: „Was genau meinen Sie, wenn Sie sagen,...?“ ODER: „Könnten Sie mir bitte erklären, warum Sie annehmen, dass...?“

Kommunikationsstrategien	Kommunikationstechniken	Prozessaufgaben	Beispiele
Ablaufstrategien			
5. Förderung einer effektiven Übersetzung	<ul style="list-style-type: none"> – Klärung – Zusammenfassen/ Paraphrasieren 	<ul style="list-style-type: none"> – Genaue Planung der zu vermittelnden Informationen im Vorfeld des Gesprächs – Vermeidung von weitschweifigen Erläuterungen oder verschachtelten Sätzen – Verwendung klarer, einfacher Worte – Häufige Pausen – Verwendung kurzer Fragen – Vermeidung von Redewendungen, Abstrahierungen oder Metaphern – Vermeidung von humorvollen Bemerkungen oder Scherzen, die als kulturell unangemessen gelten könnten – Explizite Nachfragen, wenn etwas nicht verstanden wurde – Nutzung nonverbaler, z.B. grafischer Erklärungsmöglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>„Was genau meinen Sie damit, wenn Sie sagen....?“</i> – <i>„Okay, bitte korrigieren Sie mich: Habe ich Sie richtig verstanden, dass...?“</i>

Kommunikationsstrategien	Kommunikationstechniken	Prozessaufgaben	Beispiele
Ablaufstrategien			
6. Nachbesprechung des Gesprächs mit Sprachmittler:in	<ul style="list-style-type: none"> – Verwendung offener Fragen – Sprachmittler:in ermutigen, Fragen zu stellen 	<ul style="list-style-type: none"> – Wahl eines geeigneten Besprechungsortes – Sprachmittler:in die Möglichkeit geben, kultursensible Themen zu erörtern 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>„Wie ist Ihrer Meinung nach das Gespräch verlaufen?“</i> – <i>„Welche Aspekte sind Ihnen aufgefallen?“</i> – <i>„Was ist aus Ihrer Sicht positiv verlaufen, was könnte im nächsten Gespräch verbessert werden?“</i> – <i>„Für eine gute Übersetzung ist es auch sehr wichtig, dass von Ihrer Seite keine Unklarheiten bestehen, daher: Welche Fragen haben Sie noch an mich?“</i>

UMGANG MIT GRENZÜBERSCHREITUNGEN

ARTEN VON SEXUALISIERTE BELÄSTIGUNG, DISKRIMINIERUNG UND GEWALT (SBDG)

WIRKUNG ZÄHLT, nicht Intention

- Non-verbal: Können u.a. Gesten und Mimik mit sexuellem Bezug sein oder das Zeigen von pornographischen Bildern bzw. das Entblößen von Körperteilen mit einer sexualisierten Absicht
- Verbal: Bemerkungen sexuellen Inhalts, z.B. das Erzählen anzüglicher Witze oder Anspielungen.
- Körperlich: Hohe Bandbreite: von ungewollten Berührungen bis hin zu massiven sexuellen Übergriffen.

SEXUELLE BELÄSTIGUNG AM ARBEITSPLATZ

IN ZAHLEN

Umfrage Weltärztinnenbund, Untersuchung des Ausmaßes sexueller Belästigung in Kliniken, Praxen und medizinischen Fakultäten (N=1.300 weltweit):

- **Eine von Drei:** 37% der befragten Frauen haben sexuelle Belästigung erfahren
- Jeweils 30% als Medizinstudentin oder junge Assistenzärztin
- 63,5% sexuell anzügliche Bemerkungen
- 55% unerwünschter Körperkontakt

- Täter: Chefärzte, Kollegen, Pfleger, Patienten

SEXUELLE BELÄSTIGUNG AM ARBEITSPLATZ

IN ZAHLEN

Aktuelle Untersuchung der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADB):

- Ärztinnen und Pflegerinnen verstärkt von körperlicher sexueller Belästigung betroffen
- Verbale Formen gleichmäßig auf beide Geschlechter verteilt
- Besonders häufig melden sich Ärztinnen, Krankenschwestern, Rettungsassistentinnen und Pflegekräfte beider Geschlechter an die ADB

SBDG

IN ZAHLEN

Studie „**Watch – Protect – Prevent (WPP)**“ (2015) der Charité Berlin zum Thema „Sexuelle Belästigungen von Ärzten/Ärztinnen“ (N= 743 Ärzte/Ärztinnen):

- abwertende Sprache (62 %)
- anzügliche Sprüche (25 %)
- Grenzverletzungen durch unerwünschten Körperkontakt (17 %)
- Erzählungen mit sexuellem Inhalt (15 %)
- Nachpfeifen und Anstarren (13 %)
- sexuelle Angebote und unerwünschte Einladungen (7 %)
- Belästigung in schriftlicher Form, Bilder oder Witze (6 %)
- obszöne Gesten (5 %)

SEXUELLE BELÄSTIGUNG AM ARBEITSPLATZ

KOMMUNIKATIVE EMPFEHLUNGEN UND VERHALTENSTIPPS

- **Klare Ansage:** „Ich möchte nicht, dass Sie mich anfassen! Lassen Sie solche Bemerkungen! Das beleidigt mich!“ (auch bei z.B. Demenzkranken oder geistig behinderten Menschen)
- **Keine Diskussion** mit dem Täter/der Täterin: „Es ist egal, wie Sie es gemeint haben, ich will das nicht und Sie hören jetzt damit auf!“
- **Klare Körpersprache:** Annäherungsversuche für alle deutlich mit ausgestreckten Armen und offenen Handflächen abwehren
- **Situation verlassen/ sich Unterstützung suchen**
- **Dokumentieren (ggf. mit Zeug:innen)/ im Team besprechen**
- **NICHT:** sich Schuld geben, Kündigung aus Selbstschutz, Ignorieren/ wie Scherz behandeln

ANLAUFSTELLEN

ALLGEMEIN

- Gleichstellungsbeauftragte
- Betriebs- oder Personalrat
- Landesärztekammern
- Antidiskriminierungsstelle des Bundes
- StuRa/ StuRa Med

INFOS AN DER UNI LEIPZIG

Infoportal Uni

<https://www.uni-leipzig.de/chancengleichheit/esgehtun-san>

Infoportal UKL/ MF

<https://www.uniklinikum-leipzig.de/einrichtungen/gleichstellunggsbuero/Seiten/Sexualisierte-Bel%C3%A4stigung-.aspx>



GRENZVERLETZUNGEN UND SBDG IN DER LEHRE

VERHALTENSKODEX

- für Lehrende und Studierende
- Verabschiedet durch den Fakultätsrat im Dezember 2023
- Veröffentlichung u.a. im Studierendenportal, per Newsmail und in Unterrichtsmaterialien

DISKRIMINIERENDES VERHALTEN MELDEN

- Beschwerdedokumentation - StuRaMed Leipzig



BETROFFENE VON SEXUALISIERTER/ HÄUSLICHER GEWALT IN DER VERSORGUNG

KOMMUNIKATIVE STRATEGIEN UND EMPFEHLUNGEN

- Häufigkeit von sexualisierter und häuslicher Gewalt im Widerspruch zu seltener Initiation psychosozialer Hilfen
- Betroffene wünschen sich in geschütztem Umfeld über Erfahrungen zu sprechen, aber
 - ... befürchten, dass das Gespräch nicht vertraulich bleibt.
 - ... befürchten, dass medizinisches Personal keine Zeit/ kein Interesse hat.

BETROFFENE VON SEXUALISIRTER/ HÄUSLICHER GEWALT IN DER VERSORGUNG

KOMMUNIKATIVE STRATEGIEN UND EMPFEHLUNGEN

- Bei Verdacht:
 - Sicherer Ort, ausreichend Zeit (Separieren von betroffener Person und Begleitperson)
 - Eingehen auf speziellen emotionalen Ausnahmezustand (Schuld, Angst, Scham)
- Ansprechen
 - **NICHT** konfrontieren (... Verletzung und Erzählung passen nicht ...)
 - **SONDERN** offen und vorsichtig (... Könnte es sein, dass es noch eine andere Ursache gibt? Ich habe hier manchmal Personen, die von Nahestehenden verletzt wurden.)
 - **KONKRET** fragen (... Kann es ein, dass Sie gestoßen wurden ... anstelle von ... Sind Sie Opfer von Gewalt geworden?)

BETROFFENE VON SEXUALISIRTER/ HÄUSLICHER GEWALT IN DER VERSORGUNG

KOMMUNIKATIVE STRATEGIEN UND EMPFEHLUNGEN

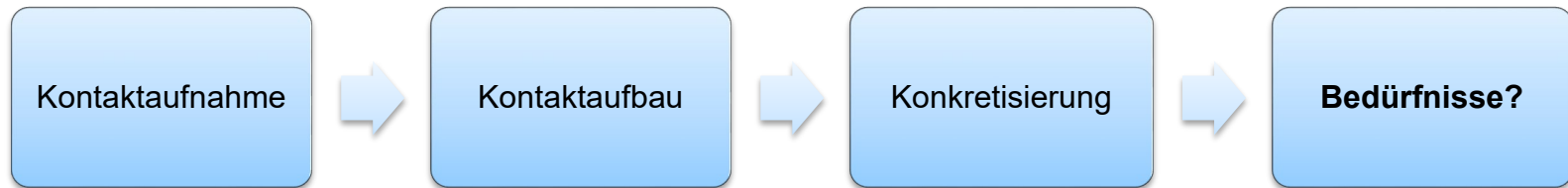
- Opfer stärken
 - Glauben oft, Gewalt verdient oder provoziert zu haben, aber: „Niemand hat das Recht, Sie seelisch oder körperlich zu verletzen!“
- Kein Druck
 - Dysfunktionale, von Abhängigkeiten geprägte Beziehung oft langdauernd/ schwer auflösbar – Auflösung der Beziehung KEIN Ziel eines ärztlichen Gespräches
- Kontakte anbieten (Infomaterial, Flyer, ...)
- Nur bei „Gefahr im Verzug“ Polizei oder Behörden einschalten
- Befunde, Gesprächsnotizen könnten verfahrensrelevant sein → sorgfältige Doku, Einhaltung rechtsmedizinischer Standards (www.signal-intervention.de)

Stufenmodell zur Deeskalation von Gewalt und Aggression

Deeskalationsstufe I	Verhinderung der Entstehung von Gewalt und Aggression
Deeskalationsstufe II	Veränderung der Sichtweisen und Interpretationen aggressiver Verhaltensweisen
Deeskalationsstufe III	Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweise
Deeskalationsstufe IV	Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit aggressiven Patienten
Deeskalationsstufe V	Patientenschonende Abwehr- und Fluchttechniken bei Angriffen
Deeskalationsstufe VI	Patientenschonende Immobilisations- und Fixierungstechniken

Deeskalationsstufe IV

Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit aggressiven Menschen



12 Goldene Regeln

Kontaktaufnahme

- Meist die erste große Hürde
- Patient:innen mit Namen anreden
- Patient:innen laut und deutlich ansprechen: „Hallo Herr/Frau XY“
- Leichte ruhige Bewegungen
- Auf Stimme und Satzmelodie achten

Kontaktaufbau

- Wertfreie Widerspiegelung: „Was ist denn gerade los mit Ihnen?“
- Öffnende Fragen: „Kann ich irgendwas für Sie tun?“
- Bei Erfolg: Ortswechsel häufig sinnvoll

Grundregeln der Deeskalation

1. Wehret den Anfängen!
2. An die eigene Sicherheit denken!
3. Schaulustige entfernen!
4. Beruhigen Sie sich selbst!
5. Die angespannte / aggressive Person braucht EINE Ansprechperson!
6. Achten Sie auf ihre non-/paraverbalen Signale!
7. Stellen Sie Augenkontakt her!
8. Versuchen Sie nie, die Person zu kontrollieren oder zu beherrschen!
9. Lassen Sie sich nicht provozieren oder von verbaler Aggression treffen!
10. Vermeiden Sie Provokationen, Vorwürfe, Ermahnungen oder Drohungen!
11. Wertschätzende Haltung!
12. Bedürfnisse und Gefühle herausarbeiten

ÄRZTLICHE GESPRÄCHE AM TELEFON

Nachteile zum direkten Gesprächen

- körperliche Untersuchung nicht möglich
 - fehlender klinischer Eindruck, der nicht überprüft werden kann
- Abwesenheit nonverbaler Signale des Gegenübers / kein visuelles Feedback
 - Gefahr von Missverständnissen
- Fehler bei der Informationsweitergabe (auch bei klinisch bedeutsamen, z. B. Glasgow Coma Score)
- bis zu 20% Fehleinschätzungen bei Telefonaten mit negativen Pat. Outcomes
- Arzt/Ärztin dominiert das Gespräch
- häufig fehlende Dokumentation der Telefonate → Informationsverlust

ÄRZTLICHE GESPRÄCHE AM TELEFON

Vorteile zum direkten Gesprächen

- verbesserter Zugang für nicht mobile Personen
- Telefonkontakte haben auch Schutzfunktion für anrufende Personen
- kürzere Gespräche, Konzentration auf das Wesentliche
- Vermeidung z.T. unnötiger Sprechstundentermine

ÄRZTLICHE GESPRÄCHE AM TELEFON

Was sollte beachtet werden?

- Umfeld des Pat. und Gesprächsbereitschaft prüfen
 - wenn Pat. nicht selbst anruft (sondern z. B. Angehöriger)
 - Warnsignal: evtl. ist Pat. selbst nicht in der Lage
 - Telefonnummer notieren
 - Gesprächspausen ankündigen und erklären („*muss in Akte nachsehen...*“)
 - wenn zu lange: Rückruf
- Bei ungeplanten Telefonaten unbedingt Rahmenbedingungen klären!
(Mit wem spreche ich? Recht auf Auskunft? Datenschutz?)
- Bei komplexeren Anliegen Orientierung auf persönliches Gespräch!

ÄRZTLICHE GESPRÄCHE AM TELEFON

Was sollte beachtet werden?

- Namen möglichst oft nennen
- Konzentration auf akustische Signale: **Stimme** = Stimmung (Lächeln kann gehört werden)
- mehr soziale Grunzer
- mehr rückversichern („*Habe ich Sie richtig verstanden, dass ...*“, „*Ich verstehe ...*“)
- betont deutliche Aussprache
- beim Buchstabieren: Verwendung von Buchstabieralphabet, getrenntes Sprechen von Ziffern, Kommas aussprechen, kein Fachjargon

→ **KISS – keep it short and simple**

ÄRZTLICHE GESPRÄCHE AM TELEFON

Tipps für Ablauf

- wichtigste Informationen nicht zu Beginn
- langsame Begrüßung mit Pausen
- (Legitimation durch Passwort)
- ruhige Atmosphäre schaffen
- wichtigste Punkte am Ende zusammenfassen
- Dokumentation (bei Anordnungen: “vug” = vorgelesen und genehmigt)

ZEITMANAGEMENT

WAS IST DAS PROBLEM?

Das Verhältnis des Wartens auf eine Ärzt:in (mehrere Stunden) ist im Vergleich zu der Zeit für eine ärztliche Konsultation (wenige Minuten) aus dem Gleichgewicht geraten, vor allem in der hausärztlichen Versorgung.

Gründe sind u.a.

- keine Vergütung für Gesprächszeit
- alternde Bevölkerung und Zunahme chronischer Erkrankungen
- hohe Nachfrage nach allgemeinärztlicher Grundversorgung (auch aufgrund des Mandats, eine Hausärzt:in vor einer Spezialist:in zu sehen)
- Mangel an Allgemeinmediziner:innen (Nachwuchsmangel, da andere Fachgebiete häufig attraktiver)

ZEITMANAGEMENT

WAS IST DAS PROBLEM?

- Im Durchschnitt geben Ärzt:innen ihren Patient:innen **16 Sekunden**, um ihre Symptome zu beschreiben, bevor sie sie unterbrechen.
- Bei einem Viertel der untersuchten Konsultationen fragten die Ärzt:innen ihre Patient:innen überhaupt nicht nach ihren Beschwerden.
- Ärzt:innen verbringen mehr Zeit mit Computern, als mit Patient:innen.
- bei Ärzt:innen im Praktikum (Innere Medizin) entfielen:
 - **12%** der Zeit auf das Gespräch mit und die Untersuchung von Patient:innen
 - **64%** der Zeit auf indirekte Patientenversorgung (u.a. 40% am Computer, Papierkram)
 - 15% auf Fortbildung
 - 9% auf sonstiges

ZEITMANAGEMENT

BEDEUTUNG

- durchschnittliche Konsultationslänge variiert stark:
China, Indien < 5 min; Deutschland 7,6 min, UK 10 min, Schweden 22,5 min
- Studien zeigen, dass sich bei mehr als 3 - 4 Patient:innen pro Stunde die Qualität der medizinischen Versorgung verschlechtert!
- Allgemeinärzt:innen, die ihre „Face-to-Face“ Konsultationen erhöhten, stellten mehr Fragen zur Anamnese und Krankheitsgeschichte und zu psychosozialen Aspekten.

**nicht allein die Länge der Konsultationen ist wichtig,
sondern was die Ärzt:in in der Zeit macht...!**

ZEITMANAGEMENT

Wie kann man lernen, die Qualität der Behandlung und Versorgung in der vorhandenen Zeit sicherzustellen?

- **Gründe für Zeitdruck herausfinden**
 - Zu viele Aufgaben?
 - Unökonomischer Umgang mit der Zeit?
 - Zu geringe personelle Ausstattung?
 - ...

→ Was kann leicht verändert werden, was weniger leicht?

ZEITMANAGEMENT

Wie kann die Qualität der Behandlung in der vorhandenen Zeit sichergestellt werden?

- **Erweiterung kommunikativer Fertigkeiten und patientenzentrierter Ansatz:**
 - Gesprächsagenda zu Beginn des Gesprächs
 - Aktives Zuhören
 - Aufmerksamkeit den Patienten gegenüber
 - empathische Äußerungen
 - Patientensicht erfragen
 - gemeinsame Ziele vereinbaren
- **Rahmenbedingungen überprüfen:**
 - Effizienz in der Dokumentation
 - Effizienz in der Nutzung von Informationen (z.B. Informationen, die Patient:innen auf den Anamnesebogen geschrieben oder der Arzthelfer:in mitgeteilt haben)
 - Umgang mit eigener Unsicherheit (an Leitlinien orientieren, Vorgehensweisen standardisieren)
 - störende Faktoren minimieren (u.a. Lärm, Unterbrechungen)

ZEITMANAGEMENT

Wie kann die Qualität der Behandlung in der vorhandenen Zeit sichergestellt werden?

- Zeitnot tolerieren lernen
- keinen (zusätzlichen) Zeitdruck verbreiten
- begonnene Arbeiten beenden
- „Zeitdiebe“ erkennen (langwierige Meetings, „Aufschieberitis“, schlechte Ablage ...)
- in Zeitblöcken arbeiten
- Zeitangebote machen
- delegieren und Nein sagen
- selektives Lesen
- **Priorisierung von Zielen**

1. Ziele benennen (kurzfristig, langfristig, dringend, weniger dringend...)
2. Ziele priorisieren (Eisenhower-Prinzip)

LITERATUR

- Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A. & Kudelka, A.B. (2000). SPIKES - A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311.
- BGW (2019). Prävention von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte Handlungshilfe für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen (DGUV Information 207-025)
- Fournier, C. (2000). Fest umrissene Ziele und klare Prioritäten. *Dt Ärztebl*, 97, A 2374–2377
- Günther, M., Teren, K. & Wolf, G. (2019). *Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen: Handbuch für die Gesundheitsversorgung*. Ernst Reinhardt, München
- Lehmann, C. (2010). *Die Mitteilung schlechter Nachrichten: Kommunikative Präferenzen und ärztliches Gesprächsverhalten aus Sicht von Krebspatienten*. Universität Hamburg. Dissertation
- LesMigraS (2012). „Nicht so greifbar und doch real“: Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt und (Mehrfach-) Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland. LesMigraS, Berlin
- Pohlkamp, Ines. 2014. *Genderbashing. Diskriminierung und Gewalt an den Grenzen der Zweigeschlechtlichkeit*. Münster: Unrast.

LITERATUR

- Prügl J. (2019). Formen, Inzidenz und Ursachen von sexueller Belästigung im klinischen Umfeld – Ergebnisse einer Querschnittstudie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Dissertation
- Sauer, A., Güldenring, A., Tuidier, E. (2016). Queering Trans*-Gesundheit: Auf dem Weg zu einer individualisierten, menschenrechtskonformen Gesundheitsversorgung. In: Kolip, Petra & Hurrelmann, Klaus (Hg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit - Männer und Frauen im Vergleich. Hogrefe, Bern
- Schouler-Ocak, M. & Aichberger, M. C. (2015). Versorgung von Migranten. Psychother Psych Med, 65, 476–485.
- Sächsisches Staatsministerium der Justiz und für Demokratie, Europa und Gleichstellung (SMJusDEG) (2022). Lebenslagen von Isbtiq* Personen in Sachsen: Ergebnisse und Handlungsbedarfe
- Schwulenberatung Berlin (2019). „Wo werde ich eigentlich nicht diskriminiert?“. Diskriminierung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans*, Inter* und Queers* (LSBTIQ*) im Gesundheitswesen in Berlin
- Von Campenhausen (2020). Ärztliche Kommunikation für Medizinstudierende, Springer, Berlin
- <https://www.praktischarzt.de/magazin/arbeitgeber/sexuelle-uebergrieffe-wie-arbeitgeber-im-gesundheitswesen-reagieren-muessen>

LITERATUR

- Matolycz E (2009). Kommunikation in der Pflege. Springer, Vienna.
- Schirmer U, Mayer M, Martin V et al. (2007). Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege. Pflege, 20.
- Molcho S (2013). Körpersprache. Goldmann: Vol. 17382. München: Goldmann.
- Sommer R (1969). Personal Space: the Behavioural Basis of Design. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson D (1974). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Huber.
- Wesuls R, Heinzmann T, Brinker L (2005). Professionelles Deeskalationsmanagement. Unfallkasse Baden-Württemberg.
- Jünger J (2018). Ärztliche Kommunikation. Stuttgart: Schattauer. Kapitel 22.4 „Tücken des Telefonats – Ärztliche Gesprächsführung am Telefon“, S. 518-521
- Schweickhardt A & Fritzsche K (2016). Kursbuch ärztliche Kommunikation. Köln: Deutscher Ärzteverlag. Kapitel 35 „Gespräch am Telefon“, S. 323-325



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

Medizinische Fakultät



Training kommunikativer Fertigkeiten in der Medizin

Kontakt

PD Dr. Heide Götze

heide.goetze@medizin.uni-leipzig.de

PD Dr. Lena Spangenberg

lena.spangenberg@medizin.uni-leipzig.de

Weitere Informationen unter:

<https://www.uniklinikum-leipzig.de/einrichtungen/medizinische-psychologie/lehre/lehrangebot>