# Menschlichkeit und Empathie

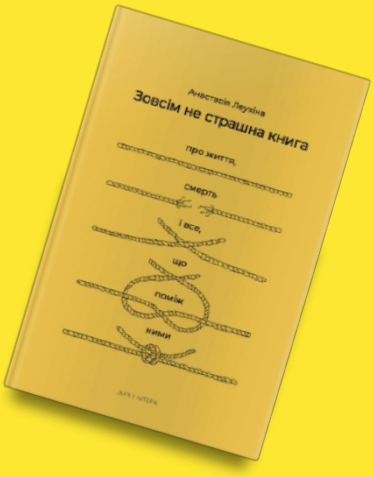
im Gesundheitswesen

Leitfaden für Lehrkräfte

Konzeption und Zusammenstellung:
**Anastasia Leukhina**

„Ein gar nicht so beängstigendes Buch über das Leben, den Tod und alles dazwischen“ – eine schnelle Hilfe, zusammengestellt als Leitfaden für diejenigen, die selbst mit einer schweren, lebensbedrohlichen Krankheit konfrontiert sind oder verzweifelt nach Antworten suchen, wie sie einem geliebten Menschen helfen können, diese oder jene Situation zu bewältigen. Eine unheilbare Diagnose „streicht“ im Patienten bisher den Menschen mit all seinen Bedürfnissen und Gefühlen durch, doch „Ein gar nicht so beängstigendes Buch über Leben, Tod und alles dazwischen“ zeigt, dass alles anders sein kann und muss. Dieses Buch
— eine Brücke für Mediziner zu den Gefühlen des Patienten. Eine Brücke für die Gesellschaft zu schwerkranken Menschen. Letztendlich ist es eine Brücke für Patienten zu sich selbst. Denn jeder Mensch hat, ungeachtet jeder Krankheit, ein Recht auf ein würdiges Leben und auf Freude.

http://non-scary.org/




**NGO „Horizontali“** – wir bringen Menschlichkeit in das Gesundheitswesen

Ein Team von Gleichgesinnten, das horizontale Verbindungen zwischen Menschen in Medizin und Bildung aufbaut und eine Aufklärungskampagne für medizinisches Fachpersonal und Patienten durchführt, um die Würde jedes Menschen zu verteidigen, dessen Leben durch die erhaltene Diagnose „zerstört“ wurde.
Dank der Arbeit der Organisation und ihrer Partner können Angehörige rund um die Uhr bei den Patienten auf der Intensivstation bleiben (Verordnung des Gesundheitsministeriums Nr. 592), und Zehntausende Ukrainer, deren Kinder auf der Intensivstation liegen, verfügen nun über einen Ratgeber mit dem Titel „Mit dem Kind auf der Intensivstation: Fragen und Antworten“.

Diese Publikation wurde im Rahmen des ukrainisch-schweizerischen Projekts „Entwicklung der medizinischen Ausbildung“ herausgegeben, das in der Ukraine vom Schweizerischen Institut für Tropen- und Public Health (Swiss TPH) mit Unterstützung der Schweizer Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) durchgeführt wird.

**Leiterin des Projektbüros:**
Dr. Tetiana Stepurko
tetiana.stepurko@mededu.org.ua

**Projektleiter:**
Martin Raab, Abteilungsleiter, Schweizer Zentrum für internationale Gesundheit, Schweizerisches Institut für Tropen- und Public Health (Swiss TPH), Socinstrasse 57, 4051 Basel, Schweiz
martin.raab@swisstph.ch

**Kontaktdaten des Büros in Kiew:**
Lutheranska-Straße 6B, Wohnung 43, 01001 Kiew, Ukraine Telefon:
+380 44 384 10 09
mededu.org.ua

MedEduUkraine

Entwicklung der medizinischen Ausbildung

**Leukhina A. G.,**
Bohdan D. B., Borovyk
I. O., Havrysh T. S.,
Haliash N. B.
Gowardowska O. O.,
Golovin O. A., Goretska A.
M., Gorska O. V.
Gusak S. R.,
Ignashchuk O. V.,
Kakhnova M. G.,
Korotun O. P., Kostyuk
O. O., Movchan I. V.,
Petrynych O. A. Povar
N. A. Rudakova N. E.
Sendetska T. M.
Tykholaz Yu. V.
Turpakova Yu. O.
Kharitonov O. V.
Shunko E. E.
Shchudrova T. S.

# MENSCHLICHKEIT UND EMPATHIE IM GESUNDHEITSWESEN

HANDBUCH FÜR DOZENTEN

MEISTER DER BÜCHER
KIEW
2022

UDC

**Leukhina A. G.**
Bogdan D. B., Borovyk I. O., Havrysh T. S., Haliash N. B., Hovardovska O. O., Golovin O. A.,
Goretska A. M., Gorska O. V., Gusak S. R., Ignashchuk O. V., Kakhnova M. G., Korotun O. P.,
Kostyuk O. O., Movchan I. V., Petrynych O. A.,
Povar N. A., Rudakova N. E., Sendetska T. M., Tykholaz Yu. V., Turpakova Yu. O., Kharitonov O. V.,
Shunko E. E., Shchudrova T. S.

Menschlichkeit und Empathie im Gesundheitswesen. Handbuch für Lehrkräfte. – Kiew : Meister der Bücher : 2022. – ……. S., Abb.

ISBN

Der Leitfaden „Menschlichkeit und Empathie im Gesundheitswesen“ ist die erste ukrainische Publikation darüber, wie an medizinischen Hochschulen Fächer unterrichtet werden können, die mit einem patientenorientierten Ansatz verbunden sind, der zudem interdisziplinär sein sollte. Der Leitfaden wurde in Anlehnung an den ukrainisch-schweizerischen Lehrgang „Menschlichkeit und Empathie im Gesundheitswesen“ für medizinische Lehrkräfte im Rahmen des Projekts „Entwicklung der medizinischen Ausbildung“ erstellt. Die Mitautoren betonen die außerordentliche Bedeutung eines menschenzentrierten Ansatzes im Gegensatz zu einem paternalistischen Ansatz bei der medizinischen Versorgung in allen Phasen: Beratung, Diagnose, Prävention, Behandlung und Rehabilitation. Medizinische Fachkräfte – Ärzte und Pflegekräfte – müssen bereits während ihrer Ausbildung an Hochschulen Kompetenzen entwickeln, um Respekt und Empathie in der Kommunikation mit Patienten aufzubauen.
Das Handbuch zielt darauf ab, die allgemeine Qualität der Kommunikation zu verbessern, um in jedem Fall Vertrauen und Zusammenarbeit im Interesse der Gesundheitsversorgung zu stärken. Die Publikation enthält systematisierte theoretische Materialien und praktische Ansätze, die auf aktuellen Erkenntnissen zu würdiger Kommunikation, Ethik und Empathie basieren und darauf abzielen, dringende aktuelle Herausforderungen im Hinblick auf das menschliche Wohlergehen zu bewältigen.
Die Publikation bietet zahlreiche Hilfsmittel für den professionellen Umgang mit schwierigen Situationen, für die Übermittlung schlechter Nachrichten sowie für eine einfühlsame Kommunikation bei medizinischen Konsultationen. Außerdem enthält sie Checklisten für medizinisches Fachpersonal und Patienten – Leitfäden, die für alle, die mit Fragen der medizinischen Versorgung zu tun haben, zu einem unverzichtbaren Hilfsmittel werden.
Der Leitfaden richtet sich an medizinisches Lehrpersonal, an medizinisches Fachpersonal aller Fachrichtungen und Dienstgrade sowie an Patienten und Koordinatoren von Selbsthilfegruppen und anderen Gemeinschaften.

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Buches darf ohne schriftliche Genehmigung des Urheberrechtsinhabers in irgendeiner Form reproduziert,
kopiert oder in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Urheberrechtsinhabers verwendet werden.

© Anastasia Leukhina, 2022
© Ukrainisch-schweizerisches Projekt „Entwicklung der medizinischen Ausbildung“, 2022
© Alina Borisova, Design 2022

# Людяність та емпатія

## im Gesundheitswesen

Leitfaden für Lehrkräfte

Konzeption und Zusammenstellung:
Anastasia Leukhina

Link zur elektronischen Version:
mededu/library/ludianist-ta-empatia

Diese Publikation wurde im Rahmen des ukrainisch-schweizerischen Projekts «Entwicklung der medizinischen Ausbildung», das in der Ukraine vom Schweizerischen Institut für Tropen- und Public Health (Swiss TPH) mit Unterstützung der Schweizer Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) durchgeführt wird. Das Projekt wird von der Schweizer Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit finanziert. Die in dieser Publikation dargelegten Ansichten und Ideen stammen von den Autoren und spiegeln nicht unbedingt die Ansichten der Schweizer Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit wider.

UDC ISBN

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Швейцарська Конфедерація

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Бенефіціар проекту

Swiss TPH
Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut

РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
УКРАЇНО-ШВЕЙЦАРСЬКИЙ ПРОЕКТ

ГОРИЗОНТАЛІ

# INHALT


Vorwort des Projektteams 11
Wie die Idee zur Entwicklung des Kurses entstand 17
Warum sind Menschlichkeit und Empathie gerade jetzt so wichtig? 21
Was haben wir aus der Umfrage über die Bereitschaft von Ärzten mit Menschen zu arbeiten und über den Wunsch der Patienten nach Menschlichkeit? 22
Wie dieser Leitfaden entstanden ist 26
Das Autorenteam des Kurses 29
Wie können Sie dieses Handbuch nutzen? 46
Erfolgsgeschichten zur Umsetzung des Kurses 47

## TEIL I

Unterrichtsformat und dessen Anpassung an die Bedürfnisse verschiedener Zielgruppen 55
Inhaltlicher Rahmen des Kurses 58
Wie man „Ein gar nicht gar nicht so beängstigend...“ 61
Yulis Vater 62
Woher wissen wir, dass der patientenorientierte Ansatz funktioniert? 63

**Thema 1. Der menschenzentrierte Ansatz** 69
Eine Geschichte über Würde, das Recht auf Wahlfreiheit und den letzten Zug an einer Zigarette 73

**Thema 2. Empathie** 77
Wie kann man der Medizin mehr Menschlichkeit verleihen? 79
Die Geschichte von Natalia, die nicht zum Arzt geht, bis es „schlimm wird“ 79

**Thema 3. Vertrauen in der Beziehung zum Patienten. Die Konsultation als Raum zum Aufbau partnerschaftlicher Beziehungen** 87
Die Geschichte von Ivanna und dem einfühlsamen Neurochirurgen 89

**Thema 4. Subjektivität und Autonomie des Patienten. Berufliche Grenzen.** 95
Die Geschichte von Marias Mutter und den Dilemmata der Behandlung 97

**Thema 5. Vertraulichkeit** 103
Die Geschichte einer jungen Ärztin und ihres Lachens über einen HIV-infizierten Schwulen 105

**Thema 6. Emotionale Krisenzustände und schlechte Nachrichten** 111
Die Geschichte von Tatjana und die Nachricht im Umschlag 113

**Thema 7. Konflikte und schwierige Gespräche** 119
Die Geschichte von der streitlustigen Oma und dem fluchenden Anästhesisten 121

**Thema 8. Toleranz und Vielfalt: Wie und warum mit unterschiedlichen Menschen umzugehen** 127
Die Geschichte von Andriy und der Hausärztin, die sein Leben verändert hat 129

TEIL II

Zusammenstellung und Ausarbeitung von Unterrichtsmaterialien zu den Themen des Kurses

**Thema 1. Der menschenzentrierte Ansatz** 137
Teil 1. Theoretische Grundlagen 141
Teil 2. Praktische Aufgaben. Fallbeispiel zur Diskussion 149

**Thema 2. Empathie** 159
Teil 1. Theoretische Grundlagen 163
Teil 2. Praktische Aufgaben 169
Erforschung und Bewusstwerdung der eigenen Erfahrungen als Kehrseite der Empathie 177

**Thema 3. Vertrauen in der Beziehung zum Patienten. Die Beratung als Raum für den Aufbau partnerschaftlicher Beziehungen** 191
Teil 1. Theoretische Grundlagen 195
Das Calgary-Cambridge-Modell der klinischen Beratung 195
Teil 2. Praktische Aufgaben 206

**Thema 4. Subjektivität und Autonomie des Patienten. Berufliche Grenzen.** 213
Inwiefern unterscheidet sich dieses Kapitel inhaltlich und strukturell von den anderen? 216
Teil 1. Theoretische Grundlagen 217
Subjektivität und Grenzen 220
Wie man Patienten korrekt informiert und den Detaillierungsgrad festlegt, der für jeden/jede für eine gemeinsame Entscheidung 223
Teil 2. Praktische Aufgaben 244

**Thema 5. Vertraulichkeit** 247
Teil 1. Theoretische Grundlagen 251
Die Begriffe „Information“ und „vertrauliche Information“ 251
Autonomie, ihre Grundsätze, der Begriff „informierte Einwilligung“ 252
Privatsphäre und die Grundsätze zu ihrer Gewährleistung. 253
Teil 2. Praktische Aufgaben 258

**Thema 6. Emotionale Krisenzustände und schlechte Nachrichten** 261
Teil 1. Theoretische Grundlagen 265
Überbringen schlechter Nachrichten 265
Sterbebegleitung 272
Die Todesnachricht 274
Emotionale Krisensituationen 274

Psychologische Hilfe bei schwerem Verlust 279
Teil 2. Praktische Aufgaben 282
Bücher und Filme über Lebenskrisen 286

**Thema 7. Patienten in schwierigen Situationen. Konflikt** 289
Teil 1. Theoretische Grundlagen 293
Teil 2. Praktische Aufgaben 300

**Thema 8. Toleranz und Vielfalt** 305
Teil 1. Theoretische Grundlagen 309
Diskriminierung 309
Interkulturelle Kommunikation und kulturelle Vielfalt 313
Teil 2. Praktische Aufgaben 337

Anstelle eines Nachworts 341
Die Geschichte von Allas Mutter und die Bedeutung der Wortwahl 342
Checklisten für medizinisches Personal und Patienten 347
Grundlegende Checkliste zur Würde für medizinisches Personal 351
Grundlegende Checkliste zur Achtung für Patienten 355

Worte der Unterstützung von Meinungsführern 360
Herzlicher Dank 363

# VORWORT DES PROJEKTTEAMS



**Tetiana Stepurko**
Leiterin des Umsetzungsbüros
ukr.nor-schw. des kaiserlichen Projekts „Entwicklung Med.Wissenschaftder Welt“, Dozentin an der Nationalen (Universität)(Kyiv-Mohyla-Akademie)

Die Welt verändert sich. Im beruflichen und gesellschaftlichen Umfeld tauchen neue Herausforderungen auf, in denen wir uns unsicher fühlen. Gerade jetzt betrachten wir vergangene Arbeitserfahrungen mit einem neuen Blick und erkennen bereits, dass die Art und Weise, wie wir damals mit dem Alltag und seinen Herausforderungen umgegangen sind, uns nicht mehr zufriedenstellt – und wahrscheinlich auch unser Umfeld und vielleicht sogar die Gesellschaft insgesamt nicht mehr. An einem bestimmten Punkt unseres Berufslebens stellen wir fest, dass wir Wissens- oder Kompetenzlücken haben, sehen aber nicht, wo wir Neues lernen könnten. Wir beobachten das Aufkommen neuer Lösungen, die dazu dienen sollen, die vor uns liegenden Aufgaben zu erleichtern.

Innovative, aktuelle und relevante Berufe, Wissen, Fähigkeiten und Wege zu deren Erlangung – das ist es, was in einer gesunden Bildung entsteht. Bildung und ein entsprechender Raum, geschaffen gemeinsam mit denen, die nach Entwicklung streben, sorgen für Motivation und Selbstvertrauen und dienen als Anreiz und Grundlage für die berufliche und persönliche Entwicklung.

Das ukrainisch-schweizerische Projekt „Entwicklung der medizinischen Ausbildung“ ist eine Plattform, die es Lehrkräften im medizinischen Bereich, Ärzten und Pflegekräften ermöglicht, auf angenehme und fundierte Weise neue Fähigkeiten und Kenntnisse im Kreis gleichgesinnter und kompetenter Fachleute zu erwerben. Die Projektberaterin Anastasia Leukhina ist eine Meisterin darin, Teile dieser Welt zum Besseren zu verändern. Indem sie in ihrem Buch „Ganz und gar kein schreckliches Buch …“ Geschichten von Patienten, deren Angehörigen, Ärzten, Krankenschwestern und Führungskräften sammelte, machte sie uns klar, dass der vorhandene Schmerz gelindert werden muss. Dieser Schmerz entsteht durch komplexe Situationen im Gesundheitswesen. Er ist weniger körperlicher als vielmehr menschlicher Natur. Er betrifft die Einstellung, die Kommunikation, die Werte der Menschlichkeit und der Würde.

Das Projekt schlug Anastasia vor, auf der Grundlage der Fallbeispiele aus „Ein gar nicht so beängstigendes Buch…“ ein Bildungsprodukt zu entwickeln, das Studierenden an medizinischen Hochschulen sowie Praktikern – Ärzten und Krankenschwestern – helfen sollte, den Kreislauf aus Missverständnissen und gegenseitigen Vorwürfen zu durchbrechen und einen neuen Weg der partnerschaftlichen Zusammenarbeit und des einfühlsamen Umgangs einzuschlagen. Auch ein „versteckter“ Gedanke (ähnlich einem Hidden Curriculum) fehlte nicht: Sechs Monate lang entwickelten medizinische Pädagogen Seite an Seite einen Kurs und lernten dabei (learning by doing) unter Anastasias Anleitung den kompetenzorientierten Ansatz in der Bildung.

Das schwierige Jahr 2021 neigt sich nun dem Ende zu, und die ersten Schritte hin zu einer medizinischen Versorgung mit mehr Würde sind bereits getan. Eine Gruppe von Medizinpädagoginnen hat gemeinsam mit Anastasia diesen Leitfaden entwickelt. Wir glauben, dass die vorgeschlagenen Instrumente und die von Ihnen erworbenen Fähigkeiten den Anstoß für die Veröffentlichung eines neuen Buches von Anastasia über den würdigen und menschenwürdigen Umgang zwischen Patienten und Pflegekräften geben werden. Das wird mir persönlich die Zuversicht geben, dass wir in einer Welt leben, die das menschliche Leben wertschätzt.



**Anastasia Leukhina,**
Beraterin des ukrainisch-schweizerischen Projekts „Entwicklung der medizinischen Ausbildung“, Trainerin, Moderatorin, Vorsitzende der gemeinnützigen Organisation „Horizontal“ und Dozentin an der Kyiv School of Economics

Ich begann meine Arbeit im Gesundheitswesen mit einem Kampf. Mein neugeborener Sohn Maksymka starb hinter den verschlossenen Türen der Intensivstation. Seine Großmutter stand in jener Nacht auf dem kalten Treppenhaus vor der Tür. Niemand informierte sie über Maksymka und gab ihr die Möglichkeit, sich zu verabschieden. Sie erinnert sich oft an die Wände hinter dieser Tür, die mit Aushängen übersät waren. Diese Aushänge enthielten viele Verbote und waren in einem Ton verfasst, als wären sie für Insassen einer Hochsicherheitsanstalt bestimmt und nicht für Eltern, die wegen des kritischen Zustands ihres eigenen Kindes unter Stress standen. Die Verbote und strengen Auflagen verletzten, die Unmöglichkeit, bei ihrem Kind zu sein, traumatisierte, und der Mangel an Informationen – tötete.

Die Kampagne #пуститевреанимацию, die ich gemeinsam mit anderen Müttern ins Leben gerufen habe, wurde zu einer der ersten Basisbewegungen von Patienten in der Ukraine, die nicht nur gegen das System kämpfte, sondern auch das Recht für Menschen erkämpfte, bei ihren Angehörigen zu sein, wenn diese auf der Intensivstation liegen. Das war ein großer Sieg: Das Gesundheitsministerium erließ eine Verordnung, und wir als Patientengemeinschaft spürten die Kraft des Zusammenhalts.

Die Jahre vergingen, und die Praxis des Zugangs unterschied sich stark von Krankenhaus zu Krankenhaus: Es gab zwar eine Verordnung, aber das medizinische Personal und die Verwaltungsangestellten in den Einrichtungen waren unterschiedlich. In einigen Krankenhäusern waren Besuche rund um die Uhr ungehindert möglich. Andere verstießen gegen die Verordnung, indem sie Besuchszeiten festlegten oder die Türen verschlossen hielten. Unsere Umfrage unter Patienten und Besuchern ergab, dass die größten Probleme für sie der fehlende Zugang, unzureichende Informationen über den Patienten und die schlechte Einstellung des medizinischen Personals sind. Patienten und ihre Familien haben einen großen Bedarf an besserer Kommunikation.

Mir wurde klar, dass es nicht ausreicht, Ärzten und Verwaltungsmitarbeitern einfach zu befehlen, die Intensivstationen zu öffnen. Es ist wichtig, das Beziehungsmuster zwischen medizinischem Personal und Patienten zu verändern. Ich habe viel über Moderation gelernt – vor allem, um über die Instrumente zu verfügen, die Patienten und Ärzten helfen, sich besser zu verstehen. Dank meiner Ausbildung im Bereich Friedensförderung, zwanzigjähriger Lehrtätigkeit in Verhandlungsführung und Kommunikation sowie zehn Jahren Studium der Prozesspsychologie gelang es mir, mein Wissen über Konfliktlösung in diese Interaktion einzubringen.

Das erforderte es, Phänomene zu erforschen und mit verschiedenen Formaten zu experimentieren – von der Schulung des medizinischen Personals, um Kommunikationsinstrumente zu vermitteln, bis hin zu therapeutischen Dialogen, um ihren Schmerz zu hören und zu verstehen. Zu meiner Überraschung gab es viel Schmerz. Ich wusste um die verschiedenen Dimensionen des Leidens der Patienten, war mir aber nicht bewusst, dass auch Ärzte und Pflegekräfte leiden, wie dieses Leiden aussieht und warum sie sich so sehr gegen Offenheit und Ehrlichkeit in Beziehungen wehren.

Diese Gespräche, zusammen mit meiner inneren Arbeit und meiner eigenen Traumatherapie, haben meine Sichtweise auf die Beziehung zwischen medizinischem Personal und Patienten verändert. Früher habe ich die gesamte Verantwortung für diese Beziehung dem medizinischen Personal zugeschrieben und es für viele Probleme verantwortlich gemacht. Jetzt verstehe ich, dass diese Beziehung unsere gemeinsame Verantwortung ist. Dass Patient und Arzt oder Krankenschwester gleichermaßen für die Qualität des Dialogs und das gegenseitige Vertrauen verantwortlich sind. Und Vertrauen wirkt sich direkt auf die Behandlungsergebnisse aus. Und es ist wichtig, dass wir lernen, diesen Dialog von beiden Seiten aus aufzubauen.

Dieser Kurs und dieses Handbuch sind also eine Untersuchung darüber, wie man vom Paternalismus oder Konsumdenken zu einer echten Partnerschaft gelangt. Wir haben noch einen langen Weg vor uns, und ich freue mich unglaublich, dass es uns gelungen ist, dieses Team von Mitautor*innen zusammenzustellen und Möglichkeiten zu finden, diese ersten Schritte gemeinsam zu gehen.



**Olena Ignashchuk,**
Koordinatorin des ukrainisch-schweizerischen Projekts „Entwicklung der medizinischen Ausbildung“

Ich bin von Beruf Ärztin und habe Erfahrung im Unterrichten an einer medizinischen Universität. Während meiner gesamten Ausbildung – an der Universität, im Masterstudium, im Praktikum und in der Promotion – habe ich gemerkt, dass mir das Wissen über den Umgang mit Menschen fehlte. Ich hatte Glück mit meinen Lehrenden – sie sind wunderbare Menschen, die durch ihr eigenes Beispiel eines einfühlsamen Umgangs gezeigt haben, dass ein menschlicher Umgang in der Medizin möglich ist.

Das war jedoch nicht Teil des Lehrplans. Während des Studiums wurden mir keinerlei Instrumente, Algorithmen oder Kommunikationsschemata für die Medizin im Hinblick auf einen menschenzentrierten Ansatz vermittelt. Nur die üblichen medizinischen Schemata für die Standardbefragung und Anamneseerhebung.

Wie bewältigt man schwierige Situationen? Wie überbringt man Menschen schlechte Nachrichten? Wie kommuniziert man mit den verschiedenen Menschen, die zu einem in die Sprechstunde kommen? – All das habe ich intuitiv getan, basierend auf meinen eigenen Vorstellungen, anstatt mich auf Wissen und Fähigkeiten zu stützen.

Als ich „Ein gar nicht so beängstigendes Buch…“ von Anastasia Leukhina[1]las, war es mir sehr leid zu erfahren, dass Patienten so oft in Situationen geraten, in denen es an Verständnis seitens des medizinischen Personals mangelt, in denen sie die Unterstützung, die sie benötigen, nur unzureichend oder gar nicht erhalten, wenn sie mit ihren Ängsten und Schmerzen allein gelassen werden und dass medizinisches Personal in der Regel nicht über das Wissen und die Fähigkeiten verfügt, die ihnen helfen würden, mit Patienten menschlich und einfühlsam zu kommunizieren.

[1] Anastasia Leukhina. Ein gar nicht so beängstigendes Buch. Über das Leben, den Tod und alles dazwischen. – Kiew: Duch
und Litera, 2020. – 368 S.

Als wir als Projektteam begannen, über die Idee zur Erstellung eines solchen Kurses und eines Leitfadens zu diskutieren, verspürten wir eine unglaubliche Inspiration, weil wir etwas Wichtiges und Nützliches tun. Wichtig in jeder Phase der Ausbildung – im Hochschul- und Postgraduiertenbereich, wichtig für Ärzte und Pflegekräfte. Und vor allem wichtig für Patienten, die möchten, dass man ihnen zuhört, dass ihre Meinung bei Entscheidungen berücksichtigt wird, dass ihre Grenzen respektiert werden und dass der Arzt sie in schwierigen Situationen unterstützen kann.



Redakteurin, Gründerin des Studios „Dali za tekstom“
Maria Khrapachova,

Ich lernte das Handbuch „Menschlichkeit und Empathie im Gesundheitswesen“ in einer Phase kennen, als die Publikation noch als dünnes Lehrbuch gedacht war – als Träger der Grundideen, die von den Teilnehmerinnen des ukrainisch-schweizerischen Projekts vorgeschlagen wurden
„Entwicklung der medizinischen Ausbildung“. Der Entwurf des Leitfadens bestand aus einer Reihe von Tabellen mit Erläuterungen, die in einem Google-Dokument zusammengefasst waren. Ich las und ertappte mich dabei, wie ich das Gefühl hatte, dass endlich ein sehr wichtiger und tiefgreifender Wunsch von mir in Erfüllung ging, und ich wollte unbedingt, dass diese Texte durchdacht, fertiggestellt und nicht nur zu einer linearen Kette, sondern zu einem harmonischen, strahlenden Vieleck zusammengefügt würden.

In den folgenden Monaten verzehnfachte sich der Umfang des Leitfadens und er verwandelte sich in das zukünftige Handbuch, in dem die früheren Kommentare zu den Tabellen bereits den gesamten inhaltlichen Kern dessen bildeten, was die medizinischen Fachkräfte, die darin geschult werden sollen, verinnerlichen müssen. Menschlichkeit, Ethik, ökologische Kommunikation, Vorrang der persönlichen Menschenwürde in allen Situationen, an denen medizinisches Personal und Patienten beteiligt sind, Empathie, Vertrauen und Zusammenarbeit im Dienste der Gesundheit.

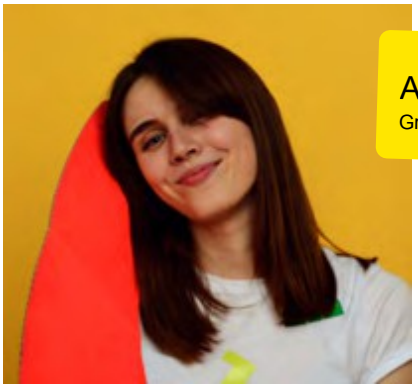
Die Materialien des Handbuchs wurden in zwei Teile gegliedert: methodische Grundlagen und Anleitungen mit Beispielgeschichten im ersten Teil und die eigentlichen konkreten Lerninhalte im zweiten Teil. Einige Kapitel des Leitfadens warfen die Frage auf, ob benachbarte Themen tatsächlich hinsichtlich ihres Inhaltsumfangs vergleichbar sind und ob alles Relevante darin enthalten ist und den richtigen Platz sowie die richtige Ausdrucksform gefunden hat.

Einige Themen stießen auf „Widerstand“, denn manche Dinge sind nicht an sich komplex, sondern aufgrund des Kontexts und der persönlichen Erfahrungen der Menschen – medizinischer Fachkräfte und Pädagogen –, die es auf sich genommen haben, die enorme Menge an zeitgenössischem nichtmedizinischem geisteswissenschaftlichem Wissen für ihre Kollegen zu übersetzen. Dieses Wissen und diese Fähigkeiten sind fortschrittlich und neu – sie sind wünschenswert, und es ist an der Zeit, dass sie in die Medizin Einzug halten.

Die Beobachtung, wie schwierig die Arbeit für die Mitautoren des Leitfadens teilweise war, zeigt, dass es diesen Menschen, diesen Pionieren, sehr, sehr wichtig ist, dass Menschlichkeit, Empathie und ökologische Kommunikation für die medizinische Gemeinschaft verständlich und überall gelebt werden. Immer wieder beeindruckt mich die Motivation dieser Menschen. Denn die Arbeit der Mitautoren des Leitfadens ist wichtig für das gesamte Gesundheitssystem und damit für jeden Einzelnen, denn wir alle sind irgendwann einmal Patienten.

Den meisten Beiträgen im Handbuch sind die Namen derjenigen vorangestellt, die daran gearbeitet haben. Alles andere wurde von Anastasia Leukhina verfasst.

Mein nächster Wunsch ist es, darauf zu warten, dass auf der Grundlage dieser Publikation an medizinischen Hochschulen Lehrveranstaltungen eingerichtet werden und die Absolventen beginnen, einen patientenzentrierten Ansatz anzuwenden, und all dies zu einem gesünderen Gesundheitswesen beiträgt und zudem fruchtbares Feedback liefert, dank dessen die nächste Version des Leitfadens über Menschlichkeit und Empathie entstehen wird – noch perfekter.



## Alina Borisova,

Grafikdesignerin, Mitbegründerin des Projekts Intozine

Ich liebe es, an Projekten mitzuarbeiten, die Menschen aus ihrer inneren Überzeugung heraus als Lebensaufgabe gestalten und die etwas in der Welt verändern können. Das Thema Empathie hat mich sehr angesprochen, als Anastasia mir vorschlug, an der Arbeit an dieser Publikation mitzuwirken, und sagte, sie wolle, dass ich „meine Wärme und Empathie“ in dieses Projekt einbringe. Empathie ist meine Stärke, die ich in die Projekte einbringen möchte, an denen ich arbeite.

# WIE DIE IDEE ZUR ENTWICKLUNG DES KURSES ENTSTAND

Wenn man die Dialoge innerhalb der medizinischen Fachkreise und der Patientengemeinschaft sowie die Berichte in den Medien beobachtet, lässt sich feststellen, dass zwischen Patienten und medizinischem Personal erhebliche Spannungen bestehen. Das medizinische Personal hat Schwierigkeiten, die Belastung zu bewältigen; es leidet unter Erschöpfung und emotionalem Burnout und ist angespannt aufgrund der hohen Turbulenzen innerhalb des Gesundheitssystems sowie der Ungelöstheit zahlreicher finanzieller, rechtlicher und sozialer Fragen am Arbeitsplatz. Sie sind von den Konflikten im Inneren erschöpft und lassen diese Belastung oft nach außen tragen, in die Beziehungen zu den Patienten und deren Familien. Das medizinische Personal braucht Anerkennung und Dankbarkeit – vom Staat, von der Führung, von den Patienten und der Gesellschaft insgesamt –, aber sie erhalten diese nicht in ausreichendem Maße.

Die Patienten ihrerseits sind ebenfalls in Alarmbereitschaft. Ihre eigenen Erfahrungen und die Geschichten anderer geben Anlass zu viel Angst und Misstrauen. Patienten werden oft zu Geiseln organisatorischer Veränderungen. Sie beklagen, dass ihnen nicht nur genügend Respekt und Verständnis entgegengebracht wird, sondern dass ihnen sogar grundlegende Informationen über den Gesundheitszustand (ihren eigenen oder den ihrer Familienangehörigen) vorenthalten werden. Die angespannte Stimmung in den Fluren und Zimmern der Krankenhäuser, die durch das geringe Maß an Vertrauen verursacht wird, schafft eine recht feindselige Atmosphäre, in der sich alle Beteiligten unwohl fühlen: Weder Ärzte noch Patienten fühlen sich sicher.

Diese Situation wird durch mehrere Faktoren verursacht. Dazu gehören:

Erstens **eine autoritäre Kultur der Interaktion innerhalb der Krankenhäuser, die einen paternalistischen Ansatz im Umgang mit Patienten fördert**. Innerhalb der medizinischen Berufsgruppe gibt es viele Vorbilder für eine herablassende Haltung gegenüber Personal und Patienten, jedoch zu wenige Vorbilder für Respekt und Partnerschaft. Junge Fachkräfte beobachten erfahrene Meister ihres Fachs und übernehmen diesen Stil in ihrer eigenen Arbeit.

Zweitens **fehlt in den Ausbildungsprogrammen für Ärzte und Pflegekräfte die Vermittlung von Kommunikationsfähigkeiten sowie der Umgang mit den eigenen und den Emotionen anderer.** Viele Ärzte und Pflegekräfte möchten besser kommunizieren und Konflikte lösen, wissen aber einfach nicht, wie sie das tun sollen. Ihre gesamte bisherige Ausbildung war auf die Arbeit mit dem Körper und der Krankheit ausgerichtet; der Arbeit mit Menschen wurde wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Die gesamte Ausbildung des medizinischen Personals war darauf ausgerichtet rund um die Arbeit mit dem Körper und der Krankheit; der Arbeit mit Menschen wurde wenig Aufmerksamkeit geschenkt

In einem der Kapitel des Buches „Ein gar nicht so beängstigendes Buch...“ werden die geringen Erwartungen der Patienten an medizinisches Personal formuliert. So lautet die Botschaft: Um nicht enttäuscht zu werden, erwarte nichts. Wir, das Projektteam des Leitfadens, wollen diese Situation ändern. Wir wollen die Qualitätsstandards in den Beziehungen anheben, Raum für partnerschaftliche Interaktion schaffen und die Zufriedenheit mit der Beziehung zwischen medizinischem Personal und Patienten steigern, wobei wir uns gleichzeitig um die emotionalen Ressourcen des medizinischen Personals kümmern.

**Was kann man vom medizinischen Personal erwarten?**

Bislang muss man das Offensichtliche feststellen: Die meisten ukrainischen Ärzte und Pflegekräfte sind nicht in der Lage, Menschen angemessen über eine schwere Diagnose oder den Tod zu informieren. Patienten bemerken, dass medizinisches Personal diese Gespräche meidet, in der Hoffnung, dass jemand anderes dies für sie übernimmt. Doch dieser Jemand ist nirgends zu finden. Das Gespräch mit Patienten und ihren Angehörigen über unheilbare Krankheiten oder den Tod ist ein wichtiger, aber sehr schwieriger Teil der ärztlichen Praxis. Und es erscheint um ein Vielfaches schwieriger, weil es den medizinischen Fachkräften an entsprechenden Fähigkeiten und Ausbildung mangelt, manchmal auch an emotionaler Belastbarkeit.

Man möchte gerne glauben, dass Ärzte und alle, die mit dem Patienten zu tun haben, in kritischen Momenten Verständnis zeigen, psychologische Unterstützung leisten und besonnene Ratschläge geben. In Wirklichkeit ist die beste Strategie für Patienten und ihre Familien jedoch, keine Erwartungen zu haben. Das Verhalten des medizinischen Personals in solchen Situationen ist sehr unterschiedlich und hängt von der jeweiligen Person und ihrem Zustand ab. Wenn Sie also einen mitmenschlichen Arzt haben – freuen Sie sich und seien Sie dankbar; wenn nicht – versuchen Sie, sich nicht zu grämen und verschwenden Sie keine Energie auf Ärger.

Die beste Strategie ist, keine Erwartungen zu haben

Auch medizinisches Personal leidet sehr unter schlechten Nachrichten über ihre Patienten, ist jedoch nicht darin geschult, weder sich selbst noch die Kranken zu unterstützen. Sie sind emotional stark ausgelaugt, auch weil es unter den Bedingungen in der Ukraine keine freien Tage oder professionelle psychologische Hilfe für die Zeit gibt, in der sie damit fertig werden müssen

mit dem Tod eines Patienten. Auch sie fühlen sich oft hilflos oder sind wütend, dass sie den Patienten nicht retten konnten, und meiden den Kontakt mit den Angehörigen des Verstorbenen, unter anderem, um ihre wahren Gefühle nicht zu zeigen, mit denen sie nicht umzugehen wissen.

Manchmal ist das Vermeiden von Gesprächen der einzige bekannte Weg, um Burnout zu verhindern und Energie zu sparen. So kommt es, dass Patienten und ihre Familien in gewisser Weise mit den nicht mitgeteilten schlechten Nachrichten allein gelassen werden[1] .

[1] Anastasia Leukhina. Ein gar nicht so beängstigendes Buch. Über das Leben, den Tod und alles, was dazwischen liegt. – Kiew: Duch i Litera, 2020. – 368 S.

Daher ist dieser Leitfaden ein Versuch, praktisches Training in Kommunikation und Konfliktbewältigung in die medizinische Praxis zu integrieren. Anstelle einer Kultur der Überheblichkeit und Respektlosigkeit gegenüber Patienten schaffen wir eine Kultur der Menschlichkeit und Offenheit beim Aufbau von Beziehungen zwischen medizinischem Personal und Patienten. Gerade gute Beziehungen werden der wichtigste Maßstab für Qualität und Effizienz in der Medizin der Zukunft sein. Und man muss in der Lage sein, diese aufzubauen und zu entwickeln.

## Wir schaffen eine „Firmware“ als Gegengewicht zu einer Haltung der Überheblichkeit und Respektlosigkeit gegenüber Patienten

Die neue „Firmware“ besteht aus mehreren Komponenten: korrekter Umgang mit Hierarchien durch den Übergang von paternalistischen zu partnerschaftlichen Beziehungen, qualitativ hochwertige Kommunikation und der Umgang mit Konfliktsituationen.

Ränge sind Privilegien, Quellen der Subjektivität und der Kraft des Menschen in verschiedenen Kontexten. Es gibt verschiedene Arten von Rängen – zum Beispiel berufliche, soziale, psychologische und spirituelle. In der Beziehung zwischen Patient und Arzt haben beide Seiten einen Rang. Bei Ärzten und Krankenschwestern gründet er sich auf Wissen und Erfahrung, die über Jahre oder Jahrzehnte der Arbeit angesammelt wurden.

Beim Patienten – in seiner Expertise über das eigene Leben, seinen Werten und seinem Verständnis für seinen Lebensweg sowie seiner Verantwortung für die eigene Gesundheit. In der ukrainischen Realität sind häufig Ungleichgewichte bei der Ausübung von Autorität zu beobachten: Der Patient ist sich seiner eigenen Autorität und Stärke nicht bewusst oder missachtet sie, während der Arzt seine Befugnisse überbewertet, seine Autorität missbraucht und für den Patienten entscheidet, wodurch er dessen Stellung als Patient herabsetzt. Dies muss geändert werden – vor allem, um den Arzt vor übermäßiger Verantwortung und Anschuldigungen zu schützen. Und um den psychologischen Druck auf ihn/sie zu verringern. Genau deshalb werden wir über die Notwendigkeit sprechen, von einem paternalistischen Ansatz zu einem partnerschaftlichen Beziehungsformat mit den Patienten überzugehen.

Gute Kommunikation ist das wichtigste Instrument, um Vertrauen aufzubauen und praktisch alle Herausforderungen zu bewältigen. Alles lässt sich durch Dialog lösen. Qualitativ hochwertige – einfache und durchdachte – Kommunikation rettet derzeit viele Leben vor Covid (und nicht nur das). Schlechte Kommunikation tötet. Manchmal im wahrsten Sinne des Wortes.

Konflikte kosten Ärzte viel Zeit und Energie; daher kann die Fähigkeit, mit ihnen umzugehen und sie zu moderieren, dem medizinischen Personal viel Kraft sparen. Moderation setzt die Fähigkeit voraus, die verschiedenen Konfliktparteien anzuhören und zu verstehen, die Dynamik der Beziehungen zwischen ihnen zu beobachten und Lösungen zu finden, die die emotionale Spannung abbauen und die Beziehungen verbessern. Im Gegensatz zu einem direktiven Ansatz in der Patientenbetreuung oder im Unterricht, bei dem die einzig richtige Wahrheit von einer Seite zur anderen vermittelt wird, ermöglicht die Moderation, verschiedene Standpunkte zu untersuchen und eine gute Lösung für die verschiedenen Seiten zu finden, die deren Interessen, Vorstellungen, Ängste und Bedenken berücksichtigt.

## taf Konfliktmoderation kann Wunder bewirken (X)oro Kommunikation, korrekter Umgang mit Hierarchien

Der Übergang vom Paternalismus (wenn jemand von oben herab bestimmt) zur Partnerschaft (wenn wir auf Augenhöhe sind) ist sowohl in Organisationen als auch in Bildungsprogrammen und auf der Ebene der Beziehung zwischen medizinischem Personal und Patienten notwendig. Ein Wandel der Lehrkultur an medizinischen Hochschulen hin zur Förderung unterschiedlicher Sichtweisen und zum Aufbau von Beziehungen zu den Teilnehmern der Ausbildungsprogramme wird sich auch auf die Arzt-Patienten-Beziehung im medizinischen Kontext auswirken – denn partnerschaftlichere und gleichberechtigtere Ausbildungsbeziehungen und -formate werden Ärzten und Pflegekräften helfen, alle Vorteile gut aufgebauter Beziehungen besser zu erkennen. Medizinisches Personal, das von den Lehrenden mit Respekt und partnerschaftlicher Haltung behandelt wird, wird es nicht mehr so leicht haben, in seiner Praxis autoritäre Verhaltensweisen anzuwenden.

# WARUM SIND MENSCHLICHKEIT UND EMPATHIE HEUTE SO WICHTIG?

Dies ist wahrscheinlich keine vollständige Liste der Argumente, die für die These von der Bedeutung von Empathie sprechen; Sie können dieses Thema daher gemeinsam mit Ihren Zuhörern vertiefen und ergänzen.

Technologische Veränderungen halten Einzug in die Medizin – künstliche Intelligenz, Fernberatung, freier Zugang zu riesigen Mengen an medizinischen Informationen, Forschungsergebnissen und Behandlungsprotokollen sowie viele weitere Technologien zur Interaktion mit dem Patienten. Bald werden Empathie und die Fähigkeit, mit dem Patienten zu kommunizieren, fast der einzige (hier übertreibe ich ein wenig, aber dennoch) Vorteil eines lebenden Arztes gegenüber einem Roboter oder einer Datenbank sein. Und dieser Wettbewerb kann hart sein.

Veränderungen im Finanzierungssystem – die Perspektive einer Finanzierung, die auf dem Prinzip der Bezahlung durch den Kunden oder den staatlichen Einkäufer medizinischer Dienstleistungen für eine bestimmte Person und nicht für die Anzahl der Betten basiert – sind sogar in der Ukraine bereits eingetreten. Die Zufriedenheit der Patienten wird sich auf die Höhe der Finanzierung medizinischer Einrichtungen auswirken. Und einfühlsame Kommunikation wird bei der Befragung von Patienten immer mehr Punkte erhalten als defensive Distanziertheit. Der Wettbewerb um Patienten entfaltet sich bereits nach und nach, und gewinnen werden nicht so sehr die Ausstattung und die Gebäude, sondern vielmehr die Menschen, das Personal und deren Einstellung gegenüber den Patienten.

Der Personalmangel ist für viele Krankenhäuser bereits ein großes Problem, und der Wettbewerb um Mitarbeiter wird angesichts der Abwanderung ins Ausland immer härter werden. Studien zeigen, dass in 80 % der Fälle die Ursachen für das emotionale Burnout des Personals in systemischen Faktoren und der Arbeitsorganisation liegen und nur in 20 % der Fälle in persönlichen Gründen[1] . Daher ist es wichtig, Empathie nicht nur gegenüber Patienten, sondern auch gegenüber Kollegen und dem eigenen Personal zu entwickeln. Denn es ist unmöglich, die Einstellung gegenüber Patienten zu verbessern, ohne die Einstellung gegenüber dem Personal zu verbessern. Die Integration von Empathie in die Organisationskultur medizinischer Einrichtungen und in die Personalpraxis kann zu einem wichtigen Wettbewerbsvorteil im Kampf um Talente werden.

Patientenbeschwerden sind eine Quelle von Stress und Frustrationen sowie ein Zeitfresser sowohl für das medizinische Personal als auch für die Verwaltung[2] . Ausländische Studien zeigen, dass ein Großteil der Beschwerden auf schlechte Kommunikation zurückzuführen ist. Eine Analyse der Beschwerden über junge Ärzte ergab vier Hauptthemen: nonverbale Kommunikation (Augenkontakt, Mimik und Körpersprache), verbale Kommunikation (Zuhörfähigkeit und angemessene Wortwahl), Inhalt (mangelhafte Quantität und Qualität der bereitgestellten Informationen) sowie schlechtes Verhalten (mangelnder Respekt und mangelndes Einfühlungsvermögen)[3] .

[1] Alla Boiko, Präsentation, Partnerkurs „Bewährte Praktiken in der Leitung medizinischer Einrichtungen“, Burnout bei medizinischem Personal.

[2] Abdelrahman, W., & Abdelmageed, A. (2017). Understanding patient complaints. BMJ: British Medical Journal, 356. URL: www.bmj.com/content/356/bmj.j452

[3] Kee, J. W., Khoo, H. S., Lim, I., & Koh, M. Y. (2018). Kommunikationsfähigkeiten in Arzt-Patienten-Interaktionen: Lernen aus Patientenbeschwerden. Health Professions Education, 4(2), 97–106. URL: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452301116301225

# WAS HABEN WIR AUS DER UMFRAGE ÜBER DIE BEREITSCHAFT VON ÄRZTEN, MIT MENSCHEN ZU ARBEITEN, UND DEN WÜNSCHEN DER PATIENTEN NACH MENSCHLICHKEIT GELERNT?

Zu Beginn der Arbeit an dem Lehrgang, der der Erstellung dieses Leitfadens vorausging, haben wir Studierende medizinischer Hochschulen und praktizierende Ärzte gefragt, inwieweit sie sich heute für die Arbeit mit Menschen vorbereitet fühlen. Die Ergebnisse einer Umfrage unter 468 Studierenden und 167 Praktikern zeigten, dass sich nur 7,5 % der Studierenden und 19,7 % der Ärzte als vollständig auf die Arbeit mit Menschen vorbereitet betrachten. Die Relevanz des Lehrkurses über Kommunikation und die Interaktion zwischen Arzt und Patient steht daher aus Sicht beider Zielgruppen außer Frage.

## bereit für die Arbeit mit Menschen

## 7,5% der Studierenden und 19,7 % der Ärzte halten sich für

Bei der Planung der Kursinhalte war es unser Ziel, nicht nur die Sichtweise der Lehrenden widerzuspiegeln, sondern auch auf den aktuellen Bedarf von Studierenden und Ärzten nach einer Ausbildung im Umgang mit Menschen einzugehen. Deshalb haben wir uns auch nach ihren Erwartungen hinsichtlich der Themen erkundigt, die sie gerne in einem Lehrgang behandelt sehen würden. Es stellte sich heraus, dass die Themen „Umgang mit ‚schwierigen' Patienten", „Arzt-Patienten-Beziehung" und „Wahrheitsfindung gegenüber dem Patienten" am meisten gefragt waren. All diese Erwartungen fanden ihren Niederschlag in den Zielen und Inhalten des Kurses „Empathie und Menschlichkeit in der Arbeit des medizinischen Personals"

Im Zuge der Kursentwicklung stießen wir auch auf mehrere aktuelle ukrainische Studien, die zeigen, dass der Wunsch nach Respekt und einer einfühlsameren Kommunikation unter den Patienten recht groß ist.

Die NGO „Athena" führte 2019 eine Umfrage unter Krebspatienten durch. Auf die Frage nach der besten Informationsquelle zur Behandlung belegen Ärzte den letzten Platz (11 %) hinter Gruppen von Krebspatienten (70 %) und dem Internet (30 %). Und dies zeugt höchstwahrscheinlich nicht von einem Mangel an Wissen, sondern von einem geringen Kommunikationsniveau und einer mangelnden Dialogfähigkeit der Ärzte.

Mithilfe von Info Sapiens haben wir die Antworten auf die offene Frage zu den fünf Eigenschaften eines Arztes analysiert, die Krebspatienten in dieser Umfrage als wichtig bezeichneten, und dabei interessante Erkenntnisse gewonnen. Wir haben die Antworten der Befragten in fünf Kategorien zusammengefasst. Als wichtigste Eigenschaften eines Arztes erwiesen sich:

| | |
|---|---|
| **Fachkompetenz** – Kompetenz, Erfahrung, ständige Weiterentwicklung im eigenen Fachgebiet, Neugier, Talent und Intelligenz | **82 %** |
| **Emotionale Intelligenz** – Menschlichkeit, Einfühlungsvermögen, Sensibilität, Respekt, Taktgefühl, Geduld, Toleranz, Fürsorge | **72 %** |
| **Positivität und Integrität** – Ehrlichkeit, Freundlichkeit, Integrität, Offenheit, Sinn für Humor, Unbestechlichkeit | **61 %** |
| **Kommunikationsfähigkeit** – Aufmerksamkeit, die Fähigkeit zuzuhören und zu erklären, Kontaktfreudigkeit und Klarheit | **50 %** |
| **Berufliche Qualitäten** – Pünktlichkeit, Verantwortungsbewusstsein, Höflichkeit, Erreichbarkeit, die Fähigkeit, Fehler einzugestehen, Mut und Zielstrebigkeit | **34 %** |

Aus diesen Daten geht hervor, dass – neben der Fachkompetenz – emotionale Intelligenz, eine positive Einstellung und Integrität, Kommunikationsfähigkeit sowie berufliche Qualitäten in der Rangliste der für Patienten wichtigen Eigenschaften eines medizinischen Mitarbeiters einen außerordentlich hohen Stellenwert einnehmen. Wenn man die Antworten zu emotionaler Intelligenz und Kommunikationsfähigkeit (die ohne ein hohes Maß an emotionaler Reife nicht möglich ist) mit einer positiven Einstellung und Integrität in einer Kategorie namens „Soft Skills“ zusammenfasst, überwiegen diese „Soft Skills“ die Fachkompetenz.

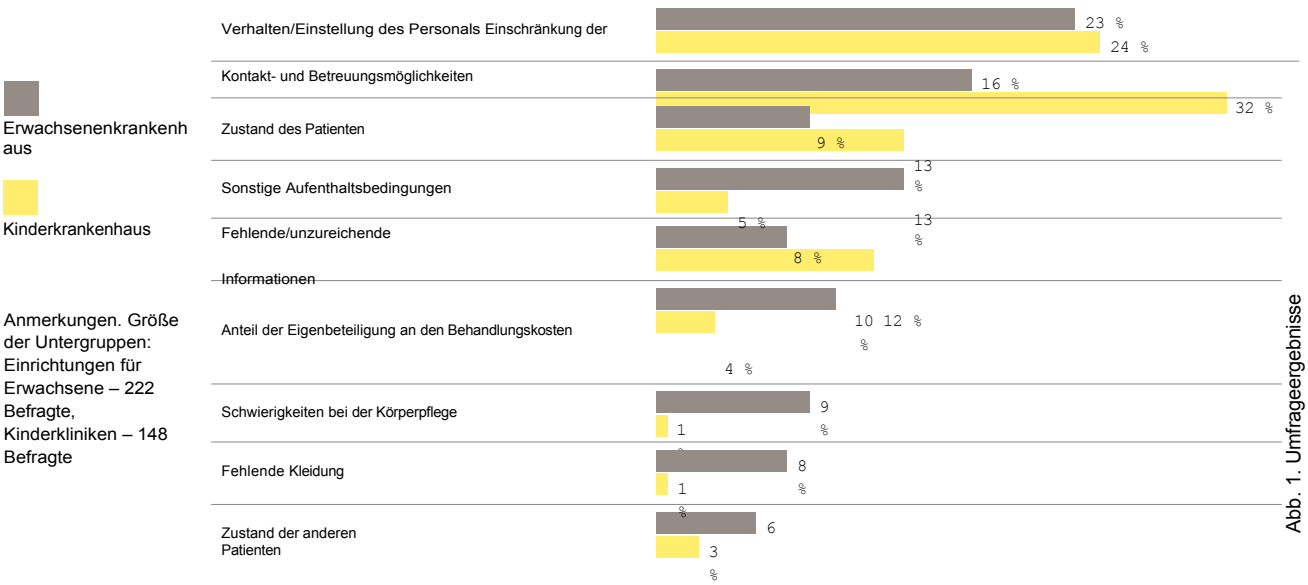
| | |
|---|---|
| **Soft Skills:**<br>emotionale Intelligenz, positive Einstellung und Integrität, Kommunikationsfähigkeit | **96 %** |
| **Fachkompetenz Berufliche** | **82 %** |
| **Qualitäten** | **34** |

Das bedeutet nicht, dass die Menschen unter den Ärzten diejenigen auswählen werden, die gut reden können. Es bedeutet, dass sowohl Fachkompetenz als auch Soft Skills unverzichtbare Bestandteile der Professionalität eines medizinischen Mitarbeiters sind. Nicht „entweder – oder“, sondern beides gleichzeitig: sowohl IQ als auch EQ.

In der Studie zu den Praktiken der Transparenz auf Intensivstationen, die von der NGO „Horizontali“ in Zusammenarbeit mit Info Sapiens (2019) durchgeführt wurde, zeigt sich, dass die schwierigsten und schmerzhaftesten Aspekte des Aufenthalts auf der Intensivstation für Patienten und ihre Angehörigen die Einstellung des Personals (23 %), die Einschränkungen bei Kontakt und Pflege (16 %) sowie der Mangel an Informationen (8 %). Interessant ist, dass diese „weichen Faktoren“ in den Beziehungen die Angehörigen sogar mehr beunruhigten als der kritische Zustand des Patienten oder finanzielle Fragen im Zusammenhang mit seiner Behandlung.

In Diskussionen fragen Ärzte und Pflegekräfte häufig, ob Kommunikationskompetenzen grundlegende Voraussetzungen sein sollten oder ob sie lediglich eine Ergänzung zu medizinischen Kenntnissen und Fähigkeiten darstellen. Diese Studien zeigen, dass seitens der Patienten ein großer Bedarf an menschlichem Umgang und guter Kommunikation besteht und dass die Professionalität eines Arztes oder einer Krankenschwester nicht nur aus medizinischem Wissen und technischen Fähigkeiten bei der Durchführung medizinischer Maßnahmen besteht. Die Fähigkeit zu kommunizieren, einen Dialog aufzubauen, dem Patienten zuzuhören und seinen emotionalen Zustand zu berücksichtigen, ist ebenso wichtig wie medizinische Kompetenzen.

**Was wäre für Sie oder einen Ihnen nahestehenden Menschen der schwierigste, schmerzhafteste oder demütigendste Moment während des Aufenthalts auf der Intensivstation?**




Anmerkungen. Größe der Untergruppen: Einrichtungen für Erwachsene – 222 Befragte, Kinderkliniken – 148 Befragte

Abb. 1. Umfrageergebnisse

Die Antworten auf die Frage „Was kann die Interaktion zwischen Personal und Besuchern verbessern?“ zeigten, dass sich die vier häufigsten Vorschläge der Befragten gerade auf empathische Kommunikation bezogen, nämlich (1) bessere Kommunikation und klare Regeln (34 %), eine freundlichere Haltung des Personals (14 %), eine Vereinfachung der Zugangsregelungen (12 %) und gegenseitiges Verständnis beider Seiten (11 %).

Als Reaktion auf Beschwerden von Patienten über mangelnde Kommunikation weisen Ärzte oft darauf hin, dass ihre Aufgabe darin bestehe, zu behandeln, während die Kommunikation und Betreuung Aufgabe der Psychologen sei. Die Patienten sehen das jedoch anders: Nur 2 % glauben, dass psychologische Hilfe das Problem lösen würde. Die Erwartung einer „integrierten Empathiefunktion“ ist also unter ukrainischen Patienten weit verbreitet.

**Was könnte Ihrer Meinung nach die Interaktion zwischen dem medizinischen Personal und den Besuchern auf der Intensivstation verbessern?**

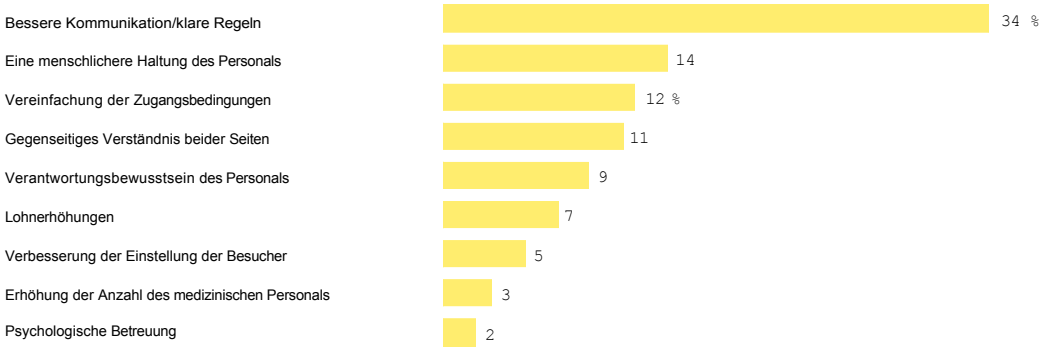



Abb. 2. Umfrageergebnisse

Daher sind eine bessere Kommunikation und ein menschlicherer Umgang sowohl für das medizinische Personal als auch für die Patienten auf beiden Seiten erforderlich. Deshalb laden wir Sie ein, gemeinsam mit uns diese Themen zu erforschen und damit zu experimentieren.

# WIE DIESER „ -LEITFADEN“ ENTSTAND

Die Idee für diesen Kurs entstand aus dem Buch „Ein gar nicht so beängstigendes Buch über das Leben, den Tod und alles dazwischen“. Dieses Buch wurde für Ärzte und Pflegekräfte zu einem Leitfaden in die Welt der Patienten, lieferte Beispiele und ein Verständnis dafür, was Patienten verletzt und worunter sie und ihre Familien am meisten leiden, aber auch – was sie am meisten schätzen und wofür sie dem medizinischen Personal im direkten Kontakt dankbar sind.

Das Buch wurde zu einem Instrument, um innerhalb des Gesundheitssystems eine menschlichere und einfühlsamere Haltung gegenüber Patienten und Ärzten zu fördern. Ich habe lange gezögert, einen Kurs für Ärzte und Pflegekräfte zu entwickeln: Ich hatte viele (vorwiegend negative) Erfahrungen im Umgang mit medizinischem Personal, aber mir fehlte die ärztliche Perspektive auf die Beziehungen zu Patienten – ich verstand den Fokus und die Probleme der Ärzte nicht ausreichend. Deshalb beschloss ich, Partner für die gemeinsame Arbeit unter Ärzten und Kollegen aus dem Bildungsbereich verschiedener medizinischer Hochschulen zu suchen. Denn gerade sie verstehen sowohl die Bedürfnisse von medizinischem Personal und Studierenden als auch die Wege, wie man Informationen an sie vermittelt, am besten. Und die Geschichten aus dem Buch wurden zu unseren Helfern – sie lassen sich leicht in Fallbeispiele zur Diskussion oder Rollenspiele zur Analyse umwandeln.

Dank des ukrainisch-schweizerischen Projekts „Entwicklung der medizinischen Ausbildung“ haben wir ein Auswahlverfahren durchgeführt und 15 Dozenten sowie praktizierende Ärzte aus sieben medizinischen Hochschulen der Ukraine zur Zusammenarbeit eingeladen. Im Rahmen regelmäßiger Treffen über einen Zeitraum von sechs Monaten haben wir gemeinsam die Ziele und inhaltlichen Rahmenbedingungen des Kurses festgelegt, Schwerpunkte ausgewählt und Prioritäten gesetzt. Alle Ideen und Entwürfe wurden durch die Filter verschiedener Interessengruppen geleitet: Pädagog*innen, medizinisches Fachpersonal, Ärzt*innen, Pflegefachkräfte und natürlich Patient*innen. Dies führte häufig zu Spannungen und notwendigen Reibungen, um gegensätzliche Positionen zu untersuchen, einen Mittelweg zu finden und nicht in Extreme zu verfallen. Diesen gesamten Prozess nannten wir „Kursentwicklungswerkstatt“, und ihre Teilnehmerinnen bezeichneten wir als „Meisterinnen“. Denn gerade die Werkstatt ist ein Raum für Experimente, für sicheres Lernen, die Suche nach Formen und das Verfeinern von Fähigkeiten.




Die Diskussionen zu Beginn waren lebhaft: Wir suchten nach einem Gleichgewicht zwischen einem oberflächlichen Programm, das ein breites Spektrum an Themen abdeckt, und einem Kompetenztraining

in Bezug auf Kommunikation und die Anwendung von Protokollen für den Umgang mit Menschen. Als Ergebnis dieser intensiven Diskussionen kamen wir zu dem Schluss, dass es wichtig ist, den Kurs um ein patientenorientiertes Modell als Kernkonzept der Ausbildung herum aufzubauen und dessen praktische Anwendung in acht Teilen zu erläutern. Es gab viele Diskussionen darüber, ob wir einen Block zur Entwicklung der emotionalen Intelligenz und der Selbstregulierung unter Stressbedingungen hinzufügen sollten, um die emotionale Sicherheit zu gewährleisten und Burnout bei medizinischem Personal zu verhindern – und wir kamen überein, dass ein solcher Kurs separat entwickelt werden sollte.

Während der Arbeit am Programm haben wir gemeinsam folgende Fragen untersucht und einen Konsens erzielt:

- Wie lassen sich die Problembereiche und Bedürfnisse der Zielgruppe ermitteln, um sie bei der Entwicklung zu berücksichtigen? Wie lässt sich die Logik des Lehrgangs aufbauen?
- Wie wählt man den Schwerpunkt und die Prioritäten des Kurses aus und vermeidet das übliche „je mehr, desto besser“?
- Welche Fragen und Themenblöcke sollten das Hauptthema beleuchten?
- Welche Liste von Wissen und Einstellungen muss in den Kurs integriert werden, welche Methoden und Formate sollten für das Einüben von Fähigkeiten gewählt werden;
- wie man Storytelling einsetzt und die Stimmen der Patienten in die Lehre für medizinisches Personal einbringt; wie man komplexe und vieldeutige Diskussionen während des Unterrichts moderiert.

Das Format des Workshops sah die Moderation der Gruppenarbeit sowie die Schaffung eines Raums für die gemeinsame Erforschung von Berührungspunkten in einem Umfeld der Verschiedenheit vor. Jede der Teilnehmerinnen wurde zur Co-Moderatorin und Mitgestalterin des Kurses. In kleinen Gruppen bereiteten die Teilnehmerinnen jede Sitzung vor, erarbeiteten die methodischen Teile des Handbuchs und diskutierten, gaben Feedback und stimmten den inhaltlichen Ausarbeitungen ab. Wir lernten gemeinsam nicht nur, einen neuen Lehrkurs zu entwickeln, sondern probierten auch neue interaktive Lehrmethoden aus.




Ich werde immer wieder von dem Gedanken begleitet, dass ich sehr besondere Gruppen und Teilnehmerinnen hatte. Ich hatte ein konservativeres Publikum mit starkem Widerstand

für Veränderungen. Ich bin begeistert von der Offenheit der Menschen gegenüber Neuem und ihrer Ernsthaftigkeit in Bezug auf ihre eigene berufliche Weiterentwicklung.

Für die Teilnehmerinnen war es manchmal nicht einfach, ihre Arbeit zur Diskussion mit Kolleginnen und Kollegen aus anderen Hochschulen vorzustellen. Der mit der erwarteten Kritik an der durchgeführten Sitzung verbundene Stress war spürbar. In dieser angespannten Situation war besonders das Unbehagen spürbar, das dadurch entstand, dass sich die Teilnehmerinnen ihrer eigenen Unvollkommenheit bewusst wurden. Aber ohne dieses Unbehagen sind Veränderungen nicht möglich. Deshalb haben wir gelernt, es in gesunden Dosen zu nutzen, um uns selbst, unsere Standpunkte und unsere Fähigkeiten zu verfeinern.

Da es bei uns statt eines „einzigen Wahrheitsvermittlers“ viele Sichtweisen und individuelle Stimmen sowie Selbstreflexion gab, konnte jede Teilnehmerin:

- die weltweit besten Praktiken und Innovationen zu erforschen,
- ihre Einstellungen zu verschiedenen Themen mit diesen abzugleichen,
- neue Ansätze durch das gemeinsame Unterrichten von Themen zu erlernen, die für uns selbst neu sind – denn es ist erwiesen, dass wir am besten lernen, wenn wir andere unterrichten.

Wir sind zu dem Schluss gekommen, dass die Schaffung eines Raums zur Erforschung von Praktiken, Vorurteilen, verbalen und nonverbalen Signalen sowie die Moderation der gemeinsamen Suche nach Antwortmöglichkeiten ein wirksamer Ansatz zur Betrachtung menschlicher Interaktion im professionellen medizinischen Kontext ist. Denn menschliche Interaktion lässt sich nicht in Algorithmen pressen – Menschen, Situationen und Herausforderungen sind immer unterschiedlich, daher ist es für medizinisches Personal wichtig, sich selbst und seine Reaktionen zu kennen und über grundlegende Kommunikationsinstrumente zu verfügen, um mit Spannungen in ihrer ganzen Vielfalt umzugehen.

## Menschliche Interaktion lässt sich nicht in Algorithmen pressen

AUTORENKOLL

EKTIV

KOLLEKTIV DES KURSES





# AUTORENKOLLEKTIV DES KURSES

Wir haben Ärzte und Dozenten mit unterschiedlichen Berufserfahrungen in unser Team eingeladen: sowohl aus dem Bachelor-Studium der Krankenpflege als auch aus postgradualen Studiengängen, mit Erfahrung in der Ausbildung von Pflegekräften sowie mit Berufserfahrung im Ausland und in der Ukraine. Vielfalt und Raum für diese Vielfalt waren die Kriterien, nach denen wir einen breiten Rahmen geschaffen haben, um Qualität zu gewährleisten und unterschiedliche Ansätze zu berücksichtigen.

Wir freuen uns daher, Ihnen die Mitautorinnen unseres Kurses vorzustellen:

## Iryna Borovyk

DozentinTkaKaFedriTherapiiTaSimEynoy Medizin. Ternopil National (Medizinische)Universität Iwan-Gorbatschowski-Universität



„Hängt das Maß an Empathie vom Alter, Geschlecht, der Erfahrung und der Spezialisierung des medizinischen Personals ab? Ist es möglich, Empathie zu entwickeln, und wenn ja, wie? Am meisten ist mir die für mich unerwartete Harmonie bei der Arbeit, der Enthusiasmus und der Wille der Kolleginnen und Kollegen in Erinnerung geblieben, die sich zuvor kaum kannten, aber gemeinsam arbeiten wollten. Mit der Zeit wurden wir zu einem Team, in dem jeder gehört und berücksichtigt wird.“

## Daryna Bohdan

Koordinatorin für Kapazitätsaufbau sowie Projektüberwachung und -bewertung „Entwicklung der medizinischen Ausbildung“



„Ich erinnere mich noch immer an meinen Chirurgen, Herrn Schiwodernykow, und ich behalte ihn nicht so sehr wegen seines Nachnamens in Erinnerung, sondern vielmehr deshalb, weil er nicht nur meine Hand und nicht einmal nur meine Eltern behandelte – er sprach mit mir und behandelte mich als neunjähriges Mädchen mit Respekt als Patientin. Er ging verständnisvoll auf meine Angst und meine Schmerzen ein. Gerade dank der Fähigkeit und Bereitschaft dieses Chirurgen, mir, meinem Zustand und meinen Empfindungen mit Verständnis zu begegnen, ist mir keine traumatische, sondern eine „abenteuerliche“ Erfahrung in Erinnerung geblieben.

Empathie hängt also weder vom Alter noch vom Geschlecht noch vom Geburtsland ab – und nicht einmal vom Nachnamen. Ich schloss mich dem Team der Kursentwicklerinnen an, getrieben von meinem „sozialarbeiterischen“ Glauben an den Wert der Empathie und an die Fähigkeit jedes Menschen, sich zu verändern. Natürlich ist es für den Erwerb dieser Fähigkeit – der Fähigkeit zur Empathie – wichtig, nicht nur ein „Buch über Empathie“ zu lesen, sondern sich auch selbst die Frage zu beantworten, warum ich das als Ärztin brauche, ob es nicht eine zusätzliche Belastung sein wird, die das Burnout nur noch verschlimmert, ob ich genug Zeit habe, Empathie zu zeigen, wie Empathie die Qualität des Berufslebens einer Ärztin beeinflussen kann, welchen Einfluss sie auf die Qualität der Beziehung zum Patienten und die Ergebnisse seiner Behandlung haben kann und so weiter. Die Diskussionen rund um all diese Fragen, rund um alle „Pro“ und „Kontra“, waren aufgrund ihrer Vielfalt, Offenheit und Tiefe wertvoll. Es war eine äußerst wertvolle und eindrückliche Erfahrung, für die ich allen Beteiligten dankbar bin!“

Natalia Galiash
Dozentin am Lehrstuhl für Pädiatrie Nr. 2, Nationale Medizinische Universität Ternopil
Iwan Horbatschowski



„Wir alle sprechen derzeit über Menschlichkeit und Empathie bei medizinischem Personal, aber meiner Überzeugung nach sind die meisten medizinischen Fachkräfte von Natur aus menschlich. Schließlich haben sie sich für den edlen Beruf entschieden, Menschen in schwierigen Situationen zu helfen. Warum stoßen wir dann so oft auf einen Mangel an dieser Menschlichkeit in medizinischen Einrichtungen? Meiner Meinung nach liegt das Problem darin, dass die Vermittlung sogenannter Soft Skills aus den Lehrplänen der medizinischen Hochschulen verdrängt wurde.

Bei der Entwicklung dieses Kurses hat mich natürlich die Vielzahl engagierter, hochprofessioneller und von Begeisterung erfüllter Medizinpädagoginnen beeindruckt, die bereit sind, sich den Herausforderungen der Gegenwart zu stellen, um gemeinsam bessere medizinische Fachkräfte, eine perfektere medizinische Gesellschaft und eine qualitativ hochwertigere medizinische Versorgung in der Ukraine zu schaffen. Was mir besonders in Erinnerung geblieben ist, ist die Vielfalt der Meinungen, Ansichten und Erfahrungen. Ich bewundere die Professionalität, Beharrlichkeit und Begeisterung unserer Moderatorin Anastasia Leukhina, die den Mut hatte, das Thema Menschlichkeit in der Medizin auf eine neue Ebene zu heben und uns alle produktiv zusammenzubringen, um diesen äußerst wichtigen Kurs zu gestalten.“



## Anastasia Goretska

Leiter des psychologischen Dienstes des Wissenschaftlich-pädagogischen Instituts für Bildungsqualität, Charkiw Nationale Medizinische Universität

## Olga Gwardowska

Assistentin am Lehrstuhl für Phthisiologie und Pulmologie,
Charkiw Nationale Medizinische Universität



„Wie lässt sich die grundsätzliche Bereitschaft von Menschen, Arzt zu werden oder nicht, einschätzen (und damit auch ihre Fähigkeit und Bereitschaft zu Empathie und Ähnlichem)? Wie lässt sich dies im Laufe der Ausbildung auf allen Ebenen beurteilen? Sehr oft gehen die Anforderungen, die Patienten an Ärzte stellen, über deren funktionale Pflichten und Befugnisse hinaus, was zu einem Missverhältnis führt. Was muss getan/verändert werden, um in dieser Frage Harmonie zu erreichen? Während der Arbeit an dem Kurs waren die Mitautorinnen beeindruckt – von ihren persönlichen Erfahrungen, Lebensgeschichten, Ansichten zu problematischen Fragen und Errungenschaften.“

## Olena Gorska

Dozentin am Lehrstuhl für medizinisch-präventive Fächer und Labordiagnostik,
Medizinische Akademie Riwne



„Die Entwicklung des Kurses und das Verfassen des Leitfadens fielen mit meiner persönlichen Geschichte zusammen. Ich habe gespürt, wie wichtig es ist, wenn die Kommunikation funktioniert, wenn Patient und Arzt Partner sind, wenn man dir zuhört und dich versteht, wenn man dir Informationen und Wahlmöglichkeiten bietet und dich fragt. Und mir wurde klar, dass mir das als Ärztin nicht beigebracht wurde. Als Patientin brauche ich das. Als Dozentin lehre ich das nicht. Ich wusste, dass es emotional und auch körperlich schwer werden würde, aber ich habe mich entschlossen, diese Arbeit anzugehen.

Gedanken, die mir besonders am Herzen liegen:

*„Die Menschen sehnen sich nach Menschlichkeit",*
*„Für Patienten sind nicht nur fachliche Kompetenzen wichtig",*
*„Empathie ist nicht gleichbedeutend mit Burnout."*

Ich bin allen Teilnehmerinnen des Workshops unendlich dankbar. Der Workshop war für mich eine große Stütze in meiner persönlichen Geschichte."

## Sofia Gusak

Dozentin am Lehrstuhl für Innere Medizin Nr. 2 der Ternopil Nationalen Medizinischen Iwan-Gorbatschowski-Universität



„Bei der Durchführung des Kurses zur Palliativmedizin hat mir das Buch „Zovsim ne strashna knyha“ sehr geholfen, das mich tief beeindruckt hat und dank dessen ich den Bereich der palliativen Betreuung in den letzten Tagen und Monaten des Lebens der Patienten besser verstanden habe. Da der Kurs neu ist, muss das Kursprogramm noch überarbeitet werden. Wie kann man sie verbessern? Wie vermittelt man den Kursteilnehmern das Wesentliche und wie weckt man überhaupt das Interesse der Studierenden für dieses heute so aktuelle Thema? Wie bringt man angehenden Ärzten die Regeln einer effektiven Kommunikation bei, deren Grundlage Empathie ist? Auf der Suche nach Antworten auf diese Fragen bin ich auf den Workshop gestoßen.

Was mir von dem Workshop am meisten in Erinnerung geblieben ist, war die Zusammenarbeit der Autoren, die Diskussionen, die Zweifel und die vielen Fragen, die uns letztendlich dabei geholfen haben, die Wahrheit zu finden. Ich habe für mich neue Perspektiven im Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung entdeckt. Eine erfolgreiche Behandlung basiert auf effektiver Kommunikation, einer gut aufgebauten Arzt-Patienten-Beziehung, professionellen Grenzen und gemeinsamer Entscheidungsfindung. Es geht um Empathie. Das kann und sollte man lernen.“

.

## Olena Ignashchuk

Koordinatorin für medizinische Ausbildung des ukrainisch-schweizerischen Projekts „Entwicklung der medizinischen Ausbildung“



„Ich bin zutiefst dankbar, dass es das Buch „Ganz und gar kein beängstigendes Buch“ gibt und dass es sowohl von Patienten in schwierigen Situationen als auch von ihren Angehörigen und Ärzten gelesen werden kann. Die Umsetzung der Kerngedanken des Buches in einen Lehrkurs für Studierende und Ärzte sowie die Erstellung eines Leitfadens für diejenigen, die dieses Thema oder den gesamten Kurs unterrichten werden, ist ein wichtiger Schritt, der mit großer Verantwortung unternommen wurde. Der Prozess der gemeinsamen Gestaltung mit Pädagogen verschiedener Hochschulen der Ukraine und medizinischen Fachkräften verschiedener Fachrichtungen war geprägt von Dialogen, Diskussionen und dem Austausch von Ideen – in diesem Prozess entsteht der Kurs. Im Mittelpunkt der Arbeit der Autorinnen stand jedoch stets das Bedürfnis nach Menschlichkeit und Empathie in der Interaktion zwischen medizinischen Fachkräften und Patienten. Es war eine außergewöhnliche Erfahrung der gemeinsamen Gestaltung im Kreis eines unvergleichlichen Teams von Gleichgesinnten.“

## Olena Korotun

Dozentin am Lehrstuhl für Pädiatrie und Kinderinfektionskrankheiten,
Staatliche Medizinische Universität Bukowina:



„Ärzte und medizinisches Personal fühlen sich oft hilflos, wenn es zu Konflikten mit Patienten kommt oder wenn sie schlechte Nachrichten überbringen müssen. Und Patienten haben oft den Eindruck, dass medizinisches Personal zynisch und gefühllos ist. In Wirklichkeit sind Empathie, der Aufbau vertrauensvoller Beziehungen und ein menschlicher Umgang jedoch Fähigkeiten, die man lernen kann und muss. Für mich ist es am wichtigsten, dass Ärzte und medizinisches Personal sich bewusst machen, dass Menschlichkeit, Empathie und die Kommunikation mit Patienten nichts Zusätzliches oder Nebensächliches sind, sondern dass dies erstens eine zentrale und wesentliche Kompetenz des medizinischen Personals ist und zweitens ein äußerst wichtiges Instrument zur Erreichung von Compliance, zur Lösung von Konflikten und Beschwerden sowie zur Vorbeugung des eigenen beruflichen Burnouts. Ebenso wichtig ist es, dass Patienten verstehen, dass ein Arzt oder medizinisches Fachpersonal auch ein Mensch mit eigenen Emotionen, Erfahrungen und Bedürfnissen ist. „Der Patient ist kein Stück Fleisch, der Arzt kein Roboter“ – das ist meine Kernbotschaft.“

## Olena Kostyuk

Dozentin am Lehrstuhl für Neonatologie, Nationale Universität für Gesundheitswesen der Ukraine namens Platon Shupyk



„Ein interessantes und wichtiges Thema. Mit diesen Fragen bin ich in meiner Praxis täglich konfrontiert. Die Fülle an neuen Informationen hat mich beeindruckt: Wie viel wir doch nicht wissen! Beeindruckt haben mich das Wissen und die Instrumente, die wir in der Praxis anwenden können. Besonders in Erinnerung geblieben ist mir die äußerst interessante Teamarbeit."

## Anastasia Leukhina

Vorsitzende der NGO „Horizontali", Autorin von „Ein gar nicht so beängstigendes Buch über das Leben, den Tod und alles, was dazwischen liegt", Beraterin des ukrainisch-schweizerischen Projekts „Entwicklung der medizinischen Ausbildung".

„Ich bin froh, dass wir eine neue Qualität in der Interaktion zwischen Patienten und Ärzten schaffen. Das wird es uns ermöglichen, mehr Vertrauen in das Gesundheitswesen zu bringen, und Vertrauen bewirkt Wunder."



## Oksana Petrynych

Dozentin am Lehrstuhl für Familienmedizin,
Staatliche Medizinische Universität Bukowina:



„Das Thema Menschlichkeit in der Medizin liegt mir sehr am Herzen. Vor kurzem kursierte auf Facebook ein Bild, das zeigte, wie Kindern in der UdSSR Mandeln und Polypen entfernt wurden. Als ich dieses Bild sah, war es, als würde ich das, was ich mit 12 Jahren durchgemacht hatte, noch einmal erleben. Leider haben wir viele Schrecken aus jener Medizin geerbt, und die Unmenschlichkeit ist nirgendwo verschwunden. Als Studentin im Praktikum, bereits in der unabhängigen Ukraine, habe ich gesehen, wie eine Gebärmutter ohne Betäubung ausgeschabt wurde, während man der Frau zurief: ‚Schrei nicht, es soll dir gefallen...' Warum handeln Ärzte so? Sind das Folgen von Kindheitstraumata, Schutz vor Burnout, falsche Motivation für den Beruf oder noch etwas anderes? Wie kann man das ändern?“

Natalia Povar
Dozentin am Lehrstuhl für medizinisch-präventive Fächer und Labordiagnostik,
Medizinische Akademie Rivne



*„Es fällt mir schwer, Worte des Mitgefühls zu finden, die das Bedauern ausdrücken, das ich empfinde.“*

„Eine der wichtigsten Fragen für mich ist, wie ich in den Lehrveranstaltungen bei den Studierenden eine menschenzentrierte Haltung gegenüber Patienten fördern kann. Insbesondere in den Kursen zum Thema Empathie. Für mich ist klar, dass eine empathische Haltung der Dozentin gegenüber den Studierenden eine notwendige Voraussetzung ist.

Aber – reicht das aus?

Filme und Bücher zum Thema vorschlagen? Angesichts der hohen Arbeitsbelastung der Studierenden an medizinischen Hochschulen – wie viele von ihnen werden sich einen Film ansehen, geschweige denn ein Buch lesen?

Diskussionen über die kontroversesten Themen in den Unterricht einbauen? Rollenspiele einsetzen?

Während meiner Arbeit in unserem Workshop habe ich viele neue interaktive Instrumente kennengelernt, die zur Erreichung dieses Ziels eingesetzt werden können. Ich danke allen Kollegen und mittlerweile Freunden für diese Erfahrung!

Aber es bleiben viele offene Fragen. Ist es richtig, Rollenspiele im Unterricht einzusetzen? Es besteht immer die Gefahr, die persönliche Geschichte eines Studierenden anzusprechen.

„Ich hoffe, dass wir durch die direkte Arbeit mit den Studierenden und den Einsatz verschiedener Instrumente der modernen Pädagogik herausfinden werden, welche davon in konkreten Situationen beim Erlernen der verschiedenen Themen dieses Kurses am besten funktionieren.“

## Natalia Rudakova

Dozentin am Lehrstuhl für psychische und physische Gesundheit,
Andrej-Krupinsky-Medizinische Akademie Lemberg



„Sind Menschlichkeit und Empathie angeborene Eigenschaften, oder kann man sie in sich selbst entwickeln? Inwieweit kann unser Bildungssystem solche Eigenschaften bei den Studierenden annehmen und sie in ihrer Entwicklung als zukünftige medizinische Fachkräfte im beruflichen System nicht zerstören? Ich war beeindruckt von der Fülle an Informationen und Instrumenten, die in anderen Ländern schon lange genutzt werden, in der Ukraine jedoch von medizinischen Fachkräften nach wie vor mit Angst und Unverständnis aufgenommen werden. Ein halbes Jahr unseres Kurses – ein unglaubliches Team von Fachleuten, die Arbeit von Enthusiasten.“

## Julia Tycholaz

Dozentin der Fachkommission für naturwissenschaftliche Fächer,
Medizinisches Fachkolleg „Akademiker Danilo Zabolotny“ in Winnyzja



„Was genau hat mich dazu bewogen, an der Entwicklung dieses Kurses mitzuwirken? Sicherlich die Erkenntnis, dass in der vielschichtigen Fächerstruktur der medizinischen Hochschulen Fächer fehlen, die die Fähigkeit vermitteln, mit Patienten zu kommunizieren und Empathie zu zeigen – zuzuhören, zu verstehen, zu reagieren, zu interagieren und gemeinsam Entscheidungen zu treffen. Diese Fähigkeiten sind für die Arbeit eines medizinischen Fachpersonals unverzichtbar, denn von ihnen hängen in hohem Maße der emotionale Zustand und das Wohlbefinden des Patienten ab“

## Julia Turpakova

Dozentin für pädiatrische Fächer,
Medizinische Akademie Rivne

„Mich haben schon immer die Besonderheiten der Interaktion zwischen medizinischem Personal und Patienten interessiert, denn es handelt sich um eine Interaktion zwischen zwei Menschen, und wenn sie einen guten Kontakt herstellen können, werden sie zu Partnern, die gemeinsam die Herausforderungen bewältigen, die eine Krankheit mit sich bringt. Wenn sie jedoch keine gemeinsame Sprache finden, wird es so enden wie in der Fabel vom „Wagen und dem Pferd“. Außerdem beschäftigt mich folgender Punkt: Auch ein Arzt ist ein Mensch, und wenn er alles an sich vorbeiziehen lässt, wird er als Arzt nicht lange durchhalten können... Wie findet man den idealen Ansatz... Gibt es ihn überhaupt? Es war interessant, dies zu ergründen und vielleicht bestimmte Strategien zu finden, die die körperliche Gesundheit der Patienten und die psychische Gesundheit des Arztes bewahren.“



Leiterin des Lehrstuhls für Neonatologie,
Platon-Shupyk-Nationaluniversität für Gesundheitswissenschaften der Ukraine

## Elizaveta Shunko



„Fragen der Kommunikation, der Menschlichkeit und der Patientenorientierung sind für die medizinische Gemeinschaft, die Patienten und die Gesellschaft insgesamt von großer Bedeutung. Die Gesundheit des Menschen ist der höchste Wert. Ich betone immer wieder, dass die Gesundheit des Menschen bereits während der intrauterinen Entwicklung und in den ersten Lebensjahren geprägt wird. Die Aufklärung der Gesellschaft und eine angemessene Kommunikation zwischen medizinischen Dienstleistern und Patienten, die von gegenseitigem Respekt und Menschlichkeit geprägt ist, können die Welt zu einem besseren, freundlicheren und sichereren Ort machen. Gerade das von der Autorengruppe entwickelte Lehrbuch wird einen wichtigen Beitrag zu diesen Veränderungen leisten. Für mich persönlich war die Zusammenarbeit in Arbeitsgruppen mit den Mitgliedern des Autorenteams eine wichtige Erfahrung im Bereich der Kommunikation und hat Antworten auf komplexe Fragen geliefert. Ich danke Ihnen allen!“

Tetiana Shchudrova
Dozentin am Lehrstuhl für Pharmakologie,
Staatliche Medizinische Universität Bukowina



„Junge Ärzte beginnen ihre selbstständige berufliche Tätigkeit, ohne über ausreichende Kommunikationsfähigkeiten und Kenntnisse zu verfügen, die für die Arbeit eines medizinischen Fachpersonals erforderlich sind. Daher ist die Entwicklung und Einführung eines solchen praxisorientierten Kurses für die höheren Studienjahre sinnvoll.

Während meiner Arbeit im Workshop habe ich unglaubliche Erfahrungen gesammelt und große Freude an der Zusammenarbeit und dem gemeinsamen Schaffen mit Kollegen aus verschiedenen Bildungseinrichtungen gehabt. Mir haben das Arbeitsformat in Form von Diskussionen in kleinen Gruppen, die neuen Lehrmethoden und das Erhalten von Feedback gefallen.

# WIE KÖNNEN SIE DIESEN LEITFADEN NUTZEN?

Sie **können diesen Kurs als Grundlage nehmen und ihn** als Pflicht- oder Wahlfach an Ihrer Hochschule **unterrichten**. Im Folgenden stellen wir Ihnen die Geschichte von Kollegen der Bukowiner Universität als Beispiel dafür vor, wie dies unter Berücksichtigung der akademischen Anforderungen und der universitären Autonomie umgesetzt werden kann.

Sie **können jedes beliebige Thema aufgreifen und es** im Rahmen Ihres bestehenden Kurses **vertiefen** – oder einen neuen Kurs entwickeln: Tatsächlich sind die Themen so umfangreich, dass jedes einzelne davon zu einem eigenständigen Kurs mit praktischen Übungen werden könnte.

Sie **können diese Materialien** auch **nutzen, um** eine empathischere Herangehensweise und die dazugehörigen Hilfsmittel **in die Kurse zu integrieren, die Sie bereits unterrichten**. Ein Beispiel: Lenken Sie die Aufmerksamkeit der Teilnehmer bei der Analyse von Simulationsübungen auf die Qualität der Interaktion mit dem Patienten und nicht nur auf medizinische Faktoren und die körperliche Behandlung.

Wir haben viele Ideen zum Inhalt und Format verschiedener Unterrichtseinheiten entwickelt. In den Materialien, die Sie in diesem Text und unter den QR-Codes in jedem Abschnitt finden, sehen Sie sowohl interessante Modelle oder Protokolle für die Arbeit als auch Beispiele für Testaufgaben und Methoden zur Durchführung von Rollenspielen sowie Ideen zur Nutzung von Videos und zur Strukturierung der Diskussion – so **können Sie**, ähnlich wie bei einem Lego-Baukasten, **die Mischung zusammenstellen, die am besten zu den Bedürfnissen Ihres Publikums**, Ihrer Hochschule oder Ihres Kurses **passt**. Sie können die vorgeschlagenen Ideen im Laufe der Zeit erweitern oder „abflachen“ und aus den vorgeschlagenen Ideen solche Kombinationen bilden, die Ihren Möglichkeiten und Einschränkungen entsprechen.

# ERFOLGSGESCHICHTEN BEI DER EINFÜHRUNG DES KURSES

Nach der Entwicklung des Kurses „Menschlichkeit und Empathie in der Arbeit von medizinischem Personal“ standen wir vor einer neuen Herausforderung. Wie lässt sich der Kurs in das Bildungsprogramm integrieren? Welche bürokratischen Hürden müssen überwunden werden? Sind die Mitautorinnen des Kurses bereit, ihn zu unterrichten?

Eine sehr wichtige Rolle bei der Integration des Kurses in den Lehrprozess spielten die Mitautorinnen des Kurses mit ihrer Beharrlichkeit, ihrer Bereitschaft zu unterrichten und ihrer Entschlossenheit, alle administrativen Verfahren zu bewältigen, die manchmal wie Hindernisse erschienen. Deshalb teilen wir Geschichten über die Synergie zwischen unseren Kursleiterinnen und den Verwaltungsmitarbeitern der Hochschulen bei der Einführung des Kurses an ihren Einrichtungen.



**TetjanaSchuDrowa:TeoRetik ein Kurs in Bioethik, der nicht funktioniert**

Ich unterrichte das Fach „Grundlagen der Bioethik“, dessen Themen meiner Meinung nach die Grundlage des vorgeschlagenen Kurses bilden sollten. Das Fach wird für Studierende der medizinischen Fakultäten im ersten Studienjahr angeboten. Allerdings sind die Studierenden noch nicht bereit, diese Informationen aufzunehmen, und verstehen offen gesagt den Kern der diskutierten ethischen Probleme nicht, da sie zu diesem Zeitpunkt noch nicht mit echten Patienten zu tun haben und sich der kommunikativen und ethischen Probleme im Umgang des Arztes mit Patienten, Angehörigen und Betreuern nicht bewusst sind. Folglich beginnen junge Ärzte ihre selbstständige praktische Tätigkeit, ohne über ausreichende Kommunikationsfähigkeiten und Kenntnisse zu verfügen, die für die Arbeit eines medizinischen Fachpersonals erforderlich sind. Daher ist die Entwicklung und Einführung eines solchen praxisorientierten Kurses für das Studium in höheren Semestern sinnvoll.

**Medizinische Universität Bukowina: Teamarbeit der Dozenten plus Nachfrage der Studierenden, multipliziert mit der Unterstützung der Leitung**

Drei Teilnehmerinnen des Workshops kamen von der Staatlichen Medizinischen Universität Bukowina – nun unterrichten sie an dieser Hochschule ihren eigenen Kurs mit dem Titel „Medizinische Kommunikation (Kommunikationsfähigkeiten im Umgang mit Patienten). Patientenorientierte Beratung“. Die Autorinnen des Kurses sind Oksana Petrynych und Olena Korotun

und Tetiana Shchudrova – arbeiten an verschiedenen Lehrstühlen. Olena unterrichtet Kinderinfektionskrankheiten und Pädiatrie für Studierende im 5. Studienjahr (Lehrstuhl) für Pädiatrie und Kinderinfektionskrankheiten, Oksana – Allgemeinmedizin – Familienmedizin im 6. Studienjahr (Lehrstuhl für Familienmedizin), und Tetiana unterrichtet Pharmakologie sowie Grundlagen der Bioethik und Biosicherheit für Studierende im 3. Studienjahr (Lehrstuhl für Pharmakologie). Sie haben sich zusammengetan, um diesen Kurs zu entwickeln und gemeinsam zu unterrichten. Die Arbeit an verschiedenen Lehrstühlen und die Überlastung der Lehrpläne mit Fächern, die thematisch zum Kurs passen – all dies stellte kein Hindernis dar, den Kurs rechtzeitig für die Wahlfachmesse einzureichen und bereits im Studienjahr 2021–2022 umzusetzen.

Erstens gelang es Olena, Oksana und Tetiana, eine Beschreibung des noch nicht endgültig ausgearbeiteten Kurses für die Wahlfachmesse des 4. Studienjahres der Medizinischen Fakultät Nr. 2 einzureichen (die Einreichungsfrist für andere Studiengänge war bereits abgelaufen). Dies geschah noch bevor die Kursentwicklung die Halbzeit erreicht hatte – die Autorinnen verfügten lediglich über einen kurzen Lehrplan, während die Arbeit an den Hauptmaterialien gerade in vollem Gange war. Doch der Glaube an die Unumstößlichkeit von Fristen und der Wunsch, das Fach zu unterrichten, machten das Unmögliche möglich, und der Kurs mit dem Titel „Medizinische Kommunikation (Kommunikationsfähigkeiten im Umgang mit Patienten). Patientenorientierte Beratung“ fand seinen Weg in das Wahlfachangebot für die Studierenden.

Die Idee der Dozentinnen wurde von der Verwaltung der BDMU sehr positiv aufgenommen – sowohl vom Prorektor für Studienangelegenheiten Ihor Herush als auch vom Leiter der Abteilung für Lehre und Methodik Volodymyr Khodorovskyi und der Koordinatorin des ukrainisch-schweizerischen Projekts „Entwicklung der medizinischen Ausbildung“ an der BSMU, Tetyana Bilous, wurden zu Mitgestaltern dieser Erfolgsgeschichte, indem sie sich für die Aufnahme des Kurses in den Lehrplan einsetzten.

Der Kurs über patientenorientierte Beratung wurde von 12 Gruppen gewählt. Die Beliebtheit des neuen Kurses mit für die Studierenden unbekannten Dozenten und ohne Mundpropaganda unter den Studierenden überraschte nicht nur die Autorinnen, sondern auch die Verwaltung.

„Genau diese Erfolgsgeschichte inspiriert unser gesamtes Autorenteam – wir spüren, dass das, was wir tun, nicht nur für die Patienten, sondern auch für Ärzte und Lehrkräfte wichtig ist: Es besteht ein großer Bedarf an Kommunikationsfähigkeiten und einfühlsamem Umgang bei den Studierenden“, berichtet eine der Mitautorinnen des Kurses.

Allerdings hat die Tatsache, dass sich 12 Studentengruppen für den neuen Kurs angemeldet haben, die Geschichte noch nicht zu einem Happy End geführt. Die Verwaltung steht vor einer neuen Herausforderung: Die Dozentinnen arbeiten an verschiedenen Lehrstühlen – es gibt aber nur einen Kurs, der zudem

in 12 Gruppen. Haben Sie schon einmal versucht, Lehrstunden auf drei verschiedene Fachbereiche aufzuteilen?

Aber auch hier setzten sich die Klugheit der Verwaltung und die Unterstützung der Lehrstuhlleiter für unsere Dozentinnen gegen die Bürokratie durch. Eine Lösung wurde gefunden! Sowohl die Gruppen als auch die Unterrichtsstunden konnten erfolgreich auf die Lehrstühle verteilt werden.

Warum schildern wir diese Situation so ausführlich? Um zu zeigen, dass es möglich ist, jede noch so komplexe Hürde im bürokratischen Labyrinth des Bildungswesens, jedes Verwaltungsverfahren und jede Situation zu überwinden – vorausgesetzt, die Menschen, von denen Veränderungen in der Ausbildung von medizinischem Personal abhängen, sind voller Tatendrang und verstehen die Bedeutung des Themas sowie die Bedürfnisse von Studierenden, Ärzten und Patienten. Schließlich sind alle Hochschulen autonom in ihrem Recht, ihren Bildungsprozess anzupassen. Und unser ehrgeiziges Ziel ist es, den Kurs in Humanität zu einem Pflichtfach für alle Fakultäten zu machen.

Doch das ist noch nicht alles. Wenn der Wunsch der Mitautorinnen des Kurses, ihn zu unterrichten, auf die Nachfrage der Zuhörer (Studierenden) trifft und durch die Unterstützung der Leitung auf verschiedenen Ebenen verstärkt wird, geschehen Wunder. Von einem davon erzähle ich weiter unten, denn der Erfolg des Kurses über Menschlichkeit und Empathie, der auf der Messe an der BDMU vorgestellt wurde, ist nicht die einzige Geschichte, die es wert ist, erzählt zu werden.

Die Dozentinnen des Kurses tauschten ihre Erfahrungen mit den Studierenden während eines Treffens der studentischen wissenschaftlichen Gesellschaft für das Simulationszentrum aus; mit Doktoranden – im Rahmen des Kurses „Zeitmanagement und Kommunikation in der Medizin“; mit Ärzten – während der Fortbildungskurse an der Fakultät für postgraduale Bildung; und mit Kollegen aus dem Bildungsbereich während der Treffen der Peer-Gruppen im Rahmen der beruflichen Weiterbildung. Und jetzt wollen sie alle mehr davon!

Die Verbreitung dieses Themas und die steigende Nachfrage nach Kompetenzen im Bereich des patientenzentrierten Ansatzes in allen Gemeinschaften des medizinischen Personals gleicht einem Schneeball, der sich sehr schnell bewegt und immer größer wird. Und dies ist nur ein Beispiel für eine einzige Hochschule im Bereich der medizinischen Ausbildung.

Oksana Petrynych, Olena Korotun und Tetiana Shchudrova





**Die Geschichte von Oksana Petrynych:**
**Viele Versuche, die erst jetzt erfolgreich sind**

Bereits 2005, als ich zum ersten Mal einen Kurs zur Verbesserung der pädagogischen Fähigkeiten in Kiew besuchte – es handelte sich um einen Fortbildungskurs am Institut für Familienmedizin –, wurde uns das patientenorientierte Modell der Interaktion mit dem Patienten vermittelt. Auf meiner Festplatte habe ich zwei Videos gespeichert, die Olena Korotun und Tetiana Shchudrova bereits jetzt in unserem Workshop als einzige praktische Fallbeispiele in ihrer Thematik verwenden konnten, die auf Ukrainisch aufgezeichnet wurden. Darin spielte der allseits bekannte Wladyslaw Odrynskyi die Rolle eines Arztes. Und genau zu dieser Zeit beschäftigte sich Vlad bereits im Rahmen eines Projekts mit der Lösung des Problems eines menschenorientierten Ansatzes.

Ich erinnere mich, dass ich an meinem Arbeitsplatz, als junge Assistentin (es war tatsächlich mein erstes oder zweites Jahr als Lehrkraft am Lehrstuhl), versucht habe zu erklären, dass man, wenn man einen Patienten berät und ein patientenorientiertes Modell anwendet, dadurch sogar den richtigen Behandlungsalgorithmus anwenden kann. Und so versuchte ich, dies umzusetzen: Ich führte konkrete Beispiele an, wie ein Arzt in Bezug auf Husten und Dyspepsie den falschen und den richtigen Weg eingeschlagen hatte.

Dennoch war angesichts des vor fünfzehn Jahren im ambulanten Versorgungssystem geltenden Prinzips der Zuständigkeitsbereiche ein patientenorientierter Ansatz nicht besonders gefragt, denn egal, wie man arbeitete, man hatte nun einmal seinen Zuständigkeitsbereich, und der Patient würde einem nicht entkommen.

Nach der Einführung der Gesundheitsreform auf der Primärversorgungsebene begannen die Ärzte in gewissem Maße um Patienten zu konkurrieren, indem sie den Menschen etwas anboten, was andere Ärzte nicht bieten. Der neue Ansatz ist bereits populär geworden, denn die Menschen legen tatsächlich Wert auf Menschlichkeit. Nicht nur auf die Fachkompetenz des Arztes, auf seine Hard Skills, sondern auch auf seine Menschlichkeit

Mit der Zeit absolvierte ich eine Ausbildung zur Moderatorin bei der „Gruppe der Gleichen“, lernte Anastasia Leukhina bereits sehr gut kennen, und genau deshalb konnte ich, als sie die Idee zur Entwicklung eines Schulungskurses vorschlug, gar nicht anders, als zuzustimmen. Dieses Thema war für mich bereits eines, mit dem ich mich als Dozentin beschäftigt hatte und das auf seine Zeit gewartet hatte.





**Medizinische Akademie Riwne: großer Ehrgeiz, gepaart mit Flexibilität in der Führung**

Natalia Povar und Olena Gorska haben begonnen, ihren Kurs „Menschlichkeit und Empathie in der Arbeit des medizinischen Personals“ als Wahlfach im Abendstudium des Bachelor-Studiengangs anzubieten. Seit September 2021 sind die Studierenden von Natalia und Olena praktizierende Krankenschwestern, die bereits Erfahrungen (sowohl positive als auch weniger positive) im Umgang mit Patienten gesammelt haben.

Um den Kurs in den Lehrplan aufzunehmen, mussten Nataliia und Olena mehrere Schritte durchlaufen: Sie mussten entscheiden, ob es sich um ein Wahl- oder Pflichtfach handelt, in welchem Studienjahr und an welcher Fakultät es untergebracht werden soll, wer den Kurs unterrichten wird und welche bürokratischen Hürden es zu überwinden gilt, um alle Schritte umzusetzen.

Die Verwaltung der Medizinischen Akademie in Riwne leistete keinen Widerstand und befürwortete den ursprünglichen Namen des Kurses. Die Dozentinnen schafften es jedoch nicht, die Anpassung des Kurses für die Studierenden der Krankenpflege bis zum Ende der Wahlfachmesse abzuschließen. Dank der Offenheit und Kreativität der Verwaltung fanden sie eine Lösung: Sie boten den Kurs auf der noch bevorstehenden Wahlfachmesse für Bachelor-Studierende im Abendstudium an. Nach den Ergebnissen dieser Messe schrieben sich 42 Studierende für den Kurs ein, die in zwei Gruppen aufgeteilt wurden. Der Kurs wird bereits unterrichtet – er ist in den Gedanken der Studierenden präsent, in Diskussionen während und außerhalb der Vorlesungen.

„Ich wollte den Kurs direkt nach Abschluss des Workshops unterrichten – solange die Diskussionen, Ideen und Emotionen noch frisch im Gedächtnis sind. Uns war klar, dass wir dieses Material noch für Bachelor-Krankenschwestern anpassen mussten. Und es war uns wichtig, diese ganze Ebene anzusprechen. Danach war alles ganz einfach. Ich ging zum Prorektor und erzählte ihm von dem Kurs. Er erkannte sofort den Wert eines solchen Kurses, und wir bewarben uns für den Abendkurs“, berichtet Natalia Povar.

Olena Gorska fügt hinzu: „Wir waren hin- und hergerissen, als wir die Themen aufteilten. Bis zuletzt wussten wir nicht, ob wir Menschlichkeit und Empathie voneinander trennen sollten. Nach der ersten Übung wurde mir klar, dass diese beiden Themen auf zwei separate Unterrichtseinheiten aufgeteilt werden müssen. In der ersten Einheit geht es darum, die Studierenden kennenzulernen und den patientenorientierten Ansatz vorzustellen. Man sagt „patientenzentrierter Ansatz“, und schon beginnt unter den Studierenden eine lebhafte Diskussion. Ich kam kaum noch zu Wort. Und als wir anfingen, über Empathie zu sprechen, blieb nur noch sehr wenig Zeit. Da wurde mir klar, dass diese Themen getrennt behandelt werden sollten.

Ich habe die Studierenden gefragt, wie sie Empathie verstehen und was sie sich von dem Kurs erhoffen. Es stellte sich heraus, dass das Wichtigste, was sie lernen wollen, lautet: „Wie kommuniziert man, wie unterstützt man den Patienten, ohne dabei auszubrennen?“ Eine der Studentinnen ist Oberschwester auf einer Station im Perinatalzentrum. Sie sagte, dass es für sie wichtig sei, zu lernen, wie man Menschen auf angemessene Weise Mitgefühl entgegenbringt. Denn sie

in ihrer beruflichen Tätigkeit schon viel erlebt hat, aber bis heute nicht weiß, wie man Mitgefühl richtig ausdrückt. Viele sagten, dass Empathie ein sehr beliebtes Thema sei, weshalb sie sich für dieses Fach entschieden hätten. Sie sind daran interessiert, zu lernen, wie man mit Patienten kommuniziert."



**Olena Ignashchuk: Patientenorientierung und Peer-Gruppen**

Der Start und die „Einlaufphase" des Kurses sind nicht nur eine Initiative einzelner Kollegen. Es handelt sich um einen ständigen Austausch – von Ideen, Erfahrungen und Wissen – zwischen Lehrenden, zwischen Lehrstühlen und sogar zwischen Hochschulen. Die Nachfrage nach diesem Thema besteht unter Lehrenden verschiedener Fachrichtungen, denn das Thema Menschlichkeit und Empathie ist universell und betrifft die Kommunikation in allen Bereichen.

Im Jahr 2020 startete das ukrainisch-schweizerische Projekt „Entwicklung der medizinischen Ausbildung" eine neue Initiative – Peer-Gruppen für medizinische Lehrkräfte als Format der kontinuierlichen beruflichen Weiterbildung. Peer-Gruppen sind regelmäßige Treffen von Pädagogen auf gleicher Ebene, die den Teilnehmenden die Möglichkeit bieten, für ihre berufliche Entwicklung wichtige Themen oder Fallbeispiele zu diskutieren, Fragen zu stellen und Erfahrungen in einem sicheren Umfeld auszutauschen – und das alles, ohne sich von der Arbeit freistellen zu lassen.

Seit 2021 organisieren 25 Moderatoren in der Ukraine Treffen der Peer-Gruppen an medizinischen Hochschulen. Je zwei solcher Gruppen sind sowohl an der Medizinischen Akademie in Riwne als auch an der Staatlichen Medizinischen Universität in Bukowina aktiv.

Laut einer Umfrage unter den Teilnehmern war der menschenzentrierte Ansatz im Jahr 2021 das beliebteste Thema in den Peer-Gruppen.

Mehr über die Peer-Gruppen erfahren Sie hier: mededu.org.ua/groups/

Zudem machen die Teilnehmerinnen unseres Kurses dieses Thema auch auf Konferenzen zur medizinischen Ausbildung bekannt. So hielt Frau Oksana Petrynych im Mai 2021 auf der Allukrainischen wissenschaftlich-praktischen Konferenz mit internationaler Beteiligung „Aktuelle Fragen der Klinik, Diagnostik und Behandlung in verschiedenen Phasen der medizinischen Versorgung", die von der Medizinischen Akademie Rivne organisiert wurde, mit dem Vortrag „Der patientenzentrierte Ansatz in der Medizin: 8 ‚Säulen'".

Es liegen noch viele Herausforderungen bei der Gestaltung des Kurses vor uns, viele lebhafte Diskussionen mit den Studierenden und viele Anpassungen der Fallbeispiele, denn einen Kurs zu unterrichten bedeutet auch, gemeinsam etwas zu gestalten – nun gemeinsam mit den Studierenden.

# TEIL 1

# DER UNTERRICHTSFORMAT UND SEINE ANPASSUNG AN DIE BEDÜRFNISSE VERSCHIEDENER ZIELGRUPPEN

Eine der Grundregeln für effektive Kommunikation (und unser Unterricht ist Kommunikation, die Menschen und ihre Sichtweise auf ihre Arbeit verändert) besteht darin, ein gesundes Gleichgewicht zwischen dem, was das Publikum hören möchte, und dem, was wir vermitteln wollen, zu finden.

Znavtibalansmizhtim,shchoau das Publikum hören möchte,
und(was) wir vermitteln wollen

Wir haben viele Gemeinsamkeiten in unseren Ansätzen zur Arbeit mit verschiedenen Zielgruppen festgestellt und waren uns einig, dass unabhängig vom Niveau der Zielgruppe folgende Ansätze gut funktionieren werden:

## Weniger Theorie, mehr Praxis

- Weniger Theorie, mehr Praxis: theoretisches Material kurz und anschaulich vermitteln.
- Praxisnähe und erfahrungsbasiertes Lernen, damit die Teilnehmer Situationen durchleben und die verschiedenen Seiten der Interaktion nachempfinden können.
- Flexibilität durch verschiedene Formate und Offenheit für Experimente mit verschiedenen Arten von Übungen, Rollenspielen, Fallbeispielen und der Arbeit mit standardisierten Patienten.
- Große Aufmerksamkeit für die Formulierung der Übungsziele und Fragen, qualitativ hochwertiges und gut fokussiertes Debriefing.

## Weniger Wahrheiten, mehr Erleichterung

- **Vorsicht: Die Forderung nach Anleitungen.** Auch wenn manche sich Skripte für typische Kommunikationssituationen wünschen, lassen sich menschliche Interaktionen in Wirklichkeit nur schwer durch Algorithmen verallgemeinern. Sie müssen Algorithmen aufzeigen, die Bedeutung bestimmter Schritte vermitteln und die Teilnehmer darin schulen, mit diesem Werkzeug situationsgerecht zu improvisieren – unter Berücksichtigung unterschiedlicher Menschen und Kontexte.

- Schaffen Sie Raum und Zeit für Selbstreflexion über den eigenen Zustand, die eigenen Gefühle, die eigenen Emotionen sowie über bereits erlebte Situationen.

- Kein Moralisieren, sondern ehrlicher Dialog. Weniger Wahrheiten, mehr Moderation.

- Anwendungsorientiertes Einüben von Fähigkeiten in kleinen Schritten mit ausreichend Raum für Diskussionen.

- Einsatz von Videos, Fotos, Filmen oder Serien; Einbeziehung der Teilnehmer in die Erstellung eigener Videoinhalte und das Lernen am Arbeitsplatz.

## Nein– Moralpredigten, ja – einem ehrlichen Dialog

Gemeinsam mit den Teilnehmerinnen des Workshops haben wir die Bedürfnisse verschiedener medizinischer Zielgruppen – Krankenschwestern und Ärzte – analysiert. Wir präsentieren Ihnen die Ergebnisse unserer gemeinsamen Reflexion über die Besonderheiten der Arbeit einer Lehrkraft mit jeder dieser Gruppen – im akademischen und im postgradualen Kontext.

Tab. 1

**Besonderheiten der Arbeit mit verschiedenen Zielgruppen**

| | Studierende (Hochschulbildung) | Praktikanten (Weiterbildung) |
|---|---|---|
| Krankenschwestern | Motivation zum Besuch des Kurses (Einsatz und Besprechung verschiedener Videos, Einladung praktizierender Krankenschwestern zur Weitergabe von Erfahrungen);<br>Reflexion anregen (Analyse der eigenen Handlungen und Gefühle);<br>zur aktiven Arbeit in Kleingruppen oder Teams anregen;<br>auf Emotionen einwirken;<br>die Bedeutung von Vorbildern vermitteln<br>Visualisierung, Anschaulichkeit; | in das Thema einbeziehen: Interesse wecken und „verwirren“ (im Sinne von „verblüffen“);<br>Reflexion anregen und Brücken zur Praxis schlagen;<br>die Beziehungen zwischen Arzt, Arzthelferin und Krankenschwester sowie die Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen ihnen berücksichtigen.<br>„Diagnose“ des Publikums hinsichtlich der Einstellungen zu verschiedenen Fragen eines menschenorientierten Ansatzes; |
| Ärzte | Nutzung sozialer Netzwerke in der Praxis (berufliche Konten);<br>Training von Kommunikationsfähigkeiten, auch mit Kollegen (Kommunikationsgrenzen);<br>Verständnis für die Bedeutung von Vorbildern | Analyse der eigenen Fallbeispiele der Teilnehmer (horizontale Bildung);<br>individueller Ansatz;<br>Kenntnisse der Gruppendynamik sowie ein besonderer Schwerpunkt auf dem Umgang mit Einwänden. |

# INHALTLICHER RAHMEN DES KURSES

Wie Sie der folgenden Tabelle entnehmen können, die auf dem kompetenzbasierten Ansatz basiert, haben wir uns entschieden, den Schwerpunkt dieses Kurses auf die Beziehungen zwischen Patienten und medizinischem Personal zu legen. Wir glauben,

Tab. 2

**Einstellungen, Kenntnisse und Fähigkeiten, die im Mittelpunkt des Kurses stehen**

| | Einstellungen | Wissen |
|---|---|---|
| Patient-Krankheit | | |
| Patient-Arzt-Beziehung Mediziner | Der patientenzentrierte Ansatz als Grundlage der Philosophie der Patientenbeziehung | **Empathie und Unterstützung:**<br>Vertrauen, gegenseitiger Respekt, gegenseitiges Verständnis und Verantwortung in der Arbeit mit Patienten;<br>Verständnis dafür, was Unterstützung und Mitgefühl bedeuten und warum sie in der Arbeit eines Arztes wichtig sind;<br>Verständnis für persönliche Grenzen in der Arbeit mit Patienten;<br>Toleranz und Vielfalt: wie und warum man mit verschiedenen Menschen unterschiedlich umgeht und sie trotz ihrer Unterschiede als Menschen respektiert.<br>**Subjektivität und Vertraulichkeit:**<br>der Patient als Entscheidungsträger;<br>Besonderheiten der Informationen (Inhalt, Umfang), die dem Patienten bereitgestellt werden;<br>Die Bedeutung der Vertraulichkeit und die damit verbundenen rechtlichen Aspekte.<br>**Krise und Konflikt:**<br>Was man über Konflikte wissen muss, um sie zu lösen;<br>Was macht Patienten schwierig?<br>Was sind emotionale Krisenzustände und wie wirken sie sich auf die Interaktion aus?<br>die Phasen der Trauer. |
| Der Mediziner als Fachkraft | | |

Sowohl die Achse „Patient und Krankheit“ als auch die Achse „Medizinisches Personal als Berufsgruppe“ verdienen eine ausführlichere Behandlung im Rahmen anderer Kurse. Besonders wichtig sind das Studium der Patientenpsychologie und Strategien zur Burnout-Prävention bei medizinischem Personal, doch angesichts des gewählten Schwerpunkts haben wir diese Themen für andere Aktivitäten zurückgestellt.

## Fähigkeiten

**Empathie und Unterstützung:**

Aufbau vertrauensvoller Beziehungen zum Patienten;

praktische Fähigkeit, Empathie zu zeigen und Unterstützung, Mitgefühl sowie psychologische Erste Hilfe zu leisten; Wahrung

persönlicher Grenzen;

die Beratung als Raum für den Aufbau von Beziehungen betrachten

wie und warum es unterschiedlich ist, mit verschiedenen Menschen zu arbeiten, und wie man sie trotz ihrer Unterschiede als Menschen respektiert.

**Subjektivität und Vertraulichkeit:**

wie man Patienten korrekt informiert und feststellt, welcher Detaillierungsgrad für jeden Einzelnen erforderlich ist;

wie man in der Praxis Folgendes gewährleistet:

Vertraulichkeit (was das in der Praxis bedeutet, was erlaubt ist und was nicht),

das Recht auf Selbstbestimmung (wie man mit dem Patienten Entscheidungen über den Behandlungsverlauf bespricht und ihm hilft, diese zu treffen).

**Krise und Konflikt:**

wie man mit schwierigen Situationen umgeht;

wie man die Komplexität eines Patienten erkennt und versteht, wo die Ursachen für diese

Komplexität liegen; wie man in Situationen hoher emotionaler Anspannung und Stress

kommuniziert;

wie man schlechte Nachrichten überbringt.

# WIE MAN BEIM UNTERRICHTEN DES KURSES DAS BUCH „ÜBERHAUPT NICHT BEÄNGSTIGEND ...“ EINSETZEN KANN

Verständnis und Achtsamkeit gegenüber dem Gegenüber gehören zu den Grundprinzipien einer effektiven Kommunikation und des Aufbaus vertrauensvoller Beziehungen. Die Fähigkeit, verschiedene Aspekte der Lebensgeschichte eines Patienten zu beobachten und festzuhalten sowie die eigenen kommunikativen und medizinischen Maßnahmen an dessen Bedürfnisse anzupassen, zeugt von einer hohen emotionalen Kompetenz des medizinischen Personals und von Menschlichkeit. Die Protagonisten des Buches helfen dabei, zu verstehen, was auf der anderen Seite, der Seite des Patienten, vor sich geht.

Verständnis und Aufmerksamkeit doinschoistorveodnim
zu den Grundprinzipien effektiver Kommunikation

„Ein gar nicht beängstigendes Buch…“ – das ist eine Sammlung von über 60 Geschichten verschiedener Menschen, ergänzt durch praktische Empfehlungen von Ärzten, Psychologen und Patienten. Trotz einiger Geschichten aus dem Leben von Ärzten, darunter auch in der Rolle des Patienten, lädt das Buch zu einer Reise durch die Patientenerfahrungen ein. Anhand der Lebensgeschichten verschiedener Menschen macht es deutlich, welche Handlungen und welches Verhalten von medizinischem Personal den Nerv treffen, was Schmerz verursacht und was Wunden heilt oder Stress abbaut.

Die Geschichten aus dem Buch beschreiben Situationen, die sich in der heutigen Realität der Ukraine zugetragen haben. Diese Geschichten können als Fallbeispiele für Diskussionen genutzt werden; auf ihrer Grundlage lassen sich Szenarien für Rollenspiele oder die Arbeit mit einem standardisierten Patienten entwerfen.

Hier ein Beispiel dafür, wie wir eine Geschichte aus dem Buch als Fallbeispiel für das Training zur Kommunikation in Konfliktsituationen während der Azov-Schule für Familienmedizin verwendet haben:

## Yulis Vater

„Zu Hause wir lange hinausgezögert jenes Moment, wenn übersetzen des Vaters auf Opioid-Schmerzmittel, wei eine befreundete Ärztin (Therapeutin, ist kein Onkologe inicht gezähltArka Paliaaktivihre Tochter (Gräber) sagte, dass er nicht mehr lange zu leben habe, sobald er anfange ,Mor Fin einzunehmen.

Kolizvyainizneboluvlnivzhenedopo konnten – und davon gab es so viele (Dexalgin, spazmalgon,kever,nalbuf u. a., No-Spa, Dimedrol usw.), welche aus dieser Liste kann war b zusammen kleines pharmakologisches Handbuch, – Arzt und Der Palliativmediziner erklärte uns, dass man den Schmerz vorbeugen stellen müsse,ane«löschen Feuerin», mund mit m und wir beschlossen: Es ist Zeit, Morphin zu kaufen.

Mama gebeten Familie Ärztin verschreiben ein auf rosa einem um Morphium zu erhalten u Pflaster mit Fentanyl. Die Ärztin erzählte, Formular wasobdasnochnichtmuss(nötig sein, wasobkannsichdschonwas schadet der Gesundheit (Vater in der Palliativpflege Kammon!), und das Fentanyl-Pflaster ist teuer. Sie riet dazu, (noch)invonfünfund bisdiesewirwissen Schmerzen lindernde Mittel zu kaufen und Spritzen zu machen. Interessant ist ihr direktes Zitat: „Man braucht „spielen“, , das wenn hilft nicht ein Medikament, spritzen ein anderer. bei an Kreb in den letzten Stadien scho einfach nicht des Muskeln wohin Patienten s Schmerzmitteln herumzuspielen, wenn ein geliebter Mensch Schmerzen leidet – das möglichakoloti!I würde ich niemandem wünschen.

Donnersta 25. Juli 2019. meinem a Schon am Morgen tut es weh, Ich g Vater, u spritze ihm Nalbuphin („ich spiele“, wi hat geraten (Familie). Es hilft nicht. e 30 Minuten Kolyu No-Spa, Analgin, Dimedrol (spiele weiter, wi Zeit Finger Familie auf) – hilft nicht, der Schmerz wird nur stärker.

Pochi Ich weiß nicht, ob ich nacheinander alle mir bekannten Ärzte anrufen und fragen soll, wie man meiner meinem mache weiter „spielen“ mit den Hände zittert. Schließlic Mama Vater Spritzen h ruft seine Frau an und verlangt schon lautstark, dass sieihmein Rezept für Morphium ausstellt

**Aufgabe:**
Sie sind eine Kollegin der Hausärztin von Julias Vater und eine alte Bekannte von Julia. Sie möchte zu Ihnen kommen und sich beraten lassen. Bereiten Sie sich auf das Gespräch mit ihr vor und analysieren Sie die Situation aus beiden Perspektiven (Julia und Ärztin) mithilfe der Tabelle zur Struktur eines komplexen Gesprächs.

# WIE KÖNNEN WIR WISSEN, DASS DER PATIENTENORIENTIERTE ANSATZ FUNKTIONIERT?

Als wir mit der Arbeit an dem Kurs im Workshop-Format begannen, war es ein Experiment, und wir konnten nicht genau vorhersagen, was wir am Ende erhalten würden. Jeder brachte in diesen Gestaltungsprozess seine eigene Perspektive als „Dozent“, „Arzt“, „Patienten“, mit eigenen Erwartungen, Kenntnissen und Einstellungen – was die Diskussionen im Workshop manchmal nur noch verschärfte und bereicherte. Denn im Laufe der Diskussionen, auf der Suche nach Einigkeit, feilten wir an unseren Gedanken und kristallisierten die Botschaften heraus, die wir den Kursteilnehmern vermitteln wollten.

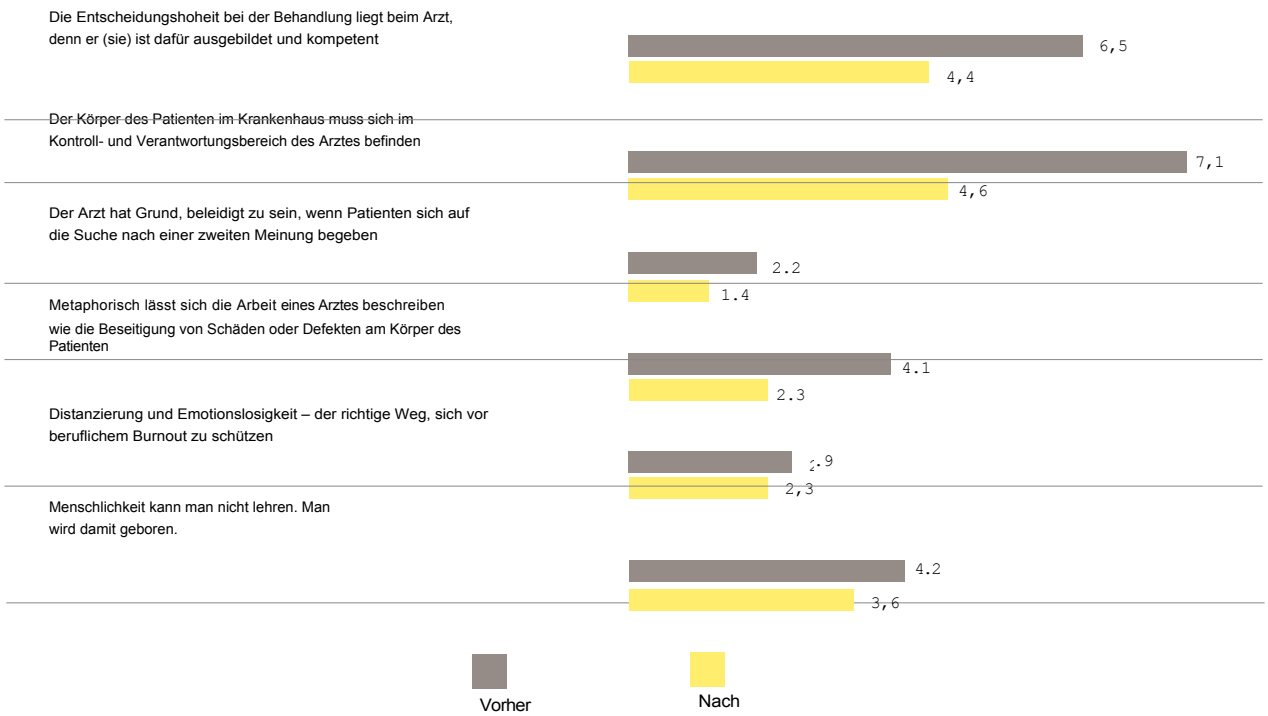



Abb. 3
Verständnis von Menschlichkeit: Umfrage vor und nach dem Workshop

Das Feedback der Teilnehmerinnen bestätigte zudem das gut gewählte Lernformat (eher horizontal/gleichberechtigt). Hier hatten alle Teilnehmerinnen die Möglichkeit, sich aktiv in den Prozess einzubringen. Das aufrichtige Engagement jeder einzelnen Mitentwicklerin führte letztendlich zu einer veränderten Einstellung gegenüber vielen Aspekten der behandelten Themen. So stimmen die Teilnehmerinnen nach der Teilnahme am Workshop den folgenden Aussagen deutlich seltener zu:

„Die Entscheidungshoheit bei der Behandlung liegt beim Arzt, denn er/sie ist dafür ausgebildet und kompetent."

„Der Körper des Patienten im Krankenhaus sollte sich im Kontroll- und Verantwortungsbereich des medizinischen Personals befinden."

„Metaphorisch lässt sich die Arbeit eines Arztes als Beseitigung von Schäden oder Defekten im Körper des Patienten beschreiben."

**Daryna Bohdan**





DIE IDEE VORSCHLAG
EIN N BEZÜ JEDEM
BAUCH HANDBUCH LEHRG- GLIC THEM
H EN?

THEMA 1

# Der menschenzentrierte Ansatz

# THEMA 1
# MENSCHENZENTRIERTER ANSATZ

*Früher spielten Ärzte die Hauptrolle im Behandlungsprozess. Doch die Zeiten ändern sich. Bei der Untersuchung der Kommunikation von medizinischem Personal mit Patienten zeigt sich, dass der Patient während der Konsultation als Partner auftritt. Er ist der Experte: Niemand kann besser als er selbst über die Funktionsweise seines Körpers, über dessen Störungen und über den Grund für die Inanspruchnahme von Hilfe berichten. Deshalb schreiben heute die maßgeblichsten Quellen, wie beispielsweise die WHO, von einer Hilfe, die auf den Patienten, die Persönlichkeit oder den Menschen.*

**Miriam Duvaigel**,
Professorin für Kommunikation in der Medizin
an der Universität Gent (Belgien) und
Präsidentin der Europäischen Vereinigung für Gesundheitskommunikation

Wir haben viele verschiedene Artikel und Bücher recherchiert, um diesen Leitfaden zu erstellen. Dabei sind wir auf verschiedene Bezeichnungen gestoßen, die das ausdrücken, was für uns wichtig ist:

- Der Mensch ist mehr als seine Diagnose,
- Ein Patient ist mehr als nur sein Körper,
- der Arzt – ist mehr als nur sein Beruf.

Sowohl der Arzt als auch der Patient sind Menschen. Sie haben jedes Mal unterschiedliche Stimmungen und Gefühle. Sie haben unterschiedliche Überzeugungen und Ansichten.

Wir haben so unterschiedliche Bezeichnungen für den Ansatz gefunden, den wir teilen: menschen- und patientenzentrierter oder -orientierter Ansatz, biopsychomedizinisches Modell, beziehungsorientierter Ansatz. Seien Sie also nicht traurig, wenn Sie

in verschiedenen Quellen auf unterschiedliche Bezeichnungen stoßen. Das Wichtigste ist, dass sie – wie auch immer wir sie nennen mögen – Menschlichkeit, Mitgefühl, Empathie und Mitleid – in unseren Beziehungen zu den Patienten präsent sind. Mit all dem Reichtum an Nuancen, die die Vielfalt menschlicher Charaktere, Stimmungen und Gefühle widerspiegeln.

Wie auch immer wir sie nennen –
Menschlichkeit, Mitgefühl, Empathie, und Mitleid – sie müssen in der Beziehung zu dem Patienten dort sein

Wir glauben, dass wir einen Raum für die Beziehung zwischen Patient und Arzt schaffen können – einen Raum, in dem emotionale oder spirituelle Bedürfnisse Platz finden, in dem Unterschiede respektiert werden und in dem die Menschen einander zuhören. Wir setzen uns dafür ein, dass angehende Ärzte und Krankenschwestern besser mit Kommunikationsmitteln und Verständnis ausgestattet sind:

- wie man mit Andersartigkeit umgeht, ohne zu verurteilen,
- wie man Mitgefühl zeigt und Unterstützung leistet, ohne auszubrennen,
- wie man da ist, ohne sich selbst zu verlieren.

In diesem Kapitel erfahren Sie mehr über den Wandel in der Arzt-Patienten-Beziehung, der sich in den letzten hundert Jahren weltweit vollzogen hat, finden Beispiele für schwierige Übergänge von autoritärer zu partnerschaftlicher Interaktion aus der jüngeren Geschichte der medizinischen Praxis in der Ukraine und können klären, worin genau dieser menschenzentrierte Ansatz im medizinischen Kontext besteht.

Wir sind uns bewusst, dass der Weg zu einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen medizinischem Personal und Patienten lang und steinig ist, da er von beiden Seiten Verhaltensänderungen erfordert. Die Patienten müssen mehr Verantwortung für Entscheidungen über ihre Gesundheit übernehmen, und die Ärzte müssen diese Verantwortung mit den Patienten teilen. Beide Seiten müssen mehr Zuhören und Respekt zeigen – so wie es der Krankenpfleger in der Geschichte über Larissas Vater getan hat, die Sie weiter unten finden; und vor allem müssen sie an ihren Kommunikationsfähigkeiten arbeiten.

# EINE GESCHICHTE ÜBER WÜRDE, DAS RECHT AUF ENTSCHEIDUNG UND DEN LETZTEN ZUG AN EINER ZIGARETTE

Bei meinem Vater wurde ein aggressives Sarkom mit Metastasen im gesamten Körper und im Gehirn diagnostiziert. Seine Arme und Beine begannen anzuschwellen und sich blau zu verfärben. Nach einer Woche wurde die Diagnose gestellt: Gangrän. Die Amputation beider Arme dauerte fast einen Tag, man nähte die Wunden und führte Bluttransfusionen durch. Der Arzt warnte, dass die Reaktionen nach dem Aufwachen unterschiedlich ausfallen könnten, daher sei es wichtig, dass jemand bei ihm sei.

Als er auf die Intensivstation gebracht wurde, kam er zu sich und sah mich an. Er verstand nicht, was passiert war, versuchte, die Arme zu heben, aber es gab nichts mehr zu heben. Mein Vater fragte:

– Was ist mit mir?

Ich versuchte es ihm zu erklären. Er fing an zu weinen.

– „Bitte geh“, sagte er und verlor das Bewusstsein.

Das Nächste, woran ich mich erinnere, ist, wie er mir seine Wange hinhielt, damit ich ihn rasieren konnte. Er schien sich vorzubereiten, sich herauszuputzen.

– Ich möchte so gerne rauchen. Gib mir eine Zigarette.

– Papa, ich werde den Arzt fragen. Ich kann so etwas angesichts deines Zustands nicht einfach auf eigene Faust tun. Ich habe höflich mit dem Arzt gesprochen. Er hat das Rauchen kategorisch verboten und erklärt, dass die Metastasen im Gehirn dazu führen können, dass schon der erste Zug unvorhersehbare Folgen hat.

Papa sagte immer wieder, dass eine Zigarette sein einziger Wunsch sei. Ich versprach ihm, dass ich das nächste Mal und später darauf zurückkommen würde, und fuhr nach Hause.

– Papa ist gestorben. Gerade kam ein Anruf aus dem Krankenhaus – Papa ist von uns gegangen.

Ich machte mich sofort auf den Weg zur Station. Sein Zimmer war bereits leer. Er hatte allein dort gelegen, und jetzt war niemand mehr da. Ich trat vorsichtig ins Zimmer und roch den Geruch von Tabakrauch. Papa war nicht mehr da – aber der Rauch hing noch in der Luft.

Im Flur lief ein Pfleger nervös auf und ab. Es war ein Mann in den Jahren, völlig kahl, irgendwie erinnerte er an einen Mörder aus einem Horrorfilm. Als Papa auf die Station kam, sagte man mir, er sei ein sehr erfahrener Pfleger und würde sich gut um meinen Vater kümmern.

Und nun stehe ich vor ihm, wir sehen uns an.

– Hast du ihm eine Zigarette gegeben?

– Ich konnte es nicht anders. Er hat mich so sehr darum gebeten. Er sagte, das sei sein letzter Wunsch, er habe das Recht dazu, er wolle es und es sei seine Entscheidung. Und ich habe ihm eine Zigarette gegeben…

**Larisa**, „Ein gar nicht so beängstigendes Buch über das Leben, den Tod und alles dazwischen“

**Ziele:**

| Einstellung | Wissen | Fähigkeiten |
|---|---|---|
| Der patientenzentrierte Ansatz als Grundlage der Philosophie der Patientenbeziehung. | Grundlagen des patientenzentrierten Ansatzes,<br>Vorteile des patientenzentrierten Ansatzes,<br>Grundsätze der ärztlichen Kommunikation im patientenzentrierten Ansatz. | |

**Kernaussage:**

DER PATIENTENZENTRIERTE ANSATZ IST
SPOSIBNADANNIME DER MEDIZINISCHEN
VERSORGUNG,
(WIE)IHMWIEWIE INDIVIDUELL
NACH DEN BEDÜRFNISSEN UND WERTEN DER
PATIENTEN,
(A)TAKOZHVR IHREN WUNSCHEN
TAPEREVAG UND BEI DER
ENTSCHEIDUNGSFINDUNG
WAS BEZÜGLICH IHRER EIGENEN
GESUNDHEIT UND
BEHANDLUNG.

**Was vermittelt werden soll:**

- Grundlagen des patientenzentrierten Ansatzes: Der Patient ist weder Opfer noch Objekt, sondern Partner.
- Patientenorientierter vs. paternalistischer Ansatz in der Arzt-Patienten-Beziehung. Biopsychosoziales vs. biomedizinisches Modell.
- Bestandteile des patientenzentrierten Ansatzes: Empathie, Respekt, Einbeziehung, Beziehung, Kommunikation, gemeinsame Entscheidungsfindung, ganzheitlicher und individueller Ansatz, Koordinierung der Versorgung. Vorteile des patientenzentrierten Ansatzes: hohes Maß an Vertrauen, Verständnis für die Bedürfnisse, Verringerung von Ängsten, Steigerung der Zufriedenheit.
- Grundsätze der Kommunikation im patientenzentrierten Ansatz.
- Leitfaden für effektive Kommunikation (nach Silverman): Inhalt, Prozess, Wahrnehmung.
- Wie der patientenzentrierte Ansatz zur Verwirklichung einer universellen Gesundheitsversorgung beiträgt.
- Schlüsselstrategien der WHO zur Entwicklung des Gesundheitssystems für die Einführung eines patientenorientierten Ansatzes.

**Wie unterrichten:**

Da das Thema keine praktischen Übungen vorsieht, empfehlen wir, Mini-Vorträge mit Beispielen und interaktiven Diskussionen abzuwechseln. Zum Beispiel:

- Überprüfung des Ausgangswissens (Test) in elektronischer oder Papierform;
- Mini-Vorträge;
- interaktive Diskussionen;
- Vorführung von Videos mit Erläuterungen in beiden Formaten.

**Schlussfolgerungen:**

Der patientenzentrierte Ansatz ist eine Methode der medizinischen Versorgung, die die Werte, Wünsche und Präferenzen des Patienten berücksichtigt und ihn in den Behandlungsprozess einbezieht.

Der patientenzentrierte Ansatz wurde im vergangenen Jahrhundert als Gegengewicht zum Paternalisieren in der Medizin und im Zuge der Entwicklung des biopsychosozialen Modells eingeführt.

Der patientenzentrierte Ansatz ist eine neue Philosophie und Denkweise, die von Respekt und Empathie gegenüber den Menschen, die medizinische Versorgung erhalten, geprägt ist und soziale Faktoren berücksichtigt, die sich auf den Gesundheitszustand auswirken. Der patientenzentrierte Ansatz betrachtet Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern als ein erfülltes Leben des Menschen, als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens.

Die Schaffung von menschenorientierten Gesundheitssystemen ist entscheidend für die Erreichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung.

Arbeitsmaterialien mit detaillierteren Ideen, Beispielen für mögliche Testaufgaben und einer Liste empfohlener Literatur finden Sie im zweiten Teil des Leitfadens sowie unter den QR-Codes im entsprechenden Thema des zweiten Teils des Leitfadens (S. 157).

THEM 2
A

# Empathie

# THEMA 2. EMPATHIE

*Empathie – sich in die Lage eines anderen versetzen, mit seinem Herzen fühlen, mit seinen Augen sehen.*

**Daniel G. Pink**

## WIE KANN MAN DER MEDIZIN MEHR MENSCHLICHKEIT VERLEIHEN? DIE GESCHICHTE VON NATALIA, DIE SICH ERST DANN AN ÄRZTE WENDET, WENN ES „SCHLIMM WIRD“

„Ich weiß, dass das unverantwortlich und überhaupt nicht erwachsen ist, aber ich gehe selten zum Arzt. Egal zu wem: zum Zahnarzt, Augenarzt, Gynäkologen oder Neurologen. Solange es nicht brennt, gehe ich nicht hin. Ich habe bei einem Verkehrsunfall eine Wirbelsäulenverletzung erlitten. Ich möchte mich einfach wie ein normaler Mensch fühlen und nicht wie ein „Kind im Rollstuhl“ – das ist die Geschichte meiner Kollegin Natalia.

Fast jeden Tag beschäftige ich mich mit Konflikten zwischen Patienten und Ärzten und suche nach Antworten auf folgende Fragen: Wie kann man die Einstellung des Arztes gegenüber dem Patienten und umgekehrt verändern? Wie kann man diesen Menschen beibringen, einander zuzuhören? Wie kann man den Teufelskreis aus Misstrauen und Verzweiflung durchbrechen?

Oft suchen wir keine Ärzte auf, weil wir keine Demütigungen und keinen Mangel an grundlegendem Respekt, keinen Sarkasmus und keine Manipulationen erleben wollen. Gerade wegen der späten Inanspruchnahme von Hilfe verlieren wir viele Leben, denn in späten Krankheitsstadien können Ärzte oft nicht mehr helfen. Deshalb glaube ich, dass ein bisschen Menschlichkeit und Empathie in den Fluren und Sprechzimmern der Arztpraxen im wahrsten Sinne des Wortes Leben retten wird.

Mir ist bewusst, dass der Weg zu einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen medizinischem Personal und Patienten lang und steinig ist, da er Verhaltensänderungen auf beiden Seiten erfordert. Aber ich glaube daran, dass wir einen Raum für Beziehungen schaffen können, in dem emotionale Bedürfnisse Platz finden, in dem Unterschiede respektiert werden und in dem die Menschen einander zuhören.

**Natals Geschichte** handelt nicht nur vom Leben eines Menschen im Rollstuhl. Sie handelt von jedem von uns.

„Vor jedem Arztbesuch bereite ich mich mental darauf vor. In meinem Kopf schwirren unzählige Fragen herum: ‚Was soll ich sagen?', ‚Welche Worte soll ich wählen?', ‚Bin ich heute bereit, einen ratlosen Arzt zu sehen?' Eigentlich möchte ich sicher sein, dass die Mitarbeiter in der medizinischen Einrichtung freundlich zu mir sind und ich Hilfe bekomme. Und dass ich neben der körperlichen Heilung nicht noch lange die seelischen Wunden heilen muss, die durch alles, was ich gehört und erlebt habe, entstanden sind.

Der Mangel an Taktgefühl und Empathie schmerzt mehr als der fehlende Zugang zur Toilette. Ich werde von Ärzten, Krankenschwestern und Pflegekräften mit Sicherheit Worte des Mitleids über mein schweres Schicksal als Behinderte hören, über den Heldenmut meines Mannes, der mich bis heute nicht verlassen hat: „Was? Du kannst dein Bein immer noch nicht bewegen?", man nennt mich „das Kind auf dem Rollstuhl" und sagt: „Mein Gott, wie lebst du?" Ich möchte, dass man mir die Notwendigkeit erspart, diesen ganzen Gedankenfluss anzuhören. Dass man von mir als „Mensch mit Behinderung" spricht und nicht als „Behinderter". Dass die Menschen, die im Krankenhaus arbeiten, Unhöflichkeit von Empathie unterscheiden können, eigene Urteile von höflichen Floskeln, Taktgefühl von Rücksichtslosigkeit.

Ivudinovu an e „ein kleines Kind im Kinderwagen"
Ichp möchte mich einfach nur normal fühlen

Der Termin beim Neurologen. Die Ärztin hat mich nur einmal angesehen. Während der gesamten Untersuchung wich sie meinem Blick aus, schaute überall hin, nur nicht zu mir. Sie sprach mit der Krankenschwester, mit meinem Mann, aber nicht mit mir. Ich fühlte mich wie eine Person mit schwerer geistiger Behinderung. Und als ich mich an dieselbe Ärztin wandte, um ein Attest für die Ukrzaliznytsia zu erhalten, schaffte sie es, fast den gesamten medizinischen Befund zu meiner Verletzung und allen Begleiterkrankungen auf ein Stück A6-Papier zu schreiben. Zu diesem Zeitpunkt hatte ich selbst noch nicht alle Punkte der Liste verinnerlicht und akzeptiert, geschweige denn, diese Informationen mit der ganzen Welt und der Ukrzaliznytsia zu teilen. Und diese Ärztin war empört, als wir sie baten, nur das zu notieren und zu erwähnen, dass ich nicht laufen kann und auf einen Rollstuhl angewiesen bin. Ich möchte, dass solche Kleinigkeiten wichtig werden. Dass man mir in die Augen schaut. Und ich möchte auch, dass man mit mir spricht, denn ich bin ein Mensch.

Ich möchte, dass man mit mir spricht, denn ich—liebeDina

Der Termin beim Frauenarzt. Normalerweise stellt der Arzt die üblichen (aber nicht alle!) Fragen und notiert die Antworten. Wenn er von meinem Sohn erfährt, seufzt er aus irgendeinem Grund unweigerlich erleichtert und sagt: „Wie schön, dass Sie ein Kind haben." Er macht deutlich, dass du gar nicht erst an Kinder denken solltest, und verabschiedet sich dann mit Genugtuung und demonstrativer Erleichterung, ohne mich überhaupt untersucht zu haben. Es gibt nichts zu untersuchen. Denn es gibt keine Ausrüstung für Patientinnen mit Rückenmarksverletzungen. Wir bitten meinen Mann herein. Er setzt mich auf diesen verdammten Stuhl. Denn es gibt keinen anderen. Ich möchte, dass es sowohl für mich als auch für den Arzt bequem ist und wir niemanden um Hilfe bitten müssen.

Taktgefühl statt Unverschämtheit

Unhöflichkeit von Empathie unterscheiden,

Aufgrund bürokratischer Auflagen muss ich regelmäßig mehrere Wochen im Krankenhaus verbringen. In dieser Zeit werde ich zusammen mit meinem Mann ins Krankenhaus eingeliefert. Denn trotz der normgerechten Rampe am Eingang und der breiten, schwellenlosen Türen zu den Zimmern komme ich nicht überall alleine hin. Aber die Barrierefreiheit ist nicht das größte Problem.

Früher habe ich geweint, dann war ich wütend und habe schroff geantwortet, jetzt amüsiert mich das alles entweder oder es nervt mich. Aber ich weiß ganz genau, dass ich mehr Respekt und Würde verdiene. Ich verdiene eine menschliche Behandlung und ein bisschen Empathie. Denn ich bin ein Mensch."

Was muss sich also ändern, damit Natalia und wir alle keine negativen, traumatisierenden Erfahrungen in Krankenhäusern und im konkreten Umgang mit Ärzten, Krankenschwestern und anderem medizinischen Personal machen?

**Erstens muss man sich daran erinnern, dass ein Mensch mehr ist als seine Diagnose. Ein Patient ist mehr als sein Körper. Ein Arzt ist mehr als sein Beruf.**

**Zweitens muss ein menschenzentrierter Ansatz im Gesundheitssystem der Ukraine gefördert und eingeführt werden.** In verschiedenen Quellen variieren die Bezeichnungen für diesen Ansatz – menschen- und patientenzentrierter oder -orientierter Ansatz, biopsychomedizinisches Modell, beziehungsorientierter Ansatz.

**Doch unabhängig von der Bezeichnung bleibt der Inhalt derselbe – Menschlichkeit, Mitgefühl, Empathie und Anteilnahme – das sind die Grundpfeiler der Kommunikation zwischen Arzt und Patient.**

Mit all den verschiedenen Nuancen, die die Vielfalt menschlicher Charaktere, Stimmungen und Gefühle widerspiegeln, müssen sie in der Beziehung zwischen Arzt und Patient unbedingt vorhanden sein.

Es geht um eine Verhaltensänderung nicht nur bei Ärzten und allen medizinischen Fachkräften. Die Patienten müssen mehr Verantwortung für Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit übernehmen, und die Ärzte müssen diese Verantwortung mit den Patienten teilen. Beide Seiten müssen mehr Zuhören und Respekt zeigen. Und vor allem – an ihren Kommunikationsfähigkeiten arbeiten.

Mein Glaube wächst aus dem Boden realer Veränderungen. Im Jahr 2021 starteten zwei medizinische Hochschulen in Tscherniwzi und Riwne den Lehrkurs „Menschlichkeit und Empathie im Gesundheitswesen“ für angehende Ärzte und Krankenschwestern. Dies wurde dank der Zusammenarbeit von 15 Dozentinnen medizinischer Hochschulen im Rahmen des ukrainisch-schweizerischen Projekts „Entwicklung der medizinischen Ausbildung“ möglich.

Dieser Kurs ist unsere Investition in eine neue Realität, in der Patient und Arzt Partner sind. Sie verschwenden keine Energie darauf, gegeneinander zu kämpfen, sondern bekämpfen gemeinsam Krankheiten, retten Leben und fördern die Gesundheit.

Wenn in Gesprächen über Medizin das Thema Menschlichkeit zur Sprache kommt, tauchen oft Argumente zum beruflichen Burnout auf. Diese Diskussionen enden häufig in einem Teufelskreis: Patienten verlangen Aufmerksamkeit und Mitgefühl, was von den medizinischen Fachkräften viel Kraft kostet, die ihnen schnell ausgeht; Empathie zehrt an den Ärzten, weshalb sie sie nicht zeigen. Wir haben Empathie und ihren Zusammenhang mit Burnout untersucht und herausgefunden, ob das eine tatsächlich das andere verursacht. Kann man mit Sicherheit behaupten, dass sich der Neurologe und der Gynäkologe in Nataljas Geschichte gerade wegen Burnout so verhalten haben?

Eine Reihe englischsprachiger Studien zeigt uns, dass es keinen negativen kausalen Zusammenhang zwischen Empathie und Burnout gibt oder dass dieser nicht bewiesen ist. Eine unter spanischen Ärzten und Krankenschwestern durchgeführte Studie hat gezeigt, dass ein hohes Maß an Empathie mit einem geringen Maß an Burnout korreliert, d. h. empathischere Mitarbeiter leiden weniger unter Burnout und nicht mehr, wie in der weit verbreiteten Meinung angenommen wird. Die Forscher kamen überein, dass empathischere medizinische Mitarbeiter

in der Primärversorgung weniger unter Burnout leiden und dass das Training von Empathie und Kommunikation nicht zu beruflichem Burnout beiträgt, sondern im Gegenteil ein wirksames Mittel zur Burnout-Prävention ist.

Deshalb haben wir uns vorgenommen zu verstehen, wie Empathie Burnout verhindern kann, anstatt es zu verursachen. Wo liegen die Grenzen gesunder Empathie? Wie können wir Ärzte dabei unterstützen, diese Grenzen einzuhalten?

Es gibt viele Definitionen und Interpretationen von Empathie, aber wir waren uns einig, dass es sinnvoll ist, zwischen Mitgefühl, Empathie und Mitleben zu unterscheiden. Denn unserer Meinung nach ist es gerade die Empathie, die Burnout vorbeugt und gleichzeitig dabei hilft, langfristige Beziehungen aufzubauen.

## RoSchnittFadenispmitfühlentia, Empathie und Mitgefühl

Wenn wir Mitgefühl empfinden, tauchen wir emotional in die Situation ein, erleben sie gewissermaßen gemeinsam mit dem Patienten.

Wenn wir mitfühlen, tauchen wir nicht nur emotional ein, sondern versuchen darüber hinaus, entsprechend unseren starken Emotionen zu helfen, zu retten oder zu handeln. Wir folgen unseren starken Gefühlen und setzen sie in Taten um.

Wenn wir Empathie zeigen, nehmen wir in sehr milder Form mit und verstehen, was der Patient durchmacht, und zeigen dieses Verständnis verbal oder nonverbal, indem wir das Signal senden: „Ich verstehe, was du durchmachst, ich respektiere deine Verletzlichkeit, ich werde dies in meinem Handeln berücksichtigen, bei mir bist du in Sicherheit."

## Empathie – eine sichere Brücke für (den)diedasdenzwischenArztund und dem Patienten

Ärzte fragen uns oft, ob Empathie wirklich notwendig ist, insbesondere wenn die Hauptaufgabe eines Arztes darin besteht, hochtechnische Eingriffe durchzuführen. Ein Beispiel: Braucht ein Chirurg Empathie? Bei der Erstellung des Leitfadens

stießen wir auf Studien, die zeigen, dass selbst Chirurgen Empathie und andere emotionale Kompetenzen benötigen. Kommunikationsfehler sind eine bekannte Ursache für chirurgische Fehler. Emotionale Kompetenzen können Kommunikationsbarrieren in der Arzt-Patienten-Beziehung abbauen. Das Verständnis und die Aufmerksamkeit für die emotionalen Zustände von Arzt und Patient können die Qualität objektiver und subjektiver Untersuchungen verbessern. Die Fähigkeit des Chirurgen, den emotionalen Zustand des Patienten zu verstehen, hilft dabei, die Behandlungs- und Beratungsstrategie individuell anzupassen, was zu einer höheren Patientenzufriedenheit führt.

Emotionen (sogar bei Chirurgen! Ganz zu schweigen von anderen Ärzten und Pflegekräften, die mehr Kontakt zu Patienten haben) spielen eine zentrale Rolle bei der Bewältigung von Stress und Burnout. Die Entwicklung emotionaler Kompetenzen hilft dabei, die negativen Folgen von Stress und Burnout zu verringern, die bekanntermaßen häufige Ursachen für eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit, für medizinische Fehler und für die vermeintlich schützende, in Wirklichkeit jedoch destruktive „Depersonalisierung“ von Patienten sind. Ein hohes Maß an emotionaler Intelligenz ermöglicht es dem Arzt, seine eigenen Emotionen (Selbstempathie) und die Stressquellen in seiner Umgebung besser zu verstehen, was wiederum dabei hilft, mit Stress umzugehen und Burnout in frühen Stadien zu erkennen. Das Verständnis von Emotionen (sowohl der eigenen als auch der anderer) ermöglicht es dem Arzt, effektiver auf äußere Herausforderungen zu reagieren und achtsamer mit sich selbst und anderen umzugehen.

Einfühlsames Verständnis beeinflusst die Wortwahl und den Ton der Kommunikation, und Kommunikation wirkt sich stets auf das Maß an Vertrauen aus. Gute Kommunikation schafft Vertrauen, schlechte zerstört es. Viele Autoren sind sich einig, dass Verstehen nur ein Teil des Puzzles ist; es ist auch wichtig, dem Patienten dieses Verständnis zu zeigen, damit er sich gehört und gesehen fühlt – dies trägt ebenfalls zum Aufbau besserer und vertrauensvollerer Beziehungen bei, was sich zwangsläufig auf das klinische Ergebnis auswirkt.

Andererseits können wir so unsere Kräfte schonen und vermeiden, in die Extreme des ständigen Weltrettens zu verfallen. Denn wie wir wissen, macht sich Burnout schnell bemerkbar, wenn man ständig die Welt rettet, ohne auf sich selbst zu achten. Empathie ist also eine recht sichere Brücke für die Beziehung zwischen Arzt und Patient, die Halt und Erdung bietet und davor bewahrt, von den Strömungen menschlicher Emotionen mitgerissen zu werden.

**Ziele:**

| Einstellung | Kenntnisse | Fähigkeiten |
|---|---|---|
| Der menschenzentrierte Ansatz als Grundlage der Philosophie der Patientenbeziehung. | Begriffe: Empathie, Mitgefühl, Anteilnahme. | Bewusstsein für die eigenen Erfahrungen und Gefühle;<br>Entwicklung der psychologischen Beobachtungsgabe;<br>Entwicklung von Fähigkeiten nonverbale Signale zu „lesen“;<br>Entwicklung der Fähigkeit, sich empathisch auszudrücken;<br>Entwicklung der Fähigkeit zur Empathie. |

**Kernbotschaft:**

EMPATHIE TRAGT DAZU BEI, VERTRAUENSVOLLE Zwischen Arzt
IPA PATIENTEN AUFZUBAUEN, DEM ENTSTEHEN KONFLIKTI UND IHREM ERFOLG BEIZUTRAGEN ENTSCHEIDUNGEN, STRESSABBAU UND BURNOUT VORZUBEUGEN. DIESES MUSS DURCH DIE ARBEIT AN DEN EIGENEN EMOTIONALEN KOMPETENZEN.

**Was soll vermittelt werden?**

- Der Unterschied zwischen Empathie, Mitgefühl und Mitleben.
- NURSE-Protokoll
- Emotionale Intelligenz und ihr Zusammenhang mit Empathie.
- Wie man emotionale Kompetenzen entwickelt. Instrumente zur Selbstregulierung.
- Test zur emotionalen Kompetenz.

**Wie soll man unterrichten?**

Wir empfehlen, Mini-Vorträge mit Beispielen und interaktiven Diskussionen abzuwechseln, Fallbeispiele zu verwenden und Protokolle für empathische Reaktionen zu üben.

**Schlussfolgerungen:**

Empathie ermöglicht es, Beziehungen besser aufzubauen und effektiv er mit Patienten zu arbeiten.

Empathie beugt Burnout vor und hilft, besser mit Stress umzugehen. Es ist wichtig, Empathie für

andere zusammen mit Empathie für sich selbst zu entwickeln.

Die Entwicklung emotionaler Intelligenz trägt dazu bei, die Effektivität der Interaktion auf verschiedenen Ebenen zu steigern und viele Ressourcen zu sparen.

Die Entwicklung emotionaler Kompetenzen ist es wert, dass dafür ein eigener Kurs entwickelt und die Arbeit damit in die Lehrpläne verschiedener Fachrichtungen integriert wird.

Arbeitsmaterialien mit detaillierteren Ideen, Beispielen für mögliche Testaufgaben und einer Liste empfohlener Literatur finden Sie im zweiten Teil des Leitfadens.
sowie über die QR-Codes im entsprechenden Abschnitt des zweiten Teils des Leitfadens (S. 190).

THEMA 3

# Vertrauen in der Beziehung

## Die Beratung als Raum zum Aufbau partnerschaftlicher Beziehungen

THEMA 3

# VERTRAUEN 'N DER BEZIEH'JNG ZUM PATIENTEN. DIE BERATUNG ALS RAUM FÜR DEN AUFBAU PARTNERSCHAFTLICHER BEZIEHUNGEN

*Ohne gute Kommunikation ist medizinische Hilfe im besten Fall ineffektiv, im schlimmsten Fall gefährlich.*

**Anthony L. Sachman**
Professorin für Medizin an der Universität Rochester, USA

## DIE GESCHICHTE VON IVANNA UND DEM EINFÜHLSAMEN NEUROCHIRURGEN

Der Neurologe empfahl meinem Mann eine Konsultation bei einem Neurochirurgen. Bis dahin hatten wir noch keine Erfahrung mit Neurochirurgen, deshalb fragte ich nach, ob er uns einen seiner Kollegen empfehlen könne.

– Sie können zu einem Neurochirurgen in unserem Krankenhaus gehen. Ich habe von Kollegen gehört, dass er ein „nachdenklicher Chirurg“ ist, also nicht gedankenlos operiert. Und anscheinend gibt es auch gute Bewertungen über Dr. Roman H., aber ich weiß nicht, wo er derzeit praktiziert.

Mein Mann und ich haben beschlossen, uns bei beiden beraten zu lassen. Wenn die Empfehlungen übereinstimmen, lassen wir uns von dem operieren, der uns, wie man so sagt, mehr zusagt. Sollten die Meinungen der Ärzte auseinandergehen, suchen wir noch einen dritten Arzt auf.

Ich werde den Termin beim Neurochirurgen, der im selben Krankenhaus wie der Neurologe arbeitet, nicht beschreiben, denn meine Geschichte handelt von Menschlichkeit, die mit diesem Arzt nichts zu tun hat.

Am nächsten Morgen eilen wir ins Krankenhaus. Wir warten, bis wir an der Reihe sind, und gehen hinein.

Wir erzählen unsere Geschichte. Der Arzt Roman untersucht den Mann, fällt sein Urteil und erläutert alle Vor- und Nachteile der Operation. Ganz gelassen beantwortet er alle meine Fragen. Und überlässt uns die Entscheidung – ob wir operieren lassen oder nicht. Die Worte des Arztes strahlten so viel Respekt, Menschlichkeit und Ausgeglichenheit aus, dass wir nur einen halben Tag brauchten, um eine Entscheidung zu treffen.

Man wünscht sich, dass Ärzte sich bewusst machen, dass der Patient wirklich Angst hat. Er und seine Angehörigen sind besorgt, deshalb stellen sie fünfzig klärende Fragen. Für den Arzt ist das tägliche Routine, für den Patienten jedoch Angst und Ungewissheit. Deshalb haben vernünftige und mitfühlende Ärzte genug Geduld, Wissen und Respekt vor dem Patienten, um alles ausführlich zu erklären.

Dr. Roman beschloss auf dem Weg in den Operationssaal, mich aufzumuntern:

– Ich verstehe, dass Sie sich Sorgen machen, denn ich sehe, dass Sie einen guten Mann haben. Aber alles wird gut. Sobald er nach der Narkose wieder zu sich kommt, rufe ich Sie an.

Die Operation und die Rehabilitation verliefen erfolgreich, und am Tag der Entlassung gingen wir zum Arzt, um ihm für seine Menschlichkeit und Professionalität zu danken.

Ich sprach mit Tränen in den Augen, und der Arzt hörte zu. Auch er hatte Tränen in den Augen.

**Ivanna,** Ehefrau des Patienten (Name geändert)

Vertrauen ist etwas Ungreifbares. Man kann es nicht anfassen. Aber gleichzeitig ist es sehr konkret: Entweder man hat es, oder man hat es nicht. Es ist schwer, eine Definition dafür zu finden oder die Schritte auf dem Weg dorthin zu beschreiben, aber wir können immer sagen, ob wir es haben oder nicht. Genauso wie Ivanna und ihr Mann genau wussten, zu welchem Arzt sie gehen würden, denn Vertrauen und die Art, wie es sich warm im Inneren ausbreitet und das Herz öffnet, sind ein verlässlicher Wegweiser.

Vertrauen in einer Beziehung spart Zeit und Kraft und sorgt für mehr Schönheit und Sicherheit. Fehlt es daran, verschwenden wir viele Ressourcen für Regeln und Verfahren, für Formalitäten und Papierkram, um uns abzusichern. Im medizinischen Kontext ist Vertrauen für beide Seiten wichtig – sowohl für den Arzt als auch für den Patienten. Ohne Vertrauen ist es fast unmöglich, zu helfen, und ebenso unmöglich, gesund zu werden.

Ohne Vertrauen ist es fast unmöglich, zu helfen, und eine Genesung ist ebenfalls

Auf der Suche nach einer Antwort auf die Frage, woher das Vertrauen der Menschen in den Arzt kommt, haben wir festgestellt, dass verschiedene Menschen unterschiedliche Sichtweisen haben. Die einen wenden sich mit einem gewissen Vertrauensvorschuss an den Arzt, den dieser nutzen kann, um das Vertrauen zu stärken und einen treuen Patienten zu gewinnen – oder diesen Vorschuss zu verspielen. Verlieren ist natürlich einfacher und schneller als vermehren. Solches Vertrauen basiert in der Regel auf Empfehlungen von Bekannten oder Verwandten, auf dem Vertrauen in die medizinische Einrichtung oder auf dem Ruf und den Qualifikationen des Arztes.

Andere Menschen kommen hingegen mit fast null Vertrauen und einer Reihe negativer Erfahrungen zum Arzt, und dann muss das Vertrauen erst aufgebaut und verdient werden, um die Zusammenarbeit fortzusetzen. In solchen Fällen ist der erste Kontakt besonders wichtig – denn man kann keinen guten ersten Eindruck zweimal hinterlassen. Gegenseitiger Respekt und gegenseitiges Verständnis sowie die Fähigkeit, einen individuellen Ansatz zu finden, beeinflussen das Vertrauen des Patienten sehr stark. Angesichts des recht komplexen aktuellen Kontextes und des allgemein geringen Vertrauens in das Gesundheitssystem begegnen Ärzte recht häufig Patienten mit einer „belasteten Anamnese“, die verzweifelt sind, von anderen Ärzten enttäuscht oder getäuscht wurden. Der Aufbau von Vertrauen bei solchen skeptischen Patienten erfordert noch mehr Anstrengungen.

Wie lässt sich also Vertrauen aufbauen? Auf den Aufbau von Vertrauen wirken sich im Wesentlichen vier Faktoren aus:

- **Vorhersehbarkeit.** Wenn das Verhalten des Arztes oder der Ärztin für den Patienten vorhersehbar und verständlich wird, wird er oder sie mehr Vertrauen empfinden.

- **Zeit und Häufigkeit.** Vertrauen entsteht selten sofort. Wenn sich der Arzt oder die Ärztin über einen bestimmten Zeitraum hinweg und in verschiedenen Situationen für den Patienten verständlich und vorhersehbar verhält, wächst das Vertrauen mit der Zeit. Vertrauen aufzubauen dauert lange, es zu verlieren kann jedoch im Handumdrehen geschehen.

- **Informationen.** Die bereitgestellten Informationen machen die Realität verständlicher und vorhersehbarer – je besser der Arzt den Informationsaustausch mit dem Patienten gestaltet und je besser er die Informationen an die Bedürfnisse jedes Einzelnen anpasst, desto mehr wird man ihm vertrauen. Patienten stehen Ärzten, die keine Informationen weitergeben, in der Regel misstrauisch gegenüber.

- **Kommunikation.** Kommunikation ist wohl das wichtigste Instrument zum Aufbau von Vertrauen in Beziehungen. Denn gerade dank ihr entscheiden wir, ob Worte und Taten übereinstimmen. Genau diese Übereinstimmungen machen uns für Patienten berechenbar. Deshalb widmen wir in diesem Abschnitt des Leitfadens der Kommunikation mit dem Patienten während der Konsultation große Aufmerksamkeit.

In diesem Abschnitt werden wir also den Aufbau von Vertrauen anhand der Bausteine einer effektiven Kommunikation während der Konsultation untersuchen.

**Ziele:**

| Einstellung | Wissen | Fähigkeiten |
|---|---|---|
| Der patientenzentrierte Ansatz als Grundlage der Philosophie der Patientenbeziehung. | Wie man Vertrauen in der Beziehung zum Patienten aufbaut;<br>Die Beratung als Raum für den Aufbau von Beziehungen. | Erreichen von gegenseitigem Verständnis und Vertrauen;<br>Aufbau partnerschaftlicher Beziehungen;<br>offene Fragen;<br>verbale und nonverbale Kommunikation;<br>Erforschung der Emotionen des Patienten;<br>Empathie. |

**Kernaussage:**

DER EINZIGE WEG, VERTRAUEN AUFZUBAUEN IN DER BEZIEHUNG ZUM PATIENTEN – VERSTÄNDLICH UND VORHERSEHBAR ZU SEIN. KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT – DIE GRUNDLAGE GRUNDLEGENDEN FÄHIGKEITEN, DIE WICHTIGSTE KOMPONENTE DER ARZTKOMPETENZ.

**Was vermittelt werden soll:**

- Traditionelles vs. patientenzentriertes Beratungsmodell.
- Patientenorientierte Kommunikation: Grundprinzipien.
- Struktur der klinischen Beratung nach dem Calgary-Cambridge-Modell.
- Nonverbale Kommunikation während der Beratung.
- Die ICE-Triade (Ideen, Bedenken, Erwartungen) zum Verständnis emotionaler Reaktionen.
- Der Algorithmus für einfühlsame Kommunikation N.U.R.S.E. (Name, Verstehen, Respekt, Unterstützung, Erkunden).

**Wie unterrichten:**

Wir sehen dies als praktische, interaktive Unterrichtseinheit(en), die nach folgenden Prinzipien aufgebaut ist (sind):

- vom Detail zum Ganzen: Emotionskarten, empathische Sprache – einzelne Teile der Beratung – die Beratung als Ganzes;
- vom Einfachen zum Komplexen: ein positiv eingestellter, kooperationsbereiter Patient – die Arbeit mit einem negativ eingestellten Patienten.

Dementsprechend schlagen wir Ihnen vor, folgende Formate für die Interaktion mit dem Publikum zu nutzen:

- Überprüfung des Ausgangswissens (Test) in elektronischer oder Papierform;
- Mini-Vortrag;
- mündliche Befragung/Interaktion/Videodemonstration;
- Analyse realer Fälle und/oder deren Besprechung in Kleingruppen;
- Szenario mit einem Simulationspatienten, einschließlich Videoaufzeichnung und Nachbesprechung;
- Abschließende Prüfung der theoretischen Kenntnisse.

**Schlussfolgerungen:**

Die Verantwortung für das Ergebnis liegt gemeinsam bei Arzt und Patient.

Der patientenzentrierte Ansatz in der medizinischen Versorgung basiert auf gegenseitigem Verständnis und Zusammenarbeit zwischen Patient und Arzt.

Das Calgary-Cambridge-Modell basiert auf einer klaren Strukturierung der ärztlichen Konsultation und auf durch Studien belegten Daten.

Bei der Kommunikation mit dem Patienten sollte sich der Arzt auf Kommunikationsfähigkeiten stützen, deren Wirksamkeit durch zahlreiche Studien bestätigt wurde. Man sollte sich nicht allein auf die eigene Erfahrung und das eigene Gefühl verlassen – dies kann zu zahlreichen Fehlern führen.

Die Anwendung des Calgary-Cambridge-Modells für patientenzentrierte medizinische Beratung verbessert die medizinischen Ergebnisse und die Therapietreue, ist kosteneffizient und führt zu einer Verringerung der Beschwerden und Rechtsstreitigkeiten.

Arbeitsmaterialien mit detaillierteren Ideen, Beispielen für mögliche Testaufgaben und einer Liste empfohlener Literatur finden Sie im zweiten Teil des Leitfadens sowie über die QR-Codes im entsprechenden Thema des zweiten Teils des Leitfadens (S. 212).

THEM 4
A

# Autonomie des Patienten und berufliche Grenzen in Beziehungen

# THEMA 4. SUBJEKTIVITÄT UND AUTONOMIE DES PATIENTEN. BERUFLICHE GRENZEN

*Um zu leben und neue Herausforderungen zu meistern, muss ich eine Führungskraft werden. Eine Führungskraft, die ich bisher nicht war. Ja, vielleicht brauche ich Hilfe bei alltäglichen Dingen, wenn*
*Ich werde mich schlecht fühlen, aber man soll nicht für mich entscheiden... Und mir ist Unterstützung in dieser Führungsrolle wichtig: dabei, mich selbst und die Welt zu verstehen, schwierige Entscheidungen zu treffen und mein Leben neu zu ordnen. Wie auch immer es aussehen mag und wann auch immer es enden sollte, ist es mir wichtig, selbst zu entscheiden, wie ich diesen Weg gehen werde*

**Suz Meffert**
Eine Geschichte aus „Ein gar nicht so schreckliches Buch über das Leben, den Tod und alles dazwischen"

## EINE GESCHICHTE ÜBER MARIAS MUTTER UND DIE DILEMMA DER BEHANDLUNG

Letztes Jahr wurde bei meiner Mutter Krebs diagnostiziert. Stadium IV, Lunge, Metastasen. Keine Hoffnung. Keine Chance. Die Zeit reichte höchstens noch für Monate.

Diese Nachricht zu verkraften, war sehr schwer. Sowohl für sie als auch für mich. Erst später wurde mir klar, dass die Ärzte aus reinem Mitgefühl von „Behandlung" sprachen. Denn eine Behandlung zielt auf Heilung ab. In unserer Situation fielen alle Maßnahmen eher unter den Begriff „palliative Pflege".

Krebs ist eine individuelle Krankheit. Hier gibt es keine bewährten Methoden, die bei allen wirken. Die Behandlung wird anhand von Hunderten konkreter Indikatoren ausgewählt.

Einmal, noch ganz am Anfang unseres Kampfes, als ich meine Mutter zu einer – bei weitem nicht der ersten – schweren Behandlung mitnahm, sagte sie: „Masch, ich fühle mich wie ein Stück Fleisch." Und dann sprach sie über Lebensqualität. Darüber, wie wichtig es ist, auch bei einer tödlichen Diagnose nicht den Verstand zu verlieren. Und dass sie, wenn sie zwischen einem Tag vollwertigen Lebens und einer Woche im Halbkoma wählen müsste, den Tag wählen würde.

Das bedeutet nicht, dass man den Kampf aufgeben muss. Es ist, wie immer, eine Frage der Nuancen und Halbschattierungen. Eine Frage der Balance. Zwingen Sie den Kranken nicht, etwas zu tun, nur weil es jemandem Angst macht. Zwingen Sie ihn nicht, sich einer endlosen Reihe schmerzhafter Behandlungen zu unterziehen, deren Wirksamkeit gegen Null geht, nur um Ihr Gewissen zu beruhigen – „Seht ihr, ich tue alles, was ich kann“. Fragen Sie ihn, was er will. In einer solchen Situation ist Ihre Meinung zweitrangig. Sie können überreden, bitten, überzeugen, aber behandeln Sie den Patienten nicht wie ein „Stück Fleisch“. Es ist seine Entscheidung, nicht Ihre.

**Maria Popova,**
„Ein überhaupt nicht beängstigendes Buch über das Leben, den Tod und alles dazwischen“

## „Sind Sie etwa Arzt?“

Das Thema der Subjektivität des Patienten, seiner Autonomie und der beruflichen Grenzen in der Arbeit des medizinischen Personals löste während der Entwicklung dieses Kurses heftige Diskussionen aus.

Erstens basiert das paternalistische System der medizinischen Ausbildung und Behandlung darauf, dass der Patient ein Objekt ist, das von kompetenten medizinischen Fachkräften behandelt wird. Wir sind es nicht gewohnt, den Patienten als Subjekt zu betrachten, das Einfluss darauf nehmen kann, was mit ihm geschieht. Daher fiel es uns schon terminologisch schwer, über die Subjektivität des Menschen zu diskutieren, die oft mit dem Subjekt der Leistungserbringung verwechselt wurde.

Zweitens spiegeln paternalistische Beziehungen in der Medizin jahrhundertealte historische Interaktionsmuster zwischen Feudalherren und Lehnsuntertanen, zwischen Diktatoren und Unterdrückten, zwischen Herren und Leibeigenen wider. Diese Machtungleichgewichte und die Unfähigkeit, den eigenen Rang sowohl in der Gesellschaft insgesamt als auch in der Medizin im Besonderen zu nutzen, führen zu Machtmissbrauch und zum Fehlen eines Systems von Kontrollmechanismen und Gegengewichten. Infolgedessen „ersticken“ Ärzte unter der übermäßigen Verantwortung, und Patienten, die sich in die Hände der Ärzte begeben, geben im Falle von Fehlschlägen den medizinischen Fachkräften die Schuld für alles.

## Perekosiuvladitanevminn ich meine eigene rangomprizvodyatd und Machtmissbrauch

Drittens ist für gemeinsame Entscheidungen ein gewisses Maß an „Reife“ auf beiden Seiten. Und dabei geht es nicht um das Alter. Diese Reife setzt Respekt gegenüber der anderen Seite voraus sowie die Fähigkeit, die eigene Rolle – sei es die des Arztes oder die des Patienten – wahrzunehmen. Allerdings sind bei weitem nicht alle medizinischen Fachkräfte und Patienten bereit für eine neue Qualität in dieser Beziehung und dafür, die Verantwortung für Entscheidungen über den Behandlungsverlauf neu zu verteilen. Nicht alle Patienten wollen diese Verantwortung auf sich nehmen, und nicht alle Ärzte wollen Zeit darauf verwenden, Dinge zu besprechen oder Informationen in verständlicher Sprache zu vermitteln. Nicht alle Patienten verfügen über ein ausreichendes Bildungsniveau, um die Komplexität des Problems zu verstehen. Manche Patienten sind es aufgrund ihrer kulturellen Traditionen nicht gewohnt, eigenständige Entscheidungen zu treffen.

Um gemeinsam Entscheidungen zu treffen, ist ein gewisses Maß an Grad der „Reife“ auf beiden Seiten

Gemeinsame Entscheidungsfindung bedeutet nicht, Mascha und ihre Mutter aus der Geschichte am Anfang dieses Kapitels dazu zu zwingen, den Empfehlungen des Arztes zu folgen, genauso wenig wie sie bedeutet, dem Patienten alles zu verschreiben, was ihm gerade in den Sinn kommt, oder ihn mit einer schwierigen Entscheidung allein zu lassen. Gemeinsame Entscheidungsfindung ist möglich, wenn zwischen Patient und medizinischem Fachpersonal ein Vertrauensverhältnis besteht, in dem sie sich gegenseitig beeinflussen und gemeinsam nach einem Behandlungsweg suchen können, der genau zu diesem Patienten passt und dessen Werte und Präferenzen berücksichtigt.

Daher ist es für das medizinische Personal wichtig, den Wunsch des Patienten nach eigener Einbeziehung in die Entscheidungsfindung zu berücksichtigen und ihn dazu zu ermutigen, mehr Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen, anstatt diese vollständig in die Hände der medizinischen Dienstleister zu legen. Mama Maschina muss die Möglichkeit haben, Einfluss darauf zu nehmen, was mit ihr und ihrem Körper geschieht, und den Weg zu wählen, den sie selbst gehen möchte.

Dazu ist es für Fachkräfte im medizinischen Bereich und in den Hilfsberufen wichtig, gesunde Grenzen in der Arbeit mit Menschen zu setzen und genau zu verstehen, worin der Unterschied zwischen „das Leben eines Menschen berühren“ und „das Leben eines Menschen in die eigenen Hände nehmen“ besteht.

**Ziele:**

| Einstellung | Wissen | Fähigkeiten |
|---|---|---|
| Ein menschenzentrierter Ansatz als Grundlage der Philosophie der Patientenbeziehung. | Subjektivität und Grenzen;<br>Der Patient als Entscheidungsträger;<br>Gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making, SDM);<br>Was sind Grenzen?<br>Welche Arten von Grenzen gibt es? | Wie man dem Patienten Informationen korrekt vermittelt und für jeden den Detaillierungsgrad festzulegen, der für eine gemeinsame Entscheidung erforderlich ist;<br>Wie man in der Praxis die Einhaltung von Grenzen sicherstellt, Überschreitungen oder Verletzungen von Grenzen erkennt;<br>wie man eigene Grenzen aufbaut;<br>Was ist bei einer Grenzüberschreitung zu tun? |

**Kernbotschaft:**

GEMEINSAME ENTSCHEIDUNGSFINDUNG IST EIN ZENTRALER BESTANDTEIL DES GESUNDHEITSSCHUTZES DER GESUNDHEIT. SIE IST NUR MÖGLICH, WENN EINHALTUNG DER BERUFLICHEN GRENZEN ZWISCHEN MEDIZINER UND PATIENT

**Was ist zu vermitteln?**

- Freiwilligkeit, informierte Einwilligung des Patienten und personenbezogene Daten: praktische Aspekte der Anwendung im Alltag des medizinischen Personals.
- Grundsätze der Patientenautonomie.

- Fähigkeiten zur gemeinsamen Entscheidungsfindung: Informationsaustausch, aktives Zuhören, Zusammenfassen, offene Fragen, Erläuterung der Vorteile.

- Informierte Einwilligung als Teil der Patientensicherheit (patient safety).

- SURE-Test zur Überprüfung der Entscheidungssicherheit (nach O'Connor und Légaré: Sicherheit bei der Wahl, Verständnis der Informationen, Kenntnis der Risiken und Vorteile, Unterstützung).

- Informationshilfen für die Entscheidungsfindung bei der Diagnose (Decision Aid).

- Grenzen und ihre Arten.

- Privatsphäre als Schlüsselrecht für Autonomie und den Schutz der Menschenwürde; Grundsätze der Wahrung der Privatsphäre.

**Wie unterrichten?**

Dieser Block ist recht reich an theoretischem Material – schließlich ist es wichtig, die Grundprinzipien der Patientenautonomie und der gemeinsamen Entscheidungsfindung gut zu verstehen. Daher schlagen wir vor, ihn durch die Analyse von Fallbeispielen „aufzulockern" und mehr Zeit für die Wissensüberprüfung einzuplanen.

Wir empfehlen, nach Möglichkeit Zeit für das Einüben der Fertigkeiten einzuplanen, auf den vorherigen Abschnitt zurückzugreifen, der detaillierte Informationen zur Struktur der Beratung nach dem Calgary-Cambridge-Modell enthält, und die Fertigkeiten zu üben, die für die zweite Hälfte der Beratung am relevantesten sind – die Phasen der Aufklärung, der Planung und des Abschlusses des Gesprächs.

Insbesondere ist es sinnvoll, die Vermittlung von Informationen, die Unterstützung beim Informationsaufnahme, das Erreichen von gegenseitigem Verständnis, die Planung von Maßnahmen und die Zusammenfassung zu üben. Das bereits in mehreren Abschnitten erwähnte ICE-Dreieck (Ideen, Erwartungen und Befürchtungen) kann ebenfalls ein nützliches Instrument für die gemeinsame Entscheidungsfindung sein.

**Schlussfolgerungen:**

Gemeinsame Entscheidungsfindung – ein neues Paradigma für die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Beide Seiten müssen lernen, zu kommunizieren und Verantwortung neu zu verteilen.

Privatsphäre und Freiwilligkeit sind wichtige Grundsätze in dieser Beziehung und gesetzlich geschützt.

Der Patient ist Herr über seinen Körper und hat das Recht, eine Behandlung abzulehnen oder einen anderen Weg zu wählen.

Bei der Entscheidungsfindung müssen nicht nur die klinische Situation und die Risiken bewertet werden, sondern auch sozioökonomische und psychologische Faktoren sowie die Präferenzen jedes einzelnen Patienten berücksichtigt werden.

Gut definierte berufliche Grenzen beugen emotionaler Erschöpfung und unangenehmen Situationen vor. Das Setzen von Grenzen und die konstruktive Lösung von Konflikten bei Grenzüberschreitungen ist eine Fähigkeit, die geübt werden muss.

Arbeitsmaterialien mit detaillierteren Ideen, Beispielen für mögliche Testaufgaben und einer Liste empfohlener Literatur finden Sie im zweiten Teil des Leitfadens sowie über die QR-Codes im entsprechenden Thema des zweiten Teils des Leitfadens (S. 246).

THEM 5
A

# Vertraulichkeit

# THEMA 5 VERTRAULICHKEIT

*Die Beziehung zwischen Arzt und Patient – der zentrale Schwerpunkt der medizinischen Ethik. Es handelt sich um eine persönliche und berufliche Beziehung, die auf Vertrauen, Zuversicht, Würde und gegenseitigem Respekt basiert. Vertrauen ist die Brücke in der Arzt-Patienten-Beziehung. Es ist wichtig, nicht nur volles Vertrauen vom Patienten zu erwarten, sondern auch ein solides Fundament zu schaffen, das als Stütze für den Aufbau des Vertrauens des Patienten dient.*

**Peter A. Clark**

## DIE GESCHICHTE EINER JUNGEN ÄRZTIN UND IHR LACHEN ÜBER EINEN HIV-INFIZIERTEN SCHWULEN MANN

– Stellt ihr euch vor, sie haben einen „Verdächtigen“ auf unsere Station gebracht. Na ja, so ein Schwuler eben – was hat er denn gewollt? – sagt meine Kommilitonin mit einem Grinsen, die am Wochenende in der Intensivstation eines Kiewer Krankenhauses aushilft.

Die Gruppe lacht, mich überkommt ein Gefühl des Ekels. Nicht gegenüber dem Patienten, sondern gegenüber diesen Menschen, die noch nie etwas von Empathie, Akzeptanz und Nichtverurteilung gehört haben. Auch von der ärztlichen Schweigepflicht haben sie noch nie etwas gehört. Aus der Erzählung verstehe ich, dass Informationen über den Patienten, seinen Zustand und seine sexuelle Orientierung nicht nur für die gesamte Intensivstation zugänglich sind, sondern auch für jedes andere Personal, potenzielle Patienten und sogar für uns, die Studenten im vierten Jahr der medizinischen Universität.

Ich wage gar nicht daran zu denken, in welcher Hölle dieser junge Mann gerade lebt: in schwerem Zustand auf der Intensivstation, bei Bewusstsein oder nicht (ich möchte sogar glauben, dass er schläft und die Blicke des Personals weder hört noch sieht). Die Information über den HIV-positiven Status führt zur Verweigerung medizinischer Leistungen und zu ungebetenen Belehrungen über den Lebensstil. Anstelle

Anstatt eine angemessene Beratung über die Risiken zu erhalten, wird der Patient von allen Seiten – von der Pflegekraft bis zum Chefarzt – mit vorwurfsvollen Bemerkungen konfrontiert. Und dann gelangen die Gerüchte zu Bekannten, die den Kontakt meiden, oder zu Arbeitgebern, die den Betroffenen entlassen, insbesondere wenn die Arbeit den Umgang mit Kunden oder Schützlingen (Kindern) beinhaltet.

Einige Jahre später, bereits während meiner Arbeit, lerne ich einen anderen Patienten kennen, einen 30-jährigen Mann, der in der Intensivstation von seinem positiven HIV-Status erfuhr, als die Krankheit sein Gehirn befallen hatte. Auch er ist schwul, ein sehr talentierter und interessanter Mensch, ein wunderbarer Freund. Ich erinnere mich an diesen anderen jungen Mann, und mir wird bewusst, in welcher Hölle Menschen mit HIV noch immer leben. Diese Hölle entsteht nicht durch die Unvollkommenheit der Behandlung, nein. Sie entsteht durch die Unfähigkeit, den Menschen zu respektieren und zu sehen – nicht die Diagnose, sondern den Menschen.

**Daryna Dmytriyevska**, Hausärztin

In der ukrainischen Realität wird das Thema Datenschutz oft unterschätzt. Wie viele Menschen leiden darunter, dass Informationen über ihre Diagnosen verbreitet werden? Wie viele Menschenleben und Familien werden durch unvorsichtige und unüberlegte Informationsweitergaben zerstört? Wie viele Ärzte halten es für normal, mit einem Patienten in den Fluren von Krankenhäusern in Anwesenheit anderer Menschen über die Einzelheiten einer Diagnose oder Behandlung zu sprechen?

Ärzte diskutieren detaillierte Fälle ihrer Patienten in öffentlichen Gruppen, veröffentlichen die Befunde ihrer Kollegen für die breite Öffentlichkeit und verweigern Patienten den Zugang zu ihrer Krankengeschichte oder zu Untersuchungsergebnissen. All diese Fälle stellen nicht nur grobe Verstöße gegen die medizinische Ethik dar, sondern auch gegen das Gesetz. Die Grenzen zwischen Privatem und Öffentlichem sind oft verschwommen, weshalb vielen die Vertraulichkeit nur als Modeerscheinung oder bürokratische Hürde erscheint.

Tatsächlich hat die Vertraulichkeit einen sehr praktischen Nutzen. Um einem Patienten helfen zu können, muss das medizinische Personal möglichst viele Informationen über dessen Gesundheit und die Umstände erhalten, die zu den körperlichen Beschwerden geführt haben. Die Datenschutzbestimmungen wurden geschaffen, damit der Patient ohne unnötige Bedenken alles so erzählen kann, wie es ist, und der Arzt daraus Schlussfolgerungen ziehen kann, um ein vollständiges klinisches Bild zu erhalten und den weiteren Behandlungsplan festzulegen. Datenschutz ist in diesem Prozess ein Garant für Vertrauen und ein Faktor, der sich direkt auf die Vollständigkeit der Informationen auswirkt.

Vertraulichkeit und Privatsphäre sind eng miteinander verbunden. Während Vertraulichkeit eine gesetzlich geregelte Anforderung ist, umfasst Privatsphäre mehrere Ebenen. Insbesondere betrifft Privatsphäre alle Handlungen, die wir am Körper vornehmen: eine Person um Erlaubnis zu bitten, sie berühren zu dürfen, den nackten Körper zu bedecken, für einen Vorhang zu sorgen und die Möglichkeit zu schaffen, sich ohne fremde Blicke umzuziehen. Den toten Körper mit Respekt behandeln. All dies dreht sich um den Respekt vor dem Menschen, seinem Körper und den Informationen darüber, was mit ihm geschieht. Würde die Medizin zur Religion werden, könnten der Respekt vor dem Körper und die Heiligkeit der ärztlichen Schweigepflicht zu ihrem Altar werden.

Wäre die Medizin eine Religion, dann wären der Respekt vor dem Körper und die Heiligkeit Geheimnisse könnten ihr zum Verhängnis werden. des ärztlichen

In diesem Abschnitt haben wir untersucht, was Datenschutz in der Praxis bedeutet und durch welche Rechtsvorschriften er geregelt ist, und eine Reihe nützlicher Links zusammengestellt, deren Nutzung unseren Zuhörern helfen wird, sich korrekter zu verhalten und sich vor Beschwerden im Umgang mit ihren Patienten zu schützen. Es ist uns wichtig, den Schutz personenbezogener Daten zu gewährleisten, damit keiner von Darynas Patienten auf dem Weg zu seiner Gesundheit durch die Hölle gehen muss.

**Ziele:**

| Einstellung | Wissen | Fähigkeiten |
|---|---|---|
| Der patientenzentrierte Ansatz als Grundlage der Philosophie der Patientenbeziehung. | Welche Informationen und in welchem Umfang müssen dem Patienten bereitgestellt werden? | Wie man Informationen korrekt weitergibt und bestimmt, welcher Detaillierungsgrad für jeden Patienten erforderlich ist; |
| | Was man über Vertraulichkeit wissen muss: Warum dies ein wichtiger Grundsatz ist und welche wesentlichen rechtlichen Aspekte es gibt. | Wie lässt sich in der Praxis Vertraulichkeit und das Recht des Menschen auf Selbstbestimmung in der Praxis zu gewährleisten; |
| | | wie man mit dem Patienten Entscheidungen über den Behandlungsverlauf bespricht und ihm bei der Entscheidungsfindung hilft. |

**Kernbotschaft:**

VERTRAULICHKEIT – EIN GRUNDSTEIN FÜR DEN AUFBAU VON VERTRAUEN ZWISCHEN MEDIZINISCHEM PERSONAL UND DEM PATIENTEN. SIE IST SOWOHL AUS ETHISCHEN ALS AUCH AUS RECHTLICHEN GRÜNDE

**Was soll vermittelt werden?**

- Die Begriffe „Information“ und „vertrauliche Information“.
- Autonomie, ihre Prinzipien, der Begriff „Einverständnis nach Aufklärung“.
- Privatsphäre und die Grundsätze ihrer Wahrung. Regeln zur Wahrung der Privatsphäre in medizinischen Einrichtungen.
- Vertraulichkeit, Grundsätze ihrer Einhaltung.
- Haftung für die Verletzung des Arztgeheimnisses.
- Bedingungen, unter denen die Grundsätze der Vertraulichkeit verletzt werden dürfen.
- Zugang zu Patienteninformationen: Pflichten des medizinischen Personals, Risiken. Besonderheiten beim Zugang zu Informationen über Kinder.

**Wie unterrichten?**

Fragen zur Reflexion und gemeinsamen Diskussion in kleinen und großen Gruppen.

Einstufungstests. Fallbeispiele zur

Diskussion.

Praktische Übungen zur Einübung der Fähigkeiten, Informationen zu vermitteln, Fragen des Patienten anzuregen und diese zu beantworten.

**Schlussfolgerungen:**

Der Patient muss vollständige und umfassende Informationen über seinen Gesundheitszustand in einer verständlichen Form erhalten, um in die Entscheidungsfindung einbezogen zu werden.

Die Zustimmung zur Weitergabe von Informationen über den Gesundheitszustand liegt im Ermessen des Patienten.

Zu den vertraulichen Informationen, die geschützt werden müssen, gehören personenbezogene Daten, der Gesundheitszustand und die emotionale Verfassung sowie finanzielle Informationen.

Der Patient muss ungehinderten Zugang zu seinen medizinischen Unterlagen haben. Der Patient kann die Anwesenheit von Studenten oder Praktikanten während der Behandlung ablehnen.

Arbeitsmaterialien mit detaillierteren Ideen, Beispielen für mögliche Testaufgaben und einer Liste empfohlener Literatur finden Sie im zweiten Teil des Leitfadens sowie über die QR-Codes im entsprechenden Abschnitt des zweiten Teils des Leitfadens (S. 259).

THEMA 6

# Krisen emotionale Zustände und Nachrichten

# THEMA 6.

# EMOTIONALE KRISENSITUATIONEN UND SCHLECHTE NACHRICHTEN

*„Das medizinische Personal vermeidet es, schlechte Nachrichten über eine Diagnose oder den Tod zu überbringen, in der Hoffnung, dass jemand anderes dies für sie übernimmt. Aber dieser Jemand ist nirgends zu finden. Denn das Gespräch mit Patienten und ihren Angehörigen über unheilbare Krankheiten oder den Tod ist ein wichtiger, aber sehr schwieriger Teil der ärztlichen Praxis. Und es erscheint um ein Vielfaches schwieriger aufgrund fehlender entsprechender Fähigkeiten und Vorbereitung und manchmal auch an eigenen emotionalen Ressourcen.*"

**Anastasia Leukhina**
„Ein überhaupt nicht beängstigendes Buch über das Leben, den Tod und alles, was dazwischen liegt"

In „Ein gar nicht so beängstigendes Buch" gibt es eine Geschichte über die Ärztin Tatjana, die ihre eigene Krebsdiagnose in einem versiegelten Umschlag im Flur einer Privatklinik erhielt. Niemand kam zu ihr, um ihr die Nachricht mitzuteilen und ihr beizustehen. Der Mangel an offener Kommunikation und der Mangel an Informationen sind zentrale Konfliktpunkte in der Beziehung zwischen Patienten und medizinischem Personal.

## DIE GESCHICHTE VON TETJANA UND DIE NACHRICHT IM UMSCHLAG

Sie ist Ärztin. Eine der besten Gynäkologinnen und Endokrinologinnen in Kiew. Ohne Terminvereinbarung ist es unmöglich, einen Termin bei ihr zu bekommen. Aber selbst dann muss man etwa einen Monat warten. Sie untersucht täglich Frauen auf Knoten in der Brust und versucht, sie so gut es geht davon zu überzeugen, sich regelmäßig beim Gynäkologen und Mammologen untersuchen zu lassen. Sie selbst entdeckte einen Knoten bei sich und ging zur Mammographie. Sie wandte sich an eine Privatklinik, um weder Kollegen noch ihre eigenen Patienten zu treffen.

„Ich wartete um zehn Uhr morgens im Flur auf das Ergebnis der Mammographie. Eine Arzthelferin kam zu mir und reichte mir schweigend einen Umschlag mit der Diagnose „Krebs" darin. Obwohl ich bereits wusste, was mit mir los war,

dass ich gebildet und gut informiert bin, weinte ich, als ich den Umschlag öffnete und die Diagnose las. Vor wenigen Minuten hatte der Arzt den Tumor gesehen, die Worte „Brustkrebs“ in den Befund geschrieben, aber warum hatte er es nicht geschafft, mir das persönlich zu sagen? Denn dann wären mir schon ein paar aufmunternde Worte eine Stütze gewesen. Und den Umschlag schweigend zu übergeben und die Patientin mit einer so schrecklichen Diagnose allein zu lassen – das ist grausam.

Um 11:00 Uhr begann mein Sprechstunde am anderen Ende der Stadt. Ich riss mich zusammen und fuhr zur Arbeit. Aber an meiner Stelle hätte auch eine andere Person sein können, und diese hätte eine solche nervliche Belastung vielleicht nicht ausgehalten.

Warum ist alles so herzlos und unmenschlich? Ärzte wollen keine schlechten Nachrichten überbringen, sie hoffen, dass jemand anderes das für sie übernimmt.

Obwohl ich schon oft Menschen über den Verdacht auf eine Krebserkrankung informiert habe, fiel es mir selbst schwer, mit den schlechten Nachrichten fertig zu werden. Ich hatte Mitleid mit mir selbst und meinen Kindern.“

**Tatjana Popowa**
„Ein überhaupt nicht beängstigendes Buch über das Leben, den Tod und alles dazwischen“

Laut aktuellen Studien unter Krebspatienten erfuhren die Patienten ihre Diagnose nur in 58 % der Fälle vom Arzt. Jedem Dritten teilte der Arzt die Diagnose nicht mit.[1]

[1] Studie, durchgeführt von der BFP „Ein Tropfen Blut“ und der NGO „Athena. Frauen gegen Krebs“ mit Unterstützung des Internationalen Fonds „Vidrodzhennia“. Die vorgestellten Ergebnisse einer Online-Umfrage, die 2021 durchgeführt wurde.

„Das wurde uns nie beigebracht“, sagen medizinische Fachkräfte. Das Überbringen schlechter Nachrichten und das Besprechen der Diagnose stellen für jeden eine große Herausforderung dar. Denn es geht nicht nur darum, die richtigen Worte zu finden, um den Menschen nicht zu verletzen. Es geht nicht nur darum, mit der eigenen Sorge um das Leben des Patienten und der Hilflosigkeit bei seiner Behandlung fertig zu werden. Man muss da sein, Tränen oder einen Schockzustand ertragen, Fragen beantworten und alles mehrmals wiederholen, denn die Fähigkeit des Menschen, Informationen in einem emotionalen Krisenzustand zu analysieren und zu speichern, ist stark eingeschränkt. Es erfordert viel Geduld und Einfühlungsvermögen.

Unter medizinischem Personal ist die Vorstellung weit verbreitet, dass das ständige Tragen einer emotionalen Schutzweste vor Burnout schützt. Das langfristige Tragen einer metallenen Schutzweste kann die Wirbelsäule schädigen und chronische Rückenprobleme verursachen, daher ist jede Art von Schutzweste darauf ausgelegt,

für 1–2 Stunden pro Tag. Genauso verhält es sich mit der emotionalen Schutzhülle: Das ständige Tragen, die Verschlossenheit und die große Distanz zu den eigenen Gefühlen und denen der Menschen in der Nähe – all das ermüdet und behindert den Aufbau von Beziehungen, macht es unmöglich, Feedback und Dankbarkeit zu erhalten. Es zehrt nicht weniger an den Kräften als der Kontakt zu Menschen, daher ist es wichtig zu entscheiden, in welchen Fällen emotionaler Schutz wirklich notwendig ist. Auf lange Sicht schadet er der psychischen Gesundheit, anstatt sie zu schützen.

## Das ständige Tragen einer emotionalen Rüstung

Unsere Umfrage hat gezeigt, dass Studierende an medizinischen Hochschulen solche Gespräche und Todesnachrichten besonders fürchten. Wie oft solche Situationen im Umgang mit Patienten auftreten, hängt vom Fachgebiet des Arztes ab. Dennoch war oder wird fast jeder von uns einmal in eine Situation geraten, in der es notwendig ist, einem Patienten schlechte Nachrichten mitzuteilen. Es bleibt uns also nichts anderes übrig, als Methoden zur Übermittlung schlechter Nachrichten zu erlernen, unsere Fähigkeiten zum einfühlsamen Zuhören zu trainieren, Floskeln wie „Halten Sie durch“ oder „Alles wird gut“ abzulegen und unser Herz zumindest ein wenig zu öffnen.

Wir haben Empfehlungen der besten Psychologen und Ärzte zum Umgang mit schlechten Nachrichten und zum Reagieren auf hohe emotionale Erregung zusammengestellt. Wir hoffen, dass diese Informationen Ihnen und Ihren Zuhörern helfen, mit Aufregung und Ängsten umzugehen und Ihren Patienten in schwierigen Situationen zur Seite zu stehen. Manchmal vergessen Patienten, was sie hören, aber ein offener Blick oder fürsorgliche Gesten in diesen ungewöhnlichen Momenten werden dank Ihrer Menschlichkeit noch lange in ihrem Gedächtnis nachklingen.

**Ziele:**

| Einstellung | Wissen | Fähigkeiten |
|---|---|---|
| Der menschenzentrierte Ansatz als Grundlage der Philosophie der Patientenbeziehung. | Was sind emotionale Krisenzustände und wie wirken sie sich auf die Interaktion aus? | Wie kommuniziert man in Situationen hoher emotionaler Anspannung und Stress? |
| | Die Phasen der Trauer. | Überbringen schlechter Nachrichten. |

**Kernbotschaft:**

FÜR MEDIZINER IST ES WICHTIG, ZU LERNEN,
UND DIE FÄHIGKEITEN ÜBEN
ÜBERMITTLUNG SCHLECHTER
NACHRICHTEN
MIT VERSTÄNDNIS UND MITGEFÜHL
UND MIT
UNTERSTÜTZUNG, DAMIT DER
VERPFLICHTENDER
MENSCH
NICHT ALLEIN GELASSEN
MIT EINER SCHWIERIGEN
SITUATION.

**Was soll man vermitteln?**

- Emotionale Krisenzustände, Anzeichen von Trauer (nach Lindeman), Phasen der Trauer (nach Kübler-Ross) und Phasen der Trauerbewältigung (nach Zintl und Volkan).
- Psychologische Unterstützung in den verschiedenen Phasen der Trauer.
- Kategorien von Patienten in emotionalen Krisenzuständen und Strategien für den Umgang mit ihnen.
- Überbringen schlechter Nachrichten und **das SPIKES-Protokoll** (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion and Empathy, Strategy, Summary): Vorbereitung, Aufklärung, Einwilligung, Wissen, Emotionen/Empathie, Strategie, Zusammenfassung.

**Wie unterrichten?**

Asynchrones Lernen (Unterrichtsvorbereitungsmaterialien). Diskussion der folgenden

vorgeschlagenen Themen in Kleingruppen:

- Welche Gesprächsthemen sind für Ärzte schwierig?
- Wem werden Sie die schlechten Nachrichten mitteilen (dem Patienten, den Angehörigen, Bekannten)?
- warum Ärzte schlechte Nachrichten nicht überbringen wollen;

- Erinnern Sie sich an Fälle aus Ihrem Leben oder Ihrer Praxis, in denen Ihnen oder jemand anderem schlechte Nachrichten unsachgemäß übermittelt wurden.

Was sind die Vor- und Nachteile des Aufenthalts von Angehörigen auf der Intensivstation?

Rollenspiel (Nachstellung eines Gesprächs mit einem Patienten mit Erkrankungen wie RA, BA, Diabetes in Dreiergruppen) mit anschließender Diskussion in Gruppen.

Patchwork-Diskussion mit allgemeiner Besprechung. Arbeit mit

Fallbeispielen (Klinische-Fall-Methode).

Ansehen von Videos, in denen schlechte Nachrichten auf korrekte bzw. inkorrekte Weise überbracht werden, mit anschließender Diskussion in kleinen Gruppen.

Nutzung einer Präsentation auf Google Drive im Bearbeitungsmodus sowie der Plattformen Padlet und Miro.

**Schlussfolgerungen:**

Schlechte Nachrichten über den Gesundheitszustand verursachen großen Stress, der mit Ängsten und Unsicherheit über die Zukunft verbunden ist.

Verschiedene Menschen durchlaufen die Phasen der Trauer unterschiedlich; ein veränderter emotionaler Zustand ist natürlich und muss bei der Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie berücksichtigt werden. In den verschiedenen Phasen der Trauer können unterschiedliche Unterstützungsstrategien zum Einsatz kommen.

Für medizinisches Personal ist es wichtig, den Umgang mit Menschen in Krisensituationen zu erlernen und ihnen aktuelle und wahrheitsgemäße Informationen über ihren Gesundheitszustand zu vermitteln.

Die Strategien zur Bewältigung verschiedener Krisensituationen können unterschiedlich sein.

Arbeitsmaterialien mit detaillierteren Ideen, Beispielen für mögliche Testaufgaben und einer Liste empfohlener Literatur finden Sie im zweiten Teil des Leitfadens sowie über die QR-Codes im entsprechenden Abschnitt des zweiten Teils des Leitfadens (S. 287).

THEMA 7

# Konflikte und schwierige Gespräche

# THEMA 7

# KONFLIKTE UND SCHWIERIGE GESPRÄCHE

*Wenn Sie Konflikte vermeiden, um den Frieden zu wahren,*
*entfacht ihr einen Krieg in eurem Inneren.*

**Cheryl Richardson**

## DIE GESCHICHTE VON DER KRIEGERISCHEN OMA UND DEM FLUCHENDEN ANÄSTHESIOLOGEN

Ein 9 Monate altes Kind wurde eingeliefert. Heißes Wasser. Es hat sich selbst übergossen. Die Verbrennungsfläche beträgt 70 %. In solchen Situationen ist es überlebenswichtig, einen venösen Zugang zu legen und mit der Verabreichung großer Flüssigkeitsmengen zu beginnen.

Das Kind wurde schnell auf die Intensivstation gebracht. Ich bitte die Mutter, vor der Tür zu warten. Sobald wir mit den Maßnahmen fertig sind, lasse ich sie herein. Betäubungsmittel und Beruhigungsmittel, um die Schmerzen zu lindern und den kleinen Patienten etwas zu beruhigen.

Ich versuche, die Vena subclavia zu katheterisieren. Eine falsche Bewegung – und man kann die Lunge durchstechen. Und in diesem Moment stürmt die Großmutter des Kleinen, eine Frau um die fünfzig, zusammen mit einer weiteren Verwandten in das Zimmer und beginnt wie von Sinnen an ihm zu zerren, reißt die Verbände ab und schimpft, dass wir Dummköpfe das Eiweiß von den Verbrennungen abgewischt hätten.

Als das Kind zu uns kam, war es komplett mit Ei beschmiert. Eiweiß auf eine Verbrennung – das beste Mittel, wenn man will, dass alles mit einer Sepsis und dem Tod endet.

Ich holte vorsichtig die Nadel hervor und ließ dann eine dreistöckige Schimpftirade los. In den ganzen fünf Jahren meiner Arbeit hatte ich noch nie so geschrien. Ich stieß die Oma und ihre Freundin buchstäblich mit Gewalt hinaus und schloss dann die Tür.

„Wir rufen die Polizei!“, schrie die alte Dame.

Ich zitterte vor Wut. Der Katheter wurde gelegt, meine Mutter durfte rein, sie erwies sich als recht vernünftige Person. Ich bereue, dass ich mir erlaubt habe, zu schreien und zu fluchen. Aber die Situation hätte gar nicht erst entstehen können, wenn es im Krankenhaus Sicherheitspersonal gegeben hätte und an der Tür zur Intensivstation ein zuverlässiges Schloss angebracht gewesen wäre.

Je mehr die Angehörigen Druck ausüben und Vorurteile verbreiten, desto mehr versuchen die medizinischen Fachkräfte, sich hinter einer hohen Mauer zu verstecken. Und je höher diese Mauer ist, desto größer ist das Misstrauen. Ein Teufelskreis: Misstrauen führt zu Verschlossenheit, Verschlossenheit zu Misstrauen.

Wie kann man diesen Teufelskreis durchbrechen?

Das medizinische Personal muss lernen, zu kommunizieren und die Anwesenheit und Unterstützung der Angehörigen nach Kräften zu fördern, wann immer dies möglich ist. Und die Angehörigen müssen lernen, Vertrauen zu fassen.

**Iwan Tschernenko,** Anästhesist

Wir hatten diesem Kapitel ursprünglich den Titel „Schwierige Patienten“ gegeben. Doch während der Vorbereitung wurde uns klar, dass es in Konfliktsituationen keine schwierigen Patienten oder einfachen Ärzte gibt, dass es kein Schwarz und Weiß gibt – jedes Mal gibt es viele verschiedene Nuancen, die man unterscheiden können muss. Jeder von uns kann unter bestimmten Umständen für andere schwierig werden, dafür gibt es immer Voraussetzungen und Gründe. Und das Verständnis für die Ursachen dessen, was wir bei anderen als „Schwierigkeit“ wahrnehmen, ist der Schlüssel zu einer positiven Konfliktlösung.

Jeder von uns hat in bestimmten Situationen kann für andere schwierig werden

Der Global Human Capital Report (2008) stellt fest, dass 85 % der Arbeitnehmer Erfahrungen mit Konflikten am Arbeitsplatz haben. In den meisten Fällen (67 %) wird der Konflikt durch Stress und hohe Arbeitsbelastung verursacht. 60 % der Arbeitnehmer haben nie gelernt, Konflikte zu bewältigen oder zu lösen, aber 95 % derjenigen, die eine Schulung absolviert haben, geben an, dass die Schulung ihnen geholfen hat, besser mit Konfliktsituationen umzugehen und gemeinsame Lösungen zu finden.

Nach unseren Beobachtungen ist das Konfliktniveau in ukrainischen Krankenhäusern höher als im weltweiten Durchschnitt. Schwere Arbeitsbedingungen, extrem hoher Stress, mangelnde Finanzierung und angespannte Beziehungen zu den Patienten, verursacht durch Intransparenz und ungelöste finanzielle Fragen, Müdigkeit und Misstrauen, das durch die Medien geschürt wird, sowie ständige Veränderungen des Systems und der Praktiken – all diese Faktoren machen das medizinische Personal anfällig für Konflikte. Zahlreiche Studien zeigen, dass vor allem Pflegekräfte in Konflikte verwickelt werden.

Konflikte sind ein strukturelles Element jedes Systems und der Beziehungen innerhalb desselben. Sie können aus kommunikativen, strukturellen oder persönlichen Fragen entstehen und sich in verschiedenen Situationen und Verhaltensweisen manifestieren. Die meisten Schulen der Konfliktlösung betrachten Konflikte als Chance, den Status quo zu verbessern und Beziehungen zu regeln. Das Wichtigste ist, wie man mit ihnen umgeht, damit sie von Nutzen sind und keinen Schaden anrichten.

Die Hauptstrategie im Umgang mit Konflikten sollte weniger auf der Vermeidung von Konflikten beruhen, sondern vielmehr darauf abzielen, medizinisches Personal auf die wirksame Prävention und Lösung von Konflikten vorzubereiten. Damit Ärzte wie Ivan die streitlustigen Großmütter aus der oben genannten Geschichte besser verstehen, mit ihren eigenen und den Gefühlen der Großmutter umgehen und sich selbst sowie der Großmutter helfen können, die Konfliktsituation zu klären.

Die Hauptstrategie der Konfliktarbeit muss
Es geht weniger darum, auf Vermeidung zu setzen, als vielmehr darauf,

**Welche Elemente der Konfliktbewältigungsschulung können für medizinisches Personal besonders relevant sein?**

**Achtsamkeit und Selbsterkenntnis.** Wie reagieren Sie auf Konfliktsituationen? Welche Gewohnheiten haben Sie im Umgang mit Konflikten? Was löst bei Ihnen emotionale Reaktionen aus und wie gut können Sie mit Ihren eigenen Emotionen umgehen?

**Verständnis und Offenheit für die Sichtweise der anderen Seite, Anerkennung natürlicher Unterschiede in der Wahrnehmung und Interpretation von Ereignissen oder Absichten.** Können Sie

Können Sie die Situation aus der Perspektive der anderen Seite betrachten, deren Logik und Sichtweise auf das Problem analysieren? Wie gut können Sie unter hohem Druck arbeiten und anderen dabei helfen, emotionale Spannungen abzubauen?

**Kommunikation, die Fähigkeit zu sprechen und zuzuhören.** Kein Konflikt auf der Welt lässt sich ohne gute Kommunikation lösen. Wie gut wir unsere eigene Anspannung zeigen, das Problem formulieren sowie verbale und nonverbale Informationen der anderen Seite wahrnehmen können, beeinflusst unsere Fähigkeit, mit Konflikten umzugehen und sie von einer Bedrohung in eine Chance zu verwandeln.

**Innere Ressourcen.** Der Umgang mit Konflikten erfordert viel Kraft. Unser inneres Energielevel und unser emotionaler Zustand haben großen Einfluss darauf, wie gut wir mit einer Konfliktsituation umgehen können. Daher sind Selbstfürsorge und die Bewältigung eigener Erschöpfungszustände wichtige Verbündete bei der Konfliktlösung.

**Ziele:**

| Einstellung | Wissen | Fähigkeiten |
|---|---|---|
| Der menschenzentrierte Ansatz als Grundlage der Philosophie der Patientenbeziehung. | Was ist ein Konflikt, Ursachen, grundlegende Strategien zur Prävention und zum Verhalten in Konfliktsituationen; | Demonstration effektiver empathischer Kommunikation, Vermeidung konfliktreicher Kommunikations- und Verhaltensweisen; |
| | Situationen, in denen ein Patient „schwierig“ werden kann. Suche nach einem effektiven Ansatz für Patienten in emotionalen Krisensituationen. | Einschätzung des emotionalen Zustands von Patienten; |
| | | Kommunikation mit Patienten in schwierigen emotionalen Zuständen; |
| | | Konfliktlösung durch Problemlösung; |
| | | Empathie zeigen. |

**Kernbotschaften:**

GRUNDLEGENDE STRATEGIE FÜR DEN UMGANG MIT KONFLIKTEN SOLLTE NICHT AUF SEINE VERMEIDUNG SONDERN AUF DIE VORBEREITUNG AUF EINE EFFEKTIVE VORBEUGUNG UND LÖSUNG.

MAN KANN LERNEN, MIT KONFLIKTEN UMZUGEHEN LERNEN DURCH SELBSTERKENNTNIS, DIE FÄHIGKEIT, ZUZUHÖREN UND DEN STANDPUNKT DER ANDEREN SEITE ZU ERKENNEN, GUTES KOMMUNIKATIONSVERMÖGEN UND DIE SORGE UM DIE EIGENEN RESSOURCEN

**Was soll vermittelt werden?**

- Konflikte, ihren Verlauf und mögliche Ursachen.
- Verhaltensstrategien in Konfliktsituationen (nach Thomas und Kilman).
- Ziele, Interessen und Positionen in Verhandlungen.
- Struktur komplexer Gespräche (Fakten, Emotionen, Bedrohung des Egos).
- Das EVE-Protokoll (Emotion, Validierung, empathische Antwort).
- Gewaltfreie Kommunikation.
- Verbale und nonverbale Signale in Konfliktsituationen.

**Wie unterrichten?**

Interaktive Diskussionen.

Arbeit mit Fallbeispielen im „Aquarium“-Format oder in kleinen Gruppen.

Einüben einzelner Fähigkeiten bei der Bearbeitung von Fallbeispielen.

Analyse/Beschreibung von Demonstrationsvideos mit verschiedenen Konfliktsituationen.

**Schlussfolgerungen:**

Konflikte sind ein unverzichtbarer Bestandteil der Arbeit von medizinischem Personal. Der Umgang mit Konflikten kann erlernt werden. Und dieses Seminar ist eine Investition fürs Leben.

Es gibt verschiedene Verhaltensstrategien in Konfliktsituationen; es ist wichtig, diese entsprechend dem Kontext/Problem auszuwählen.

Die Vorbereitung auf schwierige Gespräche und die Analyse von Konfliktsituationen aus verschiedenen Blickwinkeln tragen dazu bei, die eigene Effektivität zu steigern.

Sich um sich selbst zu kümmern ist wichtig, um sich um die Konfliktlösung kümmern zu können.

Kommunikation und Vorbereitung sind die wichtigsten Instrumente der Konfliktlösung.

Arbeitsmaterialien mit detaillierteren Ideen, Beispielen für mögliche Testaufgaben und einer Liste empfohlener Literatur finden Sie im zweiten Teil des Handbuchs sowie über die QR-Codes im entsprechenden Thema des zweiten Teils des Handbuchs (S. 303).

THEMA 8

# Toleranz und Vielfalt: wie und warum man mit verschiedenen Menschen

# THEMA 8. TOLERANZ UND VIELFALT: WIE UND WARUM MAN MIT VERSCHIEDENEN MENSCHEN ZUSAMMENARBEITET

*Menschen hassen einander, weil sie Angst voreinander haben; sie haben Angst, weil sie nichts voneinander wissen; sie wissen nichts voneinander, weil sie nicht miteinander kommunizieren.*

**Martin Luther King**

## DIE GESCHICHTE VON ANDRIJ UND DER FAMILIENÄRZTIN, DIE SEIN LEBEN VERÄNDERTE

Andrij* ist ein transgeschlechtlicher Mann, der seit einigen Jahren eine Hormontherapie macht und sich in keiner Weise von anderen Ukrainern unterscheidet. Er arbeitet in einer Fabrik und betreibt nebenbei ein kleines Unternehmen; er ist sehr fleißig und hilfsbereit, das spüre sogar ich. Außerdem liebt er seit zehn Jahren eine Frau, sie haben eine unglaubliche Beziehung, eine echte Familie, die all die Zeit vom Staat nicht anerkannt wurde, weil Andriy weibliche Dokumente hatte.

* Namen geändert

Andrij bat um ein Treffen einige Monate, nachdem ich ihm das ärztliche Attest über die Änderung des Geschlechts ausgestellt hatte.

– „Das hat meine Mutter für Sie und für die Psychiaterin gestrickt. Sie hat sich Ihre Fotos im Internet angesehen, um die Farben auszuwählen“, sagte er und reichte mir einen zusammengerollten, unglaublich zarten und luftigen Schal. „Sie ist dankbar für das, was Sie für mich getan haben.“

– Aber ich habe nichts getan. Ich habe einfach meine Arbeit gemacht, denn ich bin Hausärztin.

– Daryna Ihorivna, Sie haben mein Leben verändert. Ich habe Mascha* zum dritten Mal einen Heiratsantrag gemacht, und vor kurzem haben wir geheiratet. Ich möchte mein ganzes Leben mit ihr verbringen“, sagt er mit Tränen in den Augen und zeigt mir Fotos von der Hochzeit.

Ich kann sie kaum erkennen – auch wegen der Tränen.

– Außerdem habe ich mich mit meiner Mutter versöhnt, und die Symptome meiner anhaltenden Depression haben nachgelassen, – fügt Andrij hinzu.

Andrij hat sich an andere Ärzte in seiner Stadt gewandt. Sie weigerten sich, ihm zu helfen, aus Unwissenheit, Vorurteilen und der Weigerung, seine Existenz anzuerkennen. Ich unterscheide mich von ihnen nur dadurch, dass ich den Menschen sehe und nicht seine Geschlechtsorgane.

Es schmerzt mich zu hören, dass Andrij gezwungen ist, quer durch das halbe Land zu fahren, um eine medizinische Grundversorgung zu erhalten. Mich hat das nur ein paar Unterschriften auf einem vorab ausgefüllten Formular gekostet. Ganz einfach und logisch. Ob ich das tun sollte? – daran gab es keinen Zweifel. Ich bin in einem Umfeld von Menschen aufgewachsen, die die Rechtsstaatlichkeit und die Menschenwürde anerkennen. Das Verständnis, dass alle Menschen unterschiedlich und dabei gleichwertig sind, hat sich leicht entwickelt – man musste sich nur bewusst machen, dass dies absolut alle betrifft. Und mich auch. Ich möchte, dass die Welt mich so akzeptiert, wie ich bin, authentisch. Deshalb akzeptiere ich meine Patienten auch so.

Wir sind in der Lage, das Leben von Menschen mit unserem Herzen und ein paar Strichen eines Kugelschreibers zu verändern. Wir verfügen über die entsprechenden Anordnungen und Anweisungen, Zugang zu weltweiten wissenschaftlichen Studien sowie das Bewusstsein für Offenheit und die Bereitschaft, jedem zu helfen. Wir haben kein Recht, dies NICHT zu tun.

**Daryna Dmytriyevska,** Hausärztin

Die ukrainische Gesellschaft wirkt auf den ersten Blick im Vergleich zu anderen recht homogen. Die Menschen haben dieselbe Hautfarbe, gehören in großen Gruppen einem bestimmten Glauben an, sprechen überwiegend eine oder zwei Sprachen und sind in mehr oder weniger ähnlichen kulturellen Kontexten aufgewachsen. Oberflächlich betrachtet sehen alle gleich aus, und die „Norm“ ist klar. Nach Jahrzehnten sowjetischer Institutionalisierungspolitik, in der Menschen mit jeglichen Abweichungen von

Da „die Norm“ diese Menschen unsichtbar machte und sie in separaten Einrichtungen hinter hohen Zäunen von der Gesellschaft isolierte, haben wir uns daran gewöhnt, nicht mit Andersartigkeit konfrontiert zu werden und sie im Alltag nicht wahrzunehmen. Daher kann die Begegnung mit einer Transperson wie beispielsweise Andrij bei vielen Menschen einen ziemlichen Schock auslösen

– vor allem aufgrund mangelnder Kenntnisse über Geschlechtsidentitäten und fehlender Vorerfahrungen im Umgang mit Vertretern der LGBT-Gemeinschaft.

Das Verbergen der eigenen Andersartigkeit war eine Überlebensstrategie im totalitären Sowjetstaat. Leider hat sich diese Strategie bis heute bewährt. Negative Erfahrungen im Umgang mit medizinischem Personal, verursacht durch eine in medizinischen Kreisen nicht gerade seltene voreingenommene Haltung, untergraben das Vertrauen derart, dass Menschen beschließen, keine Hilfe in Anspruch zu nehmen, um nicht auf Unhöflichkeit und neue Traumata zu stoßen. Patienten, die in verschiedener Hinsicht „anders" sind, wird von Ärzten die medizinische Versorgung verweigert. Ohne Übertreibung sterben Menschen, ohne die Hilfe zu erhalten, die sie benötigen. Auf dem Papier sterben sie an Krebs oder einem Schlaganfall. In Wirklichkeit jedoch töten sie Gleichgültigkeit, Ablehnung und Unverständnis.

und Unverständnis
Lievbiv es herrscht Gleichgültigkeit, Ablehnung

Demokratisierung, Globalisierung, Mobilität, Verbreitung neuer Technologien sowie rasante Veränderungen in der Kommunikation verändern zunehmend das Verständnis von Normalität. An die Stelle der Homogenität tritt Vielfalt als Norm. Die Gesellschaft im Allgemeinen und das Gesundheitswesen im Besonderen stehen vor neuen Herausforderungen. Wie kann man sich an die Vielfalt anpassen? Wie kann man Menschen mit unterschiedlichen Einschränkungen einen gleichberechtigten Zugang zur medizinischen Versorgung gewährleisten? Wie kann man Ungleichheit verringern und eine flächendeckende Versorgung mit medizinischen Dienstleistungen sicherstellen? Wie kann man die Besonderheiten verschiedener soziokultureller Gruppen bei der Planung medizinischer Dienstleistungen berücksichtigen?

Dies erfordert erhebliche Anstrengungen, um eine uns wenig vertraute Welt, Menschen und Kulturen „auf der anderen Seite" zu erkunden, verschiedene Sprachen (einschließlich der gewaltfreien Kommunikation) zu erlernen und einen Dialog zu führen. Vor allem aber verlangt diese Offenheit von uns, dass wir uns selbst, unsere Werte und die Menschen um uns herum neu kennenlernen und überdenken. Andrij ist nicht schuld daran, dass er anders ist; er braucht dieselbe Akzeptanz und denselben Respekt wie alle anderen Menschen um uns herum.

wie die Stelle der Homogenität tritt Vielfalt
Norm

Bei der Diskussion über Unterschiede und Toleranz widmeten wir den Großteil der Zeit der Auseinandersetzung mit unseren eigenen Vorurteilen. Denn wie können wir anderen Toleranz und Nichtdiskriminierung beibringen, wenn wir selbst ähnliche

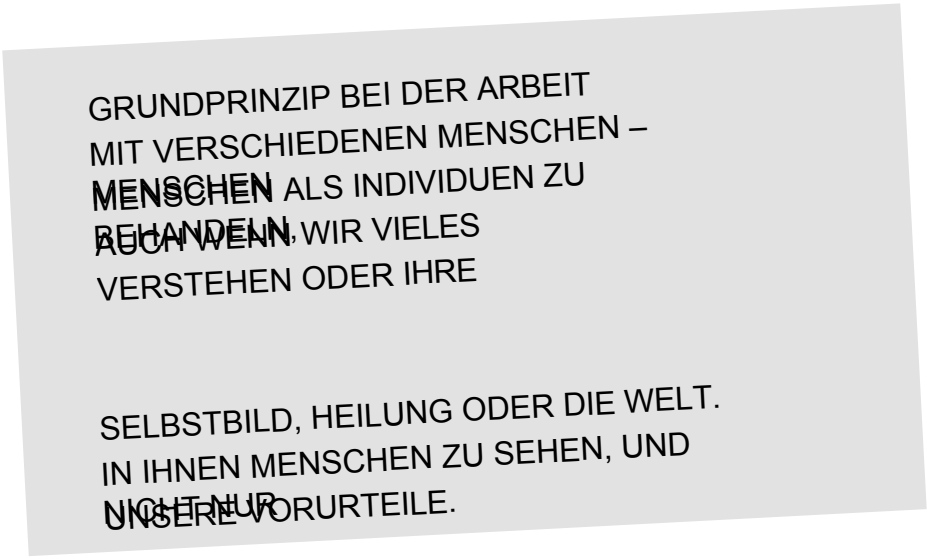
Wo liegen die Lücken? Vorurteile und Stigmatisierung, die früher oder später zur Entmenschlichung führen können, entstehen vor dem Hintergrund fehlender Kontakte und eigener Erfahrungen im Umgang mit bestimmten Gruppen, vor dem Hintergrund von Hassrede, Fremdenfeindlichkeit, Rassismus und anderen -ismen (Sexismus, Ageismus usw.), die im öffentlichen Raum aktiv propagiert werden. Daher ist es unsere Hauptaufgabe bei der Vorbereitung des Kurses, unsere eigenen Vorurteile zu erkennen und mit ihnen zu arbeiten.

In diesem Abschnitt haben wir einen Einblick in die Welt der Wertvorstellungen und Kommunikationsfähigkeiten gegeben, die Ihnen helfen werden, sich besser in Fragen des Diversity-Managements zurechtzufinden und Ihre Toleranz gegenüber Menschen und deren Ansichten zu steigern. Angesichts der großen Vielfalt in studentischen Gruppen und medizinischen Gemeinschaften werden Ihnen insbesondere Fähigkeiten zur Moderation und zum Umgang mit Spannungen in der Gruppe zugutekommen.

**Ziele:**

| Einstellung | Wissen | Fähigkeiten |
|---|---|---|
| Ein menschenzentrierter Ansatz als Grundlage der Philosophie der Patientenbeziehung. | Toleranz und Vielfalt. | Wie und warum man mit verschiedenen Menschen arbeitet und sie als Menschen. |

**Kernbotschaft:**



**Was vermittelt werden soll:**

- Vorurteile und Diskriminierung.
- Formen der Diskriminierung in der medizinischen Praxis.
- Toleranz und Akzeptanz.
- Sensible Themen in der medizinischen Praxis: Sprache, nonverbale Signale, kulturelle Einstellungen, religiöse Ansichten, Sexualität.
- Besonderheiten der Anwendung des Calgary-Cambridge-Modells und die Entwicklung von Fähigkeiten, die auf die Erforschung und Achtung kultureller Besonderheiten und Werte ausgerichtet sind – Zuhören, Informationsbeschaffung, Strukturierung der Beratung und Weitergabe von Informationen an den Patienten.
- Das BALANCE-Protokoll.
- Arbeit mit Familien und Kindern.
- Besonderheiten der Arbeit mit Angehörigen verschiedener Gruppen, die in der Gesellschaft häufig aufgrund ihrer Sexualität, Geschlechtsidentität, ihres fortgeschrittenen Alters, einer Behinderung oder psychischer Beeinträchtigungen marginalisiert werden.

**Wie man unterrichtet:**

Reflexion über die Verschiedenartigkeit der eigenen Vorurteile in der Gruppe und den Grad ihres Bewusstseins.

Rollenspiel oder Fallbeispiel: Diskussion in großen und/oder kleinen Gruppen.

Ansehen und Analyse von Videos mit verschiedenen Beispielen.

Lebendige Bibliothek mit Vertretern verschiedener Gruppen und Schaffung von Möglichkeiten für Praktika in Organisationen und Einrichtungen, um direkten Kontakt zu Menschen aus verschiedenen soziokulturellen Gruppen herzustellen und diese kennenzulernen.

**Schlussfolgerungen:**

Patienten verdienen Respekt, einfach weil sie Menschen sind. Sie müssen nicht den Vorstellungen anderer von der Norm entsprechen, um eine würdige Behandlung zu verdienen.

Patienten haben das Recht, anders zu sein, sie haben das Recht, an etwas anderes zu glauben, als es für uns üblich ist, sie haben das Recht, etwas abzulehnen oder umgekehrt darum zu bitten, ihre Besonderheiten zu berücksichtigen.

Für medizinisches Personal ist es wichtig, sich der eigenen Vorurteile bewusst zu sein und daran zu arbeiten. Erfahrung und direkter Kontakt mit Menschen, die nicht in den engen Rahmen einer homogenen „Norm“ passen, sind der beste Weg, um mit Vorurteilen umzugehen.

Die am stärksten marginalisierten Menschen in der Gesellschaft sind in der Regel Zielscheibe von Diskriminierung und Vorurteilen. Sie reagieren oft sensibel auf verbale und nonverbale Äußerungen, die ihre Behandlung betreffen.

Für medizinisches Personal ist es wichtig, medizinische Hilfe zu leisten, ohne Patienten zu verurteilen, und die Grenzen der professionellen Kommunikation nicht zu überschreiten. Die Instrumente des KKM ermöglichen es, Kommunikationsfähigkeiten zu entwickeln, um dies besser zu tun.

Arbeitsmaterialien mit detaillierteren Ideen, Beispielen für mögliche Testaufgaben und einer Liste empfohlener Literatur finden Sie im zweiten Teil des Leitfadens sowie über die QR-Codes im entsprechenden Abschnitt des zweiten Teils des Leitfadens (S. 340).

# TEIL 2

## SAMMELTE UND ENTWICKELTE METHODISCHE MATERIALIEN FÜR DEN UNTERRICHT IN THEMENKURSES

Hier finden Sie einen Teil der Arbeitsmaterialien, die wir während der Arbeit an dem Kurs und dem Handbuch vorbereitet haben. Wir haben uns sehr bemüht, ihnen eine einheitliche Struktur zu geben, doch das ist uns nicht überall gelungen: Die Materialien wurden für sehr unterschiedliche Unterrichtseinheiten und von verschiedenen Expertinnen erstellt – daher waren wir uns einig, dass ein wenig Abweichung nicht schaden kann.

**Bitte beachten** Sie**!** Am Ende jedes Abschnitts finden Sie Links und QR-Codes zur Vollversion der Materialien (ja, Sie haben richtig verstanden – nicht der gesamte Inhalt hat in das gedruckte Buch gepasst) – daher finden Sie eine große Anzahl an Drehbüchern, Testfragen sowie Links zu empfohlenen Videos und Literatur in der Vollversion der Materialien in elektronischer Form. Wir haben in der elektronischen Version auch den ursprünglichen Stil der Darstellung, die Syntax und die Rechtschreibung beibehalten.

Wir hoffen, dass die unten aufgeführten Ideen und Methoden euch nützlich sein werden und euch inspirieren, dort, wo ihr seid, Veränderungen zu bewirken.

THEMA 1

# Der menschenzentrierte Ansatz

# THEMA 1

# MENSCHENZENTRIERTER ANSATZ

Ausgearbeitet von Julia Tycholaz und Elizaveta Shunko



**Julia Tykholaz,** Dozentin der Fachkommission für naturwissenschaftliche Disziplinen, Medizinisches Fachhochschule „Akademiker Danylo Zabolotny“ in Winniza



**Elizaveta Shunko,** Leiterin des Lehrstuhls für Neonatologie, Nationale Universität für Gesundheitswesen der Ukraine namens Platon Shupyk

# LERNZIELE

- die Grundlagen des patientenzentrierten Ansatzes und dessen Vorteile bei der Anwendung in der ärztlichen/pflegerischen Kommunikation kennen.

| Einstellung | Wissen | Fähigkeiten |
|---|---|---|
| Der patientenzentrierte Ansatz als Grundlage der Philosophie der Patientenbeziehung. | Grundlagen des patientenzentrierten Ansatzes,<br>Vorteile des patientenzentrierten Ansatzes,<br>Grundsätze der ärztlichen Kommunikation im patientenzentrierten Ansatz. | |

# СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Organisatorischer Teil, Einführung in das Fach – **15 Min.** Mini-Vorlesung (kurze

Erörterung des theoretischen Stoffes) – **20 Min.** Zwischeneinschätzungen der

Studierenden – **10 Min.**

Arbeit mit Fallbeispielen in Kleingruppen – **15 Min.**

Diskussion der Fallbeispiele (Debriefing) – **15 Min.**

Abschließende Reflexion. Abschließende Testkontrolle des theoretischen Wissensstands (elektronisch oder in Papierform) – **15 Min.**

**Insgesamt** – **90 Min.**

# TEIL 1. THEORETISCHE UND PRAKTISCHE MATERIALIEN

## Grundlagen des patientenzentrierten Ansatzes

Eines der wichtigsten Merkmale des Gesundheitswesens im 21. Jahrhundert ist der Wandel des Patienten von der Rolle eines „Opfers der Umstände“ hin zu einem aktiven Teilnehmer am Behandlungsprozess. Partnerschaftliche Beziehungen zur Bevölkerung sowie die besondere Bedeutung der Stärkung der Rechte und Möglichkeiten von Bürgern und Patienten werden als wichtigste strategische Aufgabe des europäischen Gesundheitssystems definiert. Dies erfordert eine Neuausrichtung des Gesundheitswesens auf eine patientenzentrierte Versorgung.

**Was ist ein patientenzentrierter Ansatz und woraus besteht er?** Ein patientenzentrierter Ansatz ist eine Art der medizinischen Versorgung, die den individuellen Bedürfnissen und Werten der Patienten entspricht und deren Wünsche und Präferenzen bei Entscheidungen über die eigene Gesundheit und Behandlung berücksichtigt.

**Worin besteht nun die Besonderheit des patientenzentrierten Ansatzes?**
Auf der Ebene der primären Gesundheitsversorgung besteht der wesentliche Unterschied zwischen einer patientenzentrierten Versorgungsstrategie und dem traditionellen Versorgungsmodell darin, dass der Schwerpunkt auf der Gesundheit des Menschen als Ganzes liegt. Der Patient wird nicht nur im Rahmen seiner konkreten Erkrankung betrachtet, wegen der er den Arzt aufgesucht hat, sondern auch im Kontext seines Alltagslebens, im Rahmen der Kommunikation mit Familie und Gesellschaft während seines gesamten Lebens. Die maximale Verbesserung der Lebensqualität ist ein wichtiges Ziel der Behandlung.

**Die Entwicklung des patientenzentrierten Ansatzes**
Der Begriff des „patientenorientierten“ Ansatzes (patient-centered) entstand vor einigen Jahrzehnten als Gegenpol zum „paternalistischen“ traditionellen Ansatz, der das Postulat „Der Arzt weiß es besser“ propagierte.

**Das biomedizinische Modell der Arzt-Patient-Beziehung** existierte viele Jahrhunderte lang und befasste sich vorwiegend mit den Symptomen der Erkrankung des Patienten. Ende der 1970er Jahre schlug George Engel, ein US-amerikanischer Therapeut und Psychiater, ein biopsychosoziales Modell vor, das sowohl die biologischen Aspekte der Krankheit als auch die psychologischen und sozialen Faktoren berücksichtigte, die den Krankheitsverlauf und die Genesung beeinflussen.

Das **biopsychosoziale Modell** basiert auf einem ganzheitlichen Ansatz (griech. holos – ganz), der „Ganzheitlichkeit“ bedeutet, während sich das biomedizinische Modell vorwiegend auf die Krankheit konzentrierte. Eine ganzheitliche Sichtweise auf die Gesundheit geht davon aus, dass es verschiedene Ursachen für das Entstehen einer Krankheit gibt. Daher ist es wichtig, die verschiedenen Faktoren und Umstände zu berücksichtigen, in denen sich der Mensch befindet, sowie die Art und Weise, wie diese seinen Zustand beeinflussen. Das biomedizinische Modell beschränkte die Erklärung von Krankheiten überwiegend auf biologische Faktoren.

Nach dem biopsychosozialen Modell hat das Verhalten des Menschen einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit, kann das Krankheitsrisiko erhöhen oder zur Genesung beitragen. Das paternalistische Modell hingegen ging davon aus, dass Menschen nicht für ihre Krankheiten verantwortlich sind. Die Abwesenheit von Krankheit galt als Zeichen körperlichen Wohlbefindens.

| Das biomedizinische Modell | Biopsychosoziales Modell |
|---|---|
| Fokus auf die Krankheit; | ein ganzheitlicher Ansatz; |
| die Ursache der Krankheit wird vorrangig vor anderen Faktoren betrachtet, die die Gesundheit des Patienten beeinflussen; | Es wird angenommen, dass Gesundheit und Krankheit mit vielen Ursachen zusammenhängen, die unterschiedliche Auswirkungen haben; |
| „einfache“ biologische Erklärung der Krankheit; | die integrative Medizin berücksichtigt verschiedene Faktoren, die die Krankheit verursacht haben könnten; |
| Menschen sind nicht für Krankheiten verantwortlich; | Das Verhalten eines Menschen wirkt sich auf ihre Gesundheit aus; Menschen können ihr Verhalten ändern. |
| Abwesenheit von Krankheit als Zeichen körperlichen Wohlbefindens. | |

Der patientenzentrierte Ansatz hat sich parallel zum biopsychosozialen Modell entwickelt und entwickelt sich weiterhin ständig weiter. Die Einführung des biopsychosozialen Modells erforderte eine Änderung der Denkweise der Ärzte, insbesondere das Verständnis, dass der Patient eine Persönlichkeit ist und das Recht hat, an allen Prozessen teilzunehmen, die mit seiner Gesundheit zusammenhängen. Ende der 1970er Jahre verkündete die WHO die Notwendigkeit einer aktiven Rolle und Einbeziehung der Patienten zur Verbesserung sowohl der Qualität als auch der Effizienz der medizinischen Versorgung, sodass der patientenzentrierte Ansatz zu einem Merkmal der „angemessenen Medizin“ wurde.

## Bestandteile des patientenzentrierten Ansatzes

Wissenschaftler definieren derzeit folgende Komponenten eines patientenzentrierten Ansatzes:

**Empathie** – das ist die Fähigkeit, zuzuhören und zu verstehen, Mitgefühl zu zeigen und den Menschen, der medizinische Hilfe erhält, emotional zu unterstützen. Empathie bedeutet, im Kontakt mit dem Patienten präsent zu sein und seine Situation zu verstehen.

**Respekt** – ist eine Haltung der Achtung vor der bewussten Entscheidung des Patienten, seinen Bedürfnissen, Überzeugungen und Werten, die Unterstützung der Menschenwürde und die Anerkennung seiner Ganzheitlichkeit sowie seiner Verantwortung bei gleichzeitiger Berücksichtigung seines emotionalen Zustands.

**Einbeziehung** – bedeutet nicht nur, sich Zeit für die Interaktion mit dem Patienten zu nehmen. Es geht um den Wunsch, den Patienten zu verstehen und sich seiner Sichtweise auf seine Situation oder Krankheit (seine Ängste, Gefühle, Erwartungen…) anzunähern. Das medizinische Personal muss aufmerksam und engagiert sein.

**Beziehung, Interaktion** – bedeutet gegenseitiges Vertrauen zwischen Arzt und Patient, eine Partnerschaft, die gegenseitige Verantwortung voraussetzt.

**Kommunikation** ist eine wechselseitige Interaktion zwischen dem medizinischen Fachpersonal und dem Menschen, ein Austausch von Informationen. Dank der Kommunikation werden die Werte und die Position des Patienten gehört und im Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung bezüglich seiner Gesundheit berücksichtigt.

**Gemeinsame Entscheidungsfindung** bedeutet, dass der Mensch aktiv in den Prozess der medizinischen Versorgung einbezogen wird, was Empowerment, Selbstbestimmung und Mitwirkung an der Behandlung umfasst.

**Der ganzheitliche Ansatz** geht davon aus, dass alle Aspekte des Lebens eines Patienten Einfluss auf seine Gesundheit haben. Nichtmedizinische Faktoren können die Erkrankung oder Genesung beeinflussen und müssen daher bei der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden. Der ganzheitliche Ansatz bildet die Grundlage des biopsychosozialen Modells.

**Der individuelle Ansatz** – der mit dem ganzheitlichen Ansatz verbunden ist – sieht die Untersuchung individueller Aspekte des Lebens des Patienten vor, die den Prozess der medizinischen Versorgung beeinflussen können.

**Die Koordinierung der Versorgung** – umfasst die Zusammenarbeit und das Zusammenspiel sowohl zwischen verschiedenen Arten und Ebenen der medizinischen Versorgung als auch mit anderen Dienstleistungen (sozialen, psychologischen, alltäglichen).

## Was kann ein patientenzentrierter Ansatz bewirken?

1. Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Arzt, die Fähigkeit, Informationen zu vermitteln und Mitgefühl zu zeigen – dies ist der stärkste Motivationsfaktor für die Bindung des Patienten an den Behandlungsprozess und seine bewusste Teilnahme daran.

2. Wenn der Kliniker Verständnis für die Bedürfnisse des Patienten zeigt, sinkt das Angstniveau des Patienten deutlich.

3. Patienten, die mit der Haltung des Arztes zufrieden sind, zeigen ein höheres Maß an psychischem Wohlbefinden, äußern weniger Beschwerden, verstehen ihre Erkrankung besser und sind bestrebt, ihre Gesundheit selbstständig zu überwachen.

**Grundlage des patientenzentrierten Ansatzes ist eine effektive Kommunikation zwischen Arzt und Patient**, die die Patientenzufriedenheit erhöht. Andererseits sind Respekt gegenüber dem Patienten, das Verständnis für seinen Kontext und die Anerkennung seiner Verantwortung ein wichtiges Element bei der Prävention von emotionaler Erschöpfung des Arztes.

Das Konzept einer partnerschaftlichen Beziehung auf der Grundlage von Zusammenarbeit bedeutet eine Verlagerung vom ärztlichen Paternalismus hin zu einer interaktiven Beziehung zwischen Patient und Arzt. Der Arzt übernimmt in dieser Interaktion eine führende Rolle. Daher wird Kommunikationskompetenz zum wichtigsten Element der ärztlichen Professionalität. Und diesbezüglich kann und muss man während des gesamten Berufslebens lernen.

> *Wenn ein Arzt Verständnis für die Bedürfnisse des Patienten zeigt, sinkt dessen Angstniveau deutlich. In einer Studie zur Wirksamkeit der kommunikativen Kompetenz von Ärzten wurde gezeigt, dass die Verringerung des emotionalen Stresses beim Patienten mit den einfühlsamen Reaktionen des Arztes auf die emotionalen Reaktionen des Patienten sowie mit der Verständlichkeit und Klarheit der vom Arzt bereitgestellten Informationen zusammenhängt. Die Patienten, die mit der Haltung des Arztes zufrieden waren, zeigten ein höheres Maß an psychischem Wohlbefinden, äußerten weniger Beschwerden, verstanden ihre Erkrankung besser und waren bestrebt, ihre Gesundheit selbstständig zu überwachen.*
>
> *Stewart und Mitautoren (2000) zeigten, dass eine personalisierte Ansprache des Arztes gegenüber dem Patienten, Augenkontakt und ausführliche Erklärungen zur Erkrankung mit weniger Unbehagen, weniger Angst und einer besseren psychischen Gesundheit bei Patienten mit chronischen Erkrankungen verbunden sind... Studien haben den Einfluss psychosozialer*

*Faktoren auf das Erreichen einer Remission bei onkologischen Erkrankungen, die darin besteht, dass der Patient besser mit dem durch die Krankheit verursachten Stress umgeht, dem Arzt mehr vertraut und somit eine hohe Therapietreue zeigt. Die Zufriedenheit der Patienten mit der Kommunikation mit den Ärzten korreliert stark mit der Zufriedenheit der Patienten mit der medizinischen Versorgung im Allgemeinen.*

## Grundsätze der ärztlichen Kommunikation im patientenzentrierten Ansatz

Zu den Grundprinzipien der ärztlichen Kommunikation zählen:

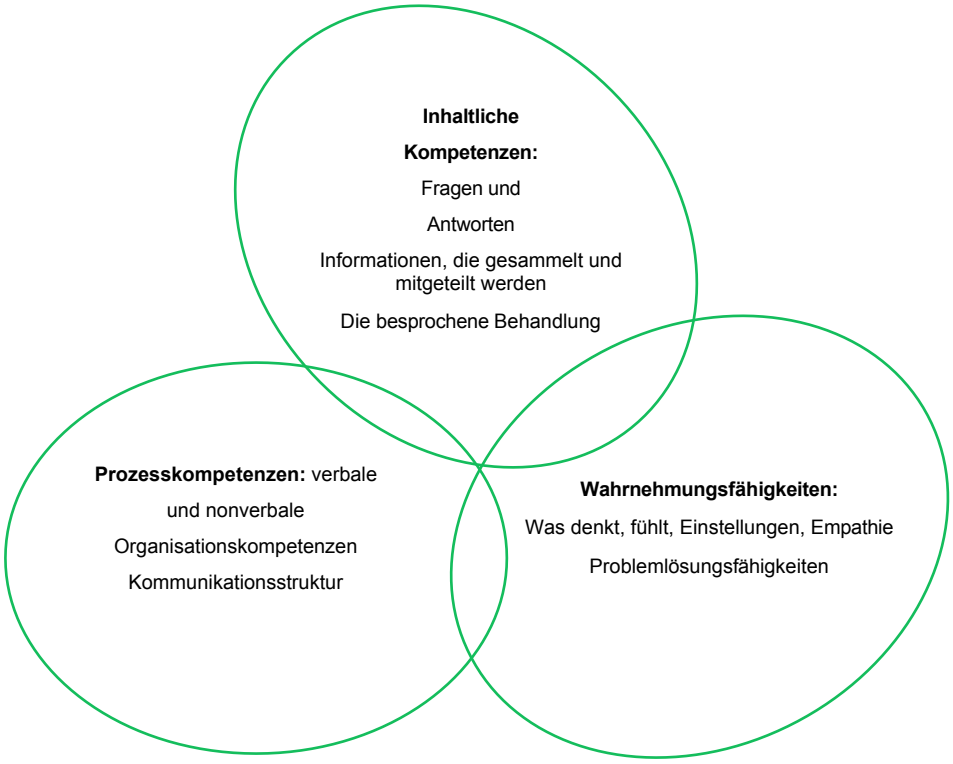
- empathisches Zuhören – das bewusste Nachempfinden des aktuellen emotionalen Zustands einer anderen Person, ohne dabei das Bewusstsein für den äußeren Ursprung dieses Erlebnisses zu verlieren;
- aktives Zuhören – das Spiegeln von Gefühlen, offene Fragen;
- die Aufklärung des Patienten;
- Förderung der Eigenaktivität des Patienten;
- Anerkennung des Wertes der Patientenerfahrung.

Als Leitfaden zur Umsetzung der Prinzipien effektiver Kommunikation schlagen wir vor, das von Silverman et al. (Abb. 1.1) entwickelte Modell der Kommunikationsfähigkeiten zu verwenden, das die Verbesserung von drei untrennbar miteinander verbundenen Grundfähigkeiten vorsieht:

- Inhaltskompetenzen – worüber der Arzt spricht;
- Prozesskompetenzen – wie der Arzt kommuniziert;
- Wahrnehmungsfähigkeiten – was der Arzt denkt und fühlt.

Ein patientenorientierter Ansatz muss auf verschiedenen Ebenen umgesetzt werden. Alles beginnt mit einer Veränderung der engstirnigen Sichtweise des medizinischen Personals und dessen Einstellung gegenüber dem Patienten. Der nächste Schritt ist die Neugestaltung der Beziehung zwischen Arzt und Patient, also zwischen dem Erbringer und dem Empfänger medizinischer Versorgung.

Abb. 4. Arten von Kommunikationskompetenzen und ihre Wechselbeziehungen (nach Silverman).




Patient, Gesundheitsdienstleister und Staat müssen ein gemeinsames System der effektiven Interaktion schaffen, das langfristig zur Entwicklung einer patientenorientierten Medizin beiträgt.

**Warum muss das moderne Gesundheitssystem patientenorientiert sein?**

Die Einführung eines patientenzentrierten Ansatzes ist ein wichtiger Grundpfeiler für die Entwicklung eines menschenorientierten Gesundheitssystems. Die medizinische Versorgung auf der Grundlage eines patientenzentrierten Ansatzes trägt zur Erreichung des Ziels für nachhaltige Entwicklung Nr. 3 aus dem Dokument der Vereinten Nationen über Gesundheit und Wohlergehen bei.

**Das Ziel für nachhaltige Entwicklung Nr. 3** besteht darin, eine gesunde Lebensweise und das Wohlergehen von Menschen jeden Alters zu gewährleisten. Zur Umsetzung dieses Ziels wurde eine Reihe von Aufgaben festgelegt, insbesondere die Einführung einer allgemeinen universellen Gesundheitsversorgung (engl. – universal health coverage). Die universelle Gesundheitsversorgung sieht den Schutz vor finanziellen Risiken, den Zugang zu hochwertigen medizinischen und gesundheitlichen Dienstleistungen sowie zu sicheren, wirksamen grundlegenden Arzneimitteln und Impfstoffen vor.

**Wie trägt ein patientenzentrierter Ansatz zur universellen Gesundheitsversorgung bei?**

Alle Menschen haben gleichen Zugang zu hochwertigen medizinischen Leistungen, was Folgendes beinhaltet:

- **gemeinsam erarbeitete** Gesundheitsdienstleistungen (engl. „co-produced health care services“), um den Bedürfnissen der Menschen gerecht zu werden;
- Dienstleistungen, die koordiniert werden, um **eine nahtlose Versorgung** zu gewährleisten;
- Dienstleistungen**,** die **umfassend,** sicher, wirksam, zeitnah und zugänglich sind;
- alle **Leistungserbringer** motiviert sind, über entsprechende Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen und in einem unterstützenden Umfeld arbeiten.

**Die wichtigsten Strategien der WHO zur Entwicklung des Gesundheitssystems für die Einführung eines patientenorientierten Ansatzes:**

1. Befähigung und Einbindung von Patienten, Menschen, die medizinische Versorgung erhalten, sowie lokalen Gemeinschaften in das Gesundheitssystem. Gemeinsam erarbeitete medizinische Dienstleistungen sind eine Möglichkeit, diese Strategie umzusetzen.

2. Stärkung der Steuerung und Rechenschaftspflicht des Gesundheitssystems sowohl gegenüber Behörden und Auftraggebern als auch gegenüber der Gemeinschaft.

3. Neuausrichtung des Versorgungsmodells durch die Einführung moderner und innovativer Managementansätze bei der Erbringung medizinischer Leistungen; mit anderen Worten: ein neues Modell der medizinischen Versorgung.

4. Koordinierung und Stärkung der Verbindungen des Gesundheitssystems mit Anbietern anderer Dienstleistungen, vor allem sozialer, psychologischer, rehabilitativer und ähnlicher Dienstleistungen.

5. Schaffung eines förderlichen Umfelds durch die Verbesserung der Gesetzgebung, die Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitspolitik, Monitoring und Evaluierung usw.

## Zusammenfassung des theoretischen Teils

Der patientenzentrierte Ansatz ist eine Art der medizinischen Versorgung, die die Werte, Wünsche und Präferenzen des Patienten berücksichtigt und ihn in den Behandlungsprozess einbezieht.

Der patientenzentrierte Ansatz wurde im vergangenen Jahrhundert als Gegenpol zum Paternalismus in der Medizin und zur Entwicklung des biopsychosozialen Modells eingeführt.

Der patientenzentrierte Ansatz ist eine neue Philosophie und Denkweise, die auf Respekt und Empathie gegenüber den Menschen, die medizinische Versorgung erhalten, setzt und soziale Faktoren berücksichtigt, die sich auf ihren Gesundheitszustand auswirken.

Der patientenzentrierte Ansatz betrachtet Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern als ein erfülltes Leben des Menschen, als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens.

Der patientenzentrierte Ansatz ist eine wichtige Voraussetzung für die Gewährleistung einer universellen Versorgung mit qualitativ hochwertigen und effektiven Gesundheitsdienstleistungen.

Die Schaffung menschenorientierter Gesundheitssysteme ist entscheidend für die Erreichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung, insbesondere Ziel Nr. 3 zur universellen Gesundheitsversorgung.

**Der patientenzentrierte Ansatz:**

- basiert auf modernen Managementansätzen zur Erbringung medizinischer Versorgung;
- sieht die Koordination, Interaktion und Integration verschiedener Arten und Ebenen der medizinischen Versorgung sowie mit anderen sozialen Dienstleistungen vor;
- basiert auf den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit;
- nutzt innovative Informations- und Kommunikationstechnologien.

# TEIL 2. PRAKTISCHE AUFGABEN. DISKUSSIONSFALL

**Einführung in den Fall**

Dieser Fall kann entweder als Rollenspiel durchgespielt oder als „Gedankenexperiment“ durchgespielt werden.

Vergleichen Sie das traditionelle Szenario mit einem patientenorientierten Szenario und formulieren Sie Antworten auf folgende Fragen:

- Kann ein Arzt angemessene Hilfe leisten, wenn ihm der Kontext und das Verständnis für das Verhalten oder die Entscheidungen des Patienten fehlen?
- Was fördert oder hemmt die Bereitschaft des Patienten, Details und Umstände mitzuteilen?
- Inwiefern kann die Kommunikation mit dem Arzt vom Patienten unterschiedlich wahrgenommen werden, je nachdem, ob er Empathie zeigt oder nicht?
- Hat das Zeigen von Empathie tatsächlich Einfluss auf die klinischen Ergebnisse?

Zunächst betrachten wir die Sichtweise der Patientin mit einer Beschreibung ihres Gesundheitszustands sowie einiger ihrer Überzeugungen und Situationen. Anschließend stellen wir Ihnen die Sichtweise der Ärztin vor, um Ihnen zu verdeutlichen, was genau ihre Entscheidungen und ihre Vorgehensweise im Umgang mit der Patientin beeinflusst.

Wir stellen Ihnen zwei hypothetische Gespräche vor. Im ersten wendet die Ärztin einen paternalistischen, direktiven Ansatz an. Im zweiten wird ein patientenorientierter Ansatz verwendet.

(Anmerkung: Der Dialog basiert auf langjähriger Erfahrung mit der Beobachtung realer Arzt-Patienten-Interaktionen, es handelt sich jedoch um ein fiktives Szenario.)

## Aus der Perspektive der Patientin

**Maria ist eine 66-jährige Frau, die seit 6 Monaten auf Dialyse ist.**

Endlich hat sie sich an den straffen Zeitplan gewöhnt, bei dem drei Tage pro Woche der Vorbereitung auf die Behandlung und den Fahrten zum und vom Dialysezentrum gewidmet sind. Maria erlebt viele negative Emotionen und Unbehagen durch die Behandlung selbst, die stundenlang dauert. Es gefällt ihr nicht, dass dies so viel Zeit in Anspruch nimmt. Diese Zeit könnte sie ihren Enkelkindern widmen oder die Gemütlichkeit und den Komfort ihres eigenen Zuhauses genießen, aber das ist ein Opfer, das sie bewusst auf sich nimmt.

Maria kämpft schon seit langem mit ihrem Übergewicht und Diabetes. Sie versucht, alle neuen Regeln und Anweisungen der Ärztin bezüglich der Ernährung einzuhalten, aber das ist schwierig, und ihr Gedächtnis ist nicht mehr so gut wie früher. Sie fühlte sich völlig verwirrt, als die Ärztin sie mit Informationen über Eiweiß, Phosphor und Kalium „überhäufte“. Muss sie adstringierende Medikamente einnehmen, wenn sie Lebensmittel mit hohem Kalium- oder Phosphorgehalt zu sich nimmt? (Und übrigens soll sie mehr Eiweiß essen, aber Quark enthält kein Eiweiß, also scheint das für sie in Ordnung zu sein. Das ist so verwirrend!) Außerdem hasst sie den Geschmack ihrer Bindemittel – sie verursachen bei ihr Verstopfung –, also vermeidet sie sie ziemlich oft.

Abgesehen von dem neuen Behandlungsplan fällt es Maria schwer, ihr Lebensmittelbudget zu kalkulieren und einzuhalten. Mit diesen neuen Einschränkungen kommt es ihr so vor, als seien alle Lebensmittel deutlich teurer geworden. Keine Obst- und Gemüsekonserven mehr, keine Kartoffeln, kein Reis-Pilaw – Lebensmittel und Gerichte, die billig und einfach schienen, aber man hat ihr gesagt, dass ihr Zustand es nicht mehr zulässt, sie zu essen. Kürzlich hat die Ärztin im Gespräch herausgefunden, dass Maria ziemlich oft Makkaroni mit Käse gegessen hat.

Manchmal verhalten sich die Mitarbeiter der Hämodialyseabteilung Maria gegenüber so, als würde sie sich nicht um ihre Gesundheit kümmern oder den Behandlungsplan nicht einhalten.

Aber in Wirklichkeit ist es ihr doch nicht egal! Sie achtet wirklich so gut es geht auf sich; sie möchte ihre Enkelkinder aufwachsen sehen, sie möchte nicht, dass sich ihr Gesundheitszustand weiter verschlechtert, und sie hofft, endlich an der Reihe zu sein, eine Nierentransplantation zu erhalten. Sie weiß, dass sie, um all diese Ziele zu erreichen, gesund bleiben muss, und sie spürt, dass sie mit aller Kraft versucht, diese strengen Ernährungsregeln einzuhalten.

## Aus der Sicht der Ärztin

**Iryna, Ernährungsmedizinerin, 20 Jahre Berufserfahrung.**

Irina hat es mit den unterschiedlichsten Patienten zu tun. Von Patienten, die sie offen herausfordern, indem sie genau das konsumieren, was sie ihnen verbietet, bis hin zu Patienten, die während der Hämodialyse einen Herzinfarkt erlitten haben, sowie einigen Patienten, die sich an ihre Ratschläge halten und deutlich länger auf der Dialyse leben. Ihrer Meinung nach versteht sie sich mit den meisten von ihnen gut, obwohl sie manchmal bemerkt, dass einige so tun, als würden sie schlafen, wenn sie sich nähert. Sie freuen sich, wenn sie „Dialyse-Leckereien“ mitbringt, um gute Laborwerte zu erzielen.

Iryna wurde durch die Geschichte ihrer Mutter dazu inspiriert, Ernährungsberaterin in der Hämodialyseabteilung zu werden. Ihre Mutter war lange Zeit auf Dialyse angewiesen, hielt sich scheinbar nie an die Diät und den Behandlungsplan und starb viel zu jung. Irina möchte anderen Menschen helfen, diese Falle zu vermeiden. Dank ihrer langjährigen Erfahrung bietet sie viele gute Handreichungen, Ressourcen und Ratschläge an. Früher glaubte sie, dass Patienten bewusste Entscheidungen treffen würden, wenn man ihnen all diese Informationen und Ratschläge gäbe, doch in letzter Zeit fragt sie sich immer öfter, was mit der Motivation ihrer Patienten nicht stimmt.

Selbst wenn Irina ihnen Fotos zeigt, was mit ihrer Haut passiert, wenn der Phosphatspiegel zu hoch ist, ändern sie ihre Ernährung nicht und nehmen keine adstringierenden Medikamente regelmäßig ein. Selbst wenn sie ihnen sagt, was genau sie tun müssen, um auf die Warteliste für eine Transplantation zu kommen, ändern viele Patienten ihr Verhalten nicht.

Maria erscheint ihr als sympathische Frau, aber offenbar als eine, die nicht darauf achtet, was man ihr über die Wichtigkeit der Einhaltung einer Nierendiät sagt. Irina hat Maria wiederholt über die diätetischen Einschränkungen aufgeklärt, doch ihr Phosphatspiegel bleibt weiterhin hoch. Mehrmals hat Irina Maria mit Resten von Nudeln und Käse erwischt. Irina ist traurig darüber, dass ihre Patientin die für ihre Gesundheit so wichtige Diät nicht einhält.



**Traditioneller Ansatz**

Montag. Bevor Irina während der Dialyse Marias Zimmer betritt, sieht sie sich die Ergebnisse der am Vortag durchgeführten Laboruntersuchungen an. Die Werte haben sich etwas verbessert, aber der Phosphatspiegel ist immer noch zu hoch! Sie schnappt sich die Informationsbroschüren mit der Liste der phosphatreichen Lebensmittel und begibt sich in das Zimmer.

Im folgenden Dialog enthalten die Angaben in eckigen Klammern Beispiele dafür, was man aus Irinas Äußerungen in jedem Gespräch „herauslesen" kann.

L (Ärztin): „Guten Tag, Frau Maria! Wie war Ihr Wochenende?" *[Ansprache]*

P (Patientin): „Guten Tag, Frau Irina! Danke, wunderbar. Wir haben den Geburtstag meines Enkels gefeiert, er ist sechs geworden, und er hat darum gebeten, seine Lieblingsnudeln mit Käsesoße zu kochen. Das Gericht ist gut gelungen – es war ein echter Hit!"

L.: „Ja, ich sehe, Sie haben die Reste mitgenommen, um etwas zu essen. Erinnern Sie sich, was wir letzte Woche über Käse gesprochen haben?" *[Verurteilung]*

P: „Keine Sorge, Frau Irina, heute Morgen habe ich weder Eier noch Quark gegessen, da ich auf meine Werte geachtet habe. Alles in Maßen, oder?"

L: „Nun ja … ich habe mir gerade Ihre Laborergebnisse angesehen, und Ihr Phosphatspiegel ist immer noch zu hoch. Vielleicht sollten wir uns diese Handreichung zum Thema Phosphor noch einmal ansehen, Frau Maria? Sie sehen, dass Quark auf der Liste der phosphorreichen Lebensmittel steht, und meiner Meinung nach essen Sie zu viel davon." (Die Ärztin nimmt sich etwa 10 Minuten Zeit, um die Handreichung erneut zu zeigen und zu kommentieren.)
*[Bereitstellung von Informationen/Ratschlägen, ohne um Erlaubnis zu fragen.]*

P: „Ich weiß, ich weiß. Aber ich versuche, den Anteil davon in meiner Ernährung zu reduzieren. Wie ich schon sagte, habe ich heute Morgen keinen Käse gegessen. Und ich esse nicht einmal mehr die Tomaten, die ich selbst anbaue und so sehr liebe. Die gebe ich meinen Kindern und Freunden! Ehrlich gesagt vermisse ich die Zeit vor der Dialyse sehr, als ich mir nicht um jede Kleinigkeit, die ich zu mir nehme, solche Sorgen machen musste."

L: „Ich verstehe, dass es schwer ist, aber Sie wissen ja, was passiert, wenn Sie sich nicht an die Diät halten. Sie waren vor einigen Monaten wegen einer Infektion im Krankenhaus. Aber Sie wollen doch auf die Empfängerliste für eine Transplantation kommen. Vielleicht können Sie dieses Informationsblatt als Erinnerung an Ihren Kühlschrank heften? Oder wenn Sie möchten, könnte ich mit Ihrer Tochter sprechen und sie bitten, Sie daran zu erinnern?“

*[Versuch, Mitgefühl zu zeigen, aber wirkungslos; Ignorieren des Gesprächs über Veränderungen; Anwendung von Einschüchterungstaktiken; Beschimpfungen; Bereitstellung von Informationen/Ratschlägen ohne Erlaubnis]*

F: „Ja, ich habe die Broschüren letzte Woche schon an meinen Kühlschrank gehängt. Ich möchte meine Tochter damit jetzt nicht belasten, ihre kleine Tochter ist gerade krank und sie braucht meine Hilfe.“

L: „Nun, was ist mit einem Ernährungstagebuch, Frau Maria? Sie könnten ein Tagebuch führen, in dem Sie die Lebensmittel und Gerichte notieren, die Sie zu sich nehmen, und dann könnten wir es gemeinsam durchgehen, um herauszufinden, wo Sie Fehler machen. Vielleicht verbessern sich Ihre Werte, wenn wir das genau feststellen können. Sie wissen doch, dass ich mich als Ihre Ärztin freuen würde, wenn Ihre Werte niedriger wären!“ *[Echte Hilfsbereitschaft; Bereitstellung von Informationen/Ratschlägen ohne Erlaubnis]*

P: „Klar, gut, wir könnten es versuchen... es schadet nicht, es zu versuchen.“

L: „Gut, sehr gut, dann planen Sie doch für diese Woche das Führen eines Ernährungstagebuchs ein. Und was ist mit den adstringierenden Mitteln – haben Sie diese eingenommen, nehmen Sie sie so ein, wie wir es vereinbart haben?“ *[Das Diktieren von Gesundheitszielen, anstatt die Patientin dazu anzuregen, diese selbst zu formulieren; eine geschlossene Frage wird kaum eine ehrliche Antwort hervorrufen]*

P: „Ja, ja. Ich weiß, dass ich sie zu den Hauptmahlzeiten und zu den Zwischenmahlzeiten einnehmen soll.“

L.: „Okay, okay! Ich melde mich nächste Woche bei Ihnen, um Ihr Ernährungstagebuch durchzugehen.“ *[Verlagerung vom Thema Gesundheit hin zur Kontrolle der schriftlichen Aufgaben].*

**Patientenorientierter Ansatz**

Hier ist eine Wiederholung desselben Szenarios, jedoch unter der Annahme, dass Irina einen Kommunikationskurs absolviert hat. Die Einführungsvorlesung hat sie beeindruckt! Anschließend übte sie fleißig, besuchte alle Kurse zur Entwicklung kommunikativer Fähigkeiten und begann tatsächlich, den Unterschied zwischen dem traditionellen Ansatz und dem patientenorientierten Ansatz zu erkennen. Sie hat wieder Freude an ihrer Arbeit und hat das Gefühl, das Leben vieler ihrer Patienten zu verändern.

L: „Guten Tag, Frau Maria! Wie war Ihr Wochenende?“ *[Kontaktaufnahme]*

P: „Guten Tag, Frau Irina! Danke, wunderbar. Wir haben den Geburtstag meines Enkels gefeiert, er ist sechs geworden, und er hat sich seine Lieblingsnudeln mit Käsesoße gewünscht. Das Gericht ist gut gelungen – es war ein echter Hit!“

L: „Sie haben also eine schöne Zeit mit der Familie verbracht! Ihre berühmten Nudeln mit Käsesoße sind eine echte Versuchung! Ich weiß, dass Sie hart daran arbeiten, den Käseanteil in Ihrer Ernährung zu reduzieren, um den Phosphatspiegel im Auge zu behalten.“ *[Komplexe Reflexion, Einbeziehung, Unterstützung]*

P: „Oh ja, du weißt ja, wie sehr ich Käse liebe! Aber heute Morgen habe ich die Menge an Käse und Eiern deutlich reduziert, eine kleine Menge kann doch nicht schaden, oder?“

L: „Es ist toll, dass Sie Anpassungen vornehmen! Sie haben Recht, dass ein flexibler Ansatz entscheidend ist, und was Sie kürzen, liegt ganz bei Ihnen.“ *[Zustimmung, Unterstützung der Eigenverantwortung des Patienten]*

P: „Ich glaube, ich reduziere nicht genug. Ich sehe, Sie haben dort meine Laborwerte. Ich weiß, dass mein Phosphatwert immer noch hoch ist.“

L: „Ja, das stimmt, aber alle anderen Werte liegen im Normbereich. Und der Phosphatspiegel ist viel niedriger als beim letzten Mal. Was Sie also tun, macht also Sinn.“ *[Zustimmung, Bezugnahme auf persönliches Engagement und Selbstwirksamkeit]*

P: „Nun, wie ich schon sagte, versuche ich, die Menge davon in meiner Ernährung zu reduzieren. Ich habe heute Morgen keinen Käse gegessen. Und ich esse nicht einmal Tomaten,

die ich selbst anbaue und sehr gerne mag. Ich gebe sie meinen Kindern und Freunden! Ehrlich gesagt vermisse ich die Zeit vor der Dialyse sehr, als ich mir nicht um jede Kleinigkeit, die ich zu mir nehme, solche Sorgen machen musste."

L: „Sie machen große, wichtige Fortschritte! Das ist wirklich eine sehr anspruchsvolle Diät. Und Sie haben Großartiges geleistet, indem Sie all das gemeistert haben. Normalerweise braucht es Zeit, um all das zu verstehen. Ich weiß, dass Sie sich sehr viel Mühe geben und sich bewusst sind, wie wichtig das für Ihre Gesundheit ist." *[Bestätigung, Anerkennung mit komplexer Reflexion, Nachdenken über die Anstrengungen, die auf Veränderungen abzielen]*

P: „Ja, ich weiß, wie wichtig das ist, und ich gebe mir Mühe, auch wenn es manchmal verwirrend ist."

L: „Was motiviert Sie?" *[Anregung zu einem Gespräch über Veränderungen]*

P: „Meine Enkelkinder. Sie wissen ja, was sie mir bedeuten. Sie sind mein Ein und Alles! Ich möchte so gesund wie möglich bleiben, um meiner Tochter weiterhin bei der Betreuung zu helfen. Außerdem möchte ich unbedingt auf die Transplantationsliste kommen."

L: „Gesund bleiben, auf die Empfängerliste kommen und zusehen, wie die beiden kleinen Energiebündel wachsen, die Ihre größten Motivatoren sind. Wäre es vielleicht hilfreich, nur ein oder zwei Punkte festzulegen, die dir diese Woche helfen können, auf dem richtigen Weg zu bleiben?" *[Komplexe Überlegungen, Bitte um Erlaubnis, Suche nach Lösungen].*

F: „Mit Phosphor? (Iryna nickt.) Nun, diese Handouts sind nützlich, aber sie legen den Fokus auf Produkte, die man nicht essen sollte. Haben Sie welche, die mir einen Überblick über die erlaubten Lebensmittel geben, die ich im Supermarkt kaufen kann? Es wäre sehr wünschenswert, wenn sie nicht teuer wären!"

L: „Natürlich! Ich habe hier einen Prospekt mit Lebensmitteln, die für Sie interessant sein könnten, und wir können gemeinsam schauen, welche davon günstiger sind. Wie kann ich Ihnen sonst noch helfen?" *[Vorschlag zur gemeinsamen Entscheidungsfindung]*

P: „Ich muss Ihnen gestehen, dass ich meine adstringierenden Medikamente nicht in der von Ihnen verschriebenen Menge einnehme. Ich hasse einfach ihren Geschmack – sie verursachen bei mir manchmal Verstopfung."

L: „Gut, dass Sie das angesprochen haben. Es ist völlig verständlich, dass Sie keine Lust haben, diese einzunehmen. Wissen Sie, wir könnten versuchen, ein anderes Medikament zu finden. Was halten Sie davon?" *[Überprüfung, Vorschlag, Möglichkeit zur eigenständigen Entscheidung]*

P: „Oh! Es wäre gut, ein anderes auszuprobieren.“

L: „Ich werde die Krankenschwester bitten, Ihnen ein paar Proben mit nach Hause zu geben, damit Sie es ausprobieren können. Ich sehe, dass Ihre Dialysebehandlung sich dem Ende zuneigt. Haben Sie noch Fragen an mich? Ich bin gleich mit Informationsmaterial für Sie zurück. Wie sehen Ihre nächsten Schritte aus?“

*[Erinnerung an die nächsten Schritte, die zur Einhaltung des Behandlungsplans beitragen]*

P.: „Nach der Dialyse hole ich mir die Medikamente bei der Krankenschwester und werde versuchen, sie einzunehmen. Mir ist klar geworden, dass ich mir die Broschüren, die Sie mir geben, öfter durchlesen muss. Ich werde die neue Broschüre mit den für mich sicheren und gesunden Lebensmitteln auf jeden Fall beachten. Außerdem werde ich versuchen, den Verzehr von Käse und Eiern noch weiter zu reduzieren. In nächster Zeit stehen keine Geburtstage mehr an, das wird mir helfen, die Diät einzuhalten!“

L: „Ein toller Plan. Ich bin mir sicher, dass es sich positiv auf Ihre Gesundheit auswirken wird, wenn Sie sich an diesen Plan halten. Sie werden sich nach und nach daran gewöhnen und es wird Ihnen leichter fallen, die Diät einzuhalten – das verspreche ich Ihnen!“ *[Zustimmung und Appell an die persönliche Willenskraft und Selbstwirksamkeit]*

Besprechen Sie beide Szenarien. Denken Sie über den Ansatz und die Strategie nach, die Irina in jedem der beiden Fälle verwendet hat. Wie hat Maria reagiert? Was war wirksam und warum? Bestimmen Sie schließlich, wie ein patientenzentrierter Ansatz die Interaktion zwischen Arzt und Patient verbessern kann.

Die Testfragen zur Wissensüberprüfung finden Sie in der vollständigen Originalversion der Unterrichtseinheit.

**Fragen für das Reflexions-Tagebuch:**

Kann ich meine Einstellung zu Patienten angesichts meiner bisherigen Erfahrungen als menschenzentriert bezeichnen?

Präsentation zum Thema unter folgendem Link:

bit.ly/3rAOXSs

Vollständige Version der Unterrichtseinheit unter dem Link:

bit.ly/3okw303

THEMA 2

# Empathie

# THEMA 2
# EMPATHIE

Erstellt von Julia Tycholaz, Tetiana Sendetska und Anastasia Leukhina




**Julia Tykholaz,** Dozentin der Fachkommission für naturwissenschaftliche Fächer, Medizinisches Fachkolleg „Akademiker Danil Zabolotny“ in Winnyzja



**Tetiana Sendetska,** Psychologin, Gründerin der Sendecka Training Agency



**Anastasia Leukhina,** Vorsitzende der gemeinnützigen Organisation „Horizontali“, Autorin „Ein überhaupt nicht beängstigendes Buch über das Leben, den Tod und alles, was dazwischen liegt“, Beraterin des ukrainisch-schweizerischen Projekts „Entwicklung der medizinischen Ausbildung“

## LERNZIELE:

- die Bedeutung einer empathischen Haltung in der Arbeit von medizinischem Personal zu verstehen;
- die Kommunikationsstrategien kennen, um im Umgang mit Patienten und deren Angehörigen ein einfühlsames Verhalten zu zeigen.

| Einstellung | Wissen | Fähigkeiten |
|---|---|---|
| Der menschenzentrierte Ansatz als Grundlage der Philosophie der Patientenbeziehung. | Begriffe: Empathie, Mitgefühl, Anteilnahme. | Bewusstsein für die eigenen Erfahrungen und Gefühle;<br>Entwicklung der psychologischen Beobachtungsgabe;<br>Entwicklung von Fähigkeiten nonverbale Signale zu „lesen“;<br>Entwicklung der Fähigkeit, sich empathisch auszudrücken;<br>Entwicklung der Fähigkeit zur Empathie. |

## СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Organisatorischer Teil – **5 Min.**
Einleitende Diskussion – **10 Min.**
Kurzvortrag (kurze Erläuterung des theoretischen Stoffes) – **15 Min**. Bearbeitung von Fallbeispielen in Kleingruppen – **10 Min.**
Besprechung der Fallbeispiele (Debriefing) – **15 Min.**
Interaktive Diskussionen, Situations- und Rollenspiel – **50 Min.**
Abschließende Reflexion. Abschließende Überprüfung des theoretischen Wissens (elektronisch oder in Papierform) – **10 Min**.
Zusammenfassung, Bekanntgabe der Noten – **5 Min. Insgesamt –**

**120 Min.**

**Unterrichtsmaterialien**

Fragen für die einleitende Diskussion: Wie würden Sie den Begriff „Empathie“ jemandem erklären, der nicht weiß, was das bedeutet?

# TEIL 1. THEORETISCHE MATERIALIEN

Das Wort „Empathie“ stammt vom griechischen „patho“ ab, was ein tiefes, starkes, sensibles Gefühl (Empfinden) bedeutet, das dem Leiden nahekommt. Die Vorsilbe „em“ bedeutet nach innen gerichtet.

**Empathie** ist das bewusste Mitfühlen mit dem emotionalen Zustand eines anderen Menschen, die Fähigkeit, die Gefühle eines anderen zu verstehen, seinen emotionalen Zustand zu „lesen“ und die eigenen Gedanken und Handlungen damit abzugleichen.

An den neurophysiologischen Mechanismen der Empathie sind Spiegelneuronen beteiligt. Bei Primaten veranlassen diese Zellen dazu, gleiche Handlungen nacheinander zu wiederholen, während sie Menschen dazu bringen, über Witze zu lachen, bei rührenden Büchern und Filmen zu weinen und Freunde zu finden.

Empathie sollte nicht mit Mitgefühl verwechselt werden, denn Empathie kann nicht nur in Bezug auf „schwere“ Emotionen gezeigt werden. Sie ist ein tieferes und umfassenderes Konzept als Mitgefühl, das lediglich die Probleme oder Gefühle einer anderen Person anerkennt.

**Empathie** ist eine bewusste Reaktion auf die Gefühle des Gesprächspartners, ohne die fremden Empfindungen auf sich selbst zu übertragen. Man unterscheidet drei Ebenen der Empathie: niedrig, mittel und hoch.

Die niedrige Stufe besteht darin, nonverbale Signale zu „lesen“ und sie mit dem zu vergleichen, was man zuvor gesehen hat.

Dem mittleren Grad liegt der Wunsch zugrunde, den Menschen zu verstehen, den Grund für seine Empfindungen herauszufinden und die ganze Geschichte anzuhören. Ein Ausdruck von Empathie auf dieser Ebene ist die Fähigkeit, sich in die Lage des Gesprächspartners zu versetzen.

Ein hohes Maß an Empathie setzt die Fähigkeit voraus, den Zustand einer Person schnell zu erfassen, ohne ihre Probleme auf sich selbst zu übertragen; eine rationale Analyse des emotionalen Zustands einer Person, die es ermöglicht, ihr echte Hilfe zu leisten.

In der Psychologie wird Empathie als Einheit emotionaler, kognitiver und willensbezogener Prozesse betrachtet. Unter den Arten von Empathie werden folgende unterschieden:

- emotionale Empathie,
- kognitive Empathie,
- prädikative Empathie.

Emotionale Empathie basiert auf den Mechanismen der Projektion und Nachahmung der motorischen und affektiven Reaktionen einer anderen Person.

Kognitive Empathie basiert auf intellektuellen Prozessen (Vergleich, Analogie usw.).

Prädikative Empathie zeigt sich als die Fähigkeit eines Menschen, die affektiven Reaktionen eines anderen in konkreten Situationen vorherzusehen.

Es werden besondere Formen der Empathie unterschieden: Mitgefühl und Sympathie.

**Kurze Diskussion: Gibt es Ihrer Meinung nach einen Unterschied zwischen den Begriffen „Empathie“, „Mitgefühl“ und „Mitleid“?**

**Mitgefühl** ist das Erleben derselben emotionalen Zustände durch den Subjekt, die eine andere Person durchlebt, durch Identifikation mit ihr. Mit anderen Worten, es ist das Erleben einer dem Objekt ähnlichen Emotion.

**Mitgefühl** ist das Erleben der eigenen emotionalen Zustände aufgrund der Empfindungen und Gefühle einer anderen Person. Beim Mitgefühl sind die Erfahrungen des Subjekts und des Objekts nicht identisch.

Medizinisches Personal arbeitet im Bereich der „Mensch-Mensch-Beziehung“, wenn ein Prozess stattfindet, bei dem man sich gedanklich mit einer anderen Person vergleicht, um deren Erlebnisse und Gefühle zu verstehen und nachzuempfinden. Dieser Prozess ist der Ausgangspunkt für klinische Empathie.

Tab. 3

**Zusammenhang zwischen Empathie, Mitgefühl und Mitleben**

| | Mitgefühl | Empathie | Mitgefühl |
|---|---|---|---|
| **Definition** | Eine Reaktion, die häufig auf Mitleid beruht, oft ohne ausreichendes Verständnis der Situation, aber mit dem Ziel, sich selbst vor unangenehmen Gefühlen zu schützen | Eine Reaktion, die darauf beruht auf dem Versuch, das Leiden des anderen zu verstehen, sowie auf der Kommunikation darüber; das Benennen der Gefühle einer anderen Person | Eine Reaktion, die infolge des Verständnisses des Leidens versucht, mögliche Antworten und Handlungen zu finden, um es zu lindern |
| **Reaktion auf Leiden** | Bemerken | Wahrnehmen und kommunizieren | Wahrnehmen, kommunizieren und sich bemühen, um zu lindern |
| **Ergebnis** | Selbstschutz | Aufrichtiges Verständnis für denjenigen, der leidet, besserer Kontakt mit der anderen Seite | Erleichterung der Opfergaben, echte Hilfe |
| **Beispiel** | Das ist schrecklich...<br>Halten Sie durch...<br>Es tut mir leid... | Helfen Sie mir zu verstehen, was mit Ihnen los ist…<br>Ich verstehe, dass es dir gerade schmerzt/traurig ist/ Sie Wut/Verzweiflung/Aufregung empfinden... | Ich verstehe, dass es Ihnen gerade nicht leicht fällt, aber was kann ich für Sie tun, um die Situation zu verbessern?<br>Wie kann ich Ihnen helfen? |

K. A. Stepien und A. Baernstein charakterisieren klinische Empathie nicht nur als Verständnis für die Emotionen des Patienten, sondern auch als Umsetzung dieses Verständnisses in Bezug auf ihn.

**Klinische Empathie** ist die Fähigkeit, die Gefühle und Erlebnisse des Patienten insgesamt zu verstehen, sich auf seine Seite zu stellen, ohne ihn zu bewerten. Dabei ist eine positive Einstellung gegenüber der Persönlichkeit des Patienten wichtig.

Nach Ansicht von S. W. Mercer umfasst klinische Empathie:

1. Die Fähigkeit, den Zustand des Patienten und seine Gefühle (Emotionen) zu verstehen.

2. Die Fähigkeit, mit dem Patienten zu kommunizieren, um seinen psychischen Zustand und seine Emotionen zu verstehen und die Richtigkeit dieses Verständnisses zu überprüfen.

3. Die Fähigkeit, auf eine bestimmte therapeutische Weise zu handeln (unter Berücksichtigung des Verständnisses des psychischen Zustands des Patienten).

Empathie ist ein Prozess, der aus zwei Phasen besteht. In der ersten Phase ist es wichtig, ein klares Verständnis und eine Anerkennung der Situation und der Gefühle des anderen zu erlangen; in der zweiten Phase gilt es, dieses Verständnis dem Patienten/Gesprächspartner in einer klaren und angenehmen Form mitzuteilen.

Die meisten medizinischen Fachkräfte erfüllen den ersten Punkt erfolgreich: Sie können die Situation des Patienten anerkennen und dafür sensibel sein – zeigen dies jedoch nicht immer offen, d. h. sie erfüllen den zweiten Punkt nicht. Entscheidend für Empathie ist gerade die offene Demonstration unseres Verständnisses für die Emotionen des Patienten in einer Weise, in der er unsere Unterstützung spürt.

Empathie kann verbal und nonverbal ausgedrückt werden.

**Nonverbale Zeichen von Empathie:**

- Gesten,
- Mimik,
- Körperhaltung,
- Blick – Augenkontakt,
- Abstand,
- Berührung – Oberarm, Schulter, Rücken (oberhalb der Schulterblätter).

**Eine verbale Ausdrucksform von Empathie ist die empathische Äußerung.**

Empathische Äußerungen sind unterstützende Kommentare, die die Emotionen und Probleme des Patienten ganz konkret benennen und anerkennen.

**Beispiele für empathische Äußerungen:**

*„Ich sehe, dass es Ihnen schwerfällt, den Gedächtnisverlust Ihres Mannes zu akzeptieren."*
*„Ich verstehe, wie schwer es Ihnen fällt, darüber zu sprechen."*
*„Ich verstehe die Wut, die Sie wegen Ihrer Krankheit empfinden."*
*„Ich sehe, wie sehr Sie ihr Verhalten traurig macht."*
*„Ich verstehe, wie sehr Sie der Gedanke beunruhigt, dass die Schmerzen wiederkehren könnten."*

Eine recht erfolgreiche Methode, Empathie zu zeigen, ist die Eselsbrücke **NURSE.**
(siehe auch S. 184)

**Name** – die Emotion des Patienten benennen oder widerspiegeln;
**Understand** – die Emotion verstehen;
**Respect** – Respekt zeigen;
**Support** – unterstützen;
**Explore** – die Emotionen ergründen.

**Betrachten wir ein Beispiel:**

Die Mutter des Jungen möchte auf die Impfung verzichten, da sie von möglichen Komplikationen gehört hat. Eine einfühlsame Antwort nach dem N.U.R.S.E.-Schema könnte wie folgt aussehen:

| | | |
|---|---|---|
| **N** | Name | eine Emotion benennen oder widerspiegeln – „Sie haben Angst vor möglichen Komplikationen durch die Impfung." |
| **U** | Verstehen | die Emotion verstehen – „Ich verstehe, dass Sie sich Sorgen um Ihr Kind machen und kein Risiko eingehen wollen." |
| **R** | Respect | Respekt zeigen – „Es ist gut, dass Sie eine verantwortungsbewusste Mutter sind und sich zusätzlich informieren." |
| **S** | Support | unterstützen – „Ich kann Ihnen umfassende Informationen zu diesem Impfstoff geben, und wir können die die Häufigkeit möglicher Reaktionen bei Ihrem Kind besprechen." |
| **E** | Explore | Emotionen näher beleuchten – „Was beunruhigt Sie noch in Bezug auf die Impfung?" |

Tab. 4. **NURSE**

## Zusammenfassung des theoretischen Teils

Empathie hilft dabei:

- Kontakt herzustellen und vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen;
- die Motivation zu fördern und die Compliance (Mitwirkung) zu steigern;
- e und emotionale e Spannungen/Aggressionen abzubauen.

Ohne einen empathischen Ansatz werden wir kaum in der Lage sein, die Sichtweise, Ideen, Vorstellungen, Motivation und Hindernisse des Patienten zu erkennen und zu verstehen. Nur wenn wir aufrichtig Bereitschaft zeigen, die Weltanschauung des Patienten anzunehmen, wird der Patient offen und ehrlich mit uns teilen, damit wir ihn unterstützen und seine Entscheidungen beeinflussen können.

**Tipps zur Entwicklung einer empathischen Haltung:**

Versuchen Sie, jedem Patienten das Gefühl zu geben, dass er oder sie Ihnen wichtig ist.

Versetzen Sie sich in die Lage des Patienten und berücksichtigen Sie dabei seine Emotionen, Bedürfnisse und gesundheitlichen Probleme.

Lernen Sie mehr über nonverbale Kommunikation – Mimik, Mikroausdrücke, Körpersprache, das Lesen der Augen, den Tonfall – um die Gefühle des Patienten besser zu verstehen.

Strahlen Sie Freundlichkeit und Gelassenheit aus, auch wenn Sie sich nicht so fühlen. Arbeiten Sie

daran, Ihr Bewusstsein für Ihre eigene nonverbale Kommunikation zu schärfen.

Bitten Sie Kollegen, Ihre Interaktionen mit einigen Patienten zu beobachten, um Ihre Empathie einzuschätzen.

Hören Sie sich an, wie bekannte einfühlsame Kommunikatoren (z. B. Kollegen, Führungskräfte, Freunde, Fernsehmoderatoren) ihre Stimme einsetzen, um Empathie auszudrücken. Üben Sie vor dem Spiegel, bestimmte Sätze auszusprechen (z. B. „Ich glaube, es könnte schwierig werden...“), bewerten Sie Ihre Fähigkeiten und nehmen Sie Anpassungen vor.

Vermeiden Sie wertende Urteile. Streben Sie danach, Beziehungen aufzubauen, in denen Sie als Heiler und Verbündeter wahrgenommen werden und nicht nur als Dienstleister.

---

Wenn Sie Schwierigkeiten haben, Empathie für einen bestimmten Patienten zu empfinden, versuchen Sie herauszufinden, warum das so ist und wie Sie dies überwinden können.

# TEIL 2. PRAKTISCHE AUFGABEN

**Arbeit mit Fallbeispielen in kleinen Gruppen**

**Aufgabe**
Bearbeiten Sie die Fallbeispiele. Geben Sie eine einfühlsame Antwort nach dem NURSE-Schema.

## Fall 1:

Eltern, die ihr Kind aus einer abgelegenen Region zur Beratung in eine Herzchirurgie-Klinik in der Hauptstadt gebracht haben, reagieren sehr emotional auf die Worte des Kardiologen, der sagt, dass ihm „die Herzgeräusche nicht gefallen und eine zusätzliche Herzuntersuchung durchgeführt werden muss“, und verlangen, dass die Operation nicht aufgeschoben wird: „Wir haben doch schon alle Untersuchungen hinter uns.“

Mögliche Antwortvariante nach **dem** NURSE-Schema**:**

**Name** – die Emotion benennen oder widerspiegeln: „Sie haben Angst vor der bevorstehenden Operation, und nun kommen noch neue Umstände hinzu. Die Ungewissheit macht noch mehr Angst.“

**Verstehen** – die Emotionen nachvollziehen: „Ich verstehe, das ist das Schwerste – zu sehen, wie Ihr Kind leidet, und das Gefühl zu haben, die Kontrolle über die Situation zu verlieren.“

**Respect** – Respekt zeigen: „Aber Sie haben schon so viel durchgemacht, Sie haben es geschafft, Ihr Kind hierher zu bringen.“

**Support** – unterstützen: „Wir müssen sicher sein, dass Ihr Kind hinsichtlich aller für die Operation vorgesehenen Indikatoren bereit ist. Ich werde versuchen, alles schnell zu erledigen. Das ist sehr wichtig.“

**Explore** – Emotionen genauer ergründen: „Gibt es noch etwas, das Sie hinsichtlich des Zustands Ihres Kindes beunruhigt?“

## Fall 2:

Der Patient weigert sich, sich einer Panaritium-Operation zu unterziehen, und verlangt eine andere (nicht-invasive) Behandlungsmethode, wobei er seine Befürchtungen, sich „mit Hepatitis anzustecken“, als Begründung anführt: „Verschreiben Sie mir eine Salbe … oder vielleicht etwas anderes, ich habe gehört, man kann auch eine Bestrahlung machen …“.

Mögliche Antwortvariante nach **dem** NURSE-Schema**:**

**Name** – die Emotion benennen oder widerspiegeln: „Sie haben Angst, sich mit Hepatitis anzustecken.“

**Understand** – das Gefühl verstehen: „Ich verstehe, das ist eine ernste Krankheit … und im Moment wird so viel darüber gesprochen …“

**Respect** – Respekt zeigen: „Aber es ist gut, dass Sie darüber Bescheid wissen und versuchen, gefährliche Situationen zu vermeiden.“

**Support** – unterstützen: „Lassen Sie mich persönlich darauf achten, dass alles steril ist/wir Einweginstrumente verwenden.“

**Explore** – Emotionen genauer ergründen: „Was macht Ihnen an unserem Behandlungsplan noch Angst?“

## Fall 3:

Ein Patient mit kürzlich diagnostiziertem Diabetes äußert Bedenken hinsichtlich seiner Entlassung aus dem Krankenhaus und sagt: „Ich bin mir nicht sicher, obich damit zurechtkomme – ständig den Blutzucker zu messen und mir Spritzen zu geben.“

Mögliche Antwort nach **dem** NURSE-Schema:

**Name** – den Namen nennen oder die Emotion widerspiegeln: „Sie wirken besorgt...“

**Verstehen** – die Emotionen nachvollziehen: „Ich verstehe, dass es wirklich belastend ist, eine solche Diagnose zu erhalten.“

**Respect** – Respekt zeigen: „Aber Sie machen das toll, Sie lernen schnell, heute haben Sie das mit den Teststreifen und den Insulininjektionen sehr gut gemeistert."

**Support** – unterstützen: „Wir werden morgen früh noch einmal gemeinsam üben, und ich werde der Krankenschwester, die regelmäßig zu Ihnen kommt, sagen, dass sie Sie in ein paar Tagen besuchen soll, damit Sie die Handgriffe gemeinsam durchführen können."

**Explore** – Emotionen näher ergründen: „Erzählen Sie mir doch bitte genauer, was Sie noch beunruhigt, wenn es darum geht, Ihren Blutzuckerspiegel zu Hause zu kontrollieren."

## Debriefing (Besprechung der Fälle)

**Interaktive Diskussion**

**Fragen zur Diskussion:**

**1. Warum ist es für medizinisches Personal wichtig, seinen Patienten gegenüber einfühlsam zu sein?**

Wenn medizinisches Fachpersonal versucht, sich in die Lage des Patienten zu versetzen, kann es ihm andere Behandlungsoptionen oder mögliche Wege der Hilfe vorschlagen, die er zuvor wahrscheinlich nicht in Betracht gezogen hat. Dem Patienten fällt es wesentlich leichter, seine Probleme mit jemandem zu besprechen, der ihm mit Empathie begegnet und sich die Zeit nimmt, zu versuchen zu verstehen, was er fühlt und was er durchmacht.

Die Gefühle, Sorgen, Erwartungen und Vorstellungen des Patienten sind ebenso wichtig wie die Beschwerden über den körperlichen Zustand. Unter Berücksichtigung all dieser Aspekte kann das medizinische Fachpersonal die Situation besser verstehen und letztendlich die besten Empfehlungen für die Behandlung oder eine hochwertige Versorgung geben. Ein einfühlsames medizinisches Fachpersonal hilft dem Patienten, sich wohl und verstanden zu fühlen.

Empathie hilft dabei, zahlreiche Barrieren zwischen Patient und medizinischem Fachpersonal abzubauen, auf die er oder sie stoßen könnte, und trägt dazu bei, eine für die Kommunikation angenehme Atmosphäre zu schaffen.

Empathie ist ein Grundprinzip des patientenzentrierten Kommunikationsansatzes. Ein medizinisches Fachpersonal, das Verständnis zeigen kann, hat es häufiger mit Patienten zu tun, die sich weniger verurteilt und eher akzeptiert fühlen.

Ein Patient, der sich unterstützt fühlt und nicht das Bedürfnis hat, sich zu verteidigen, wird wahrscheinlich offener für Empfehlungen zum Behandlungsplan und zu Änderungen des Lebensstils sein. Doch so einfach es auch klingen mag, „empathischer zu sein“ ist für den durchschnittlichen Arzt eine ziemlich schwierige Aufgabe.

**Häufige Fehler:**

mangelndes Verständnis dessen, was Empathie eigentlich ist. Verwechslung von Empathie mit Mitleid oder das Zeigen von Empathie durch den Arzt nur dann, wenn er der Meinung ist, dass der Patient niedergeschlagen ist;

Empathie zu zeigen, nur um sich im Feld „guter Arzt“ abhaken zu können;

zu glauben, dass Empathie bedeutet, so zu tun, als wüsste man genau, was der andere fühlt, um ihm in einer bestimmten Situation ein besseres Gefühl zu geben;

zu glauben, dass Empathie ein einfacher Weg ist, jemanden dazu zu bringen, Ihnen zu vertrauen;

zu denken, dass Empathie eine Fähigkeit ist, die nur im Beruf und nicht im Alltag zum Einsatz kommt;

zu pragmatisch zu denken. Zum Beispiel zu sagen, dass Empathie wichtig ist, weil sie einem Arzt gute Bewertungen einbringt

## 2. Was ist wichtiger: Empathie oder Mitgefühl?

Beginnen Sie damit, Ihre persönliche Definition der Begriffe „Empathie“ und „Mitgefühl“ darzulegen. Ihre Definitionen können von den gängigen abweichen. **Erörtern Sie die grundlegenden Aufgaben eines Arztes und warum gerade die Fähigkeit des Arztes, Empathie und Mitgefühl zu zeigen, eine entscheidende Kompetenz bei der Erfüllung dieser Aufgaben ist.**

Ärzte sind dafür verantwortlich, die richtige Behandlung zu verordnen und dem Patienten die bestmögliche Versorgung zukommen zu lassen, indem sie akademisches Wissen, kritisches Denken und Kommunikation (mit Kollegen, dem Patienten

und dessen Familienangehörigen). Das Wichtigste ist, dass der Arzt dem Patienten keinen Schaden zufügen oder medizinische Eingriffe ohne dessen Einverständnis vornehmen darf.

Empathie ist daher wichtig, da sie es dem Arzt ermöglicht zu verstehen, was der Patient empfinden könnte und welche Erwartungen der Patient hinsichtlich des klinischen Ergebnisses hat (wird beispielsweise ein älterer Patient eine eingeschränkte Mobilität als akzeptables Ergebnis des Eingriffs betrachten?) In Fällen, in denen ein Eingriff schmerzhaft oder beängstigend ist (wie bei einer Lumbalpunktion oder einem chirurgischen Eingriff), ist eine umfassende Kommunikation zwischen Arzt und Patient von entscheidender Bedeutung, wobei unbedingt die Gründe für den Eingriff, die Empfindungen des Patienten während und nach dem Eingriff sowie die Risiken und möglichen gefährlichen Folgen besprochen werden müssen.

Das Zeigen von Mitgefühl ist ebenfalls wichtig während des Gesprächs mit dem Patienten.

Wenn der Arzt beispielsweise eine Injektion verabreicht und die Nadel einführt, würde ein Arzt, der Empathie zeigt, aber kein Mitgefühl, sagen: „Es wird wehtun, aber der Schmerz wird nicht lange anhalten, also zappeln Sie nicht herum."

Ein Arzt, der sowohl Empathie als auch Mitgefühl zeigt, würde sagen: „Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass Sie vielleicht das Gefühl haben werden, als hätte Sie etwas gestochen, aber ich werde dies so schnell und schmerzfrei wie möglich durchführen, versuchen Sie also, sich zu entspannen und konzentrieren Sie sich nicht zu sehr darauf. In einem Augenblick ist es vorbei."

Das angeführte Beispiel zeigt, wie wichtig es ist, dass Ärzte in der Lage sind, Empathie und Mitgefühl bei ihrer Arbeit miteinander zu verbinden.

**Beantworten Sie die Frage**: Was ist wichtiger – Empathie oder Mitgefühl? Oder sind beide gleichermaßen wichtig?

**Überlegen Sie,** ob es Umstände gibt, unter denen zu viel Mitgefühl Schaden anrichten kann. Nennen Sie anhand eigener Erfahrungen oder Beobachtungen ein Beispiel.

**Häufige Fehler:**

die Frage zu beantworten, bevor Sie Ihre Definitionen der Begriffe dargelegt haben;

---

nicht im Voraus über den Unterschied zwischen diesen beiden Begriffen und darüber nachzudenken, wie sie mit dem Beruf eines Arztes oder eines anderen medizinischen Fachpersonals zusammenhängen.

### 3. Wie würden Sie einem Patienten erklären, dass bei ihm/ihr noch eine Blutprobe entnommen werden muss, da die Ergebnisse des letzten Tests verloren gegangen sind?

Versetzen Sie sich in die Lage des Patienten. Worüber könnte er/sie sich Sorgen machen? Der Patient hat eine Untersuchung durchlaufen, die ihm/ihr möglicherweise unangenehm war, und nun wird er/sie – ohne eigenes Verschulden – gebeten, diese erneut zu durchlaufen. Möglicherweise bereitet ihm/ihr auch der Datenschutz im Zusammenhang mit dem Verlust der Blutprobe Sorgen.

In diesem Fall ist es wichtig, dass Sie klar und höflich mit dem Patienten kommunizieren und ihm verständlich machen, was passiert ist, damit er nicht daran zweifelt, dass dies tatsächlich geschehen ist. Verwenden Sie keine Euphemismen (beschönigende oder verschleiernde Ausdrücke). Versetzen Sie sich in die Lage des Patienten, hören Sie sich seine/ihre Probleme und alles, was er/sie sagt, an. Sie können sagen: „Es tut mir sehr leid, dass Sie noch einmal eine Blutprobe abgeben müssen."

Überlegen Sie, ob es vielleicht sinnvoll ist zu sagen: „Ich kann mir vorstellen, dass Sie darüber enttäuscht sind, da Sie gewartet haben und die Ergebnisse der Blutuntersuchung noch nicht erhalten haben."

Und außerdem: „Ich versichere Ihnen, dass wir Ihre Testergebnisse an niemanden weitergeben werden, der nicht zu dem medizinischen Team gehört, das Sie betreut. Ich verstehe Ihre Besorgnis darüber, dass die Ergebnisse Ihres letzten Tests verloren gegangen sind, aber wir nehmen den Datenschutz sehr ernst und werden alles tun, um sicherzustellen, dass Ihre Daten vertraulich bleiben."

**Häufige Fehler:**

scharf, unhöflich oder distanziert zu sprechen. Das wird den Patienten, der bereits viel durchgemacht hat, wahrscheinlich noch mehr verärgern;

Euphemismen zu verwenden, die den Patienten irreführen oder ihn hinsichtlich des Geschehenen verwirren könnten;

Anderen Menschen die Schuld für das Geschehene zu geben. Selbst wenn jemand daran Schuld ist, wird dies das Befinden des Patienten nicht verbessern.

**4. Warum sollten medizinische Fachkräfte, die Mitglieder eines medizinischen Teams sind, Empathie füreinander sowie gegenüber ihren Patienten zeigen?**

Die Arbeit im Gesundheitswesen (zum Beispiel in einem Krankenhaus) kann sehr stressig und anstrengend sein. Kollegen brauchen möglicherweise Unterstützung von jemandem, der das gut versteht. Persönliche Umstände können die Arbeitsfähigkeit eines Teammitglieds beeinträchtigen, und wenn diese Person sich entscheidet, ihre Probleme oder Ängste mit Ihnen zu teilen, ist es wichtig, Empathie zu zeigen und zu versuchen zu verstehen, was der Kollege gerade durchmacht.

Verständnis unter Kollegen verbessert die Zusammenarbeit im Team und damit die Qualität der Patientenversorgung. Die Arbeit im Gesundheitswesen kann traumatisch oder stressig sein, was sich persönlich auf die Teammitglieder auswirken kann. Empathische Kollegen, denen das Wohl der anderen am Herzen liegt, können dazu beitragen, dass sich das Team positiver fühlt, was die Arbeit unterstützt.

**5. Sie sind Arzt. Wie würden Sie mit Eltern umgehen, die ihr Kind in die Notaufnahme eines Krankenhauses gebracht haben und verärgert sind, weil sie lange auf die Untersuchung ihres Kindes warten müssen?**

Ärzte haben manchmal mit „schwierigen" Patienten zu tun (damit ist nicht deren körperlicher Zustand gemeint, sondern „schwierige emotionale/verhaltensbezogene Äußerungen"), aber in einem solchen Szenario ist es wichtig, Empathie zu zeigen und zu verstehen, dass der Mensch in der Regel einen Grund hat, sich genau so zu verhalten. Versuchen Sie, **die ICE-Technik** (Ideen, Bedenken und Erwartungen) anzuwenden. Erläutern Sie, wie Sie herausfinden würden, warum die Eltern glauben (Ideen), dass sie lange warten müssen, warum sie sich deswegen Sorgen machen (Bedenken) und was sie (Erwartungen) von Ihnen in dieser Situation erwarten.

Überlegen Sie, warum Eltern in einer solchen Situation wütend sein könnten. Sie machen sich höchstwahrscheinlich Sorgen um ihr Kind und könnten der Meinung sein, dass das Personal nicht genug unternimmt, damit der Patient so schnell wie möglich untersucht wird. Besprechen Sie, wie Sie versuchen würden, die Eltern zu beruhigen. Es ist wichtig zu verstehen, dass Eltern (Angehörige), deren Kind in die Notaufnahme eines Krankenhauses gebracht wurde, sehr aufgebracht sein können, und Sie sollten zeigen, dass Sie ihnen helfen möchten, sich darauf zu verlassen, dass ihr Kind die bestmögliche Hilfe und Versorgung erhält. Eltern oder Patienten in der Notaufnahme können auch aus Gründen unter Stress stehen, an die Sie vielleicht gar nicht denken oder die Sie nicht erahnen können. Deshalb ist es so wichtig, dem Patienten zuzuhören, ihm die Möglichkeit zu geben, seine Situation zu erklären, und ihm im Gegenzug entsprechende Unterstützung zu bieten, zum Beispiel indem Sie ihm erlauben, das Telefon zu benutzen.

**Häufige Fehler:**

den Patienten/die Eltern zu vergessen. Zu erklären, wie Sie die Situation in den Griff bekommen könnten, ist gut und schön, aber die Menschen interessieren sich immer mehr dafür, wie Sie Empathie für jemanden zeigen, der traurig ist oder unter Stress steht, und wie Sie deren Probleme lösen;

Unwilligkeit, die Person nach ihrer Sicht der Dinge zu fragen. Die ICE-Technik ist genau das, was Sie in einem solchen Szenario anwenden sollten.

**5. Erzählen Sie von einem Fall, in dem Sie Empathie gezeigt haben. Beziehen Sie Ihre Antwort auf die Medizin und darauf, warum Empathie in medizinischen Berufen so wichtig ist und wie Ihr Beispiel Ihnen hilft, sich (bis zu einem gewissen Grad) auf die praktische Arbeit vorbereitet zu fühlen.**

Ihr Beispiel sollte auf Ihre persönliche Situation zugeschnitten sein. Denken Sie sowohl an verbale als auch an nonverbale Mittel, mit denen Sie Empathie zeigen können. Es kommt nicht nur darauf an, was Sie sagen, sondern auch darauf, wie Sie es sagen!

Ein Teil Ihrer Überlegungen könnte sich darauf beziehen, was Sie anders gemacht hätten. Dies zeigt Ihre Fähigkeit, aus eigenen Erfahrungen zu lernen.

**Häufige Fehler:**

Konzentrieren Sie sich nicht auf Ihre eigenen Geschichten, sondern sprechen Sie über Situationen, in denen Sie Zeuge von Empathie seitens anderer Ärzte waren. In diesem Fall spielt das keine Rolle, da es wichtig ist, genau von Ihren Erfahrungen zu hören.

Eine Geschichte (Ihr Beispiel) zu erzählen, ohne nachzudenken und Ihr empathisches Verhalten zu vertiefen – man verliert sich leicht im „Geschichtenerzählen" und Geschwätz.

Vergessen Sie nicht, Ihre Argumente mit der Medizin zu verknüpfen und zu erklären, warum die von Ihnen beschriebene Situation zeigt, dass Sie einmal ein guter Medizinstudent/Arzt werden.

## ERFORSCHUNG UND BEWUSSTWERDUNG DER EIGENEN ERLEBNISSE ALS RÜCKSEITE DER EMPATHIE

Klinische Kommunikationsfähigkeiten sind eng mit emotionalen Kompetenzen verbunden – daher sollten sie während des Studiums gemeinsam geübt und erlernt werden. Die Fähigkeit von Medizinern, ihre eigenen Emotionen zu erkennen und zu steuern, kann das allgemeine Wohlbefinden durch die Vorbeugung von Stress und Burnout verbessern. Von entscheidender Bedeutung ist die Fähigkeit, die eigenen automatischen emotionalen Reaktionen zu erkennen – denn genau diese sind meist die Ursache für Konflikte, toxische Beziehungen und Burnout. Schauen wir uns also an, wie wir unsere Gefühle selbst erforschen können.

Die Erforschung der eigenen Gefühle kann während oder nach dem Ereignis selbst erfolgen. „Während" bedeutet, während der Kommunikation sehr bewusst zu sein – nur um die emotionale Komponente Ihrer Kommunikation zu reflektieren und anzupassen. Nach dem Ereignis ist es hilfreich, sich an den Wandel der eigenen Emotionen zu erinnern und das eigene Verhalten zu analysieren, um das eigene Bewusstsein und die Neugier zu steigern und neue Möglichkeiten zu finden, wie man automatische Reaktionen oder voreilige Urteile über andere ersetzen kann.

Beobachten Sie Ihre Fähigkeiten:

**Identifizieren Sie Emotionen** (Ihre eigenen und die anderer): Achten Sie darauf, worauf Sie reagieren, worauf andere reagieren und wie Emotionen Ihre Kommunikation beeinflussen.

Ein Beispiel: Ein Kollege sagt Ihnen in Anwesenheit anderer sarkastisch, dass Sie vergessen hätten, ihm wichtige Informationen über einen Patienten mitzuteilen. Sie antworten wütend, dass er doch selbst in die Patientenakte hätte schauen können.

**Analysieren Sie die Ursachen dieser Emotionen.** Warum haben Sie reagiert? Warum hat die andere Person reagiert? Was hat (zum Beispiel) Ihre Wut ausgelöst? Oder den Sarkasmus Ihres Kollegen (Sarkasmus ist meist auch eine versteckte Wut)? Fragen Sie sich: Können Sie von Ihrer automatischen emotionalen Reaktion absehen und stattdessen Empathie anwenden? Wie könnte das aussehen?

Sie fühlen sich schuldig und verletzt. Sie haben Probleme zu Hause und irgendwie auch zu wenig Kraft für die Arbeit. Sie fühlen sich in Gegenwart anderer erniedrigt. Ein Kollege ist enttäuscht und verärgert darüber, dass er mehr Arbeit erledigen musste, obwohl er ohnehin schon bis über beide Ohren in Aufgaben steckt und selbst kurz vor dem Burnout steht.

**Bewusst handeln und Beziehungen aufbauen.** Das Verständnis der eigenen Emotionen und ihrer Ursachen kann helfen, im Gespräch mit dem anderen einen Weg zu finden. Man kann sich entschuldigen, man kann erklären, was diese heftigen Gefühle ausgelöst hat, man kann den Beitrag, die Arbeit oder den emotionalen Zustand des anderen stärker anerkennen. Annäherung beginnt mit kleinen Schritten.

Sprechen Sie mit Ihrem Kollegen unter vier Augen. Beginnen Sie mit einer aufrichtigen Entschuldigung dafür, dass Sie sich nicht klar genug ausgedrückt haben und dies Ihrem Kollegen zusätzliche Belastung bereitet hat. Erzählen Sie ihm, dass Sie zu Hause Probleme haben und dass es Ihnen in letzter Zeit schwerfällt, sich bei der Arbeit zu konzentrieren. Geben Sie zu, dass Ihr Kollege ebenfalls unter Druck steht und dass Sie diesen noch verstärkt haben. Ihr Kollege wird Ihre Entschuldigung höchstwahrscheinlich annehmen, sich dafür entschuldigen, dass er Sie vor anderen herabgesetzt hat, und Ihnen wünschen, dass sich Ihre familiären Probleme lösen. Danken Sie Ihrem Kollegen und schlagen Sie vor, gemeinsam einen Kaffee oder Tee trinken zu gehen.

**Eine Peer-Gruppe** zur Steigerung der Selbstwahrnehmung: Bilden Sie eine kleine Peer-Gruppe mit Kollegen (Sie können dies auch mit Studierenden vorschlagen) und treffen Sie sich wöchentlich für eine halbe Stunde, um Ihre Beobachtungen und Erkenntnisse aus den Erfahrungen auszutauschen. Beobachten, formulieren und Ihre Erfahrungen aussprechen – das ist eine nützliche Übung zur Entwicklung emotionaler Kompetenzen.

Mehr erfahren können Sie im „Guide to the iCARE-Haaland Model Resources • CONNECT (tghn.org)“ – einem internationalen Forschungsprojekt, das auf die Entwicklung universeller emotionaler Kompetenzen von Gesundheitsfachkräften aus verschiedenen Ländern abzielt.

## Tetyanas Fall

**Teil 1**

– Wenn die Untersuchungen meinen Verdacht bestätigen, ist Ihre Krankheit nicht heilbar und wird zu einer Krebserkrankung fortschreiten.

– Wie? Ist sie überhaupt nicht heilbar?

– Nein.

5 Minuten Stille.

– Was soll ich tun?

Stille. Jeder saß in seiner eigenen Stille und seinem eigenen Schmerz.

**Mögliche Fragen zur Diskussion:**

Was ist schiefgelaufen? *(Hier kann man über die Verschlossenheit des Arztes, über die zu große Kürze, über das Fehlen eines Dialogs, einer Zusammenfassung und eines Plans sprechen.)*

Würden Sie sich anstelle der Patientin zu einem erneuten Besuch bei diesem Arzt entschließen? Warum ja oder warum nein? *(Hier lassen sich die Ängste und unterschiedlichen Wahrnehmungen der Zuhörer untersuchen – schließlich sind Menschen unterschiedlich: Die einen würden wiederkommen, die anderen nicht).*

Was hätte der Arzt/die Ärztin anders machen können? *(Siehe Abschnitt über das Calgary-Cambridge-Beratungsmodell in Thema 3).*

Wie würde eine einfühlsamere Kommunikation aussehen? *(Hier können Sie Informationen aus Thema 3 zur Struktur der Beratung und aus Thema 6 zur Übermittlung schlechter Nachrichten anwenden).*

**Teil 2**

Das ist die Geschichte von mir und meiner Gynäkologin. Ich war sehr wütend darüber, wie sie sich mir gegenüber verhalten hatte. Warum konnte man nicht einfach menschlich über alles reden? Ich hatte sie bereits als „unprofessionell“ abgestempelt, doch irgendetwas an dieser Geschichte ließ mich nicht los. Ich wollte einen Schlussstrich unter all das ziehen und ging deshalb erneut zu ihr. Doch dieses Mal war alles anders: Sie sprach freundlich, zuvorkommend und mitfühlend mit mir. Es waren zwei verschiedene Menschen. Und da wurde mir klar, dass ich nicht in eine Geschichte über „Unprofessionalität“ geraten war, sondern in eine Geschichte, in der Schmerz und Gefühle einen Arzt daran hindern, bei der Arbeit effektiv zu sein und sich fürsorglich um Patienten zu kümmern.

**Mögliche Fragen zur Diskussion**

Was glauben Sie, warum hat sich die Ärztin beim nächsten Mal anders verhalten? *(Hier kann man über ihren emotionalen Zustand sprechen, über mögliche Defizite bei der einfühlsamen Reaktion, bei der Übermittlung schlechter Nachrichten und bei der Beratung im Allgemeinen sowie darüber, wie ihre eigenen Gefühle ihre Kommunikation beeinflussen).*

Was hat der Ärztin geholfen, ihr Verhalten beim nächsten Besuch der Patientin zu ändern? *(Hier kann man die Offenheit der Patientin für den Dialog besprechen und darüber, wie eine ähnliche Strategie in beide Richtungen funktionieren kann.)*

Welche Schlussfolgerung können wir aus diesem Fall für uns selbst ziehen? *(Fähigkeiten, emotionale Kompetenzen, mehr Selbstbewusstsein).*

## Es ist schwer, andere zu verstehen, wenn man sich selbst nicht versteht

Emotionen durchdringen alle Bereiche unseres Lebens und leiten uns in den Momenten, in denen wir mit Schwierigkeiten oder Aufgaben konfrontiert sind, die zu wichtig sind, um sich allein auf den Verstand zu verlassen. Ob wir es wollen oder nicht, Emotionen sind immer Teil unseres Lebens: Sie entstehen als Reaktionen auf Reize. Im Laufe des Lebens sammelt der Mensch Erfahrungen mit der Wahrnehmung verschiedener Emotionen (sowohl eigener als auch fremder), die sich in Impulse verwandeln, die sich als Reaktion auf eine bestimmte Situation manifestieren. Von der Qualität und dem Umfang dieser Erfahrungen hängt unsere Fähigkeit ab, die eine oder andere Situation zu erkennen und zu unserem Vorteil zu nutzen. Es ist schwer, Privates und Berufliches voneinander zu trennen, um sich bei der Arbeit nicht den Emotionen hinzugeben; daher lohnt es sich, zu lernen, mit ihnen umzugehen.

Hier kommt die emotionale Intelligenz (EI) ins Spiel, denn sie gibt uns die Kontrolle über Situationen zurück und verschafft uns Zugang zum Schatz an rationalem Wissen in unserem Gehirn.

Der Begriff „emotionale Intelligenz“ wurde erstmals von den amerikanischen Psychologen J. Mayer und P. Salovey (1990) verwendet. Nach Ansicht dieser Wissenschaftler ist emotionale Intelligenz die Gesamtheit der kognitiven Fähigkeiten zur Erkennung, zum Verständnis und zur Steuerung von Emotionen. Mayer und Salovey entwickelten auch den bekannten Test zur Bestimmung des Niveaus der emotionalen Intelligenz.

Daniel Goleman definierte 1995 die folgenden fünf Fähigkeiten, die die Grundlage der emotionalen Intelligenz bilden:

**Bewusstsein für die eigenen Emotionen (Selbstbewusstsein)** – die Fähigkeit, die eigenen Emotionen zu erkennen, wenn sie auftreten; bildet die Grundlage der emotionalen Intelligenz. Die Fähigkeit, Gefühle ständig zu beobachten, ist für psychologische Einsicht und Selbsterkenntnis äußerst wichtig. Menschen, die mit Sicherheit sagen können, was sie gerade empfinden, erweisen sich als bessere „Steuermänner“ ihres Lebens, da sie weniger an der Richtigkeit ihrer Entscheidungen zweifeln.

**Emotionsmanagement** – die Fähigkeit, darauf zu achten, dass die Emotionen der Situation entsprechen, in der sich eine Person befindet. Zum Emotionsmanagement gehören: die Fähigkeit, sich selbst zu beruhigen, die Fähigkeit, übermäßige Angst, Niedergeschlagenheit und Reizbarkeit loszuwerden. Menschen, bei denen diese Fähigkeiten nur schwach ausgeprägt sind, leiden unter übermäßigen Gefühlen und versuchen, diese zu bekämpfen, während diejenigen, die sie gut beherrschen, nach durchlebten Schwierigkeiten oder Erlebnissen viel schneller wieder ins Gleichgewicht kommen.

**Selbstmotivation** – das Lenken von Emotionen in die richtige Richtung fördert die Konzentration, steigert die Selbstbeherrschung, hilft dabei, kreativer zu werden, und unterstützt uns dabei, unsere Ziele zu erreichen.

**Die Fähigkeit, die Emotionen anderer Menschen zu erkennen (Empathie)** – ist die wichtigste Fähigkeit unter denen, die für die Arbeit mit Menschen erforderlich sind. Menschen mit ausgeprägter Empathie sind sensibel, selbst für kleinste Signale, die darauf hindeuten, was andere wollen oder brauchen. Dies hilft empathischen Menschen, in Berufen erfolgreich zu sein, die sowohl mit Führung als auch mit der Fürsorge für andere zu tun haben.

**Die Fähigkeit, Beziehungen aufzubauen,** beruht auf dem geschickten Umgang mit den Emotionen anderer Menschen. Dazu gehören soziale Kompetenz und die damit verbundenen spezifischen Fähigkeiten. Genau diese Fähigkeiten stärken die Beliebtheit und die Führungsqualitäten einer Person und steigern die Effektivität der zwischenmenschlichen Kommunikation. Menschen, die über ausgeprägte Beziehungsfähigkeiten verfügen, können jede Aufgabe, die eine geschickte und kompetente Interaktion mit anderen Menschen erfordert, hervorragend bewältigen. Sie sind Stars im Bereich der Kommunikation.

Diese Komponenten der emotionalen Intelligenz entsprechen den einzelnen Schritten zu ihrer Entwicklung.

**Betrachten wir die wichtigsten Schritte in diesem Prozess genauer:**

Emotionsbewusstsein – In dieser Phase ist es wichtig zu lernen, Ereignisse um sich herum durch die Brille der Emotionen wahrzunehmen und Emotionen dort zu erkennen, wo man normalerweise nur kühle Berechnung und rationale Handlungen wahrnimmt.

Die Entwicklung der Fähigkeit, den emotionalen Gehalt von Ereignissen zu „lesen", kann erfolgen durch:

- Vertiefung des Wissens über die Zusammenhänge zwischen den rationalen Bereichen des Neokortex und den emotionalen Organen des limbischen Systems des Gehirns;
- der Analyse von Fallbeispielen unter dem Gesichtspunkt der Rolle der emotionalen Intelligenz in ihnen;
- der Analyse emotionaler Muster des eigenen Verhaltens;
- Führen eines Emotions-Tagebuchs.

**Emotionsmanagement und Selbstmotivation** sind ohne die Phase der Bewusstwerdung der eigenen Emotionen nicht möglich.

**Die Fähigkeit**, **die Emotionen anderer Menschen zu erkennen (Empathie)** – wichtig ist, dass eine effektive Entwicklung dieser Komponente der emotionalen Intelligenz ohne die gekonnte Aneignung der vorherigen nicht möglich ist. Denn erst wenn wir gelernt haben, uns selbst in verschiedenen emotionalen Zuständen und Ausdrucksformen zu verstehen und zu akzeptieren, lernen wir, andere zu verstehen und zu akzeptieren.

**Die Fähigkeit, Beziehungen aufzubauen** – der letzte Schritt in der Entwicklung der emotionalen Intelligenz. Diese Fähigkeit beinhaltet das Erlernen von Strategien zum Umgang mit den eigenen Emotionen und denen anderer Menschen, um gemeinsame Ziele zu erreichen.

Die Diagnose des Niveaus der emotionalen Intelligenz ist das erste Glied in der Kette ihrer Entwicklung – daher finden Sie im Anhang den Fragebogen zur „emotionalen Intelligenz“ von N. Hall, der Ihnen hilft, den Entwicklungsstand jeder Komponente Ihrer EI zu bestimmen, sowie Übungen und Techniken, die Ihnen helfen, Ihre eigenen Emotionen besser zu steuern.

Seien Sie einfühlsam und aufmerksam gegenüber sich selbst. Dies wird Ihnen helfen, einfühlsame und vertrauensvolle Beziehungen zu Ihren Patienten aufzubauen.

**Fragebogen zur „emotionalen Intelligenz“ von N. Hall**

Anleitung: Im Folgenden werden Ihnen Aussagen vorgelegt, die auf die eine oder andere Weise verschiedene Aspekte Ihres Lebens widerspiegeln. Bitte tragen Sie in das entsprechende Feld des Formulars rechts neben der Nummer jeder Aussage die Punktzahl ein, die Ihrer Einschätzung Ihrer Antworten entspricht:

Stimme überhaupt nicht zu (–3 Punkte)

Im Großen und Ganzen nicht einverstanden (–2 Punkte)

Teilweise nicht einverstanden (–1 Punkt) Teilweise

einverstanden (+1 Punkt)

Stimme größtenteils zu (+2 Punkte) Stimme voll und ganz

zu (+3 Punkte)

Antwortbogen:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |

**Fragen für den Fragebogen**

1. Für mich sind sowohl negative als auch positive Emotionen eine Quelle der Erkenntnis darüber, wie ich mich im Leben verhalten soll.

2. Negative Emotionen helfen mir zu verstehen, was ich in meinem Leben ändern muss.

3. Ich bleibe gelassen, wenn ich Druck von anderen spüre.

4. Ich bin in der Lage, Veränderungen meiner Gefühle zu beobachten.

5. Wenn es nötig ist, kann ich ruhig und konzentriert bleiben, um den Anforderungen des Lebens gerecht zu werden.

6. Wenn es nötig ist, kann ich in mir ein breites Spektrum positiver Emotionen hervorrufen, wie zum Beispiel Heiterkeit, Freude, innere Begeisterung und Humor.

7. Ich achte darauf, wie ich mich fühle.

8. Wenn mir etwas die Laune verdorben hat, kann ich meine Gefühle leicht unter Kontrolle bringen.

9. Ich bin in der Lage, mir die Probleme anderer Menschen anzuhören.

10. Ich versteife mich nicht auf negative Emotionen.

11. Ich habe ein Gespür für die emotionalen Bedürfnisse anderer.

12. Ich kann beruhigend auf andere Menschen wirken.

13. Ich kann mich immer wieder dazu motivieren, mich Hindernissen zu stellen.

14. Ich versuche, Lebensprobleme kreativ anzugehen.

15. Ich reagiere angemessen auf die Stimmung, die Impulse und die Wünsche anderer Menschen.

16. Ich kann leicht in einen Zustand der Ruhe, Bereitschaft und Konzentration gelangen.

17. Wenn es die Zeit erlaubt, gehe ich auf meine negativen Gefühle ein und finde heraus, wo das Problem liegt.

18. Ich bin in der Lage, mich nach einem unerwarteten Rückschlag schnell wieder zu beruhigen.

19. Das Wissen um meine wahren Gefühle ist wichtig, um „in Form“ zu bleiben.

20. Ich verstehe die Emotionen anderer Menschen gut, auch wenn sie nicht offen gezeigt werden.

21. I c h kann Emotionen gut anhand des Gesichtsausdrucks erkennen.

22. Ich kann negative Gefühle leicht beiseite schieben, wenn es gilt, zu handeln.

23. Ich nehme in der Kommunikation gut die Signale wahr, die darauf hindeuten, was andere brauchen.

24. Die Leute halten mich für jemanden, der die Gefühle anderer gut einschätzen kann.

25. Menschen, die sich ihrer wahren Gefühle bewusst sind, haben ihr Leben besser im Griff.

26. Ich bin in der Lage, die Stimmung anderer Menschen zu verbessern.

27. Man kann mich in Fragen zwischenm enschlicher Beziehungen um Rat fragen.

28. Ich kann mich gut auf die Emotionen anderer Menschen einstellen.

29. Ich helfe anderen dabei, ihre Motivation zu nutzen, um ihre persönlichen Ziele zu erreichen.

30. Ich kann mich leicht von Sorgen und Problemen ablenken.

**Auswertung und Interpretation der Ergebnisse:**

Addieren Sie die Ergebnisse jeder Skala und notieren Sie sie. Skala

„Emotionale Intelligenz“ – Punkte 1, 2, 4, 17, 19, 25.

Skala „Umgang mit den eigenen Emotionen“ – Punkte 3, 7, 8, 10, 18, 30.

Skala „Selbstmotivation“ – Punkte 5, 6, 13, 14, 16, 22.

Skala „Empathie“ – Punkte 9, 11, 20, 21, 23, 28.

Skala „Erkennen der Emotionen anderer Menschen“ – Punkte 12, 15, 24, 26, 27, 29.

**Entwicklungsstufen der Komponenten der emotionalen Intelligenz:**

**14 und mehr – hohes Niveau.** Zu seinen Indikatoren gehören nicht nur das Erkennen von Emotionen oder die Fähigkeit, diese zu steuern, sondern auch das Verständnis dafür, wie sich der Ausdruck der eigenen Emotionen auf andere Menschen auswirkt, und die Berücksichtigung dieser Tatsache im eigenen Verhalten;

**8–13 – mittleres Niveau.** Zeigt die Fähigkeit an, die Emotionen anderer Menschen zu unterscheiden, mit den eigenen negativen Empfindungen umzugehen und die eigenen Emotionen angemessen auszudrücken;

**7 und weniger – niedriges Niveau.** Zeigt an, dass die Person ihre eigenen Emotionen und die Emotionen anderer Menschen schlecht versteht, ihre eigenen Emotionen nicht steuern kann und kein Mitgefühl für andere empfindet.

**Gesamtniveau der emotionalen Intelligenz:**

70 und mehr – hoch; 40–69
– mittel;
39 und weniger – niedrig.

## Nützliche Techniken zur Entwicklung der emotionalen Intelligenz

**Emotionskarte**

| Emotion | Ursachen | Körperliche Anzeichen | Gedanken, die das Erleben der Emotion begleiten | Personen, mit denen sie in Verbindung gebracht wird |
|---|---|---|---|---|
| Wut | | | | |
| Abneigung | | | | |
| Angst | | | | |
| Verwunderung | | | | |
| Freude | | | | |
| Traurigkeit | | | | |

Nimm dir ein paar Minuten Zeit und versuche, die Rolle jeder Emotion in deinem Leben für dich selbst zu verstehen. Füge der Liste weitere Emotionen hinzu, die du in dir erkennen kannst.

**Emotions-Tagebuch**

Richten Sie im Laufe des Tages mehrere Erinnerungen mit dem Titel „Meine Emotionen“ ein (7–10 Erinnerungen). Fragen Sie sich im Moment der Erinnerung:

Was fühle ich gerade? Um welche Emotion handelt es sich?
Wie stark ist sie? Was löst sie aus?

Notieren Sie den Zusammenhang zwischen Ihren Gedanken und Emotionen.

Reflektieren Sie anschließend und analysieren Sie Ihr Tagebuch: Welche Emotionen

überwiegen bei Ihnen?
Was war der Grund für diese Emotionen? Wie intensiv waren diese Emotionen? Wie viele verschiedene Emotionen haben Sie empfunden?

**Wie kann man mit Emotionen umgehen?**

Es gibt eine einfache Technik, die Ihnen hilft, schnell zu erkennen, welche Emotion Sie gerade empfinden, deren Ursache zu identifizieren und mögliche Auswege aus der aktuellen Situation aufzuzeigen.

**Rotes Licht**
Lassen Sie sich auf dieses Gefühl ein (Emotionserzeugung). Benennen Sie es.

**Gelbes Licht**
Überlegen Sie, warum sie entstanden ist, wie Sie sich fühlen, wo genau in Ihrem Körper Sie diese Emotion spüren und was für ein Gefühl das ist. Analysieren Sie Möglichkeiten, aus der Situation herauszukommen (Bewusstwerdung der Emotion).

**Grünes Licht**
Handeln Sie nach dem Plan, der Ihnen am besten erscheint (Ausdruck von Emotionen).

**Checkliste zur Selbsthilfe bei starken Emotionen**

- **Blockieren Sie Emotionen nicht.** Schauen Sie genau hin, was Ihnen wehtut und was Ihnen die Emotionen signalisieren.
- Erstellen Sie für sich selbst eine Karte der Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge und versuchen Sie zu verstehen, **was diese Emotionen ausgelöst hat.**
- Konzentrieren Sie sich auf die erkannten „Schmerzpunkte“ und überlegen Sie, **wie Sie darauf Einfluss nehmen können.**

**Nützliche Techniken bei starken Emotionen**

**Stabilisierungstechnik 1**

- Schauen Sie sich um und suchen Sie mit den Augen 5 Gegenstände in blauer oder grüner Farbe. Benennen Sie sie.
- Hören Sie genau hin und nehmen Sie 4 verschiedene Geräusche wahr. Benennen Sie sie.
- Berühren Sie mit der Hand 3 verschiedene Oberflächen und spüren Sie sie. Beschreiben Sie, wie sie sich anfühlen.
- Riechen Sie zwei verschiedene Gerüche. Benennen Sie sie.
- Bestimmen Sie den Geschmack von etwas. Beschreiben Sie, wie es Ihnen geschmeckt hat. (Möglicherweise spüren Sie einen Geschmack im Mund; wenn Sie die Möglichkeit haben, trinken Sie ein wenig Wasser und achten Sie darauf, wie es schmeckt.)

**Stabilisierungstechnik 2**

Atmen Sie tief ein und aus. Schauen Sie sich langsam um und finden Sie:

- 5 Dinge, die Sie sehen,
- 4 Dinge, die Sie berühren,
- 3 Geräusche, die Sie hören,
- 2 Gerüche, die Sie wahrnehmen,
- 1 Emotion, die Sie gerade erleben.

**Atemübung 1**

Legen Sie sich bequem auf den Rücken, beugen Sie die Knie und stellen Sie die Füße auf den Boden (oder die Liege).

Atmen Sie tief ein und zählen Sie bis fünf. Achten Sie darauf, dass sich Ihr Bauch hebt, während Brust, Schultern und Lendenwirbelsäule auf dem Boden/der Liege bleiben.

Atmen Sie langsam aus und zählen Sie dabei bis fünf. Versuchen Sie, den Bauch gegen den Rücken zu drücken. Machen Sie zwei Serien mit jeweils 10 bis 20 tiefen Ein- und Ausatmungen.

**Atemübung 2**

„Atmen nach dem Quadrat“: Auf 1, 2, 3, 4 atmen wir ein, auf 1, 2, 3, 4 halten wir
, bei 1, 2, 3, 4 atmen wir aus und bei 1, 2, 3, 4 halten wir den Atem wieder an. Atmen Sie sanft und langsam durch die Nase ein und durch den Mund aus. Verlangsamen Sie nach und nach das Tempo, in dem Sie zählen. Wenn Sie diese Übung einige Minuten lang durchführen, lässt die Aufregung nach.

**Technik zur Erforschung der eigenen Ressourcen**

Wie steht es um meine Ressourcen?

- Erinnern Sie sich an Schwierigkeiten, die Sie früher überwinden konnten. Was hat Ihnen dabei geholfen?
- Schreiben Sie alle Ihre Stärken auf. Ergänzen Sie die Liste um alle weiteren Stärken, die Ihnen noch auffallen oder die Ihnen einfallen.
- Erstellen Sie eine Liste mit Aktivitäten, die Ihnen helfen, neue Kraft und emotionale Energie zu tanken.
- Planen Sie zumindest eine dieser Aktivitäten für die nächste Zeit ein.

**Dankbarkeit praktizieren**

Dankbarkeit hilft dabei, Überflüssiges loszulassen, freudige Momente zu genießen und erfüllt uns.

- Denken Sie darüber nach und erstellen Sie eine Liste, wofür Sie in Ihrer Arbeit dankbar sind.

- Erstellen Sie eine Liste, wofür (und wem oder was) Sie in diesem Monat dankbar sind.
- Erstellen Sie eine Liste, wofür (und wem oder was) Sie in dieser Woche dankbar sind.
- Erstellen Sie eine Liste der Dinge, für die (und wem oder wofür) Sie an diesem Tag dankbar sind.

**Fragen für das Reflexions-Tagebuch:**
Was haben Sie während der Sitzung empfunden? Was haben Sie Neues über sich selbst und über die Gruppe erfahren? Wie werden Sie dieses Wissen nutzen? Was haben Sie gelernt? Wie können die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten in Zukunft nützlich sein? Was war wichtig? Worüber haben Sie nachgedacht? Was ist mit Ihnen passiert? Was muss für die Zukunft weiterentwickelt werden?

Literatur und elektronische Version
der Unterrichtseinheit:
bit.ly/3Do6RtJ



THEMA 3

# Vertrauen in der Beziehung

## Die Beratung als Raum zum Aufbau partnerschaftlicher Beziehungen



# THEMA 3

# VERTRAUEN !N DER BEZIEH'JNG ZUM PATIENTEN. DIE BERATUNG ALS RAUM FÜR DEN AUFBAU EINER PARTNERSCHAFTLICHEN BEZIEHUNG

Mit viel Liebe zum Detail zusammengestellt, strukturiert und erstmals ins Ukrainische übersetzt von Anastasia Goretska, Olena Korotun und Tetiana Shchudrova




**Anastasia Goretska,** Leiterin des psychologischen Dienstes des Instituts für Bildungsqualität, Charkiw Nationale Medizinische Universität



**Olena Korotun,** Dozentin am Lehrstuhl für Pädiatrie und Kinderinfektionskrankheiten, Staatliche Medizinische Universität Bukowina



**Tetiana Shchudrova,** Dozentin am Lehrstuhl für Pharmakologie, Staatliche Medizinische Universität Bukowina

# LERNZIELE

- die Struktur einer Konsultation kennen;
- nonverbale Signale bei der Kommunikation mit dem Patienten analysieren können.

| Voraussetzungen | Wissen | Fähigkeiten |
|---|---|---|
| Der patientenzentrierte Ansatz als Grundlage der Philosophie der Patientenbeziehung. | Wie man Vertrauen in der Beziehung zum Patienten aufbaut;<br>Die Beratung als Raum für den Aufbau von Beziehungen. | Erreichen von gegenseitigem Verständnis und Vertrauen;<br>Aufbau partnerschaftlicher Beziehungen;<br>offene Fragen;<br>verbale und nonverbale Kommunikation;<br>Erforschung der Emotionen des Patienten;<br>Empathie. |

# СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Organisatorischer Teil – **5 Min.**
Überprüfung des Ausgangsniveaus (Test). Elektronische (vorzugsweise) oder Papierformulare – **10 Min.**
Kurze Erläuterung des theoretischen Stoffes (Mini-Vortrag). Als Alternative: mündliche Befragung/Interaktivität/Videovorführung **– 20 Min.**
Analyse realer Fallbeispiele. Als Option wird die Diskussion der Fallbeispiele in kleinen Gruppen vorgeschlagen **– 20–40 Min.**
Szenario mit einem Simulationspatienten, videoaufgezeichnet **– 20–30 Min.**
Nachbesprechung **– 30 Min.**
Wiederholung des Szenarios mit geänderten Parametern **– 15 Min.**
Wiederholtes Debriefing **– 15 Min.**
Abschließende Testkontrolle des theoretischen Wissensstands **– 5 Min.**
(auf Wunsch).
Zusammenfassung, Bekanntgabe der Noten **– 10 Min. Insgesamt**

**180 Minuten**

# TEIL 1. THEORETISCHE MATERIALIEN

## MODELL DER KLINISCHEN BERATUNG NACH KALGARI-CAMBRIDGE

(nach: Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. Skills for Communicating with Patients. 3. Aufl. London: CRC Press, 2013)

**Ziel der Einführung:**

- die Erfahrungen der Patienten und ihrer Angehörigen zu verbessern,
- die Patientensicherheit zu e r h ö h e n ,
- das Personal dazu anzuregen, im Umgang mit Patienten und deren Familien einen kompetenten und patientenzentrierten Ansatz zu verfolgen.

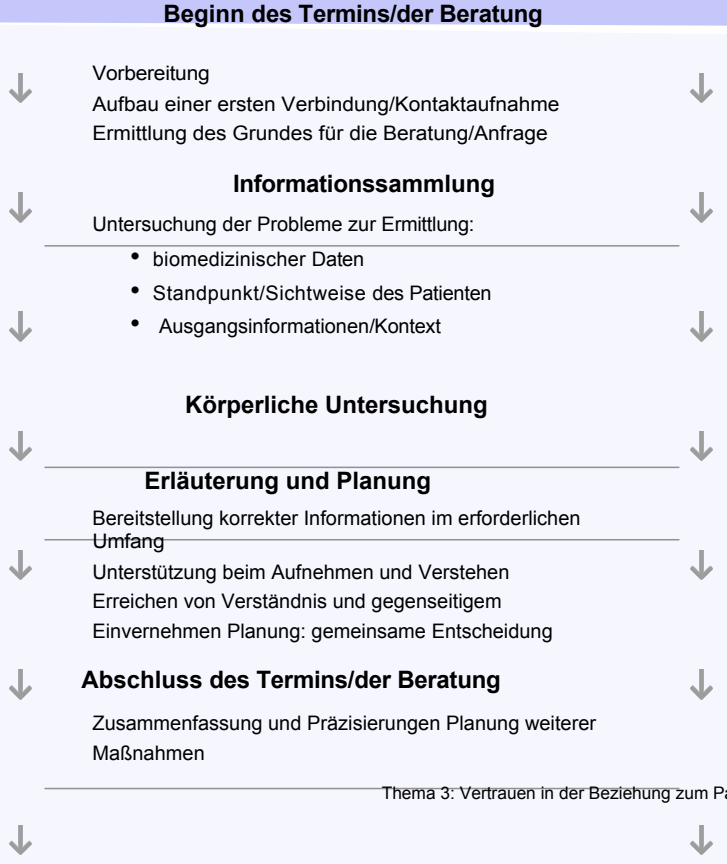



Abb. 6. Struktur der klinischen Beratung nach Calgary-Cambridge

Beginn des Treffens/der Beratung „ “

1. Vorbereitung
2. Aufbau einer ersten Verbindung/eines ersten Kontakts
3. Ermittlung der en Gründe für die e Beratung/Anfrage

- den Patienten begrüßen und seinen Namen erfragen;
- sich selbst, die eigene Rolle und den Charakter des Gesprächs vorstellen; gegebenenfalls die Einwilligung einholen;
- Respekt und Interesse am körperlichen Wohlbefinden des Patienten zeigen (Hindernisse beseitigen);
- sich vergewissern, dass der Patient bereit und sich wohlfühlt;
- den Hauptgrund für die Konsultation/den Besuch ermitteln:

  *verwenden wir nicht das Wort „Beschwerde“,*
  *„Was bereitet Ihnen Sorgen/beschwert Sie?“*

- den zeitlichen Rahmen festlegen;
- Ermitteln Sie die Probleme/Beschwerden des Patienten oder die Probleme, die der Patient lösen möchte, mithilfe der folgenden einleitenden Frage:

  *„Welche Probleme haben Sie heute ins Krankenhaus (in die Poliklinik/Ambulanz/Klinik) geführt?“*
  *„Womit kann ich Ihnen (heute) helfen?“*
  *„Was möchten Sie heute besprechen?“*
  *„Auf welche Fragen hoffen Sie heute eine Antwort zu erhalten?“*

- Hören Sie dem einleitenden Wort des Patienten aufmerksam zu, ohne ihn/sie zu unterbrechen oder seine/ihre Erzählung zu lenken;
- die erhaltene Liste der Beschwerden bestätigen und um Ergänzungen bitten, um umfassendere Informationen zu sammeln und Prioritäten zu setzen:

  *„Also, Sie leiden unter Kopfschmerzen und Müdigkeit. Sonst noch etwas?“ – dies mindestens dreimal innerhalb von 2 Minuten wiederholen*

- die Tagesordnung unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Patienten und des Arztes besprechen.

## Nonverbale Kommunikation

Drei Kanäle der Informationsübermittlung:

- verbale Mittel (Worte),
- akustische Mittel (Intonation, Klangfarbe, Sprechtempo),
- nonverbale Mittel (Mimik, Gestik, Distanz).

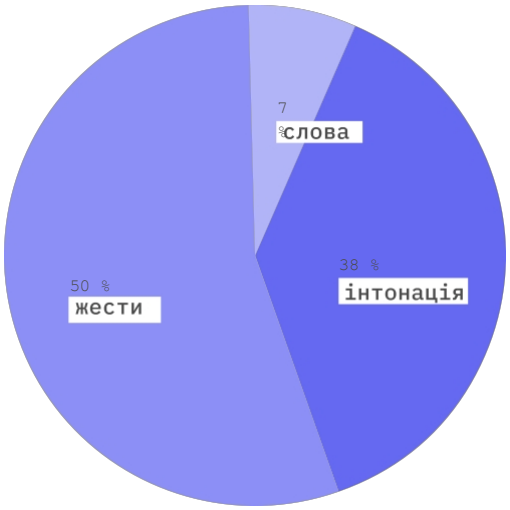



Abb. 7. Kommunikationsmittel

Wie können wir nonverbal Interesse zeigen und einen produktiven Kontakt herstellen:

- Augenkontakt herstellen;
- auf den Patienten zugehen, ihm zeigen, wo er/sie Platz nehmen kann, seine Sachen abstellen kann (offene, zeigende Gesten + Worte);
- das Telefon beiseite legen und sich nicht davon ablenken lassen;
- den Körper zum Patienten hin nei g e n ;
- durch die Intonation deutlich machen, dass wir aufmerksam zuhören („Verstehe, klar, fahren Sie fort“);
- Wenn möglich, vermeiden wir physische Barrieren (z. B. einen Tisch zwischen Arzt und Patient);
- Man sollte nicht über dem Patienten stehen.

**Informationssammlung**

- Untersuchung der Probleme des Patienten zur Ermittlung der biopsychosozialen Anamnese:

biomedizinische Daten,

Standpunkt/Sichtweise des Patienten,

Hintergrundinformationen/Kontext

- Ermutigen Sie den Patienten, in eigenen Worten über das Problem vom Zeitpunkt seines Auftretens bis zur Gegenwart zu berichten;

- offene und geschlossene Fragen verwenden und dabei von offenen zu geschlossenen Fragen übergehen;

- aufmerksam zuhören, dem Patienten die Möglichkeit geben, sich vollständig auszudrücken, ohne ihn zu unterbrechen, und ihm Zeit geben, seine Gedanken zu ordnen, bevor er auf die Frage antwortet oder die Antwort nach einer Pause fortsetzt;

- den Patienten durch verbale und nonverbale Signale zum Erzählen ermutigen, indem man Ermutigungen, Schweigen, Wiederholungen, Umformulierungen und Präzisierungen einsetzt;

- verbale und nonverbale Signale (Körpersprache, Sprechweise, Mimik, Stimmung) wahrnehmen und deren Bedeutung deuten;

- unverständliche Aussagen des Patienten oder solche, die einer Erklärung bedürfen, zu präzisieren:

  *„Könnten Sie bitte genauer erklären, was Sie damit meinen?"*
  *„Beschreiben Sie bitte Ihren Schwindel"*

- Fassen Sie das Gehörte regelmäßig zusammen, um festzustellen, ob der Arzt die Worte des Patienten richtig verstanden hat, und bieten Sie dem Patienten an, falsch interpretierte Aussagen zu korrigieren oder die Erzählung fortzusetzen *(„Also, wenn ich Sie richtig verstanden habe, stört Sie…")*

- kurze, verständliche Fragen und Kommentare verwenden, Fachjargon und komplizierte Begriffe vermeiden;

- Daten und den Ablauf der Ereignisse festhalten.

**Erkennen der emotionalen Reaktion des Patienten auf die Symptome und seines persönlichen Kontextes.** Die ICE-Triade (Ideen, Bedenken, Erwartungen) **hilft dabei, Folgendes zu ergründen und zu verstehen**:

- die Haltung und Emotionen des Patienten;
- I – die Vorstellungen und Überzeugungen des Patienten hinsichtlich der Ursache des Problems;
- C – Ängste und Sorgen des Patienten in Bezug auf jedes Problem;
- E – Erwartungen des Patienten: Grund für den Arztbesuch und Erwartungen an die Behandlung;
- Auswirkungen auf das Leben: Wie genau wirkt sich jedes Problem auf das Leben des Patienten aus?

**Den Patienten** dazu **ermutigen,** seine Emotionen und Gefühle auszudrücken:

*„Welche Gefühle löst das bei Ihnen aus?"*
*„Wie wirkt sich das auf Ihr Leben aus?"*

**Empathie zeigen:** Emotionen, Verständnis, Respekt und Unterstützung zum Ausdruck bringen;

- die persönliche, familiäre, medizinische und soziale Anamnese erfassen.

## Fähigkeit:
## offene Fragen & nonverbale Kommunikation

- den Patienten ermutigen, in eigenen Worten zu erzählen;
- nicht unterbrechen;
- offene Fragen stellen;
- Ermutigungen, Schweigen, Wiederholungen („Echo"), Umformulierungen, Präzisierungen und kurze Zusammenfassungen einsetzen;
- verbale und nonverbale Signale wahrnehmen; nonverbale Kommunikation einsetzen: Gesten, Körpersprache, Mimik, Sprechweise, Gesichtsausdruck, Stimmung.

## Fähigkeit: Emotionen erkunden

„Was empfinden Sie in dieser Situation? Erzählen Sie mir von Ihren Gefühlen.“
„Wie wirken sich diese chronischen Kopfschmerzen auf Ihr Leben aus?“
„Was löst sie aus oder provoziert sie?“
„Was bereitet Ihnen die größten Sorgen/was macht Ihnen Angst?“

## Fähigkeit: Empathie (NURSE – name, understand, respect, support, explore)[1]

[1] Mehr dazu im Thema „Empathie“, S. 165

N – name: Benennen Sie die Emotion, damit der Patient versteht, dass Sie ihn gehört haben;
U – understand: Verständnis zeigen;
R – respect: dem Patienten Respekt entgegenbringen;
S – support: Unterstützung zum Ausdruck bringen;
E – explore: die Emotionen des Patienten durch Fragen noch tiefer ergründen

**Verständnis für den emotionalen Zustand des Patienten**

Jede Emotion hat eine bestimmte soziale Funktion. Das Verständnis für die Emotionen anderer erleichtert die Kommunikation erheblich und hilft, Konflikte zu vermeiden.

**Grundlegende Emotionen:**

**Wut** – um Grenzen zu verteidigen und Gerechtigkeit wiederherzustellen;

**Traurigkeit und Wehmut** – um Unterstützung und Resonanz zu erhalten und sich an das Fehlen von etwas Wichtigem anzupassen, das zuvor existierte;

**Angst** – zur Umsetzung von Vermeidungsverhalten, zur Demonstration eines Bedrohungsgefühls;

**Überraschung** – um Unverständnis und Verwirrung zu zeigen, um Zeit zu gewinnen, um die Situation zu klären und zu verstehen;

**Interesse und Begeisterung** – für Schritte in Richtung dessen, was potenziell zur Befriedigung beiträgt;

**Freude** – um Vertrauen, eine sichere Umgebung und die Absicht zur Annäherung zu demonstrieren;

**Abneigung** – als Signal, dass etwas potenziell „ansteckend“ ist;

**Scham und Schuld** – Regulatoren sozialer Normen und Regeln.

Es gibt unzählige abgeleitete Emotionen (Sehnsucht, Traurigkeit, Ärger, Neid, Verachtung…), aber in ihnen steckt immer eine oder mehrere Grundemotionen. Wenn wir die Emotion eines Patienten verstehen, können wir ihn „lesen“ und Verständnis zeigen.

**Unsere Aufgaben:**

- Weder die Emotionen des Patienten noch die eigenen zu ignorieren. Emotionen können den Patienten stark beeinflussen, sodass emotionale Entscheidungen getroffen werden können;
- Emotionen widerspiegeln („Ich sehe, dass Sie verzweifelt sind … ich sehe, dass Sie verärgert sind … verstehe ich das richtig, dass Sie ratlos sind?“);
- Das Vorhandensein von Emotionen vermittelt uns Verständnis, während ihr völliges Fehlen auf eine Starre, einen emotionalen Schock, einen formellen Kontakt unter Ignorierung der Persönlichkeit des Menschen oder den Wunsch, sich abzuschotten, hindeuten kann.

## Strukturierung der Beratung

**Dem Dialog Offenheit verleihen:**

- am Ende einer speziellen Fragenreihe eine Zusammenfassung ziehen, um sich des richtigen Verständnisses zu vergewissern, bevor man weitermacht;
- von einem Fragenblock zum nächsten übergehen, dies ankündigen und begründen.

**Der Logik folgen:**

- das Gespräch in einer logischen Abfolge gestalten;
- die Zeit im Auge behalten und beim Thema bleiben.

## Beziehungsaufbau

**Angemessenes nonverbales Verhalten:**

- Augenkontakt, Mimik, Körperhaltung, Körperhaltung und -bewegungen, Sprache (Tonhöhe, Lautstärke, Intonation);
- Lesen, Notizen machen oder den Computer nutzen, ohne dabei den Dialog oder die Interaktion zu stören.

**Aufbau von Verbundenheit und Vertrauen:**

- die Ansichten und Gefühle des Patienten akzeptieren, nicht verurteilen;
- Empathie einsetzen, um Verständnis für die Gefühle und Schwierigkeiten des Patienten zu zeigen, die Ansichten und Gefühle des Patienten offen anerkennen;
- Unterstützung bieten: Besorgnis, Verständnis und Hilfsbereitschaft zum Ausdruck bringen, Partnerschaft anbieten.

**Einbeziehung des Patienten:**

- Gedanken mit dem Patienten austauschen, um zum Dialog anzuregen;
- die Untersuchungsmethoden erklären und begründen;
- bei der körperlichen Untersuchung um Erlaubnis bitten und den Ablauf erklären.

## Erläuterung und Planung

**Konkrete Informationen in der richtigen Form vermitteln:**

- Informationen dosiert bereitstellen und ständig überprüfen, ob der Patient sie richtig versteht;
- das Vorwissen des Patienten einschätzen und herausfinden, inwieweit der Patient an Informationen interessiert ist;
- den Patienten fragen, welche weiteren Informationen hilfreich wären (Ätiologie, Prognose);
- Erklärungen zum richtigen Zeitpunkt geben und voreilige Ratschläge und Schlussfolgerungen vermeiden.

**Helfen, Informationen aufzunehmen und zu verstehen:**

- Erklärungen strukturieren: Informationen in einzelne Teile aufteilen, die zu einer logischen Kette zusammengefügt werden;

- klare Anweisungen verwenden

  *„Ich möchte drei wichtige Punkte besprechen."*
  *„Erstens ..."*
  *„Jetzt sollten wir zur Diskussion übergehen ..."*

- Wiederholungen und Zusammenfassungen verwenden;

- sich kurz fassen, eine einfache und verständliche Sprache verwenden, Fachjargon oder Fachbegriffe vermeiden oder diese erklären;

- visuelle Methoden zur Informationsvermittlung einsetzen: Diagramme, Modelle, schriftliche Unterlagen und Anweisungen;

- das Verständnis der vom Patienten erhaltenen Informationen überprüfen (z. B. den Patienten bitten, das Gehörte in eigenen Worten wiederzugeben) und gegebenenfalls Klarstellungen vornehmen.

**Verständnis und gegenseitiges Verständnis erreichen:**

- Erklärungen entsprechend den zuvor ermittelten Vorstellungen, Empfindungen und Erwartungen des Patienten geben;

- den Patienten zur Mitarbeit ermutigen und ihm die Möglichkeit geben, Fragen zu stellen, um Erklärungen zu bitten oder Zweifel zu äußern, sowie ihm entsprechende Antworten geben;

- verbale und nonverbale Signale erkennen und darauf reagieren (z. B. den Wunsch des Patienten nach Informationen oder Fragen, Informationsüberflutung, Müdigkeit);

- die Einstellung, Reaktion und Gefühle des Patienten hinsichtlich der erhaltenen Informationen und der verwendeten Begriffe zu ermitteln und zu berücksichtigen.

.

## Analyse des nonverbalen Verhaltens des Patienten

**Achten Sie darauf,** wenn der Patient anfängt:

- auf die Uhr oder das Telefon zu schauen,
- den Blickkontakt vermeidet (obwohl zuvor Blickkontakt bestand),
- seine Sachen nimmt und sie an sich drückt (wie jemand am Bahnhof),
- Sein Körper dreht sich zur Tür hin (wobei sein Gesicht Ihnen zugewandt sein kann),
- versucht, den Abstand zu vergrößern,

bedeutet dies, dass er/sie den Kontakt bereits beenden möchte. Die Gründe sind vielfältig – Zeitmangel, Verspätung, mangelndes Verständnis, Toilettengang, Unbehagen, Angst, Unverständnis.

## Planung: gemeinsame Entscheidung treffen

- Teilen Sie bei Bedarf Ihre Gedanken, Ideen und Dilemmata mit;
- den Patienten einbeziehen, indem man Vorschläge macht, anstatt Anweisungen zu geben;
- den Patienten ermutigen, seine Gedanken – Ideen, Vorschläge und Präferenzen – zu äußern;
- einen für beide Seiten akzeptablen Plan vereinbaren;
- Auswahlmöglichkeiten anbieten: den Patienten ermutigen, Entscheidungen auf der Ebene zu treffen, auf der er dazu bereit ist;
- sich mit dem Patienten abstimmen: ob er/sie mit dem Plan einverstanden ist und ob alle Probleme berücksichtigt wurden.

## Voraussetzungen für eine erfolgreiche Aufklärung und Planung

Besprechung von Untersuchungen und Eingriffen

- genaue Informationen über die Maßnahmen geben: was der Patient spüren könnte und wie er über die Ergebnisse informiert wird;
- den Zweck der Maßnahmen und ihre Bedeutung für die Behandlung erläutern;
- die Diskussion über mögliche Befürchtungen oder negative Ergebnisse anregen.

**Besprechung des Befundes/der Diagnose und der Bedeutung des Problems**

- die eigene Meinung äußern und die Schlussfolgerungen begründen;
- die Ursachen, den Schweregrad, die Prognose sowie die kurz- und langfristigen Folgen erläutern;
- die Meinung, Reaktion und Einstellung des Patienten zu diesem Befund erfragen.

**Bei der Erstellung eines gemeinsamen Aktionsplans**

- Optionen zu besprechen (z. B. keine Maßnahmen ergreifen, sich untersuchen lassen, medikamentös, chirurgisch oder nicht-medikamentös behandeln lassen) sowie Präventionsmaßnahmen;
- Informationen zu den vorgeschlagenen Maßnahmen oder Behandlungen bereitstellen (wie sie wirken, Vorteile, mögliche Nebenwirkungen);
- die Einstellung und Motivation des Patienten sowie mögliche Hindernisse und Bedenken hinsichtlich der Behandlungspläne und -methoden zu ermitteln;
- die Sichtweise des Patienten zu akzeptieren und (falls erforderlich) alternative Standpunkte zu vertreten;
- den Lebensstil des Patienten, seine Überzeugungen, kulturellen Hintergründe und Möglichkeiten zu berücksichtigen;
- den Patienten dazu ermutigen, sich an der Umsetzung der Pläne zu beteiligen, Verantwortung zu übernehmen und eigenständig zu handeln;
- Unterstützungssysteme für Patienten zu besprechen und andere verfügbare Unterstützungsmaßnahmen zu erörtern.

## Abschluss des Treffens/der Beratung

**Planung**

- mit dem Patienten die nächsten gemeinsamen Schritte vereinbaren;
- Sicherheitsmaßnahmen: mögliche unerwartete Ergebnisse erklären, was zu tun ist, wenn der Plan nicht funktioniert, wann und wie Hilfe gesucht werden sollte.

**Abschluss des Termins**

- das Gespräch kurz zusammenfassen und den Behandlungs- oder Untersuchungsplan präzisieren;
- ein letztes Mal fragen, ob der Patient mit dem Plan einverstanden ist, ob er ihm/ihr zusagt, nach möglichen Anpassungen fragen, ob noch weitere Fragen aufgetreten sind usw.

## Zusammenfassung des theoretischen Teils

Der Patient ist kein Opfer der Krankheit, sondern ein Partner. Der Arzt

schlägt Optionen vor, der Patient trifft die Entscheidung.

Die Verantwortung für das Ergebnis liegt gemeinsam b e i Arzt und Patient.

Kommunikationsfähigkeit – Grundlage der klinischen Fertigkeiten, wichtigster Bestandteil der Kompetenz eines Arztes.

# TEIL 2. PRAKTISCHE AUFGABEN

**Fallbeispiele**
Fallbeispiele A. Quelle – echte Patientenbewertungen zur Arbeit von Ärzten von Websites ukrainischer Kliniken.
Fallbeispiele B. Quelle – echte Rückmeldungen von Ärzten über Patienten aus geschlossenen Berufsgruppen in sozialen Netzwerken.

## Fall 1 A

Ich war während meiner Schwangerschaft bei ihr in Behandlung. Als Ärztin ist sie kompetent, als Mensch jedoch unangenehm. Nie ein freundliches Wort, nie ein Lächeln – sie wirkt irgendwie trocken und gefühllos. Und wenn sie schlechte Laune hat oder der Tag schon zu Ende geht, verlässt man ihre Sprechstunde mit einem negativen Gefühl. Auch die Krankenschwester ist irgendwie seltsam. Manchmal habe ich auf Untersuchungen verzichtet, die ich für unnötig hielt, und die Ärztin hat darauf ganz gelassen reagiert, hat mir nichts aufschwatzen oder einreden wollen. Genauso war es mit den Labors – ich habe meine Untersuchungen dort machen lassen, wo ich wollte, und es gab keine Einwände. Sie verlangte keine Bestechungsgelder und griff nicht in die Tasche. Ein Fall, in dem nichts überflüssig war und alles auf den Punkt gebracht wurde. Die Bewertung ist positiv, aber ich würde mich nicht mehr bei ihr anmelden.

## Fall 2 A

Ergebnisse des Arztes gemäß den Empfehlungen im Internet. Bewertungen waren als positiv, sowohl positive als auch negative (es geht um den Arzt *****).

Ich kann nichts über die Kompetenz sagen, aber ich kann mit Sicherheit sagen, dass sie spezifisch in Art Kommunikationsstil mit Eltern und Kindern. Intoleranz gegenüber Handlungen Kinder (ich verstehe nicht, warum man einem Kind sagen sollte, dass, wenn es weiterhin laut schreit in den Pausen in der , in der Schule in das Ohr spritzen). Dann seltsame Andeutungen, dass, wenn es keine Bestechung gibt, es wird in der Schule Wir wurden nicht behandelt, obwohl wir uns bei der Vorgaben.

Ich habe für mich beschlossen, dass ich nicht mehr bereit bin, mit einem Gefühl der Abneigung und der Schuld , deshalb werde ich mich nicht mehr an sie wenden.

## Fall 3 A

Ich wurde bei dieser Ärztin wegen Diagnose-, „beidseitige „bei dseit polysegmentär Pneumonie“ behandelt. Eskame iger Eindrücke, was für einen Arzt am wichtigsten ist– nic die des s das ht Behandlung Patienten o Ausfüllen die Krankschreibung ausstellen und so schnell wiemöglich n die den Patienten Krankenhaus. Verantwort d ung In meinem Fall waren alle überfüllt und ich wurde nirgendwo aufgenommen. Ich r wurde zu Hause, zum Glück ist der Freund meines n Mannes Arzt, um Rat Meinungder Verschreibung der notwendigen ist Medik r ament c e.

## Fall 4 A

Der Arzt ***** wollte einfach nur Geld aus mir herauspressen. Beim Termin hat er mir kaum zugehört, saß nur da und tippte auf seinem Handy herum, während ich mein Problem schilderte; er hat keine Untersuchungen angeordnet, sondern mir sofort eine Behandlung für mehrere tausend Griwna verschrieben.

**Welche Beratungsfähigkeiten sollten verbessert werden?**

## Fall 1

Mein Großvater ist 99 Jahre alt. Seine Tochter ruft fast täglich an und erzählt, dass er heute Schmerzen und Brennen hat, und fragt, wann es ihm besser gehen wird.

## Fall 2

Zwei alte Menschen mit Lungenentzündung wollen keine Antibiotika. Das Argument – sie seien doch noch nie krank gewesen.

## Fall 3 B

Ein trauriger Fall, der von einem „guten Moment“ handelt, aber vielleicht lehrreich für diejenigen ist, die glauben, dass Ärzte wenig verstehen, oder für diejenigen, die sich auf Gerüchte verlassen.

Ein Patient, der in der Warteschlange für einen PCR-Test stand, wird ohnmächtig, fällt mit der Schläfe auf den Asphalt, wir leisten Erste Hilfe, er kommt wieder zu sich, ich rufe den Rettungsdienst und stelle eine dringende Überweisung zur stationären Behandlung mit der Diagnose: Schädel-Hirn-Trauma aus. Ich bin fünfmal zu ihm gegangen – habe ihm erklärt, dass er sich zwar normal fühlen mag, aber unbedingt einige Tage im Krankenhaus unter Beobachtung bleiben und sich weiteren Untersuchungen unterziehen muss; er sagte: „Gut, gut.“ Gestern ist er zu Hause gestorben. Nachdem der Rettungswagen ihn abgeholt hatte, schrieb er im Krankenhaus eine Verzichtserklärung. Heute kam ein Ermittler vorbei – ob ihn dort niemand geschlagen habe…

## Fall 4 B

93 Jahre alt, Notruf mit der Angabe „sehr schlecht“ .Bei (mit) einer Erkrankung des Darms) (Hatzu) (Hause) Untersuchungen und EKG abgelehnt, „brauche einen Arzt, einfach, damit mich) (im Einsatz tich“. Du akuter Zustände festgestellt. Hauptsächliche Beschwerd e – Trockenh eit im Mund. Und die Beschwerden: Warum sagen Sie nicht genau ihm Zeit, Anruf bei Sie Ruf, wir sind doch so nervös!

**Welche Beratungsfähigkeiten sollten hier zum Einsatz kommen?**

**Beispiel für ein Szenario mit Videoaufzeichnung im Simulationszentrum**

Sie sind Arzt in einer Ambulanz. Zu Ihnen kommt ein Patient (eine Patientin), der (die) sich planmäßig zur Erstuntersuchung angemeldet hat. Es ist lediglich eine Befragung des Patienten erforderlich, die Sie in dem Moment beenden müssen, in dem Sie bereit sind, zur Untersuchung überzugehen, und dies dem Patienten mitteilen. Die Ergebnisse der durchgeführten Befragung müssen schriftlich in dem auf dem PC bereitgestellten Formular festgehalten werden. Handeln Sie von Beginn der Situation an völlig eigenständig, so wie Sie es im realen Leben tun würden.

Tab. 5.

**Checkliste nach dem Calgary-Cambridge-Modell für die Durchführung einer Konsultation**

| Handlungen des Arztes | Beschreibung/Bewertungskriterien | Vermerk über die Durchführung | Punkte |
|---|---|---|---|
| **Kontaktaufnahme** | | | |
| Begrüßung | Der Arzt begrüßt den Patienten | | +1 |
| Sorge um das Wohlbefinden des Patienten | Erklärt, wo man Platz nehmen kann und wo man seine Sachen abstellen kann | | +1 |
| Selbstvorstellung | Nennt seinen Namen | | +1 |
| | Nennt seine Rolle | | +1 |
| | Legt die Art der Beratung/den Zweck des Treffens/die Uhrzeit fest | | +1 |
| Zustimmung zur Befragung | Fragt, ob es Einwände gibt bei einem Patienten zur Durchführung einer Befragung | | +1 |
| Identifizierung des Patienten | Fragt nach dem Namen des Patienten und dem Alter (Geburtsjahr) | | +1 |
| **Erhebung von Informationen** | | | |
| Offene Fragen (zu Beginn) | „Was hat Sie hierher geführt?“, „Was möchten Sie heute besprechen?“, „Womit sind Sie gekommen?“ | | +1 |
| Beginn des Gesprächs mit dem Satz „Worüber beschweren Sie sich?“ | Verwendung einer offenen Frage „Worüber beschweren Sie sich?“ | | +0,5 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Zuhören, ohne zu unterbrechen | Nonverbale Zeichen der Aufmerksamkeit | | +1 |
| Zusammenfassung | Wiederholt das Gesagte des Patienten, um zu bestätigen, dass er das Gesagte richtig verstanden hat, und fordert den Patienten auf, zu korrigieren oder zu ergänzen | | +1 |
| Screening | Versucht, andere (sekundäre, verborgene) Probleme aufzudecken, indem er Fragen stellt wie „Was bereitet Ihnen noch Sorgen?“ oder „Ist das alles, was Sie beschäftigt?“ | | +1 |
| | Dabei spricht er den Patienten mit seinem Namen (Vornamen und Nachnamen) an und führt das Screening durch, bevor er Einzelheiten erfragt | | +1 |
| Ermittlung der Ideen und Gedanken des Patienten | Fragt, womit der Patient seinen Zustand in Verbindung bringt, ohne Antwortmöglichkeiten vorzuschlagen | | +1 |
| Verwendung offener Fragen | Fragt bei der Informationssammlung nach etwas Konkretem, zum Beispiel „Erzählen Sie mir bitte mehr darüber“, „Womit können Sie dieses Problem erklären/was könnte es verursacht haben?“ | | +1 |
| Vorschläge für Antwortmöglichkeiten | Stellen Sie Fragen und schlagen Sie Antwortmöglichkeiten vor | | – 0,5 |
| Eine Reihe von Fragen | Stellt mehrere Fragen hintereinander | | – 1 |
| **Beziehungsaufbau während der Kommunikation:** | | | |
| Augenkontakt | Mindestens die Hälfte der Zeit während der gesamten Befragung | | +1 |
| Unterbrechungen | Unangebrachte Äußerungen (Einwürfe) sowie Formulierungen, die nicht als klärende oder als Unterstützung der Erzählung des Patienten gewertet werden können | | -1 |
| Anrede des Patienten | Anrede mit dem Namen (Vorname und Nachname) | | +1 |
| Kommentare und Bewertung des Verhaltens des Patienten | Äußert sich zu der verspäteten Kontaktaufnahme, rät zur Beruhigung, weist auf die Unerwünschtheit einer „ähnlichen Reaktion“ usw. hin. | | -1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Pausen einlegen | Wenn der Patient kurz verstummt – gibt Gelegenheit, fortzufahren | | +1 |
| Körperhaltung | Hört dem Patienten zu, ohne sich von den Aufzeichnungen abzuwenden, im Stehen usw. | | -1 |
| Empathie | Zeigt Verständnis für Gefühle, Ängste, Probleme usw. | | +1 |
| Förderung der Antwort des Patienten – aktives Zuhören | Unterstützt den Patienten durch Ermutigung, Wiederholung und Umformulierung | | +1 |
| Ergebnis der Kommunikation | Ermittelt eine umfassende Liste der Probleme des Patienten | | +1 |
| | Ermöglicht die Formulierung einer korrekten diagnostischen Hypothese | | +1 |
| | Sorgt für die Zufriedenheit des Patienten mit dem Gespräch | | +1 |
| Klärende Fragen | „Haben Sie noch Fragen?“ | | +1 |
| **Erreichte Punktzahl Maximale**<br>**Punktzahl: 23**<br>**Mindestpunktzahl für das Bestehen: 16 (70 %)** | | | |

## Nachbesprechung – Feedback

4 Phasen:

Studierender: Was habe ich gut gemacht?
Studierender: Was hätte ich besser machen können? Dozent: Was wurde gut gemacht?
Dozent: Was hätte man besser machen können?

**Fragen für das Reflexions-Tagebuch:**

Wie wohl habe ich mich dabei gefühlt, das Szenario während des Unterrichts durchzuspielen?
Woran muss ich arbeiten, um meine Beratungs- und Kommunikationsfähigkeiten zu verbessern?
Welcher Fall hat mich am meisten beeindruckt und warum?

Präsentation zum Thema unter folgendem Link:

bit.ly/3Ik3HLu

Die vollständige Version der Unterrichtseinheit unter dem Link:

bit.ly/3DoYiiu

THEM 4
A

# Autonomie des Patienten und berufliche Grenzen in Beziehungen

# THEMA 4. SUBJEKTIVITÄT UND AUTONOMIE DES PATIENTEN. BERUFLICHE GRENZEN

Mit Blick auf die Wahrung der Grenzen der Patienten wurden die Materialien für diese Unterrichtseinheit vorbereitet von:



**Sofia Gusak,** Dozentin am Lehrstuhl für Innere Medizin Nr. 2 der Ivan-Gorbatchevsky-Nationalen Medizinischen Universität Ternopil



**Olena Kostyuk,** Dozentin am Lehrstuhl für Neonatologie, Platon-Shupyk-Nationaluniversität für Gesundheitswissenschaften der Ukraine



**Tetiana Havrysch,** Doktor der Rechtswissenschaften, Rechtsanwältin, geschäftsführende Partnerin der Anwaltskanzlei ILF



**Oleksiy Kharitonov,** Doktor der Rechtswissenschaften, Rechtsanwalt, Partner der Anwaltskanzlei ILF



**Oleksiy Golovin,** Senior Associate, Anwaltskanzlei ILF



**Marina Kachnova,** Rechtsanwaltsassistentin, Anwaltskanzlei ILF



**Iryna Movchan,** Rechtsanwaltsassistentin, Anwaltskanzlei ILF



**Anastasia Leukhina,** Vorsitzende der gemeinnützigen Organisation „Horizontali“, Beraterin des ukrainisch-schweizerischen Projekts „Entwicklung der medizinischen Ausbildung“

# WARUM UNTERSCHEIDET SICH DIESES KAPITEL IN INHALT UND STRUKTUR VON DEN ANDEREN?

Das Thema Subjektivität und Grenzen erwies sich für uns alle als das schwierigste und machte deutlich, wie viel wir noch lernen müssen. Lernen, um solche auf den ersten Blick abstrakten, aber in Wirklichkeit sehr praxisnahen Fragen der Entscheidungsverantwortung, der Subjektivität und Autonomie des Patienten sowie der Regeln und Ausnahmen an der Schnittstelle zwischen Medizin und Recht besser zu verstehen. Deshalb unterscheidet sich dieses Kapitel von den anderen. Die Inhalte dieses Kapitels helfen dabei, Lücken im Verständnis von Subjektivität und Grenzen sowie in den damit verbundenen Fähigkeiten zu schließen. Seine konzeptionellen Grundlagen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stellen stel All dies ermöglicht es, eine gemeinsame Terminologie zu entwickeln, die Logik des korrekten Aufbaus von Beziehungen zum Patienten zu verstehen und das Wissen und die Fähigkeiten zum Calgary-Cambridge-Modell der medizinischen Beratung (siehe vorheriges Kapitel) zu ergänzen, wodurch wir auf das nächste Kapitel über Vertraulichkeit vorbereitet werden.

Wir sind uns bewusst, dass gemeinsame Entscheidungsfindung und Selbstbestimmung kein Selbstzweck sind, sondern ein Weg, um Vertrauen und eine gesunde Beziehung zwischen Arzt und Patient aufzubauen. Wir laden Sie daher ein, gemeinsam kleine Schritte auf diesem Weg zu gehen.

In diesem Kapitel finden Sie Antworten auf folgende Fragen:

- Gemeinsame Entscheidungsfindung in der medizinischen Praxis: Wozu und wie?
- Patientenautonomie und Selbstbestimmung: Was ist das und wie lässt sich das umsetzen?
- Was tun, wenn der Patient keine Entscheidung treffen möchte?
- In welchen Fällen darf der Arzt allein entscheiden?
- Was sind persönliche Grenzen, welche Arten von Grenzen gibt es?

Wir danken Viktoria Pidvorchanska, Beraterin der Anwaltskanzlei „Asters“, sowie Zoryana Skaletska, Dozentin an der Nationalen Universität „Kyiv-Mohyla-Akademie“.

## Lernziele

| Einstellung | Wissen | Fähigkeiten |
|---|---|---|
| Der menschenzentrierte Ansatz als Grundlage der Philosophie der Patientenbeziehung. | Subjektivität und Grenzen;<br>der Patient als Entscheidungsträger;<br>gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making, SDM);<br>Was sind Grenzen?<br>Welche Arten von Grenzen gibt es? | wie man dem Patienten Informationen korrekt vermittelt und für jeden den Detaillierungsgrad festzulegen, der für eine gemeinsame Entscheidung erforderlich ist;<br>Wie man in der Praxis die Einhaltung von Grenzen sicherstellt, Überschreitungen oder Verletzungen von Grenzen erkennt;<br>wie man eigene Grenzen aufbaut;<br>Was ist bei einer Grenzüberschreitung zu tun? |

# TEIL 1. THEORETISCHE GRUNDLAGEN

**Gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making, SDM)**

In den meisten Fällen sind Ärzte heute die Autorität, während Patienten bei der Behandlung nur eine passive Rolle spielen. Ärzte weisen Patienten an, was sie tun sollen, weshalb diese selten an der Entscheidung über die Behandlung beteiligt sind. Ein solcher Ansatz ist jedoch gegenüber dem Patienten nicht ganz korrekt und muss durch den Übergang zu einem Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung verbessert werden. Er muss durch den Übergang zur Anwendung gemeinsamer Entscheidungen verbessert werden.

**Die gemeinsame Entscheidungsfindung (GEF) ist ein Gespräch, bei dem Arzt und Patient gemeinsam den weiteren Behandlungsverlauf festlegen.** Das medizinische Personal hilft bei der Auswahl der Behandlungsmethode unter Berücksichtigung der Präferenzen und Überzeugungen des Patienten und unterstützt ihn dabei, die richtige Entscheidung zu treffen. Das Prinzip der gemeinsamen Entscheidungsfindung zielt darauf ab, eine medizinische Versorgung zu gewährleisten, die auf den einzelnen Patienten zugeschnitten ist. Dieses Prinzip besteht aus drei Komponenten: (1) klare, präzise und fundierte Behandlungsoptionen (Evidenz), (2) Erfahrung in deren Anpassung

sowie (3) der Präferenzen des Patienten selbst. Darüber hinaus berücksichtigt die gemeinsame Entscheidung psychologische, soziale und emotionale Faktoren. Diese beeinflussen das Ergebnis der Diskussion.

Das Erreichen solcher gemeinsamer Entscheidungen hängt vom Aufbau einer engen Zusammenarbeit ab, die auf gegenseitigem Verständnis zwischen Arzt und Patient beruht. Das Ziel
ist es, dass der Patient eine Entscheidung über eine Behandlung trifft, die die für ihn wichtigsten Aspekte widerspiegelt.

**Der Ansatz der gemeinsamen Entscheidungsfindung (GEF) basiert auf der informierten Einwilligung und der Autonomie des Patienten.** Die informierte Einwilligung bedeutet, dass Patienten keine Entscheidungen treffen können, ohne alle Vor- und Nachteile der vorgeschlagenen Behandlungsoptionen zu verstehen. Autonomie setzt die Berücksichtigung der persönlichen Werte und Überzeugungen des Patienten voraus. Dies erklärt, warum Risiken und Vorteile unterschiedlich interpretiert werden können. Daher kann in bestimmten Situationen die Meinung des Arztes von der endgültigen Entscheidung des Patienten abweichen. In solchen Fällen müssen sich der Arzt und der Patient über die endgültige Entscheidung einigen. Der Patient muss jedoch entweder die Position des Arztes vollständig verstehen und akzeptieren oder auf seiner Entscheidung bestehen. **Die Meinung des Patienten muss ausschlaggebend sein.**

Vor diesem Hintergrund lässt sich sagen, dass Patienten bei der Behandlung eine zentrale Rolle spielen. Allerdings sind sie nicht immer bereit oder willens, gemeinsam mit ihren Ärzten an der Entscheidungsfindung bezüglich der Behandlung teilzunehmen. Dafür gibt es mehrere Gründe. Erstens lassen sich Menschen in verschiedene Typen einteilen: Manche sind aktiv und bereit, gemeinsam Verantwortung zu übernehmen, andere sind passiv und ziehen es vor, sich die Last der Behandlungsentscheidung abzunehmen.

Zweitens kann es sein, dass sich der Patient unwohl fühlt oder keine emotionale Bindung zum Arzt hat. Der Patient kann sich von Seiten des medizinischen Personals unter Druck gesetzt fühlen und das Gefühl haben, die Situation nicht selbst kontrollieren zu können. Außerdem kann er ein hohes Maß an Angst empfinden, weshalb er es vorzieht, sich nicht an medizinischen Entscheidungen zu beteiligen.

Drittens kann der Patient auch durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden (Geschlecht, Alter, Bildungsstand, Kultur usw.).

Andererseits kommt es häufig vor, dass gerade der Arzt kein Interesse an einer gemeinsamen Entscheidungsfindung hat – aufgrund seiner begrenzten Zeit für jeden einzelnen Patienten. Dieses Problem lässt sich lösen durch

**Verbesserung der Kommunikationsqualität während der Konsultation.** Zum Beispiel: die Kommunikation strukturieren, sich auf den einzelnen Patienten konzentrieren, aktiv Fragen stellen, Bedenken und Ziele äußern, sich auf emotionale Aspekte konzentrieren. All dies wird die Qualität des Gesprächs erheblich verbessern und den Zeitdruck mildern.

Jeder **Patient hat das Recht auf Zugang zu seinen eigenen Krankenakten**, was gesetzlich verankert ist. Ärzte sind ihrerseits verpflichtet, diesen Zugang zu gewähren. Der Zugang zu den Krankenakten verbessert das Verständnis der Patienten für ihren Gesundheitszustand. Sie beginnen, sich aktiver um sich selbst zu kümmern. Dies wirkt sich auch positiv auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient aus, stärkt das Vertrauen, die Sicherheit und das Engagement der Patienten. Infolgedessen steigt ihre Aktivität bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung.

Das Ziel der Ärzte ist es, den Patienten dabei zu helfen, eine Entscheidung zu treffen, die ihren Werten und Präferenzen entspricht. Medizinisches Fachpersonal kann dies erreichen, indem es die Patienten ermutigt und in die gemeinsame Entscheidungsfindung einbezieht. Gleichzeitig erweisen Ärzte, die unklare oder unbekannte Informationen über die Risiken und Vorteile einer Entscheidung vermitteln, den Patienten einen „Bärendienst“.

Die weltweite Popularität der Praxis der gemeinsamen Entscheidungsfindung wächst von Jahr zu Jahr. Einige Länder haben sie bereits in ihre Gesetzgebung aufgenommen. In Kanada wurde ein Forschungslehrstuhl zu diesem Thema eingerichtet. In England wurde das Programm „NHS RightCare“ ins Leben gerufen, dessen Ziel die Umsetzung des Grundsatzes „Keine Entscheidungen über mich ohne mich“ ist. Einige europäische Länder, darunter Frankreich, haben Gesetze verabschiedet, die „Gesundheitsdemokratie“. Darüber hinaus findet alle zwei Jahre die Internationale Konferenz für gemeinsame Entscheidungsfindung (ISDM) statt, und das Salzburger Global Seminar hat eine Reihe von Sitzungen zum Thema „Einbeziehung von Patienten in die Entscheidungsfindung“ veranstaltet.

Patienten, die effektiv an der Entscheidungsfindung beteiligt sind, bereuen die gewählte Behandlungsmethode später deutlich seltener, kommunizieren offener mit ihren Ärzten, kennen ihren Gesundheitszustand besser und sind insgesamt zufriedener mit der Behandlung. Zudem fördert die gemeinsame Entscheidungsfindung eine starke Beziehung zwischen Patient und Arzt. Darüber hinaus gewährleistet die gemeinsame Entscheidungsfindung die Zustimmung des Patienten zu einer bestimmten Behandlung und schützt den Arzt vor möglichen Beschwerden und/oder Klagen im Nachhinein. Genau diese Art von Beziehung ermöglicht gemeinsame Entscheidungen.

# SUBJEKTIVITÄT UND GRENZEN

Das Leben eines Menschen ist der höchste Wert. In der Arbeit eines Arztes spielt das Leben des Patienten eine zentrale Rolle, denn der Arzt behandelt den Menschen, die Person, und nicht ihren Körper. Die Konvention über Menschenrechte und Biomedizin (Straßburg, 2005) und die Edinburgher Erklärung der Weltföderation für medizinische Ausbildung gehören zu den wichtigsten Dokumenten zu diesen Themen. Sie gewähren den Patienten das Recht, am Diagnose- und Behandlungsprozess teilzunehmen, sowie die Möglichkeit, im Arzt einen aufmerksamen Zuhörer, einen sorgfältigen Beobachter und einen kompetenten Kliniker zu finden. Dies erklärt den Wunsch und das Bestreben der Patienten nach einem offenen Dialog mit den Ärzten. **Daher muss der Patient als Subjekt der medizinischen Beziehung betrachtet werden, das Einfluss darauf nehmen kann, was mit ihm geschieht, und nicht als Objekt, das von kompetenten medizinischen Fachkräften behandelt wird.**

Kommunikation und Interaktion tragen dazu bei, dass sowohl der Patient als auch das medizinische Personal mit dem Behandlungsprozess zufrieden sind. Manchmal kann die Arzt-Patienten-Beziehung jedoch die zulässigen Grenzen überschreiten.

Die amerikanischen Psychiater Carol Nadelson und Glen Hubbard definieren berufliche Grenzen als bestimmte Grenzen der Beziehung, in der eine Person ihr Wohlergehen einer anderen anvertraut. Die Wahrung solcher Grenzen zwischen medizinischem Personal und Patienten ist heutzutage ein aktuelles Thema. Sie ist ein zentraler Bestandteil einer guten medizinischen Praxis und einer angemessenen Patientenversorgung. Dieser Praxis liegt der Grundsatz zugrunde**, dass ein Arzt verpflichtet ist, ausschließlich im Interesse der Patienten zu handeln,** die stets Verständnis, Mitgefühl und Integrität seitens des Arztes erwarten.

Heute hat sich die medizinische Praxis verändert, und es kommt immer häufiger zu informellen Beziehungen zwischen Arzt und Patient. Dies kann dazu führen, dass der Patient die Handlungen des medizinischen Personals falsch versteht. Darüber hinaus stellt sich die Frage nach der Einhaltung beruflicher Grenzen. Ihre Überschreitung kann zu einem Vertrauensverlust des Patienten gegenüber dem Arzt führen und dem Patienten psychische Traumata zufügen, was seitens des medizinischen Personals unethisch und unprofessionell ist. Meistens liegt die Ursache dafür in einer falschen emotionalen Wahrnehmung der Handlungen des Arztes durch den Patienten. Auch kann die Überschreitung von Grenzen zu finanziellen Interessenkonflikten zwischen den Parteien oder zu körperlichen Schäden führen.

Im australischen Verhaltenskodex für Ärzte heißt es, dass die Hauptaufgaben von medizinischem Personal in der Fürsorge für die Patienten sowie in einer sicheren und wirksamen

Medizin. Ein Arzt muss stets innerhalb ethischer Grenzen handeln. Die medizinische Praxis umfasst auch die Erörterung persönlicher und vertraulicher Fragen, die den Intimbereich des Patienten betreffen, sowie die Durchführung verschiedener Untersuchungen, die die körperlichen (physischen) Grenzen des Patienten verletzen können. Am anfälligsten für die Überschreitung beruflicher Grenzen sind Fachärzte in den Bereichen Psychiatrie und Gynäkologie. Dennoch müssen diese Grenzen stets eingehalten werden. Der General Medical Council (GMC), eine staatliche Behörde des Vereinigten Königreichs, hat festgelegt, dass Ärzte keine sexuellen oder emotional engen Beziehungen zu Patienten unterhalten dürfen.

Um das Risiko einer Grenzüberschreitung zu minimieren, muss der Arzt bestimmte Regeln einhalten. Nämlich: ausschließlich zum Wohle des Patienten zu handeln, die Berufsethik nicht zu verletzen und seine Emotionen zu kontrollieren. Manchmal ist gerade der emotionale Zustand des medizinischen Personals der Grund für eine Überschreitung der beruflichen Grenzen. Darüber hinaus muss auch der Patient die Regeln der Beziehung zum Arzt einhalten und dessen persönliche Grenzen respektieren. Als unzulässig gelten das Belästigen des Arztes mit Fragen, die nicht mit dem Gesundheitszustand zusammenhängen, Treffen außerhalb des Arbeitsortes des medizinischen Personals, verschiedene unangebrachte Angebote usw.

## „Der Patient ist Herr über seinen Körper“: Was ist Subjektivität?

## und was dies für die ärztliche Praxis bedeutet

Jeder Bürger der Ukraine hat ein verfassungsmäßiges Recht auf Gesundheitsversorgung.

Bei der Inanspruchnahme einer Gesundheitseinrichtung wandelt sich dieses unveräußerliche und unantastbare Recht von einem objektiven in ein subjektives, und der Mensch erhält den Status eines Patienten.

Der Patient wiederum darf nicht als Objekt betrachtet werden, das einer Behandlung bedarf, sondern als Subjekt, das Rechte und Pflichten in Bezug auf seine Gesundheit hat. Die Interaktion zwischen medizinischem Personal und Patient muss sich gerade auf die Rechte des Patienten stützen.

Die Liste dieser Rechte wird in den Grundlagen der ukrainischen Gesetzgebung zum Gesundheitswesen festgelegt. Einige davon sind:

**Das Recht auf freie Arztwahl und Wahl der Behandlungsmethoden**

Der Patient kann seinen behandelnden Arzt selbst auswählen, oder dieser wird ihm vom Krankenhausleiter zugewiesen. In jedem Fall hat der Patient jedoch die Möglichkeit, den Arzt nach eigenem Wunsch zu wechseln. Dieses Recht ermöglicht es dem Patienten, selbst den Facharzt auszuwählen, dem er vertraut. Was die Behandlungsmethoden betrifft, so hat der Patient das Recht auf Aufklärung in dieser Frage. Die Entscheidung muss gemeinsam mit dem Arzt getroffen werden, doch das letzte Wort hat der Patient. Gleichzeitig bleibt der Arzt für die Entscheidung verantwortlich. Die Verantwortung für die gemeinsame Entscheidung wird zwischen dem medizinischen Fachpersonal und dem Patienten geteilt. Dieses Recht steht Personen zu, die das 14. Lebensjahr vollendet haben.

**Das Recht auf wahrheitsgemäße und vollständige Informationen über den eigenen Gesundheitszustand**

Der Arzt ist verpflichtet, einem volljährigen Patienten alle Informationen über seinen Gesundheitszustand, die Angemessenheit der Behandlungsmethoden sowie über alle möglichen Risiken für Leben und Gesundheit mitzuteilen. Diese Informationen können jedoch eingeschränkt werden, wenn sie zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands des Patienten führen oder den Behandlungsprozess beeinträchtigen würden. Die Einsicht in medizinische Unterlagen über den eigenen Gesundheitszustand ist ein wichtiger Bestandteil für die weitere Entscheidungsfindung bezüglich der Behandlung.

Hier kommen wir wieder auf die Einwilligung des Patienten nach Aufklärung zurück. Darüber hinaus hat der Patient auch:

- das Recht auf eine informierte Einwilligung in die Anwendung von Diagnose-, Präventions- und Behandlungsmethoden sowie das Recht, eine Behandlung abzulehnen;
- das Recht auf Vertraulichkeit hinsichtlich seines Gesundheitszustands, der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe, der Diagnose sowie der während seiner medizinischen Untersuchung gewonnenen Informationen;
- das Recht, anderen medizinischen Fachkräften, Familienangehörigen und anderen Personen Zugang zum Patienten zu gewähren;
- das Recht, zur Behandlung ins Ausland überwiesen zu werden;

- das Recht auf Ersatz des erlittenen Gesundheitsschadens;
- die Möglichkeit, ein unabhängiges medizinisches Gutachten erstellen zu lassen;
- das Recht, gegen unrechtmäßige Entscheidungen und Handlungen von Mitarbeitern, Einrichtungen und Behörden des Gesundheitswesens Einspruch zu erheben.

Neben diesen Rechten hat der Patient jedoch auch bestimmte Pflichten in Bezug auf seine Gesundheit. Dazu gehören insbesondere: die Sorge um die eigene Gesundheit und die Gesundheit der Kinder; die Vermeidung von Gesundheitsschäden bei anderen Bürgern; die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und rechtzeitigen Impfungen usw.

Zudem sind Patienten verpflichtet, die ärztlichen Anweisungen zu befolgen und die Hausordnung des Krankenhauses einzuhalten. Das medizinische Personal haftet nicht für die Gesundheit des Patienten, wenn dieser sich nicht an die vereinbarte Behandlungsmethode hält oder diese gänzlich ablehnt. Es ist zu beachten, dass nur eine Person, die voll geschäftsfähig ist, d. h. die sich der Bedeutung ihrer Handlungen bewusst ist und diese steuern kann, die Behandlung ablehnen kann.

Abschließend möchten wir betonen, dass **der Patient ebenso wie der Arzt ein Subjekt medizinischer Rechtsbeziehungen ist.** Er ist keinesfalls ein Objekt, das lediglich behandelt werden muss. Auch wenn der Patient kein medizinischer Fachmann ist, muss man ihm mit Respekt begegnen und seine Meinung berücksichtigen. Denn gerade der Patient ist „Herr über seinen eigenen Körper“.

## WIE MAN DEM PATIENTEN RICHTIG INFORMATIONEN VERMITTELT UND DEN DETAILLIERUNGSGRAD FESTLEGT, DEN JEDER/JEDE FÜR EINE GEMEINSAME ENTSCHEIDUNG BENÖTIGT

**Das Calgary-Cambridge-Modell der medizinischen Beratung,** das heute als Maßstab für das klinische Gespräch zwischen Arzt und Patient gilt, sieht vor, dass zwischen Patient und Arzt ein fundierter Dialog aufgebaut wird, in dessen Rahmen der Patient die Natur seiner Erkrankung in einer für ihn verständlichen Form erklärt bekommt. Die Grundlage für eine effektive Kommunikation zwischen Patient und Arzt ist die Bereitstellung vollständiger und zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand des Patienten durch den Arzt. Je besser es dem Arzt gelingt, einer Person, die Hilfe benötigt, die Situation verständlich zu erklären

medizinische Hilfe benötigt, ihre Diagnose, den Untersuchungsplan, die Prognose für den möglichen Krankheitsverlauf usw. erklärt, hängt der Erfolg der Behandlung ab.

Die Gesetzgebung der Ukraine sieht vor, dass ein Patient, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, das Recht auf wahrheitsgemäße und vollständige Informationen über seinen Gesundheitszustand hat, einschließlich des Rechts auf Einsicht in die entsprechenden medizinischen Unterlagen, die seine Gesundheit betreffen.

In der Phase der Aufklärung und Behandlungsplanung sollte das medizinische Fachpersonal die Informationen dosiert vermitteln, regelmäßig überprüfen, ob der Patient diese verstanden hat, und auf dessen Rückfragen eingehen. **Die Vollständigkeit der Informationen, die der Patient erhält, wirkt sich unmittelbar auf die korrekte Umsetzung der ärztlichen Empfehlungen aus.** Daher ist es wichtig, dass der Facharzt die Ätiologie (Ursachen und Entstehungsbedingungen) der Erkrankung des Patienten, die Einzelheiten der verordneten Untersuchungen und Behandlungen, die Nebenwirkungen der verschriebenen Medikamente sowie deren Wirkmechanismen ausführlich erläutert.

Die partnerschaftliche Beziehung zwischen Arzt und Patient setzt voraus, dass der Patient wahrheitsgemäße Informationen über seinen Gesundheitszustand erhält. In der ukrainischen Gesetzgebung gibt es Ausnahmen von dieser Regel. Wenn beispielsweise Informationen über die Erkrankung des Patienten dessen Gesundheitszustand verschlechtern oder den Heilungsprozess beeinträchtigen könnten, haben medizinische Fachkräfte das Recht, ihm unvollständige Informationen zu geben, um ihm die Hoffnung auf ein längeres Leben und einen möglichen Behandlungserfolg zu erhalten. Es ist zu betonen, dass die genannten gesetzlichen Bestimmungen veraltet sind, denn wenn **der Patient der Entscheidungsträger ist, dann muss er oder sie selbst – und nicht jemand anderes an seiner oder ihrer Stelle – entscheiden, welche Informationen er oder sie in welcher Detailtiefe erhalten möchte.**

Internationale Standards, die das Recht des Patienten auf vollständige und wahrheitsgemäße Informationen festschreiben, veranschaulichen deutlich die Umsetzung des Grundsatzes „primum non nocere“ („zuerst einmal nicht schaden!“). So legt beispielsweise das Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin von 1997 fest, dass jede Person das Recht hat, alle Informationen über ihre Gesundheit zu erhalten. Der Wunsch von Personen, solche Informationen nicht zu erhalten, muss jedoch ebenfalls respektiert werden. In Ausnahmefällen kann die Ausübung der genannten Rechte im Interesse der Patienten gesetzlich eingeschränkt werden.

Für den Arzt sollte es ebenfalls vorrangig sein, dem Patienten Informationen über seinen Gesundheitszustand in einer verständlichen Form zu vermitteln. Der Detaillierungsgrad der Informationen, die dem Patienten mitgeteilt werden, kann von einer Reihe von Kriterien abhängen, wie zum Beispiel:

Alter des Patienten, Entwicklungsstand und geistige Fähigkeiten usw. Die derzeit geltenden Behandlungsprotokolle sowie die Anforderungen an diagnostische, therapeutische, präventive und rehabilitative Methoden sind für den Laien unverständlich. Dies bedeutet wiederum, dass der Arzt bei der Kommunikation mit dem Patienten eine einfache und verständliche Sprache verwenden, die Verwendung komplexer medizinischer Fachbegriffe vermeiden oder, falls diese verwendet werden, dem Patienten diese Begriffe erklären muss.

Die geltenden Rechtsvorschriften im Gesundheitswesen sehen **vor**, **dass medizinisches Personal verpflichtet ist, dem Patienten in verständlicher Form Informationen über seinen Gesundheitszustand, den Zweck der vorgeschlagenen Untersuchungen und Behandlungsmaßnahmen sowie die Prognose für den möglichen Krankheitsverlauf,** einschließlich etwaiger Risiken für Leben und Gesundheit**, zu erteilen.** Die Europäische Charta der Patientenrechte von 2002 sieht das Recht des Patienten auf den Erhalt solcher Informationen vor, die ihm helfen, aktiv an Entscheidungen über seine Gesundheit mitzuwirken. Ebenso wird im Positionspapier: „Krankenschwestern und Menschenrechte“ des Internationalen Rates der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICNA) (1998) festgelegt, dass medizinisches Personal verpflichtet ist, sicherzustellen, dass der Patient angemessene Informationen in einer für ihn verständlichen Sprache erhält, bevor er seine Einwilligung zu einer Behandlung oder Untersuchung, einschließlich der Teilnahme an wissenschaftlichen Studien, erteilt.

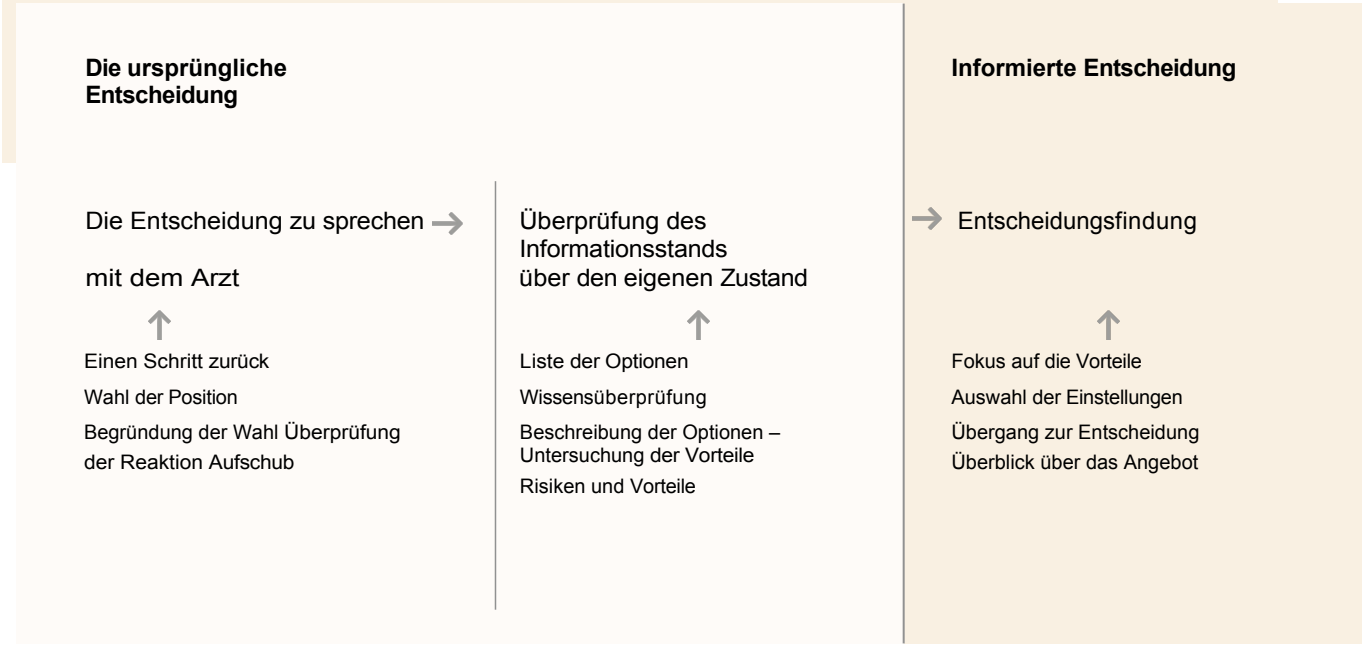



Abb. 8. Struktur des Modells der gemeinsamen Entscheidungsfindung

Die korrekte und angemessene Vermittlung von Informationen an den Patienten unter Berücksichtigung seiner individuellen Besonderheiten ist entscheidend für den Aufbau einer effektiven Arzt-Patienten-Beziehung, für die Erbringung qualitativ hochwertiger medizinischer Leistungen durch den Arzt und für das Erreichen des Endziels des Behandlungsprozesses – die Genesung des Patienten.

Die Struktur des Modells der gemeinsamen Entscheidungsfindung (GEF) gliedert sich in drei Phasen:
(1) Einführung der Wahlmöglichkeit; (2) Beschreibung der möglichen Optionen, oft durch Einbeziehung der erhaltenen Unterstützung; (3) Unterstützung der Patienten bei der Abwägung der Vor- und Nachteile und der Entscheidungsfindung.

**Der Patient als Entscheidungsträger**

Der patientenzentrierte Ansatz als Methode der medizinischen Versorgung setzt Respekt und Vertrauen des medizinischen Fachpersonals in die vom Patienten getroffenen Entscheidungen voraus. Eine Person, die medizinische Hilfe in Anspruch nimmt, soll sich gemäß diesem Ansatz frei und selbstbestimmt bei der Wahl der Gesundheitseinrichtung, des Arztes, der Behandlungsmethoden usw. fühlen. Da der Patient zum Entscheidungsträger wird, fühlt er oder sie sich im Behandlungsprozess dem medizinischen Fachpersonal gleichgestellt. Dies wiederum fördert eine stärkere Beteiligung des Patienten an der Genesung und einen positiven therapeutischen Effekt.

Die geltenden ukrainischen Rechtsvorschriften im Gesundheitswesen sehen vor, dass ein Patient das Recht hat, in jeder Gesundheitseinrichtung aufgenommen zu werden, sofern dies aufgrund seines Gesundheitszustands gerechtfertigt ist. Der Patient entscheidet selbst, in welcher Einrichtung er medizinische Hilfe in Anspruch nehmen möchte (vorausgesetzt, diese Einrichtung ist in der Lage, die entsprechende Behandlung zu gewährleisten). Das bedeutet, dass eine Person, die medizinische Hilfe benötigt, unter Berücksichtigung ihres Gesundheitszustands, ihrer finanziellen Situation, des Standorts der medizinischen Einrichtung und anderer Kriterien entscheidet: sich an eine kommunale oder private Gesundheitseinrichtung zu wenden, sich an ein Krankenhaus in ihrem Wohnort zu wenden oder auf Anraten von Freunden eine medizinische Einrichtung in einem anderen Stadtteil zu wählen, die jedoch über erfahrenere Fachkräfte verfügt. Im Kontext der Gesundheitsreform bedeutet dies auch, dass sich der Patient als Entscheidungsträger eher an einer Gesundheitseinrichtung orientieren wird, die einen Vertrag mit dem Nationalen Gesundheitsdienst der Ukraine unterzeichnet hat, was ihm später (gemäß dem Programm für medizinische Garantien) den kostenlosen Bezug bestimmter medizinischer Leistungen ermöglicht.

Die Entscheidung des Patienten für einen Arzt ist eine der wichtigsten, da gerade die Fachkompetenz des vom Patienten gewählten Arztes und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient darüber entscheiden, ob die Behandlung erfolgreich und wirksam sein wird. Derzeit hat in unserem Land jeder Patient, der das vierzehnte Lebensjahr vollendet hat und medizinische Hilfe in Anspruch nimmt, das Recht auf freie Arztwahl, sofern dieser seine Dienste anbieten kann, sowie auf die Wahl der Behandlungsmethoden entsprechend den Bedürfnissen des Patienten.

Das Dokument, das die freie Wahl des Arztes durch den Patienten bestätigt, ist die Erklärung über die Wahl des Arztes für die medizinische Grundversorgung. Wichtig ist, dass der Patient selbstständig über einen Arztwechsel entscheiden kann – dies ermöglicht es ihm, medizinische Hilfe von einem Facharzt zu erhalten, dem er vertraut. Eine solche gesetzliche Regelung entspricht voll und ganz den internationalen Standards im Gesundheitswesen. Dabei handelt es sich in erster Linie um sogenannte „Soft-Law"-Vorschriften, die zwar keinen allgemeinverbindlichen Charakter haben, aber aufgrund ihrer Autorität befolgt werden. So sehen beispielsweise die Lissabonner Erklärung über die Patientenrechte von 1981 und die Zwölf Grundsätze für die medizinische Versorgung in jedem Gesundheitssystem von 1983 das Recht des Patienten vor, frei über die Wahl seines Arztes zu entscheiden.

Eine aktive Einbindung des Patienten ist ohne dessen Eigenständigkeit bei der Entscheidungsfindung hinsichtlich medizinischer Verfahren und Eingriffe nicht möglich. Ein Umdenken in Bezug auf die informierte Einwilligung des Patienten ist derzeit für die ukrainische Gesellschaft (sowohl für Patienten als auch für Ärzte) von großer Bedeutung. Derzeit wird eine solche Einwilligung des Patienten de facto als „Stück Papier" wahrgenommen, dank dem der Patient den Arzt im Falle eines Falles „bestrafen" kann, während dieser sich vor Angriffen von Patienten schützen kann.

Im Kern ist die Einwilligung nach Aufklärung jedoch nicht nur ein Blatt Papier mit der Unterschrift des Patienten. Sie muss als aktiver Prozess verstanden werden, in dem der medizinische Fachangestellte den Patienten über die Risiken, Vorteile und Alternativen eines bestimmten medizinischen Verfahrens oder Eingriffs informiert und der Patient auf der Grundlage dieser Informationen eine Entscheidung trifft.

Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte legt folgende **Kriterien** fest**, unter deren Einhaltung eine informierte Einwilligung rechtsgültig ist: Informiertheit** (Entscheidung über die Durchführung oder Ablehnung eines medizinischen Eingriffs auf der Grundlage der vom Arzt erhaltenen medizinischen Informationen), **Freiwilligkeit** (Entscheidung ohne Einflussnahme durch äußere Faktoren und ohne Druck auf den Patienten), **Kompetenz** (Entscheidung unter der Voraussetzung, dass das entsprechende Alter erreicht ist).

Es ist wichtig, dass eine solche Entscheidung vom Patienten bewusst getroffen wird, was den weltweiten Standards im Gesundheitswesen entspricht. Die Bestimmungen der Konvention zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin von 1997, der Lissabonner Erklärung über die Rechte der Patienten von 1981, der Erklärung zur Politik im Bereich der Gewährleistung der Patientenrechte in Europa von 1994 betonen die Bedeutung einer bewussten Entscheidung des Patienten für die Einwilligung in eine Behandlung/einen medizinischen Eingriff nach Erhalt angemessener Informationen über seinen Gesundheitszustand.

Angesichts des rasanten wissenschaftlichen und technischen Fortschritts steigt die Zahl der Patienten, die sich für die Teilnahme an wissenschaftlichen Studien oder experimentellen Entwicklungen entscheiden. Die geltende Gesetzgebung der Ukraine legt fest, dass ein Arzt die Forschung nur dann mit der medizinischen Versorgung verbinden darf, wenn die Forschung durch präventive, diagnostische oder therapeutische Ziele gerechtfertigt ist. Ein Patient kann sich zur Teilnahme an einem Experiment entschließen, wenn dieses auf die Verbesserung seiner Gesundheit abzielt und unter der Voraussetzung, dass alle erforderlichen Sicherheitsmaßnahmen für den Patienten gewährleistet sind. Internationale Übereinkommen, insbesondere das Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin von 1997, sehen vor, dass die Entscheidung des Patienten zur Teilnahme an wissenschaftlichen Studien schriftlich festgehalten werden muss (informierte freiwillige Einwilligung).

Die Entscheidungsautonomie des Patienten während des Behandlungsprozesses ermöglicht die Schaffung eines liberalen Modells der Arzt-Patienten-Beziehung. Bei einem solchen Modell ist der Arzt verpflichtet, dem Patienten alle wesentlichen Informationen über die Erkrankung zur Verfügung zu stellen und über alternative Behandlungsmethoden zu informieren, doch das letzte Wort bezüglich des Vorgehens liegt beim Patienten.

**Wie kann ein Patient Entscheidungen über seine Gesundheit treffen, wenn er/sie keine fachliche Ausbildung hat?**

**Da der Patient vom Arzt umfassende und verlässliche Informationen über seinen Gesundheitszustand in verständlicher Form erhält, entwickelt er die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen (die sogenannte „Patientenkompetenz").** Patientenkompetenz bedeutet die Fähigkeit des Patienten, ohne medizinische Fachausbildung die ihm zur Verfügung gestellten Informationen über seinen Gesundheitszustand zu verstehen und eigenständige Entscheidungen im Einklang mit dem angestrebten Behandlungsziel zu treffen.

Entscheidend für die Entscheidungsfähigkeit eines Patienten ist nicht die Beherrschung der neuesten medizinischen Fachbegriffe und Kenntnisse, sondern das Verständnis (dank der Erläuterungen des Arztes) der grundlegenden Vorgänge in seinem Körper, der Art seiner Erkrankung sowie der Besonderheiten und des Wesens der Diagnose- und Behandlungsmethoden usw. Der Patient muss in der Lage sein, seinen Willen zur Entscheidungsfindung über seine Gesundheit zu bekunden und die Verantwortung für seine Wahl zu übernehmen. Nach ukrainischem Recht sind Personen mit chronischen oder anhaltenden psychischen Störungen nicht in der Lage, die Bedeutung ihrer Handlungen zu erkennen und/oder diese zu steuern (geschäftsunfähige Personen), sowie Patienten unter 14 Jahren (minderjährige Patienten) sind nicht befugt, Entscheidungen über ihren Gesundheitszustand zu treffen; daher werden solche Entscheidungen von den gesetzlichen Vertretern dieser Personen (z. B. Eltern oder Erziehungsberechtigten) getroffen.

Umstritten bleibt die Frage, ob minderjährige Patienten (im Alter von 14 bis 18 Jahren) Entscheidungen über ihre Gesundheit treffen dürfen, da die Gesetzgebung in dieser Frage zahlreiche Widersprüche aufweist. Die Bestimmungen einiger Rechtsvorschriften besagen, dass die medizinische Versorgung eines Patienten, der das vierzehnte Lebensjahr vollendet hat, mit dessen Einwilligung erfolgt. Gleichzeitig geht aus der Analyse anderer Rechtsvorschriften hervor, dass nur Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Behandlung ablehnen können. Das Recht auf wahrheitsgemäße und vollständige Informationen über den eigenen Gesundheitszustand, einschließlich der Einsicht in die entsprechenden medizinischen Unterlagen, hat nur ein Patient, der das 18. Lebensjahr vollendet hat. Da eine Entscheidung des Patienten ohne vollständige und wahrheitsgemäße Informationen des Arztes über den Gesundheitszustand nicht möglich ist, hat ein Minderjähriger nicht die Möglichkeit, eigenständig und ohne Beteiligung gesetzlicher Vertreter (z. B. der Eltern) über die Zustimmung zu oder die Ablehnung einer medizinischen Behandlung zu entscheiden.

Ärzte erklären den Patienten oft nicht alle Details der Behandlung, entweder aus Zeitmangel (begrenzte Sprechzeit) oder weil sie diese Informationen für den Patienten als überflüssig erachten. Unter solchen Umständen wird es für den Patienten erheblich erschwert oder unmöglich, eine wohlüberlegte und fundierte Entscheidung zu treffen. Zudem gilt hier die goldene Regel: Je weniger der Patient vor der Entscheidung über seine Gesundheit informiert wurde, desto mehr Beschwerden und Vorwürfe sind später zu erwarten.

## Fallbeispiel: „Nicht erklärt“ für 43.000 Euro

In der Rechtssache „V.C. (V.C.) gegen die Slowakei“ vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte wurde ein Verstoß festgestellt, unter anderem gegen das Recht der Beschwerdeführerin auf Achtung ihres Privat- und Familienlebens, und der Staat wurde verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Entschädigung in Höhe von insgesamt 43.000 Euro zu zahlen. Nach den Umständen des Falles wurde die Beschwerdeführerin, die Roma-Herkunft hat, im Zusammenhang mit einer Entbindung in das Krankenhaus in Prešov eingeliefert. Später teilte ihr das Personal mit, dass entweder sie oder das Kind sterben würde, sollte sie noch ein Kind zur Welt bringen. Die Beschwerdeführerin sagte zu den Ärzten: „Macht, was ihr wollt.“ Daraufhin wurde ihr angeboten, eine Geburtskarte mit dem Vermerk über die Forderung nach einer Sterilisation zu unterzeichnen (die Beschwerdeführerin verstand die Bedeutung des Begriffs „Sterilisation“ nicht und unterzeichnete die Karte aus Angst vor fatalen Folgen). Das Gericht stellte ein Fehlverhalten seitens der Ärzte fest, da der Klägerin keine Informationen zur Verfügung gestellt worden waren, insbesondere über Möglichkeiten zum Schutz ihrer reproduktiven Gesundheit sowie über Wesen, Eigenschaften und Folgen der Sterilisation. Infolgedessen wurde das Recht der Patientin auf Selbstbestimmung und Wahlfreiheit verletzt.

Die Aufklärung des Patienten über die Art der Erkrankung, die Risiken einer Ablehnung der Behandlung sowie über die Ziele und den Inhalt der medizinischen Verfahren und Maßnahmen, die im Laufe der Behandlung durchgeführt werden, ist die Voraussetzung dafür, dass der Patient eine bewusste und eigenständige Entscheidung treffen kann (bei Fehlen einer medizinischen Fachausbildung), was wiederum das Risiko von Ansprüchen und Beschwerden seitens des Patienten minimiert und zur Überwindung des veralteten paternalistischen Ansatzes in der Arzt-Patienten-Beziehung beiträgt.

**Wie soll man sich korrekt verhalten, wenn der Patient keine Entscheidung treffen möchte und den Arzt bittet, diese für ihn zu treffen?**

Der Grundsatz der Patientenautonomie beruht in erster Linie auf der Anerkennung seiner/ihrer gesetzlichen Rechte und Fähigkeiten, persönliche Entscheidungen zu treffen und Entscheidungen über die eigene Gesundheit zu treffen. In der Praxis kommt es jedoch häufig vor, dass Patienten versuchen, die Verantwortung für die Entscheidungsfindung auf den Arzt abzuwälzen. Der Patient oder sein gesetzlicher Vertreter bittet den Arzt, eine wichtige Entscheidung selbst zu treffen, und beruft sich dabei darauf, dass er selbst nichts weiß und sich zu nichts entschließen kann. Besonders häufig kommt dies vor, wenn Patienten aufgrund großer emotionaler Belastung verunsichert sind.

Sie sagen vielleicht: „Ich weiß nicht, was ich tun soll“, „Ich verstehe gar nichts“. Der Patient nimmt gewissermaßen die Haltung eines Kindes ein und möchte dabei im Arzt einen Vater sehen, der alles für ihn oder sie entscheidet. Irgendwann trifft der Facharzt, ohne sich dessen bewusst zu sein, eine Entscheidung, die er nicht treffen sollte. Außerdem ist es für ihn einfacher, da es den Prozess beschleunigt. Später kommt derselbe Patient vielleicht zum Arzt und macht ihm für alles Vorwürfe:
„Sie haben mir doch gesagt, dass es so besser wäre!“, „Sie haben es mir doch versprochen!“.

Die ukrainische Gesetzgebung im Gesundheitswesen legt fest, **dass ein Arzt nur dann anstelle des Patienten entscheiden darf, wenn Anzeichen einer unmittelbaren Lebensgefahr für den Patienten vorliegen und es aus objektiven Gründen unmöglich ist, die Zustimmung zu einem solchen Eingriff** vom Patienten selbst oder seinen gesetzlichen Vertretern **einzuholen**. Zwar enthält das Gesetz keine klar definierte Liste solcher gefährlichen Zustände, doch ist in einem solchen Fall das entscheidende Kriterium eine tatsächliche (und nicht nur mögliche) Gefahr für das Leben eines Menschen (z. B. Blutung, Erstickung usw.). Liegt eine solche Gefahr vor, kann der Arzt eigenständig über die Maßnahmen entscheiden, mit denen diese Gefahr beseitigt wird (chirurgischer Eingriff, Bluttransfusion usw.).

Die gesetzliche Regelung, wonach ein Arzt bei unmittelbarer Lebensgefahr des Patienten (im Falle äußerster Notwendigkeit) an dessen Stelle entscheiden darf, entspricht der weltweiten Praxis. So ist beispielsweise in der Konvention zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin von 1997 ist vorgesehen, dass in Fällen, in denen aufgrund einer Notsituation keine Entscheidung des Patienten über einen medizinischen Eingriff getroffen werden kann (der Patient kann keine informierte freiwillige Einwilligung zu einem solchen Eingriff erteilen), jeder medizinisch notwendige Eingriff unverzüglich im Interesse der Gesundheit des betreffenden Patienten vorgenommen werden darf. Befindet sich der Patient zum Zeitpunkt des Eingriffs in einem Zustand, in dem er seine Wünsche nicht äußern kann, werden die von ihm zuvor geäußerten Wünsche bezüglich des medizinischen Eingriffs berücksichtigt. Diese Konvention wurde von der Ukraine zwar unterzeichnet, aber leider nicht ratifiziert; sie ist nicht allgemeinverbindlich, wird jedoch aufgrund ihrer Autorität von den Staaten (die nicht Vertragsparteien sind) freiwillig befolgt.

In allen anderen Fällen, in denen keine unmittelbare Gefahr für das Leben des Patienten besteht, muss sich der Arzt bewusst sein, dass die andere Seite (der Patient) vollwertig ist. Entscheidungen, die sein oder ihr Leben und ihre Gesundheit betreffen, muss er oder sie selbst treffen; ist dies nicht möglich, müssen die gesetzlichen Vertreter des Patienten, die entscheidungsfähig sind, diese Verantwortung übernehmen.

In der Phase der Informationsvermittlung ist es notwendig, den Patienten dabei zu unterstützen, sich in den Prozess der Wahl der Behandlungstaktik und der weiteren Maßnahmen einzubringen. Es ist wichtig herauszufinden, was der Patient bereits weiß, was noch erklärt werden muss und welche Informationen ergänzt werden sollten. Während der Aufarbeitung der bereitgestellten Informationen sollte der Arzt den Patienten unterstützen, da manche Menschen unsicher sind, welche Behandlungsmethode oder welche Art von medizinischem Eingriff für sie am besten geeignet ist.

Wenn der Arzt sieht, dass der Patient sich nicht zu einer schwierigen Entscheidung durchringen kann, sollte er versuchen, ihn in den Entscheidungsprozess selbst einzubeziehen. Der Arzt kann zum Beispiel fragen: „Wie sehen Sie das, was wir besprochen haben?“, „Haben Sie dazu irgendwelche Gedanken? Bitte teilen Sie sie mit, sie sind sehr wichtig!“ Wenn Zeit bleibt, um die Informationen zu überdenken, kann man dem Patienten sagen: „Lassen Sie uns eine kleine Pause einlegen“, „Wenn Sie weitere Informationen benötigen, gebe ich Ihnen gerne Auskunft. Aber die Entscheidung liegt natürlich bei Ihnen.“

Auf diese Weise wird der Arzt die Verantwortung stets auf den Patienten zurückverlagern. **Man muss bedenken, dass die Hauptaufgabe des Arztes darin besteht, Informationen zu geben und zu beraten, welche der vorgeschlagenen (alternativen) Behandlungsmethoden im konkreten Fall die beste ist. Die Entscheidung über die weitere Behandlung muss jedoch ausschließlich der Patient oder sein gesetzlicher Vertreter treffen.**

**Wie erhält man eine echte Einwilligung nach Aufklärung und nicht nur ein Stück Papier „zum Abhaken“**

Die persönliche Unterschrift des Patienten auf der Einverständniserklärung garantiert noch nicht, dass der Patient tatsächlich über seinen Gesundheitszustand, den Zweck der vorgeschlagenen Untersuchungen und Behandlungsmaßnahmen sowie die Prognose des möglichen Krankheitsverlaufs, einschließlich des Risikos für Leben und Gesundheit, informiert ist.

Die Rechtsprechung verfolgt heute leider einen formalistischen Ansatz in Bezug auf die informierte freiwillige Einwilligung des Patienten. Insbesondere selbst wenn Ärzte in der Realität den Standard hinsichtlich der Informationen, die

in das Gespräch einbezogen werden müssen, das zur informierten Einwilligung des Patienten führt (d. h. dem Patienten keine vollständigen Informationen über die Art der Erkrankung, den Inhalt der medizinischen Maßnahmen und mögliche unerwünschte Folgen gegeben haben), gilt der Patient dennoch als informiert, sofern diese Einwilligung von ihm unterzeichnet wurde. Die Gerichte stellen Verstöße seitens der Ärzte nur in den Fällen fest, in denen eine schriftliche Einverständniserklärung gänzlich fehlt.

Ein Vergleich des vom Gesundheitsministerium genehmigten Formulars für die informierte Einwilligung des Patienten mit den Formularen, die Patienten in europäischen Ländern unterzeichnen, lässt zahlreiche Mängel des ukrainischen Formulars für die informierte Einwilligung erkennen. Insbesondere fehlt darin die Bestätigung seitens des Patienten, dass er dem Arzt vor Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen alle Informationen über seine früheren Erkrankungen zur Verfügung gestellt hat; es fehlt die Bestätigung, dass der Patient mit der Wahl des medizinischen Personals einverstanden ist; es fehlt der Hinweis auf mögliche sinnvolle alternative Behandlungsmethoden. Die derzeitige ukrainische Einverständniserklärung des Patienten enthält keine Bestätigung des Patienten über die **bewusste** Wahl der medizinischen Einrichtung, die **bewusste** Zustimmung zur Wahl eines bestimmten Arztes sowie zu den vorgeschlagenen Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen.

Gemäß internationalen Rechtsakten (Europäische Charta der Patientenrechte, Allgemeine Erklärung über Bioethik und Menschenrechte, Lissabonner Erklärung zu den Patientenrechten), die zwar keinen allgemeinverbindlichen Charakter haben, sondern von den Staaten freiwillig umgesetzt werden, darf aufgrund der Autorität dieser Übereinkommen jeder medizinische Eingriff nur mit der vorherigen, freien und informierten Einwilligung des betreffenden Patienten **auf der Grundlage von Informationen** erfolgen, **die er ordnungsgemäß erhalten hat.** Das Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin legt fest, dass jeder Eingriff in den Gesundheitsbereich nur nach der freiwilligen und bewussten Einwilligung der betroffenen Person erfolgen darf. **Der Person werden im Voraus entsprechende Informationen über den Zweck und die Art des Eingriffs sowie über dessen Folgen und Risiken zur Verfügung gestellt.**

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat wiederholt betont, dass eine solche Einwilligung **bewusst** erfolgen muss**.** So wurde beispielsweise in der Rechtssache „Glass gegen das Vereinigte Königreich“ vor dem EGMR eine Verletzung des Rechts auf Achtung des Familien- und Privatlebens (Artikel 8 der Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten) festgestellt, da keine **freie, eindeutige und bewusste** Einwilligung der Mutter zur Verabreichung von Diamorphin an ihren Sohn, der unter schweren geistigen und körperlichen Behinderungen litt (d. h., obwohl die Mutter unterschrieben hatte

eine informierte Einwilligung, jedoch wurden ihr nicht ausreichend Informationen zur Verfügung gestellt, auf deren Grundlage sie bewusst in die Verabreichung von Diamorphin an ihren Sohn hätte einwilligen können).

In Urteilen ukrainischer Gerichte wurden wiederholt Verstöße seitens der Ärzte festgestellt, da keine schriftliche Einwilligung der Patienten vorlag. So wurde beispielsweise in der Entscheidung eines Gerichts festgestellt, dass bei der Durchführung von Tuberkulintests an Schülern der Mittelschule in Mizjakivsko-Chutir die Eltern nicht vorab informiert wurden, ihre Einwilligung dazu nicht eingeholt wurde und sie nicht über mögliche Folgen, Risiken usw. aufgeklärt wurden. In einem anderen Fall wurde ein Verstoß seitens der Ärzte festgestellt, da keine informierte freiwillige Einwilligung des Patienten in den medizinischen Eingriff vorlag und **der Umfang der tatsächlich durchgeführten medizinischen Maßnahmen** nicht mit dem Patienten abgestimmt **worden war.**

Eine echte – wirklich echte – Einwilligung nach Aufklärung wird vom Patienten erst dann erteilt, wenn alle Aspekte und Feinheiten des Behandlungsprozesses mit dem Arzt besprochen wurden. Nur unter dieser Voraussetzung gilt der Patient als wirklich informiert, und der Arzt kann sich vor unbegründeten Beschwerden seitens der Patienten schützen, die behaupten, der Arzt habe ihnen Informationen über ihren Gesundheitszustand und die weitere Behandlung nicht ausreichend erklärt.

## Warum es für uns wichtig ist, mehr Entscheidungsverantwortung an die Patienten zu übertragen, und wie dies geschehen kann

Unter Ärzten wird immer häufiger die Meinung laut, dass der Patient bei der Entscheidungsfindung die gleiche Verantwortung tragen sollte wie der Arzt (und manchmal sogar eine größere). Das Hauptargument für diese Ansicht ist, dass gerade der Patient die Notwendigkeit medizinischer Hilfe erkennt und dass er selbst entscheidet, ob er einen Arzt aufsucht oder sich selbst behandelt. Gerade der Patient trifft die Entscheidung, ob er die verordnete Behandlung befolgt oder nicht.

Die Frage der Verteilung der Verantwortung für die getroffene Entscheidung liegt im Rahmen der bestehenden Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung.

Das erste Modell der Arzt-Patienten-Beziehung – mit Rollenverteilung „der leitende Arzt“ und „der untergeordnete Patient“. In diesem Modell ist der Arzt der Hauptakteur, der über ausreichende wissenschaftliche Kenntnisse verfügt, um qualitativ hochwertige medizinische

, ist zweifellos der Arzt. Dieses Modell ist beliebt, da dem Arzt seit jeher eine führende Rolle zugeschrieben wird. Bei dieser Rollenverteilung liegt die gesamte Verantwortung für das Ergebnis vollständig beim Arzt. Der Patient ist in diesem Fall ein passives Objekt der medizinischen Versorgung, das lediglich die Leistung in Anspruch nimmt.

Das zweite Modell der Interaktion zwischen Arzt und Patient – **gleichberechtigte Partner.** Bei diesem Modell wird die Verantwortung für den Behandlungsprozess zu gleichen Teilen zwischen Arzt und Patient aufgeteilt. Beide nehmen eine aktive Rolle ein und tragen die Verantwortung für ihre eigenen Entscheidungen und Wahlmöglichkeiten. Der Arzt orientiert den Patienten in der Situation: Er informiert über die Erkrankung und ihre Ursachen, klärt über mögliche Ergebnisse und Behandlungsmethoden auf und schlägt eine Reihe bestehender Alternativen vor. Der Patient trägt die Verantwortung für die Wahl einer der vom Arzt vorgeschlagenen Behandlungsoptionen sowie für die Einhaltung der Regeln der gewählten Behandlung. In diesem Modell ist der Patient ein ebenso aktiver Teilnehmer am Prozess; er/sie weiß, worauf er/sie bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen Anspruch hat, und kennt den Umfang seiner/ihrer Verantwortung für das Behandlungsergebnis. Die Komplexität dieser Art von Beziehung liegt darin, dass der Arzt mehr Zeit für die Kommunikation mit dem Patienten über dessen Zustand, die Besonderheiten und den Verlauf der Erkrankung, die vorhandenen Behandlungsmethoden usw. aufwenden muss.

Der Vorteil dieses Modells liegt in der humanen und respektvollen Behandlung des Patienten als freier, aktiver und verantwortungsbewusster Mensch, der das Recht hat, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen und auszuwählen, und der Einfluss auf deren Ergebnis nimmt. Das partnerschaftliche Modell der Arzt-Patienten-Beziehung trägt zudem dazu bei, die Therapietreue des Patienten zu verbessern und die Patientensicherheit zu erhöhen.

Betrachtet man die internationalen Erfahrungen (vor allem in den Vereinigten Staaten von Amerika), so lässt sich feststellen, dass der Patient dort lediglich für seine Entscheidung, eine Behandlung abzulehnen, verantwortlich ist. Was die Wahl der Behandlungsmethoden betrifft – nein, da davon ausgegangen wird, dass die Wahl des Patienten innerhalb der von einem medizinischen Fachpersonal festgelegten Grenzen liegt und somit die gesamte Verantwortung für die vom Patienten getroffene Entscheidung beim Arzt liegt. Insbesondere der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte kam in der Rechtssache „Arskaya gegen Ukraine“ zu folgendem Schluss: „...verantwortlich für den tödlichen Ausgang war der Sohn der Beschwerdeführerin, da er sich wiederholt geweigert hatte, sich behandeln zu lassen. Das Gericht stellt fest, dass das Recht, einer Behandlung zuzustimmen oder sie abzulehnen, für die Selbstbestimmung und die persönliche Autonomie von zentraler Bedeutung ist. Im Bereich der medizinischen Versorgung kann die Ablehnung einer bestimmten Behandlung unweigerlich zu einem tödlichen Ausgang führen; eine Behandlung, die ohne die Zustimmung einer psychisch

eines mündigen erwachsenen Patienten würde einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Menschen darstellen, der das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens verletzt.“ Somit liegt die gesamte Verantwortung für die Verweigerung einer Behandlung beim Patienten.

In der Ukraine haftet der Arzt nicht für die Gesundheit des Patienten, wenn dieser sich weigert, ärztliche Anweisungen zu befolgen, oder wenn der Patient die für ihn festgelegte Behandlungsordnung verletzt. Liegt eine freiwillige Einwilligung des Patienten vor, in der festgehalten ist, dass dieser tatsächlich eine umfassende Aufklärung über Art, Zweck, voraussichtliche Dauer des diagnostisch-therapeutischen Prozesses sowie über mögliche unerwünschte Folgen während dessen Durchführung erhalten hat, sowie über die Notwendigkeit der Einhaltung der vom Arzt festgelegten Behandlungsvorschriften während des Behandlungsverlaufs, liegt die Verantwortung für die Entscheidung allein beim Patienten. In diesem Fall haftet der Arzt nur dann, wenn dem Leben oder der Gesundheit des Patienten ein Schaden entsteht, der auf die unsachgemäße Erfüllung der Pflichten des Patienten zurückzuführen ist und ein Kausalzusammenhang zwischen der rechtswidrigen Handlung des Arztes und den nachteiligen Folgen für den Patienten besteht.

Der Trend hin zu einer stärkeren Eigenverantwortung der Patienten bei der Entscheidungsfindung wird dazu beitragen, dass Patienten einen bewussten Umgang mit dem Behandlungsprozess und den Informationen entwickeln, auf deren Grundlage sie künftig Entscheidungen treffen. Die Übertragung der Verantwortung für die getroffene Entscheidung auf den Patienten ist nur durch eine Erweiterung des Spektrums an Dokumentationsmöglichkeiten zur Erfassung bestimmter Sachverhalte möglich. Zudem ist die Entwicklung verschiedener Arten von Einverständniserklärungen (mit einer klareren, detaillierteren Beschreibung möglicher unerwünschter Folgen der Behandlung) erforderlich, die der Patient zusätzlich zu dem allgemein anerkannten Dokument des Gesundheitsministeriums unterzeichnen wird.

## In welchen Fällen kann der Arzt Entscheidungen allein treffen? Wo liegt die Grenze zwischen der Verantwortung des Arztes und der Verwaltung in strittigen Fragen?

Der Mensch ist Herr über seinen eigenen Körper, deshalb muss er selbst die endgültige Entscheidung über die Wahl der Diagnostik und Behandlung treffen. Die informierte Einwilligung des Patienten ist eine zwingende Voraussetzung für jeden medizinischen Eingriff und dessen unverzichtbare Voraussetzung. Der Arzt ist verpflichtet, den Patienten über seinen Gesundheitszustand zu informieren und mehrere verfügbare Behandlungsoptionen vorzuschlagen, wobei die Wahl dem Patienten überlassen bleibt.

Allerdings gibt es auch bei dieser Regel Ausnahmen.

In der Ukraine wird das Recht auf medizinische Eingriffe ohne Zustimmung des Patienten durch zahlreiche Rechtsvorschriften geregelt. Dennoch gibt es in der Gesetzgebung Widersprüche zu diesem Thema. Die Europäische Konvention garantiert jedem den Schutz vor Eingriffen und das Recht auf körperliche Unversehrtheit, was der Erbringung medizinischer Hilfe ohne Zustimmung widerspricht. Gleichzeitig sind Ärzte verpflichtet, solche Hilfe unverzüglich zu leisten, wenn sich eine Person in einem Notfall befindet. Eine erschöpfende Auflistung solcher Fälle gibt es jedoch nicht. Internationale Rechtsakte sehen vor, dass in Fällen, **in denen ein Patient nicht in der Lage ist, seine Einwilligung zu einer sofort notwendigen Behandlung zu erteilen, davon ausgegangen werden soll, dass diese Einwilligung erteilt wurde.** Eine Ausnahme gilt**,** wenn dieser Patient zuvor die medizinische Versorgung in jeder Situation abgelehnt hat.

Gemäß der Gesetzgebung der Ukraine ist ein Notfall eine plötzliche Verschlechterung der körperlichen oder psychischen Gesundheit, die eine unmittelbare und unvermeidbare Gefahr für das Leben und die Gesundheit der betroffenen Person oder ihrer Umgebung darstellt und durch Krankheit, Verletzung, Vergiftung oder andere innere oder äußere Ursachen entsteht. Darauf basierend fallen in der Praxis folgende Fälle unter diese Kategorie:

- eine Person leidet an besonders gefährlichen Infektionskrankheiten;
- eine Person, die (unter bestimmten Umständen) als drogenabhängig eingestuft wurde;
- Personen, die Straftaten begangen haben und an einer Krankheit leiden, die eine Gefahr für die Gesundheit anderer Menschen darstellt;
- Personen, die an einer psychischen Störung leiden, eine Gefahr darstellen können und nicht in der Lage sind, ihre grundlegenden Lebensbedürfnisse selbstständig zu befriedigen;
- bei Vorliegen von Notfällen, bei Wiederbelebungsmaßnahmen in terminalen Zuständen.

Vor diesem Hintergrund ist gesetzlich das Recht des Arztes vorgesehen, einem Patienten ohne dessen Einwilligung Hilfe zu leisten, allerdings nur in Ausnahmefällen. Als entscheidender Faktor sind die Vitalparameter des Patienten anzusehen. Darüber hinaus muss der Schaden für die Gesundheit des Menschen durch den medizinischen Eingriff zwingend geringer sein als die Gründe für diesen Eingriff. Andernfalls wäre die Rechtmäßigkeit der Behandlung ohne Einwilligung des Patienten nur scheinbar gegeben. Dies kann dazu führen, dass der Arzt zur Verantwortung gezogen wird.

Die meisten medizinischen Fachkräfte sind Angestellte in Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäusern). Die ukrainische Gesetzgebung sieht vor, dass für den von einem Arzt verursachten Schaden die Einrichtung haftet, in der dieser Arzt tätig ist. Später kann das Krankenhaus eine Regressklage einreichen und die Erstattung des gesamten entstandenen Schadens verlangen.

Was die persönliche Haftung des medizinischen Personals betrifft, so handelt es sich in den meisten Fällen um strafrechtliche und disziplinarische Haftung. Die disziplinarische Haftung wird durch eine Anordnung des Krankenhausleiters verhängt, die strafrechtliche Haftung durch ein Gerichtsurteil.

Die strafrechtliche Haftung eines Arztes entsteht bei Straftaten, die von einem medizinischen Mitarbeiter begangen wurden und die Straftaten gegen das Leben und die Gesundheit eines Menschen darstellen. Und zwar:

- die Nichterfüllung oder unsachgemäße Erfüllung der beruflichen Pflichten durch medizinisches Personal aufgrund von Fahrlässigkeit oder Pflichtverletzung, sofern dies schwerwiegende Folgen für den Patienten hatte (Art. 140 Strafgesetzbuch). Beispielsweise wurde eine Operation abgeschlossen, jedoch verblieb ein medizinisches Instrument im Körper des Patienten, oder der Anästhesist berechnete die Medikamentendosis falsch, was dem Patienten Schaden zufügte;

- Unterlassung der Hilfeleistung an einem Patienten durch medizinisches Personal (Art. 139 Strafgesetzbuch). Beispielsweise wurde einem Patienten die medizinische Versorgung verweigert, weil keine Überweisung vorlag, was zu seinem Tod führte;

- illegale ärztliche Tätigkeit, d. h. die Ausübung medizinischer Tätigkeiten ohne entsprechende Genehmigung durch eine Person, die nicht über eine angemessene medizinische Ausbildung verfügt, sofern dies schwerwiegende Folgen für den Patienten hatte (Art. 138 Strafgesetzbuch). Beispielsweise wurde die Gesundheit eines Patienten durch einen Pseudomediziner geschädigt, d. h. durch eine Person ohne medizinische Ausbildung und ohne Dokumente zur Ausübung medizinischer Tätigkeiten.

Handelt ein Arzt in irgendeiner Weise über seine Befugnisse hinaus, so haftet er dafür. Ein Beispiel aus der Praxis ist der Fall, in dem ein Chirurg eine psychiatrische Behandlung verordnete, ohne dazu befugt zu sein (Entscheidung Nr. 6498078). Der Arzt wies den Bürger zur zwangsweise stationären Behandlung in eine psychiatrische Klinik ein und gab als Diagnose „manisch-depressives Syndrom“. Diese Handlungen des Arztes führten zu erheblichem Schaden, insbesondere immaterieller Art. Das Gericht befand den medizinischen Mitarbeiter für schuldig gemäß dem Tatbestand „Amtsmissbrauch, d. h. die eigenmächtige, entgegen der gesetzlich festgelegten Ordnung vorgenommene Vornahme von Handlungen, deren Rechtmäßigkeit

von einem einzelnen Bürger bestritten wird und die den Interessen des Bürgers erheblichen Schaden zugefügt hat“ (Art. 356 StGB) und verhängte gegen den Angeklagten eine Geldstrafe.

Daher muss ein Arzt bei der eigenständigen Entscheidung über die Gewährung medizinischer Hilfe umsichtig vorgehen und darf seine Befugnisse nicht überschreiten. Schließlich trägt der Arzt persönlich die strafrechtliche Verantwortung für seine Handlungen. Darüber hinaus ist anzumerken, dass die Verantwortung auch beim Krankenhaus liegen kann. Im Falle einer Klage gegen eine medizinische Einrichtung kann diese eine Gegenklage gegen den Mitarbeiter erheben, der die Rechtsverletzung begangen hat.

## Grenzen

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist zwischenmenschlicher Natur und beinhaltet eine enge Kommunikation sowie engen Körperkontakt; daher erfordert sie die Festlegung bestimmter Grenzen: physischer (körperlicher) und psychischer (geistiger) Art. Berufliche Grenzen sind notwendig, da sie einerseits die Patienten und andererseits die Ärzte (medizinisches Personal, Gesundheitsdienstleister) schützen.

Grenzen sind (durch geschriebene oder ungeschriebene Regeln, Vereinbarungen sowie verbale Äußerungen festgelegte) Abgrenzungen des sozialen, physischen und psychologischen Raums zwischen Menschen. Es handelt sich um ein bestimmtes System, das aus „Ja“ und „Nein“ besteht. Es sind Stoppschilder oder Grenzen, die wir auf bestimmte Weise setzen, um uns zu schützen, unser Leben selbstbestimmt zu gestalten und Beziehungen zu den Menschen in unserem Umfeld aufzubauen.

Ein klares Bewusstsein für das eigene Wertesystem hilft dabei, Grenzen zu setzen, und schafft Raum für Erfolg. Richtig gesetzte Grenzen erleichtern das Leben, helfen, es zu ordnen, und schützen den persönlichen Lebensraum. Gleichzeitig können schlecht gesetzte oder „Ungesunde“ Grenzen verursachen oft emotionalen Schmerz und Burnout, was zu Sucht, Depressionen, Angstzuständen und sogar zu Krankheiten führen kann.

Das Fehlen von Grenzen bedeutet das Fehlen jeglicher Rahmenbedingungen in einer Beziehung, was einem unverschlossenen Haus gleicht, in das jeder eintreten kann. Andererseits können zu strenge Grenzen zur Isolation einer Person oder einer Gruppe von Menschen führen, was einem einsamen Leben in einem verschlossenen Schloss gleicht, das von hohen Mauern umgeben ist, in das niemand hineingelassen wird und aus dem niemand herauskommt. Der Grad der Festigkeit und Durchlässigkeit von Grenzen ist nicht ein für alle Mal festgelegt.

Grenzen helfen uns dabei:

- unsere Identität zu definieren (zu identifizieren), um uns selbst besser zu verstehen;
- unsere Bedürfnisse, Pflichten, Möglichkeiten und Aktivitäten zu ordnen;
- unser Potenzial zu entfalten;
- uns vor der Kontrolle durch andere zu schützen;
- unsere Ziele und unsere Lebensaufgabe zu bewahren;
- seine wichtigsten persönlichen Ressourcen (Wissen, Körper, Fähigkeiten, Fertigkeiten) zu schützen.

**Berufliche Grenzen** sind die akzeptierten und erwarteten Grenzen der psychologischen, sozialen und physischen Distanz zwischen Arzt und Patient, die ihre Rollen und Erwartungen definieren.

Die Einhaltung einer „therapeutischen" Distanz zu den Patienten hilft Ärzten, professionelle Grenzen in der Kommunikation zu setzen, beugt emotionaler Erschöpfung vor und schützt Ärzte vor dem Leid der Patienten.

Persönliche Beziehungen zum Patienten, bei denen der Arzt emotional mit ihm verbunden ist, können dem Arzt schaden und die Objektivität seiner Entscheidungen beeinträchtigen. Daher sind emotionale Grenzen sehr wichtig. Ein Arzt sollte keine Familienmitglieder oder Freunde behandeln, mit denen er emotional verbunden ist; die Arzt-Patienten-Beziehung steht an erster Stelle, und andere wichtige Beziehungen dürfen dem nicht entgegenstehen.

**Ineffektive oder schlecht gesetzte Grenzen können dazu führen, dass:**

- Verlust des Selbstwertgefühls und der Achtung durch andere;
- Verlust der Kontrolle über das eigene Leben;
- Schu l d gefühlen;
- Verlust des Interesses am Leben.

Unerfüllte Ziele können zu Angstzuständen und Depressionen führen.

**Berufliche Grenzen schützen die Patienten:**

- Die Interessen des Patienten müssen immer an erster Stelle stehen.

- Patienten sind oft sehr verletzlich, da sie, um behandelt zu werden, einem Fremden intime Details über sich selbst und ihr Leben offenbaren müssen.
- Wenn ein Patient seinem Arzt vertrauen kann, kann eine solche Beziehung heilend (therapeutisch) wirken.

**Berufliche Grenzen schützen Ärzte:**

- Ärzte können emotional ausbrennen, wenn sie ihre eigenen Emotionen nicht von den Leiden der Patienten unterscheiden.
- Persönliche und erst recht familiäre Beziehungen zum Patienten können (aufgrund emotionaler Bindungen) die Objektivität der Entscheidungen des Arztes beeinflussen und dem Grundsatz „Die Arzt-Patienten-Beziehung hat Vorrang“ zuwiderlaufen.
- Sie helfen Ärzten, ihre Arbeitsbeziehungen zu Patienten zu regeln (ein Arzt ist kein Roboter, der rund um die Uhr arbeitet)
- Sie gewährleisten die Privatsphäre und das Recht auf Würde des Arztes als Person.

**Beispiele für gesunde und ungesunde Grenzen**

Gesunde Grenzen sind stabil, teilweise durchlässig, und im Falle einer Überschreitung stellt der Mensch sie schnell wieder her.

Beispiele für ungesunde Grenzen:

- „ohne Grenzen“ – der Mensch spürt nicht, wo er selbst endet und andere beginnen;
- erschöpfte, schwache, leicht durchdringbare, schwer wiederherstellbare Grenzen;
- starre Grenzen, denen es an Flexibilität und „Zugangsmöglichkeiten“ für andere Menschen mangelt.

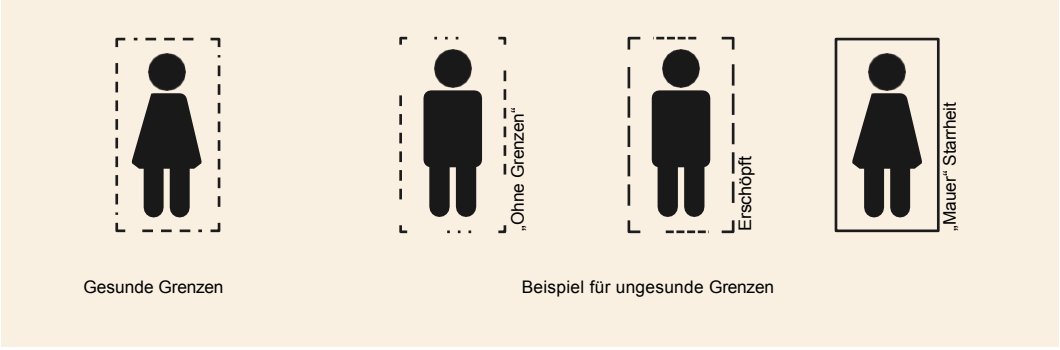



Abb. 9. Grenzen
Quelle: www.casv.org.au/healthy-boundaries/

## Privatsphäre

Eines der grundlegenden Menschenrechte ist die Achtung der Privatsphäre. Die Privatsphäre betrifft sowohl Informationen über den Gesundheitszustand des Patienten, die unter die ärztliche Schweigepflicht fallen, als auch die körperliche Privatsphäre. Die Achtung aller Aspekte der Privatsphäre des Patienten in Gesundheitseinrichtungen ermöglicht es, das körperliche, psychische und emotionale Wohlbefinden der Patienten zu gewährleisten und erhöht die Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung.

Grundsätze zur Wahrung der Privatsphäre des Patienten in Krankenhäusern:

- Während Eingriffen/Behandlungen dürfen keine unbeteiligten Personen anwesend sein;
- die Türen sind geschlossen (oder der Vorhang ist zugezogen);
- Das Entblößen von Körperteilen des Patienten ist nur mit dessen Einwilligung zulässig;
- Es ist nicht zulässig, den Patienten entblößt zu transportieren;
- Zustimmung zur Anwesenheit von Außenstehenden (z. B. Praktikanten);
- geschlechtergetrennte Zimmer und Toiletten (unter Berücksichtigung des Patientenwegs);
- Zustimmung zu einem Arzt des anderen Geschlechts;
- Dritte, einschließlich des Personals, dürfen nicht anwesend sein oder das Gespräch mit dem Patienten hören; die Kommunikation im Zimmer muss in gedämpfter Stimme erfolgen;
- Foto- und Videoaufnahmen nur mit Zustimmung.

**Beispiel für die Durchführung einer Ultraschalluntersuchung**

– Guten Tag, Frau Oksana, bitte kommen Sie herein. Mein Name ist Petro Ivanovych, ich bin Ultraschallarzt und werde heute die Untersuchung bei Ihnen durchführen. Während des Eingriffs wird auch die Krankenschwester Iryna Vasylivna anwesend sein, sie wird die Untersuchungsergebnisse notieren.

– Guten Tag.

– Sie wurden zu einer Untersuchung des kleinen Beckens und der Brustdrüsen überwiesen. Wissen Sie, wie diese Untersuchung abläuft, oder haben Sie Fragen zur Durchführung der Untersuchung selbst?

– Nein, ich habe solche Untersuchungen schon einmal gemacht.

– Wenn Sie Fragen haben, stellen Sie diese bitte. Gehen Sie nun bitte hinter den Paravent – für die Untersuchung müssen Sie alle Kleidungsstücke oberhalb der Taille ausziehen. Die Schuhe können Sie anbehalten. Ich schließe die Tür ab, damit uns niemand stört.

*[In einer Ecke des Raums steht ein Paravent, dahinter befinden sich zwei Stühle, Servietten, ein Abfallkorb und Überschuhe].*

– Sind Sie bereit? Bitte legen Sie sich auf den Rücken auf das Bett. Können wir mit der Untersuchung beginnen?

– Ja. *[Es wird eine Untersuchung der Brustdrüsen durchgeführt].*

– Vielen Dank, Sie können sich nun wieder anziehen. Für die nächste Untersuchung müssen Sie alle Kleidungsstücke unterhalb der Taille ausziehen, da wir eine Untersuchung des kleinen Beckens durchführen werden. Falls Sie Servietten benötigen, finden Sie diese hinter dem Paravent.

*[Die Patientin zieht sich hinter dem Vorhang um, die Untersuchung der Beckenorgane wird durchgeführt].*

– Bitte ziehen Sie sich an. Die Untersuchung ist abgeschlossen. Bitte nehmen Sie Platz, Irina Wassiljewna wird Ihnen in wenigen Minuten das Ergebnis mitteilen.

Die Materialien des Bildungsprojekts „Methodische Empfehlungen zur Einhaltung der Grundsätze der Würde von Patienten in Krankenhäusern“ können Sie unter folgendem Link einsehen

phcapital.org/ wp-content/ loads/2021/02/ metodychni-rekomendacziyi_ proyekt.pdf

## Zusammenfassung:

Der Patient ist der Entscheidungsträger.

Die gemeinsame Entscheidungsfindung ist ein zentraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung des Patienten.

Professionelle Grenzen sind wichtig für eine effektive Arzt-Patienten-Beziehung. Die Verantwortung für

die Festlegung und Einhaltung dieser Grenzen liegt bei den Ärzten.

Bei einer Überschreitung der Grenzen muss die entstandene Situation besprochen und nach Lösungswegen gesucht werden. Grenzen in Beziehungen anhand von Fallbeispielen

# TEIL 2. PRAKTISCHE AUFGABEN

## Fallbeispiel 1

Dr. Yabluneva ist seit etwa 20 Jahren die Hausärztin von Herrn Slyvov. Herr Slyvov ist 51 Jahre alt und arbeitet als Schlosser in einer Maschinenbauwerkstatt. Zuvor fühlte er sich praktisch gesund, doch nach einem Herzinfarkt wurde ihm ein Herzschrittmacher eingesetzt und eine antiarrhythmische Behandlung verordnet. Er kann nicht mehr an seinen Arbeitsplatz zurückkehren und verliert daher seine Krankenversicherung.

Einige Monate nach diesem Eingriff sucht Herr Slyvov seine Hausärztin – Frau Yabluneva – auf und teilt ihr mit, dass seine Krankenversicherung ausläuft und er sich die notwendigen Medikamente nicht mehr leisten kann, da seine bisherigen Bemühungen, eine leichtere Arbeit zu finden, erfolglos geblieben sind.

Am nächsten Tag erzählt Herr Kvitko, ein Kollege von Frau Jabluneva, Herrn Slivov, dass er einen Mitarbeiter für eine Stelle suche, die nach Ansicht von Frau Jabluneva den Fähigkeiten und Fertigkeiten ihres Patienten, der auf Arbeitssuche ist, entsprechen würde.

Wie hat sich Frau Jabluneva verhalten?
Sollte ein Arzt seinen Patienten über die medizinische Versorgung hinaus helfen? Warum?

## Fall 2

Eine junge Ärztin führt in einem Männerstation eine Untersuchung durch. Die Station verfügt über 8 Betten, der Durchgang zwischen den Betten ist eng und es ist unmöglich, einen Stuhl aufzustellen. Um den Patienten zu untersuchen, muss sie sich auf sein Bett oder das Nachbarbett setzen (mit Erlaubnis des anderen Patienten). Während der Blutdruckmessung bei dem liegenden Patienten legt dieser seine Hand auf die Knie der Ärztin, ohne sie um Erlaubnis zu fragen. Die Ärztin versucht, den Blutdruck genau zu messen, und konzentriert sich auf den Vorgang, trotz des unangenehmen Gefühls, das die fremde Hand auf ihrem Schoß hervorruft, und der Blicke der Patienten in den Nachbarbetten, die den Vorgang der Blutdruckmessung beobachten. Der Blutdruck ist gemessen, die Ärztin nimmt die Hand des Patienten weg. Am nächsten Tag wiederholt sich die Situation. Die Ärztin nimmt die Hand des Patienten erneut von ihrem Schoß. Am dritten Tag lässt die Ärztin den Patienten gar nicht erst die Hand auf ihren Schoß legen und ändert dazu ihre Vorgehensweise: Sie misst den Blutdruck, während sie neben dem Patienten steht, und setzt sich nicht neben ihn. Wie ist diese klinische Situation (das Verhalten des Patienten und der Ärztin) zu bewerten?

Welche Grenzen in der Arzt-Patienten-Beziehung werden in dieser Situation überschritten?
Wie kann man Grenzverletzungen vorbeugen und in dieser Situation richtig handeln?

## Fall 3

Taras und Petro sind schon seit vielen Jahren befreundet. Jeden ersten Samstag im Monat treffen sie sich, um Fußball zu spielen. Petro ist Proktologe und der beste Bauchchirurg in seiner Region. An einem Samstag teilt Taras Petro mit, dass bei ihm eine Darmerkrankung diagnostiziert wurde, die gemäß den Empfehlungen seines Hausarztes operativ behandelt werden muss, und bittet Petro, ihn zu operieren, mit der Begründung, dass Petro der beste Spezialist auf diesem Gebiet sei. Petro wird von verschiedenen Gefühlen überwältigt: Einerseits möchte er seinem Freund nichts abschlagen, andererseits macht er sich Gedanken über die ethischen Aspekte einer solchen Entscheidung, da er eine enge emotionale Bindung zu Taras hat.

Wie soll Peter in dieser Situation vorgehen?
Welche Grenzen in der Arzt-Patienten-Beziehung könnten in dieser Situation überschritten werden?
Wie wirkt sich das auf die Interaktion zwischen Arzt und Patient aus?

| Welche Grenzverletzungen haben Sie empfunden? | Was deutet auf eine Grenzüberschreitung seitens des Patienten oder des Arztes hin? | Was kann man tun? |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Die vollständige Originalversion des theoretischen Materials zur Unterrichtseinheit finden Sie unter folgendem Link

bit.ly/3DU9cwF

# THEMA 5

Vertraulichkeit



# THEMA 5
# VERTRAULICHKEIT

Mit allem Respekt vor den Rechten der Patienten zusammengestellt von Olena Gorska und Nataliia Rudakova



**Olena Gorska,** Dozentin am Lehrstuhl für medizinisch-prophylaktische Disziplinen und Labordiagnostik, Medizinische Akademie Rivne.



**Natalia Rudakova,** Dozentin am Lehrstuhl für psychische und physische Gesundheit, Medizinische Akademie „Andrij Krupynskyi“ in Lemberg.

## LERNZIELE:

- Die Prinzipien der Autonomie, Privatsphäre und Vertraulichkeit im Gesundheitswesen kennen.
- Diese Prinzipien in der Arbeit mit Patienten anwenden können.

| Voraussetzungen | Wissen | Fähigkeiten |
|---|---|---|
| Ein patientenzentrierter Ansatz als Grundlage der Philosophie der Patientenbeziehung. | Welche Informationen und in welchem Umfang müssen dem Patienten zur Verfügung gestellt werden? | Wie man Informationen korrekt weitergibt und bestimmt, welcher Detaillierungsgrad für jeden Patienten erforderlich ist; |
| | Was man über Vertraulichkeit wissen muss: Warum dies ein wichtiger Grundsatz ist und welche wesentlichen rechtlichen Aspekte es gibt. | Wie lässt sich in der Praxis Vertraulichkeit und das Recht des Menschen auf Selbstbestimmung in der Praxis gewährleistet werden; |
| | | wie man mit dem Patienten Entscheidungen über den Behandlungsverlauf bespricht und ihm bei der Entscheidungsfindung hilft. |

## СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Die Begriffe „Information“ und „vertrauliche Information“. Autonomie, ihre Grundsätze, der Begriff „Einwilligung nach Aufklärung“.

Privatsphäre und Grundsätze zu ihrer Wahrung. Regeln zur Wahrung der Privatsphäre in medizinischen Einrichtungen.

Vertraulichkeit, Grundsätze ihrer Einhaltung. Rechtliche Grundlagen zur Wahrung der Vertraulichkeit.

Haftung bei Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht. Voraussetzungen, unter

denen die Vertraulichkeitsgrundsätze verletzt werden dürfen.

Zugang zu Informationen für den Patienten: Pflichten des medizinischen Personals, Risiken. Besonderheiten beim Zugang zu Informationen über Kinder.

**Unterrichtsmaterialien**

# TEIL 1. THEORETISCHES MATERIAL ZUM BEGRIFF „INFORMATION“ UND „VERTRAULICHE INFORMATIONEN“

**Information**

(1) dokumentierte oder öffentlich bekannt gegebene Angaben über Ereignisse und Phänomene, die in der Gesellschaft, im Staat und in der natürlichen Umwelt stattgefunden haben oder stattfinden;

(2) alle Informationen und/oder Daten, die auf physischen Datenträgern gespeichert oder in elektronischer Form dargestellt werden können.

**Vertrauliche Informationen**

Informationen, deren Zugang durch eine natürliche oder juristische Person, mit Ausnahme von Behörden, beschränkt ist und die nach deren Wunsch gemäß den von ihnen festgelegten Bedingungen in der von ihnen bestimmten Weise verbreitet werden können.

**Informationen**, die mit der Erfüllung von Aufgaben durch Personen in Zusammenhang stehen, **können nicht als vertraulich eingestuft werden**, sofern diese Personen gemäß Gesetz oder Vertrag Befugnisse von Behörden ausüben, einschließlich der Erbringung von Bildungs-, Gesundheits-, Sozial- oder anderen staatlichen Dienstleistungen;

**Verwalter von Informationen,** die über vertrauliche Informationen verfügen, **dürfen** diese nur **mit Zustimmung** der Personen, die den Zugang zu den Informationen beschränkt haben, **weitergeben**; in Ermangelung einer solchen Zustimmung dürfen sie dies nur im Interesse der nationalen Sicherheit, des wirtschaftlichen Wohlergehens und der Menschenrechte tun (3).

# AUTONOMIE, IHRE GRUNDSÄTZE, BEGRIFFE „INFORMATIVE ZUSTIMMUNG“

**Autonomie** ist die Unabhängigkeit von allem, ein Zustand, in dem Subjekt und Objekt der Steuerung übereinstimmen.

Der Grundsatz der Patientenautonomie wird in mehreren wichtigen Elementen umgesetzt:

- Der Patient hat Anspruch auf vollständige und umfassende Informationen über seinen Gesundheitszustand (das medizinische Personal ist verpflichtet, dem Patienten diese Informationen in verständlicher Form zur Verfügung zu stellen);
- Dem Patienten müssen Behandlungsoptionen angeboten werden;
- Vor jedem Eingriff muss der Patient über die durchzuführenden Maßnahmen sowie über mögliche Nebenwirkungen, die während des Eingriffs auftreten können, informiert werden usw.;
- Der Patient hat das Recht, in die Entscheidungsfindung einbezogen zu werden und seine eigene Wahl hinsichtlich der Behandlungsoptionen zu treffen (gemeinsame Entscheidungsfindung). Bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung zur Wahl einer Behandlungsoption ist ein biopsychosoziales Modell anzuwenden, in dem der Patient als ganzheitliche Persönlichkeit und nicht nur als biologischer Organismus betrachtet wird; dabei sind die psychologischen und sozialen Komponenten des Patienten zu berücksichtigen;
- Der Patient muss seine Einwilligung zu allen medizinischen Eingriffen, Diagnosen, Untersuchungen, Behandlungen usw. erteilen. Eine Einwilligung nach Aufklärung ist nicht erforderlich, wenn der Patient nicht in der Lage ist, eine solche Einwilligung zu erteilen, wenn eine Notfallversorgung erforderlich ist und keine anderen bekannten Anweisungen des Patienten vorliegen, sowie bei einer Gefahr für die öffentliche Gesundheit (Tuberkulose, Tollwut, Cholera usw.). Für den letztgenannten Fall sind klare operative Verfahren für Eingriffe erforderlich, die ohne Einwilligung durchgeführt werden dürfen;
- Der Patient hat das Recht, eine Behandlung abzulehnen. Dabei muss das Krankenhauspersonal umfassende Informationen über den Zustand des Patienten, mögliche Behandlungsoptionen, Risiken und Vorteile sowie die Folgen einer Ablehnung der Behandlung bereitstellen. Es muss auch sichergestellt werden, dass der Patient die bereitgestellten Informationen versteht, dass die Entscheidung bewusst getroffen wird und dass die Gründe, die dieser Entscheidung zugrunde liegen, wesentlich sind und nicht überwunden werden können. Zur Beratung des Patienten sollten je nach den Überzeugungen des Patienten weitere Fachkräfte hinzugezogen werden, beispielsweise ein Psychologe, ein Sozialarbeiter oder ein Geistlicher;
- Der Patient muss seine Zustimmung zur Weitergabe von Informationen über seinen Gesundheitszustand an Familienangehörige und nahestehende Personen erteilen.

## Informierte Einwilligung

Die Verpflichtung zur Einholung der informierten Einwilligung des Patienten ist im ukrainischen Recht vorgesehen. Gleichzeitig wird diese Anforderung in Krankenhäusern meist nur formal behandelt. Das Dokument „Informierte freiwillige Einwilligung des Patienten“ wird einmalig unterzeichnet, oft bei der Aufnahme ins Krankenhaus, wobei die Patienten nicht immer verstehen, was und wozu sie unterschreiben. Dabei können weitere Diagnosen und medizinische Eingriffe ohne informierte Einwilligung erfolgen. Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass die Einwilligung nach Aufklärung nicht nur in schriftlicher Form, sondern auch mündlich erteilt werden kann. Einige EU-Länder weichen von der Praxis der schriftlichen Einwilligung nach Aufklärung gerade deshalb ab, weil ein vom Patienten unterzeichnetes Dokument nicht immer tatsächlich eine Einwilligung nach Aufklärung für alle medizinischen Eingriffe bedeutet.

Ein noch wichtigerer Aspekt bei der Umsetzung dieses Grundsatzes ist die Bereitstellung vollständiger und wahrheitsgemäßer Informationen für den Patienten sowie die Aufklärung über alle Risiken des Eingriffs. Es gibt auch Fälle, in denen eine Person eine unterstützende Behandlung (Lungenbeatmung) erhält. Die Entscheidung über die Beendigung oder Fortsetzung der unterstützenden Behandlung wird im besten Interesse des Patienten getroffen. In diesem Fall müssen die Lebensqualität des Patienten, die voraussichtliche Lebensdauer und die Lebensqualität bei Fortsetzung der Behandlung sowie die Chancen auf eine Genesung des Patienten berücksichtigt werden.

# DATENSCHUTZ UND GRUNDSÄTZE ZU SEINER GEWÄHRLEISTUNG. REGELN ZUM DATENSCHUTZ IN MEDIZINISCHEN EINRICHTUNGEN

**Datenschutz**:

- Zusammenhang zwischen Datenerhebung und -verbreitung
- Technologien
- gesellschaftliche Erwartungen an die Unverletzbarkeit der Privatsphäre
- die damit verbundenen rechtlichen und politischen Fragen.

**Empfehlungen zur Wahrung der körperlichen Privatsphäre:**

- Bei Eingriffen, bei denen sich der Patient entkleiden muss, dürfen sich keine fremden Personen, einschließlich

Krankenhauspersonal, das nicht unmittelbar an der Durchführung der Maßnahmen beteiligt ist. Findet die Maßnahme in einem Mehrbettzimmer statt, muss das Bett des Patienten mit einem Paravent vollständig abgeschirmt oder der Patient mit einem Laken bedeckt werden;

- Behandlungen, bei denen sich die Patienten entkleiden müssen, sollten in geschlossenen Räumen stattfinden; die Bereiche, in denen sich die Patienten entkleiden, müssen durch einen Paravent abgetrennt sein. Das medizinische Personal, das die Behandlung durchführt, muss dem Patienten zunächst den Ablauf der Behandlung und die möglichen Empfindungen erläutern sowie ihn auf den Beginn der Behandlung hinweisen. Der Patient muss seine Zustimmung zum Beginn der Behandlung geben (dies kann in obligatorischer schriftlicher Form erfolgen, aber auch durch mündliche Zustimmung oder sogar durch ein Zeichen, beispielsweise ein Nicken);

- Das medizinische Personal darf den Patienten nicht auffordern, sich mehr zu entkleiden, als für den Eingriff erforderlich ist;

- Nach Abschluss der Behandlung muss sich der Patient wieder anziehen, bevor die Kommunikation fortgesetzt wird;

- Es ist nicht zulässig, den Patienten nackt durch das Krankenhaus zu bewegen;

- Hilfsmittel, die für Patienten unangenehm sein können (wie Stuhl- und Urinbeutel, Katheter usw.), sollten auf Wunsch des Patienten mit einem Laken abgedeckt werden;

- Bei der Untersuchung von Patienten in Mehrbettzimmern wird empfohlen, keine Einzelheiten der Untersuchung zu besprechen und, falls erforderlich, mit dem Patienten in gedämpfter Stimme zu sprechen;

- In Mehrbettzimmern wird empfohlen, mobile Trennwände bereitzustellen, die die Betten voneinander trennen und einen privaten Raum für den Patienten schaffen können;

- Es ist erforderlich, die getrennte Unterbringung von Patienten unterschiedlichen Geschlechts sicherzustellen, einschließlich getrennter Toiletten. Ausnahmen können Intensivstationen betreffen;

- Den Patienten sollte die Möglichkeit gegeben werden, medizinisches Personal desselben Geschlechts zu wählen, das sie versorgt (sofern entsprechendes Personal verfügbar ist). Dieser Bedarf ist im Allgemeinen für Frauen dringlicher. In jedem Fall muss bei der Durchführung von Behandlungen, die das Entkleiden erfordern, medizinisches Personal desselben Geschlechts wie der Patient anwesend sein;

- Im Krankenhaus müssen private Räume für Gespräche zwischen Familienangehörigen und nahestehenden Personen des Patienten eingerichtet werden. Ist dies in der Krankenhausplanung nicht vorgesehen, muss ein anderer Raum zur Verfügung gestellt werden, in dem die Familie nach wichtigen Mitteilungen oder zur Fassung schwieriger Entscheidungen ungestört mit dem Patienten sprechen kann;

- Das Fotografieren und Filmen von Patienten im Krankenhaus ist nur mit deren Einwilligung zulässig;

- Das Krankenhauspersonal muss die Zustimmung zur Anwesenheit von Assistenzärzten bei der Untersuchung eines Patienten einholen.

**Empfehlungen zur Anwesenheit von Praktikanten/Assistenzärzten/Studierenden bei der Untersuchung eines Patienten:**

- Die Anfrage nach der Anwesenheit von Studierenden oder Praktikanten ist ein üblicher Höflichkeitsakt, und die Patienten verstehen, dass sie mit Respekt behandelt werden. Gleichzeitig behalten sie eine gewisse Kontrolle über die Situation, in der sie sich befinden;

- Damit eine solche Anfrage für die Patienten nicht überraschend kommt, muss im Voraus auf die mögliche Anwesenheit von Studenten oder Praktikanten hingewiesen werden;

- Selbst wenn das Krankenhaus eine klinische Lehrstätte für medizinische Bildungseinrichtungen ist, muss der Patient die Möglichkeit haben, die Anwesenheit von Studenten oder Praktikanten abzulehnen.

## Vertraulichkeit, Grundsätze ihrer Einhaltung Rechtsgrundlagen zur

Wahrung der Vertraulichkeit **Vertraulichkeit:**

- Eigenschaft von allem, was nicht zur Veröffentlichung bestimmt ist; Vertraulichkeit, Geheimhaltung, reine Privatsphäre;

- Eigenschaft von Informationen, die darin besteht, dass diese Informationen nicht von unbefugten Nutzern und/oder Prozessen abgerufen werden können;

- Die Vorstellung, dass man sich bei der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe keine Sorgen machen muss, dass der eigene Gesundheitszustand anderen Personen offenbart wird.

Das Ziel der vertraulichen Beziehung zwischen Patient und medizinischem Fachpersonal ist es, ein Klima des Vertrauens und der Offenheit zu schaffen, in dem beide Seiten alle relevanten Informationen austauschen können.

**A Informationen, die geschützt werden müssen, gehören:**

- personenbezogene Daten
- Gesundheitszustand
- emotionalen Zustand
- Finanzinformationen.

**Was umfasst die ärztliche Vertraulichkeit und des Patienten?**

Alles, was der Patient dem medizinischen Mitarbeiter, sowie jegliche Meinungen, sowie Schlussfolgerungen, die ein medizinischer Mitarbeiter nach der Untersuchung oder Beurteilung des Zustands des Patienten ziehen kann. Die Vertraulichkeit umfasst alle medizinischen Krankheiten, bereits bestehenden Erkrankungen, Krankengeschichte Unterlagen (einschließlich der Röntgenaufnahmen, Laborberichten usw.), sowie die Beziehung zwischen Patient und Arzt – ebenso wie die Tatsache, dass sich eine Person an einen Arzt wendet.

**Ein Verstoß gegen die Vertraulichkeit** ist jede Weitergabe privater Informationen über den Patienten an Dritte ohne dessen Zustimmung. Die Vertraulichkeit des Patienten ist durch die Gesetzgebung der Ukraine geschützt. Wenn private Informationen über den Patienten ohne dessen Einwilligung weitergegeben werden und dem Patienten dadurch ein bestimmter Schaden entsteht, hat er oder sie das Recht, gegen den medizinischen Mitarbeiter wegen Missbrauchs, Eingriffs in die Privatsphäre oder anderer Delikte Klage zu erheben. Wenn der Patient der Weitergabe der Informationen zugestimmt hat, liegt natürlich kein Verstoß vor.

**Wie lange gilt die Vertraulichkeit zwischen Arzt und Patient?**

Die Schweigepflicht bleibt auch dann bestehen, wenn der Patient diesen bestimmten Arzt nicht mehr aufsucht oder sich nicht mehr von ihm behandeln lässt, sowie nach dem Tod. Wenn der Patient stirbt, unterliegen seine Krankenakte und seine Daten weiterhin der ärztlichen Schweigepflicht.

**Empfehlungen zur Einhaltung der Grundsätze der Vertraulichkeit von Informationen:**

- Zugriff auf vertrauliche Informationen dürfen nur diejenigen Mitarbeiter haben, die diese benötigen. Dieser Zugriff muss begründet sein;
- Zum Schutz vertraulicher Informationen gehört auch die Verpflichtung zur ordnungsgemäßen Vernichtung von Datenträgern (z. B. mittels eines Aktenvernichters);
- Medizinische Informationen von Patienten, wie z. B. Untersuchungsergebnisse, dürfen nicht öffentlich zugänglich sein;
- Es ist nicht zulässig, dass das Krankenhaus persönliche Dokumente des Patienten, insbesondere den Reisepass, einbehält und aufbewahrt;
- Es ist untersagt, Informationen über den Patienten an Dritte weiterzugeben oder mit diesen zu besprechen, einschließlich des K r a n k e n h a u s personals, das nicht an der Behandlung und Pflege des Patienten beteiligt ist;
- Dem Patienten muss freier Zugang zu seinen medizinischen Unterlagen gewährt werden, einschließlich Informationen darüber, wer Zugang zu den entsprechenden medizinischen Unterlagen hat oder hatte;
- Es ist dem Krankenhauspersonal untersagt, Patienten zu besprechen oder zu verurteilen.

**Vorgehensweise zur Wahrung der Vertraulichkeit im Krankenhaus:**

1. Beim Betreten eines Zimmers oder eines anderen abgeschlossenen Raums (z. B. eines durch einen Vorhang abgetrennten Bereichs) muss das Krankenhauspersonal anklopfen oder die Patienten auf andere Weise auf sein Kommen aufmerksam machen; Wenn möglich, sollte der Patient gefragt werden, ob dies ein geeigneter Zeitpunkt für eine Untersuchung oder ein Gespräch ist;
2. Die Kommunikation muss auf Augenhöhe stattfinden (wenn der Patient liegt, muss man sich vor Beginn des Gesprächs neben ihn setzen);
3. Auf keinen Fall darf man quer durch das Zimmer die geplanten Maßnahmen ausrufen!
4. Die Diagnose und die Behandlung müssen den Patienten in einer verständlichen Sprache erklärt werden, wobei Fachbegriffe vermieden werden sollten;
5. Es ist nicht gestattet, Fragen zur Behandlung und Pflege eines Patienten in dessen Anwesenheit zu besprechen, ohne ihn/sie einzubeziehen.

**Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus:**

- Der Patient muss über die weitere Behandlung und Pflege sowie über die Kontaktdaten der Ansprechpartner informiert werden, an die er sich bei Bedarf wenden kann;
- Bei Beschwerden und Anregungen muss dem Patienten Gehör geschenkt werden;
- dem Patienten sollte angeboten werden, einen anonymen Fragebogen zur Bewertung der Krankenhausleistung auszufüllen.

# TEIL 2. PRAKTISCHE AUFGABEN

**Fallbeispiele zur Diskussion**

## Fallbeispiel 1

Auf Bitte der Klassenlehrerin wandte sich ein 15-jähriges Mädchen an den Schulpsychologen und klagte über ständigen Druck seitens ihrer Mitschüler. Der Grund für die Hänseleien: Das Mädchen hat nur „sehr gute“ Noten, macht sich ständig Sorgen um ihre Noten, weint, wenn sie eine Note unter 10 bekommt, und interessiert sich nicht für das Leben ihrer Mitschüler und deren Hobbys. Sie ist „nicht wie alle anderen“, ein „schwarzes Schaf“. Während des Gesprächs wischt sich das Mädchen ständig die Hände mit einem Desinfektionstuch ab, klagt über Schlafstörungen, Sehnsüchte und Selbstmordgedanken. Nach der Beratung kam die Klassenlehrerin zur Psychologin und fragte, ob mit dem Mädchen alles in Ordnung sei. Die Psychologin beschrieb den Zustand des Mädchens ausführlich und sagte der Lehrerin, dass sich die Eltern des Kindes an einen Kinderpsychiater wenden müssten, da psychische Probleme vorlägen.

## Fall 2

C(Stud.) (Anm.)Fragebogenfür(die Zulassung) zumOnline-Studium. Der Fragebogen enthält eine Frage zumHIV-Status. Diese ist obligatorisch. Hat die Bildungseinrichtung das Recht beim Ausfüllen des Fragebogens Informationenüber den HIV-Status zuverlangen?

## Fall 3

Chefarzt der privaten Klinik für plastische Klinik empfängt neue Mitarbeiter

eine Ärztin und , fragt sie ganz offen über ihr Privatleben,

junge für die Zukunft und bittet sie, freiwillige

in nächster Zeit (3 Jahre)

ihr Pe n

Gesundheitszustand, ihre

Einverständ keine in den

Pläne Mutterschaftsurla

Mutterschaftsurl ub

aub

**Frage für das Reflexions-Tagebuch:**

Medizinische Informationen gehören den Patienten. Analysieren Sie diese Aussage.

Präsentation zum Thema unter dem Link:

bit.ly/3EpdbTc

Vollständige Version der Unterrichtseinheit unter dem Link:

bit.ly/3rEgdPQ

THEMA 6

# Krisen emotionale Zustände und Nachrichten



# THEMA 6

# EMOTIONALE KRISENZUSTÄNDE UND SCHLECHTE NACHRICHTEN

Die methodischen Materialien wurden sorgfältig von Iryna Borovyk und Nataliia Povar zusammengestellt




**Iryna Borovyk,** Dozentin am Lehrstuhl für Therapie und Familienmedizin.
Ternopil National
Iwan-Gorbatschowski-Medizinische Universität



**Natalia Povar,** Dozentin am Lehrstuhl für medizinisch-präventive Disziplinen und Labordiagnostik, Medizinische Akademie Rivne

# LERNZIELE

- Das SPIKES-Protokoll für die Übermittlung schlechter Nachrichten kennen und anwenden können
- Den Patienten in Krisensituationen, nach Erhalt schlechter Nachrichten und am Lebensende unterstützen können.

| Einstellung | Wissen | Fähigkeiten |
|---|---|---|
| Ein patientenzentrierter Ansatz als Grundlage der Philosophie der Patientenbeziehung. | Was sind emotionale Krisenzustände und wie wirken sie sich auf die Interaktion aus?<br>Phasen der Trauer. | Wie man in Situationen hoher emotionaler Anspannung und Stress kommuniziert; Überbringen schlechter Nachrichten. |

# СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Organisatorischer Teil – **3 Min.**

Reflexion: „Welche Gesprächsthemen sind für einen Arzt schwierig?“ oder „Welche Gesundheitsnachrichten sind für einen Patienten schlecht?“, oder „Was empfindet ein Patient, wenn ihm schlechte Nachrichten mitgeteilt werden?“, oder „Erinnern Sie sich an Fälle aus Ihrem Leben oder Ihrer Praxis, in denen schlechte Nachrichten unsachgemäß übermittelt wurden?“ – **12 Min.**

Kurze Erörterung des theoretischen Materials (Mini-Vortrag) – **10 Min.**

Rollenspiel (Beratung eines Patienten mit einer chronischen, unheilbaren Erkrankung, z. B. Diabetes mellitus, rheumatoider Arthritis, oder eines Patienten, der operiert werden muss) mit anschließender Diskussion mit den Studierenden – **60 Min.**,

oder eine „Aquarium“-Diskussion zur Übermittlung schlechter Nachrichten mit anschließender Nachbesprechung – **60 Min.** (Schwerpunkt der Nachbesprechung: Was ist wichtiger – die strikte Einhaltung des Algorithmus oder das Einfühlungsvermögen, die emotionale Unterstützung?),

oder Analyse und Diskussion von Fallbeispielen in Kleingruppen mit anschließender Nachbesprechung mit den Studierenden – **30 Min**. + Analyse von Konsultationen zur Übermittlung schlechter Nachrichten (korrekt und inkorrekt) auf Video – **30 Min.**

Zusammenfassung – **5 Min**.

**Insgesamt 210 Min.**

# TEIL 1. THEORETISCHE MATERIALIEN ZUR ÜBERMITTLUNG SCHLECHTER NACHRICHTEN

Der Begriff „schlechte Nachrichten“ wird von Psychologen als jede Information interpretiert, die die Vorstellung einer Person von ihrer Zukunft ernsthaft und negativ beeinflusst. Alle schlechten Nachrichten haben schwerwiegende negative Folgen für Patienten und ihre Familien. Schlechte Nachrichten sind ein subjektiver Begriff: Wir können ihre Auswirkungen auf eine Person nicht einschätzen, ohne zu wissen, worauf der Empfänger der schlechten Nachrichten hofft und welche Ängste er hat. Beispielsweise wird eine Patientin schockiert sein, wenn ihr mitgeteilt wird, dass ihre Rückenschmerzen durch ein Wiederauftreten von Brustkrebs verstärkt wurden, während sie dachte, die Schmerzen seien durch einen Muskelkrampf verursacht. Die Auswirkungen schlechter Nachrichten sind proportional zu ihrem Einfluss auf die Veränderung der Erwartungen des Patienten.

Es ist wichtig, den Kernpunkt der schlechten Nachricht zu ermitteln: Was genau macht sie für den Patienten so schlimm? Meistens ist es etwas, das die Lebenserwartung verkürzt (die Diagnose einer schweren Erkrankung), etwas, das mit Funktionsverlust, Einschränkungen der Lebensqualität oder einer erheblichen Verschlechterung der Lebensqualität einhergeht (die Diagnose einer chronischen, unheilbaren Erkrankung).

**Beispiele für Erkrankungen, die für den Patienten schlechte Nachrichten darstellen:**

- schwere, lebensverkürzende Erkrankungen (Krebs, hämatologische bösartige Erkrankungen, fortschreitende Erkrankungen von Herz, Lunge, Nieren und Leber unterschiedlicher Ätiologie, fortschreitende neurologische Erkrankungen, erworbenes Immundefektsyndrom);

- chronische, lebensverändernde Erkrankungen (Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, rheumatologische Erkrankungen, chronische Herzinsuffizienz, ischämische Herzkrankheit, chronische Niereninsuffizienz, Leberzirrhose, chronische Lungenerkrankungen wie COPD, Mukoviszidose).

Die Übermittlung schlechter Nachrichten über eine schwere, lebensverkürzende Erkrankung oder eine lebensverändernde chronische Erkrankung sowie die Unterstützung der Patienten während der Krankheit – dies ist wohl eine der stressreichsten Aufgaben, die ein Arzt zu bewältigen hat.

## Warum wollen Ärzte keine schlechten Nachrichten überbringen?

Im Laufe seiner Karriere muss jeder Arzt einem Patienten und dessen Angehörigen möglicherweise mehrfach ungünstige medizinische Informationen mitteilen. Eine Auswertung der durchgeführten Studien hat bestätigt, dass die Person, die schlechte Nachrichten überbringt, häufig starke Emotionen wie Angst, das Gefühl der Verantwortung und die Furcht vor negativer Bewertung empfindet. Die Übermittlung schlechter Nachrichten ist besonders schwierig, wenn der Patient jung ist und es keine oder nur begrenzte Möglichkeiten für eine erfolgreiche Behandlung gibt. In jedem Fall wird die Situation erschwert, wenn der Arzt keine Erfahrung darin hat, schlechte Nachrichten zu überbringen. Oft sind Ärzte (medizinisches Personal) nicht darauf vorbereitet, mit den Emotionen des Patienten umzugehen, fürchten Vorwürfe gegen sich selbst, befürchten, der Inkompetenz bezichtigt zu werden, und haben Angst, nicht alle Fragen des Patienten und seiner Angehörigen beantworten zu können.

## Schlechte Nachrichten: Warum ist das wichtig?

Patienten brauchen die Wahrheit. Bis Ende der 1970er Jahre waren die meisten Ärzte nicht offen, wenn es darum ging, Krebspatienten ihre Diagnose mitzuteilen. Studien der folgenden Jahre zeigten jedoch, dass Patienten Informationen über ihren Gesundheitszustand haben wollten. So ergab beispielsweise eine 1982 veröffentlichte Umfrage unter 1251 US-Amerikanern, dass 96 % von ihnen wissen wollten, wenn bei ihnen ein bösartiger Tumor diagnostiziert würde; außerdem wollten 85 % im Falle einer schlechten Prognose eine realistische Einschätzung der verbleibenden Lebenserwartung erhalten. Eine Studie des schottischen Krebszentrums, an der 250 Patienten teilnahmen, zeigte, dass 91 % bis 94 % der Personen die Erfolgsaussichten der Behandlung sowie die Wahrscheinlichkeit und Schwere von Nebenwirkungen wissen wollten.

In Nordamerika haben die Grundsätze der informierten freiwilligen Einwilligung, der Selbstbestimmung des Patienten und der Rechtsprechung klare ethische und rechtliche Verpflichtungen geschaffen, die darauf abzielen, den Patienten so viele Informationen wie möglich zu geben, die sie über ihre Erkrankung und Behandlung wissen möchten. Ärzte dürfen einem Patienten Informationen nicht vorenthalten, selbst wenn dies unerwünschte Auswirkungen auf ihn haben könnte. Die Vorstellung, dass der Erhalt medizinischer Informationen über die eigene Gesundheit zu einer psychischen Traumatisierung führt, ist unbegründet. Viele Patienten wünschen sich genaue Informationen, die ihnen helfen, wichtige Lebensentscheidungen zu treffen.

Die Offenlegung wahrer Informationen ohne angemessenes Mitgefühl und ohne Unterstützung des Patienten kann jedoch ebenso negative Folgen haben wie eine Lüge über seinen Zustand. Die Praxis, den Patienten zu täuschen, darf nicht durch eine grobe und gefühllose Mitteilung der Wahrheit ersetzt werden.

## Wie kann eine Methode zur Übermittlung schlechter Nachrichten dem Arzt und dem Patienten helfen?

Wenn es Ärzten unangenehm ist, schlechte Nachrichten zu überbringen, vermeiden sie möglicherweise die Diskussion beunruhigender Informationen, wie beispielsweise einer ungünstigen Prognose, oder vermitteln dem Patienten ungerechtfertigten Optimismus. Stattdessen ist es notwendig, die Lebenswerte des Patienten zu ermitteln, seinen Wunsch, an der Entscheidungsfindung teilzunehmen, zu berücksichtigen und unbedingt auf seine Gefühle, Ängste und Sorgen einzugehen. All dies kann den Patienten dazu motivieren, sich an schwierigen Entscheidungen über die weitere Behandlung zu beteiligen, insbesondere wenn die Wirksamkeit der Behandlungsprogramme gering ist. In diesem Fall empfinden Ärzte weniger Angst beim Überbringen schlechter Nachrichten und sind weniger anfällig für Stress und emotionale Erschöpfung.

Der Prozess der Übermittlung schlechter Nachrichten lässt sich als **Versuch zur Erreichung von vier Zielen** darstellen. Das erste Ziel ist **die Einholung** von **Informationen** vom Patienten. Dies ermöglicht es dem Arzt, den Wissensstand des Patienten, seine Erwartungen und seine Bereitschaft zur Aufnahme schlechter Nachrichten zu ermitteln. Das zweite Ziel besteht darin, **dem Patienten Informationen** entsprechend seinen Bedürfnissen und Empfindungen **zu vermitteln**. Das dritte Ziel ist es, **den Empfänger der schlechten Nachrichten zu unterstützen**, indem Techniken zur Verringerung emotionaler Anspannung eingesetzt werden. Das Endziel besteht darin, **gemeinsam mit dem Patienten einen Plan für die weiteren Behandlungsschritte zu entwickeln**.

Die Erreichung dieser Ziele erfolgt durch die Umsetzung aufeinanderfolgender Schritte des Protokolls, von denen jeder mit einer konkreten Erfahrung verbunden ist. Bei der Übermittlung schlechter Nachrichten ist es nicht immer erforderlich, alle Schritte durchzuführen, doch bei ihrer Umsetzung muss die Reihenfolge strikt eingehalten werden.

Entsprechend den genannten Zielen wurden mehrere Protokolle für die Übermittlung schlechter Nachrichten entwickelt. Sie alle bestehen aus aufeinanderfolgenden Schritten. Die in der medizinischen Praxis am häufigsten angewandten Methoden sind **SPIKES, ABCD, BREAKS und PATIENT.**

## SPIKES, ABCD, BREAKS, PATIENT

### Das sechsstufige SPIKES-Protokoll

Betrachten wir **das sechsstufige SPIKES-Protokoll** genauer, das sich hervorragend bewährt hat, da es dem Patienten ermöglicht, für ihn schwierige Informationen in einem emotional ausgeglicheneren Zustand aufzunehmen. Die im SPIKES-Protokoll festgelegten aufeinanderfolgenden Schritte zur Übermittlung schlechter Nachrichten lauten wie folgt: **Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion and Empathy, Strategy and Summary (Rahmenbedingungen, Wahrnehmung, Einladung, Wissen, Emotionen und Empathie, Strategie und Zusammenfassung)**. Die Autoren des Leitfadens „Zentren für bewährte Verfahren in der primären Gesundheitsversorgung“ haben die Phasen des SPIKES-Protokolls ins Ukrainische übersetzt. Dementsprechend **lautet** die Methodik **PIDKHID: Vorbereitung, Aufklärung, Einwilligung, Krankheit, Hysterie, Hilfe.**

Betrachten wir also jeden Schritt des SPIKES-Protokolls einzeln.

### 1. Schaffung geeigneter Bedingungen

**Setting up – Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen – Vorbereitung**

Fragen Sie die Person, wann es ihr am besten passt, über die Diagnose zu sprechen, und ob sie möchte, dass dabei ihre Angehörigen oder ihr nahestehende Personen anwesend sind. Ein wichtiger Aspekt des Gesprächs ist die Gewährleistung der Vertraulichkeit. Außerdem muss im Voraus genügend Zeit für das Gespräch eingeplant und sichergestellt werden, dass es nicht durch andere Personen (medizinisches Personal, Patienten) unterbrochen wird; das Telefon sollte ausgeschaltet oder an einem anderen Ort aufbewahrt werden. Wählen Sie einen separaten Raum, setzen Sie sich neben den Patienten und zeigen Sie ihm, dass Sie es nicht eilig haben, stellen Sie eine Verbindung und Blickkontakt mit dem Patienten her.

### 2. Einschätzung der Wahrnehmung der aktuellen Situation durch den Patienten

**Wahrnehmung des Zustands/der Schwere – Bewusstsein für die Situation/die Schwere des medizinischen Problems – Informiertheit**

**Fragen Sie, bevor Sie erzählen.**
Wenn ein Arzt versucht, eine schlechte Nachricht zu überbringen, fällt es ihm leichter, sich darauf zu stützen, was der Patient bereits über seine Krankheit weiß. Die meisten Patienten sind sich der Schwere ihres Zustands bewusst, und manche kennen vielleicht sogar ihre Diagnose. In diesem Fall muss der Arzt die schlechte Nachricht nur bestätigen, anstatt sie erst mitzuteilen.

Finden Sie heraus, was der Patient über seinen Gesundheitszustand weiß. Fragen Sie, was er oder sie über die aktuelle Diagnose weiß. In dieser Phase ist es wichtig, festzustellen, inwieweit der Patient seinen Zustand versteht. Wenn der Patient eine falsche Vorstellung von seinem Gesundheitszustand hat oder das Vorliegen einer schweren Erkrankung leugnet, sollte man dies als Tatsache akzeptieren und in dieser Phase keinen Dialog beginnen. Ebenso wichtig ist es festzustellen, ob der Patient eine Form der Krankheitsverleugnung zeigt: ob er in seiner Schilderung wichtige „schlechte" Details der Erkrankung auslässt, unrealistische Vorstellungen bezüglich der Behandlung hat usw.

Beispiele für Fragen in dieser Phase können folgende sein:

*Was wissen Sie bereits über Ihre Diagnose? Was denken Sie darüber?*
*Verstehen Sie, warum wir bei Ihnen Untersuchungen wie … (Laboruntersuchung zur Erkennung von Tumormarkern, Ultraschall, Röntgenuntersuchung, CT, MRT, Biopsie) durchgeführt haben?*

### 3. Einladung

**Einladung – Den Patienten dazu ermutigen, Informationen einzuholen – Einverständnis**

Fragen Sie den Patienten, ob er oder sie Einzelheiten zu seinem/ihrem Gesundheitszustand erfahren und die Diagnose kennenlernen möchte. Finden Sie heraus, wie detaillierte Informationen zur Diagnose und Prognose der Patient benötigt. Manche Menschen äußern möglicherweise den Wunsch, keine Informationen über ihre Gesundheit zu erhalten. Respektieren Sie das Recht des Patienten, seine Diagnose nicht zu erfahren. Bieten Sie an, ihm/ihr auf Wunsch später die Diagnose mitzuteilen und Fragen zu beantworten. Fragen Sie den Patienten nach seiner Meinung und seinen Wünschen, wem der Arzt seine Diagnose mitteilen soll.

Beispiele für Fragen in dieser Phase können folgende sein:

*Ich habe heute bereits die Ergebnisse Ihrer Untersuchung vorliegen.*
*Möchten Sie, dass ich sie Ihnen näher erläutere?*
*Wem soll ich Ihre Diagnose mitteilen?*

## 4. Wissen. Weitergabe von Informationen

**Wissen: Vermittlung medizinischer Fakten – Krankheit**

Verwenden Sie eine für den Patienten verständliche Sprache. Berücksichtigen Sie den Bildungsstand, den sozioökonomischen Hintergrund und den aktuellen emotionalen Zustand des Patienten und geben Sie Informationen in kleinen Häppchen weiter. Überprüfen Sie, ob der Patient das Gesagte versteht, und gehen Sie auf die Reaktionen des Patienten ein, sobald diese auftreten.

Beginnen Sie mit „Alarmsignalen", zum Beispiel: „Als wir eine Ultraschalluntersuchung der Leber durchgeführt haben, haben wir eine kleine Verdunkelung festgestellt, die normalerweise ein Anzeichen für Krebs ist. Verstehen Sie das?"

Sprechen Sie offen, aber einfühlsam. Passen Sie Ihr Sprechtempo dem des Patienten an. Erklären Sie die Situation Schritt für Schritt in kurzen Sätzen. Vermeiden Sie den Drang zu reden, um Ihr eigenes Unbehagen zu überwinden. Pausen, Stille, Tränen – das ist in einer solchen Situation normal. Dabei sollten Sie nichts überstürzen, nicht alle Informationen auf einmal oder in großer Menge präsentieren; es ist unzulässig, direkt und grob zu sein; Sie sollten Euphemismen (abmildernde oder verschleiernde Wörter und Ausdrücke) nicht übermäßig verwenden, keinen medizinischen Fachjargon benutzen und keine Prognosen abgeben.

Beispiel für eine angemessene Mitteilung: „Bei Ihrer letzten Untersuchung wurde eine Biopsie durchgeführt, wobei eine Gewebeprobe zur Untersuchung entnommen wurde. Leider sind die Ergebnisse der Biopsie nicht erfreulich. Es tut mir leid, aber ich muss Ihnen mitteilen, dass wir einen Tumor festgestellt haben."

Denken Sie daran, dass es dem Patienten aufgrund seiner Emotionen schwerfallen wird, sich alle Informationen zu merken. Wiederholen Sie daher die wichtigsten Informationen, verwenden Sie grafische Darstellungen oder Schemata und notieren Sie die Kernaussagen. Lassen Sie den Patienten Ihnen schildern, wie er das Gesagte verstanden hat. Ermutigen Sie ihn, Fragen zu stellen, und wiederholen oder korrigieren Sie gegebenenfalls.

## 5. Emotionen und Empathie

**Emotion and Empathy – Emotionen und Empathie – Hysterie**

Zeigen Sie Empathie. Erkennen Sie die Emotionen des Patienten und reagieren Sie darauf. Achten Sie auf die Körpersprache. Finden Sie heraus, welche Emotionen den Patienten belasten. Ermitteln Sie die Hauptursache der Emotionen und geben Sie dem Patienten Zeit, seine Gefühle auszudrücken.

Beispielfragen:

*War Ihre Diagnose ein Schock für Sie?*
*Erklären Sie mir bitte, wie Sie sich*
*fühlen.*

Denken Sie an die kognitiven Ausprägungen der Trauer (z. B. Verleugnung, Schuldzuweisungen, Intellektualisierung, Misstrauen, Akzeptanz). Seien Sie einfühlsam; es ist angebracht, „Entschuldigung“ oder „Ich weiß es nicht“ zu sagen. Lassen Sie sich nicht auf Diskussionen ein und kritisieren Sie keine Kollegen. Machen Sie keine leeren Versprechungen, wecken Sie keine falschen Hoffnungen und lösen Sie keine Probleme des Patienten. Angemessen ist nur Zuhören und Zusammenfassen. Wenn die Pause zu lang wird, können Sie erneut nach den Emotionen fragen:

*Wie fühlen Sie sich gerade angesichts der erhaltenen*
*Nachrichten? Wovor haben Sie am meisten Angst?*
*Was beunruhigt Sie am meisten?*

## 6. Strategie (Plan) und Zusammenfassung

**Strategy and Summary – Strategie und Zusammenfassung – Weitere Hilfe**

Der Arzt fasst das Gespräch zusammen und geht dabei auf die wichtigsten Punkte der Vereinbarung zwischen ihm und dem Patienten ein. Die Behandlungs- und Pflegepläne für die Zukunft werden kurz formuliert. **Es ist wichtig, den Fokus auf praktische und psychologische Anpassungen im Alltag der Person zu legen.** Es ist ratsam, Ihre gemeinsamen Entscheidungen schriftlich festzuhalten, da sich die Wahrnehmung der Patienten in solchen Situationen verschlechtern kann.

Bieten Sie die Möglichkeit, Sie jederzeit zu erreichen, und bewahren Sie einen optimistischen Blick in die Zukunft.

Fragen Sie den Patienten, welchen Angehörigen oder Freunden er von seiner Diagnose erzählen möchte. Schlagen Sie vor, beim nächsten Mal gemeinsam mit diesen Personen zu kommen. Legen Sie unbedingt einen Termin für das nächste Gespräch fest und vergewissern Sie sich, dass der Patient sicher nach Hause kommt, nachdem er Ihre Praxis verlassen hat. Es ist ratsam zu erfragen, ob jemand ihm helfen kann, nach Hause zu kommen, und ihn dort unterstützen kann.

Außerdem sollte der Patient die Gewissheit erhalten, dass der Arzt aktiv an allen weiteren Plänen bezüglich einer möglichen Behandlung und Pflege beteiligt sein wird.

Vereinbaren Sie daher am Ende des Gesprächs mit dem Patienten das weitere Vorgehen, fassen Sie die Erfahrungen des Patienten zusammen und finden Sie heraus, mit welchen Gefühlen der Patient Sie verlässt. Es ist äußerst wichtig, dem Menschen eine Atmosphäre des Vertrauens und des Verständnisses zu vermitteln, damit er sich in einer schwierigen Situation nicht allein gelassen fühlt.

Bei der Übermittlung schlechter Nachrichten sollten alle Techniken **der patientenzentrierten Beratung** zum Einsatz kommen: Seien Sie einfühlsam, erkennen Sie Emotionen, scheuen Sie sich nicht vor Tränen und Schweigen, halten Sie Augenkontakt, geben Sie Informationen in kleinen Häppchen und einfachen Sätzen weiter, wiederholen und präzisieren Sie, überprüfen Sie regelmäßig das Verständnis und lassen Sie dem Patienten Zeit, zu reagieren. Fragen Sie, wovor sich der Patient am meisten fürchtet. Das Erkennen der Ängste des Patienten hilft dabei, herauszufinden, welche Hilfe er oder sie in Zukunft benötigen wird. Sie können Körperkontakt einsetzen, wenn Ihnen das natürlich erscheint. Seien Sie ehrlich und sagen Sie die Wahrheit. Wenn Sie sich bei etwas nicht sicher sind, sagen Sie, dass Sie es herausfinden und dem Patienten später mitteilen werden.

Die Übermittlung schlechter Nachrichten ist eine qualifizierte, komplexe Form der Kommunikation. Es ist subjektiv, wie viel wahrheitsgemäße Informationen dem Patienten vermittelt werden müssen. Eine richtig strukturierte und gut organisierte Kommunikation unter Einhaltung der allgemeinen Prinzipien einer patientenorientierten Beratung hat jedoch eine positive therapeutische Wirkung.

## PALLIATIVE BETREUUNG

Studien zufolge möchten mehr als zwei Drittel der Befragten zu Hause, im Kreise ihrer Angehörigen und nahestehenden Personen, sterben. Oftmals müssen Patienten jedoch im Krankenhaus sterben. In jedem Fall ist es äußerst wichtig, die Grundprinzipien der Würde am Lebensende zu wahren. Jeder hat das Recht, über die Unheilbarkeit der Krankheit und den bevorstehenden Tod informiert zu werden. Es ist wichtig, nach Möglichkeit mit dem Patienten über seine Erkrankung zu sprechen, seine Meinung einzuholen, seine Zustimmung zur Unterrichtung von Angehörigen und nahestehenden Personen über die Krankheitsprognose einzuholen, ihn in wichtige Entscheidungen bezüglich der medizinischen Versorgung einzubeziehen und ihm bei der Entscheidungsfindung zu helfen. Eine Ausnahme können nur Fälle der Geschäftsunfähigkeit einer Person darstellen. Wenn der Patient beschlossen hat, zu Hause zu sterben, muss die medizinische Einrichtung seinen Transport organisieren und den Hausarzt kontaktieren, um medizinische Versorgung zu Hause zu gewährleisten. Es liegt den Menschen nicht im Naturell, darüber nachzudenken, wie sie auf die Nachricht reagieren werden, dass sie sich aufgrund bestimmter Veränderungen dem Tod nähern.

Im Gespräch mit einem unheilbar kranken Patienten können Sie folgende Fragen stellen:

*Haben Sie über den Tod nachgedacht?*
*Möchten Sie, dass ich Ihnen erkläre, welche Veränderungen eintreten können?*

Es ist auch wichtig, den Patienten davon zu überzeugen, dass Sie alles tun werden, damit er oder sie keine Schmerzen hat. Sie sollten dem Patienten versichern, dass Sie ihm helfen werden, sich wohl und ruhig zu fühlen.

In Krankenhäusern wird empfohlen, Patienten, die auf den Tod warten, in Einzelzimmern unterzubringen. Für Patienten am Lebensende und ihre Angehörigen müssen Privatsphäre und Komfort gewährleistet sein.

Die größte Angst der meisten unheilbar kranken Menschen ist die Angst vor Schmerzen. Um das Leiden der Patienten zu lindern, muss daher eine angemessene Schmerztherapie gewährleistet sein. Es ist ratsam, Patienten am Lebensende und ihren Angehörigen informative, psychologische und spirituelle Unterstützung anzubieten.

**Fünf Empfehlungen für den Umgang mit unheilbar Kranken** aus dem Buch von Anastasia Leukhina „Ein gar nicht so beängstigendes Buch über das Leben, den Tod und alles dazwischen“:

- Übernehmen Sie nicht die Führungsrolle im Gespräch.
- Zeigen Sie bei Gelegenheit, dass Sie sich des nahenden Endes bewusst sind.
- Sprechen Sie über Ihre Liebe.
- Verschieben Sie Abschiedsworte nicht auf den letzten Moment.
- Auch Berührungen können Emotionen vermitteln.

Es ist wichtig, an **die Regeln für den Zugang zu Patienten auf Intensivstationen** in unserem Land zu erinnern. Gemäß der Verordnung des Gesundheitsministeriums Nr. 592 vom 15.06.2016 „Über die Genehmigung der Ordnung für den Zugang von Besuchern zu Patienten, die sich in stationärer Behandlung auf der Intensivstation befinden“ wurde der Zugang zu Patienten aller Abteilungen, Stationen und Intensivstationen aller Gesundheitseinrichtungen rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche genehmigt. Ein Besucher darf sich ohne zeitliche Begrenzung am Bett des Patienten aufhalten. Es dürfen sich nicht mehr als zwei Personen gleichzeitig beim Patienten aufhalten. Als Besucher kann jede Person auftreten, unabhängig von familiären Beziehungen.

# BEKANNTMACHUNG EINES TODESFALLS

Die Angehörigen des Patienten müssen so schnell wie möglich, spätestens jedoch eine Stunde nach Feststellung des Todes, über den Tod eines ihnen nahestehenden Menschen informiert werden. Die Nachricht vom Tod muss vom behandelnden Arzt persönlich übermittelt werden.
Falls sich die Angehörigen nicht in der medizinischen Einrichtung befinden, werden sie telefonisch darüber informiert, dass sie unverzüglich ins Krankenhaus kommen müssen.
Bei der Benachrichtigung über den Tod eines nahestehenden Menschen sollte man der Person zunächst anbieten, sich zu setzen. Anschließend sollte man den Tod mitteilen. Es ist nicht notwendig, der Person eine Vielzahl zusätzlicher Informationen zu geben, da sich ihre Aufnahmefähigkeit ohnehin verschlechtert. Man kann ein Glas Wasser anbieten und fragen, was die Person als Nächstes vorhat.

Es ist zu berücksichtigen, dass manche Personen psychologische Unterstützung benötigen. Man sollte keinen Druck ausüben und nicht zu viele Fragen stellen, geschweige denn die Angehörigen des Patienten für dessen Tod verantwortlich machen. Es ist wichtig, die spirituellen und moralischen Werte sowie die kulturellen und nationalen Traditionen [20] des Patienten und seiner Familie zu berücksichtigen.

**Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Übermittlung schlechter Nachrichten Teil der täglichen medizinischen Praxis ist.** Schlechte Nachrichten sind immer schlechte Nachrichten, egal wie taktvoll sie übermittelt werden. Doch die Art und Weise der Übermittlung kann einen tiefgreifenden Einfluss sowohl auf den Empfänger (den Patienten) als auch auf den Übermittler (den Arzt) haben. Wenn die Art und Weise der Übermittlung unangemessen war, verschlechtert dies den Zustand des Patienten, seine Lebensqualität, und ein weiterer Kontakt mit dem medizinischen Personal wird unmöglich. Schlechte Kommunikation führt zu verheerenden Folgen, während gute Kommunikation den Patienten heilt. Eine mangelnde Vorbereitung des Arztes führt zu seiner emotionalen Distanzierung von den Patienten. Kommunikationsfähigkeiten lassen sich durch Schulungsprogramme und praktische Trainings verbessern. Die Übermittlung schlechter Nachrichten ist eine praktische Fähigkeit, über die alle medizinischen Fachkräfte verfügen müssen.

# EMOTIONALE KRISENZUSTÄNDE

**Ein Krisenzustand** ist der psychische und psychologische Zustand einer Person, die ein psychisches Trauma erlebt hat oder von einem potenziell psychotraumatisierenden Ereignis bedroht ist. Dieser Zustand ist gekennzeichnet durch Gefühle von Unruhe und Angst unterschiedlicher Intensität; eine Fixierung auf die psychotraumatisierende Situation; das Erleben von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit; eine pessimistische Einschätzung der eigenen Person, der aktuellen Situation und der Zukunft; sowie Schwierigkeiten bei der Planung von Aktivitäten. Krisenzustände können

sowohl in extremen Situationen als auch im Alltag unter dem Einfluss von Stresserlebnissen auftreten.

**Zu den Krisen zählen:**

- eine kritische (außergewöhnliche) Situation, in der sofort gehandelt werden muss (Herzinfarkt, Verkehrsunfall, Brand);
- eine Situation, die eine Änderung der Lebensweise oder Entscheidungen erfordert, die langfristige Auswirkungen haben (Diagnose einer chronischen Erkrankung, Jobwechsel, Suche (Finden) eines Lebenspartners);
- das Ergebnis ineffektiver oder unvernünftiger Bewältigungsstrategien, die bei der Konfrontation mit den oben genannten Situationen angewendet werden.

Eine Krise entsteht, wenn ein Mensch auf Hindernisse stößt, die ihn von seinen wichtigen Lebenszielen abhalten – Hindernisse, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt unüberwindbar und unüberwindlich sind, wenn man herkömmliche Problemlösungsmethoden anwendet.

**Eine psychologische Krise** ist eine Störung des affektiv-kognitiven Gleichgewichts der psychischen Aktivität, die durch äußere Umstände verursacht wird. Sie ist gekennzeichnet durch eine Desorganisation des Lebens, deren Ausmaß proportional zum Grad der Beeinträchtigung der Anpassungsfähigkeit des Menschen ist; durch ein Ungleichgewicht zwischen konstruktiven und destruktiven Tendenzen in der psychischen Aktivität, was zur Entstehung aggressiver oder autoaggressiver Verhaltensweisen führt.

In der Regel dauert eine psychische Krise vier bis sechs Wochen. Dies ist eine Phase erhöhter psychischer Verletzlichkeit des Menschen, die jedoch die Möglichkeit für persönliches Wachstum und Entwicklung bietet.

Menschen, die in eine medizinische Einrichtung eintreten, erleben höchstwahrscheinlich Angstzustände, manche sogar eine echte Krise. Es muss berücksichtigt werden, dass jeder seinen eigenen Weg geht, der nicht dem anderer gleicht.

Das Leben eines Menschen ist immer mit Verlusten verbunden. Früher oder später erlebt jeder Mensch einen Verlust (der Arbeitsfähigkeit, der Gesundheit, von Beziehungen, der Wohnung, des Geldes, der erträumten Zukunft, des Arbeitsplatzes usw.), wodurch sich seine Lebensweise drastisch ändern kann. Jeder Verlust geht immer mit psychischen Belastungen einher, doch die tragischsten Ereignisse für einen Menschen sind mit dem Verlust nahestehender Menschen verbunden.

Gore–universalnelyudskep Erleben, Reaktion auf den Verlust bedeutungsvol Objekts, eines Teils Identität oder der erwarteten Zukunft; l Dieses Erlebnis umfasst seelischen Schmerz, Traurigkeit, Wut, Hilflosigkeit, Schuldgefühle Schuld und Verzweiflung.

Doch das Leiden lässt sich nur überwinden, indem man es durchlebt. Das heißt, das Leiden oder die „Arbeit der Trauer“ (E. Lindemann) ist ein natürlicher Prozess, der notwendig ist, um den Tod eines geliebten Menschen zu betrauern und den Verlust zu verarbeiten, sich vom Verlust zu lösen, sich an die Realitäten des Lebens anzupassen und neue Beziehungen zu Menschen und zur Welt aufzubauen.

**AKUTES TRAUER-SYNDROM** – ein psychologischer Symptomkomplex, der sich nach dem Tod einer besonders bedeutenden Person entwickelt. Er äußert sich:

- einem intensiven Gefühl körperlichen Leidens (Atemnot, Herzrasen, Muskelschwäche, Appe t i t losigkeit);
- emotionaler Anspannung mit möglicher Entwicklung einer Schockreaktion;
- der Fixierung auf das Bild des Verlusts mit einer möglichen verzerrten Wahrnehmung der Realität;
- Schuldgefühlen gegenüber dem Verstorbenen;
- Aggressivität, Feindseligkeit gegenüber anderen Menschen;
- Verhaltensänderungen, unangemessenen Handlungen, bedingt durch eine Einschränkung des Motivationsbereichs;
- Identifikation mit dem Verlust.

1958 begann die Schweizer Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross in amerikanischen Krankenhäusern zu arbeiten und war schockiert über das Fehlen von Methoden zur psychologischen Betreuung von Sterbenden sowie deren Angehörigen und Freunden. „Alles war entpersonalisiert, die Aufmerksamkeit galt ausschließlich der technischen Seite der Sache“, sagte sie 1983 in einem Interview mit dem BBC-Radio. „Todeskranke Patienten wurden sich selbst überlassen, niemand sprach mit ihnen.“

1969 erschien Kübler-Ross’ Buch „Über den Tod und das Sterben“, in dem die Autorin typische Äußerungen ihrer Patienten zitierte und fünf emotionale Phasen beschrieb, die Patienten mit einer potenziell tödlichen Diagnose durchlaufen. Diese sind Verleugnung, Wut, Verhandeln, Depression und Akzeptanz.

Die erste Reaktion eines Menschen, der von einer unheilbaren Diagnose erfährt, ist **Verleugnung**: „Das kann ich nicht glauben“, „Das kann nicht sein!“, „Nicht bei mir!“. In der Regel handelt es sich dabei nur um eine vorübergehende Abwehrreaktion des Menschen, um Zeit zu gewinnen, sich anzupassen und wichtige Schritte zu unternehmen – eine Art, sich von der traurigen Realität abzuschotten, sowohl bewusst als auch unbewusst. Die wichtigsten Anzeichen für Verleugnung sind: die Weigerung, über das Problem zu sprechen, Verschlossenheit, der Versuch, so zu tun, als sei „alles in Ordnung“, sowie der Unglaube daran, dass die Tragödie tatsächlich eingetreten ist. Normalerweise versucht ein Mensch in dieser Phase der Trauer, seine Emotionen zu verdrängen, um nicht an ihrer Intensität zu zerbrechen, doch früher oder später brechen die unterdrückten Gefühle hervor und die nächste Phase beginnt – **die Phase der Wut.**

„Warum ist mir das passiert? Das ist ungerecht!“, „Nein! Das kann ich nicht akzeptieren!“. Wut, manchmal sogar Zorn, hervorgerufen durch Empörung und Verzweiflung über ein ungerechtes und grausames Schicksal. Wut äußert sich auf unterschiedliche Weise: Man kann wütend auf sich selbst, auf bestimmte Personen oder einfach auf die Situation sein. Es ist wichtig, einen Menschen, der diese Phase durchlebt, nicht zu verurteilen und keine Streitigkeiten zu provozieren. Man sollte bedenken, dass der Grund für die Wut eines Menschen in seiner Trauer liegt und dass dies nur eine vorübergehende Phase ist.

Darauf folgt **die Phase des Verhandelns** – eine Zeit der Hoffnung, in der sich der Mensch mit dem Gedanken tröstet, dass das tragische Ereignis durch das Eingehen von Vereinbarungen mit Gott oder dem Leben verändert oder verhindert werden könne. Der Mensch denkt beispielsweise so: „Wenn ich verspreche, dies zu tun (oder nicht zu tun), dann wirst du, Herr, diese Veränderungen in meinem Leben nicht zulassen.“ Manchmal nehmen diese Verhandlungen die Form von Aberglauben an: Der Mensch wendet sich unkonventionellen Heilmethoden, Heilkundigen oder Hellsehern zu, nimmt an religiösen Ritualen teil und glaubt, dass dadurch alle seine Probleme verschwinden werden.

Nach der Verleugnungsphase folgt **die Depression**: „Ich will gar nichts“, „Ich bin so unglücklich, nichts interessiert mich“, „Alles ist schrecklich … Wozu sollte ich es überhaupt versuchen?“ Wenn ein Mensch, der Trauer durchlebt, begreift, dass das Ringen keine Ergebnisse bringt, dass die tragischen Veränderungen real sind, verfällt er in einen Zustand der Niedergeschlagenheit und Depression, seine Lebenskraft schwindet. Dies ist eine notwendige Phase der Trauer, um keine Kraft mehr für vergebliche Versuche zu verschwenden, die Situation zu ändern, und sie für künftige Veränderungen zu sparen.

Schließlich kommt **die Phase der Akzeptanz**: „Ich kann das nicht ändern, aber ich kann damit leben“, „Ich habe noch Zeit, meine sehnlichsten Träume zu verwirklichen“. Wenn ein Mensch versteht, dass tragische Ereignisse nicht rückgängig gemacht werden können (der Verstorbene wird nicht zurückkehren), nähert er sich der Phase der Akzeptanz. Das ist kein glücklicher Zustand, sondern eher eine resignierte Akzeptanz der Tatsachen und das Gefühl, dass man damit leben muss

sich damit abfinden. In dieser Phase beginnen die Menschen zum ersten Mal während des gesamten Trauerprozesses, die Zukunftsperspektiven einzuschätzen. Auch wenn es schwerfällt, muss man doch vorwärtsgehen. Obwohl Kübler-Ross die Hoffnung nicht in ihre Liste der fünf Phasen aufgenommen hat, war sie dennoch der Ansicht, dass **Hoffnung** ein wichtiger roter Faden ist, der alle Phasen der Trauer miteinander verbindet. Hoffnung schenkt den Glauben an mögliche positive Veränderungen, daran, dass alles einen besonderen Sinn hat, den wir später verstehen werden – früher oder später geht alles vorbei.

Nach dem Buch von Elisabeth Kübler-Ross, das sofort zum Bestseller wurde, wurden Tausende wissenschaftlicher Arbeiten verfasst, in denen die Theorie der fünf Phasen auf verschiedene Menschen und Situationen angewendet wurde.

„Unheilbar Kranke können uns alles lehren: nicht nur, wie man stirbt, sondern auch, wie man lebt“, sagte Kübler-Ross 1983. Sie gründete Hospize in vielen Ländern (das erste davon 1999 in den Niederlanden). Das Magazin Time nahm sie in die Liste der hundert bedeutendsten Denker des 20. Jahrhunderts auf.

**Was muss ein Patient durchleben, fühlen und was muss er lernen, wenn er mit schlechten Nachrichten konfrontiert wird:**

1. Bei der Mitteilung der Diagnose – Schock, Verleugnung, Wut oder Starre. Dieser Zustand dauert in der Regel drei Tage.

2. Die Notwendigkeit, mit den durch die Krankheit ausgelösten Emotionen fertig zu werden: Angst, Entsetzen, Wut, Verzweiflung, Traurigkeit, Schuldgefühle, Scham und so weiter.

3. Viele komplexe und oft unverständliche Informationen verstehen, verarbeiten und im Gedächtnis behalten.

4. Der Umgang mit verschiedenen Ärzten und Pflegekräften, von denen jeder seinen eigenen Charakter und seine eigene Stimmung hat und sich ebenfalls in einer Stresssituation befindet.

5. Statistiken zu verstehen, die für die Prognose seiner/ihrer Erkrankung relevant sind.

6. Mit Ungewissheit und Unsicherheit über die Zukunft umgehen und gleichzeitig die Hoffnung nicht verlieren.

7. Vertrauensvolle Beziehungen zu Ärzten und Pflegekräften aufzubauen und diese während der gesamten Behandlung aufrechtzuerhalten.

8. Entscheidungen über die Behandlung zu treffen, obwohl das Ergebnis unvorhersehbar ist.

9. Lernen, sich anders zu verhalten, lernen, in gewisser Weise gesund zu sein, auch wenn man krank ist.

10. Viele der bisherigen sozialen Bindungen sowie soziale und familiäre Funktionen verlieren und diese Verluste verarbeiten.

11. Am Neuaufbau des Familiensystems teilzunehmen und die damit verbundenen Emotionen zu durchleben: Schuld, Scham, Angst, Kränkung, Verzweiflung, Hoffnung, ein neues Maß an Vertrauen.

# PSYCHOLOGISCHE HILFE BEI SCHWEREM VERLUST

*Der Verlust eines nahestehenden Menschen ist immer eine Krise.*
*Eine Krise ist eine akute Situation oder ein*
*Zeitpunkt, an dem eine Entscheidung getroffen werden*
*muss, ein Wendepunkt,*
*ein sehr wichtiger Moment.*

**Glennis Perry,** „Lebenskrise“

Eine Verlustsituation ist durch Verwirrung und Stress gekennzeichnet; Menschen in Krisensituationen erleben negative Gefühle – Angst, Schuld, Verzweiflung usw. Bevor wir die Besonderheiten der Beratung in Krisenfällen beschreiben, die mit einem Verlust oder dem Tod eines nahestehenden Menschen verbunden sind, wollen wir **die Grundprinzipien einer solchen Beratung (Krisenintervention)** darlegen:

1. Die Person, der in einer Krisensituation psychologische Hilfe geleistet wird, ist in Bezug auf ihr eigenes Leben kompetent und entscheidungsfähig.

2. Während der Krisenintervention beteiligt sich der Fachmann aktiv an allem, was mit dem Betroffenen geschieht, um die Situation einzuschätzen und einen Aktionsplan zu erstellen.

3. Das Mindestziel der Krisenintervention ist es, eine Katastrophe zu verhindern; das grundlegende Ziel ist die Wiederherstellung des Gleichgewichts; das Endziel sieht das weitere Leben der Person vor.

4. Der Fachmann soll Unterstützung leisten, „für den Menschen da sein“, d. h. ihm emotional helfen, den Trauerprozess zu durchleben.

5. Es ist notwendig, ein Gleichgewicht zwischen der Selbstständigkeit der Person und ihrem Bedürfnis nach Unterstützung zu wahren.

Die Bewältigung eines Verlusts ist ein langwieriger, natürlicher Prozess, der nicht beschleunigt werden sollte. Der Mensch benötigt Abwehrmechanismen, insbesondere in der frühen Phase der „Trauerarbeit“, wenn er oder sie noch nicht bereit ist, den Tod zu akzeptieren und realistisch darüber nachzudenken. Daher sollte der Fachmann dem Betroffenen die Möglichkeit geben, Verleugnung oder andere psychologische Abwehrmechanismen zu nutzen. Die Rolle des Zuhörers ist die beste Vorgehensweise im Umgang mit einer Person, die einen Verlust erlebt. Neben der trauernden Person zu sein und ihr zuzuhören, ist die wichtigste Form der Unterstützung. Man sollte eine trauernde Person nicht oberflächlich beruhigen. Verlegenheit und Floskeln führen zu einer unangenehmen Situation: Man muss dem Menschen die Möglichkeit geben, alle Gefühle auszudrücken, und ihn mit diesen tolerant wahrnehmen. Eine weitere sehr wichtige Aufgabe des Fachmanns ist es, den Angehörigen beizubringen, richtig auf die Trauer des Menschen zu reagieren, der einen Verlust erlebt. Psychologische Hilfe muss entsprechend den Phasen der Trauer geleistet werden.

**Hilfe in der Schockphase**

In dieser Phase benötigt der Betroffene in der Regel intensive Betreuung. Es ist wichtig, dem Menschen, der einen Verlust erlitten hat, zur Seite zu stehen und ihn nicht allein zu lassen. Seine Fürsorge und Zuwendung sollte man am besten durch körperliche Berührungen zum Ausdruck bringen. Genau so zeigen Menschen ihr Mitgefühl, wenn ihnen die Worte fehlen. Selbst ein einfacher Händedruck ist besser als kalte Isolation.

Es ist zu betonen, dass in der Zeit der Trauer das Leid durch die Anwesenheit von Verwandten und Freunden gemildert wird, wobei nicht ihre aktive Hilfe entscheidend ist, sondern die einfache Erreichbarkeit der Angehörigen während der ersten Wochen, in denen die Trauer am intensivsten ist. Einen Menschen, der einen Verlust erlebt, sollte man nicht allein lassen, aber man sollte ihn auch nicht mit Fürsorge „überfordern“ – großes Leid lässt sich nur mit der Zeit überwinden. Ein Mensch in Trauer braucht regelmäßige, aber unaufdringliche Besuche und gute Zuhörer.

**Hilfe in der Phase der akuten Trauer**

Man sollte über den Verstorbenen, die Todesursache und die Gefühle der Betroffenen im Zusammenhang mit diesem Ereignis sprechen. Es ist wichtig, Fragen über den Verstorbenen zu stellen, Erinnerungen an ihn anzuhören und Geschichten über sein Leben zu erzählen. Im Falle eines gewaltsamen oder plötzlichen Todes müssen alle Einzelheiten des tragischen Ereignisses wiederholt und ausführlich besprochen werden, bis sie ihren schrecklichen, traumatisierenden Charakter verlieren – erst dann kann die Person, die einen Verwandten oder einen nahestehenden Menschen verloren hat, um den Verstorbenen trauern. Man muss ihr die Möglichkeit geben, sich auszuweinen, ohne zu versuchen, sie zu trösten. Nach und nach sollte man die Person wieder in den Alltag einbinden.

**Hilfe in der Phase der Genesung**

Man muss dem Betroffenen helfen, sich wieder in den Alltag einzufinden und Pläne für die Zukunft zu schmieden. Da der Betroffene immer wieder auf die Erlebnisse der akuten Trauerphase zurückkommen kann, muss man ihm die Möglichkeit geben, erneut über den Verstorbenen zu sprechen. Trauer und Trauerarbeit sind eine angemessene Reaktion auf den Tod; sie sind akzeptabel, notwendig und dürfen nicht unterbunden werden. Der Trauerprozess dauert so lange, wie der Mensch braucht, um den schweren Verlust zu bewältigen. Es gibt einige Methoden, die dem Fachmann helfen können, erfolgreich mit dem Verlust umzugehen, darunter:

- die Verwendung von Gegenständen (z. B. Fotos, persönliche Gegenstände usw.), die dem Hinterbliebenen helfen, den Trauerprozess aufrechtzuerhalten;
- Einsatz von Kunsttherapie;
- wiederholte Befragungen;
- Übungen, die den Menschen dazu anregen, die Beziehung realistisch zu betrachten, zum Beispiel das Erstellen von Listen mit positiven und negativen Charaktereigenschaften des Verstorbenen;
- Briefe an den Verstorbenen;
- Verhaltensänderungen, z. B. weniger Besuche auf dem Friedhof oder an anderen Gedenkstätten, dafür mehr Besuche an Orten, an denen Menschen Hilfe benötigen.

Der Trauerprozess spielt sich hauptsächlich im Umgang mit Angehörigen und nahestehenden Personen ab.

# TEIL 2. PRAKTISCHE AUFGABEN

Im Unterricht mit Studierenden empfiehlt es sich, Videomaterialien, Arbeit in Kleingruppen und Rollenspiele einzusetzen und dabei Krankheiten wie Leberzirrhose, rheumatoide Arthritis, Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und chronische Nierenerkrankungen auszuwählen.

Im Unterricht mit Kadetten ist es sinnvoller, eine Aquarium-Diskussion oder die Arbeit in kleinen Gruppen durchzuführen, bei der die Einhaltung der Grundprinzipien bei der Übermittlung schlechter Nachrichten besprochen wird.

**Fallbeispiele zur Diskussion**

## Fallbeispiel 1

aus dem „Gelben Buch" – dem Buch von Anastasia Leukhina „Ein gar nicht so beängstigendes Buch über das Leben, den Tod und alles dazwischen" (S. 114)

**Die Geschichte von Maksymko und seiner Mutter, die sich selbst von seinem Tod in Kenntnis gesetzt hat:**

„Um 9:15 Uhr morgens klingelt es zu Hause. Am Vortag war unser zweijähriger Maksymko auf die Intensivstation gekommen.

– Sind Sie Anastasia Gennadievna Leukhina?

– Ja.

– Wir rufen aus dem Kinderkrankenhaus an. Bringen Sie bitte umgehend Ihre Pässe und Ihre Heiratsurkunde mit.

Und mir wird sofort klar, dass sie nicht darum bitten, Geld und Medikamente mitzubringen; das heißt, das ist nun nicht mehr nötig. Es bleiben nur noch ein paar bürokratische Kleinigkeiten zu regeln. Maxim ist also nicht mehr da.

– Ist er gestorben? – frage ich. Als

Antwort herrscht Stille. Und dann:

– Wir erwarten Sie so schnell wie möglich mit den Unterlagen.

Maksims Großmutter hatte die ganze Nacht auf der kalten Treppe vor der geschlossenen Intensivstation Wache gehalten. Er starb, als sie vor der Tür stand, aber man sagte ihr nichts davon
nicht gesagt, sie durften sich nicht von ihm verabschieden. Auch uns, meinem Mann und mir, wurde das eigentlich nicht gesagt. Man ließ uns einfach raten.

Warum wollen Ärzte schlechte Nachrichten nicht mitteilen?"

## Fall 2

Ein 60-jähriger Mann suchte wegen einer Verschlechterung seines allgemeinen Befindens einen Gastroenterologen auf. Er klagt über ausgeprägte allgemeine Schwäche, einen bitteren Geschmack im Mund, Übelkeit, gelegentliches Erbrechen, Aufstoßen mit fauligem Geruch, Appetitlosigkeit, Abneigung gegen Fleischgerichte, ständiges Völlegefühl sowie periodisch auftretende dumpfe Schmerzen im rechten Oberbauch. Die Beschwerden traten etwa 2–3 Wochen nach der Behandlung einer Erkältung auf. Nach Angaben des Patienten wurde er vor 6 Monaten in einem chirurgischen Zentrum in der Hauptstadt wegen eines Magengeschwürs operiert. Nach der Operation fühlte er sich zufriedenstellend. Es liegen keine medizinischen Unterlagen vor. Er besteht darauf, dass mit seinem Magen alles in Ordnung sei und die Ursache der Probleme seiner Meinung nach in der Leber liege.

Bei der objektiven Untersuchung ist in der Bauchhöhle eine tumorartige Formation tastbar, die fest und druckempfindlich ist. Die Leber ist vergrößert, hart, unregelmäßig und knotig. Dem Patienten wurden weitere Untersuchungsmethoden verordnet. Blutbild: Anämie, erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit; Leberwerte: erhöhte Bilirubin- und Transaminasenwerte. Im Ultraschall zeigen sich multiple metastatische Läsionen der Leber.

Der Patient wurde über das Fortschreiten der Erkrankung informiert. Der Patient verhält sich unhöflich und herausfordernd, äußert Vermutungen hinsichtlich der mangelnden Qualifikation des medizinischen Personals und lehnt eine Magenspiegelung, eine CT-Untersuchung sowie Konsultationen bei einem Chirurgen-Onkologen und einem Chemotherapeuten kategorisch ab. Er begründet dies damit, dass der Chirurg, der ihn operiert hat (ein Professor), ihm versichert habe, dass er nach der Operation noch mehr als 10 Jahre leben werde. Die Ärzte schlagen vor, die medizinische Einrichtung zu verlassen und wieder zu seinem behandelnden Arzt nach Kiew zu fahren.

**Fragen zur Diskussion:**

In welcher Phase der Verarbeitung schlechter Nachrichten befindet sich der Patient? Ist das Verhalten des medizinischen Personals angemessen?

## Fall 3

Eine 38-jährige Frau, zweite Entbindung, Frühgeburt (30. Woche). Das Kind kam lebend zur Welt. Das Kind befand sich ohne seine Mutter auf der Intensivstation und starb nach 32 Stunden. Der Arzt teilte den Tod des Kindes mit einem einzigen Satz mit:
„Ihr Kind ist gestorben." Der Leichnam des Kindes wurde dem Vater übergeben. Die Frau wurde zwei Tage später aus dem Krankenhaus entlassen. Der Mann sagte ihr, dass es ihm Angst gemacht und wehgetan habe, das Kind zu begraben. Er schlug ihr vor, dies selbst zu tun. Die Frau begrub ihr Kind allein. Ein Monat ist vergangen. Die Frau spricht nicht mit ihren Angehörigen (ihrem Mann, ihrer Schwiegermutter, ihrer Tochter) und ihren Freunden. Wenn sie Bekannten begegnet, wendet sie sich ab und geht weg.

**Fragen zur Diskussion:**

In welcher Phase der Trauer befindet sie sich?
Warum hat der Arzt der Frau den Verlust auf genau diese Weise mitgeteilt?
Wie sollte man mit der Frau und ihren Angehörigen in einer Situation perinatalen Verlusts umgehen?

## Fall 4

Die Ehefrau eines Patienten, der einen hämorrhagischen Schlaganfall erlitten hatte und gerade aus dem zerebralen Koma erwacht war, kam zum behandelnden Arzt. Der Ehefrau wurde die Schwere der Folgen dieser Erkrankung erklärt, dass ihr Mann nicht mehr gehen und möglicherweise auch nicht mehr sitzen könne, ständige Pflege benötige und sich auch sein psychischer Zustand verändert habe. Die Ehefrau ist verzweifelt. Sie möchte, dass ihr Mann trotz der psychischen und körperlichen Probleme weiterlebt, weint und versichert, dass sie alles für ihn tun werde und er doch wieder laufen werde.

**Fragen zur Diskussion:**

In welcher Phase der Verarbeitung schlechter Nachrichten befindet sich die Frau? Welche Ratschläge sollte man der Frau des Patienten geben?
In welcher Zusammensetzung sollte das Team gebildet werden, um dem Patienten medizinische Hilfe zu leisten?

## Fall 5

aus dem „Gelben Buch“ – dem Buch von Anastasia Leukhina „Ein gar nicht so beängstigendes Buch über das Leben, den Tod und alles dazwischen“ (S. 55)

**Die Geschichte von Tatjana, die Nachricht im Umschlag und der Plan**

„Sie ist Ärztin. Eine der besten Gynäkologinnen und Endokrinologinnen in Kiew. … Sie hat selbst einen Knoten bei sich entdeckt und sich einer Mammographie unterzogen. Sie wandte sich an eine Privatklinik, um weder ihren Kollegen noch ihren Patienten zu begegnen. „Ich wartete um zehn Uhr morgens im Flur auf das Ergebnis der Mammographie. Die Arzthelferin kam zu mir und reichte mir schweigend einen Umschlag mit der Diagnose „Krebs“ darin. Obwohl ich ohnehin wusste, was mit mir los war, da ich gebildet und informiert bin, weinte ich, als ich den Umschlag öffnete und die Diagnose las. Vor wenigen Minuten hatte der Arzt den Tumor gesehen, die Worte ‚Brustkrebs‘ und die Befunde a u f geschrieben, aber warum konnte er es nicht über sich bringen, mir das persönlich zu sagen? Denn dann wären mir schon ein paar aufmunternde Worte eine Stütze gewesen. Und den Umschlag schweigend zu übergeben und die Patientin mit einer so schrecklichen Diagnose allein zu lassen – das ist grausam.“

**Fragen zur Diskussion:**

Warum wollen Ärzte schlechte Nachrichten nicht überbringen?
Was sind die wichtigsten Bedürfnisse eines Patienten, wenn ihm schlechte Nachrichten überbracht werden?

## Fall 6

aus dem „Gelben Buch“ – dem Buch von Anastasia Leukhina „Ein gar nicht so beängstigendes Buch über das Leben, den Tod und alles dazwischen“ (S. 60)

**Eine Geschichte über Mama Anja und darüber, wie wichtig es ist, kompetente Fachleute zu finden und für sie da zu sein**

„…Kopfschmerzen, Erbrechen, Nasenbluten… Es ging ihm immer schlechter. Mein Sohn verlor das Bewusstsein und schrie vor Schmerzen… Dieser Arzt war Neurochirurg und arbeitete im Erwachsenenkrankenhaus der Region Kirowograd (heute Kropywnyzkyj). Da ging es los: „Mama, wo schauen Sie hin? Das Kind hat einen Tumor im Kopf, und Sie tun nichts! Wo haben Sie bisher hingeschaut? Bringen Sie ihn sofort nach Kiew ins Institut für Neurochirurgie!“

**Frage zur Diskussion:**

Wie beurteilen Sie die Übermittlung schlechter Nachrichten durch einen Arzt?

# BÜCHER UND FILME ÜBER LEBENSKRISEN

**Bücher**

Frederika de Graaf, „Es wird keine Trennung geben“
Anna Danilowa, „Vom Tod zum Leben“
Viktor und Rosemary Zorsa, „Der Weg zum Tod. Leben bis zum Ende“
A n astasia Leukhina, „Ein gar nicht so beängstigendes Buch über das Leben, den Tod und alles dazwischen“
Henry Marsh, „Geschichten über Leben, Tod und Neurochirurgie“ Joanna
Saliga, „Das Kopftuch“
Sheryl Sandberg, „Plan B“
Antonius von Surog, „Leben. Tod. Krankheit“ Éric-Emmanuel
Schmitt, „Oscar und die Dame in Rosa“
Irvin Yalom, „In die Sonne blicken. Ein Leben ohne Angst vor dem Tod“

**Filme**

„Die Schuld der Sterne“ (Regie: Josh Boone), USA, 2014
„Das Universum von Stephen Hawking“ (Regie: James Marsh), Großbritannien, Japan, USA, 2014
„Das Wichtigste ist, keine Angst zu haben!“ (Regie: Nicole Kessel), USA, 2011
„Atme für uns“ (Regie: Andy Serkis), Großbritannien, 2017
„Der Doktor“ (Regie: Randa Haines), USA, 1991
„Der Himmel ist nah“ (Regie: Thomas Jan), Deutschland, 1997
„Das Leben ist schön“ (Regie: Jonathan Levine), USA, 2011
„Fünf Schritte zur Liebe“ (Regie: Justin Baldoni), USA, 2019
„Mein Leben ohne mich“ (Regie: Isabel Coixet), Spanien, 2003
„Don’t Give Up“ (Regie: Gus Van Sant), USA, 2011
„Hurry Up and Fall in Love“ (Regie: Adam Shankman), USA, 2002
„Sweet November“ (Regie: Pat O’Connor), USA, 2011 (sowie eine frühere Verfilmung des Theaterstücks „Sweet November“ von Herman Raucher, Regie: Robert Ellis Miller, USA, 1968)
„Der dritte Stern“ (Regie: Hetty Dalton), Großbritannien, 2010
„Wenn ich bleibe“ (Regie: R. J. Cutler), USA, 2014

**Fragen für das Reflexions-Tagebuch:**

Was empfindet ein Patient, wenn ihm schlechte Nachrichten mitgeteilt werden? Was sind die Vor- und Nachteile, wenn Angehörige auf der Intensivstation bleiben?

Präsentation zum Thema unter dem Link:

bit.ly/3Di0ybj

Die vollständige Version der Unterrichtseinheit finden Sie unter folgendem Link:

bit.ly/3ombqk4

THEMA 7

# Konflikte und schwierige Gespräche


ONE

# THEMA 7

# PATIENTEN IN SCHWIERIGEN SITUATIONEN. KONFLIKT

Das Material wurde sorgfältig von Julia Turpakova und Natalia Galiash vorbereitet




**Natalia Galiash,** Dozentin am Lehrstuhl für Pädiatrie, Ivan-Gorbachevsky-Medizinische Universität Ternopil



**Julia Turpakova,** Dozentin für pädiatrische Fächer, Medizinische Akademie Rivne

# LERNZIELE

| Einstellung | Wissen | Fähigkeiten |
|---|---|---|
| Der patientenzentrierte Ansatz als Grundlage der Philosophie der Patientenbeziehung. | Was ist ein Konflikt, Ursachen, grundlegende Strategien zur Prävention und zum Verhalten in Konfliktsituationen; | Demonstration effektiver empathischer Kommunikation, Vermeidung konfliktreicher Kommunikations- und Verhaltensweisen; |
| | Situationen, in denen ein Patient „schwierig“ werden kann. Suche nach einem effektiven Ansatz für Patienten in emotionalen Krisensituationen. | Einschätzung des emotionalen Zustands von Patienten; |
| | | Kommunikation mit Patienten in schwierigen emotionalen Zuständen; |
| | | Konfliktlösung durch Problemlösung; |
| | | Empathie zeigen. |

# СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Organisatorischer Teil – **5 Min.**
Überprüfung des Ausgangsniveaus (Test) – **10 Min.** Kurze Erörterung des theoretischen Materials (Mini-Vortrag). Alternative Option – mündliche Befragung/Interaktivität/Videodemonstration – **20 Min.**
Analyse von Videofällen – **40–45 Min**. Vorgeschlagene Variante: Diskussion der Fälle in Kleingruppen.
Rollenspiel – **15 Min**. (Vorbereitung aller Gruppen und Präsentation der ersten Situation).
Nachbesprechung – **20 Min**.
Präsentation der zweiten Situation – **5 Min**.
Nachbesprechung – **20 Min.**
Präsentation der dritten Situation – **5 Min.**
Erneutes Debriefing – **20 Min.**
Abschließende Überprüfung der theoretischen Kenntnisse – **5 Min.**
(auf Wunsch).
Zusammenfassung, Bekanntgabe der Noten – **10 Min. Insgesamt**

**180 Minuten.**

# TEIL 1. THEORETISCHE MATERIALIEN

Tab. 6.

**Fünf Strategien für das Verhalten in Konflikten (nach Thomas Kilman)**

| | Kern der Strategie | Folgen |
|---|---|---|
| **Vermeidung:** „Ich sehe keinen Konflikt“ | Leugnung der Existenz einer Konfliktsituation | Der Gegner fühlt sich zunehmend gekränkt und trifft schließlich möglicherweise eine impulsive Entscheidung |
| **Anpassung/Nachgiebigkeit** | Verzicht auf die eigenen Interessen zugunsten des Gegners | Die Seite, die Zugeständnisse macht, „lehrt“ ihren Partner, dass ihre Interessen nicht berücksichtigt werden müssen. Diese Spielregeln werden akzeptiert, und fortan werden die Interessen der Seite, die dazu neigt, auf ihre Interessen zu verzichten, nicht mehr berücksichtigt |
| **Kompromiss** | Gegenseitiges Entgegenkommen – Verzicht auf einen Teil der eigenen Interessen unter der Voraussetzung, dass die andere Seite ebenfalls auf einen Teil ihrer Interessen verzichtet | Alle machen Zugeständnisse, daher bleibt niemand vollständig zufrieden. Wenn keine Zeit für Verhandlungen bleibt, ist ein Kompromiss vielleicht nicht die beste, aber eine akzeptable und schnelle Lösung |
| **Konkurrenz** | Jeder verteidigt seine Interessen und greift dabei auf alle Mittel zurück, um sein Ziel zu erreichen: Zwang, Druck, Manipulation, Erpressung. Die Interessen des Gegners werden nicht berücksichtigt | Dieses Modell kommt nicht selten vor, ist aber für Beziehungen sehr destruktiv. Die Folge ist ein negatives, feindseliges psychologisches Klima |
| **Zusammenarbeit** | Beide Seiten unternehmen aktive Anstrengungen, um das Ziel zu erreichen | Nicht immer, aber meistens ist diese Strategie die effektivste. Sie ermöglicht es, die Interessen der Konfliktparteien bestmöglich zu verwirklichen und die Beziehungen zwischen den Gegnern zu erhalten (und manchmal sogar zu verbessern). Sie erfordert Zeit und zumindest eine minimale Bereitschaft der Gegner, eine Einigung zu erzielen und Verhandlungen aufzunehmen |

## Grundlegende taktische Schritte im Konflikt

**Konfliktforscher haben folgende Regeln für die Förderung einerkonstruktiven Lösung einer Konfliktsituation abgeleitet:**

1. Versuchen Sie, Ihr eigenes Verhalten in einer Konfliktsituation angemessen einzuschätzen.
2. Betrachten Sie die Problemsituation aus der Perspektive der anderen Person.
3. Vermeiden Sie Urteile über die Handlungen und Äußerungen der anderen Person.
4. Behalten Sie Ihre Emotionen im Griff.
5. Laden Sie die andere Person zur Diskussion strittiger Fragen ein, auch wenn Sie die Initiative ergreifen könnten.
6. Berücksichtigen Sie die Möglichkeit, dass Informationen bei der Weitergabe verfälscht werden.

**Psychologen empfehlen folgende Strategien, um eine angespannte Situation konstruktiver zu gestalten:**

- rationale Überzeugung (Einsatz von Fakten und Logik zur Untermauerung der eigenen Position);
- freundliches Verhalten (dem Gegner den Eindruck vermitteln, dass er positive Eigenschaften besitzt);
- Koalitionstaktik (Bitten um Unterstützung, Vorschläge für ein Bündnis);
- Abschluss von Vereinbarungen (gegenseitiger Austausch von Vorteilen, Versprechen);
- die Aufmerksamkeit des Gegenübers lenken;
- Schaffung eines Überraschungseffekts, falls sich die Kommunikation nach einem destruktiven Szenario entwickelt.

All dies hilft den Gesprächspartnern, sich zu beruhigen, die Lage einzuschätzen und anschließend eine wohlüberlegte Entscheidung zu treffen.

**Tipps für konfliktfreie Beziehungen:**

- Streiten Sie nicht wegen Kleinigkeiten.
- Streiten Sie nicht mit jemandem, mit dem ein Streit sinnlos ist (der Gesprächspartner ist unangenehm und stur), und auch nicht mit denen, die nicht vorhaben, mit Ihnen zu streiten.
- Streiten Sie nicht mit jemandem, dem es wichtiger ist zu streiten, als das Problem zu klären und zu lösen.
- Methode zur Konfliktlösung durch Problemlösung.
- Vermeiden Sie kategorische und scharfe Äußerungen während des Streits.
- Vermeiden Sie Monologe und wechseln Sie zum Dialog, dann bleibt keine Zeit für Streit.

**Ablauf der Maßnahmen**

1. Bestimmen Sie das Problem in Kategorien Ziele, nicht die (d. h. nicht auf sich nicht auf die Bekämpfung der Folgen des Problems, sondern formulieren Sie ein Ziel, um (die Überwindung des Problems und die Festlegung der Richtung).
2. Nachdem Sie den Kern des Problems geklärt haben, prüfen Sie folgende Lösungsansätze, die in gewissem Maße alle Beteiligten zufriedenstellen würden.
3. Konzentrieren Sie sich die Aufmerksamkeit auf das Problem, und nicht eigenen Eigenschaften des Gegners (Persönliche Angriffe verschärfen und vertiefen den Konflikt garantiert).
4. Schaffen Sie eine Atmosphäre des Vertrauens, indem Sie den Informationsaustausch und die gegenseitige Einfluss.
5. Streben Sie bei der Kommunikation nach einem Ergebnis, ohne dabei eigene Standpunkte, aber und berücksichtigen Sie konstruktiv Anmerkungen andere der anderen Seite.

## Regeln für den Dialog

| Wenn Sie sprechen: | Wenn Sie zuhören: |
|---|---|
| Seien Sie freundlich, respektieren Sie Ihren Gesprächspartner; | Nehmen Sie sich Zeit, Ihrem Gesprächspartner zuzuhören; |
| Seien Sie höflich, vermeiden Sie kategorische Aussagen, halten Sie keine Moralpredigten; | Behandeln Sie den Sprecher tolerant und respektvoll; |
| Seien Sie bescheiden in Ihrer Selbsteinschätzung, seien Sie unaufdringlich; | Unterbrechen Sie den Gesprächspartner nicht, hören Sie ihm bis zum Ende zu; |
| orientieren Sie sich am Gesprächspartner, schaffen Sie für ihn/sie ein angenehmes psychologisches Umfeld; | Geben Sie Ihrem Gesprächspartner die Möglichkeit, sich in der Kommunikation zu entfalten, und regen Sie ihn zur Aktivität an; |
| fördern Sie stets das Interesse Ihres Gesprächspartners an einer konstruktiven Kommunikation; | Nutzen Sie sprachliche, gestische und mimische Mittel zur emotionalen und psychologischen Unterstützung des Sprechenden. |
| Stellen Sie Ihre Ansichten und Vorschläge logisch dar und vermeiden Sie unverständliche Ausdrücke; | |
| Halten Sie die Aufmerksamkeit Ihres Gesprächspartners aufrecht und regen Sie ihn/sie zu aktiver Wahrnehmung an; | |
| Wählen Sie einen Gesprächsstil, der nicht nur der Kommunikationssituation, sondern auch der Wahrnehmung durch den Gesprächspartner förderlich ist; | |
| Berücksichtigen Sie die Distanz in der Kommunikation, die Gestik und Mimik usw.; | |
| Nehmen Sie Emotionen wahr, lassen Sie sich jedoch nicht von ihnen leiten. | |

## Der Patient in einer schwierigen Situation: Wie kommuniziert man?

**6 Regeln:**

**1. Lassen Sie Ihren Gesprächspartner „Dampf ablassen“**

Hören Sie der Person zunächst zu, damit sie „Dampf ablassen“ kann. Wiederholen Sie das Gehörte, um zu zeigen, dass Sie alles verstanden haben. Zeigen Sie Verständnis für die Gefühle des Patienten, stimmen Sie seinen Beschwerden jedoch nicht zu (sofern diese ungerechtfertigt sind). Das Anerkennen von Gefühlen mindert in der Regel schnell deren Intensität. Bringen Sie dann ruhig und selbstbewusst Ihren eigenen Standpunkt zum Ausdruck und vermeiden Sie dabei kritische Formulierungen bezüglich der „Wahrheit“ des Patienten. Betonen Sie, dass nun, da der Kern der Sache klar ist, ein Aktionsplan für die Behandlung, Untersuchung oder Verschreibung festgelegt werden muss.

### 2. Wir ermitteln die wahren Ziele der Parteien

Der Wunsch des Patienten, eine Verschreibung zur Behandlung zu erhalten, führt seltener zu Konflikten als die Absicht, die Diagnose und die Verschreibung eines anderen Facharztes zu vergleichen, um auf irgendeine Weise ein Krankschreiben, eine Bescheinigung usw. zu erhalten. Das Wichtigste bei solchen Anfragen ist, dem Patienten schnell, begründet und kategorisch abzulehnen und die Ablehnung mit den Dienstanweisungen zu begründen.

### 3. Umgang mit Emotionen

Es ist wichtig, die Emotionen einer Person rechtzeitig zu erkennen oder auf deren Veränderung zu reagieren. Wir empfehlen, während des Gesprächs mit dem Patienten keine Unterlagen auszufüllen oder elektronische Patientenakten zu führen. Hören Sie nicht nur auf das, was der Patient sagt: Achten Sie auch auf seine/ihre Körpersprache, Mimik und den Tonfall.

Wenn Sie emotionale Anspannung bemerken, versuchen Sie, zur Stabilisierung der Situation beizutragen. Zeigen Sie Ihr Mitgefühl, beruhigen und unterstützen Sie die Person.

### 4. Keine Chance für „Plaudertaschen“

Geschwätzige Patienten verbrauchen die gesamte für den Termin vorgesehene Zeit mit ihrem eigenen Monolog. Der Arzt muss die Initiative ergreifen und sich sehr aktiv zeigen, um den Patienten von unwichtigen Details auf das Hier und Jetzt zu lenken. Weisen Sie auf die begrenzte Dauer des Gesprächs hin und klären Sie den Grund des Besuchs, um ihn im Fokus zu halten. Verwenden Sie mehr geschlossene Fragen oder Fragen, die eine konkrete Antwort erfordern.

### 5. Vorsicht: Manipulation

Manche Patienten spielen mit den Gefühlen anderer, schmeicheln sich ein, drohen mit hysterischen Ausbrüchen oder Beschwerden beim Chefarzt, um ihre eigenen Ziele zu erreichen. Die wichtigste Regel im Umgang mit solchen Personen ist, sich der eigenen Emotionen bewusst zu sein und sich nicht von den Emotionen des Patienten beeinflussen zu lassen. Scheuen Sie sich nicht, ein klares „Nein“ zu sagen.

Ein guter Schutz vor Manipulation ist das Gewinnen von Zeit. Um Situationen zu vermeiden, in denen der Manipulator versucht, Ihnen die Zeit zum Nachdenken zu nehmen, verwenden Sie Zauberformeln wie: „Ich muss darüber nachdenken“, „Könnten Sie Ihre Bitte bitte schriftlich formulieren?“ usw.

**6. Das Recht auf Rechte**

Um das Team vor unbegründeten Angriffen seitens der Patienten in schwierigen Situationen zu schützen (es geht hier nicht um berechtigte Beschwerden), sollten bestimmte Regeln, die die Rechte der Ärzte regeln, ausgearbeitet und durch entsprechende Anordnungen bestätigt werden. Darin kann beispielsweise festgelegt werden, dass der Arzt das Recht hat, die weitere Behandlung abzulehnen, wenn der Patient vulgäre Ausdrücke verwendet.

Das Vorhandensein solcher Dokumente minimiert das Auftreten verschiedener Missverständnisse und die weitere Eskalation von Konfliktsituationen.

Tab. 7.
**EBE-Protokoll**

| EVE-Protokoll (EVE) | | |
|---|---|---|
| **E** | Emotion/Explore the Emotion | Die Emotion sollte identifiziert werden:<br>• feststellen, welche Emotion den Patienten überwältigt (Wut, Trauer, Angst usw.);<br>• herauszufinden, was sie ausgelöst hat: „Könnten Sie bitte erklären (detailliert beschreiben), was Sie fühlen?“;<br>• ihre Existenz anerkennen: „Ich verstehe, dass Sie das wütend gemacht haben könnte.“ |
| **In** | Validierung der Emotion/Validate the Emotion | Validierung der Emotion:<br>• bestätigt dem Gesprächspartner, dass Sie die Angemessenheit seiner/ihrer Emotionen verstehen:<br>„Ich verstehe, dass Sie wütend sind“, „Die meisten Menschen würden sich an Ihrer Stelle genauso fühlen (ähnlich)“. |
| **E** | Empathische Reaktion/Empathic Response | Empathische Antwort:<br>• zeigt dem Gesprächspartner, dass man seine Gefühle versteht und mit ihm mitfühlt: „Es tut mir sehr leid, dass das passiert ist, und ich verstehe, wie Sie sich gerade fühlen“, „Ich verstehe, dass Sie gerade verärgert und traurig sind. Das tut mir leid.“ |

## Was Sie vermeiden sollten, wenn Sie mit verärgerten Patienten sprechen

**Eine schnelle Lösung anbieten**

Oft wollen oder brauchen Patienten, dass Sie ihre Gefühle verstehen, anstatt eine schnelle Lösung zu finden. Natürlich hängt dies vom jeweiligen Szenario ab, aber überlegen Sie, ob es sich lohnt, eine schnelle Lösung zu finden, die Ihnen vielleicht gar nicht den erwarteten Nutzen bringt.

**Sich selbst ärgern**

Versuchen Sie, aufmerksam zu sein und sich bewusst zu machen, welche Gefühle die Interaktion mit dem Patienten in Ihnen auslöst. Es ist vielleicht nicht das, was der Patient sagt, sondern die Art und Weise, wie er es sagt, die Sie empört oder verärgert. Versuchen Sie, Ihre Emotionen unter Kontrolle zu halten, und bleiben Sie professionell. Sie mögen Wut empfinden, aber wenn Sie diese einem ohnehin schon verärgerten Patienten gegenüber zeigen, wird dies die Situation höchstwahrscheinlich noch weiter verschärfen. Vielleicht hilft ein Gespräch mit einer anderen Person (einem Kollegen) in einer solchen Situation dabei, Ihre innere Anspannung zu verringern oder das Problem aus einer anderen Perspektive zu betrachten.

**Sich verteidigen**

Es mag naheliegend erscheinen, in die Defensive zu gehen, insbesondere wenn Sie überzeugt sind, dass Ihr Gegenüber im Unrecht ist. Versuchen Sie jedoch, der Versuchung zu widerstehen, defensiv zu reagieren, da dies den Ärger des Patienten noch verstärken könnte.

# TEIL 2. PRAKTISCHE AUFGABEN

**Rollenspiel**

Rollenspiel (für kleine Gruppen, mit der Möglichkeit einer gemeinsamen Nachbesprechung)

Rollen: 1 – medizinisches Fachpersonal; 1 – Patient; 1–2 – Beobachter.

Dauer: **25 Min. (10 Min. – Vorbereitung; 2–3 Min. – Präsentation des Dialogs; 10–12 Min. – Nachbesprechung).**

**Beispiel für eine Rollenspielsituation:**

Ein 63-jähriger Patient mit Verdacht auf Magenkrebs lehnt eine Ösophagogastroduodenoskopie kategorisch ab. Er macht einen Aufstand. Er verlangt, sofort nach Hause entlassen zu werden. Anamnese: chronische Gastritis; Magenblutung vor zwei Jahren. Zum Zeitpunkt dieser Einweisung bestanden Beschwerden über Appetitstörungen und Gewichtsverlust. Die Untersuchung wurde von einem Arzt der Abteilung angeordnet, der sich auf Dienstreise befindet und nicht erreichbar ist.

Aufgabe für das medizinische Personal: den Patienten davon zu überzeugen, die angeordneten Untersuchungen (FGDS) durchführen zu lassen.

Wir schlagen vor, für jede der kleinen Gruppen dieselbe Situation zu verwenden, aber den Patiententyp zu variieren:

**A** – misstrauischer Patient: unfreundlich und misstrauisch im Umgang. Er verdächtigt ständig alle in irgendetwas.

**B** – gesprächiger Patient: redselig, springt ständig von einem Thema zum anderen, kann Fragen nicht prägnant beantworten.

**C** – Manipulativer Patient: Spielt mit den Gefühlen anderer, droht mit Klagen oder Selbstmord, ist wütend. Zeigt impulsives Verhalten, um das zu bekommen, was er will.

**E** – zorniger Patient: angespannt, nicht kooperativ.

**D** – ängstlicher Patient: verwirrt, nervös, verlangt übermäßige Aufmerksamkeit und Überzeugungsarbeit. Zeigt in seinem Verhalten und in der Kommunikation Anzeichen von Angst: Zittern, Schweißausbrüche, schnelle Sprache usw.

Tab. 8

**Beispiel für eine Checkliste für das Debriefing**

| Handlungen des medizinischen Personals | Beschreibung / Bewertungskriterien | Vermerk über die Durchführung | Punkte |
|---|---|---|---|
| Begrüßung | Das medizinische Personal begrüßt den Patienten | | 1 |
| Selbstvorstellung | Nennt seinen Namen | | 0,5 |
| | Nennt seine Funktion | | 0,5 |
| Identifizierung der Person des Patienten | Fragt nach dem Namen des Patienten, dem Alter (Geburtsjahr) | | 1 |
| Erfassung von Informationen zum Kern des Konflikts/der Beschwerde | Worum geht es bei der Beschwerde? | | 1 |
| | Wann sind die Beschwerden des Patienten entstanden? | | 1 |
| | an wen man sich für weitere Informationen/Hilfe gewandt hat; | | 1 |
| | welche Ressourcen zur Lösung des Konflikts/der Beschwerde eingesetzt wurden | | 1 |
| Anerkennung der Position der anderen Person (zuhören und wiederholen) – sowohl verbal als auch emotional | EVE-Protokoll (EVE): | | |
| | • Identifizierung von Emotionen; | | 1 |
| | • Validierung von Emotionen; | | 1 |
| | • empathische Reaktion | | 1 |
| Erläuterung der eigenen Position | Fundierte Antwort mit Erläuterung/Erklärung komplexer Fachbegriffe | | 1 |
| Vorschlag zur Lösung des Problems | Aufg a b e n stellung; | | 0,5 |
| | Erstellung eines Aktionsplans; | | 0,5 |
| | Vorschlag zur Einbeziehung zusätzlicher Ressourcen (personeller, technischer, pharmakologischer, materieller usw.); | | 0,5 |
| | Ausrichtung auf das Endergebnis | | 0,5 |
| Begründung. Verweis auf Fakten | Verwendung von statistischen Daten, Tabellen, Grafiken, Abbildungen, normativen Dokumenten und verifizierten Informationsquellen | | 1 |

| Handlungen des medizinischen Personals | Beschreibung / Bewertungskriterien | Vermerk über die Durchführung | Punkte |
|---|---|---|---|
| Ansprache des Patienten | Anrede mit Namen (Vorname und Nachname) | | 1 |
| Korrekte Gesprächsführung | Freundlichkeit, Respekt gegenüber dem Gesprächspartner; | | 0,5 |
| | Höflichkeit, keine Bestimmtheit; | | 0,5 |
| | Bescheidenheit in der Selbsteinschätzung, Unaufdringlichkeit; | | 0,5 |
| | Partnerorientierung, Schaffung von psychischem Wohlbefinden für ihn/sie; | | 0,5 |
| | Ständige Förderung des Interesses des Partners an konstruktiver Kommunikation; | | 0,5 |
| | logische Darstellung der eigenen Ansichten und Vorschläge; | | 0,5 |
| | Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit des Gesprächspartners, Förderung seiner/ihrer aktiven Wahrnehmung; | | 0,5 |
| | Wahl eines Gesprächsstils, der nicht nur der Kommunikationssituation, sondern auch der Wahrnehmung durch den Gesprächspartner förderlich ist; | | 0,5 |
| | Berücksichtigung von Distanz, Gestik und Mimik usw. während der Kommunikation; | | 0,5 |
| | emotionale Ausgewogenheit | | 0,5 |
| Ergebnis der Kommunikation | Strategie zur Lösung des Konflikts/der Beschwerde gewählt | | 1 |
| Erreichte Punktzahl Maximale Punktzahl – 21,5<br>Mindestpunktzahl für das Bestehen – 15 (70 %) | | | |

**Debriefing – Feedback**

4 Phasen:

1. Studierender: Was habe ich gut gemacht?
2. Studierender: Was hätte ich besser machen können?
3. Dozent: Was wurde gut gemacht?
4. Lehrkraft: Was hätte besser gemacht werden können?

**Fragen für das Reflexions-Tagebuch:**

Haben Sie Angst vor Konfliktsituationen? Wie wirken sich Konfliktsituationen und die Kommunikation mit Patienten in schwierigen Situationen auf Sie aus?

Präsentation zum Thema unter folgendem Link:

bit.ly/3DulIDe

Vollständige Version der Unterrichtseinheit unter dem Link:

bit.ly/31sh3V5

THEMA 8

# Toleranz und Vielfalt: wie und warum man mit verschiedenen Menschen



# THEMA 8

# TOLERANZ UND VIELFALT

Die methodischen Materialien wurden sorgfältig von Oksana Petrynych und Olga Hovardovska zusammengestellt



**Oksana Petrynych,** Dozentin am Lehrstuhl für Familienmedizin, Staatliche Medizinische Universität Bukowina



**Olga Hovardovska,** Assistenzprofessorin am Lehrstuhl für Phthisiologie und Pulmologie, Nationale Medizinische Universität Charkiw

# LERNZIELE

| Einstellung | Wissen | Fähigkeiten |
|---|---|---|
| Der patientenzentrierte Ansatz als Grundlage der Philosophie der Patientenbeziehung. | Toleranz und Vielfalt. | wie und warum man mit verschiedenen Menschen zusammenzuarbeiten und sie als Menschen zu respektieren. |

# СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Organisatorischer Teil – **3 Min.**

Reflexion: „Warum können Ärzte gegenüber bestimmten Patienten voreingenommen sein?“ oder „Erinnern Sie sich an Fälle aus Ihrem Leben oder Ihrer Praxis, in denen Sie Zeuge/Opfer von Diskriminierung bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wurden“ – **12 Min.**

Kurze Erörterung des theoretischen Materials (Mini-Vortrag) – **10 Min.**

VARIANTE A

Rollenspiel / Hybridpatient, empfohlen für

Studierende im 5 . und 6. Studienjahr.

Die Studierenden erhalten am Vortag der Veranstaltung Aufgaben – 4 verschiedene Situationen: zum Beispiel die Beratung eines älteren Patienten; eines Kindes mit seinen Eltern; einer Frau mit Anämie nach längerem Fasten; eines Patienten mit Depressionen. In der Vorlesung stellen die Studierenden ihren Fall in Form einer Konsultation vor, an der der Arzt, der Patient und Familienangehörige teilnehmen. Alle Studierenden analysieren die Konsultation (gemäß dem Calgary-Cambridge-Modell) und äußern sich während der anschließenden Nachbesprechung (was gut gemacht wurde,

VARIANTE B

empfohlen für Studierende im 4. Studienjahr

Analyse derselben Fälle in kleinen Gruppen mit anschließender Diskussion mit den Studierenden – **25 Min.**

+ Analyse der Videokonsultationen: Es gilt, die Unterschiede zwischen den vom Patienten erhaltenen Informationen und der Taktik der weiteren ärztlichen Verordnungen in Abhängigkeit von der korrekten Durchführung der Konsultation zu ermitteln (Quelle Nr. 8 in der Videoliste) – **25 Min.**

Testkontrolle – **10 Min.**

| | |
|---|---|
| Was kann verbessert werden? Zunächst äußern sich die direkten Teilnehmer des Rollenspiels, anschließend die anderen Studierenden – **55 Min**.<br><br>Der Dozent fasst zusammen (was gut gemacht wurde, was verbessert werden kann) – **5 Min.** | Zusammenfassung – **5 Min.** |

**Insgesamt 90 Min.**

**Unterrichtsmaterialien**

# TEIL 1. THEORETISCHE MATERIALIEN

Menschen auf der ganzen Welt sehen sich mit Hindernissen beim Zugang zu einer hochwertigen medizinischen Versorgung konfrontiert. In verschiedenen Ländern und verschiedenen Gemeinschaften können die Ursachen dafür unterschiedlich sein. Es gibt jedoch einige Hindernisse, die überall anzutreffen sind. Dazu gehören verschiedene Formen der Diskriminierung, denen bestimmte Bevölkerungsgruppen ausgesetzt sind.

## DISKRIMINIERUNG

**Diskriminierung** (von lat. Discriminatio – Unterscheidung, Abgrenzung) ist ein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz. Im Gesetz der Ukraine „Über die Grundlagen der Prävention und Bekämpfung von Diskriminierung in der Ukraine“ findet sich folgende Definition: „Diskriminierung – eine Situation, in der eine Person und/oder eine Gruppe von Personen aufgrund ihrer Merkmale wie Rasse, Hautfarbe, politische, religiöse und andere Überzeugungen, Geschlecht, Alter, Behinderung, ethnische und soziale Herkunft, Staatsangehörigkeit, Familien- und Vermögensverhältnisse, Wohnort, sprachliche oder andere Merkmale, die waren, tatsächlich sind oder sein können, Einschränkungen bei der Anerkennung, Ausübung oder Inanspruchnahme der durch dieses Gesetz festgelegten Rechte und Freiheiten in jeglicher Form unterliegt, außer in Fällen, in denen eine solche Einschränkung einen rechtmäßigen, objektiv begründeten Zweck verfolgt, dessen Erreichung angemessen und notwendig ist.“

Die Auflistungen der Merkmale, aufgrund derer eine Diskriminierung von Menschen verboten ist, können sich in den Rechtsvorschriften der einzelnen Länder unterscheiden – mal sind es mehr, mal weniger –, doch gibt es einen allgemeinen Grundsatz, der diese Auflistungen verbindet: Sie müssen offen sein. Eine offene Liste bedeutet, dass nach der Aufzählung aller genannten Merkmale im Gesetz kein Punkt gesetzt wird, sondern der Zusatz „und andere Merkmale“ folgt.

Unter „anderen Merkmalen“ verstehen wir insbesondere:

- Gesundheitszustand (z. B. HIV-positiver Status einer Person);
- Lebensweise (z. B. Konsum psychoaktiver Substanzen oder Erbringung kommerzieller Sexdienstleistungen);
- sexuelle Orientierung;
- Geschlechtsidentität;
- Gewerkschaftszugehörigkeit;
- Vorbestrafung.

**Formen der Diskriminierung sind:**

**direkte Diskriminierung** – eine Situation, in der eine Person und/oder eine Gruppe von Personen aufgrund bestimmter Merkmale weniger günstig behandelt wird als eine andere Person und/oder eine andere Gruppe von Personen in einer vergleichbaren Situation, es sei denn, diese Behandlung verfolgt ein rechtmäßiges, objektiv gerechtfertigtes Ziel, dessen Erreichung angemessen und erforderlich ist;

**mittelbare Diskriminierung** – eine Situation, in der sich für eine Person und/oder eine Gruppe von Personen aufgrund der Umsetzung oder Anwendung formal neutraler Rechtsnormen, Bewertungskriterien, Regeln, Anforderungen oder Praktiken für eine Person und/oder eine Gruppe von Personen aufgrund bestimmter Merkmale weniger günstige Bedingungen oder eine weniger günstige Lage im Vergleich zu anderen Personen und/oder Gruppen von Personen entstehen, es sei denn, deren Umsetzung oder Anwendung verfolgt ein rechtmäßiges, objektiv gerechtfertigtes Ziel, dessen Erreichung angemessen und erforderlich ist;

**Anstiftung zur Diskriminierung** – Anweisungen, Anleitungen oder Aufrufe zur Diskriminierung einer Person und/oder einer Gruppe von Personen aufgrund bestimmter Merkmale;

**Beihilfe zur Diskriminierung** – jede bewusste Unterstützung bei der Vornahme von Handlungen oder Unterlassungen, die auf die Entstehung von Diskriminierung abzielen;

**Belästigung** – für eine Person und/oder eine Gruppe von Personen unerwünschtes Verhalten, dessen Ziel oder Folge die Herabwürdigung ihrer Menschenwürde aufgrund bestimmter Merkmale oder die Schaffung einer angespannten, feindseligen, beleidigenden oder herabwürdigenden Atmosphäre gegenüber dieser Person oder dieser Gruppe von Personen ist.

Wir empfehlen Ihnen, sich das Video „Diskriminierung. Formen der Diskriminierung“ unter folgendem Link: www.youtube.com/watch?v=2MV-xdvS98k&list=PL7GVCn-95zwDj4pBh5M3IADpQaozZyO5l&index=90

**Diskriminierung im Gesundheitswesen kann sich wie folgt äußern:**

- Verweigerung einer medizinischen Leistung oder Verweigerung der Aufnahme als Patient in einer Klinik;
- Verweigerung der weiteren Erbringung der Leistung;
- Erbringung der Leistung in geringerem Umfang oder schlechterer Qualität als üblich;
- Zufügung von seelischem oder materiellem Schaden;
- beleidigendes oder erniedrigendes Verhalten;
- Versuche, eine Person zu bestrafen oder zu demütigen, wenn sie sich über Diskriminierung beschwert hat;
- die vorsätzliche Verweigerung medizinischer Leistungen, was in einigen Fällen als strafbare Unterlassung der verantwortlichen Personen angesehen werden und mit Folter gleichgesetzt werden kann.

Beispiele:

- Verweigerung eines Krankenhausaufenthalts für Roma oder HIV-positive Menschen;
- Verweigerung der Versorgung im Krankenhaus aufgrund mangelnder Kenntnisse der ukrainischen oder russischen Sprache;
- das Fehlen einer Rampe zu den Räumlichkeiten eines Krankenhauses oder einer Apotheke oder eine Rampe, die nicht benutzt werden kann;
- die Verweigerung der Behandlung von Patienten, weil sie „zu alt“ sind.

Die Liste ist nicht vollständig und dient lediglich der Veranschaulichung.

Es ist wichtig zu beachten, dass die Verweigerung kostenpflichtiger Dienstleistungen in Fällen, in denen eine Person diese nicht bezahlen kann, keine Diskriminierung darstellt. Die Verwaltung ist jedoch verpflichtet, klar darüber zu informieren, welche Dienstleistungen kostenpflichtig sind, wie viel sie kosten und welche kostenlosen Alternativen es gibt.

**Wir können die Wahrscheinlichkeit von Diskriminierung durch folgende Maßnahmen verringern:**

**durch die Gewährleistung von Gleichheit** – dies zeigt sich in einer gleichberechtigten Behandlung von Menschen unter Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse;

**Inklusion** (von engl. inclusion – Einbeziehung, Einbindung) – ein Prozess zur Steigerung der Teilhabe aller Bürger am gesellschaftlichen Leben. Zum Beispiel die Bereitstellung von Informationen in verschiedenen Formaten (u. a. in Brailleschrift), der Zugang zu Gebäuden für Menschen im Rollstuhl (die korrekte Bezeichnung lautet „Rollstuhl") usw.;

**Respekt und Akzeptanz von Vielfalt – Toleranz.**

In der modernen Literatur wird „Toleranz" oft als Synonym für den Begriff „Nachsicht". Allerdings:

**Duldung** ist die passive Akzeptanz der umgebenden Realität, der fehlende Widerstand gegen ungünstige äußere Einflüsse. Toleranz sollte nicht auf Duldung reduziert werden.

**Toleranz** ist die Anerkennung der Rechte eines anderen Menschen, der sich von einem selbst unterscheidet, sowie die Bereitschaft, andere kulturelle Normen, Überzeugungen und Verhaltensweisen zu verstehen und zu akzeptieren. Bei der Auslegung des Begriffs „Toleranz" muss man sich auf den Humanismus stützen, d. h. auf die Anerkennung des Wertes des Menschen als Persönlichkeit, seines Rechts auf Freiheit, Glück, Entwicklung und Entfaltung seiner Fähigkeiten.

Die Kehrseite der Toleranz ist **Intoleranz.**

Die für das Verständnis von Fragen der kulturellen Vielfalt erforderlichen Kommunikationsfähigkeiten sind ein Sonderfall der grundlegenden Fähigkeiten, die zum Verständnis der Position des Patienten (in den Phasen der Informationsbeschaffung, Erklärung und Planung) und zum Aufbau von Beziehungen eingesetzt werden. Dasselbe gilt für soziale Vielfalt: für Aspekte wie Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status und Bildung.

**Kulturelle Kompetenz** ist die Fähigkeit von medizinischem Personal und Organisationen, medizinische Leistungen zu erbringen, die den kulturellen, sozialen und religiösen Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien entsprechen.

Wir empfehlen Ihnen, sich das Video „Toleranz als ethische Kategorie" unter dem Link https://www.youtube.com/watch?v=taBSHHqmn9E&list=PL7GVCn-_wDj4pB&index=90 anzusehen

# INTERKULTURELLE KOMMUNIKATION UND SOZIALE VIELFALT

**Sprache**

Kommunikation in einer Fremdsprache (z. B. wenn Patient oder Arzt gezwungen sind, in einer Sprache zu sprechen, die sie nicht ausreichend beherrschen)

Verwendung von Slang Akzent,

Dialekt beleidigende Vertrautheit

**Anwendung und Interpretation nonverbaler Kommunikation**

Berührunge
n
Körpersprac
he
Abstand – nah/fern

Augenkontakt

Ausdruck von Emotionen

**Kulturelle Einstellungen und Medizin**

Interpretation der Symptome – was als normal anzusehen ist und was nicht;

Ansichten zur Kausalität

Ansichten zur Wirksamkeit verschiedener Behandlungsoptionen

Einstellung zur Krankheit und zum Krankheitserlebnis

Inanspruchnahme zusätzlicher oder alternativer medizinischer Versorgungsquellen Erwartungen von Menschen unterschiedlichen Alters und Geschlechts an Rollen und Beziehungen

Die Rolle des Arztes und soziale Interaktion im Bereich von Autorität und Ausdrucksformen von Respekt

Übernahme von Verantwortung für die Einhaltung medizinischer Empfehlungen

Ereignisse des Familienlebens (Bräuche und Überzeugungen im Zusammenhang mit Heiratsanträgen und Hochzeiten, Schwangerschaft und Geburt, Unterstützung der Jungen durch die Älteren, Pflege älterer Menschen, Tod)

psychologische Fragen (Ermittlung gewohnter Stressfaktoren, Kenntnis des Systems der psychologischen Unterstützung für Familie/Bevölkerung)

die Rolle des Arztes bei psychischer Gesundheit und bei psychischen Erkrankungen

**Intime Fragen**

Sexualität – einschließlich sexueller Orientierung, Sexualverhalten, Verhütung

Schamgefühl bei bestimmten Untersuchungsmaßnahmen

Konsum und Missbrauch von Alkohol und anderen Substanzen

Häusliche Gewalt Überbringen

schlechter Nachrichten

**Fragen/Hindernisse in der medizinischen Praxis**

Grad der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient, Grad der Einbeziehung der Familie, persönliche und familiäre Pflichten hinsichtlich der Gesundheitsförderung und der Behandlung

ethische Fragen der medizinischen Versorgung

Annahmen, Stereotypen und Vorurteile des Arztes

Konsultation mit einem Spezialisten, der komplementäre oder nicht-traditionelle Medizin praktiziert

Die Kenntnis verschiedener ethnischer und kultureller Kontexte, in denen ein Arzt tätig sein kann, ist nützlich und manchmal sogar unverzichtbar. Solches Wissen gibt dem Arzt Sicherheit und hilft ihm möglicherweise, schneller eine Beziehung zum Patienten aufzubauen. Dennoch bleiben die grundlegenden Fähigkeiten, jeden einzelnen Patienten und seine medizinischen Überzeugungen zu verstehen, unabhängig davon, welcher Kultur er oder sie angehört, von grundlegender Bedeutung.

Es ist wichtig, davon auszugehen, dass alle Patienten sowohl die Achtung ihrer Autonomie durch den Arzt als auch die Einbeziehung in die Entscheidungsfindung anstreben. In vielen Kulturen ist es auch heute noch üblich, dass Menschen vom Arzt paternalistische Haltung und von der Konsultation eine ärztliche Orientierung erwarten. Es ist jedoch ebenso schädlich, die Positionen und Weltanschauungen einer ganzen Rasse oder Kultur auf einen einzelnen Patienten zu übertragen, wie die Sensibilität für kulturelle Themen völlig auszublenden. Die Aufgabe des Arztes besteht darin, die einzigartige Situation und die Krankheitserfahrung jedes einzelnen Patienten zu ergründen. Dies ist ebenso wichtig, wenn Arzt und Patient derselben Kultur angehören.

Ärzte sehen sich also mit zwei teilweise widersprüchlichen Kommunikationsherausforderungen konfrontiert: Sie dürfen keine Vermutungen über einen Patienten aufgrund seiner ethnischen Zugehörigkeit anstellen, müssen aber gleichzeitig die kulturellen Unterschiede wertschätzen, kennenlernen und verstehen wollen, da diese einen großen Einfluss darauf haben können, wie Sie den Patienten behandeln. Es überrascht nicht, dass das Erreichen von gegenseitigem Verständnis und Vertrauen zwischen Patienten und Ärzten aus unterschiedlichen Kulturkreisen oft Zeit und Anstrengungen von beiden Seiten erfordert.

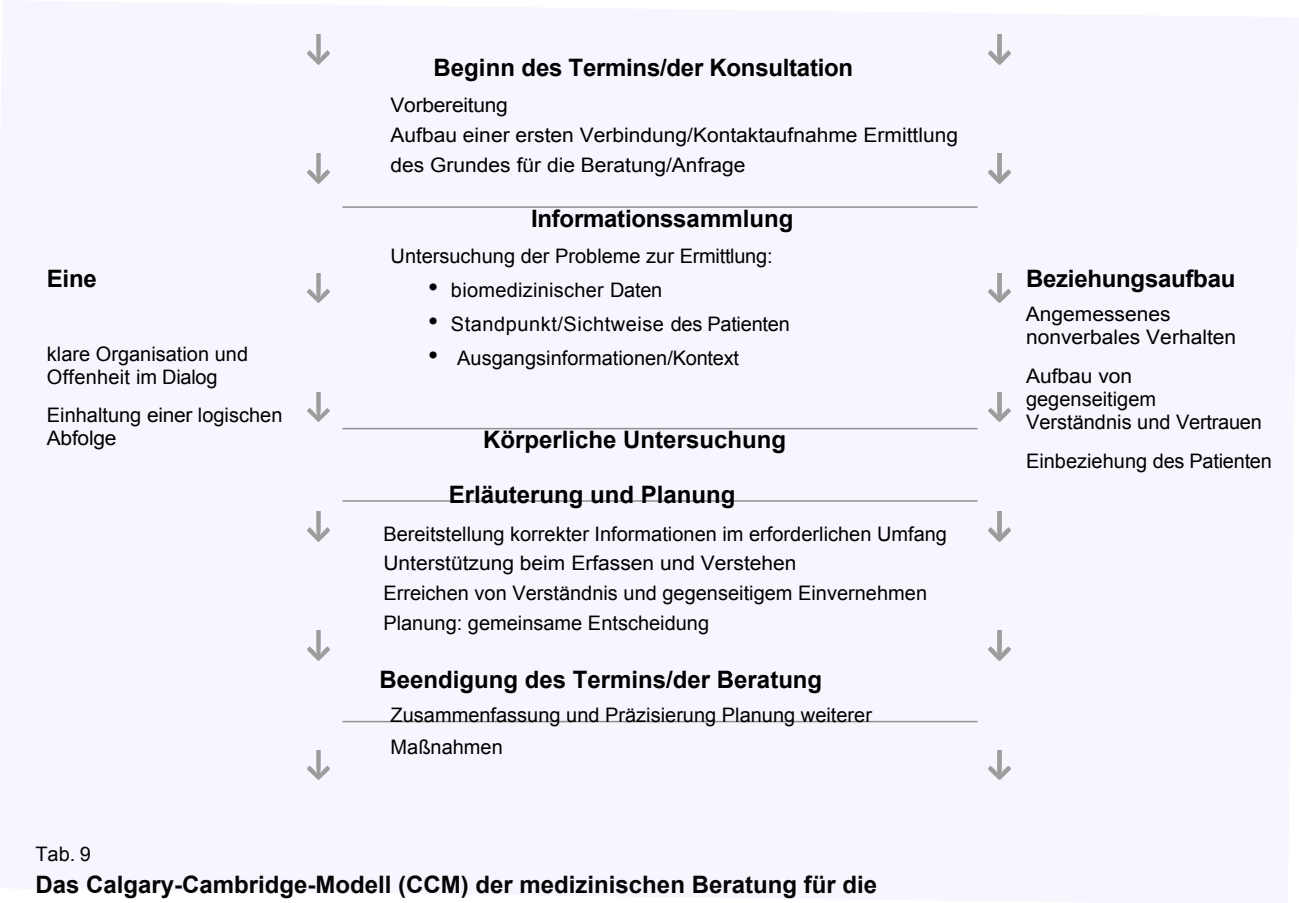



Abb. 10. Struktur der klinischen Beratung nach Calgary-Cambridge

Tab. 9

**Das Calgary-Cambridge-Modell (CCM) der medizinischen Beratung für die Arbeit mit Menschen verschiedener ethnischer Gruppen**

| **Fähigkeiten aus den „Calgary-Cambridge-Leitlinien“** | **Die Anwendung dieser Fähigkeiten ist tiefgreifender, zielgerichteter und intensiver** |
|---|---|
| **Anfang** | |
| Begrüßen Sie sich, stellen Sie sich einander vor | → Klären Sie, wie der Vor- und Nachname ausgesprochen wird und welche Anrede der Patient bevorzugt |
| Zeigen Sie Interesse, Fürsorge und Respekt; sorgen Sie dafür, dass es dem Patienten körperlich bequem ist | → Zeigen Sie Verständnis für den Wunsch des Patienten, dass ein Familienmitglied an der Konsultation teilnimmt oder dass der Arzt ein Mann oder eine Frau ist<br>Bieten Sie die Hilfe eines Dolmetschers an und vereinbaren Sie, falls diese angenommen wird, dessen Rolle bei der Festlegung der Tagesordnung.<br>Klären Sie, in welcher Sprache die Konsultation stattfinden soll.<br>Bieten Sie an, den Termin zu verschieben, wenn die Sprachbarriere zu groß ist.<br>Berücksichtigen Sie bei der Beratung und Untersuchung das Geschlecht des Arztes und des Patienten. |

| Fähigkeiten aus den „Calgary-Cambridge-Leitlinien“ | Die Anwendung dieser Fähigkeiten erfolgt tiefergehend, zielgerichteter und intensiver |
|---|---|
| **Informationsbeschaffung** | |
| Ermitteln Sie die Sichtweise des Patienten: Ideen, Befürchtungen, Erwartungen, Gefühle, Auswirkungen seines Gesundheitszustands auf das Leben → | Ermitteln Sie, welche der Patient hat:<br>Ansichten zur Ursache<br>kulturell bedingte Erwartungen an die Behandlung familiäre, eheliche,<br>religiöse und soziale Bräuche<br>Kenntnisse über das System der psychologischen Unterstützung für Familie/Bevölkerung<br>Einstellung zu ergänzenden/alternativen Gesundheitsversorgungsangeboten.<br>Patienten aus bestimmten kulturellen und sozialen Schichten sind sich des Zusammenhangs zwischen psychischen Problemen und körperlichen Symptomen oft kaum bewusst. In manchen Fällen ist es nicht einfach, eine Depression zu erkennen, die hinter psychosomatischen Symptomen steckt. Es kann erforderlich sein, der Sichtweise des Patienten besondere Aufmerksamkeit zu schenken und über einen längeren Zeitraum Vertrauen aufzubauen. Der Arzt muss möglicherweise den richtigen Zeitpunkt abwägen und Behandlungsoptionen wählen, bei denen<br>, ebenso wie die Sichtweise des Patienten auf seinen Zustand, ohne zu riskieren, ihm/ihr zu widersprechen, um das Vertrauen nicht zu verlieren. |
| Beziehen Sie den Patienten mit ein, regen Sie seine Beteiligung und Fragen an → | Der Patient sollte dazu angeregt werden, Fragen zu stellen. Afroamerikaner in den USA stellen laut Studien seltener Fragen an Onkologen und bringen seltener Begleitpersonen mit. |
| **Informationsbeschaffung** | |
| Zeigen Sie ein angemessenes nonverbales Verhalten | Denken Sie an mögliche kulturelle Unterschiede im nonverbalen Verhalten, zum Beispiel bei Blickkontakt, Berührungen und Distanz. |
| Nehmen Sie die Ansichten und Gefühle des Patienten unvoreingenommen an → | Nehmen Sie die Ideen und Überzeugungen des Patienten ohne moralische Wertung an.<br>Vermeiden Sie Stereotypen und Überheblichkeit (berücksichtigen Sie beispielsweise die Wünsche der Patienten und ihrer Angehörigen hinsichtlich Untersuchung, Diagnostik und Überweisung an Fachärzte).<br>Versuchen Sie, keine Vermutungen anzustellen, und wenn doch, überprüfen Sie diese.<br>Zeigen Sie Sensibilität für kulturelle Unterschiede in Bereichen wie sexuelle Probleme, Konsum und Missbrauch von Alkohol und anderen Substanzen sowie häusliche Gewalt. |
| Seien Sie unterstützend → | Zeigen Sie Ihre Unterstützung durch Worte. |

| Fähigkeiten aus den „Calgary-Cambridge-Leitfäden“ | Die Anwendung dieser Fähigkeiten ist tiefgreifender, zielgerichteter und intensiver |
|---|---|
| **Erklärung und Planung** | |
| Beurteilen Sie die Ausgangssituation des Patienten → | Prüfen Sie vor der Weitergabe von Informationen den kulturellen Kontext. Dies ist besonders wichtig im Umgang mit Menschen mit Behinderung, die Studien zufolge einen Mangel an Respekt und Aufmerksamkeit für ihre Äußerungen empfinden, unzureichende Informationen erhalten und seltener an der Behandlungsplanung beteiligt werden.<br>Ziehen Sie bei Bedarf einen Dolmetscher zur Beratung hinzu.<br>Überprüfen Sie, wie genau und vollständig der Dolmetscher die Informationen vermittelt hat und ob der Patient sie verstanden hat. |
| Stellen Sie einen Bezug zwischen der Erklärung und der Situation des Patienten her → | Prüfen Sie den kulturellen Kontext/die Sprachkompetenz, bevor Sie Informationen weitergeben. Prüfen Sie, ob die Probleme und Bedenken des Patienten berücksichtigt wurden. |
| Überprüfen Sie das Verständnis → | Das Überprüfen des Verständnisses ist besonders wichtig, wenn Sprachprobleme bestehen, selbst in Anwesenheit eines Dolmetschers. Tun Sie dies mindestens alle 1,5 Minuten<br>Bieten Sie realistische Wahlmöglichkeiten an, die der Situation und der Lebensgeschichte des Patienten Rechnung tragen. |
| | Für einen Patienten, der es nicht gewohnt ist, eine partnerschaftliche Beziehung zum Arzt zu haben, kann dies ungewohnt und schwierig sein. |
| Vereinbaren Sie einen für alle Seiten akzeptablen Plan → | |

**Beispiele für präzise Formulierungen, die dem Arzt helfen, kulturelle Unterschiede zu erkennen und zu würdigen, ohne auf Stereotypen und unbegründete Annahmen zurückzugreifen**

Wie wirkt sich das alles auf Ihr Leben und das Leben Ihres Umfelds aus?

Erzählen Sie uns ein wenig über sich und Ihre Familie. Wo wohnen Sie? Wer lebt mit Ihnen zusammen? Wo ist Ihr Elternhaus? Wer sind Ihre Eltern? Sind Sie gläubig?

Ich weiß, dass familiäre Probleme oft die Ursache für Unfruchtbarkeit sind. Ist das bei Ihnen auch der Fall?

Manchmal haben familiäre und religiöse Traditionen einen starken Einfluss auf die Diskussion über gynäkologische Probleme. Katholiken beispielsweise haben eine strenge Haltung zu Fragen der Empfängnisverhütung. Hat so etwas Einfluss auf Ihre Einstellung zu Ihrem Problem?

Sie haben vorhin gesagt, dass Sie aus Afghanistan kommen. Ich weiß nichts über die afghanische Kultur. Ist es bei Ihnen üblich, dem Arzt die Hand zu geben? Wie begrüßt man sich bei Ihnen?

Ich verstehe, wie sehr es Sie stört, dass ich Sie nicht so gut verstehe, wie Sie es sich wünschen würden. Vielleicht wäre es mit einem Dolmetscher einfacher?

Ich würde gerne wissen, welche Art von Behandlung Sie erwartet oder erhofft haben. Soweit ich die chinesische Kultur kenne, könnte es sein, dass dies ganz und gar nicht das ist, was wir anbieten können. Wenn dies bei Ihnen der Fall ist, möchte ich Ihnen helfen.

Sie sagen, dass Ihr ganzer Körper schmerzt. Haben Sie eine Vermutung, warum das so ist?

**Weitere nützliche Tipps**

**Wenn Sie den Patienten oder seine Angehörigen nicht kennen und nicht wissen, ob Sie ihm die Hand geben sollen:**

Beobachten Sie die Reaktion

Entschuldigen Sie sich, wenn der Patient beleidigt wirkt (Sie wollten niemanden beleidigen)

Bauen Sie die Beziehung anders auf, fragen Sie beispielsweise, welche Begrüßung Ihrerseits am angemessensten wäre.

**Wenn Sie eine heikle Frage stellen möchten, bitten Sie um Erlaubnis:**

Darf ich Sie das fragen? Haben Sie etwas

dagegen?

**Fragen Sie, wie Sie helfen können:**

Kann ich Ihnen dabei helfen?

**Erklären Sie, warum:**

Das ist vielleicht nicht leicht für Sie. Aber hier ist der Grund, warum ich Sie das fragen/tun muss…

Menschen haben manchmal ihre eigenen Gründe, und es ist immer hilfreich, die Sichtweise des Patienten zu verstehen.

Ich weiß, dass Frauen es manchmal vorziehen, von einer Frau untersucht zu werden. Ist das für Sie wichtig?

## Die Regeln für den Umgang mit Patienten, die einer anderen ethnisch-kulturellen oder religiösen Gruppe angehören, sind im BALANCE-Protokoll

Tab. 10
**BALANCE-Protokoll**

| | Kategorie | | Es sollte geklärt werden |
|---|---|---|---|
| **B** | Überzeugungen & Werte | Überzeugungen und Werte | Überzeugungen, die die Wahrnehmung der Krankheit beeinflussen |
| **A** | Ambience | Umfeld | Lebensumstände und Familientyp |
| **L** | Sprache und Gesundheitskompetenz | Sprache und Gesundheitskompetenz | Rolle der Übersetzer, Genauigkeit der Übersetzung, metaphorische Bedeutungen |
| **A** | Zugehörigkeiten | Soziale Zugehörigkeit | Soziales Engagement, religiöse und spirituelle Werte |
| **N** | Netzwerk | Netzwerk/Beziehungen | Soziale Begleitung |
| **C** | Herausforderungen | Gefahren/Herausforderungen | Alltägliche und berufliche Gefahren |
| **E** | Wirtschaft | Wirtschaft | Sozioökonomische Situation der Familie und der Gemeinschaft |

## Umgang mit älteren Patienten

Der Umgang mit älteren Patienten erfordert besondere Aufmerksamkeit. In den letzten 100 Jahren ist der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung weltweit stetig gestiegen. Nach aktuellen Schätzungen werden Menschen über 60 Jahre bis 2030 35 % der Bevölkerung im Westen ausmachen. Hier sind einige Fragen, die Ärzte sich selbst und ihren älteren Patienten stellen sollten:

Welche konkreten psychischen und körperlichen Probleme sind bei dieser Person mit dem Älterwerden verbunden?

Haben Hörverlust oder neurologische Probleme des Patienten seine/ihre Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigt? Wenn ja, was sollte anders gehandhabt werden?

Was bedeutet Krankheit oder das nahende Ende des Lebens für diese Person?

Wenn der Patient mit Symptomen von Unwohlsein vorstellig wird, deutet dies vielleicht darauf hin, dass er oder sie gar keine andere Hilfe benötigt? Ist er oder sie vielleicht depressiv? Ist er oder sie vielleicht einsam? Hat er oder sie Angst vor Behinderung und dem Verlust der Unabhängigkeit? Hat er oder sie Angst vor dem Tod?

Was weiß ich über die Welt dieser Person, darüber, was in ihrem Leben passiert ist?

Gibt es irgendwelche Einschränkungen hinsichtlich medizinischer Eingriffe und Behandlungen, die ich bei meinen weiteren Schritten berücksichtigen muss?

Was erwartet diese Person von mir als Arzt?

Wird diese Person von Angehörigen oder Freunden unterstützt? Sollten und wollen diese sich an der Betreuung beteiligen, und wenn ja, wie kann man sie einbeziehen?

Wird dieser Patient von anderen Ärzten und Einrichtungen betreut? Stellt sich hier die Frage nach der Kontinuität der medizinischen Versorgung?

Der Grundsatz, Menschen in erster Linie als Individuen und nicht als „ältere Menschen“ zu betrachten, gilt hier ebenso wie bei der Arbeit mit Patienten aus verschiedenen Kulturen.

**Tab. 11.**
**KKM für die Arbeit mit älteren Menschen**

| Kompetenzen aus den „Calgary-Cambridge-Leitfäden“ | Die Anwendung dieser Fähigkeiten ist tiefgreifender, zielgerichteter und intensiver |
|---|---|
| **Anfang** | |
| Kontakt aufnehmen | → Besondere Aufmerksamkeit sollte schwachen Menschen gewidmet werden, die schlecht hören oder schlecht sehen. Viele ältere Patienten kommen in Begleitung von Angehörigen oder Pflegekräften zum Arzt, und dann muss der Kontakt zu allen Anwesenden hergestellt werden. |
| Screening | → Der Arzt sollte bedenken, dass Screening und Prioritätensetzung bei der Arbeit mit älteren Patienten besonders wichtig sind, da sich bei diesen Menschen im Laufe der Zeit viele Probleme ansammeln können.<br>Denken Sie daran:<br>die Art und Anzahl der Probleme nicht unbedingt auf die eine oder andere Funktionsweise des Organismus hindeuten<br>nicht alle Probleme derzeit aktuell sind<br>nicht alle Probleme Hilfe erfordern<br>nicht alle Probleme auf der Tagesordnung des Patienten stehen |
| Hören Sie aufmerksam zu | → Die Beurteilung des emotionalen Zustands des Patienten zu Beginn und während der gesamten Konsultation ist bei der Arbeit mit älteren Patienten von entscheidender Bedeutung. Angstzustände und Depressionen sind bei ihnen weit verbreitet, auch wenn sie sich möglicherweise nicht deutlich äußern. |
| **Informationsbeschaffung** | |
| Stellen Sie klärende Fragen<br>Stellen Sie Ihre Fragen unter Angabe eines Zeitrahmens (von … bis …)<br>Fassen Sie zusammen | → Bei der Beratung älterer Patienten muss der Arzt oft eine verworrene Erzählung mit einer Vielzahl von Informationen anhören, die sich schnell verflüchtigen. Hier sind Fähigkeiten wie das Klären des zeitlichen Zusammenhangs, das Zusammenfassen und das Überprüfen aller Annahmen von großer Bedeutung. Es ist beispielsweise hilfreich, den Patienten unmissverständlich zu bitten, sein/ihr Problem vom ersten Auftreten bis zum aktuellen Zeitpunkt oder über einen bestimmten Zeitraum hinweg zu schildern. |
| Achten Sie auf Signale | → Der Patient möchte vielleicht gerne, scheut sich aber, Probleme wie Harninkontinenz, Leistenbruch oder Verhärtungen in der Brust anzusprechen; daher ist es besonders wichtig, nonverbale und verbale Signale wahrzunehmen, zu überprüfen und darauf zu reagieren. |

| Kompetenzen aus den „Calgary-Cambridge-Leitfäden“ | | Die Anwendung dieser Fähigkeiten erfolgt fundierter, zielgerichteter und intensiver |
|---|---|---|
| **Informationsbeschaffung** | | |
| Sprechen Sie in einer der Situation angemessenen Sprache | → | Wenn der Patient verunsichert, verwirrt, traurig , schlecht hört oder schlecht spricht, sollte Ihre Sprache besonders deutlich und klar sein. Beginnen Sie damit, Annahmen zu überprüfen, die zu Kommunikationsschwierigkeiten führen könnten. Liegt es vielleicht an Schmerzen oder an Medikamenten? Ist vielleicht die Fachsprache das Problem? Oder daran, wie Sie sprechen? Wenn der Patient an Dysarthrie oder Taubheit leidet, prüfen Sie, wie gut er/sie versteht. Finden Sie heraus, ob es ihm/ihr leichter fällt, schriftlich zu kommunizieren. Prüfen Sie, ob er/sie ein Hörgerät benutzt, und wenn ja, ob es richtig sitzt und funktionsfähig ist.<br><br>Der Patient sollte dazu angeregt werden, Fragen zu stellen. Afroamerikaner in den USA stellen laut Studien seltener Fragen an Onkologen und bringen seltener Begleitpersonen mit. |
| Finden Sie heraus, wie der Patient dazu steht | → | Hier spielt die Einstellung des Patienten eine entscheidende Rolle. Die Auswirkungen der Krankheit auf das Leben des Patienten bestimmen oft dessen Erwartungen oder die Bereitschaft zur Behandlung und verdienen daher größte Aufmerksamkeit. |
| **Beziehungsaufbau** | | |
| Zeigen Sie angemessenes nonverbales Verhalten | → | Geduld und Zeit: Es ist äußerst wichtig, im gleichen Tempo wie der Patient zu arbeiten. |
| →Zeigen Sie Einfühlungsvermögen, Empathie, Akzeptanz und Unterstützung | | Ältere Patienten und die für sie wichtigen Menschen benötigen möglicherweise sowohl emotionale als auch praktische Unterstützung. Versuchen Sie, die schwierige Situation des Patienten zu berücksichtigen; dies hilft Ihnen, sein/ihr Verhalten, das auf den ersten Blick unbeholfen oder ungewöhnlich erscheinen mag. Die Reaktion auf Probleme wie Harninkontinenz sollte mitfühlend sein. Bieten Sie praktische Hilfe an. |
| **Aufbau der Beratung** | | |
| Fassen Sie zusammen<br>Geben Sie ein Signal | → | Die gemeinsame Anwendung dieser beiden Fähigkeiten kann besonders bei älteren Patienten hilfreich sein, insbesondere bei denen, die unter Hörproblemen und Gedächtnisverlust leiden. Ältere Patienten können den logischen Faden ihrer Erzählung verlieren und benötigen Hilfe bei der Strukturierung. Daher sind das Zusammenfassen und das Signalisieren sowohl für den Arzt als auch für den Patienten nützlich.<br><br>Die Strukturierung der Konsultation ermöglicht es dem Arzt, Fragen und Pläne nicht nur mit dem Patienten, sondern auch mit den Pflegepersonen abzustimmen. Ein Gedächtnistest kann ein nützliches Instrument bei der Arbeit mit älteren Patienten sein. Die Absicht, einen solchen Test durchzuführen, muss sorgfältig begründet sein, um beim Patienten keine Verwirrung oder Verärgerung hervorzurufen. |

| Kompetenzen aus den „Calgary-Cambridge-Leitfäden“ | Die Anwendung dieser Fähigkeiten ist tiefgreifender, zielgerichteter und intensiver |
|---|---|
| **Erläuterung und Planung** | |
| Dosieren und überprüfen | → Dosieren Sie Ihre Aussagen und überprüfen Sie, ob der Patient Sie versteht und ob Sie ihn/sie verstehen, indem Sie eine verständliche Sprache ohne Fachjargon verwenden. Hier ist die Position des Patienten sehr wichtig. Der Einfluss der Krankheit auf das Leben des Patienten bestimmt oft dessen Erwartungen oder die Bereitschaft zur Behandlung und verdient größte Aufmerksamkeit. |
| Verwenden Sie Diagramme | → Die Verwendung von Diagrammen und schriftlichen Anweisungen, insbesondere in Bezug auf Medikamente, hilft Patienten mit Gedächtnisverlust und den Menschen, die sie betreuen. |

Ärzte sollten in allen Fällen, in denen ein Angehöriger oder Freund des Patienten anwesend ist, die Fähigkeiten der dreiseitigen Beratung anwenden, insbesondere bei Patienten im fortgeschrittenen Alter, die geistig und körperlich geschwächt sind. Sowohl dem Patienten als auch seiner Begleitperson sollte mit Empathie zugehört werden. Ihre Sichtweisen auf den Zustand des Patienten können stark voneinander abweichen. Beide sollten befragt werden, beide sollten Informationen erhalten und die Möglichkeit haben, Fragen zu stellen; der Behandlungsplan sollte mit beiden abgestimmt werden. Doch auch wenn die Begleitperson nützliche Hinweise geben kann, ändert dies nichts an der Tatsache, dass der Patient das Hauptanliegen des Arztes bleibt.

## Kommunikation mit Kindern und ihren Eltern

Im Umgang mit Kindern ist es wichtig, sich bewusst zu machen, dass das Kind zwar der Patient ist, die Eltern jedoch ebenfalls eine zentrale Rolle spielen. Es handelt sich um dreiseitige Konsultationen, bei denen der Arzt sowohl mit den Eltern als auch mit den Kindern kommunizieren muss, was besondere Anstrengungen erfordert, da allen Beteiligten zwangsläufig individuelle Aufmerksamkeit zuteilwerden muss. Es ist wichtig, die pädiatrische Konsultation mit einer Ansprache des Kindes zu beginnen und nicht die gesamte Aufmerksamkeit auf die Eltern zu richten. Fragen Sie das Kind, ob es selbst erzählen möchte oder ob es möchte, dass die Eltern dies tun. Kinder haben oft eigene Wünsche. Diese zu berücksichtigen, erhöht die Mitarbeit des Kindes bei der Behandlung.

Viele pädiatrische Probleme sind zwar harmlos, können bei den Eltern jedoch starke Ängste auslösen. Alle Eltern leiden sehr unter schweren Erkrankungen ihres Kindes.

Es ist nicht verwunderlich, dass die Zufriedenheit der Eltern in allen Fällen stark davon abhängt, ob ihre Bedenken während der Beratung rechtzeitig berücksichtigt werden.

Eltern neigen dazu, ihre Kinder während der Konsultation zu unterbrechen. Sie können mit ihren Kindern unterschiedlicher Meinung über das Problem sein oder befürchten, dass sie, wenn sie ihre Kinder sprechen lassen, damit nur unnötig die Zeit des Arztes verschwenden, oder sie streben nach Genauigkeit, wenn sie dem Arzt ihre Sicht der Dinge darlegen. Bei Meinungsverschiedenheiten ist es sehr hilfreich, die Signale beider Seiten – sowohl der Eltern als auch des jugendlichen Patienten – wahrzunehmen, insbesondere wenn das Problem psychologischer oder verhaltensbezogener Natur ist und Sie es mit einem Jugendlichen zu tun haben. Möglicherweise müssen Sie sich Zeit nehmen, um separat mit dem Jugendlichen und mit seinen Eltern zu sprechen. Der Jugendliche darf nicht in den Hintergrund gedrängt werden. Die Anerkennung des Wertes von Kindern unterschiedlichen Alters und der Respekt vor ihren Ansichten tragen mit größerer Wahrscheinlichkeit zum erfolgreichen Aufbau einer Beziehung zwischen Ihnen und Ihren jungen Patienten bei.

Kinder unterschiedlichen Alters bringen jeweils eigene Herausforderungen in die kinderärztliche Sprechstunde mit. Die Sprechstunde mit Säuglingen ist in gewisser Weise am einfachsten, da man sich ausschließlich mit den Eltern unterhält. Die Einbeziehung ganz kleiner Kinder erfordert besondere Fähigkeiten, da sie von Natur aus Angst vor neuen Situationen und fremden Menschen haben. Ältere Kinder bis zur Pubertät sind oft sehr verschlossen und schüchtern, Jugendliche umso mehr. Es ist sehr wichtig, ihnen nicht von oben herab zu begegnen, sondern im Gegenteil Bedingungen zu schaffen, unter denen sie sich voll und ganz an der Informationssammlung und Planung beteiligen können.

Tab. 12

**KKM für die Arbeit mit Kindern und ihren Eltern**

| **Kompetenzen aus den „Calgary-Cambridge-Leitfäden“** | | **Die Anwendung dieser Fähigkeiten ist tiefgreifender, zielgerichteter und intensiver** |
|---|---|---|
| **Start** | | |
| Bereiten Sie sich vor | → | Schaffen Sie eine für das Kind und seine Eltern geeignete Umgebung, einschließlich altersgerechter Spielzeuge und Bücher. Achten Sie darauf, wie Sie alle platzieren. |
| Nehmen Sie Kontakt auf | → | Begrüßen Sie alle Erwachsenen und Kinder und klären Sie mit Hilfe des Kindes, wer mit wem verwandt ist, sofern das Alter dies zulässt. Wecken Sie das Interesse des Kindes durch ein Spiel, ein ungezwungenes Gespräch oder den Kontakt zu den Eltern. Schätzen Sie von Anfang an ein, wie wohl sich das Kind bei Ihnen fühlt, und wählen Sie einen passenden Ansatz. Achten Sie darauf, dass sich das Kind und die Erwachsenen wohlfühlen. |
| Ermitteln Sie den Grund für den Besuch | → | Vereinbaren Sie nach Möglichkeit mit dem Kind, wer erzählen wird und wie die anderen ergänzen sollen. Wer beginnt: das Kind oder die Eltern? |

| Fähigkeiten aus den „Calgary-Cambridge-Leitfäden“ | Die Anwendung dieser Fähigkeiten ist tiefgreifender, zielgerichteter und intensiver |
|---|---|
| **Informationsbeschaffung** | |
| Zuhören, zum Sprechen anregen, offene und geschlossene Fragen zur Situation stellen | Wenn die Kinder noch klein sind, sammeln Sie Informationen im Rahmen von Spielen. Bitten Sie das Kind und die Erwachsenen beharrlich, die Probleme mit eigenen Worten zu schildern. Stellen Sie offene und geschlossene Fragen, wobei Sie das Alter des Kindes berücksichtigen sollten. Geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten eignen sich gut für kleine Kinder. Bei älteren Kindern sollte die Antwort in Form einer Erzählung erfolgen. |
| Verstehen Sie die Standpunkte des Kindes und der Eltern | Klären und bestätigen Sie das Verständnis der Ideen (die Vorstellungen über die Ursachen der Erkrankung können bei Eltern und Kindern unterschiedlich sein). Ermitteln Sie bei Bedarf die Standpunkte sowohl der Eltern als auch der Kinder. |
| Ermitteln Sie die wesentlichen Informationen | Ermutigen Sie das Kind, seine Gefühle auszudrücken. Eltern können manchmal die Gefühle eines kleinen Kindes erklären, aber geben Sie ihm die Möglichkeit, diese selbst zu erklären.<br>Wichtige Informationen:<br>Verlauf der Schwangerschaft und Geburt<br>Impfungen und Anamnese der<br>Kinderkrankheiten Wachstums- und<br>Entwicklungsgeschichte<br>medikamentöse und allergologische Anamnese familiäre und<br>soziale Anamnese |
| **Strukturierung** | |
| Ziehen Sie Zwischenbilanzen und geben Sie Signale | Wende diese Technik häufig an, insbesondere wenn du deine Aufmerksamkeit vom Kind auf die Eltern und wieder zurück richtest: „David, deine Mama hat mir gerade erzählt, dass du Bauchschmerzen hast und sie glaubt, dass es…<br>Und jetzt würde ich gerne von dir hören… Sag mal, wo genau tut es weh? Kannst du es mir zeigen?“ |
| **Medizinische Untersuchung** | |
| Schaffen Sie geeignete Bedingungen für die Untersuchung | Allgemeine Untersuchung von Kleinkindern:<br>Wähle eine Position für das Kind: auf dem Schoß der Eltern, auf einer Liege, während des Spielens<br>Beginnen Sie mit den am wenigsten invasiven Methoden<br>Unterstützen Sie die Untersuchung durch Spiel<br>Nutzen Sie günstige Momente<br>Allgemeine Untersuchung älterer Kinder:<br>Seien Sie darauf vorbereitet, dass sie schüchtern sein und Privatsphäre verlangen könnten<br>Fragen Sie das Kind, wen es zur Untersuchung hinzuziehen möchte |

| Kompetenzen aus den „Calgary-Cambridge-Leitfäden“ | Die Anwendung dieser Fähigkeiten erfolgt fundierter, zielgerichteter und intensiver |
|---|---|
| **Beziehungsaufbau** | |
| Bauen Sie weiterhin Beziehungen auf → | Bauen Sie weiterhin Beziehungen zu Kindern und Eltern auf, unter Berücksichtigung der Umstände. Kinder lieben und schätzen Fröhlichkeit und freundschaftliche Scherze in Verbindung mit Freundlichkeit. |
| Teilen Sie Ihre Gedanken → | Tauschen Sie Ihre Gedanken mit den Eltern aus. Das ist nicht immer einfach, aber gleichzeitig fördern Sie damit die gute Laune des Kindes.<br>Ältere Kinder fühlen sich oft durch übermäßigen Blickkontakt verunsichert. Wenn Sie Ihre Aufmerksamkeit etwas weniger auf den Jugendlichen richten und ihn/sie beispielsweise bitten, Ihnen bei der Erstellung eines Stammbaums zu helfen, fällt es ihm/ihr leichter, sich freier zu äußern. |
| **Erklärungen und Planung** | |
| Geben Sie die erforderlichen Informationen in angemessenem Umfang weiter → | Geben Sie die erforderlichen Informationen so und in einem solchen Umfang, dass sowohl das Kind als auch die Eltern sie verstehen.<br>Es kann sinnvoll sein, wenn die Eltern einem kleinen Kind die Erklärungen in Ihrem Namen geben. |
| Berücksichtigen Sie die Sichtweise des Patienten → | Berücksichtigen Sie bei der Informationsvermittlung sowohl die Sichtweise der Eltern als auch die des Kindes. |
| Beziehen Sie den Patienten in die Entscheidungsfindung mit ein | Beziehen Sie nach Möglichkeit sowohl die Eltern als auch das Kind in die Entscheidungsfindung mit ein. |
| **Beendigung des Termins** | |
| Sichern Sie sich ab | Sicherheiten sind sehr wichtig, um die Zufriedenheit der Eltern und um ein genaues Verständnis zu gewährleisten.<br>Damit ist gemeint, einen Notfallplan zu erstellen und dem Patienten zu erklären, was er/sie tun soll, falls etwas nicht nach Plan verläuft, was bestimmte Veränderungen seines/ihres Zustands bedeuten können, sowie Informationen darüber, wie man Sie erreichen kann. All dies sorgt für eine zuverlässige Absicherung, die der wichtigste Schritt zum Abschluss der Konsultation ist. |

**Denken Sie daran:** Solange das Kind noch nicht 14 Jahre alt ist, entscheiden seine gesetzlichen Vertreter über medizinische Hilfe, und ab 14 Jahren reicht die Zustimmung des minderjährigen Patienten selbst aus.

## Patienten mit psychischen Störungen

Bei der Beratung von Patienten mit psychischen Störungen sind grundlegende Fähigkeiten zur Informationsbeschaffung und insbesondere zur genauen Anamneseerhebung sowie zum Aufbau einer Beziehung wichtig. Patienten mit psychischen Störungen benötigen oft Ruhe, um zu verarbeiten, was mit ihnen geschieht. Andererseits kann Schweigen als Druck empfunden werden, insbesondere wenn der Patient somatisch erkrankt ist.

Depression ist eine häufig auftretende psychische Störung. In der medizinischen Praxis kann sie leicht übersehen werden. Die Genauigkeit der Diagnose hängt hier von den Fähigkeiten des Arztes ab. Besondere Aufmerksamkeit muss den Gesprächsführungstechniken gewidmet werden: nicht nur, um dem Patienten das Erzählen zu erleichtern und seine/ihre Position zu ermitteln, sondern auch, um den wichtigsten Aspekt dieser Konsultation zu klären – wie tief die Depression des Patienten ist und ob er/sie suizidgefährdet ist.

Tab. 13

**KKM für die Arbeit mit Menschen mit depressiven Zuständen**

| **Fähigkeiten aus den „Calgary-Cambridge-Leitfäden“** | **Die Anwendung dieser Fähigkeiten ist tiefgreifender, zielgerichteter und intensiver** |
|---|---|
| **Anfang** | |
| Stellen Sie Kontakt her → | Es ist von grundlegender Bedeutung, wie man einen Patienten mit offensichtlichen Anzeichen . Für den ersten Kontakt ist es sehr wichtig, sich dem Tempo und der Stimmung des Patienten anzupassen, verbale<br>und nonverbale Signale wahrzunehmen und darauf zu reagieren,<br>den Gesichtsausdruck, den Tonfall und das Sprechtempo des Patienten zu beobachten und diese zu spiegeln. |
| **Informationsbeschaffung** | |
| Hören Sie zu, helfen Sie dem Patienten, sich auszudrücken. Beurteilen Sie den emotionalen Zustand des Patienten<br><br>Stellen Sie je nach Situation offene und geschlossene Fragen | Hören Sie den ersten Worten des Patienten zu, ohne ihn zu unterbrechen, und zeigen Sie Empathie. Achten Sie weiterhin auf verbale und nonverbale Signale und reagieren Sie darauf.<br><br>Führen Sie den Patienten zu einer offenen Frage über seine Gefühle: Dies führt oft zu einer schnellen Klärung des Kerns des Problems.<br>Die Möglichkeit für den Patienten, seine Gefühle offen auszudrücken, kann zu einer Katharsis führen, wobei es jedoch darauf ankommt, den richtigen Zeitpunkt für den Übergang zu direkten Fragen zu wählen. Direkte Fragen sollen dem Patienten die Möglichkeit geben, mehr zu erzählen und das Gefühl zu haben, die Situation selbst steuern zu können. Direkte Fragen – warum der Patient bei sich eine Depression vermutet, was seine/ihre Hauptängste und Sorgen sind, was sein/ihr Leben und seine/ihre Arbeit beeinflusst, was er/sie vom Arzt erwartet und worauf er/sie hofft – sind äußerst wichtig. |

| Fähigkeiten aus den „Calgary-Cambridge-Leitlinien“ | Die Anwendung dieser Fähigkeiten ist tiefgreifender, zielgerichteter und intensiver |
|---|---|
| **Informationsbeschaffung** | |
| Klärung | → Wiederholen, umformulieren, Pausen – all das hilft dabei, einen Patienten „aufzuschließen“, der sich wertlos, schuldig oder verzweifelt fühlt. |
| Finden Sie heraus, wie der Patient dazu steht | → Direkte Fragen – warum der Patient bei sich eine Depression vermutet, was seine/ihre größten Ängste und Sorgen sind, wie sich dies auf sein/ihr Leben und seine/ihre Arbeit auswirkt, was er/sie vom Arzt erwartet und worauf er/sie hofft – tragen dazu bei, die Schilderung des Patienten zu verdeutlichen und die Risikoeinschätzung zu erleichtern. |
| **Beziehungsaufbau** | |
| Zeigen Sie Empathie | Es ist wichtig, gut Empathie zeigen zu können. Patienten merken schnell am Tonfall Ihrer Stimme, wenn dieser nicht zu Ihren Worten passt: „Woher wollen Sie wissen, was ich fühle?“ |
| Zeigen Sie Akzeptanz | → Die Reaktion auf die Tränen eines Patienten sollte unterstützende Körpersprache (einschließlich Berührungen), Schweigen, Empathie und das Gespür dafür verbinden, wann es an der Zeit ist, weiterzumachen. |
| Bieten Sie Unterstützung | → Nehmen Sie die Worte und Gefühle des Patienten ohne moralische Bewertung an. Vermeiden Sie voreilige Aufmunterungen: „Ich bin sicher, es wird Ihnen bald besser gehen.“<br>Finden Sie heraus, welche Unterstützungsmöglichkeiten der Patient bereits hat, und bieten Sie Ihre Unterstützung sowie, wenn möglich, eine kontinuierliche Betreuung an. |

Hier sind einige Beispiele für konkrete Formulierungen, um depressive Zustände und/oder Suizidrisiko zu erkennen:

– Ich versuche zu verstehen, wie stark Sie niedergeschlagen sind. Haben Sie die Kraft, mir davon zu erzählen?

– Sie wirken heute niedergeschlagen. Möchten Sie mir erzählen, wie Sie sich fühlen?

– Sie haben gesagt, dass Sie in dieser Situation Hoffnungslosigkeit und Schuldgefühle empfinden. Glauben Sie, wir können Ihnen irgendwie helfen?

– Sie fragen, ob Sie vielleicht an einer Depression leiden. Darf ich Ihnen ein paar konkrete Fragen zu Ihrer Stimmung, Ihrer Konzentrationsfähigkeit, Ihrem Appetit und Ihrem Schlafverhalten stellen? Das wird uns helfen, Klarheit zu gewinnen.

– Haben Sie manchmal das Gefühl, dass es doch noch ein Licht am Ende des Tunnels gibt?

– Sie haben erwähnt, dass Sie Schlafprobleme haben. Was geht Ihnen durch den Kopf, wenn Sie sich im Bett hin und her wälzen?

– Manche Menschen haben bei einer Depression das Gefühl, dass sie so nicht mehr weitermachen können. Haben Sie solche Gedanken? Möchten Sie all dem ein Ende setzen? Haben Sie irgendwelche Pläne geschmiedet?

– Gestern Abend haben Sie eine kritisch hohe Dosis Paracetamol eingenommen. Was denken Sie darüber? Sind Sie froh oder traurig, dass es nicht gewirkt hat?

Der Umgang mit Patienten, die unter Wahnvorstellungen und Halluzinationen leiden, stellt eine besondere Herausforderung dar. Ein solcher Patient ist in gewisser Weise von der Realität abgekoppelt. Es kann sich um eine akute Erkrankung handeln, bei der der Patient unsinnige Sätze von sich gibt, sich misstrauisch, manchmal sogar „aggressiv" verhält und sich seines Zustands kaum bewusst ist. Er/sie ist nicht nur unfähig, normal zu funktionieren, sondern hat oft auch seine/ihre Kommunikationsfähigkeiten verloren. Ein solcher Patient ist in der Regel verängstigt und misstrauisch. Es ist tatsächlich oft schlichtweg unmöglich, eine Beziehung zu ihnen aufzubauen; jeder Versuch, sich ihnen anzunähern, kann falsch interpretiert werden und als Bedrohung empfunden werden. Andererseits schätzen psychisch kranke Menschen es sehr, wenn man sie versteht.

Der Beginn einer Beratung mit einer psychisch kranken Person ist von besonderer Bedeutung: Wenn innerhalb von ein oder zwei Minuten kein gegenseitiges Vertrauen und kein Kontakt hergestellt werden, führt dies bald zu Konflikten und Schwierigkeiten. Aufgeregte und manchmal auch verärgerte Angehörige und Freunde des Patienten können den Beratungsprozess noch weiter erschweren.

Es kann sehr schwierig sein, einen Patienten zur Zusammenarbeit zu bewegen, wenn er oder sie sich seiner oder ihrer Krankheit nicht bewusst ist oder wenn er oder sie unter dem Druck der Familie oder aufgrund gesetzlicher Zwänge zum Arzt kommt. Es ist schwierig, ja sogar unmöglich, mit einem psychisch kranken Patienten eine Einigung über die Behandlung zu erzielen, insbesondere wenn es beispielsweise um eine Zwangseinweisung geht. Eine Herausforderung für den Arzt besteht darin, diese Hindernisse zu überwinden und gleichzeitig Informationen (meistens durch verschiedene Andeutungen) über das Vorliegen und das Ausmaß der psychischen Störung zu sammeln. Das einfühlsame Sammeln von Informationen, insbesondere wenn der Arzt selbst beunruhigt ist, erfordert professionelle Kommunikationsfähigkeiten. Der Einfluss von Angst, Furcht und Unbehagen sowohl auf den Arzt als auch auf den Patienten sollte nicht unterschätzt werden.

Das erste Gespräch mit einem Patienten und seinen Angehörigen, wenn die Wahrscheinlichkeit einer schweren psychischen Störung besteht, gleicht der Situation, in der man eine schlechte Nachricht erhält, und wird dem Patienten höchstwahrscheinlich ein Leben lang in Erinnerung bleiben. Es ist von grundlegender Bedeutung, dass ein solches Gespräch effektiv verläuft, dass Ängste ausgesprochen werden und dass es nicht zu einer Stigmatisierung der Person kommt (negative Assoziationen mit etwas Schändlichem, Unangesehenem, Abstoßendem, was zu einer zusätzlichen Belastung für die betroffene Person führt, und manche Stigmata sogar zu sozialer Ausgrenzung und Diskriminierung). All dies trägt dazu bei, den Boden für künftige Beratungen und Untersuchungen zu bereiten.

Tab. 14

**KCM in der Arbeit mit Menschen mit psychiatrischen Störungen**

| Fähigkeiten aus den „Calgary-Cambridge-Leitfäden“ | Die Anwendung dieser Fähigkeiten erfolgt tiefergehend, zielgerichteter und intensiver |
|---|---|
| **Einleitung** | |
| Bereiten Sie sich vor | → Es ist äußerst wichtig, vor Beginn der Konsultation Informationen aus den Unterlagen und von denjenigen, die den Patienten bereits kennen. Sie müssen nicht nur so viel wie möglich über die Anamnese des Patienten erfahren, sondern auch das Risiko für sich selbst und die Umgebung einschätzen. Der Patient kann gefährlich sein. |
| Machen Sie sich vertraut | → Stellen Sie sich als Psychiater oder Arzt eines anderen Fachgebiets vor und erklären Sie, warum Sie hier sind. Das kann schwierig sein: Der Patient wollte vielleicht gar nicht zu Ihnen in die Sprechstunde kommen. Einerseits ist eine klare Erklärung darüber, wer dieser Arzt ist und warum er gebeten wurde, diesen Patienten zu übernehmen, notwendig. Andererseits kann, wenn bei dem Patienten eine psychische Störung vermutet wird, eine vollständige Erklärung Ihrer Rolle als Psychiater Misstrauen hervorrufen und den Kontakt von Anfang an beeinträchtigen. Schätzen Sie das Risiko „aggressiven“ Verhaltens und bereiten Sie sich entsprechend vor. |

| Fähigkeiten aus den „Calgary-Cambridge-Leitlinien“ | Die Anwendung dieser Fähigkeiten ist tiefgreifender, zielgerichteter und intensiver |
|---|---|
| **Informationsbeschaffung** | |
| Zuhören, beim Sprechen helfen, den emotionalen Zustand des Patienten einschätzen → | Hören Sie sich den Bericht des Patienten über seine Probleme an, ohne direkt nach Denkstörungen zu fragen. Das Erkennen nonverbaler Signale des Patienten und vorsichtige, gezielte Fragen zu seinem Befinden können Ihnen nicht nur Informationen über seine Beschwerden (z. B. wie sehr ihn seine Nachbarn belästigen), sondern auch darüber, wie misstrauisch und paranoid er ist. Dies kann Ihnen auch dabei helfen, das Ausmaß seiner Wahnvorstellungen und Halluzinationen einzuschätzen. Der Aufbau eines Kontakts wird dadurch erleichtert, dass Sie sich zunächst mit den äußeren Problemen des Patienten (den Auswirkungen auf sein Leben) befassen und nicht mit den inneren. Das Klären der Sorgen und Ängste des Patienten (stimmen Sie zunächst seiner Weltanschauung und seinen Problemen zu, ohne sich zu früh auf die vermutete Pathologie einzulassen) hilft dabei, Kontakt herzustellen. Der Patient sieht sich möglicherweise nicht als krank an, und der Arzt sollte seine Erfahrungen widerspiegeln und ein gemeinsames Verständnis für die Position des Patienten darüber anstreben, wie diese Erfahrungen das Leben des Patienten beeinflussen. |
| Finden Sie heraus, wie der Patient dazu steht → | Finden Sie die Überzeugungen des Patienten heraus. Diese anzuerkennen, ohne ihm „an der Leine“ zu führen, ist eine schwierige Kunst. |
| Wechseln Sie zwischen offenen und geschlossenen Fragen → | Die Flexibilität bei der Anwendung der „Fragen-Pyramide“ von offenen zu geschlossenen Fragen ist von grundlegender Bedeutung. Zu frühes Ausfragen oder sehr gezielte Fragen zu psychischen Störungen können die Angst des Patienten verstärken; dann muss die „Fragen-Pyramide“ umgekehrt werden. |
| Klären Sie → | Wenn der Patient Ihnen nicht folgt und sich nicht öffnet, können Sie andere Ansätze versuchen, zum Beispiel eine fundierte Vermutung, die darauf abzielt, die Situation zu klären. Wenn Sie das Vertrauen des Patienten gewonnen haben und er bereit ist zu sprechen, folgen Sie ihm, stellen Sie neue klärende Fragen, die für den Patienten zugänglich und verständlich sind. |
| Achten Sie auf Signale → | Manchmal ist es notwendig, verbale und nonverbale Signale wahrzunehmen. Reagieren Sie nicht offen darauf. Das Spiegeln solcher Signale kann das Misstrauen des Patienten verstärken. |
| **Beziehungsaufbau** | |
| Zeigen Sie angemessenes nonverbales Verhalten | Bleiben Sie ruhig, überstürzen Sie nichts. Flexibilität beim Blickkontakt ist wichtig – zu viel davon kann den Patienten aufregen und die Paranoia verstärken. Setzen Sie sich und bleiben Sie ruhig sitzen. Seien Sie vorsichtig mit Berührungen, diese können falsch interpretiert werden. |
| Zeigen Sie Akzeptanz → | Versuchen Sie, Ihre Überraschung zu verbergen, und zeigen Sie Akzeptanz ohne moralische Wertung. |

| Fähigkeiten aus den „Calgary-Cambridge-Leitfäden“ | Die Anwendung dieser Fähigkeiten ist tiefer, zielgerichteter und intensiver |
|---|---|
| **Beziehungsaufbau** | |
| Zeigen Sie Empathie | → Hüten Sie sich davor, unechtes Mitgefühl zu zeigen – den meisten Ärzten fällt es schwer, sich in die Lage eines psychisch kranken Patienten zu versetzen, und die Patienten wissen das. |
| Bieten Sie Unterstützung an | → Bieten Sie realistische Hilfe an, ohne sich vom Patienten „an der Nase herumführen“ zu lassen. |
| **Strukturierung der Konsultation** | |
| Ziehen Sie Zwischenbilanzen. Formulieren Sie Ihre Absichten | Indem der Arzt dem Patienten die Zwischenbilanz sorgfältig vermittelt und festlegt, was als Nächstes zu klären ist, hilft er ihm/ihr, sich zu beruhigen. Die Strukturierung der Konsultation mithilfe von Signalen und einer klaren Abfolge hilft dem Patienten, bei dem/der eine Erkrankung vermutet wird. Das Formulieren der Absichten ist wichtig, da der Patient möglicherweise unkonzentriert ist oder falsch versteht, warum ihm gezielte Fragen gestellt werden. |
| **Erläuterungen und Planung** | |
| Gemeinsame Entscheidungsfindung | Es ist nicht leicht, einem Patienten die Wahrheit über die unangenehmen Nebenwirkungen eines Antipsychotikums, wenn er oder sie das Medikament überhaupt nicht einnehmen möchte. Dennoch ist der Aufbau von Kontakt und Verständnis mit einem Patienten, bei dem der Verdacht auf eine Psychose besteht, von grundlegender Bedeutung. Eine umfassende Diskussion, in der der Arzt seine Gründe darlegt, warum der Patient das Medikament einnehmen sollte, kann davon abhängen, inwieweit sich der Patient seines Zustands bewusst ist. Das Ziel des Kontakts und des Gesprächs besteht darin, dass der Patient dem Arzt vertraut und sich bereit erklärt, die Medikamente einzunehmen. Es kann jedoch schwierig sein, eine gemeinsame Sprache und Verständnis zu finden, kann schwierig sein. |

## Empathie ohne Zustimmung

Es ist sehr wichtig, dem Patienten nicht zu widersprechen. Zeigen Sie Verständnis für die Situation des Patienten, erkennen Sie die Berechtigung seiner Gefühle an, ohne dabei unbedingt seiner Interpretation der Realität zustimmen zu müssen.

Arzt: „Ich verstehe natürlich, wie sehr Sie sich sorgen müssen, wenn Sie glauben, dass man Sie vergiften will.“

Auf die Reaktion „Glauben Sie mir nicht?“ kann man wie folgt antworten: „Sie fragen, ob ich glaube, dass man Ihnen Gift verabreicht? Ich kann mit Sicherheit sagen, dass ich Ihnen kein Gift gebe. Ich kann nicht mit Sicherheit sagen, ob andere Ihnen Gift verabreichen. Aber ich bin bereit, Ihnen zuzuhören und Ihnen auf jede erdenkliche Weise zu helfen.“

**Wie man die Unterstützung des Patienten und die Wahrung seiner Interessen mit Zweifeln an seiner Position in Einklang bringt**

Arzt: „Ich verstehe, dass Sie sich im Moment nicht krank fühlen, aber ich mache mir Sorgen um Sie. Ich denke, Sie sollten sich behandeln lassen, und ich bin bereit, Ihnen dabei zu helfen.“

## Umgang mit Menschen mit Behinderung

Während die ganze Welt und auch die Ukraine entschlossen auf dem Weg zu einer inklusiven Gesellschaft sind, hört man in Alltagsgesprächen manchmal noch das Wort „Behinderter“, „Dozepschnik“ und „Taubstummer“. Die Sowjetzeit zeichnete sich dadurch aus, dass Menschen mit Behinderung zu einer stigmatisierten Bevölkerungsgruppe gehörten. Es gab zahlreiche Stereotypen über sie. Menschen mit Behinderung waren in der Gesellschaft nicht willkommen. Im Gegenteil, manchmal wurden sie übermäßig bemitleidet oder heroisiert, und gleichzeitig verließen sie ihre Häuser nicht. Vor allem deshalb, weil die Gesellschaft sie nicht sehen wollte.

Objektiv gesehen sind wir es nicht gewohnt, Menschen mit Behinderung in unserem Umfeld zu sehen, und deshalb können wir im Umgang mit ihnen verunsichert sein, weil wir nicht wissen, wie wir uns verhalten sollen. Hier ein kleiner Tipp: Behandeln Sie Menschen mit Behinderung genauso wie Menschen ohne Behinderung. Natürlich muss man die Besonderheiten der Fortbewegung oder des Verhaltens berücksichtigen, aber das ist keineswegs das Wichtigste in Ihrer Kommunikation. Wie bezeichnet man Menschen mit Behinderung korrekt? Menschen mit Behinderung. Dies ist in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen festgelegt und auch auf gesetzlicher Ebene in der Ukraine verankert.

Wenn Sie beim Sprechen über eine Person mit Behinderung präzisieren müssen, welche Behinderung sie hat, sagen Sie „Person, die“. Zum Beispiel: Person, die an Zerebralparese leidet, Person, die nicht hört, oder Person, die einen Rollstuhl benutzt. Darin liegt die Idee der menschenorientierten Sprache[1] , die darauf basiert, dass eine Behinderung nicht das Hauptmerkmal einer Person ist.

[1] People First Language, Office of Disability Rights odr.dc.gov/page/people-first-lan-guage

Der beste Weg, über eine Person mit Behinderung zu sprechen, ist, sie beim Namen zu nennen. Denn weder eine angeborene noch eine erworbene Behinderung definiert den Menschen als Person. Stellen Sie die Behinderung nicht in den Vordergrund. Der Mensch steht an erster Stelle. Wenn Sie mit einer Person mit Behinderung sprechen, sprechen Sie mit dem Menschen. Wenn es Ihnen schwerfällt, die funktionellen Einschränkungen nicht zu beachten, überlegen Sie, was genau für Sie ungewohnt ist.

Menschen mit einer schweren Behinderung (Lähmung, Entwicklungsstörungen usw.), die nicht sprechen können, haben ebenfalls ein Mitspracherecht. Entscheiden Sie nichts für den Menschen, ohne ihn vorher um seine Zustimmung zu bitten. Fragen Sie, ob Hilfe benötigt wird, bevor Sie helfen.

Fassen Sie eine blinde Person nicht ohne vorherige laut ausgesprochene Warnung an der Hand an und führen Sie sie nicht irgendwohin, wenn die Person nicht selbst um Hilfe bittet. Zum Beispiel kann der Zaun, an dem sie sich festhält, für sie der einzige Orientierungspunkt im Raum sein. Führen Sie einen Rollstuhl nicht, wenn die Person, die ihn benutzt, nicht um Hilfe bei der Fortbewegung gebeten hat.

Es mag Ihnen so vorkommen, als könne eine Person mit Behinderung eine bestimmte Aufgabe nicht bewältigen, aber denken Sie daran, dass sie so immer lebt (nicht nur, wenn Sie sie sehen) und daher über die zum Überleben notwendigen Fähigkeiten verfügt. Wenn jedoch eine klare Bitte um Hilfe geäußert wird, helfen Sie.

Achten Sie auf die Umgebung, in der Sie sich befinden. Barrierefreies Design sorgt für einen sicheren und komfortablen Raum für alle, die sich darin aufhalten. Eine Person im Rollstuhl fühlt sich beispielsweise sicherer, wenn Sie auf einer ebenen Straße gehen. Sie können einer blinden Person helfen, das gewünschte Ziel zu erreichen, wenn Sie sehen, dass der Raum nicht an ihre Bedürfnisse angepasst ist. Überlegen Sie sich, welche Formulierungen Sie verwenden möchten, bevor Sie sprechen. Menschen, die einen Rollstuhl benutzen, gehen im Park spazieren und fahren nicht, verwechseln Sie also die Verben nicht, wenn Sie zu einem Spaziergang einladen. Im Umgang mit blinden Menschen ist es korrekt, den Ausdruck „Wir sehen uns“ zu verwenden.

Wenn Sie sich mit einer Person unterhalten, die nicht hört und sich in Gebärdensprache verständigt, und Ihnen ein Gebärdensprachdolmetscher bei der Übersetzung hilft, halten Sie direkten Blickkontakt mit Ihrem Gesprächspartner. Das gilt auch für Menschen mit Entwicklungsstörungen: Sprechen Sie Ihren Gesprächspartner an, nicht die Person, die ihn begleitet. Sprechen Sie nicht mit „Kinderstimme“, als würden Sie mit einem kleinen Kind sprechen – das ist beleidigend.

Verletzen Sie nicht den persönlichen Raum. Eine Regel, die für die meisten selbstverständlich ist, wird aus irgendeinem Grund bei der Kommunikation mit Menschen mit Behinderung oft missachtet. Berühren Sie keinen weißen Stock, kein Cochlea-Implantat und keinen Rollstuhl, denn dies ist Teil des persönlichen Raums. Wenn es notwendig ist, fragen Sie besser um Erlaubnis. Auch jeglicher Körperkontakt kann für Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) unangenehm sein.

Man sollte Menschen mit Behinderung weder bemitleiden noch zu Helden stilisieren. Die Heroisierung von Menschen mit Behinderung macht keinen Sinn, denn jeder Mensch hat sein eigenes Maß an psychischer Belastbarkeit und seine eigene Grenze an Lebensprüfungen, die er ertragen kann. Als inklusiv kann man eine Gesellschaft bezeichnen, in der alle ihre Mitglieder gleichermaßen in die Interaktion eingebunden sind.

## Kommunikation mit der LGBTQ(IA+)-Community

**LGBTQ(IA+)** – dieses Akronym wird ständig aktualisiert und vereint verschiedene Begriffe, die sich auf Geschlecht und sexuelle Identität beziehen, die über heterosexuelle oder cisgeschlechtliche Normen hinausgehen. Das Wort setzt sich aus den Anfangsbuchstaben der Begriffe Lesbian (Lesben), Gay (Schwule), Bisexual (Bisexuelle), Transgender (Transgender), Queer (Queer), Intersex (Intersexuelle), Asexual (Asexuelle) und anderen zusammen.

**Nützliche Tipps für die Beratung:**

Gehen Sie nicht von Heterosexualität aus.

Fragen Sie einen 40-jährigen Mann nicht nach seiner Frau und ein 16-jähriges Mädchen nicht nach Jungs.

Verwenden Sie das Wort „Partner“. „Haben Sie einen Partner?“ Dann können Sie eine Zusatzfrage stellen, zum Beispiel: „Ist Ihr Partner ein Mann oder eine Frau?“

Oder Sie können sagen: „Danke, dass Sie mir das erzählt haben. Darf ich fragen, ob Sie einen Freund oder eine Freundin haben?“

**Verwenden Sie im Gespräch möglichst präzise Formulierungen:**

Anstatt zu fragen: „Hattet ihr beim Sex Schutz?“, sag lieber: „Habt ihr beim Sex ein Kondom benutzt?“

Sagen Sie nicht: „Hatten Sie also normalen Sex?“ – das ist eine schlechte Frage. Sie müssen die Besonderheiten kennen. Sagen Sie etwas wie: „Wenn Sie also von Sex sprechen, meinen Sie damit Vaginalsex, Analsex, Oralsex oder eine Kombination davon?“

Manchmal, je nach Verständnisniveau des jeweiligen Patienten, müssen Sie möglicherweise noch einfachere Sprache verwenden als die Begriffe
„Anal-“ oder „Oralsex“. Letztendlich müssen Sie genau wissen, was vorgefallen ist, um das medizinische Risiko für STIs, eine Schwangerschaft usw. einzuschätzen.

Zeigen Sie kein unangemessenes Interesse an der Identität der Patienten, indem Sie Fragen stellen oder Dinge kommentieren, die nichts mit dem Problem zu tun haben, wegen dem der Patient um Hilfe gebeten hat.

Wenn Sie mit einer bestimmten sexuellen Kultur nicht vertraut sind, scheuen Sie sich nicht, dies anzusprechen.

Es ist ganz normal, wenn Sie mit der LGBTQ(IA+)-Kultur nicht vollständig vertraut sind. Was jedoch nicht in Ordnung ist, ist, diese Menschen zu verurteilen. Zeigen Sie, dass Sie helfen möchten:
„Könnten Sie mir helfen, besser zu verstehen, wie ich Ihnen helfen kann?“

Unter **Geschlechtsdysphorie** versteht man psychisches Leiden, das mit der Erfahrung der eigenen Geschlechtsidentität des Patienten zusammenhängt, die nicht dem Phänotyp oder der geschlechtsspezifischen sozialen Rolle entspricht, die in der Regel mit diesem Phänotyp verbunden ist. Das Vorliegen von psychischem Stress kann dazu führen, dass eine Person medizinische Hilfe in Anspruch nehmen muss.

Patienten fällt es oft schwer, ihre Gefühle der Geschlechtsdysphorie einem Hausarzt anzuvertrauen, da diese Ärzte häufig Familienangehörige der Patienten kennen oder weil sie Angst, Spott, Schuldgefühle oder Scham empfinden oder aufgrund anderer aktueller sozialer Faktoren, die sie daran hindern, Hilfe und Behandlung in Anspruch zu nehmen. Diese Faktoren und die zu erwartenden Verzögerungen bei der Behandlung im Gesundheitssystem haben dazu geführt, dass immer mehr Menschen zur Selbstmedikation greifen (insbesondere mit Hormonpräparaten).

Personen, die sich in einer Geschlechtsangleichung befinden, oder solche, die bereits ein Leben gemäß der gewünschten Geschlechterrolle führen, die ihrer Geschlechtsidentität entspricht, sollten entsprechend der Anrede und dem Geschlechtsbezug (Herr, Frau) behandelt werden, die sie als richtig erachten. Wenn das medizinische oder administrative Personal Zweifel hat, sollte es die betreffenden Personen fragen, wie sie angesprochen werden möchten. Bei der Verwendung des Wortes
„Transsexuell“ sollte dieses als Adjektiv verwendet werden, zum Beispiel: eine transsexuelle Person.

Wir empfehlen Ihnen, sich die Videos „Museum der Akzeptanz 2, Charkiw. Folge 5“, „Haben Ärzte Kontakt zu LGBT-Personen?“, „LGBT im Krankenhaus“ und „Behandlung von LGBT+-Patienten“ anzusehen (die Links zu den Videos finden Sie am Ende des Abschnitts).

# TEIL 2. PRAKTISCHE AUFGABEN

**Fallbeispiele für die Arbeit in Kleingruppen:**

## Fallbeispiel 1

Viktoria wandte sich an einen Gynäkologen mit Beschwerden über Schmerzen im Unterbauch. Die Ärztin schlug ihr eine Untersuchung vor, um die Ursache der Schmerzen herauszufinden.

Als Viktoria sich auszog und sich auf die Untersuchung vorbereitete, stellte die Ärztin die üblichen Fragen zur Abklärung. Unter anderem fragte sie: „Haben Sie ein Sexualleben mit einem Mann?“

Victoria antwortete, dass sie ausschließlich sexuelle Kontakte zu Frauen habe. Die Ärztin erklärte, dass sie sich in diesem Fall weigere, sie zu untersuchen und ihr zu helfen.

## Fall 2

Eine 60-jährige Frau suchte das Krankenhaus auf wegen anhaltender Schmerzen im Bein; der Arzt erklärte während der Untersuchung:

„Was wollen Sie denn, das ist das Alter“, doch bestand die Patientin auf einer Röntgenuntersuchung, die einen Knochenbruch.

## Fall 3

Ein Mann, der kürzlich aus der Haft entlassen worden war, wandte sich an seine Hausärztin. Bei der Untersuchung des Patienten fiel der Ärztin die große Anzahl an Tätowierungen auf, und sie fragte nach deren Bedeutung.

Nach einer ausführlichen Antwort des Patienten bat die Ärztin ihn, eine neue Vereinbarung mit einem anderen Facharzt abzuschließen, da ihre moralischen Grundsätze es ihr nicht erlaubten, „einen solchen" Menschen zu behandeln.

## Fall 4

In dem Krankenhaus, in dem sich Mustafa zur Behandlung befindet, sind die Öffnungszeiten der Küche von 8:00 bis 17:00 Uhr.

Mustafa ist Muslim und hält den Ramadan ein, d. h. er isst nur vor Sonnenaufgang und nach Sonnenuntergang.

Außerdem hat der behandelnde Arzt Medikamente (verschrieben), (die) nach dem (Frühstück, Mittag- und Abendessen) (eingenommen) werden) (müssen: (Medikamente) Auf die Frage des Patienten nach den Änderungen der (Einnahme) der antwortete die Ärztin: „Ich behandle alle so. Das ist die va schema».

**Aufgabe:**

Liegt in diesem Fall eine Diskriminierung vor? Nach welchem Merkmal? Wie sollte man tolerant vorgehen?

Gibt es in diesem Fall Besonderheiten bei der Beratung? Wenn ja, welche?

**Antworten zu den Fallbeispielen**

## Fall 1

- Ja, es liegt eine Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung vor;
- eine Beratung nach dem Calgary-Cambridge-Modell durchführen;
- Informationen zur Kommunikation während der Beratung mit der LGBTQ(IA+)-Gemeinschaft finden Sie im Lesebuch (S. 319).

## Fall 2

- Ja, es liegt eine Diskriminierung aufgrund des Alters vor;
- eine Beratung gemäß dem Modell, Dabei ist zu beachten, dass nicht alle Gesundheitsprobleme mit dem Älterwerden zusammenhängen
- über die Kommunikation während der Konsultation mit Patienten im fortgeschrittenen Alter sind im Lesebuch (S. 305) aufgeführt.

## Fall 3

- Ja, vorhandene Diskriminierung aufgrund einer Vorstrafe;
- durchführen Beratung mit gemäß von Calgary dem Cambridge-Modell;
- Keine.

## Fall 4

- Ja, vorhanden Diskriminierung aufgrund religiöser ;
- berücksichtigen Glaubensvorstellungen und Werte des (BALANCE-Protokoll);
- in dieser Situation sollte in Betracht zu ziehen die Verschreibung langwirksamer Medikamente in Betracht zu ziehen, die einmal täglich eingenommen werden könnten; die Frage der Ernährungsgestaltung gehört zur Verwaltung der Entscheidung des Managements dieses Krankenhauses.

**Fragen für das Reflexions-Tagebuch:**

Was habe ich in dieser Sitzung Neues über mich selbst und meine Ansichten gelernt? Wie kann ich dies in meinem weiteren Leben und in der medizinischen Praxis nutzen?

Präsentation zum Thema unter folgendem Link:

bit.ly/3dl42ze

Die vollständige Version der Unterrichtseinheit unter dem Link:

bit.ly/3lvsn3N

# STATT NACHWORT

# STATT EINES NACHWORTES

## DIE GESCHICHTE VON ALLAS MUTTER UND DIE BEDEUTUNG DER WORTWAHL

Mama war sehr empfindlich: Wenn eines der Kinder Fieber bekam, stieg auch bei ihr die Temperatur. Und Mama reagierte sehr stark auf Worte: Sie konnte krank werden, wenn jemand böse Worte zu ihr sagte. Sie war schüchtern und ängstlich.

Im Juli 2001 wurde meine Mutter am Darm operiert – man entfernte einen Tumor. Er war nicht bösartig.

Der Sommer war damals trocken und heiß. In den Krankenhausfluren wehte ein heißer Wind.

Als Mama nach der Narkose wieder zu sich kam, gingen Andriy und ich in den Intensivraum. Auch dort war es heiß. Durch die geöffneten Fenster wehte ein schwacher, trockener Wind herein. Auf sechs Betten – hoch wie Tische – lagen nackte Männer und Frauen in verschiedenen Posen regungslos da, mit bandagierten Köpfen, Händen und Füßen; durch die Bandagen drang Blut.

Auch Mama war nackt, nur ihr Bauch war mit einem großen, blutbefleckten Tuch bedeckt, unter dem ein Schlauch hervorschaute. Darin blubberte langsam eine trübe Flüssigkeit und tropfte in ein Glas unter dem Bett. Links von meiner Mutter, einen halben Meter entfernt, lag ein korpulenter Mann von etwa fünfzig Jahren mit einer Binde auf der Stirn, Arme und Beine ausgestreckt. Auf der anderen Seite stöhnte heiser ein junger Mann mit blutüberströmtem Gesicht.

Nniemandkonnte(sich)(vorstellen)für meine schüchterne Mutter
BergSchuhxdasQuecksilber,MesseraufdenTisch nackt unter den Männern

Ich dachte, niemand hätte sich für meine schüchterne Mutter eine schlimmere Qual ausdenken können, als sie nackt zwischen Männern liegen zu lassen. Ich suchte mit den Augen nach etwas, womit ich ihre Blöße bedecken könnte, fand aber nichts.

– Warum bedecken Sie sie nicht wenigstens ein bisschen? – fragte sie den Arzt.

– Sie haben Wunden. Aber machen Sie sich keine Sorgen, es ist ihnen egal. Das ist kein Ort, an dem sich Menschen schämen.

Mama drehte den Kopf zu meiner Stimme, öffnete die Augen und sah uns mit trübem Blick an. Sie sagte vorwurfsvoll: „Warum habt ihr mich so spät hierher gebracht? … Aber was macht das jetzt noch für einen Unterschied …“ – und wandte sich ab. So viel Vorwurf und Resignation lag in ihrer Stimme, dass mein Herz vor Schreck zu pochen begann: Hatte sie etwa aufgegeben? Warum?!

Ich erinnerte mich: Als wir sie mit Bauchschmerzen ins Krankenhaus brachten, sagte der Chirurg in ihrer Gegenwart: „Warum haben Sie sie so spät hergebracht?“ Derselbe Chirurg, der von ihrem Tumor wusste, aber zuvor keine Operation vorgeschlagen hatte. Der Chirurg hatte nicht daran gedacht, dass eine kranke Person sich vor seinen Worten fürchten und die Hoffnung auf Rettung aufgeben könnte.

Mama bat:

– Bring mir Windeln. Die Pflegerin schämte mich und sagte: „Sie sind eine erwachsene Frau und haben sich in die Bettwäsche gemacht. Räumen Sie hier hinter sich auf.“

Der Arzt schickte uns schnell hinaus und sagte im Flur, dass jetzt alles davon abhänge, ob ihr Darm wieder zu arbeiten beginne und sie ihn entleeren könne.

– Wir haben ihr eine starke Dosis Abführmittel gegeben, um den Darm in Gang zu bringen. Sie ist noch recht bei Kräften, sie wird sich davon erholen“, sagte er.

Als wir am nächsten Tag kamen, lag meine Mutter bereits im Koma. Ihr Darm funktionierte nicht mehr, sie hatte sich kein einziges Mal mehr entleert. Am 26. Juli ist sie von uns gegangen. Sie war 75 Jahre alt und hatte wirklich eine gute Konstitution – alle Frauen in ihrer Familie, die ich kannte, wurden 95 bis 98 Jahre alt.

Ich bin überzeugt, dass die Worte des Chirurgen „Warum so spät?“ vor der Operation und die Vorwürfe der Krankenschwester danach entscheidend für diesen Verlauf waren. Die Worte des Chirurgen („zu spät!“) nahmen ihr die Hoffnung, und wegen der Vorwürfe der Krankenschwester blockierte meine Mutter aufgrund ihrer Scham einfach ihren Darm, um, Gott bewahre, nicht „ins Bett zu machen“.

Wir hoffen, dass dieses Handbuch Ihnen, Ihren Zuhörern und Patienten helfen wird, einander besser zu verstehen. Dass die Zweifel daran, ob es vielleicht die Worte waren, die meine Mutter getötet haben, weder die Töchter oder Söhne Ihrer Patienten noch die Patienten Ihrer Schüler quälen werden,

denn sie quälen Alla schon seit 20 Jahren. Das hier zusammengetragene Wissen und die Ideen sollen euch eine Stütze sein und euch helfen, weniger Stress zu haben, mehr Freude an eurem Beruf zu finden und bessere Ergebnisse zu erzielen.

Wir wünschen uns alle, dass das Gesundheitswesen menschlicher wird und dass alle Beteiligten – Ärzte, Krankenschwestern, Führungskräfte und Patienten – einander mit mehr Empathie begegnen. Denn Empathie und Menschlichkeit sind solide Brücken zum Vertrauen. Und wo Vertrauen herrscht, gibt es nichts zu befürchten.

Wenn Vertrauen da ist, gibt es nichts zu befürchten

**Alla Tyutyunyk**







# CHECKLISTE FÜR MEDIZINISCHES PERSONAL UND PATIENTEN

# CHECKLISTEN FÜR MEDIZINISCHES PERSONAL UND PATIENTEN

**Einfache Maßnahmen, die beim Aufbau einer Beziehung helfen**

Nach allem, was wir gelernt und gesagt haben, haben wir beschlossen, eine Liste mit den wichtigsten Punkten zusammenzustellen, was für die Beziehung zwischen Arzt und Patient gut ist und was nicht. Wir haben eine Checkliste für medizinisches Personal erstellt und festgestellt, dass auch Patienten besser verstehen müssen, was sie tun und was sie in der Beziehung zu medizinischem Personal vermeiden sollten. Eine Beziehung ist immer eine zweiseitige Angelegenheit.

Wir haben diese Listen miteinander verglichen und festgestellt, dass es viele gemeinsame Punkte gibt, die von beiden Seiten beachtet werden sollten. Und zwar:

**Grundlegende Höflichkeit – gegenseitig.** Angesichts des extrem hohen Maßes an Aggression in der Gesellschaft kann sie rettend wirken und ein Mindestmaß an Sicherheit für die Entwicklung weiterer Beziehungen schaffen.

**Auch die Kommunikation ist gegenseitig.** Denn viele Fehler oder Konflikte lassen sich durch gute Kommunikation auf beiden Seiten vermeiden. Gut formulierte Fragen, die Vorbereitung auf das Treffen und das Zusammenfassen können eine hervorragende Orientierungshilfe für schwierige Gespräche sein.

**Auch grundlegende ethische Grundsätze müssen von beiden Seiten eingehalten werden**. Grundlegende ethische Standards – Respekt vor dem Menschen, seinen Grenzen und seinen Emotionen – sind einer der ersten Bausteine des Vertrauens. Ohne sie sind konstruktive Beziehungen unmöglich. Das Ignorieren von Verhaltensregeln in Bezug auf Grenzen führt direkt zu tiefen Verletzungen und Feindseligkeiten, die in erster Linie durch die Missachtung dieser Standards verursacht werden.

**Sicherheit und Hygiene** – die Verantwortung dafür liegt weitgehend bei beiden Seiten, und es ist wichtig, dass sie als ein Team zusammenarbeiten, um jede Seite vor Fehlern zu schützen. Denn der Preis für Fehler ist hier zu hoch – manchmal können sie Leben kosten.

**Auch die Entscheidungsfindung erfolgt gemeinsam.** Denn davon hängt nicht nur das klinische Ergebnis ab, sondern auch die Lebensqualität. Um die Verantwortung für den Behandlungsprozess korrekt zwischen medizinischem Personal und Patienten aufzuteilen und sicherzustellen, dass diese Entscheidung genau für diesen konkreten Patienten die richtige ist, muss man lernen, einen Dialog aufzubauen, und das ist eine gemeinsame Aufgabe. Und manche Menschen müssen auch lernen, Entscheidungen zu treffen.

**Krisenkommunikation** ist der größte Schmerz sowohl für medizinisches Personal als auch für Patienten. Konflikt- und Krisensituationen kosten am meisten Kraft und Emotionen. Sie zerstören das Vertrauen und vergrößern die Kluft zwischen beiden Seiten, und um Beziehungen aufrechtzuerhalten, die auf Behandlung und Genesung ausgerichtet sind, ist es von entscheidender Bedeutung, Krisenkommunikation zu erlernen.

**Respekt vor dem Körper** – angesichts des sehr engen Kontakts zwischen Arzt und Patient und der Notwendigkeit, dass sich manchmal kaum bekannte Menschen berühren, müssen wir auf beiden Seiten mehr Achtsamkeit und Respekt, Bewusstsein und Einfühlungsvermögen für die körperlichen Aspekte in der Interaktion zwischen medizinischem Personal und Patienten an den Tag legen.

Während unserer Konsultationen mit medizinischem Personal und Patienten haben Vertreter beider Gruppen eingewandt: „Sie verlangen zu viel von uns. Wenn sie (d. h. die Gegenseite – Ärzte gegenüber Patienten und Patienten gegenüber Ärzten) anfangen, sich besser zu verhalten, werden auch wir auf sie zugehen."

Doch egal, auf welcher Seite wir stehen, wir können Verantwortung für unser eigenes Verhalten übernehmen, haben aber keinen Einfluss auf das Verhalten anderer. Deshalb ist unser Autorenteam fest davon überzeugt, dass jeder bei sich selbst anfangen muss. Wenn medizinisches Personal und Patienten Punkt für Punkt aus diesen Listen in ihre Gewohnheiten integrieren, wird jede Begegnung zwischen ihnen befriedigender oder sogar erfüllender werden. Und Schritt für Schritt werden diese einfachen Empfehlungen dazu beitragen, viele Missverständnisse zu vermeiden und Stein für Stein gemeinsames Vertrauen im Gesundheitswesen aufzubauen.

Diese Listen oder Checklisten können Sie auf verschiedene Weise nutzen. Sie können von Fachkräften verschiedener Fachrichtungen für unterschiedliche Praxissituationen herangezogen werden; sie können diskutiert oder an die Bedürfnisse Ihrer Abteilungen oder Einrichtungen angepasst werden; anhand dieser Listen können Sie lernen und andere unterrichten – um Punkt für Punkt die Kultur der Zusammenarbeit in medizinischen Einrichtungen zu verändern.

# GRUNDLEGENDE CHECKLISTE ZUR WÜRDE FÜR MEDIZINISCHES PERSONAL

**Einfache Dinge, die helfen, viele Probleme mit Patienten zu vermeiden und gegenseitiges Vertrauen aufzubauen**

Relevante Kontexte: Erwachsene, Kinder, Ambulanz, stationäre Behandlung, Intensivstation. Kann in allen Kontexten relevant sein.

## Grundlegende Höflichkeit

Schauen Sie der Person in die Augen, wenn möglich.

Suchen Sie sich einen Platz, an dem sich Ihre Augen auf gleicher Höhe mit denen des Patienten befinden.

Begrüßen Sie die Person und stellen Sie sich vor.

Lächeln Sie, wenn es angebracht ist – ein Lächeln ist nie überflüssig. Geben Sie bei der Begrüßung

die Tageszeit an: „Guten Tag/Guten Morgen/Guten Abend/Gute Nacht“. Sprechen Sie den

Patienten mit seinem Namen an (verzichten Sie auf „Onkel“, „Mama“, „Frau“, „Kind“ und andere vertrauliche oder herablassende Anreden).

Wenden Sie sich in erster Linie direkt an den Patienten und gegebenenfalls an die Begleitperson. Klopfen Sie jedes Mal an die Tür, bevor Sie das Zimmer betreten, und fragen Sie, ob Sie eintreten dürfen. Schalten Sie Ihr Mobiltelefon auf lautlos.

Wenn Sie einen Anruf erhalten, nehmen Sie diesen nicht entgegen, solange Sie sich im Zimmer des Patienten oder in dessen Gegenwart befinden.

## Grundlegende Ethik

Zeigen Sie dem Patienten Ihren Respekt und Ihr Interesse an dem Problem, mit dem er oder sie zu Ihnen gekommen ist.

Besprechen Sie keine Details der Diagnose oder Behandlung in öffentlichen Räumen und in Anwesenheit von Außenstehenden.

Behalten Sie alles, was der Patient sagt (sowohl unter dem Einfluss von Medikamenten als auch ohne), für sich und den Patienten.

Anstatt andere Ärzte zu kritisieren, erläutern Sie dem Patienten Ihre Empfehlungen im Detail und begründen Sie Änderungen im Behandlungsverlauf.

Respektieren Sie die Entscheidung des Patienten, wenn er oder sie sich für eine zweite oder dritte Meinung entschieden hat. Vor allem aber: Nehmen Sie keine Abwehrhaltung ein und schicken Sie die Person nicht zu diesem Arzt zur Behandlung.

Sprechen Sie in Anwesenheit eines Patienten nicht über andere Patienten oder Ärzte, auch wenn dieser bewusstlos ist.

Sprechen Sie in Anwesenheit des Patienten nicht mit anderen Personen in der dritten Person über ihn/sie, auch wenn er/sie bewusstlos ist. Mischen Sie sich ohne ausreichende fachliche Gründe nicht in die privaten Angelegenheiten des Patienten ein.

**Kommunikation**

Bauen Sie eine Beziehung zu dem Menschen auf. Ein Patient jeden Alters und in jedem Zustand ist kein Körper oder eine Ansammlung von Diagnosen, sondern ein echter, lebendiger Mensch.

Strukturieren Sie das Beratungsgespräch.

Fragen Sie den Patienten nach seinen Erwartungen an die Behandlung/Rehabilitation. Stellen

Sie mehr offene Fragen.

Seien Sie bereit, dem Patienten zu erklären, wozu ihm etwas verschrieben wurde, welche Wirkung zu erwarten ist und wann ungefähr.

Vermeiden Sie zweideutige Witze und medizinischen Fachjargon.

Fassen Sie das Gehörte regelmäßig zusammen und stellen Sie dem Patienten bei Bedarf ergänzende Fragen.

**Entscheidungsfindung**

Geben Sie dem Patienten genügend Informationen, damit er/sie eine Entscheidung treffen kann.

Respektieren Sie die Entscheidung des Patienten, wenn er/sie Ihre Vorschläge/Verordnungen ganz oder teilweise ablehnt.

Informieren Sie den Patienten bei der Verschreibung von Medikamenten über mögliche Ersatzpräparate/alternative Medikamente/Wirkstoffe (sofern und soweit relevant), für den Fall, dass die empfohlenen Präparate nicht verfügbar sind.

Stimmen Sie sich mit dem Vertreter des Patienten ab, wenn der Patient nicht in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen.

**Körper**

Informieren Sie den Patienten stets darüber, was Sie mit ihm/ihr vorhaben und warum.

Fragen Sie den Patienten jedes Mal um seine Zustimmung zu Eingriffen/Berührungen am Körper.

Verwenden Sie bei intimen Behandlungen mit dem Patienten einen Sichtschutz und bedecken Sie seinen Körper.

Lassen Sie Patienten nicht nackt liegen, stehen, sitzen oder sich bewegen. Untersuchen

Sie Patienten nicht in Anwesenheit von Personen des anderen Geschlechts.

Unterstützen Sie die Selbstständigkeit des Patienten bei der Körperpflege in dem Maße, wie er oder sie diese aufrechterhalten kann. Vor allem beim Toilettengang: zu Fuß, im Stehen, im Sitzen, in ein Nachtgeschirr – solange dies möglich ist.

Bieten Sie einem Patienten, der seine Ausscheidungsfunktionen kontrollieren kann, keine Windel an.

**Sicherheit und Hygiene**

Wenn Handschuhe erforderlich sind, ziehen Sie ein frisches Paar an und ziehen Sie es in Anwesenheit des Patienten aus.

Öffnen Sie Spritzen, Ampullen und andere Verbrauchsmaterialien in Anwesenheit des Patienten.

Beziehen Sie Liegen, Stühle usw. vor der Behandlung in Anwesenheit des Patienten mit frischen Laken/Windeln.

Fragen Sie vor schwerwiegenden Eingriffen den Namen oder das Geburtsdatum der Person nach, um Fehler zu vermeiden.

**Maßnahmen zur Krisenbewältigung**

Schonen Sie sich selbst, Ihre Nerven und die Nerven Ihrer Patienten. In der Regel reagieren Patienten darauf mit Gegenseitigkeit.

Bemühen Sie sich nach Kräften, ruhig zu bleiben, seien Sie nicht unhöflich und lassen Sie sich nicht irritieren, erheben Sie nicht die Stimme.

Weisen Sie auf mögliche negative Folgen oder Nebenwirkungen von Eingriffen und Medikamenten hin und informieren Sie darüber, wie vorgegangen wird, falls etwas schiefgeht.

Versuchen Sie, Zwang während der Behandlungen so weit wie möglich zu vermeiden. Handelt es sich um ein Kind oder einen Patienten in einem labilen psychischen Zustand, holen Sie sich die Unterstützung seiner Angehörigen.

Kritisieren oder schimpfen Sie nicht mit dem Patienten. Erklären Sie ihm stattdessen, wie, was und warum er etwas tun muss.

Wenn der Patient Angst hat oder in Panik gerät, geben Sie ihm Zeit, sich zu beruhigen.

Bieten Sie dem Patienten an, sich die Informationen zu notieren. Geben Sie die Informationen dosiert weiter und überprüfen Sie, ob der Patient sie versteht (insbesondere, wenn er/sie aufgeregt ist oder sich in einem emotionalen Ausnahmezustand befindet).

# GRUNDLEGENDE CHECKLISTE FÜR DEN UMGANG MIT DEM PATIENTEN

**Einfache Dinge, die eine bessere Interaktion mit dem Arzt/der Krankenschwester ermöglichen und viele Probleme verhindern**

## Vorbereitung auf den Besuch oder das Gespräch

Erstellen Sie eine Liste Ihrer Beschwerden, Symptome oder anderer Fragen.

Notieren Sie wichtige Details: sowohl solche, die Ihre Beschwerden/Beschwerden betreffen, als auch solche, die die Einnahme von Medikamenten betreffen.

Strukturieren Sie Ihre Notizen:

- Was sind Ihre Hauptbeschwerden,
- welche Ereignisse dazu geführt haben,
- wann es angefangen hat,
- wenn Sie Schmerzen haben, beschreiben Sie diese (z. B. stechend oder drückend, scharf usw.) sowie deren Stärke auf einer Skala von 1 bis 10,
- welche Medikamente Sie einnehmen,
- das Datum Ihrer letzten Periode (falls zutreffend).

Halten Sie Ihre Labor- oder Untersuchungsergebnisse sowie Ihre medizinischen Unterlagen bereit und bringen Sie diese mit.

Rufen Sie Ihre Krankengeschichte in Erinnerung, um Fragen schnell beantworten zu können oder sie dem Arzt bei Bedarf kurz zu schildern.

Informieren Sie sich im Voraus über den Vertragsstatus der Einrichtung bei der Nationalen Gesundheitsbehörde (sofern und soweit dies relevant ist).

Nehmen Sie ein Notizbuch mit (oder schalten Sie ein Diktiergerät ein, nachdem Sie den Arzt darüber informiert und erklärt haben, dass Sie dies tun, um das Gespräch später noch einmal anhören zu können) und notieren Sie sich die wichtigsten Informationen aus dem Gespräch mit dem Arzt.

**Grundlegende Höflichkeit**

Stürmen Sie nicht in die Praxis, auch wenn Sie „nur etwas fragen“ oder „nur ein Attest abholen“ wollen.

Halten Sie sich an die Reihenfolge.

Begrüßen Sie die Anwesenden und nennen Sie Ihren Namen; sprechen Sie den Arzt/die Krankenschwester mit dem Vornamen an (mit dem Vornamen und dem Nachnamen).

Beginnen Sie mit einem freundlichen und zuvorkommenden Ton.

Fragen Sie zu Beginn den Arzt/die Ärztin, ob er/sie gerade Zeit für ein Gespräch hat. Klären Sie, wie viel Zeit für das Gespräch zur Verfügung steht.

Benutzen Sie während des Besuchs kein Handy. Halten Sie,

wenn möglich, Augenkontakt.

Verschwenden Sie die Zeit des Arztes nicht mit Gesprächen, die nichts mit dem Thema zu tun haben.

Fragen Sie nach den für den Arzt/die Ärztin günstigen Zeiten und Kommunikationskanälen, um Fragen zu klären, falls diese nach dem Besuch aufkommen sollten.

Geben Sie die Handynummer des Arztes nicht ohne dessen Zustimmung an andere Personen weiter.

**Grundlegende Ethik**

Rufen Sie den Arzt/die Krankenschwester nicht an und verlangen Sie von ihnen keine vorrangige Behandlung oder besondere Aufmerksamkeit, nur weil Sie jemandes Bruder/Schwester/Pate/Patin, Schwager/Schwägerin, Schwiegermutter, Abgeordneter/Abgeordnete oder Kunde einer Unternehmensversicherung sind (die Liste ließe sich fortsetzen), – denn im Rahmen der beruflichen Beziehung gibt es für den Arzt keine VIP-Personen. Es gibt Patienten, die er/sie ausschließlich nach ihrem Gesundheitszustand priorisieren muss.

Informieren Sie den Arzt über Ihre Absicht, eine Zweitmeinung einzuholen oder sich an andere Fachärzte zu wenden bzw. von diesen behandeln zu lassen.

Fragen Sie Ärzte nicht: „Würden Sie Ihre Mutter/Ihren Vater/Ihr Kind/Ihren Ehemann so behandeln?“ Teilen Sie stattdessen Ihre Bedenken mit oder stellen Sie Fragen, die Sie beschäftigen.

Wenn Sie das Gefühl haben, dass Sie dem Arzt nicht vertrauen können, sollten Sie sich nach einem anderen Arzt umsehen.

Behandeln Sie die Privatsphäre anderer Patienten mit Respekt.

Fotografieren oder filmen Sie keine anderen Patienten.

**Kommunikation**

Beginnen Sie mit Ihrer Fragenliste und legen Sie gemeinsam mit dem Arzt fest, in welcher Reihenfolge Sie diese durchgehen können.

Informieren Sie den Arzt über mögliche kulturelle oder religiöse Besonderheiten, die Ihr Problem, Ihre Symptome oder Ihre Diagnose beeinflussen könnten.

Beantworten Sie die Fragen des Arztes ehrlich.

Teilen Sie dem Arzt Ihre Ängste, Erwartungen und Zweifel mit.

Konzentrieren Sie sich auf das Gespräch. Bringen Sie die Informationen zur Sprache, die sich auf das Anliegen beziehen, wegen dem Sie zum Arzt gekommen sind. Vermeiden Sie allgemeine Fragen, legen Sie fest, was Sie wissen möchten, und formulieren Sie Ihre Fragen konkret.

Verlangsamen Sie das Gespräch oder unterbrechen Sie den Arzt höflich, wenn Ihnen etwas unklar ist oder Sie mit etwas nicht einverstanden sind. Stellen Sie Fragen, wenn Ihnen etwas unklar ist. Vergewissern Sie sich durch Rückfragen, dass Sie das Gehörte richtig verstanden haben.

Wenn Sie das Bedürfnis haben, mit dem Arzt unter vier Augen zu sprechen, teilen Sie ihm dies mit.

Fassen Sie während des Gesprächs und am Ende zusammen. Vergewissern Sie sich, dass alle Ihre Fragen besprochen und Ihre Bedürfnisse gehört wurden.

Fragen Sie nach den Zielen der Behandlung, dem erwarteten Ergebnis, möglichen Nebenwirkungen und den nächsten Schritten, falls etwas schiefgehen sollte.

Geben Sie ehrliches Feedback – sowohl zum Positiven als auch zum Negativen – in einer freundlichen Form.

### Gemeinsame Entscheidungsfindung

Teilen Sie Ihrem Arzt mit, inwieweit Sie in die Entscheidungsfindung einbezogen werden möchten, wie viele Details Sie erfahren möchten und welche Angehörigen Sie einbeziehen möchten.

Weisen Sie den Arzt auf mögliche kulturelle oder religiöse Besonderheiten hin, die Ihre Behandlungsentscheidung beeinflussen könnten.

### Krisenkommunikation

Schonen Sie sich selbst, Ihre Nerven und die Nerven des medizinischen Personals.

Bemühen Sie sich, ruhig zu bleiben, seien Sie nicht unhöflich und lassen Sie sich nicht irritieren, erheben Sie nicht die Stimme.

Einige Sätze, die in schwierigen Situationen helfen können:

- Ich befürchte, dass wir uns nicht ganz richtig verstanden haben. Deshalb denke ich Folgendes...
- Ich muss mit Ihnen über „A“ sprechen. Können wir das jetzt besprechen?
- Ich verstehe, dass Sie es eilig haben. Ich muss unbedingt über „A“ sprechen. Wann kann ich Sie zurückrufen oder noch einmal vorbeikommen?
- Bitte helfen Sie mir, „B“ zu verstehen.
- Ich möchte sichergehen, dass ich Sie richtig verstanden habe. Sie haben mir gesagt, ich solle „ABCD“ machen. Richtig?
- Es fällt mir schwer, die medizinische Fachsprache zu verstehen. Könnten Sie bitte etwas langsamer sprechen und es mir in einfachen Worten erklären?
- Welchen Begriff soll ich googeln, um mehr Informationen über die Krankheit/Behandlung/Medikamente zu finden? Was empfehlen Sie mir zu lesen?

Bitten Sie den Arzt höflich, Ihnen die Verschreibung und Informationen zur Diagnose schriftlich, mit Unterschrift und Stempel, auszuhändigen.

Bleiben Sie in strittigen Situationen ruhig und wenden Sie sich an den Abteilungsleiter oder den Chefarzt. Am besten mit einem schriftlichen Antrag, in dem Sie Ihre Fragen/Beschwerden darlegen und den Sie in der Verwaltung registrieren lassen.

## Sicherheit und Hygiene

Duschen Sie vor dem Arztbesuch und ziehen Sie saubere, bequeme Kleidung sowie frische Unterwäsche an, falls Sie sich ausziehen müssen. Putzen Sie sich die Zähne.

Nehmen Sie vorsichtshalber ein Handtuch, Servietten, Wasser und saubere Socken mit.

Sie können das medizinische Personal bitten, Einwegartikel und Ampullen in Ihrer Anwesenheit auszupacken.

Waschen Sie sich während und nach dem Besuch in der medizinischen Einrichtung so oft wie möglich gründlich die Hände.

Achten Sie auf Nebenwirkungen von Medikamenten/Behandlungen und melden Sie diese Ihrem Arzt.

# WORT DER UNTERSTÜTZUNG VON MEINUNGSFÜHRERN

„Die Qualität der medizinischen Versorgung beginnt nicht mit Fachwissen oder dem Beherrschen modernster Technologien, nicht mit einem ‚Pflichtgefühl', nicht mit den ‚Standards unserer Klinik' und schon gar nicht mit einem Anruf der Geschäftsleitung wegen einer ‚sehr wichtigen' Person. Wahre Qualität in der medizinischen Versorgung beginnt mit Empathie. Wenn Arzt und Krankenschwester nicht einen „Patienten" und nicht einmal einen „Kunden" sehen, sondern einen Menschen. Einen Menschen mit einer einzigartigen Geschichte, mit all den Feinheiten seiner Erfahrungen und Emotionen, mit menschlicher Würde und unbedingter Wertigkeit. Und sie verhalten sich so, wie sie selbst an der Stelle dieses Menschen behandelt werden möchten. Mit Respekt, Verständnis und Unterstützung."

Kateryna Bulavinova
Medizinische Expertin des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF) in der Ukraine

„In der Ukraine fehlt es an einer öffentlichen Debatte über das Vertrauen in das Gesundheitssystem und die Ärzte. Das geringe Vertrauen in die Medizin hat seinen Ursprung gerade in der aggressiven, bisweilen toxischen Rhetorik des medizinischen Personals gegenüber den Patienten und deren Angehörigen. Das Misstrauen wird zudem durch negative Behandlungsergebnisse verstärkt, über die in den Medien berichtet wird oder die über Mundpropaganda bekannt werden. Einer der Gründe für die Fragmentierung der Beziehungen zwischen Arzt und Patient ist die mangelnde Ausbildung des medizinischen Personals in Kommunikationsfähigkeiten. Niemand hat uns beigebracht, wie man einem Patienten eine Krebsdiagnose mitteilt oder den Angehörigen den Tod eines Patienten. Wir haben anhand älterer Kollegen gelernt, wie man es macht – oder umgekehrt: wie man es nicht macht. Der Leitfaden „Menschlichkeit und Empathie im Gesundheitswesen" enthält alle aktuellen Daten, um den Mangel an theoretischem Wissen auszugleichen, und sein praktischer Teil ermöglicht es, anhand konkreter Beispiele Methoden der richtigen Kommunikation schnell in den Arbeitsalltag von Ärzten zu integrieren. Dieses Handbuch verringert die Kommunikationslücke zwischen Patient und Arzt, aber zunächst müssen die Ärzte es lesen. Unbedingt."

Andrij Beznosenko
Chefarzt des Nationalen Krebsinstituts, Onkologe

„Während der heutigen Sprechstunde in unserer ländlichen Ambulanz kam mir der Gedanke, dass die Patientin zu viele Beschwerden für einen einzigen Besuch hatte. Ich erinnerte mich an den morgendlichen Satz zum Nachdenken: ‚Behandle andere so, wie du selbst behandelt werden möchtest.' Aber Gott macht mich nicht zu einem besseren Arzt, sondern erhöht täglich die Messlatte der emotionalen Herausforderungen, und um diese zu meistern, muss ich selbst nach praktischen Hilfsmitteln suchen...

„Ein gar nicht so beängstigendes Buch..." lasen meine Frau und ich langsam und veranstalteten jeden Abend einen Reflexionskreis, um Parallelen zu unserem Leben und unserer Arbeit in der Gemeinde zu finden. Gemeinsam fanden und erprobten wir neue Werkzeuge:

Mir scheint, dass Sie angesichts der vielen Beschwerden etwas überfordert sind. Lassen Sie uns versuchen, einen Teil jetzt zu klären und den Rest in einer Woche...

„Obwohl wir die Arbeit mit dieser Person noch nicht abgeschlossen haben, hinterließ das Gespräch das Gefühl der Zuversicht, dass wir auf jeden Fall eine Lösung für unsere Probleme finden werden. Außerdem ist mir klar, dass Empathie nicht nur ein praktisches Instrument für den Umgang mit Menschen in der Sprechstunde ist, sondern Teil unserer täglichen emotionalen Hygiene."

Vadym Vus
Hausarzt,
Ausbilder an der Akademie für Familienmedizin der Ukraine

„Die Offenheit des Krankenhauses ist eine der Traditionen, die wir von Mykola Amosow und dem Institut für Herz- und Gefäßchirurgie unter seiner Leitung übernommen haben. Offenheit hilft uns, bessere klinische Ergebnisse zu erzielen. Offenheit hilft, weniger auszubrennen. Offenheit hilft, Vertrauen aufzubauen, und das Vertrauen zwischen Arzt und Patient ist von unschätzbarem Wert. Es ist wichtig, Offenheit vom ersten Studienjahr an zu lernen und sie von der ersten Konsultation bis zur letzten Entlassung zu praktizieren."

Ilya Yemets
Doktor der medizinischen Wissenschaften, Direktor des Zentrums für Kinderkardiologie und Herzchirurgie,
Professor am Lehrstuhl für Kinderkardiologie und Herzchirurgie der Platon-Schupyk-Nationalen Medizinischen Universität

„Die Themen Kommunikation, Menschlichkeit und Patientenorientierung sind für die medizinische Fachwelt, die Patienten und die Gesellschaft insgesamt von großer Bedeutung. Die Gesundheit des Menschen ist das höchste Gut. Ich betone immer wieder, dass die Gesundheit des Menschen bereits während der Entwicklung im Mutterleib und in den ersten Lebensjahren geprägt wird. Die Aufklärung der Gesellschaft und eine angemessene Kommunikation zwischen Gesundheitsdienstleistern und Patienten, die von gegenseitigem Respekt und Menschlichkeit geprägt ist, können die Welt zu einem besseren, freundlicheren und sichereren Ort machen. Gerade das von einer Autorengruppe entwickelte Lehrbuch wird einen wichtigen Beitrag zu diesen Veränderungen leisten. Für mich persönlich war die Zusammenarbeit in Arbeitsgruppen mit den Mitgliedern des Autorenteams eine wichtige Erfahrung im Bereich der Kommunikation und hat Antworten auf komplexe Fragen geliefert."

**Elizaveta Shunko,**
Doktor der medizinischen Wissenschaften,
Professorin, korrespondierendes Mitglied der Nationalen Akademie der medizinischen Wissenschaften der Ukraine,
Leiterin des Lehrstuhls für Neonatologie der Nationalen Medizinischen Universität nach Platon Shupyk

# EIN GROSSES DANKESCHÖN

**usieben,ktodirektoobop hat sich intensiv dafür eingesetzt, dass dieses Handbuch das Licht der Welt erblickte:**

Valentina Anufrije
Viktor Artemenko
Taras Bezpaly
Daryna Bohdan
Alina Borisova
Iryna Borovyk
Inna Volosevich
Tetiana Havrysch
Natalia Galiash
NGO „Frühe Vögel“
Olga Gwardowska
Oleksii Golovin
Anastasia Goretskaya
Olena Gorska
Sofia Gusak
Alexander Gusak
Daryna Dmytriyevska
Andreas Eret
Olena Ignashchuk
Marina Kakhnova
dem Team von Info Sapiens
den Teams der NGO „Horizontali“
und „Zovsim ne strashnoi knigi...“
Olena Korotun
Oleksandr Kostyuk
Olena Kostyuk
Anna-Veronika Krasnopolska
Larisa
Anastasia Leukhina
Julia Martinenko
Natalja Mityajeva
Irina Movchan
Aliona Okhotnikova
Oksana Petrynych
Viktoria Pidvorchanska
Natalie Povar
Maria Popova
Tetjana Popowa
Olga Poshurueva
Nina Reznichenko
Natalia Rudakova
Tetjana Sendetska
Pawlo Silkovskyi
Iwan Simonowski
Zoryana Skaletska
Juri Smolenski
Tetiana Stepurko
Petro Tochilkin
Julia Tycholaz
An Julia Turpakova
Alla Tyutyunik
Alexei Kharitonov
Maria Khrapachova
Iwan Tschernenko
Elizaveta Schunko
Maria Shilo
Anastasia Shurenkova
Tetjana Schudrowa

Lehrbuch

**Anastasia Gennadievna Leukhina**

# MENSCHLICHKEIT UND EMPATHIE IM GESUNDHEITSWESEN

HANDBUCH FÜR DOZENTEN

Konzeption und Herausgabe **Anastasia Leukhina**

Koordination **, Olena Ignashchuk**

Umschlag, Design, Layout, Bearbeitung der Illustrationen und Satz **Alina Borisova**

Redaktion**: Maria Khrapachova ( )**

Korrekturlesen: **Olga Poshurueva**

Freigegeben zum Druck: --.--.----. Format: .....
Offsetdruck. Papier …. Auflage ….. Exemplare. Nr. ….

Ukrainisch-schweizerisches Projekt „Entwicklung der medizinischen Ausbildung“
01001, Kiew, Luteranska-Straße 6B, WG 43
Tel.: +380 44 384 10 09
E-Mail:events@mededu.org.ua mededu.org.ua

Verlag und Druck: **Meister der Bücher**
Svidotstvo, Registrierungsnummer 03037,
Kiew, Maksym-Kryvonos-Straße 2B
E-Mail: zamov@masterknyg.com.ua

„Offenheit hilft uns
bessere klinische Ergebnisse zu erzielen.
Weniger Burnout. Vertrauen aufbauen,
und das Vertrauen zwischen Arzt und Patient –
von unschätzbarem Wert. Es ist
wichtig,
Offenheit vom ersten Studienjahr an,
und die praktische Umsetzung – ab
von der Beratung bis zur Entlassung.“
dem ersten

Ilja Jemets, Doktor der medizinischen Wissenschaften,
Direktor
des Zentrums für Kinderkardiologie und Herzchirurgie,
Professor am Lehrstuhl für Kinderkardiologie
und Herzchirurgie der Platon-Schupyk-Nationalen
Medizinischen Universität

„Fragen der Kommunikation, der Menschlichkeit und der Orientierung auf den Patienten sind für die medizinische Gemeinschaft, die Patienten und die Gesellschaft insgesamt von großer Bedeutung. Gerade das von einer Autorengruppe entwickelte Lehrbuch wird einen wichtigen Beitrag zu diesen Veränderungen leisten. Für mich persönlich bedeutet die Zusammenarbeit in Arbeitsgruppen mit Mitgliedern des Autorenteams Antworten auf komplexe Fragen zu finden.“

Elizaveta Shunko, Doktor der medizinischen Wissenschaften, Professorin, korrespondierendes Mitglied der Nationalen Akademie der medizinischen Wissenschaften der Ukraine, Leiterin des Lehrstuhls für Neonatologie der Platon-Shupyk-Nationalen Medizinischen Universität

„Empathie ist nicht nur ein praktisches
Instrument der Interaktion mit Menschen
bei der Sprechstunde, sondern unsere tägliche
emotionale
Hygiene.“

Vadym Vus, Hausarzt, Dozent an der Akademie
für Familienmedizin der Ukraine

„Leitfaden ‚Menschlichkeit und Empathie
im Gesundheitswesen“ enthält den
gesamten
aktuellen Daten, um
den Mangel an theoretischen
Informationen auszugleichen
und sein praktischer Teil ermöglicht es,
schnell und anhand konkreter Beispiele
die Methoden der richtigen
Kommunikation in den Arbeitsalltag von Ärzten.
Dieses Handbuch überbrückt die Kluft
in der Kommunikation zwischen Patient
und
Arzt, aber zunächst müssen Ärzte
es lesen. Unbedingt.“

Andrij Beznosenko, Chefarzt des Nationalen
Krebsinstituts, Onkochirurg

„Wahre Qualität in der medizinischen Versorgung beginnt mit Empathie. Wenn Arzt und Krankenschwester nicht nur „einen Patienten“ und nicht einmal einen „Kunden“, sondern einen Menschen. Einen Menschen mit einer einzigartigen Geschichte, mit all den Feinheiten seiner Erfahrungen und Emotionen, mit menschlicher Würde und unbedingter Wertigkeit. Und sie verhalten sich so, wie sie es sich wünschen würden, wenn sie an der Stelle dieses Menschen wären. Mit Respekt, Verständnis und Unterstützung.“

Kateryna Bulavinova, medizinische Expertin des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF) in der Ukraine

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Швейцарська Конфедерація

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Бенефіціар проєкту

Swiss TPH
Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut

РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
УКРАЇНО-ШВЕЙЦАРСЬКИЙ ПРОЄКТ

ГОРИЗОНТАЛІ

Das Projekt wird von der Schweizer Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit finanziert. Die in dieser Publikation dargestellten Ansichten und Ideen stammen von den Autor*innen und spiegeln nicht unbedingt die Ansichten der Schweizer Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit wider.