

01.11.2020 **Safety Clip**

Safety Clip: Nutzung von Mediation oder mediativen Gesprächstechniken im Krankenhausalltag

K. Hinke



Im Krankenhausalltag gibt es etliche Situationen, in denen Grundsätze der Mediation oder mediative Gesprächstechniken unterstützend genutzt werden können. Die folgenden Ausführungen enthalten Beispiele, in denen die Ist-Situation in der Kommunikation einem möglichen konstruktiven Einsatz der vorgenannten Techniken gegenübergestellt wird. Grundlage ist, durch Sensibilität beziehungsweise Empathie gegenüber PatientInnen, Angehörigen (beispielsweise bei

Aufklärungsgesprächen) und Mitarbeitenden (zum Beispiel in der Konfliktbearbeitung), deren Bedürfnisse hervorzubringen, um (langfristig) tragfähige Lösungsoptionen zu finden, die den Forderungen aller beteiligten Personen bestmöglich gerecht werden. Ziel ist, diese Win-Win-Lösung zu erreichen und geeignete Maßnahmen zu ihrer Umsetzung zu vereinbaren.

Um Missverständnissen gleich vorzubeugen, sei hier erwähnt, dass es nicht um Meditation, Esoterik und/oder den Einsatz von Klangschalen geht. Bis vor einigen Jahren wurde das Instrument der Mediation damit noch gleichgesetzt.

Aspekte der Mediation

Mediation ist ein möglicher Weg zur einvernehmlichen Lösung von Konflikten innerhalb einer oder zwischen mehreren Parteien. Die Mediation kann als „Querschnittswissenschaft“ bezeichnet werden, da unter anderem Formen der Kommunikation und Gesprächstechniken in das Thema einbezogen werden.

Für Konflikte gibt es vielfältige Auslöser. Dazu gehören unterschiedliche Positionen, Werte und Sichtweisen. Diese füllen Begriffe wie Gerechtigkeit und Fairness mit unterschiedlichen Inhalten [1]. Auch der Faktor „Zeit“ wird unterschiedlich, mitunter auch verzerrt wahrgenommen, sodass eine zügige Lösung notwendig erscheint, um der Erwartungshaltung der Parteien nachzukommen.

Anfragen zur zügigen Konfliktlösung zeigen limitierende Faktoren auf [2], wie zum Beispiel

- begrenzte Konflikte,

- Finanzmöglichkeiten des Auftraggebers und/oder der Konfliktparteien,
- Erfordernis kurzfristiger Lösungen aufgrund des Konfliktfeldes,
- große Entfernungen zwischen den Konfliktparteien,
- begrenzte Zeit für Mediation.

Das bedeutet für die Konfliktbehandlung:

1. Verzerrungen, die aufgetreten sind, aufzeigen und wenn möglich korrigieren;
2. Psychosoziale Mechanismen erkennen und wenn möglich verändern.

Dadurch wird eine Grundlage für eine dauerhafte Entspannung geschaffen. Andernfalls ist zu erwarten, dass über kurz oder lang erneut Wahrnehmungen konfliktbeladen verzerrt werden [3].

Rolle des Mediators

Die Rolle der Mediatorin/des Mediators wird durch drei wesentliche Punkte charakterisiert. Sie/Er tritt als neutrale, allparteiliche dritte Person auf, die das Gespräch zwischen den Parteien leitet und strukturiert. Er/Sie gibt den Konfliktparteien eine Anleitung, um eine eigene und langfristig tragfähige Lösung zu finden. Besonders wichtig ist, dass die MediatorIn ohne eigene Entscheidungskompetenz auftritt.

Grundsätze des Mediationsverfahrens

Ein Mediationsverfahren sollte klaren Grundsätzen folgen, damit es erfolgversprechend ist. Diese Grundsätze lauten:

- Vertraulichkeit (Mediationsgesetz: Verpflichtung zur Verschwiegenheit)
- Freiwilligkeit (Parteien nehmen aus eigenem Entschluss an den Gesprächen teil)
- Selbstbestimmung (eigenverantwortlich eigene und individuelle Lösungen vereinbaren)
- Informiertheit (ausreichende, umfassende Information aller Konfliktparteien)
- Ergebnisoffenheit (Raum für alternative und kreative Lösungen schaffen)

Ablauf der Kurzzeit-Mediation (KZM) und die Möglichkeit der Nutzung im Krankenhausalltag

Unter der Kurzzeit-Mediation wird in der Regel eine Mediation mit einer Dauer von zwei bis maximal acht Stunden an ein bis zwei Tagen verstanden. Voraussetzung dafür ist ein begrenzter Konflikt, der die Lösung an einem Tag zulässt. Ein Mediator muss daher zwingend über ein gutes Zeitmanagement bei seiner Vorbereitung, Ablaufplanung der KZM und der Nachbearbeitung verfügen. Jedoch darf es sich auch unter Zeitdruck nicht um die „Light-Version“ einer Mediation handeln – beispielsweise müssen Veränderungen jederzeit möglich sein [4]. Die Kurzzeit-Mediation läuft im Grunde genauso ab wie eine klassische Mediation.

Hier ein Auszug aus dem Phasenmodell nach Rabe/Wode [5]:

- Phase 0: Auftrag oder Vorlaufphase
- Phase 1: Wie wollen wir miteinander reden? (Spielregeln, Erwartungen...)
- Phase 2: Was soll erörtert werden? (Themensammlung)
- Phase 3: Was steckt dahinter? (Positionen, Interessen, Bedürfnisse) – dies ist der Kern der Mediation
- Phase 4: Optionen verhandeln und entscheiden (Lösungsoptionen sammeln – Bewertung anhand bearbeiteter Bedürfnisse und Kriterien)
- Phase 5: Verbindliche Vereinbarung (Lösungsoption, die allen Kriterien der Parteien bestmöglich entspricht)

Praxisbeispiel 1

Konflikt zwischen dem Chefarzt der Zentralen Notaufnahme und dem Chefarzt der Anästhesiologie im Hinblick auf die Zuständigkeiten innerhalb der Zentralen Notaufnahme eines Krankenhauses

Der Chefarzt der Abteilung für Anästhesiologie ist bereits seit vielen Jahren im Krankenhaus tätig. Vor kurzer Zeit wurde die Position des Chefarztes für die Zentrale Notaufnahme von der Geschäftsführung erstmalig mit einem neuen ärztlichen Kollegen besetzt. Der Chefarzt der Zentralen Notaufnahme soll die bauliche und organisatorische Neugestaltung dieses Arbeitsbereiches maßgeblich beeinflussen. Davon sind unter anderem bestehende Zuständigkeiten, zum Beispiel der Abteilung für Anästhesiologie, betroffen. Die Situation ist konfliktbehaftet, eine Mediation soll zur Klärung der Positionen, Neuorientierung und Vereinbarung von beiderseitig akzeptierten Lösungen beitragen.

Nach der Abstimmung des konkreten Auftrages sowie Festlegung von Dauer, Kosten und Regeln der Mediation (mit einem externen Mediator) werden beide Konfliktparteien zum Gespräch eingeladen. Grundvoraussetzung ist, dass beide Konfliktparteien bereit sind, gemeinsam an dem Termin teilzunehmen und einen Kompromiss auszuhandeln. Die Themen sind bereits aus der Vorlaufphase bekannt, sodass die Phase 2 „Themensammlung“ abgekürzt werden kann (Themen auf Zuruf, Einrichtung eines „Parkplatzes“ für weniger wichtige Themen). Der Schwerpunkt der Mediation liegt auf der Phase 3 „Interessen und Bedürfnisse“ und der Phase 4 „Lösungsfindung“. Hierzu werden beide Konfliktparteien gezielt befragt, um Positionen und Gefühle der Beteiligten zu sammeln, aus diesen dann die Bedürfnisse abzuleiten und daraus Kriterien zu definieren. Ziel ist es, die bestmögliche Übereinstimmung der Konfliktparteien zu Lösungsoptionen für eine zielführende Patientenversorgung in der Zentralen Notaufnahme herauszuarbeiten und schriftlich zu fixieren. Um den Prozess zu beschleunigen, ist es wichtig, die Phase 4 den Parteien inhaltlich gut zu erklären. Dazu gehört die Gewichtung der Lösungsoptionen. Wichtig ist ferner, vorläufige Zwischenergebnisse zu fixieren.

Für die Übergänge von einer in die nächste Phase wird der sogenannte Vierschritt (nach Krabbe) [6] genutzt:

1. Wertschätzung des gerade abgearbeiteten Schrittes
2. Erklärung des nächsten Schrittes
3. Überprüfung des Verstandenen
4. Erlaubnis bzw. Zustimmung der Beteiligten für den nächsten Schritt einholen.

In der fünften Phase erfolgt die Abschlussvereinbarung. Darin sind auch Überprüfungs- und Veränderungsoptionen einzubringen. Offene Punkte (zum Beispiel vom „Parkplatz“) und der Umgang hiermit können an dieser Stelle ebenfalls festgelegt werden.

Ansätze mediativer Gesprächstechniken und der Bezug auf den Krankenhausalltag

Welche Aspekte bei der Kommunikation in der Regel sichtbar sind und welche weiteren Aspekte oft im Verborgenen liegen und daher auf den ersten Blick unsichtbar sind, zeigt die folgende Abbildung des Eisbergmodells (Ursprung Sigmund Freud) [7]:

Die Abbildung 1 [8] zeigt deutlich, dass bei der Kommunikation nur ein geringer Anteil über die Fakten- und Sachebene (ca. 20 Prozent) bewusst vermittelt wird – der weitaus größere Anteil liegt unbewusst im Bereich der Beziehungsebene.

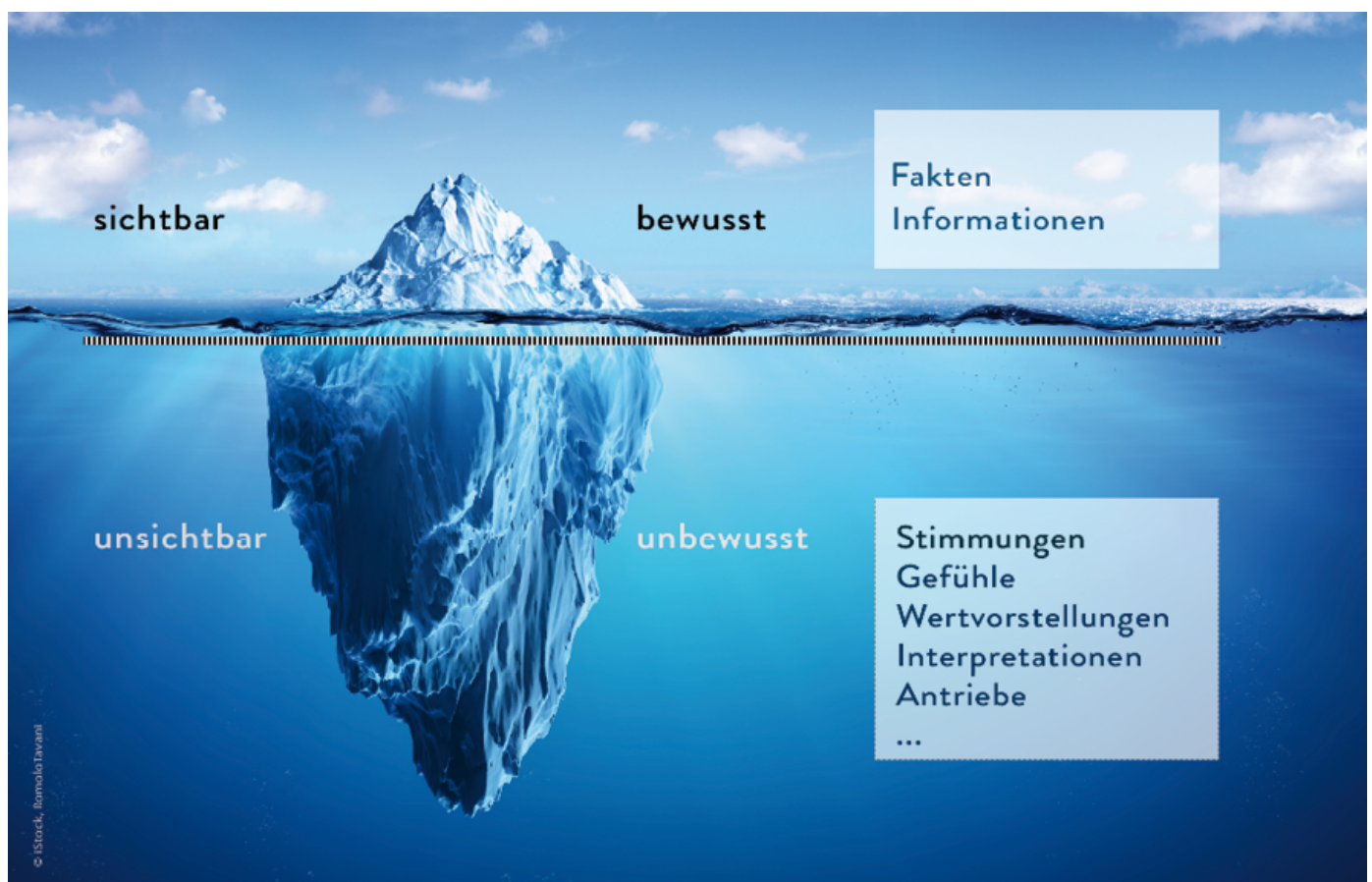


Abb. 1: Eisbergmodell (Ursprung Sigmund Freud) [7]

Dies ist unter anderem der Grund dafür, dass relativ schnell Missverständnisse entstehen, weil die Aufnahme von Botschaften und Informationen stark von Gefühlen, Stimmungen, Wertvorstellungen und Interpretationen beeinflusst wird. Zusätzlich ist das Verhältnis der betroffenen Personen zueinander von Bedeutung. Die Wirkung des Tonfalls sowie der Gestik und Mimik ist bei der Übermittlung von Informationen nicht zu unterschätzen. Im Extremfall kann eine fehlende oder unzureichende Berücksichtigung der Beziehungsebene bei der Kommunikation zur Folge haben,

dass Aussagen komplett unterschiedlich aufgenommen werden – mit entsprechend negativen Auswirkungen in der Zukunft.

Eine der mediativen Techniken ist die Gewaltfreie Kommunikation (GFK). Die Gewaltfreie Kommunikation ist ein Handlungskonzept, das von Marshall B. Rosenberg [8] entwickelt wurde. Grundlage dabei ist, dass die Beobachtung von der Bewertung getrennt wird. Die Bewertung der Beobachtung wird von der betroffenen Person als Kritik bzw. Vorwurf gewertet und hat daher negative Auswirkungen auf die weitere Kommunikation. Dieses Vorgehen steht im Widerspruch mit einer friedlichen Konfliktlösung. Die Beobachtung löst ein Gefühl aus, das mit einem oder mehreren Bedürfnissen in Verbindung steht. Daraus geht die Bitte einer konkreten Handlung hervor. Ziel ist der wertschätzende Umgang miteinander und die friedliche Konfliktlösung.

Praxisbeispiel 2

Ein Aufklärungsgespräch

Nicht selten wird von ÄrztInnen im Krankenhaus beschrieben, dass PatientInnen nach einem Aufklärungsgespräch entweder

- immer wieder gleiche oder ähnlich lautende Fragen zum Eingriff oder der Therapie stellen oder
- sich schwertun, eine Entscheidung zur Durchführung zum Beispiel eines großen, schwerwiegenden operativen Eingriffs oder einer Therapie mit zum Teil massiven und langfristigen Auswirkungen auf die weitere Lebensführung zu treffen.

Die Situation in Krankenhäusern sieht oft so aus, dass ÄrztInnen relativ wenig Zeit für die Durchführung von Aufklärungsgesprächen zur Verfügung haben. Je nach Berufserfahrung beeinflusst dies das Verhalten im Aufklärungsgespräch. Zeitlich eingeschränkte Ressourcen werden zumindest von einem Teil der PatientInnen wahrgenommen. Eine Konsequenz ist, dass weniger Fragen von PatientInnen gestellt werden. Dem gegenüber steht die Erwartungshaltung der PatientInnen, aussagefähige Informationen über den operativen Eingriff oder die geplante Therapie zu erhalten, inklusive möglicher Auswirkungen für die Zukunft.

Nicht selten besteht eine Diskrepanz zwischen der zur Verfügung stehenden Zeit für das Aufklärungsgespräch und dem Umfang der dabei zu vermittelnden Informationen über den operativen Eingriff oder die Therapie. Die Darlegung der Auswirkungen und Konsequenzen des operativen Eingriffs oder der Therapie auf die persönliche Patientensituation ist eine zusätzliche Herausforderung. Das vorgestellte Szenario ist noch um die überwiegend mündlichen Aussagen in Aufklärungsgesprächen zu ergänzen. Ob und inwieweit die PatientInnen die Ausführungen des Aufklärungsgesprächs verstanden hat, wird direkt im Gespräch nicht immer deutlich.

Besonders relevant ist das Verständnis der Aufklärungsinhalte bei den oben genannten großen, schwerwiegenden operativen Eingriffen oder einer Therapie mit zum Teil massiven und langfristigen Auswirkungen auf die weitere Lebensführung. Je nach bisherigem Informations- oder Kenntnisstand der PatientInnen können nach der Diagnose Gefühle wie Angst (Wie geht es mit der Versorgung der Kinder zuhause weiter? Wie ist es um meine Existenz bestellt? Kann ich meinen Beruf weiter ausüben?) die Aufnahme weiterer Inhalte des Aufklärungsgesprächs abrupt verhindern.

Die konkreten Aufklärungsinhalte zum operativen Eingriff/zur Therapie werden von den PatientInnen nicht wahrgenommen, weil sie/er gedanklich in Ängsten verhaftet ist. Zum Teil erzeugt die Gestik der PatientInnen, zum Beispiel durch Kopfnicken, aber den falschen Eindruck beim aufklärenden Arzt, das Gesagte verstanden zu haben.

Präventionsmaßnahmen bei der Vermittlung von OP- und Therapie-Inhalten in Aufklärungsgesprächen:

- Neben der Struktur von Aufklärungsbögen sollten Mitarbeitende im Arztdienst eine Struktur/ein Raster für sich festlegen, in welcher Form Aufklärungsinhalte an die PatientInnen weitergegeben werden (ruhige Gesprächsatmosphäre, aktives Zuhören, Nutzung verständlicher Formulierungen, Zeit für Nachfragen der PatientInnen einplanen).
- Nach jedem relevanten Aufklärungsaspekt sollte die Frage an die PatientInnen gestellt werden, ob sie dies verstanden haben und mit dem Vorgehen einverstanden sind. Dieses Vorgehen kann in einem klinikübergreifenden Aufklärungsleitfaden verbindlich festgelegt werden und gegebenenfalls die Nachweisführung des Krankenhauses erleichtern.
- Das Stellen „offener Fragen“ im Hinblick auf die Bedürfnisse und die persönliche Situation der PatientInnen gibt Hinweise auf Erwartungen. Diese sollten soweit möglich vorab beantwortet werden.
- Stellen von W-Fragen (wer, wie, was, warum?) trägt zum grundlegenden Verständnis für die Situation der PatientInnen bei; Nachfragen unterstützen den Gesprächsprozess.
- Die Aufklärung von PatientInnen sollte vor großen, schwerwiegenden operativen Eingriffen oder Therapien in abgestufter Form und an verschiedenen Tagen erfolgen. Hilfreich ist bei diesen Aufklärungsgesprächen, eine Vertrauensperson der PatientInnen einzubeziehen. Der/die PatientIn sollte gebeten werden, wichtige Fragen vor dem Aufklärungsgespräch aufzuschreiben. Von diesem Vorgehen sind Notfalleingriffe ausgenommen. Das genannte Vorgehen wird in Kliniken bereits häufig umgesetzt.
- Die Nutzung verschiedener kommunikativer Eingangskanäle erhöht bei PatientInnen die Aufnahmequote im Hinblick auf die Aufklärungsinhalte. Neben dem eigentlichen Gespräch ist die Ansicht von Zeichnungen und Modellen zu empfehlen, damit der/die PatientIn einen optischen Eindruck vom Aufbau des Organs und dem Vorgehen bei der geplanten Operation erhält. In einigen Kliniken können sich PatientInnen vor der Aufklärung kurze Filmsequenzen ansehen, in denen der Ablauf der OP dargestellt wird.

Fazit

Die Nutzung der Mediation und der Einsatz mediativer Gesprächstechniken sollte im Krankenhausalltag weiter ausgebaut werden, um negative Auswirkungen auf Arbeitsabläufe aufgrund schwelender Konflikte zu vermeiden. Der Einsatz gezielter Fragetechniken führt dazu, dass Gefühle ausgesprochen werden. Hieraus können in der weiteren Bearbeitung Bedürfnisse und schlussendlich passende Kriterien für tragfähige Lösungsoptionen (Win-win-Lösungen) abgeleitet werden. Mediative Gesprächstechniken können darüber hinaus generell in der Kommunikation genutzt werden, da sie dem Abbau von Barrieren dienen und zur konkreten Klärung von Sachverhalten beitragen.

Literatur

[1] Rabe, Christine Susanne und Wode, Martin (2016): Mediation, 2. überarbeitete Auflage, Verlag im Ludwig-Harms-Haus GmbH Hermannsburg, Südheide, S. 2ff.

[2] Krabbe, Heiner, Kurzzeit-Mediation, in: Heiner Krabbe und Roland Fritz (2009): Die Kurzzeit-Mediation und ihre Verwendung in der gerichtlichen Praxis Teil 1, Zeitschrift für Konfliktmanagement. Heft 2009, S. 136–139.

[3] Glasl, Friedrich (2004): Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater, 8. aktualisierte und ergänzte Auflage, Paul Haupt, Bern, Stuttgart, Wien; Freies Geistesleben Stuttgart, S. 42.

[4] Krabbe, Heiner und Fritz, Roland (2011): Gerichtliche Mediation – Der Faktor „Zeit“ Teil 1 und Teil 2, in NVwZ 7/2011, S. 396–400.

[5] Rabe/Wode, Mediation, S. 2ff.

[6] Krabbe, Gerichtliche Mediation, S. 396–400.

[7] Windolph, Andrea und Blumenau, Alexander: Das Eisbergmodell, („Projekte leicht gemacht“ – virtual education for professionals), im Internet unter: <https://projekte-leicht-gemacht.de/blog/pm-methoden-erklart/das-eisbergmodell/>; letzter Abruf: Mittwoch, 26.08.2020, 09:21.

[8] Windolph/Blumenau, a.a.O.

[9] Gewaltfreie Kommunikation – eine Sprache des Lebens, im Internet unter: <https://www.fachverband-gfk.org/ueber-uns/ueber-gewaltfreie-kommunikation>, letzter Abruf: Mittwoch, 26.08.2020, 09:26 Uhr.

Bücher zum Thema

Gewaltfreie Kommunikation – eine Sprache des Lebens, im Internet unter: <https://www.fachverband-gfk.org/ueber-uns/ueber-gewaltfreie-kommunikation>; letzter Abruf: Mittwoch, 26.08.2020, 09:26 Uhr.

Glasl, Friedrich (2004): Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater, 8. aktualisierte und ergänzte Auflage, Paul Haupt, Bern, Stuttgart, Wien und Freies Geistesleben, Stuttgart.

Krabbe, Heiner, Kurzzeit-Mediation, in: Heiner Krabbe und Roland Fritz (2009): Die Kurzzeit-Mediation und ihre Verwendung in der gerichtlichen Praxis Teil 1, Zeitschrift für Konfliktmanagement. Heft 2009, S. 136–139.

Krabbe, Heiner und Fritz, Roland (2011): Gerichtsinterne Mediation – Der Faktor „Zeit“, in: NVwZ 7/2011, S. 396–400.

Rabe, Christine Susanne und Wode, Martin (2016): Mediation, 2. überarbeitete Auflage, Verlag im Ludwig-Harms-Haus GmbH Hermannsburg, Südheide.

Windolph, Andrea und Blumenau, Alexander: Das Eisbergmodell, („Projekte leicht gemacht“ – virtual education for professionals), im Internet unter: <https://projekte-leicht-gemacht.de/blog/pm-methoden-erklaert/das-eisbergmodell/>; letzter Abruf: Mittwoch, 26.08.2020, 09:21.

Hinke K: Safety Clip: Nutzung von Mediation oder mediativen Gesprächstechniken im Krankenhausalltag. Passion Chirurgie. 2020 November; 10(11): Artikel 04_04.

Autor des Artikels



Karin Hinke

Risikoberaterin, Risikoassessorin
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Klingenbergstr. 4
32758 Detmold
[> kontaktieren](#)