

Kölfen



Ärztliche Gespräche, die wirken

Erfolgreiche Kommunikation
in der Kinder- und Jugendmedizin

Ärztliche Gespräche, die wirken

Wolfgang Kölfen

Ärztliche Gespräche, die wirken

Erfolgreiche Kommunikation in der Kinder- und
Jugendmedizin

 Springer

Wolfgang Kölfen
Klinik für Kinder und Jugendliche
Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH
Mönchengladbach
Nordrhein-Westfalen
Deutschland

ISBN 978-3-642-40470-2
DOI 10.1007/978-3-642-40471-9

ISBN 978-3-642-40471-9 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

SpringerMedizin

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Dr. Christine Lerche, Heidelberg
Projektmanagement: Claudia Bauer, Heidelberg
Lektorat: Cornelia Funke, Mainz
Projektkoordination: Michael Barton, Heidelberg
Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Fotonachweis Umschlag: © Mathias Ernert, Urologische Universitätsklinik, Heidelberg
Herstellung: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Vorwort

Dank Ihnen, liebe Leser, dass Sie dieses Buch gewählt haben und hoffentlich auch lesen werden. Denn der wichtigste Grundpfeiler der Medizin ist und bleibt, besonders beim Kinder- und Jugendarzt, eine gute Kommunikation mit Eltern und Patienten.

Vieles, das Sie in diesem Buch entdecken werden, wird Ihnen möglicherweise bereits bekannt sein, manches ahnen Sie intuitiv und setzen es sicherlich auch richtig um. Ich hoffe natürlich dennoch, dass Sie auch einiges Neues erfahren werden, einige Techniken Ihnen dann deutlicher vor Augen stehen, um sie künftig in den tagtäglichen Gesprächen besser und zeitlich effizienter einsetzen zu können.

Mein Wissen verdanke ich meiner täglichen jahrzehntelangen Arbeit mit Eltern kranker Kinder, es wurde aber daneben in den zurückliegenden Jahren auch ergänzt durch die Lektüre zahlreicher Publikationen, die sich mit der Thematik »ärztliche Kommunikation« beschäftigen. Diesen Büchern, die von unterschiedlichen Experten verschiedener Fachgebiete verfasst wurden, ist in der Regel gemeinsam, dass es sich bei deren Autoren nicht um Ärzte handelt.

Am Rande von Vorträgen, Workshops und Seminaren bin ich immer wieder darauf angesprochen worden, welches Buch ich denn nun speziell für den Pädiater empfehle. Insgesamt bietet der Buchmarkt natürlich eine Fülle von Veröffentlichungen, die sich der Kommunikation zwischen Arzt, Patient und Angehörigen widmen. Ein Buch, welches die Instrumente der Kommunikation und deren handwerkliche Handhabung speziell auf unseren kinderärztlichen Berufsalltag überträgt, gab es jedoch nicht. Aus dem Blickwinkel des Kinder- und Jugendarztes ist die Kommunikationssituation ganz speziellen Herausforderungen unterworfen, da wir neben dem kindlichen oder jugendlichen Patienten auch die Eltern betreuen dürfen.

Zu meiner Überraschung und Freude kam im vergangenen Jahr Frau Dr. Christine Lerche vom Springer Verlag auf mich zu und fragte an, ob ich mir vorstellen könnte, ein Buch zu diesem Themenfeld zu schreiben. Dies erschien mir gleichermaßen utopisch wie verlockend und sinnvoll. Und nun ist es tatsächlich geschafft.

Nun wünsche ich Ihnen viel Freude beim Lesen und später Erfolg beim Ausprobieren in Ihrem Berufsalltag und verbleibe mit besten Grüßen aus Mönchengladbach.

Professor Dr. med. Wolfgang Kölfen

Danksagung

Ich möchte mich bei vielen Menschen ganz herzlich bedanken, die mir in gemeinsamen Gesprächen Anregungen für dieses Buch gaben. Mein Dank gilt zuallererst all den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, mit denen ich tagtäglich unterwegs bin, und den vielen Eltern von kranken Kindern, die ihren Beitrag leisten, damit Gespräche besser gelingen.

Mein Dank gilt ebenso allen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, die durch ihre Fragen und Bemerkungen in den vielen Vorträgen, Workshops und Beratungen meine Wahrnehmung des Themas enorm geschärft haben. Neben der Initiatorin dieses Buchs, Frau Dr. Christine Lerche vom Springer Verlag, gilt mein besonderer Dank Herbert Lechner, der mich in vielfältiger Weise bei dessen Gestaltung unterstützt hat.

Auch meine Sekretärinnen Liliane vom Dorp, Susanne Heyer und Birgit Bohmer trugen wesentlich zum Entstehen bei, denn sie waren es, die zunächst weiße Blätter nach und nach mit meinen Aufzeichnungen füllten. Dank auch an meine mittlerweile erwachsenen Kinder Jolan, Ole und Lia, die sich bereitgefunden haben, ein Fotoshooting über sich ergehen zu lassen. Dankbar bin ich daneben erneut Ole, der einige Zeichnungen exklusiv zum Buch beisteuerte.

Nicht unerwähnt lassen möchte ich Herrn Thomas Morlang, den Leiter des Fotoarchivs Ruhr Museum in Essen, der es ermöglichte, dass wir in dieses Buch auch alte und wunderbare schwarz-weiße Kinderbilder aufnehmen konnten. Diese Aufnahmen sollen die Verbindung herstellen zwischen unserem wunderschönen Beruf als Kinder- und Jugendarzt und dem Inhalt des Buchs.

Professor Dr. med. Wolfgang Kölfen



»Schauen wir mal, ob das Buch mich weiterbringt« (mit freundlicher Genehmigung des Fotoarchivs Ruhmuseum Essen)

Inhaltsverzeichnis

1	Eine Gebrauchsanleitung, die Sie ausnahmsweise lesen sollten	1
1.1	Warum ist dieses Buch notwendig?	2
1.2	Reden ist Silber, kommunizieren ist Gold	2
1.3	Der Kinderarzt als »Spracharzt«	4
1.4	Ein gut gefüllter Methodenkoffer	5
1.5	Keine Patentrezepte für die tägliche Praxis	6
1.6	Auch Mitarbeiter sind Patienten!	6
2	Eine Frage der Perspektive: Kinder- und Jugendarzt und Eltern	9
2.1	Blickwinkel der Ärzte	10
2.2	Erwartungen der Eltern an den Kinder- und Jugendarzt	16
2.3	Arzt-Patient-Verhältnis in der Kinder- und Jugendmedizin	24
2.4	Sichtweise der Eltern: Fallbeispiel Elternbrief	33
2.5	Ärztebefragung zu kommunikativen Gewohnheiten	37
3	Körpersprache – eine Säule der Kommunikation	43
3.1	Was bedeutet Körpersprache?	46
3.2	Dechiffrierung körpersprachlicher Signale	49
3.3	Kleidung als Türöffner zu gelingender Kommunikation	49
3.4	Botschaft der Körperhaltung	51
3.5	Mimik	52
3.6	Augenkontakt	55
3.7	Gestik	55
3.8	Stimme	56
3.9	Training nonverbaler Kommunikation	56
4	Grundlagen verbaler Kommunikation	59
4.1	Was kommt an?	60
4.2	Ärztliche Gesprächsführungstechniken	68
4.3	Formulierungen: Einsatz von Turbos statt Sprachbremsen	78
4.4	Wer fragt, der führt	88
5	Handwerkszeug der ärztlichen Gesprächsführung: die vier wichtigsten Instrumente	97
5.1	Empathie	98
5.2	Aktives Zuhören	101
5.3	Zauberfragen	109
5.4	Ich-Botschaften	113
5.5	Wie das Handwerkszeug perfekt eingesetzt wird	117
6	Kommunikationseinfluss der eigenen Haltung	119
6.1	Vier-Ohren-Modell	120
6.2	Das Innere Team oder Pluralität ist unser Leben	135

6.3	Riemann-Thomann-Modell: Turbolader der ärztlichen Gesprächsführung?	143
6.4	Gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg	166
6.5	Wertequadrat	175
7	Eltern – unsere Sprachtrainer	185
7.1	Persönlichkeitsstile	186
7.2	Elterntypen	187
8	Gelingende Kommunikation im Konfliktfall	195
8.1	Schwierige Eltern und schwierige Helfer	196
8.2	Teamkonflikte – Wahrheit, Bewertung, Interessen	207
8.3	Metakommunikation	218
8.4	Harvard-Konzept	220
8.5	Notfallkommunikation in Stresssituationen	223
9	Situationen, die Sie kennen könnten: Gespräche aus dem Arztalltag	235
9.1	Das Arztgespräch in der Routine	236
9.2	Überbringen einer schlechten Nachricht	244
9.3	Phasen der Traumatisierung	253
9.4	Arztgespräch bei chronischer Erkrankung	265
9.5	Todesnachricht	280
10	Jetzt sind Sie dran: wie lösen Sie diese Fälle?	287
10.1	Patientengeschichten	288
10.2	In Krankenhaus und Praxisteam	305
	A Anhang	309
	A.1 Umfrage zu Kommunikationsgewohnheiten in Arztgesprächen	310
	A.2 Übungsteil mit Lösungsvorschlägen	313
	Weiterführende Literatur	337
	Stichwortverzeichnis	341

Über den Autor



Prof. Dr. med. Wolfgang Kölfen

Wolfgang Kölfen ist seit 1998 Chefarzt der Klinik für Kinder und Jugendliche der Städtischen Kliniken Mönchengladbach. Sein medizinisches Studium hat er in Essen, Berlin und Heidelberg absolviert. Nach der Facharztausbildung zum Kinder- und Jugendarzt an der Universitätskinderklinik Mannheim fungierte er dort unmittelbar als Oberarzt. Wolfgang Kölfen ist Sprecher der Vereinigung der leitenden Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands. Daneben veranstaltet er regelmäßig Seminare zur Thematik Krankenhausmanagement. Bereits seit fünf Jahren beschäftigt sich Wolfgang Kölfen intensiv mit dem Themenfeld »ärztliche Kommunikation« in all seinen Facetten. Als Referent des Repetitoriums der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und des Assistentenkongresses des Berufsverbands ist er bereits einer Vielzahl von Kolleginnen und Kollegen bekannt.

Professor Dr. med. Wolfgang Kölfen

Städtische Kliniken Mönchengladbach
Klinik für Kinder und Jugendliche
Hubertusstraße 100
41239 Mönchengladbach
E-Mail: wolfgang.koelfen@sk-mg.de

Eine Gebrauchsanleitung, die Sie ausnahmsweise lesen sollten

- 1.1 Warum ist dieses Buch notwendig? – 2
- 1.2 Reden ist Silber, kommunizieren ist Gold – 2
- 1.3 Der Kinderarzt als »Spracharzt« – 4
- 1.4 Ein gut gefüllter Methodenkoffer – 5
- 1.5 Keine Patentrezepte für die tägliche Praxis – 6
- 1.6 Auch Mitarbeiter sind Patienten! – 6

» Vater zum Kinderarzt: Sie werden doch fürs Reden bezahlt!
Kinderarzt: Stimmt, mein Handwerk ist auch mein Mundwerk,
an manchen Tagen aber werde ich gar nicht zuerst fürs Reden
bezahlt, sondern fürs Zuhören.

Vater: Ach so, dafür gibt es heute auch schon Geld. ■ Abb. 1.1 ◀

1.1 Warum ist dieses Buch notwendig?

Sie, lieber Leser, der Sie dieses Buch gerade in der Hand halten, sind es gewohnt, Gespräche mit Patienten und deren Eltern oder Angehörigen zu führen. Vielleicht sind auch Sie Kinder- und Jugendarzt und fragen sich »Was soll ich denn noch dazulernen?« Der brasilianische Formel-1-Weltmeister Emerson Fittipaldi wurde einmal nach dem Rezept für seinen Erfolg befragt. Er antwortete: »Die Kunst des Rennfahrens besteht darin, so langsam wie möglich der Schnellste zu sein.« So langsam wie möglich der Schnellste in der Kommunikation zu sein, das charakterisiert auch die Situation des Arztes, speziell des Kinder- und Jugendarztes, der in seinem Berufsleben 200.000 bis 300.000 Gespräche mit Eltern und Patienten führen dürfte.

Schreitet er innerhalb der Kommunikation zu rasch voran, verstehen die Eltern nicht, was der Arzt ihnen mitteilen möchte. Ist er zu langsam, wird er seinen Arbeitstag nie erfolgreich zu Ende bringen. Die Umsetzung der ärztlichen Ideale und Visionen in der täglichen Routine, um Patienten, Eltern, Angehörigen bestmöglich zu helfen, verlangt nach einer hohen Qualität in der Gesprächsführung.

Am Rande vieler Vorträge, Trainingsangebote und Seminare zu diesem Thema werde ich häufig gefragt, ob ich zu den von mir vorgestellten Techniken ein Buch empfehlen könne. Auch aus diesem Grund habe ich mich auf den Weg gemacht, meine Erfahrungen zusammenzufassen.

1.2 Reden ist Silber, kommunizieren ist Gold

Aufgebrochen bin ich vor Jahrzehnten in der Überzeugung, dass eine solide medizinische Ausbildung in Diagnostik und Therapie ausreichend sei, um den ärztlichen Beruf erfolgreich ausüben zu können. Im Laufe meines Berufslebens als Kinder- und Jugendarzt stellte ich jedoch fest, dass der Mörtel zwischen den Bausteinen der Medizin eine erfolgreiche Kommunikation ist. Was nützt es, wenn ich als behandelnder Arzt eine gute Therapie gemacht habe, die Eltern diese aber nicht verstanden haben?

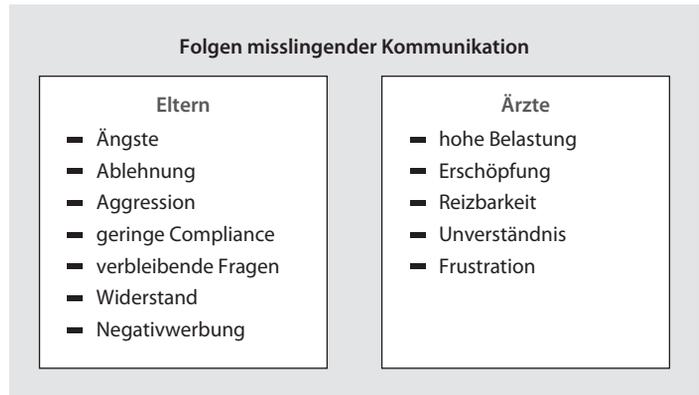
In meiner Ausbildung an der Universität, in der langjährigen Weiterbildung zum Facharzt und später als Oberarzt hat mich niemand in die Kunst der effizienten ärztlichen Kommunikation eingewiesen. Am Ende eines jeden Arbeitstags stellte ich dann aber fest, dass ich



■ **Abb. 1.1** Alles Wesentliche im Blick. (Mit freundl. Genehmigung des Fotoarchivs Ruhr Museum Essen)

die meiste Zeit in Gesprächen mit Eltern über ihre erkrankten Kinder verbracht hatte.

In meinem praktischen Jahr in der Kinderklinik arbeitete ich auch eine Weile in der Kinderonkologie. Routinemäßig war es die Aufgabe des Pflers, Chemotherapieinfusionen anzuhängen. Einmal kam ich an das Bett eines sieben Jahre alten, hochgescheiterten Jungen, der an einem Neuroblastom im Endstadium erkrankt war, und sagte zu ihm »Du musst Dich jetzt in Dein Bett legen, damit ich die Chemotherapie anhängen kann und Du wieder gesund wirst.« Mit großen Augen antwortete mir dieser vom Tode gezeichnete Junge: »Ich muss gar nichts. Wenn ich schnell in den Himmel will, kannst Du Deine Chemo gleich wieder mitnehmen.« Erst Jahre später habe ich die Tragweite dieser Antwort erfasst.



■ **Abb. 1.2** Folgen misslingender Kommunikation

1.3 Der Kinderarzt als »Spracharzt«

Wir Ärzte sind in der Vergangenheit wie heute angetreten, um Patienten die bestmögliche Medizin angeeignet zu lassen. Jedoch versäumten unsere Lehrer uns mitzuteilen, dass in jedem ärztlichen Gespräch immer auch komplizierte menschliche Netzwerke involviert sind. Ich habe mich natürlich darüber gewundert, dass es immer wieder Eltern gab, die einfach nicht das taten, was wir Ärzte zur Behandlung ihres Kindes rieten. Solche Eltern wurden gerne als schwierig abgeurteilt, häufig gemieden und bekamen später das Etikett der Nichterziehbaren oder Therapieresistenten. So erhielten wir Ärzte uns unsere innere Ruhe. Seinerzeit bin ich gar nicht auf die Idee gekommen, dass das Verhalten der Eltern vielleicht auch etwas mit mir als sprechender Person zu tun haben könnte.

Im Laufe der weiteren Berufsjahre kam ich zu der Erkenntnis, dass die Zufriedenheit mit meiner ärztlichen Tätigkeit im direkten Zusammenhang stehen könnte mit meiner Fähigkeit, empathischer mit den Eltern kranker Kinder, aber auch mit Mitarbeitern zu kommunizieren. Wenn man die Überzeugung teilt, dass der Kinder- und Jugendarzt lebenslang ein Spracharzt ist, so ist es überaus sinnvoll, über die Effektivität, den Durchdringungsgrad und die Struktur der eigenen Gespräche nachzudenken.

Lange dachte ich, vor allem der Einsatz von mehr Zeit könnte zu besseren Gesprächsergebnissen führen. Heute erachte ich diese Annahme als ein großes Missverständnis; mehr Zeit bei gleichbleibend schlechter ärztlicher Gesprächsführung zeitigt noch größere Frustration und letztendlich Resignation (■ Abb. 1.2).

Das Pflegepersonal auf Station berichtet häufig, dass unerfahrene Berufsanfänger sich in ihrer Rolle als Arzt in ihren Gesprächen unglaublich viel Zeit nehmen und Mühe investieren. Doch nachdem

der Arzt oder die Ärztin mit den Eltern gesprochen hat, wird häufig gefragt: »Was hat der Doktor denn nun eigentlich gesagt, Schwester?«

Ein weiteres Argument für bessere ärztliche Kommunikation könnte im Effekt einer generellen Zeitersparnis liegen: Gelänge es uns, die 30 bis 60 Elterngespräche, die wir am Tag führen, jeweils um zwei Minuten zu reduzieren, so könnten wir uns am Ende des Arbeitstags über ein bis zwei Stunden gewonnene Zeit erfreuen. Dies bedeutete pro Woche fünf bis zehn Stunden, machte im Monat 20 bis 40 und auf ein Jahr hochgerechnet 200 bis 400 Stunden aus! Haben Sie noch immer Zweifel, dass es sinnvoll sei, über eine optimierte Gesprächsführung nachzudenken?

1.4 Ein gut gefüllter Methodenkoffer

Mögliche Fragen zu Ihrer Gesprächsführung

»Wie kann ich meine Arzt-Patient- bzw. Arzt-Eltern-Gespräche besser steuern?«

»Wie gelingt es mir besser zu verstehen, was Eltern hören und sagen, wenn ich mit ihnen spreche?«

»Welche professionellen Techniken stehen zur Verfügung, um mit verärgerten oder aggressiven Gesprächspartnern, seien es Eltern oder Mitarbeiter, besser klar zu kommen?«

»Was für ein Sprachtyp bin ich eigentlich?«

»Wie gehen andere Kinder- und Jugendärzte mit den immer gleichen Fragen unterschiedlichster Eltern um?«

Lassen Sie sich auf die »geführte Sprachreise« ein. Ihnen wird ein gut gepackter **Methodenkoffer** vorgestellt, befüllt mit vielen spannenden Geschichten, die unser Berufsleben tagtäglich schreibt. Der Inhalt des Gepäcks ist ordentlich sortiert, ein Kleidungsstück passt zum anderen. Gleichzeitig können Sie die unterschiedlichen Teile des Buchs auch einzeln auspacken und die Kleidungsstücke in unterschiedlichen Kombinationen tragen. Daneben befinden sich in diesem Koffer auch einige methodische Ersatzstücke, die Ihnen Alternativen anbieten und Hilfestellungen geben können, damit Sie auch ein »kommunikatives Gewitter« ohne Probleme überstehen.

In diesem Buch werden außerdem eine Fülle von praktischen Beispielen aus der Kinder- und Jugendmedizin dargestellt. Zusätzlich präsentiere ich Ihnen ausführlichere Arztgespräche zu schwerwiegenden Diagnosen. Bei deren Auswahl und Zusammenstellung habe ich mich von meiner Erfahrung in Klinik und Praxis leiten lassen.

1.5 Keine Patentrezepte für die tägliche Praxis

Der Vorteil der vielen Praxisbeispiele birgt daneben vielleicht auch eine Gefahr. Denn das Gelesene kann und darf nicht 1:1 umgesetzt werden, sondern soll Ihnen vielmehr als Anregung dienen, individuelle Lösungswege in der Kommunikation zu finden. Sie als Leser und Praktiker sind gefordert, das hier Dargebotene mit eigenen Erfahrungen zu kombinieren, neue Techniken auszuprobieren und sie verantwortlich einzusetzen. Zusätzlich werden Sie eine Menge über Ihren eigenen Gesprächsstil erfahren können. Hierzu gibt es im Anhang einige Übungen zur Selbstbewertung.

Eine Kursteilnehmerin sagte mir nach einem Kommunikationsseminar für Kinderärzte: »Jetzt weiß ich immer noch nicht, wie ich es ganz genau machen soll. Ich hätte mir von Ihnen genaue Kochrezepte gewünscht.« An dieser Stelle, lieber Leser, muss ich Sie enttäuschen. »Kochrezepte« für die ärztliche Kommunikation gibt es nicht und sollte es auch nicht geben. Ich gebe Ihnen viele Impulse, doch selbstverständlich müssen Sie selbst entscheiden, was für Ihre Person und Ihre tägliche Arbeit stimmig und passend sein könnte.

1.6 Auch Mitarbeiter sind Patienten!

Die meisten Ärzte kommen früher oder später in ihrem Berufsleben auch in eine Leitungsposition. Mag es die Niederlassung in einer Praxis bzw. Gemeinschaftspraxis sein oder die Position eines Oberarztes oder Chefarztes in einer Klinik für Kinder und Jugendliche. In all diesen Bereichen arbeiten wir mit Mitarbeitern zusammen, weshalb auch hier solide kommunikative Fähigkeiten gefordert sind. Wer heute qualifizierte Mitarbeiter für sich gewinnen und diese auch behalten will, kann nicht mehr so führen wie es unsere Vorgänger taten. Haltungen wie »Nicht kritisiert, ist genug gelobt«, »Seien Sie froh, dass Sie im Dunstkreis meiner Medizin arbeiten dürfen« oder »Ihre Nachlässigkeit in der Behandlung erschreckt mich« dürften zwar der Vergangenheit angehören, dennoch aber gilt, dass die Übernahme einer Leitungsposition nicht automatisch einhergeht mit entsprechender Kommunikationskompetenz. Auch zu diesem Themenfeld bietet dieses Buch sehr viele Beispiele. Wo auch immer Sie beruflich unterwegs sind, gilt der Satz: Chefs haben immer die Mitarbeiter, die sie verdienen!

Dieses Buch richtet sich an sprechende Ärzte. Es wird Ihnen nicht nur ein methodisches Rüstzeug an die Hand geben, die Fülle der praktischen Beispiele soll zudem Lust auf effizientere Gespräche mit Patienten, Eltern und Mitarbeitern machen.

Wundern Sie sich übrigens nicht, lieber Leser, wenn Sie in diesem Buch häufiger ganz direkt angesprochen werden. Ich erhoffe mir von dieser Ansprache das Zustandekommen eines Vertrauensverhältnis-

ses, auch wenn die schriftliche Vermittlung der Inhalte hier natürlicherweise Grenzen setzt.

Haben Sie sich diese Fragen bereits gestellt?

- Wie gerne führen Sie ärztliche Gespräche?
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihren ärztlichen Gesprächen?
- Wie intensiv beschäftigen Sie sich mit dem Thema Kommunikation zwischen Arzt, Patient und Angehörigen?
- Glauben Sie, dass eine gelingende ärztliche Kommunikation das Vertrauensverhältnis zu Patient und Eltern positiv gestaltet?

Die theoretischen und methodischen Grundlagen dieses Buchs bilden die zahlreichen Arbeiten von Paul Watzlawick, Friedemann Schulz von Thun, Ruth Cohn, Carl Rogers, Thomas Gordon und Jacob Levy Moreno. Entsprechende Literaturangaben zur Vertiefung des Themas sind in ► Kap. 11 zusammengestellt.

Und nun noch ein letzter Hinweis für Sie, liebe Leserin, lieber Leser. Im Buch wird meist das männliche Geschlecht der Begriffe verwendet, also Leser, Arzt und Mitarbeiter und nicht Chef und Chefin oder Mitarbeiterin und Mitarbeiter. Dieses Vorgehen möchte dem Wunsch nach Kürze und Übersichtlichkeit Rechnung tragen und soll den Lesefluss erleichtern. Eine inhaltliche Wertung ist daraus selbstredend nicht abzuleiten.

Vielleicht wundern Sie sich außerdem bei der Lektüre über die eher ungewöhnlichen Namen von Ärzten und Eltern, die sich nicht mit dem Arbeitsalltag decken; sollten Sie diese Namen jedoch gelegentlich auf einer Weinflasche entdecken, können Sie sicher sein, dass es sich um einen guten deutschen Weinberg handelt.

Eine Frage der Perspektive: Kinder- und Jugendarzt und Eltern

- 2.1 Blickwinkel der Ärzte – 10
- 2.2 Erwartungen der Eltern an den Kinder- und Jugendarzt – 16
- 2.3 Arzt-Patient-Verhältnis in der Kinder- und Jugendmedizin – 24
- 2.4 Sichtweise der Eltern: Fallbeispiel Elternbrief – 33
- 2.5 Ärztebefragung zu kommunikativen Gewohnheiten – 37

» Nichts ist verantwortungsloser als Pessimismus. ■ Abb. 2.1 ◀
Karl Raimund Popper

2.1 Blickwinkel der Ärzte

2.1.1 Statistik

Für die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen stehen im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin im stationären Bereich Kinderabteilungen, Kinderkliniken, selbstständige Kinderkrankenhäuser und Universitätskinderkliniken zur Verfügung.

Im ambulanten Sektor arbeiten Vertragsärzte in Einzelpraxen oder ambulanten Versorgungsmodellen. Eine weitere Säule sind die Sozialpädiatrischen Zentren, die eine hochspezialisierte Betreuung von Kindern und Jugendlichen durchführen.

In Deutschland gab es im Jahr 2011 364 Kinderkliniken und Kinderabteilungen, 82 Kinderchirurgieabteilungen sowie 140 Kinder- und Jugendpsychiatrieeinrichtungen mit insgesamt 26.858 Betten (Kinderkliniken 19.300; Kinderchirurgie 1911, Kinder- und Jugendpsychiatrie 5647 Betten; Quelle: Statistisches Bundesamt). Das Statistische Bundesamt weist in den Jahren 2009 1.117.882, 2010 1.122.053 und 2011 1.132.880 stationäre Aufenthalte von Kindern und Jugendlichen im Alter unter 15 Jahre aus. Diese Patienten waren entweder in der Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie stationär aufgenommen (■ Tab. 2.1).

Gesunde Neugeborene sind in diesen Fallzahlen nicht berücksichtigt. Die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser Deutschlands (GKinD) geht davon aus, dass inzwischen 70–80 % der pädiatrischen Patienten in Kliniken für Kinder- und Jugendliche behandelt werden. Eine Differenz ergibt sich dadurch, dass im ländlichen Bereich häufig eine stationäre pädiatrische Versorgung nicht ausreichend flächendeckend vorgehalten wird. Im aktuellsten Papier (April 2012) der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) werden Zahlen publiziert, die darauf hinweisen, dass in Deutschland etwa 10,5 Mio Kinder und Jugendliche im Alter unter 15 Jahren leben. Die durchschnittliche Krankenhaushäufigkeit liegt bei 116 Patienten pro 1000 Einwohner. Sie ist im ersten Lebensjahr am höchsten und nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab. Die durchschnittliche Verweildauer in den Kinderkliniken betrug nach den Daten des Statistischen Bundesamts 4,7 Tage. Von 364 erfassten Kliniken und Abteilungen verfügen in den alten Bundesländern 11 % über weniger als 30 Betten, in den neuen Bundesländern liegt der Anteil dieser Einrichtungen hingegen bei 43 %.

In Deutschland gibt es nach Auskunft der Bundesärztekammer 12.841 beruflich tätige Kinder- und Jugendärzte (Stichtag 31. Dezem-



■ **Abb. 2.1** Eine Frage der Perspektive. (Mit freundl. Genehmigung des Fotoarchivs Ruhr Museum Essen)

■ **Tab. 2.1.** Stationäre Aufenthalte von Kindern und Jugendlichen (Quelle: Statistisches Bundesamt)

Fachabteilung	Jahr		
	2009	2010	2011
Kinder- und Jugendmedizin	954.139	953.122	960.522
Kinderchirurgie	120.656	122.097	123.383
Kinder- und Jugendpsychiatrie	43.087	46.834	48.975
Gesamt	1.117.882	1.122.053	1.132.880

ber 2011): 6970 dieser Kinder- und Jugendärzte sind weiblich und 5871 männlich. 6674 Ärzte arbeiten im ambulanten und 5067 im stationären Bereich. Weitere 494 Kinder- und Jugendärzte sind in Behörden und 633 in sonstigen ärztlichen Feldern tätig. Etwa 3500 Ärzte

befinden sich zu diesem Zeitpunkt in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendarzt. Seit Jahren werden jährlich relativ konstant 500 Facharztqualifikationen für die Kinder- und Jugendmedizin erworben. Nach Auskunft des Bundesarztregisters der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sind etwa 23 % aller Kinder- und Jugendärzte 59 Jahre alt oder älter. In den nächsten Jahren ist mit dem Ausscheiden dieser Kollegen zu rechnen. Der Politologe Thomas Kopetsch prognostiziert für die KBV, dass die Zahl der Kinder- und Jugendärzte sich bis zum Jahr 2020 auf etwa 5800 Ärzte einpendeln wird.

Ein Vertragsarzt für Kinder- und Jugendmedizin ist im Durchschnitt für etwa 2550 Kinder zuständig. Betrachtet man ausschließlich den niedergelassenen Bereich, so ergibt sich eine Zahl von 1 528 Patienten pro Kinder- und Jugendarzt im Jahr.

Im Newsletter `p@ediatric-express` des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) für Assistenzärzte ist in der Ausgabe 2 des Jahres 2012 nachzulesen, wie junge angehende Kinder- und Jugendärzte sich ihre Lebensentwürfe vorstellen. Anlässlich des Assistentenkongresses in Dresden im Jahr 2012 haben sich 262 angehende Kinder- und Jugendärzte an der Umfrage beteiligt (85 % weiblich, 15 % männlich):

- 93 % der Befragten bejahten die Frage nach einem künftigen Kinderwunsch,
- 77 % konnten sich Tätigkeit als angestellter Arzt im Krankenhaus für sich vorstellen,
- 88 % strebten eine selbstständige berufliche Tätigkeit in einer Praxis und 78 % ein Angestelltenverhältnis in einer Niederlassung an,
- etwa 40 % der Befragten gaben an, dass sie sich eine berufliche Tätigkeit vor allem in einer Gemeinschaftspraxis vorstellen können,
- 27 % strebten eine Leitungsposition in einer Klinik an und nur noch 5 % der Befragten wünschten sich eine berufliche Tätigkeit in einer Einzelpraxis.

Neben diesen Erhebungen bestätigen die Umfrageergebnisse den derzeitigen Trend, dass auch Kinder- und Jugendärzte ein städtisches Umfeld bevorzugen und eher selten auf dem Land tätig werden möchten: 57 % der Befragten wollen in einer Großstadt und nur 6 % im ländlichen Bereich arbeiten. Worauf sich die Kinder- und Jugendmedizin einrichten muss, ergab die Antwort auf die Frage nach den Arbeitszeitwünschen: nur 23 % können sich eine Vollzeittätigkeit vorstellen.

Die Befragung erscheint auf den ersten Blick nicht repräsentativ, da 85 % der Grundgesamtheit weiblich war. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin geht aber davon aus, dass es realistisch ist, künftig einen Anteil von 90 % weiblicher Kinder- und Jugendärzte zu erwarten (DAKJ Zukunftspapier 2011).

2.1.2 Ungewisse Perspektiven

Die Kinder- und Jugendmedizin wird vor große Herausforderungen gestellt. Auch angesichts abnehmender Geburtenzahlen wird der Bedarf an kinder- und jugendärztlicher Expertise weiter steigen. Es ist eine Zunahme des Betreuungsbedarfs zu erwarten, da die Prävention immer mehr im Vordergrund stehen und auch die Zahl der Kinder mit chronischen Erkrankungen deutlich zunehmen wird. Gleichzeitig kommt es zu einer Verkürzung der Bruttolebensarbeitszeit der Ärzte, was vorwiegend auf die Feminisierung des Fachgebiets zurückzuführen ist. Ärztinnen arbeiten, bezogen auf ihre Lebensarbeitszeit, weniger lang als Männer, sie nehmen häufiger Erziehungsurlaub und wünschen sich Teilzeitarbeit. In der Summe führt dies zu einer Reduktion der Bruttolebensarbeitszeit: die Bundesagentur für Arbeit errechnete, dass Frauen heute nur 72 % der Lebensarbeitszeit von Männern erreichen.

Bei dem zu erwartenden Anteil von fast 90 % weiblicher Kollegen in der Kinder- und Jugendmedizin reduziert sich die zur Verfügung stehende Lebensarbeitszeit um mindestens 25 %. Trotz sinkender Kinderzahl und langfristig auch einem geringeren Anteil an Jugendlichen wird es aber zu einer höheren Belastung im ärztlichen Dienst, auch angesichts gestiegener Leistungsanforderungen an das Fachgebiet, kommen.

2.1.3 Alltag des Kinder- und Jugendarztes

In der Vergangenheit lag der Schwerpunkt der kindermedizinischen Versorgung hauptsächlich in der Behandlung somatischer Erkrankungen. Die großen Probleme des 19. und 20. Jahrhunderts sind in Mitteleuropa gelöst: Säuglings- und Kinderhygiene, Ernährung, Rachitis, Kampf gegen Massenepidemien und Tuberkulosebehandlung. Auf den Kinder- und Jugendarzt kommen neue Aufgaben zu. Die ganz großen Erfolge der Kinder- und Jugendmedizin sind die klinischen Erfolge der Antibiotika, der Intensiv- und Infusionstherapie sowie die dramatische Fortentwicklung von Neonatologie und Kinderonkologie. Kinder mit angeborenen Organfehlbildungen, Stoffwechselerkrankungen und auch kleinste Frühgeborene überleben heute dank der Intensivmedizin – bilden aber meist eine neue Gruppe von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen.

Zusätzlich finden sich auf der Individualebene vermehrt psychosomatische Erscheinungen wie chronische Schmerzen, Ernährungsstörungen, Störungen der Selbstwertentwicklung und Schulängste bis hin zur Schulverweigerung. Diese sogenannten sozialen Krankheiten mit Verhaltensauffälligkeiten, Suchterkrankungen und hohen sozialen Belastungen bilden eine weitere neue Gruppe der zu betreuenden Patienten durch den Kinder- und Jugendarzt.

■ Tab. 2.2 Arbeitszeitaufwendung in Abhängigkeit vom Vorstellungsanlass

	Patienten- zahl	Anteil am zeitlichen Aufwand (%)	Patientengesprä- che (min)
Akute Erkrankung	35	33	5
Prävention	21	36	10
Soziale Krankheiten	3	9	20
Chronisch Kranke	11	22	12
Gesamt	70	100	9,5 h

2.1.4 Vorstellungsanlässe und zeitliche Ressourcen in der Kinderarztpraxis

Der gesellschaftliche Wandel spiegelt sich auch heute in den Vorstellungsanlässen und den Diagnosen wider. In einer aktuellen Studie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ), in die insgesamt über 200 Datensätze aus kinder- und jugendmedizinischer Versorgung von Kinder- und Jugendärzten einfließen, konnten die aktuellen Vorstellungsanlässe von Kindern in Praxen ermittelt werden (Fegeler 2011). Die Hälfte der Kinder und Jugendlichen kamen demnach aufgrund akuter Erkrankungen, ein knappes Drittel wegen Präventionsleistungen, 6 % infolge sozialer Erkrankungen und 17 % mit chronischen Grunderkrankungen.

Obwohl akute Erkrankungen 50 % der Vorstellungsanlässe ausmachten, gaben die Kinder- und Jugendärzte an, dass diese nur 33 % ihres zeitlichen Aufwands verbrauchen. Prävention, besonders aber chronische Erkrankungen binden wesentlich mehr zeitliche Ressourcen. In der genannten Studie wird festgehalten, dass etwa ein Drittel der mittleren täglichen Arbeitszeit für Akutvorstellungen aufgewandt wird, hingegen zwei Drittel für Vorsorgen, die Behandlung chronisch kranker Patienten sowie Patienten mit soziogenen Erscheinungsformen.

Anhand eines Beispiels sei dies einmal durchgerechnet. Gehen wir davon aus, dass der Kinderarzt pro Tag 70 Patienten in einer Arbeitszeit von 9,5 Stunden behandelt. Übertragen wir dazu die Daten aus der Untersuchung von Fegeler, so ergibt sich, dass sich an einem Arbeitstag 35 Patienten mit einer akuten Erkrankung, 21 für eine Präventionsmaßnahme, drei mit einer sozialen Erkrankung und 11 Patienten mit einer chronischen Erkrankung vorstellen. Aus ■ Tab. 2.2 ersehen Sie die konkrete Verteilung der zeitlichen Ressourcen.

2.1.5 Situation in der Klinik

In der Arbeitswelt der Kinder- und Jugendärzte in der Klinik sieht der Alltag anders aus. Nach einer Befragung von angehenden Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin während des DGKJ-Repetitoriums in Münster im Oktober 2011 wurde von den Klinikärzten angegeben, dass der patientenbezogene Arbeitsanteil durchschnittlich lediglich 15 Stunden pro Woche beträgt. Pro Woche werden im stationären Bereich für Dokumentation, Kodierung und sonstige administrative Aufgaben mindestens 25 Stunden Arbeitszeit investiert.

Zusammenfassend kann also für den Arzt in den Kinderkliniken festgehalten werden, dass er etwa 40–45 % seiner jährlichen Arbeitszeit für die Patientenversorgung und 55–60 % für administrative Aufgaben einsetzt. Der Umfang der administrativen Aufgaben ist aus meiner Sicht viel zu hoch und muss korrigiert werden. Dies gilt insbesondere, wenn künftig insgesamt weniger Kinderärzte zur Verfügung stehen. Nur durch die Schaffung optimaler Arbeitsbedingungen, eine bessere Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Strukturen sowie Delegation von Aufgaben aus dem ärztlichen Bereich hin zu nichtärztlichen Funktionen kann eine Besserung der Situation gelingen.

2.1.6 Mitarbeiterbeurteilung des Arbeitsplatzes in Kinderkliniken

In einer gerade vorgestellten Untersuchung (Buxel 2013) wird die Zufriedenheit der Ärzte mit ihrem Arbeitsplatz untersucht. 2117 Ärztinnen und Ärzte, die in deutschen Krankenhäusern arbeiten, nahmen Stellung zu ihrer Arbeitssituation. 70 % der Befragten sagten, ihr Arbeitsplatz im Krankenhaus sei grundsätzlich attraktiv, dennoch gaben 60 % an, daneben auch unzufrieden mit den Arbeitsbedingungen zu sein. Interessant ist, dass die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz deutlich mit der eigenen Stellung innerhalb der Klinikhierarchie korrelierte: Chefarzte waren generell zufriedener als Oberärzte und Oberärzte zufriedener als Assistenzärzte. 45 % der Ärzte gaben an, dass sie unzufrieden sind mit der enormen Arbeitsbelastung. Schlussfolgerung des Autors war, dass die Attraktivität des ärztlichen Arbeitsplatzes im Krankenhaus absolut entscheidend an Betriebsklima, Fort- und Weiterbildungsangebote sowie den Führungsstil der Vorgesetzten gekoppelt sind.

Die Frage, wie Mitarbeiter aller Berufsgruppen ihren Arbeitsplatz in den Kliniken für Kinder und Jugendliche im Vergleich zu anderen Fachrichtungen bewerten, ergab interessante Ergebnisse. An der aktuell größten Studie mit einem sehr differenzierten Fragenkatalog, der sogenannten Picker-Studie des gleichnamigen gemeinnützigen Instituts, haben sich bisher 28.000 Mitarbeiter aus 47 Krankenhäusern beteiligt. Alle Berufsgruppen wurden getrennt ausgewertet, wobei

es Unterschiede zwischen den verschiedenen Fachabteilungen gibt. Fachübergreifend sahen die Mitarbeiter die Führung und Unternehmenskultur eines Krankenhauses als entscheidende Faktoren an. Auch das Verhältnis zum direkten Vorgesetzten ist ein wichtiges Kriterium für die Mitarbeiterzufriedenheit.

In Kinderkliniken fühlen sich 63 % der Mitarbeiter nicht ausreichend informiert über Entscheidungen, Zielsetzungen und wirtschaftliche Entwicklungen ihres Krankenhauses. Große Vorbehalte sehen die Ärzte der Kinderkliniken auch gegenüber ihren Verwaltungen, wobei 68 % der Ärzte in Kinderkliniken, jedoch nur 31 % der Ärzte anderer Kliniken ihrer Krankenhausleitung ein schlechtes Zeugnis ausstellen.

Ein weiterer Punkt ist, dass die Klinikkindärzte nur zu 60 % davon überzeugt sind, dass ihre Arbeit insgesamt für das Krankenhaus als wichtig angesehen wird. Ärzte anderer Fachabteilungen liegen hier bei 80 %. Bei der Frage, inwieweit Kritik am Mitarbeiter sachlich und konstruktiv geäußert wird, zeigen sich in der Pädiatrie verglichen mit anderen Fachgebieten allerdings bessere Ergebnisse sowohl für Ärzte als auch Pflegepersonal (Probleme Ärzte Pädiatrie: 27 % vs. Erwachsenenkl. gesamt: 46 %; Pflegepersonal Pädiatrie: 25 % vs. Erwachsenenkl. gesamt: 31 %).

Fragt man die Mitarbeiter, inwieweit sie mit ihrem Gehalt zufrieden sind, so ergeben sich auch hier deutliche Unterschiede: In der Pädiatrie sind 48 % der Ärzte unzufrieden bzw. sehr unzufrieden gegenüber 28 % anderer Disziplinen, und sogar 65 % des pädiatrischen Pflegepersonals sind mit ihrem Gehalt nicht zufrieden (im Vergleich zu 47 % des Pflegepersonals in Erwachsenenkliniken gesamt).

Die Honorarerwartung der Kinder- und Jugendärzte, die sich niederlassen wollen, belief sich bei 38 % auf einen Nettoverdienst zwischen 50.000 und 100.000 EUR, und 41 % erwarteten einen Gewinn zwischen 100.000 und 150.000 EUR im Jahr.

- **Zusammenfassend lässt sich aus diesen Studienergebnissen erkennen, dass sowohl bei den Ärzten als auch den Pflegenden in Kinderkliniken der Eindruck vorherrscht, dass ihnen keine ausreichende Wertschätzung entgegengebracht wird, dass sie insgesamt dem Haus kritischer gegenüber stehen und sie eher mit ihrem Gehalt unzufrieden sind als andere Berufsgruppen im Krankenhaus.**

2.2 Erwartungen der Eltern an den Kinder- und Jugendarzt

2.2.1 Situationsbeschreibung

Im Gesundheitssystem bahnt sich durch die Verschiebung der demografischen Entwicklung in unserer Gesellschaft ein verschärfter

Wettbewerb um finanzielle Ressourcen zwischen der Erwachsenen- und der Kinder- und Jugendmedizin an. Die Kliniken für Kinder und Jugendliche, aber auch die Kinderarztpraxen müssen bereit sein, im Wettbewerb mit den Organfächern ständig innovative Prozesse einzuleiten, um die Versorgung ihrer Patienten, aber auch die der Eltern in Kliniken und Praxen zu verbessern.

Aus diesem Grunde haben Befragungen über die Zufriedenheit der Eltern in der Kinder- und Jugendmedizin in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Danach geben zwar etwa 70 % der Eltern an, dass sie sich ihre Klinik bzw. ihren Kinder- und Jugendarzt bewusst ausgesucht hätten. Doch diese Entscheidung könnte sich schnell ändern.

Elterliche Ansprüche und Ängste, der Wunsch nach permanenter Aufklärung und Mitentscheidungsmöglichkeit schieben sich inzwischen immer mehr in den Vordergrund und müssen bei allen ärztlichen Entscheidungen mit berücksichtigt werden.

Elternurteil zur Arzt-Patient-Kommunikation

- Zuständigkeit der Ärzte für Patienten unklar
- Ärzte antworten unverständlich auf wichtige Fragen
- Befürchtungen werden nicht ausreichend gewürdigt
- Ärzten wird nur mangelndes Vertrauen entgegengebracht
- Ärzte reden in Anwesenheit des Patienten so, als ob dieser nicht da wäre
- Ärzte sind unfreundlich oder wenig verständnisvoll
- Ärzte sind nicht verfügbar, wenn sie gebraucht werden
- Ärzte und/oder Pflegekräfte erteilen widersprüchliche Auskünfte
- Mitentscheidungsmöglichkeiten bei der Behandlung werden als zu gering erachtet
- Untersuchungsergebnisse werden nicht verständlich erklärt

2.2.2 Wünsche der Eltern

Eltern betrachten sich bei der Erkrankung ihres Kindes als gleichwertigen Partner von Ärzten und Pflegepersonal und gehen heute davon aus, dass sie in schweren Stunden, speziell wenn es um einen Klinikaufenthalt geht, bei ihrem Kind bleiben können. Die Tatsache, dass es lange üblich war, den Besuch der Eltern im stationären Bereich auf einen zweistündigen Aufenthalt zweimal in der Woche zu beschränken, klingt heute beinahe wie ein Bericht aus der Steinzeit. Doch erst in den 1970er Jahren wurde diese Regelung in deutschen Kinderkliniken abgeschafft.

Die Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin wird in jedem Falle davon abhängen, ob es uns Kinderärzten gelingt, die Eltern davon zu

überzeugen, dass die Behandlung ihres kranken Kindes nur durch den Spezialisten, nämlich durch den Kinder- und Jugendarzt, erfolgen sollte.

Der Politologe Gerhard F. Riegl führt mit seinem Augsburger Institut für Management im Gesundheitsdienst seit Langem Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit durch. Er konnte schon vor Jahren zeigen, dass zwar etwa 70 % der Eltern Befürworter einer Behandlung in Kinderkliniken sind, dass aber lediglich 30 % die Behandlung ihres kranken Kindes in einer Erwachsenenklinik generell ablehnen. Im Vordergrund aller Beurteilungen durch die Eltern steht immer die Frage, wie zufrieden die Eltern mit der ärztlichen und pflegerischen Leistung sind.

Im Rahmen der bereits angeführten Picker-Studie (► Abschn. 2.1.6) haben über 6000 Eltern in fast 60 Kinderkliniken in Deutschland differenzierte Antworten zum Krankenhausaufenthalt mit ihrem Kind abgegeben. Einige wesentliche Aspekte seien hier knapp referiert.

2.2.3 Kommunikationsdefizite

Betrachtet man den stationären Aufenthalt aus Sicht der Eltern, so beginnen für die Hälfte von ihnen die Probleme schon mit der Parkplatzsuche, 30 % der Eltern sehen zudem Verbesserungsbedarf in der Organisation und 35 % in der Art der Information bei der stationären Aufnahme.

Werden die ärztlichen Leistungen beurteilt, so zeigen sich nach Elternauffassung neben anderen die folgenden Probleme:

- Unfreundlichkeit des Personals (10 %)
- mangelndes Vertrauen in die Ärzte (30 %)
- Wunsch nach größerer Verfügbarkeit der Ärzte (28 %)
- unzureichende Erklärung von Befunden und Untersuchungsergebnissen (46 %)
- nicht zufriedenstellende Beantwortung von Fragen (48 %)

Eine ältere Studie in unserer Klinik (Köln 2001) konnte ebenfalls belegen, dass die ersten Stunden im Krankenhaus von besonderer Bedeutung für die Gesamtbeurteilung der Leistungen einer Kinderklinik sind. Von den dort Befragten äußerten 20 %, dass die persönliche Zuwendung und die Art der Information durch die Ärzte für sie ungenügend gewesen seien.

Einen weiteren auffälligen Gesichtspunkt bildet die Tatsache, dass die Eltern die fachlichen Fähigkeiten der Ärzte insgesamt deutlich besser beurteilen als die persönliche Zuwendung und die Art der ärztlichen Kommunikation. Besonders bemerkenswert war, dass Eltern bei Beurteilung der ärztlichen Leistungen ein deutliches Gefälle zwischen Können, Zuwendung und der Art der Information sahen. Den Kinderkrankenschwestern und -pflegern wurde dagegen kein solcher

■ **Tab. 2.3** Kinderkliniken im Elternurteil (Quelle: Picker Institut Deutschland GmbH 2011)

	Ärzte (%)	Kinderkrankenschwestern (%)
Freundlichkeit	90	89
Vertrauen	72	72
Beantwortung von Fragen	55	75
Erklärung von Untersuchungsergebnissen	54	63

Widerspruch hinsichtlich der fachlichen und kommunikativen Fähigkeiten attestiert.

Die Ergebnisse zur Kommunikation des Pflegepersonals fallen auch in der Picker-Studie deutlich besser aus als die der Ärzte. Hier vermerkten die Eltern allerdings, dass sie zu wenig Mitentscheidungsmöglichkeiten bei Behandlung und Betreuung ihres Kindes hätten (■ Tab. 2.3).

Am wenigsten zufrieden sind Eltern mit dem häufig praktizierten Entlassungsablauf. Hier fühlten sie sich sowohl von den Schwestern als auch von den Ärzten nicht zur Zufriedenheit aufgeklärt. Daneben beklagten die Eltern unzureichende Informationen zu den Fragen:

- wann ihr Kind gewohnte Aktivitäten zu Hause wieder aufnehmen könne (43 %),
- worin mögliche Nebenwirkungen neuer Medikamente bestünden (63 %),
- an wen sie sich bei eventuellen Rückfragen wenden können (40 %).

Diese Angaben entsprechen den Problemhäufigkeiten in der genannten Befragung. Die hier beanstandeten Informationen wurden in der Regel sicherlich alle von der Klinik erteilt, aber offensichtlich nicht so dargestellt, dass Eltern sie verstanden hatten und langfristig erinnern konnten.

Wie sieht es mit der Zufriedenheit der Eltern in der Kinder- und Jugendarztpraxis aus?

Bitzer et al. (Bitzer 2012) haben sich mit dieser Frage in einer aktuellen Untersuchung beschäftigt. Insgesamt wurde die Befragung von 980 Eltern mit einem standardisierten Fragebogen (Kinder-ZAP) ausgewertet. Die Eltern gaben an, dass sie im Durchschnitt bereits 4,6 Jahre bei ihrem Kinderarzt in Behandlung waren. Auf die Frage, welche Faktoren die Zufriedenheit der Eltern besonders negativ beeinflussen, ergaben sich zwei wesentliche Punkte:

- lange Wartezeiten,
- Arztkontakte unter 10 Minuten Länge.

Die Autoren weisen ausdrücklich darauf hin, dass der Grad der allgemeinen Zufriedenheit der Eltern in Kinder- und Jugendarztpraxen

geringer ist als in anderen Fachgebieten. Aus diesem Grunde gehen die Autoren davon aus, dass insgesamt die Eltern die Behandlung und Betreuung ihres kranken Kindes wesentlich kritischer bewerten als erwachsene Patienten.

2.2.4 Kinderkliniken im Wettbewerb

Die zentrale Frage, inwieweit Kinderkliniken für die Eltern ein unverzichtbarer Bestandteil der medizinischen Behandlung ihres Kindes seien, wurde in der Picker-Studie wie folgt beantwortet:

- 56 % der Eltern gaben an, auf jeden Fall in einem erneuten Krankheitsfall wieder in die Kinderklinik zu gehen,
- 34 % sagten sie gingen »wahrscheinlich« wieder in die Kinderklinik,
- 8 % wollten die Kinderklinik nicht wieder mit ihrem kranken Kind aufsuchen.

In der bereits genannten eigenen Studie (Kölfen 2001) wurden die Eltern gebeten, die Schwere der Erkrankung ihres Kindes aus ihrem Blickwinkel einzustufen:

- 34 % vermuteten eine leichte,
- 39 % eine mittelschwere,
- 12 % eine schwere,
- 3,5 % sogar eine sehr schwere Erkrankung.

Die übrigen 12 % sahen sich nicht in der Lage, den Schweregrad der Erkrankung ihres Kindes zu beurteilen. Dazu kommen zwei weitere bedenkenswerte Beobachtungen:

- Je leichter ein Kind nach Einschätzung der Mütter erkrankt war, umso schlechter wurden die sogenannten »Hotelleistungen« der Kinderklinik beurteilt.
- Ein Zusammenhang zwischen ärztlichem Können, Zufriedenheitsgrad der Aufklärung sowie Erkrankungsschwere des Kindes ließ sich dagegen nicht erkennen.

Die ärztlichen und pflegerischen Kernkompetenzen wurden nicht unterschiedlich und auch nicht in Abhängigkeit von der Mitaufnahme eines Elternteils, meist der Mutter, beurteilt. Fragte man die Eltern nach ihrer Einschätzung bezüglich der Kinder- und Elternfreundlichkeit einer Klinik, konnte später hier eine enge Korrelation in der Wahrnehmung der Leistungen von Ärzten und Pflegekräften festgestellt werden: Die Eltern, welche die Klinik als freundlich empfanden, gaben auch die besten Noten für ärztliches Können und ärztliche Zuwendung sowie für die Art der Informationsweitergabe an die Eltern. Freundlichkeit, Serviceorientierung und Verbindlichkeit in den Aussagen forcierten die gute Beurteilung der Eltern am stärksten.

Ein weiterer Aspekt der Gesamtbetrachtung der Klinikleistung ist hervorzuheben: Man hatte das mitaufgenommene Elternteil befragt, wie sie ihre eigene seelische Verfassung während des stationären Aufenthalts bezeichnen würden. Trotz der Erkrankung ihres Kindes fühlten sich 16 % der Befragten sehr gut, 42 % gut, 32 % zufriedenstellend und lediglich 8 % schlecht bzw. 1 % sehr schlecht. Diejenigen Mütter, die sich während des stationären Aufenthalts als seelisch instabil empfanden, vergaben signifikant schlechtere Werte für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen. Vor allem die Kommunikationsfähigkeit der Ärzte wurde dann als wesentlich schlechter wahrgenommen und entsprechend abgewertet.

2.2.5 Vergleich mit anderen Fachbereichen

- Wie sind die Elternurteile verglichen zu anderen Fachabteilungen einzuordnen?
- Wie beantworten Patienten, die einen stationären Aufenthalt in Innerer Medizin oder Geburtshilfe absolviert hatten, dieselben Fragen?

➤ **Überlegen Sie bitte einen Augenblick bevor Sie weiterlesen. Sind Ihrer Erwartung nach die Beurteilungen wohl besser, schlechter oder gleich gut?**

Gehen wir noch einmal zurück zu der Beurteilung der Picker-Studie. Vergleicht man die Beurteilung der Eltern mit den Ergebnissen aus den Erwachsenen-Kliniken, dann ergeben sich erhebliche Unterschiede in der Wahrnehmung. Im Vergleich zur Inneren Medizin und zur Geburtshilfe schneiden die Kinderkliniken in Bezug auf Freundlichkeit und Vertrauen, sowohl bei den Ärzten als auch Pflegekräften, gleich oder besser ab.

Deutlich schlechtere Werte ergeben sich allerdings bei den kommunikativen Fähigkeiten der Ärzte aus den Kinderkliniken. Dieses Problem gab es in der Inneren Medizin und in der Geburtshilfe in wesentlich geringerem Maße.

Nicht nur die elterlichen Fragen wurden demnach schlechter beantwortet, sondern auch die Verständlichkeit des Arztgesprächs wurde von den Eltern beim Kinderarzt kritischer gesehen (■ Abb. 2.2, ■ Abb. 2.3, ■ Abb. 2.4, ■ Abb. 2.5).

2.2.6 Was sagen Imagestudien aus?

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass all diesen Studien zugrunde liegt, dass die Eltern heute höchste Ansprüche an die kommunikativen Fähigkeiten der Ärzte und Pflegekräften sowohl in den Kliniken als auch in den Praxen stellen. Je besser die Kinder- und Jugendärzte in der Lage sind, Diagnose und Therapie zu erklären und