

Die 5 häufigsten Fehler bei der Kommunikation im Krankenhaus

Was Sie beachten sollten,
Tipps und Tricks für die
Praxis.

Die 5 häufigsten Fehler bei der Kommunikation im Krankenhaus

Was Sie beachten sollten, Tipps und Tricks für die Praxis.

Mit guter Kommunikation und Humor gelingt alles, - ohne nichts. 90 % der Konflikte in der Arbeit sind auf zwischenmenschliche Differenzen zurückzuführen und nicht auf Differenzen bei Sachthemen. Letztendlich kommt es immer auf die Beziehung zum Gegenüber an. Ich vermittele klare, praktische und maßgeschneiderte Strategien, die Ihnen helfen, besser in der Arbeit und im Leben voranzukommen.

Ging es Ihnen auch schon mal so, dass Sie Ihr Gegenüber genauso behandelt haben, wie Sie behandelt und angesprochen werden möchten, aber anstatt, dass das gewürdigt wurde, hat sich die Stimmung nur verschlechtert und die Situation eskalierte? Das liegt daran, dass die sogenannte „goldene“ Regel der Kommunikation, den anderen so zu behandeln, wie man selbst behandelt werden möchte, Mist ist. Hier erfahren Sie, warum das so ist und was Sie stattdessen tun können, sowie weitere nützliche Strategien, die Ihnen den Umgang mit anderen erleichtern.

Über den Autor:



Dr. med. Mark Weinert, DESA, Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin, Notarzt

- 20 Jahre im Krankenhaus als Arzt tätig
- Seit über 10 Jahren international unterwegs als Trainer für Führungskräfte in der Medizin und anderen High-Risk Industries.
- Gesamte Biografie [hier](#). Trainerprofil [hier](#). Kontakt [hier](#).

1. Man unterbricht zu früh



Ja, das tut man. Natürlich nicht Sie, Sie können das besser. Doch jetzt hören Sie mir erst mal zu. Im Durchschnitt dauert es elf Sekunden, bis ein Arzt seinen Patienten unterbricht (Singh Ospina et al., 2019). Im Rahmen der Studie sind sogar Ärzte beobachtet worden, die den Patienten schon nach drei (!) Sekunden unterbrechen. Ja, wir haben wenig Zeit. Wenn wir allerdings nicht wissen, warum der Patient zu uns kommt – und das wissen wir nicht, wenn wir ihm nicht zuhören –, dann dauert das Gespräch *länger*. Richtig, je früher ein Arzt einen Patienten unterbricht, weil er meint, er wisse, worauf der Patient hinauswill, desto länger dauert die Konversation und desto weniger weiß der Arzt letztendlich darüber, was der Patient von ihm will. Denn in vielen Fällen ist die als Erstes vorgetragene Beschwerde nicht die wesentliche, wegen der der Patient zum Arzt kommt. Ist das überraschend? Dass man nicht mit der Tür ins Haus fällt? Eigentlich nicht. In den allermeisten Ländern ist das so, dass man erst ein bisschen um den heißen Brei herumredet, bevor man auf die Hämorrhoiden zu sprechen kommt. In derselben Studie kam heraus, dass nur 36 % der konsultierten Ärzte den eigentlichen Grund für den Besuch herausfanden. Nicht mal die Hälfte der Ärzte wusste am Schluss, warum der Patient wirklich zu ihnen gekommen war, und behandelten bzw. verschrieben etwas für ein nebensächliches Problem. Falls der Patient dazu kommt, sein Hauptanliegen in den ersten Sekunden zu äußern, wird er sogar *noch schneller*

unterbrochen, da der Arzt dann sofort auf das Symptom anspringt. Studien dieser Art sind in den letzten dreißig Jahren mehrfach durchgeführt worden und wenig überraschend hat sich die Zeit bis zur Unterbrechung immer weiter verkürzt. Das deckt sich mit meinen persönlichen Erfahrungen, als Arzt und als Patient, sowie den Erfahrungen aller, mit denen ich darüber gesprochen habe. Ein Arzt, der den Eindruck erweckt, er werde sich für den Patienten Zeit nehmen, ist meistens kein Arzt, sondern ein Heilpraktiker. Denn diese werden für ein ausführliches Anamnesegespräch bezahlt. Was also tun? Sollten wir etwas ändern? Selbst heute noch ist die Anamnese das entscheidendste diagnostische Werkzeug, das wir als Arzt haben. Die gute Anamnese gibt uns die Hinweise, welche diagnostische Tests und Methoden wir anwenden sollten. Das wiederum spart auch Kosten. Der Leitsatz von Willam Osler „Just listen to your patient, he is telling you the diagnosis.“ (Sturdy, 2000) wurde von einer Studie bestätigt, die zeigte, dass in 80 % der Fälle die Diagnose rein durch die Anamnese gestellt wurde (Hampton et al., 1975). Das war vor über 45 Jahren und siehe da, daran hat sich bis heute nicht viel geändert. Ein Beispiel: Die beste Art und Weise, klinisch relevante Gerinnungsstörungen aufzudecken, bleibt die Anamnese. Weshalb Anästhesisten bei einer unauffälligen Anamnese (Schlimp, 2021) eine zentrale Regionalanästhesie anlegen können, ohne ein Labor mit Quick, PPT, INR, Thrombozyten und Fibrinogen zu fordern, wenn die (Blutungs-)Anamnese unauffällig ist. Dafür muss man sie abgefragt haben. Nebenbei bemerkt, wird die häufigste relevante Gerinnungsstörung, das Von-Willebrand-Syndrom, nicht durch unsere o. g. gängigen Test erkannt. Wohl aber durch eine auffällige Anamnese.

Unabhängig davon, dass es sinnvoll ist, herauszufinden, warum ein Patient zum Arzt geht, und es auch für beide Seiten wesentlich angenehmer ist, kein gehetztes Gespräch zu führen, gibt es noch einen weiteren Grund, den anderen ausreden zu lassen. Und zwar für genau diejenigen, die jetzt denken, dafür habe ich doch keine Zeit. Denn: Wenn ich den anderen am Anfang ausreden lasse, wird das Gespräch insgesamt kürzer! Ganz nebenbei steigt die Patientenzufriedenheit mit dem behandelnden Arzt.

Fazit: Den Patienten (oder auch den Kollegen, von Partnern will ich gar nicht erst anfangen) ausreden zu lassen, oder zumindest in den ersten 30 Sekunden nicht zu unterbrechen,

- spart Zeit,
- spart Geld,
- hilft bei der richtigen Diagnose und Behandlung und
- erhöht die Zufriedenheit beider Parteien.

2. Man zeigt zu wenig Mitgefühl



Wozu überhaupt Mitgefühl? Der Arzt soll fachlich qualifiziert sein und so dem Patienten helfen. Empathie oder Gefühlsduselei kommt in einer leitliniengerechten Therapie nicht vor und ist überhaupt eher hinderlich, wenn man in Notfällen schnell handeln und objektiv entscheiden muss, oder? Die kurze Antwort lautet: Das ist falsch.

- Mitgefühl hat einen messbaren positiven Effekt auf das Therapie-*Outcome* des Patienten.
- Mitgefühl hat einen messbaren Effekt auf die *Kostensenkung, Effizienz* und *höhere Versorgungsqualität*.
- Mitgefühl hat einen messbaren Effekt zur Steigerung der *Resilienz* von Ärzten und trägt messbar zur Burnout-Prophylaxe bei.

Das war oft das Wort „messbar“. Weil es wichtig ist, klarzustellen, dass Mitgefühl kein „Nice to have“ ist. Mitgefühl ist kein Dessert nach dem Hauptgericht erstklassiger medizinischer Versorgung, sondern die medizinische Versorgung mit den beteiligten Patienten, Ärzten und anderem Gesundheitspersonal leidet, wenn das Mitgefühl zu kurz kommt. Mitgefühl ist essenziell für eine gute Patientenversorgung. Bestens wissenschaftlich dokumentiert und nachgewiesen hat das Dr. Stephen Trzeciak in seinem 374 Seiten langen systemischen Review über Compassion. In das Review sind mehr als 1000 Artikel der besten Universitäten der Welt eingeflossen. Dabei ist Trzeciak eigentlich Intensivmediziner und war anfangs überzeugt, er würde das Gegenteil finden. Da er der Autor mit den meisten Impact-Punkten seiner Universität war, wurde er von dem Dekan der Universität beauftragt, herauszufinden, ob Mitgefühl eine Rolle an ihrer Universität spielen kann und soll. Das war tatsächlich der Ausgangspunkt seiner Suche nach wissenschaftlicher Evidenz, die in dem Buch „Compassionomics“ endete (Trzeciak, Stephen, Mazzarelli, 2019).

An dieser Stelle sind ein paar Begriffsdefinitionen notwendig, da *Sympathie*, *Empathie* und *Mitgefühl* (Compassion) keine Synonyme sind und der Unterschied entscheidend ist.

- *Sympathie* bedeutet, jemand ist mir sympathisch, ich *mag* den anderen.
- *Empathie* bedeutet, ich kann mich in den anderen hineinversetzen und ggf. sein Leid nachfühlen. Man kann Empathie empfinden, ohne denjenigen zu mögen bzw. ohne dass einem der andere sympathisch ist. Wenn sich jemand mit dem Hammer auf den Daumen schlägt und ich beobachte das, kann ich denken und nachfühlen: „Das muss weh tun!“ Egal, ob ich dem anderen wohlgesonnen bin oder nicht.
- *Mitgefühl* (Compassion) bedeutet, man fühlt den Schmerz des anderen und ist motiviert, ihm zu helfen. Mitgefühl ist Empathie plus dem Drang zum Handeln.

Empathie ist Gefühl.

Mitgefühl ist Aktion.

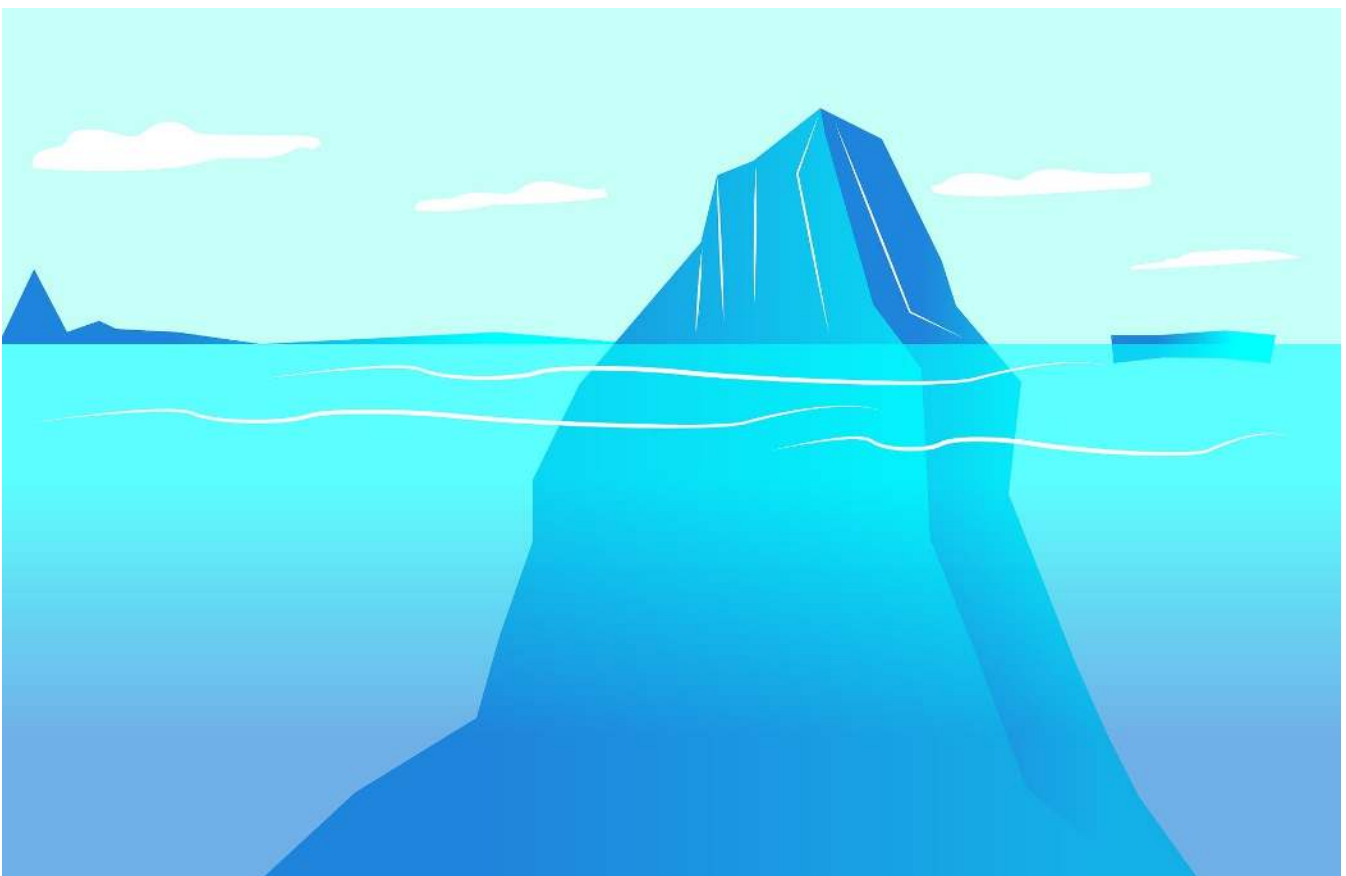
Das erklärt auch ein Phänomen, das inzwischen gut untersucht ist: Wer zu viel Empathie zeigt, ist stärker gefährdet für Burnout, gerade im Krankenhaus und in Gesundheitsberufen ein sehr verbreitetes Phänomen (Trzeciak et al., 2017). Wer allerdings Mitgefühl hat, der ist *weniger* gefährdet für Burnout und Depression. Wie kommt das? Wer nur mitleidet, ohne aktiv etwas zu tun, der leidet passiv. Er empfindet dabei Hilflosigkeit. Gelernte Hilflosigkeit führt zu Depression, PTSS, und Burnout (*Toothless Skull Raises Questions about Compassion among Human Ancestors - Scientific American*, n.d.). Wer hingegen mitfühlt und aktiv an der Verbesserung des Zustandes des anderen mitwirkt, hat das Gefühl, wirksam zu sein. Weiterhin identifiziert man sich bei Empathie mit dem Leiden des anderen, beim Mitgefühl kann man differenzieren, dass das Leid nicht das eigene ist. Wenn man dann auch noch in der Lage ist, zu helfen, oder es zumindest versucht, dann wird das Belohnungssystem im Gehirn aktiviert. Das wurde mit funktionalem MRT (Klimecki et al., 2013) nachgewiesen. Es gibt also ein neurophysiologisches Korrelat dafür, dass Empathie und Mitgefühl verschiedene Dinge sind, sowie dafür, dass das eine eher zu Burnout führt und das andere vor Burnout schützt und die eigene Resilienz erhöht. Also her mit dem Mitgefühl!

Nun die schlechte Nachricht: Man kann Mitgefühl verlernen. Und es ist gut untersucht, wann wir Mitgefühl verlernen: während wir Arzt werden. In der „Arztschule“, während des Studiums und in der Weiterbildung zum Facharzt. Nicht eine, sondern viele Studien haben über Jahrzehnte und weltweit gezeigt, dass Mitgefühl und Mitgefühlsäußerungen im Zuge der Mediziner Ausbildung zugunsten von auf Fakten fokussierter und sachlicher Kommunikation abnimmt. Denn das ist es, was von uns täglich gefordert und erwartet wird. (Trzeciak, Stephen, Mazzairelli, 2019). Wenn Sie der Meinung sind, Sie seien nicht so der gefühlsduselige Mensch, das sei halt so und daran könne man auch nichts ändern (Fixed Mindset), hier die gute Nachricht: Mitgefühl kann man lernen. Manchen fällt das leichter als anderen. Es ist jedoch jedem möglich. Dauert ein Arzt-Patienten-Gespräch, in dem der Arzt Mitgefühl ausdrückt, länger? Ja. Und zwar im Durchschnitt vierzig Sekunden. Vierzig Sekunden.

Fazit:

- Sympathie, Empathie und Mitgefühl sind verschiedene Dinge.
- Zu viel Empathie kann schädlich sein.
- Mitgefühl stärkt die Resilienz von Ärzten und hat einen klinisch messbaren Mehrwert.
- Mitgefühl verbessert das Outcome der Patienten, senkt Kosten und verbessert die Effizienz.
- Mitgefühl kann man (wieder) lernen.

3. Man kann nur auf der Sachebene kommunizieren



Nachdem wir viel über Gefühl gesprochen haben, sollten wir mal zur Sachebene kommen, oder? Und ja, man kann auf der Sachebene kommunizieren, aber eben nicht nur. Ohne hier mit alten Hüten und Ohren von Schulz von Thun anzufangen. Jeder Satz, den wir von uns geben, hat eine Sachinformation, die mal mehr, mal weniger nützlich ist, und eine unterliegende emotionale Information. Und diese wird zu ca. 90 % nonverbal bzw. paraverbal transportiert. *Wie* wir etwas sagen, ist mindestens genauso wichtig wie der Inhalt, den wir transportieren möchten. Das geht schon mit dem einfachsten Satz los, den man im Deutschen sagen kann: Ja. Ein „Ja“ kann je nach Betonung, Mimik, Gestik und Körperhaltung über 150 verschiedene Bedeutungen haben. Es kann sogar „Nein“ bedeuten. Wenn man also meint, man könne nur auf der Sachebene kommunizieren, und damit würde jedes Missverständnis ausgeräumt, der irrt sich gewaltig. Gerade da beginnen die Missverständnisse. Ungefähr 90 % der Probleme bei der Arbeit sind auf zwischenmenschliche Differenzen zurückzuführen und nicht auf Differenzen bei Sachthemen. Stellen Sie sich einfach vor, Sie sagen „Ja“, verschränken dabei die Arme, lehnen sich zurück und heben skeptisch die Augenbrauen. Oder Sie sagen „Ja“, lehnen sich vor und lächeln offen. Oder Sie sagen gelangweilt: „Ja, ja ...“ Hier ein echtes Beispiel aus einem Kommunikationstraining für Hebammen und werdende Mütter. Alle „Bedeutungen“ der Aussage, und wie sie verstanden wurden, kamen von Müttern und Hebammen.

Der Satz „Meine Wehen sind jetzt stärker“ einer werdenden Mutter zur Hebamme kann bedeuten: Meine Wehen sind jetzt stärker. Eine rein quantitative Aussage. Vorher 3, jetzt 5 auf einer Schmerzskala. Die berühmte Sachebene.

Er kann allerdings auch bedeuten:

- Geben Sie mir ein Schmerzmittel!
- Jetzt geht es los.
- Ist das normal?
- Ich benötige Ihre Hilfe.
- Ich weiß nicht, was ich tun soll.
- Sagen Sie mir, was ich tun soll.
- Es ist unangenehm für mich, aber ich halte es noch aus.
- Ich hoffe, es ist bald zu Ende.

Das ist die eine Seite. Die andere Seite ist die der Hebamme. Sie kann die Aussage so verstehen: Die Wehen sind jetzt stärker. Und genauso kann sie verstehen:

- Es geht jetzt los, prima.
- Ich soll ihr ein Schmerzmittel geben.
- Ich soll sie anleiten.
- Sie kommt gut zurecht.
- Sie kommt nicht gut zurecht.

Das Entscheidende einer Kommunikation sind meist nicht die reinen Worte, die gesprochen werden. Nur wer sich dessen bewusst ist und daran arbeitet, kann Missverständnissen vorbeugen und seine Kommunikation verbessern. Selbst- und Fremdbild, was die eigene Kommunikationsfähigkeit anbelangt, liegen hier oft weit auseinander, sodass viele Mediziner gar nicht wissen, wie Sie überkommen.

Fazit:

- Der Ton macht die Musik, und der schwingt immer mit.
- Es ist nicht möglich, nur auf der Sachebene zu kommunizieren.
- 90 % der Probleme bei der Arbeit sind auf zwischenmenschliche Differenzen zurückzuführen und nicht auf Differenzen bei Sachthemen.

4. Eine E-Mail ersetzt kein Gespräch



Als Faustregel kann man sich merken: Je wichtiger das Thema ist und je mehr Emotionen bei Ihnen oder dem anderen damit verbunden sind, desto näher muss ich dem anderen kommen. Dabei meine ich nicht, dass Sie ihm Nase an Nase auf die Pelle rücken sollen, sondern dass eine E-Mail nicht ausreicht. Es muss mindestens ein Telefonat sein, damit der andere meinen Tonfall hören kann. Besser ein persönliches Treffen. Warum? Wie wir oben gesehen haben, können wir nicht nur auf der Sachebene kommunizieren und 90 % der Kommunikation findet eben nicht mit tonlosen Worten statt. Auch wenn die E-Mail tonlos daherkommt, lesen wir sie mit einem Tonfall im eigenen Kopf. Nur ist dieser Tonfall in den allermeisten Fällen nicht der, den der Absender im Kopf hatte, als er die E-Mail geschrieben hat. Das wurde von Justin Kruger untersucht. In „Egocentrism Over E-Mail: Can We Communicate as Well as We Think?“ (Kruger et al., 2005) fasst er seine Ergebnisse zusammen. Dabei wird klar, dass wir nicht nur falsch einschätzen, was der emotionale Unterton der E-Mail ist, den der Absender im Kopf hatte. Sondern auch wir selbst sind besonders sicher, dass der andere den Ton der E-Mail richtig verstehen wird, die wir schreiben (obwohl dem meist nicht so ist).

Aus zwei Gründen: Erstens hören wir unseren Tonfall, wenn wir den Text schreiben, zweitens fällt es uns schwer, uns in andere hineinzusetzen. Hier kommt wieder die fehlende oder mangelnde Empathie ins Spiel. Wir sind beim Schreiben der E-Mail mehr bei uns, als dass wir uns in den anderen hineinversetzen. Das ist verständlich und führt leider immer wieder zu Problemen. Natürlich ist die E-Mail eines der Hauptkommunikations- und Informationsmittel bei der Arbeit. Falls es jedoch um wichtige Dinge geht, oder es sich abzeichnet, dass sich ein Konflikt anbahnt, dann greifen Sie zum Telefon oder, besser noch, kommen persönlich vorbei. Das schreibt unter anderem Justin Kerr in seinem Buch „How to Be Great at Your Job“ (Justin Kerr, 2018). Der arbeitet zwar nicht im Krankenhaus, war allerdings C-Level Executive bei Firmen wie Levi's, Gap und Old Navy. Mit anderen Worten: Der schreibt wahrscheinlich mehr und schneller E-Mails, als die meisten einen OP-Bericht diktieren können, und gerade deshalb geht er persönlich hin, wenn es wichtig ist.

Fazit:

- Wir sind schlecht darin, einzuschätzen, wie und ob der emotionale Ton unserer E-Mail verstanden wird.
- Wir lesen eine E-Mail immer mit unserer Stimme im Kopf mit, dieser Tonfall gibt dem Text die emotionale Botschaft. Das ist allerdings häufig nicht die, die der Sender im Kopf hatte.
- Differenzen werden nicht durch E-Mails aus der Welt geschafft, sondern verstärkt.
- Je wichtiger die Angelegenheit, desto mehr persönlichen Kontakt braucht es.

5. Die Goldene Regel ist Mist



Die goldene Regel der Kommunikation ist Mist! Entdecken Sie die Platinregel der Kommunikation und entwickeln Sie Beziehungen und Vertrauen zu Mitarbeitern und Kollegen wie nie zuvor. Oft wird von der goldenen Regel der Kommunikation gesprochen. Diese besagt, man solle andere Menschen so behandeln, wie man selbst gerne behandelt werden möchte. Das hört sich auf den ersten Moment schlüssig und logisch an. Der entscheidende Denkfehler dabei ist: Nicht alle Menschen wollen gleichbehandelt werden. Und die Unterschiede dabei sind größer, als man zuerst annehmen mag. Ein etwas extremes Beispiel: Vor einigen Jahren fragte ich einen chirurgischen Kollegen, warum er es schon so lange in einer Abteilung aushält, die einen cholerischen Chef hat, der seine Mitarbeiter in regelmäßigen Abständen, oft sogar täglich, anschreit. Ich konnte das nicht nachvollziehen und auch bei der damals schlechten Stellensituation hätte ich es in dieser Abteilung nicht lange ausgehalten. Die Antwort des Kollegen hätte mich nicht mehr verblüffen können: Er sagte mir, er möge es, angeschrien zu werden, das würde ihn motivieren, sein Bestes zu geben. Auch wenn er damit zu einer absoluten Minderheit der Menschen gehört und ich keine Werbung für laute oder cholerischen Kollegen machen möchte, ist eines sicher: Ich würde nicht so behandelt werden wollen, wie er das gern hat. Ein weniger drastisches Beispiel: Viele Menschen sind motiviert, Anerkennung für ihre (gute) Arbeit zu bekommen. Sie möchten hören, dass sie etwas gut gemacht haben, eine gute Idee hatten oder korrekt und schnell gearbeitet haben. Das ist jetzt erst mal nichts Außergewöhnliches und vielleicht geht es Ihnen ja genauso. Andere Menschen hingegen möchten (zuerst) als Mensch gesehen werden, bevor sie nach ihrer Leistung beurteilt werden. Sie möchten, dass der andere sie als Mensch sieht und akzeptiert. Auch das ist nichts Ungewöhnliches oder Besonderes. Jedoch unterscheidet es sich deutlich von der vorherigen Motivation. Stellen Sie sich vor, der erste Kollege wendet die goldene Regel der Kommunikation an, im besten Sinne, weil er den anderen loben und motivieren möchte. Er lobt die Arbeit. Großartig gemacht, schnell gemacht usw. Der andere hört das zwar, er denkt sich allerdings: Der sieht nur meine Arbeit, als Mensch bin ich dem völlig egal, hier könnte auch ein Roboter stehen, das würde er wahrscheinlich nicht einmal merken. Und ist frustriert

Dabei hat es der andere doch richtig gut gemeint! Der andere möchte so behandelt werden, wie er es möchte, nicht so, wie es für Sie am angenehmsten wäre. Solche Missverständnisse gibt es täglich und sie tragen zur Demotivation von Mitarbeitern, Kollegen und Patienten bei. Die Bedürfnisse der Menschen sind hier individuell sehr unterschiedlich. Sie nicht zu kennen und von sich auf andere zu schließen, ist ein Kurzschluss, der bei manchen die Sicherung durchbrennen lässt.

Und wie finde ich jetzt heraus, was den anderen motiviert? Gesetzt den Fall, ich möchte mit dem Gegenüber eine positive Beziehung haben und ihn aufnahmefähig machen für das, was ich möchte. Die gute Nachricht ist: Das geht. Der andere gibt Ihnen deutliche Hinweise, die jeder lesen lernen kann. Die fünf Verhaltenshinweise *Worte, Tonfall, Gestik, Mimik* und *Haltung* verraten, was dem anderen wichtig ist und wie er angesprochen und behandelt werden möchte, um ein offenes Ohr für Ihr Anliegen zu haben. Und dass der andere ihnen zuhört und offen für ihre Vorschläge ist, möchten die meisten Menschen. Die Hinweise zeigen uns, was dem anderen wichtig ist. Sie verstehen zu lernen, ist der Schlüssel für gelungene Kommunikation. Validiert, jahrzehntelang erprobt und erfolgreich im Einsatz bei der NASA, BMW, Pixar, der Lufthansa und eben auch in einigen Krankenhäusern. Wie das konkret funktioniert, überschreitet bei Weitem das, was in diesem kurzen E-Book dargestellt werden kann.

Wenn Sie wissen möchten, wie das geht, können Sie es [hier](#) erfahren und von mir lernen. Seit über zehn Jahren gebe ich Kommunikationstrainings für Führungskräfte in der Medizin und bin spezialisiert auf Kommunikation im Krankenhaus. Dabei ist es völlig unerheblich, ob Sie mit Patienten, Kollegen, Vorgesetzten oder anderen Professionen kommunizieren möchten. Die Prinzipien sind immer die gleichen und sie funktionieren auch im privaten Umfeld, mit dem Partner oder den Kindern. Erfahren Sie mehr unter www.drweinert.com oder seien Sie mutig und melden Sie sich zu [diesem Seminar](#) an. Für die Seminare gibt es von den Ärztekammern im Durchschnitt 25 CME Punkte.

Zusammenfassung:

Fachlich sind wir meistens gut bis sehr gut, weil fachliche Themen 99 % unserer Aus-, Fort- und Weiterbildung ausmachen.

90 % der Probleme bei der Arbeit sind allerdings auf zwischenmenschliche Differenzen zurückzuführen und nicht auf Differenzen bei Sachthemen.

Hier findet Training so gut wie nicht statt. Die gute Nachricht: Das kann man ebenso gut lernen, wie mit einem Ultraschallgerät umzugehen.

Den anderen zuerst 30 Sekunden reden zu lassen, bevor man ihn unterbricht, macht einen schon zu einem besseren Arzt, der allein durch diesen simplen Trick mehr erfährt und positiver wahrgenommen wird.

Die Medizin befindet sich in einer Mitgeföhlskrise. Das Hineinversetzen in den anderen bringt viele Vorteile, medizinisch, menschlich und wirtschaftlich, die gut dokumentiert und erforscht sind.

Man kann nicht nur auf der Sachebene kommunizieren. Jede Botschaft hat einen emotionalen Unterton, der die Musik ausmacht und bestimmt, wie unsere Sachinformation verstanden wird.

Je wichtiger das Thema, desto persönlicher muss das Gespräch sein. E-Mails transportieren keinen oder meist den falschen emotionalen Ton und sind nicht geeignet, Konflikte aus der Welt zu schaffen, sondern verschärfen diese eher nur.

Die „Goldene Regel der Kommunikation“ ist Mist. Menschen wollen auf unterschiedliche Weise angesprochen werden. Das kann sehr von dem, wie wir das gerne hätten, abweichen. Und wenn wir das nicht berücksichtigen, können wir Konflikte verschärfen, schaffen und ausgiebig demotivieren, obwohl wir in bester Absicht handeln. Die Platinregel der Kommunikation ist, den anderen so anzusprechen, wie er gerne angesprochen werden möchte.

Die gute Nachricht: All das kann man lernen!

Was sind die Schritte zu besserer und optimaler Kommunikation um die Beziehungen zu Ihren Patienten und Kollegen zu verbessern, damit die tägliche Arbeit leichter, menschlicher und effektiver wird?

1. Sich selbst verstehen. Selbsterkenntnis ist laut einer Studie der Cornell Universität die Top Eigenschaft von herausragenden Führungskräften (*In Business Nice Guys Finish First | AMA, n.d.*). Und die kann man lernen.

2. Den anderen entschlüsseln und verstehen

3. Beides zusammensetzen und so Vertrauen aufbauen und optimal kommunizieren

Welcher Schritt ist für Sie der Erste?

Online-Training "**Der Schlüssel zu mir**" für Selbsterkenntnis mit 1:1-Online-Debriefing

([Klicken Sie hier](#) für Information und Anmeldung)

Full On **3 Tage Präsenz Kommunikationstraining**

([Klicken Sie hier](#) für Information und Anmeldung)

Oder vereinbaren Sie ein **kostenloses Beratungsgespräch** und finden Sie heraus, was am besten zu Ihnen passt und welche Ziele Sie erreichen möchten.

([Klicken Sie hier](#) für Information und Anmeldung)



Der Autor:

Dr. med. Mark Weinert, DESA, Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin, Notarzt

Über 20 Jahre im Krankenhaus als Arzt tätig

Seit über 10 Jahren international unterwegs als Trainer für Führungskräfte in der Medizin und andern High-Risk Industries.

Gesamte Biografie [hier](#).

Trainerprofil [hier](#).

Kontakt [hier](#).

Literatur:

Schlimp, C. (n.d.). *Empfehlung der Arbeitsgruppe Perioperative Gerinnung der ÖGARI zum Thema: Regionalanästhesie unter gerinnungshemmender Medikation Arbeitsgruppe Perioperative Gerinnung*. Retrieved February 8, 2021, from <https://www.oegari.at/arbeitsgruppen/arge-perioperative-gerinnung>

Hampton, J. R., Harrison, M. J. G., Mitchell, J. R. A., Prichard, J. S., & Seymour, C. (1975). Relative Contributions of History-taking, Physical Examination, and Laboratory Investigation to Diagnosis and Management of Medical Outpatients. *British Medical Journal*, *2*(5969), 486–489. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5969.486>

In Business Nice Guys Finish First | AMA. (n.d.). Retrieved February 25, 2021, from <https://www.amanet.org/articles/new-study-shows-nice-guys-finish-first/>

Justin Kerr. (2018). *How to Be Great at Your Job: Get things done. Get the credit. Get ahead*. Chronicle Books.

Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2013). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *9*(6), 873–879. <https://doi.org/10.1093/scan/nst060>

Kruger, J., Epley, N., Parker, J., & Ng, Z. W. (2005). Egocentrism over E-mail: Can we communicate as well as we think? *Journal of Personality and Social Psychology*, *89*(6), 925–936. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.6.925>

Singh Ospina, N., Phillips, K. A., Rodriguez-Gutierrez, R., Castaneda-Guarderas, A., Gionfriddo, M. R., Branda, M. E., & Montori, V. M. (2019). Eliciting the Patient's Agenda- Secondary Analysis of Recorded Clinical Encounters. *Journal of General Internal Medicine*, *34*(1), 36–40. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4540-5>

Sturdy, S. (2000). William Osler: A Life in Medicine. *BMJ*, 321(7268), 1087.

<https://doi.org/10.1136/bmj.321.7268.1087/a>

Toothless Skull Raises Questions about Compassion among Human Ancestors - Scientific American.

(n.d.). Retrieved July 29, 2020, from <https://www.scientificamerican.com/article/toothless-skull-raises-qu/>

Trzeciak, S., Roberts, B. W., & Mazzairelli, A. J. (2017). Compassionomics: Hypothesis and experimental approach. *Medical Hypotheses*, 107, 92–97.

<https://doi.org/10.1016/j.mehy.2017.08.015>

Trzekiak, Stephen, Mazzairelli, A. (2019). *Compassionomics: The Revolutionary Scientific Evidence That Caring Makes a Difference*: Amazon.de: Trzekiak, Stephen, Mazzairelli, Anthony

Die 5 häufigsten Fehler bei der Kommunikation im Krankenhaus

Mit guter Kommunikation und Humor gelingt alles, - ohne nichts. 90 % der Konflikte in der Arbeit sind auf zwischenmenschliche Differenzen zurückzuführen und nicht auf Differenzen bei Sachthemen. Letztendlich kommt es immer auf die Beziehung zum Gegenüber an. Ich vermittele klare, praktische und maßgeschneiderte Strategien, die Ihnen helfen, besser in der Arbeit und im Leben voranzukommen.

Zu gute Letzt: Wenn Sie denken oder glauben, dass dieses E-Book für andere nützlich sein könnte, dann teilen Sie es gerne über diesen [Link!](#)

