Ausgabe 2|2020

acm journal

Zeitschrift für christliche Mediziner

acm arbeitsgemeinschaft christlicher mediziner
Eine Fachgruppe der akademiker_smd

KOMMUNIKATION

_Vom Hören, Sagen und Verstehen

freepik.com

EDITORIAL

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Freunde und Mitglieder der ACM,

je länger die Zeit dauert, in der wir Kontaktbeschränkungen einhalten, umso mehr fehlt uns der lebendige Austausch mit anderen: mit unseren Freunden, Bekannten und Verwandten. Wir merken einmal mehr, dass wir als Beziehungswesen gedacht und gemacht worden sind.

Intensive Gespräche und Begegnungen im realen und nicht nur im digitalen Leben tun uns gut und berühren unser Herz.
„Das Gespräch lebt nicht von der Mitteilung, sondern von der Teilnahme“, sagte Ernst Reinhard, ein Schweizer Publizist – und ich finde, damit hat er vollkommen recht. Gerade in der Medizin ist es wichtig, dass wir als Ärzte unseren Patienten nicht nur eine Diagnose und mögliche Therapie mitteilen, sondern dass wir auch an ihrem Erleben, ihren Ängsten und Gefühlen Anteil nehmen. Und, wie es Peter Drucker, US-amerikanischer Ökonom, ausdrückt: „Das Wichtigste an Kommunikation ist, zu hören, was nicht gesagt wird.“

Allerdings fällt es manchmal schon schwer, zu hören, was gesagt wurde. Wie soll man dann noch verstehen, was nicht gesagt wurde? Kommunikation ist nicht nur die Lösung, sondern leider oft auch die Ursache vieler menschlicher Probleme. Als Ärzte kommunizieren wir täglich von morgens bis abends – mit Patienten und deren Angehörigen und ebenso mit ärztlichen Kollegen und anderen Mitarbeitenden.
Als Christen kommunizieren wir auch mit Gott, an den wir glauben und mit dem und für den wir leben. „Beten ist Reden mit Gott und Hören“, haben wir früher im Jugendkreis gesungen. Und ich merke: Das funktioniert mal mehr, mal weniger gut. Ganz praktische Tipps für den Alltag gibt Gernot Spies in seinem Artikel: Leben mit dem Gott, der redet.

Ich wünsche dem Journal, dass es nicht nur gelesen wird, sondern dass wir vielleicht jemanden finden, mit dem wir über den einen oder anderen Gedanken reden können. So ein Gespräch kann uns bereichern.

Viel Freude bei der Lektüre,

Debora Langenberg

Dr. med. Debora Langenberg

freepik.com © wirestock / © rawpixel.com

INHALT

LEBEN MIT DEM GOTT, DER REDET 4
Praktische Impulse für den Alltag
von Gernot Spies

MIT KOLLEGEN REDEN 7
Wie die Kommunikation im Team gelingen kann
von Michael Hahn

WAS WIRKLICH WICHTIG IST 10
Gespräche mit Patienten und Angehörigen
Anonym

VERGESST DIE ALTEN NICHT 12
Kommunikation in herausfordernden Zeiten
von Inge Scharrer

DIE ARBEIT DES ACM-ETHIKTEAMS 13
Eine interdisziplinäre Herausforderung
von Markus Frenz

ADVANCE CARE PLANNING – 15
Ein bislang wenig gelebtes Konzept
von Andreas Rost

DIE MACHT DER SPRACHE 18
Erfolgreiche Kommunikation mit Politik und Gesellschaft
von Nicolai Franz

REDEN IST SILBER – HÖREN IST GOLD 19
Ein neuer Zugang zu Patienten
von Robert Wilhelm

EHRENAMT IN DER ACM 21
Wie kommuniziert der Vorstand?
von Adrian Pilatz

freepik.com © wirestock

LEBEN MIT DEM GOTT, DER REDET

Praktische Impulse für den Alltag

von Gernot Spies

„Hören auf den Gott, der redet“, so hat der Theologe Klaus Bockmühl – bereits von einer schweren Krebserkrankung gezeichnet – sein letztes Buch überschrieben.[1]
Es ist geradezu ein Vermächtnis, die Summe seiner geistlichen Erfahrung.
Eine eindrückliche Erinnerung daran, dass Christen mit einem lebendigen Gott unterwegs sind. Was für ein Vorrecht! Unser Leben darf davon geprägt sein, dass wir ihn hören und im Gespräch mit ihm bleiben.
Der Buchtitel lässt aufhorchen und hat mich inspiriert, diesen Artikel entsprechend zu überschreiben.

Wir sind **auf Beziehung angelegt**. Die grundlegende Beziehung zeigt sich im Gespräch mit unserem Schöpfer und Erlöser. Darin findet unser Leben seine Verankerung und Orientierung. Er hat vielfach und auf vielerlei Weise geredet (Hebr 1,1), zuletzt und vor allem in Jesus, seinem Sohn – und er tut es weiterhin. Das Wort der Schrift ist dabei Grundlage, Maßstab und nie versiegende Quelle.

Die Frage ist nur: Wie finden wir in dieses Gespräch – und wie bleiben wir Hörende? Gerade im stressigen Getriebe des Berufs ist das eine permanente Herausforderung.

Meine Erfahrung: Der Start in den Tag entscheidet. Was ich morgens versäume, lässt sich im Trubel des Alltäglichen kaum nachholen. Zeit zur Stille, zum Gebet, für ein Bibelwort – und wenn es nur die Losung der Herrnhuter Brüdergemeine ist – geben dem Tag ein Vorzeichen.

Rituale helfen

Ein kleiner Rahmen für den morgendliche Start in den Tag, ein Lied, ein Wort, die Stille, ein Gebet sind mir eine große Hilfe geworden. Auch ein geistliches Buch als Begleitlektüre. Neben einer kleinen Gebetsliste gehört ein tägliches Morgengebet dazu, das auch in hektischen Zeiten seinen Raum hat. Angeregt von dem anglikanischen Theologen John Stott, der

[1] In: Klaus Bockmühl, Werk-Ausgabe Band 6, Reinhard Frische/Rainer Mayer (Hrsg.), S. 77ff, Gießen 1998, 2. Auflage

es täglich gebetet haben soll[2], habe ich mir die englische Version übersetzt und ein wenig an meine Bedürfnisse angepasst:

TRINITARISCHES MORGENGEBET
(nach John Stott)

Guten Morgen, himmlischer Vater!
Guten Morgen, Herr Jesus!
Guten Morgen, Heiliger Geist!

Himmlischer Vater, ich bete dich an
als den Schöpfer und Bewahrer
des Universums.

Herr Jesus, ich bete dich an
als Erlöser und Herrn der Welt.

Heiliger Geist, ich bete dich an
als Lehrer und Erneuerer,
Tröster und Lebensquell deiner Kirche.

Ehre sei dir, dem Vater und dem Sohn
und dem Heiligen Geist wie es war im Anfang,
so auch jetzt und immerdar.

Himmlischer Vater, ich bitte dich,
dass ich diesen Tag in deiner Gegenwart leben
und dir immer mehr gefallen kann.

Herr Jesus, ich bitte dich,
dass ich heute mein Kreuz auf mich nehmen
und dir nachfolgen kann.

Heiliger Geist, ich bitte dich,
dass du mich heute erfüllst
mit deinen Gaben und deiner Kraft
und mir hilfst,
dass deine Frucht in meinem Leben reift:
Liebe, Freude, Frieden,
Geduld, Freundlichkeit, Güte,
Treue, Sanftmut und Selbstbeherrschung.

Heilige, gelobte, herrliche Dreieinigkeit,
drei Personen in einem Gott,
hab Erbarmen mit mir.
Amen

[2] vielfach zitiert, z.B. *www.easingwoldmethodists.org.uk/news/john-stotts-morning-prayer.php*

Merkzeichen unterstützen

Die aufgeschlagene Tageslosung auf meinem Schreibtisch, eine Spruchkarte, ein Bild – zum Beispiel auf dem Startbildschirm von Computer oder Smartphone – begleiten durch den Tag und rufen in Erinnerung, auf wen mein Leben ausgerichtet sein soll. So können manche Impulse aus geistlich besonders dichten Zeiten in den Alltag eingehen und das Gespräch mit Gott beleben.
Solche Merkzeichen lassen sich gezielt setzen und hin und wieder aktualisieren, um einer falschen Routine zu wehren. Das alles hilft, hörbereit und wach zu bleiben, um Impulse Gottes wahrzunehmen im Getriebe des Alltags. Hier genau hinhören, da ein Wort sagen, diese besondere Gesprächsmöglichkeit nutzen. Manchmal sind es die leisen, kleinen Impulse, die weitreichende Wirkung haben.

Formen und Stile sind verschieden und haben manchmal auch ihre Zeit. So wie es verschiedene Charaktertypen gibt, sind Christen auch geistlich ‚unterschiedlich gestrickt'. „Neun Wege, Gott zu lieben" – dieses Buch von Gary Thomas[3] hat mir geholfen, eigene Formen des geistlichen Lebens zu reflektieren und von anderen Stilen zu lernen.
Für mich gehört dazu, dass ich einzelne Choräle oder auch Psalmen auf langen Wanderungen auswendig gelernt habe. Diese Texte begleiten mich durch den Tag und oftmals ruft Gott sich darin – manchmal überraschend und heilsam – in Erinnerung.

Unterbrechungen im Alltag

Manche haben das Glück, sich mit Kollegen am Arbeitsplatz oder in einer Pause zum Gebet treffen zu können. Solche geistlichen Unterbrechungen haben Ausstrahlung auf den restlichen Tag. Zur SMD-Geschichte gehörte das tägliche Mittagsgebet in den Hochschulgruppen. An manchen Orten ist es zumindest ansatzweise wiederaufgelebt. In der Zentralstelle gehört es nach wie vor dazu.
Während des Corona-Lockdowns trafen wir uns in digitaler Form. Psalm 91 wurde unser täglicher „Corona-Psalm": *Wer unter dem Schirm des Höchsten sitzt [...] der spricht zu dem Herrn: Meine Zuversicht und meine Burg.* Heilsame Unterbrechung. Für mich gehören neben solchen kleinen Unterbrechungen im Tageslauf auch die jährlichen Unterbrechungen bei Einkehrzeiten dazu. Sie halten das Gespräch mit Gott lebendig.

Immer sollten solche Zeiten vom Wort Gottes geprägt sein. Es ist und bleibt die Grundlage aller Kommunikation mit Gott. Dietrich Bonhoeffer schrieb: „Wo Gottes Wort bei mir ist, finde ich in der Fremde meinen Weg, im Unrecht mein Recht, in der Ungewissheit meinen Halt, in der Arbeit meine Kraft, im Leiden die Geduld."[4]

[3] Gary L. Thomas, Neun Wege, Gott zu lieben. Die wunderbare Vielfalt des geistlichen Lebens, Edition Aufatmen, SCM Brockhaus, 2009, 3. Auflage

[4] Illegale Theologenausbildung: Sammelvikariate 1937-1940, DBW Band 15, S. 530

Im Gespräch bleiben – auch wenn nicht alles nach Plan verläuft. Wenn die Zumutungen kommen und das Versagen, die Überlastung oder die Störung. Manchmal hilft dann nur ein Stoßgebet. „Bist du da, Herr, was willst du mir gerade sagen? Wie kann ich dich jetzt ehren?“ Ein kurzes Segensgebet für einen bedürftigen Menschen, eine schwierige Situation oder einen nervigen Kollegen. „Erbarme dich – über mich, die anderen, diese Situation.“ Im Gespräch bleiben heißt, dem Auseinanderbrechen von geistlich und menschlich, sonntäglich und alltäglich, heilig und profan zu wehren. Unser Herr will mitten ins Leben hinein – er ist schon da, und dort will er uns begegnen.

Gebet ist Arbeit

Ein kleines Gedicht von Ulrich Liedholz[5] begleitet mich schon seit vielen Jahren:

gebet

hände
wollen zupacken
mehr arbeit

ist es
sie zu falten

Diese Mehrarbeit ist gefragt. Sie fällt uns nicht einfach zu. Gerade vielbeschäftigte Leute müssen lernen, innezuhalten – die aktiven Hände ruhen zu lassen, damit sie dann an der richtigen Stelle, zur rechten Zeit und auf heilsame Weise, zupacken können.

Die „Arbeit“ des Gebets ist eine bewusste Entscheidung gegen den Aktivismus. Rückzug, allem äußeren Druck zum Trotz. „Heute habe ich viel Arbeit, da muss ich viel beten“, soll Martin Luther gesagt haben. Gebetslosigkeit ist auch Zeichen von Gottvergessenheit und Gottesferne.

[5] Aus: Carsten Peter Thiede (Hrsg.), Wie Segel über dem Meer Christliche Lyrik des 20. Jahrhunderts, Wuppertal 1986, S. 89

Gernot Spies

Pfarrer; seit 2000 Generalsekretär der SMD.

Leere Hände

Ole Hallesby hat in seinem Büchlein „Vom Beten“[6] – übrigens ein Klassiker geistlicher Literatur – die Hilflosigkeit als eigentliche, wesentliche Voraussetzung fürs Beten genannt. Mit unserer Bedürftigkeit zu Gott kommen, das gilt es einzuüben: „Denke nur an Worte Jesu wie dieses: ‚Ohne mich könnt ihr nichts tun‘ (Joh 15,5). Hier sagt er in einem einzigen Satz, woran wir unser ganzes Leben lernen.“ Leere Hände – nicht immer eine angenehme Erfahrung, aber Ausgangspunkt für die vertrauensvolle Hinwendung zu Gott.

Arbeit kann zum Gebet werden

In dieser Haltung kann dann die Arbeit, auch die stressige und unangenehme, die scheinbar sinnlose und endlose, zum Gebet werden. Gott ehren mit meinem Tun, ihn widerspiegeln in meiner Haltung, meiner Treue, Verlässlichkeit und Lauterkeit. Kommunikation mit Gott wird plötzlich sehr praktisch und handfest. Arbeit als Gebet!

Zweckfrei beten lernen

Letztlich ist Beten nie Mittel zum Zweck. Es geht darum, Gott den Vater zu ehren, das Gespräch mit ihm zu suchen, weil wir ihn lieben, nicht weil wir etwas benötigen. Die Gemeinschaft mit Gott suchen und feiern. Viele Psalmen leiten dazu an. Sie sind in sich eine kleine Schule des Gebets, die auch im Alltag ihren Ort bekommen können. Zum Beispiel Psalm 63: Gott du bist mein Gott, den ich suche. Es dürstet meine Seele nach dir.

Gebet als Geschenk

Als ich beschloss, mir zu Hause einen Gebetsplatz einzurichten und davon einem geistlichen Begleiter berichtete, meinte der zu mir: Das wird etwas verändern. Ja, recht hatte er. Es hat etwas verändert und mein Leben mit dem Gott, der redet, reicher gemacht. Auf Gott hören und mit ihm in Beziehung treten, das wirkt sich aus – auf mich, meine Umgebung, diese Welt. Anders ausgedrückt, mit einer Liedstrophe von Manfred Siebald „Wenn wir Gott in der Höhe ehren, kehrt bei uns hier der Friede ein.“[7]

[6] Ole Hallesby, Vom Beten. Eine kleine Schule des Gebets, vielfach aufgelegt

[7] Kehrvers aus dem Weihnachtslied „Es war Nacht und die Herde lag friedlich am Hang“

freepik.com © wavebreakmedia_micro

MIT KOLLEGEN REDEN

Wie die Kommunikation im Team gelingen kann

von Michael Hahn

14. November 1990, kurz nach 20 Uhr: Flug Alitalia 404 ist mit 40 Passagieren und sechsköpfiger Besatzung unterwegs von Mailand nach Zürich. Das Gespräch zwischen Pilot und Co-Pilot dreht sich hauptsächlich um die Fliegerei, der Pilot betont seine große Erfahrung, Kompetenz und Überlegenheit dem Co-Piloten gegenüber. Im Landeanflug fliegt die Maschine aufgrund eines technischen Fehlers etwa 300 Meter zu tief. Dem Co-Piloten fällt die Diskrepanz der Höhenanzeigen auf, er beginnt ein Durchstart-Manöver. Der Pilot aber befiehlt, umgehend den Sinkflug fortzusetzen. Er ist der Ansicht, alles im Griff zu haben...

Ein Durchstarten galt unter Piloten als Versagen. Der Co-Pilot, der ja deutlich weniger Erfahrung hat, fügt sich der Anweisung seines Vorgesetzten. Knapp 20 Sekunden später prallt das Flugzeug gegen den Stadlerberg, es gibt keine Überlebenden.
Wäre die Maßnahme des Co-Piloten fortgeführt worden, hätte der Berg knapp überflogen werden können.
Leider ist dies nicht der einzige Vorfall in der Luftfahrt, bei dem gescheiterte Teamkommunikation Menschenleben gekostet hat. Man hat Konsequenzen daraus gezogen: Die Luftfahrt ist inzwischen beispielhaft für gezieltes Training und Optimieren der Teamkommunikation.
Gott sei Dank führt gescheiterte Teamkommunikation nicht zwangsläufig in die Katastrophe. Dass aber gute Kommunikation im Team gerade auch in der Medizin (über)lebenswichtig sein kann, liegt auf der Hand.

„Failure to communicate"?! – Aspekte medizinischer Teamkommunikation

Wie ist das, wenn wir an die Bereiche der Teamkommunikation in unserem Umfeld denken: Kommunikation mit Kollegen, mit Pflegekräften und Angehörigen anderer medizinischer Berufsfelder, mit Vorgesetzten? Welche Probleme begegnen uns dabei? Welche Ansatzpunkte zur Verbesserung gibt es? Inwieweit kommt der christliche Glaube bei diesem Thema ins Spiel?

Die folgenden Abschnitte sollen hierzu einige Aspekte und Gedankenanstöße liefern.

Bei der Reflexion unserer Kommunikation kann es allgemein hilfreich sein, sich einige grundlegende Prinzipien der Kommunikationspsychologie vor Augen zu führen, von denen hier natürlich nur wenige kurz beleuchtet werden können.
Sind wir uns dessen bewusst, dass Missverständnisse oft allein schon dadurch vorprogrammiert sind, dass Menschen die verschiedenen Ebenen einer Aussage sehr unterschiedlich gewichten und wahrnehmen? Die „vier Seiten einer Nachricht" (F. Schulz von Thun) treffen eine hilfreiche Einordnung: Wo einer rein sachlich argumentiert, hört ein anderer einen Appell, wieder ein anderer versteht das Ganze auf der Beziehungsebene, während ein vierter heraushört, was der Sprecher über sich selbst preiszugeben scheint.
Jeder Sinnesreiz, jede Information wird vom Gehirn gefiltert und bearbeitet, bevor sie ins Bewusstsein dringt.
Welche Wahrnehmungsfilter sind meinem Bewusstsein vorgeschaltet, und wie mag mein Gegenüber Aussagen filtern?

Wie ich eine Aussage wahrnehme und auffasse, hängt entscheidend von meinem Selbstkonzept ab. Bin ich „mit mir selbst eins", wird auch die Kommunikation im Team leichter gelingen.

Zum anderen sind es oft herausstechende Merkmale einer Person, die andere Eigenschaften überstrahlen (oder überschatten) und damit die Wahrnehmung dieser Person beeinflussen (Halo-Effekt). Wenn jemand die gleichen Fehler macht wie ich, stören mich diese oft beim anderen umso mehr – klassisches Beispiel einer Projektion.

Mit welchen Herausforderungen ist Teamkommunikation speziell im medizinischen Bereich konfrontiert?
Naturgemäß treffen hier völlig verschiedene Charaktere aufeinander – den Kollegenkreis kann man sich eben nur bedingt aussuchen. Manchmal kommen noch Kultur- und Sprachbarrieren hinzu. Ständige Unterbrechungen von Gesprächen sind an der Tagesordnung. Der Diskurs mit Kollegen anderer Fachdisziplinen führt regelmäßig zu schon legendären Missverständnissen.

Vielfacher Leistungsdruck verleitet unbewusst dazu, im Auftreten und Kommunizieren Selbstsicherheit und Kompetenz auszustrahlen – oft genug geht dies auf Kosten von Menschlichkeit und Authentizität.

Muss fehlende Allwissenheit wirklich um jeden Preis verborgen werden?
Unmittelbar reiht sich hier das Vergleichen ein: Wie oft werden offener Umgang und gelingende Kommunikation durch heimliches Vergleichen erschwert?
Leider sind auch heute noch in vielen Kliniken starre Hierarchien anzutreffen. Das eingangs erwähnte Beispiel zeigt, wohin fehlende Kommunikation auf Augenhöhe führen kann. Wie ist das, wenn der Chef fragwürdige Entscheidungen trifft, aber nicht hinterfragt werden darf? Oder wenn der Stationsarzt nicht zulässt, dass seine Entscheidungen durch Pflegekräfte in Frage gestellt werden? In solchen Fällen ist es unmöglich, eine positive gemeinschaftliche Identität als Behandlungsteam zu entwickeln, in dem es zwar unterschiedliche Rollen, aber gleichwertig respektierte Mitglieder gibt.

Speak up - was wir tun können, um Teamkommunikation zu verbessern

Eine 1996 im Lancet publizierte Studie zur psychischen Gesundheit von Ärzten beschreibt eine Assoziation zwischen der Entwicklung eines Burnouts und u. a. einem unbefriedigenden Verhältnis zu Kollegen sowie dem Gefühl, unzureichend in Kommunikationstechniken trainiert zu sein[1]. Es lohnt sich in jeglicher Hinsicht, in gute Kommunikation zu investieren.
Flugzeugkatastrophen wie die von Alitalia 404 führten in der Luftfahrt zur Entwicklung des crew resource management (CRM), einem Konzept, das systematisch daran arbeitet, human factors (Kommunikation, Entscheidungsfindung, Teamleitung usw.) zu analysieren und zu optimieren. Es gibt inzwischen auch in der Medizin eine Vielzahl kommerzieller Trainingsangebote im Bereich des CRM.

[1] Ramirez AJ et al: Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. Lancet (1996), 347 (9003), 724–728

Der Fokus richtet sich dabei auf den akutmedizinischen Bereich. Grundlagen des CRM sind jedoch für medizinische Teams generell sinnvoll und relevant. Das beginnt z. B. ganz basal damit, möglichst alle Teammitglieder namentlich zu kennen und anzureden.

Was die zwischenmenschlichen Aspekte der Teamkommunikation angeht, können Prinzipien der patientenzentrierten Kommunikation nach Carl Rogers zur Anwendung kommen: Annahme und Wertschätzung, Empathie und Selbstkongruenz (Authentizität). Das klingt nach hehren Zielen. Die Kommunikationspsychologie beschreibt aber die meisten der genannten Elemente als erlernbare Kompetenzen. Etablierte Konzepte sind hier beispielsweise Techniken des empathischen Zuhörens sowie die „gewaltfreie Kommunikation" nach Marshall Rosenberg. Fraglos keine Allheilmittel. Aber gerade in Konfliktsituationen können sich diese Werkzeuge als wertvoll erweisen. Die gewaltfreie Kommunikation fokussiert dabei zunächst auf Bedürfnisse:

Welches tiefere Bedürfnis liegt der Aussage oder der Kritik des Gegenübers zugrunde?
Was würde ich selbst benötigen, um die Situation zu entschärfen oder aufzulösen?

„Vorwürfe sind ungünstig formulierte Bitten" – eine Kernaussage der gewaltfreien Kommunikation. Die Schritte eines Konfliktgesprächs umfassen dann als erstes das objektive, bewusst wertungsfreie Formulieren von Beobachtungen in einer Situation. Dann wird das Gefühl wiedergegeben, was durch die Situation ausgelöst wird (z. B. Erstaunen, Erschütterung, Enttäuschung) – ohne Interpretationen oder versteckte Vorwürfe. Der dritte Schritt beinhaltet das Herausfinden der Bedürfnisse des Gegenübers sowie die Formulierung der eigenen Bedürfnisse (z. B. Zugehörigkeit, Wertschätzung, Selbstbestimmung, Freiheit, Entwicklung, Vertrauen). Am Schluss steht ein konkreter Lösungsvorschlag mit einer möglichst konkreten Strategie, und zwar nicht in Form einer Forderung, sondern einer Bitte[2].
Techniken zur Verbesserung der Teamkommunikation sind, gezielt eingesetzt, sinnvoll und nützlich. Sie werden aber nur begrenzt die innere Einstellung zum Gegenüber beeinflussen.

What would Jesus do – welche Vorteile haben wir als Christen in der Medizin?

Was ist aus christlicher Perspektive zu sagen?
Oben wurde das Selbstkonzept als einer von vielen Wahrnehmungsfiltern genannt, die unsere Kommunikation beeinflussen. Die Psychologie empfiehlt in diesem Zusammenhang, sich selbst anzunehmen. Auf welcher Grundlage kann ich mich aber selbst annehmen?

Als Christen dürfen wir hier fragen: Was ist Gottes Konzept von mir? Ist mein Selbstkonzept von Gottes Konzept geprägt? Gottes Konzept leitet zu einer begründeten Selbstannahme.

Gottes Konzept kommt an vielen Stellen zum Ausdruck (z. B. Jer 31,3 *Ich habe dich je und je geliebt, darum habe ich dich zu mir gezogen aus lauter Güte.* Jes 43,1 *Fürchte dich nicht, ich habe dich erlöst, ich habe dich bei deinem Namen gerufen, du bist mein.*
Röm 8,31-32.38-39 *Ist Gott für uns, wer mag wider uns sein? Welcher auch seines eigenen Sohnes nicht hat verschont, sondern hat ihn für uns alle dahingegeben, wie sollte er uns mit ihm nicht alles schenken? Denn ich bin gewiss, dass weder Tod noch Leben, weder Engel noch Fürstentümer noch Gewalten, weder Gegenwärtiges noch Zukünftiges, weder Hohes noch Tiefes noch keine andere Kreatur mag uns scheiden von der Liebe Gottes, die in Christus Jesus ist, unserem Herrn*).

Gott ist bedingungslose Liebe und Akzeptanz – mit allen Unzulänglichkeiten, Ängsten, Schwächen und Mängeln von mir. Er kritisiert nicht, sondern vergibt und verändert in Liebe.
Bin ich mir dieser Würde bewusst? Die Selbstannahme aufgrund der Annahme durch Gott schafft die Grundlage einer ehrlichen und tieferen Empathie gegenüber Kollegen. Ich kann mir von Gott helfen lassen, mein Gegenüber aus seiner Perspektive zu betrachten, der das Gegenüber nicht minder wertschätzt als mich selbst. Diese Perspektive lässt tiefer blicken und tiefer verstehen. Aufgrund einer solchen Verankerung in Gott verbietet sich auch jegliches selbstherrliche oder arrogante Auftreten gegenüber Kollegen sowie anderen Menschen generell.

Freilich dürfen wir uns nicht mit dem Anspruch überfordern, durch das „tiefer Blicken" auch sämtliche Probleme unserer Kollegen mitzutragen. Oft genügt aber schon jener Perspektivwechsel, um Kommunikation im Team nachhaltig positiv zu verändern. Regelmäßiges Gebet für die Menschen in unseren Teams kann ein Mindestmaß an „Mittragen" der Kollegen sein. Kommunikation kann scheitern. Daher dürfen wir als Menschen, denen von Gott vergeben wurde, den Mut finden, für eigene Fehlkommunikation um Vergebung zu bitten und ebenso in einer Grundhaltung der Vergebungsbereitschaft leben.

Ich wünsche Ihnen in diesem Sinne eine gelingende Kommunikation in Ihrem Team und Kollegenkreis!

▶ Der Artikel basiert auf einem Vortrag der Berufseinsteigertagung 2019.

Dr. med. Michael Hahn
Internist, Schriesheim.

[2] Baller, G & Schaller, B: Kommunikation im Krankenhaus. Springer 2017; Schnichels, S: Elsevier Essentials: Patienten- und Teamkommunikation für Ärzte. Elsevier 2019

iStock.com © A-Digit

Als ich mir überlegte, was ich zu diesem Thema auf einer Berufseinsteigertagung erzählen soll, habe ich mich gefragt, was ich mir rückblickend in meinen ersten Berufsjahren selbst gewünscht hätte zu hören.

WAS WIRKLICH WICHTIG IST

Gespräche mit Patienten und Angehörigen

Da erinnerte ich mich, wie ich mit viel theoretischem Wissen aus Deutschland in ein sehr praktisch veranlagtes Skandinavien kam, wo die Studenten schon während des gesamten Studiums den Umgang mit Patienten lernen. Ich dagegen kannte Patienten hauptsächlich als Anschauungsobjekte aus den Vorlesungen. Bei den Übungs-Patientenkontakten führte das dann gerne zu der verlegenen Ansprache mit: „Vielen Dank, dass Sie sich uns zu Verfügung stellen. Bitte erzählen Sie doch mal alles, was wir über Sie und Ihre Erkrankung wissen müssen“. Und mein nächster Gedanke war – eigentlich ist das doch eine ähnliche Haltung, die auch ein erfahrener Arzt haben sollte. „Lieber Patient, ich stehe Ihnen jetzt zur Verfügung. Erzählen Sie mir, was ich über Sie und ihr Problem wissen muss, um Ihnen helfen zu können“.

Damit sind wir schon mitten im Thema Kommunikation, denn unsere Haltung ist ein Grundpfeiler unserer Kommunikation. Forscher[1] haben entdeckt, dass folgende Merkmale innerhalb von einer halben Minute wahrgenommen werden, selbst wenn in dieser Zeit nicht geredet wird: Optimismus, Vertrauen, Dominanz, Pro-Aktivität, Enthusiasmus, Wärme, Kompetenz und Unterstützung. D. h. ohne etwas zu sagen, kommunizieren wir schon allein durch unsere Anwesenheit, unser Tun, unser Sein.

Um gut kommunizieren zu können, muss ich mir deshalb nicht nur bewusst machen, wer der Mensch vor mir ist, um ihm in seiner Sprache zu begegnen. Ich muss mich auch fragen: Wer bin ich? Was macht mich aus? Was sind meine Gaben und Fähigkeiten, was fällt mir leicht, was strahle ich aus? Und auch: Was sind gerade nicht meine Stärken und was sind die Dinge, die ich eher nicht kann oder weiß? Hier ehrlich zu sein und zu mir selbst zu stehen, ist für mich ein weiterer Grundpfeiler gelingender Kommunikation.

Aus dieser, mir gegenüber positiven und ehrlichen Haltung heraus, kann ich frei sein, ich zu sein. Wenn ich weiß, wer ich bin, kann ich nach meinem Wissen und meinen Werten beraten. Und ich kann den Patienten als gleichwertigen Menschen wahrnehmen. So darf auch er ehrlich sein.

Ich kann mich dafür entscheiden, die Erfahrungen meines Patienten als gleichwertig mit den meinen zu betrachten, wissend, dass wir sie jeweils in unterschiedlichen Bereichen

[1] Nalini, A u. Rosenthal, R. „Half a minute: Predicting Teacher Evaluations From Thin Slices of Non-Verbal Behavior „Journal of Social Pschology“ I, 2006, S. 431-441

gesammelt haben. Ich habe medizinisches Wissen und meine Lebenserfahrung, deshalb gibt es Bereiche, in denen ich mich besser auskenne als mein Patient. Auf der anderen Seite kennt er seine Lebenswirklichkeit, seine Werte und sein Umfeld besser als ich. Dieser Mensch, meine Patientin, ist z. B. eine ansonsten gesunde Frau mit einer bestimmten Erkrankung. Sie hat ihre Kompetenzen und Ressourcen, sie kann Entscheidungen treffen und ihre Lebensweise wählen. Meine Patientin ist also ein lebenserfahrener Mensch, der sich und seine Situation gut kennt, sich nur bei seiner Krankheit zu wenig auskennt und deshalb von mir dort Unterstützung sucht. Aber: Ich bin und ich habe nicht die Lösung für sie! Ich kann allerdings hoffentlich auf dem Weg zur Lösung einen guten Beitrag leisten.

Der schwierige Patient

Das gilt auch für „den schwierigen Patienten", mit dem ich aus diesem oder jenem Grund nicht klarkomme. Auch hier lohnt es sich, auf meine Haltung zu schauen. Kann ich in diesem schwierigen Patienten einen Menschen sehen, der sein Problem bisher auf seine Art und Weise versucht hat zu lösen? Habe ich jemals nachgefragt, was seine Erfahrungen waren, die zu seiner aktuellen Lösungsstrategie geführt haben? Und was das Ziel dieser Lösungsstrategie ist? Zugegeben, das könnte zuerst einmal etwas länger dauern, es könnte aber auf lange Sicht betrachtet auch zu weniger aufreibenden und anstrengenden Konsultationen führen, die im besten Fall konstruktiv werden können.

Dazu sollte ich mir klarmachen, dass mein Gegenüber mich genauso mit seiner Ausstrahlung beeinflusst wie ich mein Gegenüber. Deshalb kann ich mir bewusst machen, wer mein Gesprächspartner ist: nämlich ein von Gott geliebter Mensch, mit Fähigkeiten und Ressourcen, der es geschafft hat, sein Leben auf seine Weise bis zu diesem Punkt zu leben.

Ich kann mich dafür entscheiden, mein Gegenüber als kompetenten Menschen in seiner Lebenswelt zu sehen, der aus seinen Erfahrungen eine Lebenslogik aufgebaut hat, die in den seltensten Fällen mit meiner Logik übereinstimmt. Ich kann anerkennen, dass dieser Mensch gute Gründe hat, die Welt und vielleicht seine Erkrankung so zu sehen, wie er es tut und dass er deshalb anders handelt, als es vielleicht medizinisch betrachtet sinnvoll wäre. Bevor ich allerdings nicht die zugrundeliegenden Erfahrungen und Werte kenne, werde ich das Verhalten nicht nachvollziehen können.

Wenn ich nun versuche, mich in das System und die Logik meines Patienten hineinzudenken, nachzufragen, warum er Dinge so tut, wie er sie tut, bewusst oder aus alten Mustern heraus, was sein Ziel ist, dann können wir gemeinsam nach einem sinnvolleren Weg suchen, indem wir seine Erfahrungen mit meinem medizinischen Wissen zusammenbringen.

Manchmal kann es schon eine verfahrene Situation positiv beeinflussen, wenn ich mir klarmache, dass der Patient nicht so handelt, um sich gegen mich zu stellen oder seine Autonomie zu wahren, sondern weil das seine beste Strategie ist, aus seinem Dilemma herauszukommen (welches ich vielleicht noch gar nicht erkannt habe, vielleicht auch noch nie danach gefragt habe). Es geht um die bedingungslose Anerkennung des subjektiven Handelns meines Gegenübers als in sich stimmig und aus sich heraus folgerichtig. D. h. in seiner Logik und mit seinen Erfahrungen hat er die bestmögliche Lösung für sein Problem gewählt.

Hier kann ich nachfragen und versuchen zu verstehen, wie die Logik meines Patienten aussieht, um dort Ansatzpunkte für eine gemeinsame Kommunikation zu finden. Wenn ich herausgefunden habe, was das Ziel des Patienten ist und seinen Weg dahin nicht mehr verurteile, kann ich ihm andere Lösungsstrategien anbieten.

Oder wir können einmal aus anderen Perspektiven auf die Situation schauen und dabei ganz neue Seiten dieser Situation sichtbar machen. Wenn man Kausalketten mit dem Patienten gemeinsam in Frage stellt, entstehen neue Sichtweisen, die zu sinnvolleren Handlungen führen können.

Gleichzeitig darf ich mir bewusst machen, dass meine Kommunikation auch abhängig von meiner eigenen Tagesform ist und manchmal statt einer besseren Kommunikationstechnik eine Beachtung meiner aktuellen Bedürfnisse bedarf.

Und was macht das mit mir, wenn ein Patient anstrengend ist oder nicht tut, was ich ihm empfehle? Bin ich ein guter Arzt, obwohl der Patient nicht tut, was ich ihm rate? Habe ich ihn dann gut genug beraten? Oder anders gefragt: Hat mein Patient die Chance, sich anders zu entscheiden als ich es empfehle und trotzdem in meinen Augen ein „guter" Patient zu bleiben? Welche Verantwortung habe ich für das Ergebnis der Entscheidung? Liegt das Ergebnis tatsächlich in meiner Hand? Wie gehe ich damit um, wenn das Ergebnis anders ausfällt, als ich es mir gewünscht hätte? Ist es dann mein Fehler?

Und wie spiegelt sich das in meiner Kommunikation wider? Gebe ich dem Patienten die Freiheit, meine Empfehlungen anzunehmen und auch abzulehnen? Mache ich Angebote oder sage ich, was der richtige Weg ist? Und vielleicht noch wichtiger: Wie muss das Ergebnis aussehen, damit ich in meiner eigenen Achtung vor mir bestehen kann?

Soweit ein paar Denkanstöße zur Kommunikation und der ihr zugrunde liegenden Haltung. Schließen möchte ich mit einem chinesischen Sprichwort, das dieses Thema in meinen Augen schön zusammenfasst: „Achte auf deine Gedanken, denn sie werden zu Worten. Achte auf deine Worte, denn sie werden zu Handlungen. Achte auf deine Handlungen, denn sie werden zu Gewohnheiten. Achte auf deine Gewohnheiten, denn sie werden dein Charakter. Achte auf deinen Charakter, denn er wird dein Schicksal."

Anonym

Die Autorin ist Kinderärztin und arbeitet im ambulanten KinderPalliativTeam Südhessen.

freepik.com © rawpixel.com

Isolation, Einsamkeit und Kontaktverluste emotionaler und physischer Art prägen häufig das Leben der Alten, insbesondere seit der Coronakrise ab März mehr und mehr.
Wenn das Alleinsein negativ wahrgenommen wird, kann Einsamkeit entstehen. Dazu kommt noch, dass vielerorts zu lesen oder zu hören ist, dass die Alten ihr Leben (das ja nur ein bloßes Dasein zu sein scheint) zugunsten der Jüngeren „opfern" sollten.

von Inge Scharrer

VERGESST DIE ALTEN NICHT

Kommunikation in herausfordernden Zeiten

Diese Abwertung des zerbrechlichen und schwachen alten Lebens kann zu Traurigkeit und Verbitterung der alten Menschen führen. Dann können auch gute Ratschläge (wie etwa: Kümmere dich doch um dein Essen über einen Lieferservice...) als „Schläge" falsch verstanden werden, wenn dabei ein freundliches Wort fehlt. Der Mensch lebt eben nicht vom Brot allein, sondern auch vom Wort Gottes, das durch einen lieben Menschen liebevoll gesprochen wird.

Auch alte Menschen sind wertvolle Menschen. Viele sind Nachkriegskinder, die ihr oft hartes Leben gemeistert und Grundlagen für die jüngere Generation gelegt haben. Sie dürfen nicht als Nummer, als Last oder als unnütz abgewertet und empfunden werden.
Bitter ist für sie oft die fehlende Teilhabemöglichkeit an der Digitalisierung. Das schränkt die Kommunikation erheblich ein. Ältere Menschen haben den Umgang mit digitalen Medien nicht „von Jugend auf" gelernt und tun sich im Alter auch nicht so leicht damit wie die Jüngeren. Am Lernen sind sie aber sehr interessiert und benötigen die Geduld der jüngeren Menschen. Sie möchten dabei nicht durch kränkenden Spott der Jüngeren verletzt werden. Aber sie freuen sich über jeden kleinen Fortschritt und sind sehr dankbar dafür. Dabei kann eine Segensquelle entstehen, indem die dankbaren Alten die Jüngeren für ihre Hilfe segnen.
Unsere christliche Ethik macht keinen wertenden Unterschied zwischen einzelnen Menschen, auch nicht auf Grund des Alters. Gerade bei der so wichtigen Kommunikation sollten die Alten nicht vergessen werden. Kreativität und Phantasie sind von Alten und Jungen gefragt. Neue Wege und Hilfen für die Kommunikation sollten gesucht, erbeten und gefunden werden, wie z. B.:

+ Nachhilfestunden bei der Digitalisierung (z. B. als Studenten-Job), selbstverständlich unter Einhaltung strenger AHA-Regeln
+ PC- und Smartphonekurse für Oldies
+ Hilfen bei der Organisation und Teilnahme an Video-Konferenzen, auch über Telefon
+ Einrichten von Kurznachrichtendiensten

Oder – ganz ohne Digitalisierung möglich:

+ Organisation von Musikvorträgen in Gärten von Altenheimen
+ die Anwendung des guten alten Telefons
+ einen richtigen Brief verschicken über den klassischen Postweg

Im Miteinander und Füreinander zeigt sich die gelebte gegenseitige Verantwortung. Unsere Kommunikation mit alten Menschen sollte wachsam, achtsam und sorgsam sein. Der Geist der Lieblosigkeit kommt oft schleichend. Daher: „Wehret den Anfängen“, dem Verlust des Respektes und der liebevollen Wertschätzung. Jesu selbst weist uns in vielen Beispielen darauf hin, wie wichtig und vielfältig die Kommunikation sein sollte (Matth 25,35f): *Denn ich bin hungrig gewesen und ihr habt mir zu essen gegeben. Ich bin durstig gewesen und ihr habt mir zu trinken gegeben. Ich bin ein Fremder gewesen und ihr habt mich aufgenommen. Ich bin nackt gewesen und ihr habt mich bekleidet. Ich bin krank gewesen und ihr habt mich besucht.*

Das ist auch unter Einhaltung strenger AHA-Regeln möglich. Lasst uns um Kreativität und Phantasie beten.

Prof. Dr. med. Inge Scharrer

Frankfurt/Main, Internistin mit Zusatzbezeichnung Hämostaseologie, über 50 Jahre im Beruf in zwei Universitätskliniken in Patientenbetreuung und Forschung.

DIE ARBEIT DES ACM-ETHIKTEAMS

Eine interdisziplinäre Herausforderung

von Markus Frenz

Die ACM hat sich seit ihrer Gründung kritisch mit ethischen Fragen auseinandergesetzt und verschiedene Stellungnahmen veröffentlicht. Dabei ist es zentrales Anliegen, zu Fragestellungen, die unsere Berufsausübung betreffen, auf Basis eines christlichen Menschenbildes und biblischer Positionen differenziert Stellung zu beziehen.

freepik.com © rawpixel.com

Die erste Stellungnahme bezog sich 1992 auf den §218 StGB. Es folgten Stellungnahmen zur Einführung von Mifegyne (1999), Präimplantationsdiagnostik (2001, 2011), Stammzellforschung und -therapie (2002) und zwei Stellungnahmen zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung zu §217 StGB (2013 und 2014).

Seit Anfang 2019 versuchen wir, über die Funktion eines Koordinators und eines ausgewiesenen Ethikteams Stellungnahmen proaktiv zu erstellen. Damit wollen wir unsere christlich-ärztliche Position auch in politische, gesetzgeberische Prozesse einfließen lassen. So haben wir im April 2019 nach fünfwöchiger intensiver Zusammenarbeit eines neunköpfigen multidisziplinären Teams von ACM-Mitgliedern eine Stellungnahme zum Gesetzesentwurf der Kostenübernahme für nicht-invasive pränatale Bluttests (NIPD) als GKV-Leistung erstellt. Diese wurde an alle Bundestagsabgeordneten verteilt. Zum Teil haben wir differenziert kritische, aber auch sehr positive Rückmeldungen bekommen. Zusätzlich haben wir aus dem Team heraus kleinere Anfragen in Bezug auf Impfung und Chimären beantwortet.

Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG) vom 26. Februar 2020 wurde der §217 StGB für nichtig erklärt, und es war absehbar, dass der Gesetzgebungsprozess neu gestaltet werden muss. In einer ersten kurzen Mitteilung haben wir dazu im Februar 2020 Stellung bezogen.
Motiviert durch eine Einladung von Herrn Minister Spahn an verschiedene Organisationen, zu einem neuen Gesetzgebungsprozess Stellung zu beziehen, haben wir dann im zweiten Schritt eine detailliertere Stellungnahme erarbeitet. In diesem Fall war eine Besonderheit, dass wir zwei Juristen gewinnen konnten, die als Teil des elfköpfigen Teams an der Stellungnahme mitgewirkt haben, was eine enorme Bereicherung darstellte.

Wir erleben die interdisziplinäre Zusammenarbeit als sehr bereichernd, da nur so wirklich fundierte und über medizinische Aspekte hinaus auch juristische oder theologische Argumentationen und Grundhaltungen stichhaltig durchdacht und eingebracht werden können.
Die unterschiedliche Herangehensweise der anderen Fachdisziplinen ergänzt und bereichert diese Arbeit.

Die Stellungnahme zum Thema Suizidbeihilfe wurde gezielt an Bundestagsabgeordnete in Schlüsselpositionen versandt. Auch hierzu haben wir zum Teil sehr positive Rückmeldungen erhalten. Highlight war ein Besuch von Mitgliedern des Ethikteams beim Bundestagsabgeordneten Hermann Gröhe (dem früheren Bundesgesundheitsminister) im November. Hier konnten wir unsere Position noch einmal mündlich erläutern.

Die Entwicklung von Stellungnahmen zu ethischen Fragen ist für uns ein kontinuierlicher Lernprozess. Entscheidend ist, zu Beginn der Erarbeitung die Zielrichtung der Stellungnahme und die oder den Adressaten klar zu definieren. Ist dies geschehen, muss die aktuelle Literatur zu dem Thema gesichtet werden. Hilfreich ist es hier in den letzten beiden Fällen gewesen, eine tabellarische Darstellung der verschiedenen, teils sehr komplexen Positionen zum Thema zu erstellen. Auf dieser Grundlage werden dann Themenbereiche für einzelne Personen oder Kleingruppen des Stellungnahme-Teams festgelegt. Dabei spielt die jeweilige berufliche Erfahrung oder Expertise eine wichtige Rolle.

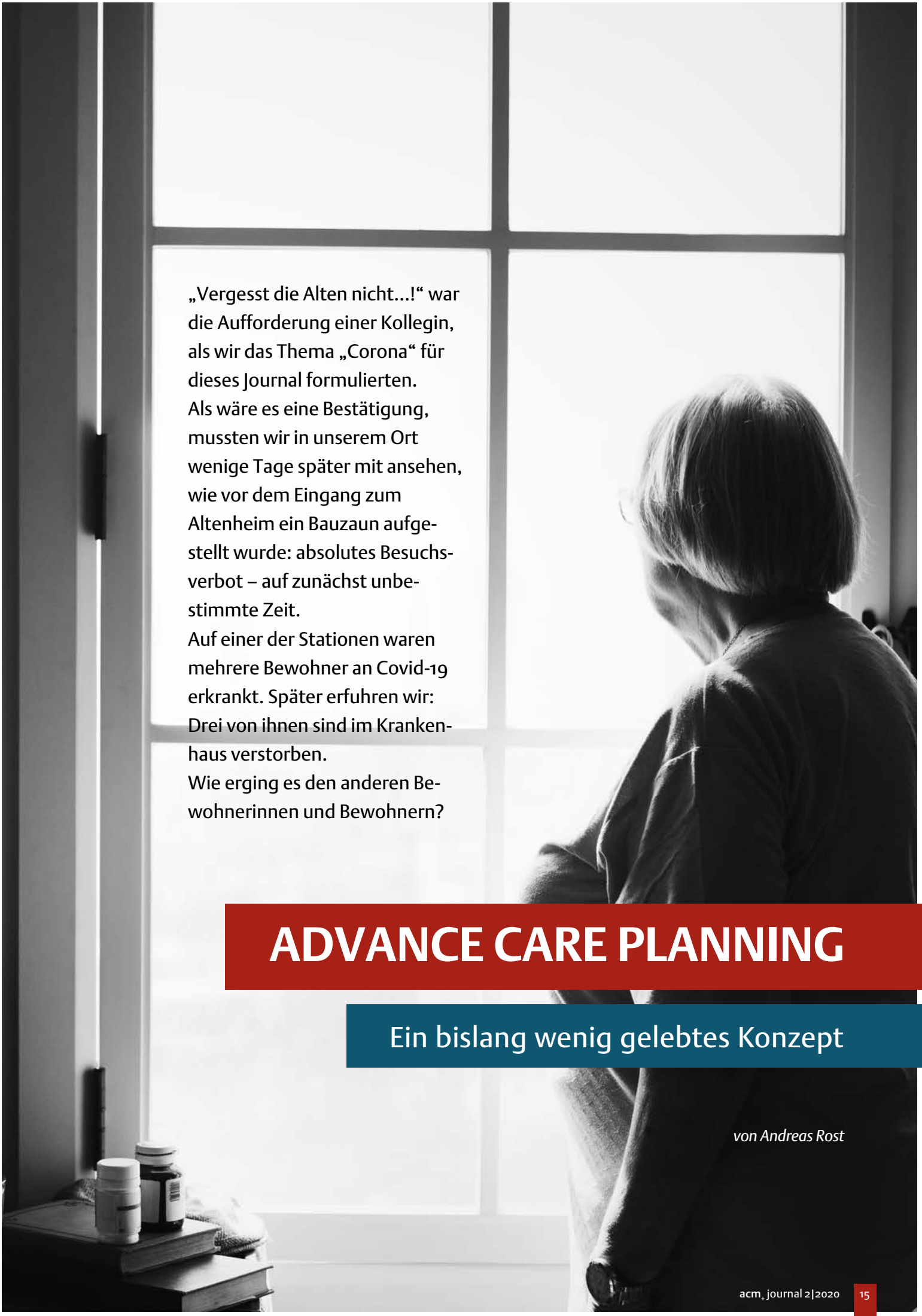
Im weiteren Schritt folgt die Erarbeitung des Textes, die redaktionelle Bearbeitung und die Überprüfung der Literaturhinweise beziehungsweise Erstellung eines Literaturverzeichnisses. Am Ende stehen dann die teilweise sehr aufwändige und mithilfe von ACM-Sekretariat und SMD-Sekretariat durchgeführte Vervielfältigung der Texte sowie die Erstellung von Serienbriefen und letztendlich der Versand.

Sowohl das ständige Ethikteam als auch die Teams zu den aktuellen Stellungnahmen setzen sich aus ACM- und externen Teammitgliedern unterschiedlichster beruflicher Gruppierungen, Erfahrungen und Altersgruppen zusammen. Gemeinsam ist allen ein Interesse an ethischen Fragestellungen auf Basis unseres christlichen Glaubens. Die einzelnen Teammitglieder bringen sich je nach Erfahrungshorizont, digitaler Begabung und verfügbarer Zeit in unterschiedlichster Form ein. Dabei ist faszinierend zu sehen, wie wir in diesem Prozess voneinander lernen können.

Um in Zukunft gezielter und zeitnah auf ethische Fragestellungen reagieren zu können, sind wir dabei, eine für alle Teammitglieder zugängliche Datenbank aufzubauen, die dann als Grundlage für weitere Stellungnahmen oder Antworten auf Einzelanfragen dienen kann.
Bei Interesse an einer Mitarbeit oder bei Fragen zu ethischen Themen könnt ihr gerne unter *ethik@acm-deutschland.de* Kontakt mit uns aufnehmen.

Link zu den Stellungnahmen der ACM:
▶ *acm.smd.org/ethische-arbeit*

Dr. med. Markus Frenz
Internist/Gastroenterologe, Bremen,
Koordinator des Arbeitskreises Ethik der ACM.



„Vergesst die Alten nicht...!“ war die Aufforderung einer Kollegin, als wir das Thema „Corona“ für dieses Journal formulierten.
Als wäre es eine Bestätigung, mussten wir in unserem Ort wenige Tage später mit ansehen, wie vor dem Eingang zum Altenheim ein Bauzaun aufgestellt wurde: absolutes Besuchsverbot – auf zunächst unbestimmte Zeit.
Auf einer der Stationen waren mehrere Bewohner an Covid-19 erkrankt. Später erfuhren wir: Drei von ihnen sind im Krankenhaus verstorben.
Wie erging es den anderen Bewohnerinnen und Bewohnern?

ADVANCE CARE PLANNING

Ein bislang wenig gelebtes Konzept

von Andreas Rost

freepik.com © rawpixel.com

Eine 89-jährige Dame, noch sehr rüstig, hatten wir zuvor im Pflegeheim immer wieder besucht. Jetzt blieb nur Telefon- und Briefkontakt – auch für ihre Kinder. Sie erklärte sich bereit, in Form eines Interviews über ihre Situation zu berichten:

Die ersten beiden Wochen nach Ausbruch der Erkrankung durfte keiner der Bewohner sein Einzelzimmer verlassen. Die Pflegekräfte und Reinigungskräfte kamen „im Astronautenanzug" in ihr Zimmer – so beschrieb sie die Kontakte. Einzige Möglichkeit der Kommunikation nach „außen" waren die regelmäßigen Telefonate ihrer Kinder. Besonders wichtig waren für sie die Anrufe des Sohnes aus den USA. Mit Fernsehen und Häkeln habe sie die Zeit „totgeschlagen" – ein ganzer Berg von Topflappen entstand in dieser Zeit.
Danach durften die Kinder wiederkommen, anfangs nur einmal pro Woche und nur eine Stunde. Mehrere Wochen später dann dreimal und für höchstens eine Stunde und immer nur eine Person. Die Nutzung des Gartens und Spaziergänge außerhalb des Heimes waren für alle Bewohner verboten. Gemeinsame Veranstaltungen wie die wöchentlichen Gottesdienste, Spielenachmittage, Gymnastik, Vorlesestunden wurden abgesagt und sind es bis heute. Danach gefragt, meint sie bescheiden, die Maßnahmen wären alle angemessen gewesen. Dass drei Mitbewohner ihrer Station – jünger als sie selbst – gestorben waren, beschäftigte sie sehr, „auch wenn die viele Erkrankungen hatten"– wie sie immer wieder betonte. Auch den Weg, wie die Infektion eingeschleppt worden war, musste sie mehrfach erzählen:

Ein Sohn hatte unmittelbar nach seinem Skiurlaub seine demenzerkrankte Mutter besucht, um sie beim Essen zu unterstützen… „und ich habe daneben gesessen und wurde nicht krank" – klang wie ein kleiner Triumph.

Ein zweiter Fall aus der Palliativarbeit des Frankfurter Palliativteams: Eine 85-jährige Dame lebt seit Anfang des Jahres im Alten- und Pflegeheim. Sie hat metastasierten Brustkrebs und steht unter einer oralen Chemotherapie mit Lapatinib. Beide Söhne besuchen sie regelmäßig nach der Arbeit, mobilisieren sie aus dem Bett, essen mit ihr gemeinsam, schauen Fernsehen und diskutieren mit ihr „über Gott und die Welt" – so berichtet einer der Söhne.

Dann kam der „Lockdown": keine Besuche über Wochen und Monate, dann nur sehr spärlich und zeitlich eingeschränkt. Die 85-jährige verlor an Lebensmut, aß und trank immer weniger, mit der Konsequenz zunehmender Schwäche, Immobilität und Nierenversagen. Auch ein verordnetes Trinkprotokoll half nicht. Die Söhne üben Kritik am Pflegepersonal, sehen aber auch den chronischen Personalmangel im Pflegebereich. Mittels subkutaner Flüssigkeitsgabe, verordnet von behandelnden Ärzten, konnte der Zustand verbessert werden. Fehlte der älteren Dame am Anfang jeder Lebenswille, konnte sie bei unserem letzten Besuch wieder äußern: „Ja, ich will noch weiterleben". Bei der letzten Kontrolle durch die Onkologin wurde ihr mitgeteilt: Die Metastasen seien deutlich kleiner geworden.

Zwei Fälle von 800.000 Bewohnern von Senioren- und Pflegeheimen in Deutschland. Medizinisch richtig wird Menschen über 70 Jahre das Label Risikogruppe aufgedrückt. Laut RKI waren die schweren Verläufe mit letalem Ausgang zu 86% bei Menschen über 70 Jahre mit einem Altersmedian von 82 Jahren. Doch wollen diese Menschen den rigiden Schutz der Verordnungen, der „Zwangseinweisung" in Kliniken oder der „Einzelhaft" in ihrem Zimmer nach dem Infektionsschutzgesetz?[1] Die zentraleuropäische Fachgesellschaft Palliative Geriatrie (FGPG) hat 2019 einerseits die besondere Verletzlichkeit der Hochbetagten festgestellt. Andererseits wurde die Selbstbestimmung (nicht Autonomie!) als Teil der gelebten menschlichen Würde gesehen, auch wenn die Selbstbestimmung sich nur im Spannungsfeld mit einer fürsorglichen Unterstützung aufrechterhalten lässt.[2]

Als Menschen sind wir verletzlich und die Verletzlichkeit nimmt mit dem Alter zu: nicht nur in körperlicher, sondern auch in sozialer, seelischer und spiritueller Hinsicht. Das macht Angst vor dem Alter, vor dem zunehmenden Verlust an Selbstständigkeit. Selbstständigkeit definiert als „selbst bestimmen dürfen", auch in Beziehungen, im Unterschied zur Autonomie. Autonomie beinhaltet die Unabhängigkeit von Beziehungen.

Hochbetagte Menschen bedürfen der zunehmenden Unterstützung durch Familie, Nachbarn oder der professionellen Hilfe von Pflegediensten oder Seniorenheimen. Gerade in letzterem müssen sich die Betagten deutlich den Vorgaben und Strukturen anpassen statt umgekehrt, können beziehungsweise dürfen immer weniger bestimmen. Wie beschrieben haben in der Corona-Krise die Einschränkungen massiv zugenommen. Wie kann es gelingen, eine Selbstbestimmung noch zu gewährleisten?

In den 90er Jahren kam in den USA das System des „advance care planning" auf. In Deutschland wurde die Idee 2008 in einem Modellprojekt unter „beizeiten planen" aufgegriffen. Dahinter steht die Idee, in einem „aufsuchenden Gespräch" durch geschulte Gesprächsbegleiter die Wünsche und Vorstellungen der älteren Menschen über ihre Einstellung zum Leben, Tod und Sterben, über Behandlungen am Lebensende insbesondere bei Einschränkung oder völligem Verlust der Fähigkeit zur Selbstbestimmung zu ermitteln. Der Gesetzgeber hat 2015 die Idee im Hospiz- und Palliativgesetz aufgegriffen und zuletzt 2020 im § 132g SGB V „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase" festgeschrieben.[3]

---

[1] *www.etl-rechtsanwaelte.de/aktuelles/fragen-und-antworten-zum-ifsg-das-coronavirus-covid-19-und-moegliche-ansprueche-nach-dem-ifsg*

[2] Selbstbestimmung und Autonomie in der Palliativen Geriatrie – ein Grundsatzpapier – Katharina Heimerl et al in Zeitschrift für Palliativmedizin 5. August 2020 – 21. Jahrgang S. 243 - 247

[3] *www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/132g.html*

Um den älteren Menschen die Angst vor einer ungewollten Unter- oder Übertherapie am Lebensende zu nehmen, sind wiederholte Gespräche mit geschulten Mitarbeitern vorgesehen. Dabei kommt es auf den richtigen Zeitpunkt an, wann Menschen willens sind, sich mit den schwierigen Themen persönlich auseinanderzusetzen.

Auf der anderen Seite soll bei beginnender Demenz nicht die Chance für eine noch mögliche Selbstbestimmung verpasst werden. Angehörige und der betreuende Hausarzt sollen in diese Gespräche mit eingebunden werden. Die Kosten für diese Gespräche durch die geschulten Mitarbeiter werden von den Krankenkassen übernommen.[4]
Die Ergebnisse dieser Gespräche werden dokumentiert und stehen dann sowohl dem Pflegeheim als auch den Rettungsdiensten oder den weiterbehandelnden Krankenhausärzten zur Verfügung. Ziel ist eine Umsetzung der Patientenwünsche in konkreter Notsituation bei teilweisem oder völligem Verlust der Selbstständigkeit. Unnötige, weil nicht gewollte Klinikeinweisungen sollen damit vermieden werden. Durch die Wiederholung dieser Gespräche werden die Wünsche immer wieder der aktuellen Situation der Betroffenen angepasst. In Praxi bedeutet dies eine „dynamische" Form einer Patientenverfügung.[5]
Die Deutsche interprofessionellen Vereinigung Behandlung im Voraus Planen (DiV-BVP) bietet sowohl für Ärzte als auch für Nichtärzte Schulungen an, um in Zukunft flächendekkend qualifizierte beratende Gespräche führen zu können.[5]
Die DiV-BVP bietet auch einen speziellen Leitfaden an:
Ambulante patienten-zentrierte Vorausplanung für den Notfall – ein Leitfaden aus Anlass der Covid-19-Pandemie, der in Zusammenarbeit mit weiteren Fachgesellschaften erstellt wurde.[6]

„Vergesst die Alten nicht…!" ist in der Umsetzung unter Corona besonders schwierig – und soll nicht nur den Profis vor Ort überlassen werden.
Es genügt nicht, für das körperliche Wohlergehen und den Schutz der Alten alle Möglichkeiten der Isolation auszuschöpfen und die geistig-seelischen und sozialen Aspekte unberücksichtigt zu lassen.

„Meine demenzkranke Mutter hat mich nach Wochen bei meinem ersten Besuch gar nicht mehr wiedererkannt", berichtet eine Tochter. Eine andere Tochter wird vom – möglicherweise überlasteten – Pflegepersonal der Station abgehalten, die Mutter zu besuchen: „Sie haben sich nicht angemeldet!" Erst die Intervention bei der Heimleitung ermöglicht den Kontakt im Garten des Pflegeheimes. Es gilt, als Besucher (auch als Hausarzt) mit Geduld die Hürden zu nehmen und sich an der Pforte des Pflegeheimes einen Plastiküberzug anzuziehen. Der Sohn der alten Dame im zweiten Fall brachte seiner Mutter ein IPad mit. So konnte sie die Enkelkinder wiedersehen.

Das hessische Ministerium für Soziales und Integration sieht als Aufsichtsbehörde der Alten- und Pflegeheime einerseits die Notwendigkeit, das Infektionsrisiko zu verringern, andererseits den erheblichen Eingriff in die Grundrechte der Altenheimbewohner mit der Gefahr der Vereinsamung und Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Mit Verordnung vom 18.9.2020 wurden inzwischen in Hessen die zeitlichen Beschränkungen für Besuche in Altenheimen ab dem 29.9.2020 aufgehoben.[7]

Wir dürfen unsere Chancen für Kontakte jeder Art mit den Altenheimbewohnern nutzen, die wir trotz Corona haben, und das gemäß dem Losungsvers aus Spr 3,9 vom 16.9.2020: *Ehre den HERRN mit deinem Gut und mit den Erstlingen all deines Einkommens* – so wird es als Segen auf uns zurückkommen, wenn wir selbst alt werden.

Dr. med. Andreas Rost

Internist, Hämato-Onkologe und Palliativmediziner in Frankfurt.

4 *www.aerzteblatt.de/archiv/211312/Advance-Care-Planning-Bislang-wenig-gelebtes-Konzept*
5 *de.wikipedia.org/wiki/Advance_Care_Planning*
6 *www.div-bvp.de*
7 *soziales.hessen.de/gesundheit/corona-hessen/themenbereich-pflege-und-eingliederungshilfe/pflege-und-eingliederungshilfeeinrichtungen*

DIE MACHT DER SPRACHE

Erfolgreiche Kommunikation mit Politik und Gesellschaft

Sprache ist ein unglaublich mächtiges Werkzeug. Schon Jakobus mahnt in der Bibel zur Vorsicht im Umgang mit der „Zunge“. Wer am besten kommuniziert, setzt sich durch. Das gilt vor allem in der Politik – und dann umso mehr, je mehr ein Thema die Gemüter erhitzt.

Besonders deutlich wird das immer wieder bei Themen, die mit Ethik zu tun haben. Schon kleine Veränderungen in der kommunikativen Strategie können dabei helfen, dass die öffentliche Meinung umschwenkt. In jüngster Zeit fiel dabei immer wieder ein Fachbegriff: „Framing“. Das Ziel beim Framing ist, den politischen Gegner oder Zuhörer in einen Frame, also einen Deutungsrahmen zu lotsen und möglichst darin verbal festzuhalten. Kommunikationsprofis, auch „Spin-Doktoren“ genannt, sind dafür zuständig, solche Begriffe zu prägen. Der größte Fehler der Gegenseite ist dabei, in den Deutungsrahmen des jeweils anderen zu tapsen. Zugegeben, das klingt arg theoretisch.

Ein Beispiel: Eine gleichgeschlechtliche Partnerschaft hieß vor Jahren noch „Homo-Ehe“. Heute gilt dieser Begriff als abwertend, da er nach Ansicht von liberalen Politikern suggeriere, es gebe eine „richtige“ Ehe – und dann eben noch die Ehe für Homosexuelle. Plötzlich tauchte ein neuer Begriff auf: „Ehe für Alle“ – einer der geschicktesten Frames der vergangenen Jahre, verbunden mit dem Hinweis: „Es wird niemandem etwas weggenommen, aber manchen wird etwas geschenkt.“ Wer sich gegen die „Ehe für Alle“ aussprach, musste sich also plötzlich rechtfertigen, warum er einer Minderheit etwas vorenthalten will, was doch niemandem weh tut.

Kaum ein politisches Thema ist derart von Framing-Begriffen durchzogen wie die Frage nach dem Schutz ungeborenen Lebens. Vielleicht ist es dem aufmerksamen Leser schon aufgefallen: Selbst dieser Begriff ist natürlich bedeutungsmäßig aufgeladen. Liberalen Abtreibungsrechtlern kommt der „Schutz ungeborenen Lebens“ kaum über die Lippen. Sie sprechen eher von „reproduktiven Rechten“. Beide Seiten schenken sich wenig. Sie benutzen jeweils bewusst unterschiedliche Begriffe, um dasselbe zu beschreiben: „Abtreibung“ versus „Schwangerschaftsabbruch“, „Tötung von Kindern im Mutterleib“ versus „Entfernung von Schwangerschaftsgewebe“, „pro-life“ versus „anti-choice“ sowie „pro-choice“ versus „anti-life“.

In der Diskussion um die Abschaffung des Werbeverbots für Abtreibungen fiel in den Reihen derjenigen, die für eine Liberalisierung eintreten, immer wieder ein Satz: „Es geht um Frauen in Not.“ Ein Satz, der auf den ersten Blick schlicht stimmt – der aber auch ein klares Ziel verfolgt. Denn es geht natürlich nicht nur um Frauen in Not. Doch wer sich gegen die Abschaffung des Werbeverbots stellt, sieht sich nach diesem Satz plötzlich dem Verdacht ausgesetzt, Frauen in ihrer Not alleinzulassen. Zudem blendet der Satz aus, dass auch der Embryo im Mutterleib laut dem Bundesverfassungsgericht Rechte hat, die es zu schützen gilt. Doch solange dieses wichtige Argument nicht in wirksame Sprache gekleidet wird, wird es nur wenige Menschen erreichen.

Sprache ist Macht. Das gilt auch für andere medizinethische Bereiche, wie der Frage nach Bluttests auf Trisomien, der Stammzellforschung oder Sterbehilfe. Wie bei allen Werkzeugen gilt, dass man Sprache zum Guten gebrauchen oder für das Böse missbrauchen kann. Christen tun gut daran, ihre Standpunkte gut zu überlegen – und dann kommunikativ geschickt an den Menschen zu bringen.

Nikolai Franz
Redakteur bei Christliches Medienmagazin Pro, Wetzlar.

freepik.com © vectorplusb

„Die sprechende Medizin stärken“ ist ein Slogan, der momentan in der Gesundheitspolitik erst mal gut ankommt. Nicht zuletzt wurde mit diesem Ziel auch die letzte Reform des Vergütungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (EBM) vorgenommen.
Es scheint wichtig zu sein, dass Ärzte mit ihren Patienten sprechen. Allerdings regt sich hier auch Widerstand in Teilen der Ärzteschaft. Der Palliativmediziner Gian Domenico Borasio beispielsweise meint: „Ärzte sprechen in der Regel eher zu viel“ und plädiert für etwas, das er „hörende Medizin“ nennt.

von Robert Wilhelm

REDEN IST SILBER – HÖREN IST GOLD

Ein neuer Zugang zu Patienten

Völlig aus der Luft gegriffen scheint das nicht zu sein.
Zumindest gibt es Untersuchungen, die das „Hörvermögen“ von Ärzten etwas plakativ in Zahlen ausdrücken:

Ganze 47 Sekunden lassen männliche Ärzte durchschnittlich ihre Patienten bis zur ersten Unterbrechung reden, unsere weiblichen Kolleginnen gewähren den Patienten mit drei Minuten durchschnittlich etwas länger.

Verbesserungspotential scheint es daher auf jeden Fall zu geben. Das Ziel ist aus der Politik bekannt: Den Patienten im besten Falle „da abholen, wo er steht“. Allerdings: Was dann? Wir hören dem Patienten zu, sagen ihm, was er hören muss – und dann? Brauchen wir nicht ebenso eine „handelnde Medizin“, die dem Patienten die Hilfe zukommen lässt, um derentwillen er uns aufgesucht hat?

Es scheint mir, als beschreibt jeder der Begriffe nur Teilaspekte dessen, was wir „Medizin“ nennen: Natürlich sollen wir zuhören, um den Patienten in seiner Situation zu verstehen. Natürlich sollen wir sprechen und dem Patienten etwas, das er nicht weiß, verständlich machen. Und natürlich sollen wir auch handeln und ihm die gesamte Palette der medizinisch-wissenschaftlichen Möglichkeiten zukommen lassen. Für dies alles gilt eine Erweiterung des berühmten ersten Axioms der Kommunikation von Paul Watzlawick: Ich kann es nicht nicht tun. Ich kann nicht nicht kommunizieren. Ich kann nicht nicht hören. Ich kann nicht nicht handeln. Damit allerdings ist dem Patienten nicht geholfen. Die Frage ist vielmehr, wie ich die einzelnen Dinge tue. Das muss abgewogen und reflektiert sein. Dafür brauche

freepik.com © Racool_studio

ich eine grundlegende Orientierung. Eine erste Annäherung kann vielleicht über die Frage Jesu erfolgen (Lk 18,41): *Was willst du, das ich dir tun soll?*

Nun haben wir aber ein Problem: Unsere berufliche Professionalität und unser Wissen um die kurz- und langfristigen Auswirkungen bestimmter Mittel und Methoden stehen gelegentlich in schroffem Gegensatz zu dem, was wir als Anliegen des Patienten hören.
Im Bereich der Psychotherapie sehen wir beispielsweise mitunter Zusammenhänge, die für den Patienten (noch) nicht sichtbar sind, und selbst wenn sie es wären, wäre eine Konfrontation damit möglicherweise schmerzhaft und mit Anstrengung verbunden, sodass Patienten (bewusst oder unbewusst) darauf verzichten.
Wenn ich es dennoch „durchdrücke", riskiere ich einerseits eine Überforderung des Patienten und schlimmstenfalls den Abbruch der Behandlung. Wenn ich den Abwehrmechanismen des Patienten lediglich folge, ergibt sich möglicherweise eine kurzfristige Entlastung, aber langfristig bestenfalls keine Besserung und schlimmstenfalls eine Chronifizierung der Beschwerden. Ähnliche Beispiele lassen sich sicher analog für andere Disziplinen finden.

Insofern ist ein Hören der unmittelbaren Bedürfnisse des Patienten gut und wichtig, aber bedarf unbedingt unserer professionellen Kommentierung. Zwar ist unser gesamtes Leben ein „Sein zum Tode", aber nicht alle medizinischen Disziplinen haben ihn so dicht vor der Haustür wie die Palliativmedizin. Mit manchen Folgen unserer Therapien werden Patienten noch ein längeres Leben verbringen müssen.

Die Wünsche des Patienten zu hören und zu verstehen, wird daher oft in einer ethischen Abwägung enden, ob ich das überhaupt mittragen kann und will. Es geht dann möglicherweise um ein hörendes Erkennen, wann es genug ist, wann in der Behandlung Erreichtes nicht mehr verbessert werden kann oder wann weitere, an sich sinnvolle Maßnahmen nur unter Inkaufnahme einer erneuten Verschlechterung erfolgen würden.

In diesen Fällen sehe ich es als unsere professionelle Pflicht an, den Patientinnen und Patienten einerseits zu verstehen zu geben: „Ich habe dich mit deinen Anliegen gehört und versuche, dich zu verstehen", andererseits aber auch professionell zu ent-täuschen.
Es ist uns eben nicht alles möglich. Manche Wünsche bleiben unerfüllbar – und sei es, weil wir durch unser Gewissen gebunden sind, was angesichts der Heftigkeit aktueller Debatten um Abtreibung oder Sterbehilfe zunehmend häufiger werden könnte.

Das erinnert dann eher an den Jesus, der angesichts eines Gelähmten durchaus die Not sieht, ein Anliegen (nämlich das der Begleiter) hört und dennoch eigene Prioritäten setzt: „Dir sind deine Sünden vergeben." Die Herausforderung für uns besteht nun darin, uns mit diesem Ergebnis zu begnügen und zu akzeptieren, dass wir nicht Jesus sind, bei dem am Ende die Lähmung – gleichsam nachgeordnet „nur" als Machtbeweis – doch noch geheilt wird.

Insofern würde eine „hörende Medizin" – beziehungsweise der hörende Aspekt von Medizin – mehr umfassen als das Hören auf die Bedürfnisse der Patienten:

Nämlich in gleicher Weise das Hören auf die eigenen Möglichkeiten und Begrenzungen und auf Gottes Wunsch, Leben zu gestalten.
Wenn es uns gelingt, diese drei Perspektiven – die des Patienten, unsere eigene und die Gottes – wahrzunehmen, können wir auf einer soliden Grundlage reden und handeln und damit vielleicht einer Engführung von Medizin auf ein einziges Partizip entgehen.

Dr. med. Robert Wilhelm
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Elbingerode.

freepik.com © Racool_studio

Fotolia ©rawpixel.com

EHRENAMT IN DER ACM

Wie kommuniziert der Vorstand?

Auf den Punkt gebracht: 1.205 empfangene E-Mails, 16 Skype-Sitzungen, viele Telefonate und jede Menge WhatsApp-Nachrichten – so sahen die letzten zwölf Monate im ACM-Vorstand aus. Als Dreier-Team (Johanna Renz, Oliver Dodt und Adrian Pilatz) befinden wir uns in den unterschiedlichsten persönlichen, geistlichen und beruflichen Lebenslagen. Was uns eint, ist die gemeinsame Berufung in den Vorstand der ACM.

von Adrian Pilatz

Wir kommunizieren untereinander nach dem fünften Axiom von Paul Watzlawick symmetrisch, sprich gleichberechtigt – auch wenn es offiziell einen Vorstandsvorsitz gibt. Ganz besonders wichtig ist uns eine wahrhaftige Kommunikation untereinander nach dem Vers von Matth 5,37: *Eure Rede aber sei: Ja, ja; nein, nein.* Wir sind dankbar, dass wir uns auch über diametral unterschiedliche Meinungen ehrlich austauschen und Lösungen entwickeln können, die schließlich von uns allen getragen werden können. Wir haben unterschiedliche Stärken und Schwächen und versuchen, diese in der Kommunikation innerhalb und außerhalb der ACM entsprechend einzusetzen. So führt Oliver Dodt als Psychiater gerne Gespräche, während Johanna Renz die nächste Leitungs-

kreissitzung plant und Adrian Pilatz IT-Aspekte mit der SMD klärt. Ganz wichtig ist, dass wir uns aufeinander verlassen können. Wenn man gerade selbst keine Valenzen für die ACM-Arbeit hat (z. B. Nachtdienstwoche, Urlaub), dann übernimmt bei wichtigen Inhalten stets ein anderes Vorstandsmitglied die Kommunikation nach außen.

In der Regel folgt die Kommunikation per E-Mail dem dritten Axiom nach Paul Watzlawick als Wechselspiel aus Aktion und Reaktion. Glücklicherweise sind viele E-Mails eine einfache Information für den Vorstand, die nur gesehen und wahrgenommen werden muss, aber keine Reaktion erfordert (z. B. Anmeldezahl für die Herbsttagung). Reaktionen auf einfach lösbare E-Mails erfolgen zügig von dem Vorstandsmitglied, das sich gerade berufen fühlt und ohne Absprache mit den beiden anderen (z. B. Antwort auf Anfrage von Mitglied AB wer als Referent zum Thema XY in Frage käme) – aber natürlich mit den jeweils anderen in CC. Hingegen werden Inhalte mit weitreichenden Konsequenzen zunächst im Vorstand virtuell diskutiert, dort auch entschieden und dann nach außen kommuniziert (z. B. ob man online ACM-Mitglied werden kann). Aufgrund dieses Vorgehens kann die Beantwortung von Anfragen auch mal ein paar Tage dauern. Da kontrovers zu diskutierende Fragen nicht unmittelbar von allen Vorstandmitgliedern am Tage des Eingangs beantwortet werden können, haben wir uns bewusst dafür entschieden, diese erst einmal zu reflektieren und gemeinsamen in Ruhe beim nächsten virtuellen Vorstandsmeeting zu besprechen, bevor unreife Antworten nach außen gegeben werden. Wir sind ausgesprochen dankbar, bei fehlender Expertise oder Unsicherheit immer wieder auf ACM-Mitglieder als „E-Mail-“ und „Telefonjoker“ zurückgreifen zu können, um deren Rat für weise Entscheidungen heranzuziehen. Während wir im Vorstand das operative Tagesgeschäft gemeinschaftlich festlegen, erfolgt die strategische Ausrichtung der ACM (Stellenbesetzungen, Schwerpunkte usw.) im Leitungskreis, welcher dreimal im Jahr tagt.

Für die Zukunft liegt uns insbesondere die verbesserte Kommunikation unter den ACM-Mitgliedern am Herzen. Aufgrund der Datenschutzverordnung ist es aktuell nicht möglich, Mitgliederlisten zu verteilen, sodass z. B. Mitglied A nicht einfach Mitglied B kontaktieren kann, welches sich beispielsweise ebenso in der Facharztweiterbildung zum Neurologen befindet. Hierfür möchten wir per webbasierter Applikation Wege finden, damit genau diese Kontakte möglich sind, die Datenschutzverordnung erfüllt wird und die Sicherheit der Daten vor unbefugtem Zugriff gewährleistet ist. Wer solche Web-Applikationen kennt und Ideen zu dem Thema hat, ist herzlich eingeladen, mit uns zu kommunizieren.

Kol 4,6: *Eure Rede sei allezeit wohlklingend und mit Salz gewürzt, dass ihr wisst, wie ihr einem jeden antworten sollt.*

PD Dr. med. Adrian Pilatz

Urologe an der Universität Marburg/ Gießen.

TERMINE

26.–28. FEB 2021

Saline Process – Authentisches Christsein im medizinischen Alltag

74. Fachtagung für Ärzte und Medizinstudierende

Rehe/Westerwald

(mit Beschränkung der Teilnehmerzahl gemäß Hygieneregeln der Tagungsstätte)

4.–6. JUNI 2021

Hinfallen, Aufstehen, Krone richten, Weitergehen – Vom Scheitern im Berufseinstieg

19. Berufseinsteigertagung der ACM

Marburg

acm arbeitsgemeinschaft christlicher mediziner

Eine Fachgruppe der akademiker_smd

ACM
Vorstandsvorsitzender:
PD Dr. Adrian Pilatz *(V. i. S. d. P.)*

ACM-Sekretariat
Aubachstr. 5 | D-35647 Waldsolms
Fon +49. 60 85. 98 76 56
E-Mail info@acm-deutschland.de

www.acm-deutschland.de

Spendenkonto:
SMD e. V. | Ev. Bank Kassel
IBAN: DE75 5206 0410 0000 8004 57
BIC: GENODEF1EK1
Verwendungszweck: ACM

IMPRESSUM

Die vorliegende Ausgabe des **acm journals** wird herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft christlicher Mediziner, einer Fachgruppe der Akademiker-SMD.

Redaktion:
Dr. Debora Langenberg, Michael Fritz, Dr. Nadine Sprodowski, Dr. Holger Petri, Dr. Andreas Rost

Gestaltung:
Claudia Holmer | *www.holmer-design.de*

Auflage:
2.000

Bildnachweis:
iStock.com © Drazen Zigic (Titelbild)
Alle weiteren, wenn nicht anders angegeben, privat/ACM-Archiv.