



# Worte als Werkzeuge

### Wirksame Kommunikation als medizinische Innovation

Von Dr. med. Stefan Pilz und Dr. med. Markus Holtel

Kommunikation hat eine immense Breiten- und Tiefenwirkung auf Qualität und Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung – im positiven wie negativen Sinne. Doch wie steht es hierzulande um dieses vergleichsweise wenig erforschte Gebiet klinischer Praxis? Inzwischen gibt es viele Belege dafür, dass Kommunikationsprobleme für bis zu 80 Prozent der Fehler und kritischen Ereignisse im Gesundheitsbereich verantwortlich sind. So ist es nicht ganz gewagt, zu behaupten: "Gute Kommunikation ist wichtiger als 100 medizinische Innovationen". Was kann man tun, um einfach, praxisnah und evidenzbasiert die Kommunikation zu verbessern?

**Keywords:** Kommunikation, Patientensicherheit, Qualitätsmanagement, Risikomanagement

"Damit wir uns nur richtig missverstehen!" Mit dieser Bemerkung wusste der Liedermacher Wolf Biermann in den 1980er Jahren in seinen Konzerten der Diskussion über brisante Inhalte die richtige Würze zu geben. Unbestritten ist die Wirksamkeit vieler medizinischer Innovationen. Sie haben vielen Patien-

ten Segen gebracht und werden es weiterhin tun. Dennoch mehren sich in den letzten zehn bis zwanzig Jahren weltweit die Belege, dass mangelhafte, unvollständige und wenig wertschätzende Kommunikation der Trigger für viele Probleme des klinischen Alltags ist. So gab die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations in den USA schon 2005 an, dass über die letzten zehn Jahre Kommunikationsmängel die Hauptursache für sentinel events (schwerwiegende kritische Ereignisse) sind. Ebenso benennt das Veterans Administration Center for Patient Safety Kommunikationsmängel als wesentlichen Faktor in fast 80 Prozent von mehr als 6.000 Ursachenanalysen von unerwünschten Ereignissen und Beinahe-Schäden.

Gleichzeitig gibt es zunehmende Evidenz, dass mit ausgewählten Kommunikationstools, Checklisten und Teamtrainings ganz erhebliche Verbesserungen der Ergebnisqualität, der Patientensicherheit und auch Kosteneinsparungen möglich sind. So führten Teamtrainings etwa zu 50 Prozent reduzierten Liegezeiten auf Intensivstationen, zur Halbierung des Auftretens unerwünschter Ereignisse, zur deutlichen Senkung postoperativer Sepsis oder zur Reduktion von Entschädigungszahlungen. Die Liste der Studien ist lang.

#### Die anglo-amerikanischen Länder machen es vor

Auf internationaler Ebene, insbesondere in den anglo-amerikanischen Ländern wie den USA, England, Australien, Kanada oder Neuseeland, stellen nationale Gesundheitsorganisationen allen medizinischen Berufsgruppen erprobte und evidenzbasierte Werkzeuge zur Verfügung, die darauf abzielen, die Sicherheit für Patienten zu erhöhen, Risiken zu verringern und Behandlungsergebnisse zu verbessern. Die Nutzung solcher Werkzeuge ist deutlich weiter verbreitet und es liegen Studien zur Wirksamkeit auf unterschiedlichen Evidenzniveaus vor. Im deutschsprachigen Raum dagegen werden diese Werkzeuge bisher wenig genutzt. Die Arbeitsgruppe Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) hat es sich daher seit 2013 zur Aufgabe gemacht, Kommunikationswerkzeuge in der klinischen Behandlung für den deutschen Sprachraum aufzubereiten, für die sich die Wirksamkeit wissenschaftlich belegen lässt und welche sich im Alltag bewährt haben.

#### Ein Positionspapier zu Beginn

Im Jahr 2015 wurden Aufgaben und Ziele der AG in einem Positionspapier zusammengefasst. Es geht um die Aufbereitung bewährter Werkzeuge der Kommunikation, vor allem:

- bei grundlegenden Aspekten, das heißt, kommunikativen Konventionen wie Takt, Wertschätzung, Manieren oder Respekt, aber auch zur Steigerung der Wirksamkeit von Kommunikation allgemein: einfach, kurz, langsam, verständlich, klar und freundlich,
- entlang des Kernprozesses der klinischen Behandlung von Aufnahme bis zur Entlassung, bei der Übergabe an Schnittstellen oder in der Visite, bei der Aufklärung von Patienten, dem Überbringen schlechter Nachrichten etc.
- und im Rahmen der interdisziplinären Kommunikation, zum Beispiel zur Optimierung schriftlicher und telefonischer Informationsweitergabe, aber auch um Ansätze aus dem Crew Ressource Management, die Mitarbeiter ermuntern, in kritischen Situationen Bedenken zu äußern.

Jedes Kommunikationstool wird nach einem einheitlichen Muster aufbereitet:

- Theoretischer Hintergrund und wissenschaftliche Evidenz,
- Voraussetzungen und Ziele bei der Einführung,
- Maßnahmen und Haltung bei der Umsetzung,
- Anwendungsszenarien und Literatur.

So entstanden bisher sechs Arbeitshilfen für eine bessere Kommunikation. Die wesentlichen Inhalte werden im Folgenden zusammenfassend vorgestellt. Arbeitshilfen zu weiteren Themen sind in Vorbereitung.

### Kommunikation verbessern

Mit einer Reihe von Arbeitshilfen greift die AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) seit 2015 Kommunikationsprobleme in Gesundheitseinrichtungen auf. Die GQMG ist seit 2002 Mitglied der AWMF. Für die Kommunikation mit Patienten wie auch unter Mitarbeitern gibt die AG wissenschaftlich untermauerte Empfehlungen. Eine "Pocketversion" zu jedem Thema fasst wichtige Aspekte für die Kitteltasche zusammen. Mehr Informationen unter www.gqmg.de

#### Grundregeln der Kommunikation

Die Grundregeln der Kommunikation ergeben sich aus empirisch belegten, basalen Erkenntnissen aus der Kommunikationsforschung, Neurobiologie, Sprachwissenschaft etc. Die Anwendung ist im Grunde einfach, aber gerade im hektischen klinischen Tagesgeschäft, bei kurzen Liegezeiten in der Klinik oder hohen Patientenzahlen im ambulanten Bereich immer wieder eine Herausforderung. So ist die Umsetzung - auch das zeigt die Forschung – alles andere als selbstverständlich. Ein strukturiertes Gespräch erleichtert die Orientierung. Freundliches Verhalten beruhigt und wirkt vertrauensfördernd. Kurze Sätze und moderates Sprechtempo erleichtern Sprachverarbeitung und senken den Stresslevel der Beteiligten beider Seiten. Im Kontakt mit dem Patienten sind vor allem bei wichtigen Gesprächen eine einfache, klare Sprache mit wenigen wesentlichen Informationen und das Vermeiden von Medizinjargon zentral.

Im Schnitt kann man sich nicht an mehr als fünf Mitteilungen in kurzer Zeit erinnern und nicht mehr als zwei bis drei Themen in 30 Sekunden verarbeiten. Die Nutzung der Sprache des Patienten (Eigensprache) vermindert Interpretationsfehler und erhöht die positive Resonanz zwischen den Gesprächspartnern. Die Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte am Schluss erhöht das Verständnis und die spätere Erinnerung an die Inhalte. Diese Grundregeln der Kommunikation sind erlernbar und sollten zum Standardschulungsrepertoire die Praxis gehören. Sie müssen bewusst gemacht, erlernt, angewendet und kontinuierlich vertieft werden.

#### SBAR als Tool zu fokussierten Kommunikation

SBAR stellt ein inzwischen gut evaluiertes Instrument zur strukturierten Übergabe von Informationen dar. Die vier leitenden Buchstaben stehen für:

- S = Situation, die knappe Identifikation des Patienten (und wenn nötig, des Sprechers) und Schilderung seines aktuellen Zustands mit knappen Angaben etwa zu Bewusstseinszustand, Operationsfähigkeit, Vitalzeichen, Suizidalität.
- B = Background/Hintergrund gibt Informationen zum Grund des Aufenthalts, wesentlichen Vorerkrankungen sowie wichtigen Aspekten des Verlaufs.
- A = Assessment/Einschätzung, bei der der Sprecher die Gesamtsituation einschätzt, gegebenenfalls eine Verdachtsdiagnose äußert und wesentliche Parameter für mögliche nächste Schritte benennt.
- R = Recommendation/Empfehlung beschreibt die nächsten Schritte oder formuliert einen Wunsch an den Empfänger.

Ursprünglich entwickelt wurde SBAR in den 1960er Jahren von der US Navy. Eine systematische und strukturierte Sprachregelung sollte Missverständnisse vermindern, die in Katastrophen enden konnten, etwa beim Einsatz auf Flugzeugträgern. Inzwischen hat sich SBAR auch im klinischen Kontext bewährt. Kaiser Permanente in den USA führte es als erste große Gesundheitsorganisation um 2003 ein. Das Instrument kann leicht an unterschiedliche klinische Settings und Fachgebiete angepasst werden. Der Zeitaufwand verlängert sich nicht. Anwendungsszenarien sind die Meldung bei kritischen Situationen, die Übergabe zwischen

den Schichten (pflegerisch wie ärztlich), die Patientenvorstellung bei der Visite, die Verlegung auf eine andere Station, die Übergabe zwischen OP und Transportdienst oder vom Rettungsdienst an die Klinik, der Einstieg in eine ausführliche Fallbesprechung (z.B. M&M-Konferenz) oder auch das Strukturieren der Dokumentation.

Letztlich entscheidend ist weniger das Kürzel SBAR als die festgelegte, in sich stimmige Weitergabe von Informationen. So muss der Sender in einem kleinen Zwischenschritt die Daten sinnvoll aufbereiten. Der Empfänger kann sich besser konzentrieren, weiß, was er erwarten kann, und kann auf manche Zwischenfrage verzichten.

#### Dolmetschen

In Deutschland leben aktuell ca. 16 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Es wird davon ausgegangen, dass davon wiederum 20 Prozent nicht ausreichend Deutsch sprechen, um im Medizinbetrieb optimal versorgt zu werden. Die Arbeitshilfe geht auf den optimalen Prozess des durch einen Dolmetscher vermittelten Gesprächs im klinischen Kontext ein. Sie formuliert Empfehlungen für die medizinische Fachperson wie für den Dolmetscher vor und während des Gesprächs mit dem Patienten. Die wesentliche Aufgabe des Dolmetschers ist dabei, dass er als möglichst neutraler Zwischenträger auftritt und alle Informationen der medizinischen Fachpersonen zum Patienten und umgekehrt transferiert. Dolmetscher werden in der Regel bei vorab planbaren Gesprächen einbezogen (Aufnahme, Entlassung, Aufklärung, Einverständniserklärung, Visite, Begutachtung etc.).

Professionelle Übersetzer erbringen nachweislich einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung. Gleichwohl ist zu bedenken, dass in der überwiegenden Zahl der Fälle Dolmetscher im ambulanten und stationären Kontext nicht ausreichend zur Verfügung stehen, sodass lokal auf verschiedenen Niveaus improvisiert werden muss. Eine neue Entwicklung ist die Nutzung von Internet-Plattformen, auf denen Dolmet-

scher bundesweit etwa via Skype eingesetzt werden können.

#### Kommunikation bei der Visite

Die Visite, die für Patienten wie Mitarbeiter immer noch wichtigste Interaktionssituation, erscheint in der Umsetzung sehr beliebig und abhängig von individuellen Dispositionen. Ihre Wirkung auf die Zufriedenheit des Patienten und sei-Genesungsfortschritt nicht selten unterschätzt. Sie ist zentral für die Vertrauensbildung, Compliance und hat Einfluss auf die Dauer des Aufenthaltes. Aufgrund Zeitmangels wird der Patient oft in kurzer Zeit mit medizinischen Fakten überhäuft (vgl. auch Arbeitshilfe 1) und hat wenige Möglichkeiten, Sorgen, Ängste und Befürchtungen anzusprechen.

Auch hier geht es vor allem um eine klare Ablaufstruktur und Zuordnung von Verantwortlichkeiten für die Durchführung der Visite mit drei Phasen zu Beginn, vor der Tür, während der Visite im Patientenzimmer und danach wieder vor dem Zimmer. Hinzu kommen Aspekte wie Pünktlichkeit, die Reduktion von Störfaktoren und die Vollständigkeit der relevanten Informationen. Auch Visitenkommunikation und -organisation ist erlernbar und braucht einen größeren Schulungs- und Reflexionsraum in der klinischen Aus- und Weiterbildung.

#### Kommunikation im OP

Die Arbeitshilfe beschreibt eine der wirksamsten Checklisten überhaupt, die sog. WHO-Checkliste (Surgical Safety Checklist) zur Synchronisierung des Teams im Operationssaal. Weltweite Studien belegen die Senkung der perioperativen Mortalität bei Anwendung dieser Checkliste. Es treten weniger Fehler auf, die Patientensicherheit wird erhöht. Die WHO empfiehlt die Anwendung dieser Liste seit 2008. In einem dreischrittigen Verfahren kommt es zu einer kurzen Prüfung der wesentlichen Aspekte für die Operation: vor der Anästhesie (Sign-in), unmittelbar vor dem Hautschnitt (Team-Time-Out) und bevor der Patient den OP verlässt (Sign-out). Auch dieses Instrument kann hausintern angepasst werden.Die wesentlichen Wirkprinzipien einer Checkliste sind:

- das Reduzieren von Komplexität: nicht jeder Einzelschritt muss aus dem Gedächtnis abgerufen werden.
- die Ritualisierung: eine gemeinsame, strukturierte Abfrage macht den Ablaufschritt stärker bewusst und wird zum unverzichtbaren Teil der Routine,
- die Fokussierung der Aufmerksamkeit: das laute Vortragen der Stichpunkte schafft einen gemeinsamen Fokus und alle Beteiligten können gemeinsam auf unerwartete Konstellationen und Risiken aufmerksam werden.

## Kommunikation unerwünschter Ereignisse

Noch immer wird häufig über aufgetretene unerwünschte Ereignisse geschwiegen. Die Zurückhaltung gegenüber dieser schweren Aufgabe ist zunächst verständlich. Es gibt aber vielfältige Evidenz, dass sich das Vertrauensverhältnis zum Patienten im Nachhinein verbessert, vor allem dann, wenn das medizinische Personal sein Bedauern äußert und darauf hinweist, aus dem Fehler für die Zukunft zu lernen. Gleichzeitig wird auch das beteiligte Personal als "second victim" von Schuldgefühlen entlastet. Zudem gibt es Belege aus den USA, dass sogar die Kosten infolge von Schadensersatzklagen bei offenem Umgang zurückgehen. Denn die steigende Zahl von Entschädigungszahlungen wird überkompensiert durch deutlich bescheidenere Forderungen und geringere Nebenkosten. Die Arbeitshilfe beschreibt das Vorgehen und hilfreiche Formulierungen für das Gespräch mit dem Patienten. Die Offenlegung von Ereignissen empfiehlt sich:

- wenn sie möglicherweise auf einem Fehler beruhen und zu Beeinträchtigung, Schädigung (temporär oder dauerhaft) oder zusätzlicher Behandlung führen (Bsp. diagnostische Verzögerung mit therapeutischer Konsequenz),
- v.a. auch, wenn der Patient nicht zweifelsfrei auf den Fehler schließen kann (Bsp. überhöhte Arzneimitteldosis),
- wenn ein Fehler ohne Auswirkung auf den Patienten entdeckt wurde, er ihn aber gleichwohl bemerkt hat (Bsp. korrigierte Seitenverwechslung),
- wenn durch Information des Pati-

- enten möglicherweise zukünftige Schäden zu verhindern sind (Bsp. unbekannte, seltene Allergie),
- wenn nicht vermeidbare, aber unerwartete Komplikationen auftreten – in diesem Fall modifiziertes Vorgehen (Bsp. Rückenmarksläsion nach Lumbalpunktion).

Es ist wichtig, dieses Thema auf die klinische Agenda zu nehmen und das Personal entsprechend zu schulen.

#### **Erste Erfolge**

Im öffentlichen Diskurs über Qualität und Patientensicherheit hat das Thema Kommunikation in den letzten beiden Jahren deutlich an Fahrt gewonnen. Auch in Deutschland steigt die Nachfrage nach entsprechenden Hilfsmitteln und Werkzeugenund inzwischen gibt es Bestrebungen, Tools wie SBAR auch hierzulande im ambulanten wie klinischen Setting zu erproben und wissenschaftlich zu evaluieren. Die kürzlich erschienene zweite überarbeitete Auflage zum Tool SBAR zeigt, dass die Veröffentlichungen zu diesem Kommunikationswerk-

zeug weltweit weiter zunehmen, und dies auch in Ländern wie Taiwan, Indonesien, Korea oder Saudi-Arabien. Zudem gibt es erste Studien, die SBAR als Referenzinstrument gegen wiederum andere standardisierte Übergabeinstrumente evaluieren. Die WHO-Checkliste ist in Deutschland schon länger etabliert, wenngleich sie, so berichten manche Insider, den richtigen Durchbruch noch immer nicht geschafft hat. In etlichen Kliniken ist sie lediglich pro forma eingeführt, das tiefere Verständnis fehlt und sie fördert nicht die Kommunikation und Patientensicherheit. In der Richtlinie zum sektorenübergreifenden Qualitätsmanagement des G-BA ist sie inzwischen aber als Pflichtvorgabe aufgenommen.

#### **Fazit**

Es ist an der Zeit, dass alle Professionals in der Gesundheitsversorgung die Verbesserung der Kommunikation priorisieren und wirksame Werkzeuge nutzen. Und es liegt in der Verantwortung der Einrichtungsleitungen, darauf hinzuwirken. Es lohnt sich! So kann man die

These "Gute Kommunikation ist wichtiger als 100 medizinische Innovationen" eigentlich nur richtig missverstehen. In Zukunft wird neben der naturwissenschaftlich-medizinischen Forschung eine bessere Kommunikation die größte Auswirkung auf den Erfolg medizinischer Behandlung haben.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Stefan Pilz

Leitung Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement DR. FONTHEIM, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Lindenstraße 15, 38704 Liebenburg s.pilz@fontheim.de



Dr. med. Stefan Pilz

**Dr. med. Markus Holtel** Dipl.-Krankenhausbetriebswirt (VKD) Qualitätsmanager, Anästhesist, Notarzt

# Wie geht es Ihrem OP zurzeit?

Sichern Sie sich Ihre Chef-Lektüre, wie OP-Sets wirken: Personalentlastung, OP-Rendite, OP-Sicherheit und Employer Branding durch JR-OP-Sets.



Machen Sie Ihren OP jetzt zur Chef-Sache.

Wenn hier keine Postkarte mehr klebt, kein Problem. Unter info@jr-optimiert.de können Sie auch anfordern:

- ☐ Ja, schicken Sie mir die Chef-Lektüre "Wie OP-Sets wirken" zu
- ☐ Ja, ich möchte mehr über OP-Sets erfahren
- ☐ Ja, bitte vereinbaren Sie einen Beratungstermin mit mir



Von Geschäftsführer zu Geschäftsführer: Wir sprechen Ihre Sprache Seit 20 Jahren bewährt – 1 Profi-Set statt 100 Einzelteile