



Gesellschaft für Qualitätsmanagement
in der Gesundheitsversorgung e. V.

AG Kommunikation im Qualitätsmanagement und Risikomanagement

Arbeitshilfe bessere Kommunikation 1

Grundregeln der Kommunikation

Rode S, Heun S, Holtel M, König U, Pilz S, Pivernetz K,
Poimann H, Stapenhorst K, Tatzel C, Weber H
12.12.2016

Grundregeln der Kommunikation

Rode S, Heun S, Holtel M, König U, Pilz S, Pivernetz K, Poimann H, Stapenhorst K, Tatzel C, Weber H

Inhalt

1. Hintergrund/Evidenz	3
2. Voraussetzungen	4
3. Ziele	4
4. Maßnahmen.....	4
5. Haltung und Verhaltensstrategie.....	4
6. Erklären der Methode.....	5
7. Anwendungsszenarien.....	5
8. Vorbereitung.....	6
9. Durchführung	6
10. Rechtlicher Hintergrund und Verantwortung.....	7
11. Quellen	7
12. Pocketversion.....	9
Anschrift für die Verfasser	9

1. Hintergrund/Evidenz

Seit den 90er Jahren weiß man ziemlich genau, welche Formen der Kommunikation im Medizinbetrieb benötigt werden und wie man diese an Studenten und Professionelle in der medizinischen Versorgung weitergibt (Morgan & Engel 1969) (EL) (Lipkin et al. 1995) (EL) (Simpson et al. 1991) (Williams, Dobson & Walters 1994) (LE).

Mittlerweile gibt es weltweit (Level II-III) ausführliche Darstellungen der nötigen kommunikativen Mittel für einen adäquaten Informationsaustausch für alle Beteiligten im Medizinbetrieb (Hill 2011) (Level II-III) (patientensicherheit.ch 2014) (Level IV) (Coleman et al. 2013) (Level III) (Belleli, Naccarella & Pirotta 2013) (Level IV) (McCorry & Mason 2011) (Level II-III) (www.aachonline.org) (Level II-III).

Eine gute und effektive Kommunikation ist eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende Beziehung zwischen den Partnern in der Gesundheitsversorgung. Ob es den Gesprächspartnern gelingt, einander zu verstehen, hängt davon ab, wie konzentriert sie sich dem Gegenüber zuwenden. Gelingt dies, entstehen keine Missverständnisse, die den Verlauf und das Ergebnis der Behandlung negativ beeinflussen.

Der Großteil der Gespräche in der Gesundheitsversorgung findet mit wenigen Teilnehmern statt, in der Regel „face to face“. Die Verantwortung für das Gelingen von Gesprächen mit dem Patienten liegt jeweils bei der medizinischen Fachperson. Daher übernimmt sie in einem professionellen Gespräch die Führung, definiert die relevanten Themen und die Vorgehensweise. Die dadurch entstehende Asymmetrie bedeutet jedoch nicht, individuelle Schilderungen des Patienten auszublenden. Im Gegenteil: die gesprächsführende medizinische Fachperson würdigt durch ermutigendes Nachfragen das subjektive Krankheitserleben und die Perspektive des Patienten in Ergänzung zur evidenz-basierten Medizin (Gallagher 1999) (EL) (Uexküll & von Herrmann 1999) (EL).

Das medizinische Fachpersonal muss zwischen den verschiedenen Ebenen des Gespräches unterscheiden. Der Sachebene, der Ebene der Verantwortung und der Ebene des Umgangs mit Gefühlen. Es berücksichtigt bewusst Regeln und Kommunikationstechniken und beeinflusst damit positiv den Behandlungsprozess und das Vertrauen des Patienten (Bühler 1934) (EL) (Neuberger & Dötz 1996) (EL) (Deutsch & Murphy 1955) (EL).

Die kommunikative Kompetenz zeigt sich in der Art und Weise zu sprechen, zuzuhören und zu reflektieren sowie nonverbale Zeichen einzubeziehen (Gestik, Mimik, Körperhaltung, Szenerie, Kleidung und Auftreten) (Hannawa et al. 2006) (Level III). Auch paraverbale Komponenten (stimmliche Vielfalt in Lautstärke, Tonhöhe, Stimmfärbung, Akzent, Geschwindigkeit und Rhythmus) fließen in die Kommunikation hinein und wirken sich auf die Atmosphäre zwischen Patient und medizinischem Fachpersonal aus (Beck et al. 2002) (Level II-III). Rahmenbedingungen, wie beispielsweise die lebensbedrohliche Situation des Patienten oder die Anspannung des Personals, beeinflussen die Atmosphäre des Gesprächs (Ong et al. 2000) (Level II) (Langewitz 2007) (Level IV).

Zusammenfassend kann man sagen, die Art und Weise der Kommunikation in der medizinischen Versorgung ist nicht beliebig. Das kommunikative Verhalten muss bestimmte Grundvoraussetzungen und Standards erfüllen (vgl. auch Patientenrechtegesetz), um die für das Gespräch spezifischen Ziele zu erreichen. Zudem geht es darum, das Individuum mit seinem subjektiven Befinden, mit seinen Befürchtungen, Sorgen und Ängsten ernst zu nehmen und professionell zu begleiten (Rodin et al. 2009) (Level I). Bestimmte Regeln und Techniken können helfen und das medizinische Fachpersonal bei dieser Aufgabe unterstützen. Diese Fertigkeiten sind nicht bei allen Menschen naturgegeben vorhanden, aber sie können erworben werden (Schulung ist notwendig). Sie müssen bewusst gemacht, erlernt, angewendet und kontinuierlich vertieft werden (AHRQ 2013) (Level I-III).

2. Voraussetzungen

Die Einrichtungsleitung und die Führungskräfte legen Wert darauf, dass das medizinische Fachpersonal professionell und kompetent kommuniziert. Dies bedeutet:

- die Wichtigkeit des Themas Kommunikation im Behandlungsprozess hervorzuheben und dies selbst vorzuleben
- Regeln und Techniken für bestimmte Gespräche vorzugeben und in Standards für z.B. Aufnahme-, Entlassungs-, Beratungs-, Visitingespräche usw. festzulegen
- Ressourcen für systematische Kommunikationstrainings zur Verfügung zu stellen
- externe Supervisionen zu ermöglichen, z.B. Visitingespräche (Ehrt & Poimann 2010) (Level III-IV) interdisziplinärer Austausch (Poimann & Bindernagel 2016) (Level I-IV)

3. Ziele

Das erklärte Ziel eines Gesprächs mit Patienten ist es, Informationen zum Behandlungsprozess auszutauschen (Ong et al. 1995) (Level II-III) und eine „gemeinsame Wirklichkeit“ herzustellen (Uexküll 2011) (Level II-IV). Dies dient auch der Unterstützung des subjektiven Befindens des Patienten, für den die Situation oft mit Ängsten und Sorgen verbunden ist. Das medizinische Fachpersonal kommuniziert so professionell, dass sich Patienten sicher und wohl fühlen, Vertrauen aufbauen und den medizinischen Prozess durch ihre Kooperation aktiv unterstützen und optimieren (Grawe et al. 2004) (Level II-III).

An die Kommunikation im Behandlungsteam und mit externen Beteiligten sind ähnliche Anforderungen zu stellen. Wichtig sind Respekt und korrekte Weitergabe von relevanten Informationen (Salas & Frush 2012) (Level II-III).

Positive Auswirkungen kommunikativer Kompetenzen sind: Handlungssicherheit, Arbeitseffektivität und -effizienz. Sie reduzieren Fehler, erzeugen eine höhere Arbeitszufriedenheit und wirken sich positiv auf das Befinden des Patienten und die Behandlungs- und Ergebnisqualität aus (Hill 2011) (Level II-III).

4. Maßnahmen

Die Einrichtungsleitung erfasst und kennt die Brennpunkte der Kommunikation. Sie legt die kommunikativen Grundregeln fest. Sie schafft die Voraussetzungen, wie diese Grundregeln implementiert und umgesetzt werden, z.B. durch systematische interne Schulungsangebote für neu eintretende und Auffrischkurse für langjährige Mitarbeiter (King & Harden 2013) (Level IV), (Beeson & Robey 2006) (Level III) (Studer 2008) (EL).

Alle Vorgesetzten achten auf die Einhaltung dieser Grundregeln und geben selbst positive Beispiele für eine angemessene und achtsame Kommunikation sowohl mit Patienten als auch innerhalb der Behandlungsteams (Madlock 2008) (Level IV). Externe Supervision unterstützt dieses Vorgehen.

Das medizinische Fachpersonal wendet die Kommunikationsregeln bei allen Gesprächsformen im Umgang mit Patienten, Angehörigen und innerhalb der Behandlungsteams systematisch an (AHRQ 2013) Level II).

5. Haltung und Verhaltensstrategie

Das medizinische Fachpersonal führt Patientengespräche zu Themen, die fachspezifisch die Grenzen üblicher Alltagsgespräche überschreiten. Dabei ist sich jede Fachperson ihrer jeweiligen Rolle und Verantwortung für

Grundregeln der Kommunikation

Rode S, Heun S, Holtel M, König U, Pilz S, Pivernetz K, Poimann H, Stapenhorst K, Tatzel C, Weber H

eine professionelle Gesprächsführung bewusst. Mit dieser Haltung steuert sie das Gespräch (McCorry & Mason 2011) (Level II-III).

Zu dieser Grundhaltung gehört,

- dem Patienten mit Respekt und Achtsamkeit begegnen
- sich an seine Sprach- und Verständnisfähigkeit anpassen
- dem Patienten genügend Redechancen einräumen und
- durch aufmerksames Zuhören Interesse an seiner Schilderung zeigen.

Intensive Zuwendung, Empathie und Wertschätzung schaffen eine gute Atmosphäre. In der Folge entsteht Vertrauen, das eine Grundvoraussetzung für authentische Mitteilungen des Patienten und den therapeutischen Erfolg darstellt (Manning et al. 2013) (Level IV).

6. Erklären der Methode

Grundlage der Gesprächsführung sind empirische Regeln, die inzwischen in Neurobiologie und Sprachwissenschaft belegt sind, wie:

- Strukturiere das Gespräch. Dies erleichtert die Orientierung.
- Verhalte dich freundlich (Augenkontakt, Lächeln, etc.). Dies beruhigt und bildet Vertrauen (Hurlemann et al. 2010) (Level II) (Senju & Johnson 2009) (Level III) (Ditzen et al. 2009) (Level II)
- Verwende kurze Sätze und moderates Sprechtempo. Dies erleichtert die Sprachverarbeitung und senkt den Stresslevel der Beteiligten (Gilchrist et al. 2008) (Level III) (Gordon et al. 2009) (Level III) (McHenry et al. 2011) (Level IV)
- Nutze eine verständliche und einfache Sprache (plain language) und
- vermeide Medizinjargon.
- Beachte und benutze die Sprache des Gegenübers (Eigensprache). Dies vermindert Interpretationsfehler (Poimann 2010) (Level IV) (Jacquemot & Scott 2006) (Level III).

Bei allen Kontakten ist die Kommunikation auf den Gesprächspartner gerichtet und dient dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses im Rahmen der professionellen Beziehungsgestaltung und der wechselseitigen Verständigung. Nach diesen Regeln geführte Gespräche schaffen eine gemeinsame Verständnisebene und sind wirksam.

7. Anwendungsszenarien

Gespräche zwischen medizinischem Fachpersonal und Patienten wie auch innerhalb des Behandlungsteams ziehen sich von der Aufnahme bis zur Entlassung durch den gesamten Behandlungsprozess.

Es handelt sich überwiegend um geplante Gespräche wie beispielsweise:

- Aufnahme- und Entlassungsgespräche
- Informations- und Aufklärungsgespräche
- Prognoseeröffnung und Behandlungsplanung
- Visitengespräche
- Übergaben und Verlegungen

Daneben ergeben sich viele informelle Gespräche aus der Behandlungssituation. Auch sogenannte „Small Talks“ dienen der Entlastung und Entspannung der Beteiligten (Weber & Langewitz 2011) (EL) (Jonas 1981) (EL) und können sich zu ernsthaften und relevanten Gesprächen entwickeln.

8. Vorbereitung

In der internationalen Literatur werden Strategien beschrieben, die für die Vorbereitung eines Gesprächs von essentieller Bedeutung sind (McCorry & Mason 2011) (Level II-III) (Newberg & Waldman 2012) (Level II-III).

- Lege Zeit und Raum des Gesprächs fest.
- Lege das Ziel und den Inhalt sowie die Fragestellung des Gesprächs fest, strukturiere den Gesprächsverlauf.
- Mache dir deine Grundeinstellung vor dem Gespräch bewusst: z.B. angespannt, gestresst, verstimmt, müde?
- Tritt ruhig und entspannt auf, sei präsent mit positiver Grundhaltung (Newberg & Waldman 2012) (Level II-III).
- Stelle die Kooperationsbereitschaft des Gesprächspartners sicher: Hat er Zeit für das Gespräch, ist er offen für das Thema, ist er wach und ansprechbar? Sind weitere Gesprächsteilnehmer erwünscht?
- Antizipiere mögliche Reaktionen des Gesprächspartners und stelle dich darauf ein.

9. Durchführung

Strukturiere das Gespräch

- Stelle dich mit Namen und Funktion vor.
- Kündige Ziele, Inhalte und Zeitrahmen des Gesprächs an.
- Reduziere die Mitteilungen auf eine überschaubare Menge: Der typische Gesprächspartner kann sich nicht an mehr als fünf Mitteilungen erinnern, es sollten nicht mehr als zwei bis drei Themen in 30 sec angesprochen werden (Langewitz 2007) (Level IV).
- Kündige den jeweils nächsten Schritt an.
- Setze gezielt offene und geschlossene Fragen ein. Offene Fragen geben dem Gesprächspartner die Möglichkeit, seine Perspektive zu schildern. Geschlossene Fragen führen zu Ein-Wort-Antworten.
- Kündige das Ende des Gesprächs an und frage nach offenen Themen.
- Fasse zum Abschluss die wesentlichen Inhalte des Gesprächs zusammen.
- Besprich, ob ein weiterer Gesprächstermin erforderlich ist und vereinbare diesen gegebenenfalls.

Verhalte dich freundlich

- Nimm eine entspannte Körperhaltung ein.
- Wende dich dem Gesprächspartner freundlich zu, lächle, setze dich gegebenenfalls und stelle damit Blickkontakt auf Augenhöhe her.
- Zeige Wertschätzung durch non- und paraverbale Unterstützung der Aussagen des Gesprächspartners (z.B. durch Kopfnicken, „Hmhm“). Das hält das Gespräch aufrecht.

Sprich verständlich und einfach

- Setze einfache Sprache ein (plain language).
- Formuliere deine Mitteilungen klar, verzichte auf unwesentliche Einzelheiten.
- Stelle kurze, einfache Fragen.

Benutze die Sprache des Gegenübers (Eigensprache)

- Versuche, Aussagen des Gesprächspartners wörtlich aufzunehmen, formuliere deine Fragen mit den Worten des Gegenübers.
- Achte auf Mimik, Gestik und Stimmlage.
- Nimm emotionale Inhalte wahr.
- Berücksichtige interkulturelle Unterschiede.

Grundregeln der Kommunikation

Rode S, Heun S, Holtel M, König U, Pilz S, Pivernetz K, Poimann H, Stapenhorst K, Tatzel C, Weber H

Entschleunige das Gespräch

- Lasse den Gesprächspartner ausreden und warte danach etwa 3 sec. Das gibt Raum, über das Gesagte nachzudenken.
- Verwende kurze Sätze von maximal 10 Wörtern.
- Sprich langsam mit maximal 120 Silben/min.
- Akzeptiere auch längere Redepausen.

10. Rechtlicher Hintergrund und Verantwortung

Nach dem Patientenrechtegesetz von 2013 ist in den §§ 630 a bis h BGB festgelegt, dass Patienten in geeigneter Weise über ihre Behandlung zu informieren und aufzuklären sind. Dies gehört zum Verantwortungsbereich der jeweiligen medizinischen Fachperson. Ziel ist das optimale Zusammenwirken der Beteiligten.

11. Quellen

- AHRQ (2013): TeamSTEPPS 2.0 (No. 14-0001-2). Level II
- Beck R, Daughtridge R & Sloane PD (2002): Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Od Fam Pract* 15: 25–38. (Level II-III)
- Beeson P & Robey R (2006): Evaluating single-subject treatment research: lessons learned from the aphasia literature. *Neuropsychol Rev* 16: 161–9. (Level III)
- Belleli E, Naccarella L & Pirotta M (2013): Communication at the interface between hospitals and primary care A general practice audit of hospital discharge summaries. *AFP* 42: 886–890. (Level IV)
- Bühler K (1934): Sprachtheorie: Die Darstellungsfunktion der Sprache. Jena: Fischer. (EL)
- Coleman N, Lambert S & Slonim A (2013): Collaborative care for children : essential models for integrating and optimizing team performance in pediatric medicine. In: Salas E & Frush K (eds.) *Improv Patient Saf Teamwork Team Train*. New York: Oxford University Press. (Level III)
- Deutsch F & Murphy W (1955): The clinical interview. Vol. I, Diagnosis - A method of teaching associative exploration. *Int Univ Press*. (EL)
- Ditzen B, Schaer M, Gabriel B, Bodenmann G, Ehlert U & Heinrichs M (2009): Intranasal Oxytocin Increases Positive Communication and Reduces Cortisol Levels During Couple Conflict. *Biol Psychiatry* 65: 728–731. (Level II)
- Ehrat H, Poimann H (Hrsg.) (2010): *Idiolektik Reader, Eigensprache, Psychosomatik, Edukation*. Würzburg: Huttenschner Verlag 507. (Level III-IV)
- Gallagher E (1999): Systematic Reviews A Logical Methodological Extension of Evidence-based Medicine. *Acad Emergency Med* 6: 1553–2712. (Level?)
- Gilchrist A, Cowan N & Naveh-Benjamin M (2008): Working Memory Capacity for Spoken Sentences Decreases with Adult Aging: Recall of Fewer, but not Smaller Chunks in Older Adults. *Mem Hove Engl* 16: 773–787. (Level III)
- Gordon M, Daneman M & Schneider B (2009): Comprehension of speeded discourse by younger and older listeners. *Expir Aging Res* 35: 277–96. (Level III)
- Grawe K, Nick L & Znoj H (2004): Intrapsychische und interpersonale Regulation von Emotionen im Therapieprozess. *Z Für Klin Psychol Psychother* 33: 261–269. (Level III)
- Hannawa A, Spitzberg B, Wiering L & Teranishi C (2006): 'If I can't have you, no one can': development of a Relational Entitlement and Proprietariness Scale (REPS). *Violence Vict* 21: 539–60. (Level III)
- Hill S (Ed.) (2011): *A Cochrane Handbook- The Knowledgeable Patient- Communcation and Participation in Health* (1st ed.). Wiley-Blackwell. (Level II-III)
- Hurlemann R, Patin A, Onur O & Cohen M (2010): Oxytocin enhances amygdala-dependent, socially reinforced learning and emotional empathy in humans. *J Neuroscience* 30: 4999–5007. (Level II)

Grundregeln der Kommunikation

Rode S, Heun S, Holtel M, König U, Pilz S, Pivernetz K, Poimann H, Stapenhorst K, Tatzel C, Weber H

- Jacquemot C & Scott S (2006): What is the relationship between phonological short-term memory and speech processing? *Trends Cogn Science* 10: 480–6. (Level III)
- Jonas A (1981): Eigensprache des Patienten, Träger seiner Gefühle. *Psychologie* 12: 775–779. (EL)
- King H & Harden S (2013): Sustaining of teamwork. In: Salas E & Frush K (eds.) *Improv Patient Saf Teamwork Team Train*. New York 188–197. (Level IV)
- Langewitz W (2007): Beyond content analysis and non-verbal behaviour - what about atmosphere? A phenomenological approach. *Patient Educ Couns* 67: 319–23. (Level IV)
- Lipkin M, Frankel R, Beckmann H & Charon R (1995): Performing the Interview. *Med Interview*. 65–82. (EL)
- Madlock P (2008): The Link Between Leadership Style, Communicator Competence, and Employee Satisfaction. *Int J Bus Commun* 45: 61–78. (Level IV)
- Manning C, Waldman M, Lindsey W & Newberg A (2013): Personal Inner Values – A Key to Effective Face-to-Face Business Communication. *J Exec Educ* 11. (Level IV)
- McCorry L & Mason J (2011): *Communication Skills for the Healthcare Professionals*. Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins. (Level II-III)
- McHenry M, Parker P, Baile W & Lenzi R (2011): Voice analysis during bad news discussion in oncology: reduced pitch, decreased speaking rate, and nonverbal communication of empathy. *Support Cancer Care* 20: 1073–8. (Level IV)
- Morgan W & Engel G (1969): *The clinical approach to the Patient*. Philadelphia, London: WB Saunders. (EL)
- Neuberger O & Dötz W (1996): *Miteinander Arbeiten, miteinander Reden. Vom Gespräch in unserer Arbeitswelt*. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung. (EL)
- Newberg A & Waldman M (2012): *Words Can Change Your Brain*. New York: Hudson Street Press. (Level II-III)
- NHMRC. How to use the evidence: assessment and application of scientific evidence, page 8. Accessed March 2010 at http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/c69.pdf
- Ong L, Haes J de & Lammers F (1995): Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Science Med* 40: 903–918. (Level II)
- Ong L, Visser M, Lammes F, van der Velden J & Kuenen B (2000): Effect of providing cancer patients with the audiotaped initial consultation on satisfaction, recall, and quality of life: a randomized, double-blind study. *J Clin Oncol* 18: 3052–60. (Level II)
- patientensicherheitschweiz.ch (2014): Quick-Alert Nr. 33 Die richtige Kommunikation von Verordnungen und Befunden am Telefon (Quick-Alert No. 33). patientensicherheitschweiz.ch. (EL)
- Poimann H (Ed.) (2010): *First steps to IDIOLECTICS:: essentials on your way to trust, understanding and cooperation*, Würzburg, Huttenscher Verlag 507 (EL)
- Poimann H, Bindernagel D. 2016: *Die Eigensprache von Fachpersonen - Interdisziplinäre Zusammenarbeit in Bindernagel D (Hrsg.): Die Eigensprache der Kinder*, Heidelberg, Carl Auer Verlag (Level)
- Rodin G, Mackay J, Zimmermann C, Mayer C, Howell D & Katz M (2009): Clinician-patient communication : A systematic review. *Support Care Cancer* 17: 627–644. (Level I)
- Salas E & Frush K (Eds.) (2012): *Improving Patient Safety Through Teamwork and Team Training*. Oxford: Oxford University Press. (Level II-III)
- Senju A & Johnson M (2009): The eye contact effect: mechanisms and development. *Trends Cogn Science* 13: 127–34. (Level III)
- Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D & Till J (1991): Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 303: 1385–1387. (Level II-III)
- Studer Q (2008): *Results that last*. NJ: John Wiley & Sons. (EL)
- Uexküll T (2011): *Psychosomatische Medizin*. (Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W & Söllner W, Eds.) (7th ed.). Elsevier. (Level II-IV)
- Uexküll T & von Herrmann J (1999): Evidenz-basierte und Patienten-orientierte Medizin. *Münch Med Wochenschr* 141: 3–5. (EL)

Grundregeln der Kommunikation

Rode S, Heun S, Holtel M, König U, Pilz S, Pivernetz K, Poimann H, Stapenhorst K, Tatzel C, Weber H

- Weber H & Kirsch H (2011): Therapeutische Wirkung von Alltagsgesprächen in der Pflege. Themenreihe Pflege (Hrsg. Beck M). Eigenverlag. (EL)
- Weber H & Langewitz W (2011): The Basel standard for doctor's visits--chance for a successful interaction triad patient-doctor-nursing staff. Psychother Psychosom Med Psychol 61: 193–5. (EL)
- Williams A, Dobson P & Walters M (1994): Changing Culture: New Organisational Approaches. Cornwell Press 2.: (EL)

12. Pocketversion

Als Erinnerungstütze für die Kitteltasche gibt es eine Pocketversion dieser Arbeitshilfe. Die Größe entspricht einer Postkarte, zweiseitig bedruckt. Eine veränderbare Datei zur Anpassung an Ihre lokalen Gegebenheiten erhalten Sie über die AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement der GQMG:

http://www.gqmg.de/gqmg_leistung/kommunikation.html.

Pocketversion

<p>Pocketversion zur Arbeitshilfe bessere Kommunikation 1</p> <p>Grundregeln der Kommunikation</p> <table border="1"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Bereite das Gespräch vor</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel, Zeit, Inhalte festlegen ▪ eigene Grundeinstellung bewusst machen ▪ Kooperationsbereitschaft des Patienten sicherstellen </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Strukturiere das Gespräch</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mit Namen und Funktion vorstellen ▪ Dauer, Ziele, Inhalte, Gesprächsschritte ankündigen ▪ maximal 5 Mitteilungen </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Verhalte dich freundlich</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ entspannte und zugewandte Körperhaltung ▪ Blickkontakt auf Augenhöhe ▪ Wertschätzung zeigen </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Sprich verständlich und einfach</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ einfache Sprache (plain language) ▪ klare Mitteilungen, nur wesentliche Einzelheiten ▪ kurze, einfache Fragen </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Benutze die Sprache des Gegenübers</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aussagen wörtlich aufnehmen ▪ Mimik, Gestik, Stimmlage und Emotionen wahrnehmen ▪ interkulturelle Unterschiede berücksichtigen </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Entschleunige das Gespräch</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ kurze Sätze (max. 10 Wörter) ▪ langsam sprechen (max. 120 Silben/min) ▪ Gesprächspartner ausreden lassen </td> </tr> </table> <p>Nähere Erläuterungen finden Sie in der Langversion dieser Arbeitshilfe unter http://www.gqmg.de/gqmg_leistung/kommunikation.html.</p> <p>© GQMG, AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement. 12.12.16</p>	<p>Bereite das Gespräch vor</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel, Zeit, Inhalte festlegen ▪ eigene Grundeinstellung bewusst machen ▪ Kooperationsbereitschaft des Patienten sicherstellen 	<p>Strukturiere das Gespräch</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mit Namen und Funktion vorstellen ▪ Dauer, Ziele, Inhalte, Gesprächsschritte ankündigen ▪ maximal 5 Mitteilungen 	<p>Verhalte dich freundlich</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ entspannte und zugewandte Körperhaltung ▪ Blickkontakt auf Augenhöhe ▪ Wertschätzung zeigen 	<p>Sprich verständlich und einfach</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ einfache Sprache (plain language) ▪ klare Mitteilungen, nur wesentliche Einzelheiten ▪ kurze, einfache Fragen 	<p>Benutze die Sprache des Gegenübers</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aussagen wörtlich aufnehmen ▪ Mimik, Gestik, Stimmlage und Emotionen wahrnehmen ▪ interkulturelle Unterschiede berücksichtigen 	<p>Entschleunige das Gespräch</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ kurze Sätze (max. 10 Wörter) ▪ langsam sprechen (max. 120 Silben/min) ▪ Gesprächspartner ausreden lassen 	<p>Pocketversion zur Arbeitshilfe bessere Kommunikation 1</p> <p>Grundregeln der Kommunikation</p> <p>Beispiele zur praktischen Umsetzung</p> <p>Vorstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mein Name ist ..., ich arbeite hier als ..., ich möchte einige Fragen zu ... stellen – Ich würde gerne mit Ihnen folgendes besprechen... <p>Offene Frage</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bitte sagen Sie mir, was ... passiert ist. – Wie ist es zu diesen Beschwerden gekommen? – Wie war der Verlauf bisher? <p>Eigensprache aufnehmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie war dieser „verteufelte Schmerz“ beim Einkaufen? <p>Kernaussagen wiederholen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sie haben diese Schmerzen seit drei Wochen? <p>Emotionen ansprechen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn ich das richtig verstehe, dann haben Sie Ihre Schmerzen nicht beachtet, um Ihrer Frau keinen Kummer zu bereiten. – Sie haben Tränen in den Augen, was bewegt Sie? <p>Geschlossene Frage</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ich stelle Ihnen jetzt einige Fragen, die Sie kurz beantworten können: Seit wann haben Sie diese Schmerzen? <p>Zusammenfassen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Schmerzen haben vor drei Wochen angefangen. Sie haben sie zunächst nicht beachtet, sie wurden aber stärker. Die Blaufärbung des großen Zehs hat Ihnen Angst gemacht. <p>© GQMG, AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement. 12.12.16</p>
<p>Bereite das Gespräch vor</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel, Zeit, Inhalte festlegen ▪ eigene Grundeinstellung bewusst machen ▪ Kooperationsbereitschaft des Patienten sicherstellen 	<p>Strukturiere das Gespräch</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mit Namen und Funktion vorstellen ▪ Dauer, Ziele, Inhalte, Gesprächsschritte ankündigen ▪ maximal 5 Mitteilungen 						
<p>Verhalte dich freundlich</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ entspannte und zugewandte Körperhaltung ▪ Blickkontakt auf Augenhöhe ▪ Wertschätzung zeigen 	<p>Sprich verständlich und einfach</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ einfache Sprache (plain language) ▪ klare Mitteilungen, nur wesentliche Einzelheiten ▪ kurze, einfache Fragen 						
<p>Benutze die Sprache des Gegenübers</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aussagen wörtlich aufnehmen ▪ Mimik, Gestik, Stimmlage und Emotionen wahrnehmen ▪ interkulturelle Unterschiede berücksichtigen 	<p>Entschleunige das Gespräch</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ kurze Sätze (max. 10 Wörter) ▪ langsam sprechen (max. 120 Silben/min) ▪ Gesprächspartner ausreden lassen 						

Anschrift für die Verfasser

Dipl.-Inform. Med. Susanne Rode

Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V.

Birkenwaldstr. 151, D 70191 Stuttgart, rode@geqik.de