

Brauchle/Dubb/Roth/Schmid (Hrsg.)

Angehörigenbegleitung und Krisenintervention in der Notaufnahme

Kohlhammer

Die Herausgebenden



Maria Brauchle, Akademisch zertifizierte Expertin in der Intensivpflege am Landeskrankenhaus Feldkirch, langjährige Kriseninterventionsmitarbeiterin des Österreichischen Roten Kreuzes, Lehre in der Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege in Österreich und Deutschland, Schwerpunkte Innerklinische Krisenintervention und Kommunikation.



Rolf Dubb, B. Sc., M. A., Fachkrankenschwester A+I, Intensive Care Practitioner und Fachbereichsleiter an der Akademie der Kreiskliniken Reutlingen GmbH.



Georg Johannes Roth, B. A., MBA, Pflegepädagoge und Pflegeexperte für Intensivpflege. Langjährige Praxiserfahrung als Fachkrankenschwester und Ausbilder in der Intensivpflege sowie in der präklinischen Krisenintervention (PSNV). Lehre und Forschung in den Themen Klinische Krisenintervention, Überbringen von Todesnachrichten sowie Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen. Beruflich tätig als Pflegepädagoge am Bildungszentrum Gesundheit und Soziales (BGS) in Chur/Schweiz. Diverse Lehraufträge an Hochschulen und Weiterbildungseinrichtungen (u. a. Ostschweizer Fachhochschule St. Gallen, RWU Hochschule Ravensburg-Weingarten).



Dr. med. Katharina Schmid, Ärztliche Leitung DRK Landesschule Bildungseinrichtung Pfalzgrafenweiler.

Maria Brauchle/Rolf Dubb/
Georg Johannes Roth/
Katharina Schmid (Hrsg.)

Angehörigen- begleitung und Krisenintervention in der Notaufnahme

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

Piktogramme



Empfehlung



Merke



Fallbeispiel



Definition

1. Auflage 2022

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-039278-6

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-039279-3

epub: ISBN 978-3-17-039280-9

Geleitwort

Kompetent und menschlich

Der US-Präsident Abraham Lincoln wird häufig mit den Worten zitiert:

»Wenn ich acht Stunden Zeit hätte, um einen Baum zu fällen, würde ich sechs Stunden die Axt schleifen.«

Ob es tatsächlich erforderlich ist, drei Viertel seiner Zeit auf die Vorbereitung einer Aufgabe zu verwenden, sei dahingestellt, aber unsere Performance ist sicher besser, wenn wir uns gut darauf vorbereiten. Dies umfasst nicht nur unser medizinisches Know-how für die Arbeit am Patienten, sondern gilt in gleicher Art und Weise auch für die Vorbereitung auf ein Gespräch mit Patienten, Angehörigen oder Mitarbeitern.

Worte können leise und doch machtvoll sein. Dafür müssen sie jedoch nicht nur gehört, sondern auch im Sinne des Sprechers verstanden werden. Bei allem Stress, welchen die parallele Versorgung einer großen Zahl von Patienten in der Notfallaufnahme mit sich bringt, sollten wir vor einem Gespräch mit dem Patienten und den – verständlicherweise in ihrer Sorge oftmals ungeduldig wartenden – Angehörigen innehalten.

Was wir in den nächsten Minuten sagen, soll sachlich über die akute Erkrankung oder Verletzung informieren, die erforderlichen nächsten Maßnahmen klar beschreiben und einen empathischen Ausblick auf den möglichen Verlauf bieten. Unsere Worte können daher Information, Trost und Schwert zugleich sein; sie können aufrichten und ermutigen oder demotivieren und Hoffnung zerstören.

Wer sich dessen bewusst ist, wird seine »Axt schleifen« und nicht unbedacht in ein solches Gespräch gehen. Zu einem empathischen Auftreten gehört, sich mit seiner Funktion vorzustellen und nicht nur die Fakten bezüglich der Diagnose des Patienten zu kennen, sondern auch dessen persönliche Situation einordnen zu können.

Alle Gesprächspartner stehen inmitten eines Dreiecks:

- zunächst der Patient mit seinen akuten Beschwerden zwischen seinem Arzt, der betreuenden Pflegekraft und seinen Angehörigen,
- dann die Angehörigen zwischen ihrer Sorge um den Patienten, der Pflegekraft an der Anmeldung der Notfallaufnahme, welche womöglich den Zugang zum Patienten versperrt und in der Wartezeit wenig Auskunft geben konnte, und dem Arzt mit den erwarteten Informationen,

- schließlich der Arzt zwischen der Notwendigkeit, den Patienten kompetent zu behandeln, die Angehörigen empathisch zu informieren und zeitnah dem Ruf der Pflegenden zum nächsten Patienten zu folgen.

Jeder in den beschriebenen Beziehungsfeldern hat ein Anrecht auf gute Kommunikation. In diesem Spannungsfeld kompetent und menschlich zu reagieren, ist eine komplexe Aufgabe, der Sie sich mit der Lektüre dieses Büchleins annähern, die aber darüber hinaus erfordert, dass wir vor jedem Gespräch innehalten, unsere Wortwahl überdenken und im Sinne Abraham Lincolns mit Bedacht schärfen, um unsere Worte in der Notaufnahme gewinnbringend für alle Beteiligten einzusetzen – für unsere Patienten, für deren Angehörige und für das gesamte Team!

PD Dr. med. Björn Hossfeld, OFA
Ltd. Oberarzt
Notfallmedizinisches Zentrum
Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin,
Notfallmedizin u. Schmerztherapie
RTH Christoph 22
Bundeswehrkrankenhaus Ulm

Ulm, im Mai 2021

Inhalt

Geleitwort	5
1 Kommunikation als spezielle Anforderung in der Notaufnahme	11
<i>Martin Schniertsbauer und Kerstin Kunz</i>	
1.1 Kommunikationskompetenz – gestern, heute und morgen	11
1.2 Notfall, Stress und Kommunikation	12
1.3 CRM und Kommunikation	14
1.4 Herausforderung: Patienten- und Angehörigenzufriedenheit	16
1.5 Botschaften senden und empfangen	16
1.6 Kommunikationsmodelle und -konzepte.....	17
1.6.1 Die vier Seiten einer Nachricht	17
1.6.2 Watzlawicks Kommunikationstheorie	19
1.6.3 Aktives Zuhören als Grundlage, Haltung und Methode in der Gesprächsführung	24
1.6.4 Verbale, nonverbale und paraverbale Kommunikation	26
1.7 Rechtliche Aspekte von Kommunikation	27
1.8 Setting Notaufnahme	27
2 Unterscheidung Krise und Trauma	30
<i>Georg Johannes Roth und Martin Schniertsbauer</i>	
2.1 Was ist eine traumatische Krise?	30
2.2 Krisenauslöser in der Notaufnahme.....	33
2.3 Trauma und Traumafolgestörungen (ICD-11/DSM-5 akute Belastungsreaktion, Anpassungsstörung, posttraumatische Belastungsstörung)	34
3 Kommunikation mit Angehörigen und Betroffenen	37
<i>Georg Johannes Roth und Kerstin Kunz</i>	
3.1 Die spezielle Situation der Angehörigen	37
3.2 Die (zentrale) Notaufnahme als Visitenkarte der Klinik.....	38

3.3	Erstkontakt mit und Erwartungen und Bedürfnisse von Angehörigen in der Notaufnahme	39
3.4	Wie richtig warten? Wartesituation und Wartemanagement	40
3.5	Angehörige jederzeit willkommen?	44
3.6	Kommunikation via Transparenz und Deeskalation	45
4	»Ich warte schon ewig und niemand sagt mir was!« Wartende Angehörige von Notfallpatienten – Herausforderungen und Möglichkeiten in der Begleitung und Kommunikation	48
	<i>Alexander Nikendei, Susanne Digel und Jochen Schlenker</i>	
4.1	Eine fachliche Annäherung an die Ausnahmesituation der wartenden Angehörigen	49
4.1.1	Definition und Hintergründe von Krisensituationen	49
4.1.2	Die Situation im Wartebereich und die Kommunikation mit den Wartenden	51
4.2	Kommunikation konkret – Handreichung für medizinische Fachkräfte	54
4.2.1	Prinzipien der Gesprächsführung in Ausnahmesituationen	54
4.2.2	Exkurs 1: Umgang mit Schweigen	56
4.2.3	Exkurs 2: Die Überbringung einer Todesnachricht	57
4.2.4	Exkurs 3: Wenn Trauer und Verzweiflung nach außen heftig werden	59
4.3	Das Notaufnahme-Begleiteteam in der Zentralen Notaufnahme: ein Projekt im Klinikum Ludwigsburg	60
4.3.1	Das Projekt selbst	61
4.3.2	Das Notaufnahme-Begleiteteam als ein Baustein der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV)	62
5	Krisenintervention und Psychosoziale Notfallversorgung	65
	<i>Georg Johannes Roth</i>	
5.1	Entwicklung und Stand der klinischen Krisenintervention	65
5.2	Zuständigkeiten und Kompetenzen	67
5.3	Grundlagen der Kommunikation in Krisensituationen	71

5.4	Klinische Krisenintervention am Beispiel: Überbringen von Todesnachrichten und Lebensgefahrssituationen mittels dem SAFE-Kommunikationsmodell	76
5.5	Klinische Krisenintervention am Beispiel: Angehörigenanwesenheit bei kardiopulmonaler Reanimation (AACPR)	80
5.5.1	Wie sind die Auswirkungen für Angehörige?	81
5.5.2	Auswirkungen auf die Teamleistung	82
6	Gefühle in der Notaufnahme	84
	<i>Teresa Deffner und Guido Michels</i>	
6.1	Gefühle und Erleben der Angehörigen in der Notaufnahme	84
6.2	Sekundäre Traumatisierung, Mitgefühlerschöpfung, Burn-out	89
6.2.1	Was macht das Gefühl der Betroffenen mit dem Helfer?	90
6.2.2	Gefühle und Aufrechterhaltung von Professionalität – kein Widerspruch	91
7	Die besondere Situation von Kindern und Jugendlichen in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) – keine »kleinen« Erwachsenen	94
	<i>Maria Brauchle und Marina Ufelmann</i>	
7.1	Einleitung	94
7.2	Psychologische Aspekte	94
7.3	Das Warten	95
7.3.1	Aktuelle Erkenntnisse aus der Traumaforschung	96
7.4	Kind- und jugendgerechte Kommunikation in Krisensituationen	97
7.5	Kinder und der Tod in der Notaufnahme	98
7.6	Zusammenfassung	100
8	Sterben in der ZNA	102
	<i>Theresa Jakob und Marcus F. Herm</i>	
8.1	Einleitung	102
8.2	Warum Sterben in der ZNA zu vermeiden ist	102
8.3	Schleichendes oder abruptes Sterben	103
8.4	Sterbephasen	104
8.5	Aus der ZNA nach Hause zum Sterben	104
8.6	Kein Weg zurück	105
8.7	Plötzliches Sterben in der ZNA	107

8.8	Todesnachricht überbringen	108
8.9	Nicht natürlicher Tod	110
8.10	Anwesenheit von Angehörigen bei kritischen Patienten/Reanimation – ein Impuls	111
9	Hilfen für Helfer	113
	<i>Theresa Jakob und Marcus F. Herm</i>	
9.1	Einleitung	113
9.2	Akute Belastungsreaktionen und PTBS nach potentiell belastenden Ereignissen im Team vorbeugen	114
	9.2.1 Hot Debrief	115
	9.2.2 Cold Debrief	115
9.3	Akute Belastungsreaktion und PTBS erkennen	118
9.4	Niederschwellige Hilfen anbieten	119
9.5	Resilienz	119
10	Fallbeispiele	123
	<i>Maria Brauchle, Rolf Dubb, Georg Johannes Roth und Katharina Schmid</i>	
	Die Autorinnen, die Autoren	142
	Stichwortverzeichnis	147

1 Kommunikation als spezielle Anforderung in der Notaufnahme

Martin Schniertshauer und Kerstin Kunz

1.1 Kommunikationskompetenz – gestern, heute und morgen

Die Kommunikationskompetenz der einzelnen Berufsgruppen im Gesundheitswesen kann unterschiedlicher kaum sein. Schon in der ärztlichen Ausbildung ist es von erheblicher Bedeutung, an welcher Universität das Studium stattfindet und in welcher Weise die Lehre von Kommunikationskompetenz umgesetzt wird.

Auch in der rettungsdienstlichen Ausbildung hat sich das Thema Kommunikation erst mit dem seit 2014 existierenden neuen Berufsbild des Notfallsanitäters¹ etabliert und wird auch in Form einer mündlichen Prüfung sowie als Teil der praktischen Prüfung im Staatsexamen relevant.

Die Relevanz von Kommunikationskompetenz in Gesundheitsfachberufen hat sich die letzten Jahre stark weiterentwickelt und es ist anzunehmen, dass diese die nächsten Jahre steigen wird. Allein im Rahmen der Verbesserung der Patientensicherheit durch Optimierung der Teamkommunikation, z. B. durch die Einführung und Anwendung von Crew Resource Management (CRM) in Behandlungsteams, nimmt das Thema Kommunikation einen unverzichtbaren Stellenwert ein. Ebenso bei der Bearbeitung von Beschwerden durch Patienten und Angehörige und gleichzeitig der Verbesserung der Kundenkommunikation (gemeint sind Patienten und Angehörige) kommt ein Unternehmen mit seinen Abteilungen, wie z. B. einer Notaufnahme, nicht darum herum, sich mit Kommunikation zu beschäftigen.

Best-Practice-Beispiel

Das Projekt Joint Medical Master (JMM-HSG/UZH) der Universität St. Gallen und der Universitätsmedizin Zürich greift den Ansatz der interdisziplinären Teamkommunikation auf und bildet in einem Kommunikationstraining Pflegefachkräfte und Studenten der Humanmedi-



Empfehlung

¹ Zugunsten einer lesefreundlichen Darstellung wird in diesem Text bei personenbezogenen Bezeichnungen in der Regel die männliche Form verwendet. Diese schließt, wo nicht anders angegeben, alle Geschlechtsformen ein (weiblich, männlich, divers).

zin gemeinsam im Thema Kommunikation im Team und mit Patienten und Angehörigen aus. Inhalte sind neben der effektiven Teamkommunikation eben auch Angehörigenkommunikation, wie z. B. das Überbringen von Todesnachrichten. Weitere Informationen: <https://med.unisg.ch/de/lehre/joint-medical-master> (Zugriff am: 27.10.2020)

Solche und weitere Beispiele werden auch in Zukunft notwendig sein und die nötige, wenn auch nicht durchgehende Kommunikationskompetenz in Gesundheitsfachberufen liefern.

1.2 Notfall, Stress und Kommunikation

Stellen Sie sich folgende Situation vor:



Die Notfallpflegerin und Praxisanleiterin Anna betreut heute in der Schicht die Fachkurschülerin Marion aus einer anderen Klinik, die einen Praxiseinsatz in der Notaufnahme von Anna verbringt. Bei der Schockraumversorgung eines jungen polytraumatisierten Patienten kommt es plötzlich zu einer kritischen Blutungssituation, die das komplette, sonst sehr ruhig arbeitende Schockraumteam kurzfristig unter hohen Stress setzt.

Dabei nimmt Marion das sich deutlich veränderte Kommunikationsverhalten von Anna wahr. War sie sonst immer sehr ruhig, hat sich gewählt, höflich und sehr wertschätzend ihr gegenüber ausgedrückt, ist dies nun völlig anders. Der Tonfall ist deutlich lauter, die Ansagen sind kurz und knapp, sehr direkt, unmissverständlich und die Höflichkeit ist verschwunden.

Was passiert mit unserer Kommunikation unter Stress?

Stress bedeutet für den Einzelnen grundsätzlich eine psychische und physische Ausnahmesituation. Bei Stress verändern sich Körperfunktionen, die Wahrnehmung und Kognition sowie das Verhalten. Was früher eine sinnvolle Funktion zur Flucht darstellte, kann uns im Arbeitsalltag behindern.

Gerade die Fähigkeit zur Kommunikation sowie zur Metakommunikation (also der Kommunikation über die Kommunikation) leidet unter Stress. Sind wir ohne Stress dazu in der Lage, auf unseren Kommunikationspartner sensibel und empathisch einzugehen, die ein oder anderen Kommunikationsstörungen zu erkennen und zu vermeiden, wird dies unter Stress deutlich eingeschränkter sein.

Die Teamkommunikation unter Stress verändert sich z. B. in folgenden Punkten:

- Der Tonfall wird lauter, denn wichtige Informationen müssen im Team gehört werden.
- Die Kommunikation wird kürzer und deutlich prägnanter, eben auf das Wesentliche reduziert.
- Höflichkeiten verschwinden größtenteils.
- Begründungen und Argumentationen gibt es nur, wenn unbedingt nötig.

Diese Veränderungen sind der Situation geschuldet und haben in der Regel (auch hier gibt es natürlich Ausnahmen) nichts mit der zwischenmenschlichen Beziehung der Teammitglieder zu tun, auch wenn dies manchmal so empfunden wird. Selbstverständlich darf auch in solchen Fällen die Kommunikation nicht verletzend sein.

Gerade unerfahrene Teammitglieder können von der sich plötzlich veränderten Kommunikation schnell eingeschüchtert werden. Ein wichtiger Schritt in einer solchen Situation könnte sein, dass zu Beginn der Schockraumversorgung das Team durch den Teamleiter kurz über die veränderte Kommunikation informiert wird. Am Ende der Schockraumversorgung, wenn sich die Situation normalisiert hat, kann ein höfliches *Dankeschön an das Team* die Situation auch kommunikativ wieder normalisieren. Studenten, Praktikanten, Auszubildende und unerfahrene Teammitglieder profitieren ganz deutlich von einer Team-Nachbesprechung (Debriefing), bei der auch die veränderte Kommunikationssituation thematisiert wird.

Fortsetzung Fallbeispiel

Die Notfallpflegerin Anna bekommt vom leitenden Arzt die Aufgabe, die wartenden Angehörigen kurz zu informieren, dass der Patient jetzt direkt in den OP gebracht wird. Sie soll die Angehörigen in einen speziellen Warteraum begleiten, in dem sie auf das danach folgende Gespräch mit dem Arzt warten sollen. Vor dem Gespräch verlässt Anna den Schockraum, nimmt sich schnell einen Glas Wasser und atmet kurz durch. Dann schafft Sie es wie gewohnt ruhig, empathisch, wertschätzend und höflich mit den Angehörigen zu reden und begleitet diese in den Warteraum. Marion ist beeindruckt von Annas Fähigkeit, nach dieser Situation so schnell wieder auf ihr gewohntes Kommunikationsmuster umzuschalten.



Fallbeispiel

Gerade wenn kurz nach einer solchen Situation mit veränderter Kommunikation im Team der Kontakt und das Gespräch mit den Angehörigen stattfindet, kann es sein, dass die veränderte Kommunikation auch in das Gespräch mit den Angehörigen übertragen wird.

Auf eine Nachfrage der besorgten Eltern »Wie geht es unserem Sohn?« kann schnell im Vorbeilaufen die kurze und prägnante Antwort »...liegt noch im Schockraum, kommt gleich in OP, mehr wissen wir noch nicht...« folgen.

Um dies zu verhindern, kann es ratsam sein, das Gespräch in einer ruhigen Umgebung (z. B. ohne die Überwachungsalarmlage der Monitoranlage im Hintergrund) durchzuführen, z. B. in einem Besprechungsraum. Vor dem Gespräch hilft ein bewusstes *Umschalten* von Notfall- auf Normalkommunikation, z. B. durch ein Glas Wasser und eine ganz kurze Auszeit mit der Möglichkeit zum Durchatmen.

1.3 CRM und Kommunikation

Crew Resource Management (CRM) wird als »die Fähigkeit, das Wissen, was getan werden muss, auch unter den ungünstigen und unübersichtlichen Bedingungen der Realität eines medizinischen Notfalls in effektive Maßnahmen im Team umzusetzen« definiert (Gaba 1989; Gaba et al. 1994, zit. n. Rall et al. 2020, S. 11).

Aus der Luft- und Raumfahrt abgeleitet, wurde CRM von Gaba und Howard in die Medizin übernommen und an diese angepasst (Gaba et al. 1994; Howard et al. 1992). In der Form des »Anesthesia Crisis Resource Management« fand das Konzept zuerst in der Anästhesie Anwendung, hält aber mehr und mehr Einzug in die Akutmedizin (Rall et al. 2020).

Kommunikation stellt im CRM das Bindeglied der meisten von Rall et al. (2010) entwickelten CRM-Leitsätze dar. Die 15 Leitsätze sind in erster Linie dazu entwickelt worden, um einen Einfluss auf die Teamperformance, z. B. in Akutsituationen, zu nehmen und somit die Patientensicherheit zu erhöhen. Die grundlegenden Kommunikationsaspekte in Leitsatz 7 sind beispielsweise: »Kommuniziere sicher und effektiv – sag, was Dich bewegt«. Sie lassen sich, wenn auch mit Einschränkungen, auf die Angehörigenkommunikation in der Notaufnahme übertragen.

Ein Blick auf die Kommunikationstreppe lässt diesen Aspekt besser verstehen:

Gemeint ist nicht gesagt
Gesagt ist nicht gehört
Gehört ist nicht verstanden
Verstanden ist nicht gemacht

Stellen Sie sich folgende Situation vor:



An einem stressigen und dynamisch verlaufendem Tag in der Notaufnahme befragt der Arzt zur Fremdanamnese einer dementen Patientin die Tochter. Mit dem Satz »Muss ich noch was über Ihre Mutter wissen?« zielt der Arzt auf wichtige Vorerkrankungen ab, was die Tochter so aber nicht wahrnimmt und die Frage verneint. Der Arzt ist sich danach sicher, nach

Vorerkrankungen gefragt zu haben, hat dies aber in Wirklichkeit nur *gemeint und nicht gesagt*.

Oder:

Direkt nach der Mitteilung einer (für die Tochter schlimm klingenden) Diagnose der Mutter fragt der Arzt noch nach wichtigen Vorerkrankungen. In Gedanken aber noch mit der Mitteilung des Arztes beschäftigt, nimmt die Tochter die Frage nicht wahr. Die Frage wurde zwar *gesagt, aber nicht gehört*.

Gerade was die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen angeht, kommt es nicht selten zum Problem, dass die Verwendung von Fachsprache dazu führt, nicht verstanden zu werden. Geschieht dies ohne dass es bemerkt und korrigiert wird, kann es zu fatalen Kommunikationsstörungen und Missverständnissen bis hin zum Vertrauensverlust führen. Somit ergibt sich für die Stufe *gesagt ist nicht verstanden* eine in der Angehörigenkommunikation sehr wichtige Rolle.

Ein Instrument aus CRM, welches solche Kommunikationsstörungen in Bezug auf die Kommunikationstreppe verhindern soll, stellt die Closed-Loop-Kommunikation dar (Rall et al. 2020).

Hierbei wird durch ein aktives Schließen der Kommunikationsschleife sichergestellt, dass

- das, was gemeint wurde, auch gesagt wurde,
- das, was gesagt wurde, auch gehört wurde,
- das, was gehört, auch verstanden wurde und
- das, was verstanden wurde, auch gemacht wurde.

Bei der Kommunikation mit Angehörigen bedeutet dies, dass sich mindestens ein Kommunikationspartner (in der Regel Arzt oder Pflegekraft) der Closed-Loop-Kommunikation bewusst ist, auf eventuell auftretende Störungen achtet und aktiv versucht, diese zu erkennen und zu vermeiden. Aussagen wie »Habe ich Sie richtig verstanden, dass...als Sie sagten...?« oder »Was genau haben Sie gemeint, als sie sagten...« und weitere können in bestimmten Situationen dabei helfen.

Literaturempfehlung zum Thema CRM in der Notaufnahme

Rall M, Schmid K, Langewand S et al. (2020) Crew Resource Management (CRM) für die Notaufnahme – Strategien zur Fehlervermeidung und Optimierung der Teamarbeit. Stuttgart: Kohlhammer. ISBN: 978-3-17-035309-1
 (Gaba et al. 1994)
 (Gaba 1989)
 (Haerkens et al. 2015)



Empfehlung