GQMG
Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V.

Arbeitshilfe Bessere Kommunikation 1

Grundregeln der Kommunikation

2. Auflage, 4.4.2021
© GQMG/AG Kommunikation im Qualitätsmanagement und Risikomanagement

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

1. Hintergrund und Evidenz

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

Gute Kommunikation gehört zu den Kernkompetenzen ärztlichen und pflegerischen Handelns. Aufgrund von hoher Arbeitsbelastung, aber auch wegen mangelnder Fähigkeiten und Fertigkeiten wird dieser Teil der Behandlung in seiner Bedeutung unterschätzt und daher häufig vernachlässigt. Werden Patientinnen dazu befragt, so geben sie an, dass die Interaktion mit den Ärzten (29,9%) und dem Pflegepersonal (30,9%) sowie die Zusammenarbeit dieser beiden Berufsgruppen den größten Einfluss auf ihre Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung haben. Nur 40% der Befragten geben an, dass sowohl die Ärzte-Interaktion als auch die Interaktion mit Pflegenden „ausgezeichnet“ oder „sehr gut“ funktioniert (Klahre 2013; L IV). Letztlich kann davon ausgegangen werden, dass Ärztinnen und Pflegende nach ihrem Studium selten Fortbildung darin erhalten, wie im medizinischen Alltag kommuniziert werden soll.

Eine andere Studie belegt, dass die Aufklärung von Patienten sehr unterschiedlich verläuft. Zwischen 2 und 18 Items werden mitgeteilt. Die aktive Erinnerung der Patienten, also ihre Wiedergabe aus der Erinnerung, beläuft sich auf 12,6%, die passive Erinnerung (multiple Choice) auf 43,5% der Mitteilungen. Signifkant höhere Anteile erinnerter Inhalte kann eine Ärztin nur erzielen, indem sie für die Vorbereitung auf eine Intervention mehr Zeit mit der Patientin verbringt (Kayser 2006; L IV).

Schließlich zeigt eine Untersuchung aus den USA, dass die Auswirkungen unzureichender Kommunikation in Krankenhäusern zu erheblichen finanziellen Einbußen von jährlich mehr als 12 Milliarden US-Dollar führen. Beispielsweise verliert ein Krankenhaus mit 500 Betten jährlich mehr als 4 Millionen US-Dollar aufgrund von Ineffizienzen bei der Kommunikation (Agarwal 2010; L IV).

Mittlerweile gibt es weltweit ausführliche Darstellungen der nötigen kommunikativen Mittel für einen adäquaten Informationsaustausch für alle Beteiligten im Medizinbetrieb (Hill 2011; L II-III/www.patientensicherheit.ch 2014; L IV/Coleman et al. 2013; L III/Belleli, Naccarella & Pirotta 2013; L IV/McCorry & Mason 2011; L II-III/ www.aachonline.org; L II-III). Nach §§ 630 a bis h BGB sind Therapeutinnen verpflichtet, ihre Patienten in geeigneter Weise über die Behandlung zu informieren und aufzuklären.

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 und empathisch 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 der Patientin auszublenden. Im Gegenteil: die gesprächsführende medizinische Fachperson würdigt durch ermutigendes Nachfragen das subjektive Krankheitserleben und die Perspektive des Patienten in Ergänzung zur evidenzbasierten Medizin (Gallagher 1999; L EL/Uexküll & von Herrmann 1999; L 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 kann bewusst Regeln und Kommunikationstechniken berücksichtigen und damit den Behandlungsprozess und das Vertrauen der Patientin positiv beeinflussen (Bühler 1934; L EL/Neuberger & Dötz 1996; L EL/Deutsch & Murphy 1955; L EL).

Worum es geht

Gute und effektive Kommunikation ist eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende Beziehung zwischen den Partnern in der Gesundheitsversorgung. Ob es den Gesprächspartnerinnen gelingt, einander zu verstehen, hängt davon ab, wie konzentriert und empathisch sie sich dem Gegenüber zuwenden. Gelingt dies, entstehen keine Missverständnisse, die den Verlauf und das Ergebnis der Behandlung negativ beeinflussen. Berücksichtigt das Fachpersonal bewusst Regeln und Kommunikationstechniken, beeinflussen sie den Behandlungsprozess und das Vertrauen von Patientinnen positiv.

What it's about

Good and effective communication is an important prerequisite for a successful relationship between health care partners. Whether the conversation partners manage to understand each other depends on how focused and empathetic they are towards the other person. If this succeeds, there will be no misunderstanding that affects the course and result of the treatment negatively. If the specialist staff consciously take rules and communication techniques into account, they have a positive influence on the treatment process and the trust of patients.

Die verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für alle Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind.

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; L III). Auch paraverbale Komponenten (stimmliche Vielfalt in Lautstärke, Tonhöhe, Stimmfärbung, Akzent, Geschwindigkeit und Rhythmus) fließen in die Kommunikation ein und wirken sich auf die Atmosphäre zwischen Patienten und medizinischem Fachpersonal aus (Beck et al. 2002; L II-III). Rahmenbedingungen, wie beispielsweise die lebensbedrohliche Situation der Patientin oder die Anspannung des Personals, beeinflussen die Atmosphäre des Gesprächs (Ong et al. 2000; L II/Langewitz 2007; L 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 Be-

finden, mit seinen Befürchtungen, Sorgen und Ängsten ernst zu nehmen und professionell zu begleiten (Rodin et al. 2009; L 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 bewusstgemacht, erlernt, angewendet und kontinuierlich vertieft werden (AHRQ 2013; L I-III).

2. Ziele

Das erklärte Ziel eines Gesprächs mit Patienten ist es, Informationen zum Behandlungsprozess auszutauschen (Ong et al. 1995; L II-III) und eine „gemeinsame Wirklichkeit" herzustellen (Uexküll 2011; L II-IV). Dies dient auch der Unterstützung des subjektiven Befindens der Patientin, für die die Situation oft mit Unsicherheit, Sorgen und Ängsten 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; L II-III). Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn Sprechen und Verstehen durch einen Mund-Nasen-Schutz erschwert sind.

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

Positive Auswirkungen kommunikativer Kompetenzen sind: Aufbau von Vertrauen, 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; L II-III).

3. 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-, Visitengespräche usw. festzulegen,
- Ressourcen für systematische Kommunikationstrainings zur Verfügung zu stellen, externe Supervisionen zu ermöglichen, z. B. von Visiten, von Patientengesprächen (Ehrat & Poimann 2010; L III-IV) und von interdisziplinärem Austausch (Poimann & Bindernagel 2016; L I-IV).

Der Leitung einer medizinischen Einrichtung sollten diese Brennpunkte der Kommunikation bewusst sein. Sie muss den genannten Grundregeln in ihrem Verantwortungsbereich Geltung verschaffen, z. B. durch systematische interne Schulungen für neu eintretende und Auffrischungskurse für langjährige Mitarbeiter (King & Harden 2013; L IV/Beeson & Robey 2006; L III/Studer 2008; L EL). Führungskräfte sollten auf die Einhaltung der Grundregeln achten und selbst positive Beispiele für angemessene und achtsame Kommunikation sowohl mit Patienten als auch innerhalb des Behandlungsteams (Madlock 2008; L IV) geben. Externe Supervision unterstützt dieses Vorgehen.

4. Haltung und Verhaltensstrategie

Das medizinische Fachpersonal führt Patientengespräche zu Themen, die fachspezifisch die Grenzen üblicher Alltagsgespräche überschreiten. Dabei ist sich jede Fachperson ihrer Rolle und Verantwortung für eine professionelle Gesprächsführung bewusst. Mit dieser Haltung steuert sie das Gespräch (McCorry & Mason 2011; L II-III).

Zur Grundhaltung gehört es,

- dem Patienten mit Respekt und Achtsamkeit zu begegnen,
- sich an seine Sprach- und Verständnisfähigkeit anzupassen,
- dem Patienten genügend Redechancen einzuräumen und
- durch aufmerksames Zuhören Interesse an seiner Schilderung zu zeigen.

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

5. Methode, Anwendungsszenarien, Vorbereitung, Durchführung

Das medizinische Fachpersonal sollte die Kommunikationsregeln bei allen Gesprächen im Umgang mit Patientinnen, Angehörigen und innerhalb des Behandlungsteams systematisch anwenden (AHRQ 2013; L II).

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; L II/Senju & Johnson 2009; L III/ Ditzen et al. 2009; L II).
- Verwende kurze Sätze und moderates Sprechtempo. Dies erleichtert die Sprachverarbeitung und senkt den Stresslevel der Beteiligten (Gilchrist et al. 2008; L III/Gordon et al. 2009; L III/McHenry et al. 2011; L IV).
- Nutze eine verständliche und einfache Sprache (plain language) und vermeide Fachjargon.
- Beachte und benutze die Sprache des Gegenübers (Eigensprache). Dies vermindert Interpretationsfehler (Poimann 2010; L IV/Jacquemot & Scott 2006; L III).

Bei allen Kontakten ist die Kommunikation auf den Gesprächspartner gerichtet und dient dem Aufbau einer vertrauensvollen und professionellen Beziehung sowie der wechselseitigen Verständigung. Nach diesen Regeln geführte Gespräche versprechen größeren Erfolg.

Anwendungsszenarien

Gespräche zwischen medizinischem Fachpersonal und Patientinnenn 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 sogenannter „Small Talk“ dient der Entlastung und Entspannung der Beteiligten (Weber & Langewitz 2011; L EL/Jonas 1981; L EL) und kann sich zu ernsthaften und relevanten Gesprächen entwickeln.

Vorbereitung

In der internationalen Literatur werden Strategien beschrieben, die für die Vorbereitung eines Gesprächs essentiell sind (McCorry & Mason 2011; L II-III/Newberg & Waldman 2012; L II-III).

- Lege Zeit und Raum des Gesprächs fest.
- Bestimme Ziel, Inhalt und Fragestellung des Gesprächs, strukturiere den Gesprächsverlauf.
- Mache dir deine Stimmung vor dem Gespräch bewusst, z. B. entspannt, gestresst, verstimmt, müde.
- Tritt ruhig und entspannt auf, sei präsent mit positiver Grundhaltung (Newberg & Waldman 2012; L II-III).
- Prüfe, ob die Gesprächspartnerin bereit ist: Hat sie Zeit für das Gespräch, ist sie offen für das Thema, ist sie wach und ansprechbar? Sind weitere Gesprächsteilnehmer erwünscht? Empfiehlt sich ein späterer Gesprächstermin?
- Mache dir mögliche Reaktionen der Gesprächspartnerin bewusst und stelle dich darauf ein.

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 Sekunden angesprochen werden (Langewitz 2007; L 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.
- Lasse den Gesprächspartner selbst die relevanten Inhalte wiedergeben.
- 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 der Gesprächspartnerin freundlich zu, lächle, stelle Blickkontakt auf Augenhöhe her.
- Zeige Wertschätzung durch non- und paraverbale Unterstützung der Aussagen des Gesprächspartners (z. B. Kopfnicken, „Hmhm“), dies 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)

- Nimm Aussagen des Gesprächspartners wörtlich auf, formuliere deine Fragen mit den Worten des Gegenübers.
- Achte auf Mimik, Gestik und Stimmlage.
- Nimm emotionale Inhalte wahr und sprich sie an, wenn erforderlich.
- Berücksichtige interkulturelle Unterschiede.

Entschleunige das Gespräch

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

6. Pocketversion

Diese Arbeitshilfe finden Sie zum Download unter www.gqmg.de/downloads. Als Erinnerungsstütze für die Kitteltasche gibt es eine Pocketversion dieser Arbeitshilfe in Form einer beidseits bedruckten Postkarte.

Pocketversion zur Arbeitshilfe
Bessere Kommunikation 1

GQMG
Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V.

Grundregeln der Kommunikation

Bereite das Gespräch vor
- Ziel, Zeit, Inhalte festlegen
- eigene Stimmung bewusstmachen
- Kooperationsbereitschaft der Patientin sicherstellen

Strukturiere das Gespräch
- mit Namen und Funktion vorstellen
- Dauer, Ziele, Inhalte, Gesprächsschritte ankündigen
- maximal 5 Mitteilungen

Verhalte dich freundlich
- entspannte und zugewandte Körperhaltung
- Blickkontakt auf Augenhöhe
- Wertschätzung zeigen

Sprich einfach und verständlich
- einfache Sprache (plain language) benutzen
- klare Mitteilungen machen, nur wesentliche Einzelheiten
- kurze, einfache Fragen stellen

Benutze die Sprache des Gegenübers
- Aussagen wörtlich aufnehmen
- Mimik, Gestik, Stimmlage und Emotionen wahrnehmen
- interkulturelle Unterschiede berücksichtigen

Entschleunige das Gespräch
- kurze Sätze (max. 10 Wörter)
- langsam sprechen (max. 120 Silben/min)
- Gesprächspartner ausreden lassen

Nähere Erläuterungen finden Sie in der Langversion dieser Arbeitshilfe unter www.gqmg.de/downloads.

© GQMG, AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement. 2021[2] 1

Pocketversion zur Arbeitshilfe
Bessere Kommunikation 1

GQMG
Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V.

Grundregeln der Kommunikation
Beispiele zur praktischen Umsetzung

Vorstellen	Mein Name ist ..., ich arbeite hier als ..., Ich möchte einige Fragen zu ... stellen – Ich würde gerne folgendes mit Ihnen besprechen ...
Offene Frage	Bitte sagen Sie mir, was ... passiert ist. – Wie ist es zu diesen Beschwerden gekommen? – Wie war der Verlauf bisher?
Eigensprache aufnehmen	Wie war dieser „verteufelte Schmerz“ beim Einkaufen?
Kernaussagen wiederholen	Sie haben diese Schmerzen seit drei Wochen? Und erst die Verfärbung des Zehs hat Sie beunruhigt?!
Emotionen ansprechen	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?
Geschlossene Frage	Ich stelle Ihnen jetzt einige Fragen, die Sie kurz beantworten können: Seit wann haben Sie diese Schmerzen?
Zusammenfassen	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.

© GQMG, AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement. 2021[2] 2

Sie erhalten sie über die Geschäftsstelle der GQMG:
Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG)
Industriestraße 154
D-50996 Köln
Telefon +49 2236 9696188
Fax +49 2236 9696189
info@gqmg.de

Eine veränderbare Datei dieser Pocketversion zur Anpassung an Ihre lokalen Gegebenheiten erhalten Sie über die AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement der GQMG, www.gqmg.de, oder über die unten genannten Kontaktadressen.

Videotutorials zu einzelnen Arbeitshilfen und weitere Beiträge zum Qualitäts- und Risikomanagement in der Gesundheitsversorgung finden Sie bei GQMG on air, dem Youtubekanal der GQMG: www.gqmg.de/youtube.

7. Literatur

Mit der Literatur wird das Evidenzlevel der jeweiligen Quelle genannt. Die Einteilung stammt vom australischen *National Health and Medical Research Council* (NHMRC 2009). Zusätzlich hat die AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement das Level *EL* für Expertenwissen eingeführt. Das Level III wird nicht in drei Stufen differenziert.

Level	Bezeichnung	Erläuterung
I	Systematischer Review-Artikel	Übersicht über randomisierte Kontrollstudien
II	Randomisierte Kontrollstudie	Unabhängige Doppelblindstudie
III-1	Pseudorandomisierte Kontrollstudie	Kontrollstudie im Vergleich mit validiertem Referenzstandard
III-2	Vergleichsstudie	Kohortenstudie im Vergleich mit Referenzstandard
III-3	Verlaufsstudie	Retrospektive Kohortenstudie ohne Kontrollgruppe und Referenzstandard
IV	Fallstudie	Ergebnisse einer Fallstudie oder Vorher-nachher-Vergleich, jeweils ohne Referenzstandard
EL	Expertenlevel	Intensive Auseinandersetzung mit einer Thematik durch Fachexperten

- Agarwal R, Sands D Z, Schneider D J (2010): Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in U.S. hospitals. J Healthc Manag. 2010 Jul-Aug;55(4):265-81; discussion 281-2 (Level IV).
- 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: Huttenscher Verlag 507 (Level III-IV).
- Gallagher E (1999): Systematic Reviews A Logical Methodological Extension of Evidence-based Medicine. Acad Emergeny Med 6: 1553–2712 (Level EL).
- 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 Neurosience 30: 4999–5007 (Level II).
- Jacquemot C & Scott S (2006): What is the relationship between phonological short-term memory and speech processing? Trends Cogn Sience 10: 480–6 (Level III).
- Jonas A (1981): Eigensprache des Patienten, Träger seiner Gefühle. Psychologie 12: 775–779 (EL).
- Kayser M C, Harder v Y, Friemert B, Scherer M A: Patientenaufklärung – Fakt und Fiktion. Chirurg 2006, 77: 139-149 (Level IV).
- 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).
- Klahre AS (2013): Klinik-Patienten und -Mitarbeiter haben das Wort: Ergebnisse des Picker Reports 2013. Medscape 26. Januar 2021 (Level IV). https://deutsch.medscape.com/artikel/4901560.
- 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).
- National Health and Medical Research Council (NHMRC) (2009): NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines, https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/information-guideline-developers/resources-guideline-developers (11.8.17).
- Neuberger O & Dötz W (1996): Miteinander Arbeiten, miteinander Reden. Vom Gespräch in unserer Arbeitswelt. München: Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung (EL).
- Newberg A & Waldman M (2012): Words Can Change Your Brain. New York: Hudson Street Press (Level II-III).
- Ong L, Haes J de & Lammers F (1995): Doctor-patient communication: a review of the literature. Soc Sience 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).
- Patientensicherheit Schweiz (2014): Quick-Alert Nr. 33 Die richtige Kommunikation von Verordnungen und Befunden am Telefon (Quick-Alert No. 33) www.patientensicherheitschweiz.ch (EL).
- Poimann H (Ed.) (2010): First steps to IDIOLECTICS:: essentials on your way to trust, understanding and cooperation, Würzburg, Huttenscher Verlag 507 (Level IV).
- Poimann H, Bindernagel D. 2016: Die Eigensprache von Fachpersonen - Interdisziplinäre Zusammenarbeit in Bindernagel D (Hrsg.): Die Eigensprache der Kinder, Heidelberg, Carl Auer Verlag (Level I-IV).
- 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 Sience 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).
- 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).

GQMG
Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V.

Wir gestalten Qualität für Patientinnen, vernetzen Gesundheitsberufe, verbessern Prozesse

Die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) ist ein Netzwerk für alle Menschen, die an der Qualität in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung arbeiten.

- Wir gestalten Qualitätskultur mit Blick auf Patienten, Mitarbeiterinnen und Wirtschaftlichkeit. Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung basiert auf Werten und einer Unternehmenskultur, die von den Führungskräften einer Einrichtung getragen werden. Wir fördern ein am Wohl des Patienten orientiertes, umfassendes Qualitätsverständnis, das alle Berufsgruppen und Hierarchiestufen berücksichtigt.
- Wir führen einen wissenschaftlichen Diskurs zu Qualität und Patientensicherheit und beziehen Stellung. Dazu schaffen und bündeln wir Wissen und teilen dieses innerhalb und außerhalb der Fachkreise. Als Fachgesellschaft beziehen wir auf dieser Basis Stellung zu aktuellen Entwicklungen rund um Qualität und Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung. Wir spannen dabei den Bogen vom einzelnen Akteur bis hin zu Meinungsbildnern und politischen Entscheidungsträgern.
- Wir vernetzen die Akteure des Qualitäts- und Risikomanagements, geben ihnen Anregung und praktische Unterstützung. Wir bieten Austausch zwischen Erfahrenen und Neulingen und Hilfestellung bei Alltagsproblemen. Wir setzen Impulse für die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsversorgung. Wir entwickeln und verbreiten validierte Instrumente und geben Hinweise für alle medizinischen Berufsgruppen wie auch für Patienten.

Die GQMG besteht seit 1993, seit 2002 ist sie Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch-Wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Sie kooperiert mit den Fachgesellschaften sQmh in der Schweiz und ASQS in Österreich. www.gqmg.de

8. Anschrift für die Verfasser

Dipl.-Inform. Med. Susanne Rode, su_rode@web.de
Dr. phil. Heidemarie Weber, info@prokomge.de

Foto Titelseite: Anthony Shkraba | Pexels