



Gesellschaft für Qualitätsmanagement
in der Gesundheitsversorgung e. V.

AG Kommunikation im Qualitätsmanagement und Risikomanagement

Arbeitshilfe Bessere Kommunikation 07

Kommunikation am Telefon

Holtel M, Enseleit I, Ewald W, Herbig N, Heun S,
Neufang A, Pilz S, Pivernetz K, Rode S, Stapenhorst K
30.10.2018

Inhalt

1. Hintergrund/Evidenz	3
Nutzen telefonischer Kommunikation	3
Herausforderungen am Telefon	4
Typische Fehler jeder mündlichen Kommunikation.....	4
Sind mündliche Anordnungen sicher?	5
Dokumentation und Datenschutz	5
Besondere Herausforderungen bei Patientengesprächen.....	6
2. Voraussetzungen	6
3. Ziele	7
4. Maßnahmen.....	7
5. Haltung und Verhaltensstrategie.....	7
6. Erklären der Methode.....	8
Hausinterne Vorgabe	8
Schulung.....	9
7. Anwendungsszenarien	9
8. Vorbereitung von Kommunikation	9
9. Durchführung	9
Allgemeine Regeln	9
Regeln für Patiententelefonate.....	10
Regeln für interprofessionelle Telefonate	11
Regeln für Telefonkonsultationen.....	12
10. Rechtlicher Hintergrund und Verantwortung	12
11. Literatur	12
Level	14
Bezeichnung.....	14
Erläuterung	14
12. Pocketversion	14
Anschrift für die Verfasser	14

1. Hintergrund/Evidenz

Telefonieren ist für jeden von uns alltäglich. Telefonhörer und Mobiltelefon gehören seit vielen Jahren ganz selbstverständlich zu den Arbeitsmitteln des Arztes, der Pflegekraft, der Medizinischen Fachangestellten. Scheinbar bedarf es keines speziellen Trainings, um gut zu telefonieren. Doch professionelles Telefonieren muss Ansprüche bezüglich Patientensicherheit, Fehlervermeidung oder Vertraulichkeit erfüllen. Es fordert mehr Sorgfalt als ein privates Telefonat.

Frühere Studien haben Telefonate in der Medizin ausführlich untersucht, die Forschung hat sich jedoch inzwischen auf digitale Anwendungen verlagert. Gezielte Ratschläge und Unterweisungen für die Mitarbeiter gibt es nur selten (Reisman & Brown 2005; L EL). Doch schon mit wenigen grundsätzlichen Überlegungen und Regeln lässt es sich professioneller telefonieren.

Nutzen telefonischer Kommunikation

Viele Ratschläge zur Kommunikation am Telefon helfen in jedwedem Kontext. Einige spezielle Hinweise gelten nur für Gesprächssituationen im Gesundheitswesen. Nach den Gesprächspartnern lassen sich unterscheiden:

- Patiententelefonate zwischen Patient und medizinischer Fachkraft, beispielsweise der Medizinischen Fachangestellten am Empfang einer Arztpraxis oder Klinikambulanz oder dem Hausarzt im Bereitschaftsdienst. Studien beschäftigen sich mit diesen Gesprächen vor allem unter dem Aspekt der Triage. Wichtige Kriterien für eine korrekte Diagnose und Alarmzeichen für gravierende Erkrankungen müssen sicher erkannt werden.
- Interprofessionelle Telefonate zwischen Fachleuten, beispielsweise zwischen Arzt und Pflegekraft oder zwischen Mitarbeitern aus Pflege, Labor, Röntgen, OP, Verwaltung untereinander. Hier ist die sichere Übermittlung von Informationen oder auch von ärztlichen Anordnungen der wichtigste Gesichtspunkt.
- Schließlich bilden Telefonkonsultationen zwischen Ärzten eine eigene, viel diskutierte Kategorie. Die Konsultation eines Experten ist eine bevorzugte Wissensressource unter Ärzten. In ihrer Bedeutung wird sie vielfach unterschätzt, in der Ausbildung spielt sie keine Rolle (Wadhwa & Lingard 2006; L III). Hier geht es um rechtliche Fragen oder die Dokumentation einer informellen Konsultation.

Das Telefon erweitert den Aktionsradius der Gesprächspartner, es verbessert den Zugang für nicht mobile Patienten und senkt die Hemmschwelle, den Arzt zu kontaktieren (Car & Sheikh 2003; L III). Es erlaubt unkomplizierte, direkte Kommunikation. Sofortige Rückfragen sind möglich. Sprechweise und -tempo transportieren paraverbale Informationen. Telefongespräche fördern sogar eine Konzentration auf das Wesentliche, es kommt weniger zu Abschweifungen (Lake et al. 2017; L I).

Für die Triage von Patienten und das Disease-Management chronischer Erkrankungen ist der Nutzen von Telefongesprächen gut dokumentiert (Katz et al. 2008; L IV). In Skandinavien, den Niederlanden und der Schweiz wird durch Telefontriage die Notwendigkeit von Notfallkonsultationen eingeschätzt (Christ & Bingisser 2017; L III), überflüssige Sprechstundentermine werden durch telefonische Beratung vermieden. Telefonate stehen bei der Betreuung von chronischen Asthmatikern der face-to-face-Konsultation nicht nach (Kew & Cates 2016; L I). Telefoninterventionen mit Ratschlägen zur Behandlung verbessern den funktionalen Status von Patienten mit systemischem Lupus erythematodes. Das Follow-up nach verschiedenen akuten und chronischen Erkrankungen ist telefonisch sicher und effizient zu leisten. So lassen sich im Telefonat Patienten nach TUR-Prostatektomie, die eine ungeplante, persönliche Vorstellung zur Nachsorge benötigen, zuverlässig identifizieren. Erstaunlicherweise sinkt sogar der Analgetikabedarf telefonisch betreuter Patienten (Car & Sheikh 2003; L III). Bei Patienten mit Herzinsuffizienz kann telefonische Betreuung, verbunden mit Telemonitoring, die Lebensqualität verbessern sowie die Zahl der stationären Behandlungen und die Mortalität senken (Inglis et al. 2015; L I).

Bei unerwartet auffälligen Befunden in Labor oder Radiologie ist in vielen Einrichtungen eine telefonische Information des Auftraggebers üblich, die eine schnellere Information und erhöhte Aufmerksamkeit sicherstellt. Behandelnde Ärzte ziehen Experten vielfach telefonisch zur Konsultation heran, wenn der Patient in stationärer Behandlung ist und die Klinik nicht über die entsprechende Fachabteilung verfügt. Diese Telefonate spielen eine wichtige Rolle für schnelle, individuelle Entscheidungen bei schwierigen Krankheitsbildern. Oft münden sie in formelle Konsilaufträge oder Verlegungen, in vielen Fällen lässt sich aber auch nach dem Rat des Experten die Behandlung vor Ort fortsetzen (Cook, Sorensen & Wilkinson 2014; L EL). Bei der Verlegung von Stroke-Patienten in die Frührehabilitation wurde der Nutzen einer zusätzlichen telefonischen Übergabe an den Reha-Arzt geprüft. Die strukturierte Information verbessert signifikant die Fehlerquote bei Diagnosen und kritischer Medikation (Hill et al. 2015; L III).

Herausforderungen am Telefon

Doch den unbestrittenen Vorteilen telefonischer Kommunikation stehen auch Nachteile gegenüber. Das beginnt bei einer regelrechten „Störkultur“ durch unablässiges Telefonieren und sofortige Reaktion auf jedes klingelnde Telefon, manche Mitarbeiter tragen gleich mehrere Telefone mit sich (Bamberg 2015; L EL). Telefonate vermitteln eine Nähe zum Gesprächspartner und erlauben es, paraverbale Eindrücke aus der Sprechweise aufzunehmen. Nonverbale Informationen aus Mimik, Gestik und Umgebung fehlen jedoch. Stress wird möglicherweise nicht wahrgenommen, der Gesprächspartner kann nicht beobachten, ob z.B. zusätzliche Informationen aus dem Gedächtnis oder aus der Akte stammen. Schlechte Tonqualität oder Hintergrundgeräusche können zusätzlich stören (Patientensicherheit Schweiz/CIRNET 2014; L EL). Dem Sprecher entgeht der fragende Gesichtsausdruck oder andere körperliche Reaktionen auf seine Ausführungen (Mazur 2009; L EL).

Bei interprofessionellen Telefonaten vertraut der Konsiliarius oder ein einrichtungsintern angerufener Arzt auf die klinischen Angaben des Gesprächspartners und hat keine Möglichkeit, sie auf die Schnelle zu überprüfen. Auch der Kontext eines Gesprächs kann bei telefonischer Verbindung stark abweichen. Ein Experte wird möglicherweise in einer ungünstigen Stresssituation erreicht oder ist gedanklich anderweitig gebunden (Wadhwa & Lingard 2006; L III). Ein Patient, der einen Anruf aus der Arztpraxis entgegennimmt, kann vielleicht gerade nicht frei sprechen (Reisman & Brown 2005; L EL).

Typische Fehler jeder mündlichen Kommunikation

Dazu gesellen sich die typischen Fehler jeder mündlichen Kommunikation. Eine US-amerikanische Studie untersuchte 2013 informelle Konsultationen, auf die ein formelles Konsil mit Vorstellung des Patienten beim Experten folgte. In 51% der Fälle gab es ungenaue oder unvollständige Informationen, die Behandlungsempfehlungen wichen nach dem vollständigen Konsil in 60% der Fälle von der zunächst gegebenen Empfehlung ab. Dieser Effekt zeigte sich unabhängig davon, wieviel Berufserfahrung der ratsuchende Arzt aufwies (Burden et al. 2013; L III).

Eine neurochirurgische Abteilung in Nottingham verglich 2002 die telefonischen Auskünfte auswärtiger Kollegen mit den in der Patientenakte dokumentierten Angaben. Es zeigten sich selbst beim neurochirurgisch fundamentalen GCS-Score, einer Skala von 3 bis 15, Abweichungen von 3 bis 10 Punkten. Bei weiteren Parametern entdeckten die Neurochirurgen „verblüffende Unterschiede“ zwischen telefonisch übermittelten Daten und Patientenakte. Auch die Therapieempfehlungen der Experten wurden zum Teil nicht korrekt aufgenommen und umgesetzt (Cartmill & White 2002; L III). Eine US-amerikanische Studie fand 2004 bei 822 Telefonaten zur Übermittlung von Laborergebnissen 29 Fehler (3,5%), beispielsweise Namensverwechslungen, falsche Ergebnisse oder Tests (Barenfanger et al. 2004; L III). Bei mündlichen Anordnungen während der Visite fanden sich im Cincinnati Children's Hospital Medical Center 9,1% Fehler (Pennsylvania Patient Safety Reporting System 2006; L III).

Mündliche Kommunikation erfordert zunächst ein klares und fehlerfreies Sprechen. Möglicherweise fällt die Verständigung wegen eines Dialekts oder einer Fremdsprache schwer. Sprecher oder Hörer können im Moment abgelenkt sein und ungenau kommunizieren. Der Hörer muss die Nachricht korrekt aufnehmen, was in unruhiger Umgebung schwierig sein kann. Missverständnisse durch ähnlich klingende Begriffe oder Zahlen sind häufig, Dosierungsfehler können durch unterschlagene Silben auftreten ($\frac{1}{2}$ statt $1\frac{1}{2}$) (Wakefield & Wakefield 2009; L EL). Im nächsten Schritt muss der Empfänger die Nachricht korrekt memorieren, sofern er sie nicht während des Gesprächs schriftlich festgehalten hat (West et al. 1994; L III). In einem Experiment konnten argentinische Medizinstudenten nach einem Telefongespräch nur zu 54% acht Fragen korrekt beantworten, selbst die Kernbotschaft des Gesprächs, die Symptome eines Patienten, gaben sie nur zu 55% korrekt wieder (Bassan & D'Ottavio 2006; L III).

Sind mündliche Anordnungen sicher?

Angesichts dieser Ergebnisse erstaunt es, dass ein hohes Risiko mündlicher Anordnungen nicht als sonderlich gut belegt gilt (Wakefield & Wakefield 2009; L EL). Eine Kinderklinik beobachtete über 3 Monate die Medikationsanordnungen. Bezogen auf 1.000 Anordnungen fanden sich bei mündlicher Weitergabe 2,6 Fehler, aber 8,5 bei schriftlicher und 6,3 bei Computereingabe. Unabhängig vom Übertragungsweg sank die Fehlerrate mit der Häufigkeit einer Anordnung. Routineanweisungen wurden also sicherer übermittelt als komplexe, ungewöhnliche Anordnungen. Doch weder bei häufigen noch bei seltenen Anweisungen war die mündliche Anordnung unterlegen (West et al. 1994; L III). Dass handschriftliche Anordnungen schlechter abschneiden als mündliche, überrascht den Praktiker wenig angesichts der sprichwörtlich unleserlichen Arztschrift. Die Studie stammt aus dem Jahr 1994, unter den heutigen Möglichkeiten elektronischer Verordnung sollte sie daher dringend wiederholt werden. Vermutlich profitiert die mündliche Anordnung aber auch davon, dass die ausführende Pflegekraft die sofortige Möglichkeit zur Rückfrage nutzt. Auch die (zusätzliche) mündliche Information über verlegte Stroke-Patienten an den behandelnden Arzt in der Frührehabilitation konnte die Fehlerquote wohl senken, weil sie Gelegenheit zu Rückfragen bot (Hill et al. 2015; L III). Obwohl sie keine höhere Fehlerrate mündlicher Anordnungen nachwies, leiteten West et al. ab, dass komplexe Anordnungen eher schriftlich erteilt werden sollten (West et al. 1994; L III). Das empfiehlt sich schon zur Dokumentation.

Ein anordnender Arzt kann face-to-face leichter beurteilen, wie stark je nach Qualifikation und Berufserfahrung eines Ausführenden mit Fehlern zu rechnen ist. Mündliche Anordnungen lassen sich also dem Kontext ideal anpassen und könnten damit mehr Sicherheit bieten als schriftliche und insbesondere handschriftliche. Dennoch werden mündliche Anordnungen allgemein als ein Sicherheitsrisiko angesehen und schon seit den 1970er Jahren wird empfohlen, sie auf Notfälle und Situationen, in denen es keinen anderen Kommunikationsweg gibt, zu beschränken (Allinson, Szeinbach & Schneider 2005; L III).

Dokumentation und Datenschutz

Eine typische Schwachstelle der Kommunikation am Telefon ist die Dokumentation. Telefonate werden als bei-läufig empfunden und oft nicht dokumentiert. Dies betrifft alle drei Kategorien von Telefongesprächen im medizinischen Bereich gleichermaßen. Bei Patientengesprächen war die Dokumentation in 88% mangelhaft (Katz et al. 2008; L IV), bei Telefonkonsultationen wurde die Empfehlung des Experten in 37% nicht oder unverständlich festgehalten (Cartmill & White 2002; L III) und oft sogar falsch verstanden und dokumentiert (Amarouche et al. 2017; L III).

Auch unter dem Aspekt des Datenschutzes sind Telefonate zu medizinischen Sachverhalten bedenklich. Eine zuverlässige Identifikation fehlt. Selbst enge Verwandte erkennen sich nicht sicher an der Stimme (Sokol & Car 2007; L EL). Kollegen aus anderen Einrichtungen, die Informationen über einen bestimmten Patienten erfragen, autorisieren sich vielfach über Detailwissen aus der Vorgeschichte, jedoch könnte ein Betrüger solches Wissen durch vage Äußerungen simulieren und bei unkritischen Gesprächspartnern unentdeckt bleiben. Eine im Display angezeigte Rufnummer lässt sich manipulieren. Insbesondere Videotelefonie, aber auch einfache Internet-Telefonie (VoIP) und Mobiltelefone lassen sich mit überschaubarem technischem Aufwand abhören

(Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit 2017; L EL). Dies gilt inzwischen auch für den verbreiteten DECT-Standard, dessen Verschlüsselung als gebrochen gilt (Kassenärztliche Bundesvereinigung - Bundesärztekammer 2014; L EL).

Besondere Herausforderungen bei Patientengesprächen

Haftpflichtschäden im Zusammenhang mit Fehlern bei telefonischer Kommunikation sollen vor allem die ambulante Medizin betreffen und zumindest in den USA hohe Kosten verursachen (Katz et al. 2008; L IV). Dennoch scheint deren Zahl angesichts der großen Menge von Telefonkontakten gering zu sein. Eine niederländische Studie zu Patiententelefonaten zeigt vor allem bei hoher Dringlichkeit eine schlechte Kommunikation, die zu nicht angemessenen Entscheidungen führt (Huibers et al. 2012; L III). Die Schweizer Stiftung für Patientensicherheit ermittelte 2012 die Triage von Patienten als das Sicherheitsproblem, das zu den häufigsten katastrophalen Verläufen in Arztpraxen führt. 20% der Befragten gaben an, dass es mindestens monatlich zu einer Fehleinschätzung bei der Telefontriage kommt, in 56% verbunden mit einer zumindest geringen Schädigung des Patienten (Gehring et al. 2012; L III). Der Telefonservice Swedish Healthcare Direct, der fast das gesamte Land versorgt, verzeichnete dagegen in 8 Jahren nur 33 Haftpflichtfälle, wobei Underreporting vermutet werden muss (Ernesäter et al. 2012; L III). Bei den Haftpflichtfällen eines großen US-amerikanischen Versicherers fanden sich im Zusammenhang mit Patiententelefonaten vor allem Mängel in der Triage der Patienten, in der Dokumentation der Gespräche und in schlechter Organisation des Telefonarbeitsplatzes (Katz et al. 2008; L IV). Ein Vergleich mitgeschnittener Patientengespräche face-to-face mit Telefonaten in Schottland zeigte 2010, dass die Gespräche am Telefon kürzer sind (4,6 vs. 9,7 min) und weniger Themen ansprechen (1,2 vs. 1,8 Themen). Die Ärzte stellen am Telefon weniger Fragen zu den beschriebenen Problemen. Sie neigen eher dazu, eine Laiendiagnose ohne Nachfragen zu übernehmen (Hewitt, Gafaranga & Mckinstry 2010; L III). Eine niederländische Studie ermittelte 2008 nur in 58% von 357 simulierten Patientenrufen ein angemessenes Triageergebnis. Entscheidende Fragen, die sich im face-to-face-Gespräch aufdrängen oder am klinischen Bild festmachen, werden nicht gestellt (Derckx et al. 2008; L III).

Mehr noch als ein Gespräch in der Praxis dominiert der Arzt ein Telefonat, der Inhalt ist reduziert. Es fehlen nicht nur nonverbale Signale, auch eine körperliche Untersuchung ist nicht möglich. Augenfällige Symptome, Geruch, Bewegungen lassen sich nicht für die Diagnose verwerten (Amalberti & Brami 2012; L EL). Blasses Hautkolorit, Mundgeruch oder ein vom Patienten noch nicht bemerkter Nystagmus könnten entscheidende Hinweise geben. Eine Triage am Telefon erfolgt meist nicht nach vorgegebener Systematik (Christ & Bingisser 2017; L III/Katz et al. 2008; L IV). Dennoch kam ein Expertenpanel in England 2004 bei der nachträglichen Beurteilung von medizinischen Telefonberatungen in 96,7% der Fälle zur gleichen Empfehlung wie die Fachkraft während des Anrufs. Die Telefonberatung wurde daher als sichere Methode in „nicht ernsten“ Fällen eingeschätzt (Dale et al. 2004; L III).

Eine unzureichende Organisation des Telefonarbeitsplatzes kann dazu führen, dass mit Wechsel der Gesprächspartner in der Praxis Wiederholungsanrufe eines Patienten nicht als solche erkannt werden. Damit fehlt ein wichtiges Alarmsignal für die Stärke und Dringlichkeit von Symptomen, das zu einer persönlichen Vorstellung führen sollte. Zugesagte Rückrufe beim Patienten, die dann nicht eingehalten werden, können ebenfalls Probleme verursachen (Katz et al. 2008; L IV). Telefonische Kommunikation mit Patienten birgt außerdem weitere Einschränkungen, so die möglicherweise geringere Vertraulichkeit eines Gesprächs (Amalberti & Brami 2012; L EL).

2. Voraussetzungen

Auch in den Zeiten elektronischer Kommunikation und Dokumentation bleiben Patiententelefonate und Telefongespräche unter Mitarbeitern ein wichtiger Kommunikationskanal. Das Cincinnati Children's Hospital Medical Center registrierte 2006 – entgegen einer ausdrücklichen hausinternen Vorgabe – mehr als 20% mündlich erteilte Medikationsanordnungen (West et al. 1994; L III). Es wäre pragmatisch, den Gebrauch mündlicher

Kommunikation anzuerkennen und zu regeln, statt auf Verbote zu setzen (Wakefield et al. 2012; L III). Diese sind schon angesichts der spärlichen Belege für die Überlegenheit schriftlicher Kommunikation wohl nicht durchgängig zu vertreten. Im deutschsprachigen Raum ergriff erstmals 2014 die Stiftung Patientensicherheit Schweiz die Initiative zu exakten Vorgaben für telefonische Kommunikation im Gesundheitswesen (Patientensicherheit Schweiz/CIRNET 2014; L EL).

3. Ziele

- Mit telefonischer Kommunikation gehen spezifische Risiken und Einschränkungen einher. Mitarbeiter im Gesundheitswesen sollten dafür sensibel sein.
- Das Einhalten weniger Regeln am Telefon verbessert die Kommunikation und vermeidet Fehler. Diese Regeln sollten bekannt sein und im Alltag angewendet werden.
- Eine Einrichtung des Gesundheitswesens trägt Verantwortung für die Kommunikation ihrer Mitarbeiter. Sie sollte systematisch bessere Kommunikation am Telefon befördern durch Vorgaben und Schulungen.
- Die telefonische Triage von Patienten ist eine besondere Herausforderung. Wichtige Kriterien für die Einschätzung der Dringlichkeit oder eine korrekte Diagnose müssen erfasst, Alarmzeichen für gravierende Erkrankungen sicher erkannt werden.

4. Maßnahmen

Angesichts der Bedeutung für die Patientensicherheit und effizientes Arbeiten steht jede medizinische Einrichtung vor der Aufgabe, sich der Telefonkommunikation anzunehmen. Die Mitarbeiter müssen sensibilisiert werden für deren typische Stolperfallen. Die Leitungs- und Führungsebene der Organisation sollte durch hausinterne Anweisungen und Schulungen Vorgaben für das konkrete Umfeld machen.

5. Haltung und Verhaltensstrategie

Empfehlungen zur Verbesserung von Kommunikation am Telefon setzen zunächst bei der verkürzten Wahrnehmung im Telefonkontakt an. Sowohl der Sender als auch der Empfänger sollten sich diese Einschränkungen bewusst machen. Überdies sollten sie berücksichtigen, in welchem Umfeld der Gesprächspartner telefoniert. Gerade durchlebte Stresssituationen, ein überfüllter Wartebereich (Patientensicherheit Schweiz/CIRNET 2014; L EL), unerwünschte Mithörer, akustische oder visuelle Störungen können die Kommunikation beeinträchtigen. Bei nicht zeitkritischen Gesprächen empfiehlt sich daher immer eine Nachfrage, ob das Telefonat gerade genehm ist. In heiklen Situationen eröffnet diese Nachfrage die unkomplizierte Möglichkeit, das Telefonat zurückzuweisen. In der Luftfahrt wird unter dem Schlagwort „Kommunikation unter 10.000 Fuß“ („below ten“), also in der Start- oder Landephase eines Linienfluges, jede ablenkende Nebenkommunikation im Cockpit verweigert (Brindley & Reynolds 2011; L EL).

Bewusstes Heben und Senken der Stimme setzt Akzente und erzeugt einen angenehmen Stimmfluss. Stehen, Gehen oder Gestikulieren wie im face-to-face-Gespräch beleben die Sprechweise, auch ein Lächeln ist am Telefon wahrnehmbar. Eine moderate Sprechgeschwindigkeit (100–150 Silben/min) und deutliche, möglichst dialektfreie Aussprache verhindern Missverständnisse. Dem Gesprächspartner fehlen viele nonverbale Informationen, ausbleibende Höflichkeitsformen wie ein Händedruck oder ein Lächeln zur Begrüßung lassen sich kompensieren durch besondere sprachliche Freundlichkeit. Ein Gesprächspartner, der längeren Ausführungen folgt, kann durch bestätigendes Murmeln oder Kurzwörter wie „Aha“ oder „Hmm“ ein aktives Zuhören signalisieren. Diese Grundregeln jeder Kommunikation sollten beim telefonischen Kontakt noch penibler beachtet werden (Rode et al. 2016; L I). Verlegenheitswörter und -laute („eigentlich“, „äh“) stören den Sprechfluss und die Konzentration, sie sollten vermieden werden. Das Auge des Zuhörers ist am Telefon

gerade nicht gefordert, bildhafte Formulierungen und blumige Metaphern binden daher seine Aufmerksamkeit und unterstützen seine Merkfähigkeit.

6. Erklären der Methode

Hausinterne Vorgabe

Es empfiehlt sich, die Kommunikation am Telefon in einer Einrichtung des Gesundheitswesens hausintern zu regeln. Die Mitarbeiter sollten Handlungssicherheit für die drei Kategorien von Telefonaten haben.

Für Patiententelefonate sollte die Vorgabe folgende Regelungen treffen (Car & Sheikh 2003; L III):

- Formale Elemente, die Begrüßung und die Idealstruktur eines Patiententelefonats, sollten festgelegt sein. Das umfasst z.B. die Empfehlung, wichtige Ergebnisse am Ende eines Gesprächs zusammenzufassen.
- Ein klares Triage-System zur Einschätzung von vorgetragene Symptomen sollte vorhanden sein. Für den Einsatz in der ambulanten Medizin steht beispielsweise „Red Flags“ zur Verfügung (Schaufelberger et al. 2018; L EL).
- Die Dokumentation von Patiententelefonaten ist bedeutsam und sollte klar geregelt werden.

Die Telefontriage in einer Arztpraxis lässt sich systematisch nach einem Leitfaden der Stiftung Patientensicherheit Schweiz verbessern (Gehring & Schwappach 2013; L III).

Interprofessionelle Telefonate (Patientensicherheit Schweiz/CIRNET 2014; L EL/Wakefield et al. 2012; L III/National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Preventing (NCC MERP) 2006; L EL/West et al. 1994; L III):

- Für die mündliche Anordnung einer Medikation sollte die Vorgabe regeln, wer solche Anordnungen erteilen und wer sie annehmen darf und welche (gefährliche oder komplexe) Medikation davon ausgenommen sein soll.
- Die zwingend zu nennenden Details einer solchen Anordnung und evtl. auch deren Reihenfolge sollten aufgelistet sein.
- Einige Autoren schlagen auch vor, einer Pflegekraft die Entscheidung zu überlassen, ob sie sich grundsätzlich erfahren und kompetent genug fühlt, mündliche Anordnungen zu akzeptieren.
- Techniken der Closed loop communication wie Read back (siehe unten) sollten zwingend vorgegeben werden.
- Die Dokumentation von telefonischen Anordnungen sollte klar geregelt werden.
- In großen Einrichtungen muss gegebenenfalls sogar die Identitätskontrolle des Anrufers geregelt werden, z.B. durch ID-Kontrolle, Rückruf oder Fax-Bestätigung.

Informelle Konsultationen zwischen Ärzten gelten als Service für einen Kollegen, nicht als Patientenbehandlung.

- Es gibt keine direkte Beziehung zwischen Experte und Patient. Daher lassen sich daraus selbst in den USA grundsätzlich keine Haftpflichtansprüche erheben. Manche Einrichtungen setzen ans Ende einer Email-Auskunft einen entsprechenden Disclaimer (Olick & Bergus 2003; L EL).

Im Übrigen kann eine hausinterne Vorgabe auf allgemeine Regeln zur Verbesserung von Kommunikation am Telefon hinweisen, z.B. den sicheren Umgang mit Zahlen (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Preventing (NCC MERP) 2006; L EL). Um den täglichen Einsatz dieser Instrumente zu fördern, kann eine Einrichtung auf Telefonnotizen das Buchstabieralphabet abdrucken oder in den Laborausdrucken auf das Read back hinweisen: „Bitten Sie eine Person, die telefonisch Daten entgegennimmt, wie folgt um eine

Rückkopplung: Um sicherzustellen, dass Sie die richtigen Daten aufgenommen haben, wiederholen Sie bitte Patientenname, Laboruntersuchung und Ergebnis.“ (Barenfanger et al. 2004; L III)

Schulung

Mitarbeiter sollten Schulung zu effektiver, effizienter und sicherer Kommunikation am Telefon erhalten (Car & Sheikh 2003; L III). Praktische Übungen dürften sich eignen, das Telefonieren nachhaltig zu verbessern. Zum Teil wird vorgeschlagen, für die in Skandinavien und den Niederlanden etablierte, landesweite medizinische Telefonberatung spezielle Fachpflegekräfte für Triage zu qualifizieren (Katz et al. 2008; L IV). Kurse für Medizinstudenten zur Telefonkonsultation in Notfällen sind beispielsweise in Bern eingerichtet worden (Schaufelberger, Harris & Frey 2012; L IV). In einer Cochrane-Metaanalyse ließ sich 2017 allerdings ein positiver Effekt der Schulung von Ärzten in Telefonkonsultation auf das Patienten-Outcome nicht belegen (Vaona et al. 2017; L I). Ein Nutzen kann nur vermutet werden, möglicherweise schlägt er sich in höherer Effizienz nieder.

7. Anwendungsszenarien

Die Hinweise zur Kommunikation am Telefon sind auf jede telefonische Gesprächssituation anwendbar. Spezielle Hinweise für Patiententelefonate und Triage sind erforderlich, um der Garantenpflicht einer medizinischen Einrichtung für den Patienten gerecht zu werden. Hinweise zur Verbesserung der Sicherheit betreffen vor allem interprofessionelle Telefongespräche.

8. Vorbereitung von Kommunikation

Sichere Kommunikation am Telefon beginnt mit der Konfiguration der Telefonanlage. Daten- und Telefonnetz sollten getrennt arbeiten (Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit 2017; L EL). Die Absicherung eines Funknetzwerkes über eine effektive Verschlüsselung und aktuelle Firmware sind zwingend (Kassenärztliche Bundesvereinigung - Bundesärztekammer 2014; L EL). Sensible Informationen über Patienten sollten nur nach Identitätsprüfung herausgegeben werden. Mit Patienten oder berechtigten Angehörigen, aber auch zwischen Einrichtungen ließe sich ein Passwort vereinbaren (Sokol & Car 2007; L EL).

Profis aus dem Telefonmarketing empfehlen, sich auf ein Telefonat vorzubereiten. Wenn irgend möglich, sollte der Sprecher für das Telefonat einen geeigneten, ruhigen Ort aufsuchen und sich auf den Kommunikationspartner und den Inhalt des Gespräches konzentrieren (Cook, Sorensen & Wilkinson 2014; L EL). Ein ruhiges Umfeld, bei längeren Telefonphasen auch ein Headset, sorgen für entspannte Atmosphäre. Ein Spiegel am Telefonarbeitsplatz sorgt für Freundlichkeit – denn ein Lächeln ist hörbar! Eine aufrechte Körperhaltung und ein mittlerer Muskeltonus geben der Stimme eine wache Spannung.

9. Durchführung

Allgemeine Regeln

Ein professionelles Telefonat folgt einer Grundstruktur. Im Gesprächseinstieg sollte deutlich werden, welche Gesprächspartner aufeinandertreffen und um welches Thema es geht. Problemanalyse und –lösung bilden den Hauptteil, ein formeller Gesprächsabschluss fasst wichtige Ergebnisse zusammen. Ein eingehender Anruf sollte möglichst nach zweifachem Klingeln angenommen werden – die subjektive Wartezeit des Anrufers ist um ein Vielfaches länger als die tatsächliche. Auch Unterbrechungen des Gespräches sollten vermieden oder – wenn unvermeidbar – angekündigt werden (Mazur 2009; L EL). Eine festgelegte Begrüßung sollte die Einrichtung, die Funktionseinheit und den Namen des Gesprächspartners umfassen, das Nennen von Vor- und Nachnamen gibt dabei eine persönliche Note. Es empfiehlt sich, mit einem tageszeitlich passenden Gruß zu beginnen, so bekommt der Zuhörer Gelegenheit, sich auf die Stimme einzustellen: „Guten Morgen, Sie sprechen mit der Arztpraxis Dr. Steinmeier, am Apparat ist Sabine Büdenbender.“

Komplexe Informationen im Hauptteil des Gesprächs lassen sich durch Instrumente wie SBAR strukturieren (Pilz et al. 2018; L I). Verschiedene Instrumente helfen, wichtige Einzelheiten sicherer zu übermitteln. Mit dem Buchstabialphabet lassen sich Eigennamen oder leicht verwechselbare Begriffe zuverlässiger übermitteln. Große Zahlen sind leichter zu erfassen, wenn der Sprecher sie als eine Reihe einstelliger Zahlen aufsagt, also „Eins-acht-fünf“ statt „Einhundertfünfundachtzig“ (Patientensicherheit Schweiz/CIRNET 2014; L EL/Pennsylvania Patient Safety Reporting System 2006; L III). Führende Nullen (0,5 mg) zu sprechen, aber keine Nachkommastellen (5 mg statt 5,0 mg), vermeidet eine versehentliche Verschiebung des Kommas beim Zuhörer. Abkürzungen sollten nicht verwendet werden, weil sie leicht falsch gehört oder interpretiert werden (Wakefield et al. 2012; L III). Auch Fachjargon muss kritisch eingesetzt werden. Das „negative“ Laborergebnis einer HIV-Untersuchung könnte ein Laie als Bestätigung der Infektion verstehen statt als deren Ausschluss.

Vor allem im Umgang mit Zahlen oder Medikamentennamen kommt es allzu leicht zu Hörfehlern. Solche Angaben sollten daher durch den Informationsempfänger bestätigt werden. Das sogenannte Read back erhöht die Zuverlässigkeit der Kommunikation, indem der Zuhörer die empfangene Information laut wiederholt: „Blutzucker 126 mg/dl“ – „Blutzucker 126 mg/dl, danke.“ Damit bestätigt er, dass und welche Information er aufgenommen hat. Der Sender kann eingreifen, wenn es zu einem Fehler gekommen ist. Die Strategie nennt sich Closed loop communication, „Rückkopplungskommunikation“. Durch Read back senkte das Cincinnati Children's Hospital Medical Center die Fehlerrate bei mündlichen Anordnungen während der Visite von 9,1% auf 0% (Pennsylvania Patient Safety Reporting System 2006; L III). Bei Medikationsanordnungen am Telefon empfiehlt das US-amerikanische National Coordinating Council to Prevent Medication Errors seit 2001 ein Read back, 2004 wurde es bei kritischen Anrufen zu Laborergebnissen verpflichtend (Barenfanger et al. 2004; L III).

Auch im Patiententelefonat sollte die medizinische Fachkraft ein Read back bieten („Habe ich Sie richtig verstanden, dass...?“) (Mazur 2009; L EL) und einfordern. Indem sie um eine Rückkopplung der ausgesprochenen Empfehlung bittet, kann sie sicherstellen, dass die Informationen korrekt verstanden wurden (Car & Sheikh 2003; L III/Brindley & Reynolds 2011; L EL/Brown 2004; L III). Der Zeitaufwand für Read back ist mit 12,8 sec in einem Telefonat über auffällige Laborwerte überschaubar (Barenfanger et al. 2004; L III). Der Closed loop lässt sich auch herstellen durch eine schriftliche Bestätigung einer Anordnung oder Information, beispielsweise über ein Fax (Patientensicherheit Schweiz/CIRNET 2014; L EL). Den Schluss eines professionellen Gesprächs bildet eine Zusammenfassung der wesentlichen Inhalte. Das leistet schon eine beiläufige Terminbestätigung: „Wir sehen uns dann am nächsten Mittwoch um 10.00 Uhr.“ Der Patient sollte den Anruf beenden.

Gerne unterschätzt wird die Dokumentation eines Telefonats mit Angabe von Datum und Uhrzeit (Car & Sheikh 2003; L III). Informationen, Empfehlungen, vor allem aber telefonische Anordnungen sollten zeitnah oder besser noch während des Gesprächs in den vorgesehenen Dokumenten, z.B. in der Patientenakte, fixiert werden, nicht auf Notizzetteln. Im Telefonat mit anderen Einrichtungen oder mit Angehörigen von Patienten empfiehlt es sich, den Namen des Gesprächspartners und gegebenenfalls dessen Rückrufnummer zu notieren (Pennsylvania Patient Safety Reporting System 2006; L III). Vergebliche Rückrufversuche bei einem Patienten und wiederholte Anrufe des Patienten sollten als Alarmsignal und auch aus juristischen Gründen immer dokumentiert werden (Katz et al. 2008; L IV).

Regeln für Patiententelefonate

Das Management von Patienten auf Distanz, synchron per Telefon oder asynchron per Email, ist eine besondere Herausforderung (Katz et al. 2008; L IV). Für mögliche kritische Ergebnisse einer Untersuchung sollte in jedem Fall ein Sprechstundentermin vereinbart werden. Bei unauffälligem Befund lässt sich dieser dann durch einen Telefontermin ersetzen (Reisman & Brown 2005; L EL). In erster Linie beschäftigt sich die Literatur jedoch mit der sicheren Triage. Dabei gilt es,

- Alarmzeichen für gravierende Erkrankungen aus der Beschreibung des Laien heraus zu erkennen,

- die am Telefon verkürzte Wahrnehmung durch gezielte Nachfragen zu ergänzen und
- alle Symptome für die Einschätzung der Dringlichkeit oder eine korrekte Diagnose zu erfassen.

Telefontriage ist ein Kompromiss zwischen Qualität, Sicherheit und Effizienz. Zu vorsichtige Triage ist ineffizient, zu niedrige Einstufung dagegen gefährdet den Patienten. Sie lässt sich mit vertretbarem Risiko erbringen, wenn sie von qualifizierten Fachkräften erbracht und im Zweifel vorsichtiger triagiert wird (Meer, Gwerder & Zimmermann 2011; L II). Der Triagierende sollte das Gespräch mit dem Patienten selbst suchen und sich nicht auf andere Anrufer verlassen. Am Telefon ist im Zweifel eine ausführlichere Anamnese als face-to-face erforderlich, die die genannten Defizite kompensieren kann. Die gute klinische Routine und das Misstrauen gegenüber schnellen Erklärungen sollten erhalten bleiben. Unter dem Schlagwort „Red Flags“ werden Alarmsymptome zusammengefasst, die helfen, die Dringlichkeit einzuschätzen. Digitale Systeme (Decision support systems) oder spezielle Literatur können den Weg zur Diagnose unterstützen (Derkx et al. 2008; L III/Ernesäter et al. 2012; L III/Car & Sheikh 2003; L III/Katz et al. 2008; L IV/Hewitt, Gafaranga & Mckinstry 2010; L III/Kintrup 2017; L EL). Einige grundsätzliche Überlegungen sollten Beachtung finden:

- Bittet der Patient um eine persönliche Vorstellung, sollte er auf jeden Fall gesehen werden (Katz et al. 2008; L IV).
- Bei großer Besorgnis des Anrufers muss die tiefere Ursache ergründet werden (Ernesäter et al. 2012; L III/Patientensicherheit Schweiz/CIRNET 2014; L EL).
- Bei neuen, akut aufgetretenen Problemen ist eine rein telefonische Bearbeitung meist nicht möglich. Diese Patienten sollten sich persönlich vorstellen (Hewitt, Gafaranga & Mckinstry 2010; L III/Katz et al. 2008; L IV).

Dringend empfohlen wird, dem Patienten im Gespräch genug Raum für offene Fragen zu geben. Vor allem männliche Anrufer erzählen eher zurückhaltend, ihren Beschwerden muss noch vorsichtiger nachgegangen werden. Das Telefonat sollte nicht enden ohne die Aufforderung, beliebige weitere Fragen oder Bedenken zu äußern. Auch ein Hinweis, was bei erneuten oder stärkeren Symptomen zu tun ist, darf nie fehlen (Ernesäter et al. 2012; L III/Car & Sheikh 2003; L III). Die Empfehlung, wesentliche Inhalte des Gespräches zusammenzufassen und den Zuhörer um ein Read back zu bitten, gilt bei Patiententelefonaten in noch höherem Maße als unter Fachkräften (Derkx 2008; L III).

Eine rechtsgültige telefonische Aufklärung zu einem Eingriff ist nach deutscher Rechtslage in einfachen Fällen möglich. Der Aufklärungsbogen sollte dem Patienten dazu bereits vorliegen. Der Arzt sollte immer ein persönliches Gespräch anbieten und auch am Tag des Eingriffs noch einmal Gelegenheit zu Fragen geben. Die telefonisch erteilte Einwilligung sollte dann schriftlich bestätigt werden (Ulsenheimer 2013; L III/Weis & Gaibler 2010; L III).

Regeln für interprofessionelle Telefonate

Verbesserte Kommunikation führt nachweislich zu besserem Patienten-Outcome (Wadhwa & Lingard 2006; L III). Zum Teil wird offiziell empfohlen, mündliche Anordnungen auf Ausnahmesituationen wie vitale Indikationen zu beschränken (Patientensicherheit Schweiz/CIRNET 2014; L EL/National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Preventing (NCC MERP) 2006; L EL). Durch geeignete Software lässt sich deren Notwendigkeit möglicherweise reduzieren. Wichtiger scheint jedoch eine Regelung, in welchen Fällen sie zulässig sind und welche Mitarbeiter mündliche Anordnungen entgegennehmen dürfen. Besondere Vorsicht ist geboten bei unerfahrenen Mitarbeitern, Auszubildenden oder Studenten. Medikamente, die nicht mündlich verordnet werden dürfen, beispielsweise Chemotherapeutika, parenterale Ernährung, Katecholamine, Peritonealdialyse, könnten in der elektronischen Patientendokumentation speziell gekennzeichnet werden. Anordnungen sollten sofort schriftlich festgehalten werden.

Der Erfolg des Read back beim Anordnen von Medikation lässt sich noch steigern, wenn der Hörer die Anordnung zunächst schriftlich in der Patientenakte fixiert und seine Rückkopplung durch Ablesen der Notiz gibt. Das Vorgehen lässt sich im Anschluss mit der Notiz „Vorgelesen und genehmigt“ („vug“) dokumentieren. Eine Medikationsanordnung sollte immer den vollständigen Patientennamen und das Geburtsdatum oder eine ID umfassen, außerdem den Wirkstoff, Applikationsform und/oder -weg, Konzentration, Dosis, Verabreichungshäufigkeit, und den Zeitpunkt, bei Bedarfsmedikation auch die maximale Tagesdosis. Für die Pädiatrie wird überdies empfohlen, die Dosierung in mg/kg Körpergewicht sowie für den individuellen Patienten zu nennen. Das Nennen der gewünschten Wirkung kann helfen, viele Sound-alike-Medikamente auszuschließen (Patientensicherheit Schweiz/CIRNET 2014; L EL/Wakefield & Wakefield 2009; L EL/Pennsylvania Patient Safety Reporting System 2006; L III/National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Preventing (NCC MERP) 2006; L EL).

Regeln für Telefonkonsultationen

Eine Studie der Mayo-Klinik empfiehlt dem Fragesteller, durch gute Vorbereitung den Erfolg der Konsultation zu verbessern. Mit einer schriftlichen Anfrage – sofern die Zeit zur Verfügung steht – vermeidet er, den Experten in einer ungünstigen Situation anzusprechen. Er sollte vor dem Kontakt alle relevanten Informationen bereitlegen und gegebenenfalls in Anwesenheit des Patienten telefonieren, was Rückfragen ermöglicht. Sofern er jemanden am Telefon mithören lässt, muss er dies ankündigen. Der Anrufer hilft dem Experten, indem er ihm nach der Präsentation des Falles eine exakte Frage stellt. Zu banale wie auch zu komplexe Fragen sollte er streichen. Mit einer informellen Konsultation gibt der behandelnde Arzt keinerlei Verantwortung für den Patienten ab, daher sollte er den Experten auch nicht in der Dokumentation nennen.

Dem angefragten Experten empfiehlt die Studie, ein Telefonat zu ungünstigen Zeiten freundlich abzulehnen. Er sollte sich bewusst sein, dass er seine Einschätzung auf verkürzte Informationen über den Patienten stützen muss, wenngleich er auf die Aussagen eines Arztes baut. Auch wenn ihm die Bitte um fachliche Unterstützung schmeichelt, sollte er seine Kompetenz für das aktuelle Problem hinterfragen. Bei zu komplexen Fragestellungen bietet es sich an, die Unterlagen anzufordern und eine formelle Konsultation einzuleiten (Cook, Sorensen & Wilkinson 2014; L EL). Die neurochirurgische Abteilung der Universität Nottingham schlägt darüber hinaus vor, dem Anrufer eine schriftliche Rückkopplung per Fax zu geben. Darin werden die übermittelten Befunde des Patienten und der Rat der Experten noch einmal festgehalten. So lassen sich Fehler der Telefonkonsultation aufdecken (Cartmill & White 2002; L III).

10. Rechtlicher Hintergrund und Verantwortung

- (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung der Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt

11. Literatur

- Allinson TT, Szeinbach SL & Schneider PJ (2005): Perceived accuracy of drug orders transmitted orally by telephone. *Am J Health Syst Pharm* 62: 78-83.
- Amalberti R & Brami J (2012): Consultations virtuelles avec les patients. In: *Audit de sécurité des soins en médecine de ville*. Berlin: Springer 35-50.
- Amarouche M, Neville JJ, Deacon S, Kalyal N, Adams N, Cheserem B, Curley D, DeSouza R, Hafiz F, Jayawardena T, Khetani N, Matthews D, Mustoe S, Okafor S, Padfield O, Rao I, Samir R, Tahir H, Varghese B & Tolia CM (2017): Referrers' point of view on the referral process to neurosurgery and opinions on neurosurgeons: a large-scale regional survey in the UK. *BMJ Open* 7: e017495.
- Bamberg C (2015): Störkultur in deutschen Krankenhäusern. *ZeQ-Blog* vom 24.6.2015. <http://blog.zeq.de/blog/blog-post/2015/06/24/stoerkultur-in-deutschen-krankenhaeusern.html> (23.6.15).
- Barenfanger J, Sautter RL, Lang DL & Peterson LR (2004): Improving patient safety by repeating (read-back) telephone reports of critical information. *Am J Clin Pathol* 121: 801-803.
- Bassan ND & D'Ottavio A (2006): La consulta telefónica no sistematizada en la práctica médica. *Iatreia* 19: 331-338.
- Brindley PG & Reynolds SF (2011): Improving verbal communication in critical care medicine. *J Crit Care* 26: 155-159.
- Brown JP (2004): Closing the communication loop: using read-back/hearback to support patient safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 30: 460-464.

- Burden M, Sarcone E, Keniston A, Statland B, Taub JA, Allyn RL, Reid MB, Cervantes L, Frank MG, Scaletta N, Fung P, Chadaga SR, Mastalerz K, Maller N, Mascolo M, Zoucha J, Campbell J, Maher MP, Stella SA & Albert RK (2013): Prospective comparison of curbside versus formal consultations. *J Hosp Med* 8: 31-35.
- Car J & Sheikh A (2003): Telephone consultation. *BMJ* 326: 966-969.
- Cartmill M & White BD (2002): Telephone advice for neurosurgical referrals. Who assumes duty of care? *Br J Neurosurg* 15: 453-455.
- Christ M & Bingisser R (2017): Telefontriage in der Schweiz. Patienten sind zufrieden. *Dtsch Arztebl* 114: A1473-1474.
- Cook DA, Sorensen KJ & Wilkinson JM (2014): Value and process of curbside consultations in clinical practice: a grounded theory study. *Mayo Clin Proc* 89: 602-614.
- Dale J, Williams S, Foster T, Higgins J, Snooks H, Crouch R, Hartley-Sharpe C, Glucksman E & George S (2004): Safety of telephone consultation for "non-serious" emergency ambulance service patients. *Qual Saf Health Care* 13: 363-373.
- Derkx H (2008): "For your ears only". Quality of telephone triage at out-of-hours centres in the Netherlands. *Diss UM. Maastricht*.
- Derkx HP, Rethans JE, Muijtjens AM, Maiburg BH, Winkens R, van Rooij HG & Knottnerus JA (2008): Quality of clinical aspects of call handling at Dutch out of hours centres: Cross sectional national study. *BMJ* 337: a1264.
- Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (Hrsg.) (2017): *Datenschutz bei der Internet-Telefonie. Moderne Technik mit Risiken*. Bonn.
- Ernesäter A, Winblad U, Engström M & Holmström IK (2012): Malpractice claims regarding calls to Swedish telephone advice nursing: What went wrong and why? *J Telemed Telecare* 18: 379-383.
- Gehring K & Schwappach D (2013): *Telefon-Triage unter der Lupe. Praxisleitfaden für Ärztinnen und Ärzte und Medizinische Praxisassistentinnen in der Grundversorgung*. Zürich.
- Gehring K, Schwappach DLB, Battaglia M, Buff R, Huber F, Sauter P & Wieser M (2012): Frequency of and harm associated with primary care safety incidents. *Am J Manag Care* 18: e323-37.
- Hewitt H, Gafaranga J & Mckinstry BH (2010): Comparison of face-to-face and telephone consultations in primary care: Qualitative analysis. *Br J Gen Pract* 60: e201-212.
- Hill CE, Varma P, Lenrow D, Price RS & Kasner SE (2015): Reducing errors in transition from acute stroke hospitalization to inpatient rehabilitation. *Front Neurol* 6: 227.
- Huibers L, Keizer E, Giesen P, Grol R & Wensing M (2012): Nurse telephone triage: Good quality associated with appropriate decisions. *Family Practice* 29: 547-552.
- Inglis SC, Clark RA, Dierckx R, Prieto-Merino D & Cleland JGF (2015): Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 10: CD007228.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung – Bundesärztekammer (Hrsg.) (2014): *Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis*. *Dtsch Arztebl* 111: A963-972.
- Katz HP, Kaltsounis D, Halloran L & Mondor M (2008): Patient safety and telephone medicine: Some lessons from closed claim case review. *J Gen Intern Med* 23: 517-522.
- Kew KM & Cates CJ (2016): Remote versus face-to-face check-ups for asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4: CD011715.
- Kintrup A (2017): *Medizinische Triage im ambulanten Bereich. Verbesserung der Patientensicherheit durch systematische Ersteinschätzung*. Vortrag bei der APS Jahrestagung, Berlin.
- Lake R, Georgiou A, Li J, Li L, Byrne M, Robinson M & Westbrook JI (2017): The quality, safety and governance of telephone triage and advice services – an overview of evidence from systematic reviews. *BMC Health Serv Res* 17: 614.
- Mazur H-G (2009): Das Telefon ist die akustische Visitenkarte. *Dtsch Arztebl* 106: A947-948.
- Meer A, Gwerder T & Zimmermann H (2011): Ist die medizinische Triage am Telefon sicher? *Schweiz Ärztztg* 92: 1428-1431.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Preventing (NCC MERP) (2006): Recommendations to reduce medication errors associated with verbal medication orders and prescriptions.
- 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).
- Olick RS & Bergus GR (2003): Malpractice liability for informal consultations. *Fam Med* 35: 476-481.
- Patientensicherheit Schweiz/CIRRNET (2014): *Die richtige Kommunikation von Verordnungen und Befunden am Telefon*. Quick Alert vom 30.10.2014.
- Pennsylvania Patient Safety Reporting System (2006): Improving the safety of telephone or verbal orders. *PA PSRS Patient Safety Advisory* 3.
- Pilz S, Poimann H, Herbig N, Heun S, Holtel M, Pivernetz K, Rode S, Stapenhorst K & Weber H (2018): *SBAR als Tool zur fokussierten Kommunikation*. 2., überarbeitete Auflage (Arbeitshilfe Bessere Kommunikation 2). Würzburg.
- Reisman AB & Brown K (2005): Preventing communication errors in telephone medicine: A case-based approach. *J Gen Intern Med* 20: 959-963.
- Rode S, Heun S, Holtel M, König U, Pilz S, Pivernetz K, Poimann H, Stapenhorst K, Tatzel C & Weber H (2016): *Grundregeln der Kommunikation* (Arbeitshilfe Bessere Kommunikation 1). Stuttgart.
- Schaufelberger M, Harris M & Frey P (2012): Emergency telephone consultations: A new course for medical students. *Clin Teach* 9: 373-375.
- Schaufelberger M, Meer A, Furger P, Derkx H et al. (Hrsg.) (2018): *RED FLAGS. Expertenkonsens – Consensus d'experts. Alarmsymptome der Medizin – Symptômes d'alarme en médecine*. 2. Auflage. EDITIONS D&F, Schweiz.
- Sokol DK & Car J (2007): Patient confidentiality and telephone consultations: Time for a password. *J Med Ethics* 32: 688-689.
- Ulsenheimer K (2013): *Anmerkungen zum neuen Patientenrechtegesetz*. Thieme Compliance.
- Vaona A, Pappas Y, Grewal RS, Ajaz M, Majeed A & Car J (2017): Training interventions for improving telephone consultation skills in clinicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1: CD010034.
- Wadhwa A & Lingard L (2006): A qualitative study examining tensions in interdoctor telephone consultations. *Med Educ* 40: 759-767.

Kommunikation am Telefon

Holtel M, Enseleit I, Ewald W, Herbig N, Heun S, Neufang A, Pilz S, Pivernetz K, Rode S, Stapenhorst K

- Wakefield DS & Wakefield BJ (2009): Are verbal orders a threat to patient safety? Qual Saf Health Care 18: 165-168.
- Wakefield DS, Wakefield BJ, Despins L, Brandt J, Davis W, Clements K & Steinmann W (2012): A review of verbal order policies in acute care hospitals. Jt Comm J Qual Patient Saf 38: 24-33.
- Weis E & Gaibler T (2010): BGH: Telefonische Aufklärung bei "Routineeingriffen" zulässig/ Einwilligung bei minderjährigen Patienten. BDAktuell JUS-Letter, Beilage zu Anästh Intensiv-med: 503-505.
- West DW, Levine S, Magram G, MacCorkle AH, Thomas P & Upp K (1994): Pediatric medication order error rates related to the mode of order transmission. Arch Pediatr Adolesc Med 148: 1322-1326.

Mit den Quellenverweisen im Text 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 im Text 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 Referenz-Standard
IV	Fallstudien	Ergebnisse aus Fallstudien oder Vorher-nachher-Vergleich, jeweils ohne Referenzstandard
EL	Expertenlevel	Intensive Auseinandersetzung mit einer Thematik durch Fachexperten

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.



Anschrift für die Verfasser

Dr. med. Dipl.-Krankenhausbetriebswirt (VKD) Markus Holtel
 Kalandsweg 11a, 59348 Lüdinghausen, dr.m.holtel@online.de