

4.4. Kommunikation im medizinischen Team

Mirjam Körner¹

Julia Haller²

Sonja Becker¹

¹ Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg im Breisgau, Deutschland

² Institut für Psychologie der Universität Freiburg, Freiburg, Deutschland

Keywords: Kommunikation, Teamarbeit, Gesundheitswesen

4.4.1. Die Bedeutung von Kommunikation im medizinischen Team

Die Komplexität der medizinischen Versorgung erfordert sowohl die Kommunikation und Kooperation verschiedener Fachärzte untereinander als auch mit Fachkräften anderer Gesundheitsfachberufe. Auch im Zuge der veränderten Anforderungen in der Gesundheitsversorgung, wie z.B. die Zunahme von chronischen Erkrankungen und damit einhergehend die Notwendigkeit interprofessioneller Behandlungen, gewinnt die Kommunikation in medizinischen Teams an Bedeutung. Kommunikation im medizinischen Team (interne Kommunikation) ist damit neben der Arzt-Patient-Kommunikation (externe Kommunikation) ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Patientenorientierung sowie für eine qualitativ hochwertige und sichere Patientenversorgung [1]. Im Idealfall optimieren klare Kommunikationsstrukturen in den Versorgungseinrichtungen die Kooperation der Behandler und ermöglichen so eine Koordination der Behandlung im Sinne der Bedürfnisse und Präferenzen des Patienten. Hierbei umfasst die Kommunikation im medizinischen Team insbesondere die Aspekte (a) Informationsaustausch von patienten- und behandlungsrelevanten Informationen sowie (b) die Koordination des Behandlungsablaufs durch die Abstimmung der Mitarbeiter untereinander bzw. mit den Vorgesetzten. Mangelnde Kommunikation der Ärzte untereinander oder mit Fachkräften anderer Gesundheitsfachberufe ist eine häufige Ursache nachteiliger klinischer Vorfälle oder von Fehlern in der Medizin [2]. In der Akutmedizin stellt die Kommunikation der Behandler eine entscheidende Einflussgröße für die Patientensicherheit dar. So gehen 20% der Fehlervorwürfe (der Vorwurf fehlerhafter Diagnostik oder Behandlung) im Krankenhaus auf eine ungenügende Absprache und Koordination zwischen den Behandlern zurück [3]. Aufgrund von unzureichender Kommunikation kommt es zu Verzögerungen sowohl in der Diagnostik (bspw. unnötige Untersuchungen, Ausbleiben oder Verspätung relevanter Untersuchungen) als auch im Behandlungsprozess (bspw. verspätete oder fehlende Einleitung von wichtigen Behandlungsschritten). Die Folgen mangelnder Kommunikation in der Akutmedizin reichen dabei von Verzögerungen in der Behandlung (85% gehen hier auf mangelnde Kommunikation zurück), über Operationsfehler (80%), Medikationsfehler (65%), Beatmungsprobleme (85%) bis hin zu bleibenden Schäden für Patienten (75%) sowie einer erhöhten perinatalen Sterberate und Verletzungen (80%) [2].

Um kritische Ereignisse oder Zwischenfälle in der Behandlung zu vermeiden bzw. optimal zu managen, wird insbesondere in der Rettungs- und Notfallmedizin empfohlen, das sogenannte *Crew Resource Management*, oder auch *Crisis Ressource Management (CRM)*, einzusetzen. CRM-Konzepte zielen auf individuell kognitive Aspekte (z.B. *Situation Monitoring*, Aufgabenmanagement und Entscheidungsfindung) sowie auf Teammanagement (z.B. Organisation und Führung des Teams, Aufgabenteilung, Zielorientierung, Verantwortungsübernahme). Dabei ist die Kommunikation das Hauptelement, welches die anderen Komponenten der *Human Factors* (psychische, kognitive und soziale Einflussfaktoren) miteinander verbindet bzw. überhaupt wirksam werden lässt. CRM führt zu einer besseren Teamarbeit und höheren Arbeitszufriedenheit der an der Behandlung Beteiligten. Trainieren lässt sich CRM insbesondere durch Simulationstrainings. Bereits hier wird deutlich, dass Kommunikation eine zentrale Komponente für erfolgreiche Teamarbeit in der medizinischen Versorgung darstellt.

4.4.2. Kommunikation als Voraussetzung für erfolgreiche Teamarbeit

Auf Basis eines systematischen Reviews [4] zur Teamarbeit im medizinischen Kontext wurde ein *Input-Prozess-Output-Modell (IPO-Modell)* erstellt, das die verschiedenen Komponenten erfolgreicher Teamarbeit beschreibt. Input-Faktoren stellen Determinanten dar, welche die Teamarbeit auf struktureller, organisatorischer und personeller Ebene beeinflussen. Von der jeweiligen Zusammensetzung der Input-Faktoren sind wiederum die vorherrschenden Prozesse eines Teams, wie die Kooperationsbereitschaft, Entscheidungsfindung, Zielsetzung und nicht zuletzt die Kommunikation, abhängig. Das Zusammenwirken von Input- und Prozess-Faktoren bestimmt den gesamten Output der

Teamarbeit (Teamleistung) sowie patientenbezogene *Outcomes* (z.B. Zufriedenheit, Behandlungserfolg, Mortalität), die Qualität der Versorgung oder die Patientensicherheit. Auch auf Seiten der Mitarbeiter wirkt sich effektive Teamarbeit positiv auf das Teamklima, die Mitarbeiterzufriedenheit und das allgemeine Wohlbefinden der Mitarbeiter aus und geht mit einem geringeren Risiko für Burnout-Erkrankungen einher. Kommunikation gilt als entscheidender Einflussfaktor der Teamarbeit und stellt im Rahmen des IPO-Modells einen zentralen Prozessfaktor dar. Besprechungsstrukturen, wie z.B. die Organisation von Visiten, unstrukturierte/strukturierte Übergaben, Fallbesprechungen, Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen, Qualitätszirkel etc. determinieren den Kommunikationsprozess und wirken sich so auf die Teamleistung aus.

Bezüglich der berufsgruppenübergreifenden Teams lassen sich drei Teamansätze/-modelle (multi-, inter-, transdisziplinär) differenzieren (siehe [Abbildung 1](#)) [5], die sich insbesondere in der Kommunikation, Organisation und Art der Zusammenarbeit unterscheiden:

In multidisziplinären Teams setzen sich die Mitglieder der verschiedenen Berufsgruppen in enger Absprache mit dem ärztlichen Teamleiter jeweils eigene Ziele und arbeiten autonom in einer hierarchischen Struktur. Der Teamleiter (i.d.R. der Arzt) ist verantwortlich für die Behandlung des Patienten, trifft alle wesentlichen Entscheidungen und koordiniert die Behandlungspläne und -ziele der einzelnen Disziplinen. Die Kommunikation erfolgt bilateral zwischen dem Teamleiter und den Disziplinen, sodass nur wenig direkter Austausch unter den übrigen Behandlern stattfindet. Die Gesamtleistung des Teams besteht aus der Summe der Teilleistung der einzelnen Teammitglieder (= additive Teamleistung). Aufgrund der bestehenden hierarchischen Organisation, der Dominanz des behandelnden Arztes sowie der Subgruppenbildung der verschiedenen Berufsgruppen wird eine gute berufsgruppenübergreifende Kommunikation in multidisziplinären Teams häufig erschwert.

Die interdisziplinäre Teamarbeit ist von einer flacheren Hierarchie geprägt. Die verschiedenen Fachdisziplinen vereinbaren ein gemeinsames Behandlungsziel und stimmen ihre disziplinbezogenen Ziele und Behandlungspläne darauf ab. Die Zusammenarbeit der einzelnen Fachdisziplinen erfolgt partizipativ unter der ärztlichen Leitung, die die Behandlung koordiniert. Entscheidungen werden durch den Teamleiter unter Einbezug der Informationen aller Teammitglieder getroffen. Aufgrund des gemeinsamen Behandlungsziels entsteht eine Abhängigkeit der Aufgaben, die eine enge Kooperation der Teammitglieder erforderlich macht. Entsprechend wichtig sind eine gute multilaterale Kommunikation sowie die Einrichtung von ausreichend Besprechungsmöglichkeiten, um die Teamarbeit zu koordinieren und die Patientenziele zu erreichen. Die Gesamtleistung des Teams ergibt sich entsprechend aus dem Zusammenwirken der Leistungen aller Teammitglieder (= synergetische Teamleistung).

In transdisziplinären Teams verfügen die einzelnen Teammitglieder über ähnliche bzw. disziplinübergreifende Kompetenzen (z.B. neurologische Rehabilitation). Die Verantwortung für Behandlungsziele und -aufgaben wird gemeinsam übernommen und erfolgt in enger Absprache. Die einzelnen Behandler arbeiten weniger in festgelegten Rollen, sondern übernehmen situationsbezogen anfallende Aufgaben. Entsprechend zentral ist der wechselseitige Austausch unter allen Teammitgliedern, um geplante Vorgänge miteinander abzustimmen. Kommunikation erfordert auf organisatorischer Ebene ausreichend zeitliche und personelle Ressourcen. Daneben erleichtern auf Kooperation ausgerichtete Arbeits- und Führungsstrukturen die Kommunikation der Teammitglieder, ermöglichen eine ungehinderte Kommunikation über die gemeinsamen Behandlungsziele und -pläne unter den einzelnen Behandlern und fördern einen offenen Umgang mit Problemen. Grundvoraussetzung für eine offene Kommunikation ist ein wertschätzendes Arbeitsklima, in dem konstruktiv Kritik, Feedback und Verbesserungsvorschläge geäußert werden können. [Abbildung 1](#) stellt die drei Teammodelle vergleichend gegenüber.

Multidisziplinär	Interdisziplinär	Transdisziplinär
<ul style="list-style-type: none"> • Autonome Teammitglieder mit eigenen Zielen • Enge Absprache mit Teamleiter • Teamleiter ist Entscheidungsträger • Hierarchische Struktur • Bilaterale Kommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsames Behandlungsziel • Partizipative Zusammenarbeit • Teamleiter als Koordinator • Entscheidungen durch Teamleiter mit Einbezug aller Teammitglieder • Flache Hierarchie • Multilaterale Kommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> • Disziplinübergreifende Kompetenzen • Gemeinsame Verantwortung für Behandlungsziele • Keine festgelegten Rollen • Ungehinderte Kommunikation und offener Umgang mit Problemen

Abbildung 1: Multi-, inter- und transdisziplinäres Teammodell; Quelle: [5] (eigene Darstellung)

Je heterogener Normen, Werte, Wissen und Einstellungen der Teammitglieder sind, desto höher sind auch die Anforderungen an die kommunikativen Prozesse innerhalb des Teams. Strenge hierarchische Konstellationen sowie unklare Teamkonstellationen führen jedoch häufig zu einer mangelnden Beteiligung und Unzufriedenheit verschiedener Teammitglieder und bilden so die Grundlage für Teamkonflikte. Probleme und Missverständnisse bleiben häufig unausgesprochen, sodass sich Spannungen innerhalb des Teams erhöhen. Ist die Kommunikationskultur von unklaren Arbeitsanweisungen, selektiver bzw. unzureichender Informationsweitergabe und mangelnder Kritikfähigkeit geprägt, können sich Konflikte verhärten. Aber auch organisatorische Rahmenbedingungen wie fehlende oder zu kurze Teamkonferenzen, eine hohe Arbeitsbelastung, Personalknappheit, Zeitdruck und die räumliche Entfernung der einzelnen Teammitglieder können hinderliche Faktoren für eine reibungslose Kommunikation sein [6].

4.4.3. Maßnahmen zur Förderung der Kommunikation

Eine Möglichkeit, um Prozesse besser zu steuern, ist die Strukturierung kommunikativer Abläufe. So konnten z.B. Semmer und Kollegen [7] nachweisen, dass durch die Einführung eines Protokolls zur strukturierten Kommunikation im Operationssaal (StOP?-Protokoll, siehe Abbildung 2) die Wahrnehmung der Zusammenarbeit zwischen Chirurgen und Anästhesisten gefördert und die sogenannte *Situation Awareness* (Zustand, sich seiner Umgebung bewusst zu sein) bei peripheren Teammitgliedern und Assistenzärzten am OP-Tisch signifikant verbessert werden kann. Das StOP?-Protokoll ermöglicht die Fokussierung auf die Aufgaben und kann so die Sicherheit aller am Prozess beteiligten Akteure erhöhen. Der Einsatz des Protokolls sollte sich am Handlungsverlauf orientieren (z.B. bei einem Strategiewechsel) und zu Beginn der OP angekündigt werden.

Abbildung 2: StOP?- Protocol; Quelle: [\[7\]](#) (eigene Darstellung)

Um klar abgrenzbare Kommunikationssituationen, wie z.B. kritische Situationen oder Übergabesituationen zu strukturieren, ist das in USA weit verbreitete Kommunikationsschema SBAR zu empfehlen. Mit SBAR können die aktuelle Situation (*S* = *Situation*), die Hintergrundinformationen (*B* = *Background*), die Beurteilung der beteiligten Personen (*A* = *Assessment*) sowie Fragen und Vorschläge zum weiteren Vorgehen systematisch besprochen werden (*R* = *Recommendation*). Das Schema dient der Herstellung einer gemeinsamen Wissensbasis unter knappen Zeitbedingungen und bietet die Möglichkeit, auch kritische Themen möglichst objektiv zu berichten. Unter *Situation* wird zunächst der betroffene Patient kurz vorgestellt und das aktuelle Problem benannt (Patient X, Diagnose/Behandlungsanlass, Komplikation Y). Unter *Background* werden dann zusätzliche Informationen aus der Vorgesichte des Patienten mitgeteilt, die zum Verständnis notwendig sind (beispielsweise Begleiterkrankungen, frühere Erkrankungen). *Assessment* bietet dann dem initierenden Teammitglied die Möglichkeit, seine Einschätzung der Situation darzustellen, zum Beispiel eine Verdachtsdiagnose zu äußern. Unter *Recommendation* kann je nach Situation der Sprecher erfragen, was getan werden soll, oder eine eigene Handlungsempfehlung geben. Auch die Handlungsempfehlung des Zuhörers kann hier eingebracht werden. Das Schema sollte es ermöglichen, die beschriebene Kommunikation in maximal 1,5 bis 2 Minuten abzuhandeln. [Tabelle 1](#) gibt das SBAR-Schema zusammenfassend wieder.

Tabelle 1: SBAR-Schema

S	Situation (Situation) Was ist passiert?
B	Background (Hintergrund) Was ist der Hintergrund und/oder die Vorgesichte?
A	Assessment (Einschätzung) Was ist vermutlich das Problem?
R	Recommendation (Empfehlung) Was ist zu tun?

Die Implementierung der standardisierten Kommunikationsmethode SBAR ermöglicht es, Medikationsfehler zu verringern, die Patientencompliance zu verbessern und die Wiederaufnahmerate

von Patienten zu reduzieren [8]. Mit Hilfe standardisierter Kommunikationsschemata wird mit wenig Zeiterfordernis eine gemeinsame Wissensbasis geschaffen und das objektive Berichten kritischer Themen vereinfacht.

Wenn eine Situation die schnelle Weitergabe kritischer Informationen erfordert, eignet sich ein Vorgehen nach dem sogenannten *Call-Out*. Dabei wird die Verantwortlichkeit für eine spezifische Aufgabe direkt an das zuständige Teammitglied adressiert. Gleichzeitig werden alle beistehenden Teammitglieder während einer Notsituation über den Patientenstatus informiert, wodurch diese die nächsten Schritte der Behandlung antizipieren können.

Vor einer anstehenden Behandlung können *Briefings* ein nützliches Instrument sein, um alle Behandler auf den gleichen Stand zu bringen. Ein Briefing ist ein kurzer Dialog, in dem relevante Informationen prägnant zusammengefasst werden. Dabei werden die Beteiligten über die Situationsparameter und Behandlungsziele informiert, Rollen und Verantwortlichkeiten verteilt, der Behandlungsplan erläutert und die Verfügbarkeit der Teammitglieder, deren Arbeitsaufteilung sowie die verfügbaren Ressourcen geklärt. Durch sein Format gibt ein Briefing allen Beteiligten die Möglichkeit, sich offen mitzuteilen und stellt damit die Plattform eines einheitlichen Verständnisses einer Situation dar. *Briefings* vor anstehenden Operationen können die Teamkommunikation und die Mitarbeiterzufriedenheit verbessern, Behandlungsfehler reduzieren und die Fluktuation von Pflegekräften vermindern [9].

Das Erlernen der Strukturierung der Kommunikation mittels der zuvor beschriebenen Methoden kann sowohl bereits im Medizinstudium als auch später mittels *Kommunikationstrainings* erfolgen. Besonders geeignet zur Vermittlung von Kommunikationsstrategien und -kompetenzen sind sogenannten *Simulationstrainings*. Dabei werden typische und kritische Situationen unter realitätsnahen Bedingungen geübt, sodass die Qualität der Teaminteraktion direkt beobachtet werden kann. Nach jeder Simulationsübung erfolgt eine sogenannte *Debriefing-Session*, in der über gezieltes Feedback die Lernerfahrung reflektiert und weitere Verbesserungsschritte erarbeitet werden, die in der nächsten Simulation umgesetzt werden können. Durch dieses Vorgehen ermöglichen *Simulationstrainings* eine schrittweise Optimierung der Kommunikation und Kooperation im Team.

Ein wesentliches Kriterium echter Teamarbeit ist neben klaren Zielen und der engen Zusammenarbeit zur Erreichung der Ziele die *Teamreflexion*, d.h. das bewusste Reflektieren von Zielen, Strategien und Prozessen (wie z.B. die Kommunikation) im Team. Durch die Teamreflexion wird die Anpassung – die Teamadaptation – gefördert. Häufig wird auch auf *Teamcoachings* zurückgegriffen, um Kommunikationsprozesse klarer zu gestalten. Neben Interventionen zur direkten Verbesserung der Teaminteraktion existieren auch einfache *Tools*, die die Teamkommunikation verbessern können. Dazu zählen Checklisten (bspw. Präoperative Checklisten), Zielbögen und Fallanalysen (sog. *Event-Analysis* oder *Critical-Case-Reviews*), die alltägliche Arbeitsprozesse, Zielvereinbarungen und Falldiskussionen strukturieren sollen. Das Team erhält eine Instruktion oder kurze Trainingseinheit darüber, wie das entsprechende Tool zu verwenden ist, und integriert dieses direkt in seinen Arbeitsprozess. Verschiedene Studien zur Effektivität der genannten Tools verweisen auf deren Effektivität zur Verbesserung der allgemeinen Teamkommunikation, des Informationsaustauschs, der Zufriedenheit im Team, des Teamzusammenhalts sowie von Teamprozessen.

References

1. Körner M. Ein Modell der partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*. 2009;48(03):160-5. DOI: [10.1055/s-0029-1220748](https://doi.org/10.1055/s-0029-1220748)
2. The Joint Commission. Improving America's Hospitals: The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety. The Joint Commission; 2007. Available from: www.jointcommissionreport.org
3. Hansis ML, Hart D; Robert Koch Institut. Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Heft 4: Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland. Berlin: Robert Koch Institut; 2001.
4. Körner M, Bütof S, Müller C, Zimmermann L, Becker S, Bengel J. Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. *J Interprof Care*. 2016;30(1):15-28. DOI: [10.3109/13561820.2015.1051616](https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1051616)
5. Körner M, Zimmermann L. Interprofessionelle Teamarbeit und Teamentwicklung. In: Koch U, Bengel J, editors. Enzyklopädie der Psychologie: Anwendungen der Medizinischen Psychologie (Band 2). Göttingen: Hogrefe; 2017.
6. Maslin-Prothero SE, Bennion AE. Integrated team working: a literature review. *Int J Integr Care*. 2010 Apr 29;10:e043. DOI: [10.5334/ijic.529](https://doi.org/10.5334/ijic.529)

7. Holzer E, Tschan F, Semmer NK, Keller S, Huber SA, Zimmermann J, Candinas D, Beldi G. Do further briefings during surgery influence the initial timeout?. In: 11th International Meeting for Behavioural Science in Surgery & Acute Care Settings; 2017 Oct 20-21; Zurich. Available from: <https://ethz.ch/content/dam/ethz/special-interest/mtec/wop-dam/documents/BSAS%202017%20abstracts.pdf>
8. Townsend-Gervis M, Cornell P, Vardaman JM. Interdisciplinary Rounds and Structured Communication Reduce Re-Admissions and Improve Some Patient Outcomes. West J Nurs Res. 2014 Aug;36(7):917-28. DOI: [10.1177/0193945914527521](https://doi.org/10.1177/0193945914527521)
9. Awad SS, Fagan SP, Bellows C, Albo D, Green-Rashad B, De la Garza M, Berger DH. Bridging the communication gap in the operating room with medical team training. Am J Surg. 2005 Nov;190(5):770-4. DOI: [10.1016/j.amjsurg.2005.07.018](https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2005.07.018)

Corresponding authors: Prof. Dr. Mirjam Körner, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Hebelstraße 29, 79104 Freiburg im Breisgau, Deutschland, E-mail: mirjam.koerner@mps.uni-freiburg.de

Citation note: Körner M, Haller J, Becker S. 4.4. Kommunikation im medizinischen Team. In: Deinzer R, von dem Knesebeck O, editors. Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Berlin: German Medical Science GMS Publishing House; 2018-. DOI: [10.5680/olmps000042](https://doi.org/10.5680/olmps000042)

Copyright: © 2025 Mirjam Körner et al.

This is an Open Access publication distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License. See license information at <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>