

Interne Krisenkommunikation

Wie ein Huddle die interne Kommunikation einer Klinik während der Pandemie verbesserte

Dr. med. Antoine Garnier, Prof. Dr. med. Claudio Sartori

Département de médecine, Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne

Eine Krise führt zu Unsicherheit sowohl durch einen Mangel an Informationen als auch durch zu viele Informationen. Eine interne Krisenkommunikation ist zentral und, im Zeitalter von E-Mail und Telekonferenzen, lohnt es sich vielleicht eher, sich gegenseitig zu sehen.

Einführung

Die COVID-19-Pandemie hat die Spitäler in einen Krisenmodus gezwungen. Von Beginn der Krise an waren die Mitarbeitenden mit einer grossen Menge an Informationen vonseiten der Medien, der Behörden und ihrer Direktion konfrontiert. Die Mailboxen wurden rasch mit Nachrichten überschwemmt. Zu dieser Flut von Informationen kamen Gerüchte und widersprüchliche Informationen hinzu, wie zum Beispiel das Risiko einer Verschlechterung von COVID-19 im Zusammenhang mit nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR). Als zusätzliche Einschränkung haben Versammlungsverbote und Fernarbeit zu einem Rückgang von Kolloquien und Kontakten geführt und Telekonferenzen zu einer Notwendigkeit gemacht.

Mehr Information bedeutet nicht bessere Kommunikation. Kommunikation impliziert die Übermittlung einer Information von einem Absender zu einem Empfänger, wobei zahlreiche Aspekte zu berücksichtigen sind. Interne Krisenkommunikation ist spezifischer definiert als ein kontinuierlicher Kommunikationsprozess zwischen Management und Mitarbeitenden sowie zwischen den Mitarbeitenden untereinander. Ihr Ziel ist die Vermittlung von Weisungen, die Unterstützung der Mitarbeitenden bei der Bewältigung der Krise und die Bestärkung ihres Engagements und ihrer Motivation [1]. E-Mails, mündliche Mitteilungen oder Webseiten sind zusätzliche Hilfsmittel, die geplant werden müssen.

Im Folgenden zeigen wir auf, wie eine Universitätsklinik für Innere Medizin ihre interne Kommunikation während der COVID-19-Krise geregelt hat.

Methodik

Die Klinik für Innere Medizin des Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) hat ihr Krisenmanagement auf drei Pfeilern aufgebaut [2]: Der erste Pfeiler bestand aus einer ärztlich-pflegerischen Leitungseinheit, die sich täglich traf. Die zweite Säule umfasste Managementinstrumente wie einen zweimal täglich erstellten, konsolidierten Lagebericht nach der Einholung von Informationen aus den 14 Klinikabteilungen: Personal, Klinik, Logistik.

Die dritte Säule war die interne Kommunikation innerhalb der Klinik. Zu diesem Zweck beschlossen wir, als Gegengewicht zu Telekonferenzen und Social Distancing Prinzipien anzuwenden, die einen direkteren Informationsfluss gewährleisten sollen: (1) Informationen in einer multiprofessionellen, regelmässigen und vorhersehbaren Weise konzentrieren; (2) einander sehen, sprechen und hören; (3) direkte Kontakte gegenüber langen Verteilerlisten bevorzugen. Sie wurden in einen Kommunikationsplan übersetzt, der verschiedene untereinander synchronisierte Elemente enthält (Abb. 1): Fachkolloquien, wöchentliche thematische Plakate oder Newsletter/Mitteilungsblätter. Aber das Wichtigste war zweifellos der *Huddle*.

Der Huddle, ein Leuchtturm im Sturm

Der englische Begriff «huddle» hat im Deutschen keine Entsprechung. Er bezieht sich auf eine Gruppe von Personen, die eng beieinanderstehen, Arm in Arm. Der Huddle ist im Mannschaftssport (Abb. 2A) und beim Kaiserpinguin weit verbreitet. Er dient der Kommuni-



Antoine Garnier

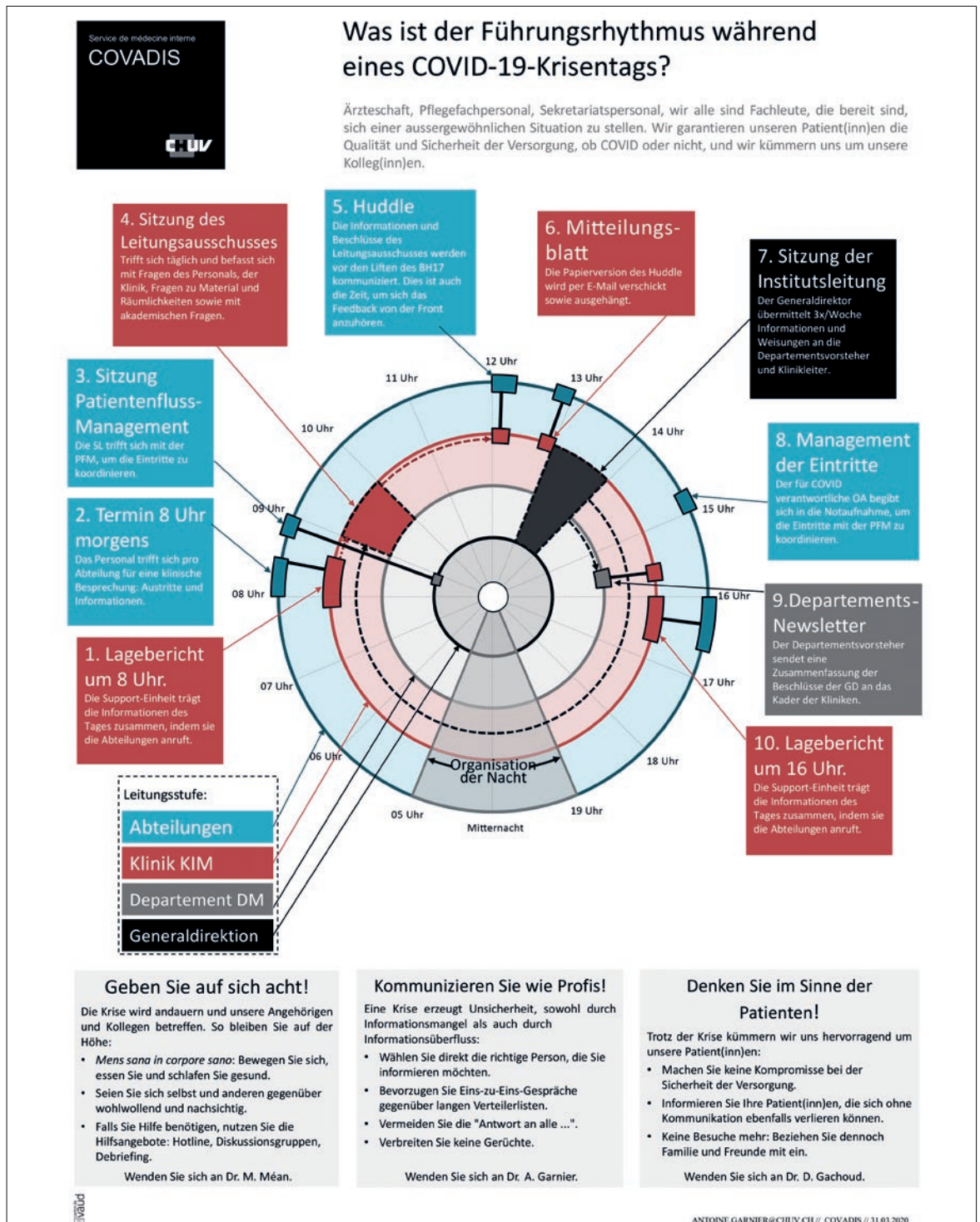


Abbildung 1: Wöchentliches thematisches Poster (Woche Nr. 3) für Mitarbeitende, das den Führungsrhythmus über einen 24-Stunden-Tag beschreibt. PFM: Abteilung für Patientenfluss-Management; SL: Stationsleitung; BH17: Medizinische Abteilung; OA: Oberarzt; GD: Generaldirektion; KIM: Klinik für Innere Medizin; DM: Departement für Medizin.

kation und Stärkung des Gemeinschaftsgeistes und, im zweiten Beispiel, dem Warmhalten. Wir haben jeden Tag um Punkt 12 Uhr einen Termin mit den Mitarbeitenden vereinbart. Dieser Zeitpunkt wurde gewählt, weil er sich an die Vormittagssitzung des Leitungsausschusses anschliesst, aber auch wegen

seines symbolischen Aspekts. 10 bis 15 Minuten lang gab ein Kaderarzt, begleitet von einer leitenden Pflegefachperson und anderen Mitgliedern der Einheit, die Informationen des Tages mündlich weiter, wobei er oder sie in der Mitte des Flurs einer Bettenstation stand, jedoch ohne Umarmungen (Abb. 2B). Die Teilnahme am



Abbildung 2: Zwei Beispiele eines Huddle. **A)** Huddle ausserhalb einer Pandemie: Fussballspieler auf dem Spielfeld (Foto: © Zeytun Images | Dreamstime.com). **B)** Huddle mit Social Distancing auf der Inneren Medizin (Foto: © Gilles Weber COM/CHUV).

Huddle war für die Oberärzte und Leitenden des Pflegedienstes obligatorisch, stand aber allen interessierten Mitarbeitenden offen. Die Zahl der Teilnehmer wuchs schnell auf mehr als 30 pro Tag an: Ärzte, Pflegefachpersonen, Physiotherapeuten, Wartungspersonal oder Sekretärinnen.

Der Huddle umfasste drei Themenbereiche: (1) die Situation des CHUV und der Klinik für Innere Medizin; (2) die von der Generaldirektion und vom Krisenstab der Klinik getroffenen Entscheidungen; (3) Fragen der Mitarbeitenden. Das Ziel war also, Informationen zu vermitteln und gleichzeitig Rückmeldungen aus dem Umfeld zu erhalten: Stimmung, Bedenken/Sorgen oder Kommentare.

Die Atmosphäre sollte kooperativ und integrativ sein, zum Beispiel durch den Einbezug eines Vertreters der Spitalhygiene. Es war möglich, Fragen zu stellen, aber auch eine Ergänzung anzubringen oder die Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Aspekt in einem Arbeitsbereich zu lenken, wie etwa eine Empfehlung zum Filterwechsel während der Aerosoltherapie.

Es wäre kaum möglich gewesen, alle 450 Mitarbeitenden der Klinik zusammenzubringen. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, täglich einen einseitigen Newsletter in den Empfangsräumlichkeiten und Büros zu verteilen und auszuhängen, der die Themen des Huddle enthielt. Um die Lesbarkeit zu erleichtern, wurde Neues in Rot geschrieben.

Resultate

Zwischen dem 6. März und dem 29. Mai 2020 ermöglichte die Klinik für Innere Medizin des CHUV mehr als 543 Hospitalisationen im Zusammenhang mit COVID-19, indem sie ihre Kapazität von 160 auf 260 Betten erhöhte. Der Leitungsausschuss traf sich 79-mal für 45 bis 75 Minuten, behandelte dabei mehr als 295 Punkte und verfasste mehr als 65 Klinikbeschlüsse. Zur Kommunikation wurden 79 Huddles abgehalten und ebenso viele Mitteilungsblätter/Newletter verteilt.

Dank einer relativ konstanten Zuhörerschaft konnten wir den Erfolg des Huddle basierend auf Debriefings, Erfahrungen und Feedbacks, die während der Krise halbstrukturiert eingeholt wurden, messen. Drei Faktoren haben sich herauskristallisiert:

1. *Der Zusammenhalt:* Während der 79-tägigen Krise war der Huddle ein Ritual, das die gesamte Klinik über die verschiedenen Spitalabteilungen und die geografische Distanz bestimmter Gebäude hinaus zusammenführte. Der Aspekt des Treffens, informell, kurz, aber zu einem bestimmten Zeitpunkt, begünstigte interprofessionelle Kontakte, zum Beispiel zwischen dem Wartungspersonal und der Pflegedienstleitung. Darüber hinaus wurden in einigen Abteilungen spontan Mini-Huddles abgehalten, um Informationen weiterzureichen.
2. *Schutz vor der Informationsflut:* Diese Form der Kommunikation hat zusammen mit anderen Elementen sehr dazu beigetragen, die Informationsflut zu Beginn der Krise einzudämmen, der die Mitarbeitenden in den Medien, sozialen Netzwerken und innerhalb der Institution ausgesetzt waren. Informationen von überall her wurden gebündelt und konnten diskutiert werden. Gerüchte konnten sowohl in Bezug auf ungeprüfte Informationen (z.B. Gefahr einer Verschlimmerung von COVID-19 durch NSAR) als auch in Bezug auf missverständene Richtlinien (z.B. Verweigerung des Zugangs zu einem Isolationsraum) eingedämmt werden.
3. *Gefühl der Sicherheit:* Unsere Mitarbeitenden schätzten die Transparenz, die der direkte Kontakt bietet. Sie berichten von einem Gefühl der Organisation und Kontrolle vonseiten der Klinik, das ihnen vermittelt wurde. Indem sie sich täglich zu den getroffenen Entscheidungen äusserten und sich den Fragen stellten, wurde das Vertrauen in die Mitglieder des Leitungsausschusses gestärkt. Wir erfuhren auch, dass Mitarbeitende zuhause, im Homeoffice und im Nachtdienst mit Spannung auf den Newsletter warteten, um sich über die Situation im CHUV zu informieren und ihre Angehörigen zu beruhigen.

Diskussion: unsere Erkenntnisse

Die Risiken im Zusammenhang mit der Kommunikation in Krisenzeiten wurden rechtzeitig erkannt. Als Gegengewicht zu Telekonferenzen und Social Distancing wählten wir den Huddle als zentrales Element. Wir haben die folgenden Erkenntnisse gewonnen, die wir nicht nur im Falle einer neuen Krise wiederaufgreifen, sondern auch für die Arbeitsweise der Klinik in normalen Situationen anwenden werden.

Die Erfolgsfaktoren des Huddle

Der Huddle erzielte seine Wirkung dadurch, dass er regelmässig, kurz und informell stattfand. Er hatte einen offenen Charakter, da er ausserhalb eines Raumes abgehalten wurde. Er wurde zu einem festen Bezugspunkt am Tag bzw. zu einer Art Leuchtturm und ermöglichte den Mitarbeitenden, bei auftretenden Unsicherheiten daran teilzunehmen und Fragen zu stellen. Vonseiten des Leitungsausschusses haben wir nicht gezögert, offen zu sein und zuzugeben, dass wir nicht auf alle Fragen Antworten hatten.

Die Verbindung zur Front

Nur ein Teil des Personals konnte physisch am Huddle teilnehmen, aber für den Leitungsausschuss war er dennoch eine ausgezeichnete Möglichkeit, von Problemen zu erfahren, die Verbindung zu den Sorgen an der Front nicht zu verlieren und einen Tunneleffekt bei im Lagebericht behandelten Themen zu vermeiden.

Transparenz

Während 79 Huddles kamen Leute aus anderen Kliniken, um zuzuhören. Patienten wurden in ihren Betten durch die Versammlung hindurchgeschoben. Der Huddle war öffentlich, obwohl er sich auf das Personal der Klinik konzentrierte. Es war nie ein Problem, offen über die Situation der Klinik und die von der Generaldirektion oder der Klinik beschlossenen Massnahmen zu sprechen. Eine solche Transparenz ist wünschenswert.

Limitationen

Eine Klinikinformation per Huddle hat natürlich Grenzen. Zunächst einmal kann nicht alles über Huddles abgewickelt werden: Bestimmte Informationen oder Dokumente, wie zum Beispiel klinische Protokolle, müssen dennoch übermittelt werden, und E-Mails las-

sen sich nicht vermeiden. Verschiedene Berufsgruppen können spezifische Ansprüche haben, die in kurzer Zeit nur schwer zu erfüllen sind; manche medizinische und pflegerische Besprechungen wurden für den reibungslosen Ablauf der Klinik beibehalten. Darüber hinaus empfand sich eine geographisch entfernt gelegene Abteilung als benachteiligt, selbst wenn sie einen Delegierten entsandte. Schliesslich kann die interne Kommunikation die Kommunikation der Generaldirektion überlagern, die auf den üblichen Wegen erfolgt. Dies kann vermieden werden, indem eine klare Unterscheidung zwischen institutionellen Entscheidungen (z.B. Personalschutzmassnahmen) und Klinikbeschlüssen getroffen wird.

In einer Zeit des Social Distancing und der Beschränkung von Zusammenkünften hätte man befürchten können, dass der Huddle ein Übertragungsrisiko zwischen den Mitarbeitenden darstellt. Wir haben jedoch keine Cluster von COVID-19 beobachtet, und die Absenkrate überstieg nicht die Zahl von 15 von mehr als 450 Mitarbeitenden.

Schlussfolgerung

Eine Krise erzeugt Unsicherheit sowohl durch zu wenig als auch durch zu viel Information. Die Planung einer Krisenorganisation muss einen Kommunikationsplan zur Bewältigung der Krise beinhalten, der nicht nur den Informationsfluss gewährleistet, sondern auch den Kontakt zwischen den Menschen fördert.

Verdankung

Die Autoren danken aufrichtig allen Mitgliedern der leitenden Kader der Ärzteschaft, der Pflegefachpersonen, Physiotherapeuten und der Verwaltung, die wesentlich zur Funktionsfähigkeit der Klinik und zu den verschiedenen Aktivitäten im Zusammenhang mit der Krise beigetragen haben, sowie allen Mitarbeitenden und Partnern, die zur Betreuung der Patienten der Inneren Medizin beigetragen haben.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Heide M, Simonsson C. Internal crisis communication: crisis awareness, leadership and coworkership. 1st ed. Taylor & Francis Ltd; 21. Juni 2019.
- 2 Garnier A, Vaucher J, Bianchi C, Kraege V, Méan M, Castioni J, et al. Organizational Impacts and Clinical Challenges of the COVID-19 Pandemic on a Swiss Tertiary Internal Medicine Department. Rev Med Suisse. 2020;16:869–74.

Korrespondenz:
Dr. med. Antoine Garnier
Service de médecine interne
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
Rue du Bugnon 46
CH-1011 Lausanne
antoine.garnier[at]chuv.ch