

„Klinikkeime“?

Zur Krisenkommunikation im Gesundheitswesen.

Von Raimund Hellwig

Abstract Der Rahmen für Klinik-Kommunikation hat sich in den vergangenen zwanzig Jahren massiv geändert: Wo einst nur lokale Zeitungen über das Thema Kliniken als Randthema berichteten, speist sich heute Meinungsbildung im Social Web unmittelbar aus dem Einfluss vermeintlicher oder tatsächlicher Krisen-Nachrichten aus dem Klinikum. Darum wird in zahlreichen Kliniken die Kommunikation über einen Social Media Kodex geregelt sowie Social-Media-Monitoring betrieben. Zur Außenkommunikation gehört auch, dass sich das Klinikpersonal über die Vielzahl und Besonderheiten der Kanäle bewusst ist, auf denen Botschaften nach außen dringen können. Gefragt, gefordert und auch umgesetzt werden daher: kompetentes Reputations- und Risikomanagement in der Krisenkommunikation von Kliniken.

Eine Kinderklinik vor einigen Jahren: Drei Frühchen versterben innerhalb kürzester Zeit an einem Keim. Ärzt_innen und Pflegekräfte sind in einem Zustand größter Verunsicherung (vgl. Mohr/Mittermüller 2012): Wo ist der Infektionsherd? Welche Vorsorge muss getroffen werden, um weitere Todesfälle zu verhindern? Hat eine Mitarbeiter_in einen Fehler begangen? Und: Welche Folgen hat das für die Reputation des Klinikpersonals?

Kliniken sind gerade unter Kommunikationsaspekten in eine extreme Zwickmühle geraten. Ihr „Produkt“, die Heilung oder Linderung von Beschwerden, ist äußerst schwer zu kommunizieren – es sei denn über den Transport von (emotionalisierten) Frames oder Klischees. Symptomatisch ist die Aussagekraft von Klinikbewertungsportalen: ungenau, ohne ausreichende Datengrundlage und nur mit statistischer Expertise einzuordnen. Hinzu kommt, dass Bewertungen oft aus einer emotionalen Situation gefällt und deshalb für Außenste-

Raimund Hellwig
arbeitet als freier
Journalist und Dozent
in Siegen. Er ist Autor
des Buches „Der
Notfall als Chance“.

hende ohne Kenntnis des konkreten Falls nicht nachvollziehbar sind (vgl. Henrich 2012).

Von der Lokalberichterstattung zum Social Media Kodex

Solange kein Fehler passiert, läuft die Behandlungsqualität in Gesundheitseinrichtungen generell nicht Gefahr, kontrovers in der Öffentlichkeit diskutiert zu werden. Unterbrechungen und Störungen des Klinikablaufs verändern jedoch ein solide erscheinendes Bild: Mit wachsender Zahl von bekannt werdenden Vorfällen konsolidieren sich Zweifel an der Institution Krankenhaus. Ein Ereignis, wie der Tod von Frühchen im Klinikum Mainz, würde schneller aus dem Fokus der allgemeinen Beobachtung verschwinden, bliebe es singulär. Wiederholt es sich an anderen Kliniken – wie in den folgenden Jahren in Bremen und Siegen – verstärkt sich die Aufmerksamkeit. Die mediale Berichterstattung gleicht das aktuelle mit früheren Mustern ab. Dadurch transferieren tendenziell auch Rezipierende ein vorhandenes Muster auf aktuelle Nachrichten, beginnen zu generalisieren und verlieren den Blick für den konkreten Fall. Gerüchte (vgl. Goergen 2003) und polemisierende Memes¹ nehmen infolgedessen massiven Einfluss auf das Klinik-Image. Der Medienwissenschaftler Franz Dröge beschreibt dieses Phänomen analog im Kontext von Flüsterpropaganda im Dritten Reich: Wo das öffentliche Informationsangebot Lücken lässt, entsteht ein medialer Mikrokosmos, der diese Leerstellen mit Halbwahrheiten oder Erfindungen füllt (vgl. Dröge 1968).

In den letzten zwanzig Jahren hat sich der Rahmen für Klinik-Kommunikation massiv geändert: Bis zum Ende der neunziger Jahre hatten es die Kliniken mit mehr oder weniger medizin-kompetenten Lokalredakteur_innen zu tun, für die das Thema Klinikum im regionalen Kontext allenfalls als Randbereich auf der Tagesordnung stand (vgl. Pöttker/Vehmeier 2013). Heute können sie über verschiedenste (digital)mediale Kanäle – sowie durch Diskursteilnehmende mit und ohne fachliche Expertise – infrage gestellt werden. Meinungsbildung im Social Web speist sich unmittelbar aus dem Einfluss vermeintlicher oder tatsächlicher Krisen-Nachrichten aus dem Klinikum. Sender_innen

1 Ein Meme ist ein Bild, ein Video oder eine Wortkombination, das sich typischerweise exponentiell, oft mit kleinen Veränderungen, im (Online-)Diskurs verbreitet.

können dabei Klinikpersonal, Angehörige oder auch Patient_innen selbst sein. In einer Facebook-Diskussion über Probleme im Klinikum gelten die Beiträge als besonders relevant, deren Autor_innen sich als Insider bekennen. Viele Kliniken verfügen heute über einen Social Media Kodex, der regelt, ob und wie Mitarbeiter_innen sich an solchen Diskussionen beteiligen sollten. Beispielhaft hierfür sind die Richtlinien des Katholischen Krankenhausverbandes (vgl. Stoffers 2018, S. 10f.; Waldburg-Zeil Kliniken 2012). Deutlich weniger Kliniken verfügen jedoch über interne Kommunikationsstrukturen, in denen unzufriedene Mitarbeiter_innen Probleme intern ansprechen können, ohne sich als Social-Media-Diskutant_innen mit Klarnamen oder anonyme

Relevante Kommunikation beginnt bei der professionellen Performance von Geschäftsleitung, Ärzte- und Pflegepersonal.

Whistleblower öffentlichkeitswirksam zu äußern. Solche Strukturen würden immerhin erfordern, dass Fehlerquellen, wie etwa die Personalknappheit und die damit verbundene Überlastung, mit allen ökonomischen Konsequenzen behoben werden (vgl. Hellwig 2016).

Durch die wachsende Zahl an wirkmächtigen Kommunikationskanälen können Kliniken kaum vermeiden, Social-Media-Monitoring auf hohem Niveau zu betreiben. Nur so lassen sich Diskussionsstränge sowohl in klassischen als auch in Online-Medien identifizieren. Ein solches Monitoring kann mit einfachen Suchwortstrategien begonnen werden. Höher entwickelte Tools weisen auch die Häufigkeit von bestimmten Stichworten in der öffentlichen Diskussion nach, die damit als Indikator für zukünftige Fokus-Themen dient.

(Krisen-)Kommunikation über professionelle Performance und Patientengespräch

Als unterschätzte Ebene gilt indes: Relevante Kommunikation beginnt schon bei der professionellen Performance von Geschäftsleitung, Ärzte- und Pflegepersonal. Wer aus externer Perspektive Pfleger oder Schwestern atemlos über die Flure hetzen sieht, wer Reinigungspersonal erlebt, das zunächst die Toilette reinigt und dann mit demselben Tuch über am Boden liegende Infusionsschläuche wischt, dem sind die kommunikativen Folgen vermutlich schnell klar. Existieren davon abgesehen Sprachbarrieren zwischen internationalem Personal und Patient_innen, kann dieser Umstand ebenfalls als kommunikative Belastung wahrgenommen werden. Empfinden Patient_innen die Interaktion mit Klinikperso-

nal als unbefriedigend, konstruieren sie daraus schnell einen (Teil-)Grund für ihre Krankheit (vgl. Badura et al. 2012). Als äußerst sensibler Bereich sei in diesem Zusammenhang auch das Patientengespräch erwähnt. Der Mediziner Jalid Sehouli (2018) weist auf den Missstand hin, dass Ärzt_innen zwar die Möglichkeit besitzen würden, verschiedenste Pflichtweiterbildungen zu belegen, zu den von den Kammern anerkannten Kursen aber in den seltensten Fällen das Patientengespräch gehöre. Der Arzt/die Ärztin überbringt nicht nur eine schlechte Nachricht, sondern setzt im suboptimalsten Fall ungewollt kommunikative Folgeprozesse in Gang, die sich durch die Klinik-PR nicht mehr kontrollieren lassen. Erhält eine erkrankte Person beispielsweise die Nachricht, dass ihre Lebenszeit eng begrenzt ist und teilt das infolgedessen ihrem sozialen Umfeld mit, kann dieser Prozess in eine kommunikative Krise für die Klinik resultieren, wenn medial aufgeladene Buzzwords ins Spiel kommen. Exemplarisch lässt sich der Begriff „Klinikkeim“ nennen. Hier mischen sich Konnotationen wie „Krankheit“ mit „Unsauberkeit“; als Oxymoron erfährt ein Begriff, der sich für die Infektion mit multiresistenten Bakterien etabliert hat, emotionale Bedeutungsaufladung. Ein Patientengespräch mit solchen Buzzwords ist unter dem Aspekt einer potenziellen Kommunikationskrise hoch riskant (vgl. Lakoff/ Wehling 2014). Strategien zur kontrollierten Übermittlung von negativ belasteten Nachrichten stehen dabei erst seit einigen Jahren auf der Agenda von medizinischem und psychologischem Fachpersonal (vgl. Sehouli 2018; Baile et al. 2000).

Krisenkommunikation bedeutet auch, dass Mitarbeiter_innen sich bewusst sind, welche Chancen und Risiken Kommunikation birgt.

80 Prozent der Krisenkommunikation müssen insofern vor der Krise stattfinden. Krisenkommunikation bedeutet damit, dass Mitarbeiter_innen nicht nur im Sinne professioneller Performance fit für Therapie und Pflege, sondern sich auch bewusst sind, welche Chancen und Risiken Kommunikation birgt. Die Resilienz des Systems Klinikum erwächst zum großen Teil daraus, dass sich jede Mitarbeiter_in über die Vielzahl und Besonderheiten der Kanäle bewusst ist, auf denen Botschaften nach außen dringen. Reputationsmanagement kann bedeuten, dass man klinische Hochleistung in der Außendarstellung personalisiert. Risikomanagement, dass Mitarbeiter_innen nicht nur das klinikeigene CIRS (Critical Incidents Reporting System) kompetent bedienen, sondern damit auch eine Diskussionskultur entwickeln, in der Fehler konstruktiv zur Sprache kommen.

Literatur

- Badura, Bernhard et al. (Hg.) (2012): *Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren*. Dordrecht, DOI: 10.1007/978-3-642-29201-9.
- Baile, Walter F. et al. (2000): SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. In: *The Oncologist*, 5. Jg., H. 4, S. 302-311, DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302.
- Dröge, Franz (1968): *Der zerredete Widerstand. Zur Soziologie und Publizistik des Gerüchts im 2. Weltkrieg*. Zugl.: Münster, Univ., *Habil.-Schr.*
- Goergen, Marc (2003): *Gerüchte als Waffe*. In: *spiegel online vom 7.4.* <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-26797616.html>.
- Hellwig, Raimund (2016): *Der Notfall als Chance. Krisenkommunikation und Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen*. Berlin.
- Henrich, Anke (2012): *Russisch Roulette im Operationssaal*. In: *WirtschaftsWoche online vom 10.10.* <https://www.wiwo.de/unternehmen/dienstleister/krankenhaeuser-russisch-roulette-im-operationssaal/7219530-all.html>.
- Lakoff, George/Wehling, Elisabeth (32014): *Auf leisen Sohlen ins Gehirn. Politische Sprache und ihre heimliche Macht*. Heidelberg.
- Mohr, Klaus/Mittermüller, Roland (2012): *Drei tote Säuglinge in der Universitätsmedizin Mainz – Eine Frage der Hygiene? In: Die Kriminalpolizei. Zeitschrift der Gewerkschaft der Polizei, Nr. 3, S. 15-18.* <https://www.kriminalpolizei.de/ausgaben/2012/september/detailansicht-september/artikel/drei-tote-saeglinge-in-der-universitaetsmedizin-mainz.html>.
- Pöttker, Horst/Vehmeier, Anke (Hg.) (2013): *Das verkannte Ressort. Probleme und Perspektiven des Lokaljournalismus*. Wiesbaden, DOI: 10.1007/978-3-658-01139-0.
- Sehoul, Jalid (2018): *Von der Kunst, schlechte Nachrichten gut zu überbringen*. München.
- Stoffers, Christian (2018): „Customer Journey“ in einer digitalen Welt. In: *kkvd-aktuell*, H. 2, S. 10f. https://kkvd.de/wp-content/uploads/downloads/kkvd-aktuell_2_2018.pdf.
- Waldburg-Zeil Klinken (2012): *Social Media Guidelines der Waldburg-Zeil Kliniken*. http://www.wz-kliniken.de/bibliothek/WZKPOSTALNEU/pdf/Social_Media_Guidelines.pdf

Alle Internetquellen zuletzt aufgerufen am 6.7.2018.