

Abschlussbericht

Klare Kommunikation im Klinikalltag!¹

Optimierung der professionellen Kommunikation im Krankenhaus
Entwicklung und Evaluation eines betriebsinternen
Trainingskonzeptes für Ärzte und Pflegepersonal

Sascha Kilburg, Annekatriin Hoppe, Alexander Redlich

Hamburg und Berlin, 31. Oktober 2023



¹ Titel im Projektantrag lautete ursprünglich: „Verringerung gesundheitlicher Risiken durch die Optimierung der professionellen Kommunikation im Krankenhaus – Entwicklung und Evaluation eines betriebsinternen Trainingskonzeptes für Ärzte und Pflegepersonal.“



Übersicht

1	Hintergrund.....	3
2	Zielsetzung	4
3	Projektverlauf und -ergebnisse	5
4	Interviewstudie	8
5	Trainingskonzept.....	14
6	Toolbox Kommunikation	18
7	Evaluation	23
8	Ausblick.....	34
9	Literatur	35

1 Hintergrund

Der vorliegende Abschlussbericht dokumentiert die Ergebnisse des Projekts „Klare Kommunikation im Klinikalltag!“ gefördert von der Funk Stiftung im Zeitraum 2016 – 2023.

Das Projekt fußt auf der Annahme, dass sich Kommunikationsdefizite negativ auf die Versorgung und Sicherheit von Patienten auswirken, während optimierte Kommunikation risikominierend wirkt. Durch Mängel in der professionellen Kommunikation, wie z.B. unbemerkte Missverständnisse, unzureichenden Informationsfluss, diffuses Fehlermanagement, emotionale Eskalation und Beziehungsstörungen, entstehen menschliche und materielle Risiken, die die erfolgreiche Behandlung der Patienten gefährden. Von den Mängeln in der professionellen Kommunikation kann man annehmen, dass sie die Wahrscheinlichkeit von kritischen Ereignissen, Regelverletzungen und Behandlungsfehlern erhöhen. Sie wirken in der Regel indirekt auf den Behandlungserfolg, indem Sie beispielsweise die Entstehung von Behandlungsfehlern begünstigen.

Es wird angenommen, dass neben dem Abbau von ungünstigen Kontextbedingungen (wie z.B. Personalmangel, Zeitdruck, unklare Zuständigkeiten) auch eine erfolgreiche Kommunikation zu einer Verbesserung der Qualität und Zügigkeit von Arbeitsprozessen in Kliniken führt und dadurch die Risiken für Patientinnen und Patienten verringert werden. Mängel in der professionellen Kommunikation sowie deren Auswirkungen sind bislang allerdings unzureichend beforscht.

Schrappe, Lessing, Albers et al. (2007) schätzen, dass in Deutschland jährlich 17.000 Todesfälle in Krankenhäusern vermeidbar wären. Unklar ist, wie viele dieser Fälle durch Kommunikationsmängel begünstigt oder gar bedingt sind. Studien aus den USA zeigen beispielsweise, dass herabsetzendes Kommunikationsverhalten von Ärzten die Kommunikation im Team reduziert und die Klärung von Unklarheiten bei Behandlungsanweisungen unterlassen wird (Rosenstein & O'Daniel, 2005, 2006, Smetzer & Cohen, 2005). Dies mindert in der Folge den Behandlungserfolg. Nagpal, Vats, Lamb, Ashra, Sevdalis, Vincent & Moorthy (2010) kommen in einer Metaanalyse über 38 Studien zu dem Schluss, dass mangelnder Informationsfluss und Kommunikationsfehler Patienten schaden und zu einer schlechteren Patientenversorgung führen. Positive soziale Interaktionen zwischen Beschäftigten im Krankenhaus verbessern hingegen nicht nur die Pflege am Patienten, sondern wirken auch positiv auf das Wohlbefinden und das Arbeitsengagement von Pflegekräften (Wassermann, Hoppe, Reis & von Uthmann, 2014).

2 Zielsetzung

Ziel des Projekts war die Entwicklung eines Trainingskonzepts für die Schulung von interprofessionellen Teams in Kliniken, bestehend aus Ärzten und Pflegepersonal, sowie anderen klinischen Berufsgruppen (z. B. Ergotherapeuten, Psychologen, Hebammen). Über das Training soll eine risikomindernde Kommunikationskultur im Krankenhaus zur Qualitätsverbesserung in der Patientenversorgung beitragen und kommunikationsbedingte kritische Ereignisse, Regelverletzungen und Behandlungsfehler minimiert werden. Das Trainingskonzept berücksichtigt die unterschiedlichen Hierarchieverhältnisse wie Arzt-Arzt-, Arzt-Pfleger- als auch Pfleger-Pfleger. Klinisches Personal soll für risikorelevante kommunikative Anforderungssituationen im Klinikalltag sensibilisiert und für ein risikoarmes Kommunikationsverhalten trainiert werden. Dabei sollten die folgenden Aspekte berücksichtigt werden:

- Identifikation von risikoträchtigen Kommunikationssituationen,
- Ausgewogenheit von zwischenmenschlicher Sensibilität sowie Sach- und Rollenklarheit in der Kommunikation,
- Vermeidung von Missverständnissen,
- Aufbau von Feedback- und Kritikfähigkeit sowie
- Bewältigung von Konflikten und Beziehungsstörungen.

Zu Beginn des Projektes soll eine Bedarfsanalyse die Anforderungen an Kommunikation in multiprofessionellen klinischen Teams sowie zu deren Bildungsbedarf erheben. Aufbauend auf den Ergebnissen der Bedarfsanalyse soll im zweiten Schritt ein Training entwickelt und im klinischen Alltag mit multiprofessionellen Teams erprobt werden. Die begleitende formative Evaluation dient dabei der Optimierung und Weiterentwicklung des Trainingskonzeptes. Im dritten Schritt soll ein online basiertes Tool den Transfer des Gelernten in den klinischen Alltag unterstützen.

3 Projektverlauf und -ergebnisse

Die im Projekt anvisierten Ziele wurden weitgehend erreicht und erfolgreich abgeschlossen:

1. Es wurden Anforderungen in der Arzt-Pfleger-Kommunikation erhoben, in einem Ergebnisbericht festgehalten (Redlich, Kilburg, Hoppe, 2017) und einschlägig publiziert (Redlich, Kilburg, Hoppe, 2019, Redlich, Kilburg, Hoppe, 2022,).
2. Das angestrebte Trainingskonzept für die Qualifizierung von Ärzten und Pflegepersonal wurde entwickelt und in einem Trainingshandbuch dokumentiert.
3. Mit der onlinebasierten „Toolbox Kommunikation“ wurde eine Transfer- und Vertiefungshilfe geschaffen, die im Sinne eines Blended-Learning-Konzepts die Anwendung im Alltag fördert.
4. In zwei Pilottrainings wurden die Konzepte an Krankenhäusern erprobt und begleitend evaluiert. Das Trainingshandbuch sowie die „Toolbox Kommunikation“ wurden entsprechenden der gewonnenen Erkenntnisse überarbeitet.

Über die ursprüngliche Planung hinaus, wurden alternative Anwendungsszenarien für einen flexibleren Einsatz entwickelt und beschrieben. Personalmangel und hohe Überstunden bei Pflegern und Ärzten, eng getaktete Arbeitspläne, wechselnde Schichten sowie eine unabhängige Dienstplanung der Berufsgruppen machen ein gemeinsames interprofessionelles Training zu einer komplexen organisatorischen Aufgabe. Diesen Herausforderungen wurde mit der Entwicklung von flexibleren Einsatzszenarien Rechnung getragen. Dazu wurden die Modulbeschreibungen um entsprechende Hinweise ergänzt, wie Ablaufpläne anzupassen sind und welche Herausforderungen sich mit den verkürzten Anwendungsszenarien ergeben. Es ist davon auszugehen, dass mit Blick auf einen Wandel in der Kommunikations- und Kooperationskultur in Teams bei den Kurzvarianten Abstriche gemacht werden müssen, da nur wenige Personen eines Teams in geringerem Umfang geschult werden.

Mit Projektabschluss werden die Ergebnisse des Projekts „Klare Kommunikation im Klinikalltag!“ den Krankenhäusern und Kliniken zur Nutzung zur Verfügung gestellt. Sie sind über die Webseite des Lehrstuhls für Occupational Health Psychology der Humboldt Universität zu Berlin unter <https://www.psychology.hu-berlin.de/de/prof/arbpsy/praxis/klarkomm> kostenfrei verfügbar.

Herausforderungen im Projektverlauf

Im Laufe des Projektes kam es wiederholt zu Verzögerungen, was zeitliche und inhaltliche Anpassungen des Projektplanes erforderte. Dies war zwei Hauptfaktoren geschuldet: Zum einen

gestaltete sich die Akquise der Krankenhäuser generell weitaus schwieriger und zeitintensiver als zuvor angenommen. Dies betraf zum einen die generelle Bereitschaft sowie die Absprachen und Planungen mit den Entscheidungsträgern vor Ort. Zum anderen ergab sich mit dem Beginn der Corona-Pandemie eine Ausnahmesituation, die die Krankenhäuser im Besonderen betraf und die bis heute anhält.

Die Akquise gestaltete sich generell, also auch unabhängig von der Corona-Pandemie schwierig. Trotz des kostenlosen Angebots scheiterte die Umsetzung an der internen Abstimmung und Planung der Krankenhäuser. Auffallend dabei war, dass die Verantwortlichen der kooperierenden Krankenhäuser die Relevanz des Themas Kommunikation durchweg hoch bewerteten. Sie waren sich der Notwendigkeit einer diesbezüglichen Professionalisierung bewusst und benannten diese oftmals selbst. Dies betraf die Ebene der Geschäftsführung, der Verantwortlichen im Personalwesen als auch der leitenden Chefärzte. Die Relevanz spiegelt sich auch im direkten klinischen Alltag wider. Als Indiz hierfür können die Anzahl der Konflikte herangezogen werden. Die Teilnehmenden der beiden Pilottrainings gaben in einer anonymen Befragung an, dass Sie in den vergangenen drei Monaten im Mittel 5,7 bzw. 8,1 (Pilottraining 1 bzw. 2) leichte Konflikte, 4,8 bzw. 1,7 mittelschwere, 1,2 bzw. 0,7 schwere Konflikte auf ihrer Station hatten. In der Akquise stießen wir zu Beginn auf ein breites Interesse. Die konkrete Pilotierung gestaltet sich dann aber in vielen Krankenhäusern schwierig. So wurden u.a. die Pilottrainings mehrmals verschoben und dann abgesagt. Als Gründe hierfür wurden angeführt:

1. In Abwägung wirtschaftlicher Gründe werden nicht vorgeschriebene Schulungsmaßnahmen zurückgestellt, wenn es Personalengpässe gibt. Können beispielsweise Betten aufgrund von Personalmangel nicht belegt werden, sind mehrtägige Schulungsmaßnahmen aus Sicht der kooperierenden Krankenhäuser nicht zu rechtfertigen.
2. Interprofessionelle Schulungen gehen mit einem hohen Koordinations- und Abstimmungsbedarf einher. Die Dienstpläne von Ärzten, Pflegepersonal und sonstigem Personal werden unabhängig voneinander geplant und von unterschiedlichen Personen verantwortet. Dies erhöht im Zusammenspiel mit dem flexiblen Schichtsystem den Koordinations- und Abstimmungsbedarf. Ein gemeinsames Lernen in einer konstanten Gruppe ist nur mit ausreichend Vorlauf realisierbar. Trainings, die sich gezielt an die Mitarbeitenden einer Abteilung richten, sind besonders schwer terminlich abzustimmen. Je mehr Mitarbeitende eines Teams an der Schulung teilnehmen wollen, desto geringer ist die Flexibilität bei der Dienstplanung.
3. Gemeinsame Schulungen von Ärzten und Pflegepersonal stellen eine Ausnahme dar, insbesondere bei „weichen“ Themen wie Kommunikation und Kooperation. Werden die Verantwortlichen auf ärztlicher und pflegerischer Seite nicht frühzeitig eingebunden, kann dies zu Vorbehalten und Widerständen bei Berufsgruppen führen. Dabei droht, dass die Akteure die

Maßnahme als „trojanisches Pferd“ der anderen Berufsgruppe wahrnehmen und z. B. als Bevormundung („die Pflege braucht Nachhilfe in der Kommunikation“) verstehen. Dabei ist die Akzeptanz der Maßnahme bei allen Akteuren nicht nur thematisch geboten, sondern stellt auch einen Gelingensfaktor in der Auftragsklärung dar.

4. Trainings zur Kommunikation und Kooperation im Sinne der Sensibilisierung und Professionalisierung der interprofessionellen Arbeit setzen präventiv an. In den Vorgesprächen zeigte sich, dass die Entscheider oftmals zuerst an die Abteilungen denken, in denen bereits eskalierte Konflikte bestehen. In solchen Situationen sind jedoch Teamentwicklungen und Konfliktmediationen angezeigt. Eine Trainingsmaßnahme schließt sich nicht aus, kann aber andere Interventionsmaßnahmen nicht ersetzen. Bleiben passende Interventionsmaßnahmen im Nachgang aus, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass die Erwartung der Teilnehmenden enttäuscht wird, dass sich ihre Situation verbessert.

Mit Pandemiebeginn war die Personalsituation an Kliniken noch prekärer als zuvor. Dies war darauf zurückzuführen, dass die Arbeitsbelastungen aufgrund der zusätzlichen Corona-Patienten und der Personal-Erkrankungen höher ausfielen. Dies setzte sich im Nachgang an die Pandemie fort, da die Personaldecke wegen Langzeiterkrankungen und Kündigungen noch dünner war. In Folge wurden selbst verpflichtende Fort- und Weiterbildungen in der Pandemie verschoben oder komplett abgesagt. Nach Lockerung der Lockdowns hatten die Pflichtweiterbildungen Vorrang vor optionalen Weiterbildungsangeboten, zu denen die Pilottrainings des Projekts gehören. Dies führte dazu, dass die Bereitschaft zur Teilnahme trotz zuvor bekundeten Interesses nicht mehr gegeben war. Dies betraf auch bereits geplante Pilottrainings der kooperierenden Krankenhäuser, die erst auf unbestimmte Zeit verschoben und schließlich ganz abgesagt wurden.

Aufgrund des Mangels an teilnehmenden Krankenhäusern wurde in Rücksprache mit der Funk Stiftung das Projekt auf Grundlage der beiden bereits durchgeführten Pilot-Trainings ausgewertet und abgeschlossen. Die Aufgaben des Meilensteins 5 wurden entsprechend angepasst.

Im Weiteren werden die Projektergebnisse zusammengefasst. Im Kapitel **Interviewstudie**, werden die wichtigsten Befunde der Bedarfsanalyse, insbesondere die kommunikativen Anforderungen im klinischen Alltag sowie der Trainingsbedarf und die Erwartungen der Befragten an die inhaltliche Ausgestaltung eines Kommunikationstrainings beschrieben. Im Kapitel **Trainingskonzept** werden Konzept und Inhalte des Trainings dargestellt. Darüber hinaus wird auf die unterschiedlichen Möglichkeiten des Einsatzes des Trainings (Anwendungsszenarien) im klinischen Kontext eingegangen. Im Kapitel **Toolbox Kommunikation** werden schließlich die entwickelten Online-Tools mit ihrer jeweiligen Zielsetzung des Praxistransfers vorgestellt.

4 Interviewstudie

Die dieser Zusammenfassung zugrundeliegende Interviewstudie von Redlich, Kilburg, Hoppe (2017, 2019) legt die empirische und theoretische Grundlage für das zukünftige Training. Aus den Ergebnissen wurden Empfehlungen für Lerninhalte abgeleitet. Diese zielen darauf ab, professionelle Kompetenzen im Umgang mit den in der Interviewstudie identifizierten Ursachen der Kommunikationsstörungen zu entwickeln.

Ziel der Interviewstudie war es, schwierige Kommunikationssituationen und -anforderungen und ihre sachlichen und menschlichen Ursachen und Begleiterscheinungen zu identifizieren. Darauf aufbauend sollten optimierte Möglichkeiten zur Bewältigung dieser Situationen in Form eines speziell auf die beteiligten Kliniken zugeschnittenen Trainingskonzepts entwickelt werden.

Mit problemzentrierten Interviews (Witzel, Reiter, 2012) wurden Klinikmitarbeitende hinsichtlich (1) ihrer kommunikativen Wunschvorstellungen, (2) schwieriger Kommunikationssituationen, (3) des damit einhergehenden persönlichen Erlebens und (4) Präferenzen für ein zukünftiges Training in ihrer Klinik befragt. 106 Personen gaben Auskunft: 30 (3) Ärztinnen und 21 (8) Ärzte sowie 8 (2) Pfleger und 47 (5) Krankenpflegerinnen, Therapeutinnen, Hebammen usw. aus verschiedenen Stationen von 36 Kliniken (Anzahl der Leitungen in Klammern). Die Aussagen der Befragten wurden mit der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet (Mayring 2007).

Der Fokus dieser Studie lag auf Kommunikationsstörungen. Es soll hier nicht unerwähnt bleiben, dass in Krankenhäusern millionenfach erfolgreiche Heilungen auf hohem Leistungsniveau durch kompetent kommunizierende multiprofessionelle Teams erbracht werden.

(1) Merkmale wünschenswerter Kommunikation

Die Befragten nannten vor allem einen angemessenen Zeitumfang und unterbrechungsfreie Zeitfenster als Aspekte gelingender Kommunikation. Des Weiteren seien ein störungsfreier Ort zum Austausch und das Suchen des direkten Gesprächs statt indirekter Bemerkungen wichtig. Die Verwendung einer gemeinsamen medizinischen Fachsprache erleichtere die Verständigung. Außerdem erfordere die hierarchische Rollenstruktur im Krankenhaus die Nachvollziehbarkeit ärztlichen Handelns und Entscheidens. Es wurde auch geäußert, dass Kenntnisse von Arbeitsweisen, Kompetenzen und Zuständigkeiten anderer Berufsgruppen im Krankenhaus notwendig seien. Ärzte gaben an, dass eine flache Hierarchie für gelingende Kommunikation zentral sei.

Die Befragten benannten wichtige Kommunikationskompetenzen: Die Fähigkeiten der Kontrolle eigener Emotionen und Selbstreflexion wurden als Voraussetzung für einen sachlichen

Dialog angesehen. Zudem wurden Ehrlichkeit, die Akzeptanz der Expertise anderer und das fachliche Gespräch auf Augenhöhe als wichtig bezeichnet; d.h. eine freundlich-höfliche, wertschätzende, respektvolle und kooperative Haltung, die auch Raum für Privates und Persönliches lässt und auf gegenseitigem Vertrauen aufbaut. Die Kommunikationspartner sollten in der Lage sein, aufmerksam-interessiert zuzuhören und mit gezielten Nachfragen sicherzustellen, ob sie einander korrekt verstehen. Überdies zeichne sich gelingende Kommunikation durch die transparente, sachliche und lückenlose Vermittlung von Informationen und Absprachen sowie dem Geben von konstruktivem Feedback und positiven Rückmeldungen aus. Träten zwischenmenschliche Konflikte auf, sollten sie angesprochen und mit den Betroffenen direkt und zeitnah geklärt werden.

(2) Merkmale schwieriger Kommunikationssituationen (s. Abb. 1)

Laut Angaben der Befragten können schwierige Kommunikationssituationen aufgrund von **mangelndem gegenseitigem Informationsaustausch** entstehen. Dieser unzureichende Informationsaustausch zeichne sich durch Kurzangebundenheit, also das Fehlen hinreichender Erläuterungen durch den Informierenden, durch eine inkorrekte und/oder verspätete Informationsweitergabe und durch unzureichende oder fehlende Arbeitsanweisungen aus, was erhebliche Risiken für die Qualität der Aufgabenausführung berge.

Ein weiteres Merkmal kritischer Situationen stellen **geringschätzende Äußerungen** dar, welche das positive berufliche Selbstbild der Beteiligten bedrohen können. Hierunter falle auch der Aspekt einer fehlenden oder seltenen Anerkennung der beruflichen und persönlichen Leistung. Dies gehe mit einer sinkenden Motivation einher und verschlechtere die generelle Atmosphäre unter den Kollegen, was sich dann indirekt negativ auf das Patientenwohl auswirken könne. Häufig werde im Zusammenhang mit Geringschätzung auch die Kritik an einer Person in Gegenwart von weiteren Personen geäußert. Dadurch würden ein angemessener und gesichtswahrender Umgang mit der Kritik erschwert. Geringschätzung könne sich nach Angaben der Befragten außerdem in respektlosen, überheblichen und herabsetzenden Aussagen äußern, die den Selbstwert der Betroffenen verletzen und stark beziehungsstörend und konflikteskalierend wirken.

Auch die **Missachtung von Regeln, Absprachen und Anweisungen** führe häufig zu Kommunikationsproblemen. Das Spektrum der Missachtung reiche hier von dem unbekümmerten und nachlässigen Umgang mit den Regeln und Anweisungen über das bewusst-verdeckte Nichtumsetzen bis hin zur offenen Verweigerung. Dies beeinflusse das Patientenwohl direkt durch eine Erhöhung der gesundheitlichen Risiken und indirekt durch die Verschlechterung der Zusammenarbeit des Personals und den Verlust gegenseitigen beruflichen Vertrauens.

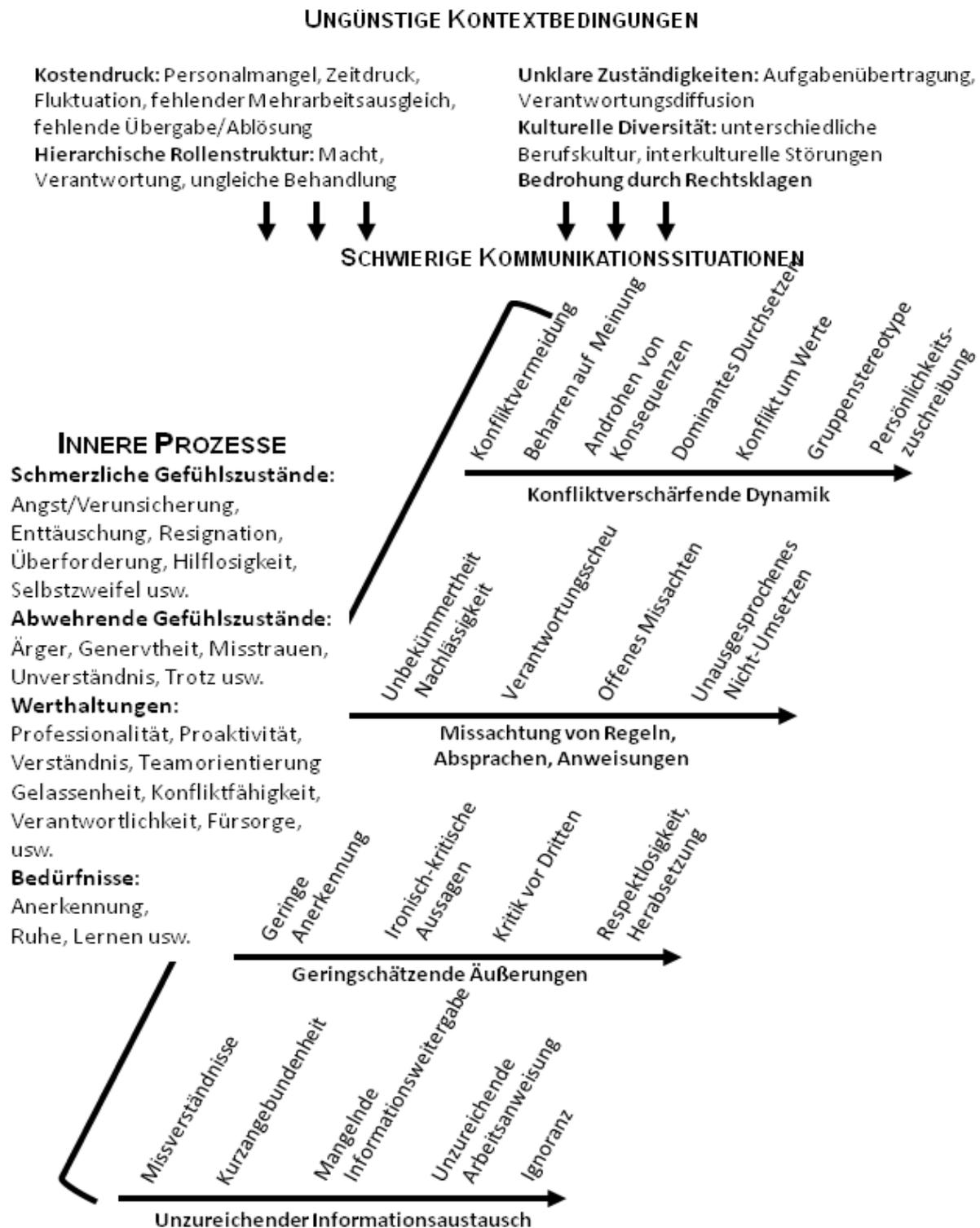


Abb. 1: Übersicht über schwierige Kommunikationssituationen, ihre Kontextbedingungen und die diese begleitenden inneren Prozesse

Schließlich wurde eine **konfliktverschärfende Dynamik** als Kennzeichen kritischer Kommunikationssituationen beschrieben, die sich in längerfristigen negativen Interaktionsmustern und Beziehungsstörungen zeige. Ein zentraler Aspekt der konfliktverschärfenden Dynamik stelle die unausgesprochene Vermeidung und das Aufschieben von Konflikten und Auseinandersetzungen mit Problemen dar, so dass sich Konfliktpotential aufstae, sich in anderen Auseinandersetzungen unterschwellig auswirke und/oder explosiv zum Ausbruch komme. Hierdurch könne sich ein schlechtes Arbeitsklima unter den Kollegen entwickeln, das sich indirekt nachteilig auf das Patientenwohl auswirke. Auch Bedrohungen durch negative Konsequenzen und dominantes Durchsetzen der eigenen Position ohne Diskussion wirkten eskalierend. Des Weiteren könnten unterschiedliche Werthaltungen zu einer konfliktverschärfenden Dynamik beitragen, z.B. bezüglich der menschenwürdigen Behandlung bei infausten Diagnosen. Eine konfliktverschärfende Dynamik entstünde zudem, wenn eine Person einer anderen offen oder verdeckt negative Persönlichkeitseigenschaften zuschreibe. Die in den Zuschreibungen enthaltenen Vorurteile würden oft starke Beziehungsstörungen verursachen. So sei es konflikteskalierend, wenn jemand als dumm, krank oder böse etikettiert werde. Der angemessene Umgang mit solchen Zuschreibungen sei für den Betroffenen äußerst schwierig, da sie in der Regel unterschwellig kommuniziert und nicht transparent gemacht werden. In ähnlicher Weise gebe es auch negative Zuschreibungen, die sich auf ganze Abteilungen oder Berufsgruppen beziehen und Grundlage für schwerwiegende Kommunikationsstörungen seien. Es wurden hier z.B. Gruppenstereotype wie „Ihre ganze Station arbeitet unprofessionell“ oder „Ärzte sind machtversessen“ genannt. Persönlichkeitszuschreibungen und kollektive Gruppenstereotype bergen ein erhebliches Risiko für Patienten, wenn sie das Handeln beeinflussen, indem Pflegepersonal es z.B. aufgabe, auf ärztliche Fehler aufmerksam zu machen, „weil die Ärzte einem einfachen Pfleger sowieso nicht zuhören“, oder Bereitschaftsärzte einen Patienten nicht untersuchten, der von „der hysterischen Krankenschwester“ gemeldet wird.

(3) Innere Prozesse von Kommunikationsstörungen

In den Interviews wurde auch danach gefragt, welche Gefühlszustände, Einstellungen und Bedürfnisse die schwierigen Kommunikationssituationen begleiten. Diese inneren Prozesse sind von großer Relevanz, da sie das Verhalten einer Person in kritischen Situationen immer begleiten und beeinflussen. Die Bewältigung schwieriger Situationen erfordere deshalb nicht nur kommunikative und soziale Kompetenzen, sondern gleichzeitig auch eine angemessene Emotions- und Bedürfnisregulierung sowie die Entwicklung von souveränen Werthaltungen. Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass die schwierigen Kommunikationssituationen einerseits von schmerzlichen Gefühlen wie Angst, Verunsicherung, Enttäuschung, Überforderung, Hilflosigkeit und Selbstzweifel begleitet und andererseits von abwehrenden Gefühlen in Gestalt von

Ärger und Genervtheit geprägt seien. Für den erfolgreichen Umgang mit schwierigen Situationen spielten auch persönliche Ressourcen in Form von positiven Einstellungen eine zentrale Rolle. Einige wichtige Eigenschaften, die hier genannt wurden, sind Proaktivität, Verständnis, Teamorientierung, Professionalität, Konfliktfähigkeit, Verantwortlichkeit, Gelassenheit und Fürsorge für die Patienten. Bedürfnisse, die im Zusammenhang mit den kritischen Situationen von den Befragten gelegentlich benannt wurden, waren Wünsche nach Stressverringerung, Entlastung, Ruhe, Lernprozessen und Anerkennung. Abbildung 1 enthält u.a. eine Übersicht mit Stichworten zu den Befunden.

(4) Erwartungen an Trainingsinhalte- und formen²

Die Interviewteilnehmer wurden des Weiteren über erwünschte Ziele, Rahmenbedingungen, didaktische Methoden und inhaltliche Themen für ein zukünftiges Training befragt. Trainingsziele, die genannt wurden, sind beispielsweise die Stärkung des Gruppengefühls, das bessere Kennenlernen von Kollegen anderer Stationen, der Abbau von gruppenbezogenen Vorurteilen und die Enttabuisierung von emotionalen Reaktionen in Stresssituationen. Als Voraussetzung für ein gelingendes Training wird die Notwendigkeit eines von gegenseitigem Vertrauen geprägten und geschützten Raums gesehen, in dem es auch möglich ist über eigene Fehler zu sprechen. Vor dem Hintergrund hierarchiebezogener Thematiken wird häufig eine interprofessionelle Zusammensetzung der Trainingsgruppen bestehend aus 5 bis 15 Teilnehmenden gewünscht, wobei ggf. auch stationsfremde Angestellte einbezogen werden sollen. Hinsichtlich didaktischer Methoden wünschen sich die Befragten einführende Theorieinputs zum Thema Kommunikation, die Besprechung echter Fälle, realistische Rollenspiele und praktische Übungen, die auch die Möglichkeit eines Perspektivwechsels (z.B. zwischen Ärzten und Pflegekräften) bieten. Gefragt nach ihren Themenwünschen, verweisen die meisten Befragten auf kommunikative Kompetenzen wie die Fähigkeit konstruktive, kritische Rückmeldung zu geben, wertschätzend miteinander zu kommunizieren und klare Aussagen in Form von sachlichen, unmissverständlichen und nachvollziehbaren Botschaften zu formulieren. Darüber hinaus sollten Kompetenzen des Zuhörens und gezielten Nachfragens geschult werden.

Des Weiteren wird die Thematisierung von Kommunikation zwischen hierarchischen Ebenen benannt. Dies umfasst von ärztlicher Seite den Wunsch nach Akzeptanz von hierarchischen Unterschieden und dem Training im Führen von einem Team in kritischen Situationen. Seitens der Pflege wird nach einem respektvollen kommunikativen Miteinander und dem Schulen des Äußerns von Kritik und Sich-Behauptens gegenüber Vorgesetzten verlangt. Zusätzlich besteht der

² Dieser Abschnitt beruht auf der Befragung einer Teilstichprobe von 17 Ärzten und 19 Pflegekräften bzw. Personal anderer Berufsgruppen an vier der Kliniken.

Wunsch Techniken zu erlernen, die deeskalierend auf sich hochschaukelnde Konfliktsituationen einwirken. Als situationsspezifische kommunikative Fähigkeiten werden die Moderation von Teambesprechungen, das Strukturieren von Übergaben in interdisziplinären Teams, das Management von Fehlern und die Kommunikation in Notfallsituationen genannt. Weitere Themenwünsche, die von den Befragten geäußert wurden, sind der Umgang mit den eigenen, in der Arbeitssituation als schwierig erlebten Gefühlen und die Entwicklung von Kenntnis und Nachvollziehbarkeit der Arbeitstätigkeit der anderen Berufsgruppen.

In der Gesamtschau sollten die Teilnehmenden darin geschult werden, die Merkmale von Kommunikationsstörungen in der konkreten Situation zu erkennen, sie kommunikativ erfolgreich zu bewältigen und dabei eigenen Emotionen in der Situation angemessen zu regulieren. Die 12 Trainingseinheiten sollten mit Blick auf die genannten Rückmeldungen der Befragten auf folgende Themen eingehen:

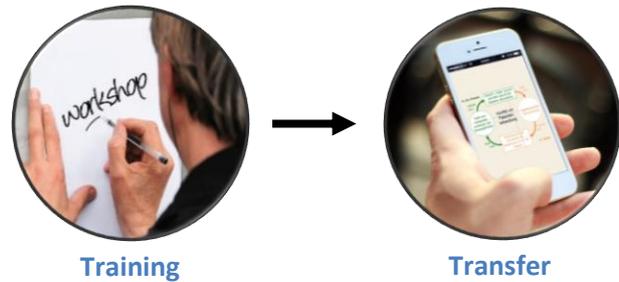
1. Überblick und Einführung in die Grundlagen der Kommunikation
2. Systemische Betrachtung schwieriger Kommunikationsdynamiken
3. Wertschätzende Kommunikation und Identitätskonflikte
4. Dynamik in Gruppen und Bewältigung von Gruppendruck
5. Selbstklärung bei inneren Konflikten
6. Bewusstsein für kommunikative Stärken und Schwächen
7. Umgang mit Emotionen
8. Konstruktive Kritikgespräche führen
9. Kritik üben in hierarchischen Arbeitsbeziehungen
10. Umgang mit schweren Akut- und Dauerkonflikten
11. (Lern-)Transfer von individuellen und Teamzielen

Auf Grundlage dieser Empfehlungen erfolgte die weitere inhaltliche Ausrichtung und Konzeption des Trainings.

5 Trainingskonzept

Das Trainingskonzept ist detailliert mit Instruktionen, Ablaufplänen, Hinweisen und Arbeitsmaterialien in Form eines Trainingsmanuals dokumentiert (siehe Kilburg, Redlich, 2023).

Die Trainings umfassen zwölf Trainingseinheiten (Module) á zwei Stunden. Zehn Online-Tools (siehe **Toolbox Kommunikation**) unterstützen den Transfer des Gelernten in den Klinikalltag.



Das Training richtet sich an klinisches Personal, das interprofessionell zusammenarbeitet. Ideal ist eine Gruppengröße von 12 bis 18 Teilnehmenden. Die Gruppe sollte sich interprofessionell zusammensetzen und unterschiedliche Hierarchieebenen umfassen, z.B. 8 Pflegekräfte, 6 Assistenz- oder Fachärzt*innen und 4 leitende Ärzt*innen. Die Berufsgruppen sollten in annähernd gleicher Stärke vertreten sein. Fachliche Vorkenntnisse sind nicht erforderlich.

Die im Rahmen des Trainings vermittelten Kompetenzen lassen sich vier verschiedenen Kompetenzbereichen zuordnen. (1) Fachlich-methodische Kompetenzen umfassen kognitive Kenntnisse und Wissen um Kommunikationsprozesse, die zur Bewältigung der Anforderungen der beruflichen Tätigkeit erforderlich sind. (2) Sozial-kommunikative Kompetenzen dienen der Regulation zwischenmenschlicher Beziehungen und Interaktionen. (3) Mit personalen Kompetenzen sind hier in erster Linie das Verstehen und die Regulation eigener Emotionen und die Bildung souveräner Werthaltungen gemeint. (4) Aktivitäts- und Handlungskompetenzen umfassen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Problemlösungstechniken und sind die Grundlage für die Umsetzung von Absprachen und Problemlösungen in konkrete Verhaltensweisen sowie komplexe Handlungen.

Die im Rahmen des Trainings vermittelten Kompetenzen lassen sich vier verschiedenen Kompetenzbereichen zuordnen. (1) Fachlich-methodische Kompetenzen umfassen kognitive Kenntnisse und Wissen um Kommunikationsprozesse, die zur Bewältigung der Anforderungen der beruflichen Tätigkeit erforderlich sind. (2) Sozial-kommunikative Kompetenzen dienen der Regulation zwischenmenschlicher Beziehungen und Interaktionen. (3) Mit personalen Kompetenzen sind hier in erster Linie das Verstehen und die Regulation eigener Emotionen und die Bildung souveräner Werthaltungen gemeint. (4) Aktivitäts- und Handlungskompetenzen umfassen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Problemlösungstechniken und sind die Grundlage für die Umsetzung von Absprachen und Problemlösungen in konkrete Verhaltensweisen sowie komplexe Handlungen.

Die folgende Modulübersicht gibt einen Überblick über die Inhalte der 12 Trainingsmodule. Sie folgen den aus der Bedarfsanalyse abgeleiteten Anforderungen.

Modul	Titel	Leitfrage
Modul 1	Worum geht's denn hier? Übersicht und Einstieg in das Trainingsprogramm „Klare Kommunikation im Klinikalltag“.	<ul style="list-style-type: none"> • Was möchte ich aus dem Programm mitnehmen?
Modul 2	Wer hat hier was gesagt? Einführung in die Grundlagen der Kommunikation.	<ul style="list-style-type: none"> • Wie kann die Kommunikation im klinischen Alltag in ihrer Vieldeutigkeit besser verstanden werden? • Wie können Missverständnisse geklärt oder ganz vermieden werden?
Modul 3	Was zum Teufel ist hier los? Systemische Betrachtung schwieriger Kommunikationsdynamiken.	<ul style="list-style-type: none"> • Wie entstehen zwischenmenschliche Teufelskreise in der Zusammenarbeit des klinischen Personals? Was kennzeichnet diese? • Wie kann ich Teufelskreise vermeiden und auflösen?
Modul 4	Bin ich Dir auf den Schlips getreten? Über wertschätzende Kommunikation und Identitätskonflikte bei Ärzt*innen, Pfleger*innen, Physiotherapeut*innen...	<ul style="list-style-type: none"> • Wie können wir im Klinikalltag wertschätzend miteinander kommunizieren? • Welches Selbstverständnis haben andere Berufsgruppen? • Welche Werte sind Ihnen - warum - besonders wichtig?
Modul 5	Wer gehört (nicht) dazu? Zur Dynamik in klinischen Teams und der Bewältigung von Gruppendruck.	<ul style="list-style-type: none"> • Wie kann ich mich in Situationen, in denen ich gegen mich gerichtete, ausgrenzende Gruppendynamik und Gruppendruck erlebe, behaupten? • Wie kann ich andere Teammitglieder unterstützen, die von Ausgrenzung bedroht sind?
Modul 6	Was geht in mir vor? Selbstklärung bei inneren Konflikten mit dem Modell des Inneren Teams.	<ul style="list-style-type: none"> • Wie unterstützt eigene innere Klarheit die Kommunikation mit Kollegen in der Klinik? • Wie verschaffe ich mir Klarheit über das, was mich innerlich bewegt?

- | | | |
|-----------------|--|--|
| Modul 7 | Wie bin ich aufgestellt? Selbst-/Bewusstsein für kommunikative Stärken und Schwächen. | <ul style="list-style-type: none"> • Was sind meine Stärken, was meine Schwächen (Schlagseiten, Allergien) in der kommunikativen Interaktion im Klinikalltag? • Mit welchen Kollegen tue ich mich besonders schwer in der Zusammenarbeit? Was genau stört mich an ihnen? • Wie kann ich positive Wirkungen, Beiträge ausbauen und negativen vorbeugen, ausgleichen? |
| Modul 8 | Was bringt mich auf die Palme? Vom Nutzen und Umgang mit Emotionen im klinischen Arbeitsumfeld. | <ul style="list-style-type: none"> • Wie gehe ich mit emotional aufgeladenen Situationen um? • Was ist mein Weg, negative Emotionen zu verarbeiten und ihnen stimmig Ausdruck zu verleihen? |
| Modul 9 | Holzhammer oder Seidenhandschuh? Über die Kunst konstruktive Kritikgespräche zu führen. | <ul style="list-style-type: none"> • Wie kann ich schwierige Gespräche vorbereiten, strukturieren und konstruktiv-zielorientiert führen? |
| Modul 10 | Wie sag ich es meinem*r Chef(-Arzt) / Mitarbeiterin? Kritik üben in hierarchischen Arbeitsbeziehungen. | <ul style="list-style-type: none"> • Was bewegt Vorgesetzte und Mitarbeiter, wenn sie zusammenarbeiten? • Vor welchen Problemen und Herausforderungen stehen sie? • Wie kann ich Vorgesetzten und Mitarbeitern konstruktive, kritische Rückmeldungen geben? |
| Modul 11 | Wer oder was kann da noch helfen? Zum Umgang mit schweren Akut- und Dauerkonflikten. | <ul style="list-style-type: none"> • Wie erkenne ich Eskalationsstufen von Konflikten sowie die ggf. daraus folgende Notwendigkeit in Akut- und Dauerkonflikten externe Unterstützung hinzuzuziehen? • Welche Arten der Unterstützung stehen in der Organisation Krankenhaus zur Verfügung? • Was kann jenseits der bislang gelernten Vorgehensweisen getan werden, um die destruktive (weiter eskalierende) Eigendynamik von Konflikten zu unterbrechen und zu einer Deeskalation beizutragen? |
| Modul 12 | Sind Training und klinischer Alltag zwei Paar Schuhe? Transfer von individuellen und Teamzielen. | <ul style="list-style-type: none"> • Wie können wir das Erlernete in den Alltag dauerhaft implantieren? • Was will ich dafür konkret tun? • Was wollen wir als Gruppe dafür konkret tun? |

Anwendungsszenarien

Das Trainingskonzept hat mit dem interprofessionellen Ansatz ein Alleinstellungsmerkmal. Aus dem Blickwinkel der Organisationsentwicklung ist es wünschenswert und erforderlich, möglichst viele Mitglieder eines Teams bzw. Organisationseinheit zu schulen, um eine kritische Masse für einen Wandel in der Kommunikations- und Kooperationskultur zu erreichen. Als eine der großen Implementierungshürden (siehe [Projektverlauf und -ergebnisse](#)) haben sich das Format und der Umfang des Trainings erwiesen. 12 Trainingseinheiten mit fester Teilnehmendengruppe, die sich zudem aus unterschiedlichen Berufsgruppen zusammensetzen soll, erfordern einen hohen Abstimmungs- und Koordinationsaufwand. Da in der Interviewstudie, Hierarchie, Selbstverständnis der Berufsgruppen, Vorbehalte und Zuschreibungen sowie gruppendynamische Prozesse als relevante Herausforderungen identifiziert wurden, sollte an dem Ansatz einer gemeinsamen interprofessionellen Schulung der Berufsgruppen, trotz der beschriebenen koordinatorischen Herausforderungen festgehalten werden. Um der Problematik zu begegnen, wurde das dreitägige Trainingskonzept dahingehend flexibilisiert, dass es unter Beibehaltung des berufsgruppenübergreifenden Ansatzes auch in kürzeren oder kleinsten Trainingseinheiten (Micro-Lessons) und mit wechselnden Teilnehmenden durchgeführt werden kann. Dazu wurden neben der Variante eines Trainings mit allen Modulen weitere Anwendungsszenarien entwickelt, die einen flexiblen Einsatz sicherstellen.

Variante 1 zielt auf das umfassende Training eines Teams oder Organisationseinheit ab und vermittelt einer festen, multiprofessionell zusammengesetzten Gruppe alle 12 Module. Herausfordernd ist hierbei der hohe Koordinationsaufwand über mehrere Termine, der mit der Berücksichtigung der Dienstpläne der Berufsgruppen einhergeht.

Variante 2 setzt inhaltliche Themenschwerpunkte wie „Kommunikative Grundlagen“, „Zusammenarbeiten im Team“ oder „Gesprächsführung in Konflikten“ und umfasst jeweils 3 inhaltlich aufeinander bezogene Module. Diese können anders als Variante 1 auch als offenes Kursangebot gestaltet werden. Organisatorisch ist diese Variante einfacher umzusetzen, da Sie kürzer ist und als offenes Kursangebot einfacher zu organisieren ist.

Variante 3 bietet kurze zweistündige „Micro-Lessons“, die z.B. vor oder nach einer Schicht für eine offene Zielgruppe angeboten werden können. Dies geht mit einer hohen Flexibilität sowie einem niederschweligen Zugang für die Teilnehmenden einher. Zu beachten ist bei einem freien Angebot, dass die Trainingsmodule unterschiedliche Schwierigkeitsstufen aufweisen und teils auf in anderen Modulen vermittelte Kommunikationsmodelle zurückgreifen. Variante 3 bietet sich insbesondere dann an, wenn vor Ort an den Kliniken entsprechende Weiterbildungsstrukturen bereits etabliert sind.

6 Toolbox Kommunikation

Mit der Toolbox Kommunikation wurden 10 Online-Werkzeuge (Tools) als Transferhilfe entwickelt, die die Anwendung im klinischen Alltag bedarfsorientiert unterstützen. Sie ist unter <https://toolbox-kommunikation.psychologie.hu-berlin.de> abrufbar.

Die Tools beziehen sich inhaltlich auf die Präsenz-Module, sind aber nicht notwendig für ein Fortschreiten im Lernprozess. Die Box beinhaltet Tools, die eine „Diagnose“ des kommunikativen Geschehens ermöglichen und in Abhängigkeit von dem Auswertungsergebnis Anregungen und Impulse für eine konstruktive Veränderung geben, z.B. um den Grad einer Konflikteskalation zu bestimmen und einer weiteren Eskalation entgegenzuwirken. Zum anderen wurden die wichtigsten Denk- und Handwerkzeuge in Form von Leitfäden aufbereitet. Diese stellen kompakte Instruktionen dar, wie die Denk- und Handwerkzeuge angewendet werden, z.B. ein Gesprächsleitfaden, der die Gesprächspartner schrittweise durch ein Konfliktgespräch führt.

Dabei wird der Grundgedanke verfolgt, dass die Online-Toolbox Kommunikation erst dann zum Einsatz kommt, wenn die Teilnehmenden tatsächlich Unterstützungsbedarf haben. Dies kann der Fall sein, wenn es z.B. zwei Monate nach dem Training zu einem Konflikt kommt, den die betreffende Person klären möchte. Sie kann dann per Smartphone auf die Online-Toolbox Kommunikation zugreifen und das für Sie passende Werkzeug wählen (z.B. das Innere Team zur Klärung der Gründe für die eigene Handlungsunfähigkeit in der Konfliktsituation oder den Gesprächsleitfaden mit dem Ziel den Konflikt mit dem anderen dialogisch zu klären).

Die Toolbox Kommunikation soll die Teilnehmenden also in dem Moment unterstützen, indem die im Training erlernten Inhalte in ihrem klinischen Alltag relevant und bedeutsam werden. Hierbei wird davon ausgegangen, dass dann die Lernmotivation sowie der Nutzen für die Teilnehmenden am größten ist.

Im Folgenden werden die 10 Online-Tools kurz beschrieben.

Tool 1 - Vier Ohren-Check

Das Tool „Vier-Ohren-Check“ knüpft an Modul 2 an. Es bietet Teilnehmenden mit dem Interesse an einer weitergehenden Auseinandersetzung mit sich und dem Thema, die Möglichkeit einer Selbsteinschätzung und daran ausgerichteter, kommunikativer Weiterentwicklung. Es handelt sich um einen Selbsttest, der die Hörgewohnheiten der Teilnehmenden danach differenziert, ob sie sehr sach-, selbstkundgabe-, beziehungs- oder appellorientiert hören und reagieren. Es wird als hilfreich angesehen, wenn die Teilnehmenden in der Lage sind, auf allen vier Ohren zu hören und so den situativen Anforderungen in der klinischen Arbeit angemessen begegnen

können. Identifizieren die Teilnehmenden einseitige Hörgewohnheiten und deckt sich diese Einschätzung mit ihrem Erleben im Alltag, so erhalten sie Empfehlungen, wie sie „unterentwickelte“ Ohren trainieren und Schlagseiten in ihren Wahrnehmungsgewohnheiten ausgleichen.

Tool 2 - Teufelskreise auflösen

Das Tool „Teufelskreise auflösen“ greift das in Modul 3 vermittelte Teufelskreismodell auf und unterstützt mit Instruktionen die Anwendung auf eigene Situationen in der klinischen Arbeit. Es besteht aus einem Leitfaden, der die Analyse einer Interaktion mit Hilfe des Teufelskreismodells ermöglicht. Das Teufelskreismodell betrachtet kommunikative Situationen, in denen die Gesprächspartner immer wieder erneut auf ein bestimmtes Verhalten oder eine bestimmte Aussage wechselseitig reagieren. Dabei stehen Aussagen und Verhalten in einem engen Zusammenhang mit dem inneren Erleben (Gedanken, Gefühle) der Beteiligten. Der Leitfaden hilft, diese Zusammenhänge zu entdecken und so das Verhalten des anderen besser zu verstehen. Nach der Erstellung des Teufelskreises entwickeln die Teilnehmenden kommunikative Handlungsstrategien, die zum Ziel haben, weg von der Vorwurfebene hin zum Dialog über das Innere Erleben zu kommen.

Tool 3 - Du-Botschaften transformieren

Das Tool „Du-Botschaften transformieren“ greift die im 5. Modul vermittelte Thematik auf und stellt ein praktisches Tool für die Sensibilisierung der Kommunikation in der Klinik zur Verfügung. Es dient der Sensibilisierung für identitätsbezogene Befindlichkeiten im kommunikativen Alltag und soll diesbezüglich einen feinfühligere Umgang fördern. In der Kommunikation allgemein – wie der Kommunikation im klinischen Kontext – werden immer wieder explizite und implizite Du-Botschaften gemacht. Häufig fühlt sich der Adressat von diesen angegriffen, ohne dass die Beteiligten klar sagen können, was an der Aussage so problematisch war. Das Tool „Du-Botschaften-Transformator“ prüft Aussagen auf die vier kritischsten Aspekte:

- a) verallgemeinernde Formulierungen,
- b) herabsetzende und geringschätzende Formulierungen,
- c) Verletzung des Selbstbestimmungsbedürfnisses und
- d) das Senden von Ausgrenzungssignalen.

Die Teilnehmenden haben nach jedem Analyseschritt die Möglichkeit, Ihre Du-Botschaft zu überarbeiten und so das Eskalationspotential zu entschärfen.

Tool 4 – Ausgrenzungen begegnen

Das Tool „Ausgrenzungen begegnen“ knüpft an das 5. Modul an und greift die dort im Training thematisierten Ausgrenzungsverhaltensweisen auf. Es ermöglicht das Erlernte auf eine eigene konkrete Teamsituation anzuwenden. Der Fragebogen unterstützt die Teilnehmenden ihre eigene Wahrnehmung zu überprüfen. Die Fragen gehen dabei auf drei Bereiche ein:

- a) Umgang mit Fehlern und Miss-/Erfolg,
- b) die (fehlende) Beliebtheit, Unterstützung und Bereitschaft zur Zusammenarbeit und
- c) den Umgang der Mehrheit mit Minderheiten.

Nach Beantwortung der Fragen erhalten die Teilnehmenden eine zielgerichtete Rückmeldung und finden Anregungen für Verhaltensweisen, die der Ausgrenzung anderer entgegenwirken.

Tool 5 - Selbstklärung Inneres Team

Das Tool „Selbstklärung Inneres Team“ greift das im 6. Modul vermittelte Modell auf und stellt einen Leitfaden zur Anwendung bei berufsbezogenen inneren Herausforderungen bereit. Das Modell vom Inneren Team ist eine Metapher, um innere Vorgänge sichtbar zu machen und zu verstehen. Innere Anteile (Stimmen/Teammitglieder) werden zunächst nacheinander erhoben und die Dynamik zwischen Ihnen betrachtet. Diesem inneren Klärungsprozess folgt die Entwicklung von Veränderungsoptionen, indem die Teilnehmenden mit den inneren Teammitgliedern in Kontakt gehen, um ihre Funktion zu verstehen. Sie prüfen dann, welcher Veränderungsimpuls von einem inneren Teammitglied ausgeht. Für jeden Klärungsschritt werden zunächst das Vorgehen, dann die Leitfragen und zuletzt Hinweise zum Vorgehen benannt.

Tool 6 - Probleme ansprechen

Das Tool „Probleme ansprechen“ bereitet die im 8. Modul vermittelte kommunikative Handlungsstruktur für das Ansprechen von Problemen auf und hält diese zur Auffrischung bereit. Die kommunikative Handlungsstruktur benennt zunächst den kritischen Punkt und beschreibt dessen Folgen, um sodann einen Wunsch anzuschließen und zügig den Abschluss zu finden. Für jeden Schritt wird erst der Verlauf, dann die Leitfragen und zuletzt Hinweise zum Vorgehen gegeben.

Tool 7 - Gespräche vorbereiten

Das Tool „Gespräche vorbereiten“ korrespondiert mit dem im 9. Modul des Trainings vermittelten Gesprächsleitfaden der Gesprächsführung und erweitert diesen um eine individuelle

Vorbereitungsphase. Es unterstützt Teilnehmende darin, Kritik- und Konfliktgespräche zu planen. Es hilft dabei, den möglichen Gesprächsverlauf vorab durchzugehen und die eigenen sowie die angenommenen Vorstellungen des Gesprächspartners zu durchdenken. Sie klären so, über was sie mit welchem Ziel sprechen wollen, was ihre eigenen sowie die möglichen Interessen ihres Gegenübers sind, wie Lösungsvorstellungen eingebracht und verhandelt werden können. Für jeden Vorbereitungsschritt werden zunächst die **Vorbereitungsthemen**, dann die **Leitfragen** und zuletzt **Hinweise** zum Vorgehen benannt.

Tool 8 - Gespräche führen

Das Tool „Gespräche führen“ bildet den im 9. Modul im Training vermittelten Gesprächsleitfaden der Gesprächsführung ab, um diesen bei Bedarf für Kritik und Konfliktgespräche abrufbar zu haben. Die Arbeitsschritte entsprechen den im Training erfahrenen fünf Phasen der strukturierten Gesprächsführung, die auch dem Tool „Schwierige Gespräche vorbereiten“ zugrunde liegen. Es unterstützt Teilnehmende Kritik- und Konfliktgespräche zu führen. Es bietet eine Gesprächsstruktur, die zunächst den Gesprächsanlass und die -themen klärt, den Perspektiven der Beteiligten Raum gibt, um im Anschluss nach Lösungen und Vereinbarungen zu suchen. Für jeden Schritt werden das Vorgehen, die Leitfragen und Hinweise zum Vorgehen beschrieben.

Tool 9 - Hierarchischer Rollen-Check

Das Tool „Hierarchischer Rollen-Check“ greift die im 10. Modul thematisierten Herausforderungen im Umgang mit hierarchischen Rollenverhältnissen auf. Es sensibilisiert mittels Selbstreflexion die eigenen Stärken und Schwächen im Umgang mit hierarchisch niedrigen oder höher gestellten Personen. Dies erfolgt insbesondere im Hinblick auf das Führen von schwierigen Gesprächen, z.B. mittels des Gesprächsleitfadens des Tools „Schwierige Gespräche führen“. Zunächst erfolgt eine Einordnung, welche Art von Hierarchie in dem anstehenden Gespräch bedeutsam ist. Sodann wird der Einfluss des hierarchischen Rollenverhältnisses auf das eigene Verhalten betrachtet. Die individuellen Strategien im Umgang mit Hierarchie werden nach hilfreichen und weniger hilfreichen Strategien unterschieden. Abschließend werden neue Handlungsoptionen aufgezeigt wie z.B. konkrete rollenbezogene Interventionen in der Anbahnung (Setting gestalten) und in der Durchführung des Gesprächs (Rollenunterschiede implizit oder explizit thematisieren). Die Teilnehmenden setzen sich abschließend persönliche Ziele für das anstehende Gespräch.

Tool 10 – Eskalationsgrad bestimmen

Das Tool „Eskalationsgrad bestimmen“ greift die Thematik von Konfliktodynamiken und der Eskalation von Konflikten auf, wie sie in den Modulen 3 und 11 thematisiert sind. Es bietet ein zügiges Verfahren, Konflikte im klinischen Alltag einzuschätzen und sich passende Deeskalationsstrategien zu vergegenwärtigen. Es stellt ein Analysewerkzeug dar, welches robust 4 Eskalationsstufen differenziert. Die Skala reicht von Stufe 0 (kein Konflikt) bis Stufe 3 (hohe Eskalation). Je weiter ein Konflikt eskaliert ist, desto schwieriger ist es für Beteiligte deeskalierend auf den Konflikt einzuwirken und umso eher wird Unterstützung von Dritten benötigt. Nach der Einschätzung des Eskalationsgrades werden darauf bezogene Anregungen zur Deeskalation gegeben.

Technische Realisierung

Die Toolbox Kommunikation basiert auf HTML5 und JavaScript und erfüllt den Scorm-Standard 2004. Das Design wurde farblich an das Design der Funk-Stiftung angelehnt. Die Seiten wurden vor dem Hintergrund einer einfachen und schnellen Verfügbarkeit für die Bedienung per Smartphone optimiert. Eine klare und übersichtliche Seitengestaltung mit einer – auch auf kleineren Displays – gut lesbaren Schrift, sowie große und klar erkennbare Bedienelemente sollen eine gute Usability gewährleisten. Alle Tools sind über die erste Navigationsebene und über das stets präsente Sandwich-Menü erreichbar. Die Durcharbeitung der einzelnen Tools erfolgt linear, entsprechend der Logik der einzelnen Inhalte und Entscheidungspfade. Die Toolbox Kommunikation wird auf den Servern der Humboldt Universität zu Berlin gehostet. Sie ist unter <https://toolbox-kommunikation.psychologie.hu-berlin.de> öffentlich zugänglich.

7 Evaluation

Die Evaluation erfolgte im Rahmen der Pilottrainings. Unmittelbar vor Trainingsbeginn und mit Abschluss des Trainings wurden die Teilnehmenden zu verschiedenen Aspekten des Trainings mittels Fragebogens befragt. Die Teilnehmenden wurden gebeten, vor und im direkten Anschluss an das Training den ausgedruckten Fragebogen zu beantworten. Die Teilnahme an der Evaluation erfolgte auf freiwilliger Basis. Alle Fragen wurden anonymisiert erhoben.

Die Teilnehmergruppe bestand aus festen Teilnehmenden. Allerdings nahmen aufgrund von kurzfristigen Arbeitseinsätzen sowie Erkrankungen nicht alle am gesamten Training teil.

Die beiden durchgeführten Pilottrainings wurden unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen durchgeführt. Das 1. Training fand im einwöchigen Rhythmus an 6 Terminen à 4 Stunden (je zwei Module/Termin) statt. An dem Training nahmen 20 Personen einer Station teil, davon 7 Chef-, Ober-, Fach- und Assistenzärzt*innen, 5 Therapeut*innen und 8 Kranken-/Altenpfleger*innen bzw. Stationsleitungen. 15 Teilnehmende waren weiblich, 5 männlich (75%/25%). Die Altersspanne lag zwischen 27 und 55 Jahren mit einem Mittelwert von 43,2 Jahren. Von diesen 20 Teilnehmenden nahmen 17 an der Befragung teil. In der Planung der Trainings wurde deutlich, dass es im Team bestehende Konflikte gab, die unter anderem ein Beweggrund für die Teilnahme am Training war.

Das 2. Training wurde kompakt an zwei ganzen Tagen mit 14 Tagen Abstand dazwischen durchgeführt und umfasste vier Module je Tag. Es war somit im Umfang geringer. Es nahmen 13 Personen einer Station teil, davon 5 Ober-, Fach- und Assistenzärztinnen, 4 Krankenschwestern/Pflegekräfte und 5 Hebammen. Alle Teilnehmenden waren weiblich. Die Altersspanne lag zwischen 27 und 57 Jahren mit einem Mittelwert von 41,5 Jahren. Von den 13 Teilnehmenden nahmen 10 an der Befragung teil. Das Team konnte hinsichtlich der Kommunikation und Kooperationskultur als erfahren und gut aufgestellt betrachtet werden.

In der nachfolgenden Darstellung der Ergebnisse werden immer zuerst die Ergebnisse des 1. Trainings und nachfolgend die des 2. Trainings dargestellt.

Rahmenbedingungen

Nach den Rahmenbedingungen gefragt, wurde die Gruppengröße in beiden Trainings auf einer fünfstufigen Skala von 1 = *viel zu klein*, 3 = *angemessen*, 5 = *viel zu groß* mit 3,4 bzw. 2,9 als *angemessen* bewertet. Die Gruppenzusammensetzung wurde auf einer fünfstufigen Skala von 1 = *hinderlich*, 3 = *weder hinderlich noch hilfreich*, 5 = *hilfreich* im Mittel mit 3,5 bzw. 4,9, also *eher hilfreich* bzw. *hilfreich* bewertet. Die Anzahl der Trainingseinheiten wurde auf einer fünfstufigen Skala von 1 = *viel zu gering*, 3 = *angemessen*, 5 = *viel zu groß* im Mittel mit 3,3 bzw. 3,1 als *angemessen* beurteilt. Die Dauer der Trainingseinheiten wurde auf einer fünfstufigen Skala

von 1 = viel zu kurz, 3 = angemessen, 5 = viel zu lang im Mittel mit 3,6 bzw. 3,2 als etwas zu lang bis angemessen bewertet. Die zeitlichen Abstände zwischen den Trainingseinheiten wurden auf einer fünfstufigen Skala von 1 = viel zu klein, 3 = angemessen, 5 = viel zu groß im Mittel mit 3,1 bzw. 3,2 ebenfalls als angemessen bewertet.

Gesamtbewertung der Trainings

Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie sie das Training insgesamt auf einer Schulnotenskala von 1 bis 6 bewerten. Das 1. Training wurde im Mittel mit *befriedigend* (3,1) und das 2. Training mit *gut bis sehr gut* (1,5) bewertet. Die im Training vermittelten Inhalte wurden für die Zusammenarbeit mit Kollegen auf einer sechsstufigen Skala (1=überhaupt nicht nützlich bis 6 = uneingeschränkt nützlich) als *eher nützlich* (4,1) bis *überwiegend nützlich* (5,3) eingeschätzt. Die Teilnehmenden gaben zudem an, dass sie sich persönlich durch das Training *eher viel* (3,6) bzw. *viel* (4,6) weiterentwickelt haben (Skala: 1 = überhaupt nicht, 6 = sehr viel).

Es zeigt sich insgesamt ein Bild, dass die Rahmenbedingungen, trotz ihrer unterschiedlichen Voraussetzungen, als angemessen angesehen werden. Das 2. Training schneidet in der Gesamtbewertung deutlich besser bei der Nützlichkeit, der persönlichen Weiterentwicklung und dem Praxistransfer der Inhalte ab.

Lernerfolge

Die Teilnehmenden wurden zum einen explizit zu ihrer Lernentwicklung befragt, also inwiefern Sie selbst eine Entwicklung wahrgenommen haben. Zum anderen wurde die Lernentwicklung indirekt über einen Vorher-Nachher-Vergleich des Lernstands der Teilnehmenden erfasst. Hierfür wurden sie vor und nach dem Training gebeten, ihr Wissen zu den Inhalten und ihr Können im Sinne der Handlungskompetenz einzuschätzen. Das Bild der Gesamtbewertung der Trainings setzt sich auch hinsichtlich der Ergebnisse der Befragung zu den Lernerfolgen fort: Die Teilnehmenden des 1. Trainings schätzen ihre Lernerfolge geringer ein als die Teilnehmenden des 2. Trainings, zumindest wenn sie direkt ihre Lernerfolge einschätzen sollten. Wurde der Lernerfolg indirekt über einen Vorher-Nachher-Vergleich erhoben zeigt sich, dass die Teilnehmenden des 1. Trainings vergleichbare Lernerfolge erzielen.

Hinsichtlich der direkten Selbsteinschätzung des Lernstandes wurden die Teilnehmenden auf einer sechsstufigen Skala von 1 = stimmt nicht, 2 = stimmt überwiegend nicht, 3 = stimmt eher nicht, 4 = stimmt eher 5 = stimmt überwiegend, 6 = stimmt genau gefragt, ob sie ihre kommunikativen Fähigkeiten durch das Training weiterentwickeln konnten, ob sie Ihre Kompetenzen gezielter einsetzen und ob sie sich ihrer Stärken und Schwächen bewusster seien. Dem stimmten die Teilnehmenden aus Training 1 *eher* zu (3,8; 3,7; 3,9). Die Teilnehmenden von Training 2 stimmten diesen Punkten hingegen *überwiegend* zu (5; 4,7; 5,4). Fragt man nach einzelnen

im Training vermittelten Kompetenzen, fällt die Frage nach den Lernerfolgen in beiden Gruppen ähnlich aus. Die Teilnehmenden beider Trainings geben im Mittel an, dass sie der Aussage *eher zustimmen*, dass sie die verschiedenen kommunikativen Kompetenzen durch das Training weiterentwickelt haben (siehe Abb. 2). Die Teilnehmenden beider Trainingsgruppen *stimmen eher nicht zu*, dass ihnen aufgrund der im Training vermittelten Inhalte weniger Behandlungsfehler unterlaufen (3,1 bzw. 3.2).

Letztlich schätzen sie auf einer Schulnotenskala ein, inwieweit es Ihnen selbst gelingt, die gelernten Trainingsinhalte in ihrer täglichen Arbeit anzuwenden. Im Mittel bewerteten sich die Teilnehmenden des 1. Trainings mit *ausreichend* (3,9), die Teilnehmenden des 2. Training mit *gut* (2,1).

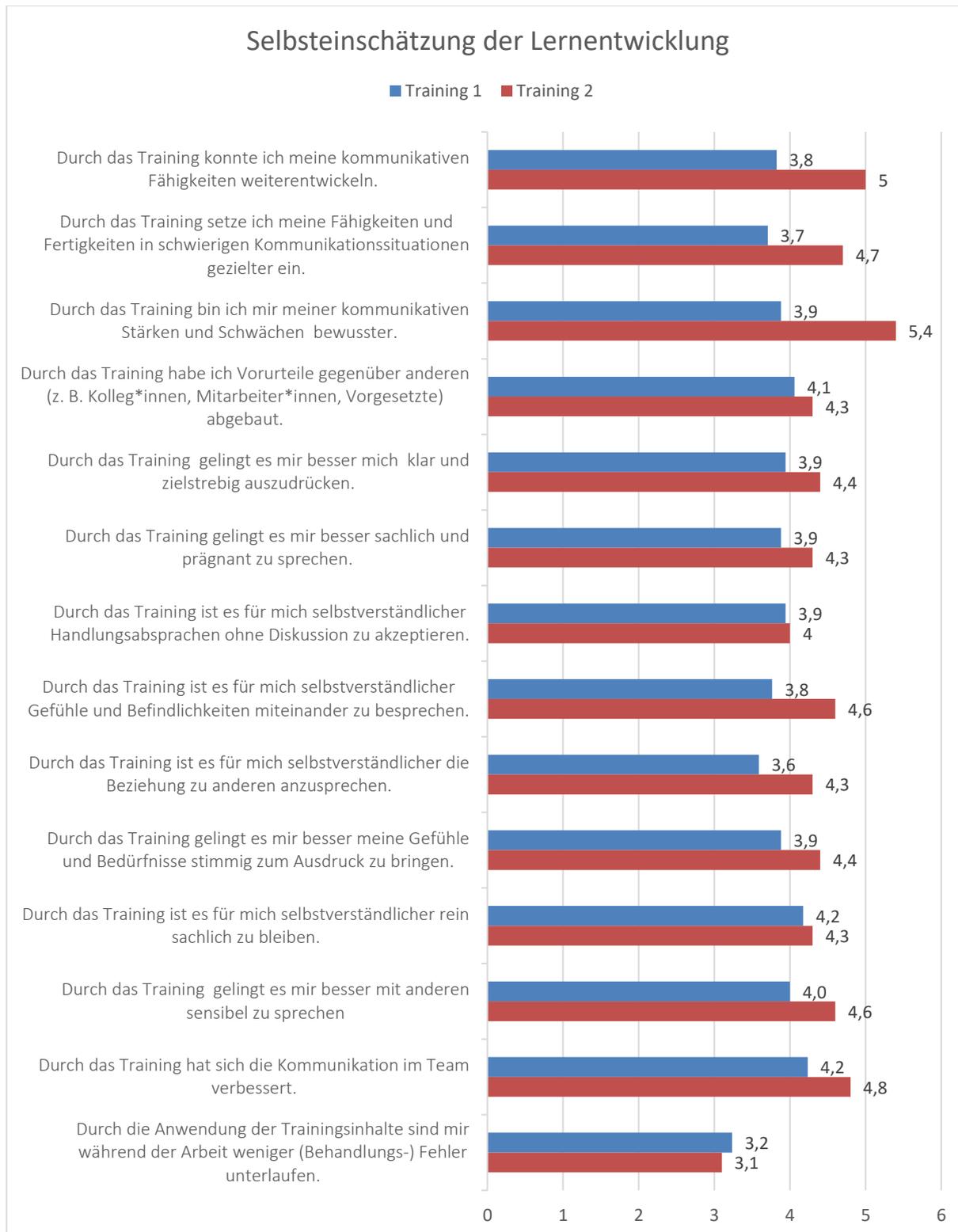


Abb. 2: Selbsteinschätzung der Lernentwicklung durch die Teilnehmenden

Lernerfolge im Vorher-Nachher-Vergleich

Das Bild des Vorher-Nachher-Vergleichs des Lernstands zeigt ein leicht abweichendes Bild. Die Teilnehmenden in Training 1 starten mit deutlich weniger Vorkenntnissen (s. Abb. 3). Der Mittelwert der Selbsteinschätzungen der Teilnehmenden bezüglich der einzelnen Themen liegt auf der fünfstufigen Skala von *1 = gar kein Wissen* bis *sehr gutes Wissen* stets im Bereich *wenig Wissen*, mal mit der Tendenz in Richtung *etwas Wissen*, mal in Richtung *gar kein Wissen*. Nach dem Training sind deutliche Lerngewinne in der Größenordnung von 0,7 bis 1,5 Punkte (entspricht einem Zuwachs von 14% - 30%) zu verzeichnen. Der Lernstand liegt nach dem Training im Bereich *etwas Wissen* bis *gutes Wissen* (2,6 bis 3,8). Abb. 3 zeigt die Lernstände und Lernzuwächse für die vermittelten Themen des 1. Trainings.

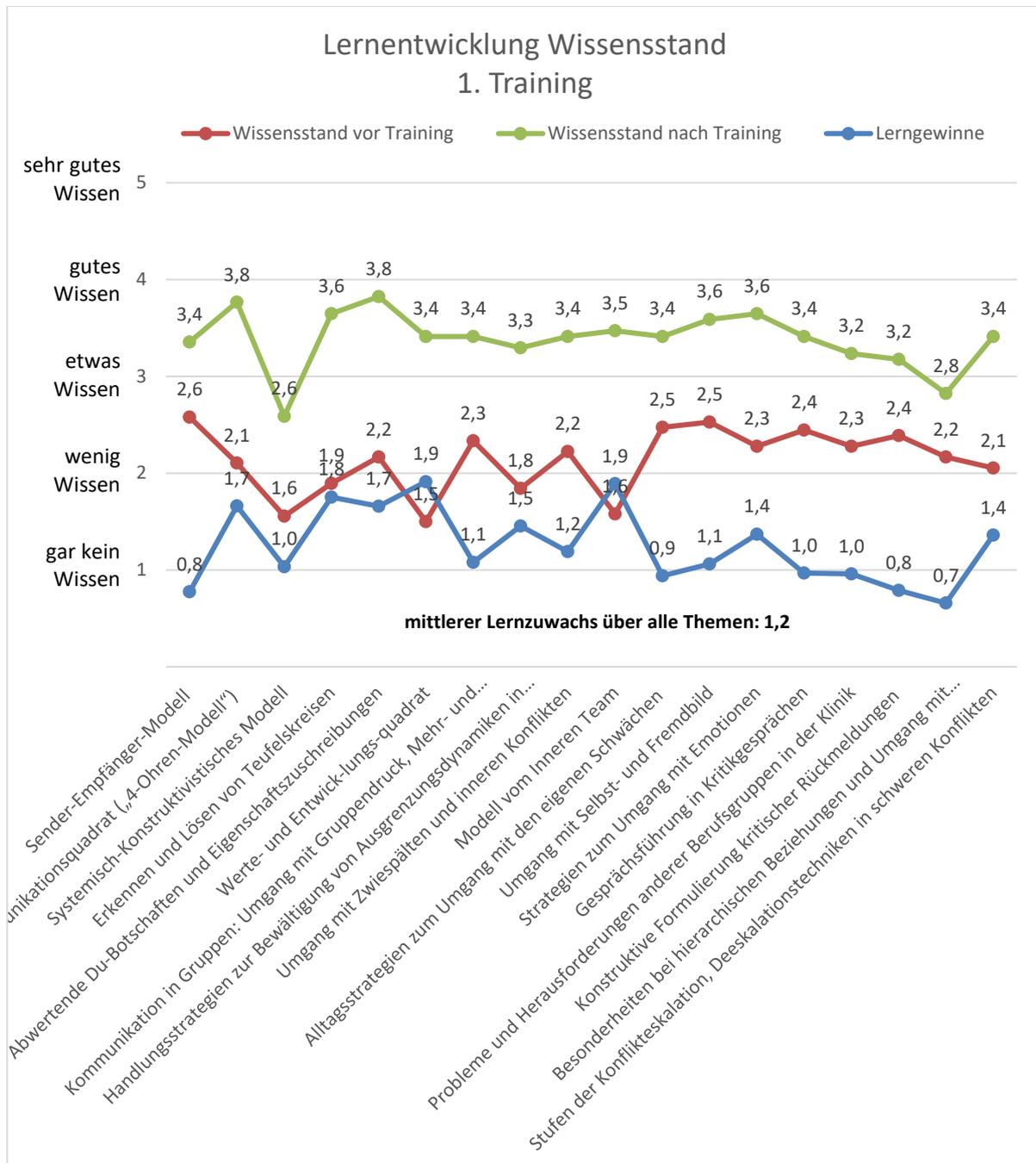


Abb. 3: Vorher-Nachher-Vergleich des Wissensstands der Teilnehmenden von Training 1

Der Vorher-Nachher-Vergleich des Lernstands zeigt für die Teilnehmenden des 2. Trainings ein abweichendes Bild (vgl. Abb. 4). Sie starten mit mehr Vorkenntnissen. Der Mittelwert der Selbsteinschätzungen des Lernstands der einzelnen Themen liegt auf der fünfstufigen Skala von 1 = *gar kein Wissen* bis *sehr gutes Wissen* bis auf wenige Ausnahmen im Bereich *wenig Wissen*

bis etwas Wissen. Nach dem Training fallen die Lerngewinne in Größenordnungen von 0,7 bis 1,7 Punkte (in einem Falle 2,7) vergleichbar aus und entspricht einem Zuwachs von 14% - 34% bzw. 54%. Im 1. Training erzielten die Teilnehmenden im Schnitt einen Lerngewinn von 1,2 (= 24%) im 2. Training betrug der Lerngewinn im Schnitt 1,3 Punkte (= 26%). Der Lernstand liegt nach dem Training fast durchweg im Bereich *gutes Wissen* (3,2 bis 4,4). Abb. 4 zeigt die Lernstände und Lernzuwächse für die vermittelten Themen des 2. Trainings.

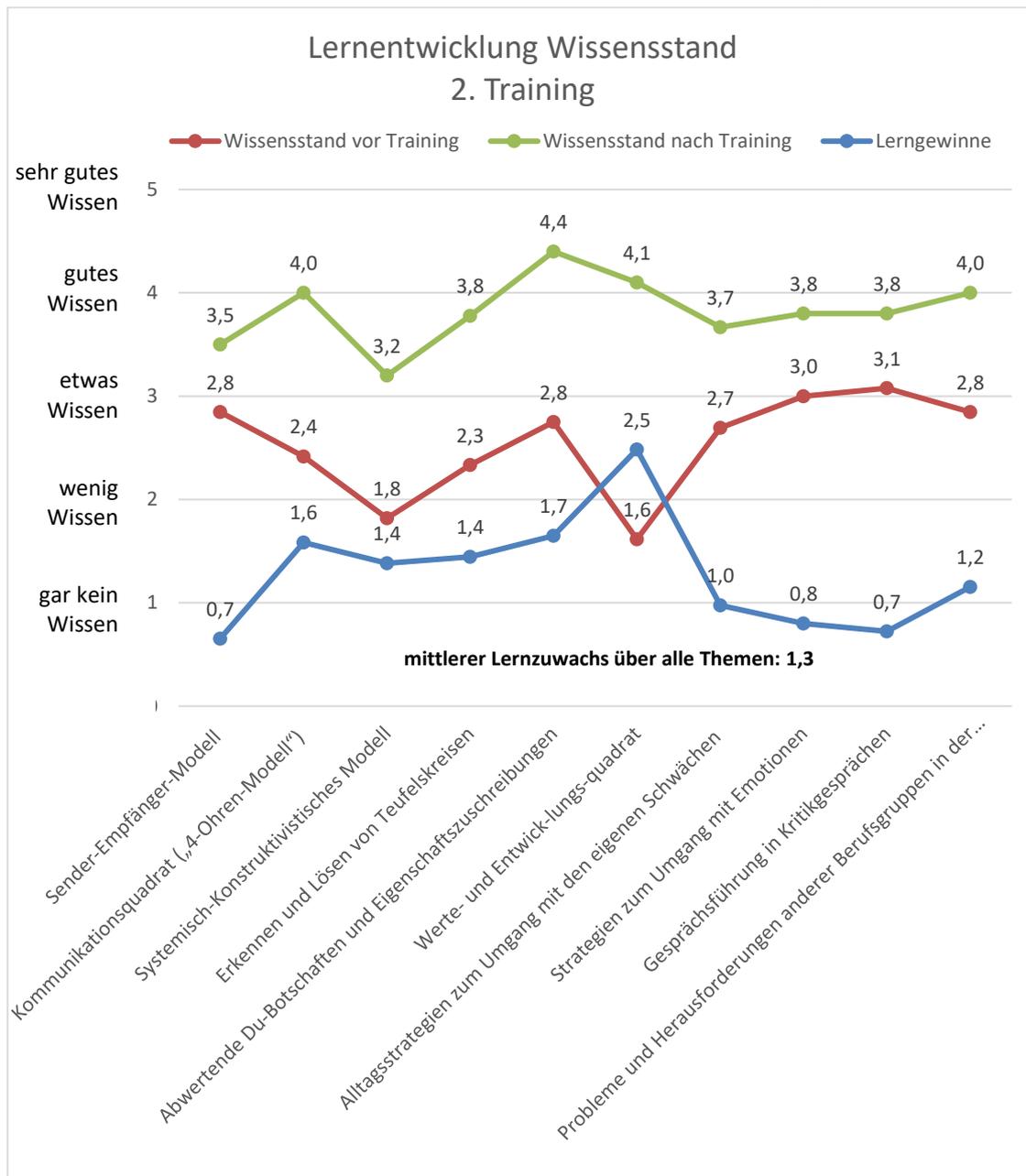


Abb. 4: Vorher-Nachher-Vergleich des Wissensstands der Teilnehmenden von Training 2

Der Vorher-Nachher-Vergleich des Lernstands in Bezug auf die Kompetenzbereiche zeigt ein ähnliches Bild für beide Trainings. Die Selbsteinschätzungen der Teilnehmenden in Training 1 zeigt, dass diese sich auf der sechsstufigen Skala von 1 = *ungenügend* bis 6 = *sehr gut* meist im Bereich *befriedigend verorten*. Nach dem Training zeigen sich Lerngewinne in der Größenordnung von 0,2 bis 1 Punkte (entspricht einem Zuwachs von 3% - 16%). Diese fallen somit geringer als im Wissensbereich aus. Der Lernstand liegt nach dem Training meist etwas unterhalb *gut* (4,2 bis 5,1). Abb. 5 zeigt die Lernstände und Lernzuwächse für die trainierten Kompetenzbereiche des 1. Trainings.

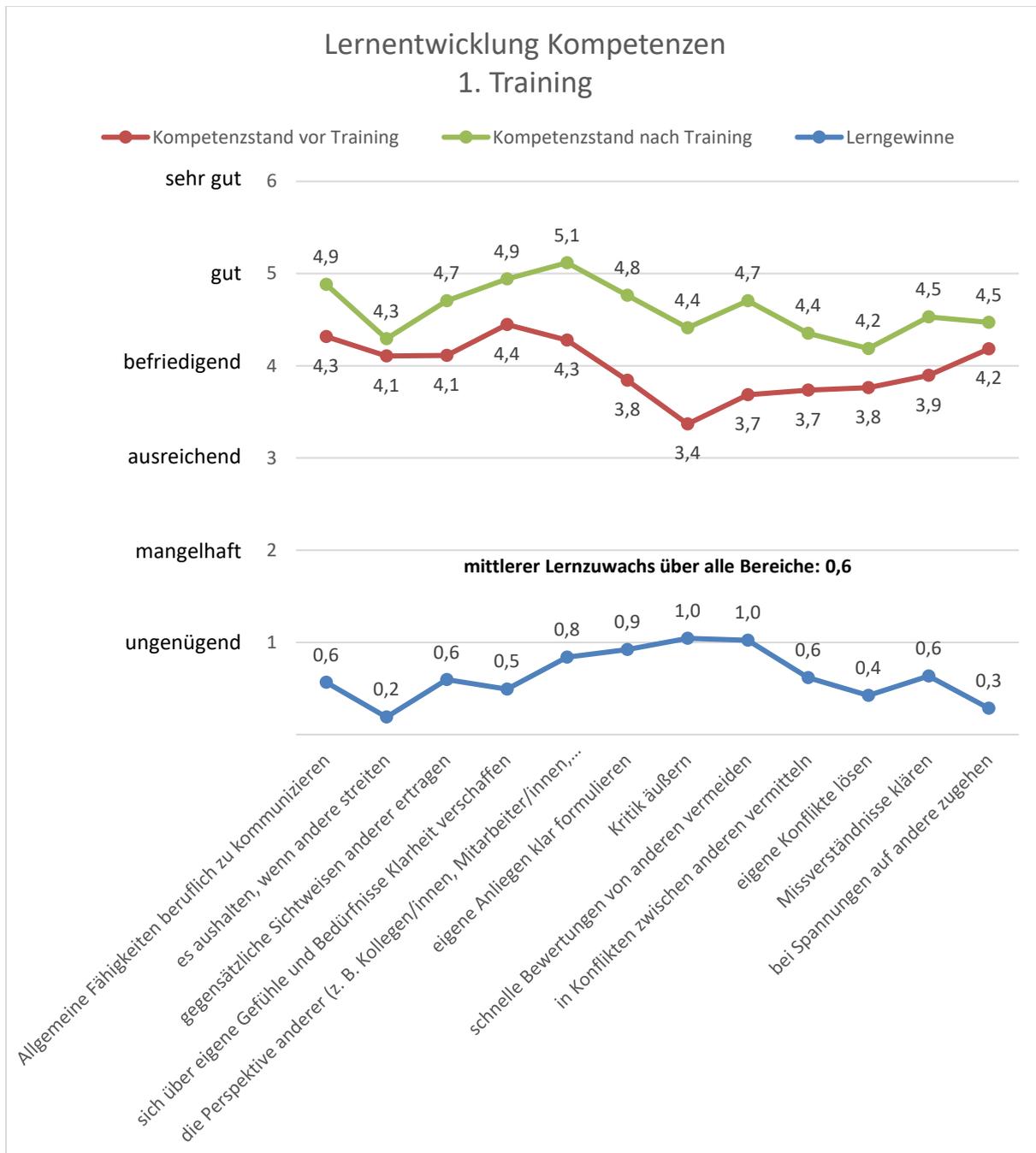


Abb. 5: Vorher-Nachher-Vergleich des Kompetenzstands der Teilnehmenden von Training 1

Der Vorher-Nachher-Vergleich des Lernstands in Bezug auf die Kompetenzbereiche zeigt für die Teilnehmenden des 2. Trainings, dass diese sich auf der sechsstufigen Skala von 1 = *ungünstig* bis 6 = *sehr gut* meist etwas besser als *befriedigend* einschätzen. Die Lerngewinne nach dem Training fallen meist mit Größenordnungen von -0,1 bis 0,7 Punkten (entspricht einem Zuwachs von 0% - 12%) klein aus. Im Schnitt fiel der Lerngewinn mit 0,3 (= 5%) Punkten nur

halb so hoch wie im 1. Training aus, bei dem die Teilnehmenden im Schnitt mit 0,6 (= 10%) Punkten einen doppelt so großen Lernerfolg angaben. Der Lernstand wurde nach dem Training in vielen Kompetenzbereichen mit *gut* (4,2 bis 5,1) bewertet. Abb. 6 zeigt die Lernstände und Lernzuwächse für die trainierten Kompetenzbereiche des 2. Trainings.

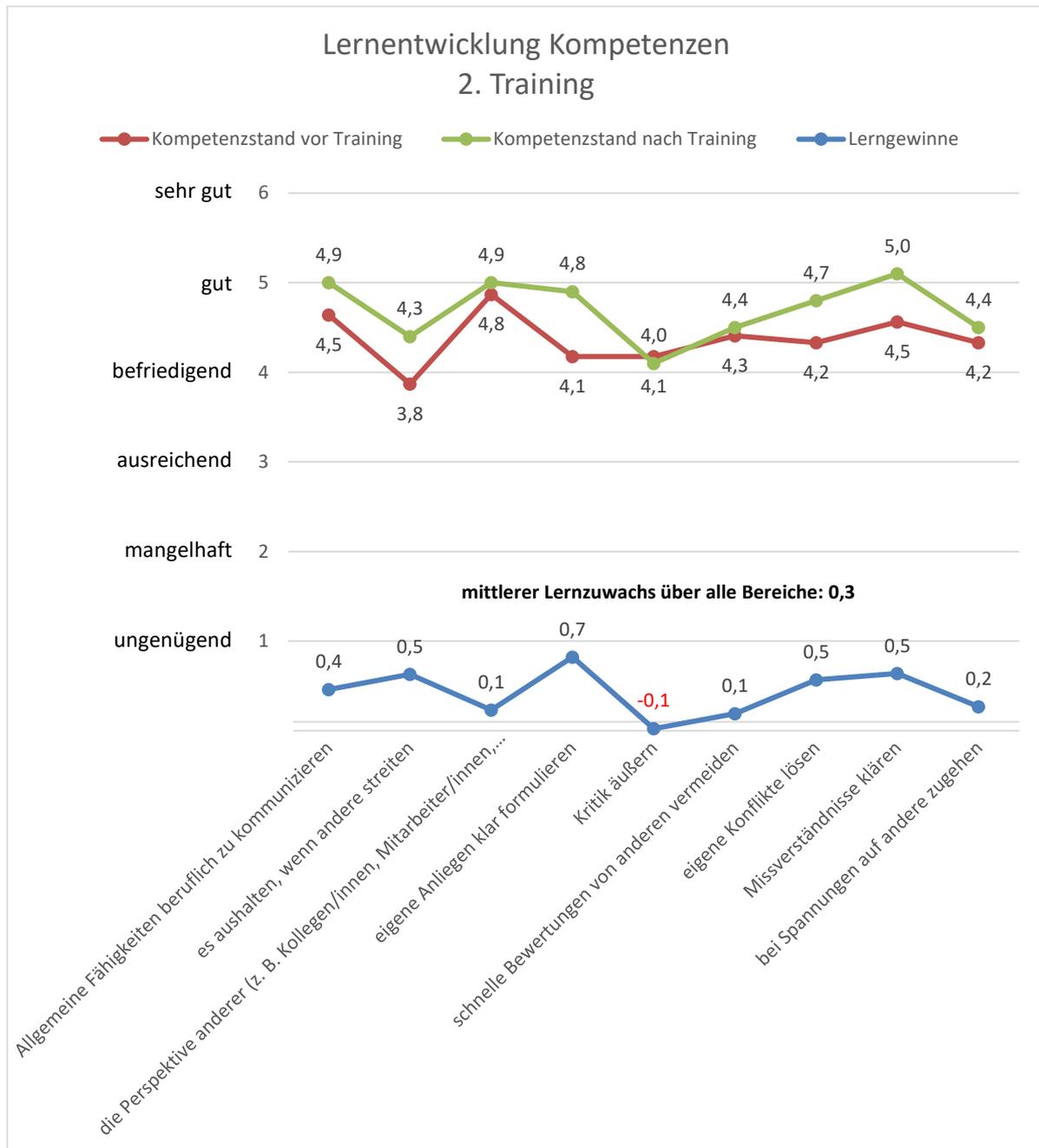


Abb. 6: Vorher-Nachher-Vergleich des Kompetenzstands der Teilnehmenden von Training 2

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Teilnehmenden im Vorher-Nachher-Vergleich der Lernstände gleichermaßen im Wissensbereich profitiert haben. Die Lerngewinne können mit 1,2-1,3 Punkte, was etwa 25% entspricht, als praxisrelevant betrachtet werden. Für den Kompetenzbereich zeigen sich deutlich kleinere Lerngewinne. Interessant ist, dass die Teilnehmenden des 1. Trainings im Vergleich der Trainingsgruppen besser abschneiden, obwohl sie diesen geringer einschätzen als die Teilnehmenden des 2. Trainings, wenn sie direkt nach ihrem Lernerfolg gefragt wurden. Dass die Lerngewinne im Kompetenzbereich deutlich geringer ausfallen, deckt sich mit der Forschungslage, nach der Kompetenzen wiederholt eingeübt werden müssen, bis sich Lernerfolge einstellen Arthur Jr., W., Bennett Jr., W., Edens, P.S. et al. (2003). Es unterstreicht somit, wie wichtig eine langfristig ausgerichtete Kompetenzentwicklung ist und dass es nicht mit einem einmaligen Üben getan ist.

Das schlechtere Abschneiden der Teilnehmenden des 1. Trainings geht möglicherweise auf unterschiedliche Faktoren zurück, wie einem Mix aus noch unausgereiften Trainingskonzept und Vorbehalte der Trainingsgruppe. Zum einen waren sie die erste Gruppe, mit denen das Konzept erprobt wurde. Die gemachten Erfahrungen flossen in die Weiterentwicklung des Trainingskonzeptes ein, von dem dann das 2. Training profitieren konnte. Darüber hinaus wird deutlich, dass die Teilnehmenden des 1. Trainings weniger Vorerfahrung mit dem Thema Kommunikation hatten. Zugleich wurde die Lernkultur als weniger offen beurteilt, was möglicherweise auf die bestehenden Konflikte im Team zurückgehen könnte. Zusammengenommen können dies mögliche Erklärungsansätze für die kritischere Beurteilung des 1. Trainings sein. Dass die Teilnehmenden des 1. Trainings gleichermaßen oder gar besser von dem Training profitieren konnten, mag die These unterstützen, dass sie allgemein kritischer oder vorsichtiger urteilen und dies einen Einfluss auf ihre Bewertung hatte.

In der Gesamtschau zeigen die Befragungsdaten, dass mit dem Trainingskonzept die Lerninhalte effektiv vermittelt werden können und diese zu messbaren Lernfortschritten führen. Die kleineren Lerngewinne im Kompetenzbereich sind positive Signale, dass erste Impulse gesetzt werden konnten, dass Erlernte auch im klinischen Alltag zu erproben und zu vertiefen. Von einem spürbaren und damit auch messbaren Einfluss auf das Risiko für Behandlungsfehler, die auf Kommunikationsfehler zurückzuführen sind, kann erst gerechnet werden, wenn sich die Kommunikations- und Kooperationskultur verändert.

Die Evaluationsdaten sind aufgrund der kleinen Stichprobe nicht verallgemeinerbar. Sie zeigen jedoch anhand der beiden Pilotfälle, die generelle Praktikabilität und Einsatzfähigkeit der Trainingskonzepte auf.

8 Ausblick

Das Projekt „Klare Kommunikation im Klinikalltag!“ hat mit dem Training ein Konzept entwickelt, das über bislang bestehende Trainingsansätze einer expliziten Strukturierung der Kommunikationssequenzen (vgl. z. B. das SBAR-Schema in Pilz S., Poimann H., Holtel M., Wiesmann A. et al., 2015, Trentham, B., Andreoli, A., Boaro, N., et al. 2010) hinausgeht. Es fokussiert auf die schwerer fassbaren Anteile der zwischenmenschlichen Kommunikation und Zusammenarbeit. Neben der eigentlichen Zielsetzung und Aufgabe des Projekts, Identifizierung kommunikativer Anforderung (vgl. [Interviewstudie](#)), Entwicklung des [Trainingskonzepts](#) sowie Transferunterstützung [Toolbox Kommunikation](#), zeigte sich im Projektverlauf, dass es mit einem reinen Angebot nicht getan ist. Solch umfassende Kommunikationsschulungen spielen in der Aus- und Weiterbildung im klinischen Kontext bislang eine nachrangige Rolle. Sie stehen mit den verpflichtenden Fach-Weiterbildungen in direkter Konkurrenz um Aufmerksamkeit, Berechtigung und knappe Ressourcen.

Es bedarf wohl noch einiger Werbung und Sensibilisierung für das Thema, bis es die Berechtigung bekommt, die ihm zusteht. Wünschenswert wäre das Thema Kommunikation in den Pflichtkanon der Weiterbildungsanforderungen der klinischen Professionen aufzunehmen. Zwei Aspekte bieten Hoffnung, dass sich mittel- bis langfristig etwas verändern könnte: So bietet sich mit der Perspektive Behandlungsfehler, respektive Patientensicherheit ein neuer Betrachtungswinkel, der dem Thema Kommunikation im klinischen Alltag mehr Berechtigung und Gewicht verleiht. Der sich verschärfende Personalmangel, der derzeit ein häufiger Grund dafür ist, dass optionale Weiterbildungen nicht angeboten werden, könnte sich in Zukunft zu einem Argument für die systematische Weiterentwicklung von Kommunikation und Kooperation im Klinikalltag wandeln. Personalmangel, Zeitdruck, Fluktuation und fehlender Mehrarbeitsausgleich führen zu teils prekären Arbeitssituation, die das Wohlbefinden und die Gesundheit bedrohen. Dies verringert die Attraktivität des Arbeitsplatzes, führt zu Unzufriedenheit, Burnout und in Folge zu Kündigungen und Job-Wechseln. Im Zusammenspiel mit dem demografischen Wandel ist zu erwarten, dass sich der Wettbewerb um qualifiziertes Personal weiter verschärfen wird und damit im klinischen Kontext, der Frage nach Arbeitgeber-Attraktivität und Mitarbeiterbindung eine zunehmend wichtigere Rolle zukommen wird. Eine strategische Entwicklung der Kommunikationskultur und konstruktiven Zusammenarbeit in Teams kann dabei einen wichtigen Beitrag leisten, die Zufriedenheit und das Wohlbefinden von Mitarbeitenden zu erhöhen.

9 Literatur

- Arthur Jr., W., Bennett Jr., W., Edens, P.S., & Bell, S.T. (2003). Effectiveness of training in organizations. A meta-analysis of design and evaluation features. *Journal of Applied Psychology*, 2(88), 234–245. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.2.234>.
- Kilburg, S., Redlich, A. (2023). *Trainingsmanual Klare Kommunikation im Klinikalltag!* Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin.
- Mayring, P. (2003) *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Nagpal, K., Vats, A., Lamb, B., Ashrafian, H., Sevdalis, N., Vincent, C., Moorthy, K. (2010). Information Transfer and Communication in Surgery. A Systematic Review. *Annals of Surgery*, 252 (2), 225–239.
- Pilz S., Poimann H., Holtel M., Wiesmann A., Weber H., Pivernetz K., Rode S. (2015). *Arbeitshilfe bessere Kommunikation 2 - SBAR als Tool zur fokussierten Kommunikation*. Köln: Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V.
- Redlich, A., Kilburg, S., Hoppe, A. (2017). *Zwischenbericht Projekt Klare Kommunikation im Klinikalltag! Bildungsbedarf: Anforderungen in der multiprofessionellen Kommunikation im Krankenhaus*. Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin.
- Redlich, A., Kilburg, S., Hoppe, A. (2018). *Zwischenbericht Projekt Klare Kommunikation im Klinikalltag! Entwicklung eines Prototypen der „Toolbox Kommunikation“ zur Unterstützung des Transfers des Gelernten in die Praxis*. Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin.
- Redlich, A., Kilburg, S., Hoppe, A. (2019). *Kommunikationsstörungen im Krankenhaus. Konfliktodynamik*, (1), 44 - 54.
- Redlich, A., Kilburg, S., Hoppe, A. (2022). *Entwicklung eines betriebsinternen Trainingskonzeptes für ärztliches und pflegendes Personal zur Optimierung der professionellen Kommunikation im Krankenhaus*. In R. Hecker (Hrsg.) *Risiko- und Sicherheitskultur im Gesundheitswesen*. Berlin: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS).
- Rosenstein, A.H., O’Daniel, M. (2005). Disruptive Behavior & Clinical Outcomes: Perceptions of Nurses & Physicians. *American Journal of Nursing*, 105 (1), 54–64.

- Rosenstein, A.H., O'Daniel, M. (2006). Impact and implications of disruptive behavior in the perioperative arena. *Journal of the American College of Surgeons*, 203 (1), 96–105.
- Schrappe, M., Lessing, C., Albers, B., Conen, D., Gerlach, F., Hart, D., Grandt, D., Jonitz, G., Lauterberg, J., Loskill, H., Rothmund, M. (2007). *Agenda Patientensicherheit 2007*. Witten: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
- Smetzer, J.L., Cohen, M. R. (2005). Intimidation: Practitioners speak up about this unresolved problem. *Journal on Quality and Patient Safety*, 37 (10), 594–599.
- Trentham, B., Andreoli, A., Boaro, N., Velji, K., Fancott, C. (2010). *SBAR: A Shared Structure for Effective Team Communication*. Toronto: Toronto Rehab.
- Wassermann, M., Hoppe, A., Reis, D., von Uthman, L. (2014). Sinnstiftung als persönliche Ressource bei Altenpflegekräften: Zu direkten und moderierenden Effekten von Sinnstiftung auf emotionale Erschöpfung und Vitalität. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 58 (2), 1–13.
- Witzel, A., Reiter, H. (2012). *The Problem-centred Interview*. Los Angeles: Sage.