

ALEXANDER REDLICH | HAMBURG

SASCHA KILBURG | HAMBURG

ANNEKATRIN HOPPE | HAMBURG

# Kommunikationsstörungen im Krankenhaus

## Zusammenfassung

In einer explorativen Studie wurden »schwierige Gesprächssituationen« in Interviews mit über 100 Ärzten, Pflegenden und Mitgliedern weiterer Berufsgruppen erhoben und inhaltsanalytisch ausgewertet. Ergebnis ist ein Kategoriensystem, das konfliktbegünstigende Kommunikationsstörungen wiedergibt. Es identifiziert relevante Merkmale dieser Störungen, ihre Rahmenbedingungen sowie die sozio-emotionalen Prozesse, die sich in den Köpfen der Beteiligten abspielen. Dabei handelt es sich oft um Störungen in der Kommunikation zwischen zwei Personen oder kleinen Gruppen, die in der Zusammenarbeit auftreten und sich über längere Zeit zu Beziehungskonflikten verfestigen können. Darüber hinaus zeigen sich spezifische Kommunikationsstörungen zwischen Berufsgruppen und Beschäftigten unterschiedlicher Hierarchiestufen. Der Fokus dieser Studie liegt ausschließlich auf Kommunikationsstörungen und betrachtet somit negative Ereignisse und menschliches Fehlverhalten, die mit Stresserleben, Frustration und Kontrollverlust einhergehen können. Es sollte dabei jedoch nicht vergessen werden, dass in Krankenhäusern millionenfach erfolgreiche Heilungen auf hohem Leistungsniveau durch hochmotivierte multiprofessionelle Teams erbracht werden.

## Schlüsselbegriffe

Kommunikation, Krankenhaus, Kommunikationsstörungen, Konflikt, Risiko, Erleben, Beziehungskonflikt, Patientensicherheit

## Einführung: Kommunikationsstörungen fördern Konflikte und erhöhen Risiken

In der überfüllten neurologischen Station einer Klinik klingelt das Telefon: Die Stationsleitung der Intensivstation braucht dringend Platz und will einen Patienten an die Station übergeben. Die Krankenpflegerin lehnt die Aufnahme ab, weil die Neurologie schon mehr Patienten als erlaubt hat. Dennoch ist 15 Minuten später der Patient da und mit ihm der leitende Arzt der Intensivstation. Die Stationsleitung der Neurologie sperrt sich gegen die Aufnahme, bis der Oberarzt sich schließlich durchringt, das Gespräch abzubrechen: »Sie nehmen ihn jetzt auf. Ende der Diskussion.« Zähneknirschend macht sie sich an die aufwendige Aufgabe, den Patienten unterzubringen.

Das Beispiel stellt die Beteiligten vor kommunikative Herausforderungen. Auch wenn die schwierige Situation strukturelle Ursachen (Zeit-, Ressourcen- und Personalmangel) hat und nicht zur Zufriedenheit aller lösbar ist, sollten sie so miteinander kommunizieren, dass sich ihre Arbeitsbeziehungen nicht verschlechtern. Wenn Stresssituationen oft so ablaufen, sind nicht nur die Beziehungen zwischen den Beteiligten tangiert. Es kann auch zu einer – latenten oder offenen – Konflikteskalation zwischen den Professionen und Stationen kommen. »Arrogante

Intensiv« und »träge Pflege« sind Beispiele für (verdeckte) Stereotype.

Missverständnisse, geringer Informationsfluss, zwischenmenschliche Beziehungsstörungen und Verhärtung von Konflikten haben oft einen negativen Einfluss auf die Qualität und die Zügigkeit von Arbeitsprozessen. In Krankenhäusern bestimmen multiprofessionelle Teams den klinischen Alltag. Sie stehen vor hohen kommunikativen Herausforderungen, da verschiedene Professionen arbeitsteilig zusammenarbeiten. Sie bringen ihre Expertise ein und müssen unterschiedliche Zielsetzungen über Hierarchien hinweg aushandeln, um abgestimmt zu handeln. Organisationale und systemische Rahmenbedingungen wie Kosten- und Zeitdruck, Personalmangel, unklare Zuständigkeiten oder Verantwortungsdiffusion begünstigen dabei die Entstehung und Verschärfung von Kommunikationsstörungen. Auch das professionelle Selbstverständnis der Berufsgruppen ist unterschiedlich. Daraus resultieren Werte- und Sinnkonflikte, die die Zusammenarbeit zusätzlich erschweren. Störungen der Kommunikation bergen dabei existenzielle Risiken für Patienten.

Unter »Kommunikation« verstehen wir verbale und nonverbale Äußerungen, in denen Sachverhalte, Beziehungsregelungen, Handlungsappelle und subjektives Erleben ausgetauscht werden (Schulz von Thun, 1981). Wir sprechen von einer »Kommunikationsstörung«, wenn sich eine Person von

Aussagen einer anderen gestört fühlt und diese Störung nicht unmittelbar ausgeräumt wird. Gestörte Kommunikation ist nicht objektiv feststellbar, sondern entsteht subjektiv zwischen den Beteiligten, wenn sie Aussagen anderer missverstehen oder – offen oder verdeckt – ihre Wahrheit, Wirksamkeit, Annehmbarkeit oder Ehrlichkeit bestreiten (vgl. Redlich, 2012, S. 62 ff.).

Mit »Konflikt« bezeichnen wir andauernde oder wiederholt auftretende Interaktionen zwischen Personen (oder Gruppen), in denen sich eine Person durch eine andere Person in ihrem Denken, Fühlen oder Handeln beeinträchtigt erlebt (vgl. Glasl, 2013, S. 24). »Beziehungskonflikte« sind somit Streitigkeiten über Beziehungsregelungen, die als unannehmbar erlebt werden. »Risiko« meint »die Möglichkeit eines Schadens oder Verlustes als Konsequenz eines bestimmten Verhaltens oder Geschehens« (www.risknet.de). Ein Risiko für Patienten ist die erhöhte Wahrscheinlichkeit einer Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit oder die Verringerung der Heilungschancen.

Ziel dieser Studie ist die Entwicklung eines Kategoriensystems, das risikorelevante Kommunikationsstörungen in Krankenhäusern in handlungsleitende Begriffe gliedert. Sie ist zugleich eine Bedarfsanalyse für Kommunikationstrainings in Krankenhäusern zur Verringerung von Behandlungsrisiken und Förderung der Teamarbeit. Die Kategorien dienen zur Beschreibung kommunikativer Anforderungssituationen, die als Lernziele und -inhalte in zukünftige Trainingskonzepte eingehen können.

## Theoretischer Hintergrund

Studien aus den USA zu »Silent Treatment« (Maxfield/Grenny/Lavandero/Groah, 2011) benennen Regelverstöße,

Inkompetenz und Respektlosigkeit als wichtigste Risikofaktoren, über die oft Stillschweigen herrscht. Sie zeigen sich in kommunikativen Verhaltensweisen, die Konflikte begünstigen. So gehört Kommunikation zu den wichtigsten Einflussgrößen auf die Patientensicherheit (The Joint Commission, 2017).

Auch in Deutschland stellen Kommunikationsmängel des Personal die am häufigsten genannte Ursache für kritische Geschehnisse in der Patientenversorgung dar (Antoni, 2010). Danach sollen ca. zwei Drittel der Therapie-

Aus *Sicht der Pflegekräfte* ist rücksichtsvolles Verhalten für eine gelingende Kommunikation förderlich, während aggressives Verhalten die Zusammenarbeit behindert (Coeling/Cukr, 2000). Dasselbe gilt für überhebliche und geringschätzende Verhaltensweisen (Ospelt, 2015) sowie Kurzangebundenheit. In der Wahrnehmung von Pflegekräften und Ärzten bringen manche Ärzte negative Emotionen in respektlosen Aussagen zum Ausdruck (Cook/Green/Topp, 2001). Dazu gehören herablassendes, ironisches und de-

Wir sprechen von einer »Kommunikationsstörung«, wenn sich eine Person von Aussagen einer anderen gestört fühlt und diese Störung nicht unmittelbar ausgeräumt wird.



verzögerungen/-schäden auf Kommunikationsfehler zurückzuführen sein.

Mit einer Metaanalyse untermauern Nagpal et al. (2010), dass mangelnder Informationsfluss und Kommunikationsfehler zu einer schlechteren Patientenversorgung führen (s.a. Lackner/Moecke/Burghofer, 2013). Kommunikationsdefizite sind nach Aussagen von 26 Assistenzärzten in 91% der Fälle Verursacher von medizinischen Irrtümern, Patientenbeeinträchtigungen und Todesfällen (Sutcliffe/Lewton/Rosenthal, 2004). Auch Hansis (2001) führt Behandlungsfehler und -verzögerungen bei einem Viertel der untersuchten Fälle auf Kommunikationsprobleme im Team zurück.

Kommunikationsstörungen werden primär den Professionen und der Hierarchie angelastet: Hibbeler (2011) konstatiert, dass Pflegekräfte vor allem mangelnde Wertschätzung durch die Ärzte beklagen und sich mit Beziehungskonflikten konfrontiert sehen, während Ärzte eher Sachkonflikte erleben und vor allem Zeitdruck als Ursache von Konflikten angeben.

mütigendes Verhalten (Manderino/Berkey, 1997). Smetzer/Cohen (2005) weisen darauf hin, dass herabsetzendes Kommunikationsverhalten von Ärzten Informationsverringern zur Folge hat und dadurch unklare Behandlungsanweisungen und Missverständnisse nicht aufgeklärt werden. Pflegekräfte halten dann ihre Meinung zurück (Nelson/King/Brodine, 2008) und verlieren Respekt und Vertrauen (Tang/Chan/Zhou/Liaw, 2013). Somit werden Defizite in der Informationsweitergabe zu einem andauernden Problem (Picker Report, 2015), was in der Folge den Behandlungserfolg gefährdet.

Aus der *Sicht des ärztlichen Personals* stehen das Ignorieren oder Vergessen von Anweisungen sowie – im Extremfall – der Boykott von Anweisungen durch Pflegekräfte im Vordergrund. Darüber hinaus nehmen Ärzte an, dass Pflegekräfte gelegentlich Informationen zurückhalten. Dies wird einzelnen Pflegekräften, aber auch der gesamten Berufsgruppe zugeschrieben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der Kommunikation eine

Schlüsselfunktion für die Qualität der Teamleistung liegt (Badke-Schaub/Hofinger/Lauche, 2011), von der die Sicherheit für Patienten (Hofinger, 2011) und indirekt auch der wirtschaftliche Erfolg eines Krankenhauses abhängen. Denn gelungene Kommunikation zwi-

1. Welche *schwierigen Gesprächssituationen* begegnen Ihnen im Klinikalltag? Hier werden zunächst typische Situationen gesammelt. Die befragte Person wird dann angeleitet, ein bis zwei Situationsabläufe genau zu beschreiben.

Das Alter variiert von 22 bis 65 Jahren. Die Befragten gehören vielen Fachrichtungen an und sind mindestens ein Jahr berufstätig.

### Ergebnisse: Kommunikationsstörungen, ihre Kontextbedingungen und begleitenden inneren Prozesse

Die Aussagen zu schwierigen Kommunikationssituationen lassen sich nach Kommunikationsstörungen, ihren Kontextbedingungen und begleitenden inneren Prozessen gliedern (s. Abb.1). *Ungünstige Kontextbedingungen* begleiten und begünstigen Kommunikationsstörungen, bewirken sie aber nicht zwingend. *Innere Prozesse* sind Gefühlszustände und Gedanken der Befragten, die sich in ihren inneren Teams zeigen. *Kommunikationsstörungen* sind vier Hauptkategorien zugeordnet: (1) unzureichender Informationsaustausch, (2) geringschätzende Äußerungen, (3) Missachtung von Regeln, Absprachen und Anweisungen und (4) konfliktverschärfende Dynamik. Jede enthält Subkategorien, die z.T. in der Literatur genannt, z.T. aus den Aussagen entwickelt sind.

Die Hauptkategorien der Kommunikationsstörungen sind übereinander angeordnet, wobei die oberste Kategorie »Konfliktverschärfende Dynamik« nach unserer Einschätzung meist das größte Konfliktpotenzial und die unterste Kategorie »Unzureichender Informationsaustausch« das geringste enthalten. Die im mittleren Bereich angesiedelten Störungen »Geringschätzende Äußerungen« und »Missachtung von Regeln, Absprachen oder Anweisungen« weisen entsprechend mittleres Konfliktpotenzial auf. Die Hauptkategorien sind mit Pfeilen versehen, die symbolisieren, dass das Konfliktpotenzial der Subkategorien von links nach rechts zunimmt.



### Schwierige Kommunikationssituationen lassen sich nach Kommunikationsstörungen, ihren Kontextbedingungen und begleitenden inneren Prozessen gliedern.

schon Beschäftigten im Krankenhaus verbessert nicht nur die Patientenversorgung, sondern wirkt sich auch positiv auf das Wohlbefinden und das Arbeitsengagement von Pflegekräften aus (Wassermann/Hoppe/Reis/von Uthmann, 2014; vgl. auch Reader/Flin/Mearns/Cuthbertson, 2007).

### Erhebung und Auswertung: problemzentrierte Interviews mit Krankenhauspersonal

Diese Studie gründet sich auf Aussagen von ärztlichem, pflegendem und anderem mit Patienten arbeitenden Personal. Dabei werden kritische Ereignisse nach Flanagan (1954) in Interviews erhoben. Als Methode eignen sich hierfür problemzentrierte *Interviews* (Witzel, 2000). Überdies wird das innere Erleben erhoben (s.u.).

Die Interviews<sup>1</sup> dauern 60 bis 90 Minuten und verfolgen zwei Fragen:

2. Wie haben Sie die Situation *innerlich erlebt*? Dazu wird den Befragten das Modell des Inneren Teams (Schulz von Thun, 1998) so erläutert, dass sie ihre inneren Teammitglieder beschreiben können (s. Abb. 2 u. 3).

Die *Auswertung* erfolgt mit einer vereinfachten Variante der Inhaltsanalyse nach Mayring (2003). Zunächst werden die Aussagen in sprachliche Einheiten zerlegt, die das störende Geschehen beschreiben. Dies sind einzelne Sätze (»X sagte in beleidigtem Ton: ‚Das mache ich nicht.‘«), Satzteile (»... und dann kam nur ein kurzes ‚Basta‘«) oder kurze Interaktionen (»Y war offenbar unsicher und ich wollte ihr mit meinem Vorschlag helfen. Sie nahm das als Bevormundung und war beleidigt.«) Diese Einheiten werden deduktiv einzelnen Kategorien zugeordnet, die aus der Literatur stammen. Nicht zuzuordnende Aussagen regen induktiv neue Kategorien an. Innere Prozesse sind durch innere Teammitglieder repräsentiert.

Die *Befragten* sind 30 (3) Ärztinnen und 21 (8) Ärzte sowie 8 (2) Pfleger und 47 (5) Krankenpflegerin, Therapeutinnen, Hebammen usw. aus verschiedenen Stationen von 36 Kliniken (Zahlen der Leitungen in Klammern).

<sup>1</sup> Die Interviews wurden teilweise durch Studierende im Rahmen von Abschlussarbeiten durchgeführt und ausgewertet: Schierholz (2016), Wörmcke (2016), Freihausen-Biastoch (2016), Wollschläger (2016), Bayram (2017), Meinders (2017), Syawash (2017), Schmidt (2018). Wir sind ihnen sehr dankbar. Überdies danken wir unbekannterweise den Personen, die diesen Text begutachtet haben, für die zahlreich hilfreichen Hinweise.

**Kommunikationsstörungen**

Im Folgenden werden die Haupt- und Subkategorien erläutert (s. Abb. 1).

**Unzureichender Informationsaustausch ...**

... betrifft einen Mangel im gegenseitigen Informieren. Dabei ist keine Absicht vorhanden, die Kooperationspartner zu behindern. Kurzangebundenheit und mangelnde Informationsweitergabe treten relativ oft auf. Die anderen Subkategorien sind nur vereinzelt genannt.

**Sprachliche Missverständnisse** (Pflegerin<sup>2</sup>: »Persönliche Fragen der Pflegekraft an den Patienten interpretierte der Arzt als ‚Aushorchen‘ und rügte sie deshalb«) bezeichnen bloßes Missverstehen – akustisch oder durch die Fehldeutung einer Mitteilung. Es steckt wohl keine Absicht dahinter.

**Kurzangebundenheit** (Pflegerkraft über Arzt: »Er hat gesagt: ‚Ich möchte jetzt nicht mehr mit Ihnen diskutieren‘«) bedeutet, dass eine Aussage nicht hinreichend erläutert wird. Dabei geht es oft um Anweisungen von höhergestellten Personen an Untergebene, aber auch zwischen Gleichgestellten und »nach oben«. Die Interviewten unterstellen keine böse Absicht, erleben Kurzangebundenheit aber als »nicht ernst nehmen«. Diese auf eine effiziente Aufgabenbewältigung ausgerichtete Form der Kommunikation ist häufig anzutreffen und stellt (noch) keine Beziehungsstörung an sich dar.

Bei **mangelnder Informationsweitergabe** (Arzt: »Ärzte der anderen Station wussten nichts von der Verlegung einer Patientin, da keinerlei Absprache zwischen den Stationen [stattgefunden

hatte]<sup>3</sup>«) wird eine Information nicht korrekt oder rechtzeitig weitergegeben. Diese Kategorie beschreibt ein Versäumnis. Sie enthält keine Annahmen einer absichtlichen Schädigung oder Beziehungsstörung.

**Unzureichende Arbeitsanweisungen** betreffen eine unzureichende oder sogar fehlende Formulierung der Aufgabenstellung (Pflegerin: »Die Medi-

kamentierung wird oft vergessen zu übertragen. Und da muss man [als Schwester] schon gucken, dass das [...] weitergeführt wird«); also ebenfalls Versäumnisse. Hier ist das Risiko für die Patientengesundheit offensichtlich.

**Ignoranz** gehört noch zum unzureichenden Informationsaustausch, umfasst jedoch den Vorwurf einer bewussten Handlung, die eine Beziehungsstörung in Kauf nimmt (Ärztin: »dass sie in der Übergabe nicht gut zugehört und [die Ursache des Patientenverhaltens] nicht verstanden hat«).

<sup>3</sup> Bei Zitaten sind in eckigen Klammern Worte oder Auslassungen von den Autoren eingefügt, die das Zitat schriftsprachlich verständlicher machen, ohne die inhaltliche Aussage zu verändern.

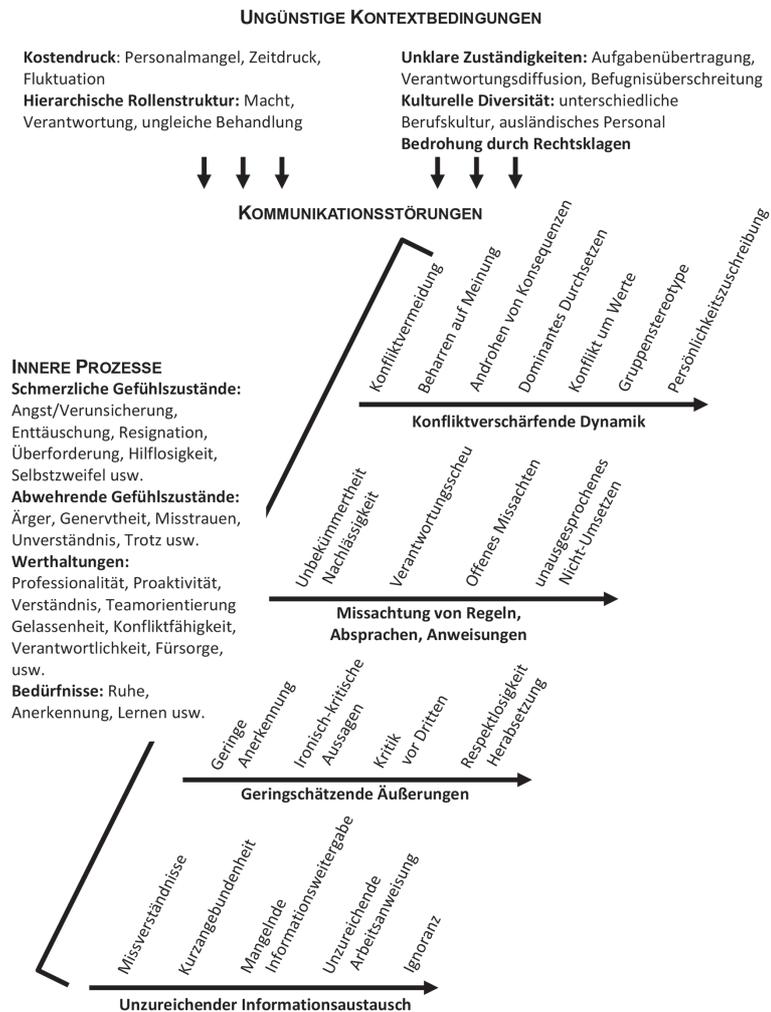


Abb. 1: Kommunikationsstörungen, ihre Kontextbedingungen und begleitenden inneren Prozesse

### Geringschätzende Äußerungen ...

... sind vereinzelte Verhaltensweisen, die eine identitätsschädigende Komponente enthalten. Eine Verletzung des Selbstbilds des Adressaten wird dabei in Kauf genommen. Es handelt sich nicht um einen andauernden Konflikt. Die Kritik vor Dritten und respektlos-herabsetzende Aussagen treten als häufigste Vertreter dieser Kategorie auf.

Unter *geringe Anerkennung* (Pfleger: »Wenn man ignoriert wird, dann hat man ein Lob erhalten«) finden sich Interviewaussagen, die die mangelnde Beachtung der beruflichen Leistung oder persönlichen Identität benennen. Dies ist die schwächste Form von Geringschätzung, macht aber die Bewältigung von Sachkonflikten schwieriger.

*Ironisch-kritische Äußerungen*, die die Kritik an anderen ins Gegenteil verkehren, indirekt oder mit (bissigem) Humor formuliert sind, sind persönlich verletzend und schwer deutbar (Pflegerin: »der [...] hat mich da ziemlich zusammengefaltet: Ob ich mein Examen im Lotto gewonnen hätte«). Mit diesen Äußerungen umzugehen ist schwierig, weil sich die ironische Person leicht einem ernsthaften Gespräch entziehen kann.

*Kritik vor Dritten* (Pflegerin: »Der Arzt putzte [X] dann runter vor dem Patienten«): Kritik an einer Person in Gegenwart von weiteren Personen trägt zu einer Verschlechterung der Beziehung bei, wenn sie wiederholt abläuft und nicht geklärt wird. Es stellt sich die Anforderung, sowohl für sich angemessen als auch für die kritisierende Person gesichtswahrend zu reagieren.

*Respektlose und herabsetzende Aussagen* verletzen und bedrohen die Identität der angesprochenen Personen direkt (Pfleger: »Tadel kann man das noch nicht mal nennen. Das war ja schon eine Erniedrigung in dem Moment«). Sie können sich beziehungsstörend und damit konflikteskalierend

sowie persönlich destabilisierend und krankmachend auswirken. Treten Herabsetzungen häufig auf, gefährden sie das Betriebsklima und die Funktionsfähigkeit des Teams, was als risikobegünstigend gilt.

### Missachten von Regeln, Absprachen oder Anweisungen ...

... bezeichnet eine bewusste Nichtumsetzung von allgemeinen Regeln, individuellen Absprachen oder Anweisungen von Vorgesetzten. Alle drei sind Kern der Kooperation von Teams und beeinflussen die Arbeitsqualität. Ihre Nichtumsetzung kann schwere Folgen haben, geht teils mit Pflichtverletzung einher und kann zu Verantwortlichkeitskonflikten führen. Unbekümmertheit/Nachlässigkeit, offenes Missachten/Widerspruch und unausgesprochenes Nichtumsetzen wurden häufiger genannt, Verantwortungsscheu selten. Diese Kategorie erfordert eindeutige Kritik in ernsthafter Form und ggf. klare Konsequenzen. Man könnte denken, dass es hier um Dienstpflichten geht, die einfach durchgesetzt werden müssen und keine kommunikativen Kompetenzen im Sinn von Verständigung erfordern. »Kommunikativ« bedeutet aus unserer Sicht nicht nur verständigungsorientiert (»nett«). Auch eine scharf formulierte Anordnung ist Kommunikation und muss gelernt werden. Diese Situationen stellen also kommunikative Herausforderungen an die Beteiligten und können ggf. die Kommunikation disziplinarischer Maßnahmen erfordern.

*Unbekümmertheit/Nachlässigkeit* (Ärztin über Pflegekraft, die bei der Visite nicht aufgepasst hat: »[...] eine Nachlässigkeit würde ich ihr unterstellen«): Dies ist eine relativ schwache Regelmissachtung. Sie beruht auf einer anderen Prioritätensetzung, Vergesslichkeit oder ähnlicher Gründe.

Als *Verantwortungsscheu* wird bezeichnet, wenn sich Personen einer möglichen Verantwortung entziehen, während andere diese Erwartung an sie stellen. (Pflegerin: »Patient ist kollabiert [...] Wer macht was? Und wenn da niemand dabei ist, [der sagt:] ‚So, das und das mache ich‘, dann ist halt Durcheinander und in einem Durcheinander verliert der Patient entscheidende Minuten«). Alle stehen vor der Anforderung, die Initiative zu ergreifen und dafür zu sorgen, dass jemand Verantwortung übernimmt.

*Offenes Missachten* (Ärztin: »... eine Pflegerin [hat] ein verordnetes Medikament unter einem fadenscheinigen Grund einem Patienten nicht verabreicht«) meint das zielgerichtete und ausgesprochene Nichtumsetzen einer Regel, Absprache oder Anweisung im Bewusstsein der damit verbundenen Risiken und Konflikteskalation.

*Unausgesprochenes Nichtumsetzen* (Pfleger: »Andere versuchen (...) die Vorsicht außer Acht zu lassen: z.B. Blutkonserven [...] ohne eine Kreuzprobenbestimmung anzuhängen«) bezeichnet das bewusste Nichtumsetzen einer Regel, Absprache oder Anweisung, ohne dies zu benennen oder offen zu widersprechen. In dieser Aussage sollte angedeutet sein, dass es im vollen Bewusstsein der damit verbundenen Risiken stattfindet.

### Konfliktverschärfende Dynamik

Während »geringschätzendes Verhalten« auf einzelne Äußerungen abhebt, geht es bei einer konfliktverschärfenden Dynamik um andauernde Interaktionsmuster, die auf bereits vorhandenen Beziehungsstörungen beruhen. Die entsprechenden Interviewaussagen beinhalten also eine zeitliche Erstreckung.

Am häufigsten werden Kommunikationsstörungen genannt, die als

Konfliktvermeidung und dominante Durchsetzung ohne Diskussion verstanden werden. Die anderen Kategorien beruhen auf wenigen Aussagen.

*Konfliktvermeidung* (Pflegerin: »Dabei geht es ihm [...] darum, einen Riesenstreit zu vermeiden«) hat meistens eine konfliktaufschiebende Funktion und führt häufig dazu, dass sich negative Gefühle aufstauen, sich in anderen Auseinandersetzungen unerschwellig negativ auswirken oder explosiv zum Ausbruch kommen. Hier werden Aussagen eingeordnet, bei denen eine Person offensichtlich einer Auseinandersetzung aus dem Wege geht oder die Situation harmonisierend abschwächt. Oft vermeiden alle Beteiligten den Konflikt unausgesprochen.

*Beharren auf eigener Meinung* (Ärztin: »[...] dass X das, was Y sagt, nicht gelten lässt, sondern sofort abwehrt«): Kommunikation lebt davon, dass die Kommunikationspartner zuhören, ihre Gesprächspartner mit ihren Begründungen beachten und aus ihren Gesprächen lernen. Beharren auf der eigenen Meinung macht Kommunikation überflüssig und wird von Gesprächspartnern als mangelnde Würdigung und Zurückweisung erlebt.

Wenn Kooperationspartner einander mit der *Androhung unangenehmer Konsequenzen* begegnen, kann davon ausgegangen werden, dass sich hier gerade ein Konflikt aufschaukelt. (Pfleger: »Um den Arzt [zum Kommen] zu motivieren, droht sie ihm, ihn jede halbe Stunde anzurufen und ihn zu wecken, bis er kommt. Es ist ihre Art mit den Ärzten umzugehen, die nicht kommen wollen«). Androhungen von Konsequenzen werden oft als Beziehungsstörungen erlebt und sind Zeichen eines vorhandenen oder aufkommenden Beziehungskonfliktes.

*Dominante Durchsetzung ohne Diskussion* (Pflegerin: »Die Ärztin fühlt sich persönlich angegriffen und drückt ihre Entscheidung [über die Dosierung] do-

minant durch. Die verzweifelte Schwester verabreicht die vorgeschriebene Medikation. Daraufhin kollabiert die Patientin, weil es wirklich zu viel war«): Unbegründete Machtdurchsetzung wird immer wieder als eine zentrale Kommunikationsstörung angeführt, die durch das hierarchische Krankenhaussystem gefördert wird. Dies wird auch in der vorliegenden Studie von Pflegekräften oft beschrieben, gelegentlich auch vom ärztlichen Personal.

*Konflikt um Werte* (Pflegerin berichtet von einer Auseinandersetzung auf der Station um das Abschalten lebenserhaltender Maßnahmen bei einem sehr alten Patienten mit starken Schmerzen und ohne Chancen darauf, den Verfall aufzuhalten und drückt ihre Position aus: »Es verlängert das Leid des Patienten doch nur unnötig«): Unter dieser Kategorie lassen sich Aussagen anführen, die unterschiedliche Werte benennen, die die Beteiligten vertreten und an denen sie ihre kon-

boden dauerhafter Konflikte gesehen werden. Neben typischen Stereotypen über die pflegenden und ärztlichen Berufsgruppen wurden des Öfteren auch nationale (zu sprachlich eingeschränkten ausländischen Ärzten), erfahrungs- (z.B. »Anfänger«) oder statusbezogene Stereotype (»Chefarztallüren«) genannt.

*Negative Persönlichkeitszuschreibungen* sind dadurch gekennzeichnet, dass eine Person einer anderen eine unannehmbare Eigenschaft – oft dumm, krank oder böse – so zuschreibt, die sie diese ihrer Persönlichkeit zurechnen muss und sich deshalb erheblich in ihrer Identität angegriffen fühlt. Sie bergen Risiken (Arzt: »Ich habe das nicht ernst genommen, weil gerade diese Krankenschwester immer irgendeinen Patienten hat, dem es nicht gut geht«). Werden solche Eigenschaftszuschreibungen negativ etikettierend zum Ausdruck gebracht (z.B. »hysterische Schwester«), ist eine Beziehungsstörung wahrscheinlich. Erst-

»Kommunikativ« bedeutet nicht nur verständigungsorientiert (»nett«). Auch eine scharf formulierte Anordnung ist Kommunikation und muss gelernt werden.



flikthaften Handlungen orientieren. Wertvorstellungen sind grundlegende Elemente der eigenen Identität und der Eigengruppenidentität. Prallen Wertvorstellungen aufeinander oder wird einer Person die Verletzung gemeinsamer Werthaltungen vorgeworfen, ist ein Konflikt absehbar, der sich schnell auf das Team ausbreiten kann.

*Gruppenstereotype* (»Weibliche Ärzte sind extremer als die männlichen, halten die Schwestern eher mal für ‚kleine Dummchen‘«). Aussagen über negative Eigenschaftszuschreibungen zu einer Berufsgruppe oder anderer Gruppen betrachten wir als *berufliche Stereotype*, die nicht selten als Ausdruck und Nähr-

malige Etikettierungen kann die betroffene Person direkt zurückweisen. Bei stabilen negativen Zuschreibungen braucht es oft externe Hilfe.

### Ungünstige Kontextbedingungen

Die in der Literatur genannten Bedingungen, die Störungen begünstigen, werden in den Interviews weitgehend bestätigt. Die häufigsten Kontextbedingungen sind Kostendruck, hierarchische Rollenstruktur und unklare Zuständigkeiten. Darüber hinaus werden interkulturelle Diversität und Bedrohung durch Rechtsklagen genannt.

Nahezu jede befragte Person nennt Kostendruck, weil er personelle Unterbesetzung verursacht und zu einem hohen Arbeitspensum, Zeitdruck und Überlastung führt (Arzt: »Und das Personal ist dementsprechend nicht so da. Dadurch bleibt einfach weniger Zeit für Kommunikation«). Starke Personalfuktuation verstärkt diesen Faktor, da die Einarbeitung neuer Mitarbeiter Zeit braucht, die woanders fehlt.

*Hierarchische Rollenstruktur* (Pflegerin: »Bei der Supervision [...] meint die Oberärztin, sie bräuchte keine Supervision. So ist es immer nur das Pflegepersonal, das teilnimmt, nicht aber die Ärzte«): Hierarchie zeigt sich in Strukturen, die Macht durch fachliche Verantwortlichkeit begründen. Ärzte stehen ständig unter Zeitdruck und müssen sich auf das medizinische Problem konzentrieren, um existenzielle Entscheidungen fundiert zu treffen. Diese Grundüberzeugung wirkt sich als hierarchische Kultur »der schnellen Entscheidungen ohne Diskussion« aus – mit Vor- und Nachteilen.

*Unklare Zuständigkeiten* sind begünstigende Bedingungen für Kommunikationsstörungen, vor allem bei der Aufgabenvergabe (Arzt: »Es gibt [...] immer wieder mal ungeklärte Tätigkeitsfelder und dann sagt [...] die Pflege: ‚Ist nicht meine Aufgabe‘«).

*Kulturelle Diversität* betrifft berufliche und ethnische Schwerpunktsetzung. Pflegekräfte fokussieren auf Beschreibung von konkreten Details über die Persönlichkeit und die Befindlichkeit von Patienten, während das ärztliche Personal sich eher abstrahierend auf medizinische Sachverhalte konzentriert. Auch divergierende Einstellungen zur Geschlechtsrollen und Leistung von ausländischen Mitarbeitern werden gelegentlich bestätigt. (Ärztin: »Ausländische Ärzte, die es nicht gewohnt sind, auch so [gleichberechtigt] mit Frauen zu arbeiten. [...] Das ist manchmal nicht so einfach, weil sie sich von uns dann

nichts sagen lassen wollen«). Hinzu kommen Sprachprobleme (Pflegerkraft: »Wenn ein Arzt frisch aus dem Ausland zu uns kommt, versteht man einfach [...] viele Dinge nicht«).

Manche Befragte verweisen auf eine wachsende *Bedrohung durch Rechtsklagen*, die die Bereitschaft zur offenen und ehrlichen Klärung von Behandlungsfehlern, Regelverletzungen und Zuständigkeitsproblemen deutlich herabsetzt. (Arzt: »Von großer Bedeutung scheint [...] die wachsende Bereitschaft der Patienten zu sein, bei misslungener Behandlung [...] eine finanzielle Entschädigung vor Gericht einzuklagen.«)

### Zum Erleben von Kommunikationsstörungen: Innere Teams

In den Interviews wird mithilfe der Metapher des Inneren Teams gefragt, welche inneren Prozesse die Kommunikationsstörungen begleiten. Dabei interessiert, welche (1) Gefühlszustände, (2) Werthaltungen und (3) Bedürfnisse auftraten, als sich die Befragten selbst in der kritischen Situation befanden. Mit dieser Metapher werden Gefühlszustände, Werthaltungen und Bedürfnisse als innere Teammitglieder personifiziert. Das Konzept geht davon aus, dass sich nur eine Auswahl von inneren Teammitgliedern an der Kontaktlinie zur Außenwelt auftreten und zum Ausdruck bringen können. Von besonderem Interesse ist daher die Reihenfolge ihres Auftretens während der kritischen Situation. Insgesamt wurden 57 Innere Teams ausgewertet (s. Abb. 2 u. 3).

### Gefühlszustände

Nach Thomann (2004, S. 175 ff.) unterscheiden wir schmerzliche und abwehrende Gefühlszustände.

*Schmerzliche Gefühlszustände* sind nach innen auf die eigene Person ge-

richtet und oft von außen nicht erkennbar. Hier finden sich ca. 30% der insgesamt aufgeführten inneren Teammitglieder. Unter ihnen überwiegen zahlenmäßig diejenigen, die gemeinhin als Angst (9)<sup>4</sup> und Verunsicherung (11), Enttäuschung (10) und Resignation (9), Überforderung (9) und Hilflosigkeit (13) sowie Selbstzweifel (13) bezeichnet werden. Diese umfassen 80% der schmerzlichen Gefühle. Deutlich seltener werden Trauer, Schuldbewusstsein, Erschöpfung, Besorgnis, Verletztheit, Scham, Wertlosigkeit und Einsamkeit genannt

*Abwehrende Gefühlszustände* sind auf die Außenwelt gerichtet und oft auch für andere Personen wahrnehmbar. In dieser Kategorie finden sich ca. 20% der insgesamt angegebenen inneren Teammitglieder. Dass sich bei Kommunikationsstörungen vor allem Ärger (40) und Genervtheit (5) zeigen, ist plausibel. Diese beiden Kategorien machen 80% der genannten abwehrenden Gefühle aus. Darüber hinaus werden Misstrauen, Unverständnis, Ungeduld, Neid, Trotz, Verachtung und Ehrgeiz aufgeführt.

### Werthaltungen

Die Kategorie »Werthaltung« bezeichnet positiv bewertete Einstellungen. Fast die Hälfte aller genannten inneren Teammitglieder sind Werthaltungen: Proaktivität (29), Verständnis (17), Teamorientierung (14), Professionalität (10), Konfliktfähigkeit (27), Verantwortlichkeit (9), Gelassenheit (12) und Fürsorge für die Patienten (12). Höflichkeit, Selbstdisziplin, Respekt, ganzheitliches medizinisches Denken, Ethik sowie Anpassungsbereitschaft kommen gelegentlich vor.

<sup>4</sup> Die Zahlen in Klammern geben jeweils die Zahl der inneren Teammitglieder wieder, die in den Skizzen der Befragten genannt sind.

**Bedürfnisse**

Innere Teammitglieder, die Bedürfnisse repräsentieren, sind selten direkt aufgeführt. Oft auftretende »Gestresste« deuten auf Stressverringerng, Entlastungs- und Ruhebedürfnis, »Lobsuchende« auf Anerkennung und »Wissbegierige« auf Lernbedürfnisse hin.

**Zur Dynamik im Inneren Team**

Innere Teammitglieder treten unabhängig von Berufsgruppe und Hierarchie etwa gleichverteilt auf. Interessanterweise findet sich eine typische Reihenfolge des Auftretens der Inneren Teammitglieder in den kritischen Situationen. Diese Reihenfolge kann als innere Dynamik interpretiert werden und wird an zwei Beispielen dargestellt:

Die Pflegekraft wird durch einen Arzt vor die Aufgabe gestellt, kurzfristig einen neuen Patienten in die überfüllte Station aufzunehmen. Ihr Inneres Team (Abb. 2) steht vor der schwierigen Aufgabe, in der skizzierten Konfliktsituation »Aufnahme sofort!« eine ausgewogene Balance zwischen Verärgerung (»Saure«, »Genervte«) und Verständnis (»Verständnisvolle«, Überlastung (»Gestresste«) und Proaktivität (»Organisierte«), Fürsorge (»Soziale«) und eigenen Bedürfnissen (»Selbstaufpasserin«) zu finden. Dabei steht Misstrauen im Mittelpunkt ihres Teams (»Misstrauische«).

In einer anderen Situation arbeitet eine Krankenpflegerin aus der Sicht der interviewten Ärztin nicht so, wie die Ärztin es erwartet. In dieser Situation stellt sich für die Ärztin die Anforderung, aus dem chaotischen Haufen ihrer vielen inneren Teammitglieder in Sekundenschnelle ein organisiertes Team zu formen, das zu einem effizienten Umgang mit der Situation fähig ist. Auch spiegeln sich hier viele der

oft genannten Tendenzen wider (Abb. 3): Die Ärztin muss ihre aggressiv-abwehrenden (»Ärgerliche«) und schmerzlich-emotionalen Tendenzen (»Überrumpelte«, »Ohnmächtige«) mit Verständnis (»motivierende Diplomatin«), Patientenfürsorge (»Ärztin«), den professionellen Ansprüchen (»Pflichtbewusste«) und der Selbstfürsorge (»Privatmensch«) effizient kombinieren. Die proaktive Handlungsfähigkeit der Ärztin repräsentiert sich hier in der »Bestimmenden«. Ein proaktives Mitglied ist in vielen Inneren Teams der Befragten eine wichtige innere Instanz.

Schaut man die oft genannten inneren Teammitglieder der Befragten an,

lässt sich eine typische Reihenfolge ihres Auftretens rekonstruieren, die hier vereinfachend skizziert wird: Zunächst sind die Befragten durch die Kommunikation der anderen Seite überrumpelt, genervt oder verärgert. Dann kommen Vorsicht und Verständnis für die andere Seite auf sowie der Blick auf die soziale bzw. berufliche Ethik und Aufgabenstellung. Die Szene wird beendet durch eine proaktive Instanz, die direkt zum problemlösenden Handeln führt. Dieser Ablauf lässt sich vergleichen mit den neurobiologischen Befunden zur Stressverarbeitung (Sapolsky, 2017, S. 34 ff.), nach denen die Problemsituation blitzschnell wahrgenommen und bewertet

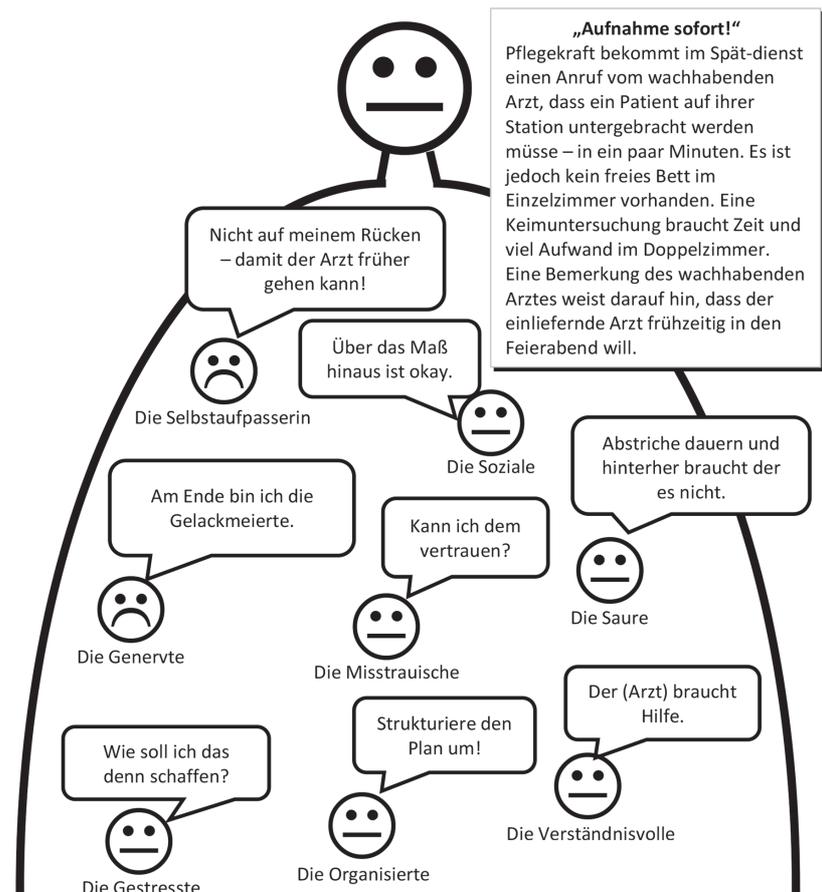


Abb. 2: Inneres Team einer Pflegekraft in einer schwierigen Kommunikationssituation

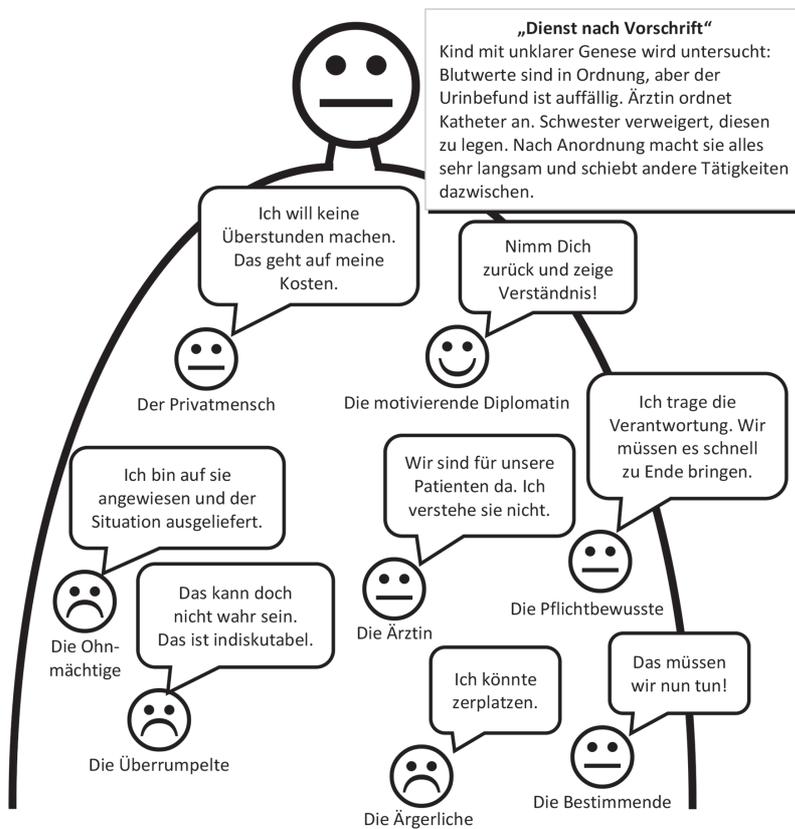


Abb. 3: Inneres Team einer ärztlichen Fachkraft in einer schwierigen Kommunikationssituation

wird, was zunächst zu spontanen Emotionen führt, die im günstigen Fall der abwägenden Selbstregulation unterworfen werden und schließlich in problembewältigendes Handeln mündet. In der Metapher des Inneren Teams ausgedrückt: Je nachdem, welche inneren Teammitglieder in diesem Ablauf als erste »öffentlich« reagieren, wird die Person die kommunikative Anforderung der Szene zum Konflikt eskalieren oder erfolgreich bewältigen: Preschen ausschließlich die früh auftretenden verärgerten und zornigen Teammitglieder vor, wirken sie voraussichtlich eskalierend. Lässt die Person dann ihre Vorsichtigen und Verständnisvollen im Verbund mit dem verärgerten Teammitglied zum Zuge kommen, kann Kommunikation gelingen. Dabei be-

deutet »gelingen« nicht, dass sie nett und freundlich abläuft, sondern klärend und langfristig beziehungsstabilisierend ist.

### Zusammenfassung und Ausblick

Diese explorative Studie mit über 100 Interviews beschreibt risikobegünstigende Kommunikation zwischen Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeitern. Die Auswertung kritischer Situationen führt zu einem Kategoriensystem, das strukturelle Bedingungen, Kommunikationsstörungen und begleitendes Erleben in Beziehung zueinander setzt.

Die Hauptkategorie der »konfliktverschärfenden Dynamik« ist erstmalig in

dieser Studie benannt. Sie scheint uns bedeutsam, weil konflikthafte Beziehungen zwischen Individuen und Gruppen einen weitreichenden Einfluss auf Kommunikationsstörungen haben und indirekt die Risiken für die Patienten erhöhen. Auch die Subkategorien »Wertekonflikte«, »Gruppenstereotype« und »Persönlichkeitszuschreibungen« als Eskalationsmomente für dauerhafte Konflikte sind unseres Wissens bisher kaum konkret in der einschlägigen Literatur thematisiert. Ansonsten stehen die Ergebnisse weitgehend mit der Literatur im Einklang. Es ist einschränkend anzumerken, dass die Repräsentativität der Stichprobe nicht abschätzbar und die Wirkungszusammenhänge der Störungen mit Risiken für die Patientengesundheit empirisch nicht geprüft ist.

Insgesamt legen die Aussagen nahe, dass misslingende Kommunikation die Patientensicherheit gefährdet, vor allem wenn sie im Zusammenhang mit Dienstpflichtverletzungen auftritt. Überdies beeinflusst sie den Informationsfluss und die Effizienz der Teamarbeit negativ und verschlechtert die Beziehungen zwischen den Akteuren, Stationen und Berufsgruppen sowie ihre Motivation. Misslingende Kommunikation kann so indirekt zu risikanten Behandlungsfehlern führen.

Die Kategorien bieten Hinweise, welche Aspekte bei der Konzeption von Kommunikationstrainings für Krankenhausteams relevant sind. Dabei ist besonders zu beachten, welche kommunikativen Anforderungen bei Verletzungen von formalen Regelungen entstehen. Denn Missachtung von Regeln, Absprachen oder Anweisungen tritt auf, auch wenn diese eindeutig sind. Der Umgang damit benötigt ebenso kommunikative Kompetenzen wie die Klärung von Missverständnissen, Reaktionen auf mangelnde Anerkennung, geringschätzende

Bemerkungen oder die Austragung von Wertekonflikten.

### Communication Problems in Hospital

**Abstract** In an interview study we collected descriptions of interpersonal communication problems in hospitals. The findings of this study provide material for designing communication trainings for hospital personnel with the aim to reduce communication difficulties and conflicts in the teams, thus indirectly reducing risks for patients. In this study »difficult communication situations« were assessed in interviews with over 100 doctors, nurses and members of other occupational groups. They were analyzed with content analysis. The results provide a system of categories that presents conflict-facilitating communication problems. It reveals relevant features of these problematic interactions, situational conditions and socio-emotional processes that evolve among the interaction partners. The situations represent communication problems between two persons or small groups in daily interactions which can eventually evolve to relationship conflicts over time. In addition, we identified communication problems that specifically occur between professional groups and employees of different hierarchy levels. The focus of this study is solely on communications problems and thus focuses on negative events and human failure, which goes along with feeling of strain, frustration and the loss of control. We should keep in mind that highly motivated multi-professional teams provide millions of successful and life-saving treatments in hospitals on a daily basis.

**Keywords** Communication in hospitals, communication problems, conflict, risks, subjective experiences, relationship conflict, patient safety

### Literatur

- Antoni, C.H. (2010). Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 104 (1), S. 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.12.027>.
- Badke-Schaub, P./Hofinger, G./Lauche, K. (Hrsg.). Human Factors. Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen. Berlin: Springer.
- Bayram, F. (2017). Konflikte zwischen Ärzten und Pflegepersonen: Befragung zu subjektiv empfundenen Kommunikationsschwierigkeiten – eine qualitative Interviewstudie. Masterarbeit. Institut für Psychologie. Hamburg: Universität.
- Coeling, H.V.E./Cukr, P.L. (2000). Communication Styles that Promote Perceptions of Collaboration, Quality and Nurse Satisfaction. Journal of Nursing Care Quality, 14 (2), S. 63–74. <https://doi.org/10.1097/00001786-200001000-00009>.
- Cook, J.K./Green, M./Topp, R.V. (2001). Exploring the Impact of Physician Verbal Abuse on Perioperative Nurses. AORN Journal, Vol. 74 (3), S. 317–331. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)61787-0](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)61787-0).
- Flanagan, J. C. (1954). *The critical incident technique*. Psychological Bulletin, 51, S. 327–358. <https://doi.org/10.1037/h0061470>.
- Freihausen-Biastoch, A. (2016). Vor welche Anforderungen sehen sich Pflegekräfte in der Kommunikation mit Ärzten in Krankenhäusern gestellt? Diplomarbeit. Institut für Psychologie. Hamburg: Universität.
- Glasl, F. (2013). Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater. Bern: Haupt.
- Hansis, M. L. (2001). Koordinationsdefizite als Ursache vorgeworfener Behandlungsfehler. Deutsches Ärzteblatt, 98, S. 2035–2039.
- Hibbeler (2011). Ärzte und Pflegekräfte: Ein chronischer Konflikt. Deutsches Ärzteblatt, 108 (41), S. 2138–2144.
- Hofinger, G. (2011). Fehler und Unfälle. In: P. Badke-Schaub/G. Hofinger/K. Lauche (Hrsg.), Human Factors. Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen (S. 3–18). Berlin: Springer.
- Lackner, C. K./Moecke, H./Burghofer, K. (2013). Team Resource Management im OP und in der Endoskopie. Viszeralmedizin: Gastrointestinal Medicine and Surgery, 29 (3), S. 159–164.
- Manderino, M.A./Berkey, N. (1997). Verbal Abuse of Staff Nurses by Physicians. Journal of Professional Nursing, 13 (1), S. 48–55. [https://doi.org/10.1016/S8755-7223\(97\)80026-9](https://doi.org/10.1016/S8755-7223(97)80026-9).
- Maxfield, D./Grenny, J./Lavandero, R./Groah, L. (2011). The silent treatment: Why safety tools and checklists aren't enough. Patient Safety & Quality Healthcare. Online verfügbar unter: [www.psqh.com/analysis/the-silent-treatment-why-safety-tools-and-checklists-arent-enough/](http://www.psqh.com/analysis/the-silent-treatment-why-safety-tools-and-checklists-arent-enough/) [letzter Zugriff: 14.12.2018].
- Mayring, P. (2003) Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- Meinders, C. (2017). Kommunikation zwischen ÄrztInnen und Pflegenden im Krankenhaus – eine qualitative Analyse der Anforderungen. Masterarbeit. Institut für Psychologie. Hamburg: Universität.
- 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), S. 225–239. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181e495c2>.
- Nelson, G. A./King, M. L./Brodine, S. (2008). Nurse-physician collaboration on medical-surgical units. Medsurg Nursing, 17 (1), S. 35–40.
- Ospelt, N. (2015). Klar kommunizieren und Eskalationen vermeiden: Konflikte auf Station: Entstehung und Lösungswege. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 140 (2), S. 140–142. <https://doi.org/10.1055/s-0041-100016>.
- Picker Report (2015). Picker Report. [http://www.pickerinstitut.de/assets/content/pdf/Picker%20Report%202015\\_kurz.pdf](http://www.pickerinstitut.de/assets/content/pdf/Picker%20Report%202015_kurz.pdf) [16.3.2017]. Link funktioniert nicht
- Reader, T.W./Mearns, K./Flin, R./Cuthbertson, B.H. (2007). Communication Skills and Errors in the Intensive Care Unit. Current Opinion in Critical Care, 13 (6), S. 732–736. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e3282f1bboe>.
- Redlich, A. (2012). Konfliktmoderation in Gruppen. Hamburg: Windmühle.
- Sapolsky, R. (2017). Gewalt und Mitgefühl. Die Biologie des menschlichen Verhaltens. München: Hanser.
- Schierholz, S. (2016). Die inneren und äußeren Anforderungen in der Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegepersonal in Krankenhäusern. Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Instruments. Diplomarbeit. Institut für Psychologie. Hamburg: Universität.
- Schmidt, M. (2018). Konflikte im Klinikalltag: Analyse von Konfliktsituationen in Krankenhäusern und in interdisziplinären Klinik-Teams. Masterarbeit. Institut für Psychologie. Hamburg: Universität.
- Schulz von Thun, F. (1998). Miteinander reden: Das »Innere Team« und situationsgerechte Kommunikation. Reinbek: Rowohlt.
- Schulz von Thun, F. (1989). Miteinander reden: Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Reinbek: Rowohlt.

- Schulz von Thun, F. (1981). Miteinander reden: Störungen und Klärungen. Reinbek: Rowohlt.
- Smetzer, J.L./Cohen, M. R. (2005). Intimidation: Practitioners speak up about this unresolved problem. *Journal on Quality and Patient Safety*, 37 (10), S. 594–599. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(05\)31077-4](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(05)31077-4).
- Sutcliffe, K.M./Lewton, E./Rosenthal, M.M. (2004). Communication Failures: An Insidious Contributor to Medical Mishaps. *Academic Medicine*, 79 (2), S. 186–194. <https://doi.org/10.1097/00001888-200402000-00019>.
- Syawah, E.N. (2017). Zur Entwicklung eines interprofessionellen Kommunikationstrainings für Klinikpersonal auf der Grundlage von Beschreibungen schwieriger Situationen. Masterarbeit. Institut für Psychologie. Hamburg: Universität.
- Tang, C. J./Chan, S. W./Zhou, W. T./Liaw, S. Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60 (3), S. 291–302. <https://doi.org/10.1111/inr.12034>.
- The Joint Commission (2017). National Patient Safety Goals. Online verfügbar unter: [https://www.jointcommission.org/assets/1/6/NPSG\\_Chapter\\_BHC\\_Jan2017.pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/6/NPSG_Chapter_BHC_Jan2017.pdf) [letzter Zugriff: 14.12.2018].
- Thomann, C. (2004). Konflikte im Beruf. Methoden und Modelle klärender Gespräche. Reinbek: Rowohlt.
- 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), S. 1–13. <https://doi.org/10.1026/0932-4089/a000142>.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research*, 1(1), Art. 22. Online verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132> [letzter Zugriff: 14.12.2018].
- Wollschläger, J. (2016). Anforderungen in der Kommunikation zwischen Ärzten und Mitgliedern des Pflegepersonals in Krankenhäusern aus Sicht der Betroffenen. Diplomarbeit. Institut für Psychologie. Hamburg: Universität.
- Wörmcke, M. (2016). Die inneren und äußeren Anforderungen in der Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegepersonal in Krankenhäusern aus Sicht von Pflegekräften. Diplomarbeit. Institut für Psychologie. Hamburg: Universität. ■

## Autoren

**Prof. Dr. Alexander Redlich**

Fachbereich Psychologie Universität Hamburg  
Von-Melle-Park 5  
20146 Hamburg  
[redlich@uni-hamburg.de](mailto:redlich@uni-hamburg.de)

Dipl.-Psych., Sozialpädagoge, Lehrer, Mediator und Ausbilder (BM). Arbeitsgruppe »Beratung und Training« am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg (Forschungsschwerpunkt: Kommunikation, Kooperation und Konflikt in und zwischen menschlichen Gruppen).

**Sascha Kilburg**

[mail@kilburg.eu](mailto:mail@kilburg.eu)  
[www.kilburg.eu](http://www.kilburg.eu)  
[www.komet-hamburg.de/blog](http://www.komet-hamburg.de/blog)

Diplompsychologe, Coach, Mediator und Ausbilder. Er ist für Unternehmen, Behörden und NGOs tätig. Er arbeitete viele Jahre als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Universität Hamburg und lehrt in Hochschule und Wirtschaft zu Mediation, Kommunikation, Beratung, Problemlösen und Führung. Er ist Blogger und Fachautor zu den Themen Kommunikation, Beratung und Konflikt.

**Annekatriin Hoppe**

Occupational Health Psychologie  
Humboldt Universität zu Berlin  
Rudower Chaussee 18  
12489 Berlin  
[annekatriin.hoppe@hu-berlin.de](mailto:annekatriin.hoppe@hu-berlin.de)

Annekatriin Hoppe ist Professorin für Occupational Health Psychology am Fachbereich Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin. Ihre Forschungsinteressen liegen im Bereich Arbeit und Gesundheit mit den Schwerpunkten gesundheitsbezogene (Online-)Interventionen, neue Formen der Arbeit und kulturelle Diversität und Gesundheit.