

3

Entwicklung eines betriebsinternen Trainingskonzeptes für ärztliches und pflegendes Personal zur Optimierung der professionellen Kommunikation im Krankenhaus

Alexander Redlich, Sascha Kilburg und Annekatrin Hoppe

Das Ziel ist die Entwicklung eines Konzeptes für Kommunikationstrainings von Ärzt:innen und Pflegepersonal.¹ Es soll über die Etablierung einer risikomindernden Kommunikationskultur im Krankenhaus zur Qualitätssicherung in der Patientenversorgung beitragen. Es geht um die Sensibilisierung für kommunikative Anforderungen im Klinikalltag und deren Bewältigung, d.h.

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

3.1 Problemstellung

Defizite in der professionellen Kommunikation, wie z.B. unbemerkte Missverständnisse, unzureichender Informationsfluss, diffuses Fehlermanagement, emotionale Konflikteskalation und Beziehungsstörungen führen zu menschlichen und materiellen Risiken und gefährden die erfolgreiche Behandlung von Patienten. In der Regel wirken sie indirekt, indem sie die Entstehung von Behandlungsfehlern begünstigen.

In den USA wird Kommunikation zu den wichtigsten Einflussgrößen für die Patientensicherheit gezählt (The Joint Commission 2017). Schrappe, Lessing, Albers et al. schätzen bereits 2007, dass in Deutschland jährlich 17.000 Todesfälle in Krankenhäu-

1 Das Projekt wird dankenswerterweise durch die Funk-Stiftung gefördert: <https://www.funk-stiftung.org>

sern vermeidbar wären. Unklar ist nach wie vor, wie viele dieser Fälle durch Kommunikationsmängel begünstigt oder gar bedingt sind. Ihr Einfluss selbst wird durch eine Reihe von Befunden gestützt. Angelsächsische Studien zeigen, dass herabsetzendes Kommunikationsverhalten die Kommunikation im Team reduziert und dazu führt, dass die Klärung von Unklarheiten bei Behandlungsanweisungen unterlassen wird (Rosenstein u. O'Daniel 2005; Rosenstein u. O'Daniel 2006, Smetzer u. Cohen 2005). Dies mindert oft den Behandlungserfolg. Nagpal, Vats, Lamb et al. (2010) kommen in einer Metastudie 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 die Pflege am Patienten, wirken darüber hinaus auch positiv auf das Wohlbefinden und das Arbeitsengagement von Pflegekräften (Wassermann et al. 2014).

Mithilfe der Analyse- und Interventionsinstrumente des Hamburger Kommunikations-Ansatzes (Schulz von Thun 2006; Redlich 2019; Kilburg u. Redlich 2013; Redlich 2013) können Kommunikationsfehler und die damit verbundenen Risiken vermindert werden. Dies kann gelingen, indem ärztliches und pflegendes Personal anhand von risikorelevante Kommunikationsanforderungen aus dem Klinikalltag gezielt trainiert werden (Michel et al. 2015).

In einem hier skizzierten Forschungs- und Entwicklungsprojekt haben wir ein Konzept für die Vermittlung von Kommunikations- und Konfliktmanagement-Tools entwickelt. Das Projekt umfasst

1. eine Erhebung von Anforderungen in der Kommunikation zwischen ärztlichem und pflegendem Personal,
2. die Konzipierung eines Trainings zur Optimierung der teaminternen Kommunikation,
3. die Entwicklung einer Online-Applikation mit Kommunikationsmodellen und Anleitungen für spezifische Anforderungen,
4. die praktische Erprobung des Trainingskonzeptes sowie
5. eine Evaluation des Gesamtprojektes.

Die Anforderungserhebung (1.) sowie die Entwicklung des Trainingskonzeptes (2.) und der Online-Applikation (3.) sind abgeschlossen. Die Erprobung des Trainingskonzeptes (4.) ist an zwei Kliniken durchgeführt und wegen der Covid-19-Pandemie ausgesetzt worden. Auch die Evaluation des Gesamtprojektes (5.) steht noch aus.

3.2 Anforderungserhebung

Mit problemzentrierten Interviews (nach Witzel u. Reiter 2012) hat unser Forschungsteam die kommunikationsbedingten Risiken und Anforderungen erhoben. Dabei wurden über 100 Personen des ärztlichen und pflegenden Personals aus sehr unterschiedlichen Krankenhäusern befragt: 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 Befragten beschrieben in den Interviews kritische Interaktionen, einschließlich ihrer emotionalen und zwischenmenschlichen Ursachen. Die Aussagen der Befragten wurden mit der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet (Mayring 2007).

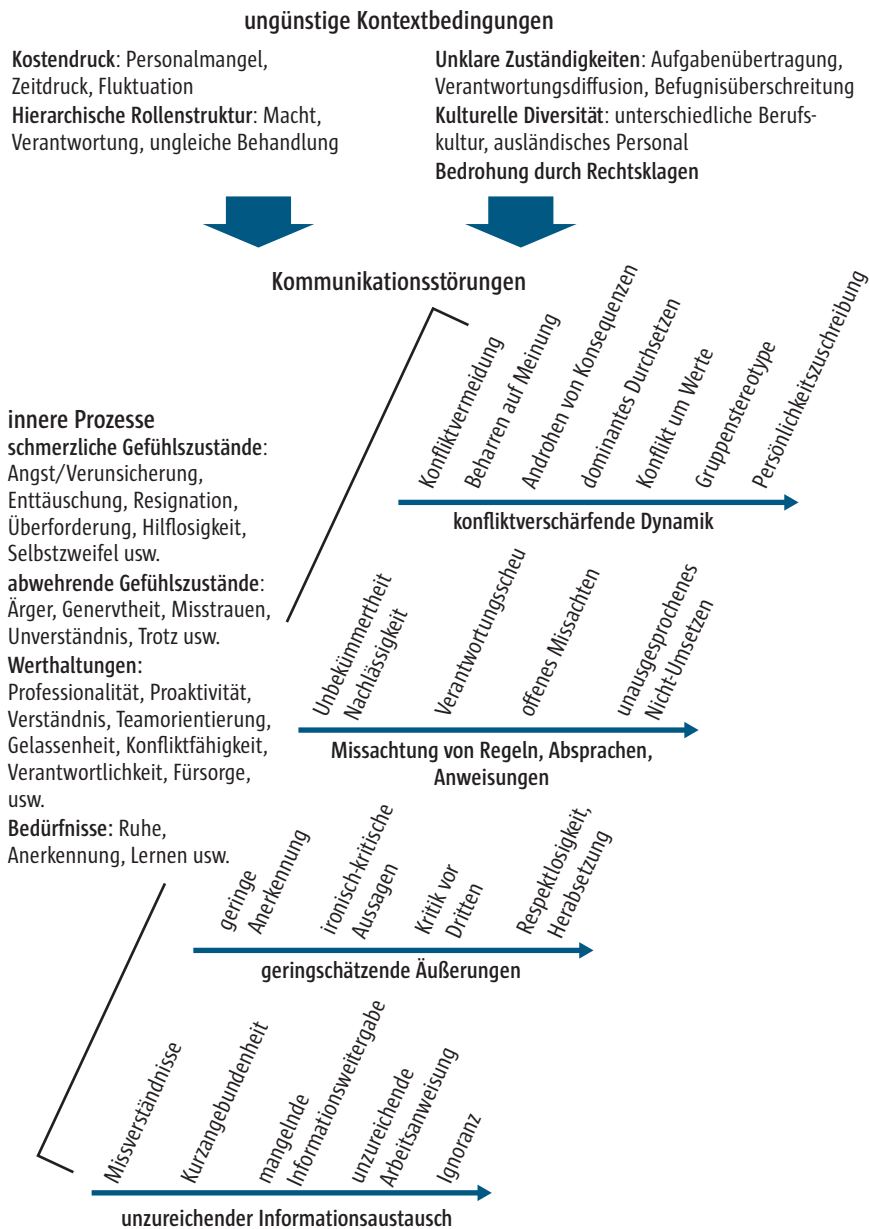


Abb. 1 Kommunikationsstörungen, ihre Kontextbedingungen und begleitenden inneren Prozesse

Der Fokus dieser Studie lag ausschließlich auf Kommunikationsstörungen. Es soll hier nicht vergessen werden, dass in Krankenhäusern millionenfach erfolgreiche Heilungen auf hohem Leistungsniveau durch kompetente multiprofessionelle Teams erbracht werden.

Es ließen sich relevante Merkmale von Kommunikationsstörungen, ihrer Rahmenbedingungen sowie der verbundenen sozio-emotionalen Prozesse identifizieren. Neben Störungen in der Kommunikation zwischen zwei Personen zeigten sich auch Konflikte zwischen Berufsgruppen und Beschäftigten aus unterschiedlichen Hierarchiestufen. Die Erhebung ergab das in Abbildung 1 dargestellte Anforderungssystem: Die Aussagen der Befragten sind übergreifend nach Kommunikationsstörungen, ihren Kontextbedingungen und begleitenden inneren Prozessen gegliedert. Die genannten Kontextbedingungen begünstigen Kommunikationsstörungen, bewirken sie aber nicht zwingend. Innere Prozesse sind Gefühlszustände und Gedanken der Befragten in den kritischen Kommunikationssituationen. Kommunikationsstörungen sind vier Hauptkategorien zugeordnet, die unter den Pfeilen benannt sind. Jede enthält Subkategorien, die z.T. in der Literatur genannt, z.T. aus den Aussagen entwickelt sind.

Die Hauptkategorien sind übereinander angeordnet, wobei die oberste Kategorie „Konfliktverschärfende Dynamik“ nach unserer Einschätzung das größte Konfliktpotenzial und die unterste Kategorie „Unzureichender Informationsaustausch“ das geringste enthalten. Die im mittleren Bereich angesiedelten Störungen „Gering-schätzende Äußerungen“ und „Missachtung von Regeln, Absprachen oder Anweisungen“ weisen entsprechend mittleres Konfliktpotenzial auf. Die Pfeile symbolisieren, dass das Konfliktpotenzial der Subkategorien von links nach rechts zunimmt.

3.3 Entwicklung des Trainingskonzepts

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wurden für das Trainingskonzept die erforderlichen kommunikativen Kompetenzen als Ziele definiert. Sie bestehen in unserer Sicht aus kommunikativem Wissen, entsprechenden Fertigkeiten und Werthaltungen. Kritische Szenen wurden für Rollenspiel-Übungen anonymisiert und didaktisch aufbereitet. Das Trainingskonzept verbindet die Befunde der Anforderungserhebung mit den Inhalten und Instrumenten des Hamburger Ansatzes der Kommunikation. Die Trainingseinheiten beziehen sich auf schwierige Kommunikationssituationen, Beziehungsstörungen und deren sozio-emotionale Verarbeitung. Sie sind im Blended-Learning Format konzipiert. Der didaktische Ansatz folgt in der Regel fünf Schritten:

- Input,
- Übung,
- Anwendungsvereinbarung,
- Anwendung im Alltag zwischen den Trainingseinheiten und
- Auswertung/Optimierung in der nächsten Trainingseinheit.

Die Trainingseinheiten sind mit den Inhalten der Online-Applikation verknüpft, die die Anwendung im Alltag unterstützt. Das Konzept besteht aus 12 Trainingseinheiten à 2 Stunden und beinhaltet folgende Kommunikations- und Konfliktmanagement-Tools:

1. Kennenlernen, Übersicht zum Training, Abgleich mit Lernbedarf, Bildung von Lernteams

2. Grundlagen der Kommunikation: 4-fältige Botschaften [Kommunikationsquadrat²]
3. Ausstieg aus kommunikativer Konflikteskalation in Dyaden [Teufelskreis]
4. Erkennen eigener Identitätsbedrohung und Werte-Kollisionen [Werteanalyse]
5. Gruppendynamik: Umgang mit Gruppendruck
6. Selbstklärung: Identifikation von inneren Unklarheiten [Inneres Team]
7. Selbstkenntnis in sozialen Situationen: Stärken und Schwächen, eigene Fallstricke
8. Emotionsmanagement: kritische Emotionen gesichtswahrend zum Ausdruck bringen
9. Strukturierung schwieriger Gespräche [Phasenmodell für Konfliktgespräche]
10. Kritikgespräche im hierarchischen Arbeitsbeziehungen [Feedback, Rollenklärung]
11. Exemplarische Workshoparbeit: Analyse und Planung der Regelung aktueller Konflikte
12. Rückblick und Vorausschau sowie Transfersicherung: [Online-Applikation]

3.4 Online-Applikation

An anderer Stelle konnten wir zeigen, dass derartige Online-Lerneinheiten kommunikative Kompetenztrainings optimieren (Kilburg u. Sommer 2009; Redlich u. Rogmann 2007; Kilburg et al. 2008). Die in diesem Projekt entwickelte Applikation „Toolbox Kommunikation“³ bietet in 3- bis 5-minütigen webbasierten Lerneinheiten die Möglichkeit, Trainingsinhalte eigenständig zu vertiefen, und unterstützt ihre Umsetzung im beruflichen Alltag. Mit ihr werden die Inhalte auch nach den Trainingsworkshops zur Auffrischung abrufbar.

3.5 Erprobung und Optimierung des Trainingskonzeptes

Das Training wurde bisher an zwei Krankenhäusern mit insgesamt 33 Teilnehmenden erprobt. Die Durchführung dieser Trainings wurde dokumentiert und die Teilnehmenden vorab, begleitend und abschließend mit einem maßgeschneiderten Fragebogen befragt.

Die trainierten Personen waren mit der inhaltlichen Ausrichtung der Einheiten einverstanden und berichteten von deutlichen Lerngewinnen. Die Möglichkeit, die vermittelten Instrumente als Toolbox auf dem Smartphone zur Verfügung zu haben, wurde begrüßt. Es zeigte sich ein großer Bedarf an der Lösung von aktuellen Konfliktsituationen. Ebenso wie die Trainierten bewerteten die Krankenhaus-Verantwortlichen (d.h. Geschäftsführung, Personalverantwortliche und leitende Chefärzt:innen) die Relevanz des Themas „Kommunikation“ hoch und sind sich der Notwendigkeit einer Professionalisierung bewusst. Zusammenfassend besteht ein breites Interesse an dem Trainingskonzept. Zugleich gestaltet sich die konkrete Umsetzung in vielen

2 In eckigen Klammern sind die Analyse- und Interventionsinstrumente des Hamburger Kommunikationsansatzes benannt (Schulz von Thun 2006).

3 zur Erprobung aufrufbar unter: http://ausprobiert.kilburg.eu/funk/story_html5.html

Krankenhäusern schwierig, sodass geplante Erprobungen mehrmals verschoben wurden. Nach Gesprächen mit den Verantwortlichen sehen wir dafür folgende Gründe:

- In Abwägung wirtschaftlicher Gründe werden nicht vorgeschriebene Schulungsmaßnahmen zurückgestellt, wenn es *Personalengpässe* gibt. Können beispielsweise Betten aufgrund von Personalmangel nicht betrieben werden, sind mehrtägige Schulungsmaßnahmen aus Sicht der kooperierenden Krankenhäuser nicht zu rechtfertigen.
- Interprofessionelle Schulung gehen mit einem *hohe Koordinations- und Abstimmungsbedarf* einher. Die Dienstpläne von ärztlichem und pflegendem 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. Teamtrainings für einzelne Stationen sind kaum terminlich abzustimmen.
- *Gemeinsame Schulungen* von beiden Berufsgruppen stellen Ausnahme dar, insbesondere bei „weichen“ Themen wie Kommunikation und Kooperation. Werden die Verantwortlichen auf ärztlicher und pflegerischer Seite nicht frühzeitig eingebunden, führt dies leicht zu Vorbehalten und Widerständen. Dabei ist für die Akzeptanz der Maßnahme entscheidend, dass die Betroffenen diese nicht als „trojanisches Pferd“ der andere Berufsgruppe wahrnehmen, z.B. „die brauchen Nachhilfe in Kommunikation“ (Zitat).
- Trainings zur Kommunikation und Kooperation im Sinne der Sensibilisierung und Professionalisierung der Arbeit, setzen präventiv an. Die Verantwortlichen sehen Bedarf vor allem in Abteilungen, in denen bereits heftige *Konflikte* bestehen.

Diese Probleme bei der praktischen Implementierung in Krankenhäusern stellen vermutlich die größten Anforderungen in der Zukunft dar.

Literatur

- Kilburg S, Redlich A (2013) Der Risikocheck in der Konfliktarbeit. *Konfliktdynamik*, 2 (4), 330–335
- Kilburg S, Schulz von Thun F, Peter F, Busch B, Schulz D, Sommer A, Schmerling A, Langenbruch A (2008) MOSAIK – Multimediale Online-Szenarien zur angemessenen Interaktion und Kommunikation (Version 1.0) (Web-Based Training). Beratung und Training, Universität Hamburg
- Kilburg S, Sommer A (2009) Kommunikationskompetenzen online trainieren – Erfahrungen und Erkenntnisse über E-Learning am Beispiel des Projektes MOSAIK. In F. Schulz von Thun, Kumbier D (Hrsg.) *Impulse für Führung und Training. Kommunikationspsychologische Miniaturen 2*. Rowohlt Reinbek, 253–276
- Mayring P (2007) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Deutscher Studien Verlag Weinheim
- Michel A, O'Shea D, Hoppe A (2015) Designing and evaluating resource-oriented interventions to enhance well-being, health and performance at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88 (3), 459–463
- 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
- Redlich A (2013) Erkundung von Wertespannungen in Gruppen. *Konfliktdynamik* 2 (1), 77–80
- Redlich A (2019) *Konfliktmoderation in Gruppen*. Windmühle Hamburg
- Redlich A, Rogmann JJ (2007) Soziale Kompetenzen durch computer- und tutoriell gestütztes Lernen fördern. In: Merkt M, Mayrberger K (Hrsg.) *Die Qualität akademischer Lehre. Zur Interdependenz von Hochschuldidaktik und Hochschulentwicklung*. Studienverlag Innsbruck, 133–156

- Rosenstein A, O'Daniel H, O'Daniel M (2005) Disruptive behavior & clinical outcomes: Perceptions of nurses & physicians. *American Journal of Nursing*, 105 (1), 54–64
- Rosenstein A, O'Daniel H, O'Daniel M (2006) Impact and implications of disruptive behavior in the peri-operative arena. *Journal of the American College of Surgeons*, 203 (1), 96–105. doi: 10.1016/j.jaiTieol-3surg.2006.03.027
- 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. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. Witten
- Schulz von Thun F (2006) Miteinander reden I–III. Rowohlt Reinbek
- Smetzer JL, Cohen MR (2005) Intimidation: Practitioners speak up about this unresolved problem. *Journal on Quality and Patient Safety*, 37 (10), 594–599
- The Joint Commission (2017) National Patient Safety Goals. URL: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/historical/2017_npsg_hap_erpdf.pdf?db=web&hash=08B0E173E6DB13140B6F719E5FB069FE&hash=08B0E173E6DB13140B6F719E5FB069FE (abgerufen am 24.01.2022)
- 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. Principles and Practice*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: SAGE. URL: <https://methods.sagepub.com/book/the-problem-centred-interview> (abgerufen am 24.01.2022)



Prof. Dr. Alexander Redlich, Dipl.-Psych.

Diplompsychologe, Sozialpädagoge, Lehrer, Mediator und Ausbilder (BM). Seit 1976 im Institut für Psychologie der Universität Hamburg tätig in Forschung und Lehre zu Kommunikation, Kooperation und Konflikt in und zwischen menschlichen Gruppen.



Sascha Kilburg, Dipl.-Psych.

Diplompsychologe, Coach, Mediator und Ausbilder. Arbeitete langjährig als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Hamburg. Mit Kilburg Consulting ist er für Unternehmen, Behörden und NGOs tätig. Er lehrt in Hochschule und Wirtschaft zu Mediation, Kommunikation, Beratung, Problemlösen und Führung. Er ist zudem Blogger und Fachautor zu den Themen Kommunikation, Beratung und Konflikt.



Prof. Dr. Annetrin Hoppe

Annetrin Hoppe ist Professorin für Occupational Health Psychology am Institut für 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.