

10. Teamorientierte Zusammenarbeit in Krankenhäusern – Christliche Werte und strukturierte Kommunikation

*Florian Jeserich,
Christian Voß,
Dr. theol. Judith Wolf*



Brennpunkt Kommunikation

Im Rahmen des Projekts „Christliches Profil Katholischer Krankenhäuser: Medizin – Pflege – Management“ bietet die Katholische Akademie DIE WOLFSBURG eine Reihe von Fort- und Weiterbildungsmodulen im Bereich des Gesundheitswesens an. Die Module werden in enger Absprache mit Verantwortlichen der jeweiligen am Projekt beteiligten Krankenhausgesellschaft entwickelt, sind also auf Bedarfe und Entwicklungsziele der Unternehmen sowie auf die Kultur der Häuser zugeschnitten (siehe den Beitrag von Judith Wolf in diesem Band). Gleichwohl hat sich herausgestellt, dass einige Themen Dauerbrenner sind und daher mehr oder minder von allen Projektpartnern ins Zentrum der Bildungsmaßnahmen gerückt worden sind. Zu diesen Dauerbrennern im Gesundheitswesen gehört das Thema „Kommunikation“.

Interprofessionelle Kommunikation im Fokus

Es ist weder möglich noch gewollt, an dieser Stelle einen Überblick über das weite Feld der Kommunikation in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu geben – zu einem solchen Unterfangen würden so disparate Themenfelder gehören wie, um nur einige zu nennen, interne und externe

Öffentlichkeitsarbeit, Beschwerdemanagement, Dokumentation, Krankenhaussoftware, Telemedizin, interkulturelle Kommunikation, sektorenübergreifende Kommunikation sowie natürlich Arzt-Patient- bzw. Pflege-Patient-Interaktionen. Es ist uns aber ein Anliegen, den im Fortbildungsbereich häufig auf Patientenkommunikation verengten Blick zu weiten und ein Thema in den Mittelpunkt zu rücken, das zwar von ähnlicher Bedeutung ist, aber in Forschung und Fortbildung lange vernachlässigt wurde [1]: Es geht uns in diesem Beitrag nicht um die Frage wie Ärzte und Pflegenden mit Patienten sprechen, sondern darum, wie unterschiedliche Berufsgruppen miteinander interagieren. Aus mehreren Perspektiven ist das Thema der interprofessionellen Kooperation im Krankenhaus von zentraler Bedeutung:

1. Viele Behandlungsfehler bzw. Probleme und Verzögerungen im Therapieprozess können auf Kommunikations- und Koordinationsdefizite im multiprofessionellen Team zurückgeführt werden [2];
2. Patienten sind aufgrund ihrer speziellen Lage besonders empfänglich für die gute bzw. schlechte kommunikative Atmosphäre, die in einem Behandlungsteam herrscht [3];

3. Arbeitszufriedenheit, Motivation und gesundheitliches Wohlbefinden der Mitarbeiter hängen eng mit Kommunikations- und Teamkultur zusammen [4, 5].
4. Team- und patientenorientierte Kommunikation erhöht nicht nur die Versorgungsqualität, sondern steigert auch die Kosteneffizienz der Behandlung [6, 7].

Fortbildungen, die an diesem neuralgischen Punkt ansetzen, wie z. B. das von der WOLFSBURG entwickelte Modul „Eine gute Arbeitsatmosphäre schaffen: Interprofessionelle Kommunikation und teamorientierte Zusammenarbeit“, sind sowohl im Hinblick auf eine verbesserte Patienten- und Mitarbeiterorientierung als auch im Hinblick auf unternehmerische Fragestellungen ein wichtiger Schritt in Richtung einer christlichen Profilbildung.

Kommunikationsdefizite haben fatale Folgen

Im Krankenhausalltag, in dem die Sicherheit von Patienten und die Qualität der Versorgung von effektiver und störungsfreier Kommunikation abhängen, sind Kommunikationsfehler oder -defizite im behandelnden, multiprofessionellen Team oft verhängnisvoll. In den USA bezifferte eine Statistik der Joint Commission aus dem Jahre 2014 den Anteil jener „sentinel events“ (SE), die u. a. auf Kommunikationsfehler zurückgehen, auf etwa 64 % [9]. In der Regel haben SE zwar multiple Ursachen („root causes“), aber mangelnde Kommunikation – egal ob zwischen Personen oder Institutionen und egal ob nun in mündlicher, schriftlicher oder digitaler Form – wurde wiederholt als eine der häufigsten Ursachen für SE identifiziert. Zum Beispiel war schlechte Kommunikation in 81 % der Fälle, die der Joint Commission im Zeitraum von 2004 bis 2014 berichtet worden sind, eine wesentliche Ursache für ungeplante Therapieverzögerungen mit schwerwiegenden oder gar letalen Konsequenzen für den/die Patienten [9]. Studien legen nahe, dass patientengefährdende Kommunikationsdefizite auf tieferliegende Faktoren zurückgeführt werden können, wie z. B. eine unzureichende Fehlerkultur im Team, hierarchische

Barrieren oder berufsspezifische Wahrnehmungsmuster und Kommunikationsstile [10, 11, 12].

Kommunikative Spielregeln erkennen

Die Kommunikationsseminare der WOLFSBURG bauen auf der Erkenntnis auf, dass habituell verankerte Kommunikationsstrukturen, die bereits in der ärztlichen bzw. pflegerischen Ausbildung und Sozialisation geprägt und in der Kultur eines Hauses oft unbemerkt fortgeschrieben werden, nur aufgebrochen und verbessert werden können, wenn Prozesse der Selbstreflexion in Gang gesetzt werden. Um die Teilnehmer unserer Fortbildungen für Muster zu sensibilisieren, die eine berufsübergreifende Zusammenarbeit erschweren, greifen wir auf das bereits Ende der 1960er Jahre von Leonard I. Stein beschriebene Doctor-Nurse-Game zurück [13]: Stein legte dar, dass Krankenschwestern (damals wie heute vorrangig weiblich) ihren ärztlichen Kollegen (damals, anders als heute, zumeist männlich) nur verdeckte Ratschläge erteilen durften, um die „Aura“ des „Halbgotts in Weiß“ nicht zu beschädigen bzw. tabuisierte offene Konflikte zu vermeiden. Wer diese Spielregeln missachtete, so Stein, lief Gefahr, sanktioniert zu werden: der „taube“ Arzt, der versteckte Hinweise der Schwestern scheinbar absichtslos überhörte oder die „stumme“ Schwester, die es unterließ, den Arzt auf indirekte Weise zu informieren, mussten damit rechnen, im Berufsalltag nur noch bedingt kollegiale Unterstützung zu erfahren (Abb. 1).



Abb 1: Florian Jeserich erklärt das Doctor-Nurse-Game am Flipchart

Zwar haben sich sowohl kulturelle Einflüsse als auch strukturelle Rahmenbedingungen im Krankenhauswesen seither geändert [14] – um nur einige der Schlagworte in diesem Zusammenhang zu nennen: Akademisierung und Professionalisierung der Pflege, Arbeitsmigration, „Feminisierung“ der Medizin, Generationenkonflikt, Ökonomisierung und Industrialisierung des Gesundheitswesens; aber gerade vor diesem Hintergrund lohnt die Frage, ob und wie sich Spielregeln interprofessioneller Kommunikation im Krankenhaus verändert haben: Wird das Doctor-Nurse-Game in altbekannter oder modifizierter Form noch immer gespielt? [15] Wie verändert sich die Gesprächskultur, wenn z. B. unerfahrene Assistenzärztinnen auf erfahrene Pflegerinnen treffen? [16, 17] Welche Konflikte entstehen, wenn neue Mitarbeiter der allgemein als autoritätsskeptisch eingeschätzten Generation Y nicht mehr in den kommunikativen Spielregeln des Doctor-Nurse-Game sozialisiert werden oder diese Form von asymmetrischer Kommunikation bewusst ablehnen? [18, 19] Auch die Teilnehmer des Workshops „Mitarbeiterführung als Dienst am Nächsten“, den wir im Rahmen des K+D-Kongress 2015 angeboten haben, gaben in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass sich die für viele Arzt-Pflegende-Dialoge typischen Interaktionsmuster auch in der intergenerationellen und/oder intraprofessionellen Kommunikation beobachten lassen: ein junger Assistenzarzt wird bspw. dazu „gezwungen“ sein, offene Konflikte mit einem hierarchiebewussten und erfahrenen Oberarzt zu vermeiden und diesem, wenn überhaupt, dann nur „versteckt“ seine Einschätzung oder Handlungsempfehlung mitzuteilen. Nur wenn Kommunikationsbedingungen und soziale Praxis aufgedeckt und mit reflektiert werden, besteht die Chance, dass die von vielen Mitarbeitern bereits internalisierten Grundlagen der Kommunikationstheorie praxisrelevant werden. Die Erkenntnis jedoch, dass die Kommunikation innerhalb und zwischen den Berufsgruppen auf impliziten und teils unhinterfragten Annahmen, Regeln und Tabus basiert, führt in der Regel noch zu keiner Änderung der Gruppendynamik bzw.

Gesprächskultur. Eingetretene Kommunikationspfade werden erst verlassen, wenn neue und allgemein verbindliche kommunikative Spielregeln etabliert werden. Die Reflexion des eigenen Kommunikationsverhaltens im klinischen Alltag sollte also von der Vermittlung neuer Kommunikationsmodelle flankiert werden. Das folgend vorgestellte SBAR-Modell könnte in bestimmten Situationen eine effektive Alternative für das für Fehler, „kalte Konflikte“ und Missverständnisse anfällige Doctor-Nurse-Game sein.

Alle sprechen SBAR

Die Daten der Joint Commission, die eindrucksvoll belegen wie gefährlich defizitäre Kommunikation im Krankenhaus ist, veranlassten Mitarbeiter der Non-Profit-Organisation Kaiser Permanente dazu, ein Kommunikationsmodell, das bereits in der amerikanischen Marine und Flugzeugindustrie erfolgreich eingesetzt wird, für den Gesundheitssektor zu adaptieren [11, 20]. Das seit 2002 eingesetzte, unter dem Akronym SBAR bekannte Modell umfasst in seiner verbreiteten Grundform vier Stufen (situation, background, assessment, recommendation) und zielt auf die Verbesserung interprofessioneller Kommunikation ab [20, 21, 22, 23]. Von einem australischen Forscherteam wurde 2007 der Vorschlag unterbreitet, das Protokoll nicht mit einer Situationsbeschreibung zu beginnen, sondern mit einer Einführung („Identify“), wobei damit die kurze Vorstellung sowohl des Sprechers (z. B. mit Name und Funktion) als auch des Patienten gemeint ist [24]. Ein Jahr später wurde das um ein „I“ erweiterte Kaiser Permanente-Modell von Mitarbeiterinnen des amerikanischen Ausbildungsinstituts Quality and Safety Education for Nursing (QSEN) zu einem fünfstufigen Kommunikationsprozess (I-SBAR-R) ausgebaut. Das „I“ steht dabei – wie im australischen Modell – für eine doppelte Identifikation und das „R“ für „Read Back“, also für die Wiederholung des Gesprächsergebnisses, um Missverständnisse auszuschließen [25]. In den von der WOLFSBURG konzipierten Kommunikationsfortbildungen hat es sich trotz

steigender Komplexität bewährt, eine weitere Gesprächsstufe hinzuzunehmen – und zwar haben wir zwischen Handlungsempfehlung (recommendation) und Wiederholung (read back) den Schritt der Entscheidung (decision) eingebaut, so dass wir mittlerweile von einem I-SBAR-DR-Modell sprechen (Abb. 2).

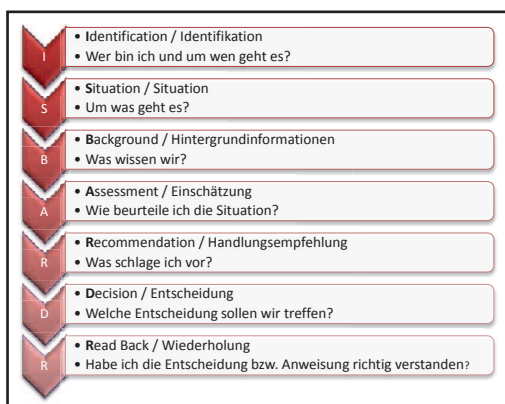


Abb 2: Das I-SBAR-DR-Modell der Katholischen Akademie DIE WOLFSBURG

Inzwischen gehört das SBAR-Modell zum Best-Practice-Standard im angelsächsischen Sprachraum und wird vielfach implementiert [26]. Zu dieser Entwicklung trägt die Joint Commission dadurch maßgeblich bei, dass sie die Verbesserung der Teamkommunikation in Krankenhäusern als drittes Ziel der „National Patient Safety Goals 2015“ formuliert hat [27] und zusammen mit der WHO für den Einsatz der SBAR-Technik in Übergaben wirbt [28].

Allerdings sind auch mit Einführung des SBAR-Modells nicht alle Kommunikationsprobleme in Krankenhäusern gelöst. Der Umstand z. B., dass Pflegekräfte, die in der Anwendung des SBAR-Modells geschult worden sind, noch immer zögern, Ärzten eine Handlungsempfehlung (recommendation) zu unterbreiten [29], spricht dafür, dass sich blockierende hierarchische Strukturen, dysfunktionale Interaktionsmuster und traditionelle Rollenzuschreibungen weiterhin hartnäckig halten. Allein die Schulung von Pflegepersonal wird auf Dauer nicht

zur signifikanten Verbesserung der gewünschten Parameter (wie z. B. Mitarbeiterzufriedenheit, Patientensicherheit, Teamwork, Versorgungsqualität) führen. Benötigt werden berufsgruppenübergreifende Fortbildungsmaßnahmen, die nicht nur Werkzeuge zur strukturierten Kommunikation an die Hand gegeben, sondern darüber hinaus eine Plattform zum Austausch über unterschiedliche Kommunikationsstrategien und -stile bieten. So kann auch das SBAR-Modell auf Dauer nur greifen, wenn es defekten Teamsystemen nicht bloß übergestülpt wird, sondern wenn machtbasierende Denk- und Handlungsgewohnheiten (wie z. B. das Doctor-Nurse-Game) selbstreflexiv erkannt und von innen überwunden werden. Hierbei darf, kann und muss man auf die Werteorientierung der Mitarbeiter setzen.

Auf christlichen Werten aufbauen

Im Hinblick auf die Entwicklung einer teamorientierten Kommunikationskultur ist es von strategischer Bedeutung, an den gelebten Werten bzw. an den „inneren Leitbildern“ (siehe den Beitrag von Hobelsberger in diesem Band) der Mitarbeitenden anzuknüpfen. Im Verlauf des Projekts „Christliches Profil Katholischer Krankenhäuser“ wurde die Erfahrung gemacht, dass ein Großteil der Mitarbeiter eine klare, oft christlich gefärbte Wertehaltung mitbringt und diese trotz zeitlicher und personeller Engpässe in ihre Arbeit einbringt (einbringen will). Von dieser Überzeugung war auch die Rede von Bischof Dr. Franz-Josef Overbeck (in diesem Band) geprägt, der hervorhob, dass „unser gemeinsamer Auftrag“ darin bestünde, „Räume für die Erfahrung dieser Werte zu schaffen“. Dies sei, so der Bischof weiter, „der zentrale Brennpunkt, wenn es darum geht, das christliche Profil katholischer Gesundheitseinrichtungen für Mitarbeitende und Patienten gleichermaßen in der Praxis spürbar werden zu lassen.“ Der Versuch, mit Fortbildungsmaßnahmen zu einer teamorientierten Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen beizutragen, gelingt nur, wenn einerseits auf vorhandene Werte und

Grundhaltungen zurückgegriffen werden kann und andererseits erfahrbar wird, dass veränderte Kommunikationsformen neue Räume für die Entfaltung eben dieser persönlichen Wertvorstellungen schaffen. Die Mobilisierung von Werten ist gleichzeitig Basis und Ziel unserer Arbeit. So sind z. B. kritische Selbstreflexivität und aktive Wertschätzung biblisch verankerte Tugenden, die sowohl Voraussetzung als auch Ergebnis von gelungenen berufsübergreifenden Interaktionen sind. Ohne die Aktivierung solcher Werte, die das Team- und Gesprächsklima positiv beeinflussen, sind Kommunikationstrainings zwar wertvoll, aber weder nachhaltig noch von durchschlagendem Erfolg.

Instrumente wie das SBAR-Modell helfen dabei, Hierarchien, die einen offenen fachlichen Dialog behindern, abzufachen und Gesprächssituationen, die ansonsten von den Spielregeln des Doctor-Nurse-Game überformt worden wären, neu zu strukturieren [30]. Auf diese Weise wird interprofessionelle Verständigung gefördert, Kommunikation in emotional aufgeladenen Konstellationen versachlicht sowie gewährleistet, dass sich die beteiligten Parteien „gehört“ und wertgeschätzt fühlen.

Allerdings funktionieren Modelle, die Interaktionen stark strukturieren, nur im Kontext bestimmter Kommunikationseignisse (z. B. Notfall, Schnittstellen-Kommunikation, Teambesprechung, Übergabe, Verlegung) und auch nur dann, wenn beide bzw. alle Gesprächspartner in der Anwendung des Modells geschult worden sind und sich fachlich dazu in der Lage sehen, persönliche Einschätzungen oder sogar Handlungsempfehlungen abzugeben. In anderen Zusammenhängen kann strikt geregelte Kommunikation schnell „roboterhaft“ wirken und stören. Im Extremfall blockiert schematisierte Kommunikation genau das, was sie u. a. bewirken will: den Austausch im multiprofessionellen Team. Die durch das SBAR-Modell erzielte Effizienzsteigerung und Fehlervermeidung darf nicht dazu führen, dass persönliche Werte, die das Miteinander im Team bereichern

und im Zentrum einer christlich geprägten Gesundheitsversorgung stehen (sollten), in den Hintergrund rücken. Gerade in Patienten- und Angehörigengesprächen oder in den Momenten des ungezwungenen kollegialen Austauschs steht die von echtem Interesse motivierte zwischenmenschliche Begegnung im Vordergrund [31]. Die Workshop-Teilnehmer unterstrichen nachdrücklich die Zentralität scheinbar „belangloser“ Kommunikation für das Teamklima: Gerade weil Fusionsprozesse, die hohe Fluktuation von Angestellten und Modelle, wie z. B. ein flexibler Mitarbeiterpool, dazu führen, dass es kaum noch gewachsene Teamstrukturen gäbe und sich ein multiprofessionelles Team oft täglich neu formieren müsse, sei es unabdingbar, Räume für den persönlichen und professionellen Austausch zu schaffen. Ansonsten beschränke sich das Miteinander bald auf bloße Krisenkommunikation.

Um die Balance zwischen Effizienz und Menschlichkeit in der berufsübergreifenden Zusammenarbeit in katholischen Krankenhäusern zu halten, plädieren wir daher dafür, die in Zukunft sicher notwendige Implementierung strukturierender und letztlich zeitsparender Kommunikationsprotokolle wie dem SBAR-Modell in deutschen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen mit Fortbildungen zu begleiten, die sich als offene Kommunikationsplattformen verstehen und die Bischof Overbeck treffend als „Wertecoaching“ beschrieben hat.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass aus unserer Sicht die Verbesserung der teamorientierten Zusammenarbeit auch unter schwierigen Rahmenbedingungen auf dem positiven Wechselspiel dreier Prozesse beruht:

1. Erkenntnis und Reflexion kommunikativer Spielregeln und eingefahrener Verhaltensmuster, die ein offenes interprofessionelles Miteinander blockieren
2. Einführung alternativer Kommunikationsmodelle, die durch die klare Strukturierung interprofessioneller Interaktionen Fehler, Missverständnisse und Konflikte reduzieren

3. Mobilisierung und Stärkung von Werten, die Mitarbeiter dazu motivieren und befähigen, an der Entwicklung der Team- und Kommunikationskultur zu arbeiten

Literatur

- [1] Tewes R. Interprofessionelle Kommunikation will gelernt sein. *Heilberufe* 2015; 67(1): 20-22.
- [2] Hansis ML. Koordinationsdefizite als Ursache vorgeorfener Behandlungsfehler. *Deutsches Ärzteblatt* 2001; 98(31-32): 2035-2039.
- [3] Körner M. Patientenorientierte interne Kommunikation im Krankenhaus. In: Hoefert HW, Härter M, Herausgeber. *Patientenorientierung im Krankenhaus*. Göttingen: Hogrefe; 2009, S. 31-50.
- [4] Muthny FA, Mariolakou A. Pflegekräfte in der stationären Rehabilitation – Arbeitszufriedenheit, Motivation für interdisziplinäre Zusammenarbeit und für den Erwerb psychosozialer Kompetenz. *Pflege* 2002; 15(2): 61-68.
- [5] Brücker H. Aspekte des Führungsverhaltens und gesundheitliches Wohlbefinden im sozialen Dienstleistungsbereich: Ergebnisse empirischer Untersuchungen in Krankenhäusern. In: Badura B, Schröder H, Vetter C, Herausgeber. *Fehlzeiten-Report 2008: Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2009, S. 43-53.
- [6] Enzmann T. Ökonomische Implikationen fehlerhafter Kommunikation am Krankenbett. *Der Urologe* 2014; 53(1): 21-26.
- [7] Mundt MP, Gilchrist VJ, Fleming MF, Zakletskaia LI, Tuan WJ, Beasley JW. Effects of Primary Care Team Social Networks on Quality of Care and Costs for Patients With Cardiovascular Disease. *The Annals of Family Medicine* 2015; 13(2): 139-148.
- [8] The Joint Commission. Sentinel Event. URL: http://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx (abgerufen am 12.5.2015).
- [9] The Joint Commission. Sentinel Event Data - Root Causes by Event Type 2004-2014. URL: http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/default.aspx (abgerufen am 12.5.2015).
- [10] Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical Care Medicine* 2003; 31(3): 956-959.
- [11] Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care* 2004; 13(suppl 1): 185-190.
- [12] Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA, Holzmueller CG, Millman EA, Rowen L, Pronovost, PJ. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American College of Surgeons* 2006; 202(5): 746-752.
- [13] Stein LI. The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry* 1967; 16(6): 699-703.
- [14] Stein LI, Watts DT, Howell T. The doctor-nurse game revisited. *The New England Journal of Medicine* 1990; 322(8): 546-549.
- [15] Holyoake DD. Is the doctor-nurse game being played? *Nursing Times* 2011; 107(43): 12-14.
- [16] Sander K. Machtspiele im Krankenhaus: „doing gender“ oder „doing profession“? *Forum Qualitative Sozialforschung* 2008; 9(1): 1-15.
- [17] Pringle R. Nursing a grievance: women doctors and nurses. *Journal of Gender Studies* 1996; 5(2): 157-168.
- [18] Schürmann B. Mitarbeiterführung: Die Generation Y. *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111(29-30): [2].
- [19] Kring T, Hasebrook JP. Werte und Erwartungen der Generation Y: Herausforderungen für Weiterbildung und Führung von Nachwuchsmedizinerinnen. *Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft* 2015; 1(2): 17-21.
- [20] McFerran S, Nunes J, Pucci D, Zuniga A. Perinatal Patient Safety Project: a multicenter approach to improve performance reliability at Kaiser Permanente. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 2005; 19(1): 37-45.
- [21] Beckett CD, Kipnis G. Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. *Journal for Healthcare Quality* 2009; 31(5): 19-28.
- [22] Boaro N, Fancott C, Baker R, Velji K, Andreoli A. Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams. *Journal of Interprofessional Care* 2010; 24(1): 111-114.
- [23] De Meester K, Verspuy M, Monsieurs KG, Van Bogaert P. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation* 2013; 84(9): 1192-1196.
- [24] Marshall S, Harrison J, Flanagan B. The evaluation of structured communication tools in healthcare. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, 2007; 52(12): 860-864.
- [25] Grbach W, Vincent L, Struth D. Reformulating SBAR to „i-SBAR-R“. URL: <http://qsen.org/reformulating-sbar-to-i-sbar-r/> (abgerufen am 13.5.2015).
- [26] Hickey P, Connor JA, Trainor B, Brostoff M, Blum R, Jenkins K, Stuart-Shor E. Implementation of an organization-wide standardized communication initiative. *Journal of Communication in Healthcare* 2012; 5(1): 32-39.
- [27] The Joint Commission. Hospital: 2015 National Patient Safety Goals. URL: http://www.jointcommission.org/hap_2015_npsgs/default.aspx (abgerufen am 13.5.2015).
- [28] The Joint Commission, WHO. Communication During Patient Hand-Over. *Patient Safety Solutions* 2007; 1(3): 1-4.
- [29] Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2006; 32(3): 167-175.
- [30] Mackintosh N, Sandall J. Overcoming gendered and professional hierarchies in order to facilitate escalation of care in emergency situations: the role of standardised communication protocols. *Social Science & Medicine* 2010; 71(9): 1683-1686.
- [31] Jeserich F, Nagel E. Die heilende Kraft der Begegnung: Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter aus Sicht der Patienten. *Wege zum Menschen* 2009; 61(6): 491-506.