

Arzt und Pflegepersonal

Hubertus K. Kursawe, Herbert Guggenberger

- 2.1 **Allgemeines zur Problematik – 4**
- 2.2 **Fallbeschreibungen – 8**
- Literatur – 19**

2.1 Allgemeines zur Problematik

2 Krankenschwestern sind für die erfolgreiche Arbeit im medizinischen Prozess des Krankenhauses von entscheidender Bedeutung. Allerdings ist die Kooperation mit dem Pflegepersonal aus einer Reihe von Gründen vor allem für jüngere Mediziner nicht immer einfach. Zum einen ist der Mediziner nach dem Studium eher daran gewöhnt, in der Hierarchie unten zu stehen und sich zunächst nicht allzu viel Kompetenz zuzutrauen. Zum anderen verfügen gut ausgebildete Krankenschwestern mit langjähriger Berufserfahrung häufig über ein nicht zu unterschätzendes fachliches Wissen und umfassende praktische Erfahrungen. Sie haben in der Regel durch den engen Kontakt zu den Patienten einen sehr genauen Überblick über die Wirksamkeit von medizinischen Maßnahmen. Dieser Erfahrungsschatz macht sie zu überaus wertvollen Unterstützerinnen in der medizinischen Behandlung. Es ist deshalb gut möglich, dass man sich als Mediziner tatsächlich bis zu einem gewissen Grad unterlegen fühlt und nur zu gerne um Rat fragen möchte. Der junge Mediziner mit einem Bruchteil an Erfahrungen über die praktische Wirksamkeit von bestimmten Therapien steht nun gleichwohl vor der Aufgabe, die medizinische Fachkompetenz zu verkörpern und letztlich aufgrund seiner Verantwortlichkeit Anordnungen zu geben. Die Schwierigkeit besteht nun darin, dieser qua Funktion übertragenen Fachkompetenz und Verantwortlichkeit gerecht zu werden, ohne dabei entweder arrogant oder unsicher zu wirken. Im Fokus steht dabei, die Krankenschwester in ihrem Fachwissen ernst zu nehmen und sie zu unterstützen, ihr Wissen so weit möglich einzubringen und zugleich die entsprechende Fachautorität zu verkörpern. Der Mediziner ist hier im Idealfall der Kompetenzmanager, dessen Aufgabe es ist, sein persönliches Fachwissen und die praktischen Kenntnisse der Krankenschwestern zum Wohle des Patienten zu bündeln. Eine offene Kommunikation, die diese Möglichkeit eröffnet, ist dabei der Schlüssel. Allerdings ist es unabdingbar, dass der Mediziner diesen Prozess aktiv steuert. Die Kontrolle über den medizinischen Prozess muss dabei ebenso in den Händen des Mediziners bleiben wie die Steuerung des Kommunikationsprozesses.

Die Bedeutung der kommunikativen Ebene für das Kooperationsklima und nicht zuletzt die Qualität der medizinischen Arbeit wird seit geraumer Zeit immer wieder in den Vordergrund gestellt. So spricht der Deutsche Pflegerat mit durchaus euphemistischem Unterton davon, dass die „Kommunikation optimierungsbedürftig“ sei (Hibbele 2011). Mit dieser Umschreibung wird auf zum Teil gravierende Defizite in der kommunikativen Struktur im Krankenhausbetrieb hingewiesen. Dieses Problem wird zunehmend erkannt und in den Fokus der Personalentwicklung der Krankenhäuser gestellt. Für den jungen Arzt ist es von enormer Bedeutung, diese Kommunikationsstrukturen schon zu Beginn seiner beruflichen Karriere zu reflektieren und in die eigene Handlungskompetenz zu integrieren. Entscheidend sind letzten Endes die Klarheit der Entscheidungsstrukturen und die Bedingungen für die Umsetzung dieser Entscheidungen. Die Zusammenarbeit der Ärzte mit den Krankenschwestern sollte bestimmt werden durch ein Klima der Offenheit. Krankenschwestern sollten die Möglichkeit haben, Kenntnisse einzubringen, die hilfreich für den medizinischen Prozess sind.

■ Missverständnisse in der Kommunikation zwischen Pflegekräften und Ärzten

Pflegekräfte fühlen sich häufig in ihrer Leistung durch die Ärzte zu wenig anerkannt. Inwieweit diese Gefühle rein „subjektiv“ oder auf einer realistischen Grundlage entstanden sind, ist dabei letztlich kaum zu beantworten. Gleichwohl wirken auch Missverständnisse in den alltäglichen Arbeitsprozess hinein und können so die Zusammenarbeit erschweren oder gar medizinische Prozeduren beeinträchtigen. Deshalb ist es wichtig, diesem Punkt besondere Aufmerksamkeit

zu schenken. Manchmal kann durch ein Gespräch kurzfristig eine Verbesserung erreicht werden. In der Praxis beklagen Pflegekräfte jedoch häufig aus ihrer Sicht objektive Fehlleistungen der Ärzte. Fehlende oder unzureichende Absprachen sind dabei ein ebenso wiederholt auftretender Kritikpunkt wie die viel gescholtene Unpünktlichkeit der Ärzte. Diese führt häufig in der Wahrnehmung der Pflegekräfte unabhängig von den tatsächlichen Gründen zu einem grundlegenden Gefühl einer zu geringen fachlichen oder auch persönlichen Wertschätzung, was wiederum die Arbeitsbeziehung belasten kann.

Aus der Sicht der Ärzte beruht dieses bei den Pflegekräften entstehende Gefühl jedoch häufig auf einem fehlenden Verständnis für die Arbeitsbelastung der Ärzte. So erfasste eine Studie der Fachhochschule Münster kürzlich die Arbeitszeitgestaltung der Ärzte und ermittelte bei 43,5 % eine Unzufriedenheit wegen zu leistender Überstunden, deren Ausgleich und Vergütung (mehr als 70 % der Befragten gaben mehr als 10 Überstunden im Monat an). Die Belastung durch Dienste wurde von 70 % der Ärzte als zu hoch empfunden wurde (Buxel 2013). Eine Online-Umfrage des Marburger Bundes bei 3309 Krankenhausärzten erbrachte, dass jeder zweite Arzt eine Arbeitszeit von durchschnittlich 49 bis 59 Stunden pro Woche inklusive Überstunden und Bereitschaftsdiensten angab und sich demzufolge gesundheitlich beeinträchtigt fühlte. Während der finanzielle Ausgleich der Überstunden einen relativ geringen Einfluss auf die Zufriedenheit am Arbeitsplatz ausübte, spielten eine Mitsprache bei der Schichtplanung und die Verminderung der Wochenenddienste eine bedeutende Rolle. Die dominierende Rolle des Betriebsklimas gegenüber dem Verdienst wurde unterstrichen und von mehr als der Hälfte der Ärzte als eine funktionierende Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen erlebt (Marburger Bund 2013).

Während aus der Sicht der Ärzte Absprachen mit dem Pflegepersonal überwiegend als eindeutig angesehen werden, sieht das Pflegepersonal gerade darin ein Manko. Allenfalls erkennt man eine dem notorischen Zeitmangel geschuldete Reduzierung der Kommunikation auf ein Minimum als Grund an. Auch die Frage der Unpünktlichkeit relativiert sich aus Sicht der Ärzte durch die vielfältigen Anforderungen, die von verschiedenen Seiten gestellt werden. Ein dringendes Telefonat, die Anfrage eines Patienten oder eine kurzfristige Patientenaufnahme machen Pünktlichkeit praktisch unmöglich und können gleichwohl zu dem Gefühl der Geringschätzung bei den wartenden Krankenschwestern führen. Auch wenn der Arzt davon ausgeht, dass den Krankenschwestern seine zeitlich extrem belastete Situation klar vor Augen steht, ist es wichtig, dies zusätzlich zu kommunizieren.

Eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt in der Kooperation zwischen Krankenschwestern und Ärzten auch das **unproportionale Zahlenverhältnis**. Im Durchschnitt liegt das zahlenmäßige Verhältnis zwischen Ärzten und Krankenschwestern bei etwa 1:3, auf einen Arzt kommen also im Durchschnitt 3 Krankenschwestern. Aufgrund ihrer Ausbildung, ihrer gemeinsamen Tätigkeit und ihrer Stellung in der Hierarchie des Krankenhauses entwickeln sie häufig eine ähnliche Sichtweise und bestärken sich in ihrer Wahrnehmung im Zweifel gegenseitig. Auf diese Weise kann es leicht zu einer Art Konsens beispielsweise über die angebliche Arroganz eines Arztes kommen, die sich in regelmäßiger Unpünktlichkeit zeige. Man darf bei aller Professionalität, die im Betrieb eines Krankenhauses erwartet werden kann und muss, die Dynamik derartiger Prozesse nicht unterschätzen. Aufgrund der hierarchischen Struktur des medizinischen Betriebes liegt es letztlich **immer** im Kompetenzbereich des Arztes, Probleme auf dieser Ebene zu erkennen und zu strukturieren.

Ein Potenzial für Spannungen und Missverständnisse zwischen der Ärzteschaft und dem Pflegepersonal ergibt sich aus verschiedenen Faktoren, die in der jeweiligen Funktion im Betrieb des Krankenhauses begründet sind. Ein wesentlicher Punkt ist dabei der **Theorievorsprung**

der Ärzte. Dieser legitimiert die Ärzte für die Übernahme von Verantwortung im Alltag der medizinischen Entscheidungen. Die kompetente Übernahme dieser Funktion wird von allen Beteiligten erwartet und bildet ein charakteristisches Merkmal der Funktion des Arztes. In der Praxis bedeutet dies für den jungen Arzt, möglicherweise bald nach Abschluss der nach wie vor stark an der Theorie orientierten Ausbildung fundierte praktische Entscheidungen zu treffen. Dies wird qua Funktion von allen Beteiligten erwartet. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass die Autorität eines Arztes vom überwiegend weiblichen Pflegepersonal – aus welchen Gründen auch immer – tendenziell eher anerkannt wird als die Autorität einer Ärztin. Den betroffenen Medizinerinnen, denen mit einer derartig negativen Erwartungshaltung begegnet wird, bleibt nichts anderes, als dies hinzunehmen, richtig einzuordnen und insbesondere nicht per se eigenen Qualifikationsdefiziten zuzurechnen. Vielleicht spielen hier noch die Überreste einer überkommenen Vorstellung eine Rolle, der zufolge „der Arzt“ eben männlich zu sein hat und deshalb ein natürlicher Vorsprung an Kompetenz und Autorität angenommen wird. Da sich die Zahl der Ärztinnen in den vergangenen Jahren immer weiter erhöht hat und auch die Erfahrungen mit der Qualität ihrer Arbeit zugenommen haben, wird dieses Phänomen wahrscheinlich mehr und mehr an Bedeutung verlieren. Dem Ausbildungsvorsprung der Ärzteschaft steht bei jungen Ärzten häufig ein erheblicher **Erfahrungsvorsprung des Pflegepersonals** gegenüber. Eine junge Ärztin, die vielleicht zum ersten Mal die Behandlung eines Krankheitsbildes vorzugeben hat, steht dabei möglicherweise neben einer Krankenschwester, die aufgrund ihrer langjährigen Tätigkeit in einer Vielzahl von ähnlichen Fällen an der Behandlung beteiligt war und aus diesem Grund über ein im Einzelfall erhebliches praktisches Wissen über den Verlauf von Heilungsprozessen sowie Anwendung und Verlauf früherer Therapien verfügt. Für den jungen Arzt, der um seine eigene Unerfahrenheit weiß und eine daraus resultierende Unsicherheit verspürt, geht es in derartigen Situationen vor allem darum, sowohl die von ihm erwartete Fachkompetenz und Autorität zu verkörpern, als auch das praktische Wissen der Krankenschwester nutzbar zu machen. Besonders wichtig erscheint es uns, die Wertschätzung der Schwesternschaft explizit, d. h. durch direkt ausgesprochene oder implizit, d. h. durch anderweitige indirekte Anerkennung, zum Ausdruck zu bringen.

Die Kooperation zwischen der ärztlichen Ebene und dem Pflegepersonal wird aufgrund einer Reihe von strukturellen Faktoren zusätzlich erschwert. So bewegen sich **Ärzte und das Pflegepersonal in unterschiedlichen Teams**. Beide Gruppen verbringen beispielsweise ihre Pausen häufig getrennt. Vor allem jedoch ist der **Pflegebereich in der Regel in konstanten Teams** organisiert, wohingegen die **Ärzte** in verschiedenen Ausbildungs- und/oder beruflichen Abschnitten **nur temporär einer bestimmten Station** zugeordnet sind. Hinzu kommt, dass in der Regel eine Pflegedienstleitung in Form einer einzelnen Person die Regeln für alle Krankenschwestern vorgibt. Im Zweifelsfall kann sich eine Pflegekraft also auf diese Vorgaben berufen und gewinnt in der Argumentation gegenüber der Ärzteschaft an Sicherheit. Diese Einheitlichkeit ist bei den Ärzten nicht gegeben, da die Abteilungen, vertreten durch verschiedene Chefärzte, organisatorisch nicht unmittelbar kooperieren bzw. fachspezifische Kriterien der einzelnen Abteilungen gültig sind. Der üblicherweise darüber stehende Ärztliche Direktor besitzt generell keine Leitungskompetenz über alle Ärzte, sondern gilt unter den leitenden Ärzten eher als ein „Primus inter Pares“ mit einer mehr vermittelnden und informierenden Funktion.

Zudem sind in der Praxis die **Arbeitsabläufe streng getrennt**. Ärzte und Pflegepersonal arbeiten weitgehend parallel an dem gemeinsamen Ziel, dem Wohl der Patienten. Dieser Trend verstärkt sich im Zuge einer zunehmenden Arbeitsverdichtung weiter, sodass auch die gemeinsame Visite als erkennbarer Ausdruck der Kooperation und Kommunikation in den Hintergrund zu treten droht. Durch den Einsatz moderner Medien kommt es immer häufiger zu einer

„stummen“ Kommunikation. Die prinzipiell sehr sinnvolle Funktion von Pflegelaptops führt ebenfalls dazu, dass die Notwendigkeit einer unmittelbaren Kommunikation und infolgedessen auch die Notwendigkeit einer gemeinsamen Visite weniger gesehen wird. In der Praxis kommt es daher bereits oft zu getrennten Visiten von Ärzten und Krankenschwestern. Dies kann zu einer weiteren Trennung der Arbeitsabläufe führen, da sich die Kommunikation tendenziell auf den Austausch von schriftlichen Nachrichten auf dem Bildschirm beschränkt. Wir sehen in dieser Entwicklung Gefahren für die medizinische Qualität, da die persönliche Kommunikation weit mehr transportieren kann als ein schriftlicher Austausch. Persönliche Kommunikation erlaubt eine weitaus intensivere und umfassendere Informationswiedergabe und ermöglicht insbesondere die Aufrechterhaltung der Bindungen zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus. In diesem Zusammenhang ist nicht zuletzt die Förderung der Motivation der Pflegekräfte durch eine direkte Kommunikation zu nennen. Die ausdrückliche Anerkennung der Leistungen dieser Berufsgruppe ist nicht zuletzt vor dem Hintergrund eines **wachsenden Selbstbewusstseins der Pflegekräfte** zu sehen, die sich der Bedeutung ihrer Funktion im Heilungsprozess zunehmend bewusst sind. Dabei spielen Altersunterschiede und Lebenserfahrungen im Vergleich zu den Ärzten ebenso eine Rolle wie ein sich in den letzten Jahren vergrößernder Entlohnungsunterschied. Während die Leistung der Ärzte tendenziell besser honoriert wird und hier auch eine weitgehende Zufriedenheit verzeichnet werden kann (Buxel 2013), ist eine **Stagnation der Einkommen der Pflegekräfte** zu beobachten.

■ Lösungsansätze

Der persönlichen Kommunikation zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus ist im Interesse der Patienten eine besondere Bedeutung zuzumessen. Da der technische Fortschritt etwa in Form einer technisierten Kommunikation durchaus auch zur Schonung der kostbaren Ressource „Zeit“ führen kann, sollten andere Formen der Kommunikation noch stärker in den Vordergrund gestellt werden. Eine Möglichkeit ist es, Teambesprechungen als „Jour fixe“ zu nutzen, um strukturelle Probleme zu besprechen. An diesen Besprechungen sollten auch die Führungskräfte (Chefarzt, Oberärzte) mit dem Ziel teilnehmen, eine **therapeutische Allianz** durch die Förderung einer direkten Kommunikation zwischen allen Gruppen des medizinischen Personals und ein Gefühl der Zusammengehörigkeit im Interesse der Patienten zu fördern. Teamorientierte Ansätze sollten bevorzugt und **Teamarbeit belohnt** werden. Dies könnte durch besondere Auszeichnungen, Innovationspreise oder auch durch Feiern erfolgen.

■ Zusammenfassung

- Vor allem für junge Mediziner ist es in der Praxis sehr schwer, gute Ideen im Sinne einer Organisationsveränderung umzusetzen. Diese sind vor allem die Aufgabe des Leitungspersonals.
- Die gelungenen Kooperation mit den Krankenschwestern ist die Grundlage für eine gute Arbeit am Patienten.
- Die Wertschätzung der Arbeit der Krankenschwestern erfolgt durch aktives Zuhören und nicht zuletzt auch durch aktives „Mitanfassen“. Viele junge Ärzte haben nur die aus unserer Sicht nicht ausreichenden Pflichtpraktika absolviert.
- Auf den Stationen übernehmen häufig einzelne Personen die Rolle einer Leitfigur für die Kolleginnen und Kollegen. Eine gelungene Kommunikation und Kooperation kann die Arbeit insgesamt deutlich verbessern.
- Kleidung: Für viele Krankenschwestern ist ihre Tätigkeit persönlich von großer Bedeutung. Sie bringen dies häufig auch durch korrekte Kleidung zum Ausdruck. Für einen

jungen Arzt ist es wichtig, dies zu erkennen und durch ein adäquates eigenes Äußeres seine Wertschätzung gegenüber der Umgebung zum Ausdruck zu bringen. Dies ist keine Nebensächlichkeit.

2.2 Fallbeschreibungen

■ Fall 1: Die erste Injektion oder der angehende Arzt als Lehrling der Krankenschwester

■ ■ Fallschilderung

Während der Zeit meiner Mediziner Ausbildung gab es mehrheitlich die Empfehlung, vor dem Beginn des eigentlichen Studiums in einem Krankenhaus zu arbeiten, um die Gepflogenheiten des späteren Berufs von der Basis auf kennenzulernen. Ich hatte mich damals für die Arbeit in einer großen Nervenklinik entschieden, da die Fachgebiete Psychiatrie und Neurologie mein Interesse für eine spätere Facharztztätigkeit geweckt hatten. Also begann ich meine medizinische Karriere als Hilfspfleger auf einer psychiatrischen Station. Meine Kontakte mit der Medizin hatten sich bis dahin auf Besuche in Krankenhäusern beschränkt, die ich als Kind bei erkrankten Familienangehörigen machen musste. „Nun also sollte ich auf die Patienten losgelassen werden“, dachte ich, und fand es sehr aufregend. Schnell wurde ich in den Stationsalltag eingeführt, und der bestand damals in der Psychiatrie hauptsächlich darin, Patienten zu überwachen, Essen und Medikamente auszuteilen, Blutdruck und Puls zu messen und kleine organisatorische Arbeiten auszuführen. Der Höhepunkt der Ausbildung bestand in dem Erlernen der intramuskulären Injektion, für mich aus damaliger Sicht eine unvorstellbare Hürde. „Vielleicht würde meine ganze ärztliche Karriere daran scheitern, dass ich mich immer im Hintergrund hielt, wenn es ans ‚Spritzen‘ ging“, fürchtete ich. Aber ich hatte die Rechnung ohne eine sehr couragierte, relativ junge Krankenschwester gemacht, die meine Zurückhaltung bemerkt hatte. Sie hieß Helene, was mich an Wilhelm Busch denken ließ. Jedoch hatte ich mich diesbezüglich mit meinem Vergleich getäuscht. Sie hatte offensichtlich nur auf eine Gelegenheit gewartet, die es ihr nach ihrem Dienstplan ermöglichte, mich ohne Vorwarnung oder Ankündigung bei der intramuskulären Injektion anzulernen. So forderte sie mich eines Tages auf, sie bei der Versorgung einer relativ schwierigen, akut psychotischen Patientin zu unterstützen. Gehorsam und ahnungslos folgte ich ihr zum Bett der Kranken und bekam dort nach einer kurzen Erklärung und Einführung ohne Umschweife die Spritze ausgehändigt mit der Aufforderung, unverzüglich tätig zu werden. Es blieb mir gar keine Zeit für Aufregung, Widerrede oder Diskussion. Die Patientin war gelagert und ich stieß mit einem tiefen Atemzug die Kanüle in das Gesäß der Patientin und injizierte das Psychopharmakon. Und als die Patientin auch noch bekundete, dass es ihr überhaupt nicht wehgetan hätte, zog ich die Spritze erleichtert zurück. Ich hatte mich überwunden oder besser gesagt, die clevere Schwester Helene hatte mich vollkommen überrumpelt und meine Angst vor dem ersten kleinen Eingriff am Körper eines anderen Menschen begrenzt. Ich war ihr sehr dankbar und wir waren lange gute Freunde, auch als ich später als Arzt in dasselbe Krankenhaus zurückkehrte.

Das Fazit dieses ersten „Eingriffs“ begleitete mich mehrere Jahre meines frühen Berufslebens, denn bei vielen wichtigen ärztlichen Handlungen, sei es die erste Lumbalpunktion, der erste Subklaviakatheter oder die erste Intubation, standen mir Personen zur Seite, die mich unterstützten und von denen ich lernen konnte, obwohl ich ihnen später vorgesetzt war. Dass dabei der schnelle Entschluss zum gemeinsamen Handeln sehr wohltuend ist und man dazu auch eine Überrumpelungstaktik anwenden kann, habe ich später als Ausbilder geschätzt und

genutzt. In einem zu sehr auf die Trennung und Abgrenzung der Berufsgruppen orientierten System werden heute häufig gemeinsame Synergien verschwendet und Erfahrungen der anderen Heilberufe übersehen. Insofern gilt mein Dank Schwester Helene.

■ ■ Kommentar

Aufgrund der mangelnden Praxis im Medizinstudium sind medizinische Fachkräfte wie Krankenschwestern, in manchen Fällen gar Hilfskräfte im Hinblick auf bestimmte Handlungen aufgrund ihrer Erfahrung und/oder eines besonderen Geschicks besser als der vorgesetzte Arzt. Gerade als junger Mediziner steht man immer wieder vor einem Dilemma dieser Art. Das Dilemma entsteht letztlich häufig dadurch, dass man der Meinung ist, aufgrund des medizinischen Studiums bzw. der Position als Vorgesetzter fachlich überlegen sein zu müssen und auch buchstäblich „alles“ besser können zu müssen. Dies wird besonders dann schwierig, wenn eine erfahrene und kompetente Stationsschwester vielleicht noch leise auf mögliche Komplikationen einer durch den jungen Stationsarzt vorgesehenen Therapie hinweist und damit quasi in die Kernkompetenz des Arztes einzugreifen versucht. Die Situation ist vor allem auch deshalb heikel, weil man allzu leicht seinen „Ruf“ als kompetenter junger Mediziner in Gefahr sehen kann und das „Getuschel“ über den unerfahrenen Anfänger meiden möchte, der sich von der Krankenschwester etwas sagen lässt. Schließlich wird die eigene Autorität in Frage gestellt und manche Menschen neigen dann dazu, auf ihrer Meinung zu beharren und sich durchsetzen zu wollen.

➤ **Die Frage der Autorität als Vorgesetzter entscheidet sich letztlich daran, wie diese kommuniziert wird. Werden die besonderen Fähigkeiten der Mitarbeiter der Station nicht nur erkannt, sondern im Einzelfall auch gewürdigt, so kann dies nicht nur die Zufriedenheit im Team, sondern auch das Ansehen des Vorgesetzten erhöhen. Schließlich bleibt aufgrund der Struktur des Arbeitsalltags genügend Raum für das Einbringen der eigenen Kompetenz und Verantwortung.**

■ Fall 2: Der erste Eingriff oder die stützende Hand der Krankenschwester

■ ■ Fallschilderung

Die Lumbalpunktion (LP) stellt einen der wichtigsten Routineeingriffe eines jungen Neurologen und Psychiaters dar, von dessen perfekter Durchführung sein Ruf auf der Station abhängt. Umso schwerer ist es, für einen Anfänger diese Hürde ohne große Schwierigkeiten zu überwinden. Aus der Sicht der erfahrenen Ärzte handelt es sich um eine Kleinigkeit, die nebenbei zu erlernen ist. In diesem Sinne war auch mein damaliger Chefarzt mit mir verfahren, als er mir den Eingriff kurz demonstrierte und mir eröffnete, dass ich beim nächsten Mal selbstständig punktieren sollte und er mich nur durch seine Anwesenheit unterstützen wollte. Ich fieberte also der nächsten Gelegenheit zur LP, wie wir es nannten, entgegen und fand auch in den nächsten Tagen eine Gelegenheit für einen solchen Eingriff. Der Chefarzt war über die Notwendigkeit und den Termin informiert und hatte seine Anwesenheit zugesagt. Gemeinsam mit den Krankenschwestern bereitete ich den Patienten vor und rief meinen Chef an, den ich aber plötzlich nicht erreichen konnte. Der Patient saß auf seinem präparierten Hocker in Erwartung des schmerzhaften Eingriffs und nichts passierte. Nach einem kurzen Augenblick des Zögerns ermunterte mich die Krankenschwester im Hinblick auf den ängstlich wartenden Patienten anzufangen. „Also Augen zu und durch“, dachte ich und stieß die Punktionskanüle mit einem Stoßseufzer in den Zwischenwirbelraum hinein, den ich mir vorher sorgfältig vorbereitet und desinfiziert hatte. Der erwartete Schmerzscrei des Patienten blieb aus, ich fasste Mut und stieß weiter in das unbekannte Terrain in Richtung

Spinalkanal vor. „Jetzt den Mandrin heraus und es ist geschafft“, so hoffte ich, aber ich konnte keinen Liquor gewinnen. Also musste ich wieder zurück mit der Kanüle und neu ansetzen, wie ich es gelernt hatte. Aber auch der erneute Versuch vorzustößen brachte keinen Erfolg, sodass ich die Kanüle ganz herausnahm, um den Punktionsort leicht zu korrigieren. Die zweite Punktion war ebenfalls erfolglos, dafür jedoch der Patient trotz guten Zuredens ungeduldig. Was tun? Natürlich den Chef anrufen. Aber das würde den Eingriff erheblich verzögern und die Geduld meines Opfers unnötig strapazieren. Eine Minute der Ratlosigkeit verging, in der mir die ersten Schweißperlen über die Stirn rannen. Dann kam wie das erlösende Flüstern der Souffleuse auf der Theaterbühne die ermutigende Aufforderung der gerade hinzugeeilten Stationsschwester, der ich offensichtlich sympathisch war: „Das schaffen wir schon, ich halte Ihnen den Patienten und dann geht es“. Beruhigende, warme Worte in sonorem Tonfall strömten auf den Patienten ein, aus denen die ganze Erfahrung einer langjährigen Schwesternkarriere erkennbar war. Er sollte sich entspannen, den Rücken wie auf einem Kutschbock locker nach vorn beugen, sie würde ihm zusätzlich ein Kissen vor den Bauch legen und ihn schon festhalten und dann sei alles in einer Minute vorbei. Noch ehe ich weitere Einwendungen vorbringen konnte, hatte sie den zu Punktierenden so gelagert, dass er sich wie an der Mutterbrust fühlen musste und ich mein Werk mit dem dritten Stich zum Erfolg bringen konnte. Die Premiere war geglückt, ich übergab das Hirnwasser der Laboruntersuchung, wischte mir den Schweiß von der Stirn und bedankte mich mit einem glücklichen Lächeln bei meiner Retterin. „Gut gelagert ist halb punktiert“, bemerkte sie mit einem erfahrenen Lächeln. Ich stimmte zu und wusste, dass die enge Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal eine Leitlinie meines ärztlichen Tuns sein würde.

■ ■ Kommentar

Die medizinische Ausbildung nimmt viele Jahre in Anspruch und die Studenten und jungen Mediziner haben Erhebliches geleistet, bis sie in die Lage versetzt wurden, selbstständig Behandlungen am Patienten vorzunehmen. Der persönliche Stolz über den erreichten Status wird unterstützt durch die Anerkennung des privaten Umfeldes und auch der medizinischen Belegschaft im Krankenhaus. Leicht entwickelt sich parallel zu den Erwartungshaltungen des Umfeldes ein eigener Anspruch, das Metier zu beherrschen. Es ist für junge Mediziner mehr oder weniger regelmäßig enttäuschend zu erkennen, dass auch vermeintliche Basishandlungen in keiner Weise „einfach“ sind. Dabei ist es wichtig, den Anforderungen seines Berufes nicht nur zu Beginn mit einer gewissen Demut zu begegnen und nicht an überhöhten Ansprüchen an sich selbst zu scheitern. Objektiv betrachtet ist auch der gut ausgebildete Mediziner bei Behandlungen, die er erstmals vornimmt, ein Anfänger, der von der konkret zu bewältigenden Aufgabe im Grunde nur eine sehr begrenzte Vorstellung hat. Dabei besteht regelmäßig eine Diskrepanz zwischen der Theorie (die man „beherrscht“) und der Praxis (von der man „wenig Ahnung“ hat). Sicher hat man einen bestimmten Eingriff häufig beobachtet, bis man in die Lage versetzt wird, ihn eigenverantwortlich durchzuführen. Allerdings ist die Qualität dieses Schrittes nicht zu unterschätzen, zumal man auch nicht „das Gesicht verlieren“ möchte und nervös ist. In derartigen Situationen ist es wichtig, keinem überzogenen Anspruch an die eigene Position und die eigenen Fähigkeiten zu verfallen, sondern Unterstützungen durch seine Umgebung anzunehmen. Eine erfahrene Krankenschwester, ein erfahrener Pfleger, ist einem jungen Mediziner in praktischer Hinsicht in vielen Fällen überlegen. In der Praxis sind gut eingespielte Teams erfolgreich, die Synergie der Qualifikationen ist dabei der entscheidende Faktor. Mediziner übernehmen dabei eine zentrale Funktion, ohne jedoch im Einzelfall alles „besser können“ zu müssen. Die Annahme und Anerkennung der Unterstützung durch die Krankenschwester in der beschriebenen Situation ist vor diesem Hintergrund sicher keine Schwäche, sondern eine Stärke.

■ Fall 3: Die abgesagte Visite

■ ■ Fallschilderung

Noch am Anfang meiner ärztlichen Stationsarbeit wurde ich eines Tages vor die überraschende Mitteilung der zuständigen Krankenschwester gestellt, dass ich die Visite heute ohne Schwester absolvieren sollte. Es gäbe dringende Arbeiten auf der Station, die keinen Aufschub duldeten, erklärte man mir ausweichend. Ich war noch unsicher in meinem Beruf und galt, was zu vermuten war, wegen meiner ausführlichen und langdauernden Visitingestaltung als Hemmschuh im Tagesablauf. Insofern empfand ich das angekündigte Fehlen der Krankenschwester bei der Visite als Ausrede und Affront gegen mich und fühlte mich gekränkt. Ich lief zur Stationsschwester, die sich wegen einer notwendigen Sitzung verleugnen ließ und machte meinem Unmut bei einer anderen Krankenschwester und einer Kollegin Luft. Schließlich musste ich zähneknirschend nachgeben und die Visite allein führen. In den darauffolgenden Wochen passierte mir das noch oft, ohne dass ich neue Gründe erkennen konnte. Was hatte ich falsch gemacht? Sicher war meine Visitenführung als Berufsanfänger für die Krankenschwestern zeitlich eine Belastung, aber dennoch war es nach übereinstimmender Meinung für die Stations- und Patientenführung ein Vorteil, die Visite gemeinsam durchzuführen. Wahrscheinlich hatte ich, aus dem Gefühl der persönlichen Kränkung heraus, die Situation überspitzt, sodass die Ablehnung seitens der Krankenschwestern zugenommen hatte. Nur gut, dass ich nicht auch noch mit einer Beschwerde bei der Oberschwester oder dem Oberarzt den Dienstweg beschritten hatte, wie es mir in meinem ersten Ärger angemessen erschienen war. Das hätte mich sofort zum Außenseiter gestempelt. Wäre ich doch nur sachlich geblieben und hätte nach den Hintergründen der Visitenverweigerung gefragt! Dann hätte ich vielleicht gleich erfahren, dass ich zu umständlich agierte und zu empfindlich gegen Kritik war, andererseits selbst gern und leicht kritisierte und die Tätigkeit der Krankenschwestern in deren Augen herabsetzte. So blieb mir nur die Möglichkeit, eine gewisse Isolation für vier Wochen zu ertragen und in einer routinemäßig angesetzten Stationsbesprechung den Organisationsrahmen zu klären, der besagte dass natürlich ausnahmsweise eine Abwesenheit der Krankenschwestern bei der Visite akzeptiert würde, wenn dies aufgrund von Besetzungsproblemen oder ungewöhnlichen Konstellationen in der Morgenbesprechung angekündigt worden war. Ad-hoc-Abwesenheiten seien jedoch generell nicht vorgesehen. Ich gestand dem Pflegepersonal dabei zu, bei meinen Visiten auf ein gewisses Zeitlimit zu achten, um den Routineablauf der Station nicht aufzuhalten.

■ ■ Kommentar

Auch jungen Ärzten wird es schnell zugemutet, die Verantwortung für die Station in gewissen Phasen mehr oder weniger alleine zu tragen. Die Anwesenheit erfahrener Fachkollegen ist häufig nicht gegeben und die verantwortliche Durchführung von Visiten durchaus Usus. Es kann sich so schnell ein Gefühl der Überforderung einstellen, das etwa durch besonders aufwendige Visiten kompensiert werden soll. Die Begleitung durch erfahrenes Pflegepersonal empfindet man als entlastend und vielleicht erwartet man implizit oder explizit deren Unterstützung. Aus der Sicht der Pflegekräfte ist die Begleitung eines „Anfängers“ in mehrfacher Hinsicht nicht sehr attraktiv. Aufgrund seiner möglichen Unsicherheit dauern die Visiten häufig etwas oder auch deutlich länger, was die Arbeitsbelastung noch erhöht, da andere Arbeiten in diesem Zeitraum nicht geleistet werden können. Zudem ist es durchaus wahrscheinlich, dass die noch so gut kaschierte Unsicherheit des jungen Stationsarztes für erfahrene Pflegekräfte sofort erkennbar wird. Pflegekräfte können aufgrund ihrer Erfahrungen mit den Patienten und natürlich auch durch ihre Erfahrungen in Visiten, die von erfahrenen Ärzten durchgeführt werden, vielfach leicht einschätzen, wo unnötige „Längen“ entstehen, welche dann

leicht zu Ungeduld der Pflegekräfte führen können. Nicht zuletzt spielt es eine Rolle, dass die Jugendlichkeit und Unsicherheit eines fachlichen Vorgesetzten dazu führen kann, dass gewisse Akzeptanzprobleme entstehen. Der oder die „Neue“ werden schließlich auch „getestet“, um die Grenzen und Spielräume in der künftigen Zusammenarbeit auszuloten. Dies kann – wie in diesem Fall – schließlich dazu führen, dass sich die Krankenschwestern vollständig aus der Visite zurückziehen versuchen.

Als Berufsanfänger wird man immer in der einen oder anderen Form mit derartigen Akzeptanzproblemen zu kämpfen haben, da es in der Natur der menschlichen Verhaltensdynamik liegt, Gruppen- und Leitungsstrukturen zu testen. Die Gefahr liegt nun darin, zu schnell nervös zu werden und sich durch eine falsche Reaktion in eine schwierige Situation zu bringen. Selbstverständlich ist es erforderlich, dass die Krankenschwestern an der Visite teilnehmen. In den allermeisten Fällen wird dies noch niemand ernsthaft in Zweifel gezogen haben. Gleichwohl kann eine Überreaktion die für die fachliche Qualität erforderliche Kooperation auf dieser Ebene beeinträchtigen. Dies hätte in diesem Fall etwa dann passieren können, wenn sich der Stationsarzt direkt an die vorgesetzte Ebene gewandt hätte, die mit einiger Wahrscheinlichkeit sofort die Notwendigkeit der Teilnahme der Krankenschwestern an der Visite angeordnet hätte. Zwar wäre dann sozusagen die Ordnung wiederhergestellt worden, doch hätten Ansehen und Autorität des jungen Stationsarztes gelitten. Prinzipiell ist zu bemerken, dass eine auftretende Teamproblematik immer dann selbst zu beheben ist, wenn nicht „Gefahr im Verzug“ ist und eine sofortige Reaktion erfolgen muss. Vielleicht ist es hilfreich, davon auszugehen, dass Akzeptanzprobleme zum Alltag des Berufsanfängers gehören. Die notwendige Autorität kann in der Regel dadurch erworben werden, dass Regeln selbst formuliert werden und in einer angemessenen Form kommuniziert werden. Die nächste Teamsitzung als Möglichkeit einer Kommunikation der eigenen Erwartungen und als Ausdruck der fachlichen Notwendigkeiten war in diesem Fall sicher der richtige Zeitpunkt.

➤ **Die Unsicherheit bleibt gleichwohl der ständige Begleiter des Berufsanfängers. Sich von Beginn an darauf einzustellen und zu wissen, dass sich Akzeptanz nicht nur unter den Fachkollegen, sondern auch bei den Pflegekräften nur allmählich einstellt und man sie sich erst erarbeiten muss, kann dabei sehr hilfreich sein.**

■ Fall 4: Die unterbrochene Visite

■ ■ Fallschilderung

Am Anfang meiner Laufbahn erlebte ich mehrfach eine Situation, die mich immer wieder in Konflikt mit dem Pflegepersonal brachte:

Ich war mitten in der Visite mit einem Patienten beschäftigt, als eine Krankenschwester ins Zimmer kam, um mich zum Telefon zu rufen. „Doktor, dringend, Telefon!“, schallte es unpersönlich von der urplötzlich aufgerissenen Tür. Auf Nachfragen bekam ich in Gegenwart der anderen Patienten erläutert, dass es ein schwieriges Angehörigengespräch zu bewältigen galt. „Gehen oder nicht“, dachte ich im ersten Augenblick und war schon im Begriff loszueilen, als mein Blick auf den fragenden Patienten fiel, mit dem ich gerade beschäftigt war. Beides, sofort loszugehen **und** die Aufforderung der Krankenschwester zu ignorieren, wäre falsch gewesen. Mit einer flüchtig und unwirsch genuschelten Erklärung verabschiedete ich mich wenigstens noch vom Patienten, bevor ich zum Telefon eilte, um eine vermutlich banale Frage mit wahrscheinlich penetranten und schwierigen Angehörigen zu klären. Sicher wäre es besser gewesen, die Visite in dem betreffenden Zimmer zu beenden, um den Patienten die Bedeutung der Visite und die Ernsthaftigkeit meiner Bemühungen zu unterstreichen. So aber wartete der Rest der

Zimmergenossen gespannt und neugierig, aber auch ungeduldig, auf mein erneutes Eintreffen. Ebenfalls wäre es empfehlenswert gewesen, mit der Krankenschwester in einer kurzen Rücksprache vor dem Zimmer zu klären, ob eine Unterbrechung der Visite wirklich notwendig war oder ob nicht auch ein entsprechend späterer Rückruf ausreichend gewesen wäre. Aber die junge Krankenschwester war ohnehin sofort verschwunden, sodass die Frage nach den Hintergründen der reklamierten Dringlichkeit unbeantwortet blieb.

- ❓ War es die eigene Unsicherheit der jungen Krankenschwester gegenüber den Angehörigen?
– War es die zu erwartende Nachgiebigkeit aufseiten eines jungen Arztes wie mich oder war es einfach nur Bequemlichkeit der Krankenschwester, einen unangenehmen Frager sofort zu befriedigen oder handelte es sich um ein generelles Machtspiel zwischen Pflegepersonal und Arzt? – Bin ich im Allgemeinen zu konzilient gegenüber jeglichen Anfragen zu passenden und unpassenden Zeiten? – Lass ich alles mit mir machen, nur um gut dazustehen bei ihnen?

Ohne eine letztlich für mich klare Antwort auf meine eigenen Fragen konnte ich das Verhalten gegenüber Angehörigen am Telefon als Thema beim nächsten Stationstermin anbringen und mit dem gehörigen emotionalen Abstand in organisatorische Bahnen lenken.

Nachtrag: Genutzt hat das klärende Gespräch allerdings nur wenig, denn beim nächsten Mal passierte einem anderen Arzt dasselbe wie mir. Gewohnheiten lassen sich eben nur über lange Zeiträume ändern, und auf der anderen Seite hat natürlich das Pflegepersonal nicht die Kompetenz, medizinische Auskünfte am Telefon zu erteilen.

■ ■ Kommentar

Derartige Vorfälle betreffen nicht nur junge Ärzte und erscheinen als Ausdruck eines Phänomens des Zeitgeistes: Das Gefühl, ständig auf kurzfristige Anforderungen reagieren zu müssen. Viele Unternehmen haben bereits erkannt, dass die dadurch bewirkte Zerstückelung von Arbeitsvorgängen durch ständige Störungen zu einer Dekonzentration der Mitarbeiter führt, die Arbeitsbelastung erhöht und die Arbeitsleistung verschlechtert. Häufig sind dies die als modern geltenden Anforderungen moderner Kommunikationsformen, die zu legitimierte und etablierte „Störungen“ berechtigen und kurzfristige Reaktionen zu erfordern scheinen. So muss die neueste E-Mail beantwortet werden, obwohl diese bei objektiver Betrachtung vielleicht weniger bedeutend ist als das Projekt, an dem gerade gearbeitet wird. Manche Unternehmen haben deshalb begonnen, einzelnen Mitarbeitern störungsfreie Perioden zu gewährleisten (Umleitung von Telefonaten, E-Mails, persönlichen Anfragen etc.) In dem hier beschriebenen Fall ist es das Telefon, das in einen Arbeitsablauf (Patientengespräch) eingreift. Die Krankenschwester räumt diesem de facto eine höhere Priorität ein als dem vielleicht lange geplanten und gut vorbereiteten Gespräch. Entscheidend scheint es hier für den Arzt, die Störung richtig zu bewerten und entsprechend zu reagieren. Es kann viele Gründe geben, die die Krankenschwester veranlasst haben, den Weg der Störung zu wählen. Dies kann eigene Unsicherheit, eine chronischen Arbeitsüberlastung oder auch einfach nur Gedankenlosigkeit sein. Auch ist die Möglichkeit gegeben, dass sie eine telefonische Anfrage grundsätzlich in der Priorität höher bewertet, als das ungestörte Gespräch des Arztes mit dem Patienten. Tatsache ist jedoch, dass sie damit unmittelbar in dessen Arbeitsablauf eingreift und an dieser Stelle selbst entscheidet, wo die Prioritäten liegen.

Entscheidend für eine adäquate Reaktion des Arztes ist die eigene Bewertung der Prioritäten. Es mag Fälle geben, in denen eine schnelle Reaktion (z. B. medizinischer Notfall) tatsächlich erforderlich ist. In den übrigen Fällen ist es wahrscheinlich sinnvoll, in der aktuellen

Arbeitssituation zu bleiben. Bewertet man den Anruf höher, so muss man den Raum und eine konsistente Gesprächssituation verlassen. Dadurch baut sich ein zusätzlicher Arbeitsdruck auf, da man während des Telefonats ja immer im Hinterkopf hat, dass im anderen Raum noch die Fortführung des Gesprächs ansteht. Zudem können weitere Störungen die Folge sein, da man etwa auf dem Weg zum Telefon mit einer weiteren Anfrage konfrontiert werden könnte. Es ist also eine gewisse Kategorisierung von Dringlichkeiten erforderlich, die man aktiv lebt und entsprechend kommuniziert. So kann in Teambesprechungen festgelegt werden, dass persönliche Patientengespräche prinzipiell eine höhere Priorität genießen als die telefonische Anfrage eines Angehörigen. Zwar wird es immer Fälle geben, in denen man erst im Nachhinein erkennt, was tatsächlich wichtiger war, doch sollte man versuchen, die Anzahl von Störungen auch wegen der eigenen Arbeitsbelastung zu reduzieren. Die Kommunikation mit den Pflegekräften über die Einschätzung der Dringlichkeit einer Störung ist auf jeden Fall von besonderer Bedeutung, um Missverständnisse zu vermeiden und im Idealfall zu einer ähnlichen Einschätzung zu gelangen. Für telefonische Anfragen von Patienten wie in dem genannten Beispiel können etwa Sprechzeiten oder Zeitfenster eingerichtet werden. Manchmal ist auch ein Rückruf sinnvoll. Selbstverständlich ist es auch in diesem Fall wichtig, die Ebenen zu trennen und den unwirschen Ton der jungen Krankenschwester nicht persönlich zu nehmen.

➤ **Eine Versachlichung mit einem gewissen zeitlichen Abstand in einem persönlichen Gespräch oder in der Teambesprechung ist daher sicher der richtige Weg. Eine kurze Erläuterung der Gründe, weshalb man diese oder jene Priorität setzt, ist ebenfalls hilfreich.**

■ Fall 5: Die „Dringlichkeit“ der Rettungsstelle

■ Fallschilderung

Bei meiner späteren Tätigkeit als Neurologe in einem Allgemeinkrankenhaus passierte mir Folgendes:

Kurz nach Beginn der Morgenvisite kam eine junge Krankenschwester in das Zimmer gelaufen mit der Aufforderung, ich sollte mich sofort in die Rettungsstelle begeben, um einen dringenden Fall zu klären. Sollte ich nun gleich losrennen, obwohl die Versorgung der Notaufnahme anders organisiert und ein anderer Kollege eingeteilt war? Oder sollte ich schroff ablehnen mit dem Hinweis auf die verabredete Aufteilung der Arbeit? Ich entschloss mich zur Unterbrechung der Visite und zum Nachfragen vor dem Patientenzimmer: Wer ruft an? Warum ruft mich die Rettungsstelle trotz eines vorhandenen Dienstplans an? Wie so oft hatte vom Rettungsstellentelefon aus nur eine Krankenschwester den Hinweis „dringender neurologischer Patient“ gegeben. Was tun? Die mich unterbrechende Krankenschwester war lediglich der Überbringer einer unzureichenden Botschaft. Der anfordernde ärztliche Kollege hatte es offenbar nicht für nötig befunden, sich selbst zu melden, sondern nur die Standardbotschaft „Patient mit einem epileptischen Anfall“ übermitteln lassen. Ich musste also zurückrufen und versuchte, die Angelegenheit mit dem zuständigen Kollegen zu klären, der sich aber als „dringlich beschäftigt“ verleugnen ließ.

❓ **War nun der Anruf wirklich berechtigt, wie man es wegen der üblicherweise spärlichen Kommunikation der Notaufnahme mit Konsiliarärzten nicht unbedingt erwarten konnte?**

Ich entschloss mich, dem direkt nachzugehen und meinen anfänglichen Ärger zu überwinden. Es blieb also nichts anders übrig, als zu gehen. Dennoch nahm ich mir die eine Minute Zeit, um den zu visitierenden Patienten des Zimmers eine Begründung für meine Unterbrechung zu

geben und die diensthabende Krankenschwester zu veranlassen, mich auch bei den wartenden Patienten der anderen Zimmer zu entschuldigen.

Ich hatte richtig entschieden, denn es gab eine dringliche neurologische Indikation, einen Patienten mit Schlaganfall und der unmittelbaren Notwendigkeit einer schnellstmöglichen Lysebehandlung. Wegen eines Organisationsmangels war dieser Fall an meinem anderweitig in der Rettungsstelle beschäftigten neurologischen Kollegen vorbeigegangen. Glück gehabt!

Nachtrag: Der Patient wurde erfolgreich behandelt. Die später versuchte Analyse der Organisationspanne erbrachte außer dem Hinweis auf Arbeitsüberlastung seitens der Notaufnahme keine Klarheit darüber, dass in einem solchen Fall Telefonate unbedingt durch Ärzte geführt werden müssten, um für Sofortmaßnahmen ausreichend gerüstet zu sein.

■ ■ Kommentar

„Für einen Arzt in der Hektik des Krankenhausbetriebs gelten andere Maßstäbe als für einen Sachbearbeiter im Büro.“ Dieses Diktum hat eine weitreichende Bedeutung für die Tätigkeit in der medizinischen Praxis. In Schulungen zum Stress- und Zeitmanagement wird immer wieder zu Recht darauf hingewiesen, dass eine strukturierte Arbeitsorganisation und Arbeitsteilung unabdingbar nicht nur für einen hohen Output der Leistung sind, sondern mittel- und langfristig auch für die persönliche Leistungsfähigkeit und nicht zuletzt die eigene Gesundheit. Der Grundsatz, sich auf die Tätigkeit zu konzentrieren, mit der man gerade befasst ist, und sich im Interesse der Qualität und der Effektivität nicht ablenken zu lassen, ist zwar grundsätzlich richtig. Allerdings gibt es erhebliche Unterschiede darin, wie dies in der Praxis zu realisieren ist. Bei einem Sachbearbeiter ist es in der Regel nicht von Bedeutung, ob die Bearbeitung eines bestimmten Vorgangs um kurze Zeit vorgezogen wird oder einige Zeit später abgewickelt wird. Hier mag es sinnvoll sein, Anfragen wie im vorliegenden Fall mit dem Hinweis auf Vereinbarungen zur Arbeitsorganisation abzuweisen. Im Falle des Mediziners stellt sich die Situation jedoch anders dar, weil die Gesundheit von Menschen betroffen ist und Zeitverzögerungen fatale Konsequenzen nach sich ziehen können. Zudem ist in der Praxis ein Rekurs auf getroffene Vereinbarungen im Einzelfall schwer möglich, weil auch die Kollegen regelmäßig in Zusammenhängen stehen, deren zeitlicher Ablauf von einer Vielzahl von Variablen abhängig ist. Aus diesem Grund ist eine Bewertung der aktuellen Situation notwendig, wobei die Entscheidung nur auf der Grundlage der zu erwartenden Dringlichkeit erfolgen kann. Ist Gefahr in Verzug und ein anderer kompetenter Kollege nicht zur Verfügung, bleibt nichts anderes übrig, als sofort zu reagieren und sich selbst ein Bild zu machen.

Die Prämissen einer strukturierten Arbeitsorganisation werden auf diese Weise gleichwohl verletzt. Zum einen leidet durch derartige „Anfragen“ die Effektivität der eigenen Arbeit erheblich und kann zu weiteren Komplikationen führen, da man sich ja aus einem bereits ablaufenden Arbeitszusammenhang entfernen muss. Im besten Fall führt dies zur Unzufriedenheit der betroffenen wartenden Angehörigen des Patienten, der auf der Station verbleibt, und/oder der Krankenschwestern, es kann aber auch eine gefährliche Situation für den wartenden Patienten nach sich ziehen kann. Zum anderen wird auch die persönliche Arbeitsbelastung erhöht, was ebenfalls negativ zu bewerten ist. Dem kann jedoch aus den genannten Gründen nicht kurzfristig begegnet werden. Gleichwohl sollte man den Vorgang nicht auf sich beruhen lassen oder es als „Pflicht“ des guten Mediziners betrachten, klaglos und dauerhaft als Lückenbüsser zu fungieren. Vielmehr sollte man versuchen, in der nächsten Arbeitsbesprechung die Thematik aufzugreifen und die Gründe für den Verlauf herauszuarbeiten. Die Wahrscheinlichkeit, mit „Anfragen“ dieser Art konfrontiert zu werden, ist aufgrund der insgesamt hohen Arbeitsbelastung im medizinischen Bereich sehr hoch.

- **Strukturen sind so zu gestalten, dass sich Ungleichgewichte nicht verfestigen und die außerplanmäßigen „Anfragen“ sich wirklich auf die Fälle beschränken, die aufgrund ungewöhnlicher und nicht vorhersehbarer Umstände nicht vermeidbar waren.**

■ Fall 6: Die eingreifende Stationsschwester

■ ■ Fallschilderung

Nach einigen Jahren ärztlicher Tätigkeit als Oberarzt wurde ich eines Montags vor eine Entscheidung gestellt, die ich kaum treffen konnte. Völlig außerhalb unserer Besprechungstermine und Visiten kam die Stationsschwester in mein Zimmer und eröffnete mir, dass sie mit einer mir unterstellten ärztlichen Kollegin nicht weiter arbeiten könnte und ihre Funktion niederlegen wollte. Was war geschehen? Sie hätte in ihrem letzten Dienst eine schwerkranke Patientin mit einem Schlaganfall zu versorgen gehabt und sei dabei von der Ärztin im Stich gelassen worden. So hätte sie die Ärztin mehrfach telefonisch darüber informiert, dass sich der Zustand der Patientin verschlechtert habe, aber diese hätte trotz der hohen Gefährdung der Patientin lediglich mit banalen telefonischen Anweisungen reagiert. Erst als die Patientin dann epileptische Anfälle bekam, wären die nötigen diagnostischen Maßnahmen und eine Verlegung in die Neurochirurgie eingeleitet worden. Darüber hinaus war die erfahrene Krankenschwester persönlich gekränkt, da sie sich mit der Einschätzung als scheinbar ängstliche und übervorsichtige Person herablassend behandelt gefühlt hatte. Mir war sofort gegenwärtig, dass sich andere Kollegen schon oft über die betreffende Kollegin beschwert hatten. Diese Einwände hatte ich innerlich als Neiddebatte abgetan, da ich die Kollegin mochte und mich zuvor für ihre Einstellung in unserer Abteilung eingesetzt hatte. Nun musste ich reagieren. Aber wie? Ignorieren wäre falsch gewesen, denn es stand die Frage im Raum, ob durch das Verhalten der Ärztin ein Schaden hätte entstehen können.

❓ Sofort Stellung nehmen?

Ebenfalls nicht empfehlenswert, denn es könnte ja sein, dass man mich in einen Konflikt hineinziehen wollte, um eine von mir geschätzte, aber von den Krankenschwestern und Ärzten abgelehnte Kollegin zu desavouieren. Abzuwarten wäre ebenfalls genauso unangemessen, da eine Patientin davon betroffen war.

❓ Was also tun? – Mit der Kollegin sprechen?

Ja, natürlich, aber diese verteidigte sich vehement und warf den Krankenschwestern Mobbing vor. Außerdem war Eile geboten, um zu prüfen, ob die bisher offenkundig verlässliche Kollegin ihren Aufgaben gewachsen war. Also blieb nach einer schnellen Prüfung der Plausibilität des Falles und der generellen Berechtigung der Vorwürfe nur der strikte Dienstweg über den Chefarzt, der mich von der weiteren Verantwortung entbinden würde.

Nachtrag: Die Kollegin erhielt vom Chefarzt eine interne Verwarnung, zumal in der Rückschau schon einige zweifelhafte Entscheidungen ihrerseits bekannt geworden waren. Sie verließ unter dem Druck der Ereignisse nach einem weiteren kleinen Zwischenfall die Klinik.

■ ■ Kommentar

Vom Stationsarzt wird häufig ein hohes Maß an Personalführungskompetenz erwartet. Allerdings werden Fragen des Personalmanagements im Medizinstudium kaum thematisiert, sodass ein professioneller Umgang mit Fragen der Personalentwicklung und des Konfliktmanagements

nicht unmittelbar erwartet werden kann. Als Bestandteil eines nachhaltigen Qualitätsentwicklungs- und Qualitätssicherungsmanagements sollten diese Fragen verstärkt im Rahmen der Weiterbildung behandelt werden. Hinzu kommt, dass ein Stationsarzt nicht über arbeitsrechtlich relevante Handlungsmöglichkeiten verfügt.

Von einem Stationsarzt wird also implizit erwartet, die Sicherung der Qualität der Patientenversorgung in „seiner“ Abteilung zu gewährleisten, ohne über entsprechende Kompetenzen eines direkten Vorgesetzten zu verfügen. Im vorliegenden Fall war zum einen eine Krankenschwester beteiligt, die arbeitsrechtlich in eine andere Struktur eingebunden ist und deren direkte Vorgesetzte die Pflegedienstleiterin ist, zum anderen eine in arbeitsrechtlicher Hinsicht praktisch gleichberechtigte Kollegin. Der Konflikt war von besonderer Tragweite, da er die Kernkompetenz der Abteilung, die optimale Versorgung der Patientin, zu beeinträchtigen drohte. Da die kommunikativen Möglichkeiten einer Konfliktklärung eingeschränkt waren und beide Seiten auf ihrer Position beharrten, war die Einnahme einer neutralen fachlich begründbaren Position entscheidend, die schließlich auch die Einbindung und Intervention der übergeordneten fachlichen Leitung erforderlich machte. Es wird an diesem Beispiel deutlich, dass die Parteinahme für die sympathische Fachkollegin wohl nicht die richtige Entscheidung gewesen wäre. Zudem wird erkennbar, dass eine schnelle Intervention erforderlich ist, wenn keine Möglichkeiten der Konfliktlösung gegeben sind und die Qualität der Arbeit der Station nachhaltig gestört scheint.

■ Fall 7: Parteilungen der Krankenschwestern oder der Arzt als Schiedsrichter

■ ■ Fallschilderung

Ich war schon einige Jahre Arzt und fungierte als Stationsarzt, als mich eine delikate Situation in der Schwesternschaft vor eine aussichtslose Entscheidungssituation stellte. Bei Gesprächen mit den Pflegekräften war ich vor einen nicht lösbaren Konflikt gestellt worden, der sich wie folgt darstellte:

Es gab offensichtlich zwei Parteilungen unter der Krankenschwestern, die sich zeitweise bis aufs Messer bekämpften. Auf der einen Seite stand die Stationsschwester mit einem Teil der Kolleginnen, auf der anderen ihre Stellvertreterin mit dem anderen Teil. Die Stationsschwester Anna war eine weiche, wenig entscheidungsfreudige und sehr patientenorientierte Frau, die sich aber als Leiterin nicht durchsetzen konnte und sich mit ihrer Leitungsrolle nur bedingt identifizierte. Gleichwohl war sie sehr einfühlsam und bei den Patienten beliebt. Ihr wurde von ihrer Stellvertreterin, Schwester Bruni, und deren Gruppe vorgeworfen, leitungsunfähig zu sein und organisatorische Dinge schleifen zu lassen. Schwester Bruni als Leitfigur ihrer Gruppe war demgegenüber von sich selbst überzeugt, schroff und autoritär und drängte hin zum Posten der Stationsschwester. Für uns Ärzte waren beide auf ihre Weise schwer zu handhaben. Die Stationsschwester versteckte alle Konflikte oder ging ihnen aus dem Weg, zeigte sich uns gegenüber aber immer wieder konziliant, während die Stellvertreterin offen gegen einzelne Ärzte polemisierte und sich bei Chef- und Oberarzt ins rechte Licht rückte. Meine Sympathie lag eher aufseiten der amtierenden Stationsschwester, mein Verantwortungsgefühl für die Organisation der ganzen Station sprach aber für die Stellvertreterin.

Nur mit Mühe konnte ich mich einer offensichtlichen Parteinahme entziehen. Das wäre auch ein großer Fehler gewesen, weil es den Konflikt nur verschärft hätte, ohne ihn entscheiden zu können. Den Dienstweg einzuschlagen und das Problem der Pflegedienstleitung zu übergeben, schien naheliegend, aber ich war vorsichtig und wartete, weil ich aus Andeutungen in Gesprächen mitbekommen hatte, dass die Pflegedienstleiterin der Gesamtklinik aufseiten der Stellvertreterin stand und mit dieser privat verkehrte. Ein Gang zum Chefarzt schien mir

ebenfalls nicht sinnvoll, da dieser sich nicht besonders um die Angelegenheiten der Station kümmerte. So blieb mir also nichts weiter übrig, als eine gewisse Neutralität zu wahren und das Problem zu ertragen. Dabei musste ich immer wieder bemüht sein, zu verhindern, dass dieser Konflikt sich auf die Patienten auswirken würde. Sich an dieser Stelle für eine der Personen zu entscheiden, wäre fatal gewesen, da so der Streit nur eskaliert wäre, ohne ihn einer Entscheidung zuführen zu können. Dies hätte nicht in meiner Kompetenz und Macht gelegen. Insgesamt war es wohl ein Fall für die Supervision, die aber damals noch nicht in Mode war.

Nachtrag: Die beiden Krankenschwestern arbeiteten noch zwei Jahre zusammen, wenn auch im Wesentlichen gegeneinander. Als dann ein Umzug in einen Neubau und eine Neuordnung der Station bevorstand, gab die organisatorisch schwache Stationsschwester auf und verließ überraschend die Abteilung, während die Stellvertreterin mit meinem sehr zweifelnden Einverständnis aufstieg und den Umzug sowie die darauffolgende Zeit mit Bravour meisterte. Zu meiner Überraschung richteten sich alle Krankenschwestern an ihr aus, was der Station großen Erfolg brachte.

■ ■ Kommentar

Die kommunikativen Muster in einer komplexen und hierarchischen Struktur sind zumeist weder auf schnellem Wege zu erkennen, noch können auch offensichtliche Defizite schnell beseitigt werden. Die Pflegekräfte (noch immer zumeist weiblich) handeln hinsichtlich ihrer Organisationsstruktur nach einer eigenen Logik. Auf dieser Ebene stattfindende Konkurrenzkämpfe können eine Dynamik entfalten, die u. U. Auswirkungen auf die ganze Station hat. Intuitiv erscheint es klar, wem die Sympathien gelten und wer den Betriebsfrieden stört und so vielleicht auch die Qualität der Versorgung der Patienten in Mitleidenschaft zieht. Der Stationsarzt befindet sich insofern in einer schwierigen Situation, als er zwar die ärztliche Verantwortung trägt, arbeitsrechtlich jedoch keine direkte Kompetenz besitzt, nachhaltig einzugreifen. Die Vorgesetzte der stellvertretenden Stationsschwester ist die Pflegedienstleiterin der Gesamtklinik, gleichzeitig hat der Stationsarzt wiederum den Chefarzt als seinen fachlichen Vorgesetzten, der jedoch in diesem Fall keine Tendenz zeigte, sich zu positionieren. Eine neutrale Position einzunehmen fiel in diesem Kontext nicht leicht, zumal die Ambition der Stellvertreterin, die auch mit problematischen Mitteln wie der Polemik gegen einzelne Ärzte die Leitungsposition anzustreben schien, als unsympathisch empfunden wurde und eine Solidarisierung der Stellvertreterin mit der Leiterin der Station im Raum stand. Eine emotional begründete Positionierung ist allerdings generell problematisch. Die beste Lösung für solche Fälle wäre ein institutionalisiertes und professionell geleitetes Konfliktlösungsmanagement (z. B. Supervision) in der Klinik, das ein Forum für die Analyse der fachlichen und persönlichen Elemente des Konflikts bieten könnte. Da dieses Mittel häufig nicht bzw. nicht zeitnah zur Verfügung steht, erscheint es als einzige Möglichkeit für den Stationsarzt, selbst aktiv zu werden. Sein Bezugspunkt ist dabei die Qualität der Patientenversorgung in seiner Abteilung. Von dieser Position aus kann er durch den Konflikt ausgehende Qualitätseinschränkungen zum Anlass für Gespräche mit den Beteiligten nehmen. Sollte dies keinen Erfolg haben und sollten dauerhafte Beeinträchtigungen der Arbeitsabläufe drohen, wäre eine fachlich begründete Intervention beim Chefarzt und/oder der Pflegedienstleitung erforderlich.

Eine emotional begründete Parteinahme etwa für die amtierende Stationsschwester hätte zur Folge haben können, dass sich Gruppierungen in der Schwesternschaft und möglicherweise auch bei den Ärzten verfestigt hätten. Eine Folge hätte auch sein können, dass die Stellvertreterin aufgrund der ihrerseits als ungerecht empfundenen Parteinahme einen offenen, auch auf arbeitsrechtlicher Ebene ausgetragenen Konflikt provoziert hätte. Vielleicht hätte sie auch

die Abteilung verlassen. Wie der weitere Verlauf zeigte, wäre dies ein Verlust für die Station gewesen, da die ehemalige Stellvertreterin nach ihrem Aufstieg tatsächlich große Qualitäten gezeigt hat.

- **Die Positionierung in Konflikten birgt die Gefahr einer emotional begründeten Parteinahme. Bei der Beurteilung der Wirkung eines Konfliktes sollte man daher stets die Qualität der Patientenversorgung vor Augen haben. In Abhängigkeit von Verlauf und Folgen des Konflikts können also ein neutrales Beobachten, eine fachlich begründete Konfliktintervention mit den Beteiligten oder auch die Klärung auf Leitungsebene erfolgen.**

Literatur

Buxel H (2013) Arbeitsplatz Krankenhaus: Was Ärzte zufriedener macht. Dtsch Arztebl 110(11):C 440–443

Hibbeler B (2011) Ärzte und Pflegekräfte. Ein chronischer Konflikt. Dtsch Arztebl 108(41):1794–1799

Marburger Bund (2013) MB-Monitor 2013. Ärzte fühlen sich durch überlange Arbeitszeiten gesundheitlich beeinträchtigt. <http://www.marburger-bund.de/artikel/allgemein/pressemitteilungen/2013/aerzte-fuehlen-sich-durch-ueberlange-arbeitszeiten-gesundheitlich-beeintraechtigt> Gesehen am 24.09.2013

Neu im Klinikalltag - wie junge Mediziner den Einstieg
besser meistern

Kursawe, H.K.; Guggenberger, H.

2013, X, 124 S. 1 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-642-44983-3