

Visite – die Rolle der Pflege

Alexander Forster

A. Forster, *Visite! – Kommunikation auf Augenhöhe
im interdisziplinären Team (Top im Gesundheitsjob)*,
DOI 10.1007/978-3-662-53699-5_2
© Springer-Verlag GmbH Deutschland 2017

2.1 Professionelle Haltung und Sprache

Die Gesundheitsbranche wird sehr gerne mit den Arbeitsplatzstrukturen eines Piloten verglichen. Die Gründe dafür liegen nah: Entscheidungen müssen unter hohem – zeitlichem – Druck getroffen werden. Bei Fehlern muss mit ernststen Schäden gerechnet werden, deshalb gilt es, Fehler zu vermeiden. Teams unterschiedlicher Berufsgruppen müssen von Beginn an harmonisch und konstruktiv zusammenarbeiten – und das obwohl sich u. U. die einzelnen Teammitglieder nur schlecht oder gar nicht persönlich kennen. Interdisziplinarität bedeutet die Behandlung eines Themas bzw. einer Aufgabe unter Einbeziehung verschiedener Fachrichtungen. Für das Krankenhaus ist der Mix aus den verschiedenen Berufsgruppen eine große Herausforderung und stellt hohe Ansprüche an eine gute Teamarbeit.

Ein offener Umgang im Team ist essenziell wichtig. So können Fehler angesprochen und vermieden werden. Alle beteiligten Berufsgruppen im Team müssen sich auf Augenhöhe begegnen, Hierarchie darf nicht spürbar sein. Nur so

ist eine konstruktive Zusammenarbeit möglich. Es gibt viele verschiedene Strategien zur Fehlervermeidung: Programme und vorgeschlagene Prozesse, Zertifizierungen nach DIN, TÜV, KTQ usw. Wenn das gemeinsame Ziel die Fehlervermeidung ist und die Motivation dazu eine interdisziplinäre, teamorientierte Zusammenarbeit innerhalb der Organisation zwischen den Berufsgruppen möglich macht, ist der richtige Weg für die Zukunft eingeschlagen. Im Fokus steht immer das gleiche Ziel aller Berufsgruppen: die optimale Therapie des Patienten.

Doch wie gelingt die Gratwanderung zwischen den Berufsgruppen und wer sollte auf wen zugehen, damit eine harmonische, patientenorientierte Zusammenarbeit jederzeit möglich ist? Hierzu bedarf es einer gelebten professionellen Haltung und einer professionell angepassten Ausdrucksweise. Kurz zusammengefasst gelingt das durch:

- Selbstbewusstsein sich selbst und seiner Berufsgruppe gegenüber!
- Stolz auf das zu sein, was man ist!
- Zugewandte, offene Kommunikation, ggf. nach dem Kommunikationsmodell von Schulz-von-Thun (► Abschn. 2.1.1)!
- Professionelle Sprache!
- Umgang mit Konflikten und das Verständnis zum Konfliktlösen!

■ **Konflikte – historisch gewachsen**

Der andauernde, oft eher unterschwellige Konflikt zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus beruht v. a. auf die zurückliegende Geschichte der einzelnen Berufsgruppen.

Betrachtet man die Pflegefachkräfte, so wird die ursprüngliche Ansatzweise der Bedeutung dieser Berufsgruppe deutlich. Pflegenden waren jeher die Unterstützenden, die Einfühlsamen, die Helfenden. Zunächst unentgeltlich tätig, entwickelte sich aus den »Zuarbeitern« eine eigenständige

Berufsgruppe, die es in der Zeit der Etablierung versäumte, sich ein eigenes Berufsbild zu prägen. Pflegende haben in unterschiedlichen Organisationen unterschiedliche Aufgaben, die eine unterschiedliche Verantwortung fordert. Und je nach Einrichtung fühlen sich die Pflegenden mit der unterschiedlichen Verantwortung wohl.

Im Ausland, z. B. Großbritannien, USA, ist der Stellenwert der Pflegenden ein anderer: Bessere Bezahlung, bessere Arbeitsbedingungen, deutlich größeres Ansehen in der Bevölkerung. Weniger Abwanderung aus der Berufsgruppe in andere medizinische Aufgaben, weniger Konflikte. In Deutschland ist der Stellenwert der Pflege noch geringer als im Ausland und erst durch die Verbundenheit der Pflegefachkräfte werden ihre Forderungen auch in der Bevölkerung verständlich und nachvollziehbar.

So gibt es pflegende Kollegen, die trotz ihrer hervorragenden Ausbildung das Maß an zu übernehmender Verantwortung unterschätzen. Aber genau das ist der Schlüssel zum Erfolg: Annehmen von Verantwortung für sich, für seine Berufsgruppe, für den Patienten. Das Wissen, die Erfahrung, die sich über viele Jahre in jedem einzelnen Pflegenden angesammelt haben, zu teilen und zu fordern, dieses auch anwenden zu können, schafft Raum für ein Selbstbewusstsein, das die Pflegefachkräfte entwickeln müssen.

Diese Herangehensweise ist notwendig, damit eine professionelle Haltung präsentiert werden kann. In diesem Kontext wird es selbstverständlich, im interdisziplinären Team miteinander statt untereinander oder nebeneinander zu arbeiten.

■ Was bedeutet für die Pflegenden »auf Augenhöhe« zu arbeiten?

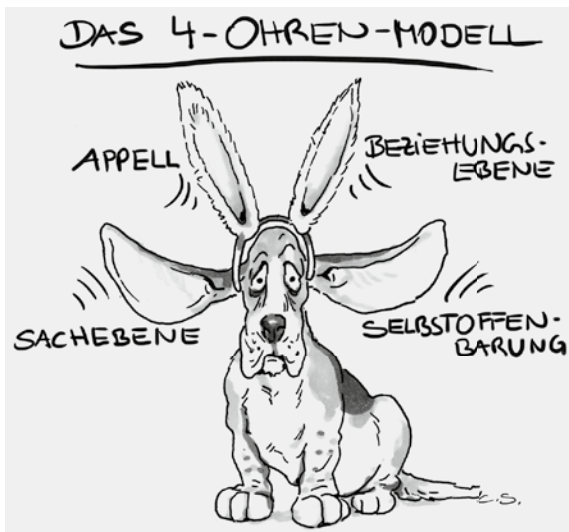
Um auf Augenhöhe zu arbeiten, bedarf es eines Gefühls von Stolz auf sich und die eigene Berufsgruppe, sich sicher zu sein, in dem was man tut und wie man es tut. Sein Wissen zu erwei-

tern und weiterzugeben. Interessiert zu sein an dem, was den Patienten und die Organisation betrifft. Bei den Amerikanern heißt das »I'm proud to be a nurse« – »Ich bin stolz eine Krankenschwester zu sein«. Stolz bedeutet für sich selbst große Zufriedenheit zu spüren bzw. anderen das Gefühl der Zufriedenheit spüren zu lassen. Stolz beinhaltet auch das Gefühl der Freude, ist also ein positives Glücksgefühl. Freude über die Gewissheit etwas Besonderes, etwas Anerkennenswertes oder etwas für die Zukunft geschaffen zu haben. Stolz kann sich aus verschiedenen Ansatzpunkten heraus entwickeln:

- Aus sich selbst: Das gute Gefühl, seine eigenen Moralvorstellungen in (besonderer) Weise erfüllt zu haben – das macht stolz!
 - Aus der Gesellschaft: Die Wertevorstellungen der Gesellschaft werden auf sich selbst übertragen. Dabei sind allgemein gültige Moralvorstellungen von prägender Bedeutung.
- » Ich möchte gern, daß man Stolz als eine edle Eigenschaft der Seele ansähe; als ein Bewußtsein wahrer innerer Erhabenheit und Würde; als ein Gefühl der Unfähigkeit, niederträchtig zu handeln. (Adolph Freiherr Knigge: Über den Umgang mit Menschen)

Praxistipp

Im Universitätsklinikum Heidelberg applaudieren wir uns regelmäßig gegenseitig dafür, dass wir Pflegende sind. Beispielweise nach einer Stationsbesprechung, stehen nacheinander unterschiedliche Pflegende auf und es wird von allen anderen applaudiert. Dem betreffenden Kollegen verschafft das ein besonderes Gefühl – Stolz. Und die Kollegen, die applaudieren empfinden Freude. Probieren Sie es einfach mal aus. Sie werden sehen, es macht etwas Besonderes mit Ihnen.



■ Abb. 2.1 4-Ohren-Modell

2.1.1 Das »Vier-Ohren-Modell« nach Schulz von Thun

In vielen theoretischen Sitzungen sicherlich ausführlich besprochen, lohnt es sich dennoch, auch hier Bezug auf dieses etablierte Modell der Kommunikationspsychologie von Friedemann Schulz von Thun zu nehmen. Dabei wird eine gesprochene Nachricht unter den vier Ebenen Sachinhalt, Selbstoffenbarung, Beziehung und Appell beleuchtet (■ Abb. 2.1). Dabei kann eine missverständliche Kommunikation verbildlicht werden. Schulz von Thun hat bei seinem Modell zwei psychologische und sprachtheoretische Analysen zusammengebracht:

- Paul Watzlawick (»Man kann nicht *nicht* kommunizieren!«) erhob den Anspruch, dass jede Aussage unter einem Inhalts- und einem Beziehungsaspekt verstanden werden könnte.
- Der Sprachtheoretiker Karl Bühler benannte sog. sprachliche Zeichen: Ausdruck, Appell und Darstellung.

Dieses Modell von Schulz von Thun beschreibt, wie unterschiedlich gesendete Nachrichten aufgefasst werden können. Er unterscheidet vier grundlegende Richtungen. Dabei spielt das Ergebnis, in welcher Beziehung die Kommunikationsteilnehmer stehen, eine wichtige Rolle.

■ **Sachebene**

Der Sprecher vermittelt auf der Sachebene Daten, Fakten und Sachverhalte. Dabei ist seine Hauptaufgabe sich klar, deutlich und verständlich auszudrücken. Der Nachrichtenempfänger prüft die Nachricht auf dem Sachverhalt auf Wahrheit (wahr oder unwahr), Relevanz (von Belang oder belanglos) und auf Ausführlichkeit (ausreichende oder mangelhafte Informationsweitergabe).

... Heparin benötigt! ...

Äußerung eines Arztes: »*Der Patient benötigt seine Heparinspritze.*«

Überlegungen der Pflegenden: Ja, der Patient erhält Heparin, das ist wichtig, damit er keine Thrombose bekommt, ich benötige noch die richtige Dosierung. Antwort der Pflegenden:

»*Wie viel Heparin benötigt der Patient?*«

Diese Art der Kommunikation ist sehr sachlich, emotionslos und konfliktbefreit.

■ Selbstoffenbarung

Jede Nachricht offenbart eine teilweise bewusste bzw. beabsichtigte Selbstdarstellung des Senders. Durch die Selbstoffenbarung kann z. B. Sympathie oder Antipathie übertragen werden. Sicherlich heizt das eine unterbewusst entstandene Meinungsverschiedenheit deutlich an. Durch die Selbstoffenbarung kann aber auch Hilflosigkeit ausgestrahlt werden. Dies könnte der Gesprächspartner zum Anlass nehmen, die Fähigkeiten in Frage zu stellen und so für Konfliktpotenzial sorgen. Dies bedeutet auch eine unbewusste, unfreiwillige Enthüllung des Senders in der Nachricht. Das Selbstoffenbarungsohr des Empfängers beachtet diese Botschaft.

... Heparin benötigt! ...

Äußerung eines Arztes: »Der Patient benötigt seine Heparinspritze.« Er ist froh darüber, sich sicher zu sein, dass der Patient jetzt die Heparinspritze benötigt.

Überlegungen der Pflegenden: Der Doc weiß nicht, in welchen Zeitabständen Heparin zur Thromboseprophylaxe verabreicht wird. Antwort der Pflegenden: »Ich zeige Dir, zu welchen Zeiten wir Heparin verabreichen.«

■ Appell

Der Sender möchte mit der Übermittlung seiner Nachricht immer etwas bewirken. Entweder ein Tun oder ein Nichtstun. Manchmal sind diese Botschaften offen, in Form von Bitten oder klaren Aufforderungen. Manchmal sind aber auch verdeckte Veranlassungen möglich, diese werden Manipulation genannt.

... Heparin benötigt! ...

Äußerung eines Arztes: »Der Patient benötigt seine Heparinspritze.«

Antwort des Pflegenden: »In Ordnung, ich injiziere das Heparin.«

■ ■ Manipulation

... Heparin benötigt! ...

Frage eines Arztes: »*Bist Du gerade dabei, Heparin vorzubereiten?*«

Das Wort Manipulation wird häufig missverständlich negativ wahrgenommen. Bei dieser Form der Kommunikation besteht das Risiko einer missverständlichen Bedürfnisäußerung. Der Pflegende könnte die Frage nicht als Bedürfnisäußerung, sondern als geschlossene Frage – und damit falsch – für sich verstehen und antworten: »*Ja, ich richte gerade Heparin.*« Es könnte aber auch sein, dass der Arzt seine Wünsche bzw. Bedürfnisse nicht klar äußern kann – warum auch immer. Dann ist das Wort »Manipulation« eher in seiner Bedeutung – losgelöst von negativen Vorurteilen – zu verstehen.

In jedem Appell und jeder anderen Form der Kommunikation steckt nach Schulz-von-Thun immer ein deutliches Konfliktpotenzial:

- Kommunikation findet zu 70% nicht sprachlich statt. Durch die Körperhaltung kann der Appell untermauert werden, der den Empfänger unter Druck setzt und Wut auslöst.
- Der Appellierende fühlt sich u. U. in einer höheren Position als der Empfänger und vermittelt dies im Gespräch auch deutlich.
- Je nach Artikulation des Appells fühlt sich die Nachricht für den Empfänger als »Verfügung« an: Jemand Anderes verfügt über die eigene Person.

■ Beziehungsebene

Auf der Beziehungsebene findet die Bewertung des Zusammenseins in dem persönlichen Verhältnis zwischen Nachrichtensender und -empfänger statt. Dabei kann der Nachrichtensender, je nachdem wie seine Körpersprache ist, wie

er den Satz formuliert und betont, Wertschätzung, Respekt, Wohlwollen und Dankbarkeit senden. Gleichzeitig kann aber auch Gleichgültigkeit und Verachtung in Bezug auf den Nachrichtenempfänger gesendet werden. Der Empfänger kann sich akzeptiert oder herabgesetzt fühlen.

... Heparin benötigt! ...

Äußerung eines Arztes: *»Der Patient benötigt seine Heparinspritze.«*

Überlegungen des Pflegenden: Ich mag ihn so gerne, er ist immer höflich und zurückhaltend. Als nächstes injiziere ich das Heparin für seinen Patienten. Antwort des Pflegenden:

»Klar, kein Problem, Doc!«

Das Schultz-von-Thun-Modell ermöglicht den Schluss zu ziehen, weshalb es so wichtig ist, sich seiner eigenen Kommunikation bewusst zu sein. Erst dann sieht man, dass häufige Missverständnisse nicht ausschließlich durch das Gegenüber – die andere Berufsgruppe –, sondern auch durch sich selbst entstehen können. Ist dieser Schritt erreicht, steht einer Kommunikation auf Augenhöhe nur noch wenig im Wege.

Beispiel für eine missverständlich gestörte Kommunikation

Um Kommunikation zu beschreiben, die durch eine gestörte Verständigung auf den verschiedenen Ebenen verhindert ist, beschreibt Schulz von Thun als Beispiel die folgende Situation:

Grünes in der Soße

Ein Mann und eine Frau sitzen beim Abendessen. Der Mann sieht Kapern in der Soße und fragt: »Was ist das Grüne in der Soße?«. In diesem Gespräch werden alle 4-Ohren gegenübergestellt: Die Sendung des Ehemanns und der Empfang der Nachricht der Ehefrau.

	Gesprochenes des Ehemanns	Verstandenes der Ehefrau
Sachebene	»Da ist was Grünes.«	Da ist was Grünes.
Selbstoffenbarung	»Ich weiß nicht, was es ist.«	Ihm schmeckt das nicht.
Beziehungs-ohr	»Du wirst wissen, was es ist«	Er meint, ich sei eine miese Köchin.
Appellohr	»Sag mir, was es ist!«	Ich soll beim nächsten Mal das Grüne weglassen

Die Frau antwortet gereizt: »Mein Gott, wenn es dir hier nicht schmeckt, kannst du ja woanders essen gehen!«

2.1.2 Professionelle Kommunikation verwendet die Sachebene

Bezugnehmend auf das in ► Abschn. 2.1.1 beschriebene Beispiel bedeutet es für die alltägliche Praxis die nach Schulz-von-Thun benannte Sachebene zu verwenden.

... Heparin benötigt! ...

Äußerung eines Arztes: »Der Patient benötigt seine Heparin-spritze.«

Antwort des Pflegenden: »Ich bin doch schon dabei!«

In diesem Beispiel hat der Pflegende auf der Beziehungsebene reagiert und fühlt sich durch den ärztlichen Kollegen

unter Druck gesetzt. Womöglich steht er ohnehin schon unter Zeitdruck und er empfindet die Aufforderung zur Gabe der Heparinspritze als Provokation. Schließlich liegt eine Anordnung bereits vor und der Zeitpunkt der angesetzten Injektion ist gerade fünf Minuten vergangen. Eine solche Situation kennen Pflegefachkräfte nur zu gut, ständig getrieben von den Anforderungen der Arbeit und dem zeitlichen Druck. Allerdings ist klar, ein Konflikt ist hier vorprogrammiert. Der Arzt fühlt sich missverstanden und reagiert u. U. wüst auf die Antwort des Pflegenden. Unter Berücksichtigung des Vier-Ohren-Modells ist ein Konflikt ausgeschlossen, wenn beide Parteien das Sachohr als Kommunikationsweg wählen. Folgende Überlegungen können bei der Reduktion auf die Sachebene hilfreich sein:

- Der Stationsarzt nutzt die Sachebene und stellt einfach fest, dass der Verabreichungszeitpunkt vergangen ist. Er möchte darauf hinweisen, dass ausgerechnet dieser Patient eine intensive Thromboseprophylaxe benötigt.
- Der Stationsarzt ist auf der Beziehungsebene getrieben von der Emotionalität. Der Patient ist ihm besonders wichtig, schließlich war der Assistenzarzt bei der Intervention dabei. Er will unbedingt, dass die Therapie den gewünschten Erfolg bringt.
- Auf der Selbstoffenbarungsebene äußert der Stationsarzt seine Hilflosigkeit. Er ist sich sicher, dass der Patient eine Heparinspritze benötigt. Aber die Dosierung weiß er ad hoc nicht. Er hofft, der Pflegende unterstützt ihn dabei.

Dabei spielt es natürlich eine Rolle, welche Körpersprache der ärztliche Kollege verwendet. Ist er zugewandt, ist er freundlich, die Stimme entsprechend betont?

Selbstverständlich soll dieses Kommunikationsmodell nicht dazu dienen, alle verbalen Anfeindungen zu dulden und mit der Sachebene als Antwort zu reagieren, um einen

Konflikt zu vermeiden. Ist die Beziehungsebene gefordert, muss sie auch eingesetzt werden, um dem Gegenüber die persönlichen Grenzen aufzuzeigen. Dennoch lohnt es sich, sich seiner eigenen Ausdrucksweise bewusst zu werden und sich dadurch zu reflektieren.

Praxistipp

Überprüfen Sie Ihre eigene Art der Kommunikation. Äußern Sie alle Bedürfnisse in der »Ich-Form« (»Ich möchte, dass ...«). Überprüfen Sie den zu transportierenden Inhalt Ihrer Nachricht. Haben Sie den Inhalt für den Empfänger verständlich formuliert? Und beachten Sie Ihre Körpersprache. Sind Sie dem Empfänger positiv zugewandt?

Alle diese Hinweise dienen nicht nur Ihrem eigenen Weg, Kommunikation zu vereinfachen und das Konfliktpotenzial zu senken. Es lohnt sich auch, dem Gegenüber diese Eindrücke mitzuteilen: »Mir ist aufgefallen, dass ...«.

2.1.3 Professionelle Kommunikation inkludiert (medizinische) Fachsprache

Die Ausbildung zur Pflegefachkraft ist sehr umfangreich in Bezug auf die Vermittlung von medizinischen Sachverhalten inklusive deren Bedeutung in Form von Sprache. So ist es üblich, medizinische Sachverhalte auf verbaler Ebene durch Fachausdrücke zu unterstützen. Im Zusammenhang mit der eigenen Berufserfahrung und dem damit verbundenen aufbauenden Expertenwesen ist es zwingend erforderlich, Fachausdrücke in der täglichen Berufspraxis zu verwenden. Dadurch wird im Gespräch mit den Teamkollegen jeder Berufs-

gruppe eine zielorientierte Kommunikation auf Augenhöhe erst möglich. In wieweit Pflegefachkräfte Fachsprache verwenden wird deutlich, wenn sie sich mit Kollegen aus anderen Bereichen oder Patienten unterhalten und dabei Wörter verwendet werden, die dem Gegenüber nicht bekannt sind.

Die Anwendung von medizinischer Fachsprache eröffnet neue Perspektiven im Umgang mit sich selbst und seiner eigenen Berufsgruppe. Wenn die Pflegenden fachsprachlich kommunizieren, wird das eigene Berufsethos aufgewertet, Selbstbewusstsein wird geprägt und verstärkt.

Durch die Fachsprache wird es möglich, schwierige Sachverhalte konkret zu bezeichnen. Außerdem ermöglicht sie das Zugehörigkeitsgefühl im interdisziplinären Team – »Wir sprechen alle die gleiche Sprache«.

2.1.4 Professionelle Kommunikation ist respektvoll und menschlich

Was bedeutet respektvoll und menschlich, wenn dies im Zusammenhang mit Kommunikation genannt wird? Für Pflegefachkräfte ist der Umgang mit den Mitmenschen, seien es die Patienten oder die Kollegen, immer menschlich und respektvoll – geprägt durch Empathie.

Empathie bezeichnet das Vermögen, mit einem bewussten Reaktionsvermögen auf die Gefühle eines Mitmenschen zu reagieren. Empathie ist also keine eigene Emotion, sondern eine Antwort auf die gesendeten Gefühle des Gegenübers.

Je mehr man sich mit seinen eigenen Gefühlen beschäftigt, umso empathischer kann man werden. Je empathischer das Zusammenspiel einer Gruppe ist, umso respektvoller und menschlicher ist die Kommunikation. Die Gefühle des Gegenübers wahrnehmen, gerade in pflegerischen Standardsituationen ist eine hohe Kunst, die in der täglichen Arbeit verankert ist.

Typisches Beispiel in diesem Zusammenhang ist der Umgang mit Ausscheidungen, der Bestandteil der täglichen Arbeit ist. Es lässt sich – provokant – die These aufstellen, dass diese Arbeit die Berufsgruppe der Pflegenden identifiziert. Aber es ist eine, nur eine alleinstehende Aufgabe im pflegerischen Tagesablauf dieser Berufsgruppe. Der Patient befindet sich in einer ausgelieferten Lage, in der er respektvollen und wertschätzenden menschlichen Umgang benötigt. Eine intime Aufgabe, wie der Umgang mit Ausscheidungen, wird erst dadurch respektlos, wenn diese wegen der Pflegenden selbst durch eine falsche Wortwahl herabgesetzt wird. Je mehr die Hilfestellung durch die Pflegenden aufgewertet wird, durch Intimität und das benötigte Einfühlungsvermögen, das die Pflegenden in dieser Situation deutlich zeigen, umso mehr drängt sich diese Tätigkeit gegenüber anderen verantwortungsvollen Tätigkeiten in den Hintergrund.

... besser sachlich ...

Anstelle von ... besser so: *»Herr Müller hat abgeführt.« »Frau Schmitt hat eine ausreichende Ausscheidung über den Blasen-katheter.« »Ich gehe in den unreinen Arbeitsraum.«*

Die Negativbeispiele zu den oben genannten Aussagen sind hinlänglich bekannt. Spätestens daran kann man feststellen, was Sprache mit uns macht. Je empathischer die Pflegenden sind, umso schwerer fällt es ihnen, Worte aus einer herabsetzenden (Fäkal)sprache zu verwenden. Meine These dazu ist: Je mehr Vulgärsprache im Alltag verwendet wird, umso...

- ... mehr sinkt unser eigenes Selbstbewusstsein über das eigene Zugehörigkeitsgefühl zu einer Berufsgruppe und dem eigenen Tun als Pflegefachkraft.
- ... weniger sind wir im interdisziplinären Team gleichberechtigt.
- ... schwerer fällt es uns, die Unterstützung, die wir in solchen Situationen dem Patienten geben, wertzuschätzen.

Praxistipp

Überprüfen Sie in Ihrer täglichen Arbeit, wie Sie den Umgang mit Ausscheidungen kommunizieren. Wenn Sie sich für die richtige Artikulation entscheiden, wird auch diese Arbeit aufgewertet und das Selbstbewusstsein (»I'm proud to be a Nurse«) steigt.

Außerdem gelingt es Ihnen dadurch, ohne einen besonderen Hinweis, solche Worte im Team zu integrieren.

2.1.5 Professionelle Kommunikation ermöglicht das Anwenden von Scoringssystemen

Ein Score gibt die Möglichkeit im medizinischen, pflegerischen Assessment, Patienten so zu einzugruppieren, dass mögliche Risiken frühzeitig erkannt und behandelt werden können. Zudem ergibt sich die Möglichkeit standardisierte pflegerische Maßnahmen einzuleiten und deren Qualität bzw. Zielführung zu identifizieren und zu überprüfen. Des Weiteren bietet ein Score die Möglichkeit, pflegerische Arbeit abzubilden und ggf. abzurechnen. In Bezug auf die Fachsprache bietet ein Score die Grundlage, pflegerische Sachverhalte klar und deutlich zu artikulieren. Wenn sich in einem Team, die für den Bereich etablierten, Scores anwenden lassen, sind diese Scores bei der täglichen Arbeit zielführend. Die Dokumentation und die Kommunikation sind vereinfacht.

Die Fülle an Scoringinstrumenten ist enorm. Deshalb ist es wichtig, sich auf die praktikabelsten und sinnvollsten für den eigenen Bereich zu einigen. Beispielfhaft sind hier einige Scoringssysteme aufgeführt.

Dekubitusrisiko

Um prophylaktische Maßnahmen zu erarbeiten und ggf. eine argumentative Unterstützung für die ein oder andere teure Maßnahme zu erhalten (z. B. Wechseldrucksysteme) ist es sinnvoll, diese oder andere, in der Einrichtung bekannte Risikoskalen zu verwenden.

■ Braden-Skala

Diese Dekubitusrisikoerfassung entwickelten 1987 Barbara Braden und Nancy Berstrom (■ Tab. 2.1). Bekannt wurde sie durch die Veröffentlichung im Expertenstandard »Dekubitusprophylaxe« und wird seither auch zunehmend angewendet. Wie viele andere Skalen auch, dient sie dazu nach standardisierten Patientensituationen einen Punktwert zu ermitteln, der das Risiko, einen Dekubitus zu erleiden, wiedergibt.

■ Waterlow-Skala

Judy Waterlow entwickelte und publizierte 1985 ihre selbst erarbeitete Dekubitusrisikoerfassungsskala (■ Tab. 2.2). Diese Skala scheint sich speziell auf die Pflege im Akutkrankenhaus zu beziehen. Dies wird auch in der Fachwelt entsprechend kritisiert. 2005 wurde die Skala um den Malnutrition Screening Test erweitert, um der aktuellen Diskussion über den mangelernährten Patienten Rechnung zu tragen. Auch hier werden nach verschiedenen Stichpunkten (aktuelle Situation des Patienten) Abfragen durchgeführt, die im Ergebnis einen Risikograd aussagen können.

Thromboserisiko

Das Risiko an einer Thrombose zu erkranken und die damit erhöhte Wahrscheinlichkeit einer Lungenembolie ist je nach stationärer Aufnahmeindikation in allen medizinischen, insbesondere den chirurgischen, Disziplinen erhöht. In den operativen Fächern (Virchow-Trias) kann ohne Pro-

Tab. 2.1 Braden-Skala (Mod. nach: Evidenzbasierte Leitlinie zur Dekubitusprävention; evidence.de, Universität Witten/Herdecke, Stand September 2007)

Erfassungspunkt	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte
Sensorisches Empfindungsvermögen Fähigkeit, adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren	Fehlt - Keine Reaktion auf schmerzhafte Stimuli; mögliche Gründe: Bewusstlosigkeit, Sedierung <i>oder</i> - Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, die den größten Teil des Körpers betreffen	Stark eingeschränkt - Eine Reaktion erfolgt nur auf starke Schmerzreize - Beschwerden können kaum geäußert werden (z. B. nur durch Stöhnen oder Unruhe) <i>oder</i> - Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon die Hälfte des Körpers betroffen ist	Leicht eingeschränkt - Reaktion auf Ansprache oder Kommandos - Beschwerden können aber nicht immer ausgedrückt werden (z. B. dass die Position geändert werden soll) <i>oder</i> - Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon eine oder zwei Extremitäten betroffen sind	Vorhanden - Reaktion auf Ansprache, Beschwerden können geäußert werden <i>oder</i> - Keine Störung der Schmerzempfindung

Tab. 2.1 (Fortsetzung)

Erfassungspunkt	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte
Aktivität Ausmaß der physischen Aktivität	Keine Mobilisation möglich - Ans Bett gebunden	Sitzt auf - Kann mit Hilfe etwas gehen - Kann das eigene Gewicht nicht allein tragen - Braucht Hilfe, um sich aufzusetzen	Geht wenig - Geht am Tag allein, aber selten und nur kurze Distanzen - Braucht für längere Strecken Hilfe - Verbringt die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl	Geht regelmäßig - Geht regelmäßig etwa 2- bis 3-mal pro Schicht - Bewegt sich regelmäßig
Mobilität Fähigkeit, die Position zu wechseln und zu halten	Komplett immobil - Kann selbst geringfügigen Positionswechsel nicht ohne Hilfe ausführen	Mobilität stark eingeschränkt - Bewegt sich manchmal geringfügig - Kann sich aber nicht regelmäßig alleine ausreichend umlagern	Mobilität gering eingeschränkt - Macht regelmäßig kleine Positionswechsel des Körpers und der Extremitäten	Mobil - Kann alleine seine Position umfassend verändern

Feuchtigkeit Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	Ständig feucht - Die Haut ist ständig feucht durch Urin, Schweiß oder Kot - Immer wenn der Patient gedreht wird, liegt er im Nassen	Oft feucht - Die Haut ist oft feucht, aber nicht immer - Bettwäsche und/oder Kleidung müssen mindestens 1-mal pro Schicht gewechselt werden	Manchmal feucht - Die Haut ist manchmal feucht, etwa einmal pro Tag wird neue Wäsche benötigt	Selten feucht - Die Haut ist meist trocken - Neue Wäsche wird selten benötigt
--	--	--	---	--

Tab. 2.1 (Fortsetzung)

Erfassungspunkt	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte
Ernährung Ernährungsgewohnheiten	Sehr schlechte Ernährung - Ist kleine Portionen nie auf, sondern etwa nur 1/3 - Isst nur 2 oder weniger Eiweißportionen - Trinkt zu wenig - Nimmt keine Ergänzungskost zu sich oder - Darf oral keine Kost zu sich nehmen oder - Nur klare Flüssigkeiten oder - Erhält Infusionen länger als 5 Tage	Mäßige Ernährung - Isst selten eine normale Essensportion auf, isst aber im allgemeinen etwa die Hälfte der angebotenen Nahrung - Isst etwa 3 Eiweißportionen - Nimmt unregelmäßig Ergänzungskost zu sich oder - Erhält zu wenig Nährstoffe über Sondenkost oder Infusionen	Adäquate Ernährung - Isst mehr als die Hälfte der normalen Essensportionen - Nimmt 4 Eiweißportionen zu sich - Verweigert gelegentlich eine Mahlzeit, nimmt aber Ergänzungskost zu sich oder - Kann über Sonde oder Infusion die meisten Nährstoffe zu sich nehmen	Gute Ernährung - Isst immer die gebotenen Mahlzeiten auf - Nimmt 4 oder mehr Eiweißportionen zu sich - Isst auch manchmal zwischen den Mahlzeiten - Braucht keine Ergänzungskost

Reibung und Scherkräfte	Problem	Potenzielles Problem	Kein Problem zur Zeit
	- Braucht massive Unterstützung bei Lagewechsel - Anheben ist ohne Schleifen über die Laken nicht möglich - Rutscht ständig im Bett oder im Stuhl herunter, muss immer wieder hochbewegt werden - Hat spastische Kontrakturen - Ist sehr unruhig	- Bewegt sich etwas allein oder braucht wenig Hilfe - Beim Hochbewegen schleift die Haut nur wenig über die Laken (kann sich etwas anheben) - Kann sich über längere Zeit in einer Lage halten - Rutscht nur selten herunter	- Bewegt sich im Bett und Stuhl allein - Hat genügend Kraft, sich anzuheben - Kann eine Position lange Zeit halten, ohne herunterzurutschen
Auswertung (Ergebnis der erzielten Punkte): - 6–10 Punkte: Dekubitusrisiko sehr hoch - 10–15 Punkte: Dekubitusrisiko hoch - 16–19 Punkte: Dekubitusrisiko erhöht - ≥20 Punkte: Dekubitusrisiko niedrig			

Tab. 2.2 Waterlow-Skala

Item	Befund	Punktwert
Körperbau/ Gewicht im Verhältnis zur Größe	Normal	0
	Vollschlank	1
	Adipositas	2
	Kachexie	3
Inkontinenz	Total katheterisiert	0
	Gelegentlich inkontinent	1
	Urinkatheter und Stuhl- inkontinenz	2
	Stuhl- und harninkontinent	3
Hautstatus	Gesund	0
	Pergamenthaut	1
	Trocken	1
	Ödematös	1
	Kaltschweißig	1
	Blass	2
	Rissig/Wund	3
Mobilität	Normal	0
	Unruhig	1
	Apathisch	2
	Eingeschränkt	3
	Träge/Rutscht	4
	Rollstuhl	5
Geschlecht	Männlich	1
	Weiblich	2

■ Tab. 2.2 (Fortsetzung)

Item	Befund	Punktwert
Alter	14–49 Jahre	1
	50–64 Jahre	2
	65–74 Jahre	3
	75–80 Jahre	4
	≥81 Jahre	5
Ernährung/ Appetit	Normal	0
	Reduziert	1
	Sondenkost/Flüssigkost	2
	Parenteral/Anorexie	3
Besondere Risiken	Terminale Kachexie	8
	Herzinsuffizienz	5
	Periphere Gefäßerkrankungen	5
	Anämie	2
	Rauchen	1
	Neurologische Erkrankungen, wie Neuropathie, Multiple Sklerose, Sensibilitätsstö- rungen, Apoplex, Paraplegien	4
	Orthopädische Eingriffe	5
	OP-Zeit länger als 2 h	5
	Zytostatikatherapie	4
	Steroidtherapie	4
	Antibiotikatherapie	4

<9 Punkte: Kein Risiko

10–15 Punkte: Leichtes Risiko

15–20 Punkte: Hohes Risiko

>20 Punkte: Sehr hohes Risiko

phylaxe bei bis zu 50% der Patienten eine Thrombembolie auftreten. Eine nachweisbare Skala zur Erfassung des Thromboserisikos wurde 1997 nach Frowein veröffentlicht (■ Tab. 2.3).

Pneumonierisiko

Eine nosokomiale Pneumonie ist die häufigste Komplikation, die im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt entstehen kann. Insbesondere durch Immobilität oder Schmerzen werden die unteren Lungenabschnitte nicht ausreichend belüftet, es kommt zur Sekretansammlung und zum Kollabieren von Alveolen (Atelektasen). Durch die kollabierten Atelektasen ist die körpereigene Reinigung der Lunge nicht mehr möglich. Deshalb können sich in diesem Sekret Keime ansiedeln, die zu einer Pneumonie führen. Patienten mit bereits bestehenden Lungen- und Herzerkrankungen und/oder mit hohem Lebensalter, intubierte Patienten und Patienten, die thorakal oder abdominal operiert sind und Raucher haben ein erhöhtes Risiko an einer nosokomialen Pneumonie zu erkranken.

Um das Risiko genau zu erfassen und somit die Intensität der notwendigen Pflegemaßnahmen herauszuarbeiten, hat Prof. Christel Bienstein (Pflegewissenschaftlerin und Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaft der privaten Universität Witten/Herdecke gGmbH) 2000 eine Atemskala veröffentlicht (■ Tab. 2.4).

Delirrisiko

Die einschlägigen Fachgesellschaften haben es in den letzten Jahren erreicht, dass das Thema Delir in vielen Bereichen wahrgenommen, analysiert und diskutiert wird. Dies ist v. a. ein großer Vorteil für die betroffenen Patienten. Denn im Rahmen von diversen Studien wurde gezeigt, dass das Delir zu einer verlängerten Beatmungs- und Verweildauer sowie erhöhten Mortalität führt – und im Umkehrschluss die Ge-

nesungsdauer nachhaltig verlängert. Damit ein Delir nicht nur diagnostiziert, sondern auch rechtzeitig therapiert werden kann, sind Scoringinstrumente unerlässlich. Die Fülle ist groß, daher erfolgt nur die Vorstellung eines allgemein bekannten Scores: Dem CAM-ICU (■ Tab. 2.5), der auch Bestandteil der AWMF-Leitlinien ist. Der Test muss nur durchgeführt werden, wenn der Patient nicht tief sediert ist (RASS -4 oder -5).

Screening auf Mangelernährung im Krankenhaus

Nach wie vor ist die Mangelernährung im Krankenhaus ein häufig gesehenes Pflegeproblem. Durch die nutritive Unterversorgung der Patienten steigt das Risiko, Komplikationen oder weitere Begleiterkrankungen zu erleiden, an. Daher sind die frühzeitige, gezielte Erfassung des Ernährungsstatus des Patienten (■ Tab. 2.6) und die sofortige Intervention durch zusätzliche klinische Ernährung sinnvoll. Ein zusätzlicher Fokus auf Ernährung zu legen, spart Kosten und ist hocheffizient.

Abschließende Beurteilung

Die Fülle an Scoringinstrumenten, die sich in der Literatur finden lassen und die in der Fachwelt diskutiert werden, ist enorm. Um sie erfolgreich einzusetzen, bedarf es einer Auswahl in der einzusetzenden Einrichtung durch Experten. Eine pflegerische Arbeitsgruppe sollte die Literatur sichten und danach die Entscheidung treffen, welche Instrumente für die eigene Einrichtung am sinnvollsten erscheinen. Dies lässt sich z. B. in Form einer Pflege-AG umsetzen. Diese Arbeitsgruppe sollte sich aus Pflegefachkräften aller medizinischen Disziplinen bzw. Einheiten zusammensetzen. So ist eine schnelle Einrichtung der Scoringssysteme unkompliziert möglich. Nach der erfolgreichen Implementierung ist es sinnvoll, die Ergebnisse regelmäßig zu überprüfen und ggf.

Tab. 2.3 Frowein-TVT-Score

Risikofaktor	Ergebnis	P	Ergebnis	P	Ergebnis	P
Gefäßwandschädigung						
Varikosis	Nein	0	Leicht	1	Stark	4
Frühere Thrombosen/ Lungenembolie	Nein	0	Ja	4		
AVK	Nein	0	Stadium I–IIa	2	Stadium IIb–IV	4
Alter in Jahren	40	1	>60	2	>70	3
Hämodynamik						
Mobilität	Mobil	0	Teilmobil (ca. 12 h/d)	2	Immobil (>72 h)	4
Lähmungen	Nein	0	Querschnitt-/ Halbseitenlähmung	3		
Frakturen	Nein	0	Unterschenkel	2	Oberschenkel	7
Stützverband	Nein	0	Gehgips	3	Liegegips	7
Herzinsuffizienz (NYHA)	Nein	0	Stadium I–III	3	Stadium IV	6
Myokardinfarkt	Nein	0	Ja	4		

Schwangerschaft	Nein	0	Ja	1		
Postpartal	Nein	0	Ja	2		
Übergewicht	Nein	0	>15% (Broca)	2	>20% (Broca)	4
Blutzusammensetzung						
Schwere Entzündung	Nein	0	Ja	7		
Sepsis	Nein	0	Ja	7		
Maligner Tumor	Nein	0	Ja	7		
Operationen	Eingriffe <30 min	1	Allgemeinchirurgischer Eingriff >30 min	3	Malignom-OP, große urologische, gynäkologische und orthopädische Eingriffe >30 min	7
Schwere Verletzungen	Nein	0	Ja	7		
Orale Kontrazeption	Nein	0	Ja	2		
Rauchen	Nein	0	Ja	2		

P Punkte
0 Punkte: Kein Risiko
1–3 Punkte: Leichtes Risiko
4–6 Punkte: Mittleres Risiko
Über 7 Punkte: Hohes Risiko

Tab. 2.4 Atemerfassungsskala nach Bienstein

Item	Ausprägung	Punkte
Bereitschaft zur Mitarbeit	Kontinuierliche Mitarbeit	0
	Mitarbeit nach Aufforderung	1
	Nur nach Aufforderung	2
	Keine Mitarbeit	3
Vorliegende, akute Atemwegs-erkrankung	Keine	0
	Leichter Infekt (Nase/Rachen)	1
	Bronchialinfekt	2
	Lungenerkrankung	3
Frühere Lungen-erkrankung	Keine	0
	Leichte »grippale« Infekte	1
	Schwere Verläufe	2
	Mit bleibender Einschränkung der Atmung	3
Immunschwäche	Keine	0
	Leicht (lokale Infektion)	1
	Erhöhte	2
	Völlige	3
Raucher bzw. Passivraucher	Nichtraucher, geringfügig Passivraucher	0
	6 leichte Zigaretten/Tag oder regelmäßig Passivraucher	1
	6 starke Zigaretten/Tag oder regelmäßig Passivraucher	2
	Mehr als 6 starke Zigaretten/Tag oder ständig Passivraucher	3

■ Tab. 2.4 (Fortsetzung)

Item	Ausprägung	Punkte
Schmerzen	Keine	0
	Leichte (Dauer-)Schmerzen	1
	Mäßige Schmerzen, atmungsbeeinflussend	2
	Wie vorher, jedoch: stark	3
Schluckstörungen	Keine	0
	Bei flüssiger Nahrung	1
	Bei breiiger Nahrung	2
	Komplette Schluckstörung	3
Manipulative orotracheale Maßnahmen	Keine	0
	Nasen- und Mundpflege	1
	Oronasale Absaugung	2
	Oronasale und endotracheale Absaugung	3
Mobilitäts-einschränkungen	Keine	0
	Gehhilfen	1
	Hauptsächlich Bettruhe	2
	Völlige Immobilität	3
Berufstätigkeit in lungengefährdendem Beruf	Nicht lungengefährdend	0
	<2 Jahren	1
	2–10 Jahre	2
	>10 Jahre	3
Intubationsnarkose/Beatmung	Keine in den letzten 3 Wochen	0
	Kurze (<2 h)	1
	Länger (>2 h)	2
	Lang (>12 h)	3

Tab. 2.4 (Fortsetzung)

Item	Ausprägung	Punkte
Bewusstseinslage	Keine Einschränkung	0
	Leichte Einschränkung (reagiert adäquat auf Ansprache)	1
	Reagiert inadäquat	2
	Keine Reaktion auf Ansprache	3
Atemanstrengung, Zwerfell- und Thoraxatmung	Ohne Anstrengung	0
	Mit Anstrengung	1
	Mit großer Hilfestellung	2
	Keine Zwerchfell- und Thoraxatmung möglich	3
Atemfrequenz	14–20 Atemzüge/min	0
	Atmung unregelmäßig	1
	Brady- oder Tachypnoe	2
	Atmung sehr unregelmäßig	3
Medikamente mit atemdepressiver Wirkung	Keine	0
	Unregelmäßige Einnahme, geringe Atemdepression	1
	Regelmäßige Einnahme, mäßige Atemdepression	2
	Regelmäßige Einnahme spezifisch atemdepressiver Arzneimittel (z. B. Opiate, Barbiturate)	3
0–6 Punkte: nicht gefährdet		
7–15 Punkte: gefährdet		
16–45 Punkte: stark gefährdet		

Anpassungen vorzunehmen, damit die Zufriedenheit im therapeutischen Team gegeben ist.

Die Einführung solcher Maßnahmen ist zunächst anspruchsvoll und zeitintensiv. Jedoch ermöglichen diese Instrumente bei dauerhafter Anwendung eine standardisierte, qualitätsorientierte Pflege und Behandlung des Patienten. Gerade für die interdisziplinäre Kommunikation ist dies wichtig, denn hierdurch lässt sich ein hochwertiger, zielorientierter Austausch auf Augenhöhe ermöglichen. Gerade in der Visitsituation lassen sich individuelle Probleme der Patienten und die daraus abzuleitenden Maßnahmen genau festlegen.

Schließlich sind viele dieser Scoringinstrumente zwar eher pflegeorientiert, jedoch sind die Probleme, z. B. Delir oder Pneumonie, nicht ausschließlich durch pflegerische Maßnahmen, sondern auch durch ärztliche Therapien zu behandeln.

Praxistipp

Wenn Sie in Ihrer Einrichtung Scoringinstrumente einsetzen, sorgen Sie dafür, dass die erarbeiteten Ergebnisse in der Kommunikation eine Rolle spielen. Dies erreichen Sie, wenn Sie in verschiedenen Situationen diese Messinstrumente selbst einsetzen und auch erfragen.

2.1.6 Professionelle Kommunikation gibt Wissen weiter

In der Diskussion über professionelle Kommunikation zwischen den am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen stellt sich die Frage: Leiten Pflegende nur Pflegende an und leiten Ärzte nur Ärzte an? Im Idealfall sollte diese Frage mit

Tab. 2.5 CAM-ICU		
1. Akuter Beginn oder schwankender Verlauf Ist der geistige Zustand des Patienten anders als vor der Erkrankung? Oder: Gab es in den letzten 24 Stunden Änderungen des geistigen Zustands?	Nein	Stopp kein Delir
	Ja	Weiter zu Frage 2
	<3 Fehler	Stopp kein Delir
	>3 Fehler	Weiter zu Frage 3
2. Aufmerksamkeitsstörung Lesen Sie die folgenden 10 Buchstaben vor: A N A N A S B A U M Punktevergabe: 1 Fehler, wenn der Patient bei »A« nicht die Hand drückt oder wenn der Patient bei einem anderen Buchstaben als bei »A« die Hand drückt	Wenn RASS=0	Weiter zu Frage 4
3. Bewusstseinsstörung (aktueller RASS) +4: <i>Streitlustig</i> Offenkundig aggressives und gewalttätiges Verhalten, unmittelbare Gefahr für das Personal +3: <i>Sehr agitiert</i> Zieht oder entfernt Schläuche oder Katheter, aggressiv +2: <i>Agitiert</i> Häufige ungezielte Bewegung, atmet gegen das Beatmungsgerät +1: <i>Unruhig</i> Ängstlich aber Bewegungen nicht aggressiv oder lebhaft		

0: Aufmerksam und ruhig -1: <i>Schläfrig</i> Nicht ganz aufmerksam, aber erwacht (Augen öffnen/Blickkontakt) anhaltend bei Ansprache (> 10 Sekunden) -2: <i>Leichte Sedierung</i> Erwacht kurz mit Blickkontakt bei Ansprache (< 10 Sekunden) -3: <i>Mäßige Sedierung</i> Bewegung oder Augenöffnung bei Ansprache (aber ohne Blickkontakt) -4: <i>Tiefe Sedierung</i> Keine Reaktion auf Ansprache, aber Bewegung oder Augenöffnung durch körperlichen Reiz -5: <i>Nicht erweckbar</i> Keine Reaktion auf Ansprache oder körperlichen Reiz	Wenn RASS nicht »0« ist	Stopp Patient ist delirant!
4a. Unorganisiertes Denken 1. Schwimmt ein Stein auf dem Wasser? 2. Gibt es Fische im Meer? 3. Wiegt ein Kilo mehr als zwei Kilo? 4. Kann man mit einem Hammer einen Nagel in die Wand schlagen?	>2 Fehler 0–1 Fehler	Patient ist delirant Kein Delir
4b. Unorganisiertes Denken Sagen Sie dem Patienten »Halten Sie so viele Finger hoch« (zeigen Sie 2 Finger) – »Jetzt machen Sie dasselbe mit der anderen Hand« (ohne dass erneut die Anzahl der gewünschten Finger gezeigt wird). Falls der Patient nicht beide Arme bewegen kann, wird für den 2. Teil der Frage die Anleitung »Fügen Sie noch einen Finger hinzu« gegeben.	0–1 Fehler >2 Fehler	Kein Delir Stopp! Patient ist delirant

Tab. 2.6 Screening auf Mangelernährung im Krankenhaus – Nutritional Risk Screening (NRS 2002). Empfohlen von der Europäischen Gesellschaft für Klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN). (Mod. nach Kondrup J et al., Clinical Nutrition 2003; 22: 415-421)

Vorscreening			
Ist der Body-Mass-Index <20,5?	☐ ja	☐ nein	
Hat der Patient in den vergangenen 3 Monaten an Gewicht verloren?	☐ ja	☐ nein	
War die Nahrungszufuhr in der vergangenen Woche vermindert?	☐ ja	☐ nein	
Ist der Patient schwer erkrankt (z. B. Intensivpflege)?	☐ ja	☐ nein	
- Wird eine dieser Fragen mit »Ja« beantwortet, wird mit dem Hauptscreening fortgefahren.			
- Werden alle Fragen mit »Nein« beantwortet, wird der Patient wöchentlich neu gescreent.			
- Wenn für den Patienten z. B. eine große Operation geplant ist, sollte ein präventiver Ernährungsplan verfolgt werden, um dem assoziierten Risiko vorzubeugen.			

Hauptscreening				
Störungen des Ernährungszustands	Punkte	+	Krankheitsschwere	Punkte
Keine	0		Keine	0
Mild - Gewichtsverlust > 5%/3 Monaten oder - Nahrungszufuhr <50–75% des Bedarfs in der vergangenen Woche	1		Mild z. B. Schenkelhalsfraktur, chronische Erkrankungen mit Komplikationen: Leberzirrhose, COPD, Dialyse, Diabetes, Tumor	1
Mäßig Gewichtsverlust >5%/2 Monaten oder BMI 18,5–20,5 und Reduzierter Allgemeinzustand oder Nahrungszufuhr 25–50% des Bedarfs der in der vergangenen Woche	2		Mäßig z. B. große Bauchchirurgie, Apoplex, schwere Pneumonie, hämatologische Krebserkrankung	2
Schwer Gewichtsverlust >5%/1 Monat (< 15%/3 Monate) oder BMI <18,5 und Reduzierter Allgemeinzustand oder Nahrungszufuhr 0–25% des Bedarfs in der vergangenen Woche	3		Schwer z. B. Kopfverletzungen, Knochenmarktransplantation, intensivpflichtige Patienten (APACHE-II > 10)	3
+ 1 Punkt wenn Alter >70 Jahre				
≥3 Punkte: Ernährungsrisiko liegt vor, Erstellung eines Ernährungsplans. <3 Punkte: Wöchentlich wiederholtes Screening. Wenn für den Patienten z. B. eine große Operation geplant ist, sollte ein präventiver Ernährungsplan verfolgt werden, um das assoziierte Risiko zu vermeiden.				

»Nein« beantwortet werden. Natürlich ist das fachliche Wissen durch Unterschiede gekennzeichnet, dennoch ist es sinnvoll, die Aufgabe des Anleitens zu teilen. Denn getreu dem Motto »Wissen ist das einzige Gut, das sich vermehrt, wenn man es teilt« ist in der interdisziplinären Zusammenarbeit Lernen durch und mit allen Berufsgruppen hinweg förderlich.

Lernen am Modell

Lernen am Modell oder synonym Beobachtungslernen, Nachahmungslernen, Imitationslernen, etc. beschreibt eine Lerntheorie, bei der ein menschliches Vorbild dem lernenden Kollegen als Modell dient. Das bedeutet, das Verhalten einer anderen Person wird vom lernenden Kollegen wahrgenommen und auf sein eigenes Verhalten adaptiert und angewendet. Das Belohnungssystem wird in diesem Fall nicht verwendet, lediglich die Sympathie oder Antipathie aktiviert das Beobachten der anleitenden Pflegefachkraft. Wenn der lernende Kollege eine Antipathie gegenüber dem Modell verspürt, spricht man von einer Nullwirkung. Denn der Lernende will auf gar keinen Fall so werden, wie das Modell.

Die »Lernen-am-Modell-Lerntheorie« ist im Vergleich zu anderen Theorien eine aktive Lernmethode. Der lernende Kollege kann vollständig neue Verhaltensweisen erlernen oder bestehende eigene Verhaltensweisen überprüfen und anpassen. Bereits erlernte, aber nicht aktive Verhaltensweisen können durch das Modell wieder hervorgerufen werden, dies ist ein sog. diskriminativer Hinweisreiz.

Damit Lernen durch Beobachtung überhaupt stattfinden kann, müssen beim lernenden Kollegen vier Prozesse ablaufen:

- **Aufmerksamkeitsprozess:** Damit das Gesehene überhaupt aufgenommen werden kann.
- **Gedächtnisprozess:** Damit sich das Gesehene in einer Gedächtnisspur niederschlägt und sich später daran erinnert werden kann.

- **Motorische Reproduktionsprozesse:** das Beobachtete zeigt sich in einer Handlung.
- **Motivations- und Verstärkungsprozesse:** Handlung tritt erst ein, wenn das Individuum entsprechend motiviert ist.

Der Erfolg durch Lernen am Modell ist geprägt durch das Verhältnis von Pflegefachkraft und lernenden Kollegen. Denn durch die Vorbildfunktion des Modells kann der lernende Kollege eigene Ziele und Persönlichkeitsprofile erreichen. Wenn die Beziehung von allgemein freundlicher Zuwendung, Anerkennung und Lob gekennzeichnet ist, wird vom lernenden Kollegen zum Gelehrten ein positiver emotionaler Bezug hergestellt. Durch diese sekundäre Verstärkung wird das Lernen vereinfacht. Im medizinischen Bereich haben deshalb Pflegefachkräfte eine einzigartige pädagogische Rolle: Sie verleihen dem Pflegeberuf ein Gesicht und verkörpern ihn vorbildhaft.

Man kann zusammenfassen, Lernen wird begünstigt durch...

- Impulse von außen, ausgelöst durch:
 - Antrieb,
 - Interesse,
 - Neugier,
 - Ehrgeiz,
 - Freude,
 - Druck oder Zwang.
- Einen inneren Prozess:
 - Wiederholen,
 - Methoden,
 - Verknüpfen.
- Die Veränderung der Kompetenz:
 - Wissen,
 - Handeln können,

- Erfolg,
- Feedback geben und erhalten.

Dieses Modell beschreibt in einer ausführlichen Art und Weise eine Lehr- und Lernoption, die tagtäglich in allen Bereichen stattfindet. Sei es die neue Kollegin, die sich ihre Praxisanleiterin in einer besonders heraufschauenden Weise als Vorbild nimmt und Umgangsweisen blitzschnell übernimmt. Oder der neue Assistenzarzt, der erst seit zwei Wochen auf Ihrer Station arbeitet und die Prozesse und Strukturen des Krankenhauses nur aus der Theorie kennt und besonders erleichtert ist, wenn er von der Pflegefachkraft in schnell stattfindenden Situationen angeleitet und unterstützt wird.

Praxistipp

Achten Sie darauf, in welchen Situationen Wissen an andere Berufsgruppen weitergegeben wird. Sie werden erstaunt feststellen, wie viel Teamarbeit bereits vorhanden ist.

2.1.7 Resümee

Um im interdisziplinären Team den gemeinsamen Auftrag zu erfüllen, spielen viele Punkte eine zusammenhängende Rolle. Das Selbstbewusstsein der Pflegefachkräfte stellt einen sehr wichtigen Punkt dar. Mit der fundierten Ausbildung und der Teamarbeit, die Pflegefachkräfte »leben«, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gleichsam, zielorientiert, respektvoll und auf Augenhöhe zu bewältigen. Zusammengefasst sind diese Punkte in einer professionellen Kommunikation bedeutsam:

- Findet auf Augenhöhe statt,
- verwendet die Sachebene,
- inkludiert (medizinische) Fachsprache,
- ermöglicht das Anwenden von Scoringssystemen,
- ist respektvoll und menschlich,
- gibt Wissen weiter,
- verhindert Konflikte,
- ist lösungsorientiert,
- kostet weniger Zeit.

2.2 Reiner Informationsaustausch oder konstruktive Zusammenarbeit?

Um zu überprüfen, welche Antwort auf diese Frage die richtige ist, bedarf es einer genauen Betrachtung der Teamsituation. Welche Anforderungen werden an diese Situation gestellt? Dabei spielen unterschiedliche Facetten eine Rolle, die im Folgenden näher beschrieben sind. Automatisch findet eine Bewertung des Miteinanders bei jeder Begegnung statt. Wenn dies nicht der Fall ist, kann es schnell zu Konflikten bzw. Missverständnissen kommen.

Herr Gruber ist nicht verlegungsfähig

Susanne arbeitet auf einer IMC-Station und wird informiert, dass der von ihr betreute Patient, Herr Gruber, auf die Allgemeinstation verlegt werden soll. Herr Gruber ist vor 30 Tagen an der Leber operiert worden und hat im Verlauf einige Komplikationen durchlitten. Dies machte eine längerfristige Beatmung auf der Intensivstation nötig. Jetzt ist er seit etwa 7 Tagen auf der IMC. Seine Genesung macht Fortschritte, jedoch sind die körperlichen Kräfte noch schwach. Herr Gruber schafft es mit Unterstützung lediglich einige Schritte zu gehen. Außerdem ist Susanne beim Dienstbeginn aufgefallen, dass Herr Gruber hyperten und im Verlauf bradykard ist.

Sie zweifelt an der Verlegungsfähigkeit von Herrn Gruber auf die Allgemeinstation.

Betrachtet man diese Situation genauer, fallen zwei unterschiedliche Ziele auf:

- Die Stationsärztin möchte Herrn Gruber unbedingt verlegen, da der Bettplatz auf Station dringend benötigt wird. Sie ist der Ansicht, dass die Therapie des Hypertonus auch auf Allgemeinstation für den Patienten befriedigend erfolgen kann.
- Die Pflegefachkraft Susanne ist der Ansicht, dass eine solche Therapie nicht auf der Allgemeinstation durchgeführt werden kann, da die personellen Ressourcen sehr begrenzt sind und eine kontinuierliche Blutdrucküberwachung nicht gewährleistet ist. Außerdem kann Herr Gruber nur wenig gefördert werden, was den Genesungsprozess verlängert bzw. sogar zu weiteren Komplikationen führen kann. Dies hat nichts mit der Kompetenz der Station zu tun, sondern eher damit, dass Herr Gruber die Anforderungen für eine Allgemeinstation noch nicht erfüllt.

2.2.1 Welches Ziel hat die Begegnung?

Im Berufsalltag auf Station oder in vergleichbaren Settings hat jede Gesprächsaufnahme zwischen Personen unterschiedlicher Berufsgruppen ein Ziel. Je nachdem wer die Kontaktaufnahme sucht, ist das Ziel unterschiedlich. Ob es nun die schnelle Informationsweitergabe zwischen den Tätigkeiten ist (*»Der Patient benötigt noch seine Heparinspritze«*) oder ein Gesprächssetting, das einen offiziellen Namen trägt (Visite) spielt dabei keine Rolle. Wichtig ist, dass sich die Kommunikationspartner im Gespräch ihrem evtl. unterschiedlichen Ziel anpassen. Dabei sind

alle vorher genannten Kommunikationsregeln entscheidend.

- **Um sich im Zielkonflikt anzunähern, ist es entscheidend zu verstehen, wer welches Ziel verfolgt.**

Dies kann durchaus auch durch aktives Nachfragen verdeutlicht werden. In solchen Situationen wird manchmal klar, dass die Kontaktaufnahme nicht der Verfolgung eines definierten Ziels begann, sondern die eigenen Ansprüche undeutlich sind. So ist es möglich, dass die Stationsärztin sich dem Ziel »Der Patient wird verlegt« gar nicht sicher ist und eher das Gespräch suchte, um gemeinsam festzulegen, ob die Verlegungsfähigkeit des Herrn Gruber gegeben ist.

So lassen sich anhand des Fallbeispiels weitere, verschiedene Möglichkeiten des Kommunikationswegs zeigen.

■ **Reine Informationsweitergabe**

Herr Gruber wird verlegt

Die Stationsärztin kommt zur Pflegefachkraft Susanne und teilt ihr mit, dass Herr Gruber auf die Allgemeinstation verlegt wird. Die Pflegefachkraft nimmt diese Information auf und ist besorgt, da Herr Gruber ihrer Meinung nach noch nicht verlegungsfähig ist. Sie äußert ihre Bedenken nicht, da sie die Information als unveränderliche Aufforderung wahrgenommen hat. Sie ist verärgert.

Im Grunde ist eine reine Informationsweitergabe nichts anderes als ein Monolog. Es findet kein Gespräch statt, unterschiedliche Standpunkte werden nicht verdeutlicht. Es wird ausschließlich dafür gesorgt, dass die Information von Person A zu Person B oder Team C weitergegeben sind.

Selbstverständlich hat auch diese Form der Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen ihre Berechtigung. Manchmal ist es nicht notwendig, verschiedene

Ziele (Standpunkte) ausführlich auszutauschen – z. B. in Notfallsituationen.

Als ein gutes Beispiel dieser Form der Kommunikation (Informationsweitergabe) dient ein Übergabegespräch in aller Regel. Selbst in der eigenen Berufsgruppe wird aktives Nachfragen eher als störend empfunden. Therapieziele und Grundsätzliches werden während einer Visitsituation dargestellt.

■ **Konstruktive Zusammenarbeit**

Ich würde Herrn Gruber gerne verlegen, weil ...

Die Stationsärztin sucht mit der Pflegefachkraft Susanne das Gespräch um ihr mitzuteilen, dass Herr Gruber auf die Allgemeinstation verlegt wird. Susanne äußert ihre Bedenken und bittet die Stationsärztin diese Entscheidung zu reflektieren. Schließlich war Herr Gruber heute Morgen noch eher instabil und benötigt mehr pflegerische Zuwendung, um die Fortschritte in der Genesung auszubauen. Die Stationsärztin äußert ihre Überlegungen, weshalb sie der Überzeugung ist, Herr Gruber könne heute verlegt werden. Sie ist der Meinung, dass er an diesem Punkt nicht mehr von der intensivmedizinischen Überwachung profitiert, sondern eher in seiner Selbstständigkeit blockiert wird. Diese Meinung teilt die Pflegenden grundsätzlich. Im konstruktiven Gespräch legen beide fest, Herrn Gruber bis heute Nachmittag zu beobachten und dann zu entscheiden.

Beide Gesprächspartner haben ein positives Gefühl und sind der Meinung, ihren Standpunkt ausreichend darstellen zu können. Sie verfolgen zwar u. U. nicht das gleiche Ziel, sie haben sich jedoch deutlich angenähert und haben einen Kompromiss gefunden.

Bei einem Kompromiss geht es nicht ausschließlich darum, die Forderungen der einzelnen Gesprächspartner aufzugeben, sondern einen Konsens also eine Gemein-

samkeit zu finden, die es beiden Gesprächspartnern ermöglicht:

- gegenseitige Akzeptanz und
- gegenseitige Wertschätzung zu verspüren.

Diese Forderungen sollten im Vordergrund stehen, damit ein konstruktives Miteinander ermöglicht werden kann.

2.2.2 Wertschätzung

Dieses Wort ist mittlerweile fast inflationär in aller Munde. Es steht für eine positive Bewertung eines anderen Menschen Sein. Wertschätzung bedeutet eben nicht das Gegenüber auf sein Tun zu beschränken, sondern ihn **als Ganzes** positiv wahrzunehmen. Grundsätzlich ist ein wertschätzendes Verhalten eher leistungsneutral. Aber Leistung gibt immer wieder Anlass, wertschätzende Worte dem Gegenüber zu vermitteln.

Jemanden wert zu schätzen bedeutet gleichzeitig Respekt, Wohlwollen und Anerkennung zu transportieren. Dies kann signalisiert werden durch Zugewandtheit, Interesse, Aufmerksamkeit und Freundlichkeit (■ Abb. 2.2). Interessant an der Wertschätzung ist, dass sie nicht nur das Selbstbewusstsein des Empfängers steigert, sondern auch das des Gebers.

Praxistipp

Lob zu verteilen und zu erhalten ist aktiv gelebte Wertschätzung. Die Botschaft, die gesendet wird, wird auch wieder zurückgesendet. Das bedeutet: Verteilen Sie Lob und Sie erhalten Lob. Spüren Sie, wie Ihr positives Empfinden gesteigert wird, wenn Sie Lob verteilen.



■ Abb. 2.2 Lob verteilen

2.2.3 Welche zeitlichen Rahmenbedingungen sind vorhanden?

In einer Welt, in der Zeit das teuerste Gut ist, ist es selbstverständlich enorm wichtig, diese Ressource nicht übermäßig zu beanspruchen. Je kürzer die Begegnung des ansprechenden Gesprächspartners geplant ist, desto schneller müssen die Informationen ausgetauscht werden, damit das Ziel bei der Parteien deutlich werden kann. Dabei können natürlich schnell Missverständnisse entstehen, die die Zusammenarbeit teils nachhaltig stören können. Deshalb sollte schon vor der Kontaktaufnahme klar sein, welches Ziel transportiert werden muss. Wenn das Problem erkannt wurde aber noch keine Lösung, sollte dies klar kommuniziert werden.

Susanne überlegt

»Ich bin mir nicht sicher, Herrn Gruber zu verlegen, schließlich war er heute Morgen noch stark hyperten und bradykard.«

Vielleicht fehlte der Stationsärztin diese Information zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung. Nun hat sie die Gelegenheit darauf zu reagieren.

Selbstverständlich ist eine Visite zeitlich nicht unbegrenzt möglich. Dennoch ist der zeitliche Spielraum eher größer, da alle beteiligten Gesprächsparteien die Zeit pro Patient flexibel anpassen können. Bei Patient A dauert die Visite nur sehr kurz, da er morgen entlassen wird. Bei Patient B dauert die Visite deutlich länger, da durch die durchgeführten diagnostischen Maßnahmen eine Therapieentscheidung möglich ist. Aus diesem Grund ist es manchmal sinnvoll, auf die Visite zu warten, um Fragen und Bedürfnisse zu klären, bei denen keine zeitnahe Entscheidung notwendig ist.

Praxistipp

Überprüfen Sie Ihre eigenen Ziele in der Kommunikation mit anderen Beteiligten. Dabei kann SMART, die folgende Formulierungshilfe zur besseren Verständlichkeit der Ziele, unterstützend wirken.

- **S**pezifisch (der Situation angepasst)
- **M**essbar, überprüfbar
- **A**ttaktiv, aktionsorientiert
- **R**ealistisch (erreichbar)
- **T**erminiert

Siehe auch ► Kap. 5.

2.2.4 Welche Infrastruktur steht zur Verfügung?

Telefonische Erreichbarkeit Sind die Beteiligten jederzeit (während der Arbeitszeit) telefonisch erreichbar? Ist dies der Fall, sind Prozesse deutlich schneller durchzuführen. Nachteil ist, Ansprachen sind jederzeit möglich ohne die zeitliche Ressource des Gesprächsempfängers zu überprüfen. Weiterer potenzieller Nachteil: Die Mimik, Gestik und Körper-

sprache im Allgemeinen gehen verloren, Missverständnisse können schneller entstehen. Ein weiterer Nachteil im Zuge der Etablierung der Kommunikation via Telefon ist die Tatsache, dass häufig persönliche Gespräche eine niedrigere Priorität haben, als das (ankommende) Telefongespräch.

PDMS (Patientendatenmanagementsystem) – elektronische Dokumentation Ist diese Möglichkeit auf der Station bzw. in der Klinik möglich, sind viele »Zeitfresser« unnötig, da alle Informationen über einen Patienten von jedem zugelassenen Computerarbeitsplatz einsehbar sind. Lästiges Kurvensuchen fällt weg, alle Beteiligten sprechen die gleiche Sprache, da alle den gleichen Informationsstand haben. Aber auch hier liegt der Nachteil auf der Hand: Eine zeitnahe Dokumentation ist erforderlich, damit Entscheidungen schneller anhand der vorliegenden Daten erfolgen können. Das bedeutet, dass eine zeitnahe Dokumentation der Ereignisse zwingend erforderlich ist. Dabei kann ein entsprechender Druck entstehen, der die Prioritäten verlagert.

KIS (Krankenhausinformationssystem) Es muss natürlich nicht immer das PDMS sein, in den allermeisten Kliniken stehen solche KI-Systeme zur Verfügung. Nicht als Alternative zum PDMS, sondern als eine wichtige Ergänzung. Hier werden alle Informationen zum Patienten gesammelt und auf Abruf dargestellt, z. B. Name, Diagnose, Nebendiagnosen, Operationen, Prozeduren, Laborwerte, mikrobiologische und pathologische Befunde, Röntgenbilder, Arztbriefe, etc. Je mehr Computerarbeitsplätze zur Verfügung stehen, umso besser sind die notwendigen Informationen innerhalb des Behandlungsteams austauschbar.

2.2.5 Wie ist die Organisation strukturiert?

Wenn man in diesem Zusammenhang von Organisation spricht, ist damit die Einrichtung, das Krankenhaus, Wohneinheit oder die Intensivstation, gemeint. Details einzelner Prozesse sind selbstverständlich auf den Bereich anzupassen. Dennoch gibt es einige Gemeinsamkeiten, die unter Umständen die Prozesse vereinfachen können und somit Zeit sparen bzw. Arbeitsabläufe vereinfachen.

Dabei müssen folgende Fragen geklärt werden:

- Befinden sich in den Teams der Pflegefachkräfte im Überwiegenden die gleichen Menschen?
- Finden auf der Station regelmäßige Rotationen der angehenden Fachärzte statt?
- Gibt es ärztliche Kollegen, die dauerhaft auf der gleichen Station arbeiten?
- Ist ein Stationsarzt andauernd ansprechbar, persönlich oder telefonisch?
- Gibt es das Prinzip der pflegerischen Schichtleitung?

Je nachdem wie die Fragen beantwortet können, sind Unterschiede in der Kommunikation spürbar. In aller Regel sind die pflegerischen Teams eher kollegenorientiert und arbeiten längere Zeit im gleichen Bereich. Dabei entsteht eine besondere Sicherheit im Umgang mit dem zu betreuenden Patientenkontext. Durch die langjährige Erfahrung werden selbstverständlich auch medizinische Prozesse, Therapieentscheidungen und nötige pflegerische Maßnahmen im Besonderen verstanden und angewendet. Dadurch ist es durchaus möglich Entscheidungen, die nicht zum pflegerischen Aufgabengebiet gehören mit zu treffen bzw. zu beeinflussen, so z. B. medikamentöse Therapien oder radiologische Untersuchungen zu initiieren. Selbstverständlich werden diese Maßnahmen nicht eigenverantwortlich durch-

geführt, aber sie werden bei geeigneter Situation mit dem ärztlichen Kollegen durchgesprochen.

Im Bereich der ärztlichen Kollegen finden häufige Rotationen statt. Die ärztlichen Mitarbeiter sind in vielen unterschiedlichen Bereichen und auf unterschiedlichen Stationen tätig, da dort Patienten der gleichen medizinischen Disziplin versorgt werden. Trotzdem gibt es zwischen den einzelnen Stationen deutliche Unterschiede in den Abläufen. Diese sind in aller Regel langjährig entstanden, auf das pflegerische Team abgestimmt und organisiert. So gibt es z. B. Unterschiede bei den Blutentnahmen: Welche Werte gehören zu der großen Routine, zu welcher Uhrzeit werden die Werte abgenommen, etc.? Dabei entstehen im Team der ärztlichen Kollegen selbstverständlich Unsicherheiten, die gemeinsam bearbeitet werden sollten.

Praxistipp

In einigen Bereichen ist es selbstverständlich, dass neue ärztliche Kollegen in ihrer Einarbeitung auch eine festgelegte Zeit durch eine Pflegefachkraft eingearbeitet werden. Könnten Sie sich das in Ihrem Bereich vorstellen?

2.2.6 Findet das Gespräch am Patientenbett statt oder in einem geschützten Rahmen?

Sicherlich ist das eine der entschieden wichtigsten Fragen über das Gelingen des Gesprächs und den Austausch des Ziels. Schließlich ist die Wertschätzung des Gegenübers der Garant für einen respektvollen Umgang miteinander. Manchmal gibt es Situationen, in denen eine Unsicherheit des behandelnden Teams nicht spürbar werden darf. Dies gilt insbesondere beim direkten Patientenkontakt. Ein sol-

ches Kritikgespräch muss immer außerhalb des Patientenzimmers geführt werden. So behalten beide Parteien gegenüber den Patienten ihr Gesicht.

Bei unserem Beispiel könnten auch die Bedenken der Pflegekraft in Bezug auf die Verlegung Skepsis, Sorgen und Unsicherheiten hervorrufen, wenn beide Beteiligten dieses Gespräch im Beisein des Patienten führen.

Wie sag ich es am Besten – so nicht

Die Stationsärztin kommt zu Herrn Gruber, den Susanne gerade beim Rasieren unterstützt und sagt: *»Herr Gruber, Sie haben es geschafft und können endlich die IMC verlassen. Wir wollen Sie auf Allgemeinstation verlegen.«* Susanne ist entsetzt und sagt: *»So hyperten und bradykard, wie Herr Gruber heute Morgen war, halte ich das nicht für eine gute Idee.«*

So könnte der Patient – je nach Sympathie – eine unterbewusste Entscheidung treffen, wem er mehr vertraut. Vertraut Herr Gruber Susanne, könnte er der Meinung sein, dass die Stationsärztin eine falsche Entscheidung trifft, wenn er verlegt würde. Im folgenden Behandlungsprozess könnte das zu Unstimmigkeiten zwischen Ärztin und Pflegekraft führen. Liegt die Sympathie eher auf Seiten der Ärztin, könnte es sein, dass Herr Gruber der Arbeit der Pflegefachkraft nicht mehr vertraut und sie als unwissend ansieht.

Wie sag ich es am Besten – gut reagiert

Die Stationsärztin kommt zu Herrn Gruber, den Susanne gerade beim Rasieren unterstützt und sagt: *»Herr Gruber, Sie haben es geschafft und können endlich die IMC verlassen. Wir wollen Sie auf Allgemeinstation verlegen.«* Susanne ist entsetzt, sie fängt sich sofort und sagt: *»Frau Dr. Müller, ich würde gerne kurz mit Ihnen sprechen, nachdem Herr Gruber mit dem Rasieren fertig ist. In 5 Minuten bin ich am Pflegestützpunkt. Wäre das ok?«* Die Stationsärztin ist etwas irritiert, sagt aber: *»Klar, bis gleich.«*

Führen die Beiden das in ► Abschn. 2.2.1 skizzierte Gespräch außerhalb des Patientenzimmers, äußern beide ihre Argumente und einigen sich auf ein gemeinsames Ziel und v. a. auf eine gemeinsame Kommunikation gegenüber Herrn Gruber mit Inhalt: Wir überprüfen heute Mittag erneut, ob Sie auf die Allgemeinstation verlegt werden können. So behalten beide Personen ihr Ansehen.

Die Situation hätte von vornherein konfliktärmer gestaltet werden können, wenn die Stationsärztin folgendes Vorgehen gewählt hätte.

Wie sag ich es am Besten – optimal

Die Stationsärztin kommt zur Pflegefachkraft Susanne, die gerade Herrn Gruber beim Rasieren unterstützt und sagt: »*Susanne, könnten Sie bitte gleich einmal zu mir zum Pflegestützpunkt kommen, ich möchte kurz etwas wegen der Verlegung besprechen.*«

2.2.7 Wie ist die Pflegefachkraft im Team sozialisiert?

Unbewusste Hierarchien gibt es in jedem Team. Wahrscheinlich hängen die Hierarchien auch von der Teamgröße ab: je kleiner das Team, desto größer die Hierarchien. Um auf diesen unbewussten Hierarchiestufen nach oben zu klimmen, spielen folgende Punkte eine Rolle:

- **Fachkompetenz:** Unter Fachwissen versteht man die Möglichkeit, Aufgaben und Sachverhalte von den üblichen/standardisierten Qualitätsansprüchen zu lösen. Dabei spielt die eigene berufliche Ausbildung, aber auch weiterführende Fort- und Weiterbildungen eine Rolle. Je länger die Pflegefachkraft auf der Station tätig ist, umso größer ist ihre Erfahrung und die daraus resultierende Fähigkeit, komplexe Zusammenhänge zu verstehen und Probleme anzupacken.

- **Sozialkompetenz:** Bei dieser Form der Kompetenz oder persönlicher Eigenschaften geht es v. a. um den Umgang mit anderen Beteiligten, z. B. Kollegen, Patienten und Angehörigen. Ausgezeichnet wird diese Kompetenz durch die Verwendung der Fachsprache, eine eigene Meinung zu artikulieren und zu vertreten. Außerdem geht es um die Aufnahme von Beziehungen, z. B. zu neuen Kollegen und diese Beziehungen durch Kontaktaufnahme, Wertschätzung und Akzeptanz zu pflegen.
- **Methodenkompetenz:** Eine Pflegefachkraft zeichnet sich durch eine hohe Methodenkompetenz aus, indem sie Pflegeprozesse initiiert (z. B. durch Pflegeanordnungen), Pflegekonzepte problemorientiert plant und durchführt oder durch geeignete Methoden Problemlösungen findet.
- **Persönliche Kompetenz:** Bei dieser Kompetenz spielt der eigene Charakter, die eigene Menschlichkeit die führende Rolle. Schlagwörter, wie Verantwortung übernehmen, Entscheidungen treffen, seine eigenen Grenzen zu spüren und zu zeigen, definieren diese Eigenschaft. Außerdem geht es darum eigene Entscheidungen, v. a. Fehlentscheidungen zu akzeptieren und zu reflektieren.

All diese Eigenschaften machen den persönlichen Stand in einem Team aus. Der Vorteil im pflegerischen Bereich ist die langjährige Zusammenarbeit. Dabei können alle Beteiligten erkennen, welche Fortschritte der Einzelne macht und dabei durch Fluktuation und persönliche Leistung nach oben schreiten. Mit Fluktuation ist der Weggang von älteren Kollegen und der Zugang von jüngeren Kollegen gemeint. Dabei geht es aber nicht um das persönliche Alter, sondern um die Erfahrungen, die im Laufe eines Berufslebens gesammelt werden, anzuerkennen.

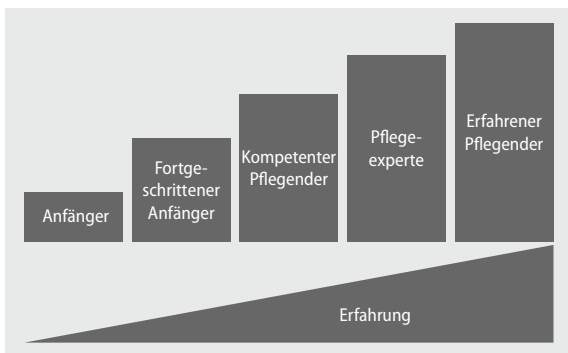
Dies macht nicht nur in der eigenen Berufsgruppe einen besonderen Stand im Team aus, sondern auch in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Auf das Beispiel zurückzukommen, kann dies bedeuten: Je älter und erfahrener die Pflegefachkraft ist, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Stationsärztin ihr vertraut und Herrn Gruber auf der IMC belässt.

Dies scheint im ersten Moment evtl. ungerecht. Schließlich sind die Hypertonie und die Bradykardie harte Fakten, die auf Grund der Berufserfahrung nicht anders interpretiert werden können. Der Blutdruck von 188 mmHg systolisch ist sowohl für die jüngere als auch für die ältere Kollegin eine behandlungsbedürftige Hypertonie. Jedoch kann die erfahrenere Kollegin den Sachverhalt anders interpretieren: Ihr ist aufgefallen, dass Herr Gruber seine Blutdruckmedikamente gestern Abend nicht eingenommen hat oder Herr Gruber hatte starke Rückenschmerzen, die durch Mobilisation wieder rückläufig waren. Unter diesen Gesichtspunkten ist es evtl. möglich, dass die Stationsärztin unterschiedlich reagiert.

In diesem Zusammenhang spielen auch die Kompetenzstufen nach Benner eine Rolle. Patricia Benner ist eine amerikanische Pflegewissenschaftlerin. Sie definierte die 5 Stufen der Pflegekompetenz (■ Abb. 2.3).

■ 5 Stufen der Pflegekompetenz

Anfänger Die Pflegefachkraft hat noch keine Erfahrungen und noch kein Verständnis für das Fachgebiet. Das Wissen stammt ausschließlich aus Büchern und anderen Quellen. Regeln und Checklisten o. ä. sind notwendig, um sich in der Praxis zu recht zu finden: Einarbeitungskatalog, Stationsstandards, Expertenstandards, etc. Die Handlungen sind klar nach Plan strukturiert. Es werden Normen und Normwerte gelernt, ohne sich ein genaues Bild machen zu können, wie solche gemessenen Werte in realen Situationen zu interpretieren sind. Siehe Praxisbeispiel oben.



■ Abb. 2.3 Kompetenzstufen nach Benner

Fortgeschrittener Anfänger Der fortgeschrittene Anfänger hat als Lernender auf dieser Stufe schon einige Erfahrungen gemacht. Einzelne Aspekte von erlebten Situationen kann die Pflegefachkraft wiedererkennen. Sie lernt, indem sie auf typische Aspekte von realen Situationen aufmerksam macht. Sie hat noch Mühe, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden und entsprechend auch beim Prioritätensetzen. Dies führt zu Zeitdruck.

Kompetente Pflegefachkraft Pflegende auf dieser Stufe haben in der Regel zwei bis drei Jahre Erfahrung in der Pflege von gleichartigen oder ähnlichen Pflegesituationen. Sie haben gelernt, mit Langzeitplänen zu arbeiten, welche wichtig für die Pflege dieser Patientengruppe sind. Die Pflegefachkraft kann Wichtiges von Unwichtigem unterscheiden. Es kann u. U. allerdings noch die Flexibilität fehlen, ein rasches Ändern des Plans durchzuführen, wenn sich die Situation plötzlich ändert.

Erfahrene Pflegende Auf dieser Stufe geschieht ein qualitativer Sprung. Die Pflegefachkraft kann Situationen als Ganzes und in ihrer Komplexität erkennen. Handlungen sind von Maximen oder Leitsätzen begleitet. Leitsätze sind Tipps oder Beschreibungen von Wahrgenommenem, die geübtes Handeln ableiten und von Kollegen der gleichen Stufe verstanden werden. Das Handeln nach Standards und klar strukturierten Plänen weicht der eigenen Wahrnehmung. Situationen werden von der Pflegefachkraft in Bezug auf längerfristige Ziele wahrgenommen. Pflegende auf dieser Stufe lernen anhand von Fallstudien und eigenen herausragenden Pflegeerlebnissen.

Pflegeexperte Der Sprung als erfahrener Pfleger auf die Stufe des Pflegeexperten ist in qualitativer Hinsicht enorm. Pflegende haben hier in der Regel mindestens fünf Jahre Erfahrung in der Pflege von Patienten in ähnlichen Situationen, z. B. durch die Arbeit im gleichen Bereich. Das Handeln der Pflegefachkraft ist nicht mehr ausschließlich auf Regeln, Pläne oder Leitfäden gestützt, sondern stark intuitiv geleitet. Die Pflegefachkraft handelt überwiegend patientenorientiert und kann es im Team vertreten, gewisse Standards ignoriert zu haben.

Intuition wird von Frau Benner als Fähigkeit beschrieben, ein meisterhaftes menschliches Urteil zu treffen, was sie von Entscheidungen oder Rechnungen unterscheidet, die ein Computer machen würde. Nach Dreyfus finden sich im intuitiven Urteil sechs Elemente:

1. Das Erkennen von Mustern,
2. Ähnlichkeiten erkennen,
3. Verstehen durch den Gebrauch des Menschenverstands,
4. Fähigkeiten durch Know-how,
5. Sinn für das Wichtige und Herausragende erkennen,
6. überlegte Rationalität.

Praxistipp

In den Mitarbeitergesprächen kommt die Einschätzung dieser Pflegekompetenzstufen zur Sprache. Überprüfen Sie anhand der Merkmale Ihre Kompetenzstufe.

2.2.8 Wie ist der Arzt im Team sozialisiert?

Durch Rotationen und die verschiedenen, teilweise stationsunabhängigen Aufgaben eines Arztes ist die Sozialisation im Team einer Station eher schwer zu beurteilen bzw. auch in Frage zu stellen. Benötigt der Arzt ein besonderes Teamzugehörigkeitsgefühl, um zielorientiert zu arbeiten? Sicherlich ist diese Frage eher mit »Nein« zu beantworten auf Grund der Tatsache, dass zwischenmenschliche Beziehungen im Team bedingt durch den schnellen Wechsel keine Priorität haben. Einfacher würde die Sozialisation im Team die Zusammenarbeit aber in jedem Fall machen. Im ärztlichen Bereich ist der Aufstieg im Hierarchiesystem durch viele Mitarbeiter eher gewünscht, als im pflegerischen Bereich.

Als Leitwort in der interprofessionellen Zusammenarbeit geht es, wie so häufig, um das persönliche Verständnis und die Zugehörigkeit zur eigenen Berufsgruppe. Schlechte Erfahrungen mit der jeweils anderen Berufsgruppe prägen das Bild und den ersten Eindruck zwischen den Beteiligten. Selbstverständlich bedarf es von beiden Seiten gegenseitige Rücksichtnahme und die Möglichkeit, schlechte Erfahrungen nicht auf alle Beteiligten zu übertragen. Getreu dem Motto: Nicht jeder Arzt ist arrogant.

Berufspolitisch gesehen sieht es auf den ersten Blick so aus, als könnten die ärztlichen Kollegen ihre Interessen deutlich besser kommunizieren und einfordern. Dies liegt aber

v. a. an dem eigenen Selbstverständnis, die Interessen und Stärken einer Berufsgruppe bei den Verantwortlichen darzustellen. Das Selbstvertrauen in die eigene Berufsgruppe ist unter den Pflegenden deutlich gestiegen, aber nach wie vor besteht Verbesserungsbedarf.

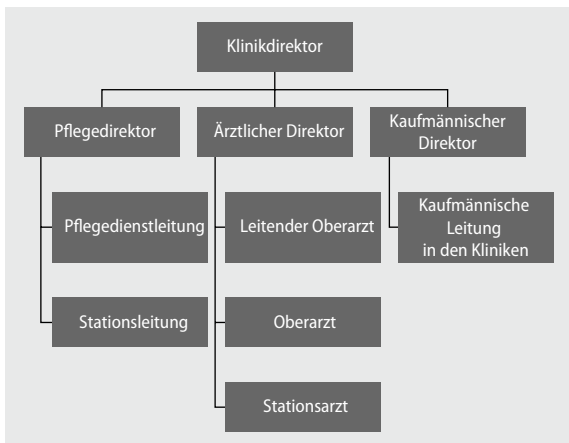
Ein Konflikt zwischen den Berufsgruppen beginnt in den allermeisten Fällen an den Schnittstellen. Damit sind Tätigkeiten gemeint, z. B. organisatorischer oder administrativer Natur, die unklar oder gar nicht verteilt sind. Es lohnt sich in der Ebene der Führungskräfte diese Unklarheiten zu beseitigen und für die eigene Berufsgruppe einzustehen, ohne dabei die jeweils andere aus den Augen zu verlieren. Diese Harmonie zwischen eigenen Interessen und dem respektvollen Umgang mit denen der anderen Berufsgruppe lässt sich gut in das Team übertragen und damit den Umgang miteinander deutlich verbessern.

Bezogen auf das Beispiel ist eine Annäherung im Konflikt der unterschiedlichen Ziele, nämlich Herrn Gruber verlegen oder nicht verlegen, nur möglich, wenn sich beide Beteiligte auf Augenhöhe, wertschätzend und respektvoll gegenüber treten: »Ich sehe Deine Argumente und verstehe Dich.«

2.3 Hierarchien und Zusammenarbeiten im Team

2.3.1 Organigramme

Es gibt in Deutschland kaum einen anderen Arbeitsplatz, der mehr Wert auf Hierarchien legt, als der ärztliche Bereich im Krankenhaus. Eine klassische Situation dafür ist der den Chefarzt begleitende Assistenzarzt. Selbstverständlich sind Strukturen im Krankenhaus besonders wichtig, gerade in großen Kliniken arbeiten viele tausend Menschen. Damit



■ Abb. 2.4 Organigramm

aber auch in kleineren Organisationen die Unternehmensziele gemeinsam verfolgt werden können, gibt es Organigramme. Auffällig dabei ist die Differenzierung zwischen dem Verwaltungsbereich der Pflege und dem ärztlichen Dienst. Das bedeutet: Alle drei Säulen laufen parallel und haben alle ihre gleichwertige Berechtigung in einer Organisation.

Diese Organisationsstruktur wird in vielen Kliniken eingesetzt, selbstverständlich noch ergänzt durch Namen, genaue Funktionsbezeichnung und evtl. einem Foto. Deutlich zu erkennen ist jeweils die Parallelität der einzelnen Bereiche. Dies ist ein großer Vorteil, z. B. in der Darstellungsmöglichkeit der eigenen Berufsgruppe. So ist für die pflegerischen Belange in erster Reihe ein Pflegedirektor verantwortlich, der in aller Regel mindestens eine pflegerische Ausbildung absolviert hat und genauso für den ärztlichen Bereich ein ausgebildeter Arzt. Deutlich wird aber auch, mit

kaufmännischen Mitarbeitern wird auf Station kaum bis gar nicht zusammengearbeitet. Dabei ist dies eine Schnittstelle, die im Stationsalltag zu Konflikten führen kann. Häufig ist es nicht klar geregelt, wer welche kaufmännischen Aufgaben erledigt.

2.3.2 Teamarbeit

Grundsätzlich bezeichnet das »Team« eine Gruppe verschiedener Menschen, die in einer sozialen Beziehung zueinanderstehen, weil sie an der Erfüllung einer Aufgabe beteiligt sind. Die Aufgabe stellt ihnen die Organisation, in der sie tätig sind.

Einige Aspekte spielen eine wichtige Rolle, damit Teams effizient arbeitsfähig sind. Neben der Organisationsstruktur spielt auch die Sozialkompetenz eine wichtige Rolle.

■ Organisationsstruktur

Strukturen sind sachlicher Natur, sie sind durch schriftliche Vereinbarungen, Dienstanweisungen oder Standards gekennzeichnet. Sie vereinfachen die Arbeit enorm, wenn sie im Team bekannt sind und gelebt werden. Immer wiederkehrende Fragen können anhand der Standards schnell und zielorientiert geklärt werden. Auch in der Interaktion mit anderen Berufsgruppen können Standards eine argumentative Erleichterung verschaffen. Standards und Leitlinien erhöhen die Sicherheit der Patienten und die des Personals im Sinne einer Unfallverhütung sowie bei juristischen Fragestellungen. Allgemeingültige Standards und Leitlinien erhöhen das eigene Selbstbewusstsein jeder einzelnen Pflegefachkraft im durchzuführenden Behandlungskonzept. Problematisch wird die Teamsituation, wenn einzelne Teammitglieder sich bewusst gegen die Arbeit nach Standard entscheiden und damit die standardtreuen Kollegen frustrieren.

- **Um ein Team weiterzubringen und die Qualität der Arbeit und die Zufriedenheit der einzelnen Teammitglieder zu erhöhen sind allgemeingültige Regelungen notwendig.**

Allen beteiligten Teammitgliedern sollte klar sein, dass sie das gleiche Ziel verfolgen – beauftragt von der Organisation. Der übliche Auftrag ist im klinischen Setting den Patienten mit den zur Verfügung gestellten Mitteln zu behandeln. Je nach Schweregrad der Erkrankung mit dem Ziel der Genesung oder der Symptomkontrolle. In manchen Situationen haben die Teammitglieder nicht immer dasselbe Ziel. Deshalb ist es notwendig, den Austausch im Team voranzutreiben, damit alle Mitglieder sich mit dem Ziel der Organisation identifizieren können. Teilweise ist es notwendig sog. Pflegeexperten zu Rate zu ziehen, die dem Team bekannt sind und die aufgrund ihrer persönlichen Expertise und Erfahrung entsprechende Behandlungspfade vorantreiben können. Als Beispiel hierfür gilt ein Schmerzexperte, ein Wundexperte oder ähnliches.

Um eine hohe Teamzufriedenheit zu gewährleisten, ist es sinnvoll alle anzuwendenden Standards und Leitlinien regelmäßig auf ihre Aktualität hin zu überprüfen, damit sie im Team als sinnvoll bezeichnet werden. Gerade in einem schnell wechselnden Team spielen solche Standards eine wichtige Rolle.

Checkliste

Ein Team besteht aus Pflegefachkräften und Ärzten. Können Sie die kommenden Fragen im interdisziplinären Team zur Zufriedenheit beantworten?

- Ist allen unser Auftrag klar, verfolgen alle das gleiche Ziel?

- ─ Sind Einzelfunktionen und Aufgaben nach bestimmten Qualifikationen persönlich benannt?
- ─ Gibt es sinnvolle, aktuelle Standards und halten sich alle Teammitglieder daran?
- ─ Sind die Aufgaben der verschiedenen Führungspositionen klar benannt?
- ─ Funktionieren die täglich notwendigen Schnittstellen und damit der Informationsfluss?

■ Sozialkompetenz

Ein standardisierter Prozess alleine kann aber noch nicht dafür sorgen, dass Teamarbeit funktioniert. Extrem wichtig ist der Bereich der Sozialkompetenz, also wie ist der Einzelne im Team eingebettet bzw. wie geht der Einzelne mit dem Team um. Ein Team besteht aus verschiedenen Menschen mit jeweils unterschiedlichen Beziehungen zueinander. Eine Beziehung zueinander herzustellen, benötigt als Voraussetzung nicht nur die Kommunikation miteinander, sondern auch unterschiedliche Sichtweisen zu verschiedenen Sachverhalten aushalten zu können. Dabei spielt es eine besondere Rolle, welche (moralischen) Regeln es in dem Team gibt, die eine Handlung im Team bestimmen. Selbstverständlich lohnt sich der Blick darüber hinaus: Sind wir im Team noch kritikfähig – was melden uns Unbeteiligte zurück?

Nicht nur der Inhalt der Rückmeldung gibt Aufschluss darüber, ob ein Team fortschrittlich und innovativ ist, sondern auch, ob überhaupt Raum für eine Rückmeldung gegeben ist. »*Wir machen das schon immer so*«, ist eine sehr ablehnende, ängstliche Antwort auf fortschrittliche Ideen (■ Abb. 2.5). Es lohnt sich zu überprüfen, warum ein Team solche Antworten zulässt. Wichtig dabei ist nicht, zu verurteilen sondern Antworten und Lösungen zu finden. Ganz klar: Zurück an das 4-Ohren-Kommunikationsmodell von



■ Abb. 2.5 Wir machen das schon immer so!

Schulz von Thun gedacht (► Abschn. 2.1.1), könnte es sein, dass die Nachricht falsch gesendet wurde und der Empfänger keine andere Möglichkeit sieht, als so zu reagieren, als sich zu verteidigen?

■ Toleranz

Selbstverständlich spielt für die Teamarbeit eine gewisse Toleranz eine wichtige Rolle. Um eine gute Teamarbeit leisten zu können, ist es notwendig, Unterschiede zu akzeptieren und eher die daraus resultierende Vielfältigkeit wahrzunehmen. Mögliche Rollen in einem Team können sein:

- **Integrator:** Vermitteln, moderieren, zusammenbringen;
- **Berater:** Rat geben, auffangen, Möglichkeiten schaffen;
- **Entwickler:** Ideen aufzeigen, vorantreiben, entwickeln;
- **Organisator:** Managen, strukturieren, modernisieren;

- **Macher:** Anpacken, schaffen, durchziehen, lösen;
- **Prüfer:** Kritisch betrachten, mutmaßen;
- **Stabilisator:** Bewahren, festhalten, für ein familiäres Klima sorgen;
- **Überzeuger:** »Klassensprecher«, argumentieren, öffentlichkeitsarbeiten.

Je nachdem, in welcher Rolle sich ein einzelnes Teammitglied sieht, kann Frust und Ärger entstehen, dies kann bis hin zu Rückzug führen. Ursache könnte z. B. sein, dass gewisse Ideen zur Optimierung von Prozessen im Team nicht berücksichtigt werden. Ein Prozess in einem Team ist wie ein großer Dampfer, wenn er auf Reisen ist, ist es schwer ihn schnell in eine andere Richtung zu bringen. Es braucht seine Zeit, Geduld und Beharrlichkeit bis vorgenommene Anpassungen Einzug finden.

2.3.3 Konfliktbewältigung

Konflikt stammt von dem lateinischen Wort »confligere« (lat.) zusammenstoßen oder aufeinanderprallen ab. Ein sozialer Konflikt nach Friedrich Glasl bedeutet:

- » Soziale Konflikte sind das Produkt der Interaktionen zwischen verschiedenen handelnden Kräften, wobei zumindest eine beteiligte Partei Unvereinbarkeiten im Denken und/oder Fühlen und/oder Wollen mit dem anderen Akteur in der Weise erlebt, dass eine Realisation der eigenen Bedürfnisse (beim Verwirklichen dessen, was der Akteur denkt, fühlt oder will) erschwert erscheint.

Konflikte entstehen in Begegnungen, wobei die eigenen Bedürfnisse als untergeordnet bzw. unvereinbar erlebt werden.

Manchmal entstehen Konflikte sehr schnell aus der eigenen Mitte heraus, die es in »aufgeheizten Situationen« im-

mer zu reflektieren gilt. Paul Watzlawick stellt in seinem Buch »Anleitung zum unglücklich sein« dar:

» Ein Mann will ein Bild aufhängen. Den Nagel hat er, nicht aber den Hammer. Der Nachbar hat einen. Also beschließt unser Mann hinüberzugehen und ihn sich auszuborgen. Doch da kommt ihm ein Zweifel: Was, wenn der Nachbar mir den Hammer nicht leihen will? Gestern schon grüßte er mich nur so flüchtig. Vielleicht war er in Eile. Vielleicht hat die Eile nur vorgeschützt und er hat was gegen mich. Und was? Ich habe ihm nichts getan; der bildet sich da etwas ein. Wenn jemand von mir ein Werkzeug borgen wollte, ich gäbe es ihm sofort. Und warum er nicht? Wie kann man einem Mitmenschen einen so einfachen Gefallen abschlagen? Leute wie dieser Kerl vergiften einem das Leben. Und dann bildet er sich noch ein, ich sei auf ihn angewiesen. Bloß weil er einen Hammer hat. Jetzt reicht's mir wirklich. – Und so stürmt er hinüber, läutet, der Nachbar öffnet, doch bevor er »Guten Tag« sagen kann, schreit ihn unser Mann an: »Behalten Sie Ihren Hammer!«

Diese von Watzlawick pointierte Situation zeigt, dass ein Konflikt von innen heraus entstehen kann. Die eigene Auseinandersetzung mit der Situation ermöglicht, diese Ursache des Konflikts zu verstehen und dem Konflikt so entgegen zu wirken.

Bei der Lösung von Konflikten – vielleicht auch zwischen verschiedenen Berufsgruppen – ist eine Benennung des Konflikts unbedingt notwendig. Als kontraproduktiv für die Lösung des Konflikts gelten folgende Statements:

- »Ich sehe und höre nichts« (Verleugnen);
- »Ist doch alles halb so wild« (Bagatellisieren);
- »Ich stehe da drüber« (persönliche Verhaltensweisen übertragen);

- »Den schnapp ich mir!« (Aggression);
- »Warum passiert immer nur mir das« (depressiv).

Konflikte sollten konstruktiv angegangen werden. Dabei gilt es einige Offensichtlichkeiten zu akzeptieren. Schließlich sind Konflikte unvermeidbar. Nur dadurch werden die Unterschiedlichkeit und die Einzigartigkeit jedes Einzelnen deutlich.

- **Betrachtet man die Ursache des Konflikts, ist nicht die unterschiedliche Meinung der Grund für den Streit, sondern der Umgang jedes Einzelnen mit dieser Meinungsdivergenz.**

Im Bewusstsein dieser Lage, ist eine persönliche Reflektion der Standpunkte und des Verhaltens möglich. Somit ist der erste Weg zur Beilegung des Konflikts geebnet. In einer akuten Konfliktsituation kann die HAIFA-Methode hilfreich sein.

HAIFA-Methode

- **Halt** – Hole erst einmal tief Luft!
- **Anerkennung** zeigen!
- **Interessen** benennen!
- **Fehler** eingestehen!
- **Angebote** zur Konfliktklärung machen!

Langfristig sind selbstverständlich nur lösungsorientierte Gespräche dazu geeignet, Konflikte zu lösen (Sachebene). Hier können in einem geschützten Rahmen die unterschiedlichen Darstellungen offengelegt und bewertet werden. Es geht nicht darum, die unterschiedlichen Standpunkte so nah wie möglich heranzuführen, sondern die Reaktionen (z. B. das Streitgespräch) gegenseitig zu reflektieren.

Dazu sagte Winston Churchill:

- » Wenn zwei Menschen immer die gleiche Meinung haben, ist einer von ihnen überflüssig.

Checkliste

Wenn v. a. im interdisziplinären Team ein Konflikt mit einem Kollegen entstanden ist, lohnt es sich den Konflikt anhand folgender Leitfragen zu analysieren. Der sinnvollste Zeitpunkt dafür ergibt sich nach dem Abklingen der eigenen Emotionen.

- Reflektieren Sie sich: Warum hat mich diese Meinungsverschiedenheit so emotionalisiert?
- Hätte sich diese unterschiedliche Meinung mit einem anderen Kollegen ähnlich entladen oder lag es an der gegenüberstehenden Person?
- Gab es Missverständnisse: Habe ich mein Gegenüber einfach nicht richtig verstanden? Fragen Sie nach. Konnte mein Gegenüber mein Ziel nicht richtig verstehen?
- Wenn wir keine gemeinsame Lösung gefunden haben, ist es möglich zunächst beide Meinungen zu tolerieren und im kurzfristigen Verlauf nach einem Kompromiss zu suchen?

2.4 Das Sprachrohr für den Patienten

Ein Sprachrohr sieht laut klassischer Definition wie ein Trichter aus, der vor den Mund gehalten wird. Durch die konische Form wird das gesprochene Wort in seiner Lautstärke verstärkt, damit alle umgebenden Menschen das Sprechen verfolgen können. Natürlich hören auch Unbeteiligte mit – ob diese das möchten oder nicht. Im übertragenen

Sinne bedeutet das, jemand mit Sprachrohr möchte seine Mitteilung allgemein ausbreiten. Jeder soll es hören und aufmerksam werden. Nun stellt sich die Frage, ob ein Patient ein Sprachrohr benötigt und ob die Pflegefachkräfte dieses Sprachrohr darstellen sollen.

Die Arzt-Patienten- und Pflege-Patienten-Beziehungen haben sich in den letzten Jahren radikal verändert. Während in der Mitte des letzten Jahrhunderts der Arzt als »Gott in Weiß« verehrt wurde, seine Meinung das alleinige Gesetz war bzw. als Handlungsanweisung galt, hat es sich im Internetzeitalter deutlich verändert.

Nachdem sich in den letzten Jahrzehnten die Pflege als eigenständige Berufsgruppe in den Krankenhäusern mehr und mehr etabliert, entstand eine veränderte Darstellung im interdisziplinären Team. Pflegefachkräfte sehen es als ihre Aufgabe an, das gesprochene Wort des Arztes für den Patienten zu veranschaulichen. So stellt der Patient z. B. erst nach der Visite die Fragen, die ihn im Laufe seiner Krankheit bewegen oder er versteht den Arzt nicht, weil dieser sich nur mittels Fachsprache artikuliert. In dieser »Lücke« im Gespräch zwischen Arzt und Patient fand sich die Pflegefachkraft wieder. Der Patient sucht um Rat bei der Pflegenden, falls er vor einer Entscheidung steht. Dadurch kann die Beraterfunktion der Pflegefachkraft deutlich ausgebaut und gefestigt werden. Dies sorgt im Umkehrschluss zu deutlich mehr Fachwissen der Pflegefachkraft. Allerdings sind die Grenzen schwammig: Wie kann eine Beratung aussehen ohne dem Patienten eine gewünschte Entscheidung vorzugeben?

Ein Sprachrohranwender artikuliert aber auch Bedürfnisse, die u. U. durch den Patienten nicht immer deutlich kommuniziert werden. Was entweder daran liegen, dass der Patient seine Wünsche nur schleierhaft formuliert, quasi durch die Blume – oder der Sprachrohranwender die persönlich gedachten/spürbar gewordenen Wünsche des Pa-

tienten formuliert. Selbstverständlich besteht die Gefahr dabei, das Bedürfnis des Patienten falsch zu deuten.

Vieles scheint daher gegen Sprachrohrpflegefachkräfte zu sprechen, dies liegt aber ausschließlich daran, dass nur die negativen Folgen beleuchtet wurden.

Selbst in einer Zeit, in der Patienten sich vor ihrem Klinikaufenthalt über das Internet ausführlich selbst aufklären können, viele Fragen im Vorfeld beantwortet werden können, in der wir uns darüber freuen, wenn selbstbewusste Patienten aktiv an ihrem Genesungsprozess teilhaben, darf das Äußern eines persönlichen Bedürfnisses nicht fehlen. Schließlich bleibt bei allem Wissen, dass sich der Patient und seine Angehörigen u. U. angeeignet haben, die Frage nach der Überprüfbarkeit offen. Außerdem gilt es nicht immer als gesichert, dass der Patient ...

- die komplexen Zusammenhänge allumfassend versteht und
- er sich die richtigen Informationen eingeholt hat.

Generationenübergreifend sind Menschen in Behandlung, die sich bewusst gegen die Vorabinformierung im Internet entscheiden. Auch und gerade dieser Patient benötigt eine beratende und unterstützende Pflegefachkraft. Und auch der sehr informierte Patient bzw. seine Angehörigen können ausschließlich durch eine fachkundige Beratung das gesammelte »Halbwissen« sortieren und anpassen. Bestärkt werden kann die beratende Funktion, wenn die Pflegefachkraft die Patientenbedürfnisse im Sprachrohrmodus artikulieren kann.

Im gesamten zwischenmenschlichen, empathischen Prozess ist es notwendig, die Bedürfnisse des Patienten auf die Wahrhaftigkeit zu überprüfen. Ist das Bedürfnis, das ich wahrnehme, das Bedürfnis des Patienten? Mögliche Missverständnisse sind durch aktives Nachfragen einfach zu überprüfen.

Letzte Übersicht

Warum sind Pflegefachkräfte im interdisziplinären Team und in der Visite eine wichtige Säule?

- Das eigene Feststellen seiner Bedeutung im therapeutischen Team schafft Selbstvertrauen.
- Selbstvertrauen sorgt für eine wissenschaftlich geprägte, standardisierte und qualitativ hochwertige pflegerische Arbeit.
- Pflegenden beeinflussen maßgeblich das Gelingen einer Therapie.
- Durch das hohe Maß an Empathie und Einfühlungsvermögen spiegeln Pflegefachkräfte die Interessen des Patienten in der Visite in besonderer Weise wider.

Können Sie diesen Thesen zustimmen?

Literatur

- Benner P (1994) Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert.
Hans Huber, Bern
- Eckmann P (2004) Gefühle lesen: Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren. Spektrum Akademischer, Berlin
- Hibbeler B (2011) Ärzte und Pflegekräfte - Ein chronischer Konflikt. Deutsches Ärzteblatt 108: A-2138. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/109162>.
Letzter Zugriff: 07.10.2016
- Löser C (2010) Unter- und Mangelernährung im Krankenhaus. Deutsches Ärzteblatt 107:911–917. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/79795>.
Letzter Zugriff: 07.10.2016
- Menche N (2014) Pflege Heute. 6. Aufl. Elsevier, München
- Mettler-von Meibom B (2007) Gelebte Wertschätzung. Eine Haltung wird lebendig. Kösel, München
- Radbruch K (1989) Mathematik in den Geisteswissenschaften. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schulz von Thun, F (1981) Miteinander reden: 1 – Störungen und Klärungen. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

- Schütz T, Valentini L, Plauth M (2005) Screening auf Mangelernährung nach den ESPEN-Leitlinien 2002. Aktuelle Ernährungsmedizin 30: 99–103
- Tracy JL, Robins RW (2007) Emerging Insights Into the Nature and Function of Pride. Curr Direct Psychol Sci 16: 147–150
- Tscheuschner M, Wagner H (2008) TMS – Der Weg zum Hochleistungsteam. Praxisleitfaden zum Team Management System nach Charles Margerison und Dick McCann. 2. Aufl. Gabal, Offenbach/Main
- Wied S, Warmbrunn A (2012), Pschyrembel Pflege, De Gruyter, Berlin

Visite! - Kommunikation auf Augenhöhe im
interdisziplinären Team

Forster, A.

2017, XI, 195 S., Softcover

ISBN: 978-3-662-53698-8