

Interaktionale Störungen zwischen Pflegekräften und Ärzten auf Intensivstationen

Bachelorarbeit zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen

- Abteilung Köln-

Fachbereich Pflegewissenschaft

Studiengang Pflegewissenschaft, Schwerpunkt Pflegepädagogik

vorgelegt von

Jochen Hamacher

Rote Erde 11, 53894 Mechernich

Matrikel Nr.: 515387

am: 01.06.2018

Erstprüferin: Prof'n Dr. Andrea Schiff

Zweitprüferin: Prof'n Dr. Anke Helmbold

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Störungen in der kommunikativen Auseinandersetzung zwischen Pflegekräften und Ärzten auf Intensivstationen mit einhergehenden Notfallsituationen, mit dem Ziel, Ursachen aufzudecken und Empfehlungen zur Verbesserung zu geben. Daraus entwickelten sich die Fragestellungen: „Welche Auslöser lassen sich für Kommunikationsstörungen zwischen Pflegekräften und Ärzten auf Intensivstationen in Notfallsituationen identifizieren?“ „Welche Handlungsempfehlungen können die Verständigung beider Professionen in dieser Extremsituation verbessern?“

Kommunikation ist ein zwischenmenschlicher Prozess, der bei jedem täglich stattfindet. Für einen reibungslosen Ablauf bedarf es einiger Kompetenzen. Jedoch treten in einem sensiblen Arbeitsbereich wie der Intensivstation vermehrt Situationen auf, die Konflikte in der Verständigung zwischen Pflegekräften und Ärzten mit sich bringen.

Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den internationalen Datenbanken Cinahl und Livivo durchgeführt. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden fünf Studien, ein Review und 13 Fachartikel verwendet.

Aus den Inhalten geht hervor, dass Stress und autoritäres, hierarchisches Beziehungsverhalten Hauptauslöser für Kommunikationsstörungen zwischen Pflegekräften und Ärzten sind, die nicht erst auf Intensivstationen und in Notfällen ihren Ursprung haben. Zudem wurde festgestellt, dass Hilfsmittel wie Checklisten, Akronyme sowie verbesserte Teamarbeit durch Schulungen und Simulationstrainingsprogramme eine kommunikative Verbesserung ergeben können.

Eine unproblematische professionelle Verständigung im interdisziplinären Team spielt eine wichtige Rolle in der qualitativen und sicheren Patientenversorgung, vor allem im Bereich der Intensivstation und in Notfallsituationen. Zudem leistet sie einen wesentlichen Beitrag in der Beziehung zwischen Pflegekräften und Ärzten. Trotz Handlungsempfehlungen besteht weiterer Forschungsbedarf, vor allem im Zusammenspiel von Beziehung und Kommunikation.

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

TABELLENVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
2	PROBLEMBESCHREIBUNG, BEGRIFFSERKLÄRUNGEN UND ENTWICKLUNG DER FRAGESTELLUNG.....	2
2.1	PROBLEMBESCHREIBUNG	2
2.2	BEGRIFFSERKLÄRUNGEN	2
2.3	ENTWICKLUNG DER FRAGESTELLUNG	4
3	THEORETISCHER RAHMEN.....	4
3.1	STRESSMODELL VON LAZARUS.....	5
3.1.1	DARSTELLUNG UND DEFINITION VON STRESS	5
3.1.2	PHASEN DER EINSCHÄTZUNG.....	7
3.1.3	STRESSREAKTIONEN	7
3.1.4	BEWÄLTIGUNG UND COPING	9
3.2	VIER-OHREN-MODELL ODER KOMMUNIKATIONSQUADRAT VON SCHULZ VON THUN.....	10
3.2.1	SENDEREBENE	11
3.2.2	EMPFÄNGEREBENE	17
4	METHODIK DER LITERATURRECHERCHE	20
4.1	SUCHSTRATEGIE.....	20
4.2	AUSWAHL DER LITERATUR.....	21
4.3	KURZBESCHREIBUNG DER STUDIEN IN TABELLARISCHER FORM	23
5	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE.....	27
5.1	AUSLÖSER DER KOMMUNIKATIONSSTÖRUNGEN	28
5.1.1	KOMMUNIKATIONSSTÖRUNGEN DURCH STRESS.....	28
5.1.2	KOMMUNIKATIONSSTÖRUNGEN DURCH FEHLERHAFTES BEZIEHUNGSVERHALTEN	29
5.2	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN ZUR VERBESSERUNG DER VERSTÄNDIGUNG ZWISCHEN BEIDEN PROFESSIONEN	37
5.2.1	FORMALE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	37

5.2.2 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN ZUR VERBESSERUNG DER BEZIEHUNG BEIDER PROFESSIONEN	40
6 DISKUSSION.....	44
6.1 REFLEXION DER ERGEBNISSE VOR DEM THEORETISCHEN HINTERGRUND	44
6.2 METHODISCHE REFLEKTION DER RECHERCHE.....	45
6.3 REFLEKTION DER ERGEBNISSE	46
7 FAZIT.....	48
LITERATURVERZEICHNIS.....	49
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	55
ANLAGEN.....	56

Abkürzungsverzeichnis

bzgl.	bezüglich
ebd.	ebendiese/r
ERC	European Resuscitation Council
ggf.	gegebenenfalls
ICU	intensive care unit
ILCOR	International Liaison Committee on Resuscitation
Kap.	Kapitel
MeSH	Medical Subject Headings
o.g.	oben angegeben
sic	‚so stand es geschrieben‘
vs	versus
ZB MED	deutsche Zentralbibliothek für Medizin

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Literaturrecherche in Livivo

Tab. 2: Übersicht der verwendeten Studien

Tab. 3: Übersicht sieben kritischer Situationen (Pierre et al. 2012)

Tab. 4: mögliche Faktoren bei Herzstillstand

Tab. 5: 15 Leitsätze des CRM (Rall et al. 2009)

1 Einleitung

Kommunikation ist ein wesentlicher Bestandteil zwischenmenschlicher Beziehung. Solange Kommunikation funktioniert, wird nicht darüber geredet. Treten Kommunikationsstörungen auf, können sich daraus schwerwiegende Problem ergeben.

Aufgrund langjähriger Beschäftigung als Fachkrankenpfleger auf der Intensivstation hat der Verfasser dieser Arbeit sehr viel Erfahrung mit Kommunikation und vor allem mit Kommunikationsstörungen gemacht. Es wurden sehr häufig Verständnisprobleme mit Ärzten¹ beobachtet. Diese Konflikte zeigten sich zudem noch verstärkt in Notfallsituationen.

Zunächst werden hier zugrunde liegende theoretische Modelle definiert. Im Anschluss wird anhand wissenschaftlicher Literatur aufgezeigt, worauf sich Kommunikationsstörungen auf Intensivstationen zwischen Pflegekräfte und Ärzten begründen können und wie der Zusammenhang in Notfallsituationen zu sehen ist. Zudem werden Empfehlungen vorgestellt, die diese Störungen nach Möglichkeit verbessern können.

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Text die männliche Form verwendet, selbstverständlich sind immer beide Geschlechter gemeint. Ausnahmen werden im weiteren Verlauf erläutert.

2 Problembeschreibung, Begriffserklärungen und Entwicklung der Fragestellung

2.1 Problembeschreibung

Intensivstationen sind wahrscheinlich die stressanfälligesten Stationen in Krankenhäusern. Die Behandlung von akuten Erkrankungen, Wiederbelebungen und die Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung von Organfunktionen sind oftmals in kurzer Zeit und schneller Abfolge von Intensivmitarbeitern zu bewältigen (Azoulay, Timsit, Sprung et al. 2009: S. 853). Kommen schlechte Verständigung und Kommunikationsprobleme dazu, hat dies eine direkte Auswirkung auf Patientenergebnisse und unerwünschte Ereignisse. Zudem werden aufgrund störender Kommunikation zusätzliche Stressfaktoren unter den medizinischen und pflegerischen Fachkräften begünstigt (Curtis, Tzannes, Rudge 2011: S. 13). Eine unproblematische interprofessionelle Verständigung ist daher auf diesen Einheiten erstrebenswert und spielt eine zentrale Rolle, vor allem bei der Patientenversorgung, der Patientensicherheit sowie in Notfallsituationen. Ferner leistet sie einen wertvollen Beitrag in der Beziehungsarbeit zwischen Pflegekräften und Ärzten. Beziehungen bauen auf Kommunikation auf (Manning 2006: S. 268). Die unterschiedliche Sichtweise auf die Kommunikation sowie der Umgang damit werden nach Reader, Flin, Mearns et al. (2007: S. 347ff) von Faktoren wie Hierarchie, Patientenverantwortung, Kommunikationsstandards und einer abweichenden Ausbildungssituation von Ärzten und Pflegekräften beeinflusst, was zu Problemen im Team und somit zu Störungen und Konflikten führen kann.

2.2 Begriffserklärungen

Interaktion und Kommunikation

Der im Titel erwähnte Begriff der Interaktion wird als Erweiterung des Begriffs der Kommunikation verstanden (Schulz von Thun 1990: S. 82-90).

Im Verlauf der vorliegenden Bachelorarbeit ist jedoch die Kommunikation - als Baustein der Interaktion – zwischen Pflegekräften und Ärzten von zentraler Bedeutung und rückt in den Fokus. Zur Erklärung des Begriffs Kommunikation bietet sich Lasswells Universalmodell (1948) an. Es findet heute noch Anwendung und verlangt seiner Aussage nach mindestens drei Elemente:

1. Sender: kodiert eine Botschaft
2. Nachricht: wird über einen speziellen Kanal vermittelt
3. Empfänger: dekodiert Botschaft und kodiert ggf. eine eigene

Interaktionale Störungen

In dieser Arbeit werden interaktionale Störungen beschrieben, die sich auf Unstimmigkeiten in der Kommunikation zwischen zuvor erwähnten Berufsgruppen beziehen. Störungen, die sich aufgrund unterschiedlicher beruflicher Positionen vor allem in einem asymmetrischen Gesprächsverhalten zeigen. Watzlawick, Beavin, Jackson (1990) betonen in diesem Zusammenhang, dass vor allem eine dominante und hierarchische Ausprägung einer asymmetrischen Kommunikation zu Störungen und Konflikten in der Beziehung beider Partner führen kann.

Intensivstation

Die Intensivstation ist ein spezieller Bereich des Krankenhauses, wo „die Versorgung schwerst- bis lebensbedrohlich erkrankter Patienten“ [...] „mit einem über das sonstige Maß weit hinausgehenden medizinischen und pflegerischen Aufwand“ übernommen wird (Larsen 1999: S. 665). Die vorliegende Arbeit beschreibt die kommunikativen Verständigungsprobleme zwischen Pflegekräften und Ärzten in diesem Setting.

Notfall

Eine besondere Situation im intensivmedizinischen Bereich ist die Notfallsituation. In dieser Arbeit werden vor allem Kommunikationsschwierigkeiten während Notfallsituationen und lebenserhaltenden Maßnahmen am Patienten angeschaut.

Vincent (1997) definiert Kommunikation in seinem Artikel „Communication in the ICU“: „Communication can be defined as the mutual exchange of information between two or more individuals. It is an integral and fundamental aspect of our social system and an accepted part of daily life“ (Vincent 1997: S. 1093).

2.3 Entwicklung der Fragestellung

Nach der orientierenden Literaturrecherche zu interaktionalen Störungen zwischen Pflegekräften und Ärzten auf Intensivstationen, werden im weiteren Verlauf dieser Bachelorarbeit die Störung in der Kommunikation zwischen diesen beiden Berufsgruppen erörtert. Der Blick auf die Verständigungsprobleme beider Professionen soll sich zudem auf Notfallsituationen richten. Aufgrund dessen wird die Notfallsituation mit in die Literatursuche eingeschlossen. Es ergeben sich folgende Fragestellungen:

- 1.) Welche Auslöser lassen sich für Kommunikationsstörungen zwischen Pflegekräften und Ärzten auf Intensivstationen in Notfallsituationen identifizieren?
- 2.) Welche Handlungsempfehlungen können die Verständigung beider Professionen in dieser Extremsituation verbessern?

3 Theoretischer Rahmen

Die Tätigkeit am Menschen auf Intensivstationen verlangt nicht nur körperliche und technische Skills, sondern ist auch eine psychische Herausforderung im interdisziplinären Team, vor allem wenn es sich um Notfälle handelt. Es wird davon ausgegangen, dass sich auftretende Belastungen in Form von Stress und Beziehungsstörungen problematisch auf die Kommunikation zwischen Pflegekräften und Ärzten auswirken und

somit den Behandlungserfolg des Patienten beeinflussen können. Zur unterstützenden Bearbeitung des Themas wird im Folgenden das Stressmodell von Lazarus und das Kommunikationsmodell von Schulz von Thun gewählt.

3.1 Stressmodell von Lazarus

3.1.1 Darstellung und Definition von Stress

Zur Behandlung des Phänomens Stress bietet sich das transaktionale Stress-Bewältigungs-Modell von Lazarus an. Das Modell betrachtet den Einzelnen als Darsteller der eigenen Entfaltung und sieht Belastung und Bewältigung in einer verflochtenen und kognitiven Veränderung von Person- und Umweltmerkmalen. Beweggrund und Ursprung des Handelns ist Stress.

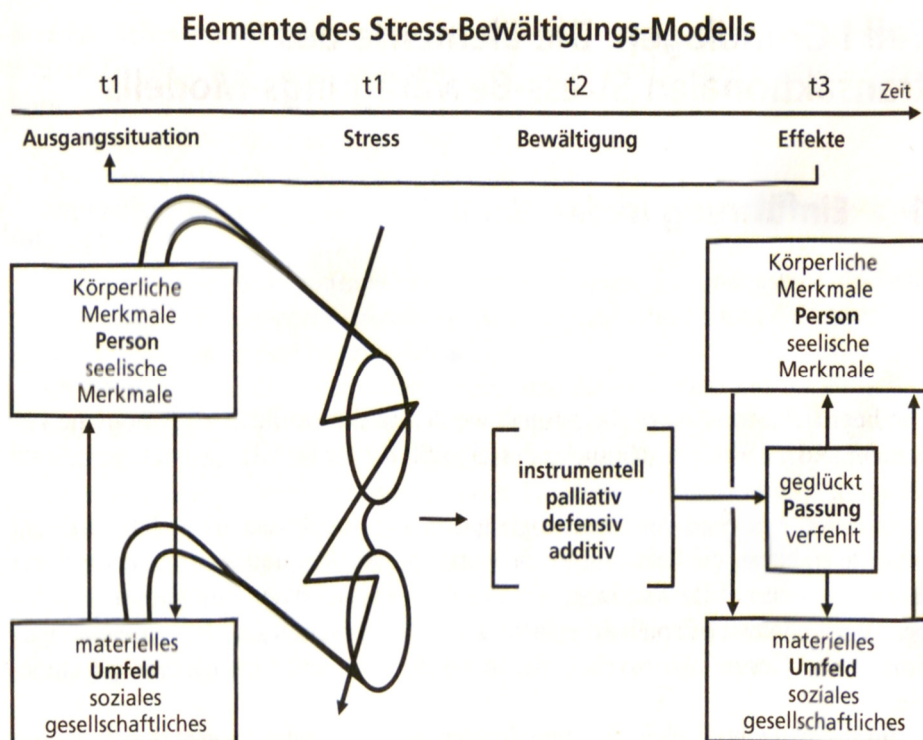


Abb. 1: Das transaktionale Stress-Bewältigungs-Modell modifiziert von Filipp (1995); (Eppel 2007: S. 12)

In der Abbildung werden wesentliche Faktoren des Stressbegriffs dargestellt. Der Blitz zeigt, dass Stress ein Missverhältnis zwischen vorhandenen Kompetenzen oder Einstellungen und Anforderungen darlegt, welches nicht mit üblichem Wirken bewältigt werden kann. Die Brille offenbart, dass Stress einem subjektiven Empfinden und nie einer objektiven Sicht entspringt. Beide Bügel sind in den Elementen der Ausgangssituation „Person“ und „Umwelt“ (Eppel 2007: S.12) befestigt.

In unmittelbarer Nähe befindet sich der „Bewältigungspunkt“. Von diesem Punkt aus wird eine Auflösung des erlebten Missverhältnisses angestrebt. Beschrieben werden hier verschiedene Formen von Bewältigungsstrategien, die sich als "instrumentelles, palliatives, defensives und additives Coping" (ebd.: S. 12) zeigen. Dass nicht jede Strategie zum gewünschten Erfolg führt, wird auf der Zeitleiste des Modells angezeigt. Die wahrgenommenen Effekte werden erneut, wie zu Anfang der Darstellung, durch die Seiten der Person und des Umfelds beeinflusst und können somit Auswirkungen auf die Ausgangssituation haben (ebd.).

Das Modell erklärt, dass Dreh- und Angelpunkt der Stressentstehung und seiner Bewältigung das ursächliche Ereignis ist, was sich in der subjektiven Verarbeitung wiederfindet. Die Bügel der Brille sind in der Stresssituation eingebettet. Somit sind die vier Facetten, der Person mit ihren Eigenschaften und dem Umfeld mit seinen Eigenschaften von Bedeutung. Jeder dieser Verbünde besteht aus Risikofaktoren und Ressourcen, die durch die beiden Bügelenden verbunden sind und sich wechselseitig beeinflussen (ebd.).

Eppel (2007) zeigt in ihrer Monographie die Definition von Stress nach Lazarus & Folkmann (1986) auf: "Psychologischer Streß [sic] bezieht sich auf eine Beziehung mit der Umwelt, die vom Individuum in Hinblick auf sein Wohlergehen als bedeutsam bewertet wird, aber zugleich Anforderungen an das Individuum stellt, die dessen Bewältigungsmöglichkeiten beanspruchen oder überfordern" (Lazarus & Folkmann 1986 zitiert nach Eppel 2007: S. 15). Stress ist spürbar und dynamisch in Bewegung. Er ist kein punktuell Ereignis (Lazarus 1995: S. 205). Das Wahrnehmen, Interpretieren und Bewerten von Situationen

sowie die Neu-Bewertung obliegt der bereits gemachten Erkenntnis. Somit wird Stress nicht immer gleich empfunden und die Reaktion darauf ist variabel. Die unterschiedlichen Elemente des Modells sind permanent Gegenstand wechselseitiger Veränderung.

3.1.2 Phasen der Einschätzung

Lazarus beschreibt verschiedene Phasen der Stresseinschätzung in der Belastungsentwicklung (ebd.: S. 212-215):

Mit der ersten Einschätzung deutet eine Person unverzüglich die eingetretene Situation und stellt einen Bezug zu ihrem Wohlergehen her. Das erste Wahrnehmen und Abtasten geschieht somit spontan und ist unbewusst. Wird die Situation als irrelevant eingeschätzt, wird ihr keine weitere Bedeutung beigemessen. Das ändert sich, wenn die Wahrnehmung auf eine Belastung hindeutet, die mit "Verlust/ Schädigung, Bedrohung und Herausforderung" (Eppel 2007: S. 17) einhergehen kann und die Kapazitäten der internen oder externen Ressourcen provoziert oder überschreitet.

Währenddessen vollzieht sich in der zweiten Einschätzung eine Überprüfung durch die Person, welcher Handlungsbedarf erforderlich ist.

Die beiden Phasen der Situationseinschätzung sind nicht trennscharf zu sehen, da sie sich gegenseitig durchkreuzen können. Eine initiale Bewertung und der Abgleich mit zuvor Erlebtem kann einerseits das Stresserleben abschwächen, andererseits kann die primäre Einschätzung die imaginäre oder faktische Auseinandersetzung mit einer Belastung aber auch beeinträchtigen oder ggf. fördern (Lazarus 1995: S. 215).

3.1.3 Stressreaktionen

Die Antworten auf stressauslösenden Faktoren lassen sich auf der körperlichen, kognitiv-emotionalen und auf der behavioralen Ebene beschreiben.

Auf der körperlichen Ebene werden mannigfaltige physiologische Veränderungen beschrieben. Der Körper macht sich für bevorstehende Aktivitäten bereit. Das gelingt ihm durch eine erhöhte Herzfrequenz und erhöhten Muskeltonus und zeigt sich nach außen durch feuchte Hände. Stellt sich der Körper auf ein Anhalten der Spannung ein, werden das Bereitstellen und Abrufen der Energien geregelt und die Belastungssymptome treten auf. Sind die Belastungen jedoch von längerer Dauer, zehren sich die Energiereserven auf und es entstehen langfristig gesundheitliche Schädigungen (Eppel 2007: S. 19).

Stressreaktionen, die sich auf der kognitiv-emotionalen Ebene abspielen, sind gedanken- und emotionsbetont. Kaluza (2004) weist auf folgende häufige Erscheinungen hin:

- „Gefühle der inneren Unruhe, der Nervosität und des Gehetztseins,
- Gefühle der Unzufriedenheit und des Ärgers,
- Angst, z. B. zu versagen oder sich zu blamieren,
- Gefühle der Hilflosigkeit,
- Selbstvorwürfe,
- kreisende „grüblerische“ Gedanken,
- Leere im Kopf („black-out“),
- „Denkblockaden“ (Kaluza 2004: S. 14 zitiert nach Eppel 2007: S. 20).

Hierzu führt die Autorin (Eppel 2007) aus, dass bei andauernder Stressbelastung davon auszugehen ist, dass sich auch hier veränderte Reaktionen in Form von Hilflosigkeit, Selbstanklagen und Grüblerische Gedanken zeigen können.

Für die Auf der behaviorale Ebene gibt Kaluza (2004) folgende Beispiele an:

- „Hastiges Verhalten (Pausen abkürzen, Essen schlingen),
- Betäubungsverhalten (vermehrter Alkoholenuss, Rauchen, Medikamentengebrauch),
- unkoordiniertes Arbeitsverhalten (mangelnde Planung, Dinge verlegen, vergessen),

- konfliktreicher Umgang (gereiztes Verhalten, aus der Haut fahren bei Kleinigkeiten)“ (Kaluzka 2004: S. 14 zitiert nach Eppel 2007: S. 20).

Eppel (2007: S. 20) betont dazu, dass alle Ebenen zugleich auftreten und sich gegenseitig beeinflussen können.

3.1.4 Bewältigung und Coping

Mit der zweiten Säule des Transaktionsmodells wenden sich Lazarus & Launier (1981) der Bewältigung zu. Bewältigung ist laut der Autoren als Prozess zu verstehen. „Coping ist das Bemühen um Einflussnahme auf die Situation“ (Lazarus & Launier 1981: S. 242-245). Coping wird also als eine regulierende Maßnahme gegenüber auslösenden Stressoren verstanden. Es beschreibt die persönlichen Aktivitäten einer Person, mit dem empfundenen Missverhältnis zwischen Kompetenz und Anforderung fertig zu werden. Das Wohlergehen und die Handlungskompetenz sind Ziel der Wiederherstellung. Künftig zu erwartende Ereignisse, sei es eine Bedrohung oder Herausforderung, machen es erforderlich, die aktuelle Situation und den weiteren Prozess zu festigen, Störungen abzuwehren oder sie auszugleichen.

Lazarus schildert zwei mögliche Ansatzpunkte zur Rückgewinnung von Wohlergehen und Handlungsfähigkeit.

Im problemorientierten Coping wird die Möglichkeit beschrieben, die Stressoren direkt zu bewältigen. Hierzu ist die Überprüfung der eigenen Kompetenzen und ggf. eine Veränderung derselben erforderlich. Zudem kann zur Problembewältigung eine Umgestaltung der Umweltfaktoren nötig sein. Die Bewältigung der auslösenden Stressoren wird hier als Herausforderung in einem aktiven Problemlösungsprozess gesehen.

Im emotionsorientierten Coping kann eine mögliche Herangehensweise sein, die auslösenden Stressfaktoren zurückzustellen, ihnen aus dem Weg zu gehen und sich anderweitig zu beschäftigen, um neue Energie zu schöpfen. Der gefühlsmäßige Zustand soll gestärkt und ein

unverkrampter Blick auf die Herausforderungen ermöglicht werden (Eppel 2007: S. 48ff).

3.2 Vier-Ohren-Modell oder Kommunikationsquadrat von Schulz von Thun²

Zwischenmenschliche Kommunikation, die Art sich zu verständigen und miteinander umzugehen, ist ein Vorgang, an dem jeder täglich teilnimmt. Für eine geglückte oder gelungene Kommunikation braucht es eine Übereinstimmung zwischen dem, was der Sender sagen will und dem, was der Empfänger versteht. In der Psychologie werden verschiedene Kommunikationsmodelle entwickelt, um die Funktion und Mechanismen der Kommunikation zu erklären. Im folgenden Kapitel beziehe ich mich auf das Kommunikations- oder Vier-Ohren-Modell von Schulz von Thun. Im Zusammenwirken zwischen Menschen kommt es immer wieder zu unterschiedlicher Wahrnehmung von Gesagtem und Gehörtem. Konrad Lorenz³ (1903 – 1989) definiert in einem Merksatz: „[...] Gesagt ist nicht gleich gehört, gehört ist nicht gleich verstanden [...]“. Das kann zu kommunikationspsychologischen Problemen zwischen Sender und Empfänger führen. Mit seinem Vier-Ohren-Modell möchte Schulz von Thun diese psychologisch bedeutsamen Vorgänge eines Gesprächs aufzeigen, gefährliche “Gesprächsklippen” veranschaulichen und auf förderliche Gesprächshaltungen hinweisen. Nach Möglichkeit sollen wichtige Gesprächstechniken in ihrem Zusammenspiel einsichtig gemacht werden. Eine grundsätzliche Gegebenheit, um die man als Sender und Empfänger nicht herumkommen, ist, dass ein und dieselbe Nachricht stets viele Botschaften gleichzeitig enthält.

² Zur Erläuterung des Vier-Ohren-Modells von Schulz von Thun wird sich im theoretischen Rahmen ausschließlich auf die zweite überarbeitete Auflage „Miteinander reden“ von 1990 bezogen. Hier sind vor allem die Seiten 11-254 von Bedeutung. Aufgrund der übersichtlicheren Schreibweise und besseren Lesbarkeit werden indirekte Zitate von Schulz von Thun nicht gesondert ausgewiesen.

³ Konrad Lorenz: hierzu werden keine genauen Quellenangaben gemacht.

3.2.1 Senderebene

Sein Kommunikationsmodell beschreibt zunächst die vier Seiten oder Botschaften einer Nachricht. Der Sender verschlüsselt eine Nachricht. Damit spricht er eine oder mehrere der vier Seiten des Kommunikationsmodells an. Dem Empfänger obliegt es jetzt, diese Nachricht zu entschlüsseln.

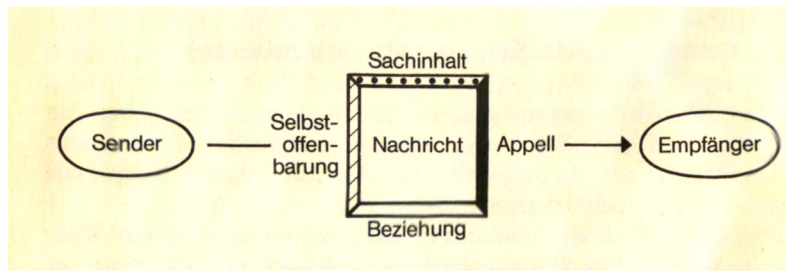


Abb. 2: Kommunikationsmodell, die „Vier Seiten einer Nachricht“
(Schulz von Thun 1990: S. 30)

Die Sachseite einer Nachricht

Der Austausch von Sachinformationen findet auf der Sachseite einer Nachricht statt. Der Sender vermittelt aus seiner Sicht „sachlich“ etwas über das Aussehen oder den Zustand einer Sache, also ein Transfer von Informationen und Erklärungen ohne gefühlsmäßige Untermalung. Jede Nachricht enthält demnach eine Sachbotschaft. Beim absichtsgemäßen Ankommen dieser Botschaft helfen einfache Aussagen, klare Formulierungen und das Weglassen verschachtelter Sätze. Somit ist die Sachlichkeit einer Botschaft dann erreicht, wenn das Gespräch auf dieser Ebene weiterkommt. Die anderen drei Seiten der Botschaften dürfen nicht im Vordergrund stehen. Das gelingt den Gesprächspartnern selten. Der Autor sieht hier mehrere Gründe für dieses Misslingen und greift zwei Motive heraus.

Erstens die Sachlichkeit: Der Mensch ist kein Computer. Wenn Menschen miteinander kommunizieren, bewegt sich der Austausch selten alleine auf der Sachebene. Es fällt den Kommunikationspartnern schwer, sachlich zu sein.

Zweitens die Verständlichkeit: Informationen, die rein sachlich übermittelt werden, sind oftmals für den Empfänger schwer zu verstehen.

Sachlichkeit

Das Ziel einer sachlichen Kommunikation ist laut Schulz von Thun eine Herausforderung für beide Meinungsgegner, da in sachlichen Auseinandersetzungen ein respektvoller Ton ohne Demütigung angeschlagen werden soll. Es wird an beide appelliert, sich zu disziplinieren und das, was nicht erwünscht wird, auch nicht in die Botschaft zu stecken. Dies kann in einem kurzen, situationsbedingten Austausch als Notlösung gelten. Auf lange Sicht sind aber Gefühle nicht einfach unterdrückbar. Unterdrückte Emotionalität kann sachliche Stille hervorrufen und beeinträchtigt das zwischenmenschliche Miteinander.

Die zweite Strategie zur Sachlichkeit wirkt entgegengesetzt: "Störungen haben Vorrang" (Cohn 1975: S. 122 zitiert nach Schulz von Thun 1990: S.131f.), als eine Empfehlung aus der Kommunikationspsychologie, sich von der "eingebauten" Sach-Norm (z.B. Gefühle und Empfindungen haben in einem sachlichen Austausch keinen Platz) loszulösen. Stattdessen führt die gelegentliche Kommunikation, in der gerade die Selbstoffenbarungs- und Beziehungsseite betont wird, zu einem Benefit, da der unterdrückte Anstau von Emotionen auf der Selbstoffenbarungs- und Beziehungsebene auf lange Sicht nur Zeit und seelische Energie raubt.

Verständlichkeit

Schulz von Thun beschreibt mit dem Begriff "Einfachheit" den wichtigsten Faktor der Verständlichkeit. Darunter fällt eine Kommunikation mit gut verständlichen, einfachen, kurzen Sätzen mit bekannten Wörtern. Fachbegriffe werden erklärt und Sachverhalte werden anschaulich dargestellt. Jeder hat eine Vorstellung von dem, was mitgeteilt wird. Dem gegenüber steht die komplizierte Variante. Hier verläuft der Informationsfluss in extrem verbauten Satzkonstruktionen. Zudem finden vielfach Fremd- und Fachwörter mit differenziert herausgearbeiteten Sprachmustern Verwendung. Verständlicher Informationsaustausch kann, so der Autor, auch mit wenigen Worten erfolgen, ohne dass die Botschaften mit mannigfaltigen sprachlichen Verzierungen ausgeweitet

sind. "Verständliche Darstellung ist keine Naturbegabung – man kann es lernen" (Schulz von Thun 1990: S. 155).

Die Selbstoffenbarungsseite einer Nachricht

"Sobald ich etwas von mir gebe, *gebe* ich etwas von mir" (Schulz von Thun 1990: S. 99). Der Autor erklärt, dass jede Nachricht auch eine Selbstoffenbarung enthält. Somit zeigt sich in der Botschaft ein Anteil der eigenen Persönlichkeit, die absichtlich offen oder verschleiert kommuniziert werden kann. Die Seite der Selbstoffenbarung hat für Schulz von Thun zweierlei Bedeutung. Zum einen steht dort die "Selbstoffenbarungsangst" - die Angst des Senders einer Botschaft, etwas Falsches zu sagen, Verborgenes aufzudecken, was sich in seinen Augen negativ auf sein Selbstwertgefühl auswirken kann. Er hat Angst, sich mit einer Wortäußerung oder einer Rede aus seinem Wohlfühlbereich herauszubewegen und damit etwas von seiner Persönlichkeit, seinem persönlichen Empfinden preiszugeben, was nicht für den Empfänger bestimmt ist. Der Sender möchte nicht als Versager enttarnt werden. Auf der anderen Seite ist der Sender daran interessiert, sein Erscheinen nach außen zu gestalten. Schulz von Thun unterscheidet drei mögliche Techniken:

Imponiertechniken

Eine Variante, sich von seiner Sonnenseite zu zeigen, ist Prahlerei, Angeberei und „groß Aufhebens“ von sich machen. Zumindest gebührt hier dem Bemühen des Senders vermehrt Aufmerksamkeit. Was aber nicht gleichsam bedeutet, dass die Wertigkeit des Senders steigt. Es besteht eher die Gefahr, dass der Empfänger sich vom Sender abwendet. Möchte der Sender beim Empfänger ein höheres Ansehen erlangen, kann er sich in "schwerverständlicher Sprache" ausdrücken. Hierbei kommt es nicht auf das Verständnis des Empfängers, sondern auf die Wirkung beim Sender an. Der Gebrauch von Imponierbotschaften findet auch in der Berufs- und Arbeitswelt statt, um die eigene Geltung und Fertigkeit herauszustreichen. Hier ist der Sender bestrebt, die Unterhaltung auf einen Bereich zu lenken, zu dem er viel sagen kann. Grundsätzlich ist der

Sender aber bei der Anwendung aller Imponiertechniken um Selbstaufwertung bemüht.

Fassadentechniken

Die Fassadentechnik dient der Abwehr und als Schutz. Der Sender verbirgt damit negativ empfundene Anteile der eigenen Person, indem er beispielsweise Gespräche meidet oder falls doch nötig, in eine andere Rolle schlüpft. Damit kann er sich gewissermaßen in einem geschützten Rahmen bewegen. In sprachlicher Hinsicht kommuniziert der Sender in "ich-fernen" Botschaften. Sätze, die mit „Du“, „Wir“, „Es“ beginnen, dienen der Selbstverbergung. Die Entschlüsselung der Nachricht gestaltet sich hierbei für den Empfänger schwierig, da oftmals hinter einer Du-Botschaft ein unklarer Selbstoffenbarungsgrund steckt.

Verkleinerungstechnik

Unter dieser Technik versteht der Autor eine Form der unterwürfigen Selbstdarstellung - Menschen, die sich als verletzlich, niedergeschlagen, mutlos und unbeschützt zeigen. Mit dem Signal kann nach außen angedeutet werden, dass mit dem Sender nichts anzufangen ist. Wobei die Nachricht hier für den Empfänger einen heimlichen Appellaspekt mit sich bringen kann. Sie kann auch bedeuten, dass der Sender in Ruhe gelassen werden möchte und man ihn zu keinen weiteren Aufgaben verpflichten sollte.

Die Beziehungsseite einer Nachricht

Wenn der Sachinhalt einer Nachricht mit einem Unterton gefärbt ist, stellt sich der Empfänger die Frage, was den Sender denn dazu veranlasst, auf diese Art mit ihm zu reden. Der Charakter des Gesprächs kann hier auf die Position beider Parteien in einer Beziehung hinweisen. Hier steht das „Wie“ (er zu mir steht) im Mittelpunkt des Geschehens und wird über verbale, non-verbale und paraverbale Kommunikation dargestellt. Der Empfänger kann als gleichberechtigter Partner gesehen werden oder er wird als über- oder untergeordnet eingestuft. Je nach Einstufung, wird es für die Arbeitswelt bedeutsam und nimmt Einfluss auf das Betriebsklima.

Im täglichen Umgang miteinander hat die Behandlung des Einzelnen einen Effekt auf die Arbeitsmoral und auf die Leistungsbereitschaft. Die herablassende Behandlung eines Arbeitnehmers wirkt sich demotivierend und demoralisierend aus. Das Selbstwertgefühl des Gesprächspartners wird herabgesetzt. Eine kooperative Zusammenarbeit wird erschwert. Wird dem Mitarbeiter signalisiert, dass er als vollwertiger Partner angesehen wird, kann er eine positive Arbeitseinstellung entwickeln.

Die Beziehung zwischen den Gesprächspartnern beinhaltet zwei Aspekte. Zum einen zeigt sich hier, wie der Sender den Empfänger sieht und welche Rolle er in seinem Leben einnimmt. Auf der anderen Seite zeigt sich aber auch, wie beide zueinander stehen. Der Autor lässt erkennen, dass die Beziehungsseite einer Nachricht nicht immer klar abgrenzbar ist. Schulz von Thun schildert, dass es unzählige Möglichkeiten gibt, das zwischenmenschliche Verhalten darzustellen. Das Verhaltenskreuz ist ein Instrument, welches das persönliche Auftreten näher beschreiben soll.

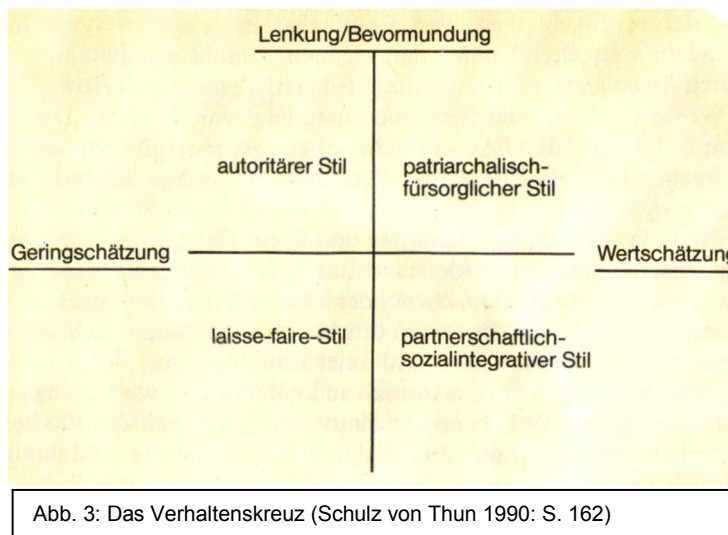
Verhaltenskreuz

Das Verhaltenskreuz beschreibt zwei Dimensionen: „1. Wertschätzung vs. Geringschätzung und 2. Lenkung/Bevormundung vs. Einräumung von Entscheidungsfreiheit. Die Kombination diese beiden Merkmale ergibt das Verhaltenskreuz“ (Schulz von Thun 1990: S. 162).

Mit Wertschätzung verbindet Schulz von Thun, dass der Sender einer Nachricht in einer Art und Weise Botschaften an den Empfänger vermittelt, wie er sie im Gegenzug erhalten möchte. „Dieses Untermerkmal ist besonders in hierarchischen Beziehungen von Bedeutung [...]“ (Schulz von Thun 1990: S. 162f.). Ein Annähern mit Samthandschuhen ist nicht gemeint. Es handelt sich vielmehr um ein wertschätzendes, respektvolles Verhalten zueinander. Geringschätzung markiert eine vom Sender ausgehende herablassende, abneigende und respektlose Behandlung des Empfängers.

Die Beeinflussung des Denkens und Handelns durch Regeln, Verordnungen und Bestimmungen wird als Führung durch Lenkung und Bevormundung bezeichnet. Der Empfänger wird dirigiert. Trifft der Empfänger weitgehend eigene Entscheidungen und kann er aktiv und

eigenverantwortlich agieren, dann liegt hier wenig Lenkung und Bevormundung vor. Bei zu stark ausgeprägter Führung durch Kontrolle und Bevormundung kann es zwischen beiden Parteien zu Reibungen kommen. Es zeigt sich beim Empfänger ein Gefühl der inneren Auflehnung. Der Ruf nach Selbständigkeit, Eigenverantwortlichkeit und Selbstentfaltung wird laut.



Die Appellseite einer Nachricht

Wenn es darum geht, mit Kommunikation ein bestimmtes Ergebnis zu erzielen, eine bestimmte Reaktion beim Gegenüber zu erzeugen, dann wird die Appellseite einer Nachricht sichtbar. Schulz von Thun zeigt im weiteren Verlauf, wie dies trotz Gegenwehr des Empfängers gelingen kann. Aufgeführt werden hier verdeckte (heimliche), paradoxe und offene Appelle.

Verdeckter Appell

Ein verdeckter Appell ist eine Forderung oder Aufforderung an sein Gegenüber, die nicht offenkundig ist. Es wird eine Beeinflussung indirekt vorgenommen. Dies kann mit Worten oder auch Taten geschehen. Es wird versucht, beim Empfänger ein entsprechendes gefühlsmäßiges Klima hervorzurufen. Dies soll bei ihm den Wunsch erwecken, gewisse Dinge zu tun oder zu unterlassen. Mit heimlichen Appellen wird zum Teil häufiger Wirkung erzeugt, als mit offen angesprochenen Forderungen. Beispielsweise kann das traurige Gesicht eines Kindes bei der Frage nach

Süßigkeiten eher erfolgsversprechend sein, als wenn es direkt die Frage danach stellen würde.

Paradoxe Appell

Beim paradoxen Appell zeigt der Sender ein widersprüchliches Verhalten. Er bestärkt den Empfänger in seiner Handlung. Das kann beim Empfänger das Gegenteil auslösen, da er sich nicht sagen lassen möchte, was er zu tun oder was er zu lassen hat. Beispielsweise kann eine durch sehr lautes Verhalten störende Schulklasse vom Lehrenden dazu aufgefordert werden, ab jetzt die nächsten zehn Minuten noch lauter zu sein. In diesem Fall hätte die Lautstärke der Schüler aber nicht mehr den störenden Charakter und sie würden die Störung im besten Fall einstellen.

Offener Appell

Wird ein Wunsch oder eine Forderung direkt mitgeteilt, spricht Schulz von Thun vom offenen Appell. Fernab von Manipulationsversuchen oder verstecktenhaltungen und Botschaften kommt der Sender hier sofort auf den Punkt. Die Möglichkeit, dass jetzt Missverhältnisse noch deutlicher ans Tageslicht kommen, besteht. Außerdem fördert die Art der Kommunikation nicht unbedingt harmonisches Verhalten beim Gesprächspartner. Zudem gibt eine offene Aufforderung dem Empfänger die Freiheit, positiv oder negativ zu reagieren. Mit dieser Reaktion muss der Sender rechnen. Jedoch lässt kongruentes Verhalten Raum für Klarheit.

3.2.2 Empfängerebene

Der Empfänger hat prinzipiell die Möglichkeit vier Ohren zum Empfang von Nachrichten zu bedienen. Was er wahrnimmt und welche Reaktion er auf erhaltenen Botschaften gibt, hängt davon ab, welches Ohr er gerade primär geöffnet hat. Im Folgenden werden die einzelnen „Ohren“ vorgestellt.



Abb. 4: Der „vierohrige Empfänger“ (Schulz von Thun 1990: S. 45)

Sach-Ohr

Mit diesem Ohr werden Sachinhalte einer Nachricht wahrgenommen. In einem sachlichen Diskurs kann der Empfang auf dem Sach-Ohr dienlich sein. Ist dieses Ohr jedoch dauerhaft auf Empfang gestellt, können wichtige Aspekte einer Nachricht vernachlässigt werden. Die Mutter sendet ihrer Tochter beispielsweise die Nachricht, dass es draußen kalt sei. Der Empfang der Botschaft mit dem Sach-Ohr lässt die Tochter antworten, dass es draußen nicht kalt sei. Dass die Mutter im eigentlichen Sinne das Beziehungs-Ohr der Tochter mit dem Gedanken anspricht, sie solle sich wärmer anziehen, wird von der Tochter nicht interpretiert.

Selbstoffenbarungs-Ohr

Durch den Einsatz des Selbstoffenbarungs-Ohres scheint es möglich, hinter die Kulissen des Senders zu schauen. Hier wird darauf geachtet, in welcher Art und Weise und in welchem Tonfall etwas gesagt wird. Das gibt möglicherweise Auskunft darüber, wie sich der Sender fühlt. Es ist ein zuhöreraktives Ohr. Es kann durchaus von Vorteil sein, dieses Ohr vor das Beziehungs-Ohr zu schalten. Dadurch kann verhindert werden, dass z.B. abwertende Nachrichten zu persönlich genommen werden. Die Gefahr bei allzu deutlicher Ausprägung des Selbstoffenbarungs-Ohres besteht allerdings darin, dass persönlich gedachte Botschaften wie Kritik oder Feedback nicht mehr wahrgenommen werden. Beispielsweise ärgert sich der Vater lautstark über ein schlecht aufgeräumtes Zimmer des Kindes. Das Kind sieht sich dadurch aber nicht veranlasst, das Zimmer

aufzuräumen, sondern interpretiert beim Vater, dass er wahrscheinlich einen schlechten Tag im Büro hatte.

Beziehungs-Ohr

Etliche Empfänger haben ein sensibles Beziehungs-Ohr. Sie sind ständig darauf bedacht, Botschaften auf sich persönlich zu beziehen, selbst wenn sie als Empfänger gar nicht angesprochen sind. Wenn z.B. in einer Situation Menschen laut lachen, fühlen sie sich gleich verhöhnt. Dass es dabei nicht immer um ihre Person geht, nehmen sie nicht wahr. Zudem ist es für diese Personen schwierig, sachliche Nachrichten auch als sachlich zu interpretieren. „Sie liegen ständig auf der Beziehungslauer“ (Schulz von Thun 1990: S. 51). Der Autor empfiehlt darauf zu achten, dass das Beziehungs-Ohr nicht zu überdimensioniert aufgespannt ist.

Appell-Ohr

Menschen, die versuchen, jeden Wunsch des Senders von den Lippen abzulesen, haben ein zu großgewachsenes Appell-Ohr. Sie verstehen jede Botschaft des Senders als Wunsch, den es umzusetzen gilt. Eigene Gefühle und Wünsche werden oft zurückgestellt. Das mag dem Sender unter Umständen zwar gelegen kommen, er fühlt sich bestens bedient. Dies kann aber im weiteren Verlauf tendenziell zur Aufdringlichkeit führen. Kommunikation ist ein Wechselspiel zwischen Senden und Empfangen. „Daß [sic] jede Nachricht ein ganzes Paket mit vielen Botschaften ist, macht den Vorgang der zwischenmenschlichen Kommunikation so kompliziert und störanfällig, aber auch so aufregend und spannend“ (Schulz von Thun 1990: S. 26).

4 Methodik der Literaturrecherche

4.1 Suchstrategie

Initial wurde eine orientierende Literaturrecherche in der Datenbank der Katholischen Hochschule durchgeführt. Unter den Begriffen *Kommunikation*, *Intensivstation*, *Notfall**, *Pflege** und *Arzt* wurden in den verschiedenen Kombinationen einige Treffer erzielt, die aber bis auf eine Quelle keine Relevanz hatten. Diese Monographie zeigte jedoch Antworten auf die Fragestellungen und es ergaben sich daraus Hinweise, welche Schlagwörter im Weiteren verwendet werden könnten. Die anschließende Suche wurde dann auf die internationalen Datenbanken Cinahl und Livivo erweitert. Die Suche erfolgte mit deutschen sowie mit englischen Schlagwörtern. Folgende deutsche Schlagwörter wurden in den unterschiedlichsten Kombinationen mittels Boole'schen Operatoren OR und AND eingesetzt: *Intensivstation*, *Kommunikation*, *Ärzte*, *Pflegekräfte*, *Notfall*, *Stress*, *Störungen*, *Konflikte*, *Team*, *Autorität*, *Hierarchie*, *Dominanz* (im Verlauf wurde der Begriff *Pflegekräfte* mit der Trunkierung versehen: *Pflege**). Die englischsprachigen Schlagwörter waren: *ICU*, *intensiv care unit*, *critical care unit*, *communication*, *doctor*, *physician*, *doctor-nurse*, *nurse-physician*, *nurse*, *nursing staff*, *care person*, *caregiver*, *emergency*, *stress*, *disorder*, *conflict*, *emergency*, *team*, *authority*, *hierarchy*, *dominance* (hier wurde im Verlauf auch der Begriff *nurs** mit Trunkierung gesucht). Es wurden in sehr großer Häufigkeit, vor allem in Verbindung mit dem MeSH Term *Intensiv**, Quellen gefunden, die sich auf neonatale und pädiatrische Bereiche bezogen, sowie Quellen, die sich mit Ethik auseinandersetzten. Diese Forschungsarbeiten wurden mithilfe des Boole'schen Operators NOT und entsprechender Trunkierung der Wörter *neonatal**, *pediatric**, *ethic** ausgeschlossen.

Exemplarisch wird eine Suche im Feld „Freie Suche“ aus der Datenbank Livivo vorgestellt: *(stress OR conflict OR authority) AND communication AND (intensiv* OR ICU) AND doctor-nurse AND emergency NOT ethic* NOT neonatal* NOT pediatric**, limitiert auf 2018. Es wurden 52 Treffer

angezeigt, die nicht von Relevanz waren. Daraufhin wurde die Suche in mehrere Suchblöcke aufgeteilt. Ein Beispiel in Livivo ohne Zeitlimitierung:

Suchbegriff	Trefferzahl	davon relevant	verwendet
(Intensive care OR ICU) AND communication	612		
((intensive care unit) OR ICU) AND conflict AND doctor-nurse	121	13	5
(((((intensive care unit) OR ICU) AND conflict AND doctor-nurse) NOT ethic*) NOT pediatric*) NOT neonatal*)	61	13 (0 neu dazugekommen)	5 (0 neu dazu gekommen)
28	6 (2 neu dazu gekommen)	4 (0 neu dazu gekommen)	

Tab. 1: Literaturrecherche in Livivo

Die relevante Literatur lag entweder als Volltext in den Datenbanken vor oder wurde in den Beständen der ZB Med und Katholischen Hochschule vorgefunden. Nach Sichtung des Schriftguts und der Quellenverzeichnisse ergab die Schneeballrecherche weitere relevante Treffer. Hier ergab die Recherche zu Empfehlungen der Kommunikationsverbesserung hinsichtlich Notfallsituationen mittels der Schlagworte *Autoritätsgradient* und *crew resource management AND ICU* zusätzlich relevante Literatur.

4.2 Auswahl der Literatur

Nach Sichtung wichtig erscheinender Literatur wurde festgestellt, dass sich der Ursprung der Kommunikationsstörung zwischen Pflegekräften und Ärzten nicht ausschließlich auf Intensivstationen und dort vor allem auf Notfallsituationen beziehen lässt. Aufgrund dessen wurde Schriftgut berücksichtigt, dass sich generell mit Verständnisproblemen zwischen beiden Professionen befasst. Hier zeigte sich, dass eine ursächliche Störung bereits von Stein (1967) und Stein et al. (1990) beschrieben wurde. Diese Artikel sind mit in die Bachelorarbeit eingeflossen. Die

Zeitlimitierung wurde aufgrund dessen aufgehoben. Zur Beantwortung der Forschungsfragen war es weiterhin relevant, auf Quellen zurückzugreifen, die nicht dem höchsten Qualitätsstandard entsprechen. Vor Verwendung dieser Fachartikel wurde auf ihren Inhalt, den logischen Aufbau und auf Begriffsdefinitionen geachtet. Zudem wurde überprüft, ob sie sich mit anderen Artikeln qualitativ vergleichen lassen. Es konnte nur eine Studie, die mit ihrem Inhalt explizit auf die Fragestellung zutraf, berücksichtigt werden. Die weiteren vier Forschungsarbeiten, darunter ein Review, behandeln Kommunikationsstörungen zwischen Pflegekräften und Ärzten. Ferner wurde eine Studie berücksichtigt, die bzgl. eines Verbesserungskonzeptes von Kommunikation relevant war. Die Studien zeigten allesamt individuelle Schwächen, was zum Teil in eigenen Limitationsangaben aufgeführt wurde. Es wurde aber darauf geachtet, dass sie möglichst viele Gütekriterien nach Brandenburg, Panfil, Mayer (2007: S. 184-186) erfüllen. Das Review wurde nach dem STARLITE-Statement (Booth 2006: S. 421-429) beurteilt. Nicht berücksichtigt wurde Literatur, die sich ausschließlich mit Diskussionen um end-of-life Situationen von Patienten befasst.

Eine Übersicht der verwendeten Studien findet sich unter dem Kap. 4.3 in Tabelle 2.

4.3 Kurzbeschreibung der Studien in tabellarischer Form

Studie (Titel, Autor, Jahr)	Ziel der Studie	Datenerhebung und Auswertung	Sample	Güte
Interdisciplinary communication in the intensive care unit (Reader, Flin, Mearns, Cuthbertson 2007)	Untersuchung, ob Ärzte und Krankenschwestern auf Intensivstationen in UK (Schottland) eine gemeinsame Wahrnehmung bzgl. interdisziplinärer Kommunikation haben	Querschnittstudie, 400 Fragebögen auf vier ICUs verteilt, Fragebögen adaptiert an Fragebögen von Shortell, Zimmerman, Rousseau et al. (1994), zusätzlich Entwicklung einer 5-Punkte Skala für diesen Fragebogen Daten mit Analyseprogramm SPSS ausgewertet	Rücklaufquote: insgesamt 47%, Fragebögen von Ärzten n = 48, von Pflegekräften n = 136	Kritik: geringer Rücklauf; ungleiche Stichprobe, ausschließlich Fragebögen, fehlende demografische Daten zu den Teilnehmern, aufgrund Kritik mittelmäßige Aussagekraft der Studie
Äußern Assistenzärzte und Pflegekräfte sicherheitsrelevante Bedenken? Simulatorstudie zum Einfluss des „Autoritätsgradienten“ (Pierre, Scholler, Strembski, Breuer)	Wie häufig und in welcher Form melden sich Assistenzärzte und Pflegekräfte ihnen bekannten Oberärzten gegenüber mit sicherheitsrelevanten Bedenken zu Wort? Welche Motive könnten einen Mitarbeiter bewegen, auch dann nicht der eigenen	Interventionsstudie, Datenermittlung während Simulation eines Narkoseeinleitungsverfahrens mit sieben Problemsituationen, Auswertung mittels Videoanalyse, Debriefing und Analyse der Fragen	Teilnahme Ärzte aller Dienstgrade n = 78, Pflegekräfte n = 29, über den Zeitraum von 18 Tagen an der Simulatorstudie	Zur Erhebung der Daten relevante Stichprobe, trotz Simulation äußerten Teilnehmer in reeller Situation ähnlich gehandelt zu haben Kritik: möglicherweise genauere

2012)	Meinung in angemessener Form Gehör zu verschaffen, wenn starke Zweifel an der Richtigkeit einer unterlassenen oder geplanten Handlung des Oberarztes bestehen?			Aussagekraft von Mitarbeitern zum Verhalten und zur Kommunikation ohne Oberarzt im Debriefing
Participant evaluation of simulation training using crew resource management in a hospital setting in Hong Kong (Chan, So, Ng 2016)	Wie nimmt medizinisches Personal das Trainingsprogramm CRMs wahr und wie wird es bewertet?	Querschnittstudie, Datenerhebung durch Fragebögen, Befragung erfolgte über 5-Punkt-Likert Skalen und offene Fragen, Datenanalyse mittels STATA 13	Initiale Befragung zu Schulungsbedarf, Teilnehmer n = 319, daraus zum Trainingsprogramm nominierte Teilnehmer n = 55	Kritik: geringe Stichprobe, Teilnehmer nominiert, geringe Aussagekraft zur Verallgemeinerung, Fragen zum Schulungsbedarf nicht offen gestellt
How to talk to doctors – a guide for effective communication (Curtis, Tzannes, Rudge 2011)	spezifische Probleme sollen identifiziert werden, die zu einer ineffektiven Kommunikation zwischen Pflegekräften und Ärzten beitragen. Vorstellung eines Leitfadens, der effektive verbale Kommunikation zwischen Pflegekräften und Ärzten verbessern soll.	Review umfangreiche Literaturüberprüfung aus mehreren Datenbanken beispielsweise CINAHL	Ergebnisdarstellung in fünf Hauptthemen: traditionelle hierarchische Beziehungen, zunehmende Arbeitsbelastung, rotierende Mitarbeiter/ Teams, unterschiedliche Wahrnehmungen und Sprachen, vorherige Erfahrung	Übersichtliche Ergebnisdarstellungen in den Themenkomplexen, keine Erläuterung zur Suchstrategie und Limitierung; Empfehlungen zu Kommunikationsverbesserungen Kommunikationsleitfaden bedarf weiterer Forschung

<p>Medical hegemony in decision-making – a barrier to interdisciplinary working in intensive care? (Coombs 2004)</p>	<p>Ziel, durch Schlüsselfragen die Professionalität und die organisatorischen Einflüsse auf die Rolle der heutigen Pflege zu untersuchen: 1. Was sind die Bereiche der unabhängigen klinischen Entscheidungsfindung zwischen Pflege und Medizin auf Intensivstationen? 2. Wie entwickelt sich die unabhängige klinische Entscheidungsfindung auf der Intensivstation? 3. Welche beruflichen und organisatorischen Merkmale beeinflussen die pflegerische Rolle?</p>	<p>Ethnographischer Ansatz, drei allgemeine Intensivstationen in Großbritannien wurden innerhalb von neun Monaten untersucht, Anwendung der Grounded Theory, Methode der Datentriangulation</p>	<p>18 Interviews, 62 Dokumente, 200 Std. teilhabende Beobachtung</p>	<p>Zwei Kernkategorien herausgearbeitet, Daten zu einer Kategorie weiterverarbeitet; Fragestellungen konnten beantwortet werden; Kritik: Resultate nicht verallgemeinerbar</p>
<p>Prevalence and Factors of Intensive Care Unit Conflicts ; The Conflicus Study (Azoulay, Timsit, Sprung 2009)</p>	<p>Aufzeichnung der Häufigkeit, des Charakters und der Risikofaktoren für Konflikte auf Intensivstationen zur Abschätzung der Belastung von Intensivmitarbeitern</p>	<p>Querschnittstudie, Fragebögen ESICM (Gremium von Ärzten und Pflegekräften), fünfstufigen modifizierten Delphi-Ansatz genutzt, Übereinstimmung mit Definitionen von Studdert, Mello, Burns (2003) plus Modifikationen: Störungen, Streit, Meinungsverschiedenheiten; für ICUs wurden drei Kategorien gebildet: welche Konfliktparteien, Quelle des Konflikts und</p>	<p>Rücklaufquote der Teilnehmer n = 7498 (81%), teilnehmende ICUs 323 (81%), teilnehmende Länder 24 (83%)</p>	<p>Ergebnisse der Studie waren zielgerichtet, aufgrund der Kritik weiterer Forschungsbedarf Kritik: keine Angaben zu chronischem oder akutem Konflikt erhoben, keine Aussage darüber, ob der gleiche Konflikt wahrgenommen wurde, Keine Angaben über ICU Kultur (Hierarchie, Führung); ungleiche</p>

		klinische Auswirkungen und Schwere des Konflikts, Benutzung des GLIMMIX- Verfahrens der SAS- Softwareversion 9.1 (SAS Institute, Cary, NC)		Anzahl der ICUs in den teilnehmenden Ländern, keine Patienten- oder Angehörigenbefra- gungen, mögliche Interessenkonflikte durch finanzielle Unterstützung
--	--	--	--	--

Tab. 2: Übersicht der verwendeten Studien

5 Darstellung der Ergebnisse

5.1 Auslöser der Kommunikationsstörungen

Kommunikation ist seit jeher ein Thema in der beruflichen Auseinandersetzung zwischen Pflegekräften und Ärzten. Da generell kein Versorgungsbereich, sei es medizinischer oder pflegerischer Art, ausreichend gegen Verständigungsprobleme gewappnet ist (Curtis et al. 2011: S. 14), können sich zahlreiche Irritationen in der Patientenversorgung einstellen. Insbesondere in der intensivmedizinischen Arbeit müssen häufig unverzüglich fundamentale Entscheidungen in der Patientenversorgung getroffen werden. Um dies qualitativ und sicher im interdisziplinären Team zu gewährleisten (Heer & Kluge 2012: S. 251f), ist eine gute Kommunikation elementar. Ein verständlicher Informationsaustausch auf der Sach-Ebene begünstigt eine gute Kommunikation (siehe auch Kap. 4.2.1: „Die Sachseite einer Nachricht“).

Bezogen auf die Fragestellung, welche Auslöser sich für Kommunikationsstörungen zwischen Pflegekräften und Ärzten auf Intensivstationen in Notfallsituationen identifizieren lassen, zeigen sich nach Sichtung der Literatur Hinweise in den gebildeten Hauptkategorien „Kommunikationsstörungen durch Stress“ und „Kommunikationsstörungen durch fehlerhaftes Beziehungsverhalten“ mit den Unterkategorien „fehlerhafte Teamarbeit“, „fehlerhaftes Autoritäts- und Hierarchieverhalten“, hier möglicherweise durch das „Doctor-Nurse Game“ ausgelöst.

5.1.1 Kommunikationsstörungen durch Stress

Manning (2006: S. 268) beschreibt nach Miller (2006), dass die pflegerische Versorgung im klinischen Umfeld oft als hektisch, laut und störend empfunden wird. Sie schildert, dass sich die Komplexität der klinischen Kommunikation verändert habe und dass es nicht verwunderlich sei, wenn Patienten durch mangelnde Kommunikation zu Schaden kommen. Heer & Kluge (2012: S. 253f) haben ermittelt, dass auf Intensivstationen, vor allem in Notfallsituationen, Unruhe, Stress und Hektik und das gleichzeitige Ausführen mehrerer Tätigkeiten, wie lebensrettende Maßnahmen und Informationsvermittlungen über den Patienten, Auslöser für Kommunikationsprobleme sind, wobei nicht nur das Notfallteam unter Stress steht, sondern auch weitere Mitarbeiter der Intensivstation. Laut Vetter, Gasch, Padosch (2015: S. 300f) beziehen sich die Kommunikationsstörungen vor allem auf das Sprachverständnis und auf die Bewertung des Gesagten, wohingegen sich die Sprachbildung zunächst nicht verändert. Menschen, die sich in solchen Situationen befinden, können sich dazu veranlasst sehen, viel zu reden, aber nichts damit zu sagen. Wird dann die Sprache aufgrund emotionaler Entgleisung noch aggressiv, rückt der Redner anstelle des Patienten in den Fokus (Brindley, Stuart, Reynolds 2011: S. 158f). Das Verhalten des Sprechers lässt darauf schließen, dass er die Situation als bedrohlich einstuft (Eppel 2007: S. 17). Dieses Phänomen soll nach Möglichkeit nicht eintreten. Weitere Veränderungen, die sich auf der körperlichen Ebene abspielen, beschreiben Vetter et al. (2015) „als eine unspezifische Erhöhung des Aktivitätsniveaus des menschlichen Organismus [...] verbunden mit spezifischen Veränderungen im neuronalen und hormonellen System“ (Vetter et al 2015: S. 298). Diese sind aber nicht nur negativ zu bewerten. Ein gewisser Stresstonus in kritischen Situationen sei sogar förderlich für sicheres menschliches Handeln. Das zeigt sich nach dem „Yerkes-Dodson-Gesetz“ (1908) bei etwa "40-60% des individuell tolerierten Maximums" (Vetter et al. 2015: S. 298ff). Welche Stressform sich aber in welcher Situation und bei welchen Individuen ausbildet, sei es positives

Stress- oder negatives Stressempfinden, ist von der subjektiven Einschätzung und deren Bewertung abhängig (Lazarus 1995). Negatives Stresserleben kann jedenfalls zu bedeutsamen Begrenzungen der "Denk-, Kommunikations- und Handlungsfähigkeit" (Vetter et al. 2015: S. 298) führen. Bei extremer Stressempfindung können sich intrapsychische Veränderungen bilden. Was sogar in "[...] einem Zustand der Erstarrung mit nahezu völliger Handlungsunfähigkeit resultieren" (Vetter et al. 2015: S. 298) kann.

Laut Vetter et al. (2015) ist vor allem die Interpretation des Stress es wichtig. Sie schreiben: „Es ist nicht nur maßgeblich, wie stark oder schwach, sondern auch wie bedrohlich oder erfreulich die Situation bzw. die spezifischen Reize vom Individuum interpretiert werden (nicht: wie stark oder bedrohlich sie tatsächlich sind)“ (ebd.: S. 298f).

5.1.2 Kommunikationsstörungen durch fehlerhaftes Beziehungsverhalten

Fehlerhaftes Teamverhalten

Wie bereits zuvor erwähnt, verursacht die Versorgung kritisch kranker Menschen auf Intensivstationen, vor allem die Notfallversorgung, Stress und ist in der Regel nicht alleine zu bewerkstelligen. Sie erfordert Teamarbeit. Der Verständigung innerhalb des Teams kommt daher maßgebliche Bedeutung zu, da sichere Kommunikation einen Teamerfolg unterstützen kann (Vetter et al. 2015). Coombs (2004: S. 250) berichtet, dass ein wesentlicher Störfaktor der Teamarbeit der medizinische Dissens zwischen Pflegekräften und Ärzten bzgl. des Patientenmanagements sei und dass eine offenerere und sachlichere Aussprache im Team dazu beitragen könne, zielführender in der Patientenversorgung vorzugehen, ein Faktor, der auch in der Studie von Reader et al. ermittelt wird (2007). Zudem haben Ärzte und Pflegekräfte auf Intensivstationen unterschiedliche Wahrnehmungen bezüglich interdisziplinärer Kommunikation, die sich aufgrund von unterschiedlicher Ausbildung, unterschiedlicher Verantwortung, mangelnder Teamführung und hierarchischen Faktoren zeigen, wobei im interdisziplinären Team

Pflegekräfte größere Schwierigkeiten in der offenen Kommunikation angeben als leitende Ärzte (Reader et al. 2007: S. 347). Es kann sich hier eine „Offenbarungsangst“ der Pflegekräfte zeigen. Sie haben Angst, etwas Falsches zu sagen oder zu erfragen, was sich dann negativ auf ihr Selbstwertgefühl auswirken könnte. Womöglich könnte mangelndes Wissen durch leitende Ärzte aufgedeckt werden. Hartog & Benbenishty (2015: S. 331-333) führen noch die unzureichende Weitergabe von Patientenwissen und den respektlosen, herablassenden und abneigenden Umgang von Ärzten Pflegekräften gegenüber an.

Die Schwierigkeit einer guten Zusammenarbeit sieht Fagin (1992: S. 295-303) darin, dass Pflegekräfte immer wieder mit anderen Ärzten zusammenarbeiten müssen. Es stellt sich keine Kontinuität ein, die bei der Teambildung förderlich sein kann.

Fehlerhaftes Autoritäts- und Hierarchieverhalten

Zwischen den Berufsgruppen ist aber eine einwandfreie Zusammenarbeit und Kooperation wichtig und erstrebenswert. Häufig findet man aber Streitereien und Kräfteressen, was auf ein Gefälle in der Rangordnung, also einen ausgeprägten Autoritätsgradienten⁴, hindeuten kann (Stemmler 2017: S. 64-68). Pierre, Scholler, Strembski et al. (2012: S. 857-866) sind dazu in einer Untersuchung der Frage nachgegangen, ob Assistenzärzte und Pflegekräfte bei einem zu steilen Autoritätsgradienten Sicherheitsbedenken vor allem in Notfallsituationen äußern würden. Die Studie wurde bei einem Simulationstraining im Rahmen eines Zwischenfallkurses durchgeführt. Insgesamt nahmen 59 Ärzte und 18 Pflegekräfte an einem Narkoseeinleitungsverfahren an einer hoch technisierten Puppe teil. Im Verlauf machte der Oberarzt, der zuvor eingeweiht wurde, sieben Fehler, die allesamt patientengefährdend waren.

⁴ „Der Begriff des „Autoritätsgradienten“ („Trans-Cockpit-Autoritätsgradient“, TCAG) wurde 1987 von Hawkins als humanfaktorischer Einflussfaktor in das Vokabular des „Crew-resource-management“(CRM)-Trainings [...] in der Luftfahrt eingeführt [...]“ „[...] auch in der Medizin viele Fehler in der Patientenversorgung dem Einfluss eines zu steilen Autoritätsgradienten zuzuschreiben sind, [...] wurde sie [...] zum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen gemacht“ (Pierre et al. 2012: S. 862).

Übersicht über die sieben kritischen Situationen				
		„Stillschweigend“ lösbar	Nur verbal lösbar	Potenziell letale Handlung
1.	O ₂ -Frischgasfluss bleibt abgedreht	+	-	-
2.	APL-Ventil wird auf „spontan“ belassen	+	-	-
3.	Kein manueller Funktionstest durchgeführt	+	-	-
4.	Saugung bleibt unvorbereitet (Originalverpackung)	+	-	-
5.	Magensonde bleibt während Einleitung liegen	-	+	-
6.	100 mg Succinylcholin bei K ⁺ -Wert von 6,4 mmol/l	-	+	+
7.	5 mg Metoprolol bei reflektorischer Tachykardie (ST-Strecken-Veränderung; HF 150/min; Blutdruck 70/35 mmHg)	-	+	+
APL „adjustable pressure limiting“, HF Herzfrequenz.				

Tab. 3: Pierre et al. 2012: S. 860, modifiziert durch den Ersteller dieser Arbeit

Bei der Auswertung zeigte sich, dass Fehler, die nur durch verbales Eingreifen gelöst werden konnten, zwar zu 66% als solche identifiziert wurden, jedoch 72% der Teilnehmer ihre Wahrnehmungen nicht äußerten. Nur in 28% der Fälle wiesen Assistenzärzte und Pflegekräfte den Oberarzt auf das Problem hin. Jedoch erfolgte dies zu 35% nur in Form von Andeutungen. 25% der Teilnehmer nannten das Problem einmalig, verfolgten aber den Verlauf nicht weiter. „Nur in insgesamt 11% aller Fälle (und 40% aller Fälle, in denen das Anliegen verbalisiert wurde), wurde das Problem so deutlich angesprochen, dass es zu einer Unterlassung der geplanten Handlung kam“ (Pierre et al. 2012: S. 861). 37% der Teilnehmer konnten den Grund für ihre unterlassene Kommunikation nicht angeben, 35% gaben an, die Störung nicht ansprechen zu wollen. 12% der teilnehmenden Ärzte und Pflegekräfte führten ihr Schweigen auf die Autorität des anwesenden Oberarztes zurück.

Die Ergebnisse zeigen, dass Assistenzärzte und Pflegekräfte häufig nicht in der Lage sind, angebrachte Zweifel gegenüber dem Oberarzt zu äußern. Das kann durch eine zu deutliche Manifestation der Hierarchie und zu großen Respekt dem Diensthöheren gegenüber begründet sein. Zudem sind Angst und Furcht vor negativen Konsequenzen Faktoren, die Mitarbeiter schweigen lassen. Jeder Mensch macht Fehler und kann Irrtümern unterliegen, aber nichts sagen, stillschweigend hinnehmen oder blindes Vertrauen schenken, kann für Patienten verhängnisvolle Folgen haben (Pierre et al. 2012).

In der Studie wird deutlich, dass das Autoritätsgefälle starken Einfluss auf die tägliche Arbeit hat und sich auch in Kommunikationen mit anderen Berufsgruppen und Kollegen zeigt, was sich bei zu starker Ausprägung

auf das Teamverhalten auswirkt. Förderliche Prozesse wie Reflektieren, konstruktives Denken und eigenständiges Handeln werden durch ständige Vorgaben und Machtausübung verhindert. Das Team kann sich nicht entfalten und wachsen. In dieser Simulation zeigt sich ein durch Lenkung und Bevormundung geprägter Führungsstil. Von den meisten Teilnehmern scheinen das Verhalten und die Anordnungen des Oberarztes als offener Appell verstanden zu werden, den es nicht in der Deutlichkeit in Frage zu stellen gilt, wie es die Situation eigentlich erfordert hätte. Aufgrund der Kommunikationseinschränkung wird die Beziehung zwischen Oberarzt und Teammitgliedern klar. Es gibt einen Hinweis darauf, wie sie zueinander stehen. Der Oberarzt wird als Diensthöchster nicht angezweifelt (ebd.)

Hierarchien, die konstruktiv in der Praxis eingebettet sind, können Sicherheit sowie Halt in Ablauf und Struktur geben und unterstützen die Kommunikationsgestaltung. Dort, wo zu flache oder keine Hierarchien vorzufinden sind, besteht die Gefahr des Diskutierens und des Nichthandelns. Die Herausforderung liegt darin, einen Mittelweg zwischen zu hohem und zu niedrigem Gefälle zu finden (Pierre et al. 2012).

Für Coombs (2004: S. 250f) ist jedoch die Einflussnahme auf die ärztliche Autorität schwierig, da die Ärzteschaft der Medizin enormes Wissen über Gesundheit und Krankheit geliefert hat. Obwohl fachliches Wissen von beiden Berufsgruppen geteilt wird, zeigen Coombs' Studienergebnisse, dass die Struktur und der Prozess der Entscheidungsfindung bezüglich Patientenbehandlung nicht aus ärztlicher Hand gegeben werden. Pflegewissen wird nur in Ergänzung genutzt.

Doctor-Nurse Game (zu Beginn)

Während der 1960er Jahre gab es eine zunehmende Überzeugung, dass die Sozialpsychologie Einblicke in das menschliche Verhalten in Gruppen bieten könnte. Ein Ansatz aus dieser Zeit ist die "Game Theory". Sie wird eingesetzt, um Verhalten von Einzelnen und Gruppen zu verstehen. Zudem wird sie auch dazu verwendet, um zu erforschen, was Menschen antreibt, zu korrespondieren und Verständnis zu signalisieren (Holyoake

2011: S. 13). Das Beziehungsverhalten in Gruppen zeigt entweder konfrontatives oder zusammenarbeitendes Miteinander.

In den 60er Jahren herrscht eine deutliche hierarchische Beziehung zwischen Pflegekräften und Ärzten, was sich auch in der Kommunikation beider Berufsgruppen widerspiegelt. Offene Ansprachen und Empfehlungen von Krankenschwestern⁵ sind nicht erwünscht. Stein entdeckt zu dieser Zeit ein kommunikatives Verhalten zwischen Krankenschwestern und Ärzten, was er „doctor-nurse game“ nennt. Dieses Spiel lässt nach außen eine gute Beziehung und eine Kommunikation auf Augenhöhe erscheinen, ohne dass jedoch die Rangordnung beider Gruppen angetastet wird (Stein 1967: S. 699-703).

Laut Mergener (1997) haben „Ärzte Anspruch auf die Akzeptanz ihrer Entscheidungsbefugnis [...]“ (Mergener 1997: S. 10). Wie es aber letztendlich zu diesen Entscheidungen kommt, wird unter Umständen durch Pflegepersonal beeinflusst. Coombs' Untersuchung zeigt, dass das Pflegepersonal über ein erhebliches Fachwissen verfügt. Dieser Umstand sowie die Fähigkeit des Pflegepersonals, dieses Wissen in die alltägliche Arbeit zu integrieren, nehmen Ärzte nicht immer wahr (Coombs 2004: S. 251). Dem kann zugrunde liegen, dass die Wissensmitteilung und die damit einhergehende Empfehlung der Krankenschwester oft als verdeckter Appell erfolgt. Hier werden Aufforderungen indirekter angebracht. Verdeckte Mitteilungen sind allerdings von äußerster Wichtigkeit und erklären die Spielregeln des „doctor-nurse games“. Die Krankenschwester teilt ihre Empfehlungen mit, ohne dass es als Empfehlung erscheint. Auf der anderen Seite kann sich der Arzt die Empfehlung einer Krankenschwester einholen, ohne jedoch direkt danach zu fragen. „The cardinal rule of the game is that open disagreement between the players must be avoided at all costs“ (Stein 1967: S. 699). Sobald dieses Spiel im Gange ist, tragen beide Parteien, die Krankenschwester und der Arzt, einen Benefit davon. Beide Parteien zeigen hier einen kommunikativen Beziehungsaufbau hinter einer Fassade. Die Krankenschwester wird als "damn good nurse" (Stein 1967:

⁵ In der Erläuterung des kommunikativen Verhaltens zwischen Pflegekräften und Ärzten im „doctor-nurse game“ werden die Berufsbezeichnungen „Arzt“ und „Krankenschwester“ von Stein (1967) übernommen. In der Anfangsphase verdeutlichen die Berufsbezeichnungen die Situation des Spiels. Im weiteren Verlauf sind natürlich Ärztinnen und männliche Pflegekräfte miteingeschlossen.

S. 700) beschrieben. Sie wird respektiert und anerkannt. Ärzte sprechen in einem guten Ton von ihr und die Arbeit mit ihr ist angenehm. Sie selbst erlangt höhere Selbstachtung und berufliche Zufriedenheit. Auf der anderen Seite ergeht es dem Arzt ähnlich. Er wird respektiert und bewundert. Er kann seine Arbeit vertrauensvoll und ohne Probleme erledigen. Seine Akten sind geordnet und aufgeräumt. Aufgebrachte Patienten und Angehörige werden beruhigt und der Arzt wird immer und überall unterstützt (Stein 1967: S. 700).

Das wechselseitige kommunikative Verhalten bezeichnet Stein als "sub rosa agreement"⁶ (ebd.: S. 700) und es wird bereits während der Ausbildung erlernt. Spielverderber werden abgelehnt. (Stein 1967). Das bedeutet, dass es bei Missachtung der Spielregeln zu schwerwiegenden Problemen kommen kann. Der Arzt, der das Spiel missachtet, die Empfehlungen der Krankenschwester nicht annimmt, wird von ihr zunächst als "Clod"⁷ bezeichnet. Es werden ihm Steine in den Weg gelegt und in seinem Beisein wird nur noch Dienst nach Vorschrift gemacht. Er wird sehr viel häufiger als seine Kollegen über Patientenprobleme informiert, vor allem nachts. Die Anordnungen des Arztes werden entsprechend den Vorschriften nur noch schriftlich akzeptiert. Stein beschreibt in einer Metapher, dass der Arzt, egal wohin er geht, immer von einer regnenden schwarzen Wolke begleitet wird. Die Krankenschwester, die Diagnosen oder Empfehlungen zu laut und direkt ausspricht, ist ebenfalls nicht gut angesehen. Sie wird als Dummkopf oder sogar "bitch" bezeichnet. Zudem wird ihr "Penisneid" nachgesagt. Sind ihre Anmerkungen überflüssig, kann sich das negativ auf ihre Weiterbeschäftigung auswirken. Haben ihre Empfehlungen jedoch Hand und Fuß, bleibt sie weiter beschäftigt. Man lässt sie aber ständig spüren, dass sie unbeliebt ist (Stein 1967: S. 700). Bei Missachtung der Spielregeln wird bei beiden Berufsgruppen deutlich, wie sie zueinander stehen.

⁶ „Sub rosa agreement“ (engl.): „unter dem Siegel der Verschwiegenheit“ (<https://dict.leo.org/german-english>), zuletzt aufgerufen am 18.05.2018

⁷ „Clod“ (engl.): „der Trottel“ (<https://dict.leo.org/german-english>), zuletzt aufgerufen am 18.05.2018

Doctor-Nurse Game (heute)

Stein, Watt und Howell beschreiben 1990, dass sich das "doctor-nurse game" verändert habe und in manchen klinischen Bereichen beendet sei, da die Krankenschwester nicht mehr bereit sei, es zu spielen. Sie versucht bewusst und aktiv die pflegerische Situation und den Kontakt zu anderen Berufsgruppen zu verändern. Außerdem argumentieren die Autoren, dass sich infolge Umgestaltungen im Gesundheitswesen, der Professionalisierung der Pflegenden und der Emanzipationsbewegung der Frauen das Verhältnis der Professionen entscheidend verändert habe. Des Weiteren wird der Arzt nicht mehr als allwissend und omnipotent angesehen. Zudem hat sich die Anzahl der weiblichen Ärzte stark erhöht, sodass das stereotype Rollenverhalten nicht mehr in seiner Gänze greift. Dieser Wandel hat Einfluss auf den Dialog zwischen Ärzten und Krankenschwestern (Stein et al. 1990: S. 546f).

Closs (2001) beschreibt die Veränderung etwas boshafter. Er deutet an, dass die Pflegefachschwester eine Art „rag-to-riches turnaround“⁸ (Closs 2001 zitiert nach Holyoake 2011: S. 12) gemacht hat - nachdem sie sich gebildet hat, will sie nicht mehr spielen. Diese Erklärung geben die Krankenschwestern nicht ab. Für sie ist die angebliche Beendigung der Konfliktunterdrückung auf die zuvor erwähnten Faktoren Professionalisierung und Emanzipationsbemühungen zurückzuführen (ebd.). Krankenschwestern bemühen sich um offenere Aussprachen. Laut Coombs (2004) nehmen Pflegekräfte jetzt offener Einfluss in Bereichen, in denen Konflikte entstehen können. Ein brisanter konfliktträchtiger Bereich ist die Situation der Entscheidungsfindung im Patientenbehandlungsprozess. Hier ist ein breites Informationsspektrum beider Parteien notwendig und wird nun zum größten Teil auch unter den Berufsgruppen verantwortet. Ebenso erhalten Pflegekräfte zunehmend größere Aufgaben und Verantwortung im Bereich der Versorgung kritisch kranker Menschen, was aber nicht mit steigender Autorität einhergeht. Die Autorin führt dazu aus, dass Ärzte ihr Wissen weiterhin über das Wissen der Pflegekräfte stellen. Pflegerische Erkenntnis und Mitteilung, sei nur anknüpfend und unterstützend zu betrachten. Das ist eine paradoxe Rolle,

⁸ „rag-to-riches turnaround“ (engl.): „vom Tellerwäscher zum Millionär“ (<https://dict.leo.org/german-english>), zuletzt aufgerufen am 18.05.2018

die Pflegekräfte einnehmen müssen. Einerseits werden sie als relativ unwichtig wahrgenommen, andererseits als unentbehrlich. Sie selbst müssen in der Lage sein, als Assistenten sowie als ausgebildete Pflegefachkräfte zu agieren (ebd.). Stein sagt: „The game is basically a transactional neurosis, and both professions would enhance themselves by taking steps to change the attitudes which breed the game“ (Stein 1967: S. 703).

Entgegen der Meinung Stein et al. (1990), dass das „doctor-nurse game sich stark verändert habe oder gar nicht mehr gespielt würde, führt Holyoake (2011) an, dass die Möglichkeit, die berufliche Situation zu verändern, der Medizin nachzueifern, den Gedanken sogar anregt, "dass der didaktische Charakter des Spiels noch immer sehr lebendig ist" (Holyoake 2011: S. 14). Ein weiteres Zeichen, dass das Spiel weitergeht, ist laut Holyoake im Review nach Wanless (2003) beschrieben. Darin wird geschildert, dass Pflegekräfte wahrscheinlich 20% ärztlicher Tätigkeiten übernehmen. Das zeigt, dass das Nachahmen der Medizin, somit das Bedürfnis nach Anerkennung, Akzeptanz und Zusammenschluss – also nach Statuserhöhung - wichtiger scheint, als die Definition der eigenen pflegerischen Rolle. Einige Pflegekräfte leisten zudem ihren eigenen Beitrag, um im Spiel zu bleiben. Aufgrund von Feindseligkeiten und Beziehungsstörungen untereinander untergraben sie ihre Position in Bezug auf andere Gruppen beispielsweise gegenüber Ärzten. Überdies argumentiert der Autor, dass die Profession der Krankenpflege nicht zum Spielende geführt hat. Durch den Prozess der Anpassung, Annahme und Erweiterung der Rolle wird der Unterschied gegenüber Ärzten zwar geringer, aber die Unselbständigkeit der Pflege größer als je zuvor. Demnach scheint die Pflege in einer Identitätskrise zu sein, bestückt mit Minderwertigkeitskomplexen und Wahnvorstellungen, im Glauben, die berufliche Gleichheit sei zum Greifen nah (Holyoake 2011: S. 11f). Selbst wenn jetzt die Abgabe von Blutentnahmen und Patientenberatungen den Anschein von Machtumverteilung erwecken, heißt das nicht, dass sie tatsächlich eingetreten ist. Der Autor stellt sich hier eher die Frage, ob die Mediziner nicht absichtlich etwas von ihrem Kuchen abgeben, um sich

„dem anspruchsvolleren Teil der Pflege“ - wie Forschungsarbeiten und neuen Technologien - zu widmen (ebd.: S. 13f).

5.2 Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Verständigung zwischen beiden Professionen

Es ist sehr wichtig, Erkenntnisse über historische Elemente vergangener Tage zu Arzt- und Krankenschwesterbeziehungen sowie über Konfliktereignisse und deren Auswirkungen zu haben. Dieses Verständnis kann Ansatzpunkt für das Betreten eines neuen Weges sein, ein Weg, der gegenseitigen Respektierung des anderen Berufsstandes sowie deren Verantwortlichkeiten im kollaborativen Team (Curtis et al. 2011: S. 15). Die Selbständigkeit dieses Denk- und Handlungsprozesses, Hierarchien und Domänen neu zu beurteilen und zu verändern, obliegt den Pflegekräften und Ärzten sowie den Einrichtungen, die sie beschäftigen und bedarf ein Aufeinander - Zugehen. Diesen Schritt einheitlich zu gehen, erfordert Kommunikationskompetenz, die es zu verbessern gilt (Brindley, Stuart, Reynolds 2011: S. 155f).

Trotz des Stresserlebens in der Notfallsituation ist die professionelle Patientenversorgung sicherzustellen. Daher wird von Mitarbeitern des Intensivteams erwartet, dass sie auch in stressbesetzten sowie Notfallsituationen uneingeschränkt agieren, kommunizieren und handlungskompetent bleiben. Die Optimierung der Krisenkommunikation ist laut Brindley et al. (2011: S. 159) sogar von größter Bedeutung. Falls dies nicht möglich ist, sind Kompensationsmechanismen oder -techniken abzurufen. Patienten müssen sich in einem sicheren und geschützten Rahmen bewegen (Vetter et al. 2015: S. 299).

5.2.1 Formale Handlungsempfehlungen

Leitlinien, Algorithmen und Checklisten

In der Notfallmedizin gehören die Handlungsausführungen der Herz-Lungen-Wiederbelebung zu den am besten strukturierten Maßnahmen.

Diese werden als Basic Life Support Maßnahmen (Travers, Perkins, Berg et al. 2015: S. 51-83) und Advanced Life Support Maßnahmen beschrieben (Callaway, Soar, Aibiki et al. 2015: S. 84-145). Die Leitlinien dazu fußen auf dem ILCOR 2015 Consensus on Science and Treatment Recommendations (Stemmler 2017: S. 86). Die Maßnahmen sind beschriebene Empfehlungen und als Unterstützung im Reanimationsmanagement zu sehen. Sie sind erlernbar, erfordern jedoch theoretische und praktische Kompetenzen, die aber nicht zwanghaft im Gehirn verankert sein müssen. Sie können verschriftlicht an entsprechender Stelle angebracht sein oder mitgeführt werden. Gleiches gilt für Checklisten, die oft hausintern als Ergänzung beigesteuert werden. Die Möglichkeit, in Notfallsituationen auf o.g. Ressourcen zurückgreifen zu können, kann das Stresslevel und die Gefahr einer eingeschränkten Verständigung senken (ebd.).

Akronyme

Akronyme, also die Zusammenfassung von Anfangsbuchstaben oder Schlagwörtern, werden in kritischen Situationen gerne verwendet. Sie dienen als Wegweiser und erfordern keine großen Denkanstrengungen. Beispielsweise kommen nach Empfehlung des ERCs⁹ (2015) zwei Akronyme für den Herzkreislaufstillstand in Betracht, die auf mögliche, infrage kommende Ursachen hinweisen können:

4 H's	HITS
Hypoxie	Herzbeuteltamponade
Hypovolämie	Intoxikation
Hyper-/Hypovolämie	Thromboembolie
Hypothermie	Spannungspneumothorax

Tab. 4: Inhalt der Tabelle angelehnt an Vetter et al. (2015: S. 300), modifiziert durch den Ersteller dieser Arbeit

Ein regelmäßiger Einsatz dieser und weiterer Akronyme im Klinikalltag ist empfehlenswert. Sie machen die Anwendung in Notfallsituationen einfacher und geben Sicherheit und Struktur in Handlungs- und Kommunikationsphasen (Stemmler 2017: S. 111).

⁹ ERC: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation (<https://cprguidelines.eu>) zuletzt aufgerufen am 22.05.2018

SBAR

Dieses Akronym setzt sich aus den Anfangsbuchstaben S (Situation), B (Background), A (Assessment) und R (Recommendation) zusammen. SBAR ist als ein Werkzeug zu betrachten, das einen beständigen und gemeinsamen Rahmen für klare und verständliche Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegekräften bietet (Curtis et al. 2011: S. 17f, Manning 2006: S. 270, Beyea 2004: S. 1054). Manning (2006) führt weiter aus, dass es ein einfach zu merkendes Tool sei, womit sich relevante Patienteninformationen und Daten präziser formulieren lassen, vor allem dort, wo es eine sensible Balance zwischen zu viel oder zu wenig Information zu halten gilt. SBAR hilft den Wortschatz zu begrenzen, kann zur Strukturierung und Organisierung klinischer Mitteilungen eingesetzt werden und entfernt die hierarchische und persönliche Note einer Nachricht. Haig, Sutton und Whittington (2006) berichten nach der Implementierung dieses Tools von einem Rückgang der Rate der unerwünschten Ereignisse (Manning 2006: S. 270). Beyea (2004) führt als Beispiel an: „For example, a nurse might tell a physician, ‚Mrs L’s blood pressure is 90 over 40, and her pulse is 120‘ (ie, situation). ‚She underwent a laparoscopic appendectomy this morning‘ (ie, background). ‚I think she may be actively bleeding‘ (ie, assessment), ‚and I would like you to come and see her now‘ (ie, recommendation)“ (Beyea 2004: S. 1054). SBAR beschreibt hier ein kommunikatives Mittel, das Anspannungen in kritischen Situationen entschärfen kann. Die Anwendung dieses Tools kann die Bewältigung von akuten Problemen unterstützen.

In der interdisziplinären Zusammenarbeit soll sich eine verbale Gewandtheit entfalten, so dass die Kommunikation sachlich geführt wird und der jeweiligen Situation entspricht (Brindley et al. 2011: S. 156ff). Curtis et al. (2011: S. 17f) empfehlen dazu, zunächst den Blick auf sich zu richten. Es soll der eigene emotionale Zustand bewertet werden und wie dieser Zustand sich im Kontext der Kommunikation zu anderen Menschen zeigt. Zudem fragen sie danach, ob man in der Lage ist, im Hinblick auf die Teaminteraktion, die eigenen Stressfaktoren sowie die der anderen zu erkennen und zu benennen. Die Erkenntnis darüber soll nochmal Klarheit darüber geben, dass man gemeinsam im selben Team agiert (ebd.).

5.2.2 Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Beziehung beider Professionen

Teamarbeit

"Key to effective team collaboration is good communication on all levels. Conflicts were less likely to occur in ICUs that held regular staff meetings" (Hartog & Benbenishty 2015: S. 332). Teamarbeit ist eine sehr wichtige Komponente, die es in der komplexen Notfallversorgung kritisch kranker Menschen auf Intensivstationen zu beachten gilt. Vor allem Zusammenarbeit und Verständigung sind wegweisend, um Qualität und Patientensicherheit gewährleisten zu können. Das wird auch in weiteren Analysen beschrieben (Vetter et al. 2015, Reader et al. 2007). Die Bereitschaft, sich zu Sicherheitsbedenken und Versorgungsqualität zu äußern, kann zudem eine kompetente, weniger hierarchisch eingestellte Teamführung ergeben. Meinungen und Kompetenzen, die nach Einforderung des Teamleaders in Entscheidungen einfließen, setzen den Grundstein der Ressource Team (ebd.). Jedoch wird auf Intensivstationen noch viel Wert auf technische Skills anstatt auf Kommunikation und Teamarbeit gelegt. Diese fehlenden Fertigkeiten werden z.T. nicht ausreichend gelehrt und auch von möglichen Intensivmitarbeitern nicht ausreichend gefordert. Das führt dazu, dass interdisziplinäres Personal nicht in jeder Hinsicht angemessen auf dieses komplexe Tätigkeitsfeld vorbereitet ist. Fehlende Teamarbeit kann sich negativ auf das Out-Come des Patienten auswirken (Haerkens, Jenkins, van der Hoeven 2012: S. 2).

Schulungen

Um Patientensicherheit und Teamarbeit zu sichern, zu verbessern sowie menschliches Versagen zu minimieren, sind nicht-technische Fertigkeiten und Fähigkeiten zu schulen. Chan, So, Ng et al. (2016) haben in ihrer Studie die Verwendung eines Crew-Resource Management-Simulations-Trainingsprogramms als ein sehr wertvolles Hilfsmittel analysiert. Konzepte des Crew Resource Managements¹⁰ waren dort relevant für die klinische Praxis und wurden durch regelmäßige Simulationen gestärkt (Chan, So, Ng et al. 2016: S. 131; Haerkens et al. 2012: S. 3ff).

¹⁰ „Crew Resource Management“: Eine Erläuterung dieses Konzeptes erfolgt auf Seite 41.

Schulungsprogramme dieser Art finden üblicherweise in einem direkten stationären Bereich oder in einer arrangierten Umgebung statt. Es sind Übungsszenarien dargestellt, in denen einerseits Handgriffe und Techniken trainiert werden, andererseits ausführlich auf Teamarbeit und standardisierte Kommunikation geschaut wird, mit dem Ziel, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, welche menschlichen Faktoren die Teamleistung beeinflussen. Das Training beinhaltet:

- Videoaufnahmen und praktische Übungen zu Briefing und Debriefing Skills
- effiziente Anwendung von Checklisten
- Identifikation der eigenen Rolle im Team
- Förderung strukturierter und Reduzierung ineffektiver Kommunikation
- Rückmeldung zur momentanen Leistung oder Situation zu einem geeigneten Zeitpunkt

Im Anschluss erfolgt eine Selbstreflexion und eine Gesamtreflexion durch den Notfalltrainer (ebd.).

Crew Resource Management

CRM wird als Konzept beschrieben, das hilfreich in Kommunikation und Teamarbeit sein kann. Es wurde aus einem anderen beruflichen Bereich in die Notfallmedizin übergeleitet. Dazu wird berichtet, dass die einträglichsten Resultate in Bezug auf Kommunikationsveränderungen aus Forschungsergebnissen stammen, die aus der Luftfahrt gewonnen wurden. Dieser gefährvolle Bereich ist auf vielen Stufen mit dem Arbeitsbereich der Anästhesie und ähnlichen Sektoren zu vergleichen. Nahezu 70% der Flugzeugunfälle seien auf menschliches Fehlverhalten zurückzuführen, hier vor allem durch mangelhafte Kommunikation hervorgerufen (Vetter et al. 2015: S. 300f). Auf Basis dieser Erkenntnis ist ein Verfahren entwickelt worden, das die Team - Leistung verbessern soll. Dieses Verfahren nennt sich „crew resource management“ (CRM). Hiermit sollen nichttechnische Kompetenzen gefördert werden, um bestmögliche Verständigung sowie Zusammenarbeit zu gewährleisten und Entscheidungsfindungen zu verbessern. Da sich auch in der

notfallmedizinischen Praxis mannigfaltige Zwischenfälle ereignen, welche durch menschliches Versagen, wie Kommunikationsstörungen, ausgelöst werden, wird von diesem Konzept das „crisis resource management“ Konzept abgeleitet und findet in der Versorgung kritisch kranker Patienten zunehmend Anwendung (ebd.). Zur besseren Handhabung, zur Planung und Orientierung in Notfallsituationen, haben Rall und Gaba (2009) 15 Leitsätze entwickelt:

„Die 15 CRM – Leitsätze	
1	Kenne Deine [sic] Arbeitsumgebung.
2	Antizipiere und plane voraus.
3	Hilfe anfordern, lieber früher als zu spät.
4	Übernimm die Führungsrolle oder sei ein gutes Teammitglied mit Beharrlichkeit.
5	Verteile die Arbeitsbelastung.
6	Mobilisiere alle verfügbaren Ressourcen (Personen und Technik).
7	Kommuniziere sicher und effektiv – sag, was Dich [sic] bewegt.
8	Beachte und verwende alle vorhandenen Informationen.
9	Verhindere und erkenne Fixierungsfehler.
10	Habe Zweifel und überprüfe („double check“, nie etwas annehmen).
11	Verwende Merkhilfen und schlage nach.
12	Re-evaluiere die Situation immer wieder.
13	Achte auf gute Teamarbeit – andere unterstützen und koordinieren.
14	Lenke Deine [sic] Aufmerksamkeit bewusst.
15	Setze Prioritäten dynamisch“.

Tab. 5: Die 15 CRM-Leitsätze nach Rall und Gaba (adaptiert nach Rall et al.: 2009, zitiert nach Stemmler 2017: S. 130-136); Tabelle durch den Ersteller dieser Arbeit modifiziert)

Die Basis einer förderlichen CRM-Entwicklung entsteht in einem wohlgesonnenen Team, das sich untereinander respektiert. Hier können auch kritische Gedanken ohne Angst vor Maßregelung geäußert werden (Pierre et al. 2012: S. 862ff).

Zur Unterstützung der Aufgabenerfüllung besteht unter CRM die Strategie, die drei Cs der Kommunikation zu fordern: clear instructions (Verwenden eindeutiger Anweisungen), citing names (Angabe von Namen) und closing the loop (Schließen der Schleife, Bestätigung der Aufgabenerledigung durch fordernde Rückmeldung) (Brindley et al. 2011: S. 158f). Hiermit soll vermeiden werden, dass in kritischen Situationen

Anweisungen doppelt oder gar nicht ausgeführt werden. Beispielsweise: "Dr. Müller, legen Sie jetzt den Subclavia-ZVK und melden Sie sich bei mir, wenn Sie fertig sind" (Brindley, Reynolds 2011: S. 155-159, zitiert nach Heer et al. 2012: S. 252). Vetter et al. (2015) bemerken dazu, dass klare und reduzierte Informationen am besten verarbeitet werden (siehe auch Kap. 4.1.4: „Bewältigung und Coping“). Im Alltag können Menschen Sprachnachrichten ca. fünf Sekunden speichern, während das Fassungsvermögen in ausgeprägten Stresssituationen unter eine Sekunde schrumpft (Vetter et al. 2015: S. 301). Als weiterer Bestandteil des CRM gilt die Nachbesprechung (Debriefing). Hier besteht die Möglichkeit, nach Notfallsituationen Handlungen zu reflektieren und sich die Teamarbeit anzuschauen. Inhalte können besprochen und Konflikte erörtert werden (ebd.). Azoulay et al. (2009: S. 856ff) zeigen, dass Nach- und Teambesprechungen allen Mitarbeitern ein Gefühl vermitteln können, Einfluss auf Patientenergebnisse und das Bearbeiten von Konflikten zu haben. Sie zeigen weiterhin, dass aufgrund regelmäßiger Mitarbeiterbesprechungen Konflikte deutlich zurückgegangen sind. Zudem befürworten mindestens 80% der Pflegekräfte und Ärzte nach der Entstehung von Konflikten in stressbesetzten Situationen, eine zeitnahe und direkte lösungsorientierte Kommunikation. Um diese Konfliktsituationen nicht unnötig zu verschärfen und evtl. Stress abzubauen, befürworten Heer et al. (2012) offene Gespräche in regelmäßigen Teamsitzungen sowie strategische Veränderungen der Kommunikation durch interprofessionelle Arbeitsgruppen (Heer et al. 2012: S. 252f). Den besten Weg, um sich mit Teamkonflikten auseinanderzusetzen, werden von Azoulay et al. (2009) in Diskussion und Debriefing gesehen.

Haerkens et al. (2012: S. 4) beschreiben bei Erstellung ihrer Analyse, dass es erst eine geringe Evidenz nach der Anwendung von CRM im medizinischen Bereich gibt, betrachten dieses Konzept aber als vielversprechendes Instrument für die Zukunft.

6 Diskussion

6.1 Reflexion der Ergebnisse vor dem theoretischen Hintergrund

Die Effekte, die im Stressmodell nach Lazarus beschrieben werden, finden sich in den dargestellten Ergebnissen deutlich wieder.

Die geschilderten Stressfaktoren, die sich in Notfallsituationen zeigen, sind vergleichbar mit den aufgeführten Merkmalen aus der Ausgangssituation des transaktionalen Stress-Bewältigungs-Modells. Zum einen wird hier das Umfeld als Auslöser beschrieben, zum anderen werden körperliche Merkmale, die die Person erlebt, genannt. Diese Merkmale zeigen sich in den Veränderungen der verbalen und non-verbalen Kommunikation. Es wird zudem von Erkenntnissen berichtet, die das Stressempfinden durch Bewertung und Interpretation von bereits Erlebtem positiv oder negativ beeinflussen. Diese subjektive Interpretation wirkt sich auf die Bewältigung der Notfallsituation und auf die damit verbundene Dialogfähigkeit des Einzelnen aus. Um in diesen Extremsituationen handlungs- und kommunikationsfähig zu bleiben, bieten sich Coping Mechanismen an. In den dargestellten Ergebnissen werden Bewältigungsmöglichkeiten durch vorgegebene Handlungsempfehlungen aufgeführt.

Dominantes Beziehungsverhalten, das von den Ärzten ausgeht, wird in den Ergebnissen genannt und lässt vor dem Hintergrund des Kommunikationsmodells von Schulz von Thun erkennen, wer „wie“ zueinander steht. Das „wie“ beeinflusst die Sprache und auch das Sprachverständnis.

Die Inhalte der Ergebnisse zeigen weiterhin, dass Meinungsverschiedenheiten häufig auf der Beziehungsebene oder Appellebene ausgetragen werden. Ein Austausch auf der Sachebene wird meist nicht erlebt. Zudem wird berichtet, dass Pflegekräfte vielfach nicht in der Lage sind, in Notfallsituationen ihre Meinungen zu äußern, da sie nicht Gefahr laufen möchten, eventuelle Unsicherheiten zu offenbaren.

Die Auswirkungen des „doctor-nurse“ games verweisen auf eine andere Seite. Hier werden Nachrichten und Botschaften verdeckt auf der Appellebene seitens der Pflegekräfte kommuniziert. Die Wahrnehmung

erfolgt hierbei über das Appell-Ohr des Arztes. Fragen des Arztes an Pflegekräfte nach Empfehlungen werden auch in verdeckter Form gestellt. Hier wird auf der Offenbarungsseite enthüllt, dass der Arzt Unterstützung benötigt. Die Möglichkeit sich offen auszutauschen, auf allen Ebenen zu kommunizieren, wird in den späteren Ergebnissen des „doctor-nurse“ games aufgezeigt.

Möglichkeiten der Kommunikationsverbesserung, vor allem auf der Beziehungsebene, können über Schulungen und Teamgespräche sowie Debriefings erlangt werden.

Die Ergebnisse lassen aber offen, ob sich durch die Empfehlungen zur Kommunikationsverbesserung auch die Beziehung zwischen beiden Berufsgruppen verbessert hat.

Jedoch lassen sich die Kommunikationsprobleme anhand des theoretischen Rahmens sehr gut darstellen.

6.2 Methodische Reflektion der Recherche

Eine Herausforderung in der Literaturrecherche war es, ausschließlich Quellen zu Kommunikationsstörungen zwischen Pflegekräften und Ärzten auf Intensivstationen in Notfallsituationen zu finden. Ein wichtiger Hinweis zu verursachender Problematik fand sich in der Monographie von Stemmler (2017). Aufgrund dessen wurde die Suche mit den Begriffen *Autorität (authority)*, *Hierarchie (hierarchy)* und *Dominanz (dominance)* erweitert (siehe auch Kap. 4.2).

Nach weiterer Sichtung einiger Quellen, die relevant sein konnten, gab es zudem Hinweise darauf, dass der Ursprung der Verständigungsprobleme nicht erst im Setting der Intensivstation und in Notfallsituationen zu sehen ist, sondern evtl. schon im Vorfeld besteht. Aufgrund dessen wurden auch Quellen zu Konflikten bzgl. Kommunikation im klinischen Bereich berücksichtigt. Die Erweiterung der Suche erfolgte auch aufgrund einer subjektiven Einschätzung des Autors. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass sich die gefundenen Ergebnisse zu Verständnisproblemen nicht generell auf Notfallsituationen beziehen lassen. Dies gilt es bei der Bewertung dieser Arbeit zu berücksichtigen.

Die Literatursuche wurde nicht in einem bestimmten Zeitrahmen durchgeführt, da zum Beantworten der Forschungsfragen wichtige Inhalte zum „doctor-nurse“ game von Stein (1967) und Stein et al. (1990) hinzugezogen wurden (siehe auch Kap. 4.2).

Die Studie von Azoulay et al. (2009) wurde in der Bachelorarbeit berücksichtigt, da in ihrer Analyse, die sich über 24 Länder mit der Teilnahme von n = 7498 Befragten erstreckte, deutlich wurde, dass Konflikte zwischen Pflegepersonal und Ärzteschaft weltweit ein Problem darstellen. Hier wurde als einer der Hauptauslöser Kommunikationsprobleme identifiziert.

Die Anzahl der Studien, die in dieser Arbeit genutzt werden konnten, lässt die Möglichkeit offen, dass trotz veränderter Suchstrategie nicht nach allen in Frage kommenden Studien gesucht wurde bzw. nicht alle gefunden wurden. Der zeitliche Rahmen zur Erstellung dieser Bachelorarbeit ließ im Verlauf keine weitere Recherche zu.

6.3 Reflektion der Ergebnisse

Obwohl die Einschränkungen, die in der Methodik der Literaturrecherche benannt wurden, diese Arbeit limitieren, konnten grundlegende Erkenntnisse zu Auslösern von Verständigungsproblemen und Empfehlungen zu Verbesserungen der Kommunikation zwischen Pflegekräften und Ärzten auf Intensivstationen gewonnen werden.

Zunächst wurde in den Ergebnissen dargestellt, welchen Einfluss und welche Auswirkung Stress auf die Kommunikation hat. Was nicht aus allen Analysen hervorgeht, ist, ob Stress in der Verständigung zwischen beiden Berufsgruppen ein andauerndes Problem darstellt, also in Form von Dauerstress, oder ob es ein akutes Geschehen in kritischen Patientensituationen ist. Zudem bleibt auch unklar, ob sich die Verständigungsproblematik mit zunehmender Erfahrung der Mitarbeiter auf Intensivstationen verändert.

In den Ergebnissen wird zudem fehlerhaftes Teamverhalten als Kommunikationsstörer aufgeführt. Hier zeigt sich, dass Angst, sich zu

äußern, ein Merkmal sein kann, sowie dominantes Verhalten der Ärzteschaft. Aus den Ergebnissen geht nicht hervor, ob nicht auch andere Teammitglieder dominantes Verhalten ausstrahlen und sich deshalb kommunikative Probleme einstellen. Außerdem wird nicht unterschieden, ob diese Störungen auch in gefestigten Teams auftreten. Dass intaktes Teamverhalten die Kommunikation positiv beeinflussen würde, wird in den Empfehlungen hervorgehoben. Zudem wird in Bezug auf die Teamarbeit ein Teamleader als hilfreich angesehen. Aus den Analysen geht jedoch nicht deutlich hervor, wer als Teamführung in Frage kommt und wie derjenige zu dieser Position gelangen soll. Forschungsbedarf ist hier in Bezug auf Kommunikation und Teamarbeit gegeben.

Die Empfehlungen, die in den Ergebnissen dargestellt werden, geben gute Anhaltspunkte, wie man trotz dieser Belastungen handlungs- und kommunikationsfähig bleiben kann. Weiterhin zeigen die Ergebnisse, dass Schulungen, Simulationsprogramme und Notfallkonzepte förderlich in der Kommunikation des Einzelnen und des Teams sein könnten. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf bzgl. der Evidenz, worauf Haerkens et al. (2012) auch hingewiesen haben.

In der Studie von Pierre et al. (2012) wird analysiert, wie sich Hierarchie und Autorität durch den Arzt und entsprechendes Verhalten von dienstniedrigeren Mitarbeitern darstellt. Es zeigt sich in aller Deutlichkeit, dass Kommunikationsmängel patientengefährdend sein können. Hier sollte nicht nur der Frage nachgegangen werden, wie sich der Autoritätsgradient auswirkt, sondern auch welche Möglichkeiten es gibt, darauf Einfluss zu nehmen.

Kommunikationsstörungen durch fehlerhaftes Hierarchieverhalten zeigen auch die Ergebnisse, die von Stein (1967), Stein et al. (1990), Coombs (2004) und Holyoake (2011) zum „doctor-nurse“ game beschrieben werden. Die Autoren sind unterschiedlicher Meinung, ob das Verhalten weiterhin zu beobachten ist. Hier wären neue Forschungsergebnisse interessant, wobei sich die Frage stellt, ob erneute Untersuchungen dieses Phänomen überhaupt in seiner Gänze aufdecken würden. Pierre et al. (2012) berichten in ihrer Studie davon, dass Pflegekräfte aufgrund von

Angst oder zu großem Respekt vor den Ärzten evtl. keine wahrheitsgemäßen Aussagen treffen würden.

Sicherlich ist es notwendig, die Auswirkungen der Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Ärzten im Hinblick auf Patientenergebnisse weiter zu untersuchen, vor allem auf Intensivstationen, auf denen eine enge Zusammenarbeit unumgänglich ist. Weiterer Forschungsbedarf besteht auch zu der Frage, ob Genderaspekte und Profession getrennt betrachtet werden können und wieweit sie eine Rolle in der Kommunikation im interdisziplinären Team spielen.

7 Fazit

Im Mittelpunkt sollte die qualitative und sichere Patientenversorgung stehen. Um dies zu erreichen, muss ein Betriebsklima geschaffen werden, in dem sich alle Teammitglieder ohne Angst und Befürchtungen vor Sanktionen äußern können (Reader et al. 2007: S. 351). Natürlich können und müssen auch Kompensationsmechanismen bei schlechtem Betriebsklima in Gang gesetzt werden, um den Behandlungserfolg am Patienten nicht zu gefährden (Vetter et al. 2015: S. 299). Das löst aber nicht die eigentliche Problematik, die in den zuvor geschilderten Ergebnissen zu Tage gekommen ist. Die Beziehungsproblematik muss von beiden Seiten aufgearbeitet werden, sofern es beide Berufsgruppen wollen. Aufgrund des demografischen Wandels und der Personalknappheit sollten Beziehung und Kommunikation zwischen beiden Professionen nicht als weitere Hürde dienen, um einen Beruf im Gesundheitswesen, vor allem in der Gesundheits- und Krankenpflege, zu ergreifen. Kommunikation ist kein Laster, sondern eine Herausforderung.

Literaturverzeichnis

Azoulay, Elie/Timsit, Jean-François/Sprung, Charles L/Soares, Marcio/Rusinová, Katerina/Lafabrie, Ariane/Abizanda, Ricardo/Svantesson, Mia/Rubulotta, Francesca/Ricou, Bara/ Benoit, Dominique/Heyland, Dare/Joynt, Gavin/Français, Adrien/Azevedo-Maia, Paulo/Owczuk, Radoslaw/Benbenishty, Julie/Vita, Michael de/Valentin, Andreas/Ksomos, Akos/Cohen, Simon/Kompan, Lidija/Ho, Kwok/Abroug, Fekri/Kaarlola, An;/ Gerlach, Herwig/Kyprianou, Theodoros/Michalsen, Andrej/Chevret, Sylvie/Schlemmer, Benoît (2009): "Prevalence and factors of intensive care unit conflicts. The conflictus study". In: American journal of respiratory and critical care medicine, Jg. 180, H 9, S. 853–860. Online verfügbar unter: doi.org/10.1164/rccm.200810-1614OC [zuletzt aufgerufen am 30.03.2018]

Beyea, Suzanne C. (2004): „Improving verbal communication in clinical care“. In: AORN journal 79, H. 5, S. 1053-4, S. 1057. Online verfügbar unter: [doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)60736-9](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)60736-9) [zuletzt aufgerufen am 10.04.2018]

Booth, A (2006): "Brimful of STARLITE: towards standards for reporting literature searches".In: Journal of the Medical Library Association, Jg. 94, H. 4, S. 421-429. Online verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1629442/> [zuletzt aufgerufen am 28.05.2018]

Brandenburg, Hermann/Panfil, Eva-Maria/Mayer, Herbert (2007): Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung. Band 2. Göttingen, Bern, Wien, Oxford, Prag, Kopenhagen, Paris, Amsterdam, Toronto, Cambridge, MA. Huber Verlag

Brindley, Peter G./Reynolds, Stuart F. (2011): "Improving verbal communication in critical care medicine". In: journal of critical care, Jg. 26 (2011), S. 155-159

Callaway, Clifton W./Soar, Jasmeet/Aibiki, Mayuki/Böttiger, Bernd W./Brooks, Steven C./Deakin, Charles D./Donnino, Michael W./Drajer, Saul/Kloeck, Walter/Morley, Peter T./Morrison, Laurie J./Neumar, Robert W./Nicholson, Tonia C./Nolan, Jerry P./Okada, Kazuo/O'Neil, Brian J/Paiva, Edison F./Parr, Michael J./Wang, Tzong-Luen/Witt, Jonathan (2015): "Advanced Life Support: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation". In: Circulation, Jg. 132, H. 16 suppl 1, S. 84-145. Online verfügbar unter: DOI: 10.1161/CIR.0000000000000273 [zuletzt aufgerufen am 14.05.2018]

Chan, Christina K. W./So, Eric H. K./Ng, George W. Y./Ma, Teresa W. L./Chan, Karen K. L./Ho, L. Y. (2016): "Participant evaluation of simulation training using crew resource management in a hospital setting in Hong Kong". In: Hong Kong medical journal, Jg. 22, H. 2, S. 131-137. Online verfügbar unter: DOI: 10.12809/hkmj154595 [zuletzt aufgerufen am 03.05.2018]

Coombs, Maureen (2004): „Medical hegemony in decision-making - a barrier to interdisciplinary working in intensive care"? In: journal of advanced nursing, Jg. 46, H. 3 (2004), S. 245-252

Curtis, K./Tzannes, A./Rudge, T. (2011): „How to talk to doctors--a guide for effective communication. SBAR“. In: International nursing review, Jg. 58, H. 1, S. 13–20. Online verfügbar unter: doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00847.x [zuletzt aufgerufen am 31.05.2018]

Eppel, Heidi (2007): Stress als Risiko und Chance. Grundlagen von Belastung, Bewältigung und Ressourcen. 1. Auflage. Stuttgart. Kohlhammer Verlag

Fagin, Claire M. (1992): "Collaboration between Nurses and Physicians: No Longer a Choice". In: Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges, Jg. 67, H. 5 (1992), S. 295-303

Haerkens, Marck Htm/Jenkins, Donald H./van der Hoeven, Johannes G. (2012): „Crew resource management in the ICU. The need for culture change“. In: Annals of intensive care, Jg. 2, H. 39, S. 1-5. Online verfügbar unter: doi:10.1186/2110-5820-2-39 [zuletzt aufgerufen am 13.03.2018]

Hartog, Christiane S./Benbenishty, Julie (2015): „Understanding nurse-physician conflicts in the ICU“. In: Intensive Care Medicine, Jg. 41, H. 2 (2015), S. 331–333

Heer, G. de/Kluge, S. (2012): „Kommunikation in der Intensivmedizin“. In: Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin, Jg. 107, H. 4 (2012), S. 249–254

Holyoake, Dean-David (2011): "Is the doctor-nurse game being played"? In: Nursing Times, Vol. 107, H. 43 (2011), S. 12-15

Kaluza, G. (2004): Stressbewältigung. Trainingsmaterial zur psychologischen Gesundheitsförderung. Heidelberg. Springer Verlag

Lasswell, Harold Dwight (1948): The structure and function of communication in society. In: Bryson, Lyman (Hrsg.) (1948): S. 37–51

Larsen, Reinhard (1999): Anästhesie und Intensivmedizin für Schwestern und Pfleger. 5. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York. Springer Verlag

Lazarus, R.S (1995): Streß und Streßbewältigung - ein Paradigma. In: Filipp, S.H. (Hrsg), Kritische Lebensereignisse. 3. neubearbeitete Auflage. S. 198-232. München. Verlag Urban & Schwarzenberg

Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981): Streßbezogene Transaktionen zwischen Personen und Umwelt. In Nitsch, J.R. (Hrsg): Streß: Theorien, Untersuchungen und Maßnahmen. S. 213-259. Bern. Huber Verlag

Manning, Mary Lou (2006): „Improving clinical communication through structured conversation“. In: Nursing economic\$ Jg. 24, H. 5, S. 268–271. Online verfügbar unter: doi.org/10.1097/01.NNA.0000312769.19481.18 [zuletzt aufgerufen am 18.03.2018]

Mergener, Gabriele (1997): Intensivstation. Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Ärzten: Eine exemplarische Analyse aus systemischer Sicht. In: Pflegemanagement. H. 4, keine Seitenangaben

Reader, T. W./Flin, R./Mearns, K/ Cuthbertson, B.H. (2007): „Interdisciplinary communication in the intensive care unit“. In: British journal of anaesthesia, Jg. 98, H. 3, S. 347–352. Online verfügbar unter: [doi:10.1093/bja/ael372](https://doi.org/10.1093/bja/ael372) [zuletzt aufgerufen am 13.03.2018]

Schulz von Thun, Friedemann (1990): Miteinander reden. Störungen und Klärungen. Copyright 1981.Hamburg. Rowohlt Taschenbuchverlag

Stein, L. I. (1967): "The doctor-nurse game". In: Arch Gen Psychiat, H. 16 (1967), S. 699-703

Stein, L. I./Watts, D. T./Howell, T. (1990): „The doctor-nurse game revisited“. In: The New England journal of medicine, Jg. 322, H. 8 (1990), S. 546–549

St.Pierre, M./Scholler, A/ Strembski, D./Breuer, G. (2012): "Äußern Assistenzärzte und Pflegekräfte sicherheitsrelevante Bedenken? Simulatorstudie zum Einfluss des 'Autoritätsgradienten'". In: Der Anaesthesist, Jg. 61, H. 10, S. 857–866: Online verfügbar unter: DOI 10.1007/s00101-012-2086-1 [zuletzt aufgerufen am 13.05.2018]

Travers, Andrew H./Perkins, Gavin D./Berg, Robert A./Castren, Maaret/Considine, Julie/Escalante, Raffo/Gazmuri, Raul J./Koster, Rudolph W./Lim, Swee Han/Nation, Kevin J./Olasveengen, Theresa M/ Sakamoto, Tetsuya/Sayre, Michael R./Sierra, Alfredo/Smyth, Michael A/ Stanton, David/Vaillancourt, Christian (2015): "Adult Basic Life Support and Automated External Defibrillation: 2015 International Consensus on Circulation". In: Circulation, Jg. 132, H. 16 suppl 1, S. 51-83. Online verfügbar: DOI: 10.1161/CIR.0000000000000272 [zuletzt aufgerufen am 14.05.2018]

Vetter, B./Gasch, B./Padosch, S. A. (2015): „Medizinisches Handeln in komplexen Notfallsituationen. Kompetent und erfolgreich entscheiden, kommunizieren und führen“. In: Der Anaesthesist, Jg. 64, H. 4 (2015), S. 298–303

Vincent, J.-L. (1997): "Communication in the ICU". In: Intensive care medicine, Jg. 23, H. 10, S. 1093–1098. Online verfügbar unter: doi.org/10.1007/s001340050462 [zuletzt aufgerufen am 13.03.2018]

Watzlawick, Paul/Beavin, Jeanet/Jackson, Don (1990): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 8. Auflage. Bern, Stuttgart, Toronto. Huber Verlag

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Das transaktionale Stress-Bewältigungs-Modell modifiziert von Filipp (1995); (Eppel 2007: S. 12)

Abb. 2: Kommunikationsmodell, die „Vier Seiten einer Nachricht“ (Schulz von Thun 1990: S. 30)

Abb. 3: Das Verhaltenskreuz (Schulz von Thun 1990: S. 162)

Abb. 4: Der „vierohrige Empfänger“ (Schulz von Thun 1990: S. 45)

Anlagen

Einverständniserklärung

Ich erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Studienarbeit selbstständig angefertigt,
- keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt,
- die wörtlich oder dem Inhalt nach aus fremden Arbeiten entnommenen Stellen, bildlichen Darstellungen und dergleichen als solche genau kenntlich gemacht und
- keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen habe.

Mechernich, den

Einverständniserklärung

"Ich bin damit einverstanden, dass meine Bachelor/Masterarbeit in der Bibliothek der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln, ausgestellt wird."