

BACHELORARBEIT

„Umgang von Pflegenden mit der Kommunikation von Fehlern“

Vorgelegt am 04.Juni.2018
Von Anna Stettmer

1.Prüferin: Prof. Dr. phil. Uta Gaidys
2.Prüferin: Marijon Krüger

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**
Department Pflege und Management
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg

Abstract

Problemstellung

Eine hohe Anzahl an Schadensfällen in deutschen Krankenhäusern kann auf eine problemhafte Kommunikation zwischen den Gesundheitsberufen zurückgeführt werden (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 31.08.2017). Dabei spielen insbesondere die Berufsgruppen der Pflege und Medizin eine entscheidende Rolle, da jede Profession mit ihrem eigenen Aufgabenbereich am Versorgungsprozess des Patienten beteiligt und daher auf eine enge Zusammenarbeit und konstruktive Kommunikation angewiesen ist. Besonders eine barrierefreie Fehlerkommunikation stellt sich in diesem Arbeitsfeld problemhaft dar.

Fragestellung

Die aus der Problemstellung entwickelte Fragestellung lautet:

1. Wie erleben Pflegende die Kommunikation mit Ärzten?
2. Fühlen sich Pflegende in der Lage kritisch und konstruktiv Fehler von Ärzten zu kommunizieren?

Ziel

Ziel der Arbeit ist es, herauszufinden, wie Pflegende die Kommunikation zu Ärzten wahrnehmen und wie sie mit Hinblick auf eine konstruktive Fehlerkultur kommunizieren. Mit dem übergreifenden Ziel, mögliche Hinderungspunkte aufzudecken um daran zu erkennen, wie Schadensfälle in Krankenhäusern vermieden werden können.

Methodik

Die Fragestellung wurde mit einer qualitativen Methode untersucht. Dabei wurden halbstrukturierte Interviews mit Pflegenden geführt und mit der Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert. Die Ergebnisse wurden mit der aktuellen Literatur verglichen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen die Gründe auf, warum Pflegende eine Kommunikation zu Ärzten als schwierig erleben. Es wurde dargestellt wie in der Praxis mit beobachteten Fehlern umgegangen und wieso diese Fehlermeldungen oft nicht vom Pflegenden an den Arzt weitergegeben wird. Die Ergebnisse wurden in 6 Kategorien zusammengefasst. Dabei wurde besonders die Hierarchie in den Krankenhäusern als Barriere für eine professionelle Kommunikation genannt. Ebenso zeigten sich Unsicherheiten für die Pflegenden in ihrem Rollenverständnis und Handeln, was ihre Kommunikation mit den Ärzten beeinflusst.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	3
1. Einleitung	4
1.1 Problembeschreibung	4
1.2 Fragestellung	7
1.3 Ziel	7
2. Methodik	8
3. Ergebnisse	12
3.1 Hierarchien	12
3.1.1 Hierarchische Strukturen im Krankenhaus.....	12
3.1.2 Medizinische Hierarchiestufen.....	13
3.1.3 Hierarchische Kommunikation.....	15
3.2 Konfliktvermeidung	15
3.3 Persönliche Beziehung	18
3.4 Sicherheit im eigenen professionellen Handeln	21
3.4.1 Unsicherheit über Fehler	21
3.4.2 Sicherheit in pflegerischen Handlungsbereichen	22
3.4.3 Sicherheit durch Berufserfahrung.....	23
3.4.4 Unsicherheit über Selbstverständnis.....	23
3.5 Bloßstellen.....	25
3.6 Rahmenbedingungen	26
4. Diskussion	28
5. Limitationen	33
6. Schlussfolgerung	35
7. Literaturverzeichnis.....	37
8. Tabellenverzeichnis.....	39
9. Anhang.....	40
10. Eidesstattliche Erklärung	52

1. Einleitung

1.1 Problembeschreibung

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden jährlich 43 Millionen Schadensfälle, d.h. medizinische oder pflegerische Behandlungsfehler, im Gesundheitswesen registriert (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 31.08.2017). Davon sind geschätzte 28,6 Millionen Schadensfälle, die zu einer Gesundheitsbeeinträchtigung führen, auf menschliche Fehler zurückzuführen und wären somit vermeidbar gewesen (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 31.08.2017). 27 Millionen dieser menschlichen Fehler am Patienten werden durch eine schlechte Kommunikation unter Mitarbeitern im Gesundheitswesen verursacht (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 31.08.2017). Erschwert ist dabei besonders die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegenden (Hibbeler 2011).

Seit Jahrzehnten arbeiten Pflegende und Ärzte zusammen im Krankenhaus, bewährt hat sich diese Zusammenarbeit nicht immer (Dahlgaard 2010). Historisch gesehen verlief die Beziehung und Kommunikation von Ärzten und Pflegenden lange nach einem bestimmten Muster (Hibbeler 2011). Die Pflegenden als „Krankenschwester“ waren hauptsächlich weiblich und ihre Rolle dienend. Der Arzt hingegen war männlich und derjenige der Entscheidungen mit alleiniger Verantwortung traf (Hibbeler 2011). Im heutigen Klinikalltag lässt sich beobachten, dass das ärztliche Rollenbild weiterhin durch Begriffe wie „Oberarzt“, „Chefarzt“, „Delegation“, „Weisungsbefugnis“ und „Anordnung“ geprägt ist und eine Hierarchie zwischen den Berufsbildern aufrecht hält, was eine barrierefreie Kommunikation erschwert. Das Berufsbild der Pflege beschreibt, dass Erfahrung und Wissen oftmals nicht mit der Hierarchie und Weisungsbefugnis zusammen passen (Hibbeler 2011), sondern eher durch jahrelange Tradition und durch die betrieblichen Strukturen eines Krankenhauses gegeben sind (Schärli et al. 2017). So empfinden Pflegende eine interprofessionelle Kommunikation häufiger problematisch als Mediziner (Hibbeler 2011). Merkmal einer solch problematischen Kooperation ist der Einsatz von Machtmitteln (z.B. Positionsmacht, Expertenmacht) bei Konflikten, besonders wenn dieser Gebrauch von Machtmitteln anstelle einer offenen Konfliktlösung tritt (Dahlgaard 2010). Weitere hinderliche Faktoren für eine interprofessionelle Zusammenarbeit sind Zeitdruck, unterschiedliche Traditionen und Berufsverständnisse, Hierarchiestufen und diskriminierende Machtstrukturen (Schärli et al. 2017). Obwohl beide Berufsgruppen zusammen am Patienten arbeiten, hat jede Profession ihren eigenen Gegenstandsbereich. Die Pflege beschäftigt sich hauptsächlich mit dem Kranksein und den damit verbundenen Auswirkungen auf den Patienten, die Medizin mit

der Krankheit und den anatomischen und pathophysiologischen Zusammenhängen (Bartholomeyczik 2011). Unterschiede der Gegenstandsbereiche von Pflege und Medizin werden deutlich mit der Aussage, dass es eine pflegerische und medizinische Diagnose bedarf um eine optimale Begründung für einen Behandlungsplan ermitteln zu können (Bartholomeyczik 2004). Somit geht die Pflege mit einem anderen Blickwinkel an den Patienten und legt ihren Fokus auf andere Bestandteile im Vergleich zu den Medizinern (Bartholomeyczik 2011). Die unterschiedlichen Blickwinkel und Betrachtungen der Patientenversorgung der beiden Berufsgruppen können, durch ihre Unterschiedlichkeit, zu einer erschwerten Kommunikation führen.

Das Problem der Schadensfälle in Krankenhäusern aufgrund einer konfliktbehafteten Kommunikation bleibt (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 31.08.2017). Dabei sollte das gemeinsame Ziel von Pflegekräften und Ärzten das Wohl des Patienten und die optimale Patientenversorgung sein (Dahlgaard 2010). Trotzdem kommt es zu der oben genannten Anzahl an Fehlermeldungen im Versorgungsprozess im Krankenhaus. Im Jahr 2016 wurden in deutschen Kliniken 6.453 Fälle von Behandlungsfehlern gemeldet, 96 davon führten zum Tod von Patienten (Bundesärztekammer 2016). Die Zusammenarbeit von Pflegenden und Ärzten sind durch gewisse Störungen geprägt. Allgemein sind es Faktoren, wie der zunehmende Arbeitsdruck, unterschiedliche Sichtweisen der Behandlungen sowie verschiedene Annahmen über Hierarchieverhältnisse (Curtis et al. 2011). Der Hauptbestandteil an Fehlern bleibt jedoch die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen in Krankenhäusern (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 31.08.2017).

Aus der recherchierten Literatur ist nicht bekannt, ob Pflegende beispielsweise kritisch mit Fehlern von Ärzten umgehen. Hier weist die aktuelle Literaturlage ein Defizit auf. Ebenfalls geht aus der Literatur nicht hervor, wie Pflegende damit umgehen, wenn sie einen Fehler, sei er bewusst oder unbewusst, seitens des Arztes bemerken. Eine unzureichende und gestörte Kommunikation zwischen den Berufsgruppen der Pflege und Medizin könne negative Folgen für den Patienten haben (Knoll und Lendner 2008). Beispielsweise können Kommunikationsfehler zu Verunsicherung der Patienten, Verzögerung des Versorgungsprozesses, Fehler bei der Medikamentenvergabe bis hin zur Lebensgefahr des Patienten führen (Knoll und Lendner 2008).

Ein besonderes Beispiel, um die Auswirkungen von einer mangelnden Fehlerkommunikation dazustellen, ist der Fall von Elaine Bromiley. Im März 2012 starb die Patientin während eines Routineeingriffes in England. Bei dieser Operation wurden während der Narkotisierung vergebliche Versuche gemacht, eine Larynxmaske zu setzen. Der SpO₂ Wert der Patienten sank bis auf 40% ab, diesen Wert hatte die Patientin 20 Minuten lang. Es waren drei Fachärzte vor Ort. Die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, die anwesend waren, konnten die Situation sofort einschätzen. Eine von ihnen bereitete ohne Aufforderung ein Notfall- Tracheotomieset vor und wies die Ärzte daraufhin, dass dies bereitstünde. Die Ärzte überhörten den Rat der Gesundheits- und Krankenpflegerin. Zwei von den vier anwesenden Gesundheits- und Krankenpflegerinnen gaben an, genau zu wissen, was in diesem Notfall zu tun war, wussten aber nicht, wie sie dies vor den Ärzten zur Sprache bringen sollten. Die Patientin starb (Kamensky 2014). Dieser Extremfall stellt die Frage, wieso die anwesenden Gesundheits- und Krankenpflegerinnen den drei Fachärzten nicht gesagt haben, welche Schritte in diesem Fall notwendig gewesen wären. Aus diesem Beispiel geht auch die Frage hervor, warum die Pflegenden nichts sagen konnten, obwohl sie wussten, wie richtig zu handeln sei. Wäre eine offene Fehlerkommunikation vorhanden gewesen, hätte die Patientin bei diesem Routineeingriff überlebt.

Mit dem Wissen, dass Fehler dem Patienten schaden und es zu Behandlungsfehlern kommen könnte, ist eine Betrachtung der Kritikfähigkeit und der konstruktiven Kommunikation von Pflegenden notwendig. Eine gute Fehlerkultur ist Ziel einer interprofessionellen Zusammenarbeit auf Augenhöhe.

1.2 Fragestellung

Diese Arbeit wird von folgenden Fragestellungen geleitet:

1. Wie erleben Pflegende die Kommunikation mit Ärzten?
2. Fühlen sich Pflegende in der Lage kritisch und konstruktiv Fehler von Ärzten zu kommunizieren?

1.3 Ziel

Ziel dieser Arbeit ist es, die subjektiven und individuellen Erfahrungen zu beschreiben, die Pflegende mit der Kommunikation ärztlicher Fehler in der Praxis machen. Insbesondere der Umgang mit kritischer und zugleich konstruktiver Kritik der Pflegenden Ärzten gegenüber soll analysiert werden. Im Einzelnen soll dargestellt werden, ob und wie Pflegende es erleben, gegenüber Ärzten Rückmeldungen zu äußern. Ein subjektives Erleben, wie Pflegende sich dabei fühlen, soll erfasst werden. Des Weiteren ist es zielführend, mögliche Hinderungspunkte einer solchen Kommunikation zu erfassen und zu analysieren. Die Ergebnisse sollen für das größer übergeordnete Ziel hilfreich sein, Schadensfälle an Patienten zu verringern und optimal zu vermeiden. Durch die Ergebnisse sollen kommunikative Barrieren erkannt und erfasst werden, mit denen weitere Forschungen möglich sind und gegebenenfalls auch Lösungsansätze zustande kommen.

Diese Arbeit dient als Abschlussarbeit der Autorin. In Kapitel 2 wird die Methodik beschrieben, anhand derer sich die Forschung zu dieser Arbeit orientiert. In Kapitel 3 werden die Ergebnisse in fünf Unterkapiteln dargestellt. In Kapitel 4 werden in einer Diskussion die Ergebnisse mit der Fragestellung verglichen. In Kapitel 5 werden Limitationen dieser Arbeit aufgeführt. Mit dem Kapitel 6 folgt die Schlussfolgerung. Zum Schluss folgen Literaturverzeichnis und Anhang, sowie eine eidesstattliche Erklärung der Autorin.

2. Methodik

Diese Arbeit wird mit einer qualitativen Forschungsmethodik geplant und durchgeführt. Hierzu wird die Datenerhebung durch problemzentrierte und leitfadengestützte, halbstrukturierte Interviews stattfinden. Die Studie befasst sich mit der Bewertung und dem Erleben Pflegenden bezüglich des Ansprechens und dem Umgang mit gemachten Fehlern seitens eines Arztes. Es werden Fragen zu alltäglichen Prozessen zwischen der Zusammenarbeit von Pflegenden und Ärzten gestellt. Es handelt sich hierbei um eine Einzelfallstudie. Die Interviews werden geführt mit dem Ziel der Erfassung von Deutung, Sichtweise und Einstellung der Pflegenden gegenüber dem vorgestellten Thema (Mayring 2016). Hierbei wird die Methodik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring verwendet. Es handelt sich dabei nicht um Experteninterviews. Entsprechend handelt es sich bei der Methodologie um Phänomenologie (Mayring 2016).

Im Vorfeld wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Dazu wurden die fachbezogenen Datenbanken (pubmed, CINAHL) mit den Stichworten *cooperation, communication, physicians, nurse, physicians- nurse, doctor- nurse* in Kombination verknüpft und mit den Operatoren AND oder OR durchsucht und relevante Veröffentlichungen analysiert. Ausgewählt wurden Studien, die in Englisch, Deutsch oder Italienisch verfasst wurden. Studien in Fremdsprachen wurden frei von der Autorin übersetzt und sinngemäß wiedergegeben. Die Übersetzungen wurden nicht als solche markiert sondern lediglich in der Literaturangabe der Originaltitel genannt.

Eine qualitative Forschungsmethode wird gewählt, um eine subjektive Sicht von Pflegenden zu erfassen und eine Antwort nahe an der Praxis zu finden, die eine individuelle Sicht von Pflegenden widerspiegelt. Qualitative Untersuchungen sollen eine ganzheitliche Sichtweise wiedergeben. Dem zugrundeliegend ist die Annahme, dass es sich nicht nur um eine Realität handelt, sondern die Realität von der Wahrnehmung der jeweiligen Person abhängt, diese kann sich mit der Zeit verändern. Eine reine Literaturrecherche reicht nicht aus, da das Erleben von Pflegenden in der Praxis erfasst werden soll.

Die Wahl von geführten Interviews lässt offene Gespräche und Antworten zu und begünstigt somit authentische und subjektiv wahrgenommene Aussagen. Die qualitative Methode ist sinnvoll, damit eine subjektive Aussage möglich ist. Das „Erleben“ der Pflegenden bedeutet in diesem Zusammenhang die Art und Weise, wie sie im Zusammenhang mit ihren Interessen, Einstellungen, persönlichen Voraussetzungen, ihrem sozioökonomischen Status und beruflichem Hintergrundwissen die relevanten Situationen wahrnehmen (Nurse-Patient

Relations und Benner 2010). Hindernisse der konstruktiven und kritischen Kommunikation von Pflegenden können somit dargestellt werden. Aus dem Grund der Subjektivitätserfassung, werden halbstrukturierte Einzelinterviews gewählt. Das Gespräch mit den Interviewpartnern soll Raum für individuelle Aussagen geben und den Befragten nicht das Gefühl einer erzwungenen Antwort suggerieren. Ziel ist es, mit dem Interview die Befragten mit den ausgewählten Fragen durch das Interview zu leiten und ihnen die Möglichkeit der individuellen Aussage zu geben. Der halbstrukturierte Interviewleitfaden wurde von der Autorin erstellt und mit fünf Fragen geplant. Im Verlauf des Interviews wurden Fragen im Gespräch induktiv ergänzt.

Geplant war eine Befragung von Mitarbeitern des Albertinen-Krankenhauses in verschiedenen Fachbereichen. Die Mitarbeiter des Krankenhauses sollten zufällig ausgewählt werden, um für die Gesamtheit der Pflege repräsentativ zu sein. Die Mitarbeitervertretung lehnte den Forschungsantrag für eine Mitarbeiterbefragung aus Datenschutzgründen ab. Für die Auswahl der Interviewpartner wurde das Top-down-Verfahren angewendet. Die Kriterien für die Zusammensetzung der Stichprobe wurden vor der Untersuchung von der Autorin festgelegt. Diese Auswahl erfolgte vor dem Hintergrund, welche Faktoren sich auf den Untersuchungsgegenstand auswirken. Diese Faktoren waren eine abgeschlossene Ausbildung oder Studium in dem Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Pflegenden, die in einem Akutkrankenhaus arbeiten. Die spezifische Auswahl eines Geschlechts war für die Befragung nicht relevant, ebenso wie weitere soziodemographische Faktoren. Daraufhin wurden fünf examinierte, professionelle Gesundheits- und Krankenpfleger/innen (mit und ohne den Bachelor Abschluss Pflege) aus verschiedenen stationären Fachbereichen aus dem privaten Bekanntenkreis befragt. Die Teilnehmerinnen sind alle weiblich, diese Auswahl ist nicht bewusst getroffen worden. Die Befragten arbeiten alle in einem Akutkrankenhaus. Der Ort der Befragungen richtete sich nach den Pflegenden und deren Möglichkeiten und Plänen. Viele der Interviews wurden im privaten Haushalt oder via Videoanrufe geführt. Die Pflegenden wurden im Vorfeld mittels eines Informationsschreibens informiert und hatten vierzehn Tage Zeit, sich für oder gegen die Teilnahme an der Studie zu entscheiden. Mit dem Informationsschreiben wurde den zu befragenden Gesundheits- und Krankenpflegerinnen eine Einverständniserklärung ausgehändigt, in der sie mit ihrer Unterschrift der Teilnahme und der Verwendung der erhobenen Daten zustimmten. Die Einverständniserklärung liegt als Anhang vor, aus Datenschutzgründen jedoch nicht die unterschriebenen. Des Weiteren erfolgte eine

mündliche Aufklärung der Befragten durch die Autorin über Inhalt und Ablauf der Studie. Zudem fand eine Aufklärung darüber statt, dass die Befragte das Interview zu jeder Zeit abbrechen kann, dass nicht alle Fragen beantwortet werden müssen und dass es dadurch zu keiner Zeit zu negativen Konsequenzen für die Befragte kommen kann. Es wurde darauf hingewiesen, dass das Interview pseudonymisiert wird und keine personenbezogenen Daten weitergegeben werden. Die zu Interviewten wurden gefragt, ob sie einer Aufnahme des Interviews mit einem mobilen Endgerät zustimmen. Die Befragten wurden darüber informiert, dass die Aufnahmen von der Durchführenden der Studie sicher verwahrt und nach Ende der Studie vernichtet werden. Es wurde erklärt, dass die unterschriebenen Einverständniserklärungen mit einem Reißwolf und die mobilen Audiodateien von dem mobilen Endgerät gelöscht werden. Am Ende der Aufklärung wurden die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen wollen. Stimmten die angesprochenen Personen zu, wurde ein Termin und der Ort für das Interview verabredet.

Die Befragten nahmen freiwillig an den Interviews teil. In den Räumlichkeiten der Durchführung wurden ein Glas Wasser und Taschentücher zur Verfügung gestellt. Die Interviews dauerten zwischen zwölf und dreißig Minuten ohne Unterbrechungen. Da die Autorin und die Befragten sich persönlich kennen, wurden die Interviews per Du geführt. Die Interviews wurden außerhalb der Arbeitszeiten der befragten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen geführt.

Die auditiven, aufgenommenen Interviews wurden manuell in ein Word Dokument transkribiert. Die Transkripte wurden sprachlich geglättet und in einer einheitlichen Sprachebene formuliert, ohne dabei den Sinn des Inhaltes zu verändern. Die Kategorienbildung erfolgte induktiv. Somit wurden die Kategorien direkt aus dem Material der Transkripte abgeleitet, ohne sich auf ein Theoriekonzept zu beziehen. Die Transkripte wurden Zeile für Zeile durchgelesen mit dem Kriterium, Kategorien zu finden, die der Beantwortung der Fragestellung dienen. Jede Aussage eines Interviewtranskriptes wurde kodiert. Danach erfolgte die Kategorienbildung aus den vorhandenen Kodierungen. Dieses Vorgehen wurde mit allen fünf Interviewtranskripten wiederholt und verglichen. Dies wurde so lange wiederholt, bis sich keine neuen Kategorien ergaben. Es folgte eine Revision des Kategoriensystems, dabei wurde kontrolliert, ob die Kategorien dem Ziel der Analyse entsprechen. Dabei entstanden sechs Kategorien, die in der folgenden Tabelle zur Übersicht aufgelistet sind:

1	Hierarchien
2	Persönliche Beziehung
3	Konfliktvermeidung
4	Sicherheit im eigenen professionellen Handeln
5	Bloßstellen
6	Rahmenbedingungen

Tabelle 1: Übersicht der Kategorien

Dabei wurden die Kategorien Hierarchie und Sicherheit im eigenen professionellen Handeln jeweils in drei Unterpunkte gegliedert, da sich diese Subkategorien aus den Transkripten ergaben und um die Aussagen verständlicher darzustellen.

Hierbei wurde Unwesentliches, Ausschmückendes und vom Thema Abweichendes ausgeschlossen. Es wurde die Zusammenfassung als Grundform der qualitativen Inhaltsanalyse gewählt (Mayring 2016). Die Aussagen der einzelnen Kategorien werden im Kapitel Ergebnis dargestellt und von der Autorin interpretiert. Die Interpretationen werden mit der Literatur verglichen. Die wörtlichen oder synonymen Aussagen der Teilnehmerinnen, die in den Kategorien dargestellt werden, stehen exemplarisch für Aussagen auch von anderen Befragten.

Diese Arbeit wird von Anfang März bis Anfang Juni 2018 durchgeführt, wobei die Datenerhebung zwischen Februar und April 2018 stattfindet.

3. Ergebnisse

Folgende Kategorien konnten bei der Inhaltsanalyse nach Mayring identifiziert werden: Hierarchien, Konfliktvermeidung, Persönliche Beziehung, Sicherheit im eigenen professionellen Handeln, Bloßstellen und Rahmenbedingungen. Im Folgenden sollen diese Kategorien genauer dargestellt werden, dafür werden beispielhafte Zitate verwendet. Zur besseren Verständlichkeit wurden die Interviewausschnitte sprachlich angepasst, der Sinn wurde dabei nicht verändert

3.1 Hierarchien

Die Befragungen zeigten in welche starke Unsicherheit die Pflegenden angesichts hierarchischer Strukturen zwischen Ärzten und Pflegenden geraten. Diese Unsicherheit ist ein großer Hinderungspunkt einen Fehler anzusprechen, den ein Arzt und somit ein Vorgesetzter und Weisungsbefugter macht. Dieses Kapitel wird unterteilt in drei Ebenen der Hierarchien, die Pflegende daran hindern diese Fehler anzusprechen.

3.1.1 Hierarchische Strukturen im Krankenhaus

Die Literatur belegt, dass beide Berufsgruppen mit ihren Beziehungen zueinander immer noch auf starken Hierarchieverhältnissen beruhen (Gforer et al. 2007). Dies bestätigen die Aussagen der Befragten. Die Teilnehmerinnen äußern klar, dass sie hierarchische Strukturen in den Krankenhäusern kennengelernt haben, die eine Unterordnung der Pflegenden fordern und die die alltägliche Kommunikation zu Ärzten beeinflussen. *„Ich bin in starken Hierarchieverhältnissen in die Pflege hineingewachsen und ich empfinde das als hemmend. Ehrlich zu sagen was man denkt, es will keiner wissen. Es wird einem entgegengebracht: ich will nicht wissen was du denkst sondern ich will, dass du machst was ich dir sage.“* (Interview 2, Z. 105- 111).

In den Aussagen der Befragten wird auch deutlich, dass sie sich nicht trauen Fehler anzusprechen, aus Angst es habe für sie Konsequenzen, da sie hierarchisch gesehen unter dem Arzt stehen. *„Ja also, wie vorhin gesagt, man muss es einfach so sagen, es sind bestimmte Hierarchien im Krankenhaus auch wenn es vielleicht nicht mehr so schlimm ist wie vor 15- 20 Jahren. Aber trotzdem, man traut sich irgendwie nicht. Und das muss ich ehrlich zugeben, dass ich jetzt nicht zu einem Oberarzt gehe und sage: Hey, du hast einen Fehler gemacht. Anders als bei einem Assistenzarzt oder so. Also, da ist schon irgendwie eine Blockade das anzusprechen.“* (Interview 5, Z. 28- 35). Die Pflegende beschreibt, dass das Problem der Hierarchie in den deutschen Kliniken schon seit Jahrzehnten vorhanden ist, zwar habe es sich gebessert, jedoch sei es noch aktuell. Sepasi et al. bestätigen, dass sich

Pflegende nicht in den Entscheidungsprozess der Behandlung des Patienten mit eingebunden fühlen (Sepasi et al. 2017). Viele der Befragten beschreiben, dass sie aus Sicht der Profession der Pflege nicht mit dem Behandlungsprozess einverstanden sind, sich aber auf Grund der für sie höheren Stellung des Arztes nicht in der Lage sehen, ihre Meinung dazu zu äußern. Hier stellt sich die Praxissituation so dar, dass das ärztliche Personal mit ihren gesetzlich gesicherten Positionen und dem Grad der beruflichen Qualifikation einen dominanten Part einnimmt (Knoll und Lendner 2008). Diese Dominanz und Überlegenheit gegenüber den anderen Berufsgruppen im Krankenhaus beeinflusst die interprofessionelle Kommunikation. Eine Dominanz von ärztlicher Seite aus, die nicht zuletzt dadurch begünstigt ist, dass sie vom Beruf der Pflege geduldet wird. Pflegende sehen Behandlungsfehler, kommunizieren diese aber nicht: *„Ja sowas wie gerade Frau X, du weißt wen ich meine, finde ich überhaupt nicht in Ordnung wie hier mit ihr umgegangen wird. [...] Und für die Patientin ist es einfach jetzt, finde ich, dran. Da fühlt sich jetzt aber keiner zuständig und da wird gesagt: Ja aber die Antibiose ist total wichtig und das Furosemid ist total wichtig und ich finde, das sind Sachen, die ihr Leiden nur noch in die Länge zieht. [...] Ich finde das halt tatsächlich jetzt gerade einfach nicht richtig. Das ist, glaube ich, kein Fehler von denen. Aber ich finde es nicht richtig. Ich glaube, von ihnen, was die gelernt haben richtig gehandelt, aber ich finde es ethisch nicht richtig. Verstehst du was ich meine?“* (Interview 1, Z. 47- 68). Die Pflegende stellt die Notwendigkeit des diagnostischen Eingriffs in Hinblick auf die Bedeutung für die Therapie infrage, umgeht das direkte Ansprechen jedoch, indem sie das ärztliche Handeln in Schutz nimmt. Der Arzt als übergeordnete, weisungsbefugte Person hat noch einen großen Einfluss auf das Verhalten der befragten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen.

3.1.2 Medizinische Hierarchiestufen

Die Pflegenden beantworteten die Frage, ob es für sie einen Unterschied hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den verschiedenen medizinischen Stufen der Assistenz,- Ober,- und Chefärzte gibt damit, dass sie keinen Wert auf Hierarchien legen. Eine sehr widersprüchliche Aussage. Im gleichen Satz erwähnen sie den Unterschied, den sie in ihrem beruflichen Alltag zwischen den verschiedenen Hierarchiestufen treffen. Obwohl sie sich selbst dem Arzt gegenüber als nicht untergeordnet sehen, eine Einschätzung die die eigentlichen Machtverhältnisse zu kaschieren sucht, spielt es eine Rolle, welchen Ärztengang sie auf Fehler hinweisen würden: *„Aber für mich haben Hierarchien schon immer wenig eine Rolle gespielt. Ich glaube mit so Oberärzten ist es nochmal ein anderes Thema, aber du hast ja auch wenig mit denen zu tun. Ich weiß nicht, ich habe da wenig Respekt davor. Auch im Studium, die haben natürlich länger studiert als ic,h aber es sind alles Menschen, mit denen*

kann man reden“ (Interview 1, Z. 189- 196). In dieser Aussage wird die Widersprüchlichkeit der Pflegenden bezüglich der Hierarchie deutlich. Die Teilnehmerin äußert, auf Hierarchien keinen Wert zu legen, trotzdem ist es für sie eine Hürde, den Rang des Oberarztes anzusprechen. Dies lässt darauf schließen, dass die Pflege sich nicht mehr in der Position sehen möchte, hierarchisch unter dem Arzt zu stehen. Dennoch ist für sie die Position des Oberarztes eine ihr übergeordnete, dementsprechend handelt sie. Die Begrifflichkeiten Ober- und Chefarzt symbolisieren für die Pflegenden Respekt der ärztlichen Profession gegenüber und Überlegenheit im Verhältnis zu ihrer eigenen Profession. Es sind Rollen, die ein Machtgefälle suggerieren, das nicht in Frage gestellt werden dürfen. Diese Aussage wird bestärkt durch Gforer et al., der in seiner Arbeit darstellt, dass ärztliche Funktionen durch ihren höheren akademischen Grad ein höheres Ansehen gegenüber nichtärztlichen Funktionen besitzen (Gforer et al. 2007). Diese Hierarchiestrukturen geben Pflegenden das Gefühl der Unterlegenheit und somit fühlen sie sich nicht in der Lage, den Arzt auf Fehler hinzuweisen. Der akademische Grad und der Titel der Ärzte suggerieren den Pflegenden, dass diese Berufe mehr Wissen haben als die eigene Profession, auch über den eigenen Gegenstandsbereich, und dass somit die Entscheidungen der Mediziner richtig sind. Die Pflegenden haben das Gefühl, dass die Ärzte durch ihre Position eine höhere Macht in Entscheidungsprozessen und Handlungen haben. Ebenso legt Köpke et al. in einer qualitativen Stichprobe dar, dass Pflegende der Meinung sind, es herrsche zwischen den Berufsgruppen ein hierarchisches Verhältnis (Köpke et al. 2009). „[...] Dass die Assistenzärzte dafür zuständig sind und dass [es] dann besser ist als an die Chefärzte heranzutragen. Aber grundsätzlich, die [Chefärzte] würde ich nicht anrufen. Bei Oberärzten ist es tatsächlich unterschiedlich. Manche sind so präsent da, die würde ich auch fragen und die helfen einem dann auch. Aber manche sind dann auch so, dass sie sagen: Ja dann musst du halt einen von den Assistenzärzten fragen.“ (Interview 3, Z. 28- 37). In dieser Aussage wird deutlich, dass die Position des Chefarztes die Gesundheits- und Krankenpflegerin daran hindert, ihn um Rat zu fragen. Daraus lässt sich schließen, dass eine offene Fehlerkommunikation zu höheren Positionen erschwert ist, wenn nicht gar unmöglich scheint. Die Beschreibung lässt auch auf die Hierarchien innerhalb der Berufsgruppe der Ärzte schließen. Die Pflegende beschreibt eine Delegation von niederen Aufgaben an Assistenzärzte durch die Oberärzte. Dadurch fühlen sich Pflegende mehr in der Lage Assistenzärzte auf Fehler hinzuweisen, da sie sich mehr mit ihnen auf einer Augenhöhe sehen.

3.1.3 Hierarchische Kommunikation

Die Hierarchie wird mitunter dadurch bestärkt, wie die Pflegenden den Arzt ansprechen und umgekehrt. Das Du und Sie spielt eine Rolle, wenn es darum geht einen ärztlichen Kollegen auf einen Fehler hinzuweisen. Es kann eine Barriere für die Pflegenden darstellen. *„Ich hab im Team angefangen vor zweieinhalb/drei Jahren und da wurde die Oberärztin und alle geduzt. [...] Und ich hab mich angepasst aber mich nicht so richtig damit wohl gefühlt. Dann hatten wir zum Beispiel eine ältere Assistenzärztin und da hatte ich sie von Anfang an mit Sie angesprochen und habe mich viel wohler damit gefühlt. Und ich merke, dass unsere Oberärztin mich nicht direkt duzt und ich versuche zu vermeiden sie direkt zu duzen. Das ist eine schwierige Kommunikation [...] Denn ich möchte sie nicht duzen aber ich möchte eine klare respektvolle Kommunikation haben und ich finde, dass das Du unpassend ist. Für mich auch. Ich möchte nicht von ihr geduzt werden und ich möchte sie nicht duzten. [...] Das hindert mich vieles zu sagen [...] einfach weil eine respektvolle, professionelle Kommunikation dadurch nicht möglich ist. [...] Ich glaube, dass daran auch viel an der Kommunikation hängt, auch von meiner Seite her.“* (Interview 4, Z. 93- 121). Für Pflegende ist die „beliebige“ Anredeform oft ein Hinderungsgrund für eine allgemein professionelle Kommunikation. Sie fühlen sich in der Situation nicht wohl, sagen zwar aus, dass sie es nicht so möchten, können dies aber auf Grund der hierarchischen Kluft den höhergestellten Ärzten gegenüber nicht ansprechen. Unklare Umgangsformen sind für Individuen in der Pflege eine subjektive Einschränkung ihres professionellen Handelns. Sie wünschen sich eine professionelle Kommunikation im Berufsalltag und wollen auch selbst dazu beitragen, nennen dabei aber keinen Lösungsvorschlag. In solch einer Kommunikationssituation fällt es den Gesundheits- und Krankenpflegern schwer, Fehler anzusprechen. In der Literatur lässt sich dazu keine Aussage finden, die dies bestätigt oder falsifiziert.

3.2 Konfliktvermeidung

Aus den Befragungen ging hervor, dass Pflegende Fehler oft nicht ansprechen aus Angst vor einem möglichen Konflikt mit dem Arzt oder der Ärztin. Die Befragten schildern schlechte Erfahrungen mit dem direkten Ansprechen von Fehlern, was sie hindert dies erneut zu tun. Sprechen die Pflegenden einen beobachteten Fehler an, gibt ihnen die Reaktion der Ärzte oft das Gefühl, in einen Konflikt zu kommen. Sie empfinden es als mühsam und unangenehm, in einer solchen Situation zu sein: *„Ich habe Angst, dass ein Konflikt entsteht, wenn ich den Arzt auf einen, von ihm gemachten Fehler hinweise. Ja teilweise sagst du auf eine Art, dass er einen Fehler gemacht hat. Und kein Mensch findet das schön, auf einen Fehler hingewiesen zu werden. Natürlich reagiert da jeder anders darauf. Aber bei uns habe*

ich die Erfahrung gemacht, dass Ärzte das nicht offen aufnehmen und als Feedback zum Wohle des Patienten sehen. Sondern als Angriff und das auch noch von einer Pflegekraft, die unter ihnen steht.“ (Interview 5, Z. 127- 136). Diese Wahrnehmung der Konfliktsituation beruht oft auf einer Asymmetrie. Booij beschreibt in einer Studie, dass Chirurgen häufig keinen Konflikt wahrnehmen und Reibungen für sie zum alltäglichen Umgangston dazugehören (Booij 2007). Eine ähnliche Annahme zeigt die Studie von Kenaszchuk et al., die beschreibt, dass Pflegende die Beziehung zu Ärzten oft als unbefriedigender empfinden als Mediziner es tun (Kenaszchuk et al. 2010). Allerdings veranschaulicht Janss et al., dass eine Konfliktlösung nicht möglich ist, wenn sich die beteiligten Berufsgruppen nicht über die Existenz eines Konfliktes bewusst sind (Janss et al. 2012). Die Aussagen der Befragten lassen darauf schließen, dass die Pflegenden Konflikte sehr schnell erkennen und wahrnehmen und sich selbst oft in einer Rolle des Angegriffenen fühlen. Die ärztliche Seite hingegen ist sich seltener eines potenziellen Konfliktes bewusst. Pflegende nehmen diese Reibungen und für sie negativen Reaktionen auf Fehlerhinweise als Kritik und Konflikt wahr, die sie zu umgehen versuchen. Um den Konflikt zu vermeiden nehmen die befragten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bewusst eine indirekte Kommunikation zu Hilfe. *„Ja also ich würde nicht sagen, das ist gerade falsch, was du da machst, sondern ich würde sagen: na ja, aber du weißt schon, dass die Patientin [...] HIV hat, also ich würde nicht ohne Handschuhe Blut abnehmen. A: Also ein bisschen mit indirekten Anspielungen? Ja genau. Also ich würde nicht sagen, hey du hast dir gerade nicht die Hände desinfiziert, du weißt schon, das ist falsch. Also das weiß er ja selber [...] und war ein bisschen Laissez-faire und dann reicht es doch, wenn man einmal irgendwie so einen Stupser gibt.“ (Interview 1, Z. 163- 173).* Die Interviewten wenden diese Art des Fehlerhinweises an und sind der Meinung, dies sei die bessere und angenehmere Form, eine ärztliche Person auf eine nicht richtige Handlung anzusprechen. Dieses Verhalten ist auch eine Art der Unterordnung. Die Pflegenden wissen um den Fehler des Arztes, weisen ihn jedoch nicht drauf hin, um sich selbst nicht in eine angespannte Situation zu bringen. Um dem Konflikt aus dem Weg zu gehen, geben sie den Mediziner das Gefühl, einen Handlungsvorschlag zu machen, und stellen so Ihre Autorität in den Hintergrund, um eine unangenehme Situation zu vermeiden. Eine Studie aus dem Iran legt dar, dass Pflegende Konflikte aus dem Weg gehen und es vermeiden, ihre eigene Meinung zu äußern, auch aus Angst, ihre Arbeitsstelle zu verlieren (Heydari et al. 2017).

Eine vergleichbare Annahme aus Deutschland wurde nicht gefunden. Laut Aussage der Teilnehmerinnen gehen Pflegende Konflikten aus dem Weg, ob sie dies aus Angst vor dem Verlust der Arbeitsstelle tun, ging jedoch nicht aus den Befragungen hervor.

Pflegende wägen ab, ab wann es sich lohnt, einem Konflikt mit dem Arzt entgegenzutreten. Die Teilnehmerinnen schildern, dass sie „kleinere“ Fehler nicht ansprechen würden, da dieser Fehler nicht bedeutend genug sei, um einen Konflikt zu riskieren. Die Frage stellt sich, wie die Pflegenden diese Fehler in ihrer Bedeutung für den Patienten definieren und abstufen. Ausnahmslos alle Beteiligten an der Befragung äußerten, dass sie einschreiten würden, wenn der Fehler des Arztes das Patientenleben betreffen würde. „[...] *Es kommt auf die Fehler an. Wenn ich halt das Gefühl hab, dass dadurch ein Patient in Gefahr kommt, dann mache ich das auf jeden Fall. Dann geht es auch nicht mehr darum, um mich und den Arzt.*“ (Interview 4, Z. 126- 129). Zwar stellen Pflegende die mögliche Konfliktsituation mit dem Arzt hinten an, wenn es das Patientenleben tangiert, jedoch ist unklar, ab wann dies für die Befragten der Fall ist. Ein potenzieller Konflikt mit dem ärztlichen Personal ist für die Pflegenden eine unangenehme Situation, die sie vermeiden wollen. Dieses Vermeiden veranlasst die Pflegepersonen dazu, genau abzuwägen, ab wann Fehler erwähnenswert sind. Die Selbsteinschätzung von Fehlerstärken und deren Auswirkungen auf den Patienten ist eine individuelle Bestimmung dessen. Jede Gesundheits- und Krankenpflegerin entscheidet für sich, ab wann Fehler bedeutend für die Genesung von Patienten ist. Die Interviewpartnerinnen beschreiben, den Arzt nicht auf Hygienefehler anzusprechen, da dies eine Kleinigkeit sei. Dabei sind es vor allem Hygienefehler, die zu riskanten Folgen für den Patienten führen können. Hygienefehler führen in deutschen Krankenhäusern zu einer erhöhten Anzahl von nosokomialen Infektionen wie z.B. MRSA und dem Clostridium difficile (Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens 2016). In Anbetracht der Ausbildungsinhalte der Gesundheits- und Krankenpflege ist zu bedenken, dass dieses Wissen um Hygiene für Pflegende ein Muss ist und sie sich den Folgen einer Missachtung von Hygienerichtlinien bewusst sind. Die Variable der Konfliktvermeidung hat also einen Einfluss auf die Einschätzung der Fehlerauswirkung auf die Pflegenden. Dadurch, dass sie selbstständig entscheiden, welche Fehler aus ihrer Sicht kritisch an den Arzt herangetragen werden sollten, definieren sie fatalerweise selbst die „Schwere“ von ärztlichen Fehlern.

Eine weitere Strategie der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen um einem Konflikt aus dem Weg zu gehen ist es, Fehler, die sie beobachten zu ignorieren und zu versuchen diese auszublenden: „*Und sonst erlebst du hier schon sowas ab und an aber ich versuche das*

nicht an mich ran zu lassen und lösche das. Ja, so funktioniert das dann ganz gut.“ (Interview 1, Z. 103- 106). Die Pflegende beschreibt, dass sie oft Fehler in ihrem Berufsalltag beobachtet, diese dann „löscht“, um eine Auseinandersetzung mit dem Arzt zu umgehen. Dieses bewusste Ignorieren von beobachteten Fehlern kann zu bedrohlichen Folgen für den Patienten haben, zum anderen ist es für die Pflegenden selbst eine Unterdrückung ihres Zieles, den Patienten in seinem Heilungsprozess zu unterstützen und Leiden zu lindern. Inwieweit der Impuls Fehler zu ignorieren für den beruflichen Alltag förderlich ist und dem Behandlungsziel beider Berufsgruppen entspricht ist mehr als nur fraglich.

3.3 Persönliche Beziehung

Die befragten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen beschreiben in ihrer täglichen Kommunikation mit Medizinern die persönliche Beziehung zu denselben als ausschlaggebend dafür, ob sie die Möglichkeit erleben, den Arzt auf einen verursachten Fehler anzusprechen. Da diese Studie mit Pflegenden durchgeführt worden ist, die in einem stationären Setting arbeiten, ist davon auszugehen, dass die Befragten die ärztlichen Kollegen seit einem längeren Zeitraum kennen. Damit kann von einer beruflichen Beziehung gesprochen werden, in der die Beteiligten unterschiedliche Situationen zusammen erlebt haben. Die Befragung ergab, dass die Pflegenden Fehler nicht mehr auf Grund der negativen Erfahrungen ansprechen, die sie in dieser Berufsbeziehung gemacht haben: *„Aber bei uns habe ich die Erfahrung gemacht, dass Ärzte das nicht offen aufnehmen und als Feedback zum Wohle des Patienten sehen. Sondern als Angriff und das auch noch von einer Pflegekraft, die unter ihnen steht.“ (Interview 5, Z. 132- 136).* In dieser Aussage wird deutlich, dass auch die persönliche Beziehung beider Berufsgruppen oft vom hierarchischen Empfinden geprägt wird. Die Reaktionen der Ärzte empfinden die Pflegenden als negativ und nicht professionell, wenn sie eine solche Erfahrungen mit einem Arzt machen und dies zum wiederholten Mal. Es veranlasst sie dazu dies nicht mehr zu tun, auch mit dem in Punkt 3.2 beschriebenen Ziel der Konfliktvermeidung und Sicherung einer guten Arbeitsatmosphäre: *„Und ganz ehrlich, die Reaktion, die ich dann darauf bekommen würde, will ich mir gar nicht vorstellen. Damit hat es auch viel zu tun, also was dann zurückkommen würde.“ (Interview 3, Z. 81- 84).* Eine angespannte Beziehung zu den ärztlichen Kollegen hat für die Pflegenden einen negativen Einfluss darauf, ob sie sich in der Lage fühlen den Arzt auf einen Fehler anzusprechen zu können. Diese angespannte Beziehung zu den ärztlichen Kollegen spiegeln auch die anderen Teilnehmerinnen wider. Sie schilderten, dass es teilweise bis zu aggressiven Äußerungen kommt, insbesondere in Situationen, in denen die

Ärzte unter Stress standen. Das Ärzte die Möglichkeit erleben, aggressive Antworten Pflegenden zu geben, kann auch auf deren Macht hinweisen, die sie im Krankenhaus haben. Die Folgen eines solchen Verhaltens der Ärzte führt bei den Pflegenden zu einem gesteigerten Level an Stress und Frustration, was laut Knoll & Lendner 2008 die Konzentration beeinträchtigt, die Kommunikation im Team beeinflusst und die Teamarbeit im Allgemeinen negativ prägt (Knoll und Lendner 2008). Auf die Frage, wie die Pflegenden auf solch ein Verhalten reagieren und/ oder in diesen Situationen Fehlerkommunikation ermöglichen, wurden verschiedene Strategien benannt. Eine davon ist beispielsweise, sich die Reaktion des Arztes anzuhören und diese zu ignorieren. Die Pflegenden haben durch schlechte Erfahrungen und unfreundliche Reaktionen der Ärzte eine Strategie des Wegsehens entwickelt. Dies begünstigt, dass Fehler nicht mehr angesprochen werden und sich mehr und mehr einschleichen. Extremer wurde die Verweigerung als Strategie erwähnt, einer nicht professionellen Kommunikation zu begegnen. Dies führt ebenfalls zu einem „Nicht-darauf-hinweisen“. Die kontinuierliche Frustration, die Pflegende in der Kommunikation mit ärztlichen Personal erleben, lässt sie Fehler eher ignorieren, um den Konflikt zu vermeiden. Trotzdem dies nicht dem professionellen Pflegehandeln entspricht ist es auf „menschlicher“ Ebene zu verstehen, dass die Pflegenden so reagieren.

Ausschlaggebend dafür, ob Pflegende einen Arzt auf einen Fehler ansprechen würden, ist die persönliche Beziehung zu diesem Arzt. Hierbei machen die Befragten einen deutlichen Unterschied zwischen ihren Kollegen. Viele beschreiben, auf Grund persönlicher Präferenzen zu entscheiden, welchen medizinischen Kollegen sie auf einen Fehler hinweisen können: *„...[M]anchmal schwierig je nachdem welcher ärztliche Kollege da ist, manche sind einfach viel gestresst und lassen auch wenig Kommunikation zu [...]. Aber ich finde man muss dann miteinander reden. Mit anderen klappts dann total toll, kommt wirklich darauf an, welcher Kollege gerade da ist, wie es dem gerade geht, wie viel Stress und Druck der von oben bekommt.“* (Interview 1, Z. 3-11). Hoper et al. bestätigt diese Aussage, die Arbeit zeigt, dass die Beziehungen der verschiedenen Berufsgruppen auf subjektiven Verhältnissen zueinander basieren (Hoepfer et al. 2017).

Die Befragungen ergaben, dass die Interviewpartnerinnen großen Wert auf den zwischenmenschlichen Umgang der Ärzte legen. Viele Aussagen spiegelten wider, dass die Pflegenden den ärztlichen Kollegen wenig Vertrauen und Sympathie entgegenbringen, wenn diese ihnen nicht menschlich und zugewandt begegnen: *„Ich glaube, das ist von der menschlichen Ebene abhängig. Also, wenn mir Ärzte menschlich begegnen und offen begegnen, dann hab ich keine Scheu da was anzusprechen. Im Gegenteil, ich empfinde sogar ein Stück Verantwortung, dass ich das tue.“* (Interview 2, Z. 73- 77). Die Befragten äußern, dass ihnen die Ebene, auf denen ihnen Ärzte begegnen, wichtig ist für das Arbeitsverhältnis. Haben die Pflegenden das Gefühl, es wird ihnen Respekt und Freundlichkeit entgegengebracht, sprechen sie auch Fehler an. Ist dies von ärztlicher Seite aus nicht der Fall, reagieren die Befragten mit dem Unterlassen des Fehlerhinweises. Davon ausgehend, dass dieses Verhalten auch repräsentativ für weitere Gesundheits- und Krankenpflegerinnen ist, birgt es einen Hinweis auf ein gebilligtes unprofessionelles Handeln. Beobachtete Fehler nicht anzusprechen auf Grund dessen, dass sich die Pflegenden nicht ausreichend wertgeschätzt fühlen deutet darauf hin, dass ein Umgang mit Wertschätzung dazu beiträgt, ob Pflegende Fehler ansprechen. Meyer Kühling et al. bestätigt in einer qualitativen Studie diese Feststellung mit der Aussage, dass sich die Pflegenden einen auf Augenhöhe basierenden, wertschätzenden Umgang mit Ärzten wünschen (Meyer-Kühling et al. 2015). Dieser wertschätzende Umgang ist laut Aussagen der Pflegenden nicht gegeben. Ebenso belegt Mahdizadeh et al., dass die Beziehung zwischen Mitarbeitern der Pflege und Medizin davon profitiert, wenn ein gegenseitiges Verständnis für Grenzen, Missverständnisse und Fehler besteht (Mahdizadeh et al. 2017). Dies zeigt auch eine Aussage der Befragung: *„Ich arbeite sehr gerne auf der Basis von ganz viel Offenheit und wo das passiert, das ist die beste Basis, um miteinander klar umzugehen und zu sagen: Hey guck mal. Auf eine normale Art“* (Interview 2, Z. 26- 29). Hierbei wird deutlich, dass die Pflegenden sich bewusst sind, dass eine wertschätzende Kommunikation nötig ist, um auf eine professionelle Art und Weise Fehler ansprechen zu können. Fraglich ist, ob die Pflegenden dies in ihrem alltäglichen Handeln in die Praxis umsetzen oder sozial erwünscht auf die Interviewfragen geantwortet haben.

Eine brasilianische Studie zeigt, dass eine offene und freundliche Beziehung zwischen Pflegenden und Medizinerinnen in einem Krankenhaus stattfindet, wenn die Beteiligten sich über private, nicht berufliche Angelegenheiten unterhalten (Guedes dos Santos et al. 2016). Die kann auf Grund fehlender Aussagen der Befragten hierzu nicht bestätigt werden. Die Pflegenden machten keinen Unterschied zwischen privaten und beruflichen Gesprächen mit den Medizinerinnen im Team der Station.

3.4 Sicherheit im eigenen professionellen Handeln

Die Befragungen ergaben einen Zusammenhang zwischen der eigenen Handlungssicherheit der Pflegenden und dem Ansprechen von Fehlern gegenüber Ärzten. Dieses Kapitel wird in vier Unterpunkte unterteilt, um die verschiedenen Aspekte der Kategorie differenziert darzustellen.

3.4.1 Unsicherheit über Fehler

Von fast allen Befragten wurde in den Interviews geäußert, dass die eigene Sicherheit im professionellen Handeln ausschlaggebend für das Ansprechen von Fehlern ist. Die Pflegenden äußern, dass sie einen Fehler erst dann ansprechen würden, wenn es sich zweifelsfrei um einen bedeutenden Fehler ihrer Auffassung nach handle: *„Meistens spreche ich es dann nicht an. Oder wenn ich mir erst wirklich, wirklich sicher bin, dass es ein sehr gravierender Fehler ist. Aber das ist jetzt nicht oft im Laufe meiner Karriere passiert.“* (Interview 5, Z. 38- 4). Aus den Befragungen ist unklar, ob es sich um mangelnde Fachkenntnisse der Pflegenden oder um ihre Angst um eine Fehleinschätzung der Sachlage handelt. Trotzdem die Pflegenden Fehler identifizieren, grenzen sie kleinere Fehler wie z. B. im Bereich Hygiene von gravierenden Fehlern ab: *„Ja was man häufig beobachtet ist, wenn man bei der Visite mitgeht, dass die Hände nicht richtig desinfiziert werden oder keine Handschuhe angezogen werden beim Verbandwechsel. Also beim Verbandabreißen werden oft keine Handschuhe angezogen. Interviewerin: Und wie reagierst du darauf? Befragte/r: Gar nicht.“* (Interview 3, Z. 46- 53). Die Befragten äußerten oft, Hygienefehler nicht ansprechen zu wollen, weil dies ja jeder selbst entscheiden müsse, ob es richtig oder falsch sei. Fraglich in diesen Aussagen ist, in wieweit die Pflegenden die Fehler und deren „Schweregrad“ aufgrund ihres Wissens und ihrer Kompetenz identifizieren, ob sich bei der Einschätzung vielleicht bereits resignierend der herrschenden Meinung der ärztlichen Kollegen angepasst haben oder ob es Ihrer Auffassung nach einer verifizierten Kritik bedarf, um dem Ärztekollegium zu imponieren.

3.4.2 Sicherheit in pflegerischen Handlungsbereichen

Die Pflegenden beschreiben Selbstsicherheit im Handeln, wenn es sich um pflegerische Tätigkeiten handelt. *„Bewegung auf jeden Fall. Ernährung, da hat aber ein Arzt ja nichts damit zu tun. Das sind eher so Sachen, wo dann ein Arzt sagt: Machen sie das!‘ und ich von vornherein sage: Nein das funktioniert nicht! Manchmal sind es so Situationen, wenn der Arzt sagt: Wir machen jetzt die Kost!‘ und ich sage: Nein, können wir nicht was anderes machen? Das ist aber eher ein netter Vorschlag, den ich geben würde kein: Nein, sehe ich anders!“* (Interview 3, Z. 169- 177). In diesem Ausschnitt einer Befragung wird deutlich, dass die Pflegenden sich in klaren Bereichen der Pflege, die in diesem Fall Bewegung und Ernährung inkludieren, sicher in ihrem Handeln sind und auch selbstsicher den richtigen Ton finden. Dadurch erlangen die Pflegenden das nötige Selbstbewusstsein, die medizinische Berufsgruppe darauf anzusprechen, wenn diese in pflegerischen Bereichen einen Fehler macht. *„Wenn es jetzt aber was ist, was ich richtig gut kann, wie zum Beispiel kinästhetisch arbeiten, das haben die Ärzte ja nicht so wirklich drauf, dann hab ich auch das Selbstbewusstsein das anzusprechen. Weil da bin ich mir zu hundert Prozent sicher: Ok, das kann ich und es ist wirklich ein Fehler, den der Arzt gerade macht“* (Interview 5, Z. 85- 90). Die Pflegenden fühlen sich in den eigenen Handlungsbereichen zuhause und haben dort die nötige Sicherheit ärztliche Fehler zu identifizieren. Daraus lässt sich schließen, dass Pflegende sich in der Lage fühlen, Fehler gegenüber Ärzten anzusprechen, wenn es sich um einen pflegerischen Bereich handelt und die Pflegenden daraus einen Fehler ableiten können. Das zeigt, dass wenn Aufgaben- und Handlungsbereiche um den Versorgungsprozess für die Pflegenden klar abgegrenzt sind, ein interdisziplinärer Austausch barrierefrei möglich ist. Inwieweit dies eine einheitliche Versorgung fördert, in der ärztlicher und pflegerischer Handlungsbereiche ineinandergreifen, ist nicht zuletzt von einer klaren Aufgabenformulierung,- und -verteilung und einer beidseitig informativen Kommunikation abhängig. Diese Behauptung bestärken auch Knoll & Lendner 2008, indem sie äußern, dass den einzelnen Professionen nicht bewusst ist, wie wichtig Informationen aus der eigenen Berufsgruppe für die andere sind. Laut dieser Studie waren sich Pflegende und Ärzte nicht bewusst welchen Arbeitsaufwand die andere Profession zu bewältigen hat (Knoll und Lendner 2008). Würden die Disziplinen dies anerkennen und wertschätzen, wäre eine einfachere Fehlerkommunikation möglich.

3.4.3 Sicherheit durch Berufserfahrung

Viele der Befragten geben an, dass sie durch jahrelange Berufserfahrung als Gesundheits- und Krankenpflegerin eine gewisse Sicherheit in ihrem Handeln und Berufsverständnis entwickelt haben. Die Teilnehmerinnen betonten, dass Sicherheit im professionellen Handeln mit Berufserfahrung gefestigt wird: *„Ja, es ist etwas, was sich entwickelt. Mir hat die eigene Sicherheit gefehlt. Das eigene Ja zu meiner Arbeit, das eigene Ja zu meiner Begrenztheit hat mir gefehlt. Zu wissen, dass alle Fehler machen und dass das normal ist heißt, dass wir nur eine Variante haben, um eine hohe Qualität zu schaffen und zwar, dass wir miteinander reden. Was anderes gibt es nicht. Deswegen ist das Thema so geil (lacht).“* (Interview 2, Z. 92- 99). Hier wird deutlich, dass sich die Sicherheit mit der Zeit im Beruf entwickelt und festigt. Die Befragten äußern, zu Beginn ihrer Berufslaufbahn unsicher in ihrem Handeln gewesen zu sein und sich im Vergleich zu ihrem heutigen Stand weniger getraut haben. Dies bestätigt Spence Laschinger et al. in einer Studie. Diese beschreibt, dass es ein Prozess für Pflegende ist, in ihrem Handeln und Auftreten Sicherheit zu erlangen, der durch die Berufsjahre geprägt wird (Spence Laschinger et al. 2012). Ebenfalls empfinden die Pflegenden mehr Sicherheit im eigenen Handeln, wenn sie nach eigener Aussage ein gewisses Alter erreicht haben. *„Wobei ich sagen muss, dass ich mich mehr sicher fühle mit dem Alter. Es hat was mit dem Alter und der Reife zu tun, wie sicher ich mich fühle. Als Anfängerin hätte ich mich nie getraut einen Arzt anzusprechen auf einen Fehler“* (Interview 5, Z. 136- 140). Das weist darauf hin, dass sie mit wachsender Berufserfahrung viele Situationen, in denen sie kritisch das Handeln von Ärzten identifiziert und reflektiert haben, erlebt haben und professioneller an Probleme und zwischenmenschliche Differenzen herangehen können. Teilnehmerinnen, die weniger als drei Jahren im Beruf waren, äußerten, dass sie sich auch auf Grund ihres Alters nicht in der Lage fühlen, vor allem ältere ärztliche Kollegen auf Fehler aufmerksam zu machen.

3.4.4 Unsicherheit über Selbstverständnis

Die Befragten benennen es zwar nicht direkt, aus den Aussagen geht jedoch hervor, dass das Selbstverständnis und der Stellenwert der professionellen Pflege bedeutende Faktoren darstellen, die den Pflegenden Sicherheit im Umgang mit ihren medizinischen Kollegen geben. Die Pflegenden sagen in den Interviews aus, dass sie sich oft unsicher in ihrer Rolle als Gesundheits- und Krankenpflegerinnen fühlen. Die Interviews ergeben, dass die Unsicherheit der Pflegenden von der zu geringen Wertschätzung und Anerkennung der

medizinischen Kollegen herrührt. Die Pflegenden beschreiben, dass ihnen selten Lob und Bestätigung ihrer Arbeit zugesprochen wird. Dadurch entsteht bei den Pflegenden das Gefühl der Unsicherheit auch in ihrem Selbstverständnis der eigenen Berufsgruppe. „Also, ich muss ehrlich unter uns sagen, es gibt schon Situationen, in denen ich gedacht hätte, ok das geht gar nicht. Oder, der Arzt hat einen Fehler gemacht. Aber, ich muss offen und ehrlich sagen, dass ich auch nicht das Gefühl seitens der Ärzte habe, dass nach meiner Meinung gefragt wird. Also, ich hab´ wirklich teilweise das Gefühl, dass ich für den Arzt arbeite. Dass wir nicht auf einer Augenhöhe sind.“ (Interview 5, Z. 114- 122). Die Aussage beschreibt, dass die Pflegenden sich nicht autonom dem Arzt gegenüber fühlen. Das Gefühl, für den Arzt zu arbeiten, verursacht bei den Pflegenden ein Defizit in ihrem eigenen Rollenbild und ihrer professionellen Position. Aufgrund des in Frage gestellten Rollenverständnisses fällt es ihnen schwer, selbstbewusst die Entscheidung zu treffen, Fehler anzusprechen. Sepasi et al. beschreibt in einer qualitativen Studie, dass sich das Selbstbewusstsein von Gesundheits- und Krankenpfleger auch darüber definiert, wie sicher sie sich in ihrer Profession fühlen. Die Studie zeigt, dass Pflegenden, die sich in ihrem Handeln sicher fühlen, bessere Entscheidungen treffen und somit die korrekte Diagnose der Ärzte beeinflussen können. Somit erlangen Pflegenden Vertrauen und Bestärkung in ihrem Handeln durch Ärzte (Sepasi et al. 2017). Die in der Studie beschriebene Beeinflussung der korrekten Diagnosestellung der Ärzte durch die Pflegenden ist auch für den Patienten ein wichtiges Gut für seinen Genesungsprozess. Somit ist das Selbstverständnis von Pflege und dem Bewusstsein der Pflegenden dafür, einen eigenen professionellen Gegenstandsbereich zu haben, bedeutend für den Patienten.

Einige Pflegenden spiegelten in der Befragung auch wider, dass sich ihr berufliches Selbstbild an der ärztlichen Profession orientiert und wenig für die eigene Profession empfunden wird. Hierbei bleibt offen, welche Faktoren hinderlich sind für die Pflegenden, um ihre eigene Profession zu stärken und selbstbewusster ihren Beruf gegenüber den Medizinern auszuüben. Dies definiert auch Holland Wade. Sie beschreibt, dass Autonomie in der Pflege ein selbstbestimmter Entscheidungsprozess ist, der auf pflegerischem Wissen basiert (Holland Wade 1999)

So fühlen sich Pflegenden auch nicht für das Handeln der Ärzte verantwortlich. Die Pflegenden sind sich dessen bewusst, dass sie verschiedene Aufgaben- und Kompetenzbereiche haben, die sie von den ärztlichen Tätigkeiten unterscheiden: „Da weiß ich es halt einfach besser. Da stelle ich das nicht in Frage. Und bei Sachen wo ich weiß, das

müsste derjenige besser wissen als ich, weil der hat sechs Jahre Medizin studiert und ich hab halt nur ein bisschen Anatomie gehabt da gibt es einen anderen Kompetenzbereich“ (Interview 3, Z. 184- 188). Sie fühlen sich in ihrer Profession und somit in ihrem Handlungsbereich wohler, grenzen diesen zugleich stark von den ärztlichen Aufgaben ab. Diese strikte Abgrenzung mit der Begründung der unterschiedlichen Ausbildungsinhalte und Zeiten sind auf der einen Seite richtig, da Pflege einen eigenen Kompetenz- und Handlungsbereich hat. Auf der anderen Seite sollte die Pflege als Profession die Behandlung und das Wohl des Patienten als Ganzes sehen, das Kranksein (vgl. Bartholomeyczik 2004) als solches. Dazu gehört auch die ärztliche Behandlung und das Wissen um deren Aufgabenbereich, um Fehler erkennen zu können und sie anzusprechen, damit Patienten die bestmögliche Behandlung erhalten. Gleiches gilt für die Mediziner. Martin et al. beschreibt in seinem Artikel, dass sich Pflegende des Inhalts des Medizinstudiums bewusst sind, die Mediziner über die theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalte der Pflege jedoch nicht ausreichend informiert sind (Martin et al. 2005). Dies begünstigt ein Übersehen von Fehlern und die nicht ausreichende Sicherheit, Fehler auch dann anzusprechen, wenn sie nicht im Kompetenzbereich der eigenen Profession liegen.

3.5 Bloßstellen

Die befragten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen gaben an, sich oft nicht zu trauen beobachtete Fehler von Ärzten anzusprechen, da sie sich selbst und den anderen nicht bloßstellen möchten. Sie empfinden es als eine peinliche Situation, eine andere Person auf einen Fehler hinzuweisen. *„Da schätze ich das ab und wie viel ich mich selber bloßstellen will und angreifbar machen möchte“* (Interview 4, Z. 131- 132). In dieser Aussage wird deutlich, dass die interviewte Person genau überlegt, bevor sie einen Fehler anspricht um sich selbst nicht der Kritik von Ärzten und Kollegen auszusetzen. Auch die Angreifbarkeit zeigt, wie angespannt der Arbeitsalltag der Pflegenden im Umgang mit den medizinischen Kollegen ist. Die Befragten geben an, dass eine falsche Äußerung Ärzten gegenüber oft zu unprofessionellen bis hin zu ablehnenden Antworten führt. Die Situation ist für die Pflegenden unangenehm, da sie das Gefühl haben sich in diesem Moment über den Arzt zu stellen und ihr Wissen über seins. Knoll & Lendner bestätigen, dass die Akzeptanz der beiden Berufsgruppen von dem jeweiligen Grad der Ausbildung determiniert wird (Knoll und Lendner 2008). Die Pflegenden nehmen diese geringere Akzeptanz ihres Handelns wahr und wollen vermeiden diese noch zu vergrößern. Sie möchten vor dem Arzt nicht besser

Bescheid wissen und ihn somit bloßstellen, genau so wenig möchten sie selbst eine falsche Aussage betätigen. Der Motivation, die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten, steht die Sorge gegenüber, soziale Beziehungen zu gefährden, Kollegen bloßzustellen oder die Reaktion des Gegenübers nicht abschätzen zu können. Wenn es darum geht, das Gesicht zu wahren, unterscheiden die Pflegenden zwischen bewussten und unbewusst gemachten Fehlern seitens der Mediziner. Sie empfinden es nicht als unangenehm, den Arzt auf unbewusst verursachte Fehler aufmerksam zu machen: *„Wenn man einen unbewussten Fehler macht, dann ist die Akzeptanz eine ganz andere. Also, dann ist man vielleicht ein bisschen dankbarer dafür, wenn das jemand sagt. Ich glaub, da würde ich schon eher jemanden aufmerksam machen also, auf einen unbewussten Fehler als auf einen bewussten. Obwohl da dieses Vorführen ja eigentlich größer ist.“* (Interview 3, Z. 108- 115). Die Befragten können nicht benennen, aus welchen Gründen die Akzeptanz bei unbewussten Fehlern höher ist. Erklären würde dies eine verständnisvolle Fehlerkommunikation der Pflegenden, die die Kompetenz des Arztes nicht in Frage stellt. Wie wichtig das ist, beschreibt Muller et al. in einer Studie. Demnach hängt eine gute Beziehung zwischen Gesundheits- KrankenpflegerInnen und ÄrztInnen von gegenseitigem Vertrauen und dem gegenseitigen Kennen der anderen Berufsgruppe ab (Muller-Juge et al. 2014). Auch gegenseitige Anerkennung und Respekt sind eine Voraussetzung dafür, dass sich die Mitarbeiter der Pflege und der Medizin in ihrem Berufsalltag wohlfühlen (Muller-Juge et al. 2014). Mit diesen Voraussetzungen wird eine Angst vor Bloßstellung deutlich geringer, was eine gesunde Fehlerkommunikation ermöglichen kann.

3.6 Rahmenbedingungen

Ein Faktor, der aus der Praxiserfahrung der Autorin schon bekannt ist, wurde auch in den Befragungen erwähnt. Die Tatsache zeitlich und personell begrenzter Ressourcen in den Krankenhäusern äußerten auch die Teilnehmerinnen. Zeitnot und Pflegemangel sind auch der Gesellschaft und Politik schon lange Zeit bekannt. Die Bertelsmann- Stiftung bestätigt, dass bis zum Jahr 2030 der Bedarf an Pflegenden um 64 % steigt (Bertelsmann- Stiftung 2009). Der Personalmangel und die damit verbundene Zeitnot erwähnen die Befragten in den Interviews als einen weiteren Faktor, der dazu führt, dass sie nicht die Möglichkeit erleben die Kollegen der Medizin auf Fehler hinzuweisen: *„Auch mit Zeit. Du weißt ja wie es auf Station ist. Und wenn ich merke, jeder ist in Zeitnot und versucht sein Bestes und es passiert ein Fehler, ja dann muss ich demjenigen nicht auch noch eins reinwürgen. Es ist schwierig so wie es momentan läuft, zu wenig Zeit lässt zu wenig Möglichkeit für eine freie*

Kommunikation“ (Interview 4, Z. 182- 187). Hier wird deutlich, dass die Pflegenden den ständigen Zeitdruck als belastend wahrnehmen und dadurch die Möglichkeit der Kommunikation nicht mehr sehen. Heydari et al. weist in seiner Studie darauf hin, dass Zeitnot zu Entmutigung des Pflegepersonals führt (Heydari et al. 2017). Die von Heydari et al. erwähnte Entmutigung wurde auch bei den Befragten festgestellt. Die Gesundheits- und KrankenpflegerInnen vermittelten den Eindruck der Resignation, wenn sie über das Thema der Zeit und des Personalschlüssels redeten. In Hinblick auf das Ansprechen und Hinweisen von Fehlern, die ihre ärztlichen Kollegen gemacht haben, antworteten die Pflegenden mit Nachsicht. „Ich glaub auch, dass es ein wenig der Situation geschuldet ist, die so im Krankenhaus vorherrscht. [...]. Wir machen den ganzen Tag tausende Fehler und wir überlegen aber die ganze Zeit nur welcher ist der Schlimmste? [...] Was ist gerade nicht so schlimm, dass ich es kurz durchgehen lassen kann und was wäre die Vollkatastrophe. [...]. Das führt auch dazu, dass man den anderen nicht ansprechen will. Weil man weiß, er schafft es auch nicht. [...]. Das ist grundsätzlich ein Problem. Dieser Zeitfaktor. Jeglicher Fehler, zwischen Ärzten als auch die Pflege, mag man gar nicht mehr ansprechen, weil man denkt, vielleicht hat er auch einfach keine Zeit gehabt. [...]. Da hat man gar nicht die Möglichkeit, in dem System wie es jetzt ist, Fehlerkommunikation vernünftig zu machen. [...].“ (Interview 3, Z. 231- 253). An diesem Beispiel wird deutlich, dass die Pflegenden die gemachten Fehler, die sie beobachten und erkennen oftmals nicht ansprechen aus Verständnis dem Arzt gegenüber, der die gleichen zeitlichen Schwierigkeiten hat wie die Pflegenden selbst. Dies zeigt, dass die Pflegenden sich gut in die schwierige Situation der Ärzte hineinversetzen können und dies zu reflektieren vermögen. Wichtig hierbei ist es, dass die Pflegenden erkennen, wie sie trotz der Zeitnot und des Personalmangels einen Weg finden, die vom Arzt verursachten Fehler aufzudecken und anzusprechen. In einem ersten Schritt versuchen die Pflegenden bereits die Fehler, die sie beobachten, zu priorisieren, um wenigstens das Nötigste ansprechen zu können. Sie fühlen sich nicht wohl dabei, einem ärztlichen Kollegen einen Fehler zu sagen, den dieser begangen hat, auf Grund dessen, dass sie wissen, wie schnell dies unter Zeitdruck passieren kann. Die Variable Zeitnot hat, laut Aussage der Teilnehmerinnen, einen großen Einfluss auf die Möglichkeit Fehler anzusprechen, die Pflegende erleben. Durch den Zeitdruck in den jeweiligen Schichten und das zu erledigende Arbeitspensum, fehlt Pflegenden die Zeit, sich damit auseinanderzusetzen, wie sie Fehler einem ärztlichen Kollegen mitteilen. Hinzukommt die Hemmschwelle der Hierarchie und die oftmals fehlende Selbstsicherheit im Beruf.

4. Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, wie Pflegende es erleben, mit Ärzten zu kommunizieren und kritisch und konstruktiv Kritik gegenüber Ärzten zu äußern. In den Interviews werden viele Hinderungsgründe geäußert, die Pflegende daran hindern, Ärzten eine konstruktive und kritische Rückmeldung zu gemachten Fehlern zu geben. Die mit der Literatur verglichenen Ergebnisse zeigen, dass die Literatur teilweise die Aussagen bestätigen. Die Aussage der Teilnehmerinnen, dass eine Hierarchie zwischen den Berufsgruppen existiert und sie in ihrer Kommunikation zu den Medizinerinnen beeinflusst, bestätigt auch Köpke et al. 2009. Die qualitative Studie kam ebenfalls zu der Feststellung, dass die Pflegenden eine hierarchische Kluft zu den Ärzten wahrnehmen (Köpke et al. 2009). Auch beschreibt die Literatur die Interpretation der Autorin, dass von ärztlicher Seite ein rauer Ton und ein gewisser Konflikt nicht wahrgenommen wird. Booij 2007 und Kenaszchuk 2010 weisen diese Annahmen nach (Booij 2007; Kenaszchuk et al. 2010). In der Studie von Knoll & Lendner 2008 verfestigt sich die Aussage der Befragten, dass die angespannte Beziehung zu Ärzten dazu führt, dass die Kommunikation negativ beeinflusst wird (Knoll und Lendner 2008). Die gefundene Literatur muss kritisch betrachtet werden, einige waren veraltet und/oder methodisch problematisch angelegt. Viele der Ergebnisse konnten jedoch mit der aktuellen Literatur verglichen und bestätigt werden. Zum Beispiel ist durch die Studie von Hoepfer et al. die 2017 veröffentlicht wurde die Aussage bestätigt, dass die Beziehungen der Berufsgruppen auf subjektive Empfindungen zurückzuführen sind (Hoepfer et al. 2017). Somit verfestigt sich die Interpretation, dass die Pflegenden einen subjektiven Unterschied machen, wem sie einen Fehler am ehesten kommunizieren würden.

Ebenfalls aktuell kann Sepasi et al. zitiert werden. Diese Studie kann unterstützend zu der Aussage der Teilnehmerinnen hinzugefügt werden, sich oft nur dann zu trauen Fehler anzusprechen, wenn die Fehler in einer pflegerischen Handlung passieren, die durch Ärzte ausgeführt worden ist. Sie beschreibt, dass die Sicherheit im eigenen professionellen Handeln durch ihr Selbstbewusstsein in diesem Bereich beeinflusst wird (Sepasi et al. 2017). Eine weitere aktuelle Studie von Heydari et al. 2017 geht davon aus, dass die in Kapitel 3.6 erwähnte Zeitnot zur Entmutigung der Pflegenden führt (Heydari et al. 2017).

Die Pflegenden erleben die Kommunikation im stationären Setting zu ihren medizinischen Kollegen hauptsächlich als ungleich und hierarchisch geprägt. Die Aussagen der Pflegenden zeigen hierbei einen Widerspruch in sich. Viele der Befragten verneinen, sich auf die herrschende Hierarchie einzulassen und geben an, dass die höhere Stellung des Arztes sie in

ihrem Handeln nicht beeinflusst. Alle befragten Pflegenden gaben jedoch an, schon bei der Stufe Assistenzarzt zu Oberarzt einen Unterschied zu machen, wie und ob sie den Kollegen der medizinischen Berufsgruppe auf Fehler ansprechen. Dies zeigt, dass in deutschen Krankenhäusern nach wie vor eine strukturierte Hierarchie besteht und gelebt wird. Insbesondere die Kommunikation leidet unter diesen Machtverhältnissen. Die Ergebnisse geben an, dass schon die Unsicherheit in der Anrede der Kollegen eine Barriere schafft um konstruktiv und kritisch zu kommunizieren. Dies lässt darauf schließen, dass es dafür keine einheitliche, professionelle Regelung gibt. Ebenso spiegeln die Befragungen wieder, dass die Pflegenden eine Kommunikation vermeiden, die kritisch ist und Mediziner auf Fehler hinweist, aus Angst, dass ein Konflikt entstehen könnte. Dies weist darauf hin, dass eine harmonische und reibungslose Atmosphäre im Berufsalltag wichtig ist, auch wenn dafür Fehler geduldet werden. Demgegenüber stehen die Aussagen der Pflegenden, die Möglichkeit, den ärztlichen Kollegen kritisch und konstruktiv auf einen Fehler hinzuweisen, von einer individuellen subjektiv eingeschätzten Sympathie abhängig machen. Die Pflegenden gehen die berufliche Beziehung zu den jeweiligen medizinischen Kollegen oftmals nicht mit einer professionellen Sichtweise ein. Im Laufe der Zusammenarbeit machen die Gesundheits- und KrankenpflegerInnen fest, inwieweit sie den Kollegen schätzen und als sympathisch empfinden. Eine solch subjektive Einschätzung und Beurteilung einer Arbeitsbeziehung steht der Professionalität einer Pflegeperson im Wege. Die persönliche Sympathie zu Kollegen sollte kein Hinderungsgrund für das kollegiale Ansprechen von Fehlern sein. Fraglich hierbei bleibt, ob die Pflegenden trotz der unsympathischen Einschätzung des Arztes differenzieren können, ob es für den Patienten wichtig ist, dass ärztliche Fehler angesprochen werden oder, ob Pflegende nach Hibbler nicht lieber eine Boykothaltung einnehmen und so eine „Macht der Schwachen“ ausüben. Wie dies einem patientenzugewandten Pflegemanagement gerecht werden kann und nicht die Ausmaße eines Mobbingangriffes annimmt, bleibt Aufgabe der interdisziplinären Zusammenarbeit beider zentraler Berufsgruppen im Krankenhaus. Die Einschätzung der Pflegenden über Auswirkungsbreite und Bedeutung von ärztlichen Fehlern ist eine für den Patienten und das Personal kritische Einschätzung. Die Pflegenden vermeiden ein übereiltes Ansprechen beobachteter Arztfehler aus Angst sich selbst, ihre Kompetenz und Fachwissen bloßzustellen. Das Gefühl, den Arzt mit fehlerfreiem Wissen zu beeindrucken ist in der Praxis vorhanden, wie die Interviewergebnisse zeigen. Dem gegenüber steht die Meinung der Ärzte, die in den Gesundheits- und Krankenpflegern in ihrem Berufsalltag keinen kompetenten Ansprechpartner sehen (Meyer-Kühling et al. 2015). Dies könnte darauf

zurückzuführen sein, dass durch das Nicht-ansprechen der Fehler zur Konfliktvermeidung, zur Vermeidung von Bloßstellung und aus falschem Respekt einer empfundenen hierarchischen Kluft gegenüber, die Pflegenden ihr eigentliches Wissen zurückstellen und sich der Meinung der Ärzte fügen.

Oftmals ist es auch eine Frage der Kommunikationsstrategie. Die Ergebnisse ergaben, dass die Befragten sich nicht in der Lage fühlen einen Fehler auf eine kritische und zugleich konstruktive Art und Weise anzusprechen. Sie vermeiden im kommunikativen Umgang das direkte Ansprechen des Arztes auf den beobachteten Fehler. Die Ergebnisse zeigen, dass MitarbeiterInnen beider Berufsgruppen häufig Situationen erleben, die Nachfragen, Hinweise und Abklärung erfordern. Ärzte und Pflegende benutzen oft non-verbale Kommunikation wie Gesten und Mimik, um Kollegen auf Sicherheitsregeln und -bedenken hinzuweisen. Hierbei wäre eine Überlegung, wieso die examinierten Pflegenden sich nicht der direkten Fehlerkommunikation bedienen.

Die Variablen der Rahmenbedingungen, Zeitnot und Personalmangel, haben einen wesentlichen Einfluss auf die Bereitschaft und Möglichkeit der Pflegenden, Ärzte auf deren verursachte Fehler hinzuweisen. Zwar zeigen die Befragten eine gewisse Loyalität gegenüber den Mediziner, da sie Fehler, die unter Zeitnot passieren, verstehen können. Dies ist jedoch trotzdem ein Faktor, der sie daran hindert, auf Fehler aufmerksam zu machen. Die Problematik der Zeitnot und des Personalmangels ist eine akute Situation in deutschen Krankenhäusern und nicht zeitnah zu lösen. Dies erfordert Strategien und Maßnahmen seitens der Pflegenden sowie auch der Mediziner, trotz der erschwerten Rahmenbedingungen eine angemessene Fehlerkommunikation zu ermöglichen.

Für die Beantwortung der Forschungsfrage dieser Arbeit wurden die Ergebnisse dargestellt und mit der Literatur verglichen. Wie Pflegende die Kommunikation zu Ärzten erleben ist von vielen Faktoren geprägt. Damit Pflegende die Möglichkeit erleben, einen Arzt auf einen gemachten Fehler hinzuweisen, spielen viele Faktoren eine Rolle. Hierbei stellt die Hierarchie nach wie vor einen der größten Faktoren dar, wieso Pflegende diese Möglichkeit einer guten, professionellen Kommunikation nicht sehen. Für die Praxis ist hier kurzfristig keine zufriedenstellende Lösung zu erwarten. Jedoch kann eine prospektive Entwicklung der Pflege in Richtung einer vermehrten Akademisierung sich positiv auf das Hierarchiegefälle in deutschen Krankenhäusern auswirken. Durch die steigende Akademisierung in der Pflege nimmt auch die Akzeptanz des Pflegeberufs seitens der ärztlichen Kollegen zu (Knoll

und Lendner 2008). Die Akademisierung der Pflege würde auch zu einem neuen Rollenverständnis des Berufstandes der Pflege führen. Hierbei ist jedoch auch davon auszugehen, dass die Akademisierung auch zu einem Hierarchiegefälle in den eigenen Reihen führen kann. Nach Erfahrung der Autorin sind die verschiedenen Ausbildungsgrade der Pflegeberufe schon für Kollegen ein Grund, die Kommunikation und das Ansehen zu verändern. Die in den Ergebnissen dargestellte Unsicherheit der Pflegenden in ihrem Berufsalltag zeigt, dass die Pflege bis heute keinen genau abgegrenzten Gegenstandsbereich erlebt. Zwar gibt es Definitionen und Pflege-theorien, diese haben in den deutschen Krankenhäusern jedoch nur teilweise Eingang gefunden. Ein einheitliches Verständnis vom Pflegeberuf durch die Akademisierung könnte dazu führen, dass sich Pflegenden mehr ihrer Rolle und somit Kompetenz bewusst sind und sich in der Lage und Position sehen, Fehler ohne langes Zögern und endloses Reflektieren anzusprechen. Das Ansprechen der Fehler würde ohne die Bedenken passieren, den Arzt gegenüber sich selbst aufzubringen oder sich unwissend bloßzustellen. Ein weiterer Lösungsansatz, um für Pflegenden sowie für Ärzte eine Möglichkeit zu schaffen, sich in der Lage zu sehen, bemerkte Fehler eines anderen anzusprechen, ohne sich selbst oder den anderen vorzuführen, zeigt die Aktion Speak Up. „Speak Up! Wenn Schweigen gefährlich ist!“ war das Motto des 3. Internationalen Tages der Patientensicherheit (ITPS) im September 2017. Darunter versteht man, dass Fachpersonen des Gesundheitswesens und Patienten beim Erkennen von Sicherheitsproblemen ihre Zweifel offen ansprechen. Die Aktion geht davon aus, dass es zur Patientensicherheit beiträgt, wenn die Beteiligten am Versorgungsprozess von Patienten ein gemeinsames Verständnis davon haben, wie und wann Sicherheitsbedenken angesprochen werden können (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 17.09.2017). Das Programm zeigt die Aktualität und Notwendigkeit des Themas der Fehlerkommunikation in den deutschen Krankenhäusern. Die Möglichkeit, anonym Fehler über ein Fehlermeldesystem zu melden, besteht in den Kliniken durch das CIRS Berichtssystem für sicherheitsrelevante Ereignisse im Krankenhaus (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2018). Dieses dient dazu, die Möglichkeit zu schaffen, Fehler zu melden, um die in den Ergebnissen dargestellten Hindernisse zu umgehen. Aus den Fällen, die berichtet werden, können alle Berufsgruppen, die am Versorgungsprozess beteiligt sind lernen. Diese Fehlermeldungen werden gemacht, unmittelbar nachdem ein Fehler passiert ist. Genau wie die Ergebnisse zeigen, ist es in diesem Kontext für Pflegenden schwer, den Arzt direkt auf Fehler hinzuweisen. Ein anonymer Weg scheint für Pflegenden niederschwelliger zu sein. Um zu vermeiden, dass Fehler erst entdeckt und beschrieben werden, nachdem sie passieren, wäre die Initiative Speak Up! eine

Möglichkeit, den Pflegenden und ÄrztInnen den direkten kommunikativen Weg zu erleichtern. Unabdingbar ist, das selbstbewusste Auftreten und das Rollenverständnis der Pflege zu stärken und weiter zu entwickeln. Des Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass Methoden wie die Supervision in der Praxis nicht vorhanden sind, jedoch für eine funktionierende Fehlerkommunikation förderlich wären (Knoll und Lendner 2008). Die Supervision würde einen geschützten Rahmen schaffen, in dem eine geführte Kommunikation frei von der Angst der Konfliktentstehung möglich wäre. Dieser geschützte Rahmen fehlt den Pflegenden, was aus den Ergebnissen der Interviews zu schließen ist.

Nach Meinung der Autorin ist das Bewusstsein der Pflegenden über ihren Kompetenzbereich und Gegenstandsbereich ausschlaggebend dafür, ob sie sich in der Lage fühlen, Fehler zu erkennen und selbstbewusst an Ärzte heranzutragen. Dabei ist zu erwähnen, dass die Differenzen und Hierarchiegefälle zwischen den beiden Berufsgruppen nicht bestärkt werden sollen durch ein präsenderes Auftreten der Pflege. Es sollte lediglich dazu beitragen, eine Kommunikation auf Augenhöhe zu begünstigen und die Möglichkeit zu schaffen, dass Pflegende sich nicht von den in den Ergebnissen genannten Punkten davon hindern lassen Fehler anzusprechen.

3. Limitationen

Aus Sicht der Autorin müssen die Ergebnisse sowie die Methodik der Arbeit im Kontext von Limitationen betrachtet werden, die Einfluss auf die Aussagefähigkeit der Studie haben können. Die Erhebung sollte durch zufällig ausgewählte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mittels des Top-down-Verfahrens stattfinden. Die gewählten Kriterien für die Stichprobenauswahl für die Untersuchung wurden sehr klein gehalten. Die Rekrutierungsstrategie der Autorin, durch private Kontakte Interviewpartner zu finden, war nicht die zu favorisierende Strategie für diese Studie. Jedoch auf Grund der begrenzten Zeit und Ressourcen der Autorin und des Rahmens dieser Arbeit musste auf private Kontakte zurückgegriffen werden. Dies verhinderte eine zufällige Auswahl und somit eine validere Stichprobe, die die Aussagekraft der Untersuchung präzisieren würde.

Weiterhin limitiert ist zu betrachten, dass nur weibliche Gesundheits- und Krankenpflegerinnen befragt wurden. Eine geschlechtlich ausgewogenere Stichprobe hätte die Aussagekraft eventuell vielseitiger ausfallen lassen und zu anderen Ergebnissen geführt. Die Befragung von nur weiblichen Teilnehmerinnen ist der privaten Auswahl der Autorin geschuldet. Durch das persönliche Ansprechen der befreundeten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen stimmten diese aus Gefälligkeit gegenüber der Autorin der Teilnahme zu. Die Interviews wurden in einem privaten Rahmen geführt. Aufgrund der Einschränkung, im privaten Bereich professionelle Gesundheits- und Krankenpflegerinnen zu finden, die an den Interviews teilnehmen, wurden nicht mehr als fünf Interviewpartnerinnen gefunden. Die Aussagekraft der Ergebnisse könnte begrenzt durch die geringe Teilnehmeranzahl sein. Dies hatte jedoch den Vorteil, dass sich die Teilnehmerinnen frei fühlten, sich offen mitzuteilen, und in der Lage waren, kritische Aussagen zu machen. Nachteilig war es, dass die Befragten oft vom Thema abkamen und zu privaten Fragen übergingen, die den Ablauf unterbrachen. Im Allgemeinen hatte die Autorin den Eindruck, dass häufig „sozial erwünschte“ Antworten gegeben wurden. Aus Sicht der Autorin kann dies auf die Sensibilität des Studienthemas zurückzuführen sein. Die Frage, ob die Befragten Fehler beobachten, die die Mediziner begehen, wurde oft mit Nein beantwortet. Im weiteren Verlauf stellte sich jedoch heraus, dass sie durchaus Fehler beschrieben. Einschränkend zu betrachten ist das methodische Vorgehen der Autorin. Die Kategorisierung und Interpretation der geführten Interviews und deren Aussagen erfolgte ausschließlich durch die Autorin. Somit wurden die Interviewtranskripte nicht von zwei oder mehreren Forschern unabhängig voneinander kodiert, um eine Absicherung der Forschungstriangulation anzustreben. Die alleinige

Kodierung und Interpretation der Autorin fördert eine subjektive Sichtweise auf die Aussagen und deren Interpretationen. Weitere Ansichten auf die Aussagen und deren Wert für die Beantwortung der Forschungsfragen würden zu einer allgemeineren und vielseitigeren Interpretation der Ergebnisse führen. Die Validität der Forschungsergebnisse ist somit limitiert. Restriktiv ist zu betrachten, dass durch die geringen zeitlichen Ressourcen für diese Arbeit eine kleinere Stichprobenzahl gewählt wurde und die Interviews mit fünf Fragen und dem angegebenen Zeitraum von ca. 20 bis 30 Minuten die Aussagen eingeschränkt haben.

Auf Grund des begrenzten vorgegebenen Zeitraums für die Bearbeitung des Forschungsvorhabens und dessen geringen Umfang dieser Arbeit wurde kein Ethikantrag von der Autorin gestellt. Das Studienthema und seine Sensibilität im berufsgesellschaftlichen Raum verlangen nach Meinung der Autorin eine ethische Betrachtung. Durch die gestellten Fragen konnte teilweise Unbehagen bei der Beantwortung beobachtet werden. Allein die Befragung zu einem Thema wie dem der Arbeit kann dazu führen, dass die Interviewteilnehmerinnen in eine emotional belastende Situation kommen. Eine Absicherung durch ein Ethikkomitee wäre für eine größere Befragung sinnvoll gewesen.

Im Ergebnissteil wurden einige Quellen häufiger genutzt, somit ist eine Überzitation nicht auszuschließen. Weitere Limitierungen dieser Arbeit sind mit der recherchierten Literatur zu betrachten. Durch die ausgeprägten Sprachkenntnisse der Autorin konnten Quellen nur in deutscher, englischer und italienischer Sprache verwendet werden. Die Richtigkeit der Übersetzungen von englischen Texten wurden nicht von einer weiteren Person auf deren Richtigkeit geprüft. Allein die Autorin hat nach ihren Sprachkenntnissen die Texte frei übersetzt. Des Weiteren fand bei der Literaturrecherche keine Limitation zur zeitlichen Begrenzung der Literatur statt. Die Kapitelpunkte 3.1.3 und 3.4.1 konnten nicht mit Literatur verglichen werden, da sich zu diesen Punkten keine erwähnenswerte Studie finden ließ. Somit sind die Aussagen und Interpretationen, die in diesen Kapiteln gemacht wurden, alleine von der Autorin verfasst worden. Es wurde von der Autorin auch internationale Literatur zitiert, wie beispielsweise aus dem Iran, somit ist der Vergleich mit den Aussagen der in Deutschland arbeitenden Gesundheits- und Krankenpflegerinnen zu hinterfragen, da diese in einem anderen System und Betriebskultur arbeiten wie die Teilnehmer der internationalen Studien. Die Literatur wurde von der Autorin nicht systematisch bewertet, sondern durch eigenes Ermessen auf Aussagekraft hin beurteilt.

6. Schlussfolgerung

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Pflegende nicht kontinuierlich in ihrem Arbeitsalltag die Möglichkeit erleben, Ärzte konstruktiv und kritisch auf Fehler hinzuweisen. Sie finden häufig die eine angespannte Kommunikationssituation vor. Durch die ausgeführten Faktoren, die die Pflegenden individuell erleben und einschätzen, scheint die Möglichkeit für eine offene Kommunikation stark begrenzt zu sein. Die Frage ob sie sich in der Lage sehen, Fehler kritisch und konstruktiv anzusprechen, lässt sich nicht einheitlich beantworten, da Faktoren wie Hierarchie, Konfliktvermeidung, Sicherheit im eigenen professionellen Handeln und persönlichen Beziehungen eine individuelle Auswirkung auf die Pflegenden haben. Die Kommunikation mit Ärzten seitens der Pflegenden, speziell in der Fehlerkommunikation, hat weiterhin Entwicklungsbedarf.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen weiteren Forschungsbedarf auf. Einerseits wäre eine umfangreichere Untersuchung von Pflegenden zu den gestellten Fragestellungen interessant, um allgemeingültigere Aussagen zu erhalten. Des Weiteren könnte man regionale Unterschiede darstellen, indem eine Befragung in verschiedenen Bundesländern stattfinden könnte. Möglicherweise sind Unterschiede zu erwarten, z.B. ein Ost-West-Gefälle. Umfassender wäre ein internationaler Vergleich dazu, wie Pflegende in anderen Ländern mit Fehlerkommunikation umgehen und wie sie in der Berufskultur gelebt wird. Auch eine Differenzierung der Befragten wäre ein weiterer Weg, dieses Thema zu beleuchten. Beispielsweise könnte man die Stichprobenauswahl teilen und Befragungen mit examinierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen durchführen und parallel mit Pflegenden, die einen akademischen Abschluss haben. Um die Fehlerkommunikation spezifischer darzustellen würde die Perspektive der Ärzte einen wertvollen Beitrag leisten, Barrieren beidseitig zu erkennen. Hierbei wäre zu betrachten, ob Ärzte sich in der Lage fühlen an Pflegende konstruktive Kritik zu üben und wie sie die Kommunikation zu den Pflegenden wahrnehmen. Die Literatur zeigt, dass wenig Interesse am Diskurs von ärztlicher Seite aus zu verzeichnen ist. Wenn Interesse von den MedizinerInnen am Handeln von Pflegenden vorhanden ist, dann meist wegen gesetzlicher und ökonomischer Aspekte, weniger an Kommunikation zu der Berufsgruppe der Pflegenden (Hoepfer et al. 2017). Auch wird in der Praxis beobachtet, dass Ärzte anders auf Pflegende reagieren, wenn sie in der Gruppe sind als im Einzelkontakt. Die Frage stellt sich, wie Ärzte in vergleichbaren Einrichtungen, wie zum Beispiel Hospizen das kommunikative Verhältnis der beiden

Berufsgruppen einschätzen und beurteilen, stets mit dem Hintergrund, eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten.

Die problematische Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegenden ist ein Teamproblem, welches in jeder Institution auftritt. Der Unterschied zu der Institution Krankenhaus ist, dass es hierbei um das Wohl und Leben von Patienten geht. Sieht man den Patienten als Kunde, so hat er ein Recht darauf, die bestmögliche Versorgung zu erhalten. Die anfänglich erwähnten 96 Todesfälle pro Jahr aufgrund einer mangelhaften Fehlerkommunikation zeigen, dass für hierarchisches Verhalten und Minderwertigkeitskomplexe am Patientenbett kein Platz ist. Im Bemühen um die Gesundheit eines jeden Patienten sind die beiden Professionen aufeinander angewiesen. Um eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe und ein gegenseitiges Begegnen mit Wertschätzung zu ermöglichen, sollten Pflegende wie auch Mediziner eine offene Kommunikation wählen. Eine Kommunikation, die auf hierarchische Ebenen, persönliche Sympathien und Interessen sowie Selbstdarstellung verzichtet.

7. Literaturverzeichnis

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (31.08.2017): Behandlungsfehler: Wie erfolgreiche Kommunikation auch in Krisensituationen gelingt. Berlin. Müller, Hardy, Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Am Zirkus 2, 10117 Berlin. Online verfügbar unter <http://www.aps-ev.de/Presse/pressemitteilung-behandlungsfehler-wie-erfolgreiche-kommunikation-auch-in-krisensituationen-gelingt/>, zuletzt geprüft am 27.11.2017.

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (17.09.2017): 3. Internationaler Tag der Patientensicherheit am 17. September 2017 Schwerpunktthema: «Speak Up! – Wenn Schweigen gefährlich ist». Berlin. Gehlenborg, Friederike, Postfach 30 11 20 70451 Stuttgart, E- Mail: gehlenborg@medizinkommunikation.org. Online verfügbar unter <http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2017/08/gemeinsame-PM-zum-ITPS-2017-final.pdf>, zuletzt geprüft am 16.05.2018.

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2018): KH- CIRS- Netz Deutschland 2.0. Online verfügbar unter <http://www.kh-cirs.de/impressum.html>, zuletzt geprüft am 15.05.2018.

Bartholomeyczik, Sabine (2004): Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit. Konzeptentwicklung, Operationalisierung und Konsequenzen. In: *Pflegewissenschaft* (7-8), S. 389–395.

Bartholomeyczik, Sabine (2011): Pflegeforschung: Entwicklung, Themenstellung und Perspektiven. Hg. v. Doris Schaeffer und Klaus Wingenfeld. Weinheim: Juventa- Verlag.

Bertelsmann- Stiftung (2009): Themenreport "Pflege 2030". Was ist zu erwarten- was ist zu tun? Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, Carl-Bertelsmann-Straße 256, 33311 Gütersloh. Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BS/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf, zuletzt geprüft am 16.05.2018.

Booij, L. H. (2007): Conflicts in the operating theatre. In: *Current Opinion in Anesthesiology* 20, S. 152–156.

Bundesärztekammer (2016): Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2016. Online verfügbar unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Behandlungsfehler/Statistische_Erhebung_2017.pdf, zuletzt geprüft am 27.11.2017.

Curtis, K.; Tzannes, A.; Rudge, T. (2011): How to talk to doctors. a guide for effective communication. In: *International Nursing Review* 58, 2011, S. 13–20.

Dahlgaard, Knut (2010): Verbesserung der teamorientierten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden – „ Neue Chancen durch Prozessorientierung und erweiterte Aufgaben für Pflegenden. In: *ZEFQ* 104 (1), S. 32–38. Online verfügbar unter [http://zefq-journal.com/article/S1865-9217\(09\)00400-0/pdf](http://zefq-journal.com/article/S1865-9217(09)00400-0/pdf), zuletzt geprüft am 27.11.2017.

Gforer, R.; Bernard, U.; Schaper, C. (2007): Rollenerwartungen unterschiedlicher Berufsgruppen im OP. In: *Der Anaesthetist* 56, 2007, S. 1163–1169.

Guedes dos Santos, José Luís; da Silvas Lima, Maria Alice Dias; Pestana, Aline Lima; dos Santos Colomé, Isabel Cristina; Erdmann, Alacoque Lorenzini (2016): Strategies used by

nurses to promote teamwork in an emergency room. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover trabalho em equipe em um serviço de emergência. In: *Revista Gaúcha de Enfermagem* 37, März 2016 (1), S. 1–7. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.50178>.

Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) (2016). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (9), S. 1189–1220.

Heydari, Abbas; Moghadam, Kokab Basiri; Manzari, Zahra Sadat; Mahram, Behrooz (2017): Mental challenges of nurses in the face of unlearning situations in hospitals: A qualitative study. In: *Electronic Physician* 9, September 2017 (9), S. 5237–5243. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.19082/5237>, zuletzt geprüft am 05.03.2018.

Hibbeler, Birgirt (2011): Ärzte und Pflegekräfte, ein chronischer Konflikt? Die Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Krankenhaus ist nicht immer reibungslos. Pflegekräfte fühlen sich nicht wertgeschätzt. Ärzte wünschen sich mehr Verständnis für ihre Arbeitsbelastung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 108 (41), S. 2138–2144. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=109162>, zuletzt geprüft am 27.11.2017.

Hoeper, K.; Kriependorf, M.; Felix, C.; Nyhuis, P.; Tecklenburg, A. (2017): Rollenspezifische Ziele und Teamarbeit im OP. In: *Der Anaesthesist* 66, 30.10.2017 (12), S. 953–960. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/s00101-017-0380-7>, zuletzt geprüft am 20.03.2018.

Holland Wade, G. (1999): Professional Nurse Autonomy: concept analysis and the application to nursing education. In: *Journal of Advanced Nursing* 30, 1999, S. 310–318.

Janss, R.; Rispens, S.; Segers, M.; et al. (2012): What is happening under the surface? Power, conflict and the performance of medical teams. In: *Medical Education* 46, S. 838–849.

Kamensky, Jaroslav (2014): The power of Elaine's story: a personal reflection. In: *Journal of Perioperative Practice* 24 (3), S. 50–55. DOI: 10.1177/175045891602400304.

Kenaszchuk, C.; Wilkins, K.; Reeves, S.; Zwarenstein, M.; Russel, A. (2010): Nurse-physician relations and quality of nursing care: findings from a national survey of nurses. In: *Can J Nurs Res.* 42, 2010, S. 120–136.

Knoll, Martin; Lendner, Ilka (2008): ...dann wird er halt operiert und es ist keine Blutgruppe da! Interprofessionelle Kommunikation von Pflegenden einer internistischen Intensivstation. In: *Pflege* 21 (5), S. 339–351. DOI: 10.1024/1012-5302.21.5.339.

Köpke, Sascha; Dehning, Kathrin; Molsen, Nadine; Möhler, Ralph; Kasper, Jürgen; Meyer, Gabriele (2009): Die Rolle der Pflegenden im therapeutischen Team der Stroke Unit. In: *Pflege* 22, 2009, S. 39–46. Online verfügbar unter <http://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/101024/1012-5302.22.1.39>, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

Mahdizadeh, Mousa; Heydari, Abbas; Moonaghi, Hossein Karimi (2017): Exploration of the process of interprofessional collaboration among nurses and physicians in Iran. In:

Electronic Physician 9, Juni 2017, S. 4616–4624. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.19082/4616>.

Martin, D. R.; O'Brien, J.L.; Heyworth, J. A.; Meyer, N. R. (2005): The collaborative health care team: Tensive issue waranting pngoing consideration. In: *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 17, 2005 (8), S. 325–330.

Mayring, Philipp (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6. Aufl. Weinheim: Basel: Beltz.

Meyer-Kühling, Inga; Wendelstein, Britta; Pantel, Johannes; Specht-Leible, Norbert; Zenthöfer, Andreas, Schröder, Johannes (2015): Kommunikationstraining MultiTANDEMplus- Ein Beitrag zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegenden und Ärzten. In: *Pflege* 28, S. 277–285. Online verfügbar unter <http://econtent.hogrefe.com/doi.10.1024/1012-5302/a0000447>, zuletzt geprüft am 02.04.2018.

Muller-Juge, Virginie; Cullati, Stéphane; Blondon, Katherine S.; Hudelson, Patricia; Maître, Fabienne; Vu, Nu V. et al. (2014): Interprofessional collaboration between residents and nurses in general internal medicine: a qualitative study on behaviours enhancing teamwork quality. In: *PloS one* 9 (4), e96160. DOI: 10.1371/journal.pone.0096160.

Nurse-Patient Relations; Benner, Patricia E. (Hg.) (2010): Interpretive phenomenology. Embodiment, caring, and ethics in health and illness. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications. Online verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=473738>.

Schärli, Marianne; Müller, Rita; Martin, Jaqueline; Spichiger, Elisabeth; Spirig, Rebecca (2017): Interprofessionelle Zusammenarbeit Pflegefachpersonen und Ärzteschaft. Eine Triangulation quantitativer und qualitativer Daten. In: *Pflege* 2, S. 53–63. Online verfügbar unter <http://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1012-5302/a000531>, zuletzt geprüft am 27.11.2017.

Sepasi, Rana; Borhani, Fariba; Abbaszadeh, Abbas (2017): Nurses' perception of the strategies to gaining professional power: A qualitative study. In: *Electronic Physician* 9, Juli 2017, S. 4853–4861. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.19082/4853>.

Spence Laschinger, H.; Leiter, M.; Day, A.; Gilin-Oore, D.; Mackinnon, S.; Spence Laschinger, Heather K. et al. (2012): Building empowering work environments that foster civility and organizationa trust: Testing intervention // Building empowering work environments that foster civility and organizational trust: testing an intervention. In: *Nurse Researcher* 61, 2012 (5), S. 316–325.

8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 (Übersicht der Kategorien) auf Seite 8 wurde von der Autorin selbst angefertigt

9. Anhang

A1 Einverständniserklärung	I
A2 Informationsschreiben	II
A3 Interviewleitfaden	III
A4 Interviewtranskript	IV

A1 Einverständniserklärung

Einverständniserklärung von Probanden

HAW- Hamburg

Einverständniserklärung

zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie

Fehlerkommunikation von Pflegenden

Probandendaten:

(Nachname, Vorname)

(Email)optional

Ich habe das „Informationsschreiben“ der genannten Studie gelesen und verstanden. Eine Kopie dieser „Information“ wurde mir ausgehändigt. Außerdem hatte ich ausreichend Gelegenheit, Fragen (z. B. zu Inhalt, Ziel, Verlauf und Risiken) zu stellen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, an der Studie teilzunehmen. Meine Teilnahme erfolgt freiwillig.

Ich weiß, dass ich die Möglichkeit habe, meine Teilnahme an dieser Studie jederzeit und ohne Angabe von Gründen abzubrechen, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Datenschutzklausel:

Ich erkläre, dass ich mit der im Rahmen der Studie erfolgenden Aufzeichnung von Studiendaten und ihrer Verwendung in pseudo- bzw. anonymisierter Form einverstanden bin.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Teilnehmers)

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Studierenden)

A2 Informationsschreiben

Informationsschreiben zur Fehlerkommunikation von Pflegenden

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich bin Studentin des dualen Bachelorstudienganges Pflege. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit möchte ich eine pflegewissenschaftliche Studie durchführen und bitte Sie mit diesem Schreiben um Ihre Teilnahme daran. Mit diesem Informationsschreiben möchte ich Sie über mein Vorhaben genau informieren.

Das Thema liegt mir sehr am Herzen. Wir erleben jeden Tag Kommunikationssituationen im eigenen Team, mit Patientinnen und Patienten, aber auch mit anderen Berufsgruppen, beispielsweise mit Ärzten und Ärztinnen. Viele dieser Situationen sind von Wertschätzung und Sensibilität geprägt. Trotzdem werden laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) jährlich 43 Millionen Schadensfälle im Gesundheitswesen registriert (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 2017). Davon sind geschätzte 28,6 Millionen Schadensfälle auf menschliche Fehler zurückzuführen und somit vermeidbar gewesen (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 2017). 27 Millionen dieser menschlichen Fehler am Patienten sollen durch eine schlechte Kommunikation zwischen Mitarbeitern im Gesundheitswesen verursacht werden (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 2017). Gleichwohl ist das gemeinsame Ziel von Pflegenden und Ärzten das Wohl des Patienten und die optimale Patientenversorgung (Dahlgaard 2010).

Ziel der Arbeit soll es sein herauszufinden, welche subjektiven und individuellen Erfahrungen Pflegende in der Kommunikation mit Ärzten machen. Insbesondere der Umgang mit kritischer und zugleich konstruktiver Kritik seitens der Pflegenden soll analysiert werden. Es soll dargestellt werden, ob und wie Pflegende es erleben, gegenüber Ärzten Feedback zu äußern.

Deshalb möchte ich gerne Interviews mit Ihnen, zu diesem Thema führen. Ihre Erfahrungen zu diesem Thema können einen wichtigen Beitrag leisten. Das Interview soll in einem geschützten Raum nach Absprache stattfinden.

Ein Interview soll ungefähr zwanzig Minuten dauern. Alle Daten die ich von Ihnen aufnehme, werden mit einem Pseudonym versehen. Dieses Pseudonym ist nur mir bekannt. Somit ist es anderen Personen nicht möglich Sie in Verbindung mit den gemachten Aussagen zu bringen. Die Daten werden sicher verwahrt und ausschließlich für diese Studie genutzt. Nach Ende der Studie werden die Daten vernichtet. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Zustimmung zur Teilnahme widerrufen, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf Sie auswirken wird.

Über eine Teilnahme würden wir uns sehr freuen. Für Rücksprachen stehe ich unter der Email-Adresse: annakatharinastefanie.stettmer@haw-hamburg.de zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen, Anna Stettmer

A3 Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

Das Interview soll in einem geschützten Raum stattfinden. Ein Interview soll ungefähr zwanzig Minuten dauern. Neben der zu interviewenden Person wird die Studierende an dem Interview teilnehmen. Zusätzlich wird das Interview mittels eines mobilen Endgerätes aufgenommen. Das mobile Endgerät ist mit einem Code verschlüsselt. Die handschriftlichen Aufschriften werden sicher in einem verschließbaren Schrank verwahrt.

Interviewfragen:

1. Wie empfinden sie die Kommunikation zu Ärzten in ihrem Berufsalltag?
2. Sie haben bestimmt schon Situationen erlebt, in denen Ärzte oder Ärztinnen einen bewussten oder unbewussten Fehler gemacht haben. Können sie so eine Situation beschreiben?
3. Wie reagieren sie darauf?
4. Wie fühlen sie sich, wenn sie in die Situation kommen, den Arzt/ die Ärztin auf gemachte anzusprechen? Trauen sie sich, dies offen anzusprechen?
5. Können Sie Gründe nennen, wieso sie den Arzt/ die Ärztin nicht auf Fehler hinweisen?

A4 Interviewtranskript

Hier wird beispielhaft, in Absprache mit der Prüferin, ein Interviewtranskript angehängt. Die Schriftart wurde nicht angepasst, da sich sonst die Zeilen verschieben würde.

Interview 1, 13:56 Minuten

Zeile	Interview (Text)	Interpretation
1	A: Wie empfindest du die Kommunikation zu Ärzten in	
2	deinem Berufsalltag?	
3	C: Überwiegend positiv, manchmal schwierig je nachdem	
4	welcher ärztlicher Kollege da ist, manche sind einfach viel	
5	gestresst und lassen auch wenig Kommunikation zu, andere	
6	sind sehr unerfahren, was ich bei mir ja nicht ausschließen	
7	kann bin ja auch noch unerfahren. Aber ich finde man muss	
8	dann miteinander reden. Mit anderen klappts dann total toll,	
9	kommt wirklich darauf an welcher Kollege gerade da ist, wie	
10	es dem gerade geht, wie viel Stress und Druck der von oben	
11	bekommt. Ja, viele Faktoren die da irgendwie	
12	zusammenspielen. Ansonsten, ich würde sagen, eher	
13	positiv bis 50/50 aber nicht nur schlecht oder so, das kann	
14	man jetzt gar nicht sagen.	
15	A: Aber du hast das Gefühl, du kannst offen kommunizieren,	
16	wenn du ein Anliegen hast?	
17	C: Ja. Beziehungsweise ich tu´s einfach. Ne, weil es ja mein	
18	Job ist. Kann sein, dass ich dann Ärger bekomme oder so	
19	aber es ist für mich ja wichtig und ja.	
20	A: Ok. Du hast bestimmt schon mal Situationen erlebt, wo	
21	du einen Arzt gesehen hast, der einen unbewussten oder	
22	bewussten Fehler gemacht hat. Kannst du so etwas	
23	beschreiben, fällt dir da was ein?	
24	C: Also ich glaube unbewusste Fehler machen wir alle	
25	irgendwie und wenn es jetzt gerade um sowas wie Hände	
26	desinfizieren, nehme ich mich nicht von aus. Ich desinfizier	
27	mir auch nicht komplett so die Hände wie wir es in der	
28	Schule gelernt haben, also nicht bevor ich ins Zimmer geh,	
29	bevor ich an den Patienten geh, wenn ich wieder vom	
30	Patienten weg gehe, so, in der Regel desinfiziere ich mir die	
31	Finger, wenn ich ins Zimmer reingehe und desinfiziere sie	

<p>32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 6</p>	<p>wenn ich vom Patienten wieder weg gehe. Oder wenn ich irgendwas Infektiöses mache, dann auf jeden Fall. Die meisten Ärzte tatsächlich desinfizieren sich auch die Hände, wenn sie ins Zimmer reingehen und auch eigentlich, wenn sie wieder rausgehen. Es ist mir jetzt noch nie bewusst aufgefallen, dass jemand das gar nicht tut, die ziehen sich auch Alle immer Handschuhe an z.B. wenn sie auf den Bauch schauen. Was ich manchmal finde, ist das es Fehler gibt, aber ich glaube das würde der Arzt nicht als Fehler bezeichnen, wenn es irgendwie um Medikation geht oder um die Behandlung von dem Patienten wo einfach Pflegemeinung und Ärztemeinung auseinander geht und wir denken na ja, da wäre jetzt aber was anderes angebracht als der Arzt sagt.</p> <p>A: Zum Beispiel?</p> <p>C: Ja sowas wie gerade Frau X, du weißt wen ich meine, finde ich überhaupt nicht in Ordnung wie hier mit ihr umgegangen wird. Ich kann verstehen, dass der Arzt der jetzt heute da ist und auch die Ärztin die gestern da war , das die unsicher sind und das sie jetzt sagen, ok am Wochenende bin ich jetzt nicht diejenige, die das hier so rumreißt und die alles absetzt und die Patientin sterben lässt. Aber, na ja weiß ich nicht, wenn nicht jetzt wann dann? In der Hoffnung, dass morgen vielleicht ein Palliativkonsil läuft, aber wissen wir auch nicht ob es morgen dann tatsächlich laufen wird. Und für die Patientin ist es einfach jetzt, finde ich, dran. Da fühlt sich jetzt aber keiner zuständig und da wird gesagt ja aber die Antibiose ist total wichtig und das Furosemid ist total wichtig und ich finde, das sind Sachen, die ihr Leiden nur noch in die Länge zieht.</p> <p>A: Und erlebst du öfter so Situationen, dass du sagst das sind doch Fehler oder das ist nicht richtig was hier passiert?</p> <p>C: Ich finde das halt tatsächlich jetzt gerade einfach nicht richtig. Das ist glaube ich kein Fehler von denen. Aber ich finde es nicht richtig. Ich glaube von ihnen was die gelernt</p>	
---	--	--

8	haben richtig gehandelt, aber ich finde es ethisch nicht	
69	richtig. Verstehst du was ich meine?	
70	A: Ja. Und wie reagierst du darauf?	
71	C: Na ich habe das gestern noch nicht ganz so kritisch	
72	gesehen und fand, dass es ihr nicht ein bisschen besser	
73	ging, aber heute ... ich habe das vorhin gesagt, dass ich das	
74	nicht in Ordnung finde. Ich habe gesagt, ich würde alles	
75	absetzen (lacht). Und da wurde nur gesagt, na das ist aber	
76	schon wieder aktive Sterbehilfe, das machen wir jetzt hier	
77	nicht.	
78	A: Ok. Und jetzt abgesehen davon, gibt es auch in den	
79	anderen Versorgungen Fehler, die du beobachtest? Die die	
80	Ärzte auch gar nicht bewusst machen?	
81	C: Ja, neulich hatten wir eine Situation, da war eine	
82	Patientin, also die Station war voll und die Patientin war in	
83	der 26 Woche, also noch richtig früh, die mit Wehen kam und	
84	der Muttermund war schon ein bisschen geöffnet als sie in	
85	den Kreissaal kam und die dann Bettruhe bekommen hat	
86	und einen Perfusor um die Wehentätigkeit zu hemmen und	
87	alles und das auch gut funktioniert hat. Normalerweise wird	
88	der Perfusor 48 Stunden laufen gelassen und danach	
89	bleiben die mindestens noch einen Tag zur Überwachung	
90	um zu gucken ob die wieder Wehen bekommen. Und in dem	
91	Moment war es so voll, dass die Patientin dann eine Stunde,	
92	nachdem der Perfusor abgekommen ist, sofort entlassen	
93	wurde. Ohne zu schauen ob sie wieder eine Wehentätigkeit	
94	entwickelt. Das war sogar der Oberarzt, der sie entlassen	
95	hat, persönlich. Ich weiß nicht, was aus ihr geworden ist aber	
96	ich finde sowas nicht richtig. Das finde ich sehr grenzwertig.	
97	Ich finde, die hätte bei uns gar nicht aufgenommen werden	
98	sollen, weil wir das nicht gewährleisten können, was wäre,	
99	wenn das Kind gekommen wäre. Dann hätte sie mit dem	
100	Hubschrauber das Kind nach Altona verlegt werden müssen	
101	weil wir gar nicht dafür ausgelegt sind. Also fand ich schon	
102	nicht richtig, dass sie hier war geschweige denn, dass sie	
103	nach Hause entlassen worden ist ne Stunde nach dem der	

104	Perfusor ab war. Das fand ich nicht in Ordnung. Und sonst	
105	erlebst du hier schon sowas ab und an aber ich versuche	
106	das nicht an mich ran zu lassen und lösche das. Ja das so	
107	funktioniert das dann ganz gut.	
108	A: Ja das ist eigentlich auch schon die nächste Frage, die ist	
109	wie du dich fühlst, wenn du in so eine Situation kommst, dem	
110	Arzt oder der Ärztin auf solche Fehler anzusprechen. Traust	
111	du dich das, das offen anzusprechen?	
112	C: Ich traue mich das schon. Es kommt bisschen auf den	
113	Kollegen an, ob ich da richtig Angst vor hab oder ob ich	
114	überhaupt kein Problem damit habe das anzusprechen	
115	A: Warum hättest du Angst?	
116	C: Na ja weil es gibt einfach Kollegen, die fühlen sich dann	
117	schnell angegriffen oder die werden dann sofort zickig oder	
118	so	
119	A: Wie versuchst du denn, sowas anzusprechen?	
120	C: Ich versuch das nicht vor anderen Menschen zu machen,	
121	sondern versuch da halt in Ruhe zu machen. Oder ich	
122	spreche ihn im Flur an und sag können wir nachher nochmal	
123	reden oder so. Dann klappt das eigentlich schon immer.	
124	A: Nur bei manchen hast du das Gefühl, ich kann das nicht	
125	ganz so offen ansprechen wie bei anderen?	
126	C: Ja genau. Oder manche fühlen sich dann irgendwie	
127	angegriffen oder irgendwie an den Karren gepisst. Genau,	
128	ich hatte neulich im Nachtdienst die Situation mit einer	
129	Kollegin. Also das war eine Pflegekraft und bei ihr hatte die	
130	Ärztin einen Fehler gemacht und sie hat sie auch darauf	
131	angesprochen und die Ärztin hat dann aber gesagt nein sie	
132	ist nicht dafür zuständig, sie soll irgendwen anders anrufen	
133	und dann hat sie das gemacht, die waren dann aber auch	
134	nicht dafür zuständig. Dann hat die Ärztin gesagt es sei ihr	
135	egal mach du das und meine Kollegin meinte na ja ich bin	
136	aber die Pflegekraft und du bist der Arzt ich weiß es auch	
137	nicht. Dann hat die Ärztin gesagt ich weiß es aber auch nicht	
138	und die Pflegekraft na ja aber du bist der Arzt es ist jetzt nicht	
139	meine Aufgabe dir zu sagen was du machen sollst. Wenn du	

140	es nicht weißt, dann musst du es nachlesen oder einen	
151	Kollegen fragen und dann hat die Ärztin einfach aufgelegt.	
152	Und meine Kollegin hat daraufhin den Oberarzt angerufen,	
153	weil sie sich nicht anders zu Helfen wusste. Dann hat die	
164	Ärztin Anschiss bekommen und der Oberarzt war halt auch	
155	angepisst davon wie sich seine Ärztin verhält und hat das	
156	dann selber geklärt. Also manche reagieren da unschön	
157	drauf.	
158	A: Aber prinzipiell würdest du sagen du traust dich den Arzt	
159	darauf anzusprechen auch wenn du direkt in der Situation	
160	bist wie zum Beispiel er desinfiziert sich bei Betreten eines	
161	Isolationszimmers nicht die Hände.	
162	C: Ja also ich würde nicht sagen, das ist gerade falsch was	
163	du da machst, sondern ich würde sagen na ja aber du weißt	
164	schon das die Patientin, was weiß ich, HIV hat also ich	
165	würde nicht ohne Handschuhe Blut abnehmen.	
166	A: Also ein bisschen mit indirekten Anspielungen?	
167	C: Ja genau. Also ich würde nicht sagen, hey du hast dir	
168	gerade nicht die Hände desinfiziert du weißt schon, das ist	
169	falsch. Also das weiß er ja selber und wahrscheinlich hat er	
170	in dem Moment einfach nicht darauf geachtet oder war ein	
171	bisschen Lasse- fair und dann reicht es doch, wenn man	
172	einmal irgendwie so einen Stupser gibt.	
173	A: Was wären denn für dich Hinderungsgründe, dass du	
174	sowas nicht ansprichst?	
175	C: Vielleicht wenn ich mit der Kollegin schon mal... Also	
176	kommt auf den Grad des Fehlers an. Wenn ich es ganz	
177	schlimm finde und ich sag das tangiert gerade voll das	
178	Leben meines Patienten dann spreche ich es so oder so an,	
179	dann habe ich auch keine andere Wahl. Wenn es jetzt was	
180	ist wie Hände desinfizieren und ich weiß der Kollege hat	
181	darauf irgendwann schonmal angepissst darauf reagiert,	
182	dann würde ich es tatsächlich nicht machen. Weil das dann	
183	einfach das Klima total belastet und es ist für mich jetzt nicht	
184	so – also es ist schon ein Fehler und es ist doof und wenn	
185		

186	es jetzt was Isoliertes ist, ist es natürlich noch doofer, aber	
187	wenn es jetzt was Einfacheres ist würde ich es nicht sagen.	
188	A: Spielt denn in der Sache Hierarchien für dich eine Rolle?	
189	C: Wenig. Aber für mich haben Hierarchien schon immer	
190	wenig eine Rolle gespielt. Ich glaube mit so Oberärzten ist	
191	es nochmal ein anderes Thema aber du hast ja auch wenig	
192	mit denen zu tun. Ich weiß nicht, ich habe da wenig Respekt	
193	davor. Auch im Studium, die haben natürlich länger studiert	
195	als ich aber es sind alles Menschen, mit denen kann man	
196	reden	
197	A: Also du würdest sagen nur weil er jetzt die Arztrolle hat	
198	und du die Pflegerolle hindert es dich nicht daran ihn auf die	
199	Fehler anzusprechen?	
200	C: Nein. Wenn ich mir sicher bin, dass das ein Fehler war,	
201	den er gemacht hat, dann nicht.	
202	A: Auch nicht, wenn du dir sagst er mag mich dann nicht	
203	mehr?	
204	C: ja dann ist das so. Was ich finde, also diese Kollegin, die	
205	dann den Oberarzt angerufen hat. Also da hätte ich auch	
206	erstmal geschluckt. Ich weiß nicht wie ich in der Situation	
207	reagiert hätte. Ich finde sie hat total richtig reagiert, dass sie	
208	gesagt hat es ist nicht ihre Aufgabe. Wäre das meine	
209	Patientin gewesen ich hätte nicht gewusst was ich in dem	
210	Moment tun soll.	
211	A: Aber es ist für dich eine andere Hürde den Oberarzt	
212	anzurufen als den Assistenzarzt?	
213	C: Na ja, die Sache ist, es ist für mich keine Hürde den	
214	Oberarzt anzusprechen weil ich Hilfe brauche, aber es ist	
215	eine Hürde den Oberarzt zu sagen, dass sein Assistenzarzt	
216	gerade Scheiße baut und den dann zu verpfeifen. Oder mich	
217	halt beim Oberarzt zu beschweren. Das ist etwas anderes.	
218	A: Aber hätte der Oberarzt direkt diesen Fehler gemacht,	
219	dann hättest du ihn genauso angerufen und ihm dein	
220	Anliegen gesagt?	
221		
222		

223	C: Ich glaube ja. Oder ich hätte von ihm erwartet, dass er mir	
224	dann sonst jemand anderen nennt, an den ich mich wenden	
225	kann. Aus irgendeinem Grund ist er ja schließlich Oberarzt.	
226	A: Es ist ja schön, wenn du sagst, du kannst alle Stufen der	
227	Medizin offen auf Fehler ansprechen.	
228	C: Ja naja. Wenn ich mir halt sicher bin. Wenn ich mir nicht	
229	sicher bin würde ich mir denken, na ja der Arzt wird schon	
230	Recht haben. Aber wenn ich mir jetzt sicher bin, dass der da	
231	gerade einen Fehler macht oder ich mir sicher bin das	
232	tangiert das Leben meines Patienten oder so, gerade wenn	
233	es zum Beispiel um Medikamente geht. Es gibt ja unendlich	
234	viele Wechselwirkungen und ich bin da jetzt nicht die Beste	
235	darin. Aber würde ich mich da angenommen auskennen und	
236	der Arzt setzt ein Medikament an, das eine Wechselwirkung	
237	mit einem anderen hat und er bedenkt das vielleicht nicht,	
238	aber ich bin mir sicher, dann würde ich das sagen. Klar.	
239	Wenn ich mir aber nicht sicher bin, würde ich es	
240	wahrscheinlich googeln bevor ich das sage.	
241	A: Nochmal auf die erste Frage zurück. Die Kommunikation	
242	die du mit den Ärzten hast im Alltag empfindest du dann als	
243	kollegial oder gibt es doch Defizite?	
244	C: Ich finde Defizite gibt es häufig. Aber die haben wir auch	
245	in unserem Pflorgeteam was Kommunikation angeht.	
246	A: Also jetzt auch im Hinblick auf die Berufsgruppen Arzt und	
247	Pflege	
248	C: Also ich finde Defizite gibt es da immer. Ich finde wir	
249	machen aber aus der Situation die wir haben irgendwem das	
250	Beste. Weißt du, wenn da zwei Ärzte mehr und vier	
251	Pflegekräfte mehr, dann könntest du besser kommunizieren.	
252	Dann hättest du mehr Zeit eine ausführliche Übergabe zu	
253	machen, könntest dich einfach besser um den Einzelfall	
254	kümmern und dann würden manche Sachen nicht untern	
255	Tisch fallen. Dann könntest du besser kommunizieren. Aber	
256	ich finde aus der Situation die wir jetzt haben, mit dem	
257	Schlüssel, glaub ich nicht, dass es besser geht. Kann ich mir	
258	nicht vorstellen.	

259	A: Hast du noch Anmerkungen zu dem Thema, die du gerne sagen würdest? C: Nein, ich glaube nicht. A: Dann danke dir.	
-----	---	--

10. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angaben der Quelle kenntlich gemacht.

(Hamburg, 04.06.2018)

(Anna Stettmer)