



HS Gesundheit
BOCHUM

Prof. Dr. André Posenau

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Kooperation 2.0

Auszug: Kapitel 1 und 2

Hochschule für Gesundheit
University of Applied Sciences

www.hs-gesundheit.de



IMPRESSUM

Autor*innen:	Prof. Dr. André Posenau
Redaktion:	Valeska Stephanow, Sarah Görlich
Herausgeber:	Hochschule für Gesundheit, Bochum
Auflage	2.
Copyright:	Vervielfachung oder Nachdruck auch auszugsweise zum Zwecke einer Veröffentlichung durch Dritte nur mit Zustimmung des Herausgebers

Das diesem Bericht zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 16OH21036 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei dem Autor.

Bochum, Januar 2022



INHALTSVERZEICHNIS

A	PROFIL DES AUTORS.....	5
B	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	6
C	EINLEITUNG	7
1	NOTWENDIGKEIT INTERPROFESSIONELLER ZUSAMMENARBEIT	8
1.1	WAS BEDEUTET INTERPROFESSIONELLE KOOPERATION?.....	10
1.1.1	<i>Monoprofessionelle Gruppen</i>	<i>10</i>
1.1.2	<i>Interprofessionelle Gruppen.....</i>	<i>11</i>
1.1.3	<i>Transprofessionelle Gruppen.....</i>	<i>11</i>
1.2	POTENZIALE FÜR DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG VON MORGEN	12
2	KONFLIKTFELDER IN INTERPROFESSIONELLEN KOOPERATIONEN	15
2.1	KONFLIKTE.....	16
2.1.1	<i>Was sind Konflikte eigentlich?.....</i>	<i>16</i>
2.1.2	<i>Konfliktmerkmale</i>	<i>16</i>
2.1.3	<i>Konfliktarten.....</i>	<i>17</i>
2.1.4	<i>Differenzierung nach der Beteiligung</i>	<i>18</i>
2.1.5	<i>„Sichtbar“ vs. „Unsichtbar“</i>	<i>19</i>
2.1.6	<i>Wie kann ich mich üblicherweise verhalten?.....</i>	<i>20</i>
2.1.7	<i>Umgang mit Konflikten in der Praxis.....</i>	<i>20</i>
2.2	STEREOTYPE.....	21
2.2.1	<i>Umgang mit Stereotypen in der Praxis.....</i>	<i>22</i>
2.3	KOMMUNIKATIONS- & SPRACHSCHWIERIGKEITEN	23
2.3.1	<i>Umgang mit Kommunikations- & Sprachschwierigkeiten in der Praxis</i>	<i>23</i>
2.4	DISZIPLINENSPEZIFISCHE THEORIEN UND METHODEN	23
2.4.1	<i>Umgang mit disziplinspezifischen Theorien und Methoden.....</i>	<i>24</i>
2.5	UMGANG MIT DIESEN POTENZIELLEN KONFLIKTFELDERN?	24
3	GRUNDLAGEN ZUR GRUPPENTHEORIE.....	26
3.1	GRUPPENMERKMALE	27
3.2	TYPOLOGIE DER AUFGABENBEARBEITUNGSMODI IN GRUPPEN.....	28
3.3	PHASEN DER TEAMBILDUNG.....	30
3.4	ROLLEN IM TEAM.....	31
3.5	FÜHRUNG, JA ODER NEIN?	33
3.6	WAS SIND NUN INTERPROFESSIONELLE GRUPPEN?	33
4	INTERPROFESSIONELLE INTERAKTION.....	36
4.1	WAS SIND DENN NUN INTERPROFESSIONELLE INTERAKTIONEN?.....	37
4.2	EMPIRISCHE MERKMALE DIESER GESPRÄCHSTYPEN.....	38
4.2.1	<i>Was erschwert Interaktionssituationen?.....</i>	<i>40</i>
4.3	FALLBESPRECHUNG	42
4.3.1	<i>Phasen und Aufgaben in interprofessionellen Fallkonferenzen.....</i>	<i>43</i>
4.3.2	<i>Die Eröffnungsphase interprofessioneller Fallbesprechungen</i>	<i>43</i>
4.3.3	<i>Die Kernphase interprofessioneller Fallbesprechungen.....</i>	<i>44</i>
4.3.4	<i>Die Beendigungsphase interprofessioneller Fallbesprechungen</i>	<i>46</i>
4.4	ÜBERGABEGESPRÄCHE	47
4.5	VISITE.....	49
4.5.1	<i>Rollen der Beteiligten</i>	<i>49</i>



4.5.2	Struktur der interprofessionellen Visite	50
4.6	KONKLUSION.....	52
5	GESPRÄCHSTECHNIKEN	56
5.1	AKTIVES ZUHÖREN	57
5.1.1	Nonverbale Aspekte	58
5.1.2	Verbale Aspekte.....	58
5.1.3	Einsatzmöglichkeiten in interprofessionellen Interaktionen?.....	59
5.2	ARGUMENTATION	59
5.2.1	Was sind Argumentationen?	60
5.2.2	Argumentationsklassen und Topoi	61
5.2.3	Aufbau einer Argumentation.....	63
5.2.4	Einsatzmöglichkeiten in interprofessionellen Interaktionen?.....	64
5.3	FEEDBACK	65
5.3.1	Einsatzmöglichkeiten in interprofessionellen Interaktionen?.....	67
5.4	GESPRÄCHSSTEUERUNGSVERFAHREN	67
5.4.1	Metakommunikation.....	68
5.4.2	Fragetechniken.....	69
5.4.3	Einsatzmöglichkeiten in interprofessionellen Interaktionen?.....	72
5.5	KONKLUSION.....	73
6	KONKLUSION	75
I.	LITERATURVERZEICHNIS.....	77
II.	SCHLÜSSELWÖRTER	81



A Profil des Autors

PROF. DR. ANDRÉ POSENAU

Professor für Interaktion und Interprofessionelle Kommunikation in Pflege und Gesundheitsfachberufen

Geronto- und Soziolinguistik, Pflegekommunikation, empirische Kommunikationsforschung, Gesundheitskommunikation, eHealth, Trainingsmethoden und Beratung, interprofessionelle Kommunikation



TÄTIGKEITEN

Prof. Dr. André Posenau ist angewandter Linguist und Sozialpsychologe und -anthropologe. Er promovierte 2014 an der Ruhr-Universität Bochum im Bereich der Gerontolinguistik und analysierte mit empirischen konversationsanalytischen und soziolinguistischen Methoden die Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal in der Altenpflege und dementen Bewohnern. Seit Januar 2017 ist er Professor am Department für Pflegewissenschaft an der Hochschule für Gesundheit und mitverantwortlich für die kommunikative Ausbildung der Studierenden. Neben den Hochschultätigkeiten ist er Kommunikationsberater und -trainer im Gesundheits- und Wirtschaftssektor.

E-MAIL: ANDRE.POSENAU@HS-GESUNDHEIT.DE



B Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gruppentypen im Vergleich.....	12
Abbildung 2: Verhaltensweisen in Konfliktsituationen.....	20
Abbildung 3: Gesprächsphasen.....	39
Abbildung 4: Framework nach Packard et al. (2012, S. 12)	45
Abbildung 5: Darstellung der Schemata und Topoi	61
Abbildung 6: Klassischer Fünfsatz.....	63
Abbildung 7: Johari Fenster	66
Abbildung 8: Feedbackschritte	67



C Einleitung

Das Gesundheitssystem verändert sich und mit ihm die Berufe. Aber warum ist das so? Dies liegt zum einen an veränderten Anforderungen aufgrund immer komplexer werdender Versorgungsfragen und zum anderen an der Professionalisierung der Berufe, woran die Akademisierung einen entscheidenden Anteil trägt. Dies führt dazu, dass kaum noch klar ist, warum die einzelnen Akteure so handeln wie sie handeln. Sich jedoch dessen bewusst zu sein, ist entscheidend für die Versorgungsqualität. Deswegen ist neben der Digitalisierung Interprofessionalität eine der zentralen Entwicklungen, die langfristig das Potenzial haben, die Versorgungsstrukturen grundlegend zu verändern.

Um nachvollziehbar zu machen, inwiefern Kooperation im Gesundheitswesen die Versorgung verbessern kann, ist dieser Studienbrief deduktiv aufgebaut und geht vom Allgemeinen zum Speziellen. Denn zunächst geht es erstmal darum zu klären, was genau mit Interprofessionalität im Zusammenhang zur heutigen Versorgung gemeint ist.

Im Anschluss geht es um Aufgabentypen, die bei der Versorgung von Patient*innen eine Rolle spielen und bei der Planung des gemeinsamen Handelns hilfreich sind. Konkreter wird es im vierten Kapitel, in dem es potenziell um interprofessionelle Zusammenarbeit geht. Im Fokus steht hier das Herausarbeiten von Merkmalen der unterschiedlichen Gesprächstypen, um deutlich zu machen, welche Handlungsoptionen in den entsprechenden Interaktionen möglich sind und welche negativen Auswirkungen sie auf die Versorgung haben können. Nun kommt die Kommunikation ins Spiel. Zusammenarbeit wird über das gemeinsame Interagieren in Form von Kommunikation hergestellt. Was es zu beachten gibt, welche Techniken sinnvoll sind und was es zu vermeiden gilt, ist Gegenstand des fünften Kapitels, bevor abschließend ein Ausblick gewagt wird, welche positiven Effekte Kooperation zwischen Gesundheitsberufler*innen hervorrufen können.

Jedes Kapitel schließt mit Reflexionsfragen ab, die auf das eigene Handeln im professionellen Kontext ausgelegt sind und dabei helfen, das zuvor erarbeitete Wissen einzuordnen.



1 Notwendigkeit interprofessioneller Zusammenarbeit

Lernergebnisse:

- Nach Lesen dieses Kapitels können Sie die Relevanz der interprofessionellen Zusammenarbeit für die Patient*innenversorgung im deutschen Gesundheitssystem darstellen.
- Sie verstehen den Unterschied zwischen mono-, inter- und transprofessionellen Gruppen.
- Sie können dies im Zusammenhang mit Ihrer eigenen Berufspraxis kritisch reflektieren.



Und wieder etwas Neues im Gesundheitswesen, könnte man meinen. Alle Jahre wieder gibt es Trends in gesellschaftlichen Handlungsfeldern, denen unbedingt nachzugehen ist. Das Thema Interprofessionalität im Gesundheitssektor scheint dabei keine Ausnahme zu bilden. Allerdings stellt sich bei näherer Betrachtung heraus, dass es sich mit diesem Thema anders verhält. Denn während neue Anforderungen an die Akteure*innen im Gesundheitswesen, wie sie sich durch die Digitalisierung ergeben, in vielen Fällen mit einem Neulernen zu tun haben, ist Interprofessionalität eigentlich etwas, was wir üblicherweise ganz gerne machen: wir kooperieren miteinander. Die Beweggründe sind ganz unterschiedlich. Manchmal tun wir uns zusammen, um uns die Arbeit zu erleichtern oder Kosten zu sparen, wie es z. B. bei Fahrgemeinschaften der Fall ist. In anderen Situationen brauchen wir Kompetenzen, die wir selbst nicht haben. Jede*r mit technischen Fähigkeiten kann, wenn es bspw. um das Verlegen von Stromleitungen im Haushalt von Freund*innen geht, ein Lied davon singen, wie häufig ihre*seine Kompetenz „ausgeborgt“ wird. Manchmal aber wollen wir die Arbeit nur schneller erledigen und den Aufwand minimieren, wie es bei der klassischen Umzugshilfe der Fall ist, wo in den meisten Fällen viele PKWs und Hände gebraucht werden. Was ich damit skizzieren möchte ist der Sachverhalt, dass unterschiedliche Aufgaben in den meisten Fällen in Gruppen und dann mithilfe von Kooperation bearbeitet werden.

Wie jedoch sieht es im Gesundheitswesen aus? Hier scheint Kooperation in vielen Fällen nicht das erste Mittel der Wahl zu sein, um das gemeinsame Ziel, die optimale Patient*innenversorgung, so effektiv und effizient wie möglich zu gestalten. Oder Kooperation wird als *Compliance* verstanden, wobei sich häufig die nicht-medizinischen Berufe (Pfleger*innen, Therapeut*innen, Hebammen etc.) gegenüber medizinischen Berufen compliant verhalten sollen und dadurch eine Art Assistenzposition einnehmen. Was auch immer die Gründe dafür sind, wir können sagen, so unterstelle ich es jetzt einmal vereinfachend, dass in den meisten Fällen die Professionen im Gesundheitswesen nebeneinander ihre Aufgaben erledigen und so zur Genesung der Patient*innen beitragen, aber halt nicht effizient.

„Wo ist das Problem?“ könnte man fragen, das Gesundheitssystem ist doch im internationalen Vergleich ganz gut aufgestellt. Das kann man so sehen, aber es ist an vielen Stellen auch extrem verschwenderisch und ineffektiv. Das ist aber nicht nur im deutschsprachigen Raum so. Auch international ist die integrierte Versorgung ein relevantes Thema, das immer mehr an Bedeutung gewinnt (Barr, 2015; Reeves, et al., 2010).

In Deutschland ist es besonders durch das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitssystem (2007) thematisiert worden. Der Sachverständigenrat (SVR) hält im Gutachten fest, dass folgende Defizite im Rahmen der Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen bestehen und optimiert werden sollten:



- *die Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen entspricht nicht den demographischen, strukturellen und innovationsbedingten Anforderungen,*
- *hinsichtlich der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere zwischen Ärzten und der Pflege, besteht ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit,*
- *die interprofessionelle Standardisierung ist zu wenig ausgeprägt, wodurch Zusammenarbeit und Delegation erheblich erschwert werden,*
- *es zeigt sich eine nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung und*
- *die Ausbildungen der Gesundheitsberufe bereiten nicht adäquat auf die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen vor.*

(Sachverständigenrat Gesundheit, 2007, S. 17)

Die Fragen, die sich nun anschließen, sind: was ist eigentlich der Kern des Anliegens der politischen Bestrebungen und welche Auswirkungen auf die Zusammenarbeit hat dies konkret?

1.1 Was bedeutet interprofessionelle Kooperation?

Grundsätzlich ist mit der Form der Zusammenarbeit gemeint, dass verschiedene Menschen mit verschiedenen Berufen und unterschiedlichen Handlungsspektren gleichzeitig zielorientiert miteinander interagieren. Um das zu präzisieren, bietet es sich an, die unterschiedlichen Kooperationstypen im Gesundheitswesen miteinander zu vergleichen, um den Unterschied zu verdeutlichen. Die unterschiedlichen Gruppentypen sind dabei auf einem Kontinuum angesiedelt (Thylefors, Persson & Hellström, 2005, 104f).

1.1.1 Monoprofessionelle Gruppen

Klassische Versorgung ist heutzutage monoprofessionell. Nehmen wir als Beispiel eine Patientin, die einen Apoplex erlitten hat und seitdem eine Hemiplegie links aufweist sowie eine ausgeprägte Dysphagie. Die Patientin wird im Laufe der Therapie von vielen relevanten Professionen (klassischerweise Mediziner*innen, Pflegekräften, Logopäd*innen, Physiotherapeut*innen) versorgt. Alle beteiligten Professionen agieren dabei nebeneinander und informieren sich im besten Falle über Patient*in-



nenakten oder Informationen, die die Patientin mitbekommt (z. B. Arztbrief). Die Arbeit der anderen Professionen wird jedoch kaum in den eigenen Therapieprozess integriert und auch relevante Informationen zur Therapie, die für andere Professionen gewinnbringend sein könnten (z. B. Die Schluckfähigkeit der Patientin und Ernährungsempfehlungen müssen von den Logopäd*innen genau dokumentiert werden, damit auch Angehörige und Pflegende darauf achten und Aspirationen vermieden werden), werden nicht an die Professionen weitergegeben, obwohl es ohne großen Aufwand die Therapie verbessern könnte. Jede Profession agiert sozusagen eigenständig für sich, koordiniert wird dies üblicherweise von Mediziner*innen in unserem Gesundheitssystem, in dem er oder sie Verschreibungen ausstellt. Persönlicher Kontakt zwischen den therapierenden Professionen ist fast nicht vorhanden.

1.1.2 Interprofessionelle Gruppen

Interprofessionell agierende Teams gehen einen Schritt weiter, was die Kooperation und Abstimmung untereinander betrifft. Häufig wird diese Art der Kooperation über die Synergie-Effekte beschrieben, die sich durch die Zusammenarbeit ergeben. Bei der interprofessionellen Zusammenarbeit stehen Absprachen, aufeinander abgestimmte Entscheidungen und die Berücksichtigung aller Perspektiven und damit einhergehende geteilte Verantwortungen im Mittelpunkt. Alle Agierenden im versorgenden System sind quasi immer auf demselben Informationsstand. Der Vorteil ist, dass jeder weiß, was die anderen machen und so z. B. Über- oder Unterversorgung, Polypharmazie und die Progression der Genesung in den Mittelpunkt der Zusammenarbeit gerückt werden kann. Die Kommunikation findet auch noch professionspezifisch mit den Patient*innen statt. Die interne Teamkommunikation jedoch, die sonst über den*die Patient*in gesteuert wird, kann mit einer geringeren Fehleranfälligkeit über das Team selbst gewährleistet werden. In unserem konkreten Beispiel wäre es denkbar, dass eine Erstmobilisation an die Bettkante bei der Apoplex-Patientin gemeinsam mit einem Physiotherapeuten und einer Pflegefachkraft durchgeführt wird.

1.1.3 Transprofessionelle Gruppen

Transprofessionelle Gruppen sind noch Zukunftsmusik im deutschen Gesundheitssystem? Transprofessionell meint in diesem Zusammenhang, dass der*die Patient*in meist nur mit einer Person spricht und wir so stark miteinander kooperierende Teams haben, wodurch die Grenzen – wer welcher Profession angehört – kaum noch existieren. Der unmittelbare Mehrwert für den*die Patient*in besteht in einer differenzierteren und aufeinander abgestimmten Versorgung, die z. B. im Rahmen der Mobilisation oder des Dysphagie-Trainings bei Apoplex-Patient*innen deutlich mehr Patientensicherheit gewährleisten könnten, da alle Akteur*innen gleichrangig die Versorgung planen, sicherstellen und diskutieren.

Deutlicher werden die Unterschiede der Versorgungswege und Vorteile für die Patient*innen, wenn man sich dieses Kontinuum visualisiert betrachtet.

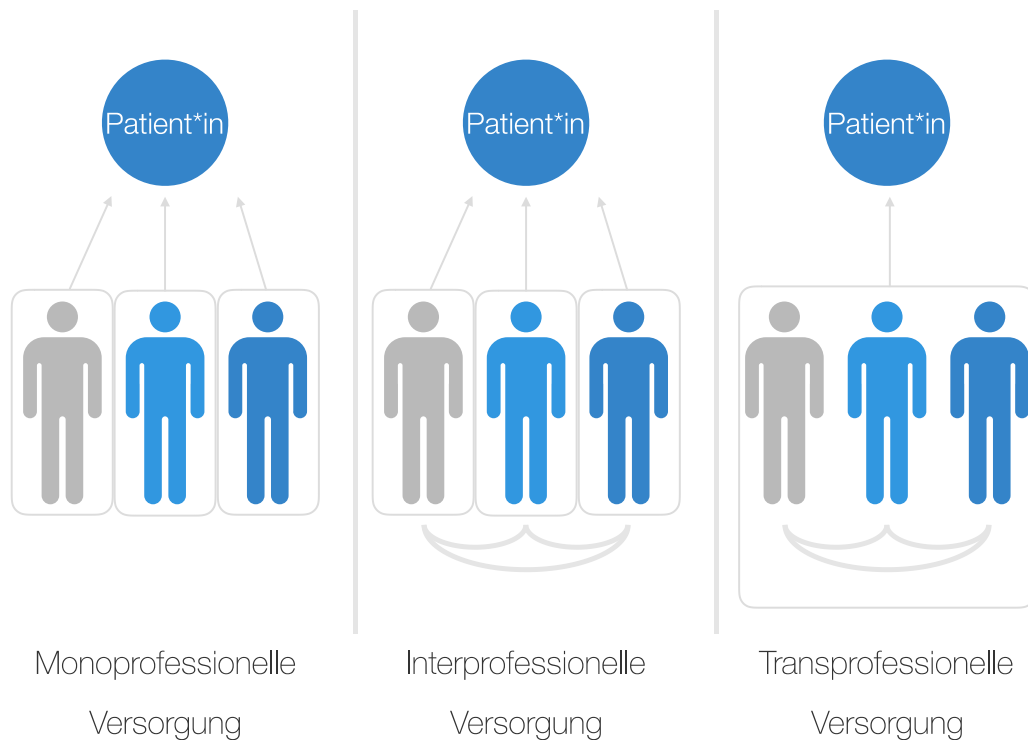


Abbildung 1: Gruppentypen im Vergleich

Es sind vor allem die Kommunikationswege, die im Rahmen der inter- und transprofessionellen Kooperationsmodi für mehr Qualität in der Versorgung sorgen, und die negativen Aspekte, die der SVR in seinem Gutachten feststellte, zu bearbeiten. Aber was genau ist damit gemeint?

1.2 *Potenziale für die Gesundheitsversorgung von morgen*

Wenn wir davon ausgehen, dass die momentane monoprofessionelle Versorgung in manchen Fällen Probleme erzeugt, stellt sich die Frage, bei welchen konkreten Versorgungsaufgaben dies der Fall ist. Nicht in jedem Fall ist interprofessionelles Handeln angebracht. Gerade bei der Versorgung von z. B. Patient*innen mit grippalen Infekten würde dies bei den ersten Versuchen lediglich zu einem Mehraufwand führen.

Deswegen lohnt es sich, das potenzielle Handlungsfeld einmal aus mehreren Perspektiven zu umreißen und die Dimensionen herauszuarbeiten. Der SVR (2007, Punkt 19) hat ziemlich deutlich die anzunehmende gesellschaftliche Entwicklung und damit einhergehenden Anforderungen an das Gesundheitssystem der Zukunft skizziert und kommt zu dem Schluss, dass



- *das ambulante multiprofessionelle Team, das die Versorgung einer älter werdenden, vermehrt an chronischen und multiplen Erkrankungen leidenden Bevölkerung zur Aufgabe hat und alle Berufsgruppen umfasst, die für die Versorgung 'in der Fläche' notwendig sind,*
- *das transsektorale Case Management, das die Fallführung in den drei Sektoren ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung zum Ziel hat, und das neue Funktionen, vor allem hinsichtlich der an den Patient*innen orientierten Abstimmung der Behandlung beim Übergang zwischen den Sektoren und das Erreichen eines gemeinsamen Behandlungserfolges in den Mittelpunkt stellt, und*
- *das hochspezialisierte Behandlungsteam im Krankenhaus, das innovationsnahe Verfahren entwickelt und verwendet und dabei auf Spezialisierung sowie neue Formen der Zusammenarbeit der Berufsgruppen zurückgreift, da sonst die Innovation nicht umsetzbar wäre.*

(Sachverständigenrat Gesundheit, 2007, S. 19f.)

Diese drei Aspekte, runtergebrochen auf die Entwicklungen im Rahmen einer immer älter werdenden und multimorbiden Gesellschaft, einer sektorenübergreifenden Versorgung und einer zunehmenden stationären Spezialisierung, brauchen Akteur*innen mit Kooperationsfähigkeiten, die bisher nicht in der professionsspezifischen Ausbildung vermittelt wurden. Im weiteren Verlauf werden wir sehen, in welchen Momenten was für Fähigkeiten und Anforderungen benötigt werden und wie diese aussehen.

Schlüsselwörter: *Interprofessionalität, Monoprofessionalität, Transdisziplinarität*

Aufgaben zur Lernkontrolle

1. Unterscheiden Sie die Begriffe Inter-, Multi- und Transprofessionalität.
2. Aus welchen Gründen bedarf es nach der Ansicht des SVR einer „neuen“ Form der Zusammenarbeit?
3. Welche Vorteile bietet die interprofessionelle Versorgung?



Aufgabe zur Berufspraxis

4. Beobachten Sie in Ihrer täglichen Praxis die Kooperationsstrukturen und reflektieren Sie, warum diese zustande kommen und woran Sie festmachen, ob es eine gelungene oder missglückte Kooperation ist.
5. Welche Kooperationsstrukturen sind Ihnen in Ihrem beruflichen Handlungsfeld bekannt? Wie bewerten Sie diese Strukturen hinsichtlich der Patient*innen- und Mitarbeiter*innenzufriedenheit? Begründen Sie Ihre Aussagen.
6. Wie könnte das Thema „Interprofessionelle Zusammenarbeit“ in Ihrem Arbeitsumfeld konzeptionell gestaltet werden? Skizzieren Sie Ihr Konzept anhand eines typischen Beispiels aus Ihrem beruflichen Handlungsfeld.

Literatur

- Barr, H. (2015). *Interprofessional Education: The Genesis of a Global Movement*. Caipe. Zugriff am 15.01.2018. Verfügbar unter <https://www.unifesp.br/campus/san7/images/pdfs/global-ipe-2015.pdf>.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Merrick, Z. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Oxford: Blackwell.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitssystem (SVR) (2007). *Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Zugriff am 02.03.18. Verfügbar unter <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15>.
- Thylefors, I., Persson, O. & Hellström, D. (2005). Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (2), 102–114.



2 Konfliktfelder in interprofessionellen Kooperationen

Lernergebnisse:

- Sie entwickeln ein Verständnis soziologischen und berufspolitischen Konfliktfeldern in interprofessionellen Gruppen.
- Sie können Konfliktarten benennen und die Genese von Konflikten analysieren.
- Sie kennen Grundlagen zu Stereotypen und haben deren Auswirkungen verinnerlicht.
- Sie können unterschiedliche Aufgabentypen differenzieren.



Ist es nicht verwunderlich, dass, obwohl das Wohl der Patient*innen im Mittelpunkt steht, häufig nicht alle an der Genesung Beteiligten am gleichen Strang ziehen und scheinbar eigene Interessen verfolgen? Kaum ein anderes gesellschaftliches System scheint so kompetitiv aufgebaut zu sein, obwohl alle das gleiche Ziel verfolgen sollten. Aber woran liegt es, dass in den meisten Fällen nebeneinander und nicht miteinander gearbeitet wird? Um gleich schon einen Punkt vorwegzunehmen: ich glaube nicht, dass interprofessionelle Interaktionen per se mehr Konflikte hervorbringen als monoprofessionelle Gruppen. Die Position des Kapitels zum Themenbereich Konfliktfelder ist einzig und allein dem stringenten Aufbau der Publikation geschuldet, damit die angebotenen Handlungsweisen im späteren Teil nachvollziehbarer werden. Vielmehr gehe ich davon aus, dass wir in allen zwischenmenschlichen Interaktionen, ob sie freiwillig oder gezwungenermaßen eingegangen werden, vor der anspruchsvollen Aufgabe stehen, Konflikte zu erkennen und zu lösen.

Deswegen geht es in diesem Kapitel darum, die soziologischen und berufspolitischen Konfliktfelder aufzuzeigen, die interprofessionelle Kooperation in der Praxis häufig erschweren. Um diese zu erörtern, fokussieren wir uns zunächst einmal auf die Konflikte. Denn häufig ist uns in Konflikten gar nicht bewusst, worum es eigentlich geht! Wobei dieses dezidierte Wissen unabdingbar ist, um die Konflikte konstruktiv im Sinne der Patient*innen zu lösen.

2.1 Konflikte

Jeder kennt Konflikte und löst sie tagtäglich, aber wie sie sich klassifizieren lassen, ist den meisten gar nicht bewusst. Aber genau dieses Wissen ist wichtig, um im zwischenmenschlichen Austausch produktiv mit Konflikten umzugehen.

2.1.1 Was sind Konflikte eigentlich?

Jeder Konflikt, über den wir hier sprechen, erfordert mindestens zwei Personen, die in irgendeiner Weise Ziele verfolgen. Es geht also im Rahmen dieser Publikation nicht um interne psychische Konflikte, sondern immer um Konflikte zwischen Menschen. Ergänzend ist zu erwähnen, dass wir nur von einem Konflikt sprechen, wenn die beiden Parteien im Rahmen der Zielerreichung irgendwie voneinander abhängig sind und einen Handlungsspielraum haben. Wenn dies nicht der Fall ist, haben wir es nicht mit einem Konflikt zu tun.

2.1.2 Konfliktmerkmale

Aber auch darüber hinaus gibt es noch Merkmale, die allen Konflikten zugrunde liegen. Üblicherweise

- ist die Ursache eines Konfliktes schwierig zu benennen, da die Konfliktparteien dies häufig unterschiedlich sehen,



- schränken sie das Handeln der Beteiligten in irgendeiner Art und Weise ein und
- es geht den konfligierenden Parteien um das Gewinnen!

Diese drei Merkmale sind obligatorisch für soziale Konflikte und erzeugen eine gewisse Dynamik, die das Lösen so schwer macht. Denn durch die unterschiedlichen Perspektiven auf die Situation wird Unverständnis erzeugt, die einzelnen Parteien fühlen sich „im Recht“. Die Handlungseinschränkung wird als Bedrohung interpretiert und Sie kennen es mit hoher Wahrscheinlichkeit selbst, was mit Ihnen passiert, wenn Sie intrinsisch motiviert gegen andere gewinnen möchten. Was denn?

2.1.3 Konfliktarten

Beim Betrachten von Konflikten ist besonders die Identifikation der Konfliktart entscheidend. Denn meist ist die Einigung im Diskussionsprozess der erste Weg zur Klärung des Konflikts.

- **Zielkonflikt:** Das, was angestrebt ist, beeinflusst die Zielerreichung der konfligierenden Partei maßgeblich. Wenn zum Beispiel Partei A ein ganz anderes Ziel verfolgt als Partei B und sie voneinander abhängig sind, werden sie eher gegeneinander als miteinander arbeiten, was in einem Konflikt mündet.
- **Methodenkonflikt:** Bei einer unterschiedlichen Priorisierung der Behandlungsmethoden, aber dem gleichen Ziel im Rahmen der Versorgung, sprechen wir von Methodenkonflikt. Mit Methode ist der „Weg“ zum Ziel gemeint.
- **Wertekonflikt:** Wenn z. B. die Einbindung der Patient*innen von einer Profession nur rudimentär angestrebt und eine paternalistische Beziehung aufgebaut wird und eine andere Partei die Werte der Patient*innen verletzt, sprechen wir von dieser Art Konflikt. Werte sind abstrakte Dinge (wie z. B. Autonomie, Freiheit, Gleichberechtigung etc.), die für uns handlungsleitend sind.
- **Rollenkonflikt:** Hier haben wir es mit einer besonderen Art von Konflikten zu tun, die in den Rollen, in denen sich die Interaktanten befinden, begründet liegen. Wie unterscheiden wir zwischen Inter- und Intrarollenkonflikten?
 - Bei Interrollenkonflikten haben wir das Problem, dass im selben Moment zwei unterschiedliche Rollen der beteiligten Agierenden relevant sind, die miteinander in einem Konflikt stehen. Als Pflegekraft muss ich z. B. den Erwartungen meiner „Pflegekolleg*innen“ gerecht



werden, aber in einem interprofessionellen Team sind es evtl. auch die Rolle als Case Manager*in, der andere Professionen bevorzugen muss.

- Bei Intrarollenkonflikten haben wir hingegen nur eine Rolle inne, an die aber mehrere unterschiedliche Erwartungen gerichtet werden. Ich soll z. B. als Pflegekraft den Erwartungen der Ärzteschaft gerecht werden, die evtl. völlig konträr zu denen der Patient*innen stehen können, beispielsweise bei einer Analgesie in einem palliativen Setting.

Rollenkonflikte sind eine besondere Art von Konflikten, bei der eine möglichst präzise Beschreibung im Besonderen nötig ist.

- **Verteilungskonflikt:** Wie es der Name schon sagt, geht es um die Verteilung von Ressourcen. Diese können vielfältig sein und sich z. B. in Zeit, Geld, Verordnungen, sozialer Anerkennung etc. niederschlagen.

Das Identifizieren der Konfliktart ist die halbe Miete, denn häufig ist in der Klärung nur sehr diffus sichtbar, worum es eigentlich geht. In interprofessionellen Interaktionen kommen in den meisten Fällen meiner persönlichen Erfahrung nach Methoden- oder Verteilungskonflikte zutage.

2.1.4 Differenzierung nach der Beteiligung

Die zentrale Frage ist: wer ist eigentlich am Konflikt beteiligt und wer hat welchen Einfluss? Es hört sich vielleicht trivial an, jedoch werden häufig die falschen Adressat*innen gewählt, wenn es um das Bearbeiten von Konflikten geht. Es ist wichtig, auch die korrekten Personen zu identifizieren, die indirekt oder direkt am Konflikt beteiligt sind.

- **Direkt beteiligte Agierende** sind Personen, die aktiv für den Konflikt verantwortlich sind. Wenn die Stationsleitung z. B. die Dienstplanung ohne Absprache so gestaltet, dass eine Pflegefachkraft zwei Wochenenden hintereinander arbeiten muss, dann haben wir einen Verteilungskonflikt (Gegenstand ist die Arbeitszeit).
- **Indirekt beteiligte Agierende** sind Personen, die, warum auch immer, unverschuldet, am Konflikt teilnehmen „müssen“. Wenn z. B. bei der Erstellung des Dienstplans eine Pflegefachkraft das Wochenende frei hat, obwohl eine andere gerne frei hätte, kann er oder sie auch Teil des Konflikts sein, ist jedoch dann indirekt beteiligt.

Wichtig zu beachten ist hierbei auch die Beziehung der konfligierenden Personen. Handelt es sich um eine symmetrische oder komplementäre Beziehung?



- In **symmetrischen Beziehungen** haben beide Parteien dieselben Rechte und Pflichten, sind sozusagen gleichrangig und auch die Machtverteilung ist ausgeglichen.
- In **komplementären Beziehungen** sind die Verteilungen unterschiedlich. Eine Partei hat, warum auch immer, in irgendeiner Form mehr Macht als die andere.

Die Identifikation des Beteiligungsstatus und der Beziehung sind für die Adressierung und die Planung der Bearbeitung des Konflikts obligatorische Aspekte, ohne die wir Konflikte nicht konstruktiv bearbeiten können.

2.1.5 ‚Sichtbar‘ vs. ‚Unsichtbar‘

Wo befinden wir uns im Konflikt? Sie kennen das bestimmt auch: Irgendetwas stört Sie und Sie sprechen es nicht an. Mit Phrasen wie „ist ja nicht so dramatisch“ reden wir uns selbst gut zu und warten, bis wir irgendwann die Nerven verlieren und beispielsweise der Situation nicht angemessen aggressiv reagieren. Der metaphorische Tropfen auf dem heißen Stein existiert ja nur, weil wir unangenehme Dinge, und das sind Konflikte ja nun einmal, gerne später als unmittelbar bearbeiten. Aber woran sieht man Konflikte eigentlich? Sichtbar werden sie z. B. durch:

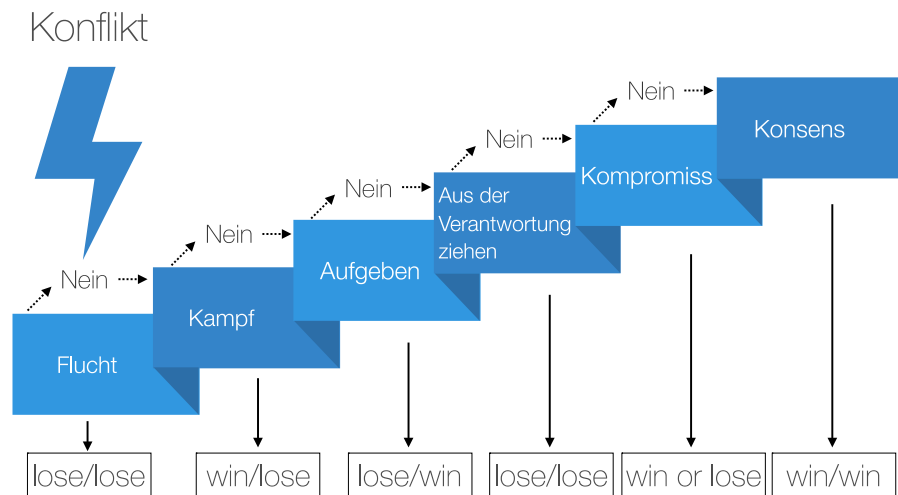
- **Demotivation:** die Bereitschaft zu kooperieren nimmt ab.
- **Gereiztes Verhalten:** „Kleinigkeiten“ erzeugen direkt Streitigkeiten.
- **Blockaden:** konstruktive Vorschläge zur weiteren Zusammenarbeit werden bagatellisiert und belächelt.
- **Abweisende Körperhaltung:** die Beteiligten vermeiden eine zugewandte Körperhaltung und blicken sich kaum mehr an.

(Wehner, 2012)

Eine weitere Besonderheit ist es, dass in unserer Kultur meist sich anbahnende Konflikte nicht frühzeitig thematisiert werden und Konflikte chronisch werden können. Ist irgendwann bei einem Akteur der sogenannte *Point of no Return* erreicht, haben wir ein richtiges Problem, da wir nach seiner Erreichung in den meisten Fällen mittelfristig nicht wieder auf ein entspanntes Niveau zurückkönnen. Dementsprechend ist es unabdingbar, im Arbeitsumfeld potenzielle Konflikte frühzeitig zu thematisieren.

2.1.6 Wie kann ich mich üblicherweise verhalten?

Wenn man durchexerziert, welche Verhaltensweisen im Rahmen der Konfliktbearbeitung sinnvoll sind, muss man sich nur folgende Grafik anschauen und dies bei der Planung der Bearbeitung miteinbeziehen.



Verhaltensweisen im Konflikt

Abbildung 2: Verhaltensweisen in Konfliktsituationen

Es wird deutlich, dass manche Verhaltensweisen eher zur Eskalation führen und manche eher zu einem Konsens. Das Verlangen, gewinnen zu wollen, was häufig auch mit einer hohen emotionalen Anteilnahme zu tun hat, ist ein großes Problem in diesem Prozess. Versuchen Sie dementsprechend möglichst sachlich im Umgang zu sein, was sich natürlich hier leicht als Empfehlung formulieren lässt. Mir ist jedoch bewusst, dass dies keine einfache Sache ist.

2.1.7 Umgang mit Konflikten in der Praxis

Um Konflikte in der Praxis zu bearbeiten, ist vor allem Präzision nötig. Da sie meist sehr komplex sind, ist es unabdingbar, dass man sie in irgendeiner Art und Weise greifen muss, um sie konstruktiv zu bearbeiten. Nach Vester (2008) eignen sich folgende Fragen, um den Konflikt zu analysieren.



1. *Wer ist am Konflikt beteiligt?*
2. *Worum geht es in dem Konflikt?*
3. *Ist der Konflikt manifest oder latent?*
4. *Von welcher Dauer ist der Konflikt?*
5. *Worin liegen die Ursachen des Konflikts?*
6. *Wie wird der Konflikt ausgetragen, „gelöst“?*
7. *Ist der Konflikt institutionalisiert?*
8. *Welche Folgen haben der Konflikt und eventuell seine Lösung?*

(Vester, 2008, S. 146)

Generell hilft ein frühes Ansprechen, da die emotionale Involviertheit noch nicht so stark ausgeprägt sein dürfte wie bei chronischen Konflikten. Unterlassen Sie Dramatisierungen und orientieren Sie sich bei der Bearbeitung an den oben genannten Reflexionsfragen. Und vergessen Sie nicht, den eigenen Anteil am Geschehen realistisch einzuschätzen. Ausgehend von dieser Vorarbeit empfiehlt sich der Gesprächsaufbau eines Feedbacks (siehe Abschnitt 5.3).

2.2 Stereotype

Ein weiteres Problem im Rahmen potenzieller Konfliktfelder in interprofessionellen Interaktionen sind Stereotype. Gemeint sind damit nach Tajfel (1978, zitiert nach Abels, 2009, S. 78f.) kognitive Prozesse, in diesem Fall Urteilungsprozesse, bei denen psychologische Merkmale großen menschlichen Gruppen zugeschrieben werden, die in bestimmten Maßen von anderen geteilt werden. Im Volksmund sprechen wir von Vorurteilen.

Die Person der anderen Berufsgruppe wird sozusagen „vorverurteilt“, anstatt durch eigene Selbstdarstellung zeigen zu können, was sie wirklich für eine Person ist und welche Fähigkeiten sie besitzt. Denken Sie nur über Ihre eigenen Stereotypen gegenüber den mit Ihnen interagierenden Berufsgruppen nach: was „halten“ Sie von Mediziner*innen, Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen oder der eigenen Profession? In den meisten Fällen ist die Zuschreibung negativ, wobei es häufig ein, zwei Ausnahmen gibt, die wir dann mit der Floskel „Ausnahmen bestätigen die Regel“ abtun und irgendwie in das Weltbild integrieren.



Diese Vorverurteilung ist leicht für unser Gehirn. Das Abrufen eines Stereotyps ist weniger aufwendig, als permanent im Einzelfall zu überprüfen, was wir da für ein Individuum mit welchen Kompetenzen etc. vor uns haben. Wir haben dabei ganz bestimmte Bilder (eine Vorstellung) im Kopf, wie die Realität und der Typ von Mensch sind, und übertragen diese Vorstellungen auf unser Gegenüber. Dabei durchlaufen wir bei der Urteilsbildung zwei Schritte: die Aktivierung und die Anwendung.

Dieser Prozess der intuitiven Kategorisierung und der Zuschreibung (Aktivierung) funktioniert dabei automatisch. Jeder von uns hat Stereotype im Kopf, die negativ behaftet sind. Die Anwendung und die Anpassung der Handlung an dieses Bild ist jedoch ein kontrollierter Prozess. Ich kann zwar die Vorstellung im Kopf haben, dass eine Pflegekraft faul und unmotiviert ist, ich kann mich aber auch im Gespräch erstmal überzeugen und live erfahren, was für Merkmale mein Gegenüber wirklich besitzt und mich dabei nicht auf meine Vorannahmen stützen, die in vielen Fällen das Handeln negativ beeinflussen.

2.2.1 Umgang mit Stereotypen in der Praxis

Das Schwierige bei Stereotypen ist ihre Robustheit im Umgang mit anderen und der Fakt, dass sie unser Gehirn eher bestätigt als widerlegt. Eine bewusste Reflexion vor und nach Interaktionen ist das einzige wirksame Mittel, um der Voreingenommenheit entgegenzutreten. Hilfreich können z. B. folgende Reflexionsfragen sein:

- Wann habe ich das negative Verhalten zum ersten Mal wahrgenommen und was genau hat es in mir ausgelöst?
- Gibt es nicht auch Situationen, in denen die Person ganz anders gehandelt hat?
- Ist mir die Person generell sympathisch oder unsympathisch und wenn letzteres der Fall ist, hat dies evtl. Auswirkungen auf meinen Stereotyp?

Ziel ist es generell zu hinterfragen, wie das Bild zustande kam und was eigentlich konkret das Verhalten war, dass es ausgelöst hat. Ein weiterer Punkt kommt hinzu, der häufig dann auftritt, wenn wir unsere Arbeitskolleg*innen nicht besonders mögen: wir dramatisieren das Verhalten der anderen in Beschreibungen. Sie merken dies an Pauschalisierungen wie „immer“, „nie“ usw. Hinzu kommt der Glaube, dass unsere Wahrnehmung unfehlbar ist. Dieser Mix ist ein großes Problem, da er den Betroffenen hilft, gut und bequem durchs Leben zu kommen, dabei aber kaum Spielraum für andere Perspektiven lässt und diejenige Person unangreifbar macht. In monoprofessionellen Versorgungszusammenhängen mag das funktionieren, in interprofessionellen ist es ein Garant für Konflikte.



2.3 Kommunikations- & Sprachschwierigkeiten

Wie Sie vielleicht im Rahmen Ihres Studiums oder der Ausbildung gemerkt haben, sprechen Sie mittlerweile eine weitere Sprache, nämlich die Ihrer Profession. Das ist unfassbar effektiv und hilft Ihnen enorm in Ihrem monoprofessionellen sprachlichen Alltag. Man spricht in diesem Fall von Technolekt. Dieser beinhaltet Fremdwörter, Abkürzungen und Fachbegriffe, die in Ihrer Profession häufig verwendet werden und Ihnen die Kommunikation mit Kolleg*innen massiv vereinfacht, weil Sie häufig auch effizienter kommunizieren können. Das ist kein Einzelfall im Gesundheitswesen, denn dies gibt es eigentlich in jedem Fachbereich. Interessanterweise ist es im Gesundheitssystem extrem ausdifferenziert, sodass es sogar einen Duden explizit nur für die Fachsprache in der Medizin (Pschyrembel, 2017) gibt.

Das bedeutet im Umkehrschluss, dass Sie vor allem bei Abkürzungen und Fachbegriffen zu Beginn in Gesprächen mitklären sollten, ob allen bewusst ist, was damit gemeint ist. Nicht nur, dass manche z. B. Abkürzungen in anderen Professionen andere Bedeutungen haben oder generell mehrdeutig sind, sie werden schlichtweg in einigen Fällen auch nicht verstanden, wie z. B. bei der Abkürzung HWI, die Harnwegsinfekt oder Hinterwandinfarkt bedeuten kann. Sobald Sie selbst denken „ja ist doch klar, was damit gemeint ist“ sollten Sie vorsichtig sein, da es mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht immer allen klar ist.

2.3.1 Umgang mit Kommunikations- & Sprachschwierigkeiten in der Praxis

Fragen Sie nach! Es klingt total simpel, aber fragen Sie was das Zeug hält. Häufig ergeben sich Missverständnisse, weil eine Partei Begrifflichkeiten in interprofessionellen Teams nicht kennt. Verstehen ist immer ein interaktiver Prozess, der durch fehlendes Nachfragen nur verkompliziert wird. Wenn Sie häufig auf solche Probleme treffen, eignet sich z. B. ein simples Verzeichnis einer „gemeinsamen Sprache“, um für Klarheit in den Gesprächen zu sorgen.

Zusätzlich eignen sich deduktive Erklärungen, also in dem Sinne, dass sie erst den Fachbegriff verwenden und im Anschluss erläutern, was damit gemeint ist. Dies ist zwar sehr gewöhnungsbedürftig im professionellen Kontakt, hilft aber zum einen für ein prozessuales Verständnis des Gesagten.

2.4 Disziplinspezifische Theorien und Methoden

Was machen Logopäd*innen, Ergotherapeut*innen, Pflegekräfte, Physiotherapeut*innen und andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen eigentlich, wenn sie mit den Patient*innen arbeiten? Welche Abläufe haben sie in ihrem Arbeitsalltag und was für Grundannahmen über Menschen beinhaltet ihre Profession? Nicht nur die Ausbildung und die damit einhergehenden Inhalte sind grundlegend unterschiedlich,



besonders die Annahmen über Ursache und Wirkung des eigenen Handelns unterscheidet sich in vielen Fällen fundamental voneinander. Dies ist, aufgrund der getrennten Ausbildungen, den meisten nicht bewusst und ‚man geht davon aus‘, dass alle immer wüssten, was gemeint ist. Dem ist jedoch nicht so! Pflegefachkräfte wissen in den meisten Fällen sehr wenig über logopädische und ergotherapeutische Interventionen und umgekehrt genauso. Es ist nicht nur das Fachvokabular, was sich unterscheidet, sondern auch die höchst ausdifferenzierten Methoden, mithilfe derer die Genesung der Patienten*innen gefördert werden soll.

2.4.1 Umgang mit disziplinspezifischen Theorien und Methoden

Es ist nicht anders, als es bei den Kommunikations- und Sprachschwierigkeiten ist. Der Vorteil in diesem Fall ist jedoch, Sie können die Kolleg*innen aus dem interprofessionellen Team begleiten und ihnen bei der Arbeit zuschauen. Auch wenn es sich trivial anhört, durch das Hospitieren wird schnell deutlich, was eigentlich das Betätigungsfeld des anderen ist und wo die Unterschiede und dadurch auch die Mehrwerte für die Patienten*innen liegen. Zum Beispiel könnte die Pflegekraft bei der Logopädin hospitieren und sich ein Schlucktraining bei einem tracheotomierten Patienten auf der Intensivstation anschauen.

2.5 Umgang mit diesen potenziellen Konfliktfeldern?

All diese Aspekte sind genau genommen nicht ausschließlich in interprofessionellen Interaktionen für Konflikte verantwortlich. Sie sind auch in alltäglichen Beziehungen ein großes Problem. Das Ziel dieses Kapitels ist die Bewusstmachung häufiger Konfliktfelder, um sie letztlich effizienter und effektiver zu bearbeiten. Die folgenden Kapitel zu Gesprächstypen und Kommunikationsverfahren können helfen, Konfliktfelder zu minimieren und sie schon präventiv zu vermeiden.

Schlüsselwörter: *Konflikte, Stereotype, Verantwortungsbereiche, Fachsprache*

Aufgaben zur Lernkontrolle

1. Wie funktioniert der Verarbeitungsprozess bei Stereotypen und welche Auswirkungen hat dies auf unser Handeln?
2. Welche Arten von Konflikten gibt es?
3. Welche Auswirkungen haben Rollen auf unser Handeln und welche rollenspezifischen Konflikte gibt es?
4. Welche Konfliktfelder gibt es in interprofessionellen Interaktionen?



Aufgabe zur Berufspraxis

5. Welche Intra- und Interrollenkonflikte haben auf Ihr berufliches Handeln die größten Auswirkungen und wie können Sie diese Situation auflösen?

Literatur

Abels, H. (2009). *Wirklichkeit*. Berlin: Verlag für Sozialwissenschaften.

Vester, H.-G. (2008). *Kompendium der Soziologie I: Grundbegriffe*, Wiesbaden: Springer-Verlag.

Wehner, L. (2012). *Dicke Luft*. Berlin: Springer Medizin.

Pschyrembel (2017). *Medizinisches Wörterbuch* (267. Aufl.). Berlin: De Gruyter.