

Organisationsberatung **S**upervision **C**oaching

Themenschwerpunkt

Changeprozesse in Kliniken

Hauptbeiträge

Anke Burkhardt

Patient Hochschulmedizin.

Rechtsformänderungen von Hochschulklinika

Herbert Buchholz

Reibungsverluste an peripheren und internen Schnittstellen.

Überlegungen zum Kosten- und Qualitätsmanagement im Krankenhaus

Praxisberichte

Ursel König

Coaching für Führungskräfte im Krankenhaus

Stefan Potthoff

Stationen eines Coaching im ärztlichen Bereich

Helga Bänfer

Krise als Chance – Teamsupervision in einem Operationsteam

Almut Veidt

Die Entwicklung von Gesundheits- und Sozialkompetenz in Netzwerken

Diskurs

Birgit Mackenthun, Jonas Schreyögg

Was kosten Kliniken?

Zur Weiterentwicklung des Krankenhaussektors

1/02

Jahrgang 9/2002

ISSN 1618-808 X

G13630 F



Krise als Chance

Teamsupervision in einem Operationsteam

Helga Bänfer, Bielefeld

In den letzten zwanzig Jahren wurden die vielfältigen hohen Belastungen von Pflegekräften in der breiten Öffentlichkeit zunehmend bekannt und benannt. Eine erhöhte Anzahl von Patientenbeschwerden auf einer Station, Konflikte im Team, Beschwerden über die Stationsleitung, verstärkte Krankheitsausfälle beim Personal, Zunahme von Kündigungen, Schwierigkeiten in der Gestaltung der Arbeitsabläufe, Demotivation beim Pflegepersonal sind meistens die äußeren Symptome, an denen die Belastung, Überlastung und Überforderung des Pflegepersonals deutlich wird und die einen Handlungsbedarf entstehen lassen. Anhand eines Praxisbeispiels möchte ich mein methodisches Vorgehen einer Krisenintervention in einem OP-Team beschreiben.

Ausgangslage der Krisenintervention

Im Erstkontakt mit der Pflegedienstleitung stellte sich die aktuelle Krisensituation aus ihrer Sicht folgendermaßen dar: Von einem aus neun Pflegekräften bestehenden OP-Team hatten sechs Teammitglieder die Kündigung eingereicht. Als Begründung gaben sie Spannungen mit der leitenden OP-Schwester an. Die Leitung hatte ebenfalls die Kündigung eingereicht, da sie sich der Situation nicht mehr gewachsen fühlte. Es folgten mehrere Gespräche der Pflegedienstleitung mit dem gesamten Team und mit jedem einzelnen Teammitglied. Diese Gespräche führten nicht zur Klärung und Entspannung der Situation. Als dem OP-Team als letzte Rettung eine Teamsupervision angeboten wurde, nahmen die Pflegekräfte und die OP-Leitung ihre Kündigung vorläufig zurück.

Das in einer Großstadt liegende konfessionelle Krankenhaus der Allgemeinversorgung mit 250 Betten befand sich zum Zeitpunkt der Krisensituation in einer besonderen Drucksituation. Dazu gehörte die Ankündigung eines erheblichen Bettenabbaus in der ganzen Stadt und damit verbunden die Schließung kleinerer Krankenhäuser. Mit dem Bettenabbau wurden umfangreiche Stellenkürzungen angekündigt. Zeitgleich gab es ausführliche Veröffentlichungen in den regionalen Tageszeitungen mit Vergleichen zum individuellen Image und den Leistungsangeboten der einzelnen Krankenhäuser in der Stadt. Das Krankenhaus selbst stand in direkter Konkurrenz mit einem nahe gelegenen Krankenhaus gleicher Größenordnung. Eine dieser beiden Kliniken sollte als Geriatrie weitergeführt werden. Die Entscheidung, welches Krankenhaus geriatrisch ausgerichtet werden würde, war abhängig vom ärztlichen, pflegerischen und räumlichen Angebot,

das die jeweilige Klinik machen konnte. Der Widerstand des Pflegepersonals und der Ärzte gegen eine Geriatrie war in beiden Kliniken sehr hoch und wurde durch verstärkte Einbeziehung der Medien und durch öffentliche Demonstrationen dieser Gruppen deutlich gemacht. Außerdem gab es interne Verunsicherungen durch angekündigte Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen, deren Auswirkungen auf die einzelne Klinik zum damaligen Zeitpunkt nicht einschätzbar waren.

In dieser Drucksituation wurden seitens der Krankenhausleitung eine Fragebogenaktion zur Arbeitszufriedenheit des Personals durchgeführt, mit dem Ziel, Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu entwickeln. Dieser Fragebogen bewirkte eine Unruhe im Personal, weil derartige Aktivitäten ungewöhnlich waren und Veränderungen implizierten, die nicht transparent waren. Im Erstgespräch mit der Pflegedienstleitung wurde erkennbar, dass sich auch auf weiteren Stationen Krisen entwickelten, aber aufgrund der finanziellen Möglichkeiten des Hauses und des geringeren Eskalationsgrades im Vergleich zum OP-Bereich noch nicht bearbeitet werden konnten. Im Gesamtkontext der Klinik betrachtet, war die Krisensituation im OP-Bereich eine existenzielle Bedrohung für die Krankenhausleitung und für alle Beschäftigten, weil die Belegung des Krankenhauses hauptsächlich durch den allgemein- und unfallchirurgischen OP gesteuert wurde.

Der Erstkontakt

Im Erstkontakt mit dem Team wurden Vorstellungen, Erwartungen und Vorgehensweisen geklärt. Folgende Ziele wurden für die Supervision vereinbart:

- Analyse der Krisensituation,
- Analyse der Ressourcen,
- Entwicklung von Bewältigungsstrategien,
- Stabilisierungsmöglichkeiten entwickeln.

Zum Selbstverständnis der Pflegekräfte gehört es, stark und beherrscht zu sein und mit jeder Situation fertig zu werden. Diese Haltung zeigte das Team in der ersten Begegnung. Das Team wirkte beherrscht, äußerst kontrolliert und vorsichtig. Bei der Benennung der Krisensituation bewegte sich das Team überwiegend auf der Metaebene. Hilfe und Unterstützung anzunehmen, war für die Pflegekräfte schwierig, da deren Verhalten in erster Linie darauf ausgerichtet war, für andere Menschen da zu sein, und da sie es wenig oder gar nicht gewohnt waren, dass sich jemand um sie kümmert. Hilfe von außen anzunehmen und damit einzugestehen: „Wir haben ein Problem, mit dem wir allein nicht zurecht kommen“, würde in hohem Maße das Selbstwertgefühl in Bezug auf die berufliche und persönliche Kompetenz reduzieren.

Die Phase der „Turbulenzen“, in der sich das Team derzeit befand, erforderte die Vermittlung von Ruhe und Sicherheit. So war es für die Teilnehmer/innen entlastend und kam ihrem hohen Sicherheitsbedürfnis sehr entgegen, als die Normen im Umgang miteinander und die Prämissen zum Verständnis von Krisen innerhalb der Supervision benannt wurden:

- Alles, was innerhalb der Supervision besprochen und erlebt wird, wird Dritten gegenüber (Vorgesetzten, anderen Kollegen) nicht weitergegeben.
- Ziel der Krisenintervention ist es nicht, „den Schuldigen für die Krise“ zu finden, sondern die Situation gemeinsam zu analysieren, Bewältigungsstrategien zu entwickeln und Stabilisierung zu erreichen.

- Die Supervision ist ein geschützter Raum, in dem es Möglichkeiten der Entlastung für Kränkungen, Verzweiflung, Unsicherheiten, Wut, Traurigkeit gibt.

Supervisorische Interventionen

Kontakt auf der Beziehungsebene:

- Akzeptanz der Gesprächspartnerinnen,
- Aktives Zuhören,
- Verständnis zeigen,
- Weiche, sichere Stimmlage,
- Ruhige, zuwendende Gestik und Mimik.

Kontakt auf der Metaebene:

- Gegenseitige Vorstellung,
- Erläuterungen zum Inhalt und Vorgehensweise der Supervision,
- Benennen von Regeln und Normen im Umgang miteinander.

Folgende Themen des Teams wurden bereits im Erstkontakt deutlich:

Fremdsteuerung des Teams: Nicht geplante OPs, kurzfristige Personalausfälle, unterschiedliche Qualifikationen bzw. Berufserfahrung beim Personal, Schwierigkeitsgrade der OPs, verschiedene Fachgebiete, Arbeitsstile der Operateure, hohe Arbeitsintensität an einzelnen Wochentagen usw. erfordern in der Regel ein äußerst flexibles Arbeiten des OP-Teams. Die zeitliche Organisation und die Anzahl der einzelnen OPs an einem Tag wird in der Regel nicht vom Team selbst mitgesteuert. Das OP-Team reagiert und nimmt sich wenig oder gar keinen Raum mitzugestalten. Allein die Perspektive, Gestaltungseinfluss haben zu können, fehlte. Hierdurch erklären sich Vorschläge wie: „Wir können die Supervision immer dann machen, wenn es weniger zu tun gibt, und immer kurzfristig entscheiden, welcher Tag passend ist.“

Eigene Interessen gegenüber den Ärzten transparent machen und durchsetzen: Der Termin der Supervision machte es erforderlich, dass die Ärzte ihren OP-Plan für diesen Tag veränderten. Im Erstkontakt wurden Befürchtungen geäußert, dass die Ärzte die Supervision blockieren. In der Tat wurde eine Intervention der Pflegedienstleitung erforderlich, um bei den Chirurgen eine Modifizierung der OP-Planung während der Supervision zu bewirken. Diese Intervention wurde vom Pfllegeteam als persönlicher Kompetenzmangel erlebt. „Wir haben es alleine nicht geschafft.“ Ein zentrales Thema der Pflegekräfte war, Hilfe nur schwer annehmen zu können.

Imageverlust: Die zeitliche Ausrichtung der Supervision nahm Einfluss auf die Organisation des gesamten Hauses. Damit wurde öffentlich bekannt: „Wir haben Probleme, wir brauchen Hilfe.“ Aus Sicht des Teams war das ein Imageverlust. In der internen Hierarchie des Pflegedienstes steht der OP-Bereich, neben der Intensivstation und dem Kreißaal, begründet durch den notwendigen Erwerb einer zeit- und kostenintensiven Zusatzqualifikation, die in der Regel auch mit einer mehrjährigen vertraglichen Bindung an das Krankenhaus verbunden ist, und aufgrund seiner zentralen Funktion an ranghoher Stelle. Im OP-Team gab es daher Bemühungen, die Supervision „unauffällig“ am Wochenende stattfinden zu lassen. Das Selbstverständnis, gerade durch eine Inanspruchnahme von Supervision und damit von professioneller Begleitung Professionalität zu zeigen, fehlte. Dass sich das Team auf das vorgegebene Setting eingelassen hat, war letztlich auch ein Ausdruck des hohen Leidensdrucks.

Das Setting klären

In der Klärung des Settings wurden weitere Themen deutlich. Sich Zeit für sich, für das Miteinander im Team zu nehmen, war für die Pflegekräfte im Arbeitsalltag von ihrem Selbstverständnis her gesehen sehr schwierig, nicht realisierbar und äußerst ungewohnt. Gleichzeitig war diese nicht budgetierte „fehlende“ Zeit im beruflichen Alltag ein Nährboden für die Entwicklung der Krise. Eine eindeutige, verbindliche Vereinbarung zum Setting der Krisenintervention war deshalb von wesentlicher Bedeutung.

Die Vereinbarungen zum Setting gestalteten sich sehr schwierig. Die zeitliche Vorgabe war eine Supervision von 4 Arbeitseinheiten zu 45 Minuten, an einem festgelegten Vor- oder Nachmittag, in vierwöchigen Abständen, über einen Zeitraum von zwölf Monaten, an einem Werktag (Montag bis Freitag). Das Team zeigte Widerstand, diese zeitliche Vorgabe umzusetzen. Argumentativ wurden Dienstzeiten, Widerstand der Ärzte, OP-Zeit zur Verfügung zu stellen, genannt. Der Vorschlag der Ärzte ging so weit, dass die Supervision am freien Wochenende oder in der Freizeit, „wenn es gerade auskommt“, durchgeführt werden sollte.

Die Supervisorin bestand auf ihrer zeitlichen Vorgabe, weil eine Supervision am Wochenende, aufgrund der knappen personellen Besetzung, eine kontinuierliche Teilnahme aller Beteiligten ausschloss und dadurch eine Verschärfung, der ohnehin instabilen Situation stattgefunden hätte. Für den Entscheidungsprozess bezüglich des Settings und der Entscheidung für die Supervisorin hatte das Team eine Woche Zeit. Das Team entschied sich nach zwei Tagen und für das vorgegebene Setting und für die Supervisorin.

Supervisorische Interventionen

- Begründung des Settings,
- Verstärkung geben, Zeit für sich zu nehmen,
- Lösungswege für den Umgang mit Widerständen entwickeln.

Akzeptanz der Krise

Jeder Patient, der sich einer OP unterziehen muss, befindet sich in einer massiven persönlichen Krise. Dieses zu akzeptieren, ist für Pflegekräfte selbstverständlich. Das eigene Erleben einer Krisensituation war weit schwieriger zu akzeptieren. Als Helfer die eigene gnadenlose Hilflosigkeit zu spüren, verstärkte die Tendenz, die Krise nicht akzeptieren zu wollen und zu können. Zunächst wurde vermieden, die Situation als interne Krise des gesamten Teams zu verstehen. Sich nicht nur „schlecht zu fühlen“, sondern auch zu denken, „wir sind schlecht“, weil es intern massive Probleme gibt, die noch dazu nach Außen spürbar waren, war schwierig zu akzeptieren. Die Angst vor Imageverlust war deutlich spürbar. Innerhalb des Teams ergaben sich dadurch unterschiedliche, ambivalente und häufig wechselnde Betrachtungsweisen und Wahrnehmungen. Erkennbar waren Hilflosigkeit, Wut, Traurigkeit, Enttäuschung, Kränkungen und gleichzeitig Verharmlosung und Wunsch nach Harmonie. Vorrangig wurden „Verantwortliche“ für die Krise gesucht. Dazu gehörten schwierige Ärzte, die Pflegedienstleitung, die OP-Leitung, eine einzelne schwierige Kollegin.

Supervisorische Interventionen

- Aufzeigen anderer Sichtweisen: „Krise ist auch eine Chance zur Veränderung. Gemeinsam durchlebte Krisen schaffen Nähe.“
- Verständnis zeigen: „Ich kann verstehen, dass Sie die Situation als unerträglich erleben.“
- Normalität von Krisen deutlich machen: „Auch in anderen Kliniken erleben Teams Krisensituationen.“
- Hoffnung vermitteln: „Der erste Schritt, Krisen zu bewältigen, ist, sich Unterstützung und Hilfe zu holen, wie Sie es getan haben.“
- Kompetenz stärken: „Sie zeigen eine hohe Professionalität, Krisen Ihrer Patienten zu begleiten, so werden Sie auch Ihre Krisen bewältigen können.“

Emotionale Entlastung zulassen

In dieser Phase der Krisenintervention entstand zunächst ein „Zahnarzteffekt“: Ich gehe mit Schmerzen zum Zahnarzt, und kaum sitze ich im Wartezimmer, sind die Schmerzen weg. Tendenzen, den vorhandenen Leidensdruck zu verharmlosen, nachdem die Initiative ergriffen war, den Belastungen entgegenzuwirken, sind charakteristisch für eine Krise. „Das hat uns schon sehr geholfen.“ Gerade in schleichenden Krisenentwicklungen werden einzelne Belastungen in ihren Auswirkungen unterschätzt und verdrängt. Das vermittelte Verständnis und die Akzeptanz der Krise entlastete und gab aber auch gleichzeitig Raum für Verdrängung. Es traten Ängste auf, da deutlich wurde, dass die Bearbeitung von Krisen Veränderung mit ungewissem Ausgang bedeutete.

Zunächst wurde Raum gegeben, die Belastungen zu benennen und zu beschreiben. Im Team bewirkte das eine spürbare atmosphärische Entlastung und eröffnete die Möglichkeit, das „Durcheinander“ zu sortieren. Auszusprechen, was belastet wurde von den einzelnen Teammitgliedern als sehr befreiend erlebt. Das deutliche Erkennen der Vielfalt und Komplexität der Problemkreise führte im weiteren Verlauf zu dem Erleben, „vor einem riesigen Berg“ zu stehen, den es zu besteigen gilt, um wieder freie Sicht zu haben.

Wenn Verdrängung zum vertrauten Verhaltensmuster gehört, mit Ängsten umzugehen, fand es hier seinen Raum. Die Strukturierung der Problemkreise entlastete durch ein beginnendes Wiederherstellen einer „Ordnung“. Die deutlich erkennbare Vielfalt der Problemkreise, woraus sich die Krise zusammensetzte, belastete wiederum, weil die „Hilfsmittel“ fehlten bzw. nicht sichtbar waren, um diese Problemkreise zu bewältigen.

Supervisorische Interventionen:

- Einsatz kreativer Materialmedien: Bild malen zur Darstellung des aktuellen Erlebens,
- Arbeit mit Metaphern,
- Zuhören und offene Fragen stellen,
- Kontakt untereinander fördern,
- Raum geben für alle Teammitglieder,
- Themen, Problemkreise benennen und beschreiben lassen,
- Bewertungen verhindern,
- Problemkreise transparent machen durch Visualisierung,
- Ängste benennen: „Ich kann gut verstehen, dass es auch Befürchtungen gibt, das Problem anzugehen“,
- Sicherheit vermitteln: „Supervision ist ein geschützter Raum“, „Wir haben Zeit“, „Wir finden gemeinsam Möglichkeiten, die Krise zu bewältigen.“

Problem- und Situationsanalyse

Wie ein Puzzle entwickelte sich im Verlauf der Supervision das Bild der Krise. Die anfängliche Konzentration auf die Leitung des OP-Bereichs als Krisenschwerpunkt löste sich allmählich auf. Die Problemanalyse ergab, für alle Beteiligten faszinierend, dass eine Vielzahl von erlebten Belastungen der vergangenen Jahre, die in erster Linie auf die Leitung als Verantwortliche projiziert wurden, zur Eskalation geführt haben. Folgende Problemkreise standen im Verlauf der Problem- und Situationsanalyse im Vordergrund:

Erwartungen an die Leitung: Das Team erwartete unter dem Druck der Belastungen Hilfe von der Leitung. Diese fühlte sich überfordert und sah sich zusätzlich der hohen Erwartungshaltung der Krankenhausleitung ausgesetzt. Das Team beschrieb sie als „unnahbar, willkürlich in ihren Entscheidungen und Handlungen, ungerecht im Umgang mit einzelnen Teammitgliedern“. In Wechselwirkung mit den Teammitgliedern reagierten diese ebenfalls mit „Notreaktionen“, wie z.B. Isolation, Temperamentsausbrüchen, Verweigerung, Regelverstößen, Krankheit, Protestaktionen, Verletzungen und Kränkungen untereinander.

Verlust von Teammitgliedern: Die Kündigung eines Teammitglieds im frühen Verlauf der Supervision aus privaten Gründen (der Ehemann wurde von seiner Firma in eine entfernt liegende Stadt versetzt) löste im Team eine erhebliche emotionale Unruhe und Verunsicherung aus bis hin zur Suche nach der Schuld des Teams an der beruflichen Entscheidung der Kollegin.

Kommunikationsstörungen: Kommunikation im OP ist gekennzeichnet durch Anweisungen der einzelnen Ärzte, die vom pflegerischen OP-Personal in der Regel ohne Rückfragen ausgeführt werden. Weitere Elemente sind die direkte oder alternative Frage an den jeweiligen Arzt. Dialoge, Diskussionen oder ein Erfahrungsaustausch fanden nicht statt. Deutlich wurden folgende Kommunikationsmuster:

- nicht ausreden lassen, unterbrechen,
- nicht zuhören,
- hohe Sprechgeschwindigkeit,
- schneller Wechsel zwischen lautem Reden und abruptem, anhaltendem Schweigen,
- Formulierung der Themen in Form von Vorwürfen, Anschuldigungen, Klagen,
- Vorwürfe werden aneinandergereiht formuliert,
- keine thematische Trennung,
- ältere Mitarbeiterinnen beantworteten stellvertretend Fragen, die an jüngere oder ausländische Kolleginnen gestellt wurden,
- kein Blickkontakt zum jeweiligen Gesprächspartner.

Fachliche Qualifikation: Die fachliche Qualifikation der Mitarbeiter/innen für den OP-Bereich basierte bei vier Teammitgliedern (einschließlich der Leitung) auf einer dreijährigen Ausbildung als Krankenschwester und einer Fachweiterbildung zur OP-Fachschwester. Die Leitungskräfte hatten 8 bis 10 Jahre OP-Erfahrung. Die anderen beiden OP-Fachschwestern verfügten ebenfalls über langjährige Berufs- und OP-Erfahrung, allerdings mit familiär bedingten Unterbrechungen. Eine Pflegekraft mit zwei Jahren OP-Erfahrung stand mitten in der berufsbegleitenden Fachweiterbildung zur OP-Fachschwester. Vier Pflegekräfte waren ohne Fachweiterbildung im OP tätig. Von diesen hatten drei Pflegekräfte 1 bis 2 Jahre OP-Erfahrung und eine Pflegekraft (Philippin) 18 Jahre OP-Erfahrung.

Sich als Team verstehen: Kristallisationspunkt und zentripetale Kraft, bezogen auf das Zusammengehörigkeitsgefühl im Team, ist die OP-Arbeit als solche. Die reine Zu-

gehörigkeit zum Funktionsbereich OP begründet das Wir-Gefühl des Teams. Anders als in allen anderen Fachgebieten der Krankenpflege findet im OP in der Regel über lange Zeiträume während einer OP keine Kommunikation zwischen den Mitgliedern des pflegerischen OP-Teams statt. Rituale, die das Zusammengehörigkeitsgefühl fördern, wie gemeinsame Pausen, zu zweit oder dritt eine Aufgabe bewältigen oder gemeinsam feiern, fehlen. Verbindungen gab es durch die unterschiedlich lange Teamzugehörigkeit und damit verbundenen Bekanntheitsgrad der einzelnen Personen untereinander. Solidaritäten ergaben sich innerhalb der Altersgruppen „Ältere und Jüngere“, die sich deutlich voneinander abgrenzten. Kontinuierliche Bemühungen um Zugehörigkeit zum Team waren erkennbar bei den beiden Teilzeitkräften, die bedingt durch ihre Arbeitszeiten immer wieder neu ihren Standort im Team bestimmen mussten.

Zusammenarbeit in der OP Leitung: Das Führungsverhalten der OP-Leitung ihrer Stellvertretung gegenüber war gekennzeichnet durch Dominanz. Nicht begründete Anordnungen, die ohne Widerspruch oder Rückfrage auszuführen waren, bestimmten den Umgang. Eine unternehmerische Zielvorstellung oder Konzepte eines Qualitätsmanagements waren nicht erkennbar. Es gab keine Teilung der Macht. Autonome Eigenverantwortlichkeit in Zuständigkeitsbereichen seitens der Stellvertretung war nicht gegeben. Gegenseitige Erwartungen, Vorstellungen und Entscheidungen waren nicht transparent. Die Stellvertretung nahm nur in Abwesenheit der Leitung Führungsaufgaben wahr.

Individuelle Belastungen der einzelnen Teammitglieder: Mit den beruflichen Belastungen verknüpften sich bei allen Teammitgliedern zum Teil erhebliche private Belastungen, welche die Entwicklung zur Dekompensation stark beeinflusst haben. Die Schilderung einer Teilnehmerin über die Kontaktaufnahme eines Familienmitglieds, von dem sie in der Kindheit sexuell missbraucht wurde und mit dem sie jahrelang keinen Kontakt hatte, war Auslöser für eine Entwicklung zur individuellen Entlastung im Team. Die Transparenz dieser Belastungen brachte die Teammitglieder im Verlauf der Supervision näher zueinander und half, eine Überschaubarkeit für das gesamte Volumen der Belastungen herzustellen. Das Selbstverständnis, sich als „Mensch zu verstehen, als ein leibliches Wesen, das in, mit und durch seine Lebenswelt existiert“ (Petzold 1988), bekam Raum. Je mehr sich das Bild der Krisenentwicklung vervollständigte, desto mehr Bewältigungsmöglichkeiten entwickelten sich. Durch die Bearbeitung der Belastungen im persönlichen Bereich ergaben sich habituelle Bewältigungsmöglichkeiten, die für die Krisenbewältigung im OP-Bereich genutzt werden konnten. Dieses entlastete und unterstützte die Stabilisierung.

Analyse des Krisenintergrundes

Erwartungen an die Leitung: Die derzeitige OP-Leitung und ihre Stellvertretung übernahmen vor zwei Jahren, aus dem Team heraus berufen, die Leitung. Sie lösten eine langjährige (weibliche) Leitung und deren (männlichen) Stellvertreter ab, welche als autoritär und sehr „mütterlich“ bzw. „väterlich“ fürsorglich beschrieben wurden. Die damalige Atmosphäre wurde als „familiär“ erlebt. Es wurde deutlich, dass das Team sich durch den zeitgleichen Weggang beider Führungskräfte „im Stich gelassen“ fühlte. Weitere Konflikte resultierten aus den nicht erfüllten Rollenerwartungen am Modell der Vorgänger, deren Eindeutigkeit im Verhalten trotz autoritärer Anteile geschätzt wurde. Im Mitarbeiterteam lösten diese Spannungsfelder Verunsicherung und Hilflosigkeit aus. Der hieraus resultierende verdeckte und teils offene Widerstand des Teams brachte die

Leitung in die Defensive. Durch das ungewohnte Thematisieren leitungsbezogener Probleme im OP-Team entwickelte sich Widerstand im „Untergrund“, der schließlich Krisenauslöser war. Forciert wurde diese Entwicklung zusätzlich durch einen Leitungswechsel auf Pflegedienstleitungsebene. Die neue Pflegedienstleitung forderte eine Thematisierung und Klärung der Situation vom Leitungsteam. In dieser Phase der Turbulenzen, in der sich OP-Leitung und Team restlos überfordert fühlten und keine Perspektive sahen, kam es zu „Notreaktionen“ in Form von Kündigungen.

Verlust von Teammitgliedern: Die Gründe für die Kündigung der früheren OP-Leitung wurden nicht konkret benannt und lösten Vermutungen, Schuldgefühle und gegenseitige Schuldzuweisungen aus. Eine Woche nach ihrem Weggang erlebte das Team einen traumatischen Schock durch den plötzlichen Unfalltod einer beliebten Kollegin aus dem Team, deren integrative Fähigkeiten sehr geschätzt wurden. Weggehen, Trennung ohne Abschiednehmen, wurde zum angstbesetzten Thema.

Kommunikationsstörungen: Die im OP ritualisiert genutzten Kommunikationsmuster wurden ohne Modifikation in den täglichen kommunikativen Umgang des Teams übertragen. Teamgespräche, Konfliktgespräche und Erfahrungsaustausch fanden nicht statt. Kommunikation wurde seitens der OP-Leitung nicht organisiert und institutionalisiert. Es gab kein Modell für partnerzentrierte Kommunikation durch die Leitung.

Fachliche Qualifikation: Der unterschiedliche Qualifikationsstand führte zu einem enormen Leistungsdruck innerhalb des Teams, da es galt, ständig seine Qualifikation als OP-Schwester zu beweisen. Insbesondere für die Leitungskräfte wurde mit zunehmender Krisenentwicklung der Druck höher, dem Team gegenüber die eigene Fachkompetenz darzustellen. Defizite in der sozialen Kompetenz, fehlende Krisenbewältigungsstrategien wurden damit kompensiert. Fachkompetenz wurde als Machtinstrument eingesetzt und zum Teil missbraucht. Dies wurde an folgenden Symptomen deutlich:

- Abwertung der Leistungen und häufige fachliche Korrektur untereinander,
- extrem lang gehaltene Einarbeitungszeiten bei neuen Mitarbeiterinnen ohne Einarbeitungskonzept, wodurch die eigene größere Erfahrung und Qualifikation scheinbar möglichst lange deutlich erkennbar blieb,
- Verzögerung oder Verhinderung von Einarbeitung in weitere Fachbereiche des OP bei langjährigen Mitarbeitern,
- negativ geprägtes Konkurrenzverhalten gegenüber der Pflegekraft in der Weiterbildung,
- kein Personalentwicklungskonzept Konzept zur Förderung der Fachkompetenz bei Mitarbeiterinnen ohne Fachweiterbildung zur OP-Schwester.

Sich als Team verstehen: Begünstigt durch die isolierenden Arbeitsbedingungen im OP wurden Kränkungen, Verletzungen und ungeklärte Konflikte einzelner Teammitglieder untereinander nicht bearbeitet. Die Unsicherheit im Umgang mit Alltagskonflikten wurde durch eine eingeschränkte Sozialkompetenz und Methodenkompetenz gefördert. Der zunehmende Krisenverlauf führte bei Einzelnen zum inneren Rückzug und zur Vereinsamung. Bei dominanten Teammitgliedern mit hohem Aggressionspotenzial wurden Ausgrenzungsaktivitäten sichtbar, wie z.B. eine Missachtung gegenüber zurückhaltenden Kolleginnen.

Zusammenarbeit in der OP Leitung: Nach dem plötzlichen Weggang ihrer Vorgängerin wurde die neue Leitung aus dem OP-Team heraus berufen. Kriterien für die Berufung waren langjährige Tätigkeit im OP und die Absolvierung der Fachweiterbildung zur OP-Schwester. Sozialkompetenz, Methodenkompetenz und Führungskompetenz waren keine Auswahlkriterien. Bei der Berufung ihrer Stellvertretung, die ebenfalls langjährig dem Team angehörte, wurde sie nicht nach ihrer Meinung gefragt. Auch bei der

Besetzung der Position der Stellvertretung waren Kriterien wie Berufserfahrung und Fachweiterbildung entscheidend. Der Versuch einer Einflussnahme durch die OP-Leitung unter dem Aspekt des „persönlichen Verstehens“ auf Leitungsebene fand keine Beachtung. Daraus resultierten jahrelange Akzeptanzschwierigkeiten der beiden Leitungskräfte untereinander, die auf fachlicher und persönlicher Ebene deutlich wurden. Gegenseitiges in Frage stellen der Fachkompetenz, Angriffe und Kränkungen auf persönlicher Ebene, unterschiedlicher Führungsstil, Machtkämpfe, Vermeidung von Kommunikation waren die wesentliche Symptome.

Individuelle Belastungen einzelner Teammitglieder: Die Arbeitsablauforganisation im OP verhinderte eine Primärkommunikation im Team. Individuelle Kommunikations- und Beziehungsbedürfnisse konnten am Arbeitsplatz nicht befriedigt werden. Eine Entlastung durch einen Austausch über private Belastungen und Probleme fand nicht statt. Man wusste nichts oder sehr wenig voneinander. Folgende Belastungen waren seit Jahren vorhanden und wurden im Verlauf der Supervision benannt:

- Scheidung, in der Folge verbunden mit finanziellen Einschränkungen und Statusverlust,
- Alleinerziehend mit enger finanzieller Versorgung,
- Versorgungsverpflichtung für erkrankte Familienmitglieder,
- Heimweh nach der Familie im Heimatland,
- Entscheidungsprozess für Arbeitsplatzwechsel in eine andere Stadt, verursacht durch die berufliche Veränderung des Ehepartners,
- Jahrelange Beziehungskrisen,
- Sexueller Missbrauch im familiären Kontext,
- Traumatische Kindheitserlebnisse.

Ressourcenanalyse

Im Verlauf der Analyse der aktuellen Situation und des Krisenhintergrunds wurden folgende Ressourcen sichtbar:

Ressourcen im Team: Sympathien untereinander, Freundschaften, gemeinsame Bewältigung von arbeitsintensiven Tagen, Übereinstimmungen im beruflichen Selbstverständnis, Bewältigung von fachlich kritischen Situationen am OP-Tisch, Fachkompetenz, Berufserfahrung.

Ressourcen des einzelnen Teammitglieds: Familie, Freunde, Freizeitinteressen, Wohnumfeld, Verhaltensmuster aus bewältigten persönlichen Krisen.

Ressourcen im Umfeld: Hohe Identifikation mit der Klinik, Unterstützung durch andere Berufsgruppen der Klinik, Zugehörigkeit zu einer Schwesternschaft, Solidarität der Pflegedienstleitung.

Krisenbezogene Ressourcen (Notfall-Ressourcen): Verhaltensmuster aus bewältigten Krisensituationen, rechtzeitige Problemanalyse.

Kriseninterventionstechniken

In der Problem- und Situationsanalyse wurden die einzelnen Problembereiche transparent. Durch Einsatz von Elementen und Methoden der Integrativen Gestalt Supervision, Kriseninterventionstechniken und Verhaltenstraining konnten die Problembereiche bearbeitet und verarbeitet werden. Bei der Bearbeitung der einzelnen Problemkreise wurden folgende supervisorische Interventionen realisiert:

Erwartungen an OP Leitung:

- Leitungs-, Team-, Arbeitsbezogene Ziele konkret formulieren,
- Gegenseitige Erwartungen formulieren lassen,
- Aufarbeitung von Missverständnissen.

Verlust von Teammitgliedern:

- Entlastung schaffen durch Reflexion der einzelnen Abschiedssituationen,
- Raum zum Trauern geben,
- Trösten,
- Wut und Enttäuschung Raum geben,
- Abschiedsrituale entwickeln,
- Techniken des inneren und äußeren Beistandes,
- Techniken der inneren Distanzierung,
- Gestaltung und Reflexion der aktuellen Abschiedssituation.

Kommunikationsstörungen:

- Spiegeln der bestehenden Kommunikationsregeln,
- Kommunikationsregeln zielbezogen vereinbaren,
- Übungen zum aktiven Zuhören,
- Kommunikationsraum für jedes Teammitglied schaffen,
- Rollenspiele,
- Arbeit an sprachlichen Äußerungen.

Fachliche Qualifikation

- Transparenz der Stärken und Schwächen der einzelnen Teammitglieder,
- Entwicklung eines Einarbeitungskonzeptes,
- Entwicklung gezielter Qualifikationswege für jede einzelne Pflegekraft,
- Übungen zum Erkennen und Umgang mit Neid,
- Übungen zur Stärkung der sozialen Kompetenz.

Sich als Team verstehen:

- Analyse der Rollen im Team und deren Auswirkungen,
- Transparenz der vorhandenen Normen, Regeln und Rituale,
- Analyse der formalen und informellen Verbindlichkeiten,
- Bearbeitung von einzelnen Konfliktsituationen von zwei Personen innerhalb des Teams,
- Konfliktbewältigungsstrategien in alltäglichen Situationen,
- Übungen zur Stärkung der Selbstsicherheit und Durchsetzung,
- Bearbeitung von Problemsituationen einzelne Teilnehmerinnen betreffend,
- Aufarbeitung von Kränkungen.

Zusammenarbeit in der OP-Leitung:

- Einzelsupervision der Leitung nach Absprache im Team,
- Analyse der Leitungsgeschichte und Entwicklung im OP-Bereich,
- Bearbeitung der Konflikte und Kränkungen,
- Gegenseitige Erwartungen formulieren lassen,
- Definition des persönlichen Führungsstils,
- Leitungs-, Team-, Arbeitsbezogene Ziele entwickeln und konkret formulieren,
- Möglichkeiten zur Entwicklung eines Arbeitskonzeptes finden.

Individuelle Belastungen einzelner Teammitglieder:

- Dialoge, Rollenspiele,
- Arbeit mit kreativen Medien,
- Lebenspanorama,
- Imagination, Phantasiearbeit,
- Arbeit mit Assoziationen,

- body-chart,
- Arbeit mit den Identitätssäulen.

Coping

„Als Bewältigung oder Coping kann das Bemühen bezeichnet werden, bereits bestehende oder zu erwartende Belastungen durch Krisen (emotional / kognitiv) zu verarbeiten oder durch zielgerichtetes Handeln auszugleichen, zu meistern.“ „Analog dem Kommunikationsaxiom gilt auch hier: Man kann nicht nicht bewältigen. Die Frage ist einzig, wie erfolgreich der Bewältigungsversuch ist.“ (Heim 1993)

Bei der Entwicklung erfolgreicher Bewältigungsformen wurde der enge Zusammenhang der Dekompensation mit dem Copingprozess deutlich. Die Kündigungen einzelner Teammitglieder waren eine nicht weiterführende Bewältigungsform, weil sie aus einer Resignation entstand. Mit dem Entscheidungsprozess für eine Supervision begann der Copingprozess als Versuch, geeignete Bewältigungsformen zu finden. In der Bearbeitung der einzelnen Belastungen und Problemfelder in der Krisenintervention wurden, unter Einbeziehung der Ressourcen, folgende Bewältigungsformen für die Krise entwickelt:

Arbeitsbereich:

- Formulierung arbeitsbezogener und teambezogener Ziele,
- Kontinuierliche Überprüfung und Aktualisierung der Ziele,
- Erheblich verstärkter Raum und Zeit für Kommunikation untereinander, innerhalb und außerhalb des Arbeitsbereichs, unter Berücksichtigung der erlernten Kommunikationsregeln,
- Geplante, regelmäßige Arbeitsbesprechung für Konzeptentwicklung, arbeitsbezogene Fragen,
- Einrichtung von Arbeits- und Projektgruppen zu arbeitsbezogenen Fragen (Arbeitsteilung etc.),
- Intensivierung der Kommunikation mit anderen Berufsgruppen,
- Einbeziehung des gesamten Teams in Entscheidungsprozesse,
- Regelmäßige, zeitlich festgelegte Besprechungen der Leitungskräfte,
- Formulierung der Ziele in der Leitung,
- Kompetenzklärung in der Leitung,
- Tagtäglicher Austausch über aktuellen Belastungen,
- Anwendung der erlernten, trainierten Konfliktbewältigungsmethoden,
- Intensivere Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung.

Persönlicher Bereich:

- Therapie bei traumatischen Erlebnissen,
- Verstärkung der persönlichen Entspannungs- und Entlastungsmöglichkeiten, z.B. Familie, Freunde, Sport, Freizeitgestaltung,
- Individuelle Nutzung öffentlicher Dienstleistung mit dem Ziel der finanziellen Entlastung, z.B. Wohngeld, Kindertagesstätten,
- Inanspruchnahme sozialer Dienste, z.B. ambulanter Pflegedienst.

Die Bearbeitung der Themen erfolgte nach den Schritten: WER macht WANN, WAS, WIE mit WEM und WARUM und reflektiert WANN mit WEM die Ergebnisse.

Reflexion der Umsetzung

Die Anwendung der entwickelten Bewältigungsformen wurden innerhalb der Supervision zeitnah reflektiert. Konkret wurden, jeweils zu Beginn der Supervisionseinheit die Umsetzung der individuell geplanten Themen reflektiert.

WAS	wurde gemacht?
WANN	zu welchem Zeitpunkt?
WER	war WIE beteiligt?
WIE	war der Verlauf?
WELCHES	Ergebnis wurde erreicht?
WELCHE	Erfahrungen wurden gemacht?
WAS	sind die nächsten Schritte?

Durch diese Reflexion wurden Bewältigungsformen deutlich, die sich als umsetzbar und wirkungsvoll erwiesen. Dieses Erleben stärkte und motivierte zu weiteren Aktivitäten. Umsetzungsschwierigkeiten, wie z.B. Terminprobleme, Widerstand im Kontakt zu anderen Berufsgruppen und emotionale oder kognitive Blockaden bei der Bearbeitung von Themen, wurden intensiv analysiert, und es wurden entsprechende Alternativen entwickelt. Durch diese Vorgehensweise wurde für das Team ein Entwicklungsfortschritt erkennbar. Das Erleben „ich schaffe das, wir schaffen das“ stärkte das Selbstwertgefühl des Einzelnen und des gesamten Teams.

Nachbereitung der Krise

Nach einem Jahr Supervision war der akute Prozess der Krisenintervention abgeschlossen. Jetzt formulierte das Team den Wunsch nach einem weiteren Jahr Supervision mit dem Ziel der weiteren Stabilisierung. Die Energie, die das Team geschlossen aufbrachte, um den weiteren Bedarf an Supervision gegenüber der Krankenhausleitung argumentativ zu vertreten und durchzusetzen, kennzeichnete gleichzeitig die bis dahin erreichte Stabilität und den bisherigen erfolgreichen Verlauf der Krisenintervention. Ein weiterer Supervisionszyklus über einen Zeitraum von zwölf Monaten wurde von der Krankenhausleitung genehmigt. Das Team hatte die Chance der Krise erkannt. In dieser weiterführenden Stabilisierungsphase konzentrierte sich die Supervision auf folgende Themenbereiche:

- Verstärkung der entwickelten Bewältigungsformen der Krise,
- Erkennen und Umgehen mit möglichen neuen Krisen,
- Stärkung des Selbstwertgefühls,
- Stärkung der sozialen Kompetenz,
- Stärkung des Durchsetzungsvermögens,
- Begleitung, Reflexion selbstgesteuerter Projektgruppen innerhalb des Teams zur Arbeitsorganisation,
- Bearbeitung aktueller Themen und Konfliktsituationen,
- Reflexion und Stärkung des Berufsverständnisses der Pflegekräfte.

Zum Abschluss der Supervision wurde der Verlauf des Kriseninterventionsprozesses reflektiert und der erfolgreiche Abschluss gefeiert.

Schlussbemerkung

Aus persönlicher Erfahrung im Durchleben von Krisen und durch langjährige berufliche Erfahrung in der Begleitung von Krisen in Arbeitsfeldern bin ich überzeugt, dass Krisen die Chance beinhalten, mehr Perspektiven sichtbar und erlebbar zu machen. Daraus resultiert eine individuelle Stärkung und Entwicklung der Persönlichkeit, des Mensch-Seins. Dennoch, das Erleben der Mächtigkeit und Härte von Krisen, die sich im Krankenhaus entwickeln, lösen bei mir immer wieder große Betroffenheit aus. Krisen zu durchleben, Krisen zu akzeptieren, eigene Grenzen zu erfahren und zu leiden, gehört zu unserem Leben. Lebensfreude, Lebenslust, Zufriedenheit, unbeschwert sein, gehört ebenfalls dazu. Weiterentwicklung durch Grenzerfahrungen und Weiterentwicklung durch positive Anreize brauchen ein Gleichgewicht. Bei den hohen Belastungen der einzelnen Mitarbeiter/innen in der Institution Krankenhaus und den alltäglichen normalen Krisensituationen, wie z.B. der Tod eines Patienten, die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen, gilt es, Entlastung zu schaffen. Stärkung der personalen Kompetenz, der sozialen Kompetenz, der fachlichen Kompetenz und der Führungskompetenz sind unbedingt erforderlich. Aus meiner Erfahrung führen ganzheitliche Konzepte eines Krankenhauses, die regelmäßige Team-, Gruppen- und Einzelsupervision, Coaching für Führungskräfte, fachliche Weiterbildung, Managementtrainings und Seminare zur individuellen Regeneration beinhalten, zu einer individuellen Stärkung im Umgang mit Belastungen und unterstützen den Prozess der Stabilisierung und Weiterentwicklung.

Zusammenfassung:

Die extremen Belastungen des Pflegepersonal in Krankenhäusern sind Nährboden für die Entwicklung von Krisen. Die Beschreibung des Kriseninterventionsprozesses eines OP-Teams macht deutlich, welchen Einfluss die Institution Krankenhaus und der individuelle Lebenskontext der einzelnen Teammitglieder auf Entwicklung und Bewältigung einer Krise im Arbeitsalltag hat. Die Bewältigung einer Krise und damit die Entwicklung und Mobilisierung der Eigenkräfte eines Einzelnen und die eines Teams sind durch eine zielorientierte, kreative und sensible Krisenintervention möglich. Die bewältigte Krise eröffnete bis dahin nicht sichtbare Perspektiven zur individuellen Persönlichkeitsentwicklung und gemeinsamen Teamentwicklung.

Schlüsselbegriffe: Supervision; Krise; Krisenintervention; Krankenhaus.

Abstract: Crises as a chance. Team supervision in an Op-team

The extreme stress of the nursing staff in hospitals is the hotbed for the rise of a crisis. The description of the process of a crisis intervention in an OP-team demonstrates the influence of the institution „hospital“ and of the life context of the individual members of the team upon the genesis and mastering of the crisis in the every day life and work. The mastering of the crisis and the development and mobilization of the resources of each individual as well as those of the team are possible by a purposeful, creative and sensible crisis intervention. The successfully mastered crisis opens new perspectives for the development of the individual personality and the common team.

Key words: Supervision; crisis; crisis intervention; hospital.

Literatur

- Bänfer, H.(1986): Patientenorientierte Pflegegespräche. Videolehrgang mit Begleitbuch. Bielefeld: Eigenverlag.
Borsi, G.M. (1994): Das Krankenhaus als lernende Organisation. Heidelberg: Asanger.

- Chenevert, M. (1996): Selbstbewusst und selbstsicher. Selbstsicherheitstraining für Frauen im Gesundheitswesen. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- Conrad, G., Pühl, H. (1985): Teamsupervision. Gruppenkonflikte erkennen und lösen. Berlin.
- Cullberg, J. (1978): Krisen und Krisentherapie. *Psychiatr. Prax.* 5, 25-34.
- Enzmann, D., Kleiber, D. (1989): Helfer-Leiden. Stress und Burnout in psychosozialen Berufen. Heidelberg: Asanger.
- Häfner, H. (1979): Krisenintervention. Basel: Ciba-Geigy-Publ., S. 2-15.
- Herschbach, P. (1991): Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Die psychische Belastung von Ärzten/Ärztinnen und Krankenpflegekräften im Krankenhaus. Weinheim: Ed. Medizin.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984): Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Petzold, H. (1993): Krisen der Helfer. Überforderung, zeitextendierte Belastung und Burnout. In: Schnyder, U., Sauvant, J.-D. (Hg.), a.a.O., 157-175.
- Schnyder, U., Sauvant, J.-D. (Hg.)(1993): Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern: Huber.
- Schreyögg, A. (1991): Supervision – ein Integratives Modell. Lehrbuch zur Theorie und Praxis. Paderborn: Junfermann.

Die Autorin: Helga Bänfer, WABE Institut für Sozialforschung und Organisationsberatung, Personaltrainerin, Supervisorin, Coaching. *Anschrift:* Droste Hülshoff-Str. 21, 33619 Bielefeld, eMail: WABE-Institut@online.de