

# 1 Einleitung

## 1.1 Problembeschreibung und Fragestellung

Die Arbeitswelt im Allgemeinen ist im Umbruch von der Informationsgesellschaft zum Wissenszeitalter und macht nicht halt vor dem Gesundheitswesen. Krankenhäuser stehen vor der Aufgabe, ihre Betriebsstrukturen und -prozesse (den internen) und externen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems anzupassen (z.B. Wissenszuwachs und Gesundheitspolitik). In einer Zeit der begrenzten finanziellen Ressourcen bei gleichzeitig steigendem Wettbewerb am Gesundheitsmarkt treten die Prozesse in unmittelbarer Nähe des Patienten in den Vordergrund der Betrachtungsweise. An diesen patientennahen Prozessen sind Mediziner und Pflegende als Teil des therapeutischen Teams direkt beteiligt. Diese Prozesse sind Interaktions- und Dienstleistungsprozesse.

SCHNABEL/WOLTERS sprechen im Krankenhaus vom „klassischen Beziehungsdreieck“ zwischen Patient-Pflegender-Arzt (Schnabel/Wolters 1992, 420) und HOEFFERT (Hoeffert 2003, 8) erwähnt das Beziehungsdreieck im Zusammenhang mit Interaktionsarbeit BÜSSING/GLASER erheben Interaktion zur Kernaufgabe der personenbezogenen Dienstleistung, wie sie im therapeutischen Team am Patienten erbracht wird (vgl. Büssing/Glaser 1999, 164) und beschreiben Interaktionsarbeit als Beziehungsarbeit (vgl. Büssing/Glaser 2003,133).

In der gesamten pluralistischen Arbeitswelt verweisen Sozialwissenschaftler auf die Zunahme der Bedeutung von Kooperation und Kommunikation nicht nur innerhalb einer Berufsgruppe, sondern berufs- und abteilungsübergreifend (vgl. Böhle et al. 2004, 80f). Dies hat in letzter Konsequenz zur Folge, dass berufliche Abgrenzungen kritisch überdacht werden müssen.

Die Bedeutung der Kooperation und Kommunikation setzt sich somit bis in das Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt im Krankenhaus als fort. In der täglichen Praxis zeigt sich gerade hier die Notwendigkeit, Interaktions-

konflikte zu beseitigen, um Prozesse zu optimieren und die zugehörigen Strukturen anzupassen.

Wenige Arbeiten, z. B. SCHADLU (2000), UNGER (2000), BERNDL (2003) beschäftigen sich mit der Interaktion zwischen Arzt und Patient. Im Umfeld von Interaktion beschäftigt sich z.B. OEHMEN (1999) mit der Gestaltung von Pflegebeziehungen. GRAHMANN/GUTWETTER beschäftigen sich mit Konflikten im Krankenhaus im pflegerischen und ärztlichen Bereich. Sie zeigen die geschichtliche Entwicklung und Bedingungen innerhalb der einzelnen Berufe und Konflikte zwischen den Berufsgruppen auf. Aus den Ergebnissen ihrer Studie geben sie jeweils Hinweise zur Veränderung an jede Berufsgruppe (vgl. Grahmann/Gutwetter 1996). In ihrer Untersuchung kommen Patienten allerdings nicht zu Wort.

Pflegende und Ärzte werden manchmal unter dem Begriff Therapeuten subsumiert (vgl. Büssing/Glaser 2003, 8). In der Praxis zeigt sich allerdings immer wieder, dass es im Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt zwischen Pflegenden und Ärzten zu Konflikten kommt, die Auswirkungen auf den Patienten und dessen Versorgungsprozesse haben (vgl. Büssing/Glaser 2003, 126). Deshalb ist es wichtig, zwischen Pflegenden und Ärzten zu differenzieren. Ihre Ausbildung, ihre berufliche Sozialisation und ihre Aufgaben entsprechend ihrer Berufsprofile sind zu unterschiedlich. Zudem wurde in den letzten 25 Jahren berufspolitisch eine definierende Abgrenzung zwischen den beiden Berufen betrieben, und die Pflege hat begonnen sich zu professionalisieren.

Als Ergebnis der Literaturrecherche lässt sich festhalten, dass keine Arbeit zu finden war, die die Interaktion im Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt zum Gegenstand hat.

Die Beziehungsstrukturen aller Mitarbeiter im Krankenhaus stellen ein Interaktionsnetzwerk dar. Im zweistufigen Leistungserstellungsprozess der Statusveränderung eines Patienten eines Krankenhauses (vgl. Haubrock/Peters 1994, 24) sind alle Mitarbeiter an diesem Prozess beteiligt. Im sekundären Bereich erstellt ein Teil der Mitarbeiter ihre Leistungen patientenfern, im pri-

mären Bereich direkt oder indirekt patientennah, zum Teil im *uno-actu-Prinzip* direkt am und mit dem Patienten. Diese originäre uno-actu Dienstleistung im pflegerisch-medizinischen Bereich besteht zu einem entscheidenden Teil aus Gefühlsarbeit (vgl. Büssing/Glaser 2003, 181ff).

Die am engsten zusammenarbeitenden Personen in diesem Dienstleistungsbereich lassen sich in dem Beziehungsdreieck Patient-Pfleger-Arzt konkretisieren. In diesem Dreieck ist der Patient im Idealfall gleichberechtigter Partner im therapeutischen Team. Somit stellt das Beziehungsdreieck für den Leistungserstellungsprozess die behandlungsimmanente Beziehungsstruktur dar.

Auf dem Weg von der Aufnahme des Patienten bis zu seiner Entlassung interagieren diese drei Personengruppen in und mit ihren sozialen Rollen und ihrem Kooperationsverständnis. Mit und in ihren Interaktionen gestalten sie innerhalb einer bestehenden Organisationsstruktur die Behandlungsprozesse des Patienten und deren Qualität.

In der Praxis zeigt sich immer wieder, dass Interaktionskonflikte zu einer suboptimalen Patientenversorgung führen, indem z.B. Informationen vorenthalten werden. Dies führt zu Defiziten im Wissensmanagement und beeinflusst die Ergebnisqualität negativ (vgl. Büssing 1999, 161).

SENGE verweist darauf, dass in der systemischen Sichtweise Organisationen als Interaktionsmuster zu betrachten sind. Dabei sind neben den äußerlich erkennbaren Vorgängen einer Interaktion mit gleicher Wichtigkeit die inneren Vorgänge zu berücksichtigen (vgl. Senge et al. 1997, 27f).

Durch nicht nachvollziehbare Interaktionen entstehen Reibungsverluste im therapeutischen Dreieck. Die Effizienz des therapeutischen Prozesses wird vermindert, und die Vertrauensbasis innerhalb des therapeutischen Beziehungsdreiecks wird gestört.

Aus den Ausführungen ergeben sich für das Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt folgende Fragen:

- Wodurch wird Interaktionen im Dreieck beeinflusst?
- Wie stellt sich die Interaktion für Patienten, Pflegende und Ärzte dar?
- Sind Analogien in Form von ähnlichen Mustern zu finden?
- Lässt sich ein übergeordnetes Muster in den Interaktionen erkennen?

## **1.2 Ziel**

Auf der einen Seite wird das Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt als klassisch bezeichnet und Interaktion als Qualität beeinflussender Faktor identifiziert. Auf der anderen Seite verlangen die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems nach einer Optimierung von Prozessen und Strukturen in Form einer Ressourcenausschöpfung. Patientenorientierung und Ökonomisierung werden in einem Atemzug genannt.

Aus den politischen Zielen der Qualitätssicherung/-steigerung bei gleichzeitiger Ökonomisierung ergibt sich die Notwendigkeit den Qualität beeinflussenden Faktor Interaktion genauer zu untersuchen. Diese Arbeit greift dieses Forschungsdefizit auf.

Ziel dieser Arbeit ist es zu ermitteln, wie die drei Personengruppen Patienten, Pflegende und Ärzte ihre Interaktion im therapeutischen Beziehungsdreieck gestalten.

Es soll herausgearbeitet werden, wie sich die beteiligten Personengruppen in ihrer jeweiligen sozialen Rolle im Beziehungsdreieck wahrnehmen, wie sie die anderen Akteure einzeln und in ihrer Verbindung untereinander wahrnehmen.

Indem sie aus ihrer Rolle die Sichtweise der Kooperation und Interaktion beschreiben, werden Problemsituationen in der Interaktion aufgezeigt. In der Praxis agieren die Beteiligten spontan auf Grund ihrer subjektiven Wahrnehmung und ihrer individuellen momentanen Wertung. Diese Arbeit legt ihren Focus auf die situativ entstehenden Interaktionen.

Auf Basis der Forschungsergebnisse wird durch Abstraktion und Dimensionalisierung der Daten nach einem Personengruppen übergreifenden Interaktionsmuster im Beziehungsdreieck Patient-Pflegender-Arzt gesucht.

Als Schlussfolgerungen werden Strategien zur Verbesserung der Interaktion in Theorie und Praxis entwickelt, um im Klinikalltag Reibungsverluste zu minimieren und gleichzeitig Ressourcen und Synergien zu nutzen.

Ferner werden Empfehlungen für die Aus- Fort- und Weiterbildung der beteiligten Professionen abgeleitet, die die Erreichung von Organisationszielen unter aktuellen gesundheitspolitischen Bedingungen zukünftig unterstützen.